



รายงานฉบับสมบูรณ์
มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ
สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภค

ข้อตกลงเลขที่ 61-02029-0047

โดย

ศาสตราจารย์ ดร. นิตินันท์ ศิริโชคิรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญเญ

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
8 ตุลาคม 2564





รายงานฉบับสมบูรณ์
มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ
สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภค

Policy for minimum pricing of retail alcoholic beverage
to reduce consumption

ข้อตกลงเลขที่ 61-02029-0047

โดย

ศาสตราจารย์ ดร. นิตศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสมน พฤทธิญาณโย

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
8 ตุลาคม 2564





Final Report

Policy for minimum pricing of retail alcoholic beverage to reduce consumption

(Contract no. 61-02029-0047)

By

Professor Nithat Sirichotiratana, DrPH, MPH

Professor Chardsumon Prutipinyo, PhD

This project was supported by research grant from

Center for Alcohol Studies (CAS)

Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth)

October 8, 2021



สารบัญ

บทที่		หน้าที่
	บทคัดย่อภาษาไทย	ก
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
	คำนำ	ค
	กิตติกรรมประกาศ	ง
1	ปฐมบท	1
	ความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
	วิธีการศึกษา	3
	ขอบเขตการศึกษา	4
	ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย	4
2	แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5
	มาตรการราคาและภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5
	กลไก: อุปทานและอุปสงค์	6
	การทดสอบและการแปลค่าความยืดหยุ่น	8
	ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและความยืดหยุ่น	9
	มาตรการของยุโรปเพื่อควบคุมการดื่มสุราที่เป็นอันตราย	11
	ทางเลือกนโยบายและมาตรการจัดการระดับโลก: นโยบายทางด้านราคา	14
	แผนปฏิบัติการในยุโรปเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย	15

สารบัญ

บทที่		หน้าที่
	วิธีการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ และแบบจำลองการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ	17
	ประสบการณ์ในสหราชอาณาจักร	22
	ผลกระทบของนโยบายภาษีและราคา	23
	มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำในจังหวัด Saskatchewan ประเทศแคนาดา	27
	ประสบการณ์จากประเทศแคนาดา	28
	จำนวนสุราที่ได้รับผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกขั้นต่ำ	30
	ผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกขั้นต่ำในการดื่ม	31
	ประสบการณ์จากประเทศสวีเดน	34
	เป้าหมายของการควบคุมอย่างเป็นทางการด้านราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	37
	มาตรการราคาในประเทศไทย	38
3	มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศสกอตแลนด์	40
	กฎหมายที่พิจารณามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	40
	ความเป็นมาและสถานการณ์	42
	กลยุทธ์การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดแก่สาธารณะโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	50
	การให้ทุนวิจัยโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	50

สารบัญ

บทที่		หน้าที่
	ผลการบังคับใช้กฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำในสก็อตแลนด์	55
4	มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประเทศไทย	57
5	มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประเทศอื่นๆ	62
	กลุ่มประเทศที่แยกออกมาจากสหภาพโซเวียต	62
	เบลารุส	62
	อุซเบกิสถาน	63
	คาซัคสถาน	63
	ประเทศออสเตรเลีย	63
	ประเทศนิวซีแลนด์	64
	ประเทศไอร์แลนด์	64
	ราคาขั้นต่ำ	66
	ประเทศเวลส์	68
6	ปัญหา อุปสรรค ประสิทธิภาพของนโยบาย และความเป็นไปได้ของการผลักดัน นโยบายมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ	70
	ปัญหา อุปสรรค ของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ	70
	อิทธิพลของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	71
	ไม่สนใจในหลักฐาน	73

สารบัญ

บทที่	หน้าที่	
	ความผิดหวัง	74
	วางแผนระยะยาว	77
	ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คຸ້ມทุนของมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ	78
	ประสิทธิผลของนโยบาย และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบายมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำมาพิจารณาสำหรับประเทศไทย	79
	อิทธิพลของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	81
7	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	83
	บทสรุป	83
	ข้อเสนอแนะ	85
	เอกสารอ้างอิง	86
	ภาคผนวก ก	
	ภาคผนวก ข	
	ภาคผนวก ค	
	ภาคผนวก ง	
	ภาคผนวก จ	
	ภาคผนวก ฉ	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้าที่
1	ตัวอย่างราคาขายปลีกเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในยุโรป	18
2	แบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการตี๋มที่เป็นอันตราย	20
3	การเปรียบเทียบระหว่างราคาขั้นต่ำที่มีประสิทธิภาพสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ถูกรั้งที่สุดในสกุลเงินดอลลาร์แคนาดาต่อเครื่องตี๋มมาตรฐาน ในบริทิช โคลัมเบีย ออนทาริโอ และซาซแคตเซวัน	29
4	ค่าเฉลี่ยและช่วงของค่าอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อการตี๋มแอลกอฮอล์ต่อคน และราคาสำหรับช่วงการศึกษาที่ปรับดัชนีราคาผู้ตี๋ม (2002 = 100) ของบริทิช โคลัมเบีย สำหรับไตรมาส ประจำปี เมษายน 1989 ถึงมีนาคม 2010	30
5	การเปลี่ยนแปลงราคาของสุรากลั่นประเภทค่าที่แตกต่างกันหลังจากรั้งราคาขั้นต่ำที่เพิ่มขึ้นที่โฆษณาแล้วจากราคา 30.66 ถึง 31.66 เหรียญแคนาดา	31
6	รูปแบบระยะยาวคาดประมาณผลกระทบของการเพิ่มขึ้น 1% ในราคาต่ำสุดค่าเฉลี่ยดอลลาร์ต่อลิตร และรายได้ของครัวเรือน ในผู้ตี๋มอายุ 15 ปีขึ้นไป ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ต่อคนในบริทิช โคลัมเบีย 1989-2010	32
7	ประมาณการอนุกรมเวลาของผลกระทบของราคาขั้นต่ำเพิ่มขึ้น 1% ดอลลาร์เฉลี่ยต่อลิตร และรายได้ของครัวเรือนในผู้ตี๋มอายุ 15 ปีขึ้นไป ตี๋มต่อหัว ของเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันในบริทิช โคลัมเบีย 1989-2010	32
8	ผลของราคาเปลี่ยนแปลงต่อยอดจำหน่ายเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์	35
9	ประมาณการผลกระทบของการขึ้นราคาเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ใน 3 รูปแบบ	36

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้าที่	
1	จำนวนและสัดส่วนของหน่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่ซื้อน้อยกว่าราคาขั้นต่ำต่อหน่วย 0.45 (€ 0.45 MUP=minimum unit price) จำแนกตามนักดื่มและควินไทล์รายได้และประเภทเครื่องดื่มจำนวนนี้ยกเว้นหน่วยแอลกอฮอล์ที่เป็น on-trade (ได้แก่ การซื้อที่บาร์ ภัตตาคาร) และ off-trade (ได้แก่ การซื้อจากร้านค้า) เครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready-to-drink beverages เพราะว่ามีน้อยกว่า 1%)	16
2	การลดลงของหน่วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงต่อปีต่อควินไทล์รายได้และกลุ่มการดื่มที่กำหนดราคาขั้นต่ำ 0.45 เพนซ์ต่อหน่วย กับการวิเคราะห์ความไวที่ 95% ช่วงความเชื่อมั่นที่คำนวณการวิเคราะห์ความไวที่เป็นไปได้	17
3	ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในการดื่ม (หน่วยต่อปี) จำแนกตามนโยบายและกลุ่มผู้ดื่ม	25
4	ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในการดื่ม (หน่วยต่อปี) จำแนกตามนโยบายและสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ	25
5	ผลกระทบประมาณการของนโยบายราคาต่อหน่วยต่ำสุด 60 เพนซ์ในอังกฤษต่อการเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (วัดอย่างกว้างและแคบ)	26
6	ผลกระทบที่ประมาณได้ของราคาต่อหน่วยต่ำสุด 60 เพนซ์ในอังกฤษต่อการเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (วัดวงกว้างและแคบ) จำแนกตามชนิดการดื่มต่อประชากร 100,000 คน	26
7	ความสัมพันธ์ระหว่างราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการตายที่จำแนกได้ใน บริติช โคลัมเบีย, 2002-2009	27
8	อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบเฉียบพลันของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำที่ปรับดัชนีราคาผู้ดื่มแล้ว	27
	บริติช โคลัมเบีย, 2002-2009	

บทคัดย่อ

เนื่องจากเครื่องตีมแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดา และเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณลักษณะความยืดหยุ่น ราคาแตกต่างกันไปตามประเภทและภาพลักษณ์ ความยืดหยุ่นเป็นการตอบสนองของผู้ตีมต่อราคาเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ซึ่งพิจารณาจากลักษณะอุปสงค์และอุปทานที่กระทบต่อการเคลื่อนไหวของราคาและปริมาณเครื่องตีมฯ โดยทั่วไป ราคาที่เพิ่มขึ้นมีอิทธิพลต่อการลดการตีม มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจะสามารถลดการบริโภคในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมตีมอย่างอันตราย

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำคือการควบคุมโดยตรงราคาที่กำหนดโดยรัฐบาล มุ่งเข้าไปที่การป้องกันไม่ให้ขายเครื่องตีมแอลกอฮอล์ต่ำกว่าราคาที่กำหนดแน่นอน โดยการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นในการลดการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์สำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมตีมแบบอันตรายและผู้ตีมหนัก เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ งานวิจัยเอกสารชิ้นนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำเสนอพัฒนาการของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ กรณีศึกษาในต่างประเทศ เช่น สก๊อตแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกของโลกในการบังคับใช้มาตรการฯ ดังกล่าว และประเทศอื่นๆ รวมทั้งกรณีศึกษาประสิทธิผลของนโยบายนี้ในประเทศที่ดำเนินการบังคับใช้มาตรการฯ นี้แล้วระยะหนึ่ง และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบายนี้ในประเทศไทย

งานวิจัยหลายชิ้นจากออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สก๊อตแลนด์ เวลส์ แคนาดา ที่บ่งชี้ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ มีประสิทธิผล แต่อุปสรรคสำคัญคือการคัดค้านและต่อต้านจากอุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และเครือข่าย โดยการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการหน่วงเหนี่ยวและถ่วงเวลา ไม่ให้เกิดการบังคับใช้มาตรการฯ นี้ รวมทั้งสร้างความสับสนให้แก่สาธารณะโดยไม่มีหลักฐานการวิจัยใดๆ สนับสนุน สำหรับประเทศไทย หากนำนโยบายการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมาใช้ ร่วมกับการจัดเก็บภาษี จะมีศักยภาพในการสร้างรายได้ให้รัฐบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมตีมแบบอันตราย

คำสำคัญ: มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ เครื่องตีมแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการตีมอย่างอันตราย ราคาขั้นต่ำต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ไม่ใช่สินค้าธรรมดา

Abstract

Alcoholic beverage is not an ordinary goods. It is a product with price elasticity of demand and supply, according to categories. In general, price increase has an influence on reduction of consumption. Minimum unit pricing of alcoholic beverages will decrease consumption of low-income household with harmful drinking behavior.

Minimum unit pricing set a floor price for a unit of alcohol, with the objective of prohibiting sales of cheap alcoholic beverages. The more alcohol a drink contains, the stronger it is, and therefore the higher the minimum unit price. This is an important and necessary measure to reduce alcohol consumption in low-income households with harmful and heavy drinking behavior. This documentary research is a literature review of case studies on the development of Minimum Unit Pricing (MUP) measure, and implementation of MUP measure in various countries. Scotland is the first country in the world to successfully implemented this policy, after 6 years of legal battle with alcohol industry and its allies. Research results of the policy's efficiency is reviewed for application possibility in Thailand.

Various researches from Australia, New Zealand, Scotland, Wales, and Canada, indicate that MUP measure is effective. The main obstacle is the resistance from the alcohol industry and its allies, through delaying of implementation strategy, and creating confusions for the public without any support from research evidences. For Thailand, integrating of MUP measure, together with increasing excise tax for alcohol beverages, have a potential to increase revenue for the government, and at the same time reducing alcohol related harms among low-income household with harmful drinking behavior.

Key words: Minimum unit pricing for alcoholic beverage; alcoholic beverages, harmful drinking behavior, minimum unit price per litre of pure ethyl alcohol, no ordinary goods

คำนำ

เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดา ดังนั้น นโยบายการควบคุมการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลจึงจำเป็นสำหรับประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้เสนอนโยบายที่มีประสิทธิผลในการลดความสูญเสีย และอันตรายจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่น การห้ามโฆษณาและการตลาดอย่างสิ้นเชิง การจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่น เวลาจำหน่าย และสถานที่ (ร้านค้าปลีก) และมาตรการทางด้านราคา เช่น อัตราภาษี และมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ประเทศสก๊อตแลนด์เป็นประเทศแรกของโลกในการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ซึ่งต้องใช้เวลาถึง 6 ปีในการต่อสู้ทางศาลยุติธรรม หลังจากการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่ามีประสิทธิผลในการลดการซื้อเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำที่มีพฤติกรรมการตี้มอย่างอันตราย ประเทศอื่นๆ เช่น เวลส์ และออสเตรเลีย มีผลการวิจัยใกล้เคียงกับสก๊อตแลนด์ ประเทศไทยจำเป็นต้องผลักดันนโยบายกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ เพื่อลดความสูญเสียและอันตรายจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ และต้องให้ความมุ่งมั่นทางการเมือง เพราะอุตสาหกรรมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และเครือข่ายจะต่อต้านและคัดค้าน นโยบายที่มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

โครงการ “มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภค” นี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีโดยได้รับการอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัมฉนงค์กรชัย ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนโครงการนี้ จนสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการพิจารณาเนื้อหาของงานวิจัยนี้ และช่วยแนะนำให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อให้งานวิจัยโครงการนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ฉัตรสมน พฤตมิถิญา

30 กันยายน 2564

บทที่ 1

ปฐมบท

ความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์ระดับใดที่ก่อให้เกิดความปลอดภัย ยิ่งการดื่มสุรแบบอันตราย (harmful drink) แล้วเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตปีละประมาณ 2.5 ล้านคน นอกจากนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคกว่า 60 ชนิดและการบาดเจ็บได้แก่ ตับแข็ง มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด และเงื่อนไขของความเจ็บปวด มาตรการหนึ่งที่ใช้กันมากที่สุดในจำนวนมาตรการต่างๆ ซึ่งรัฐบาลในหลายประเทศใช้ในการควบคุมปัญหาที่มาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ มาตรการด้านราคาและภาษี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรัฐบาลมีรายได้จากการเก็บภาษี รวมทั้งภาษีสรรพสามิตสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของประเทศต่างๆ ในการเก็บภาษีศุลกากรจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ และเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการผลิตสุรภายในประเทศ

เป็นเวลากว่าศตวรรษที่รัฐใช้มาตรการภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการในการลดอัตราของอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา บ่งชี้ว่าการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และราคามีความสัมพันธ์กับการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกยอมรับ (Global Status Report on NCDs 2010) ว่าเป็นหนึ่งในมาตรการที่ควรดำเนินการที่สุดเพราะมีความคุ้มค่าสูง (Best Buy Interventions) คือมาตรการทางภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ณัฐ ธารพาณิชย์ 2557)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดา และเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณลักษณะความยืดหยุ่นราคาแตกต่างตามประเภทและภาพลักษณ์ ความยืดหยุ่นเป็นการตอบสนองของผู้ดื่มต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพิจารณาจากลักษณะอุปสงค์และอุปทานที่กระทบต่อการเคลื่อนไหวของราคาและปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไป ราคาที่เพิ่มขึ้นมีอิทธิพลต่อการลดการดื่ม มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะลดปริมาณการดื่มในกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างหนักประเภทดื่มอย่างอันตราย และมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการใช้จ่ายของกลุ่มผู้ดื่มระดับปานกลาง เป้าประสงค์ของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ เพื่อลดการบริโภคในกลุ่มผู้ดื่มในปริมาณที่มากอย่างอันตราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำคือการควบคุมโดยตรงราคาที่กำหนดโดยรัฐบาลมุ่งเป้าไปที่การป้องกันไม่ให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าราคาที่กำหนดแน่นอน โดยการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับกลุ่มที่ดื่มแบบอันตรายและกลุ่มผู้ดื่มหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อลดอัตราของอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลยุทธ์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการปรับปรุงกลไกการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดผลกระทบจากการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือการเพิ่มยี่ห้อของเครื่องดื่มในกลุ่มเดียวกัน (เช่น เบียร์) ที่มีราคาถูก เข้ามาเป็นทางเลือกเพิ่มเติมสำหรับผู้มีรายได้น้อย ดังนั้น การขึ้นภาษีร่วมไปกับการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท จะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ผลิตตั้งราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำเกินไป

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐบาล เป็นมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อราคาสินค้าขายปลีกโดยตรง ในขณะที่ภาษีเป็นมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อราคาสินค้าขายปลีกโดยอ้อม และทั้งสองมาตรการส่งผลต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำโดยรัฐบาลไม่ใช่มาตรการทางการคลัง (fiscal measure) แต่เป็นมาตรการทางกฎ ระเบียบ ดังนั้น การบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเข้มงวด (Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. 2017.)

แนวคิดพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ ราคาขั้นต่ำต่อหน่วยของเอทานอล (ethanol) ซึ่งเป็นมาตรการบังคับใช้โดยรัฐบาล เพื่อห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้บริโภคต่ำกว่าราคาที่กำหนด ซึ่งจะมีผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดอันตรายต่างๆ ที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ดื่มหนักและยากจน ซึ่งคนกลุ่มนี้จะได้รับอันตรายมากที่สุดเพราะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูก (Meier PS, Purshouse R, Brennan A. 2010; Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. 2017.)

การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะด้วยมาตรการขึ้นภาษี หรือมาตรการอื่นๆ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผลในการลดการบริโภคและการบาดเจ็บ (Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbours C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. 2007; Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. 2009.) แต่การเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทมักจะได้รับการตอบสนองในทางลบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดื่มมาก (Macdonald S, Stockwell T, Luo JS. 2011.) กระแสความสนใจในมาตรการราคาขั้นต่ำเป็นกลยุทธ์ที่มุ่งเป้าซึ่งจะได้รับการต่อต้านทางการเมืองที่น้อยลง ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า ผู้ที่ดื่มอย่างหนักมักจะจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาต่อหน่วยน้อยกว่าผู้ที่ดื่มไม่มากนัก (Kerr WC, Greenfield TK. 2007; Meier PS, Purshouse R, Brennan A. 2010) ผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการจัดทำโมเดลสำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่น่าสนใจกลุ่มต่างๆ (Stockwell T, Zhao J, Martin G,

Macdonald S, Vallance K, Treno A, Ponicki W, Tu A, Buxton J. 2013; Meier PS, Purshouse R, Brennan A. 2010; Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. 2010.)

ในสหภาพยุโรป ประเทศสกอตแลนด์ มีอัตราสูงสุดในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันตก ที่มีประชากรซึ่งได้รับอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-related harms) และตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 3 เท่า ที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Beeston C, Robinson M, Craig N, Graham L, 2011) รัฐบาลสกอตแลนด์ได้บ่งชี้ว่า ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูก คือ องค์ประกอบสำคัญสำหรับกลยุทธ์ที่จะมีประสิทธิผลในการแก้ไขอันตรายและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลไกที่ใช้ลดปัญหาของราคาถูกได้ แต่สิ่งนี้เป็นความรับผิดชอบและการตัดสินใจโดยสหราชอาณาจักรมากกว่ารัฐสภาของสกอตแลนด์ ดังนั้น การนำเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Minimum Unit Price – MUP) จึงได้รับการพิจารณาว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่า

ในขณะที่มีแนวโน้มการนำเสนอมาตรการดังกล่าว ทำให้เกิดการโต้แย้งที่สำคัญเกี่ยวกับกฎหมายซึ่งจะมีผลกระทบต่อที่เกี่ยวข้องกับมาตรการเชิงนโยบายสาธารณสุขในอนาคตของทั้งสหภาพยุโรป และใน ส่วนนี้จะได้นำเสนอสาระสำคัญในการพิจารณาโดยกรณีศึกษาของมาตรการดังกล่าวในประเทศสกอตแลนด์ และอภิปรายผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ในยุโรปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทางด้านสาธารณสุข (Katikireddi SV, and McLean JA, 2012)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนกรณีศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่ามีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
2. เพื่อทบทวนประสิทธิผลของนโยบายนี้ในต่างประเทศ และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบายนี้ในประเทศไทย
3. เพื่อทบทวนประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คุ้มทุนของมาตรการนี้
4. เพื่อศึกษาข้อดี ข้อเสียของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อทบทวนประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คุ้มทุนของมาตรการนี้

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัย State of the Art ทบทวนวรรณกรรมทางเอกสาร กรณีศึกษา และข้อมูลในสกอตแลนด์ รัสเซีย และประเทศอื่นๆ โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาและเข้าถึงได้ โดยสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หรืออ้างอิงเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประสิทธิผลของมาตรการ / นโยบาย กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภค

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยเอกสาร ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาและเข้าถึงได้ โดยสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย

1. สร้างองค์ความรู้เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการจัดทำนโยบาย/มาตรการ กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการจัดเก็บภาษี ซึ่งจะมี ศักยภาพในการสร้างรายได้ของรัฐบาล และควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. ข้อมูล/ผลที่ได้รับ สามารถนำไปขับเคลื่อนนโยบาย และมาตรการ เพื่อลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. เป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับกลุ่มที่ดื่ม แบบอันตรายและกลุ่มผู้ดื่มหนัก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อลดอัตราของอันตรายจาก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการราคาและภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชื่อมโยงกับรายได้ทางการคลังที่สร้างขึ้นมากกว่าที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน หลักฐานที่ชัดเจนคือความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างราคา การดื่มและอันตรายต่อสุขภาพ (Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. 2016)

ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวงกว้างแบ่งออกเป็น 3 ประเภทที่แตกต่างกัน คือ 1) ภาษีสรรพสามิต (excise duties) เป็นภาษีในสินค้าและบริการที่เฉพาะเจาะจง 2) ภาษีมูลค่าเพิ่ม (value added taxes: VAT) เป็นภาษีเกี่ยวกับการดื่มทั่วไป 3) ภาษีสินค้านำเข้า (custom taxes) ภาษีสรรพสามิตซึ่งสามารถนำมาใช้โดยรัฐบาลเป็นเครื่องมือที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่มีผลต่อการขายสินค้าอื่นๆ (Burton R, et al. 2016. p. 83.)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกมองว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับการเก็บภาษีเพราะมีผลเสีย/ผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพ ในหลายๆ ประเทศ ระบบการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมอัตราภาษีหลายรูปแบบ สำหรับเครื่องดื่มหลายประเภท โดยปกติ สุรากลั่นจะถูกเก็บภาษีในอัตราที่สูงกว่าไวน์หรือเบียร์ต่อลิตรของแอลกอฮอล์ สะท้อนถึงความกังวลเกี่ยวกับการดื่มสุรากลั่น แต่ข้อเท็จจริงคือค่าต้นทุนการผลิตและการกระจาย (distribution) สินค้าต่อเซ็นติลิตรของแอลกอฮอล์ สำหรับสุรากลั่นต่ำกว่าสำหรับไวน์และเบียร์ ดังนั้น อัตราภาษีสรรพสามิตสำหรับสุรากลั่น เบียร์ และไวน์ ที่เท่ากัน หมายถึงหนึ่งลิตรของแอลกอฮอล์จะขายในราคาที่ถูกกว่าในรูปของสุรากลั่นเมื่อเทียบกับไวน์หรือเบียร์

ในบางประเทศ เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์อยู่น้อยจะถูกเก็บภาษีในอัตราที่ต่ำมาก (หรือไม่ได้ถูกเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย) เพื่อจูงใจผู้ดื่มให้ดื่มแทนเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์มาก มีหลายประเทศจัดเก็บภาษีพิเศษสำหรับผลิตภัณฑ์ 'alcopop' (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มรสหวาน) เนื่องจากมีความกังวลเกี่ยวกับความนิยมในหมู่นักดื่มวัยรุ่น ยกเว้นอัตราที่รัฐกำหนด ผู้ผลิต ผู้ขายส่ง และผู้ค้าปลีก ต่างมีอิสระที่จะกำหนดราคาในการแข่งขันซึ่งกันและกัน รวมทั้งพิจารณาราคาที่แตกต่างกันระหว่างคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่ต่างกัน ในบางประเทศการกำหนดราคาและราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกกำหนด ซึ่งจำกัดทางเลือกในการกำหนดราคาในตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น ในประเทศแคนาดา รัฐเป็นผู้กำหนดระดับราคาขั้นต่ำสำหรับเบียร์ เช่น รัฐควิเบคและออนตาริโอ (Quebec and Ontario) โดยพิจารณาจากผลเสียทางด้านสาธารณสุขและความเรียบร้อย/ระเบียบทางสังคม (Giesbrecht N, Demers A, Ogborne A, Room R, Stoduto G, Lindquist E. (eds.) 2006a)

ในหลายประเทศ ราคาที่แท้จริงของเครื่องตีแมลงกอลลดลงเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 (Leppänen K, Sullström R, Suoniemi I. 2000; Österberg E and Karlsson T. 2003; Cook PJ. 2007.) แนวโน้มเช่นนี้เกิดขึ้นในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา เมื่อทบทวนราคาเครื่องตีแมลงกอลเปรียบเทียบกับรายได้ในยุโรป บ่งชี้ว่าประชากรยุโรปสามารถมีกำลังซื้อเครื่องตีแมลงกอลได้ง่ายขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 2004 ในจำนวนประเทศ 19 จาก 20 ประเทศที่ศึกษา (Rabinovich et al. 2009) อัตราภาษีสรรพสามิตมักจะถูกกำหนดเป็นราคาคงที่ของเงินตราท้องถิ่น ทำให้ราคาเครื่องตีแมลงกอลลดน้อยถอยลง ดังนั้น อัตราเงินเฟ้อจะทำให้มูลค่าของเงินลดลงอัตโนมัติ ยกเว้นมีกฎหมายใหม่ที่จะกำหนดระดับภาษีใหม่ ทางออกสำหรับอัตราเงินเฟ้อทำให้อัตราภาษีลดลงในมูลค่าที่แท้จริงคือต้องให้อัตราภาษีผูกติดกับดัชนีค่าครองชีพ เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามดัชนีค่าครองชีพ มากกว่าที่จะมีค่าคงที่ในประเทศออสเตรเลีย อัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องตีแมลงกอลถูกปรับเปลี่ยนทุกๆ 6 เดือนให้สอดคล้องกับดัชนีราคาผู้ตีแมลง (Australian Tax Office 2006)

รายละเอียดของเป้าประสงค์ กลไก และผลจากการเก็บภาษีและราคาของเครื่องตีแมลงกอลเป็นกลยุทธ์สำคัญทางด้านเศรษฐศาสตร์ซึ่งมีความหมายสำหรับการป้องกันปัญหาที่มาจากเครื่องตีแมลงกอล การวิจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์และด้านอื่นๆ ได้รับการทบทวนและประเมินว่า ราคาเครื่องตีแมลงกอลมีผลต่อปริมาณและรูปแบบการตีแมลงอย่างไร และตัวแปรใดที่ส่งผลกระทบต่อราคาเปลี่ยนแปลง นักเศรษฐศาสตร์บางคนใช้คำว่า ‘ราคาเต็ม’ ของเครื่องตีแมลงกอล ซึ่งรวมทั้งต้นทุนด้านราคา เวลาและความพยายามในการให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์ (Chaloupka FJ, Grossman M. 2002.)

กลไก: อุปทานและอุปสงค์

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ขั้นพื้นฐานได้อธิบายถึงกลไกราคาซึ่งทำให้เกิดภาวะสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน กลไกราคา หมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงในระดับราคาสินค้าและบริการอันเกิดจากแรงผลักดันของอุปสงค์และอุปทาน เมื่อผู้ผลิตพยายามปรับปรุงการผลิตและบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ตีแมลง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าราคาสินค้าและบริการเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดอุปสงค์และอุปทาน ตลอดจนเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนราคาให้เข้าสู่จุดดุลยภาพ เช่น เมื่อราคาสินค้าและบริการเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วความต้องการซื้อหรืออุปสงค์ก็จะลดลง แต่อุปทานของสินค้าและบริการจะเพิ่มขึ้น กลไกราคาจะพบได้ในทุกตลาด ยกเว้นตลาดแบบผูกขาด เพราะกลไกราคาจะเกิดได้เฉพาะตลาดที่มีการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจในลักษณะของตลาดเสรี หรือประเทศที่ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม หรือเสรีนิยม หรือระบบเศรษฐกิจแบบผสมเท่านั้น โดยระบบเศรษฐกิจเหล่านี้จะมีกลไกราคาเป็นตัวกำหนดว่าจะผลิตสินค้าปริมาณเท่าใดและราคาเท่าใด การกำหนดราคาในทางเศรษฐกิจ กำหนดไว้ 2 วิธี คือ

1. การกำหนดราคาเครื่องตีแมลงกอลจะเปลี่ยนแปลงไปตามแรงผลักดันของอุปสงค์และอุปทาน

2. รัฐบาลกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการควบคุมและแทรกแซงราคาสินค้าและบริการด้วยวิธีกำหนดราคาเมื่อสินค้าบางชนิดมีผลต่อผู้ดื่ม การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเพื่อไม่ให้ราคาถูกมากเกินไป เพื่อลดการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาถูก

จากพื้นฐานเศรษฐศาสตร์จุลภาค แนวคิดที่ว่าราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสมการความสมดุลระหว่างอุปสงค์สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอุปทาน หรือการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ผ่านร้านค้าปลีก การลดอุปทานโดยอุปสงค์เท่าเดิม หรือการเพิ่มอุปสงค์ แต่อุปทานเท่าเดิม จะส่งผลให้ราคาสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากอุปทานเพิ่มขึ้น โดยที่อุปสงค์เท่าเดิม หรือความต้องการลดลงโดยอุปทานเท่าเดิม จะส่งผลให้ราคาต่ำลง และในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงราคาอย่างจงใจ (deliberate) จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์-อุปทาน ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นจากตัวแปรภายนอกตลาด เช่น อัตราภาษีสรรพสามิตที่สูง จะลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ดื่มมีกำลังซื้อในปริมาณที่น้อยสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาแพง

เมื่อรัฐมีความต้องการเพิ่มรายได้จากการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการเพิ่มภาษีสรรพสามิต หรือเพิ่มราคาในทางใดทางหนึ่ง เพื่อจะได้รายได้เพิ่มต่อหน่วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิต จะส่งผลให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น และราคาที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง ถึงแม้จะขึ้นอัตราภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รัฐจะได้รับภาษีที่เพิ่มขึ้น ในตัวอย่างนี้ ความต้องการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงราคาใดๆ จากการเพิ่มอัตราภาษี

อย่างไรก็ตาม นักเศรษฐศาสตร์ใช้ศัพท์ “ความยืดหยุ่นด้านราคาของอุปสงค์” (price elasticity of demand) เมื่อวัดความอ่อนไหวของปริมาณการดื่มเมื่อราคาเปลี่ยนแปลง “ความยืดหยุ่นด้านราคาของอุปสงค์” มีความหมายว่า ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงในการดื่มซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงราคา 1% อาทิ เช่น ความยืดหยุ่นด้านราคาสำหรับแอลกอฮอล์ -0.5 หมายถึงการเพิ่มราคา 1% จะลดการดื่มแอลกอฮอล์ 0.5% ถ้าหากความยืดหยุ่นด้านราคาของอุปสงค์มีค่าระหว่าง 0 และ -1.0 ความต้องการสำหรับผลิตภัณฑ์จะไม่ยืดหยุ่น (inelastic) ทางด้านราคา เพราะการเปลี่ยนแปลงราคาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดื่มน้อยกว่า ถ้าหากค่าความยืดหยุ่นต่ำกว่า -1.0 แปลว่าการเปลี่ยนแปลงด้านราคานำไปสู่สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงที่มากกว่าในการดื่ม แนนอนว่าผลิตภัณฑ์ที่อุปสงค์ไม่มีความยืดหยุ่นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับเป้าประสงค์ในการเพิ่มรายได้สำหรับภาครัฐ อุปสงค์สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะไม่มี ความยืดหยุ่น อย่างไรก็ตาม ราคาที่สูงขึ้นทำให้ลดการดื่ม

การตอบสนองต่อราคาของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตซึ่งทำให้เกิดรายได้สำหรับภาครัฐ และมีผลประโยชน์ต่อสุขภาพด้วย จากการที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีราคาสูงขึ้น ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ที่สูงบ่งชี้มากกว่าสัดส่วนที่ลดลงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่สูงขึ้น อุปสงค์ที่มีความยืดหยุ่นสูงสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะบ่งชี้ถึงสัดส่วนที่ลดลงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงว่าผลประโยชน์ทางสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามราคาที่สูงขึ้นของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมี

สมมติฐานความสัมพันธ์ทางบวกด้านเดียว (monotonic positive relationship) ระหว่างการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในภาพรวม และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง/มีสาเหตุจากการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เมื่อค่าของความยืดหยุ่นใกล้ศูนย์ ผลประโยชน์จะลดลง และหากค่าของความยืดหยุ่นเท่ากับศูนย์ ผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพอื่นๆ ที่จะได้รับจากการเพิ่มราคาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์จะถูกลดลง ดังนั้นแม้ว่าการเพิ่มรายได้จากภาษีและการลดปัญหาที่มีสาเหตุจากการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นเป้าหมายที่ต่างกัน และความสัมพันธ์ที่ต่างกันในการเพิ่มราคาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ แต่ตัวแปรทั้งสองสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งกันและกันได้ ขึ้นอยู่กับการใช้อัตราภาษีสรรพสามิตที่ระดับใด และเปลี่ยนแปลงอย่างไร

การทดสอบและการแปลค่าความยืดหยุ่น

มีการศึกษาถึงเรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงราคาต่อการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ มากกว่ามาตรการควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อื่นๆ มีการทบทวนรายงานการวิจัย 3 ชิ้นที่พยายามสรุปผลลัพธ์อย่างเป็นระบบในการศึกษาวิธีการทางเศรษฐศาสตร์เพื่อควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. 2008.) มาจากประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และกลุ่มประเทศนอร์ดิก ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่อการตีพิมพ์ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว

รายงานการทบทวนทั้งสามชิ้นพบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันคืออุปสงค์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ตอบสนองต่อราคา ขึ้นอยู่กับประเภทของเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ความยืดหยุ่นราคาในภาพรวมประมาณ 0.5 เปียร์มีค่าความยืดหยุ่นเฉลี่ยประมาณ 0.4 ทั้งไวน์และสุรากลั่นมีค่าความยืดหยุ่นเฉลี่ยประมาณ 0.7 การศึกษาขนาดใหญ่เมื่อไม่นานมานี้ เน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกำลังซื้อเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (โดยผนวกรวมความเปลี่ยนแปลงทั้งราคาและรายได้) การศึกษาค่าความยืดหยุ่นระหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 2003 ในประเทศยุโรป 20 ประเทศ พบว่า ในระยะยาวเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์มีค่าความยืดหยุ่นของกำลังซื้อที่ 0.32 (Rabinovich et al. 2009) ผลลัพธ์เหล่านี้บ่งชี้ว่า การเพิ่มขึ้น 10% ของกำลังซื้อเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์จะส่งผลให้เกิดการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 3.2%

ความคล้ายคลึงกัน ในภาพรวมของผลลัพธ์ที่นำเสนอในการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ยังไม่ได้เปิดเผยความแตกต่างอย่างมากระหว่างผลลัพธ์ต่างๆ ของแต่ละการวิจัย โดยพิจารณาจากความคลาดเคลื่อนในความยืดหยุ่นด้านราคา ทั้งในระหว่างประเทศและระหว่างเวลา งานวิจัยชิ้นหนึ่ง (Fogarty J. 2006.) เน้นความแตกต่างระหว่างประเทศ พบว่าไม่มีผลกระทบสำหรับแต่ละประเทศ แต่บ่งชี้ว่าความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์กับส่วนแบ่งการตลาด ซึ่งหมายความว่า ในสังคมหนึ่งซึ่งเปียร์เป็นเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์หลัก ความยืดหยุ่นของเปียร์จะค่อนข้างต่ำ ในขณะที่ไวน์และสุรากลั่นจะยืดหยุ่นสูงกว่า ข้อค้นพบนี้ รวมกับข้อเท็จจริง คือการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับความยืดหยุ่นด้านราคามาจากประเทศที่ตีพิมพ์เปียร์เป็นหลัก ซึ่งอาจจะอธิบายได้ว่า เหตุใดผลการศึกษาในการทบทวนอย่างเป็นระบบจึงพบว่า ความยืดหยุ่นด้านราคา

ของเบียร์จึงมีค่าที่ต่ำอยู่เสมอ ซึ่งบ่งชี้ว่าผลิตภัณฑ์ที่เป็นเครื่องดีเอ็มหลักในแต่ละวัฒนธรรมจึงถูกนับว่าเป็นผลิตภัณฑ์พื้นฐาน เช่น ขนมปัง จึงตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านราคาน้อยกว่าเครื่องดีเอ็มประเภทอื่นๆ ซึ่งถูกนับเป็นเครื่องดีเอ็มฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน (Fogarty J. 2006.) ในการศึกษาของประเทศสวีเดนเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางราคาสุรากลั่น เป็นเครื่องดีเอ็มที่มีความยืดหยุ่นทางราคาน้อยที่สุดในประเทศสวีเดน ในครั้งแรกของศตวรรษที่ ๒๐ เมื่อสุรากลั่นเป็นเครื่องดีเอ็มยอดนิยมและแพร่หลายมากที่สุด ช่วงเวลาปี ค.ศ. 1960 ถึง 1986 พบว่า ทั้งเบียร์และสุรากลั่นมีความยืดหยุ่นด้านราคาน้อยกว่าไวน์ สะท้อนให้เห็นถึงการดีเอ็มเบียร์เพิ่มมากขึ้นของชาวสวีเดน ในที่สุด การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ ความยืดหยุ่นด้านราคาเฉพาะประเภทของเครื่องดีเอ็มมีความเท่าเทียมกัน สะท้อนให้เห็นถึงความนิยมในการดีเอ็มไวน์เพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและความยืดหยุ่น

ผลกระทบของภาษีเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ที่มีต่อสุขภาพจะถูกกำหนดโดยการตอบสนองของการดีเอ็มเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์กับการเปลี่ยนแปลงในราคาของมัน จากการวิเคราะห์ความยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์ (Price elasticity of demand: PED) และโดยการทดแทน ซึ่งผู้ดีเอ็มสร้างผลการเปลี่ยนแปลงราคาของผลิตภัณฑ์ที่เขาซื้อ ซึ่งรู้จักในนาม ความยืดหยุ่นไขว้ (cross-price elasticity)

ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ไขว้ (Cross - Price Elasticity of Demand) มีความหมายดังนี้

อุปสงค์ไขว้ หมายถึง ปริมาณความต้องการซื้อเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ A ชนิดหนึ่ง ณ ระดับราคาต่างๆ พิจารณาต่อเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ B หรืออีกชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องภายในระยะเวลาหนึ่ง โดยกำหนดให้ปัจจัยอื่นๆ คงที่ ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ไขว้ (Cross - Price Elasticity of Demand) คือ การวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงปริมาณความต้องการซื้อเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ A เมื่อราคาเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ B หรือชนิดอื่นที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลง

เครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกันแบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

1. เครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ที่ใช้ประกอบกัน (Complementary Goods) เป็นเครื่องดีเอ็มที่ต้องดีเอ็มร่วมกัน ถ้าขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะไม่สามารถดีเอ็มได้ เช่น วิกส์ กับ โซดา เป็นต้น ความสัมพันธ์ของเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ที่ต้องใช้ประกอบกันจะมีทิศทางตรงกันข้ามหรือเป็น ลบ (-)
2. เครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ทดแทนกัน (Substitute Goods) เป็นเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ที่ดีเอ็ม ถ้าหาเครื่องดีเอ็มชนิดหนึ่งไม่ได้ สามารถใช้เครื่องดีเอ็มอีกชนิดทดแทนได้ เช่น เบียร์ฮาซาฮี เป็น ไฮเนเก้น เป็นต้น ความสัมพันธ์ของเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ ที่ใช้ทดแทนกันได้จะมีทิศทางเดียวกันหรือเป็นบวก (+)

จำนวนงานที่ทบทวนเชิงระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analyses) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงในราคาของเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์และการเปลี่ยนแปลงในการดีเอ็มของประชากรตามการประมาณการจากการศึกษา 3 ชั้น ที่พิจารณาความยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์โดยรวมของเครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์เท่ากับ -0.5 กล่าวคือ การเพิ่ม 10% ในราคาเครื่องดีเอ็มนำไปสู่การลดการดีเอ็ม 5 % (Gallet C.

2007; Wagenaar A, Salois M, Komro K. 2009; Fogarty J. 2008.) แม้ว่าความยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์เท่ากับ 0 (หรือไม่มีความยืดหยุ่นเลย) การเพิ่มขึ้นในราคาจะนำไปสู่การลดการดื่มผลิตภัณฑ์อื่นๆ ความไม่ยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์ หมายความว่า การเพิ่มขึ้นของราคาจะเพิ่มรายได้จากภาษี ในขณะที่การเพิ่มภาษีจะเพิ่มรายได้ของรัฐ (Budget 2015)

ความยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์จะแตกต่างกันตามระดับการดื่มส่วนบุคคลและฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่จำหน่าย และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนึ่งในการศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์ห่อถักจากงานวิจัย 112 ชิ้น พบว่า โดยทั่วไป บุคคล ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงในราคาของเบียร์น้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงในราคาของไวน์และสุรา (-0.5, -0 และ -0.8 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม การศึกษาชิ้นหนึ่งเกี่ยวกับร้านค้า (แบบ off trade) ของสหราชอาณาจักร พบว่าความยืดหยุ่นราคาของอุปสงค์ของเบียร์มีความยืดหยุ่นมากกว่าไวน์และสุรากลั่น (Meng Y, Brennan A, Purshouse R, Hill-McManus D, Angus C, Holmes J, et al. 2014) การวิเคราะห์ห่อถัก แสดงให้เห็นว่านักดื่มปานกลางเป็นผู้ที่มีความไวต่อราคามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ดื่มหนัก (Ayyagari P, Deb P, Fletcher J, Gallo W, Sindelar JL. 2013) ทั้งนี้ ความยืดหยุ่นอาจไม่ใช่มาตรวัดที่สมบูรณ์ หากความยืดหยุ่นสำหรับการดื่มสูงอาจทำให้ลดการดื่มอย่างสมบูรณ์ มากกว่าความยืดหยุ่นสูงสำหรับการดื่มต่ำ งานวิจัยของ Robyn Burton และคณะ (2016) แสดงให้เห็นว่าผู้ใหญ่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าคนหนุ่มสาว และผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อราคามากกว่าผู้ชาย (Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. 2016.)

ความยืดหยุ่นของราคายังแตกต่างระหว่างการขายในร้านค้ากับการขายในบาร์ (off-on trade) การศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่า อุปสงค์สำหรับไซเดอร์ในร้านค้าเหล้าตอบสนองการเปลี่ยนแปลงในราคา (PED: -1.3) และอุปสงค์สำหรับสุรากลั่นและผลิตภัณฑ์พร้อมดื่ม (ready to drink) พบว่าตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในราคาน้อยสุด (PED: -0.08 และ -0.2) (Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. 2016, pp. 83-84.)

ค่าความยืดหยุ่นไขว้ราคา (Cross-price elasticity) ของอุปสงค์วัดขอบเขตของอุปสงค์ ใช้ค้นหาการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์ในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในราคาของสินค้าอื่น หากความยืดหยุ่นไขว้ราคาของอุปสงค์เป็นบวก นั่นคือผลิตภัณฑ์ที่ทดแทนกัน (substitutes) ผู้ดื่มอาจจะเพิ่มความต้องการสำหรับผลิตภัณฑ์หนึ่ง ทำให้ราคาสินค้านั้นเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของราคาของสินค้าอื่นๆ ตรงกันข้าม ถ้าความยืดหยุ่นไขว้ราคาของอุปสงค์เป็นลบ ผลจะถือว่าเป็นผลิตภัณฑ์ประกอบกัน (complements) หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ทั้งสองอย่างมักจะนำมาใช้เสริมกัน ด้วยเหตุนี้ การเพิ่มขึ้นของราคาของผลิตภัณฑ์หนึ่งจะนำไปสู่การลดลงในการดื่มของผลิตภัณฑ์อื่นๆ ความยืดหยุ่นไขว้ราคาอาจสร้างความเข้มแข็งหรือลดความสามารถของนโยบายภาษี หรือนโยบายการกำหนดราคาที่มีอิทธิพลต่อการดื่มตามที่ว่าผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกันจะมีผลทดแทนกันหรือผลิตภัณฑ์เสริมกัน การศึกษาในสหราชอาณาจักรได้พบว่า ค่าความยืดหยุ่นไขว้ราคาเป็นส่วนผสมทางบวก ($n = 46$) และลบ ($n = 44$) ยกตัวอย่างเช่น ใน

ร้านค้า ผลิตภัณฑ์ไวน์และไซเดอร์เป็นผลิตภัณฑ์ 2 ชนิดที่ใช้ทดแทนกัน ขณะที่เบียร์และไซเดอร์เป็นผลิตภัณฑ์เสริมกัน นอกจากนี้ หากราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในซูเปอร์มาร์เก็ตเพิ่มขึ้น อุปสงค์สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผับและบาร์มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น (Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. 2016.)

มาตรการของยุโรปเพื่อควบคุมการดื่มสุราที่เป็นอันตราย

มาตรการที่พบมากที่สุดโดยหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่นหรือของประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจคือ การจัดเก็บภาษีในรูปแบบที่แตกต่างกัน รวมถึงการตั้งค่าภาษีสรรพสามิต หรือภาษีมูลค่าเพิ่มของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol in the European Union. 2012.) การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในสามมาตรการที่ดีที่สุดขององค์การอนามัยโลก (the three best buy interventions recommended by WHO) การดำเนินการแทรกแซงโดยรัฐด้วยมาตรการเหล่านี้สามารถลดการดื่มเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายและลดภาระของโรคไม่ติดต่อ (the burden of non-communicable diseases) (World Economic Forum. 2011)

นอกจากนี้การเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีมาตรการอื่นๆ เช่น การกำหนดราคาขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปัจจัยอื่นๆ คงที่ ซึ่งจะนำไปสู่การลดลงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางตรงกันข้าม การลดลงของราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะนำไปสู่การดื่มที่เพิ่มขึ้น การศึกษาหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลด อันตรายทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการดื่มในกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย หลักฐานนี้บ่งชี้ว่ากฎพื้นฐานที่ผู้ดื่มตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในราคาเครื่องดื่ม แม้แต่กลุ่มผู้ที่ดื่มหนักก็ไม่มีข้อยกเว้น จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะลดการดื่มอย่างไม่เป็นสัดส่วน โดยเฉพาะคนอายุน้อยจะลดมากกว่าคนดื่มน้อยและคนดื่มเบาบาง และการเปลี่ยนแปลงในราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการดื่มของผู้ที่ดื่มหนัก (Alcohol in the European Union. 2012)

แผนปฏิบัติการ (action plan) ในยุโรปเพื่อลดการดื่มสุราที่เป็นอันตรายปี ค.ศ. 2012–2020 ได้เสนอทางเลือกนโยบายหลายประเภท ดังนี้ (WHO, 2015.)

- การเพิ่มอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยพิจารณาจากความยืดหยุ่นและความสามารถในการซื้อ (rates informed by elasticity and affordability)
- การแนะนำราคาขั้นต่ำตามกฎหมายต่อลิตรของแอลกอฮอล์ (introducing a legal minimum price per litre of alcohol)
- การจำกัดการใช้โปรโมชั่นราคาโดยตรงและราคาโดยอ้อม การขายลดราคา (restricting the use of direct and indirect price promotions, discount sales, sales below)

• การใช้ราคาต้นทุนและการกำหนดอัตราเดียวกัน สำหรับการดื่มได้ไม่จำกัด หรือการจำกัดรูปแบบอื่นๆ ของปริมาณขาย (cost and flat rates for unlimited drinking or other types of volume sales)

จากการศึกษาประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรปที่ดำเนินมาตรการราคาและภาษี พบว่าประเทศสมาชิกรายงานว่ามีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตในเครื่องดื่มประเภทสุรากลั่น (โปรดดูตารางและแผนภูมิในภาคผนวก ก) แต่มี 1 ประเทศที่รายงานว่าจัดเก็บภาษีสรรพสามิตในเครื่องดื่มประเภทเบียร์ด้วย มี 12 ประเทศที่ไม่ได้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในไวน์ ประเทศสมาชิก 13 ประเทศจัดเก็บภาษีโดยมีการปรับค่าเงินเพื่อ ยกเว้น 2 ประเทศที่มีภาษีมูลค่าเพิ่ม 0 % อัตราภาษีมูลค่าเพิ่มของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในยุโรปมีขอบเขตแตกต่างกันมาก มี 30 ประเทศที่จัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 15-20% มี 14 ประเทศที่จัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 21-25% มี 13 ประเทศที่จัดเก็บภาษีสรรพสามิตโดยปรับตามค่าเงินเพื่อ (WHO, 2015) (โปรดดูตารางและแผนภูมิในภาคผนวก ก)

กรณีศึกษาในฟินแลนด์

ก่อนปี ค.ศ. 2008 การกำหนดราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ถูกควบคุมโดยเฉพาะในฟินแลนด์ การแข่งขันในตลาดเบียร์ซึ่งอยู่นอกการผูกขาดของรัฐบาลมีความรุนแรง เพราะว่าการแข่งขันด้านราคาเป็นเรื่องปกติ ตัวอย่างเช่น เบียร์ 1 กระป๋องราคา 1 ยูโร (€) แต่ 12 แพ็ค มีราคาเพียง 9 € ก่อนวันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ซูเปอร์มาร์เก็ตขนาดใหญ่มีการโฆษณาเพื่อดึงดูดลูกค้า อาทิ เช่น "เฉพาะวันนี้ - เบียร์ 12 แพ็ค ราคา 7 ยูโร (€) เท่านั้น" ร้านอาหาร ภัตตาคารยังมีส่วนลดพิเศษ ตัวอย่างเช่น ในระหว่าง "ชั่วโมงแห่งความสุข (happy hours)" เบียร์หรือค็อกเทล ผู้ซื้อจ่ายเพียงครึ่งหนึ่งของราคาปกติ

ส่วนลดปริมาณในชั่วโมงแห่งความสุขที่ได้รับนั้นเป็นการส่งเสริมการดื่มมากเกินไป รัฐธรรมนูญไม่อนุญาตให้รัฐบาลเข้าไปแทรกแซงการตัดสินใจการกำหนดราคาของร้านค้าเอกชน ตลาด และร้านอาหาร ข้อจำกัดในการขายต่ำกว่าต้นทุนเป็นไปไม่ได้ ขณะที่ต้นทุนการผลิตมีความผันแปรและสามารถจัดการได้ การแก้ไขก็คือการทำเท่าที่เป็นไปได้

ในปี ค.ศ. 2008 การห้ามในส่วนลดปริมาณได้ถูกนำมาใช้ เพราะห้ามเสนอแพคเกจหรือการบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาที่ลดลงร่วมกัน งานโฆษณาและสื่อมวลชนที่ส่งเสริมการขายสำหรับราคาที่มีส่วนลดในระยะสั้นหรือเวลาแห่งความสุขก็ถูกห้ามโฆษณา ราคาอาจถูกห้ามโฆษณาอย่างน้อยสองเดือน การห้ามนำไปใช้กับร้านค้า ตลาด และภัตตาคาร ร้านอาหาร

หลังจากที่มีการห้ามส่วนลดปริมาณ ร้านค้าไม่ขึ้นราคาเพราะรัฐออกกฎหมายบังคับ อาทิ เช่น จำนวน 12 แพ็ค ต้องขายราคา 12 แพ็ค หลังจากที่มีข้อจำกัดในการโฆษณาส่วนลด ร้านค้าขายราคาพิเศษออกไปสองหรือสามเดือน การห้ามนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสียในการควบคุมตลาด ปฏิบัติการของผู้ผลิตและร้านค้าปลีกต่อกฎระเบียบของการกำหนดราคาสินค้าหลายแพ็ค (multipacks) ทำให้ราคาที่เปลี่ยนแปลงไป เบียร์หนึ่งหน่วยถูกลดลงกว่า 40% อาทิ เช่น คนหนุ่มสาวที่มีเงินน้อยจะซื้อเบียร์กระป๋องมากขึ้นเท่าที่เขามีเงิน ส่วนลดอย่างกว้างที่สุด (wildest) ทำให้สูญเสียผู้นำทางราคาได้จริง แต่โดยทั่วไปราคาที่มีส่วนลดขณะนี้ได้มีการขยายไปถึงสองเดือนสุดท้าย

บทเรียนที่ดีที่สุดของการควบคุมราคาสุรา คือ การจัดเก็บภาษี รัฐบาลได้มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตมา
สี่ครั้ง ในรอบสี่ปี กล่าวคือ ทุกราคา (ทั้งปกติและมีส่วนลด) ได้เพิ่มรายได้ภาษี 400 ล้านยูโร (€) และปริมาณ
การดื่มโดยรวมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 8%

ที่มา: นาย Ismo Tuominen กรมส่งเสริมสวัสดิการและอนามัย กระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพ ประเทศ
ฟินแลนด์

กรณีศึกษาในสหราชอาณาจักร

ในปี 2012, รัฐสภาสกอต (the Scottish Parliament) ผ่านกฎหมายที่จะตั้งราคาขั้นต่ำต่อหน่วย
สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ 50 เพนซ์ (p) (0.60 €) การกำหนดราคาขั้นต่ำ (floor price below) ซึ่ง
ปริมาณของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ไม่สามารถขาย (1 หน่วย = 10 มล. หรือ 8 กรัม) รัฐบาลแห่งสหราชอาณาจักร
ได้ประกาศ ราคาต่อหน่วยต่ำสุดสำหรับอังกฤษและเวลส์ ขณะที่ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตกลง ผู้ดื่ม
เพิ่มขึ้น ในสหราชอาณาจักร การจ่ายและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง การขับเคลื่อนการขายแบบร้านค้า ในสกอตแลนด์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มขึ้น 10%
ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 ในปี ค.ศ. 2011 อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ย 11.2 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่ การ
เพิ่มขึ้นของการดื่มนี้สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นในอันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว โดยมีอัตราการตาย
จากโรคตับแข็ง ตับเรื้อรัง บางส่วนที่สูงสุดในยุโรปตะวันตก ราคาขั้นต่ำต่อหน่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สกอตแลนด์
นำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในปี ค.ศ. 2009 ซึ่งแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มีมาตรการมากกว่า 40
มาตรการที่นำมาใช้ในระดับประชากรและระดับบุคคล นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ การ
สร้างแบบจำลองทางเศรษฐมิติ (Econometric modeling) ของราคาขั้นต่ำต่อหน่วย แสดงให้เห็นว่าการดื่ม
จะลดลงมากขึ้นในกลุ่มนักดื่มหนัก เนื่องจากนักดื่มหนักมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกมาก
ขึ้น การกำหนดราคาขั้นต่ำจะมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการดื่มในระดับปานกลาง ผลการวิจัยเกี่ยวกับระบบ
การกำหนดราคาขั้นต่ำในแคนาดาแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์แรกของประสิทธิผลของราคาขั้นต่ำต่อหน่วย
การศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำช่วยลดการดื่มโดยรวมได้ประมาณ 8.4%

ผลกระทบของการกำหนดราคาขั้นต่ำ นอกจากนี้ยังเห็นได้ในระดับของการดื่มโดยรวม รวมถึงการดื่ม
หนัก การศึกษาอื่นพบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำเฉลี่ยสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด สามารถ
ลดการเสียชีวิตทั้งหมดซึ่งเกิดจากสุราได้ 32 % ราคาขั้นต่ำต่อหน่วยส่งผลสู่เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ต่อผู้ที่จะได้รับประโยชน์มากที่สุดจากการลดลงของการดื่ม

ที่มา: Dr Lesley Graham, Information Services Division, NHS National Services, Scotland

มีการศึกษาเชิงนโยบายหลายชิ้นด้านผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการแก้ไขปัญหาต่างๆ อันมี
สาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการกำหนดราคาขั้นต่ำ การห้ามขายเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ที่ต่ำกว่าต้นทุน และการจัดเก็บภาษี การศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอหลักฐานในการเชื่อมโยง
ระหว่างราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่ม และผลกระทบทางเศรษฐกิจของมาตรการ จากข้อมูลทาง

สถิติทางการตลาดสำหรับเครื่องตีแอลกอฮอล์และการค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (Hunt P, Rabinovich L, Baumberg B. 2011)

- การห้ามขายต่ำกว่าต้นทุน (ต้นทุนที่กำหนดบวกกับภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต) ผลกระทบต่อการตีอาจจะมีค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับข้อจำกัดในวงกว้างเกี่ยวกับส่วนลดและโปรโมชั่น หรือการปรับขึ้นภาษี อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลกระทบมีน้อยแต่ทำให้เครื่องตีแอลกอฮอล์ราคาถูกลงมีเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของสุราพื้นบ้านราคาถูกที่สุดอาจจะนำไปสู่อันตรายบางอย่างในการตี / ผลเสียต่อสุขภาพ

- การเพิ่มการจัดเก็บภาษี เมื่อภาษีเครื่องตีแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อนักตีทั้งหมด จึงเป็นเหตุผลที่การจัดเก็บภาษีได้รับการพิจารณาโดยไม่ได้กำหนดเป้าหมายนักตี

- ราคาขั้นต่ำ ขึ้นอยู่กับราคาขั้นต่ำที่กำหนดเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ผู้ตีอายุน้อยและผู้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูก และผู้ที่ชอบซื้อของถูก

ทางเลือกนโยบายและมาตรการจัดการระดับโลก: นโยบายทางด้านราคา

ผู้ตีสุราทั้งนักตีหนักและเยาวชนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตีตามราคาที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น นโยบายด้านราคาจึงสามารถใช้ลดพฤติกรรมการตีของผู้ที่มีอายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนด ใช้หยุดยั้งการตีปริมาณมาก และ/หรือการตีหนักเป็นครั้งคราวได้ และยังมีผลต่อทางเลือกชนิดของเครื่องตีการขึ้นราคาเครื่องตีแอลกอฮอล์เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุดวิธีหนึ่งในการลดการตีสุราแบบอันตราย ปัจจัยแห่งความสำเร็จประการหนึ่งของนโยบายด้านราคาคือการมีระบบภาษีที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลในการจัดเก็บภาษีและบังคับใช้กฎหมายที่เหมาะสม (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีสุรา 2554)

ปัจจัยอื่น เช่น ความชอบ ชนิดของเครื่องตีแอลกอฮอล์ในประเทศหรือประเทศเพื่อนบ้าน หรือการมีหรือไม่มีมาตรการนโยบายอื่นๆ ปัจจัยเหล่านี้กระทบต่อประสิทธิผลของทางเลือกนโยบาย ความต้องการเครื่องตีแอลกอฮอล์ต่างชนิดกันอาจได้รับผลกระทบที่ไม่เหมือนกัน การขึ้นภาษีมีผลต่อยอดขายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผลกระทบต่อราคาของผู้บริโภคต้องจ่ายมากขึ้นเพียงใด ตลาดมีดขายสุราผิดกฎหมายมีผลต่อนโยบายจัดเก็บภาษีในหลายประเทศ ดังนั้น ในการเปลี่ยนแปลงภาษีรัฐต้องควบคุมคู่ไปกับการควบคุมตลาดมีดหรือตลาดนอกระบบ การเพิ่มภาษีอาจได้รับแรงต้านจากกลุ่มผู้ตีและผู้ประกอบธุรกิจ แต่นโยบายภาษีจะได้ประโยชน์จากการสนับสนุนข้อมูลและมาตรการสร้างความตระหนักรู้เพื่อต่อสู้กับแรงต้านนี้

ทางเลือกนโยบายและมาตรการจัดการ ประกอบด้วย (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีสุรา 2554)

(ก) กำหนดภาษีสุราในประเทศเฉพาะ พร้อมระบบบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผลที่สอดคล้องกับปริมาณแอลกอฮอล์สุทธิในเครื่องตีแต่ละชนิด

(ข) ทบทวนการปรับราคาอย่างสม่ำเสมอ

- (ค) ห้ามหรือจำกัดวิธีการส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อม การลดราคา การตั้งราคาต่ำกว่าต้นทุน หรือการกำหนดราคาเดียวต่อการดื่มแบบไม่จำกัดหรือการขายเหมาอิงปริมาณแบบอื่นๆ
- (ง) หากทำได้ ควรกำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (จ) เพิ่มแรงจูงใจในด้านราคาในเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์
- (ฉ) ลดหรือหยุดการช่วยเหลือผู้ประกอบการธุรกิจเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนปฏิบัติการในยุโรปเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย

แผนปฏิบัติการในยุโรปเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย (harmful use of alcohol) ปี 2012-2020 (WHO Regional Office for Europe, 2012.) เสนอผลงานที่เป็นทางเลือกเชิงนโยบายและกลยุทธ์ที่เป็นไปได้เพื่อลดความสามารถในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

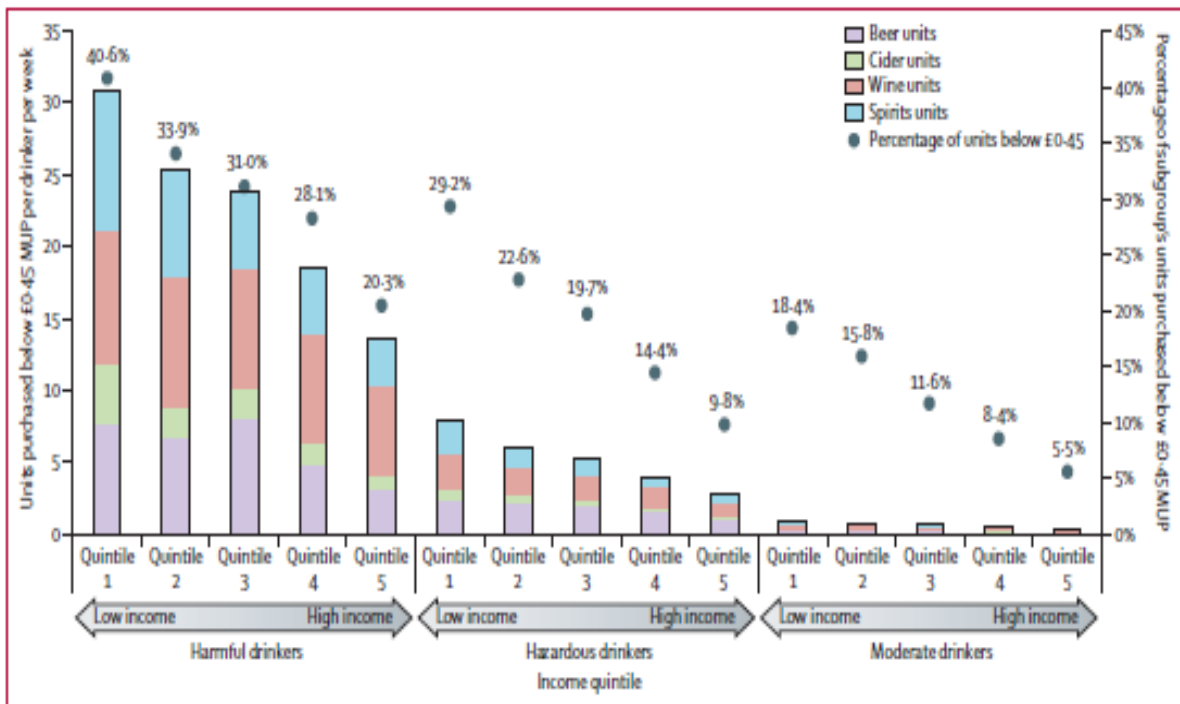
ตัวเลือกรวมถึงการเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนะนำภาษีตามสัดส่วนที่สูงขึ้นตามความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หรือการกำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การกำหนดราคาขั้นต่ำต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ในปี 2012 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสุขภาพ ทุกประเทศสมาชิกได้รายงานว่าเขาได้เรียกเก็บภาษีสรรพสามิตสุรา แต่รัฐสมาชิกหนึ่งรายงานการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเบียร์ ภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นค่าใช้จ่ายในประเทศสมาชิกทั้งหมด ยกเว้นสำหรับสองประเทศที่มีอัตราที่แตกต่างจาก 8% เป็น 30% ห้าประเทศรายงานการจัดเก็บภาษีราคาขายปลีกขั้นต่ำในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และในสหราชอาณาจักร (สก๊อตแลนด์) มีการออกกฎหมายสำหรับการแนะนำนโยบายการกำหนดราคาขั้นต่ำที่ได้รับการรับรอง แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ ใน 13 ประเทศระดับของภาษีสรรพสามิตจะถูกปรับเป็นประจำสำหรับอัตราเงินเฟ้อ (WHO Regional Office for Europe, 2012.)

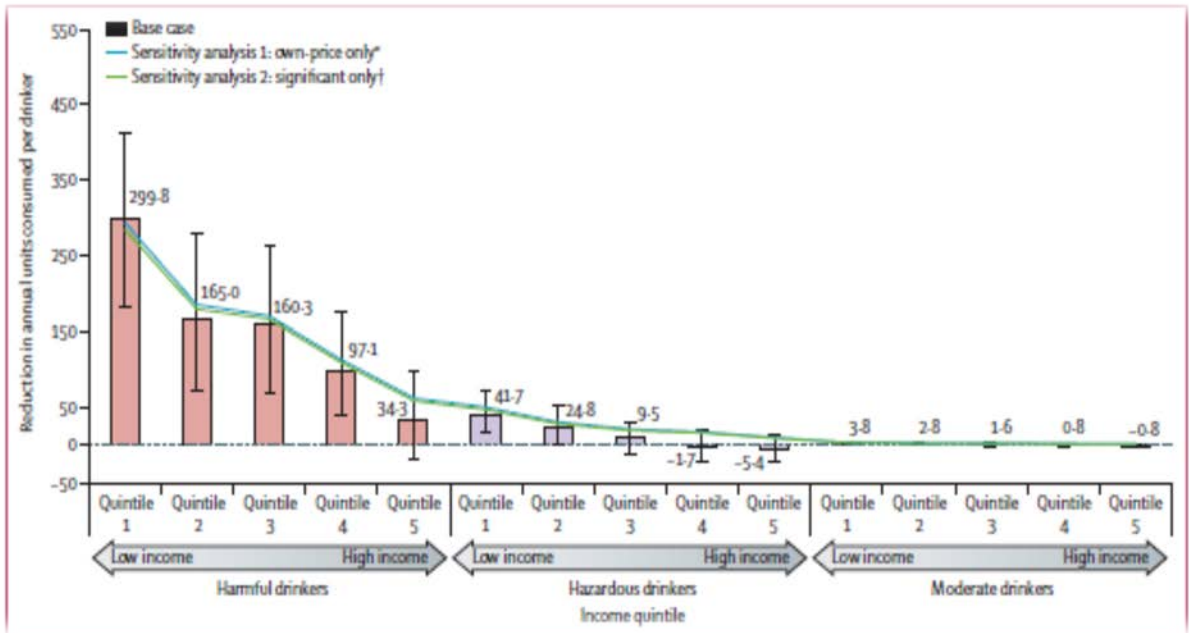
John Holmes และคณะ (2014) ได้ใช้แบบจำลองของเซฟฟิลด์ Sheffield Alcohol Policy Model : SAPM) เวอร์ชัน 2.6 เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายราคาต่อหน่วยต่ำสุด SAPM เป็นแบบจำลองที่ใช้อธิบายการซื้อและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับประชากรกลุ่มย่อย รวมทั้งกลุ่มรายได้และกลุ่มทางสังคมและเศรษฐกิจ การซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พิจารณาจากชนิดและปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ราคาที่จ่าย และความสมดุลระหว่างการจำหน่ายแบบ on trade (เช่น บาร์) และ แบบ off trade (เช่น ร้านค้า) John Holmes และคณะประมาณค่าความยืดหยุ่นราคาจากข้อมูลการสำรวจ 9 ปี และทำวิเคราะห์ความไวของความยืดหยุ่นทางเลือก ประเมินผลกระทบของนโยบายในเครื่องดื่มที่ดื่มระดับปานกลาง ดื่มระดับที่เป็นอันตราย และนักดื่มหนัก (moderate, hazardous, and harmful drinkers) จำแนกกลุ่มทางสังคมและเศรษฐกิจออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มงานวิจัยได้ตรวจสอบผลกระทบนโยบายเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้จ่าย อัตราการดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโอกาสที่เป็นอันตราย อัตราการเกิดอันตรายและค่าใช้จ่ายโดยประเมินเป็นระยะเวลา 10 ปีหลังจากการดำเนินนโยบาย งานวิจัยได้มีการปรับอัตราการตายและการ

เจ็บป่วย ที่อธิบายความเสี่ยงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคม (Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al., 2014.)

ผลการศึกษาพบว่า ราคาต่อหน่วยต่ำสุดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมเท่ากับ 0.45 ปอนด์ (£) นำไปสู่การลดการบริโภคลงทันทีเท่ากับ 1.6% (-11.7 หน่วย ต่อคนต่อปี) ในแบบจำลองนักดื่มระดับปานกลางได้รับผลกระทบน้อยที่สุด ในแง่ของการบริโภค (-3.8 หน่วยต่อคนต่อปี สำหรับรายได้ต่ำสุด ควอไทล์ระหว่าง 0.8 หน่วย เพิ่มขึ้นสำหรับควอไทล์รายได้สูงสุด) และการใช้จ่าย (เพิ่มขึ้นในการใช้จ่ายระหว่าง 0.04 ปอนด์ (£) กับ 1.86 ปอนด์ต่อปี) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากที่สุดเกิดขึ้นในกลุ่มนักดื่มหนักจนเป็นอันตราย (harmful) (เปลี่ยนแปลงในการบริโภค -3.7 % หรือ -138.2 หน่วยต่อคนต่อปี โดยมีการลดลงในการใช้จ่าย 4.01 £ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด (-7.6 % หรือ -299.8 หน่วยต่อคนต่อปี โดยมีการลดลงในการใช้จ่าย 34.63 £) เมื่อเทียบกับรายได้ที่สูงที่สุด ควอไทล์ (-1.0 % หรือ -34.3 หน่วย มีการเพิ่มค่าใช้จ่าย 16.35 ปอนด์ (£)) ผลประโยชน์ต่อสุขภาพที่ประเมินได้จากนโยบายนี้กระจายได้ไม่เท่าเทียมกัน ปัจเจกบุคคลที่อยู่ในกลุ่มสังคมและเศรษฐกิจต่ำสุด (อาศัยอยู่ในครัวเรือน หรือบ้านคนงาน ประมาณ 41.7% ของกลุ่มตัวอย่าง) จะลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 81.8% และในแง่ของคุณภาพชีวิตที่ปรับ (quality-adjusted life-years) 87.1%



แผนภูมิที่ 1 จำนวนและสัดส่วนของหน่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่ซื้อน้อยกว่าราคาขั้นต่ำต่อหน่วย 0.45 (£0.45 MUP=minimum unit price) จำแนกตามนักดื่มและควินไทล์รายได้และประเภทเครื่องดื่ม จำนวนนี้ยกเว้นหน่วยแอลกอฮอล์ที่เป็น on-trade (ได้แก่ การซื้อที่บาร์ ภัตตาคาร) และ off-trade (ได้แก่ การซื้อจากร้านค้า) เครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready-to-drink beverages เพราะว่ามีน้อยกว่า 1%)



แผนภูมิที่ 2 การลดลงของหน่วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงต่อปีต่อควินไทล์รายได้และกลุ่มการดื่มที่กำหนดราคาขั้นต่ำ 0.45 เพนซ์ต่อหน่วย กับ การวิเคราะห์ความไวที่ 95% ช่วงความเชื่อมั่นที่คำนวณการวิเคราะห์ความไวที่เป็นไปได้

* โดยให้ความยืดหยุ่นราคาไขว้เป็นศูนย์

† หมายถึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือความยืดหยุ่นราคาไขว้เป็นศูนย์

หากไม่คำนึงถึงรายได้พบว่า นักดื่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อย โดยราคาต่อหน่วยต่ำสุดเท่ากับ 0.45 ปอนด์ (£) ในแบบจำลอง ผลกระทบที่มากที่สุดตรงนี้คือ นักดื่มที่ดื่มหนัก (harmful drinker) เพราะนักดื่มหนักมีรายได้ต่ำ ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ที่ราคาต่อหน่วยต่ำสุดน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ นักดื่มกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากนโยบายนี้ การลดการดื่มส่วนใหญ่ของกลุ่มนี้จะได้รับผลดีต่อสุขภาพอย่างมากในแง่ของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่ลดลงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำและแบบจำลองการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ

การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำคือการควบคุมการกำหนดราคาโดยตรง โดยรัฐบาลมุ่งเป้าไปที่การป้องกันไม่ให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าราคาที่กำหนดแน่นอน ซึ่งแตกต่างจากการเพิ่มภาษีที่การเพิ่มขึ้นของราคาอาจไม่จำเป็นต้องส่งผ่านไปยังจูดขาย นโยบายนี้มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ดื่มจ่ายราคาขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ซึ่งนโยบายนี้จะส่งผลกระทบต่อสินค้าราคาถูกที่ขายในร้านค้า (off-trade)

มีหลายวิธีในการดำเนินการในราคาขายปลีกขั้นต่ำ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปริมาณและดีกรีของแอลกอฮอล์ (Alcohol content) หรือทั้งสองอย่าง จังหวัดบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้ดำเนินนโยบายที่มีผลกระทบต่อราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อออนซ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะที่จังหวัด Saskatchewan ได้กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำและปรับปริมาณแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน

รูปแบบของการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำก็คือ MUP (ราคาต่อหน่วยต่ำสุด) ซึ่งจะสร้างเป็นแบบของราคามาตรฐานต่อหน่วยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**ราคาขั้นต่ำสำหรับสุราเฉพาะ กำหนดตาม MUP ความแรงและปริมาณของแอลกอฮอล์โดยใช้สูตร (Burton R, et al. 2016.)

$$MUP \times S \times V \times 100$$

ซึ่ง MUP เป็นราคาต่อหน่วยต่ำสุด

S คือความแรงของแอลกอฮอล์

V คือปริมาณเครื่องดื่ม หน่วยลิตร

การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะเป็นมาตรการที่ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการนี้มุ่งผลกระทบต่อผู้ที่ดื่มหนัก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาที่ถูกที่สุดมาบริโภค เช่น เครื่องดื่มที่ขายในร้านเหล้า การซื้อสุราที่ร้านค้าที่มีใบอนุญาตที่ราคาน้อยกว่า 40 เพนซ์ต่อหน่วย (40p/unit) อยู่ 59% เปรียบเทียบกับ 14% ของการขายในไนท์คลับผับบาร์ (Institute of alcohol studies, 2009) จากตารางที่ 1 แสดงราคาขายปลีกขั้นต่ำในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในยุโรป

Product	Volume	Strength (% abv)	Number of units	Minimum selling price		
				40p	45p	50p
Vodka	70cl	37.50%	26.25	£10.50	£11.81	£13.13
Whiskey	70cl	40%	28	£11.52	£12.60	£14
Cider (high strength)	2 litres	7.50%	15	£6	£6.75	£7.50
Cider	2 litres	5.30%	10.6	£4.24	£4.77	£5.30
Perry	750ml	7.50%	5.625	£2.25	£2.53	£2.81
Liqueur	700ml	17%	11.9	£4.76	£5.36	£5.95
Alcopop	700ml	4%	2.8	£1.12	£1.26	£1.40
Lager (4 pack)	440ml (x 4)	5%	2.2	£3.52	£3.96	£4.40
Red wine	750ml	13%	9.75	£3.90	£4.39	£4.88
White wine	750ml	12%	9	£3.60	£4.05	£4.50
Champagne	750ml	12.50%	9.375	£3.75	£4.22	£4.69
Sherry	750ml	17.50%	13.125	£5.25	£5.91	£6.56

ที่มา http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Price/Factsheets/Minimum-pricing.aspx#_edn1

เอกสารนี้สรุปว่า ผลกระทบทางสุขภาพที่ถูกประมาณค่าโดยเฉพาะการตายจะลดลง 48 รายต่อปี ภายในปีแรก และผลกระทบเต็มหลังจาก 10 ปี เท่ากับ 374 ราย ความเจ็บป่วยฉุกเฉินลดลง 1,000 ราย และความเจ็บป่วยเรื้อรังลดลง 1,900 ราย ต่อปี และผลกระทบเต็มหลังจาก 10 ปี ลดลง 10,600 รายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ต้นทุนการบริการสุขภาพคาดว่าจะลดลง คิดเป็นจำนวนเงิน 8 ล้านปอนด์ (£) ด้วยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (QALY) คิดเป็นจำนวนเงินมูลค่า 21 ล้านปอนด์

ในเอกสารแนะนำสุขภาพ *Alcohol-use disorders*, สถาบันสุขภาพระดับชาติและความเป็นเลิศทางคลินิก (The National Institute for Health and Clinical Excellence) ชี้แนะว่า ประโยชน์จากการนำเรื่องกำหนดราคาขั้นต่ำมาใช้เพื่อสุขภาพ ดังนี้ (Brennan A. et al. 2009.)

ราคาขั้นต่ำต่อหน่วย (ไม่ใช่ภาษี) จะสามารถป้องกันผู้ค้าปลีกจากผู้ผลิต ลดความแรงของผลิตภัณฑ์ ตัวอย่างผลของการกำหนดราคาขั้นต่ำตลอดช่วง 10 ปี ที่คาดประมาณราคาขั้นต่ำต่อหน่วยที่ 50 เพนนี จะลดต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มาจากแอลกอฮอล์ถึง 9.7 พันล้านปอนด์ (9.7bn.)
ที่มา *National Institute for Health and Clinical Excellence (June 2010), 'Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking', p. 31*

ตารางที่ 2 แบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการดื่มที่เป็นอันตราย

SUMMARY - TOTAL	Mean annual consumption per drinker (units)					
	% change in consumption (all beverages)	Beer	Wine	Spirit	RTD	All beverages
Policy Scenario						
1 General Price +1%	-0.4%	-1.4	-1.2	-0.8	-0.1	-3.5
2 General Price +10%	-4.4%	-14.4	-12.8	-7.7	-1.0	-35.9
3 General Price +25%	-11.3%	-37.2	-33.5	-19.3	-2.6	-92.7
4 Low Priced Off Trade Products +10%	-0.2%	-0.9	+0.0	-1.1	+0.0	-1.9
5 Low Priced Off Trade Products +25%	-0.6%	-2.2	+0.0	-2.6	+0.0	-4.7
6 Low Priced On Trade Products +10%	-0.5%	-2.3	+1.3	-3.2	-0.1	-4.3
7 Low Priced On Trade Products +25%	-1.3%	-5.8	+3.2	-8.1	-0.2	-10.8
8 All Low Priced Products +10%	-0.8%	-3.2	+1.3	-4.3	-0.0	-6.2
9 All Low Priced Products +25%	-1.9%	-8.2	+3.3	-10.8	-0.1	-15.8
10 Minimum Price 15p (Off and On Trade)	-0.0%	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0	-0.1
11 Minimum Price 20p " "	-0.1%	-0.8	+0.3	-0.3	+0.0	-0.7
12 Minimum Price 25p	-0.3%	-2.4	+0.9	-0.6	+0.0	-2.1
13 Minimum Price 30p	-0.6%	-4.9	+1.7	-2.0	+0.1	-5.2
14 Minimum Price 35p	-1.4%	-7.9	+1.1	-4.7	+0.1	-11.4
15 Minimum Price 40p	-2.6%	-12.0	-1.4	-8.5	+0.2	-21.7
16 Minimum Price 45p	-4.5%	-17.2	-6.8	-13.2	+0.2	-37.0
17 Minimum Price 50p	-6.9%	-23.2	-15.4	-18.4	+0.2	-56.8
18 Minimum Price 60p	-12.8%	-35.8	-40.0	-30.0	+0.2	-105.6
19 Minimum Price 70p " "	-18.6%	-41.1	-70.5	-42.0	+0.2	-153.4
20 Minimum Price 20p Off and 60p On Trade	-0.6%	-3.2	+1.4	-2.9	-0.0	-4.7
21 Minimum Price 30p Off and 80p On Trade	-2.1%	-12.5	+5.5	-10.3	-0.1	-17.4
22 Minimum Price 40p Off and 100p On Trade	-5.4%	-33.0	+7.0	-18.6	-0.3	-44.8
23 30p Minimum Price Beers Only	-0.5%	-7.5	+3.2	+0.2	+0.0	-4.2
24 30p Minimum Price Wines Only	-0.1%	+1.5	-2.5	+0.1	+0.0	-0.8
25 30p Minimum Price Spirits Only	-0.0%	+1.1	+1.0	-2.3	+0.0	-0.2
26 30p Minimum Price Alcopops (RTDs) Only	+0.0%	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0
27 Ban Off Trade Discounting if > 50%	-0.0%	+0.0	-0.0	-0.0	+0.0	-0.0
28 Ban Off Trade Discounting if > 40%	-0.1%	-0.1	-1.0	+0.0	+0.0	-1.0
29 Ban Off Trade Discounting if > 30%	-0.3%	-0.2	-2.4	+0.0	+0.0	-2.7
30 Ban Off Trade Discounting if > 20%	-0.8%	-0.6	-5.8	-0.1	-0.0	-6.5
31 Ban Off Trade Discounting if > 10%	-1.6%	-1.5	-11.2	-0.4	-0.0	-13.1
32 Total Ban Off Trade Discounting	-2.8%	-3.2	-18.4	-1.4	-0.1	-23.0
33 Ban Off Trade Discount if Req Price <30p	-0.0%	-0.5	+0.2	-0.0	+0.0	-0.4

มหาวิทยาลัย Sheffield ได้จัดทำแบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการดื่มที่เป็นอันตราย

ที่มา Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion, Part B, Table 32

ตารางที่ 2 แบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการดื่มที่เป็นอันตราย
(ตารางต่อเนื่อง)

Total spending on alcohol (£ millions)						Per drinker (£ p)		
Off retail (exc duty + VAT)	On retail (exc duty + VAT)	Off duty + VAT	On duty + VAT	Total spending change	% spending change	%change in price per unit consumed	Change in spend per drinker p.a.	Change in spend p.a. if no change in consump.
+41.9	+62.7	-3.7	+3.6	+104.4	+0.6%	+1.0%	+3.55	+5.90
+394.9	+589.2	-43.9	+27.9	+968.1	+5.6%	+10.4%	+32.89	+58.97
+882.5	+1308.5	-137.4	+36.0	+2089.6	+12.0%	+26.2%	+71.00	+147.44
+61.4	+29.7	-6.5	+11.7	+96.3	+0.6%	+0.8%	+3.27	+2.31
+141.6	+74.3	-18.6	+29.3	+226.5	+1.3%	+1.9%	+7.70	+5.78
+12.5	+76.5	+11.1	-21.4	+78.6	+0.5%	+1.0%	+2.67	+5.29
+31.2	+147.7	+27.7	-61.6	+145.0	+0.8%	+2.2%	+4.93	+13.22
+74.0	+106.5	+4.5	-9.7	+175.2	+1.0%	+1.8%	+5.95	+7.60
+173.2	+223.5	+8.8	-32.7	+372.9	+2.1%	+4.1%	+12.67	+19.00
+8.2	+6.1	-0.6	+2.4	+16.1	+0.1%	+0.1%	+0.55	+0.28
+26.5	+16.5	-2.4	+6.4	+47.1	+0.3%	+0.4%	+1.60	+0.96
+63.6	+37.1	-6.6	+14.0	+108.1	+0.6%	+0.9%	+3.67	+2.47
+138.7	+82.3	-18.5	+30.7	+233.2	+1.3%	+2.0%	+7.92	+5.93
+255.6	+153.2	-45.7	+56.5	+419.6	+2.4%	+3.9%	+14.26	+12.76
+404.4	+234.3	-90.1	+84.9	+633.5	+3.6%	+6.5%	+21.52	+23.34
+579.3	+325.1	-155.5	+114.6	+863.6	+5.0%	+9.9%	+29.34	+38.04
+755.9	+425.1	-243.3	+145.2	+1082.8	+6.2%	+14.1%	+36.79	+56.31
+1022.7	+643.8	-478.1	+205.3	+1393.7	+8.0%	+23.9%	+47.35	+100.38
+1180.2	+881.9	-720.3	+255.9	+1597.7	+9.2%	+34.2%	+54.28	+150.68
+37.3	+84.0	+7.1	-12.4	+116.0	+0.7%	+1.2%	+3.94	+5.56
+176.9	+251.6	+14.3	-37.0	+405.9	+2.3%	+4.5%	+13.79	+21.59
+492.0	+640.3	-19.8	-20.3	+1092.1	+6.3%	+12.4%	+37.11	+65.19
+81.4	+40.0	-8.8	+14.2	+126.8	+0.7%	+1.2%	+4.31	+3.72
+29.1	+24.5	-5.4	+9.8	+58.0	+0.3%	+0.4%	+1.97	+1.31
+27.7	+17.2	-4.2	+6.5	+47.2	+0.3%	+0.3%	+1.60	+0.91
+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0%	+0.0%	+0.00	+0.00
+0.7	+0.2	-0.1	+0.1	+0.9	+0.0%	+0.0%	+0.03	+0.04
+15.4	+2.2	-2.9	+0.8	+15.5	+0.1%	+0.2%	+0.53	+0.92
+40.5	+5.6	-7.6	+2.2	+40.7	+0.2%	+0.6%	+1.38	+2.43
+95.7	+13.0	-18.8	+5.1	+95.1	+0.5%	+1.3%	+3.23	+5.86
+190.6	+26.8	-39.2	+10.5	+188.6	+1.1%	+2.7%	+6.41	+11.96
+331.0	+51.0	-71.0	+20.0	+331.0	+1.9%	+4.8%	+11.25	+21.31
+10.5	+4.4	-0.9	+1.7	+15.8	+0.1%	+0.1%	+0.54	+0.39

มหาวิทยาลัย Sheffield ได้จัดทำแบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการดื่มที่เป็นอันตราย

ที่มา Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion, Part B, Table 32

ประสบการณ์ในสหราชอาณาจักร

ความหมายของหน่วยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (standard drink) แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศในสหราชอาณาจักรจะมีค่าเท่ากับ 10 ml หรือ 8 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

การทบทวนเกี่ยวกับประสิทธิผลของกลยุทธ์การป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางเลือกและนโยบายที่มีการจัดอันดับประจำ การสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์สำหรับการเพิ่มราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการจัดเก็บภาษีเป็นระดับสูงสุด แม้ว่ารัฐบาลมีความลังเลที่จะใช้ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพของประชาชน การใช้การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ครอบคลุมความยืดหยุ่นของราคาผลิตภัณฑ์จำนวน 1,003 ราคา จากการศึกษาศึกษา 112 การศึกษา ใช้ข้อมูลวิเคราะห์ 20 ปี ในหลายประเทศ ผลการศึกษาค้นพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาษี/ราคา และการดื่ม โดยเฉลี่ยการศึกษาคาดว่า การเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้การดื่มลดลง 4.4% การศึกษาอื่นๆ ได้ชี้ให้เห็นผลกระทบที่ไม่ได้สัดส่วนกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จากการเปลี่ยนแปลงของราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ เช่น ผลกระทบขนาดใหญ่เกี่ยวกับอัตราของโรคตับ ปัญหาที่ดื่มตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคามากกว่าเครื่องดื่มอื่นๆ หลักฐานอื่นที่แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้นำไปสู่การลดอันตรายร้ายแรง รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับการตาย ตับแข็ง บาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนถนน การฆ่าตัวตายของเยาวชน และการพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอภิมานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การเพิ่มขึ้นสองเท่าของอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลให้การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยรวมลดลงประมาณ 35% การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนและการจราจรลดลง 11% การติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์ลดลง 6% และการใช้ความรุนแรงลดลง 2% (Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011)

การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำร่วมกับการจัดเก็บภาษีแบบเดิมอาจลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการจัดเก็บภาษีเพียงอย่างเดียว การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพและการยอมรับของประชาชนมากขึ้น มีหลักฐานแสดงถึงปัญหาของนักดื่มที่เลือกหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกที่สุด เพื่อเพิ่มปริมาณเอทานอลต่อคอลลาร์ที่ใช้ ทีมวิจัย Meier และคณะ คาดว่าราคาที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในหมู่เครื่องดื่มราคาถูกลงจะส่งผลกระทบต่อระดับการดื่มของนักดื่มที่เป็นอันตรายในสหราชอาณาจักร (Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011)

ในปี พ.ศ. 2555 มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ รัฐบาลของสกอตได้ออกกฎหมายที่จะใช้ราคาขั้นต่ำต่อหน่วย (MUP) เท่ากับ 50 เพนนี ซึ่งได้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์เป็นอย่างมากโดยเฉพาะจากสมาคมสก็อตซ์ วิสกี้ (SWA) ว่าเป็นมาตรการที่ไม่ยุติธรรม เพราะไม่ใช่เครื่องดื่มทุกคนที่เป็นตัวก่อปัญหาความรุนแรง แต่กลับต้องมาแบกรับภาระเช่นเดียวกับผู้ที่ก่อปัญหาทั้งหมด ทั้งนี้ ข้อมูลจากรัฐบาล สหราชอาณาจักรชี้ให้เห็นว่า ในปี 2553-2554 มีจำนวนผู้เข้าโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากแอลกอฮอล์ถึง 200,000 กรณี รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้

ที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงที่มีสาเหตุจากการตีเมล็ดแอลกอฮอล์ถึง 2,700 ล้านปอนด์ หรือประมาณ 130,000 ล้านบาท ขณะที่ต้นทุนที่สังคมต้องแบกรับจากความรุนแรงอันมีที่มาจากเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์สูงถึง 17,000 ล้าน ถึง 22,000 ล้านปอนด์ หรือประมาณ 820,000 ล้าน หรือประมาณ 1 ล้านล้านบาท ต่อปี (ปองขวัญ สวัสดิภักดี. 2555)

นอกจากนี้ มีการวิพากษ์ว่า การออกกฎนี้ละเมิดกฎระเบียบของการค้าเสรีสหภาพยุโรปหรือไม่ ศาลยุติธรรมของสก็อตแลนด์พิจารณาว่า การดำเนินมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจะช่วยคุ้มครองสุขภาพ ในเดือนพฤษภาคมปี 2556 การอุทธรณ์ของ SWA นำคดีไปสู่ศาลยุติธรรมของยุโรป (ECJ) ในเดือนเมษายนปี 2557 (2014) ในเดือนธันวาคมปี 2558 (2015) ศาลยุติธรรมสหภาพยุโรป ECJ ประกาศว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจะเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้าภายในสหภาพยุโรป ภายใต้มาตรา 36 ของสนธิสัญญาเกี่ยวกับการทำงานของสหภาพยุโรป คดีถูกนำกลับไปพิจารณาขั้นสุดท้ายโดยศาลยุติธรรมสก็อตอีกครั้ง ซึ่งรัฐบาลสก็อตได้แสดงให้เห็นว่า การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิภาพต่อการปกป้องสุขภาพมากกว่าทางเลือกการคลัง ในเดือนตุลาคมปี 2559 ศาลได้ชี้ให้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำเป็นฐานพิจารณาทางสุขภาพ โดยใช้สัดส่วนและความสมเหตุสมผล ผู้พิพากษาเห็นว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมีข้อได้เปรียบกว่าการจัดเก็บภาษี เสมือนการเพิ่มภาษี ซึ่งไม่จำเป็นต้องแปลว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของราคาของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์สำหรับผู้ตีเมล็ด การจัดเก็บภาษีไม่สามารถรับประกันได้เหมือน "ราคาขายปลีกขั้นต่ำ" และตามกฎหมายของสหภาพยุโรปก็ไม่ได้เชื่อมโยงกับดีกรีของเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้พิพากษาสรุปว่า

“มาตรการทางเลือก รวมถึงการเพิ่มขึ้นของภาษี ไม่สามารถป้องกันชีวิตและสุขภาพได้มีประสิทธิภาพเท่ากับการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ” (Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. 2013 b.)

รัฐบาลเวลส์มีแผนสำหรับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำและตีพิมพ์เผยแพร่โดยรัฐบาลเวลส์ในเดือนกรกฎาคมปี 2558 นอกจากนี้ สาธารณรัฐไอร์แลนด์ได้ออกรัฐบัญญัติสาธารณสุข-แอลกอฮอล์เผยแพร่โดยกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์ขั้นต่ำที่ 1 ยูโร (€) ต่อหน่วย (Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al., 2016)

ผลกระทบของนโยบายภาษีและราคา

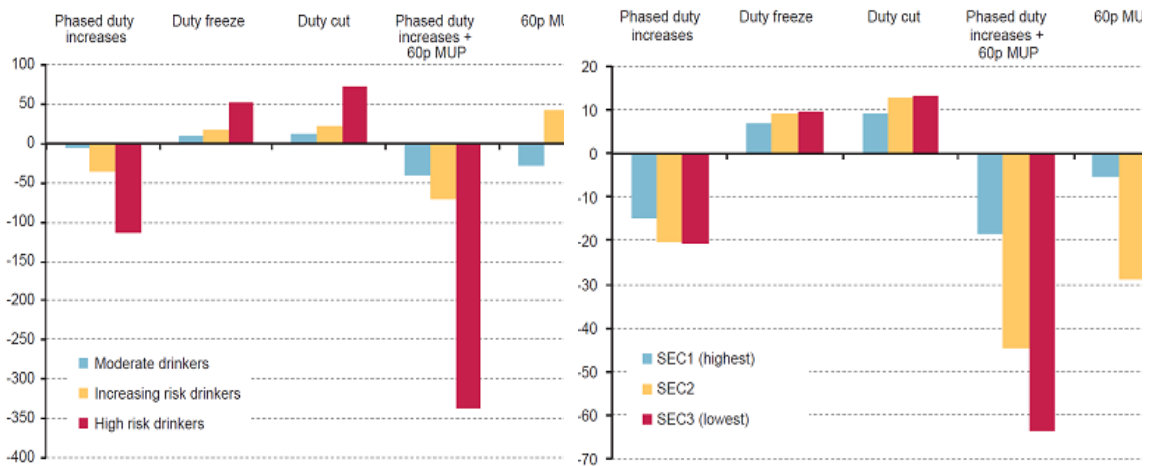
คณะกรรมการการโดยรัฐบาลสก็อตแลนด์ได้แสดงถึงการศึกษาซึ่งบ่งชี้ว่าภาษีเครื่องตีเมล็ดแอลกอฮอล์จะต้องเพิ่มขึ้นโดยทดแทน 28% แต่ในอดีตภาษีที่เพิ่มขึ้นได้ไม่เกิน 5% และการเพิ่มภาษียังจะทำให้มาตรการเชิงเปรียบเทียบอ่อนแอลง เพราะไม่ได้นำภาวะเงินเพื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการลดลงของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ตัวอย่างที่ MUP เท่ากับ 50 เพนนี คาดว่าจะประสบความสำเร็จ

ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของรายได้จากการเพิ่มขึ้นของการจัดเก็บภาษีของรัฐบาล ภายใต้นโยบายการกำหนดราคาขั้นต่ำ ผู้ผลิตหรือผู้ขายปลีกของเครื่องตีแอลกอฮอล์ได้รับรายได้ที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากระทรวงการคลัง แต่เมื่อนโยบายราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกนำไปใช้ร่วมกับการจัดเก็บภาษี จะมีศักยภาพในการสร้างรายได้ของรัฐบาล การเปลี่ยนฐานภาษีที่มีอยู่จากการขายเครื่องตีแอลกอฮอล์ เมื่อมีการผูกขาดเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ของรัฐบาล การเพิ่มขึ้นราคาเครื่องตีแอลกอฮอล์ผ่านการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะนำไปสู่การเพิ่มรายได้ นี่เป็นกรณีที่เกิดขึ้นในแคนาดา ซึ่งจังหวัดที่มีการผูกขาดของรัฐบาลเกี่ยวกับการค้าปลีกเครื่องตีแอลกอฮอล์และรายรับจากจังหวัดเป็นผลตามมาที่เพิ่มขึ้นจากการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำแทนราคาของผู้ผลิตหรือผู้ค้าเครื่องตีแอลกอฮอล์

คณะกรรมการการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (SCHARR) ของมหาวิทยาลัย Sheffield ได้จำลองผลกระทบของการจัดเก็บภาษีเครื่องตีแอลกอฮอล์และกฎการกำหนดราคาในระดับบุคคล และบนพื้นฐานรวม มีการจำลองสถานการณ์สำหรับผลกระทบตลอด 5 ปี

1. ให้อัตราภาษีคงที่ (Duty Freeze)
2. เพิ่มภาษีขึ้น (เพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกับอัตราเงินเฟ้อ + 2%)
3. ตัดภาษี (one-off 2% ตามด้วยการไม่ปรับภาษี 4 ปี)
4. นโยบาย MUP เท่ากับ 60 เพนนี (สมมติว่าภาษีคงที่ เวลาจริง)
5. เพิ่มภาษีและ เพิ่ม MUP เท่ากับ 60 เพนนี

แผนภูมิที่ 3 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในการตีที่มีผลเต็มในแต่ละนโยบายที่แตกต่างกัน และกลุ่มนักตี ระยะเวลาที่กระทบขึ้นอยู่กับชนิดของนโยบาย อาทิ เช่น ผลกระทบเต็ม MUP เท่ากับ 60 เพนนี จะเห็นในช่วงปลายปีสุดท้ายในขณะที่ผลเต็มรูปแบบของภาษีจะมองเห็นได้หลังจาก 5 ปี แผนภูมิที่ 4 แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่จำแนกตามเศรษฐกิจสังคม นโยบายภาษีต่ำลงนำไปสู่การเพิ่มการตีเล็กน้อย และนโยบายภาษีค่อยๆ เพิ่มขึ้นนำไปสู่การตีลดลงเล็กน้อย การลดการตีที่ประมาณได้เกิดขึ้นในขอบเขตกว้างของนักตีที่มีความเสี่ยงต่อการตีสูงและกลุ่มยากจน กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับอันตรายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นมากที่สุด



แผนภูมิที่ 3 ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในการดื่ม (หน่วยต่อปี) จำแนกตามนโยบายและกลุ่มผู้ดื่ม

แผนภูมิที่ 4 ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในการดื่ม (หน่วยต่อปี) จำแนกตามนโยบายและสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

ที่มา Angus C, Ally AK. Modelling the potential impact of duty policies using the Sheffield Alcohol Policy Model Version 3 [Internet]. 2015. Available from: https://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.6614431/file/finaldurymodellingerpt.pdf

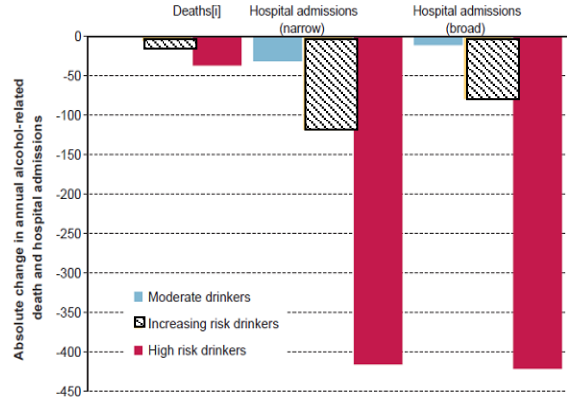
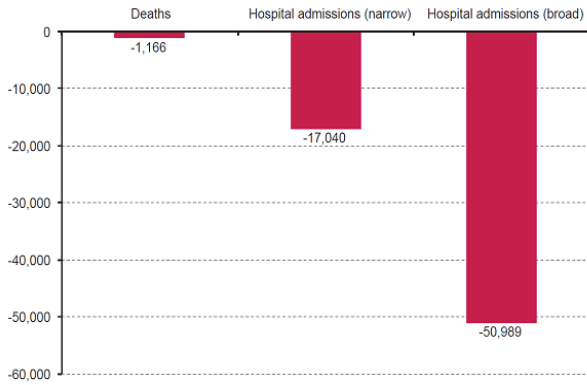
การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ “มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการจำกัดเก็บภาษี” เป็นมาตรการที่ ดีกว่าภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่ง “ถูกจำกัดในความสามารถของผู้ประกอบการที่จะเพิ่มราคาของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกที่สุดให้อยู่ในระดับที่แท้จริง และจะช่วยลดอันตราย” สมาคมสก็อตวิสกี้ (SWA) ในปี ค.ศ. 2013 ฟ้องศาลยุติธรรมกล่าวหาว่า กฎหมายสก็อตเป็นอุปสรรคต่อการค้า

การวางแผนที่จะนำมาตราการกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ใน สก็อตแลนด์ต้องล่าช้าออกไป การพิจารณาคดีครั้งแรกโดยศาลสูงสุดของยุโรป ทั้งๆ ที่รัฐสภาสก็อตแลนด์ ผ่านกฎหมายนี้ในปี ค.ศ. 2012 ซึ่งกำหนดราคาต่อหน่วยต่ำสุดที่ 50p แต่ศาลยุติธรรมยุโรปสนับสนุน ภาคเอกชน โดยชี้ว่าการกำหนดราคาขั้นต่ำละเมิดกฎหมายของสหภาพยุโรปเกี่ยวกับการค้าเสรี (BBC news. 2015)

การเสนอกฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกปฏิเสธครั้งแรกโดยผู้พิพากษา ลอร์ด โดเฮอร์ตี้ ที่ศาลใน เอดินบะระ สมาคมสก็อตวิสกี้ (SWA) ต่อด้านข้อเสนอกฎหมายนี้ กล่าวหาว่ารัฐบาลสก็อตละเมิด กฎหมายยุโรป ศาลยุโรปได้กล่าวว่า กรณีที่รัฐบาลสก็อตกำหนดราคาต่อหน่วยต่ำสุดสำหรับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จะขัดกับกฎหมายของสหภาพยุโรป ถ้ามีมาตรการทางเลือกของภาษีอื่นๆ ที่มีอยู่ แต่รัฐบาล สก็อตยังคงมั่นใจว่าการกำหนดราคาต่อหน่วยขั้นต่ำเป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการลดอันตรายจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก มีดีกรีของแอลกอฮอล์สูง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ชุมชนมีปัญหา (BBC News, 2013.)

Patrick Harvie สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรค Green วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาเพื่อ “การชะลอ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” โดยกลุ่มล็อบบี้ที่เป็นตัวแทนของ

บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติขนาดใหญ่นำมาใช้ และสามารถชะลอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พยายามจะหยุดการออกกฎหมายเพื่อช่วยชีวิต" (BBC news. 2015)



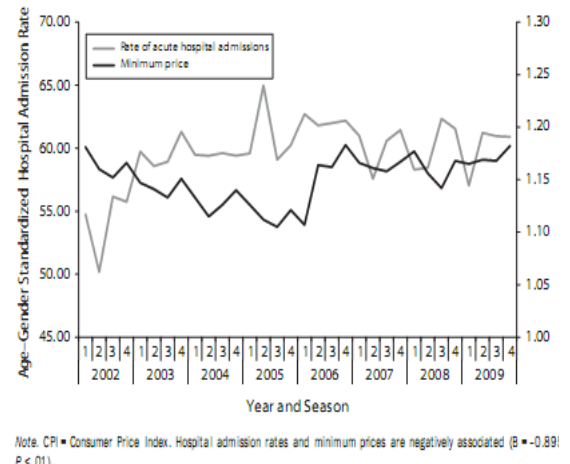
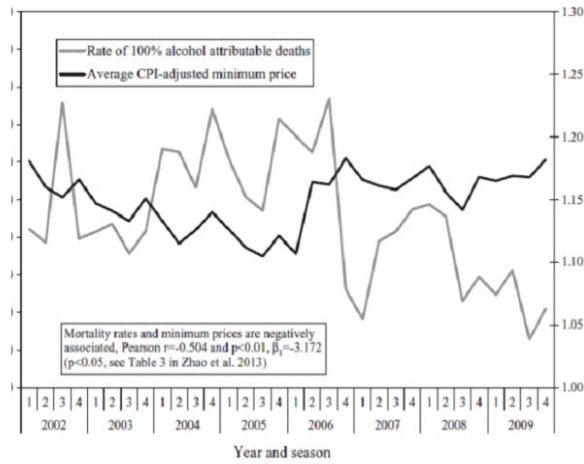
แผนภูมิที่ 5 ผลกระทบประมาณการของนโยบายราคาต่อหน่วยต่ำสุด 60 เพนซ์ในอังกฤษต่อการเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (วัดอย่างกว้างและแคบ)

แผนภูมิที่ 6 ผลกระทบที่ประมาณได้ของราคาต่อหน่วยต่ำสุด 60 เพนซ์ในอังกฤษต่อการเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (วัดวงกว้างและแคบ) จำแนกตามชนิดการดื่มต่อประชากร 100,000 คน

ที่มา Robyn Burton, et al 2016 pp 91. อ้างใน Angus C, Gillespie D, Ally AK, Brennan A. Modeling the impact of Minimum Unit Price and Identification and Brief Advice policies using the Sheffield Alcohol Policy Model Version 3. 2015; Available from:

https://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.661445/file/Final_mup_iba_report.pdf

แบบจำลองของประเทศอังกฤษเฉพาะที่ดำเนินการเกี่ยวกับผลกระทบของ MUP ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตาย การเข้าโรงพยาบาล และอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับประเภทนักดื่ม ความแตกต่างของ MUP ได้รับการออกแบบตั้งแต่การวิจัยเริ่มต้น โดยใช้ MUP เท่ากับ 60 เพนซ์ แผนภูมิที่ 5 แสดงให้เห็นถึงการประมาณการผลกระทบของ MUP 60 เพนซ์ต่อการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และเข้าโรงพยาบาลหลังจาก 20 ปี แผนภูมิที่ 6 แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของราคาเดียวกันโดยจำแนกตามประเภทนักดื่มต่อประชากร 100,000 คน ทั่วทุกมาตรการ นักดื่มที่มีความเสี่ยงสูงมีผลที่ลดลงมากที่สุด (Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al., 2014.)



แผนภูมิที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างราคาขั้นต่ำของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการตายที่จำแนกได้ใน บริติช โคลัมเบีย, 2002-2009

แผนภูมิที่ 8 อัตราการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแบบเฉียบพลันของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ที่ปรับดัชนีราคาผู้ดื่มแล้ว บริติช โคลัมเบีย, 2002-2009

แผนภูมิ 7 (Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. 2013.) มาจากงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Addiction Vol. 108 ซึ่งอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สหราชอาณาจักรทำให้สาธารณะเข้าใจผิดเกี่ยวกับงานวิจัยในแคนาดาเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ

แผนภูมิ 8 (Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, Ponicki W, Tu A, and Buxton J. 2013.) มาจากงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร American Journal of Public Health Vol. 103 เกี่ยวกับร้านค้าปลีกใน บริติช โคลัมเบีย และมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ

มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำในจังหวัด Saskatchewan ประเทศแคนาดา

อีกตัวอย่างหนึ่งที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และการสร้างแบบจำลองทางระบาดวิทยา จากการเพิ่มราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น 10% จะลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดลง 8.4% สองปีต่อมาหลังจากได้มีการดำเนินการพบว่าการลดการดื่มสำหรับเบียร์คือ 10.1% เบียร์ดีกรีสูง (>6.5% ABV) 22% สุรากลั่น 5.9% และไวน์ -4.6% การลดลงมากในตลาดร้านค้า (off trade) เช่น ไม่มีใบอนุญาต เปรียบเทียบกับ on trade sales เช่นบาร์ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของราคา จังหวัดไกล์เคียงอัลเบอร์ต้าไม่มีนโยบายการกำหนดราคาขั้นต่ำ แสดงให้เห็นว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาเดียวกัน นโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงในระยะสั้นในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตที่เข้าโรงพยาบาล (แผนภูมิที่ 7) การเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำเฉลี่ยสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดในบริติช โคลัมเบียถูกเชื่อมโยงกับ

32% (95% ช่วงความเชื่อมั่น [CI]: $\pm 25.7\%$) การเสียชีวิตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ภายในเก้าเดือนลดลง การลดลง 9% ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลันจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดลง 9% ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเรื้อรังจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากที่นโยบายถูกนำมาใช้ได้ 2-3 ปี (Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al., 2013 *Addiction* 108)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นผลกระทบในเชิงบวกของการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำในการก่ออาชญากรรมใน บริติช โคลัมเบีย โดยรวมเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการลดลง 9.2% ในอัตราการเกิดอาชญากรรมรวมระหว่างปี 2002 และ 2010 (95% CI: $\pm 3.8\%$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการตั้งข้อสังเกตถึง 18.8% (95% CI: $\pm 17.9\%$) ลดลงในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดกฎหมาย และลดลง 9.4% (95% CI: $\pm 3.8\%$) ในการก่ออาชญากรรมต่อบุคคล (Stockwell T, Zhao J, Marzell M, Gruenewald PJ, Macdonald S, Ponicki WR, et al. 2015)

ประสบการณ์จากประเทศแคนาดา

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวพบว่า การเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกขั้นต่ำมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในการดื่ม

มีหลักฐานที่เชื่อถือได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ การศึกษาระดับบุคคลพบว่า ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพในการลดทั้งการดื่มและลดอันตราย มีประสิทธิผลของการเพิ่มขึ้นของราคาโดยรวม แต่อาจเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพต่ำลงเพื่อชดเชยราคาที่สูงขึ้น แคนาดาเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่มีการดำเนินการนโยบายราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานวิจัยนี้ออกแบบมาเพื่อประเมินผลทางสาธารณสุขและความปลอดภัยของผลกระทบของนโยบายนี้ โดยใช้ข้อมูลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเขตพื้นที่ซึ่งดำเนินการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011.)

Gruenewald และคณะ (Stockwell et al, 2011) ได้สร้างแบบจำลองผลกระทบต่อ การดื่มของ การเพิ่มราคาผลิตภัณฑ์ที่ค่อนข้างถูก เมื่อเทียบกับเครื่องดื่มราคาแพง แสดงให้เห็นว่าในอดีตมีผลที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการดื่มโดยรวม ในประเทศสหรัฐอเมริกา เคอร์ และกรีนฟีลด์ พบค่าอย่างมีนัยสำคัญในหมู่นักดื่มหนักสำหรับเครื่องดื่มที่มีราคาถูกกว่า การวิเคราะห์จากการสำรวจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติสหรัฐฯ ปี ค.ศ. 2000 (the 2000 US National Alcohol Survey) พบว่า 10% ของยอดนักดื่มระดับบนใช้จ่าย \$0.79 ต่อการดื่มมาตรฐาน เปรียบเทียบกับนักดื่มระดับล่าง 50% ดื่มที่ \$4.75 ต่อการดื่มมาตรฐาน (top 10% of drinkers by volume spent \$0.79 per standard drink compared to \$4.75 for the bottom 50% of drinkers)

การศึกษาชี้ให้เห็นว่ามาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีเป้าหมายต่อการดื่มแบบอันตรายที่มีความเฉพาะเจาะจงที่เหมาะสม และมีแนวโน้มเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการ

ดูแลสุขภาพของประชากร ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของนโยบายการกำหนดราคาขั้นต่ำในประเทศแคนาดา ในจังหวัด บริติช โคลัมเบีย (British Columbia :BC) ออนตาริโอ (Ontario) และซาซแคตเชวัน (Saskatchewan) ซาซแคตเชวันมีการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่าอีกสองจังหวัด และเพิ่มขึ้นอย่างมากในเดือนเมษายน ค.ศ. 2010 ในทางตรงกันข้าม บริติช โคลัมเบีย มีราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ค่อนข้างต่ำสำหรับบางประเภทเครื่องดื่ม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มไวน์ที่มีแอลกอฮอล์สูง) และมีการเพิ่มราคาบางระยะในอัตราที่แตกต่างกันสำหรับเครื่องดื่มที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ใช้ประโยชน์จากการทดลองที่เป็นธรรมชาติ ในการประเมินขนาดและความสำคัญของผลกระทบต่องานเครื่องดื่มที่เฉพาะเจาะจง และการดื่มโดยรวมต่อหัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปร (function) จากความผันผวนของราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระหว่างราคาขั้นต่ำที่มีประสิทธิภาพสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ถูกที่สุดในสกุลเงินดอลลาร์แคนาดาต่อเครื่องดื่มมาตรฐาน ในบริติช โคลัมเบีย ออนตาริโอ และซาซแคตเชวัน

ประเภทเครื่องดื่ม	% Alcohol content	ราคาในบริติช โคลัมเบียอย่างเป็นทางการ**	ราคาขั้นต่ำใน ออนตาริโอ	ราคาขั้นต่ำใน ซาซแคตเชวัน
Coolers/cider	7%	\$0.73	\$1.00	\$1.25
Beer	8%	\$0.75	\$1.00	\$1.49
Wine	12%	\$1.02	\$1.00	\$1.41
Spirits (tequila)	40%	\$1.35	\$1.43	\$1.31
Spirits (rum)	75.4%	\$0.72	\$0.76	\$1.04

ที่มา : Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912–920. Standard drink = 17.05 ml. ethanol.

** Calculated for a 22% fortified wine, 7% cooler, 8% beer, 12% wine, 40% tequila and 75.4% rum being the cheapest products in each beverage category in BC

ผลการศึกษาสถิติเชิงพรรณนาสำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และตัวแปรราคาปรับด้วยดัชนีราคาผู้ดื่ม ในระยะเวลาการศึกษา 20 ปี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากที่สุดคือเบียร์ ตามด้วยสุราและไวน์ที่มีสัดส่วนการดื่มที่ค่อนข้างน้อยในเครื่องดื่มคูลเลอร์และไฮเดออร์ (ดูตารางที่ 4) ยอดขายเบียร์ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของเบียร์บรรจุเมื่อเทียบกับเบียร์ที่ขายโดยทั่วไปในบาร์และร้านอาหาร ราคาขั้นต่ำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าจากช่วงที่ระบุไว้นวในวงเล็บ) โดยที่ราคาขั้นต่ำต่อมาตรฐานการดื่มของสุรากลั่นจะอยู่ในช่วงราคาสูงสุด และราคาเฉลี่ยต่อมาตรฐานการดื่มของไวน์จะอยู่ในช่วงราคาสูงสุด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและช่วงของค่าอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อการดื่มแอลกอฮอล์ต่อคน และราคาสำหรับช่วงการศึกษาที่ปรับดัชนีราคาผู้ดื่ม (2002 = 100) ของบริษัทช โครัมเบีย สำหรับไตรมาส ประจำปี เมษายน 1989 ถึงมีนาคม 2010 **

การวัด	Spirits & liqueurs	Packaged beers	Draft beers	Wines	Coolers and packaged ciders	Draft ciders	รวม
การดื่มต่อคน ในลิตร เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	1.63 l (1.15–2.70)	16.49 l (11.80– 22.90)	4.31 l (2.76– 6.31)	3.10 l (2.12– 4.68)	1.25 l (0.52– 2.32)	0.01 l (0.002– 0.04)	26.81 l (20.19– 35.76)
การดื่มต่อคน ในลิตร เอธานอล	0.61 l (0.44–1.01)	0.83 l (0.60– 1.15)	0.22 l (0.14– 0.32)	0.39 l (0.27– 0.59)	0.09 l (0.04– 0.16)	0.001 l (0.00– 0.002)	2.14 l (1.57– 2.83)
ราคาต่ำสุดใน เครื่องดื่ม มาตรฐาน (\$/standard drink)	1.13 (1.07–1.20)	1.06 (0.95– 1.16)	NA	0.99 (0.86– 1.11)	0.78 (0.66– 0.89)	NA	1.05 (0.97– 1.15)
ราคาเฉลี่ยใน เครื่องดื่ม มาตรฐาน	1.40 (1.30–1.59)	1.32 (0.97– 1.46)	NA	1.74 (1.36– 2.07)	1.29 (0.95– 1.39)	NA	1.43 (1.25– 1.58)

ที่มา : Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912–920.

** One Canadian standard drink = 17.05 ml or 13.45 g ethanol. NA: not applicable.

จำนวนสุราที่ได้รับผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงล่าสุดในราคาต่ำสุด พบว่า 28.5% ของสุรากลั่นราคาต่ำกว่า 31.65 เหรียญแคนาดา (\$ CA) และต่อมาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉลี่ย 1.07 เหรียญต่อลิตร หลังจากนั้น เครื่องดื่มในหมวดมูลค่าสูงถึง 35.00 เหรียญแคนาดา ยังมีราคาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและนัยสำคัญทางสถิติที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยโดยรวมของ 0.50 เหรียญแคนาดาต่อลิตรที่สังเกตได้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงราคาของสุรากลั่นประเภทค่าที่แตกต่างกันหลังจากการตั้งราคาขั้นต่ำที่เพิ่มขึ้นที่โฆษณาแล้วจากราคา 30.66 ถึง 31.66 เหรียญแคนาดา **

ราคาสุรากลั่นต่อ ลิตร	% แอลกอฮอล์ ก่อน (n = 488)	% แอลกอฮอล์ หลัง (n = 492)	ราคาเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (\$ (n = 485)	ค่าคลาดเคลื่อน เฉลี่ย	P-value
≤\$30.64	0.0	0.0	0.00		
\$30.65–31.64 **	28.5	0.0	1.09	0.036	<0.001
\$31.65–32.64	6.0	29.3	0.83	0.126	<0.001
\$32.65–35.00	9.6	13.0	0.29	0.140	0.046
\$35.01–50.00	17.0	18.9	-0.09	0.122	0.480
\$50.01–100.00	20.9	20.5	0.42	0.236	0.076
≥\$100.01	18.0	18.3	0.24	0.573	0.682
Total	100.0	100	0.50	0.117	<0.001

ที่มา : Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912–920.

** is a small number of products listed retailed at \$30.65 prior to the increase and also \$31.65 immediately after the increase, i.e. 1 cent below the announced minimum price which is assumed to be due to rounding. May 2, 2010.

ผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกขั้นต่ำในการดื่ม

ตารางที่ 6 ชี้ให้เห็นในระยะยาวว่าการเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำของผลิตภัณฑ์ใดก็ตามที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้ลดการดื่มโดยมีค่าระหว่าง 14.6% (รูปแบบที่ 1) และ 16.1% (รูปแบบที่ 2) ($p < 0.001$ ในทั้งสองกรณี) ประสิทธิภาพเหล่านี้มีทั้งทางสถิติและมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ รูปแบบ differenced สามารถระบุผลกระทบทันทีในระยะสั้น ในขณะที่การแก้ไขผลกระทบรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบุในช่วงเวลาที่ยาว ทั้งระยะเวลาก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงในราคาต่ำสุด

ตารางที่ 6 รูปแบบระยะยาวคาดประมาณผลกระทบของการเพิ่มขึ้น 1% ในราคาต่ำสุด ค่าเฉลี่ยดอลลาร์ต่อลิตร และรายได้ของครัวเรือน ในผู้ดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคน ในบริบทชิลิมเบีย, 1989-2010 **

Covariates	รูปแบบที่ 1				รูปแบบที่ 2			
	β	95% CI		P	B	95% CI		P
ราคาขั้นต่ำ	-1.46	-1.80	-1.12	0.000	-1.61	-2.07	-1.15	0.000
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	0.04	0.22	0.37	0.713	0.13	-0.12	0.39	0.30
รายได้ครัวเรือน	0.62	0.42	0.83	0.000				

ที่มา : Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912-920.

** All estimates are log-log models and coefficient estimates can be interpreted as elasticities. Model 1 includes a linear time trend, household income, mean alcohol price and seasonal effects. Model 2 includes a full set of quarterly fixed effects and mean alcohol price. Confidence intervals (CI) and P-values are robust to arbitrary heteroskedasticity and autocorrelation.

ฟังก์ชันกำลังสองสำหรับผลกระทบของเวลาพบว่า เป็นแบบจำลองที่ดีที่สุดในรูปแบบอนุกรมเวลาที่นำเสนอในรูปแบบตารางที่ 7 สำหรับการดื่มรวมแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำ มีค่าเฉลี่ยที่ลดลงของการดื่มรวมของเครื่องดื่มบรรจุพร้อมดื่ม 3.4% ($p < 0.001$) การกำหนดราคาเครื่องดื่มเฉพาะ 10% ที่เพิ่มขึ้นของราคาขั้นต่ำ จะทำให้ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง 6.8% ($p = 0.004$) ไวน์จาก 8.9% ($p = 0.033$) และเบียร์ 1.5% ($p = 0.043$) เพิ่มขึ้น 10% ในราคาขั้นต่ำของการดื่มโซดา แอลกอฮอล์ และไฮเดอรัลลดลง 13.9% อย่างมีนัยสำคัญ แต่นัยสำคัญทางสถิติไม่มาก ($p = 0.067$)

ตารางที่ 7 ประเมินการอนุกรมเวลาของผลกระทบของราคาขั้นต่ำเพิ่มขึ้น 1% ดอลลาร์เฉลี่ยต่อลิตรและรายได้ของครัวเรือนในผู้ดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มต่อหัว ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันในบริบทชิลิมเบีย 1989-2010 **

Covariates	β	95% CI		P
ตัวแปรตาม volume of spirits				
ราคาขั้นต่ำ	-0.68	-1.45	-0.22	0.004
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	-0.63	-0.92	-0.34	<0.001
รายได้ครัวเรือน	0.05	-0.15	0.25	0.615
ตัวแปรตาม volume of packaged beer				
ราคาขั้นต่ำ	-0.15	-0.30	-0.00	0.043
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	-0.35	-0.55	-0.15	0.001

Covariates	β	95% CI		P
ตัวแปรตาม volume of spirits				
รายได้ครัวเรือน	-0.35	-0.48	-0.21	<0.001
ตัวแปรตาม volume of wine				
ราคาขั้นต่ำ	-0.89	-1.70	-0.08	0.033
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	-0.37	-0.70	-0.04	0.026
รายได้ครัวเรือน	-0.21	-0.44	0.02	0.072
ตัวแปรตาม volume of packaged alcoholic sodas and cider				
ราคาขั้นต่ำ	-1.39	-2.88	0.10	0.067
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	-0.15	-0.41	0.11	0.255
รายได้ครัวเรือน	2.09	1.64	2.54	<0.001
ตัวแปรตาม volume of all packaged alcoholic beverages				
ราคาขั้นต่ำ	-0.34	-0.80	-0.14	0.007
ราคาเฉลี่ยต่อลิตร	-0.12	-0.32	0.08	0.241
รายได้ครัวเรือน	-0.12	-0.28	0.04	0.139

ที่มา : Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912–920.

** All estimates are log–log models and coefficient estimates can be interpreted as elasticities. All models include seasonal effects and quadratic time trends. Confidence intervals (CI) and *P*-values are robust to arbitrary heteroskedasticity and serial correlation.

การประเมินผลจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลกระทบของการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อการดื่ม การกำหนดราคาขั้นต่ำเป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและความปลอดภัย ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการกำหนดราคาขั้นต่ำมีประสิทธิภาพทั้งเครื่องดื่มที่เฉพาะเจาะจงและการดื่มรวม ประมาณการที่แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้น 10% ในราคาต่ำสุดของแบบจำลองที่กำหนดของเครื่องดื่มประเภทนั้นลดลง 16.1% เมื่อเทียบกับเครื่องดื่มอื่นๆ ทั้งหมดและเพิ่มขึ้น 10% พร้อมกันในราคาที่ต่ำสุดของทุกประเภทลดการดื่มรวม 3.4% ($p < 0.01$ ในทั้งสองกรณี) การประมาณการครั้งแรกอาจประเมินค่าสูง เพราะไม่ได้นำการดื่มเครื่องดื่มอื่นๆ มาชดเชย การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่อาจมีการสนับสนุนในรูปแบบของการทดแทน ผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของราคาขั้นต่ำอาจมีขนาดใหญ่ หากราคาต่ำสุดถูกกำหนดให้สูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มมากขึ้น

ข้อจำกัดบางประการของการศึกษาจำเป็นต้องได้รับการยอมรับ ประการแรก การวัด ‘ดอลลาร์เฉลี่ยต่อลิตร’ เป็นตัวแทนในราคากลางซึ่งถูกวัดว่าเป็นราคาที่ผู้ดื่มจ่ายโดยเฉลี่ย และไม่ได้เป็นมาตรวัดที่ทำให้ราคาคงที่เปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาการศึกษา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของราคาอาจจะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงคุณภาพมากกว่าการเปลี่ยนแปลงในราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับ แต่การเปลี่ยนแปลงในอุปสงค์อาจจะเป็นสาเหตุในการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ ในการวัดของราคากลางจะเป็นตัว

แปรที่ซ่อนเร้นส่วนที่เหลือ (residual confounding) ประการที่สอง มีข้อมูลเพียงราคาของเครื่องตีม แอลกอฮอล์บรรจุ (package) ที่ขายถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้น ประมาณการนี้อาจมีขนาดใหญ่เกินไปใน ขนาดเท่าที่ผู้ตีมทดแทนในตลาด on-premise และตลาดมืด เมื่อราคาขั้นต่ำที่เพิ่มขึ้น แต่การบรรจุ เครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่ขายถูกต้องจำนวนมากตามกฎหมายในจังหวัด จึงไม่เป็นการทดแทนเครื่องตีม แอลกอฮอล์ที่มีราคาแพงมากขึ้น สุดท้าย ประมาณการในรูปแบบอนุกรมเวลาสำหรับการตีมเครื่องตีม แอลกอฮอล์รวม อาจมีข้อจำกัดที่จะสรุปว่าการตีมรวมขึ้นอยู่กัค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของราคาขั้นต่ำ

มีหลักฐานที่แสดงว่า การตีมแบบอันตรายใช้ฝ่ายน้อยลงต่อหน่วยของเครื่องตีมแอลกอฮอล์กว่า การตีมแบบเบาถึงปานกลาง และการตีมชดเชยเพิ่มมากขึ้นในเครื่องตีมแอลกอฮอล์ราคาถูก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเพิ่มในส่วนของราคาขั้นต่ำของเครื่องตีมเฉพาะระหว่างปี 1989 และ 2010 ที่เกิดจากการลดลงเชิงเศรษฐกิจและสถิติอย่างมีนัยสำคัญในการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ เหล่านั้น การลดลงของการตีมเฉพาะเครื่องตีมที่เฉพาะเจาะจง (16.1%) ได้รับการประเมินจากแบบจำลอง ภาคตัดขวาง 10% เพิ่มขึ้นของราคาขั้นต่ำของเครื่องตีมชนิดเดียว แต่ผลกระทบนี้เกิดจากการชดเชยจากผู้ ตีมเปลี่ยนไปใช้เครื่องตีมอื่นๆ ซึ่งราคาไม่ได้เพิ่มขึ้น

การค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับผู้ควบคุมนโยบายด้านสาธารณสุขที่เรียกร้องการควบคุมโดยใช้ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องตีมแอลกอฮอล์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดบริติช โคลัมเบีย ได้แนะนำราคา \$1.50 ดอลลาร์แคนาดาที่ต่ำสุดต่อการตีมมาตรฐาน (17.05 มล. เอทานอลใน แคนาดา) ควรที่จะถูกปรับให้เหมาะกับภาวะเงินเฟ้อ สำหรับเครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่มีขายในร้าน นี่คือการ ประเมินผลเชิงประจักษ์แรกของผลกระทบในการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นมาตรการสาธารณสุขซึ่ง ออกแบบมาเพื่อจำกัดการตีม การศึกษาเพิ่มเติมจะต้องดำเนินการในการประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ เช่น แอลกอฮอล์และการเสียชีวิตโดยใช้ข้อมูลจากเขตอำนาจต่างๆ ของจังหวัดในแคนาดา ใน ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยที่ใช้การกำหนดราคาขั้นต่ำเป็นกลยุทธ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระของการ บาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์

ประสบการณ์จากประเทศสวีเดน

การใช้ราคาเป็นกลไกการตลาดมีผลต่อยอดขายสุรา การขึ้นราคาสุราทำให้อยอดจำหน่ายและ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราลดลง การเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องตีมมักทำให้ผู้มีรายได้น้อยลด การตีมสุรามากกว่าผู้มีรายได้อันกลางหรือสูง ในเชิงเศรษฐศาสตร์ เมื่อมีการขึ้นราคาสินค้าผู้ตีมไม่ เพียงแต่ลดปริมาณการใช้สินค้าเท่านั้น แต่บางรายยังลดคุณภาพของสินค้าที่ใช้ด้วย

การศึกษาปัจจัยเรื่องราคาต่อปริมาณการตีม และคุณภาพของเครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่ผู้ตีมตีม โดย ใช้ข้อมูลการตีมสุราในประเทศสวีเดนระหว่างปี 1984 ถึง 1994 ซึ่งได้จาก Systembolaget ซึ่งเป็น องค์กรรัฐเพียงหนึ่งเดียวที่ควบคุมการผลิตและการจำหน่ายเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในประเทศสวีเดน

อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 3.5% ไม่ถูกควบคุมโดยองค์กรนี้ (Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjo A. 2006.)

ในปี ค.ศ. 1992 ประเทศสวีเดนได้เปลี่ยนระบบการคำนวณภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากราคาขายเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม (ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงราคาขายปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ผู้ทำการศึกษาคัดคุณภาพของเครื่องดื่มเป็น 3 กลุ่ม คือ สุรากลั่น (spirit) ไวน์ (wine) และ เบียร์ และใช้ราคาเฉลี่ยตลอดทั้งปีของแต่ละยี่ห้อเป็นเกณฑ์ในการจัดคุณภาพเครื่องดื่มในแต่ละกลุ่ม ผลของราคาและตัวแปรอื่นต่อยอดจำหน่ายของเครื่องดื่ม/คุณภาพของแต่ละกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ในทั้ง 3 กลุ่มเครื่องดื่ม ราคาที่มีผลต่อยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกกลุ่ม (โปรดดูตารางที่ 8, แบบจำลองที่ 1), ราคาที่มีผลต่อยอดจำหน่ายสุรากลั่น และไวน์ คุณภาพสูง (ตารางที่ 8, แบบจำลอง 2) ราคาที่มีผลต่อยอดจำหน่ายเบียร์คุณภาพต่ำ (ดูตารางที่ 8, แบบจำลองที่ 3) และราคาที่มีผลต่อการเปลี่ยนชนิดและคุณภาพของการดื่มสุรากลั่นและเบียร์ (ดูตารางที่ 8, แบบจำลองที่ 4) (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2015)

ตารางที่ 8 ผลของราคาที่เปลี่ยนแปลงต่อยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบจำลอง	ตัวแปร	ประเภทเครื่องดื่ม	df	G ²	p
1	ค่าความยืดหยุ่นเฉพาะ	สุรากลั่น	1	34.260	<0.0001
		ไวน์	1	6.794	0.0091
		เบียร์	1	27.916	<0.0001
2	ผลกระทบทางราคากรณีผลิตภัณฑ์คุณภาพดี	สุรากลั่น	1	57.745	<0.0001
		ไวน์	1	23.075	<0.0001
		เบียร์	1	4.476	0.0344
3	ผลกระทบทางราคากรณีผลิตภัณฑ์คุณภาพด้อยกว่า	สุรากลั่น	1	0.762	0.3826
		ไวน์	1	0.132	0.7161
		เบียร์	1	74.230	<0.0001
4	ผลกระทบทางราคากรณีผลิตภัณฑ์คุณภาพด้อย-คุณภาพดีดีกว่า	สุรากลั่น	2	6.284	0.0432
		ไวน์	2	4.885	0.0869
		เบียร์	2	23.706	<0.0001

ที่มา: Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjo A. 2006. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. Alcohol Clin Exp Res 30: 96-105.

โดยอาศัยข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยใช้ SURE model เพื่อประมาณการณ์ผลกระทบของการขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 รูปแบบและพบว่า (โปรดดูตารางที่ 9)

1. การขึ้นราคาเครื่องดื่มทั้ง 3 ชนิดร้อยละ 10 อย่างเท่าเทียมจะทำให้ยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมลดลงร้อยละ 1.69 การลดลงเกิดจากยอดขายที่ลดลงของสุรากลั่น และเบียร์

2. การขึ้นราคาเครื่องดื่มที่มีราคาแพงมากกว่าไม่ทำให้ยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง กลับทำให้ยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.83 โดยมียอดจำหน่ายเบียร์เพิ่มขึ้นในอัตราสูงสุดที่ร้อยละ 5.95

3. การขึ้นราคาเครื่องดื่มที่มีราคาถูกมากกว่า ทำให้ยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 4.15 โดยมียอดจำหน่ายเครื่องดื่มทุกชนิดลดลง โดยเฉพาะสุรากลั่น และเบียร์ ที่ลดลงถึงร้อยละ 6.27 และ 6.15

ตารางที่ 9 ประเมินการผลกระทบของการขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 รูปแบบ

ตำแหน่ง	เครื่องดื่ม	เกณฑ์คุณภาพ	การเพิ่มของราคาเท่าเทียมกันของทุกยี่ห้อ		การเพิ่มของราคาที่สูงกว่าในยี่ห้อคุณภาพดี		การเพิ่มของราคาที่สูงกว่าในยี่ห้อที่คุณภาพด้อยกว่า	
			% ราคาที่เพิ่มขึ้น	% การเปลี่ยนแปลงในการขาย	% ราคาที่เพิ่มขึ้น	% การเปลี่ยนแปลงในการขาย	% ราคาที่เพิ่มขึ้น	% การเปลี่ยนแปลงในการขาย
1	ไวน์	ต่ำ	10.0	7.54	0.0	15.10	15.9	3.12
2	ไวน์	ปานกลาง	10.0	5.13	2.2	12.73	14.5	0.73
3	สุรากลั่น	ต่ำ	10.0	1.40	4.2	7.07	13.3	-1.88
4	เบียร์	ต่ำ	10.0	-3.99	4.5	9.23	13.2	-11.12
5	สุรากลั่น	ปานกลาง	10.0	-3.24	5.5	3.69	12.6	-7.13
6	เบียร์	ปานกลาง	10.0	-3.22	5.7	6.10	12.4	-8.38
7	เบียร์	สูง	10.0	1.55	8.1	2.76	11.0	0.79
8	สุรากลั่น	สูง	10.0	-9.41	13.2	-7.36	7.9	-10.47
9	ไวน์	สูง	10.0	-11.10	26.4	-18.76	0.0	-5.95
	สุรากลั่น	รวม	10.0	-3.50	8.5	1.43	10.8	-6.27
	ไวน์	รวม	10.0	0.72	15.5	3.39	7.2	-0.61
	เบียร์	รวม	10.0	-1.83	6.2	5.95	12.1	-6.10
	ทั้งหมด	รวม	10.0	-1.69	10.0	2.83	10.0	-4.15

SURE, seemingly unrelated regression equations.

ที่มา: Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjo A. 2006. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. Alcohol Clin Exp Res 30: 96-105.

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้การดื่มสุราลดลงจริง แต่การขึ้นราคาในกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาสูงในสัดส่วนที่มากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาต่ำไม่เพียงแต่ไม่ลดการดื่มสุรา กลับเพิ่มการดื่มสุราในภาพรวมอีกด้วย เนื่องจากผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาแพงจะหันไปดื่มเครื่องดื่มที่มีราคาถูก (ซึ่งมักมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์มากกว่า) ในขณะที่ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกยังสามารถคงการดื่มต่อไป (เพราะราคาเพิ่มขึ้นไม่

มาก) ในทางตรงกันข้าม การขึ้นราคาเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาถูกในสัดส่วนที่มากกว่าเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาสูงจะช่วยลดการดื่มสุราโดยรวมได้มากที่สุด เนื่องจากผู้ดื่มเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาถูกเป็นประจำไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากลดหรือหยุดดื่ม

แม้ว่ามีข้อมูลที่ทำให้ทราบว่า การขึ้นราคา หรือเพิ่มอัตราภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ทุกชนิดอย่างเท่าเทียมจะช่วยลดการดื่มสุราลงได้ แต่องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ได้ให้รายละเอียดของการเพิ่มราคาหรือภาษีที่ชัดเจนขึ้น โดยชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มราคาหรือภาษีในกลุ่มเครื่องตัดผมที่มีราคาถูกในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มเครื่องตัดผมที่มีราคาแพงเป็นวิธีการที่ลดการดื่มสุราได้มากที่สุด เพราะผู้ที่ดื่มเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ราคาถูกไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการลดหรือหยุดดื่ม ในขณะที่การเพิ่มราคาหรือภาษีในกลุ่มเครื่องตัดผมที่มีราคาแพงในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มเครื่องตัดผมที่มีราคาถูก โดยเฉพาะการเก็บภาษีตามราคาขาย อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการดื่มสุราโดยรวม

เป้าหมายของการควบคุมอย่างเป็นทางการด้านราคาของเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์

ในกรณีที่ไม่มีการควบคุมอย่างเป็นทางการด้านการผลิต การกระจายสินค้า และการขาย ราคาของเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์จะถูกกำหนดโดยเงื่อนไขของตลาดอย่างเดี่ยวโดยฐานของอุปสงค์-อุปทาน อย่างไรก็ตาม ประเทศส่วนใหญ่เพิ่มราคาขายปลีกของเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์จากต้นทุนการผลิตและการกระจายสินค้า และควบคุมกำไรโดยภาษีพิเศษสำหรับเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ หรือมาตรการควบคุมราคาอื่นๆ ส่วนใหญ่แล้วการเก็บภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ไม่ได้บ่งชี้ถึงเหตุผลทางด้านสาธารณสุข แต่ในหลายประเทศแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ ถูกแยกออกจากสินค้าอุปโภค-บริโภคอื่นๆ เพราะเหตุผลทางด้านสาธารณสุขและนโยบายทางสังคม

ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การเก็บภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์นับเป็นแหล่งงบประมาณที่สำคัญสำหรับรัฐ ระหว่างปี ค.ศ. 1911 และ 1917 มากกว่าหนึ่งในสามของภาษีที่รัฐบาลสหรัฐเรียกเก็บเป็นรายได้จากเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ (Landis 1952) สัดส่วนของภาษีที่คล้ายกันพบได้ในประเทศไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร และประเทศในแถบนอร์ดิก (เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ไอซ์แลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดน) ความสำคัญของภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ในฐานะแหล่งรายได้ของรัฐต่างๆ ลดลงในศตวรรษที่ 20 ในตลาดเศรษฐกิจที่อิมตัว (most established market economies) ในตลาดเศรษฐกิจอื่นๆ ส่วนแบ่งของภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์สำหรับรัฐบาลต่างๆ ได้ลดลงเพราะอัตราส่วนภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ลดลง ตัวอย่างเช่น ประเทศไอร์แลนด์ได้รับภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ทั้งหมดของรัฐระหว่างปี ค.ศ. 1970 เมื่อส่วนแบ่งคือ 16.5% (Davies and Walsh 1983) และปี ค.ศ. 1996 เมื่ออัตราส่วนคือประมาณ 5% (Hurst et al. 1997) ถึงแม้แนวโน้มจะลดลง รายได้จากภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ยังคงมีความสำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ

ในประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศ ภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์เป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญสำหรับรัฐบาล ในประเทศอินเดีย ภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์เป็นแหล่งใหญ่ของรายได้ในระดับรัฐโดยเป็นสัดส่วน

23% ของรายได้จากภาษีทั้งหมดในบางรัฐ (Room et al. 2002) ในประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 1990 43% ของภาษีทั้งหมดมาจากภาษีเบียร์และน้ำอัดลม ในประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ สัดส่วนของภาษีที่รัฐบาลได้รับอยู่ในระดับเดียวกันกับภาษีประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น 2% ในประเทศไนจีเรีย 2.3% ในประเทศแอฟริกาใต้ 4% ในประเทศศรีลังกา และ 10% ในประเทศเคนยา (Room et al. 2002) ตัวเลขที่เปรียบเทียบได้อย่างเท่าเทียมกันสำหรับ 12 ประเทศในสหภาพยุโรปในปี ค.ศ. 1991 คือ 2.4% ประเด็นสำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศคือ ตลาดทางเลือก (ตลาดหนีภาษี/ตลาดนอกระบบ) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ถูกเก็บและทำให้เป็นข้อจำกัดในการพิจารณาประสิทธิภาพทางภาษี หรือไม่เห็นภาพที่แท้จริงของผลกระทบจากมาตรการทางภาษี

มาตรการราคาในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย ไม่มีเส้นแบ่งที่ชัดเจนในการการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการควบคุมปริมาณการบริโภคและการเป็นแหล่งรายได้ของรัฐบาล (ณัฐ ธารพานิช 2557b) ประเทศไทยมีวิธีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผสม คืออัตราตามมูลค่า (ad valorem) และอัตราตามปริมาณแอลกอฮอล์ (specific rate) ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติจะร้องเรียนได้ในการทำความตกลงการค้าเสรี เนื่องจากอัตราเรียกเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์เต็มเพดานจะเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าจากต่างประเทศ ในขณะที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ท้องถิ่น หรือสุราพื้นเมือง

มาตรการที่มีความคุ้มค่าสูง (Best Buy Intervention) เป็นมาตรการที่มุ่งควบคุมอุปทาน (supply) (ณัฐ ธารพานิช 2557) และประเทศไทยมีมาตรการที่มีประสิทธิผล 4 มาตรการคือ มาตรการจำกัดอายุผู้ซื้อ มาตรการจำกัดเวลาขาย มาตรการราคาและภาษี และมาตรการกำหนดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด (50 mg%) ซึ่งประเทศไทยยังไม่เคยดำเนินมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการภาษีและราคาส่งผลต่อยอดจำหน่าย เช่น การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิต และมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลซึ่งถูกเสนอจากองค์กรภาคเอกชน การ “ลักลอบผลิต” และนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต่างประเทศเพิ่มขึ้น ซึ่งจะกระทบต่อยอดจำหน่ายและยอดการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้ายที่สุด ประเทศไทยที่ผ่านมาได้มีการใช้มาตรการภาษีโดยปรับภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัตถุประสงค์หลักเพื่อชดเชยภาวะการขาดดุลงบประมาณ ด้วยโครงสร้างภาษีสรรพสามิตในการคิดฐานภาษีสำหรับสินค้าประเภทสุรา มี 2 ประเภทด้วยกัน คือ วิธีคิดฐานภาษีตามสภาพ: ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ กับวิธีคิดฐานภาษีตามมูลค่า: ราคาหน้าโรงงาน ราคาหน้า

โดยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา การปรับขึ้นภาษี มักทำในส่วนของภาษีตามมูลค่า หรือที่เรียกว่า “ภาษีหน้าโรงงาน” ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย และได้มีการเรียกร้องให้เก็บภาษีตามสภาพ หรือตามความแรงของแอลกอฮอล์

การปรับขึ้นภาษีตาม “ดีกรี” ความแรงของแอลกอฮอล์ กระทบหนักต่อธุรกิจแอลกอฮอล์เพราะอาจมีนักดื่มส่วนหนึ่งปรับจากเบียร์ไปหาเหล้าขาวแทน การที่รัฐปรับขึ้นภาษีเบียร์เต็มเพดานส่งผลบวกต่อเหล้าขาว เพราะอัตราการจัดเก็บตามปริมาณที่เพิ่มขึ้น 120 ลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จากเดิม 110 ลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของเหล้าขาวยังไม่เต็มเพดานภาษีที่ตั้งไว้ 400 ต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ทั้งที่เหล้าขาวเป็นตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใหญ่สุดเมื่อเทียบกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น ขณะที่สุราต่างประเทศไม่ได้รับผลกระทบจากการปรับภาษีมากนัก เพราะก่อนหน้านี้กำหนดเก็บภาษีสรรพสามิตตามสภาพ 400 บาทต่อลิตร จึงยังจำหน่ายตามราคาปกติ

กรณีศึกษาของประเทศสก็อตแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกในโลกที่บังคับใช้กฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีรายละเอียดที่น่าสนใจในบทต่อไป

บทที่ 3

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศสกอตแลนด์

กฎหมายที่พิจารณามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol Minimum Pricing Scotland Act) ตลอดจนกฎหมายลูกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะบังคับให้ผู้ที่มีใบอนุญาตให้ค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องเพิ่มราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (คำนวณเป็นราคาขั้นต่ำ = ราคาขั้นต่ำต่อหน่วย X ดัชนีของแอลกอฮอล์ X ปริมาณลิตร) อย่างไรก็ตาม การนำเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะมีผลกระทบต่อพันธะสัญญาที่สหราชอาณาจักรในฐานะภาคีรัฐของสหภาพยุโรป สนธิสัญญาในการดำเนินการของสหภาพยุโรป (The Treaty on the Functioning of the European Union) ซึ่งเหมือนกับสนธิสัญญาก่อนๆ มีข้อบทมาตราที่ 34 ซึ่งในมาตรานี้ กล่าวว่า ‘การจำกัดปริมาณของสินค้านำเข้าระหว่างภาคีรัฐ และมาตรการอื่นๆ ซึ่งมีผลกระทบที่เท่าเทียม จะไม่ได้รับอนุญาต’ แต่ข้อบทมาตรา 36 มีรายละเอียดข้อยกเว้นสำหรับบริบทต่างๆ คือ

ข้อบทมาตรา 34จะไม่ห้าม หรือจำกัดสินค้านำเข้า ส่งออก หรือผลิตภัณฑ์สินค้าที่เดินทางผ่านที่เกี่ยวข้องกับศีลธรรมของสาธารณะ (public morality) นโยบายสาธารณะ หรือความมั่นคงของสาธารณะ การปกป้องคุ้มครองสุขภาพและชีวิตของมนุษย์.....การห้าม หรือการจำกัด ดังกล่าวจะไม่ถือว่าเป็นการกีดกันทางการค้าระหว่างรัฐภาคี

การปิดกั้นโอกาสของธุรกิจต่างๆ ที่จะใช้ประสิทธิภาพที่ได้เปรียบมากกว่าคู่แข่ง (ในฐานะผู้ผลิตหรือตัวแทนผู้จัดจำหน่าย) ด้วยการให้คิดราคาค้าปลีกขั้นต่ำ เป็นการแทรกแซงทางการตลาด ซึ่งจะเป็นอุปสรรคและถ่วงการค้าข้ามพรมแดนในยุโรป ทำให้ ‘เป็นมาตรการที่มีผลกระทบที่เท่าเทียม’ กับการจำกัดปริมาณของสินค้านำเข้า และจะหมายถึงว่าเข้าข่ายของการห้ามในข้อบทมาตรา 34 เว้นแต่จะสามารถอ้างจากข้อบทมาตรา 36 ในบริบทของการปกป้องสุขภาพ ทำให้การห้ามในข้อบทมาตรา 34 ไม่มีผล (โปรดดูภาคผนวก ค MUP saves lives. Research and Policy Briefing No. 14, 2018)

จุดประสงค์หลักของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำคือ ‘เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสกอตแลนด์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดื่มอย่างอันตราย (harmful drinkers) และลดผลกระทบจากการดื่มที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข อาชญากรรม การบริการสาธารณะ ผลผลิต และเศรษฐกิจในภาพรวม’ (Scottish Government, 2011) แต่ที่สำคัญคือข้อบทมาตรา 36 ไม่สามารถปกป้องมาตรการที่อยู่ในเงื่อนไขของข้อบทมาตรา 34 ได้ ถึงแม้จะอ้างว่าเป็นการปกป้องสุขภาพ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกโจมตีโดยศาลยุติธรรมของยุโรปในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ต่ำสำหรับยาสูบ ด้วยเหตุผลว่าข้อบทมาตรา 36 ไม่สามารถนำมาใช้ได้จนกว่าไม่มีมาตรการทางเลือกอื่นอีกแล้วในการปกป้องสุขภาพ ที่เป็นอุปสรรคน้อยที่สุดต่อการค้า จึงจะนำมาใช้ได้ การเพิ่มภาษี หรือการห้ามการขายต่ำกว่าทุน (below-cost sales or loss-leading) ต่างก็ไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของข้อบทมาตรา 34 แต่สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มราคาให้สูงขึ้นสำหรับผู้บริโภคได้ ดังนั้น มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจึงถูกมองว่าเป็นการแทรกแซงทางการตลาด ซึ่งส่งผลไม่ได้สัดส่วน (disproportionate) ต่อประโยชน์ที่จะได้รับ ในกรณีของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับยาสูบ มีการพิจารณาเพิ่มเติมว่าการเพิ่มภาษีสรรพสามิตยาสูบ ภายใต้กฎหมายของสหภาพยุโรป ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ

เพื่อที่จะนำมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำให้อยู่ในกรอบข้อบทมาตรา 36 และเพื่อให้รอดพ้นจากเงื่อนไขการห้ามในข้อบทมาตรา 34 รัฐบาลสกอตแลนด์จะต้องแสดงให้ประจักษ์ 2 เงื่อนไข คือ ประการแรก มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกลุ่มที่ดื่มอย่างเป็นอันตราย (harmful drinkers) ได้จริง และลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดปกติ (alcohol misuse) ที่มีต่อสาธารณสุขได้จริง ประการที่สอง มาตรการทางเลือกอื่นที่เป็นอุปสรรคทางการค้าที่น้อยกว่า (เช่น การเพิ่มภาษีสรรพสามิต หรือการห้ามขายต่ำกว่าทุน) ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ จึงไม่ใช่ประเด็นสำคัญว่ารัฐสกอตแลนด์ไม่มีอำนาจเกี่ยวกับกฎหมายในการแข่งขัน (ห้ามมาตรการการห้ามขายต่ำกว่าทุน) หรือมาตรการภาษีสรรพสามิต (ซึ่งเป็นอำนาจของรัฐสภาสหราชอาณาจักร) คำถามคือมาตรการทางเลือกอื่นๆ ดังกล่าว จะเพียงพอสำหรับการบรรลุเป้าประสงค์ของมาตรการหรือไม่ ไม่ใช่ว่าหน่วยงานใดของรัฐสภาสหภาพยุโรปมีอำนาจในการดำเนินการ

ร่างกฎหมายดังกล่าวมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากมายและมีข้อถกเถียงอยู่มาก (Health and Sport Committee, 2012) รัฐบาลสกอตแลนด์ได้แจ้งต่อคณะกรรมการสิทธิการของสหภาพยุโรปให้รับทราบเกี่ยวกับแผนในการใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวคือทางคณะกรรมการฯ จะได้พิจารณา และเป็นการป้องกันการฟ้องร้องในอนาคตของศาลยุติธรรมในระดับชาติอันเนื่องมาจากประเด็นทางกฎหมายของสหภาพยุโรป คณะกรรมการสิทธิการของสหภาพยุโรปจะเป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาว่ามาตรการดังกล่าว ว่าสอดคล้องทางกฎหมายของสหภาพยุโรปหรือไม่ บนพื้นฐานของหลักฐานและข้อโต้แย้งที่เสนอมานี้ ศาลยุติธรรมของสหภาพยุโรปเท่านั้นที่มีอำนาจในการพิจารณาทุกๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับกรณีการฯ ตัดสิน รวมทั้งการทบทวนพิจารณาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการดำเนินการของคณะกรรมการฯ แต่จะไม่แทรกแซงกับข้อสรุปของคณะกรรมการฯ

ในมุมมองทางด้านกฎหมาย สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับความยากลำบากของผู้ที่สนับสนุนมาตรการกำหนดราคาต่ำปลีกขั้นต่ำคือการขาดหลักฐานด้านการวิจัยที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพ และผลที่ตามมาจากโมเดลทางด้านเศรษฐศาสตร์ อะไรจะเกิดขึ้นหากหลักฐานต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันสนับสนุนมาตรการดังกล่าว แต่หลังจากระยะเวลาหนึ่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวแล้วกลับไม่ได้ประโยชน์ตามที่คาดหวัง ดังนั้น จึงมีการวางแผนอย่างครอบคลุมที่จะตรวจสอบและประเมิน (monitor and evaluation)

มาตรการดังกล่าวในประเทศสกอตแลนด์ และรวบรวมหลักฐานเพื่อทบทวนผลที่เกิดขึ้นจริงจากการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว (Sturgeon N, 2012) อีกทั้งมีการประกาศให้ทราบว่าตัวมาตรการดังกล่าวจะรวมถึงการทบทวน (หรือ ‘sunset’ clause) ซึ่งหมายถึงการดำเนินการใดๆ ในการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว โดยรัฐบาลสกอตแลนด์ จะได้รับการทบทวนในอนาคตเพื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากมาตรการ และเพื่อพิจารณาว่ามาตรการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากกว่ามาตรการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคทางการค้าน้อยกว่าหรือไม่ จุดประสงค์ที่จะต้องมีการทบทวน (safety valve) ก็เพื่อที่จะสามารถสรุปเกี่ยวกับสัดส่วนของประโยชน์ที่ได้รับ อันสืบเนื่องมาจากหลักฐานโมเดลทางเศรษฐศาสตร์ ที่เป็นหลักฐานที่ดีที่สุดที่หาได้ในปัจจุบัน และเพื่อที่ในอนาคตจะสามารถทบทวนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในส่วนนี้น่าจะทำให้คณะกรรมการวิชาการของสหภาพยุโรป ยินยอมที่จะอนุญาตให้ใช้มาตรการดังกล่าว บนพื้นฐานว่ามาตรการดังกล่าวจะถูกยกเลิกหากสัดส่วนของประโยชน์ที่ได้รับไม่เป็นไปตามที่คาดไว้

ความหมายของ ‘sunset clause’ ในกฎหมายการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ หมายถึงว่ากฎหมายนี้มีอายุในการบังคับใช้เพียง 6 ปี เว้นแต่ว่ารัฐสภาของสกอตแลนด์จะลงมติให้ใช้มาตรการนี้ต่อไปก่อนจะตัดสินใจดังกล่าวจะมีอนุบัญญัติเพื่อทบทวน (review clause) ซึ่งมีเงื่อนไขว่ารัฐมนตรีจะต้องเสนอรายงานการทบทวนมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำดังกล่าวต่อรัฐสภาเกี่ยวกับผลกระทบของมาตรการฯ หลังจากบังคับใช้เป็นเวลา 5 ปี (ดูภาคผนวก ค กระบวนการพิจารณากฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำโดยศาลในระดับต่างๆ Alcohol Focus Scotland. Minimum unit pricing court process)

ความเป็นมาและสถานการณ์

เมื่อรัฐสภาของสกอตแลนด์ได้ผ่านร่างกฎหมายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (Minimum Unit Price – MUP) ซึ่งจะกำหนดราคาขั้นต่ำต่อหนึ่งหน่วยของแอลกอฮอล์ที่ 50 เพนนี (50p) เมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (Health Secretary Alex Neil) กล่าวว่ามาตรการดังกล่าวจะลดการเสียชีวิตและลดอันตรายที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดปกติ (alcohol misuse) แต่คณะกรรมการแห่งสหภาพยุโรป (European Commission) มองว่ามาตรการดังกล่าวไม่เป็นสัดส่วนที่ตอบสนอง (disproportionate response) ต่อปัญหาการดื่มของประชาชนในสกอตแลนด์ และเชื่อว่าการดำเนินการบังคับใช้มาตรการดังกล่าวเป็นการจำกัดการนำเข้าผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลสกอตแลนด์มีเวลาถึงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2555 ที่จะชี้แจงต่อคณะกรรมการฯ เกี่ยวกับข้อโต้แย้งทางกฎหมาย (BBC News, 2012)

แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีความมั่นใจว่ามาตรการดังกล่าวมีความสำคัญและจำเป็นต่อด้านสังคมและสาธารณสุข แต่คณะกรรมการฯ มีความเห็นต่าง เนื่องจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษและเวลส์เสนอกฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหนึ่งหน่วยของแอลกอฮอล์ที่ราคา 45 เพนนี ถึงแม้กฎหมายของสกอตแลนด์จะได้รับการโปรดเกล้าฯ ตั้งแต่เดือน

มิถุนายน แต่ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้เพราะข้อกั่วงวลจากคณะกรรมการแห่งสหภาพยุโรป และข้อโต้แย้งทางกฎหมายต่างๆ จากสมาคมสก๊อตช์ วิสกี้ (Scotch Whisky Association) และจากประเทศต่างๆ ที่ผลิตไวน์ในสหภาพยุโรป เช่น ฝรั่งเศส อิตาลี และสเปน กลุ่มที่โต้แย้งเชื่อว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ เป็นการละเมิดกฎหมายการค้าเสรีในสหภาพยุโรป

ถึงแม้คณะกรรมการฯ ยอมรับว่าประเทศสก๊อตแลนด์มีอัตราการเพิ่มของโรคตับเรื้อรังและตับอักเสบอย่างรวดเร็วที่สุดในโลก แต่มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นการตอบสนองที่ “ไม่ได้สัดส่วน” คณะกรรมการฯ สนับสนุนการเพิ่มราคาของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทโดยการเพิ่มภาษี ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของรัฐบาลสก๊อตแลนด์

เลขาธิการของคณะกรรมการแห่งสหภาพยุโรปกล่าวว่า การลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรสหภาพยุโรปเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างอันตราย และมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ อยู่ในกรอบที่สมาชิกรัฐภาคีพึงกระทำได้ อีกทั้งในมิติของสาธารณสุขก็อยู่ในขอบเขตและเป้าหมายกลยุทธ์ของสหภาพยุโรปที่ต้องสนับสนุนรัฐภาคีในการลดอันตรายที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับหลักการของความเป็นสัดส่วน

ในขณะที่รัฐบาลของสหราชอาณาจักร โดยกระทรวงมหาดไทย (The Home Office) ได้เริ่มกรอบเวลา 10 สัปดาห์ของการปรึกษาหารือ เกี่ยวกับแผนสำหรับการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ 45 เพนนีต่อหนึ่งหน่วยของแอลกอฮอล์ ซึ่งสูงกว่า 5 เพนนี เมื่อมีการเสนอในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ด้วยเหตุผลว่าจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอาชญากรรมที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ รัฐบาลสหราชอาณาจักรยังพิจารณาห้ามการส่งเสริมการขาย เช่น ซื้องดหนึ่งแถมหนึ่ง

งานวิจัยในประเทศแคนาดาบ่งชี้ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ งานวิจัยนี้ตีพิมพ์ในวารสาร Addiction (Zhao J, Stockwell T, Martin G, Macdonald S, Vallence K, Treno A, et al. 2013) ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้รณรงค์ด้านสุขภาพ แต่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า ‘ชี้นำผิดๆ และไม่ถูกต้อง’ โดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับสถิติของงานวิจัยนี้ (Alderson R, 2013) ทีมวิจัยกล่าวว่าการเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10% จะส่งผลโดยลดอัตราการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง 32% การศึกษาวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2002-2009 ในรัฐ บริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ซึ่งหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จากร้านค้าปลีกของรัฐเท่านั้น นักวิจัยเสนอแนะว่าการเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก จะลดการบริโภคของผู้ดื่มอย่างหนัก (heavy drinkers) ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยการเสพติดของมหาวิทยาลัย วิคทอเรีย รัฐบริติช โคลัมเบีย (Dr. Tim Stockwell) กล่าวว่า งานวิจัยนี้เพิ่มหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่า ผู้ที่ดื่มอย่างหนักจะลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อราคาขั้นต่ำของแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับความคิดเห็นโดยทั่วไป งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่เน้นถึงผลกระทบต่ออัตราการตายจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีก

ขั้นต่ำ แต่รัฐบาลสกอตแลนด์มีงานวิจัยสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ซึ่งมาจากการทำแบบจำลอง (modeling)

มหาวิทยาลัย Sheffield ได้จัดทำแบบจำลองผลของราคาและการส่งเสริมแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคและการดื่มที่เป็นอันตราย (Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion, Part B, Table 32) ซึ่งสรุปว่า ผลกระทบทางสุขภาพที่ถูกประมาณค่าโดยเฉพาะการตายจะลดลง 48 รายต่อปี ภายในปีแรก และผลกระทบเพิ่มเติมหลังจาก 10 ปี เท่ากับ 374 ราย ความเจ็บป่วยฉุกเฉินลดลง 1,000 ราย และความเจ็บป่วยเรื้อรังลดลง 1,900 ราย ต่อปี และผลกระทบเพิ่มเติมหลังจาก 10 ปี ลดลง 10,600 ราย ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ต้นทุนการบริการสุขภาพคาดว่าจะลดลง คิดเป็นจำนวนเงิน 8 ล้านปอนด์ (£) ด้วยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (QALY) คิดเป็นจำนวนเงินมูลค่า 21 ล้านปอนด์

เอกสารแนะนำสุขภาพ (*Alcohol-use disorders*) ของสถาบันสุขภาพระดับชาติและความเป็นเลิศทางคลินิก (The National Institute for Health and Clinical Excellence) ชี้แนะว่า ประโยชน์จากการนำเรื่องกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมาใช้เพื่อสุขภาพ ดังนี้ (Brennan A. et al. 2009.)

ราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วย (ไม่ใช่ภาษี) จะสามารถป้องกันผู้ค้าปลีกจากผู้ผลิต ลดความแรงของผลิตภัณฑ์ ตัวอย่างผลของการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำตลอดช่วง 10 ปี ที่คาดว่าจะลดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยที่ 50 เพนนี จะลดต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มาจากแอลกอฮอล์ถึง 9.7 พันล้านปอนด์ (9.7bn.)

ที่มา National Institute for Health and Clinical Excellence (June 2010),

'Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking', p. 31

กลุ่มรณรงค์เพื่อสุขภาพ เช่น Alcohol Focus Scotland (AFS) สนับสนุนหลักฐานว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิภาพ โดยผู้บริหาร (Dr. Evelyn Gillan) กล่าวว่า นี่เป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งชี้ว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำป้องกันการเสียชีวิตในประเทศแคนาดา และจะปกป้องการเสียชีวิตในสกอตแลนด์ ผู้บริหารยังตำหนิอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ต่อต้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของรัฐบาลสกอตแลนด์ โดยสมาคมสกอตซ์ วิสกี้ และสมาคมผู้ผลิตไวน์และสุรากรุ่นแห่งยุโรป นำข้อกล่าวหาไปสู่ศาลในเอดินเบิร์ก (Court of Session in Edinburg) โดยฟ้องว่ามาตรการดังกล่าวเป็นการละเมิดกฎหมายการค้าในสหภาพยุโรป (ดูภาคผนวก ค Briefing on Minimum Unit Pricing. February 2018. Alcohol Focus Scotland)

กระบวนการปรึกษาหารือ (consultation) ในประเทศอังกฤษและเวลส์ สำหรับการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ 45 เพนนีต่อหนึ่งหน่วยแอลกอฮอล์ สิ้นสุดลงเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 และรัฐบาลของไอร์แลนด์เหนือกำลังพิจารณามาตรการที่คล้ายคลึงกัน

ในขณะที่สมาคมสกอตซ์ วิสกี้ แกลงว่าประสบการณ์จากแคนาดาต่างจากสกอตแลนด์เพราะแคนาดาไม่มีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ และสถิติจากสำนักงานสถิติแคนาดา (Statistics Canada) แตกต่างไปจากสถิติในงานวิจัยของ ทิม สตีลคเวลล์ คืออัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ในรัฐ บริทิช โคลัมเบีย เพิ่มขึ้น 9% ในระยะเวลาเดียวกันกับงานวิจัย แต่ทั้งนี้ต้องพิจารณาตัวแปรเพิ่มด้วยว่าในช่วงระยะเวลานั้นมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายในแคนาดาด้วย คือรัฐบาลแคนาดาอนุญาตให้ธุรกิจเอกชนเปิดร้านค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งมีจำนวนร้านค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอีก 10% และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 2%

สมาคมนักวิจัย วิสกี้ แกลงว่าเมื่อเปรียบเทียบสถิติในแคนาดากับสถิติในประเทศสกอตแลนด์ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 25% นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีสถิติสูงสุดหมายความว่ามาตรการต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในประเทศสกอตแลนด์มีประสิทธิผลในการจัดการการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติ (alcohol misuse)

ผู้บริหารสูงสุดของสมาคมนไวน์และสุรากลั่น (Miles Beale) โจมตีงานวิจัยของ ทิม สตีลคเวิล ว่า “ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายจากการดื่ม “การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น่าจะเกี่ยวข้องกับตัวแปรต่างๆ ทางวัฒนธรรม และการเพิ่มราคาไม่มีผลกระทบต่อตัวแปรทางวัฒนธรรมเหล่านี้เลยมีนัยยะใดๆ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความมุ่งมั่นที่จะจัดการกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่ตามมา แต่มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้” (Alderson R, 2013)

เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 มีรายงานข่าวว่า ศาลยุติธรรมแห่งเอเดนเบิร์กได้ตัดสินว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ราคา 50 เพนนี ต่อหนึ่งหน่วยแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายที่พึงกระทำได้ ผู้พิพากษา (Lord Doherty) กล่าวว่า นโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ อยู่ในอำนาจของรัฐบาลสกอตแลนด์ และไม่ละเมิดกฎหมายของสหภาพยุโรป (BBC News, 2013)

สมาคมนักวิจัย วิสกี้ ได้เตือนว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะเป็นแบบอย่างให้ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพมาแทรกแซงการค้าเสรีผลิตภัณฑ์และบริการ ซึ่งสมาคมฯ แปลกใจและผิดหวังจากคำพิพากษา และจะอุทธรณ์กรณีดังกล่าวต่อไป แต่ในคำพิพากษานี้ ผู้พิพากษาได้กล่าวว่าไม่มีความจำเป็นที่จะนำประเด็นมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำและกฎหมายของสหภาพยุโรปไปพิจารณาในศาลใดๆ อีกต่อไป โดยกล่าวว่า “ศาลแห่งนี้มีความเห็นว่าไม่มีความจำเป็นและไม่เหมาะสมที่จะอ้างถึงกฎหมายของสหภาพยุโรปเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ไปพิจารณาในศาลยุติธรรมอื่นเพื่อพิจารณาอีกต่อไป” คำพิพากษาโดยสรุปคือ “กฎหมายในสหภาพยุโรปไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ”

ในขณะที่องค์กรการค้าสุรากลั่น (Spirits Europe) ร่วมกับสมาคมนักวิจัย วิสกี้ มีความมุ่งมั่นที่จะอุทธรณ์คำตัดสินดังกล่าว โดยสมาคมนักวิจัย วิสกี้ (Gavin Hewitt) กล่าวว่า “เป็นผลประโยชน์ของเราที่จะต้องอุทธรณ์ เพื่อให้พิจารณาคดีนี้ใหม่ด้วยการทบทวนอย่างรอบคอบ” และผู้อำนวยการสมาคมนักวิจัย วิสกี้ ของ Spirits Europe (Paul Skehan) กล่าวว่า “เรามั่นใจว่าเมื่ออุทธรณ์แล้ว มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะได้รับการตัดสินว่าผิดกฎหมาย และขัดขวางการเป็นตลาดการค้าหนึ่งเดียวของสหภาพยุโรป” ผู้ผลิตเบียร์ของสกอตแลนด์ (Tennents) ซึ่งสนับสนุนมาตรการกำหนดราคาขายปลีก

ขึ้นต่ำ กล่าวว่า “เป็นมาตรการสำคัญอีกขั้นหนึ่งที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาการดื่มอย่างผิดปกติ” (BBC News 2013) โดยผู้จัดการใหญ่ (John Gilligan) กล่าวว่า “ผู้ที่ดื่มอย่างรับผิดชอบ มีสิทธิที่จะดื่มอย่างรับผิดชอบ และมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะช่วยทำให้สังคมดีขึ้น”

ผู้บริหารองค์กรณรงค์เพื่อสุขภาพ Alcohol Focus Scotland (Dr. Evelyn Gillan) กล่าวว่า “อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความมุ่งมั่นที่จะต่อต้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำตลอดมา เหมือนกับต่อต้านมาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งวันนี้ นับเป็นชัยชนะที่ความสนใจของสาธารณชนอยู่เหนือความสนใจ (กำไร) ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ประธานของแพทยสมาคมแห่งบริติช (Dr. Brian Keighley) กล่าวว่า “ความน่าเชื่อถือของกลยุทธ์การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะต้องเป็นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับราคาและการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ สก็อตแลนด์เต็มไปด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก ชาวสก็อตจึงมีสุขภาพที่แย่มาก”

โฆษกของรัฐบาลสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นนักกฎหมายชั้นนำเกี่ยวกับกฎหมายสก็อตแลนด์ (Lord Wallace) กล่าวว่า “สำนักอัยการได้ส่งเรื่องในนามรัฐบาลสหราชอาณาจักร เพื่อสนับสนุนความสอดคล้องของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำและกฎหมายของสหภาพยุโรป และมีความยินดีที่ศาลยุติธรรมตัดสินไปในทิศทางที่ปฏิเสธเหตุผลของสมาคมสก็อตซ์ วิสกี้ แต่ก็ทราบดีว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะพยายามอุทธรณ์คำพิพากษานี้” รัฐบาลสหราชอาณาจักรแถลงว่ากำลังพิจารณาจะเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำในประเทศอังกฤษและเวลส์ กระทรวงมหาดไทย (The Home Office) กำลังประเมินข้อคิดและข้อเสนอแนะจากกระบวนการปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายนี้ ก่อนจะประกาศขั้นตอนการดำเนินการว่าจะทำอย่างไรต่อไป

ในขณะที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มวิสกี้พยายามที่จะผลักดันในการล้มล้างมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำอย่างไม่หยุดยั้ง โดยโจมตีว่า “เป็นเครื่องมือที่ใช้ไม่ได้ (blunt instrument)” และละเมิดกฎหมายของสหภาพยุโรป ผู้แทนจากสมาคม สก็อตซ์ วิสกี้ (Aidan O’Neill QC) แถลงต่อศาลฎีกาในกรุงลอนดอนว่า รัฐบาลควรใช้ความพยายามมากกว่านี้ในการแก้ไขปัญหาความยากจน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการสูญเสียชีวิตที่มีอัตราสูงอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศสก็อตแลนด์ (The Guardian, 2017) โดยกล่าวว่า “มาตรการต่างๆ ไปเป็นเครื่องมือที่ใช้ไม่ได้ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการปกป้องชีวิตมนุษย์ เพราะมีวิธีอื่นๆ อีกหลายแนวทาง ถ้าหากคนที่ยากจนเสียชีวิตมากกว่าคนที่ร่ำรวย เราควรหาวิธีแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับความยากจนมากกว่า”

มีรายงานว่าเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ด้วยการสนับสนุนจากองค์การที่เกี่ยวข้องกับสุรา กลิ่นของยุโรป (Spirits Europe) และกลุ่มผู้ผลิตไวน์ในยุโรป (European Wine group CEEV) ทำให้สมาคม สก็อตซ์ วิสกี้ ท้าทายรัฐบาลของสก็อตแลนด์ด้วยการนำประเด็นมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ฟ้องศาลฎีกา (The Guardian, 2017) ซึ่งคณะรัฐมนตรีและแพทยสมาคมกล่าวว่ามาตรการดังกล่าวจะช่วยลดการดื่มที่เป็นอันตราย (abuse) และการเสพติด (addiction)

การฟ้องคดีต่อศาลฎีกาครั้งนี้ เป็นการต่อสู้ทางกฎหมายที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำลายกฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ซึ่งผ่านมติ

ของรัฐบาลแห่งสกอตแลนด์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 หลังจากที่หน่วยงานบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service – NHS) มีสถิติว่าชาวสกอตแลนด์จำนวน 3,000 คนต่อปี เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บอันเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Guardian, 2017) กลุ่มรณรงค์เพื่อสุขภาพต่างกระตุ้นให้รัฐบาลสหราชอาณาจักรทบทวนและประเมินมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับอังกฤษและเวลส์ หลังจากที่ทีมงานวิจัยประมาณการณ์ว่าชาวอังกฤษ 63,000 คน จะเสียชีวิตจากโรคตับอันสืบเนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะ 5 ปีข้างหน้า

ในการแถลงเปิดคดีในการสืบพยานเป็นเวลา 2 วัน ผู้แทนจากสมาคม สก็อตซ์ วิสกี (O’Neill) แถลงต่อคณะผู้พิพากษาศาลฎีกา 7 ท่านว่า ศาลสถิตยุติธรรมแห่งสหภาพยุโรปมีความชัดเจนว่า การบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ เป็นการจำกัดการค้าเสรี และเป็นอุปสรรคต่อการแข่งขัน (anti-competitive) ซึ่งเป็นการละเมิดกฎหมายสหภาพยุโรป

O’Neill อ้างว่ามีมาตรการอื่นๆ ทางภาษี ซึ่งจะยุติธรรมและถูกต้องสอดคล้องกับกฎหมายของสหภาพยุโรป และจะเป็นประโยชน์มากกว่าที่เงินจากภาษีจะถูกนำไปใช้ทางด้านสุขภาพและมาตรการอื่นๆ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาความยากจน ในขณะที่เงินจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะอยู่ในกลุ่มผู้ค้าปลีกและผู้ผลิต มากกว่าจะได้นำไปใช้สำหรับสาธารณสุขประโยชน์ ในขณะที่เดียวกันมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะไม่สามารถเพิ่มราคาของไวน์ยี่ห้อ Buckfast (alcoholic tonic wine) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการก่อความวุ่นวายโดยกลุ่มเยาวชน และความรุนแรงบนท้องถนนในพื้นที่ของแหล่งชุมชนยากจน (Lanarkshire, Ayrshire, Glasgow) ทั้งนี้ ปัญหาของ ‘ชอกชอย Buckfast’ คือเครื่องดื่มชนิดนี้เป็นเครื่องดื่มยอดนิยมของพวกนักเลง อันทพาล และเครื่องดื่ม Buckfast ราคาสูงกว่า 50 เพนนีอยู่แล้ว จึงไม่ได้รับผลกระทบจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (The Guardian, 2017) และหากท่านไม่ได้มุ่งเป้าไปยังผู้ดื่มอย่างอันตราย (harmful drinkers) 1% ก็ควรจะมุ่งเป้าไปยังปัญหาทางสังคมเกี่ยวกับความยากจน ซึ่งเกี่ยวข้องกับพื้นที่เฉพาะ และเกี่ยวกับการดื่มเฉพาะกลุ่ม

อัยการของรัฐบาลสกอตแลนด์ (James Wolffe, QC) กล่าวว่า กลยุทธ์ของรัฐบาลสกอตแลนด์มาจากพื้นฐานของหลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญของมหาวิทยาลัย เซพฟิลด์ ซึ่งผลประโยชน์ทางสุขภาพที่จะได้รับมีมากพอสำหรับการพิจารณาในการแทรกแซงการค้าเสรี ซึ่งศาลยุติธรรมของยุโรปยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ และถึงแม้มีข้อโต้แย้งมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ แต่มาตรการดังกล่าวมีเป้าหมายอย่างชัดเจนเพราะมุ่งไปยังการดื่มที่เกินพอดี (excessive consumption) สำหรับเครื่องดื่มราคาถูกที่ซื้อเกินสัดส่วนของความพอดี (disproportionately) โดยผู้ดื่มอย่างอันตราย (hazardous drinkers) มีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างยอดขายของ วอดก้า ราคาถูกและการดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดปกติ (alcohol abuse) นักดื่มชาวสกอตซื้อ วอดก้า ที่ราคาต่ำกว่า 50 เพนนี ต่อหน่วยแอลกอฮอล์ มากกว่า 2.4 เท่าของนักดื่มในอังกฤษและเวลส์ “มาตรการดังกล่าว มุ่งเป้าอย่างมีประสิทธิภาพไปยังกลุ่มผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด คือผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการลดการดื่ม คือกลุ่มผู้ดื่มอย่างอันตราย (hazardous and harmful drinkers) มีหลักฐานอย่างแน่นหนาว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพ” (The Guardian, 2017)

นโยบายของรัฐบาลสก๊อตมีเวลาที่จำกัด คือ มาตรการดังกล่าวจะถูกทบทวนหลังจาก 5 ปี และยุติลงหลังจาก 6 ปี เว้นแต่ว่ารัฐสภาสก๊อตจะลงมติเพื่อเริ่มมาตรการดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง หนึ่งในคณะผู้พิพากษาศาลฎีกา (Lord Reed) ให้การสนับสนุนเหตุผลที่ว่า ความเสียหายทางสังคมอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างอันตราย (harmful drinking) มีผลกระทบอย่างรุนแรงในพื้นที่ชุมชนของคนยากจนในประเทศสก๊อตแลนด์ “คุณไม่ต้องนั่งพิจารณาคดีอาชญากรรมนาน ก็จะทำให้ทราบว่าปัญหาทางสังคมอันมีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้มาจากกลุ่มผู้มีฐานะ ที่ดื่มเบอร์กันดีราคาแพง แต่มาจากกลุ่มผู้ที่ดื่มเบียร์และน้ำผลไม้ (cider) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์สูง และเป็นกลุ่มที่มาจากย่านยากจน โดยเฉพาะทางตะวันตกของสก๊อตแลนด์ กลุ่มนี้ไม่มาขายเป็นอย่างมาจากราคาถูก และเป็นต้นเหตุของความวุ่นวายในครอบครัว พฤติกรรมก่อความวุ่นวายบนท้องถนนและอื่นๆ” (The Guardian, 2017)

ผู้แทนสมาคม สก๊อตซ์ วิสกี้ กล่าวว่า มีความเชื่อมโยงที่ใกล้เคียงมากระหว่างความยากจนและการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากร่างกายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งบ่งชี้ว่าความยากจนและสุขภาพที่ไม่ดีเป็นตัวแปรที่มีนัยยะสำคัญ และเป็นสาเหตุพื้นฐาน ในกลุ่มผู้ที่มีฐานะก็มีการดื่มเกินความเหมาะสม แต่คนรวยเหล่านี้สามารถซื้อเครื่องดื่มราคาแพงได้ และไม่ได้รับผลกระทบจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ดังนั้น หากเป้าประสงค์ของนโยบายต้องการแก้ไขปัญหาการดื่มอย่างอันตราย จึงควรเสนอมาตรการทางภาษีซึ่งจะครอบคลุมและมีประสิทธิผลกว่า (The Guardian, 2017)

รัฐบาลสหราชอาณาจักรสามารถตัดสินใจในการเสนอนโยบายภาษีสรรพสามิต 5 ประเภทให้เกิดความสอดคล้องสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆ หรือเสนอภาษีตามความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ซึ่งกระทรวงการคลัง (The Treasury) ได้นำเสนอนโยบายบางส่วนไปแล้ว

ในขณะเดียวกันมีรายงานว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามโต้แย้งข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ ด้วยการกล่าวอ้างอย่างไม่มีหลักฐานใดๆ สนับสนุน ที่มีวิจัยจาก London School of Hygiene and Tropical Medicine (Dr. James McCambridge) ค้นพบจากการตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Portman Group) ส่งให้รัฐบาลพิจารณาข้อโต้แย้งในปี ค.ศ. 2008 ในประเด็นเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำว่า “อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สนใจ นำเสนออย่างผิดๆ และบ่อนทำลาย” หลักฐานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ “และมีพฤติกรรมเช่นเดียวกับอุตสาหกรรมยาสูบ” (Minimum pricing: Drinks industry ‘distorted evidence’, 2013) ทั้งๆ ที่มาตรการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพด้านสุขภาพ และตำรวจ แต่ได้รับการต่อต้านจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงเครือข่ายซูเปอร์ มาร์เก็ต บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่ม และสมาคมการค้า

กลุ่มพอร์ทแมน ซึ่งรณรงค์ให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความรับผิดชอบต่อสังคม แต่กลับต่อต้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ โดยวิพากษ์งานวิจัยที่ใช้สนับสนุนมาตรการฯ ทั้งๆ ที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีหลักฐานใดๆ ที่น่าเชื่อถือมาสนับสนุน มีแต่ “คำกล่าวอ้าง” และ

“ความคิดเห็น” มาโต้แย้ง รัฐมนตรีสาธารณสุขของสกอตแลนด์ (Alex Neil) กล่าวว่า “อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายความน่าเชื่อถือของตัวเอง ดังนั้น เราจะดูรายงานแต่ละชิ้นที่ส่งมาโดยอุตสาหกรรมฯ อย่างละเอียด เพื่อดูว่าใครมีเจตนาทำให้เกิดความเข้าใจผิดๆ” (Minimum pricing: Drinks industry ‘distorted evidence’, 2013)

กลุ่มอุตสาหกรรมฯ อ้างว่า “งานวิจัยสนับสนุนมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ เป็นหลักฐานที่อ่อนมาก” และอ้างว่าผลกระทบทางลบจากนโยบายดังกล่าวจะสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดตลาดมืด อาชญากรรม และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดกฎหมาย ทีมวิจัย (Dr. McCambridge) กล่าวว่า “จากการศึกษาเอกสารและพฤติกรรมของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครือข่าย พบว่ามักจะต่อต้านมาตรการที่มีประสิทธิผลโดยการทำให้เกิดความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับหลักฐานจากการวิจัยที่หนักแน่น แนวทางของรัฐบาลสกอตแลนด์ ได้รับการยอมรับในประชาคมนักวิจัยระดับนานาชาติ ว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้องแล้ว” ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประโยชน์ต่อสังคม แต่มีผลกระทบต่อรายได้ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้อุตสาหกรรมฯ มีพฤติกรรมที่กล่าวอ้างลอยๆ โดยไม่มีหลักฐาน เช่น กลุ่ม พอร์ทแมน อ้างว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ จะเพิ่มความเย้ายวนต่อกลุ่มเยาวชนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีการกล่าวอ้างว่า กิจกรรมทางการตลาดมีส่วนในการลดอันตรายจากการดื่ม เช่น บริษัท ดิอาจีโอ อ้างว่าการเป็นผู้อุปถัมภ์โครงการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มความตระหนักในการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ แต่ในความเป็นจริงคือ เป็นการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มยอดขาย และทำให้เกิดการบริโภคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังอ้างว่ามาตรการดังกล่าวที่รัฐบาลสกอตแลนด์นำเสนอ ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่น่าเชื่อถือในรายงานการวิจัยต่างๆ ทั้งๆ ที่ข้อเท็จจริงคือ มาตรการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางโดยประชาคมนักวิจัย และได้รับการสนับสนุนอย่างหนักแน่นว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้อง (Minimum pricing: Drinks industry ‘distorted evidence’, 2013)

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมเหมือนกับอุตสาหกรรมยาสูบ ผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมทั้งสองทำให้ผู้บริโภคเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ทั้งสองอุตสาหกรรมมีพฤติกรรมกล่าวอ้างอย่างไม่มีเหตุผลและหลักฐานเชิงประจักษ์ พฤติกรรมเช่นนี้ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อรัฐบาลในการจัดทำนโยบายหากมีอุตสาหกรรมทั้งสองเข้ามาเกี่ยวข้อง ประโยชน์สาธารณะไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มุ่งแต่ผลกำไร จึงมีความพยายามสร้างความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับงานวิจัยที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ ให้สังคมสับสนอยู่เสมอ

รัฐมนตรีสาธารณสุขของสกอตแลนด์จะเดินทางไปให้ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อสหภาพยุโรปที่กรุงบรัสเซลส์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่งานวิจัยชิ้นใหม่จากรัฐ บริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา บ่งชี้ว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่เพิ่มขึ้นส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญ “งานวิจัยต่างๆ ที่สนับสนุนมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ต่างเป็นงานที่ได้มาตรฐานการวิจัยระดับที่สูงสุดในระดับนานาชาติ และงานวิจัยล่าสุดจากประเทศแคนาดา แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างไม่มีข้อสงสัยใดๆ ว่า มีความสัมพันธ์หนึ่งต่อหนึ่งระหว่างการเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการ

ลดการดื่ม รวมทั้งผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพ เช่น การลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การลดอุบัติการณ์ของโรคตับ และการลดอัตราการเกิดอาชญากรรม ที่มีสาเหตุจากการดื่ม ดังนั้น ความพยายามของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการที่ไม่ให้ความน่าเชื่อถือต่อผลการวิจัยต่างๆ เหล่านี้ เท่ากับเป็นการทำลายความน่าเชื่อถือของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง” รัฐมนตรีสาธารณสุขของสกอตแลนด์กล่าวให้สัมภาษณ์แก่นักข่าวของสำนักข่าว บี บี ซี (Minimum pricing: Drinks industry ‘distorted evidence’, 2013)

กลยุทธ์การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดแก่สาธารณะโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลยุทธ์การให้ข้อมูลและการสื่อสารครอบคลุมหลากหลายวิธี ซึ่งอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หาทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเหล่านี้จะถูกแปลงไปสู่การดำเนินการ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่หลักหลักฐานไปจนถึงการจัดทำนโยบาย โดยเฉพาะ

- โน้มน้าวการพัฒนาหลักฐานด้วยการให้ทุนการวิจัย โดยให้ความสำคัญต่อหัวข้อที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การแปลงผลจากหลักฐานที่มีอยู่แล้วโดยสังเคราะห์ เผยแพร่ และประเมินผลงานวิจัยที่มีอยู่แล้ว วางกรอบของปัญหาและส่งเสริมการแก้ไขปัญหามาในทางที่เป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- นำเสนอหลักฐานโดยตรงต่อผู้กำหนดนโยบาย เพื่อโน้มน้าวการดำเนินการของรัฐบาล - ทั้งเมื่อได้รับการร้องขอในการปรึกษาหารือ และในรูปแบบของการลobbies

กลยุทธ์เหล่านี้สามารถจะเสริมด้วยกลวิธีการให้ข้อมูลอย่างมีนัย เช่น โครงการการเป็นองค์กรเพื่อสังคม หรือองค์กรที่รับผิดชอบต่อสังคม สามารถเน้นย้ำมุมมองว่าการดื่มอย่างเป็นอันตรายเป็นปัญหาส่วนบุคคลสำหรับผู้บริโภคกลุ่มน้อย กลวิธีนี้สามารถทำให้บรรลุเป้าประสงค์ได้ด้วยเอกสารทางการตลาด หรือข้อความทางสื่อต่างๆ

สามกลยุทธ์สำหรับกิจกรรมทางสังคมและการเมืองของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การให้ทุนวิจัย การเผยแพร่งานวิจัย และการลobbies หรือการชักจูงและโน้มน้าว การให้ทุนวิจัยโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การให้ทุนวิจัยโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัญหาของประเด็นนี้มีเหตุผล 2 ประการ ข้อแรก การเลือกโครงการวิจัยใดที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสนับสนุนให้ดำเนินการ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อผลการวิจัยนั้นๆ และสามารถโน้มน้าวให้งานวิจัยนั้นเป็นไปตามกรอบของปัญหาและนโยบายที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ต้องการ ตัวอย่างเช่น การมุ่งเน้นประเด็นส่วนบุคคลและการแทรกแซง และไม่สนใจโครงสร้างและการเมือง (Edwards G, et al. 2004) ประการที่สอง มีความเป็นไปได้ว่าการรับเงินทุนวิจัยจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นความกดดันนักวิจัยที่จะทำให้ผลจากการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ทุนวิจัย สิ่งนี้จะเป็นความโน้มเอียงแบบเนียน (subtle cognitive biases) ไปจนถึงการลำเอียงแบบชัดเจนและการกระทำโดยมิชอบ (overt corruption or malfeasance) ดังเช่นที่ Babor and Robaina ตั้งข้อสังเกตไว้

ถึงแม้จะไม่มีหลักฐานอย่างเป็นระบบว่ามีผลประโยชน์ทับซ้อนซึ่งส่งผลให้มีความลำเอียงต่อผลการวิจัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่งานวิจัยหลายชิ้นบ่งชี้ให้เห็นว่าผลประโยชน์ทับซ้อนในงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป มักจะมีความสัมพันธ์กับผลการวิจัยที่ลำเอียงซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทางธุรกิจแต่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วยและสาธารณสุข (Babor TF, Robaina K, et al. 2018) ตัวอย่างเกี่ยวกับความลำเอียงอย่างเป็นระบบ (systematic biases) พบในงานวิจัยเกี่ยวกับยาสูบ (Barnes D, et al. 1995) งานวิจัยเกี่ยวกับพลังงาน (Shrader-Frechette, K, 2011) และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคอ้วน (Bes-Rastrollo M, et al. 2013) พบว่าการให้ทุนวิจัยสามารถโน้มนำผลการวิจัยได้ อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องพิสูจน์หลักฐานในงานวิจัยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ในการวิเคราะห์เมื่อไม่นานมานี้พบว่างานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักจะไม่ค่อยมีผลทางบวกต่อสุขภาพ (ยกเว้นงานวิจัยหาความเชื่อมโยงระหว่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเกิดโรคเส้นเลือดในสมองแตก) (McCambridge J & Hartwell G, 2015)

การให้ทุนวิจัยโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายรูปแบบ ซึ่งอาจจะให้ทุนผ่านองค์การที่เป็นแหล่งทุนวิจัยและรวบรวมเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจากองค์กรธุรกิจต่างๆ ในจำนวนองค์การเหล่านี้ องค์การที่โดดเด่นมากๆ คือ มูลนิธิการวิจัยด้านแอลกอฮอล์แห่งยุโรป (European Foundation for Alcohol Research – ERAB) มูลนิธิการวิจัยด้านการแพทย์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (the Alcohol Beverage Medical Research Foundation) ทุนสนับสนุนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนภายในองค์กร สมาคมการค้า องค์กรนักวิชาการหรือนักวิจัยภายนอกที่อยู่ในสถาบันวิจัยหรือมหาวิทยาลัยต่างๆ นอกจากนี้ งบการวิจัยอาจจะสนับสนุนศูนย์วิจัย หรือหน่วยงานวิจัย/วิทยาศาสตร์อื่นๆ (The Institute of Alcohol Studies)

องค์กร Alcohol Focus Scotland ได้สรุปสถานการณ์ของการฟันฝ่าอุปสรรคในการผลักดันร่างกฎหมาย Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 จนกระทั่งเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน ค.ศ. 2017 ศาลฎีกาของสหราชอาณาจักรลงมติเป็นเอกฉันท์ว่า ร่างกฎหมายฉบับนี้ ไม่เป็นการละเมิดกฎหมายของสหภาพยุโรป และมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม และเป็นสัดส่วนที่ถูกกฎหมาย ซึ่งสมาคม สก็อตซ์ วิสกี้ และกลุ่มเครือข่ายอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยื่นอุทธรณ์และต่อสู้ตลอดมาจนถึงศาลฎีกา ดังนั้น ประเทศสก็อตแลนด์จึงเป็นประเทศแรกของโลกที่บังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่บางรัฐใน

ประเทศแคนาดา มีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่แตกต่างออกไป (ดูภาคผนวก ค Alcohol Focus Scotland, Minimum Unit Pricing Court Process)

รัฐบาลของสกอตแลนด์ได้ดำเนินการจัดทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ราคา 50 เพนนีต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2017 ถึงวันที่ 26 มกราคม ค.ศ. 2018 ซึ่งรัฐบาลสกอตแลนด์จะต้องนำเสนอรายละเอียดต่างๆ ของกฎหมายฉบับนี้ต่อรัฐสภาในวันที่ 1 มีนาคม ค.ศ. 2018 และจะเริ่มบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ค.ศ. 2018

องค์กร Alcohol Focus Scotland สนับสนุนให้เริ่มบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำให้เร็วที่สุด และเรียกร้องให้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของสกอตแลนด์ สนับสนุนความมุ่งมั่นของรัฐบาลสกอตแลนด์ที่จะบังคับใช้นโยบายนี้อย่างรวดเร็วที่สุด เรามองหาข้อตกลงและยึดมั่นจากรัฐบาลสกอตแลนด์ที่จะทบทวนมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ภายใน 2 ปี หลังจากที่มีการบังคับใช้นโยบายนี้ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากนโยบายที่มุ่งป้องกันและรักษาชีวิตนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Briefing on Minimum Unit Pricing, 2018)

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำกำหนดว่าราคาที่ถูกลงที่สุดต่อ 1 หน่วยแอลกอฮอล์คือ 50 เพนนี ราคาขายปลีกขั้นต่ำจะไม่มีผลกระทบต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด แต่จะมีผลต่อเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาขายต่ำกว่า 50 เพนนี ต่อหน่วยแอลกอฮอล์ ตัวอย่าง เช่น เบียร์ 1 กระป๋อง หรือน้ำผลไม้ที่มีแอลกอฮอล์ (cider) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 2 หน่วย จะมีราคาขายอย่างน้อย 1 ปอนด์ มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำจะไม่มีผลกระทบต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ขายในบาร์ ไนต์คลับ ผับ หรือภัตตาคาร เพราะว่าในสถานที่เหล่านี้จะมีราคาขายที่สูงกว่า 50 เพนนี ต่อหน่วยแอลกอฮอล์

ความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำก็เพราะในประเทศสกอตแลนด์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีราคาถูกลง 60% เมื่อเปรียบเทียบกับ 30 ปีที่ผ่านมา ชาวสกอตส่วนใหญ่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในราคาถูกจากร้านค้าปลีกและ ซูเปอร์ มาร์เก็ต (Giles L, and Robinson M, 2017) เมื่อสินค้าใดก็ตามที่มีราคาถูกลง ผู้บริโภคมักจะซื้อ (และบริโภค) เพิ่มมากขึ้น เมื่อประชาชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น โรคมัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะเพิ่มมากขึ้น และปัญหาทางสังคมก็จะเพิ่มมากขึ้น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเสียชีวิตมีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญในประเทศสกอตแลนด์เมื่อเปรียบเทียบกับส่วนอื่นๆ ของสหราชอาณาจักร ชาวสกอตดื่มในอัตรา มากกว่า 17% เมื่อเทียบกับอังกฤษ หรือ เวลส์ (NHS Health Scotland, 2017) และอัตราการเสียชีวิตสูง เป็น 2 เท่าของอังกฤษ และเวลส์ (Office of National Statistics, 2017)

เมื่อบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำอย่างเป็นทางการ ประเทศสกอตแลนด์นับเป็นประเทศแรกในโลกที่ใช้มาตรการนี้ ถึงแม้จะมีบางรัฐในประเทศแคนาดาที่มีมาตรการที่ใกล้เคียงกับ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ในขณะที่เดียวกัน รัฐสภาของเวลส์และไอร์แลนด์ได้พิจารณา มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเช่นกัน

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะส่งผลอย่างไร? ประเด็นแรกคือ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะป้องกันการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปีแรกที่มีการบังคับใช้มาตรการดังกล่าวจะป้องกันการเสียชีวิตได้ 60 ราย ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ 1,600 ราย และป้องกันการอาชญากรรมได้ 3,500 ราย (Meng Y, Hill-McManus D, Brennan A, & Meier P, 2012)

จากรูปแบบการจำลองสูตรคำนวณโดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ได้เสนอแนะว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะป้องกันการสูญเสียชีวิต ช่วยทำให้สุขภาพดีขึ้น และลดอาชญากรรม เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 2016 งานวิจัยจากมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ประมาณการณ์ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ 50 เพนนีต่อหน่วยแอลกอฮอล์ ได้ผลดังต่อไปนี้ (Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, & Brennan P, 2016)

- ลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง 3.5% หรือ 26.3 หน่วยต่อผู้ดื่มหนึ่งคนต่อปี
- ลดอัตราการเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประมาณ 120 รายต่อปี ภายใน 20 ปีของการบังคับใช้มาตรการนี้ (ผลที่ได้รับอย่างเต็มที่จากนโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ)
- ลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลง 2,000 รายต่อปี ภายใน 20 ปีของการบังคับใช้มาตรการนี้ (ผลที่ได้รับอย่างเต็มที่จากนโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ)

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมุ่งเป้าไปยังนักดื่มหนัก ผู้ที่ดื่มอย่างอันตรายเพราะว่าคนกลุ่มนี้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูกที่สุด มีดีกรีของแอลกอฮอล์สูงที่สุด (เช่น white cider และสุรากลั่น) มาตรการนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดปริมาณการบริโภคโดยกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างอันตรายเพราะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก ซึ่งเครื่องดื่มกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบจากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ส่วนผลกระทบต่อกลุ่มผู้ดื่มปานกลาง (moderate drinkers) มีการประมาณการณ์ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 2 ปอนด์ 25 เพนนี ต่อปี (The University of Sheffield, 2015)

มีการคาดการณ์ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำที่ ราคา 50 เพนนีต่อหน่วยแอลกอฮอล์ จะส่งผลลดปริมาณการบริโภคลง 10% ในกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างอันตราย (harmful drinkers) และลดปริมาณการบริโภคลง 5% ในกลุ่มผู้ดื่มอย่างประมาท (hazardous drinkers) สำหรับกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างหนัก (heavy drinkers) การลดปริมาณการบริโภคลงเพียงเล็กน้อยจะส่งผลประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมาก เพราะมาตรการดังกล่าวจะป้องกันปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ต้น

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างอันตรายและดื่มอย่างประมาทที่มีฐานะยากจน กลุ่มผู้มีฐานะยากจนอาจจะไม่ซื้อ หรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่เป็นกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก (disproportionate) จากอันตรายที่มีสาเหตุมาจากการดื่ม (Smith K, and Foster J, 2014) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยากจนที่สุดของประเทศสกอตแลนด์ มีโอกาสเสี่ยงสูงเป็น 6 เท่าที่จะเสียชีวิต และมีโอกาสเสี่ยงสูงถึง 8 เท่า ที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนในชุมชนที่มีเศรษฐกิจสูง (Giles L, and Robinson M, 2017) เนื่องจากกลุ่มผู้ที่ดื่มอย่างอันตรายที่ยากจน ดื่มมากกว่าและใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่อยากจน (Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, & Brennan P, 2016) ประโยชน์ทางสุขภาพที่จะได้รับมีเพิ่มขึ้นมากที่สุดในกลุ่มผู้ที่อยู่ในความอยากจนและดื่มอย่างเป็นอันตราย รวมทั้งดื่มอย่างประมาท จากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ โดยจะป้องกันการเสียชีวิตได้ถึง 90% ในกลุ่มเศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ (Meier P, et al., 2016) และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีจำนวนลดลงเช่นกัน

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะมีผลกระทบต่อร้านค้าปลีกและซูเปอร์มาร์เก็ตเท่านั้น เนื่องจากราคาค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผับ บาร์ และภัตตาคาร มีราคาสูงกว่า 50 เพนนีต่อหน่วย แอลกอฮอล์อยู่แล้ว และจะไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงโดยมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ แต่ผลกระทบส่วนใหญ่จะเกิดต่อการบริโภคและอันตรายจากการดื่มอย่างมีนัยยะสำคัญ เพราะส่วนใหญ่ (73%) ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกซื้อจากร้านค้าปลีกและซูเปอร์มาร์เก็ตสำหรับการบริโภคที่บ้าน (Giles L, and Robinson M, 2017)

ดังนั้น มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางจากสาธารณชน นักการเมือง แพทย์ ตำรวจ ศูนย์บริการที่พึ่งพิงสำหรับผู้ยากไร้ องค์การสาธารณสุขกุลสำหรับเด็กและเยาวชน และบางส่วนของผู้มีใบประกอบการค้า

ร่างกฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกต่อต้านโดยกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งๆ ที่ผ่านการลงมติของสภาผู้แทนราษฎรของสกอตแลนด์อย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์เมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2012 แต่กฎหมายฉบับนี้ถูกถ่วงเวลาในการเริ่มบังคับใช้ เพราะมีการร้องเรียนทางกฎหมายโดยสมาคมสกอตช์ วิสกี้ (Scotch Whisky Association – SWA) ซึ่งร้องเรียนครั้งแรกต่อศาล (Outer House of the Court of Session) ว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ศาลตัดสินเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2013 ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย ทางสมาคมสกอตช์ วิสกี้ ก็ยื่นต่อศาลอุทธรณ์ (Inner House of the Court Session) ซึ่งได้พิจารณาคดีนี้และส่งคดีไปยังศาลยุติธรรมของสหภาพยุโรป (Court of Justice of the European Union – CJEU) ในเดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2014 ซึ่งได้ลงมติเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม ปี ค.ศ. 2015 ว่าเป็นอำนาจและดุลยพินิจของศาลอุทธรณ์ (Inner House of the Court Session) ที่จะตัดสินคดีนี้ได้

เมื่อคดีนี้กลับมายังศาลอุทธรณ์ในเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2016 ศาลอุทธรณ์ได้พิจารณาพิพากษา ยืนตามคำตัดสินของศาลชั้นต้น (Outer House of the Court of Session) สมาคมสกอตช์ วิสกี้ จึงได้นำคดีฟ้องต่อศาลฎีกาของสหราชอาณาจักรในเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2016 และศาลฎีกาเริ่มพิจารณาคดีนี้ เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม ในปี ค.ศ. 2017 คำพิพากษาของศาลฎีกาอย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์คือ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับได้ในประเทศสกอตแลนด์ และกฎหมายนี้ไม่เป็นการละเมิดกฎหมายของสหภาพยุโรป การกำหนดมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นกลไกที่เหมาะสมในการใช้กฎหมายเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ (UK Supreme Court, 2017)

ประเด็นสำคัญของคำพิพากษามีดังต่อไปนี้

ประเด็นแรก “การใช้กลไกภาษีจะไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้เท่ากับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ” อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่ายโต้แย้งว่า การใช้กลไกภาษีเป็นเครื่องมือที่ยืดหยุ่นมากกว่า (less restrictive) และมีประสิทธิผลเท่าเทียมกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (equally effective) ในการบรรลุเป้าประสงค์ของรัฐบาล แต่ข้อโต้แย้งของกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกปฏิเสธโดยผู้พิพากษาว่า “...กลไกภาษีจะเป็นภาระ และไม่เป็นที่ยอมรับ สำหรับกลุ่มประชากรผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่นอกเป้าหมาย...ในทางตรงกันข้าม มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะมุ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาในการดื่ม ซึ่งเป็นเป้าประสงค์โดยตรงของรัฐบาล” (Scotch Whisky Association, 2017)

ประเด็นที่สอง “มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีความเหมาะสม (proportionate) คือผลประโยชน์จากการค้าเสรีในสหภาพยุโรปและการแข่งขันทางการค้า ไม่ได้มีความสำคัญไปกว่าผลประโยชน์ทางสุขภาพที่จะได้รับจากมาตรการนี้” ซึ่งผู้พิพากษาปฏิเสธข้อโต้แย้งที่ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะกระทบอย่างไม่เหมาะสมต่อตลาดการค้าในสหภาพยุโรป “.....มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำอาจจะเป็นการแทรกแซงทางการตลาด รวมทั้งอาจจะบิดเบือนการค้าและการแข่งขันในสหภาพยุโรป แต่ศาลพิจารณาแล้วเห็นว่า ไม่สามารถสรุปได้ว่าการค้าจะสำคัญกว่าผลประโยชน์ทางสุขภาพที่มาตรการดังกล่าวจะส่งผล”

ทั้งนี้ มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ จะสิ้นสุดลงภายใน 6 ปี (“sunset clause”) หลังจากที่มีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ค.ศ. 2018 เว้นแต่ว่ารัฐสภาสก็อตจะลงมติให้บังคับใช้กฎหมายนี้ต่อไป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีรายงานทบทวนประสิทธิผลของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ และนำเสนอต่อรัฐสภาสก็อต หลังจากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวมาครบ 5 ปี

ผลการบังคับใช้กฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำในสก็อตแลนด์

หลังจากที่รัฐบาลสก็อตแลนด์ได้บังคับใช้กฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ 50 เพนนี ต่อหน่วยแอลกอฮอล์ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) มีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่ากฎหมายดังกล่าวมีประสิทธิผล (O’Donnell A, Anderson P, Jane-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J, 2019; Mooney JD, Carlin E, 2019) โดยยอดขายรายสัปดาห์ลดลงโดยปริมาณ 9.5 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อผู้ดื่มต่อครอบครัว (โปรดดูภาคผนวก ค Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18)

รายงานการวิจัยผลกระทบของนโยบายดังกล่าวในระยะแรก เป็นการช่วยประเมินให้สาธารณชนได้รับทราบถึงผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และการประเมินผลกระทบอย่างครอบคลุมจะมีรายงานให้ทราบในเวลาต่อมา ซึ่ง NHS Health Scotland จะดำเนินการประเมินมิติต่างๆ ของผลกระทบจากนโยบายการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (โปรดดูภาคผนวก ค Multiple-component evaluation of minimum

unit pricing in Scotland) และจะมีรายงานฉบับสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2023 (Beeston C, Robinson M, Craig N, Gile L, 2019)

นอกจากนี้ มีรายงานจาก Public Health Scotland ในปี ค.ศ. 2020 ว่าปริมาณการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกลง 4-5% ในปีแรกที่บังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ และมีรายงานจาก British Medical Journal ว่า เมื่อเปรียบเทียบการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อน-หลัง การบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ พบว่าลดการซื้อรายสัปดาห์ลงครึ่งโพนต์ต่อคน

งานวิจัยที่บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะโน้มน้าวให้สหราชอาณาจักร (เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และอังกฤษ) ดำเนินการใช้มาตรการดังกล่าว ตามอย่างสกอตแลนด์ หลักฐานที่เพิ่มพูนมากขึ้นบ่งชี้ว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิผล (Boniface S, Scannell JW, Marlow S, 2017; Burton R, Henn C, Lavoie D et al., 2017; Stockwell T, Zhao J, Martin G, et al., 2013) โดยเฉพาะเมื่อบูรณาการกับการเพิ่มภาษี

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีรายละเอียดอยู่ในบทต่อไป

บทที่ 4

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ประสบการณ์ของประเทศไทยที่เกี่ยวกับนโยบายต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวอย่งที่แสดงให้เห็นผลสำเร็จของความพยายามดังกล่าว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของวิกฤติการณ์อัตราการเสียชีวิตในทศวรรษ 1990s และ 2000s ซึ่งอายุขัยเฉลี่ยของเพศชายต่ำมากที่สุดในประเทศไทยคือ 57 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งของเพศชายวัยทำงานเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี ค.ศ. 1995 รัฐบาลรัสเซียบังคับใช้กฎหมายสหพันธรัฐ หมายเลข 171 ซึ่งมีผลต่อมาตรการการผลิตและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเวลาผ่านไป มาตรการอื่นๆ เช่น จำกัดการตลาด ติดตามการผลิต ห้ามการจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ต เพิ่มภาษีสรรพสามิตสุรา 50% เพิ่มราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอดก้า และสุรากลั่น อีกทั้งลดจำนวนร้านค้าปลีกลงเป็นจำนวนมาก มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (โปรดดูภาคผนวก ง Alcohol and health: time for an overdue conversation. Editorial, Lancet Gastroenterol Hepatol) ทำให้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรลดลงจาก 20.4 ลิตร ในปี ค.ศ. 2003 เป็น 11.7 ลิตร ในปี ค.ศ. 2016 และอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงเป็น 68 ปีสำหรับเพศชาย และ 78 ปี สำหรับเพศหญิง ในปี ค.ศ. 2018 ถึงแม้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงสูง และความพยายามในการใช้มาตรการอื่นๆ ยังจำเป็นต้องมี แต่ก็ได้เห็นความก้าวหน้าในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Lancet 2020)

นอกจากสก๊อตแลนด์แล้ว มีรายงานขององค์การอนามัยโลกว่า รัสเซียมีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอดก้า มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 และเพิ่มมาตรการดังกล่าวแก่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่นๆ ตามมาหลังจากนั้น ถึงแม้รัสเซียจะไม่มีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด และกลยุทธ์ระยะยาวถูกยกเลิกไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น นโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ (โปรดดูภาคผนวก ง Russia's alcohol policy: a continuing success story. Editorial, the Lancet) ซึ่งมุ่งเป้าไปยังการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน (World Health Organization, 2019) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรของรัสเซียลดลง 43% ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2016 (Lancet, 2019)

ในปี ค.ศ. 2010 รัฐบาลรัสเซียประกาศใช้กฎหมายใหม่คือ ราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอดก้า เพื่อลดอัตราการเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) ของประชากรรัสเซีย มาตรการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์โดยประธานาธิบดี ดิมิทรี เมดเวเดฟ ที่จะลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย

(alcohol abuse) ชาวรัสเซียดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยคนละ 14 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อปี และชาวรัสเซียนับแสนคนเสียชีวิตจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละปี ประธานาธิบดี เมดเวเดฟ ประกาศใช้กฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำคือ 89 รูเบิล ต่อครั้งลิตรของ วอดก้า (2 ยูโร หรือ 3 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ) ซึ่งราคาขายปลีกขั้นต่ำนี้จะได้รับการพิจารณาทบทวนโดยคณะกรรมการแห่งชาติ (government commission) ทุกปี เพื่อลดปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol abuse) ประธานาธิบดี ดิมิทรี เมดเวเดฟ เรียกร้องให้กลับคืนสู่นโยบายไม่อดทนต่อการเมาแล้วขับ (zero tolerance) ซึ่งถูกยกเลิกไปเมื่อเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2008 (Penfold C, 2010)

ในประเทศที่มีชื่อเสียงจาก วอดก้า ประธานาธิบดี เมดเวเดฟ รมณรงค์ที่จะออกกฎหมายเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถูกมองว่าเป็นการสวนกระแสและไม่น่าจะเป็นไปได้สำหรับประเทศรัสเซีย ในการรณรงค์เพื่อต่อสู้กับอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศรัสเซีย และจากสถิติที่องค์การอนามัยโลกได้เปิดเผย ประธานาธิบดี ดิมิทรี เมดเวเดฟ ได้เริ่มรณรงค์เพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) ในประเทศรัสเซียด้วยมาตรการควบคุมการขาย การโฆษณา และการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ มีคณะทำงานหลายกลุ่มที่กำลังร่างกฎหมายหลายฉบับเพื่อจำกัดอายุการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น โดยเพิ่มอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก 18 ปี เป็น 21 ปี (Aden M, 2009.)

มีการศึกษาวิจัยใหม่ๆ ที่บ่งชี้ว่าโดยเฉลี่ยชาวรัสเซียบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 18 ลิตร (4.75 แกลลอน) ต่อปีต่อคน ซึ่งมากเป็นสองเท่าของปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ชาวรัสเซียมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในโลก และผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่าสิ่งนี้เป็นสาเหตุที่ชาวรัสเซียมีอายุสั้นโดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ย 57 ปี น้อยกว่าอายุเกษียณ 3 ปี เซอร์เก มิเคเยฟ แห่งศูนย์เทคโนโลยีทางการเมือง (Center for Political Technologies) กรุงมอสโคว์กล่าวว่า เป็นเวลาที่เหมาะสมที่รัฐบาลรัสเซียจะต้องเร่งรณรงค์ต่อสู้กับโรคติดสุราเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับสมัยสหภาพโซเวียต อัตราของผู้เสพติดสุราเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และในบางพื้นที่เพิ่มขึ้นเป็นสามเท่า สิ่งนี้ส่งผลให้เกิดความหายนะคือ จำนวนอาชญากรรมและอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 60% ของอุบัติเหตุทั้งหมดเกี่ยวข้องกับผู้ขับขี่ที่มีอาการมึนเมา ประธานาธิบดี ดิมิทรี เมดเวเดฟ กล่าวว่า เป็น “โศกนาฏกรรมของรัสเซีย” และ “ความหายนะระดับชาติ” โดยให้คำมั่นสัญญาว่าจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้วยการปฏิรูปกฎหมาย นี่ไม่ใช่ครั้งแรกที่ผู้นำรัฐบาลใช้อำนาจทางการบริหารเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโรคติดสุราเรื้อรังในประเทศรัสเซีย เมื่อปี ค.ศ. 1985 ประธานาธิบดี มิเกล กอร์บาเชฟ เริ่มโครงการรณรงค์ต่อต้านโรคติดสุราเรื้อรัง โดยมุ่งเป้าไปที่การจำกัดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเปลี่ยนแปลงความเชื่อของสังคมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งฝังรากลึกอยู่ในวัฒนธรรมของชาวรัสเซีย

ส่วนหนึ่งของมาตรการคือการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ผลของการรณรงค์ไม่มีผลอย่างที่คาดหวังเท่าใด ในทางตรงกันข้าม ทำให้เกิดเหล้าเถื่อนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ประธานาธิบดี เมดเวเดฟ ต้องการกำจัดให้หมดไป มีการประมาณการจากภาครัฐว่า 30-50% ของตลาดวอดก้า ในรัสเซีย เป็นเหล้าเถื่อนและไม่ได้เสียภาษี ประธานาธิบดี เมดเวเดฟ ริเริ่มนโยบายการผลิตวอดก้า แต่ผู้เดียวโดยรัฐ (State Vodka Monopoly) ซึ่งจะทำให้เกิดระเบียบในตลาดวอดก้า และควบคุมได้ง่ายขึ้น ผู้เชี่ยวชาญด้านการเมือง เซอร์เก มิเคเยฟ กล่าวว่า การปฏิรูปอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกฎหมายที่ควบคุม หรือจำกัดผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น แต่ปัญหาใหญ่คือการไม่มีความตระหนักของชาวรัสเซีย รวมทั้งวัฒนธรรมการยอมรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ การโฆษณาของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้นเหตุของวิกฤติปัญหาโรคติดสุราเรื้อรัง (alcoholism) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การโฆษณาเบียร์ ทำให้คนรัสเซียคิดว่าการดื่มเบียร์ไม่ทำให้เมาได้ ดังนั้น คนรัสเซียจึงดื่มเบียร์เหมือนน้ำ เพราะการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่หยุดยั้ง ในขณะที่ วาติม โดบริส ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์วิจัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวว่าความหวังของ ประธานาธิบดี เมดเวเดฟ ที่จะลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศรัสเซีย คงเป็นไปได้ สิ่งที่ต้องทำในการรณรงค์ต่อสู้กับโรคติดสุราเรื้อรัง คือสนับสนุนให้ชาวรัสเซียดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มี “คุณภาพ” ที่ดี เพราะเป็นไปได้ที่จะให้ชาวรัสเซียเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รัฐบาลรัสเซียเพิ่มราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอดก้า เป็น 190 รูเบิล (2 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ และ 90 เซ็นต์) ต่อครึ่งลิตร ตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน ค.ศ. 2016 ทั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายในการปราบปรามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เถื่อน (counterfeit alcohol) ก่อนหน้านี้ ราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับวอดก้า คือ 185 รูเบิลต่อครึ่งลิตร (2 เหรียญดอลลาร์สหรัฐและ 80 เซ็นต์) ตามกฎหมายของกระทรวงการคลัง (The Moscow Times, 2016)

ในปี ค.ศ. 2009 รัฐบาลรัสเซียประกาศราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นครั้งแรก และเพิ่มราคาขายปลีกขั้นต่ำตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาโดยตลอด ยกเว้นในปี ค.ศ. 2015 เมื่อราคาของ วอดก้า ถูกลดลงมาจาก 220 รูเบิล (3 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ 30 เซ็นต์) เป็น 185 รูเบิล หลังจากที่ประธานาธิบดี วลาดิเมียร์ ปูติน กล่าวว่าราคาที่แพงขึ้นของ วอดก้า ทำให้มีการบริโภคสุราเถื่อนเพิ่มขึ้น แต่ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหพันธรัฐและภาคพื้น วาติม โดบริช กล่าวว่ามาตรการดังกล่าวไม่ได้เปลี่ยนแปลงการตลาดแต่อย่างใด เพราะราคา วอดก้า ในรัสเซียมีราคาสูงกว่าราคาขายปลีกขั้นต่ำที่รัฐบาลรัสเซียได้ประกาศ

เอกสารจากรายงานการประชุมขององค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป ที่กรุง ปราก สาธารณรัฐเชค ซึ่งมี 53 ประเทศในสหภาพยุโรปมาร่วมประชุมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนกลยุทธ์ระดับโลกเพื่อลด

อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดูภาคผนวก ง Russia's alcohol policy: a continuing success story. Editorial, the Lancet) ส่วนหนึ่งของรายงานมีสถิติบ่งชี้ว่าชาวรัสเซียลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน อายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี ค.ศ. 2018 คือ เกือบ 68 ปี สำหรับเพศชาย และ 78 ปีสำหรับเพศหญิง ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับผลของมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออัตราการเสียชีวิตและอายุขัยเฉลี่ยในรัสเซีย (Lancet 2019)

รัสเซีย เป็นประเทศที่พลเมืองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนักที่สุดประเทศหนึ่งในโลกตลอดหลายปีที่ผ่านมา แต่ในปัจจุบัน รัสเซีย เป็นตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จอย่างมากสำหรับการบูรณาการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดระยะยาว ที่มุ่งเป้าไปยังการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภครายบุคคล ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสาเหตุแห่งความหายนะของชาติ

ในยุคเริ่มต้นของทศวรรษที่ 1990 ตัวเลขสถิติบ่งชี้ว่าเพศชายวัยทำงานหนึ่งในสองคนจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยที่สุดในประวัติศาสตร์ของรัสเซีย ในปี ค.ศ. 1994 คือ 57 ปี ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรเพิ่มขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1991-2003 ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นในช่วงที่สหภาพโซเวียตล่มสลายในปี ค.ศ. 1991 และไม่มีการควบคุมราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่อย่างใด ในปี ค.ศ. 1995 รัฐบาลรัสเซียเริ่มมาตรการต่างๆ ที่ควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งกฎหมายสหพันธรัฐ เลขที่ 171 การจำกัดใบอนุญาตและการโฆษณา แต่ประสบความสำเร็จเพียงเล็กน้อย

ในปี ค.ศ. 2003 รัสเซียถึงจุดสูงสุดคือ จำนวนปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรคือ 20.4 ลิตร ซึ่งสอดคล้องกับเกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตของเพศชาย วัยทำงาน อันมีสาเหตุจากการดื่มอย่างอันตราย (hazardous drinking) อย่างไรก็ตาม นับจากเวลานั้นเป็นต้นมา ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรลดลงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเครื่องดื่มประเภทสุรากลั่น และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เคยถูกบันทึกไว้ เช่น เครื่องดื่มกลั่นเองที่บ้านและเครื่องดื่มผิดกฎหมาย ปริมาณการดื่มที่ลดลงนี้เกิดขึ้นจากการค่อยๆ บังคับใช้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ ของรัฐที่ละนโยบาย เช่น การจำกัดการตลาด การติดตามเฝ้าระวังการผลิต การห้ามการจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ต และเพิ่มภาษี 50% สำหรับ เอทิล แอลกอฮอล์ เป็นหลายๆ มาตรการที่รัฐดำเนินการเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2007 (ดูภาคผนวก ง หน้า 33 Fig. 14 และหน้า 47-49 ในรายงานขององค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป Alcohol Policy Impact Study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation.)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เป็นต้นมา รัสเซียได้ดำเนินการอย่างเข้มงวดในการดำเนินการตามคำแนะนำของ แผนปฏิบัติการยุโรปในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (European Action Plan on Alcohol –

EAPA) เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย (harmful use of alcohol) โดยการเพิ่มภาษีสรรพสามิตต่างๆ รวมทั้งเพิ่มราคาขายปลีกขั้นต่ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งลดจำนวนร้านค้าปลีกที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงเป็นจำนวนมาก (ดูภาคผนวก ง รายงานขององค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป Alcohol Policy Impact Study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation.)

ผลจากการดำเนินการมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2017 พบว่าอัตราการความชุกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการเสพติดสุราลดลง 38% ในสถานการณ์รักษาพยาบาลของรัฐ อัตราความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างอันตรายลดลง 54% และอัตราความชุกของโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcoholic psychosis) ลดลง 64% นอกจากนี้ การเสียชีวิตจากระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากร ลดลง 48% ในเพศชาย และ 52% ในเพศหญิง เมื่อพิจารณาถึงอัตราการฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นตัวชี้วัดทางอ้อมอันมีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดลง 56% ทั้งในเพศชายและหญิง

ความสำเร็จเหล่านี้มาจากมาตรการต่างๆ ที่มุ่งเป้าไปยังราคา การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ และการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในระดับของผู้ผลิตและผู้บริโภค อีกทั้งกฎหมายต่างๆ ที่มุ่งเป้าในการลดพฤติกรรมอันตราย เช่น ขับขี่ยานยนต์โดยมีอาการมึนเมา และกฎหมายที่ส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี คำอธิบายอื่นๆ เช่น ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากระบบของสหภาพโซเวียตมาเป็นระบบทุนนิยม ความอุดมสมบูรณ์ของอาหาร ระดับของการสูบบุหรี่ อีกทั้งการให้บริการทางการแพทย์ สุขภาพ และสังคม ตัวแปรเหล่านี้ อาจมีข้อโต้แย้งว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สม่ำเสมอ ด้านอายุขัยเฉลี่ย และอัตราการเสียชีวิต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ไม่น่าสงสัยว่าตัวแปรเหล่านี้อาจมีส่วน แต่ตัวแปรสำคัญคืออัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด

แต่ชาวรัสเซียยังอยู่ห่างไกลจากการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อประชากรคือ 11.7 ลิตร เมื่อปี ค.ศ. 2016 อัตราเฉลี่ยของการบริโภคยังคงสูงสุดในโลก และความพยายามที่จะลดปริมาณการบริโภคลงมาอีกเป็นสิ่งที่จำเป็น ดูเหมือนว่ากลยุทธ์ต่างๆ ของรัสเซียจะต้อยอดจากมาตรการต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2019 อายุขั้นต่ำที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ จะเพิ่มขึ้นเป็น 21 ปี ความพยายามอย่างต่อเนื่องของรัสเซียที่จะลดปริมาณการดื่มที่มากต่อประชากรตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่น่าสนใจสำหรับสมาชิกประเทศในสหภาพยุโรปที่จะได้เรียนรู้

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศอื่นๆ มีรายละเอียดอยู่ในบทต่อไป

บทที่ 5

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศอื่นๆ

กลุ่มประเทศที่แยกออกมาจากสหภาพโซเวียต

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 เมื่อมีการรณรงค์ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสหภาพโซเวียต ซึ่งส่งผลให้ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอย่างมากและลดการเสียชีวิตนับพันราย แต่เมื่อนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกละเลย และอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งสหภาพโซเวียตถูกแบ่งแยกส่วนออกเป็นองค์กรต่างๆ สถิติการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศต่างๆ ที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียต หลังจากเกือบ 30 ปีเมื่อการรณรงค์ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สิ้นสุดไป ประเทศต่างๆ ที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียตต่างก็เผชิญกับความท้าทายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มีการศึกษาตลอดทศวรรษที่ผ่านมาใน 15 ประเทศที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียต เช่น เบลารุส เอสโทเนีย คาซัคสถาน ลิทัวเนีย และอุซเบกิสถาน เกี่ยวกับแนวโน้มของการดื่มและการพัฒนานโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่าตลอดทศวรรษที่ผ่านมาอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในเกือบทุกประเทศที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียต ซึ่งคู่ขนานกับการเสนอแนะนำนโยบายใหม่ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะว่ามีประสิทธิผลมากที่สุด 3 นโยบายคือ นโยบายด้านภาษี (และมาตรการอื่นๆ เพื่อเพิ่มราคา) นโยบายจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ และนโยบายด้านการควบคุมการตลาด ต่างมีการบังคับใช้ในทุกประเทศในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น หลักฐานเชิงประจักษ์จากนโยบายต่างๆ ที่มีประสิทธิผล ทำให้อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงเป็นอย่างมากในประเทศที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียต (Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, Stelemekas M, Stoppel R, Ferreira-Borges, C, Breda J, Jurgen R. 2021.)

เบลารุส

ในปี ค.ศ. 1998 กระทรวงเศรษฐกิจของรัฐบาล เบลารุส เริ่มบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ เอทิล แอลกอฮอล์ และ วอดก้า และในปี ค.ศ. 2000 มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำครอบคลุมไปถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 28% ปี ค.ศ. 2010

เบลารุส มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 17.5 ลิตรต่อประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลก และอัตราการเสียชีวิต 34.7% ที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอัตราการระโรคที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในโลก อย่างไรก็ตาม ปี ค.ศ. 2011-2015 เป็นจุดเปลี่ยน เนื่องจากรัฐบาลเบลารุสเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นระยะๆ และเพิ่มมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับสุรากลั่น อีกทั้งจำกัดจำนวนร้านค้าปลีก จำกัดเวลาขาย และจำกัดการตลาด รวมทั้งเพิ่มโทษสำหรับพฤติกรรมเมาแล้วขับ และการดื่มเหล้ากลั่นในบ้าน (Grigoriev P, Bobrova A. 2020.) ในปี ค.ศ. 2016 มีการเพิ่มมาตรการควบคุมราคาสำหรับสุรากลั่นและไวน์ผลไม้ และในปี ค.ศ. 2017 เริ่มมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับไวน์ผลไม้

อุซเบกิสถาน

เริ่มมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอดก้า และสุรากลั่น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ราคาขายปลีกขั้นต่ำ รวมทั้งอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถูกเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ ในปี ค.ศ. 2020 ราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับไวน์สูงเป็น 4 เท่าของราคาในปี ค.ศ. 2010 และราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ วอด ก้า และสุรากลั่นสูงเป็น 6 เท่าของราคาในปี ค.ศ. 2010 ซึ่งสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศ นอกจากนี้ ยังเพิ่มอายุของผู้ซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ จากอายุ 18 ปี เป็น 21 ปี ในปี ค.ศ. 2011 รวมทั้งเริ่มใช้มาตรการภาพคำเตือนสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีขนาดไม่น้อยกว่า 40% ของฉลาก รวมทั้งห้ามการโฆษณาอย่างสิ้นเชิง (total ban) สำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ

คาซัคสถาน

คาซัคสถานมีมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ เอทิล แอลกอฮอล์ และ วอดก้า ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 และห้ามการโฆษณาอย่างสิ้นเชิงสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (total ban) ในปี ค.ศ. 2004 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 เป็นต้นมา ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ในขณะที่อัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับวอดก้า เพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ

ประเทศออสเตรเลีย

มีการประมาณการณ์ว่า 3 ใน 4 ของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศเป็นการดื่มในกลุ่มที่ดื่มมากที่สุด 20% และอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราสูงที่สุดในพื้นที่เขตพื้นที่ Northern Territory (Taylor N, Miller P, Coomber K, Livingston M, Scott D, Buykx P, Chikritzhs T, 2021.) ซึ่งความเสียหายทางด้านสังคมเท่ากับ 1.4 พันล้านเหรียญออสเตรเลียต่อปี รัฐบาลในเขตพื้นที่ Northern Territory ดำเนินมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำที่ 1.30

เหรียญออสเตรเลียต่อ 1 ต้มมาตรฐาน (10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์) โดยมุ่งเป้าไปยังการลดการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มไวน์ราคาถูก ตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 2018 ผลจากมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำส่งผลให้ลดการบริโภคเครื่องดื่มไวน์ราคาถูกร้อยละ 50.6 ในพื้นที่ Northern Territory เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน ดังนั้น นโยบายราคาขายปลีกขั้นต่ำประสบความสำเร็จในการลดการดื่มผลิตภัณฑ์ไวน์ราคาถูก (โปรดดูภาคผนวก จ.)

ประเทศนิวซีแลนด์

กระทรวงยุติธรรมของนิวซีแลนด์เผยแพร่รายงานในปี ค.ศ. 2014 ว่า ราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ 1.20 เหรียญนิวซีแลนด์ จะลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงร้อยละ 4.7 ต่อปี และจะลดค่าเสียหายทางสังคมได้ 86 ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์ในปีแรก และประหยัดได้ถึง 624 ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์ใน 10 ปี ส่วนที่จะลดลงมากที่สุดคืออาชญากรรมที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานจากกระทรวงยุติธรรมของนิวซีแลนด์พบว่า ในปี ค.ศ. 2011 ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำหน่ายในร้านค้าปลีกร้อยละ 24 มีราคาต่ำกว่า 1.20 เหรียญนิวซีแลนด์ต่อ 1 ต้มมาตรฐาน (The Effectiveness of Alcohol Pricing Policies, 2014.)

หลังจากที่ประเทศสกอตแลนด์เริ่มบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเมื่อปี ค.ศ. 2018 ในเวลาใกล้เคียงกันมีกลุ่มรณรงค์เพื่อสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์ เรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการลดราคาขายปลีกขั้นต่ำในนิวซีแลนด์ Dr. Nicki Jackson ผู้บริหารองค์กร Alcohol Health Watch เรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก สถิติของประเทศนิวซีแลนด์บ่งชี้ว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วัย 18 ถึง 24 เป็นเครื่องดื่มอย่างอันตราย สถิติของทางการตำรวจพบว่า 1 ใน 3 ของการจับกุม เกี่ยวข้องกับผู้ต้องสงสัยที่เมินเมา และครึ่งหนึ่งของอาชญากรรมความรุนแรงมีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Palmer S, 2018)

Dr. Andy Towers จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย Massey เป็นนักวิจัยชั้นนำของนิวซีแลนด์ ซึ่งเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเพื่อลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Berry G, 2019) องค์กร Drug Foundation รายงานว่า การบริโภค - และอันตราย - จะลดลงเมื่อราคาเพิ่มขึ้น เมื่อปี ค.ศ. 2018 องค์กร Drug Foundation ได้ยื่นข้อเรียกร้องไปยังคณะกรรมการสุขภาพของนิวซีแลนด์ เพื่อเรียกร้องให้ดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ประเทศไอร์แลนด์

รัฐบาลของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ พิจารณาที่จะเพิ่มราคาสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก โดยรัฐสภาของไอร์แลนด์ได้ผ่านร่างกฎหมายราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำเมื่อปี ค.ศ. 2018 แต่ยังไม่ได้เริ่มการบังคับใช้ ซึ่งรัฐบาลของไอร์แลนด์วางแผนที่จะบังคับใช้กฎหมายราคา

ขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ พร้อมๆ กับรัฐบาลไอร์แลนด์เหนือ เพื่อป้องกันการข้ามพรมแดนไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก (Hurley S. 2021)

แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลไอร์แลนด์เหนือ โรบิน สวอนน์ แถลงว่า มาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ จะยังไม่เริ่มบังคับใช้จนกว่าจะเป็นหลังการเลือกตั้งเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2022 (พ.ศ. 2565) และเป็นที่เข้าใจดีว่า รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ แฟรงค์ ไฟแกน ไม่อยากรอไปถึงปีหน้า ที่จะเริ่มใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ แอคชั่น ไอร์แลนด์ (Alcohol Action Ireland) ยินดีอย่างยิ่งที่รัฐบาลไอร์แลนด์ จะเริ่มใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำให้เร็วที่สุด

ในขณะที่รัฐบาลของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ตัดสินใจที่จะเริ่มใช้มาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2022 (พ.ศ. 2565) จากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) ซึ่งมติดังกล่าวสร้างความกังวลให้แก่ร้านค้าปลีกที่เกรงว่าประชาชนจะข้ามพรมแดนไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูกกว่าในไอร์แลนด์เหนือ

ภายใต้แผนมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือราคา 10 เซนต์ต่อกรัมของแอลกอฮอล์ ซึ่งไวน์ 1 ขวด ขนาด 750 มล. จะต้องขายในราคา 7.40 ยูโร (12.5% ABV) ซึ่งเมื่อก่อนขายได้ในราคาน้อยกว่า 5 ยูโร ไวน์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าจะขายในราคาอย่างน้อย 7.75 ยูโร สุรากลั่น เช่น จิน (Gin) และ วอดก้า ขวดขนาด 700 มล. ราคา 13-14 ยูโร จะต้องขายในราคา อย่างต่ำ 20.71 ยูโร

ร่างกฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการนำเสนอโดยรัฐมนตรีกระทรวงแรงงาน และปัจจุบันเป็นผู้นำร่วมของพรรคสังคมนิยมประชาธิปไตย Roisin Shortall ระหว่างปี ค.ศ. 2011-2016 Dr. James Reilly อดีตรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ผู้สนับสนุนร่างกฎหมายดังกล่าวมาตั้งแต่ต้น กล่าวว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำลายสังคมอย่างมหันต์ โดยเป็นสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ และการบาดเจ็บ รวมทั้งเป็นสาเหตุของความรุนแรง และอาชญากรรม ดังนั้น มาตรการที่ดีทางสาธารณสุขจะรักษาชีวิตได้มากมาย มากกว่าโรงพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ (McQuinn C, 2021.)

MUP of products after commencement.

Beverage	Volume (mls)	ABV %	MUP €
Whiskey	700	40	22.09
Gin	700	40	22.09
Vodka	700	37.5	20.71
Wine	750	12.5	7.40
Larger (Bottle)	330	4.3	1.12
Cider (Can)	500	4.5	1.78
Lager (Can)	500	4.3	1.70
Stout (Can)	500	4.2	1.66
Spirits (Pub measure)	35.5	40	1.12
Wine (Glass)	175	12.5	1.72
Stout (Pint)	568	4.2	1.88
Lager (Pint)	568	4.3	1.93
Cider (Pint)	568	4.5	2.02

รัฐสภาของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ได้ลงมติผ่านกฎหมายสาธารณสุข (the Public Health (Alcohol) Act) เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) ซึ่งในขณะนั้นยังไม่ได้กำหนดวันที่จะเริ่มบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่กฎหมายฉบับนี้ มีมาตรการลดราคาเครื่องดื่มสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมาตรการห้ามการโฆษณาเกิน 3 ฟุต ซึ่ง Eunan McKinney ผู้อำนวยการของ Alcohol Action Ireland กล่าวถึงรายละเอียด

กฎหมายฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะลดการดื่มอย่างเป็นอันตราย และในระดับนานาชาติให้ความสนใจต่อกฎหมายฉบับนี้ของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ และแนวทางในการบังคับใช้ Peter Rice รองประธานเครือข่ายนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของยุโรป (the European Alcohol Policy Alliance) กล่าวหลายประเทศชื่นชมรูปแบบของกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งวางโครงสร้างอย่างดีบนรากฐานเชิงนโยบายซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่มีประสิทธิผลจากองค์การอนามัยโลก

ในขณะที่กฎหมายของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ฉบับนี้ มีความเข้มงวดมากกว่ากฎหมายของสกอตแลนด์ แต่จะต้องดูว่าจะเริ่มบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เมื่อใด ซึ่งรัฐบาลสกอตแลนด์เริ่มบังคับใช้เมื่อปี ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) หลังจากการต่อสู้ทางศาลระดับต่างๆ เป็นเวลาถึง 5 ปี กับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ราคาขั้นต่ำ

Dr. Rice ซึ่งเป็นผู้นำขององค์กร NHS Scotland ในการรณรงค์เพื่อเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ หลังจากการบังคับใช้มาตรการดังกล่าวได้ 2 ปี อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำที่สุดในรอบ 25 ปี และอัตราการเข้ารับการรักษาโรคตับในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดก็ลดลง

ในสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ รัฐบาลได้วางแผนสำหรับโครงการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำพร้อมๆ กับรัฐบาลของ ไอร์แลนด์เหนือ ซึ่ง Robin Swann รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข กำลังพัฒนากลยุทธ์ด้านสารเสพติด ถูกทำให้แผนที่จะเริ่มใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ถูกทำให้ล่าช้าออกไปเพราะการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ทั้งนี้ เมื่อ 7 ปีที่แล้ว รัฐบาลของสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ ได้วางแผนและตกลงร่วมกันในการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำพร้อมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการข้ามพรมแดนไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาถูก หากประเทศใดประเทศหนึ่งบังคับใช้มาตรการดังกล่าวก่อน (O'Halloran M, 2020)

ถึงแม้จะได้รับการต่อต้านและคัดค้านจากกลุ่มผู้ค้าปลีก จากความกังวลว่าหากรัฐบาลของไอร์แลนด์เหนือไม่บังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมๆ กับสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ผู้บริโภคจะข้ามพรมแดนไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกกว่า แต่รัฐบาลของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ มุ่งมั่นที่จะดำเนินการบังคับใช้กฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำ โดยไม่รอที่จะบังคับใช้ให้พร้อมกับ ไอร์แลนด์เหนือ เนื่องจาก Stephen Donnelly รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ เชื่อว่ามาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นมาตรการที่จำเป็นสำหรับสาธารณสุข (Harrison S, 2021)

สถิติจากกรมสรรพากรของสาธารณรัฐไอร์แลนด์ปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) บ่งชี้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 6.6% จากปี ค.ศ. 2019 (พ.ศ. 2562) คือ 10.07 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคน ถึงแม้จะมีการปิดบาร์และร้านอาหารมากมายหลายแห่งในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยของประชากรในสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) เป็นต้นมาคือ 11 ลิตรต่อคน เท่ากับ 116 ขวดของไวน์ หรือ 445 ไพนต์ของเบียร์ต่อคนต่อปี

คณะรัฐมนตรีของรัฐบาลสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ ลงมติเมื่อต้นเดือน พฤษภาคม ปีนี้ (พ.ศ. 2564) ที่จะเริ่มบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 สะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าที่ไม่จำเป็นในการบังคับใช้ ทั้งๆ ที่รัฐสภาของไอร์แลนด์ได้ผ่านกฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) แล้ว ก่อนที่รัฐสภาจะลงมติผ่านกฎหมายฉบับนี้ ประเด็นราคาขายปลีกขั้นต่ำมีการอภิปราย ถกเถียงกันมาในรัฐสภานับ 10 ปี แล้ว การเลื่อนการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ออกไปอีกเป็นสิ่งบ่งชี้ที่ชัดเจนถึงระบบการเมืองและความไม่เต็มใจที่จะยืนหยัดต่อสู้กับกลุ่มนักล็อบบี้ที่มีอิทธิพล

เมื่อมีการเสนอมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ มีการต่อต้านอย่างรุนแรงจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มร้านค้าปลีก โดยอ้างว่าผู้บริโภคจะข้ามพรมแดนไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศเพื่อนบ้าน (ไอร์แลนด์เหนือ) เมื่อกฎหมายนี้ผ่านสภาเมื่อปี ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) รัฐบาลของสาธารณรัฐไอร์แลนด์มีความมุ่งมั่นที่จะบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำพร้อมๆ กับ ไอร์แลนด์เหนือ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไอร์แลนด์เหนือ เลื่อนการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำออกไปอีกอย่างน้อย 1 ปี รัฐบาลของสาธารณรัฐไอร์แลนด์จึงตัดสินใจที่จะบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้โดยไม่รอ ไอร์แลนด์เหนือ อีกต่อไป แต่การเลื่อนการบังคับใช้ไปเป็นวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565

นับเป็นความผิดหวัง เพราะกฎหมายฉบับนี้ผ่านมติของรัฐสภามาแล้ว 3 ปี แต่ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ ทั้งนี้ เพราะการล็อบบี้ของนักกฎหมายจากกลุ่มร้านค้าปลีก และอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลต่อรัฐมนตรีบางคน การเลื่อนการบังคับใช้กฎหมายราคาขายปลีกขึ้นต่ำออกไป เป็นกลยุทธ์รูปแบบหนึ่งของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการต่อต้านมาตรการที่ควบคุม หรือจำกัดการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนึ่งในประเด็นสำคัญของกฎหมาย the Public Health (Alcohol) Bill 2018 คือ การแยกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากผลิตภัณฑ์ค้าปลีกอื่นๆ (The Irish Times, 2021)

Patricia Callan ประธานจากกลุ่มองค์กร Drink Ireland ซึ่งเป็นเครือข่ายของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวว่า เห็นด้วยกับมาตรการราคาขายปลีกขึ้นต่ำ เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย แต่ควรบังคับใช้พร้อมๆ กันทั้งในสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ และ ไอร์แลนด์เหนือ โดยอ้างว่าการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขึ้นต่ำฝ่ายเดียวจะทำให้เกิดการซื้อข้ามพรมแดน และเกิดการขายสุราเถื่อน รวมทั้งการลักลอบผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามพรมแดน รัฐมนตรีหลายคนคงไม่เชื่อคำกล่าวอ้างจากกลุ่มเครือข่ายอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะมีแบบอย่างของสกอตแลนด์ ซึ่งภายในปีแรกของการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขึ้นต่ำ สามารถลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ในระดับที่ต่ำที่สุดในระยะสองทศวรรษ (Harrison S, 2021)

ประเทศเวลส์

เมื่อวันที่ 2 มีนาคม ค.ศ. 2020 มาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นต่ำ เริ่มบังคับใช้ในประเทศ เวลส์ ซึ่งนับเป็นประเทศที่ 2 ของโลกต่อจากสกอตแลนด์ แต่นโยบายนี้เริ่มมาตั้งแต่เมื่อ 9 ปีที่แล้ว เมื่อองค์กร Alcohol Concern พิมพ์เอกสารเรื่อง The Price is Right โดยได้เสนอว่าราคาขึ้นต่ำ 50 เพนซ์ ต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ จะส่งผลอย่างมีนัยยะสำคัญให้มีการลดลงของอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตลอด 11 ปีที่ผ่านมาได้มีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนมาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นต่ำมาโดยตลอด ดังนั้น การบังคับใช้มาตรการดังกล่าวในประเทศ เวลส์ 2 ปีหลังจากที่ประเทศสกอตแลนด์ดำเนินการบังคับใช้ จะส่งผลให้มีการลดการบริโภคและลดอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน เวลส์ เช่นเดียวกัน (Misell A, 2020)

เวลส์ ดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขึ้นต่ำ ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม ค.ศ. 2020 ด้วยราคา 50 เพนซ์ ต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ (8 กรัม) เหมือนที่ สกอตแลนด์ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ 1 พฤษภาคม ปี ค.ศ. 2018 ในสกอตแลนด์ การเพิ่มขึ้นของราคาและการลดลงของการซื้อ หลังจากการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขึ้นต่ำในปี ค.ศ. 2018 ยังมีผลเหมือนเดิมในครึ่งปีแรกของ ปี ค.ศ. 2020 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง สกอตแลนด์ และภาคเหนือของอังกฤษ ใน ปี ค.ศ. 2020 พบว่าการเพิ่มราคา 0.741 เพนซ์ ต่อกรัมของแอลกอฮอล์ คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 ส่งผลให้การซื้อลดลง 7.063 กรัมต่อคน ต่อครัวเรือน ต่อวัน คือลดลงร้อยละ 7.7 ในขณะเดียวกัน ผลของการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขึ้นต่ำในเวลส์ มีผลคล้ายกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง เวลส์ และภาคตะวันตกของ อังกฤษ การเพิ่มราคา 0.847

เพนซ์ ต่อกรัม คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.2 ส่งผลให้ลดการซื้อลง 7.052 กรัมต่อคน ต่อครัวเรือน ต่อวัน คือ ลดลงร้อยละ 8.6 สำหรับสก๊อตแลนด์และเวลส์ การลดการซื้อจำกัดอยู่เฉพาะในครัวเรือนที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำไม่มีความสัมพันธ์กับการซื้อที่เพิ่มขึ้นของครัวเรือนที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อย และโดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับมาตรการเก็บตัวภายในบ้านอันเนื่องมาจากการป้องกันการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ในสหราชอาณาจักรตั้งแต่ 26 มีนาคม ค.ศ. 2020 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนผลกระทบทางบวกของมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ได้รับการเน้นย้ำจากผลที่ได้รับทั้งในสก๊อตแลนด์ และเวลส์ ดังนั้น มาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำควรเป็นนโยบายที่นำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Llopis EJ, Manthey J, Rehm J, 2021) โปรดดูภาคผนวก จ.

บทที่ 6

ปัญหา อุปสรรค ประสิทธิภาพของนโยบาย และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบายมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ

ปัญหาอุปสรรคของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ประเทศอังกฤษ ซึ่งมีประชากรมากที่สุดในเครือสหราชอาณาจักร เหตุใดจึงไม่ผลักดันมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ทั้งๆ ที่ไม่ควรจะเป็นเช่นนี้ ในปี ค.ศ. 2012 เมื่อรัฐบาลเครือสหราชอาณาจักร ให้คำมั่นว่าจะเสนอมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ทั่วทั้งอังกฤษและเวลส์ ให้เร็วที่สุด นั่น รัฐบาลสก็อตแลนด์ผ่านร่างกฎหมายราคาขายปลีกขั้นต่ำในปี ค.ศ. 2012 และสถานการณ์ในสหราชอาณาจักรคงจะเริ่มบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำในเวลาไม่นาน แต่กลับไม่เป็นไปเช่นนั้น เพราะในปี ค.ศ. 2016 มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำถูกละเลยในอังกฤษและเวลส์ โดยห้ามขายในราคาที่ต่ำกว่าราคาภาษีสรรพสามิตและภาษีมูลค่าเพิ่มรวมกัน มาใช้แทนที่มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ซึ่งเป็นราคาที่ต่ำมากและไม่มีประสิทธิภาพใดๆ ที่เท่าเทียมกับมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ

ในขณะเดียวกัน ความท้าทายจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำของรัฐบาลสก็อตแลนด์หยุดชะงักอยู่ในกระบวนการของศาลยุติธรรม จนกระทั่งได้บังคับใช้ในปี ค.ศ. 2018 ใน เวลส์ ยังไม่มีความชัดเจนว่ารัฐสภามีอำนาจในการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำหรือไม่ จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 2017 รัฐมนตรีของ เวลส์ บางคนจึงลงเสนอมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำในรัฐสภา ซึ่งสมาชิกรัฐสภาส่วนใหญ่ลงมติเห็นชอบร่างกฎหมายดังกล่าว และเมื่อไม่มีความท้าทายใดๆ ทางด้านกฎหมาย จึงได้รับการลงพระปรมาภิไธยโปรดเกล้าให้เป็นกฎหมายอย่างสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2018 และกำหนดให้เริ่มบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2020 (Misell A, 2020)

ไม่มีนโยบายใดนโยบายหนึ่งที่สามารถแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทุกปัญหา แต่องค์กร Alcohol Change UK รวมทั้งพันธมิตรอีกกว่า 50 เครือข่ายที่อยู่ในรุ่ม Alcohol Health Alliance เชื่อว่า สก็อตแลนด์และ เวลส์ กำลังเดินไปถูกทางในการแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทบทวนหลักฐานในระดับนานาชาติ โดยมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ในเวลส์ เมื่อปี ค.ศ. 2011 พบว่า ข้อค้นพบที่มีหลักฐานแน่นหนาที่สุดคือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของราคา...เมื่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกลง การบริโภคจะเพิ่มขึ้น และเมื่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แพงขึ้น การบริโภคจะลดลง ผลกระทบจากราคาจะเห็นได้จากประชากรทุกกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ได้จำกัดอยู่ในเฉพาะกลุ่มย่อยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางกลุ่มเท่านั้น ข้อมูลนี้มีหลักฐานสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกด้วย

คำถามคือเหตุใดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจึงไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอังกฤษ? ความแตกต่างอยู่ที่เสียงข้างมากในรัฐสภา สำหรับสก็อตแลนด์ พรรคการเมือง Scottish National Party

มีคะแนนเสียงข้างมากในรัฐสภาเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 2011 และมองว่ามาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นนโยบายที่จะทำให้ สก็อตแลนด์ แตกต่างออกไป ในขณะที่ เวลส์ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมาจากพรรค แรงงาน มีความมุ่งมั่นในการลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกล่าวว่าการปฏิเสหมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำเท่ากับเป็นการยอมรับความพ่ายแพ้ ภายใต้รัฐบาลผสมของอังกฤษ และต่อมาเป็นรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยม ซึ่งไม่มีความเป็นเอกภาพของความมุ่งมั่นทางการเมือง ทำให้นโยบายมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร

สถานการณ์เช่นนี้ จะต้องใช้เวลาในการพิสูจน์ให้เห็นว่า 3 ใน 4 ส่วนของสหราชอาณาจักร ซึ่งดำเนินการแตกต่างกัน ใน 2 แนวทางของมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ จะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร

กลุ่มผู้รณรงค์ในอังกฤษมีความพยายามผลักดันให้นำมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมาใช้ในอังกฤษ โดยเร็ว หลังจากที่ยานวิจัยบ่งชี้ว่ามาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำส่งผลต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครัวเรือนที่ดื่มหนักที่สุดใน สก็อตแลนด์ และเวลส์

ศาสตราจารย์ เซอร์ เอียน กิลมอร์ ประธานของ Alcohol Health Alliance กล่าวว่ารัฐสภาอังกฤษเคยกล่าวว่าจะรอหลักฐานจากผลการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำในสก็อตแลนด์และเวลส์ ซึ่งปัจจุบันมีหลักฐานแล้ว ดังนั้น รัฐบาลอังกฤษควรดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำได้แล้วเพื่อรักษาชีวิต ลดอาชญากรรม และลดความกดดันออกจาก National Health System และการบริการในแผนกฉุกเฉิน (Osborne S, 2021)

Alison Douglas ผู้บริหารสูงสุดของ Alcohol Focus Scotland กล่าวว่า ราคาขายปลีกขั้นต่ำควรเพิ่มเป็น 65 เพนซ์ และเสริมว่างานวิจัยของ Anderson และคณะ จากมหาวิทยาลัย New Castle บ่งชี้ให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าวลดการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด แต่โฆษกของรัฐบาลอังกฤษกล่าวว่า ยังไม่มีแผนใดๆ ที่จะนำมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมาบังคับใช้

รายละเอียดของกลยุทธ์ในการต่อต้านมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่าย จะได้นำเสนอดังต่อไปนี้

อิทธิพลของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากรายงานการสืบสวนของ บริทิช เมดิคัล เจนรัล พบว่าการที่รัฐบาลให้โอกาสในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ทั้งในอังกฤษและเวลส์ แก่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลายเป็นการ “จัดฉาก” ซึ่งนักการเมืองไม่สนใจหลักฐานที่หนักแน่นด้านสุขภาพใดๆ แต่กลับเป็นการปกป้องอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Gornall J, 2014.)

เมื่อเดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 2012 รัฐบาลอังกฤษเผยแพร่เอกสารกลยุทธ์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคำมั่นสัญญาที่จะดำเนินการนโยบายกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ซึ่งต่อกำด้วยคำพูดของนายกรัฐมนตรีอังกฤษที่ทำให้คำมั่นอย่างไม่มีข้อสงสัยใดๆ (โปรดดูภาคผนวก ฉ)

มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำจะ ‘มุ่งเป้าไปยังผลิตภัณฑ์ที่มีราคาถูกที่สุด และช่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรที่ดื่มมากที่สุด’ นายกรัฐมนตรีอังกฤษ เดวิด แคมเมอร์อน ประกาศโดยเขียนไว้ในเอกสารเผยแพร่ ประเด็นเดียวที่เหลือสำหรับการอภิปรายในรัฐสภาคือระดับของราคาขั้นต่ำว่าควรจะเป็นราคาใด ซึ่งหากเป็นราคา 40 เพนนี (0.48 ยูโร หรือ 0.65 ดอลลาร์สหรัฐ) จะส่งผลให้ลดอาชญากรรมลง 50,000 ราย...และลดอัตราการเสียชีวิตจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง 900 รายต่อปี ภายในสิ้นทศวรรษนี้คือปี ค.ศ. 2020 (Alcohol strategy. 2012.)

ข้อเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ไม่ใช่สิ่งที่ทุกกลุ่มจะนิยมชมชอบ นายกรัฐมนตรีอังกฤษ แคมเมอร์อน ยอมรับ แต่ ‘ความรับผิดชอบของการเป็นรัฐบาล ไม่ใช่การทำสิ่งที่เป็นที่นิยมอยู่ตลอดเวลา แต่ทำในสิ่งที่ถูกต้อง’ หนึ่งปีให้หลัง รัฐบาลอังกฤษเปิดเผยว่าได้ตัดสินใจทำในสิ่งที่ผิด ในการกลับหลังหันอย่างผิดปกติ ซึ่งรู้สึกได้ตลอดเวลาหลายเดือนก่อนหน้า และประกาศในสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2014 ในที่สุด ซึ่งเป็นวันสุดท้ายก่อนปิดสภาผู้แทนราษฎรสำหรับฤดูร้อน ข้อเสนอมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ถูกถอนวาระออกจากสภาผู้แทนราษฎร ถึงแม้ สก็อตแลนด์ ได้ผ่านกฎหมายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำที่ราคา 50 เพนนีต่อหน่วย แล้วก็ตาม แต่อังกฤษและเวลส์ จะไม่ดำเนินการมาตรการฯ ดังกล่าว

การกลับหลังหันเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นตำนานที่ต้องระมัดระวังเกี่ยวกับศักยภาพของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการใช้อิทธิพลเหนือนโยบายสาธารณสุข ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ความลังเลใจที่เป็นพื้นฐานของรัฐบาลที่จะขัดขวางอุตสาหกรรมที่ชอบอ้างอยู่เสมอว่าสร้างงานให้นับล้านตำแหน่ง และสร้างรายได้นับพันล้านปอนด์ให้แก่กระทรวงการคลัง (Oxford Economics. 2009; Wine and Spirit Trade Association. 2009.) แต่ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการที่สมาชิกรัฐสภาอนุญาตให้ผู้แทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่ายเข้าพบได้อย่างสม่ำเสมอ และสามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่รัฐระดับสูงในกระทรวงต่างๆ ได้ไม่ยากนัก

ด้วยกฎหมายการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเสรี บริติช เมดิคัล เจอนัล พบหลักฐานว่ามีการพบปะระหว่างผู้แทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเจ้าหน้าที่รัฐในกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย 12 ครั้ง ซึ่งบางครั้งผู้แทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการสนับสนุนให้โต้แย้งในกรณีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ด้วยทางเลือกอื่นๆ ถึงแม้ว่านโยบายมาตรการฯ ดังกล่าวดูเหมือนจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้แล้วก็ตาม

สิ่งนี้เท่ากับเป็นการเปิดประตูให้แก่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตรงข้ามกับการที่ชุมชนด้านสาธารณสุขไม่สามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่ระดับสูงของรัฐ หรือแม้กระทั่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจาก

พรรคอนุรักษ์นิยม Sarah Wollaston แพทย์ผู้ซึ่งรณรงค์สนับสนุนมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมาเป็นเวลานานและหนักแน่นในสภา เมื่อข่าวลือเริ่มแพร่สะพัดว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำถูกถอนวาระ เธอเผชิญหน้ากับนายกรัฐมนตรี เดวิด แคเมอรอน ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2013 เพื่อขอพบเป็นการส่วนตัวจะได้มีโอกาส ‘อธิบายถึงหลักฐานของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ’

‘ทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันพยายามทำ มีอุปสรรคขัดขวางตลอดเวลา’ เธอบอก บริติช เมดิคัล เจนรัล ‘ทุกเส้นทางที่ฉันพยายามไปเพื่อนัดพบก่อนการถอนวาระจะถูกประกาศ ถูกขัดขวางไว้หมด’ การตัดสินใจถอนวาระ นโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ เป็นสิ่งที่น่าขายหน้าอย่างยิ่ง และเธอกล่าวว่า มีหลักฐานแน่นหนาที่บ่งชี้ว่าอิทธิพลของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแวดวงของสื่อสารมวลชน และแวดวงของรัฐบาล มีอำนาจมหาศาล

ไม่สนใจในหลักฐาน

ก่อนจะเริ่มรับตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2010 แอนดรูว์ แลนสลีย์ ไม่ได้เก็บความลับใดๆ ในความเชื่อของเขาว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความน่าไว้วางใจที่สามารถควบคุมตนเองได้ ในปี ค.ศ. 2008 เมื่อเขาได้รับการวางตัวที่จะได้เป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เขาได้จัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุข ซึ่งมีตัวแทนจากทั้งอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และชุมชนด้านสาธารณสุข เพื่อวางกรอบ ‘ความตกลงที่รับผิดชอบ’ ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2009 คณะกรรมการชุดนี้ นำโดยผู้บริหารสูงสุดของบริษัท ยูนิลีเวอร์ จัดพิมพ์เอกสาร ‘เราอยู่ในสถานการณ์นี้ร่วมกัน’ ซึ่งเป็นแถลงการณ์ที่จะพัฒนาสุขภาพของชาติโดย ‘การเป็นพันธมิตรอย่างแท้จริงและมีความรับผิดชอบร่วมกัน’ ระหว่างองค์กรธุรกิจและภาครัฐ

ไม่น่าแปลกใจที่ข้อเสนอแนะจากเอกสารชิ้นนี้ ไม่ได้เสนอให้อุตสาหกรรมรับผิดชอบต่อเรื่องการควบคุม กำกับ ดูแล แต่เมื่อเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการกล่าวถึงสิ่งต่อไปนี้เป็นอย่างมาก ‘แนวทางการดื่มอย่างรับผิดชอบ’ ‘ข้อความต่างๆ ที่สื่อสารการดื่มอย่างรับผิดชอบ’ ‘ความตกลงต่างๆ ทุกมิติโดยอุตสาหกรรม’ ‘กฎต่างๆ โดยความสมัครใจ’ และ ‘ความตกลงต่างๆ จากการปฏิบัติที่เป็นเยี่ยม’ (Public Health Commission. 2009.)

เมื่อรัฐบาลผสมเข้ามาบริหารประเทศ ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2010 แลนสลีย์ได้รับตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข หลักการของการเป็นพันธมิตรกลายมาเป็นนโยบายของรัฐบาลอย่างรวดเร็ว กลยุทธ์ใหม่ด้านสุขภาพของเขา เปิดเผยในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2010 เขาประกาศว่า “แทนที่จะปกครองดูแลประชาชน เราจะค่อยๆ ผลักดันโดยการทำงาน.....ร่วมกับธุรกิจและภาคอาสาสมัครโดยโครงการใหม่ ‘ความตกลงที่รับผิดชอบ’” (HM Government. 2010.)

คณะกรรมการสาธารณสุขของแลนสลีย์ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้มาถึงจุดเปลี่ยนสำคัญคือ เป็นเครื่องมือสำหรับนโยบายสาธารณสุข ด้วยการเปิดโอกาสให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคุมตนเอง แลนสลีย์ กำลังเผชิญกับหลักฐานว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความน่าเชื่อถือ (Boseley S. 2008.) แลนสลีย์ ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์และคำแนะนำจากคณะกรรมการสรรหาด้านสุขภาพของสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งเกรงว่านโยบายของรัฐจะ ‘ถูกครอบงำโดยอิทธิพลของ.....อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์’ ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการสรรหา และจากสถาบันสุขภาพและการรักษาที่เป็นเลิศแห่งชาติ ว่าจำเป็นต้องมีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ถูกเพิกเฉยละเลย (Health of Commons Health Committee. 2009-10; NICE. 2010; Laurance J. 2010)

ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2011 ความหงุดหงิดเพิ่มมากขึ้นเมื่อรายละเอียดของคำมั่นสัญญาจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกเปิดเผย (Department of Health. 2011.) และ 8 กลุ่มสุขภาพรวมทั้ง Alcohol Concern และ สมาคมแพทย์บริติช (British Medical Association) ถอนตัวออกจากคณะกรรมการชุดนี้ “การให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสนอคำมั่นสัญญาที่ไม่จริงจังเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และไม่มีอำนาจควบคุมใดๆ” ดอน เซงเกอร์จาก Alcohol Concern กล่าว “รัฐบาลนี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับสาธารณสุข ความสำคัญอันดับแรกคือต้องเข้าข้างอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และปกป้องผลประโยชน์ขององค์กรธุรกิจ” (Royal College of Physicians. 2011; Trigg N. 2011.) ในเดือนตุลาคม คณะกรรมการสรรหาด้านสุขภาพ ในสภาผู้แทนราษฎร “ไม่เชื่อ” ว่า ‘ความตกลงที่รับผิดชอบ’ จะมีประสิทธิผล “องค์กรธุรกิจจะต้องไม่ได้รับอนุญาตให้เสนอทางออกในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ” (Public Health. 2011.) ต่อมาในเดือนกันยายน ค.ศ. 2012 เพียง 5 เดือนหลังจากที่กลยุทธ์แอลกอฮอล์ได้รับการเผยแพร่ มีข่าวที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น คือ แลนสลีย์ ถูกปลดออกจากตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และไปรับตำแหน่งใหม่ที่ไม่สำคัญนักคือเป็นผู้นำของสภาผู้แทนราษฎร (Chapman J. 2012.) ดูเหมือนเส้นทางของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ นโยบายที่ แลนสลีย์ ไม่สนับสนุน จะปลอดโปร่งแล้ว

ความผิดพลาด

การจัดกระบวนการปรึกษาหารือเกี่ยวกับกลยุทธ์แอลกอฮอล์ของกระทรวงมหาดไทยเกิดขึ้นเมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2012 ในขณะนั้น ยังมีความมั่นใจว่านโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ จะเกิดขึ้นแน่นอน เพียงแต่ราคาขั้นต่ำจะอยู่ที่ราคาใด ซึ่งรัฐบาลอังกฤษโน้มเอียงไปทางราคา 45 เพนนีต่อหน่วย (Home Office. 2012.) ในขณะนั้น กลยุทธ์มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ‘ดูเหมือนจะเป็นชัยชนะสำหรับภาคสุขภาพและสามัญสำนึก’

ศาสตราจารย์ มาร์ค เบลลิส ซึ่งเป็นประธานร่วมของ เครือข่ายความตกลงที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ แอลกอฮอล์ ในฐานะผู้แทนจากคณะสาธารณสุข ‘ประชาชนให้การสนับสนุนนโยบายนี้เป็นอย่างมาก พวกเขาคิดว่า... หลักฐานต่างๆ ที่ถูกนำเสนอมาตลอดระยะเวลาหลายปี ในที่สุดก็มีผลกระทบ’

หลักฐานส่วนใหญ่เกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ มาจาก งานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมแอลกอฮอล์ของมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ซึ่งได้รับมอบหมายโดยรัฐบาลพรรค แรงงานในปี ค.ศ. 2008 เพื่อทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ และสร้างตัวแบบผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นับตั้งแต่ ค.ศ. 2008 เป็นต้นมา มหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ได้แสดงให้เห็นว่าราคาขั้นต่ำที่สูงขึ้น จะทำให้มีผลกระทบทางบวกเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อภาษีและรายได้สำหรับกระทรวงการคลัง หากกำหนดราคาขั้นต่ำที่ 40 เพนนี ต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ ในปีแรกจะลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลง 6,309 ราย ป้องกันการเสียชีวิตได้ 157 ราย และลดรายจ่ายให้แก่สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) เป็นจำนวน 24.6 ล้านปอนด์ ในปีถัดมา จะลดจำนวนการเข้ารับการรักษาพยาบาลลง 40,846 ราย การเสียชีวิตลดลง 1,381 ราย และลดค่าใช้จ่ายลง 115.9 ล้านปอนด์

แต่การเฉลิมฉลองมีระยะเวลาสั้นมาก ชุมชนสาธารณสุขได้คิดโดยไม่นึกถึงเครือข่ายและอิทธิพลของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมุ่งมั่นในการปกป้องกำไรและพร้อมที่จะใช้อิทธิพลในทุกระดับที่มีอยู่ จากการให้สัมภาษณ์ บริษัท เมดิคอล เจเนรัล ไนเจล แฟร์แบรส หัวหน้าฝ่ายสื่อสารองค์กร (Global Communications) ของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติ SABMiller แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่นักรณรงค์ด้านสุขภาพคิดว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน แต่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองว่าเป็นสิ่งที่ยังไม่แน่นอน (โปรดดูภาคผนวก ฉ)

คำถามซึ่งถูกถามโดยสื่อมวลชนและในสภาผู้แทนราษฎร ในขณะนั้น ไม่ใช่แต่เพียงว่าราคาขายปลีกขั้นต่ำจะเป็นราคาใด แต่มีคำถามเกี่ยวกับหลักการของมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำด้วย แฟร์แบรส กล่าวว่า “รัฐบาลอาจจะบอกว่าเป็นประเด็นเกี่ยวกับราคาขายปลีกขั้นต่ำจะเป็นราคาใด แต่หลายๆ คนที่พูดคุยกับผม ทั้งในและนอกสภา สอบถามและโต้แย้งถึงหลักการของมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ”

การโจมตีระลอกแรกอย่างเปิดเผย ของการวางแผนเป็นขั้นตอนในการ ล้อบบี้ เชิงรุก ด้วย เป้าประสงค์ของการกำจัดมาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ คือรายงานที่เผยแพร่โดยสถาบัน อดัม สมิท เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2 วันก่อนที่จะเปิดให้มีการปรึกษาหารือระหว่างรัฐและอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสถาบันแห่งนี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคือ การเป็นศัตรูกับ “รัฐบาลขนาดใหญ่...ที่จะควบคุมอุตสาหกรรมต่างๆ และแทรกแซงทางเลือกของลิลาชีวิต” และสถาบัน

แห่งยังมีประวัติอันยาวนานในการต่อต้านการควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ (Doward J. 2013; Snowdon C. 2012.)

สำหรับสถาบันนี้ การต่อต้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ เป็นสิ่งที่เหมาะที่สุด และรายงานจากสถาบันเรื่อง *หลักฐานที่เล็กน้อยสำหรับมาตรการขั้นต่ำ* ประกาศว่าการคาดประมาณการณ์จากการอ้างอิงตัวแบบนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ เซฟฟิลด์ เป็น “การคาดเดาทั้งหมด และไม่สมควรที่จะได้รับการยอมรับสถานะที่ขึ้นขมในการอภิปรายเชิงนโยบาย” (Duffy JC, Snowdon C. 2012.)

สองเดือนหลังจากนั้น องค์กรสถาบันคลังสมองขวาจัด (right wing think tank) คือ ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ โจมตีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำว่า ‘เป็นนโยบายที่แย่ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขผลเสียที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดๆ และทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้นทางค่าใช้จ่ายกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่ดื่มปานกลาง’ ครั้งนี้มีความชัดเจนว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องโดยตรง เพราะบริษัท SABMiller เป็นผู้มอบหมายให้เขียนรายงานฉบับนี้ (Centre for Economics and Business Research. 2012.)

ปลายเดือนมกราคม ไม่กี่วันก่อนยุติการปรึกษาหารือ สมาคมการค้าไวน์และสุราคลื่น เริ่มการรณรงค์ ‘เหตุใดผู้ที่ดื่มอย่างรับผิดชอบจึงต้องจ่ายเงินเพิ่ม?’ ซึ่งอ้างว่าจะแสดงให้เห็นว่า ‘สาธารณชนส่วนใหญ่ต่อต้านรัฐบาลที่มีแผนขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์’ (Wine and Spirit Trade Association. 2013.) ทั้งนี้ มีรายงานวิจัยสนับสนุนจาก ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ โดยได้รับการมอบหมายจากบริษัท SABMiller ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้พยายามสร้างความสงสัยต่อ ‘ความสามารถของตัวแบบจากมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ ที่จะคาดการณ์ได้อย่างเหมาะสมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง อันตรายที่มีสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์’ (Hogan O, Corfe S, Channa C. 2012.)

จอห์น โฮลมส์ นักวิจัยด้านสาธารณสุขจากมหาวิทยาลัย เซฟฟิลด์ กลุ่มวิจัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวว่า เขาไม่มีปัญหาในการที่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มเครือข่ายที่สนับสนุนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องการเข้าร่วมในการอภิปราย แต่ประเด็นสำคัญอยู่ที่ วิธีการเกี่ยวกับการโต้แย้ง ถึงแม้จะอ้างหลักการทางวิทยาศาสตร์ แต่ไม่ได้ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เช่น มีกระบวนการของผู้วิพากษ์ (peer review) การอภิปรายอย่างสร้างสรรค์ ความสมดุลในการโต้แย้ง กระบวนการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ (critical appraisal) ของหลักฐาน เป็นต้น โฮลมส์ เชื่อว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้สนใจในการอภิปรายอย่างแท้จริง แต่ต้องการสร้างความสงสัยเกี่ยวกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

หน่วยงานอีกแห่งหนึ่งซึ่งปกป้องอุตสาหกรรมสุราและยาสูบเสมอมาคือ สถาบันด้านเศรษฐศาสตร์ (Institute of Economic Affairs) ซึ่งเคยกล่าวหาองค์กรสาธารณสุข Alcohol Concern ว่าใช้ ‘การ

สำรวจที่หลบเลี่ยง วิทยาศาสตร์ขยะ และการปล่อยข่าวที่สร้างความเข้าใจผิด’ (Snowdon C. 2013.) Ruth Porter ผู้อำนวยการฝ่ายสื่อสารองค์กรของ Institute of Economic Affairs ปฏิเสธว่าสถาบันฯ ไม่รับจ้างทำวิจัยให้องค์กรใดๆ แต่ปฏิเสธที่จะตอบคำถามว่าอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริจาคเงินให้สถาบันฯ เท่าใด ในจำนวน 830,000 ปอนด์ ที่มีผู้บริจาคให้สถาบันฯ ในปี ค.ศ. 2012 แต่มีหลักฐานว่าในเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2012 บริษัท SABMiller เป็นผู้อุปถัมภ์รายการประชุมสำหรับพรรคอนุรักษนิยม ซึ่งสถาบันฯ เป็นผู้จัดการประชุม

SABMiller แถลงว่าบริษัทไม่เคยให้งบประมาณสนับสนุนโดยตรงแก่ Institute of Economic Affairs หรือ Adam Smith Institute แต่มีความสัมพันธ์กับองค์กร Demos ซึ่งเป็นสถาบันคลังสมองเป็นเวลา 2 ปี และสถาบัน Demos เผยแพร่รายงาน 2 ชิ้นเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ รายงานทั้งสองชิ้น (ชิ้นแรกเผยแพร่ในปี ค.ศ. 2011 และชิ้นที่ 2 เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2012) โต้แย้งว่า อิทธิพลของผู้ปกครองเป็นสาเหตุสำคัญของการดื่มอย่างเป็นอันตราย และในช่วงระยะเวลาที่สำคัญในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับราคาขายปลีกขั้นต่ำ เปิดโอกาสให้ SABMiller มีวาระเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (Corporate Social Responsibility) ที่นำเสนอในสภาผู้แทนราษฎร

John Holmes กล่าวว่า สถาบันเช่น Adam Smith Institute มี ‘โทรโข่งสำหรับสาธารณะ’ ซึ่งได้เปรียบกว่าเครือข่ายนักวิจัย

วางแผนระยะยาว

Jim McCambridge และทีมจาก London School of Hygiene and Tropical Medicine สัมภาษณ์สมาชิกอาวุโสของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับงานวิจัยที่ศึกษาอิทธิพลต่อนโยบายด้านสุขภาพ และแปลกใจมากที่ได้รับคำตอบอย่างตรงไปตรงมาว่า “การล๊อบบี้โดยปกติคือการสร้างสายสัมพันธ์ระยะยาวกับผู้กำหนดนโยบายคนสำคัญ ดังนั้น อิทธิพลจะถูกใช้ในแบบที่แนบเนียน” (Hawkins B, Holden C, 2012.)

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่จำเป็นต้องทำงานหนักเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ดังกล่าว เพราะมีกิจกรรมโดยอุตสาหกรรมเบียร์ ไวน์ สุรากลั่น และน้ำผลไม้หมัก (cider) สำหรับสมาชิกรัฐสภาและพรรคการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในเขตพื้นที่ที่มีโรงงานผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก จะทำหน้าที่ ล๊อบบี้ แทนอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยอัตโนมัติ กลุ่มเบียร์ ซึ่งมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 300 คน - เกือบครึ่งหนึ่งของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั้งหมด - และ วุฒิสมาชิกประมาณ 100 คน เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดสำหรับ 472 กลุ่ม ซึ่งอุตสาหกรรมอื่นๆ มักจะอิจฉาความสัมพันธ์ที่สมาชิกรัฐสภามีให้แก่อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวอย่างเช่น วันที่ 14 กรกฎาคม ค.ศ. 2013 ซึ่งเป็น 3 วันก่อนที่จะมีการประกาศว่ามาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำจะไม่ผ่านมติของรัฐสภา ประธานสภา George Osborne อยู่ในกลุ่ม 100 สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสมาชิก ที่สังสรรค์กับผู้แทนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในงานเลี้ยงอาหารค่ำของกลุ่มเบียร์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ค.ศ. 2012 ถึง ตุลาคม ค.ศ. 2013 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลง คือกลับหลังหันและไม่สนับสนุนมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำในรัฐสภา กลุ่มเบียร์ได้รับค่าลงทะเบียนจากบริษัทต่างๆ เพื่อเป็นสมาชิกกลุ่ม ด้วยจำนวนเงินทั้งหมด 40,209 ปอนด์ โดยมาจากบริษัทต่อไปนี้ รายละ 5,375 ปอนด์ คือ Heineken, Green King, Diageo, Molson Coors, Punch Taverns และ AB InBev และจำนวน 2,584 ปอนด์ จากบริษัท ผับและบาร์ Mitchells & Butlers

กลุ่มที่จัดกิจกรรมระหว่างสมาชิกรัฐสภาและผู้แทนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เอื้อให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสพบปะกับสมาชิกรัฐสภา ซึ่งกลุ่มสาธารณสุข หรือกลุ่มสุขภาพอื่นๆ ไม่มีโอกาสเช่นนี้ John Holmes จากมหาวิทยาลัย Sheffield กล่าว

อิทธิพลของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมหาศาล จากการให้สัมภาษณ์กับ British Medical Journal ของ David Wilson รองประธานฝ่ายสื่อสารมวลชน ต่อคำถามว่า มีการพบปะระหว่างผู้แทนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้บริหารในรัฐบาลหรือข้าราชการระดับสูง ประมาณกี่ครั้งตลอดปีที่ผ่านมา คำตอบคือ การพบปะมีทุกวัน และประชุมกับรัฐมนตรีต่างๆ ค่อนข้างบ่อย รวมทั้งที่ปรึกษาฝ่ายต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งรวมถึงกระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสิ่งแวดล้อม กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (โปรดดูภาคผนวก ฉ)

ที่น่าแปลกใจมากกว่านั้น คือเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2013 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการปรึกษาหารือเกี่ยวกับมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ Anna Soubry รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบกับ 7 ผู้แทนจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ดังรายนามต่อไปนี้ Heineken, the Wine and Spirit Trade Association, Scotch Whisky Association, National Association of Cider Makers, and the British Beer and Pub Association

ประเทศไทยจะสามารถถอดบทเรียนต่างๆ จากกรณีศึกษาเหล่านี้ เพื่อดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ให้เกิดขึ้นในประเทศไทยได้หรือไม่ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คุ้มทุนของมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ

จากการทบทวนกรณีศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับ

ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมเครื่องดื่มอย่างเป็นอันตราย ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังของการทำแบบจำลองโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัย Sheffield

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศต่างๆ เกี่ยวกับความคุ้มค่า คุ้มทุนของมาตรการนี้ พบว่ามีความคุ้มค่า คุ้มทุน เพราะไม่มีต้นทุนสำหรับภาครัฐในการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว ทั้งนี้ผลที่ได้รับจากการบังคับใช้มาตรการดังกล่าว ได้รับผลตามที่คาดหวังในการลดการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมเครื่องดื่มอย่างอันตราย

สำหรับผลในระยะยาว ต้องรอดูผลจากประเทศสกอตแลนด์ในอีก 2 ปีข้างหน้า เมื่อรัฐสภาสกอตแลนด์ จะพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะดำเนินการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปหรือไม่

ประสิทธิผลของนโยบาย และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบายมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำมาพิจารณาสำหรับประเทศไทย

มาตรการทางด้านราคามีความหลากหลาย องค์การอนามัยโลกได้เสนอมาตรการด้านราคาไว้ โดยนำภาษีสุราและระบบบังคับใช้กฎหมายมาเป็นเครื่องมือโดยให้สอดคล้องกับปริมาณแอลกอฮอล์สุทธิในเครื่องดื่มแต่ละชนิด การทบทวนการปรับราคาอย่างสม่ำเสมอเป็นมาตรการที่สำคัญ ยิ่งกว่านั้น ประเทศไทยควรมีมาตรการห้าม หรือจำกัดวิธีการส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อม การลดราคา การปรับลดราคาต่ำกว่าต้นทุน หรือการกำหนดราคาเดียวต่อการดื่มแบบไม่จำกัด หรือการขายเหมาอิงปริมาณแบบอื่นๆ และหากทำได้ ควรกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากแผนปฏิบัติการในยุโรปเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย (harmful use of alcohol) ปี 2012-2020 ได้เสนอทางเลือกเชิงนโยบาย ได้แก่ การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนะนำภาษีตามสัดส่วนที่สูงขึ้นตามความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หรือการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการด้านราคาเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันปัญหาสุรา ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ให้นโยบายนี้ได้ผลคือ การที่รัฐเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียวในประเทศ รูปแบบนี้ได้ถูกทำลายลงในหลายมณฑลและประเทศ เช่น มณฑลอัลเบอร์ตา ของแคนาดา เนื่องจากการกระทำดังกล่าวขัดข้องกลางทางการค้าระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นในระยะหลัง ในสถานการณ์ที่รัฐไม่ได้เป็นผู้ควบคุมการค้าปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เพียงผู้เดียว การจัดการด้านอัตราภาษีเป็นเครื่องมือพื้นฐานด้านนโยบายที่สามารถทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตาม การขึ้นภาษีในสถานการณ์ปัจจุบันอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ผลิตและจำหน่ายอาจใช้ช่องทางอื่นในการลดผลกระทบที่เกิดจากการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ผู้ผลิตรายหนึ่งอาจผลิตเครื่องดื่มหลายระดับราคา และเมื่อมีการขึ้นภาษี

ผู้ผลิตก็อาจปรับราคาเครื่องตี้มของตนเองให้เครื่องตี้มที่มีราคาต่ำถูกปรับราคาขึ้นน้อยมาก แต่ปล่อยให้มีการปรับราคาเครื่องตี้มที่มีราคาสูงตามปกติ (ซึ่งจะนำไปสู่การตี้มแอลกอฮอล์โดยรวมเพิ่มมากขึ้น)

ผลกระทบของนโยบายภาษีและราคาแสดงให้เห็นได้จากงานวิจัย ที่บ่งชี้ว่าการเพิ่มภาษีเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทำให้การเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลดลง หากน่านโยบายการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ถูกนำไปใช้ร่วมกับการจัดเก็บภาษี จะมีศักยภาพในการสร้างรายได้ของรัฐบาล ในการเปลี่ยนฐานภาษีที่มีอยู่จากการขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เมื่อมีการผูกขาดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ของรัฐบาล การเพิ่มขึ้นของราคาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ จากการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำจะนำไปสู่การเพิ่มรายได้ นี่เป็นกรณีศึกษาในแคนาดาซึ่งจังหวัดที่มีการผูกขาดของรัฐบาลเกี่ยวกับการค้าปลีกเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และรายรับจากจังหวัดเป็นผลตามมาที่เพิ่มขึ้นจากการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ แทนการกำหนดราคาของผู้ผลิตหรือผู้ค้าเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับประเทศสวีเดนซึ่งมีระบบรัฐผูกขาดเพียงหนึ่งเดียวที่สามารถผลิตและจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ประเทศสวีเดนไม่อนุญาตให้บริษัทเอกชนดำเนินการในเรื่องนี้ ดังนั้น ภาครัฐของไทยจึงไม่สามารถควบคุมการผลิตการจำหน่าย และการกำหนดราคาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่ออุตสาหกรรมสุราใช้วิธีการบริหารจัดการทางธุรกิจเพื่อหวังผลกำไรสูงสุด กลุ่มอุตสาหกรรมนี้ย่อมหวังผลกำไรสูงสุดจากการดำเนินการ ซึ่งมักนำไปสู่การตี้มสุราเพิ่มมากขึ้นในภาพรวม

ข้อจำกัดของมาตรการการใช้ภาษีและกำหนดราคาขั้นต่ำในประเทศไทยก็คือ ในสถานการณ์ที่ภาครัฐของไทยยังคงต้องปล่อยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ แม้ว่าภาษีจะเพิ่มขึ้นจะเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ราคาขายปลีกของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นได้ แต่ธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ปรับปรุงกลไกการตลาดของตัวเองเพื่อลดผลกระทบจากการขึ้นภาษีเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน โดยใช้วิธีการที่สำคัญคือ การเพิ่มยี่ห้อของเครื่องตี้มในกลุ่มเดียวกัน (เช่น เบียร์) ที่มีราคาต่ำเข้ามาเป็นทางเลือกเพิ่มเติมสำหรับผู้มีรายได้น้อย จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด วิธีการทางภาษีที่น่าจะลดการตี้มสุราในภาพรวมของประเทศได้มากที่สุดคือ การขึ้นภาษีเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูกในอัตราส่วนที่มากกว่าเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่มีราคาแพง รวมไปถึงการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท เพื่อไม่ให้ผู้ผลิตตั้งราคาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ต่ำเกินไป

งานวิจัยจากประเทศสก๊อตแลนด์ และเวลส์ บ่งชี้ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ลดการซื้อเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ที่มีพฤติกรรมการตี้มอย่างอันตรายลงได้ นอกจากนี้ ยังมีผลลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนที่มีสาเหตุจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อีกทั้งลดอัตราการก่ออาชญากรรมที่มีสาเหตุจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยจากแคนาดาของ Stockwell และคณะ

ดังนั้น หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยในหลายประเทศบ่งชี้ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ที่มีพฤติกรรมการตี้มอย่างเป็นอันตราย และลดค่าใช้จ่ายทางสังคมที่เกิดจากอุบัติเหตุ และ

อาชญากรรม จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยจำเป็นต้องมีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ

อิทธิพลของอุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์

ถึงแม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิผล แต่การต่อต้านจากอุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และเครือข่าย ทำให้อังกฤษยังไม่สามารถผ่านร่างกฎหมายกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำได้ ทั้งๆ ที่ สก๊อตแลนด์ เวลส์ และสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ ต่างเริ่มดำเนินการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำแล้ว

กรณีศึกษาของสก๊อตแลนด์ บ่งชี้ว่ากลยุทธ์ของอุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และเครือข่าย คือการถ่วงเวลาด้วยการโต้แย้งทางกฎหมาย และเบี่ยงเบนประเด็นไปตลอดเวลาเพื่อสร้างความสับสนให้แก่สาธารณะ ทั้งๆ ที่อุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และเครือข่าย ไม่มีหลักฐานการวิจัยใดๆ มาสนับสนุนข้อโต้แย้งของตน

ประเทศไทยสามารถถอดบทเรียนจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และเครือข่าย ที่ถ่วงเวลาการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำในสก๊อตแลนด์ ถึง 6 ปี แต่ด้วยความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) ประเทศสก๊อตแลนด์จึงเป็นประเทศแรกของโลกที่บังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ และเป็นแบบอย่างให้ เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และสาธารณรัฐ ไอร์แลนด์ ดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ตามมา

โดยสรุป หลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัย อุตสาหกรรมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตีมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำมีประสิทธิผลอย่างแน่นอน ดังนั้น สิ่งที่สำคัญสำหรับประเทศไทยคือต้องมีความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) ในการผลักดันมาตรการนี้ให้เกิดขึ้นในประเทศไทยโดยเร็ว เพื่อประโยชน์ของสาธารณสุขและสังคมไทย

ผู้วิจัยขอสรุปประเด็นมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำไว้ในตาราง ดังนี้

คำจำกัดความของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตีมแอลกอฮอล์	การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำคือการควบคุมโดยตรงราคาที่กำหนดโดยรัฐบาลมุ่งเป้าไปที่การป้องกันไม่ให้ขายเครื่องตีมแอลกอฮอล์ต่ำกว่าราคาที่กำหนดแน่นอน โดยการกำหนดราคาขั้นต่ำต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
ความสำคัญของการมีมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตีมแอลกอฮอล์	เป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นในการลดการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์สำหรับกลุ่มที่ดื่มแบบอันตรายและกลุ่มผู้ดื่มหนัก เพื่อลดอัตราของอันตรายจากการดื่มเครื่องตีมแอลกอฮอล์

<p>ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่าคุ้มทุนของมาตรการนี้</p>	<p>มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคของกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตรายและผู้ดื่มหนัก ผลการวิจัยเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ในสก๊อตแลนด์ และเวลส์ บ่งชี้ว่ามาตรการฯ นี้สามารถลดการบริโภคของกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำและมีพฤติกรรมการดื่มอย่างอันตราย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>ข้อดีและข้อเสียของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>	<p>ข้อดีคือ เสริมมาตรการการเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดการบริโภคของกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำและดื่มแบบอันตราย</p> <p>ข้อเสีย - ไม่มีปรากฏจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ</p>
<p>พัฒนาการของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>	<p>ในสถานการณ์ที่รัฐไม่ได้เป็นผู้ควบคุมการค้าปลีกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เพียงผู้เดียว การจัดการด้านอัตราภาษีเป็นเครื่องมือพื้นฐานด้านนโยบายที่สามารถทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงไป หากน่านโยบายการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ ไปใช้ร่วมกับการจัดเก็บภาษี จะมีศักยภาพในการสร้างรายได้ของรัฐบาล และลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำและมีการดื่มแบบอันตราย</p>
<p>ส่วนขาดของนโยบาย</p>	<p>การกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยของแอลกอฮอล์ (เช่น 45 เพนนีต่อหน่วยแอลกอฮอล์ ในสก๊อตแลนด์)</p> <p>การเพิ่มราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ จะนำไปสู่การเพิ่มรายได้ให้รัฐ และลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย</p>
<p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับประเทศไทย</p>	<p>ในสถานการณ์ที่ภาครัฐของไทยปล่อยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขึ้นภาษีอย่างเดียวไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร เพราะธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับปรุงกลไกการตลาดของตัวเองเพื่อลดผลกระทบจากการขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน จึงต้องนำมาตรการการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมาใช้ร่วมกับมาตรการการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะ</p>

บทที่ 7

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

บทสรุป

ในขณะที่กรณีศึกษาเป็นการพิจารณาสำหรับบริบทในประเทศสก็อตแลนด์ แต่หลักการต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั่วทั้งสหภาพยุโรปและพื้นที่เศรษฐกิจยุโรป (European Economic Area) ซึ่งหลักการเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการตีความโดยองค์การการค้าโลก สำหรับข้อบทยุทธศาสตร์ที่ใกล้เคียงกับข้อบทยุทธศาสตร์ 20 ของความตกลงทั่วไปด้านการค้าและภาษี (General Agreement on Trade and Tariffs – GATT) และเป็นความสำคัญต่อสาธารณสุขในระดับนานาชาติ

มติต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขจะได้รับประโยชน์จากมาตรการทางกฎหมาย และความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) เป็นสิ่งจำเป็นเสมอในการที่จะเสนอมติต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขดังกล่าว อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากตัวแปรเกี่ยวกับการเมืองแล้ว อุปสรรคทางข้อกฎหมายจำเป็นต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมในหลายประเทศ พบว่า

1. เมื่อทบทวนกรณีศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมการดื่มอย่างเป็นอันตราย ซึ่งมาตรการนี้ ได้รับผลตามที่คาดหวัง

วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้มีเป้าหมายอยู่ที่ผู้ดื่มอายุน้อยและผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาถูก และผู้ที่ชอบซื้อของถูก John Holmes และคณะ ซึ่งใช้แบบจำลองของเซฟฟิลด์ (Sheffield Alcohol Policy Model : SAPM) เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายราคาต่อหน่วยต่ำสุด โดยประเมินผลกระทบของนโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักดื่มที่ดื่มระดับปานกลาง กลุ่มนักดื่มระดับที่เป็นอันตราย และกลุ่มนักดื่มหนัก

ผลการศึกษาพบว่า ในแบบจำลองนักดื่มระดับปานกลางได้รับผลกระทบน้อยที่สุด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากที่สุดเกิดขึ้นในกลุ่มนักดื่มหนักจนเป็นอันตราย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด ผลประโยชน์ต่อสุขภาพที่ประเมินได้จากมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มที่อยู่ในกลุ่มสังคมและเศรษฐกิจต่ำสุด จะลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 81.8% และในแง่ของคุณภาพชีวิตที่ปรับ (quality-adjusted life-years) 87.1%

นักดื่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อย ผลกระทบที่มากที่สุดตรงนี้คือ นักดื่มที่ดื่มหนัก (harmful drinker) เพราะนักดื่มหนักมีรายได้น้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ นักดื่มกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากนโยบายนี้ การลดการดื่มส่วนใหญ่ของกลุ่มนี้จะได้รับผลดีต่อสุขภาพอย่างมาก ในแง่ของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่ลดลงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลังจากที่รัฐบาลสกอตแลนด์ได้บังคับใช้กฎหมายกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ 50 เพนนี ต่อหน่วย แอลกอฮอล์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) มีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่ากฎหมายดังกล่าวมีประสิทธิผล โดยยอดขายรายสัปดาห์ลดลงโดยปริมาณ 9.5 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อผู้ดื่มต่อครอบครัว

รายงานจาก Public Health Scotland ในปี ค.ศ. 2020 ว่าปริมาณการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ราคาถูกลง 4-5% ในปีแรกที่บังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ และมีรายงานจาก British Medical Journal ว่า เมื่อเปรียบเทียบการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อน-หลัง การบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ พบว่าลดการซื้อรายสัปดาห์ลงครึ่งโพนต์ต่อคน

งานวิจัยที่บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะโน้มน้าวให้สหราชอาณาจักร (เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และอังกฤษ) ดำเนินการใช้มาตรการดังกล่าว ตามอย่างสกอตแลนด์ หลักฐานที่เพิ่มพูนมากขึ้นบ่งชี้ว่ามาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมีประสิทธิผล โดยเฉพาะเมื่อบูรณาการกับการเพิ่มภาษี

โดยสรุปคือ ผลที่ได้รับจากการรวบรวมข้อมูลหลังจากที่รัฐบาลสกอตแลนด์ดำเนินการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ผลตามที่คาดหวังจากการทำแบบจำลองของทีมีวิจัยจากมหาวิทยาลัย Sheffield

หลังจากที่ เวลส์ ดำเนินการบังคับใช้มาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม ค.ศ. 2020 พบว่า ทั้งสกอตแลนด์และเวลส์ การลดการซื้อจำกัดอยู่เฉพาะในครัวเรือนที่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนผลกระทบทางบวกของมาตรการราคาขายปลีกขั้นต่ำ ได้รับการเน้นย้ำจากผลที่ได้รับทั้งในสกอตแลนด์ และเวลส์ ดังนั้น มาตรการราคาขายปลีกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำควรเป็นนโยบายที่นำไปใช้อย่างแพร่หลาย เพราะมีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมดื่มอย่างเป็นอันตราย ซึ่งมาตรการนี้ได้รับผลตามที่คาดหวังของการทำแบบจำลองโดยทีมีวิจัยของมหาวิทยาลัย Sheffield

2. เมื่อทบทวนประสิทธิผลของนโยบายนี้ในต่างประเทศ และความเป็นไปได้ของการผลักดันนโยบาย กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ในประเทศไทย พบว่ามีความเป็นไปได้มาก หากผู้ที่เกี่ยวข้องในการผลักดันและขับเคลื่อนมาตรการนี้มีความมุ่งมั่นทางการเมืองสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าได้ผลตามที่แบบจำลองของทีมีวิจัยจากมหาวิทยาลัย Sheffield คาดหวัง ดังนั้นอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่าย ไม่สามารถโต้แย้งผลที่เกิดขึ้นได้จากการบังคับใช้มาตรการดังกล่าวในประเทศสกอตแลนด์ และเวลส์ ซึ่งหากประเทศไทยมีความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) มีความเป็นไปได้สูงที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายนี้ในประเทศไทย ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์จากอังกฤษพบว่า ความล้มเหลวที่รัฐบาลอังกฤษไม่สามารถผลักดันมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำให้เกิดขึ้นได้ ในขณะที่ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์ ทะยอยบังคับใช้มาตรการดังกล่าวตาม

กันมา เพราะอุตสาหกรรมเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์และเครือข่ายดำเนินการ ล้อบบี้ สมาชิกรัฐสภาอังกฤษ อย่างเข้มข้น

3. เมื่อทบทวนประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า คุ้มทุนของมาตรการนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศต่างๆ พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ ไม่มีต้นทุนสำหรับภาครัฐในการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว ทั้งนี้ ผลจากการบังคับใช้มาตรการดังกล่าวใน สก็อตแลนด์ และเวลส์ ต่างได้ผลตามที่คาดหวังในการลดการซื้อเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์โดยกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมการดื่มอย่างอันตราย

สำหรับผลในระยะยาว เช่น การลดลงของอาชญากรรม การลดลงของอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ การลดลงของความรุนแรงในครอบครัวจากการดื่มเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ การลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการดื่มเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ ต้องรอดูผลจากสก็อตแลนด์ในอีก 2 ปีข้างหน้า เมื่อ NHS Scotland ต้องทำรายงานฉบับสมบูรณ์และนำเสนอต่อรัฐสภาสก็อตแลนด์ เพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะดำเนินการบังคับใช้มาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ต่อไปหรือไม่

4. จากการทบทวนเอกสารและกรณีศึกษาในต่างประเทศ ไม่พบข้อเสียใดๆ ของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ ไม่มีต้นทุนใดๆ ในการกำหนดนโยบายระดับชาติสำหรับมาตรการนี้ ที่เป็นค่าใช้จ่ายโดยรัฐบาล หรือหน่วยงานของรัฐบาล แต่สังคมจะได้รับประโยชน์มหาศาล

5. จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลการวิจัยมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภค อุตสาหกรรมเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์และเครือข่ายไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ เกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการกำหนดราคาขายปลีกเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ ดังนั้น ความเป็นไปได้สำหรับมาตรการนี้ในประเทศไทยคือ ภาคสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องต้องมีความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) ในการผลักดันมาตรการนี้ให้เกิดขึ้นในประเทศไทยโดยเร็ว เพื่อประโยชน์ของสาธารณสุขและสังคมไทย

ข้อเสนอแนะ

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันให้เพิ่มมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ ในการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำ มีประสิทธิผลในการลดการบริโภคเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและมีพฤติกรรมการดื่มอย่างเป็นประจำ

ในสถานการณ์ที่ภาครัฐของไทยปล่อยให้เอกชนเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ การขึ้นภาษีอย่างเดียวไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร เพราะธุรกิจเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์สามารถปรับปรุงกลไกการตลาดของตัวเองเพื่อลดผลการกระทบจากการขึ้นภาษีเครื่องตัดผมแอลกอฮอล์ด้วยเช่นกัน ดังนั้น จึงมี

ความจำเป็นต้องนำมาตรากำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำมาใช้ร่วมกับมาตรการการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 กำลังจะต้องมีการแก้ไขหลังจากมีการบังคับใช้มากกว่า 10 ปีแล้ว ดังนั้น ศวส. ควรจะใช้โอกาสนี้ในการเพิ่มมาตรการกำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน (ร่าง) พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ซึ่ง ศวส. มีข้อมูลที่จะสนับสนุน สำนักควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการเสนอ (ร่าง) พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.

จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัย อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่ายมีความพยายามเป็นอย่างมากที่เข้าถึงผู้กำหนดนโยบาย ทั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา รวมถึงคณะรัฐมนตรี เพื่อที่จะ ล็อบบี้ แต่ภาคสุขภาพและเครือข่ายยังไม่ได้ใช้ความพยายามเท่ากับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครือข่าย ในการเข้าถึงผู้กำหนดนโยบาย ดังนั้น ภาคสุขภาพและเครือข่ายต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการ ล็อบบี้ ผู้กำหนดนโยบาย และหากเป็นไปได้ ตัวแทนภาคสุขภาพและเครือข่าย ควรจะพยายามเข้าไปเป็นที่ปรึกษาของกรมการสาธารณสุขต่างๆ ของสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา เช่น กรมการสาธารณสุขและทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อจะได้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการแก่ผู้กำหนดนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

- Aden M, 2009. Medvedev in battle against Russian 'national disaster': alcoholism. [gfb/AFP/Reuters](https://www.dw.com/en/medvedev-in-battle-against-russian-national-disaster-alcoholism/a-4920893). November 24, 2009. Available at: <https://www.dw.com/en/medvedev-in-battle-against-russian-national-disaster-alcoholism/a-4920893>
- Alcohol in the European Union. 2012. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle- income countries. Geneva, World Economic Forum, 2011.
- Alcohol strategy. 2012. HM Government. Available at: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224075/alcohol-strategy.pdf
- Alderson R, 2013. Study claims minimum pricing cuts alcohol-related deaths. BBC News 7 February 2013. Available at: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-21358995>

- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. 2009. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 373 (9682): 2234-2246.
- Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Llopis EJ, Manthey J, Rehm J, 2021. Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. *Lancet Public Health* 6: e557-65.
- Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, & Brennan P, 2016. *Model-based appraisal of the Comparative impact of Minimum Unit Pricing and taxation policies in Scotland An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3*. SCHARR, University of Sheffield. Available at: http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.565373!/file/Scotland_report_2016.pdf
- Ayyagari P, Deb P, Fletcher J, Gallo W, Sindelar JL. 2013. Understanding heterogeneity in price elasticities in the demand for alcohol for older individuals. *Health Econ.* 22 (1): 89–105.
- Babor TF, Robaina K, et al. 2018. Is the alcohol industry doing well by 'doing'? Findings from a content analysis of the alcohol industry's actions to reduce harmful drinking. *BMJ Open*, 8: e024325. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-024325
- Barnes D, et al. 1995. Environmental Tobacco Smoke: The Brown and Williamson Documents, *Journal of the American Medical Association* 273 (3): 248-53.
- BBC News, 2012. EC voice opposition to Scotland's alcohol price plan. BBC News 28 November 2012. Available at: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-20533189>
- BBC News, 2013. Minimum pricing: Challenge to Scottish alcohol legislation fails. BBC News 3 May 2013. Available at: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-22394438>
- BBC news, 2015. Alcohol price plans face further delay after European ruling. Available at: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-34133269> 3 September 2015.
- Beeston C, Robinson M, Craig N, Gile L, 2019. Multi-component evaluation of minimum unit pricing in Scotland. *BMJ* 367: l1672 doi: 10.1136/bmj.l1672
- Beeston C, Robinson M, Craig N, Graham L, 2011. Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy. *Setting the Scene: Theory of Change and Baseline Picture*.

Edinburgh: NHS Health Scotland, 2011. Available at:

<http://www.healthscotland.com/understanding/evaluation/planning/MESAS.aspx>

Berry G, 2019. A change to minimum unit pricing of alcohol will reduce harm, says researcher. Available at: <https://www.stuff.co.nz/national/114298788/a-change-to-minimum-unit-pricing-of-alcohol-will-reduce-harm-says-researcher>

Bes-Rastrollo M, et al. 2013. Financial Conflicts of Interest and Reporting Bias Regarding the Association between Sugar-sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews, *PLOS Medicine*

Boniface S, Scannell JW, Marlow S, 2017. Evidence for the effectiveness of minimum pricing of alcohol: a systematic review and assessment using the Bradford Hill criteria for causality. *BMJ Open* 7: e013497 doi: 10.1136/bmjopen-2016-013497

Boseley S. 2008. Drinks industry “flouting voluntary code on sales.” *Guardian* 2008 Jul 23. Available at: www.theguardian.com/society/2008/jul/23/drugsandalcohol.health.

Brennan A. et al. 2009. ‘Modelling the Potential Impact of Pricing and Promotion Policies for Alcohol in England: Results from the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2008 (1-1)’. Independent review of the effect of Alcohol Pricing and Promotion: Part B, [Sheffield Alcohol Research Group – Publications](#), Alcohol Research, University of Sheffield, p. 115

Briefing on Minimum Unit Pricing, 2018. Alcohol Focus Scotland. Available at: <http://www.alcohol-focus-scotland.org.uk>

Budget 2015: Policy costings. HM Government 2015. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413895/Policy_Costings_18_00.pdf

Burton R, Henn C, Lavoie D, O’Connor R, Perkins C, Sweeney K, Greaves F, Ferguson B, Beynon C, Belloni A, Musto V, Marsden J, Sheron N, Wolff A. 2016. The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies An evidence review. Public Health England Wellington House, London.

Burton R, Henn C, Lavoie D et al., 2017. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 389: 1558-80.

- Centre for Economics and Business Research. 2012. Minimum unit pricing: impacts on consumer spending and distributional consequences. Available at: [http://library.thegroup.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR___MUP_Impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences\(1\).pdf](http://library.thegroup.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR___MUP_Impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences(1).pdf).
- Chapman J. 2012. Cameron shakes up his Cabinet as Lansley is spectacularly ditched over health reform. Daily Mail 2012 Sep 3. Available at: www.dailymail.co.uk/news/article-2197874/Cabinetreshuffle-Andrew-Lansley-spectacularly-ditched-replaced-Jeremy-Hunt-Health-Secretary.html.
- Chaloupka FJ, Grossman M. 2002. The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. NIAAA resources on alcohol consumption and alcohol-related problems. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/22-34.htm>
- Cook PJ. 2007. Paying the Tab: The Costs and Benefits of Alcohol Control. Princeton University Press.
- Department of Health. 2011. Public health responsibility deal. Available at: <https://responsibilitydeal.dh.gov.uk/wp-content/uploads/2012/03/The-Public-Health-Responsibility-Deal-March20111.pdf>
- Doward J. 2013. Health groups dismayed by news “big tobacco” funded right wing think tanks. Observer 2013 Jun 1. Available at: www.theguardian.com/society/2013/jun/01/thinktanks-big-tobaccofunds-smoking.
- Duffy JC, Snowdon C. 2012. The minimal evidence for minimum pricing. Adam Smith Institute, 2012. Available at: www.adamsmith.org/sites/default/files/research/files/ASI_SAPM.pdf.
- Edwards G, et al. 2004. An invitation to an alcohol industry lobby to help decide public funding of research and professional training: a decision that should be reversed, *Addiction* 99: 1235-6.
- Fogarty J. 2006. "The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity". *British Food Journal* 108 (4): 316 – 332.
- Fogarty J. 2008. The demand for beer, wine and spirits: insights from a meta-analysis approach. American Association of Wine Economists. Report No. 31. Available from:

http://www.wineconomics.org/aawe/wpcontent/uploads/2012/10/AAWE_WP31.pdf

- Gallet C. 2007. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Aust J Agric Resour Econ.* 51 (2): 121–35.
- Giles L, and Robinson M, 2017. *Monitoring and Evaluating Scotland’s Alcohol Strategy: Monitoring Report 2017.* Edinburgh: NHS Health Scotland.
- Giesbrecht N, Demers A, Ogborne A, Room R, Stoduto G, Lindquist E. (eds.) 2006a. *Sober Reflections: Commerce, Public Health and the Evolution of Alcohol Policy in Canada, 1980–2000.* Montreal & Kingston: McGill-Queen’s University Press.
- Gornall J, 2014. Under the influence. *Alcohol and Public Health.* *British Medical Journal.* Available at: 348:f7646doi:10.1136/bmj.f7646
- Grigoriev P, Bobrova A. Alcohol control policies and mortality trends in Belarus. *Drug Alcohol Rev* 2020;39:805–17.
- Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjo A. 2006. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcohol Clin Exp Res* 30: 96-105.
- Harrison S, 2021. Republic of Ireland to push ahead with alcohol minimum pricing. *BBC News, Dublin correspondent.* Available at: <https://www.bbc.com/news/world-europe-56977667?piano-modal>
- Hawkins B, Holden C, 2012. “Water dripping on Stone?” Industry lobbying and UK alcohol policy. *Policy Press.*
- Health and Sport Committee, 2012. *2nd Report, (Session 4). Stage 1 Report on the Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Bill. SP Paper 83.* Scotland: Scottish Parliament, ISBN 978-1-4061-8493-8. Available at: http://www.scottish.parliament.uk/S4_HealthandSportCommittee/Reports/her-12-02w.pdf
- Health of Commons Health Committee. 2009-2010. *Alcohol. First report of Session 2009-10.* Available at: www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhealth/151/151i.pdf
- HM Government. 2010. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England.* Available at: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136384/healthy_lives_healthy_people.pdf

- Hogan O, Corfe S, Channa C. 2012. Alcohol consumption patterns and trends in alcohol-related 'harms'. Centre for Economics and Business Research, 2012. Available at: www.wilson-drinks-report.com/pdf/0000/0021/WSTA-MUP_Cebr-report_28-01-2013_final_3.pdf
- Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, Guo Y, Hill-McManus D, Purshouse RC. 2014. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 383 (9929): 1655–64.
- Home Office. 2012. A consultation on delivering the Government's policies to cut alcohol fuelled crime and anti-social behavior. 2012. Available at: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/157755/alcohol-consultation-document.pdf.
- Hunt P, Rabinovich L, Baumberg B. 2011. Preliminary assessment of economic impacts of alcohol pricing policy options in the UK. 2011 RAND Corporation. Available at: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR858-1.html
- Hurley S. 2021. Govt seeks to move sooner on banning cheap alcohol sales. Available at: www.rte.ie/news/2021/0315/1204194-alcohol-pricing-ireland/
- Institute of alcohol studies, 2009. Minimum pricing. Available at: http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Price/Factsheets/Minimum-pricing.aspx#_edn6
- Katikireddi SV, and McLean JA, 2012. Introducing a minimum unit price for alcohol in Scotland: considerations under European Law and the implications for European public health. Commentary. *European Journal of Public Health*, 22 (4): 457-458. doi: 10.1093/eurpub/cks091
- Kerr WC, Greenfield TK. 2007. Distribution of alcohol consumption and expenditures and the impact of improved measurement on coverage of alcohol sales in 2000 National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res* 31 (10): 1714-1722.
- Lancet, 2020. Editorial. Alcohol and health: time for an overdue conversation. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 5: 229. Available at: www.thelancet.com/gastrohep
- Lancet, 2019. Editorial. Russia's alcohol policy: a continuing success story. *The Lancet* 394: 1205. Available at: www.thelancet.com
- Laurance J. 2010. Government rejects health watchdog's alcohol policy. *Independent* 2010 June 2. Available at: www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/governmentrejects-health-watchdogs-alcohol-policy-by-health-watchdog-1988869.html.
- Leppänen K, Sullström R, Suoniemi I. 2000. The consumption of alcohol in fourteen

- European countries, a comparative econometric analysis. (Forthcoming in Stakes Research Reports, Helsinki, Finland).
- McCambridge J & Hartwell G, 2015. Has industry findings biased studies of the protective effects of alcohol on cardiovascular disease? A preliminary investigation of prospective cohort studies. *Drug and Alcohol Review* 34: 58-66.
- McQuinn C, 2021. Minimum pricing for alcohol to be enforced from January 2022. Available at: <https://www.irishtimes.com/news/politics/minimum-pricing-for-alcohol-to-be-enforced-from-january-2022-1.4555289>
- Macdonald S, Stockwell T, Luo JS. 2011. The relationships between alcohol problems, perceived risks and attitudes toward alcohol policy in Canada. *Drug Alcohol Rev* 30 (6): 652-658.
- Meier PS, Purshouse R, Brennan A. 2010. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modeling population heterogeneity. *Addiction* 105: 383-93.
- Meier P, et al., 2016. Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study, *PLOS Medicine*. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001963>
- Meng Y, Hill-McManus D, Brennan A, & Meier P, 2012. *Model-based appraisal of Alcohol Minimum Pricing and Off Licensed trade discount bans in Scotland using the Sheffield Alcohol Policy Model (v 2): Second Update based on newly available data*. Sheffield: SchARR, University of Sheffield.
- Meng Y, Brennan A, Purshouse R, Hill-McManus D, Angus C, Holmes J, et al. 2014. Estimation of own and cross price elasticities of alcohol demand in the UK-A pseudo-panel approaching the Living Costs and Food Survey 2001-2009. *J Health Econ*. 34: 96-103.
- Minimum pricing: Drinks industry ‘distorted evidence’, 2013. BBC News. Available at: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-22250584>
- Misell A, 2020. Minimum pricing. First Scotland, now Wales. What’s next? Available at: <https://alcoholchange.org.uk/blog/2020/minimum-pricing-first-scotland-now-wales-whats-next>
- Mooney JD, Carlin E, 2019. Minimum unit pricing for alcohol in Scotland. *BMJ* 366: l5603 doi: 10.1136/bmj.l5603
- Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, Stelemekas M, Stoppel R, Ferreira-Borges, C, Breda J, Jurgen R. 2021. Alcohol control policies in former Soviet Union countries: A narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and Alcohol Review* 40: 350-367. DOI: 10.1111/dar.13204 Available at:

M:/CAS%202020/Minimum%20Unit%20Price/Russian%20MUP%20(2019)/dar.13204%20(1).pdf

NHS Health Scotland, 2017. *Alcohol Price in Scotland 2016*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

O'Donnell A, Anderson P, Jane-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J, 2019. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-2018. *BMJ* 366: l5274. Doi: 10.1136/bmj.l5274 31554617

Office of National Statistics, 2017. *Alcohol-specific deaths in the U.K.: registered in 2016*.

Available at:

<http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causeofdeath/bulletins/alcoholrelateddeathsintheunitedkingdom/registeredin2016#main-points>

O'Halloran M, 2020. No starting date set for minimum unit pricing on alcohol. Available at:

<https://www.irishtimes.com/news/politics/no-starting-date-set-for-minimum-unit-pricing-on-alcohol-1.4378064>

Osborne S, 2021. Campaigners call for minimum alcohol price in England after research shows it has positive impact. Available at:

<https://www.independent.co.uk/news/health/minimum-alcohol-price-research-b1856266.html>

Österberg E and Karlsson T. 2003. *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports*.

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_27_en.pdf

Oxford Economics. 2009. The economic outlook for the UK drinks sector and the impact of the changes to excise duty and VAT announced in the 2008 Budget and Pre-Budget Report. Available at: www.oxfordeconomics.com/publication/open/222585

Palmer S, 2018. Calls to introduce minimum alcohol pricing to New Zealand. Available at:

<https://www.newshub.co.nz/home/health/2018/05/calls-to-introduce-minimum-alcohol-pricing-to-new-zealand.html>

Penfold C, 2010. Russia sets minimum price for vodka in effort to curb alcoholism.

hf/AFP/dpa/Reuters, Available at: <https://www.dw.com/en/russia-sets-minimum-price-for-vodka-in-effort-to-curb-alcoholism/a-5075113>

Public Health. 2011. Health committee 12th report. 2011. Available at:

www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmhealth/1048/104802.htm.

- Public Health Commission. 2009. We're all in this together: improving the long-term health of the nation. PHC.
- Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. 2010. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 375 (9723): 1355-1364.
- Royal College of Physicians. 2011. Key health organisations do not sign responsibility deal. Press release. Available at: www.rcplondon.ac.uk/press-releases/key-health-organisations-donot-sign-responsibility-deal
- Rabinovich L, Brutscher P-B, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. 2009. The affordability of alcohol beverages in the European Union: Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Cambridge, Rand Europe.
- Shrader-Frechette, K, 2011. Climate Change, Nuclear Economics, and Conflicts of Interest, *Science and Engineering Ethics* 17 (1): 75-107.
- Scotch Whisky Association, 2017. Scotch Whisky Association and others v The Lord Advocate and another UKSC [2017] UKSC 76, para 63. Available at: <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-judgement.pdf>
- Scottish Government, 2011. Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Bill: Policy Memorandum Relating to SP Bill 4, Session 4. Available at: [http://www.scottish.parliament.uk/S4_Bills/Alcohol%20\(Minimum%20Pricing\)%20\(Scotland\)%20Bill/Policy_Memo.pdf](http://www.scottish.parliament.uk/S4_Bills/Alcohol%20(Minimum%20Pricing)%20(Scotland)%20Bill/Policy_Memo.pdf)
- Smith K, and Foster J, 2014. Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. London: Institute of Alcohol Studies.
- Snowdon C. 2012. Plain packaging: commercial expression, anti-smoking extremism and the risks of hyper-regulation. Adam Smith Institute, 2012. Available at: www.adamsmith.org/blog/libertyjustice/plain-packaging-a-new-adam-smith-institute-report.
- Snowdon C. 2013. Alcohol Concern sticks to the ideology. IAE blog, 12 June 2013. Available at: www.iea.org.uk/blog/alcohol-concern-sticks-to-the-ideology.
- Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J (eds). 2017. Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva, World Health Organization, p. 23, 41.
- Stockwell T, Auld MC, Zhao J & Martin G. 2011. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 107: 912–920.

- Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. 2013 b. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health* 103 (11): 2014–20.
- Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, et al. 2013. Misleading UK alcohol industry criticism of Canadian research on minimum pricing. *Addiction* 108 (6): 1172–3.
- Stockwell T, Zhao J, Martin G, et al., 2013. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health* 103: 2014-20.
- Stockwell T, Zhao J, Martin G, Macdonald S, Vallance K, Treno A, Ponicki W, Tu A, Buxton J. 2013. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: Estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health* 103 (11): 2014-2020.
- Stockwell T, Zhao J, Marzell M, Gruenewald PJ, Macdonald S, Ponicki WR, et al. 2015. Relationships Between Minimum Alcohol Pricing and Crime During the Partial Privatization of a Canadian Government Alcohol Monopoly. *J Stud Alcohol Drugs* 76 (4): 628–34.
- Sturgeon N, 2012. (Deputy First Minister and Cabinet Secretary for Health, Wellbeing and Cities Strategy.) Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Bill: Response to Health and Sport Committee Stage 1 Report. Available at: http://www.scottish.parliament.uk/S4_HealthandSportCommittee/Reports/Scot_Gov_Stage_1_response.pdf
- Taylor N, Miller P, Coomber K, Livingston M, Scott D, Buykx P, Chikritzhs T, 2021. The impact of a minimum unit price on wholesale alcohol supply trends in the Northern Territory, Australia. *Australia and New Zealand Journal of Public Health* 45 (1): 26-33.
- The Effectiveness of Alcohol Pricing Policies, 2014. New Zealand Ministry of Justice. Available at: <https://www.justice.govt.nz/assets/Documents/Publications/effectiveness-of-alcohol-pricing-policies.pdf>
- The Guardian, 2017. Scotch whisky industry attacks minimum price plans as ‘blunt instrument’. Available at: <http://www.theguardian.com/society/2017/jul/24/scotch-whisky-industry-attacks-minimum-price-plans-as-blunt-instrument>
- The Institute of Alcohol Studies. The Alcohol Industry. Available at: http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/The-alcohol-industryFactsheets/Information-and-messaging.aspx#_ednref1

The Irish Times, 2021. The length of time it has taken to set a date for implementation is an indictment of our political system and its reluctance to stand up to powerful lobby groups. Available at: <https://www.irishtimes.com/opinion/editorial/the-irish-times-view-on-minimum-pricing-for-alcohol-a-small-and-overdue-step-1.4556219>

The Moscow Times, 2016. Russia Raises Minimum Price for Vodka. Available at: <https://www.themoscowtimes.com/2016/06/13/russia-raises-minimum-price-for-vodka-a53271>

The University of Sheffield, 2015. Alcohol Research FAQs. Available at: <https://www.sheffield.ac.uk/scharr/sections/ph/research/alpol/faq>

Triggle N. 2011. More groups reject health deal as pledges are unveiled. BBC News 2011 Mar 15. Available at: www.bbc.co.uk/news/health-12737200.

Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbours C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. 2007. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 369 (9570): 1391-1401.

UK Supreme Court, 2017. UK Supreme Court Press Summary, Scotch Whisky Association and Others (Appellants) v The Lord Advocate and another (Respondents) (Scotland) [2017] UKSC 76 On appeal from [2016] CSIH 77. Available at: <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-press-summary.pdf>

Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. 2008. Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: A Meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies. University of Florida, College of Medicine, Department of Epidemiology & Health Policy Research. http://centaur.reading.ac.uk/17960/1/MS-08-0405_Alcohol_price_meta-analysis_REVISED_9-23-08.pdf

Wagenaar A, Salois M, Komro K. 2009. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 104 (2): 179–90.

Wine and Spirit Trade Association. 2009. General facts and figures. Available at: www.wsta.co.uk/facts-andfigures.html

Wine and Spirit Trade Association. 2013. Why should responsible drinkers pay more? 2013. Available at: www.wsta.co.uk/Press/nationwide-campaign-launched-today-reveals-major-publicopposition-to-government-s-plans-to-hike-up-alcohol-prices.html.

WHO Regional Office for Europe, 2012. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen.

WHO, 2015. Pricing policies. European status report on alcohol and health 2014.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/244902/Pricing-policies.pdf

World Economic Forum. 2011. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle- income countries. Geneva.

World Health Organization, 2019. Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol Control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation.

Available at: <https://>

apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328167/9789289054379-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zhao J, Stockwell T, Martin G, Macdonald S, Vallence K, Treno A, Ponicki WR, Tu A, Buxton J.

2013. The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-2009. *Addiction* 108 (6): 1059-69. doi: 10.1111/add.12139

ณัฐ ธารพานิช 2557 นโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ที่ทรงประสิทธิภาพ ใน : เรื่องเหล้า ก้าว 10 :

งานวิจัยเด่นรอบทศวรรษแห่งการเรียนรู้และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อลดปัญหาแอลกอฮอล์ในสังคมไทย นวลน้อย ตรีรัตน์ นพพล วิทย์วรพงศ์ บรรณาธิการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน้า 172-173, 174

ณัฐ ธารพานิช 2557b มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน: ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหา

สุรา: สถานะความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นพพล วิทย์วรพงศ์ บรรณาธิการ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน้า 196-198

ปองขวัญ สวัสดิภักดิ์. 2555 อังกฤษเตรียมกำหนดราคาสุราขั้นต่ำ 15 กุมภาพันธ์ 2555

<http://news.voicetv.co.th/world/30980.html>

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (2554). ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2015 การขึ้นราคาสุราอาจทำให้ผู้ดื่มสุราบางส่วนหันไปดื่มสุราที่มีคุณภาพต่ำลง 09/26/2015 Available at:

<http://cas.or.th/knowledge/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%B6%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%88%E0%B8%97%E0%B8%B3%E0%B9%83%E0%B8%AB>

ภาคผนวก

ก

ตาราง จำนวนประเทศสมาชิกที่ดำเนินมาตรการราคาและภาษี

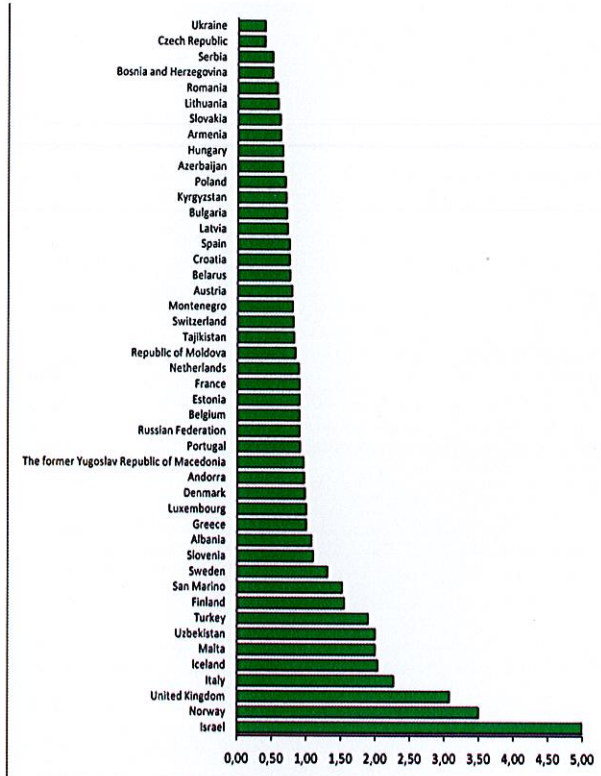
ราคาและภาษี	จำนวนประเทศ
ภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0%	2
ภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 8-12%	2
ภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 15-20%	30
ภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 21-25%	14
ภาษีมูลค่าเพิ่มในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 27-30%	3
ระดับภาษีสรรพสามิตที่ปรับตามค่าเงินเพื่อ	13 ^{b,c}
การห้ามขายราคาต่ำกว่าทุน (below-cost selling)	3
การห้ามลดปริมาณ	3
การนำเสนอเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ในราคาที่ต่ำ	5
ความต้องการที่จะนำเสนอเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ในราคาที่ต่ำ	4
มาตรการอื่น ๆ ที่ไม่ให้เด็กและเยาวชนดื่มหรือดื่มปริมาณสูง	1

a ไม่มีข้อมูลในภาษีมูลค่าเพิ่มของประเทศสมาชิก 2 ประเทศ

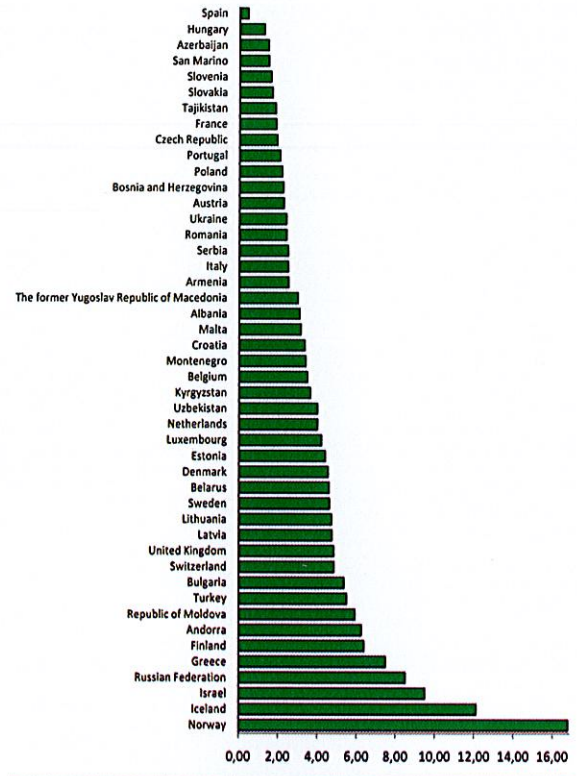
b ในสาธารณรัฐโมโดวา (Moldova) ระดับภาษีสรรพสามิตถูกปรับค่าเงินเพื่อแล้วสำหรับเบียร์และสุรากลั่น

c ในทาจิสถาน (Tajikistan) ระดับภาษีสรรพสามิตถูกปรับเงินเพื่อแล้วสำหรับไวน์และสุรากลั่น

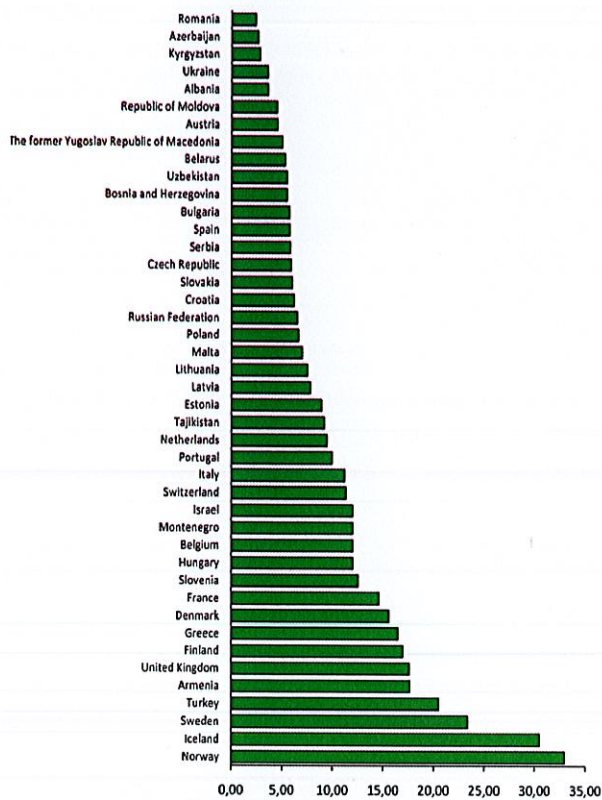
แผนภูมินำเสนอการคาดประมาณราคายูโรเฉลี่ย (€) สำหรับเบียร์ 50 เซนติลิตรและไวน์ 75 เซนติลิตร สุรากลั่น 70 เซนติลิตร และสุรากลั่นนำเข้า 70 เซนติลิตร อย่างไรก็ตาม สถิติที่จัดเก็บนี้ไม่เป็นทางการเพียงแค่นำเสนอขอบเขตราคาปลีกที่แตกต่างกันในประเทศสมาชิก



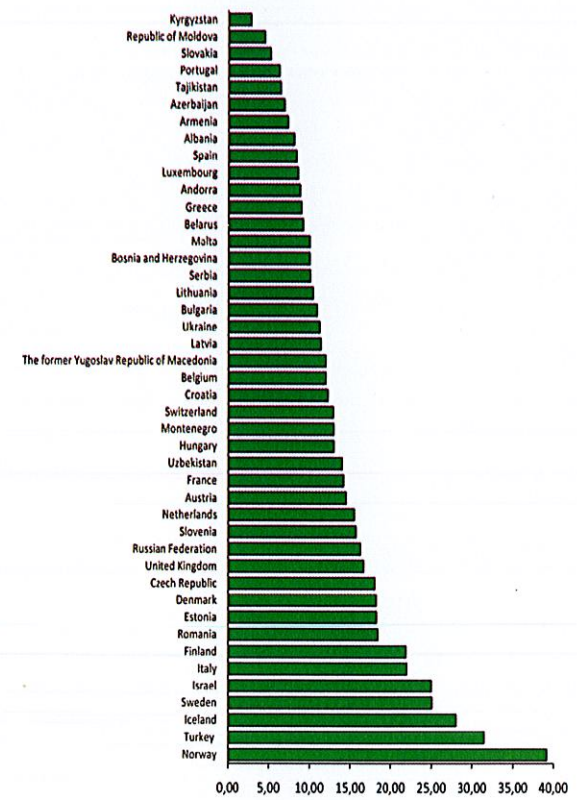
แผนภูมิ 1 ราคาปลีกในเบียร์ 50 เซนต์ลิตร (n=46)



แผนภูมิ 2 ราคาปลีกในไวน์ 75 เซนต์ลิตร (n=46)



แผนภูมิ 3 ราคาปลีกในสุรากลั่นขนาด 70 เซนต์ลิตร (ผลิตภัณฑ์ในประเทศ) (n=43)



แผนภูมิ 4 ราคาปลีกในสุรากลั่น ขนาด 70 เซนต์ลิตร (ผลิตภัณฑ์นำเข้า) (n=44)

ภาคผนวก

ข

Microbiome analysis: ready for clinical use?

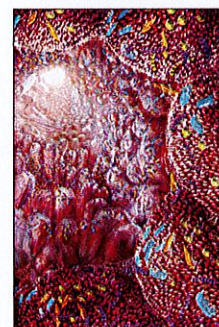
In recent years, the gut microbiota has become one of the hottest topics in gastroenterology (and, indeed, many other specialties), revealing potential new insights into patient health, biomarkers for diagnosis and management of disease, and even therapeutics. There has already been a great deal of excitement, interest, and investment in this area, with businesses now providing direct-to-consumer services offering to analyse any individual's microbiome, and using the results to offer lifestyle and diet recommendations, to provide insights into gut conditions or infections, or to compare one's microbiome to those of "healthy" individuals.

However, the introduction of direct-to-consumer microbiome analytics is premature. The evidence of links between the gut microbiota and human health is still largely correlative in nature, and thus does not demonstrate a direct relationship between cause and effect. Longitudinal studies are needed to fully define the constituents of the microbiome and their

association with health. Furthermore, how we define a "healthy" microbiome is still far from clear; as is what construes a dysbiotic state—is it characterised by a bloom of pathobionts (ie, an increase in abundance), a loss of mutualists (ie, decreased abundance), an overall loss of community diversity, or a combination of all three? The type of sample obtained (eg, faecal sample vs pinch biopsy samples of the mucosal layer), and how it is processed and stored, are just some of the many factors that can affect microbiome analytic readouts.

In short, the complexity of the gut microbiota should not be underestimated, and our ability to assess, understand, and interpret it—let alone manipulate it—is still in its relative infancy. Although microbiome analysis holds great potential for understanding disease pathophysiology and for improved diagnostics and treatments, it is not yet ready for routine clinical deployment, much less for marketing to the public.

■ *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*



Nicola R Fuller/Science Photo Library

Minimum alcohol pricing in Scotland

On Oct 15, 2017, the UK's Supreme Court rejected an appeal by the Scotch Whisky Association against the Alcohol Minimum Pricing Act, which had been approved by Scottish Members of Parliament in 2012. This landmark ruling brings an end to years of appeals and legal challenges against the Act, and paves the way for Scotland to become the first country in the world to introduce a minimum price on alcohol.

The aim of the Act, which will come into force on May 1, 2018, is to raise the price of the strongest, cheapest alcohol—eg, super-strength ciders and beers, and own-brand vodka and whisky—which, according to data from the charity Alcohol Focus Scotland, can be purchased for as little as £0.18 per unit (10 mL) of alcohol. Introduction of a minimum price per unit—proposed at £0.50 per unit—is intended to reduce the amount of alcohol consumed by those drinking to harmful, hazardous, or extreme levels (who tend to gravitate towards drinking the cheapest alcohol available), while having little effect on those with moderate intake. In so doing, the Act is also expected to help reduce health inequities, in which alcohol use plays a significant part. Indeed, one study estimated that the cost

of alcohol-related harm in Scotland in 2009–10 was £7457 million, with more than 40% of these costs arising from the most deprived 20% of the population. Alcohol Focus Scotland reports that the introduction of minimum pricing could, in the first year alone, prevent 60 alcohol-related deaths, 1600 hospital admissions, and 3500 crimes.

This news gives welcome impetus to similar schemes elsewhere, such as the Public Health (Minimum Price for Alcohol) Bill recently proposed in Wales. The Supreme Court's rejection of the lobbying efforts of the alcohol industry may also give fresh momentum to the passage of the Public Health (Alcohol) Bill in Ireland, which has so far been delayed by 2 years, in part by similar industry actions. One hopes that it will also put pressure on the UK Government to reconsider a similar scheme in England, where the legal uncertainties raised by challenges against minimum pricing in Scotland were cited among the reasons for abandoning such plans in 2013. The Supreme Court's decision is to be applauded, and represents a major step towards tackling the enormous burden of alcohol-related disease in the UK.

■ *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*



For the Supreme Court verdict see <https://www.supremecourt.uk/cases/uksc-2017-0025.html>

For more on inequalities in the distribution of costs of alcohol misuse in Scotland see *Alcohol Alcohol* 2012; 47: 725–31

For more on Ireland's Public Health Bill see *Comment Lancet* 2017; 390: 2222–23

A minimum unit price: the ‘holy grail’ of alcohol policy

Author: Ian Gilmore^A

Alcohol is no different from virtually every other commodity studied by economists – there is a close relationship between price and purchase. Just as with cigarettes, there is a clear inverse relationship between alcohol sales and the price of a drink. The evidence for this is strong. For example a meta-analysis of 112 studies on alcohol showed the relationship unequivocally, and indeed showed the price elasticity was -0.44 .¹ This means that a 10% increase in price causes a 4.4% fall in consumption. A similar meta-analysis of the impact of altering alcohol tax showed that a doubling of tax led to a 35% reduction in alcohol-related mortality.² Furthermore there have been natural experiments showing the impact of price changes on harm – for instance in Finland when the tax on alcohol was slashed in 2004 as its neighbour Estonia joined the European Union, death rates from alcoholic liver disease rose by 46% in 2004–6 compared with 2001–3.³ And so price changes can save lives.

Price will also change behaviour – the UK used to be a nation of people who went out to pubs and bars to socialise over a drink. Now, because of the widening differential between bar and supermarket prices, about 75% of alcohol purchased is consumed at home. Hence price can drive culture, and the age group drinking most frequently is those aged over 65.⁴ Even though the media spotlight is on alcohol-fuelled violence in our streets, drinking behind closed doors brings a bigger health burden through the various alcohol-related chronic diseases such as cirrhosis, hypertension and cancers.

The evidence for using price as a tool is strong, and its impact is larger than any other tool available to those responsible for the public's health. The traditional way that governments have varied price is by raising taxes or duty on alcohol – both increasing their revenue and reducing their costs on the adverse effects on health and crime. This is attractive to governments and every product, wherever it is sold and whatever its price, is affected. Different tax rates can be applied to different types of drink but the UK is constrained by tax bands set by the European Commission (for instance the UK cannot apply more duty to a 15% strength wine than a 7.5% one). The last UK Labour government committed to raising duty above inflation, a commitment initially honoured by their successors until the chancellor finally scrapped it this year.

Another alternative is to set a ‘floor price’ below which alcohol cannot be sold. This has the particular attraction of hitting the cheap, often heavily discounted, supermarket ‘bargains’ without affecting the price of quality products or those in pubs and bars. This is doubly attractive, because firstly the heaviest and the youngest drinkers are attracted to the cheapest alcohol and are affected most. Secondly, the gap between off licenses and pubs might be narrowed (a floor price rarely affecting the ‘on-trade’), and this might slow the rate of closure of pubs in England, often in rural areas where they fulfill an undoubted social function. A minimum unit price (MUP) for alcohol sets a level below which a ‘unit’ (10 ml or 8 g of pure alcohol) cannot be sold, and the level set by the Scottish Parliament in 2012 was 50p. The number of units in a drink or bottle is its volume in litres multiplied by its % alcohol by volume – hence a standard bottle of spirits (0.75 l) of strength 40% abv contains 30 units and could not be sold under 50p MUP for less than £15. NHS Health Scotland has estimated that the majority of supermarket vodka is sold currently at 35–40p/unit, equivalent to £10.50–£12 per bottle. The biggest impact would be on cheap white cider, currently often containing 15 units in a 2 l bottle. With a 50p MUP the cost of 2 l would rise from £2.99 to £7.50.

The beneficial impact on health and on crime has been extensively modelled, particularly by the University of Sheffield.⁵ There are now results available on the impact of a very similar floor price in Canadian Provinces that show a benefit even greater than modeling would predict. A 10% rise in minimum price led to a 30% fall in deaths wholly attributable to alcohol.⁶

The health of those most at risk would benefit, government costs for alcohol harm would reduce, the pub trade would be better supported and producers/retailers would retain larger profits – seemingly a veritable ‘win all round’ – and yet this policy has become bogged down in political anxiety and legal challenge from producers. In Scotland, the political will was strong, resulting in the Alcohol (Minimum Price) Act of 2012, but the government undertook to fight any legal challenges before implementing the law. Industry interests led by the Scotch Whisky Association immediately sought a judicial review, at which the Scottish government's decision was upheld, but unfortunately at appeal the judge ruled that the matter be referred to the Court of Justice of the European Union. Those with an interest in legal matters will find the detail elsewhere, but in essence the battle is between relative importance of competition and health.⁷ Submissions from member states have been submitted and are finely balanced.

Author: ^Achair, Alcohol Health Alliance, and special advisor on alcohol to the Royal College of Physicians, London, UK

The outcome may take months or years yet, which is in itself a victory for the drinks industry.

In contrast to Scotland, political nervousness has been much in evidence in Westminster. The prime minister gave a personal commitment to MUP in early 2012, ensuring it was part of the alcohol strategy put out for consultation later that year and famously stating that 'sometimes it is important to do the right thing rather than the popular one'. Despite the consultation being about the level rather than the principle, which had been accepted, rumours of cabinet splits emerged within months. Earlier this year the principle was formally sidelined, quoting concerns that the interests of the low-income moderate drinker might be unfairly affected. This was in spite of the government already receiving detailed evidence on this very point in a report they commissioned from the University of Sheffield, later published in full. This showed a minimal impact on this group of low-income moderate drinkers (£1.70 per annum) but a large directed impact on the heaviest drinkers across the income scale.⁸ The politics of the 'U-turn' and the likely influence of a powerful industry have been recently uncovered and detailed by the freelance journalist Jonathan Gornall.⁹

Keen to be seen to be acting on cheap alcohol, the government brought in, instead of MUP, a different form of floor price that they called a 'ban on below cost sales'. This was defined as duty + VAT, therefore taking no account of production and distribution costs, and was such a low floor that it catches less than 1% of sales. A recent comparison of this ban and true MUP has shown starkly how only the latter is effective.¹⁰

Sadly all major political parties in Westminster remain anxious about MUP being a 'vote-loser', despite public opinion polls being remarkably favourable.¹¹ But the logic behind it, the modelled impacts and the real-life experience are so compelling that its time will come. For the sake of our patients, we have to hope that time is not too far away. ■

References

- 1 Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol tax and price levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 2009;104:179–90.
- 2 Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *Am J Public Health* 2010;100:2270–8.
- 3 Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction* 2009;104:554–63.
- 4 Office for National Statistics. *Drinking habits amongst adults, 2012*. Available online at www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_338863.pdf [Accessed 22 November 2014].
- 5 Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010;375:1365–74.
- 6 Stockwell T, Zhao J, Martin G *et al*. Misleading alcohol industry criticism of Canadian research on minimum pricing. *Addiction* 2013 108:1172–3.
- 7 Goodliffe J. Applying a minimum price to alcohol. Available online at www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/Alcohol-Alert/October-2014.aspx#Applying-a-minimum-price-to-alcohol [Accessed 22 November 2014].
- 8 Holmes J, Meng Y, Meier PS *et al*. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 2014;383:1655–64.
- 9 Gornall J. Alcohol and Public Health: under the influence. *BMJ* 2014;348:f7646.
- 10 Brennan A, Meng Y, Holmes J, Hill-McManus D, Meier P. Potential benefits of minimum unit pricing for alcohol versus a ban on below cost selling in England 2014: modelling study. *BMJ* 2014;349:g5452.
- 11 University of Stirling. *Healthfirst: an evidence-based alcohol strategy for the UK*. Available online at www.stir.ac.uk/media/schools/management/documents/Alcoholstrategy-updated.pdf [Accessed 24 November 2014].

Address for correspondence: Prof Sir I Gilmore, University of Liverpool, Liverpool L69 3BX, UK.
Email: igilmore@liverpool.ac.uk

ภาคผนวก

ค



EDITORIALS

Minimum unit pricing for alcohol in Scotland

The rest of the UK should follow Scotland's lead

John D Mooney *senior lecturer in public health*¹, Eric Carlin *director*²

¹Faculty of Health Sciences and Wellbeing, University of Sunderland, Sunderland, UK; ²Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP), Royal College of Physicians of Edinburgh, Edinburgh, UK

As the seventh most important global risk factor for premature death and accounting for a wide range of acute and chronic morbidities,^{1,2} alcohol deservedly attracts the attention of public health policy makers. The need for effective interventions at the population level is urgent not only in Scotland—which has among the highest levels of alcohol attributable harm in Europe,³ but also across the rest of the UK.

The most effective and cost effective policies to reduce the harm from alcohol are measures that constrain the price, availability, and marketing of alcohol.⁴ From the empirical and econometric modelling studies available to date, it is clear that minimum unit pricing (MUP),⁵ which sets a floor price per unit of alcohol, has the potential to be more effective than other pricing options in reducing sales and consumption of high strength, low cost products, that cause the most health harms.

In 2018, after six years of legal challenges by global alcohol producers, Scotland became the first country in the world to implement a national MUP policy, setting a limit of 50p (\$0.62; €0.56) per unit (10 mL/8 g alcohol) below which alcohol cannot be sold. NHS Health Scotland are leading a comprehensive evaluation of the impact in advance of a 2023 review of the policy, as specified in a sunset clause in the legislation. Of course, in an age when complex public health issues such as harm from alcohol require whole system approaches,⁶ no single policy lever should be seen as a panacea, and MUP is still regarded in Scotland as one component of the overall strategy, as set out for example in the World Health Organization's SAFER initiative.⁷

As described in the linked paper by O'Donnell and colleagues (doi:10.1136/bmj.l5274),⁸ previous modelling estimates around the introduction of 50p MUP in Scotland suggested a reduction in alcohol consumption of around 3.5% for each drinker annually. This would correspond in the 20 years after implementation to more than 2000 fewer deaths and around 39 000 fewer hospital admissions for Scotland as a whole.⁹ The authors examined the impact of the MUP policy on the amount and price of alcohol purchased in Scotland in the 34 weeks immediately after implementation. Using a controlled interrupted time series design, they analysed shopping data for 2015–18 from a large and representative panel of British households.

They also examined whether changes in alcohol purchases differed by type of alcoholic beverage or household income. Purchases over the equivalent period before MUP implementation were used as controls, as well as purchases in the north of England to assess any cross border effects.

The main analysis found that the introduction of MUP was followed by a price increase of 6.4p per gram of alcohol (7.9%) and a reduction of 9.5 g (95% confidence interval 5.1 to 13.9) in off-trade alcohol purchased for each adult per household. Immediate reductions were most notable for beer, spirits, and cider, including own brand spirits and high strength white ciders. The 9.5 g reduction overall is equivalent to slightly more than one unit of alcohol—roughly half a pint of beer, a third of a can of strong cider, or one measure of spirits.

The observed reductions of up to 7.6% in purchases were more than double the modelling based estimates, confirming the authors' conservative assumptions and highlighting that health benefits could be substantially greater. Most compelling from a targeting perspective is that the price increases of alcohol were largest for the higher rather than lower purchasing households and among the lower rather than higher income groups. Figures show a striking contrast in purchasing trends between households in Scotland and England, along with clear incremental differences by household purchasing fifth (doi:10.1136/bmj.l5274).

The study by O'Donnell and colleagues therefore supports previous modelling assumptions that cheap, high strength alcoholic beverages have the highest price elasticity in terms of responsiveness to price hikes, as do the findings that more economically disadvantaged people are more sensitive to such increases. Additionally, the minimal increases in expenditure for most households are also consistent with modelling estimates,¹⁰ supporting the proposition that MUP effectively targets those most at risk of harm from alcohol with a minimal impact on household budgets.

Although MUP detractors have argued that the policy is regressive, these first real results around the impact in Scotland offer little to support that contention. In the words of the Scottish novelist Val McDermid, on BBC television's *Question Time* in

2017: "There is nothing regressive about preventing people in Scotland's poorest communities drinking themselves to death with cheap alcohol." Surely it is time to follow Scotland's lead and implement MUP across the rest of the UK. Action is especially pressing for those regions, such as north east England, with comparable levels of harm from alcohol.

Competing interests: *The BMJ* has judged that there are no disqualifying financial ties to commercial companies. The authors declare the following other interests: JDM has received research funding from Drinkaware, as well as from Alcohol Concern UK and Public Health England.

The BMJ policy on financial interests is here: <https://www.bmj.com/sites/default/files/attachments/resources/2016/03/16-current-bmj-education-coi-form.pdf>.

Provenance and peer review: Commissioned; not peer reviewed.

- 1 Rehm J, Gmel GESr, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction* 2017;112:968-1001. 10.1111/add.13757 28220587
- 2 Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers

in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513-23. 10.1016/S0140-6736(18)30134-X 29676281

- 3 Tod E, Grant I, Wyper G, Mesalles-Naranjo O, Stockton D, Robinson M. G. M, Fischbacher C, Dobbie R, Craig N: *Hospital admissions, deaths and overall burden of disease attributable to alcohol consumption in Scotland*. Scottish Public Health Observatory, 2018.
- 4 Chisholm D, Moro D, Bertram M, et al. Are the "Best Buys" for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *J Stud Alcohol Drugs* 2018;79:514-22. 10.15288/jsad.2018.79.514 30079865
- 5 Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. *PLoS Med* 2016;13:e1001963. 10.1371/journal.pmed.1001963 26905063
- 6 Rutter H, Savona N, Glonti K, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet* 2017;390:2602-4. 10.1016/S0140-6736(17)31267-9 28622953
- 7 WHO. WHO launches SAFER, a new alcohol control initiative: www.who.int/substance_abuse/safer/en/ [Accessed 14/09/19.]
- 8 O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ* 2019;366:35274.
- 9 Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, Brennan A. *Model based appraisal of the comparative impact of minimum unit pricing and taxation policies in Scotland. An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3*. University of Sheffield, 2016.
- 10 Holmes J, Meng Y, Meier PS, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 2014;383:1655-64. 10.1016/S0140-6736(13)62417-4 24522180

Published by the BMJ Publishing Group Limited. For permission to use (where not already granted under a licence) please go to <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>



OPEN ACCESS



Check for updates

Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18

Amy O'Donnell,¹ Peter Anderson,^{1,2} Eva Jané-Llopis,^{2,3,4} Jakob Manthey,^{5,6} Eileen Kaner,¹ Jürgen Rehm^{3,5,7,8,9,10,11}

For numbered affiliations see end of the article.

Correspondence to: P Anderson peter.anderson@newcastle.ac.uk ORCID 0000-0003-4605-9828

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2019;366:l5274 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l5274>

Accepted: 2 August 2019

ABSTRACT

OBJECTIVE

To assess the immediate impact of the introduction of minimum unit pricing in Scotland on household alcohol purchases.

DESIGN

Controlled interrupted time series analysis.

SETTING

Purchase data from Kantar Worldpanel's household shopping panel for 2015-18.

PARTICIPANTS

5325 Scottish households, 54 807 English households as controls, and 10 040 households in northern England to control for potential cross border effects.

INTERVENTIONS

Introduction of a minimum price of 50p (€0.55; \$0.61) per UK unit (6.25p per gram) for the sale of alcohol in Scotland on 1 May 2018.

MAIN OUTCOME MEASURES

Price per gram of alcohol, number of grams of alcohol purchased from off-trade by households, and weekly household expenditure on alcohol.

RESULTS

The introduction of minimum unit pricing in Scotland was associated with an increase in purchase price of 0.64p per gram of alcohol (95% confidence interval 0.54 to 0.75), a reduction in weekly purchases of 9.5 g of alcohol per adult per

household (5.1 to 13.9), and a non-significant increase in weekly expenditure on alcohol per household of 61p (–5 to 127). The increase in purchase price was higher in lower income households and in households that purchased the largest amount of alcohol. The reduction in purchased grams of alcohol was greater in lower income households and only occurred in the top fifth of households by income that purchased the greatest amount of alcohol, where the reduction was 15 g of alcohol per week (6 to 24). Changes in weekly expenditure were not systematically related to household income but increased with increasing household purchases.

CONCLUSIONS

In terms of immediate impact, the introduction of minimum unit pricing appears to have been successful in reducing the amount of alcohol purchased by households in Scotland. The action was targeted, in that reductions of purchased alcohol only occurred in the households that bought the most alcohol.

Introduction

Alcohol is the seventh leading risk factor for ill health and premature death globally, and causally related to a wide range of acute and chronic health outcomes.¹⁻³ In the United Kingdom, alcohol is the sixth most important risk factor after tobacco, dietary risks, high body mass index, high blood pressure, and high fasting plasma glucose.⁴ As part of a comprehensive strategy to tackle the adverse consequences of heavy drinking, a series of systematic reviews and meta-analyses has confirmed the effectiveness of policies that regulate the price and availability of alcohol.⁵⁻¹⁰ Importantly, these policies are also the most cost effective.¹¹

In particular, empirical and econometric modelling studies have shown that minimum unit pricing (MUP) is an effective means of reducing alcohol consumption and increasing health gains among the heaviest drinkers.¹²⁻¹⁷ MUP works by setting a mandatory lowest retail price (floor price) at which alcohol products can be sold, which is based on alcohol content. A model based appraisal has estimated that the introduction of the 50p MUP in Scotland on 1 May 2018 would reduce alcohol consumption on average by 3.5% per drinker per year (26.3 UK units or 210.5 g of ethanol, where one UK unit contains eight grams of pure alcohol). During its first 20 years, the policy was estimated to result in 2036 fewer deaths and 38 859 fewer hospital admissions in Scotland as

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Scotland introduced a minimum price of 50p per UK unit (6.25p per gram) for the sale of alcohol in May 2018

The only empirical evidence for the impact of minimum prices of alcohol sales so far come from Canadian provinces, which showed that increases in existing minimum prices were associated with reduced alcohol related harm

The present controlled study analyses the impact of the introduction of a minimum price per gram of alcohol sold in Scotland, based on a large household panel dataset and using objective data obtained from bar codes of sold products

WHAT THIS STUDY ADDS

This study compared data from Scottish households with those from English households to conduct a controlled interrupted time series analysis, and used data from households in northern England to control for potential cross border purchasing effects

Minimum unit pricing appeared to be effective at reducing alcohol purchases and, by inference, consumption in Scotland

Effects were greatest in households who purchased the most alcohol, with no evidence of a differential negative impact on expenditure by lower income groups

Briefing on Minimum Unit Pricing

February 2018



On Wednesday 15th November 2017, the UK Supreme Court unanimously dismissed the appeal by the Scotch Whisky Association and others, **ruling that the Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 does not breach EU law, and that minimum pricing is appropriately targeted, lawful and proportionate.** Once implemented, Scotland will become the first country in the world to establish a minimum unit price for alcohol (some states in Canada operate variants of minimum pricing).

The Scottish Government **consulted on their proposed minimum unit price of 50p per unit** from 1 December 2017 to 26 January 2018. The Scottish Government intends to lay regulations before Parliament on 1 March 2018, with an implementation date of 1 May 2018.

AFS **supports the speedy implementation of this policy** and calls on all MSPs to support the Scottish Government in their efforts to implement this policy as quickly as possible. We have sought a commitment from the Scottish Government to **review the minimum unit price per unit within two years, once the policy has become embedded**, to ensure that the benefits of this life-saving policy are fully realised.

Background to Minimum Unit Pricing (MUP)

What is minimum pricing?

A minimum price for alcohol sets the lowest price an alcoholic drink can be sold for. In Scotland, it is proposed that the minimum price will be 50p per unit of alcohol. For example, a can of lager or cider containing 2 units of alcohol will have to cost at least £1.¹ Minimum pricing won't affect every alcoholic drink – only those sold at less than 50p per unit. Drinks like strong white cider, super strength lager and own brand vodka or gin will be affected. It is possible to buy a 3 litre bottle of cider for £3.99: equivalent to 18p per unit.² Minimum pricing will not affect pubs, clubs and restaurants because their drinks are already sold at more than 50p a unit.

Why do we need minimum pricing in Scotland?

Alcohol is 60% more affordable today than it was 30 years ago. Scots buy the vast majority of their alcohol from shops and supermarkets.³ When something becomes more affordable, people tend to buy (and consume) more of it. The more people drink, the more alcohol-related diseases and social problems increase. Alcohol consumption and deaths are significantly higher in Scotland than the rest of the UK; Scots drink 17% more than the English/Welsh⁴ and our deaths rates are twice the level of England and Wales.⁵

Once implemented, Scotland will become the first country in the world to establish a minimum unit price for alcohol (some states in Canada operate variants of minimum pricing). Legislation to establish a minimum price is currently under active consideration by the National Assembly for Wales and by the Irish Oireachtas.

Alcohol Focus Scotland • 166 Buchanan Street • Glasgow G1 2LW

0141 572 6700 enquiries@alcohol-focus-scotland.org.uk www.alcohol-focus-scotland.org.uk @AlcoholFocus

Alcohol Focus Scotland is a Registered Scottish Charity (SC009538) and a Company Limited by Guarantee (Scottish Company No.SC094096).

What difference will it make?

1. Minimum pricing will save lives. In the first year alone, minimum pricing could prevent 60 alcohol-related deaths, 1,600 hospital admissions and 3,500 crimes.⁶

Modelling by the University of Sheffield suggests that minimum pricing will save lives, improve health and reduce crime. The most recent Sheffield research (April 2016) estimated that the proposed minimum price of 50p per unit would result in the following benefits⁷:

- Reduction in alcohol consumption of 3.5% or 26.3 units per drinker per year
- Alcohol related deaths would fall by about 120 per year by year twenty of the policy (full effect)
- A fall in hospital admissions of 2,000 per year by year twenty of the policy (full effect).

2. Minimum pricing targets the heaviest drinkers. Minimum pricing targets harmful drinkers because they buy most of the cheapest, strongest alcohol like white cider and own-brand spirits.

Minimum pricing is particularly effective at reducing the amount of alcohol drunk by harmful drinkers as they tend to buy most of the cheap alcohol that is affected by minimum pricing⁸ (impact on moderate drinkers is estimated to be around an extra £2.25 per year).⁹

A minimum unit price of 50p per unit is expected to result in a 10% reduction in alcohol consumption in harmful drinkers, and almost 5% reduction in consumption by hazardous drinkers.¹⁰ For people drinking heavily, even small reductions in consumption can have big health benefits. Minimum pricing will also help to prevent alcohol problems from developing in the first place.

3. Minimum pricing will particularly benefit hazardous and harmful drinkers living in poverty.

Though poorer households are less likely to buy and consume alcohol, they are disproportionately more likely to suffer the harms associated with drinking.¹¹ Those living in Scotland's most deprived areas are 6 times more likely to die and 8 times more likely to be hospitalised due to alcohol than those in our least deprived communities.¹²

Harmful drinkers in poverty drink markedly more and spend a little more on alcohol than those not in poverty.¹³ Health gains of minimum pricing are greatest in hazardous and particularly harmful drinkers in poverty, with 90% of the lives saved by a minimum unit price from lower socio-economic groups.¹⁴ Similar patterns are observed for hospital admissions.¹⁵

4. Minimum pricing only affects shops and supermarkets.

Drinks in pubs and restaurants already cost more than 50p per unit so won't change under minimum pricing. The impact on alcohol consumption and harm will be significant however, as the majority (73%) of alcohol is bought from shops and supermarkets for consumption at home.¹⁶

5. Minimum pricing is widely supported.

Minimum pricing is supported by the public, politicians, doctors, police, homelessness services, children's charities and parts of the licensed trade.

The Appeal and Ruling of the Supreme Court

What was the appeal about?

The Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 was passed unopposed by the Scottish Parliament in June 2012. The legislation has not yet been implemented due to a legal challenge led by the Scotch Whisky Association (SWA). The first challenge was made to the Outer House of the Court of Session which ruled in May 2013 that minimum unit pricing was lawful. The SWA then appealed to the Inner House of the Court Session, which heard the case and referred it to the Court of Justice of the European Union (CJEU) in April 2014. The CJEU gave their opinion on the 23 December 2015, ruling that it was for the Scottish Inner House of the Court of Session to decide on minimum unit pricing.

The case then returned to the Inner House in July 2016, and they upheld the Outer House decision. The Scotch Whisky Association requested leave to appeal to the UK Supreme Court in September 2016 and permission was granted in December 2016. The Supreme Court hearing took place on 24/25 July 2017. The ruling of the Supreme Court is final and determined that minimum pricing can be implemented in Scotland. A summary of the court process is available [here](#).

What was the ruling of the Supreme Court?

The Supreme Court unanimously ruled that the Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 does not breach EU law, and that minimum pricing is a proportionate means of achieving a legitimate aim.¹⁷

The full judgment is available to read [here](#) and the press summary is available [here](#).

Key findings of the ruling:

✓ **Taxation would not achieve the same objectives as minimum pricing**

One of the main arguments made by the SWA and other appellants was that a tax would be a less restrictive and equally effective way of achieving the government's objectives. This was rejected by the Court:

*"...taxation would impose an unintended and unacceptable burden on sectors of the drinking population...In contrast, minimum alcohol pricing will much better target the really problematic drinking to which the Government's objectives were always directed"*¹⁸

✓ **Minimum pricing is proportionate: the benefits of free EU trade and competition cannot outweigh the health benefits intended by minimum pricing**

The argument that MUP would disproportionately affect the operation of the EU market was also rejected:

*"That minimum pricing will involve a market distortion, including of EU trade and competition, is accepted. However, I find it impossible...to conclude that this can or should be regarded as outweighing the health benefits which are intended by minimum pricing."*¹⁹

What happens now?

A Ministerial Statement was delivered to Parliament on 21st November, laying out the Scottish Government's plans for implementation. The Scottish Government consulted from 1 December 2017 to 26 January 2018 on the draft Scottish statutory instrument, proposing to set the minimum unit price at 50p per unit.

The Scottish Government will refresh the Business and Regulatory Impact Assessment (BRIA) that is required by Parliament. The order will then be laid before Parliament on 1 March 2018, with an implementation date of 1 May 2018.

Following the appropriate parliamentary scrutiny, and assuming that the Parliament votes to bring the price-setting order into force, no alcohol in Scotland will then be sold for less than the specified minimum unit price from 1 May 2018. The proposed minimum unit price will be 50p per unit.

The legislation also contains what is known as a 'sunset clause'. This means that it will expire after the sixth year of implementation unless the Scottish Parliament votes for it to continue. To inform this decision there is a 'review clause' requiring that the Minister presents a review report to parliament on the impact of MUP after five years of its operation.

[Read AFS's response to the Scottish Government consultation on the draft regulations for MUP.](#) The Scottish Government's plans to introduce minimum unit pricing as quickly as possible should be supported, and appropriate training should also be made available to those responsible for enabling implementation and monitoring compliance.

We have called on the Scottish Government to commit to setting a review period for the minimum unit price of alcohol, within the first two years of implementation, to ensure that the price remains proportionate and the benefits of the policy can be fully realised.



¹ Price of a product = price per unit (0.50) x strength of alcohol x volume (litres) x 100. For example, the minimum price for a standard sized (700ml) bottle of spirits at 37.5% ABV would be £13.13 (0.50 x 37.5/100 x 0.7 x 100 = £13.13).

² Alcohol Focus Scotland (2016), *Scottish Alcohol Price Survey 2016*: <http://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/media/152485/Scottish-price-check-2016.pdf>

³ Giles, L., & Robinson, M. (2017). *Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy: Monitoring Report 2017*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

⁴ NHS Health Scotland (2017). *Alcohol Price in Scotland 2016*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

⁵ Office of National Statistics, November 2017, *Alcohol-specific deaths in the UK: registered in 2016*: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/alcoholrelateddeathsintheunitedkingdom/registeredin2016#main-points>

⁶ Meng, Y., Hill-McManus, D., Brennan, A., & Meier, P. (2012). *Model-based appraisal of Alcohol Minimum Pricing and Off-Licensed trade discount bans in Scotland using the Sheffield Alcohol Policy Model (v 2): Second Update based on newly available data*. Sheffield: SchARR, University of Sheffield. https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.1500211/file/scotlandupdatejan2012.pdf

⁷ Angus, C., Holmes, J., Pryce, R., Meier, P. & Brennan, P. (2016). *Model-based appraisal of the comparative impact of Minimum Unit Pricing and taxation policies in Scotland An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3*. SchARR, University of Sheffield, https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.5653731/file/Scotland_report_2016.pdf

⁸ Ibid

⁹ The University of Sheffield (17 April 2015), Alcohol Research FAQs, accessed on 20/11/17, <https://www.sheffield.ac.uk/scharr/sections/ph/research/alpol/faq>

¹⁰ Meng et al, (2012)

¹¹ Smith, K. & Foster, J. (2014) *Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol*. London: Institute of Alcohol Studies.

¹² Giles & Robinson (2017), op cit.

¹³ Angus et al (2016), op cit.

¹⁴ Meier, P. et al (2016), Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study, *PLOS Medicine*. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001963>

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Giles & Robinson (2017), op cit.

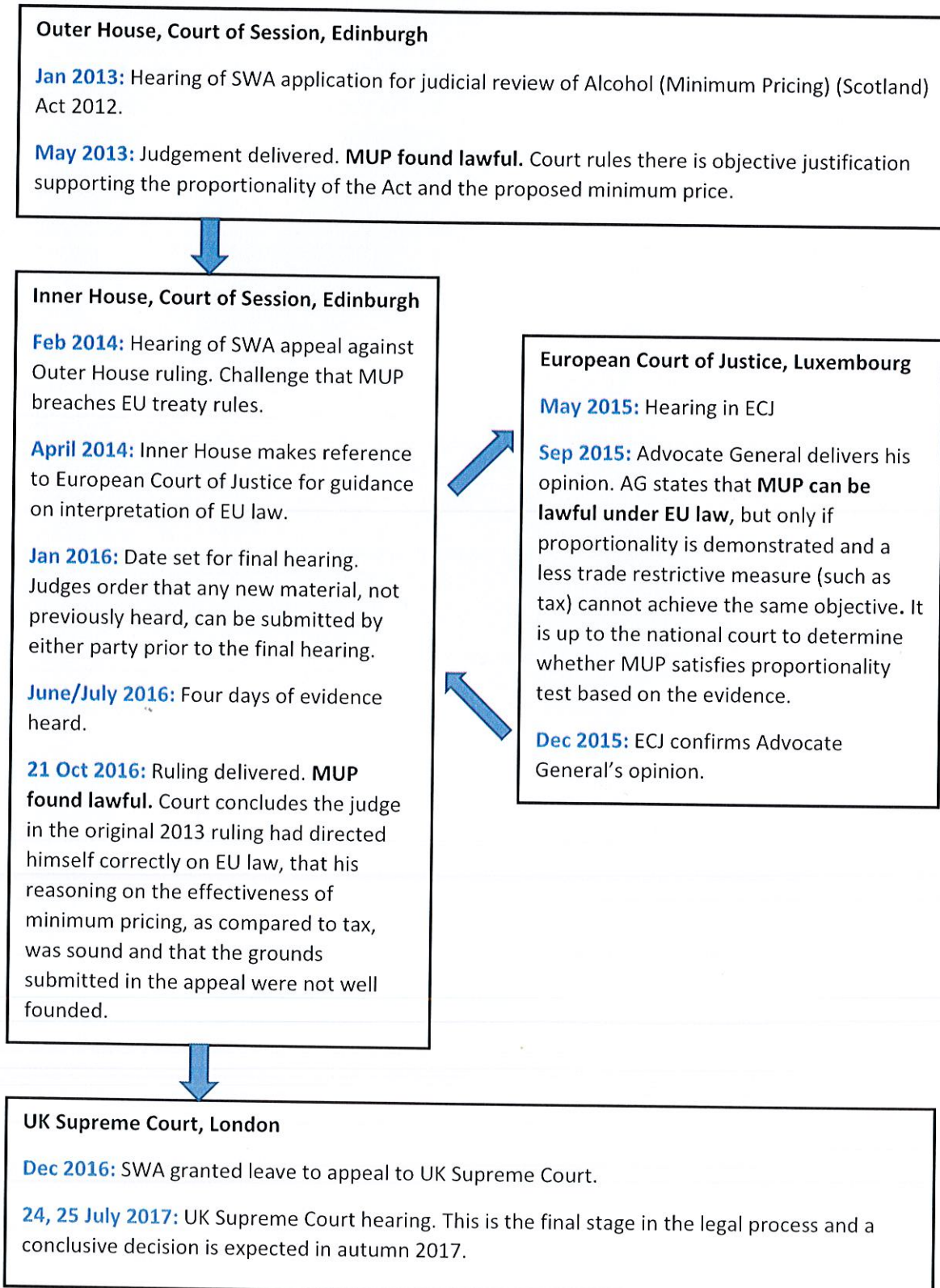
¹⁷ UK Supreme Court Press Summary, *Scotch Whisky Association and others (Appellants) v The Lord Advocate and another (Respondents)(Scotland)* [2017] UKSC 76 On appeal from [2016] CSIH 77 <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-press-summary.pdf>

¹⁸ *Scotch Whisky Association and others v The Lord Advocate and another* UKSC [2017] UKSC 76, para 63 <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-judgment.pdf>

¹⁹ Ibid.

Minimum unit pricing court process

The Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act was passed by the Scottish Parliament in May 2012. The Scotch Whisky Association (SWA) and other European spirits and wine organisations made a legal challenge to the Act, claiming that it is unlawful.





15 November 2017

PRESS SUMMARY

Scotch Whisky Association and others (Appellants) v The Lord Advocate and another (Respondents)(Scotland) [2017] UKSC 76
On appeal from [2016] CSIH 77

JUSTICES: Lord Neuberger, Lady Hale, Lord Mance, Lord Kerr, Lord Sumption, Lord Reed, Lord Hodge

BACKGROUND TO THE APPEAL

The Scottish Parliament decided to address the health and social consequences arising from the consumption of cheap alcohol by a minimum pricing regime ('the Regime'). The Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 ('the 2012 Act') amends schedule 3 to the Licensing (Scotland) Act 2005 by inserting in the licence which any retail seller of alcohol in Scotland must hold, an additional condition that an alcohol product must not be sold at a price below a statutorily determined minimum price per unit of alcohol. The minimum price is to be set by secondary legislation. The current proposal is 50 pence per unit of alcohol. The Scottish Ministers have undertaken not to bring the 2012 Act into force or to make any order setting a minimum price until determination of these proceedings. The 2012 Act contains a requirement for Scottish Ministers to evaluate and report to the Scottish Parliament on its operation after five years, and a provision terminating its operation automatically after six years, unless the Scottish Ministers by order affirmed by the Scottish Parliament determine that it should continue ('the Sunset Clause'). The appellants presented a petition for judicial review challenging the lawfulness of the 2012 Act. The remaining ground of challenge is that minimum unit pricing is disproportionate under EU law, namely: article 34 of the Treaty on the Functioning of the European Union ('TFEU') and Regulation (EU) No 1308/2013 establishing a Common Organisation of the Markets in agricultural products (including wine) ('the Single CMO' Regulation) and the Common Agricultural Policy set out in article 39 TFEU ('CAP'). The claim was rejected at first instance. The Extra Division of the Inner House hearing the appellants' reclaiming motion made a preliminary reference to the Court of Justice of the EU ('CJEU'). Following a ruling from the CJEU, the First Division of the Inner House refused the reclaiming motion.

JUDGMENT

The Supreme Court unanimously dismisses the appeal. Lord Mance gives the judgment with whom the remaining six Justices agree. The 2012 Act does not breach EU law. Minimum pricing is a proportionate means of achieving a legitimate aim.

REASONS FOR THE JUDGMENT

The CJEU's Judgment

The issues have to be examined in light of the guidance given by the CJEU: [5]. Advocate General Bot ('the AG') and the CJEU both assimilated the analysis of proportionality under articles 34 and 36 TFEU and under the Single CMO Regulation. The AG conducted a three-stage proportionality analysis: (i) appropriateness, (ii) necessity and (iii) a balancing of interests. The CJEU, in contrast, conducted a two-stage analysis: (i) appropriateness and (ii) necessity, but appears to have subsumed an element involving a balancing of interests into the second stage of analysis: [9] and [15]. The CJEU

concluded that where a national court examines national legislation in the light of the justification relating to the protection of health under article 36 TFEU it is bound to examine objectively whether it may reasonably be concluded from the evidence submitted by the Member State concerned that the means chosen are appropriate for the attainment of the objectives pursued and whether it is possible to attain those objectives by measures that are less restrictive of the free movement of goods and of the CMO: [13]-[14].

The issues

The respondents accept that minimum pricing will affect the market and EU trade in alcohol. The issue is therefore whether the respondents can justify the EU market interference under article 36 TFEU and the parallel principles governing wine under the CAP and Single CMO Regulation: [3]-[4] and [18]. The appellants accept the legitimacy and appropriateness of the objective pursued by the respondents. The parties were not however agreed as to the precise implications or qualifications of the objective: [18].

The objectives pursued by minimum pricing

The objective as it was put before the CJEU was two-fold: ‘reducing, in a targeted way, both the consumption of alcohol by consumers whose consumption is hazardous or harmful, and also, generally, the population’s consumption of alcohol’: [19]. However, the objective is more refined than might appear [20]. The aim is not that alcohol consumption be eradicated or that its costs should be made prohibitive for drinkers. The aim is to strike at alcohol misuse and overconsumption manifesting themselves in particular in the health and social problems suffered by those in poverty in deprived communities: [20]-[28].

Less restrictive measures to achieve the same aim

The appellants’ submission that an excise or tax would be a less restrictive and equally effective way of achieving the government’s objectives is rejected. The Supreme Court is ready to accept, contrary to the view on which the courts below proceeded, that the relevant EU directives (Council Directive 92/83/EEC, Council Directive 92/84/EEC and Council Directive 2008/118/EC) would permit additional excise duties or VAT levied at different rates by references to narrowly defined bands of alcoholic strength: [38]-[45]. Nevertheless and in agreement with the Lord Ordinary, minimum pricing targets the health hazards of cheap alcohol and the groups most affected in a way that an increase in excise or VAT does not. The latter would be felt across the board in relation to the whole category of goods to which it applied and unnecessarily affect groups which are not the focus of the legislation: [34]-[37]. Second, in agreement with the Lord Ordinary, minimum pricing is easier to understand and simpler to enforce. It would not be open to absorption (e.g. by selling alcohol below cost in order to attract other business onto their premises): [46].

The lack of market impact analysis and balancing under proportionality

It is unclear how far an objective, which is reasonable and can only be achieved in one way, can or should be measured against an assessment of any damage which giving it effect might cause to the ordinary operation of the EU market. [47]. But the CJEU’s refusal to endorse the AG’s third stage enquiry is an indication that the matter should be treated very lightly [48]. The comparison to be undertaken is between two incomparable values: (i) health and (ii) the market and economic impact on producers, wholesalers and retailers of alcoholic drinks across the EU. The courts should not second-guess the value which a domestic legislator puts on health. As such, there is limited scope for the criticism made by the appellants about the lack of EU market impact evidence [48]. An analysis of the market and competition impact material that is available demonstrates that the impact will be minor: [50]-[62]. The Sunset Clause indicating the provisional nature of the Regime is a significant factor in favour of upholding it: [63]. The submission that the Scottish Government should have gone further than it did to assess market impact is not realistic: [63].

References in square brackets are to paragraphs in the judgment

NOTE: This summary is provided to assist in understanding the Court’s decision. It does not form part of the reasons for the decision. The full judgment of the Court is the only authoritative document. Judgments are public documents and are available at:

<http://supremecourt.uk/decided-cases/index.html>



LETTERS

MINIMUM UNIT PRICING FOR ALCOHOL

Minimum unit pricing for alcohol: Scotland the brave

Christopher J Graham *masters student (public health) and online education officer*^{1 2}

¹Faculty of Biology, Medicine and Health, University of Manchester, Manchester, UK; ²Royal College of Physicians of Edinburgh, Edinburgh EH2 1JQ, UK

On 1 May 2018, Scotland courageously (after years of legal challenge by alcohol companies) implemented a world first: a national minimum unit pricing (MUP) policy with a mandatory lowest retail price per unit of alcohol.¹⁻³ O'Donnell and colleagues provide encouraging evidence that this policy is effective, with weekly purchases reduced by 9.5 g of alcohol per adult per household.¹ In the linked editorial, Mooney and Carlin argue that the rest of the UK should follow suit.²

O'Donnell and colleagues' article is a helpful immediate assessment of Scotland's MUP policy—comprehensive impact assessment will follow. NHS Health Scotland will undertake an independent multicomponent assessment of the impact of MUP on a range of outcomes, reporting their complete results in 2023.⁴

Meanwhile in Russia the World Health Organization reports that total per capita alcohol consumption dropped by 43% from 2003 to 2016.^{5 6} The report provides a timeline of alcohol policies mapped to changes in mortality rates (table 2, figure 14).⁶ MUP for vodka was introduced in 2003, followed by MUP for other alcoholic beverages. Russia doesn't have MUP for all alcoholic beverages and its long term strategy was abandoned for a period, but evidence based measures—including MUP and mainly targeting availability and affordability—have coincided with reductions in mortality rates, particularly in those of working age.⁶

I agree with Mooney and Carlin² that the rest of the UK should follow Scotland's lead. Mounting evidence shows that MUP is effective^{1 7-9} and cost effective, particularly when combined with tax increases.⁸

Although alcohol consumption remains high in Russia—total per capita alcohol consumption was 11.7 L of pure ethanol in 2016, compared with the WHO European average of 9.8 L⁶—we can learn from its success to date.^{5 6}

For more information on Scotland's MUP policy, see the 14th research and policy briefing from Scottish Health Action on Alcohol Problems.³

Opinions expressed are the author's own and do not necessarily reflect the view of the University of Manchester or the Royal College of Physicians of Edinburgh.

Competing interests: I work full time at the Royal College of Physicians of Edinburgh (RCPE). Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP) is based within the RCPE. Eric Carlin is the director of SHAAP.

- O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Mantney J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ* 2019;366:l5274. doi:10.1136/bmj.l5274 31554617
- Mooney JD, Carlin E. Minimum unit pricing for alcohol in Scotland. *BMJ* 2019;366:l5603. doi:10.1136/bmj.l5603 31554621
- Scottish Health Action on Alcohol Problems. 14th research and policy briefing. 2018. http://www.shaap.org.uk/images/web_version5_MUP_issue_14_2018.pdf
- Beeston C, Robinson M, Craig N, Gile L. NHS Health Scotland's mixed method portfolio evaluation of MUP across a number of outcomes [electronic response to O'Donnell et al. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18] *BMJ* 2019. <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5274/rr-0>.
- The Lancet. Russia's alcohol policy: a continuing success story. *Lancet* 2019;394:l205. doi:10.1016/S0140-6736(19)32265-2 31591968
- World Health Organization. Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. 2019. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/alcohol-policy-impact-case-study-the-effects-of-alcohol-control-measures-on-mortality-and-life-expectancy-in-the-russian-federation-2019>
- Boniface S, Scannell JW, Marlow S. Evidence for the effectiveness of minimum pricing of alcohol: a systematic review and assessment using the Bradford Hill criteria for causality. *BMJ Open* 2017;7:e013497. doi:10.1136/bmjopen-2016-013497 28588106
- Burton R, Henn C, Lavoie D, et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 2017;389:1558-80. doi:10.1016/S0140-6736(16)32420-5 27919442
- Stockwell T, Zhao J, Martin G, et al. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health* 2013;103:2014-20. doi:10.2105/AJPH.2013.301289 23597383

Published by the BMJ Publishing Group Limited. For permission to use (where not already granted under a licence) please go to <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>



LETTERS

MINIMUM UNIT PRICING FOR ALCOHOL

Multi-component evaluation of minimum unit pricing in Scotland

Clare Beeston *public health intelligence principal*, Mark Robinson *public health intelligence principal*, Neil Craig *acting evaluation team head*, Lucie Giles *public health intelligence adviser*, on behalf of the MESAS Project Team

NHS Health Scotland, Glasgow G2 6QE, UK

O'Donnell and colleagues provide useful evidence of the short term effect of minimum unit pricing (MUP) on alcohol purchasing,¹ and their research will make a useful contribution to the wider, independent evaluation being led by NHS Health Scotland on behalf of the Scottish government. Our evaluation will form the basis of the review required to inform a vote in Scottish parliament on whether MUP will continue beyond 31 April 2024.

A robust and comprehensive evaluation of MUP in Scotland is important not only to meet this legislative requirement but also because Scotland is the first country in the world to introduce MUP based on alcohol strength.

Our evaluation uses a theory based approach to answer two overarching questions: to what extent has implementing MUP in Scotland contributed to reducing alcohol related health and social harms? And are some people and businesses more affected (positively or negatively) than others?

Working with researchers that we have commissioned and with those undertaking separately funded studies, the multi-component evaluation will assess the effect of MUP in Scotland on outcomes in four areas: compliance and implementation, the alcohol market, alcohol consumption, and health and social harms.² Quantitative studies will assess change

across a range of outcomes, such as alcohol price, sales, consumption, hospital admissions, deaths, and crime; qualitative studies will provide understanding of the mechanisms that underpin any outcome changes, as well as the lived experience of MUP for key groups.

We are assessing both the intended, beneficial outcomes and the unintended or adverse outcomes and examining, for example, cross border purchasing, substitution to other drugs, and the effect on food spending.

The final report, drawing on all robust, relevant studies, will be published in late 2023.

Competing interests: NHS Health Scotland, and the evaluation of MUP, is funded by the Scottish government.

Full response at: <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5274/rr-0>.

- 1 O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ* 2019;366:l5274. 10.1136/bmj.l5274. 31554617
- 2 NHS Health Scotland. Evaluation of minimum unit pricing (MUP). <http://www.healthscotland.scot/health-topics/alcohol/evaluation-of-minimum-unit-pricing-mup>.

Published by the BMJ Publishing Group Limited. For permission to use (where not already granted under a licence) please go to <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>



A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective

Robyn Burton, Clive Henn, Don Lavoie, Rosanna O'Connor, Clare Perkins, Kate Sweeney, Felix Greaves, Brian Ferguson, Caryl Beynon, Annalisa Belloni, Virginia Musto, John Marsden*, Nick Sheron*

Lancet 2017; 389: 1558-80

Published Online

December 2, 2016

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32420-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5)

S0140-6736(16)32420-5

*Joint senior authors

Public Health England, London, UK (R Burton PhD, C Henn RMN, D Lavoie MA, R O'Connor BA, C Perkins MSc, K Sweeney BSc, F Greaves PhD, Prof B Ferguson MSc, C Beynon PhD, A Belloni MSc, V Musto MSc, Prof J Marsden PhD, Prof N Sheron MD); Department of Primary Care and Public Health, Imperial College London, London, UK (F Greaves); Department of Health Sciences, University of York, York, UK (Prof B Ferguson); Addictions Department, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK (R Burton, Prof J Marsden); and Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, UK (Prof N Sheron)

Correspondence to: Mr Clive Henn, Public Health England, Skipton House, London SE1 6LH, UK clive.henn@phe.gov.uk

This paper reviews the evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of policies to reduce alcohol-related harm. Policies focus on price, marketing, availability, information and education, the drinking environment, drink-driving, and brief interventions and treatment. Although there is variability in research design and measured outcomes, evidence supports the effectiveness and cost-effectiveness of policies that address affordability and marketing. An adequate reduction in temporal availability, particularly late night on-sale availability, is effective and cost-effective. Individually-directed interventions delivered to at-risk drinkers and enforced legislative measures are also effective. Providing information and education increases awareness, but is not sufficient to produce long-lasting changes in behaviour. At best, interventions enacted in and around the drinking environment lead to small reductions in acute alcohol-related harm. Overall, there is a rich evidence base to support the decisions of policy makers in implementing the most effective and cost-effective policies to reduce alcohol-related harm.

Introduction

Alcohol-related harm is determined by the volume of alcohol consumed and frequency of drinking occasions, at both the individual and population level.^{1,2} Harm is influenced by three key drivers: price (affordability), how easy it is to purchase (availability), and social norms (acceptability).³

Alcohol sales in England and Wales have increased by approximately 42%, from roughly 400 million litres in the early 1980s, with a peak at 567 million litres in 2007–08, and a subsequent decline to 533 in 2015–16 (figure 1).⁴ This increase in sales has been predominantly driven by increased consumption among women, a shift to higher

strength products, and the increasing affordability of alcohol, particularly throughout the 1980s and 1990s.⁴⁻⁶ Alcohol-related mortality has also increased over this period, which is in stark contrast to the trend of liver disease mortality in much of western Europe.⁷

Alcohol is a prominent commodity in the UK marketplace, and is widely used in numerous social situations. The majority of people in England drink alcohol,⁸ and for many, it is associated with positive aspects of life. However, a substantial number of people experience harm from their own or others' drinking. Combined data from the 2012 to 2014 Health Survey for England indicate that 16.0% of the population are

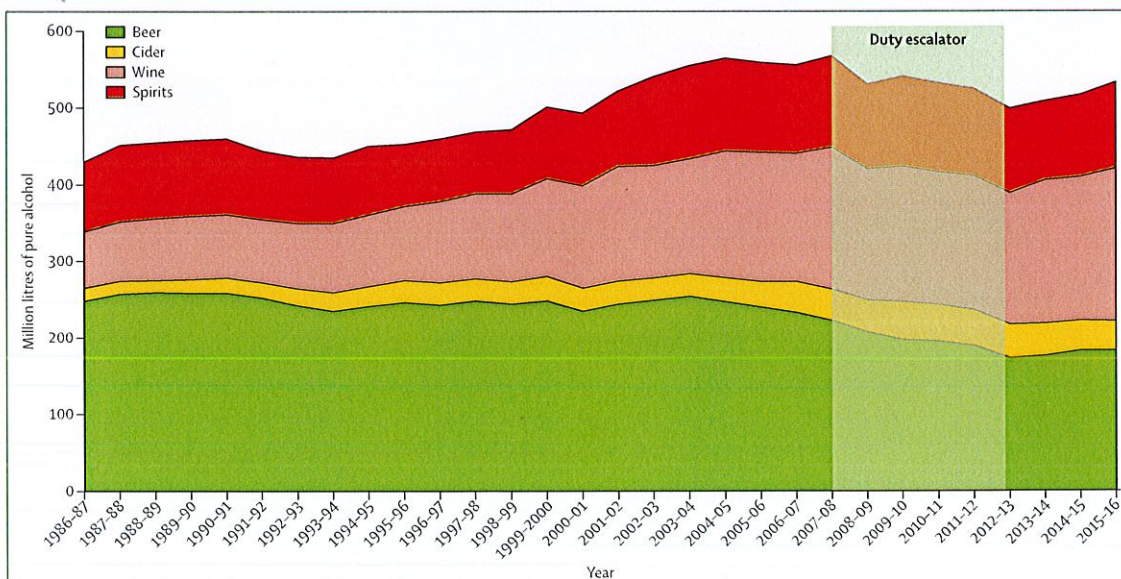


Figure 1: Cumulative consumption of alcohol in England and Wales, by alcohol type⁴ Million litres of pure alcohol as calculated from HM Revenue and Customs Bulletin using the following conversions: wine (12.58), cider (5.03), and beer (41.7); conversion are from British Beer and Pub Association Statistical Handbook 2009.

For statistics from the British Beer and Pub Association see <http://www.beerandpub.com/statistics>

#MUP saves lives



SHAAP

SCOTTISH HEALTH ACTION ON ALCOHOL PROBLEMS
www.shaap.org.uk

eurocare

European Alcohol Policy Alliance

Research and Policy Briefing

Nº 14 May 2018

Welcome to the 14th Research and Policy Briefing published by SHAAP – Scottish Health Action on Alcohol Problems.

SHAAP provides a coordinated, coherent and authoritative medical and clinical voice on the need to reduce the impact of alcohol-related harm on the health and wellbeing of people in Scotland.

Our aims are:

- To raise awareness and understanding of the alcohol-related health problems with health practitioners, policy makers and the public.
- To evaluate current research and identify strategies to reduce alcohol-related health damage based on the best available evidence.
- To work together with key organisations in the alcohol field in Scotland, the rest of the UK and worldwide, in tackling alcohol misuse.

SHAAP was set up in 2006 by the Scottish Medical Royal Colleges, through their Scottish Intercollegiate Group (SIGA). We are advised by a Steering Group made of members of the Royal Colleges and invited experts.

Chair Dr Peter Rice, former Consultant Psychiatrist, NHS Tayside Alcohol Problems Service

Director Dr Eric Carlin

Policy Officer Felicity Garvie

Follow us on twitter: @shaapalcohol

Contact us at: shaap@rcpe.ac.uk

www.shaap.org.uk

Contents

- 1 Reactions to the ruling
- 2 How the MUP campaign started
- 3 Key partners at home and abroad – Eurocare, MUP and Brussels
- 4 The evidence for MUP
- 5 Legal challenges
- 6 What the Supreme Court ruling says, and what happens next

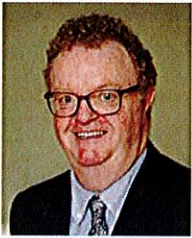
Introduction

Welcome to this special 'MUP issue'. In 2016, SHAAP celebrated its 10th anniversary. One of its main policy campaigns from the start has been on Minimum Unit Pricing (MUP), with the five-year-long legal battle for its implementation in Scotland finally having been settled on 15th November 2017 by the definitive ruling of the UK Supreme Court. This date will go down as one of the most important events in the history of alcohol policy; the legislation can now be enacted, and takes effect from 1st May 2018. Scotland is leading the world in this important area of public health policy and to celebrate this achievement, we look in this issue at the story of MUP, its supporters, the evidence and the alcohol industry's role; and ask what next for this element of Scotland's alcohol strategy.

#MUPsaveslives

#MUP saves lives

1 Reactions to the ruling



Dr Peter Rice, Chair of Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP):

"This is great news for the health and well-being of people in Scotland. Frontline staff from health and other sectors see the damage caused by alcohol on a daily basis. This harm is disproportionately caused by the cheapest alcohol which Minimum Unit Pricing will remove.

"The scientific and clinical evidence supporting Minimum Pricing assembled by SHAAP and others has stood up against a rigorous analysis over a series of legal challenges led by the Scotch Whisky Association and it has been dispiriting to see them place their self-interest ahead of the public good over the five years since the Scottish Parliament passed this law. We look forward to the swift implementation of this life-saving measure."



Dr Eric Carlin, Director of Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP):

"At long last this important life-saving measure can be enacted. I am grateful to the Scottish Government, and the First Minister in particular, as well as partners across the health and voluntary sectors in the UK and Europe, for championing MUP, against ferocious, cynical opposition by the Scotch Whisky Association and its backers.

"The opponents to MUP have shamed the reputation of their industry by prioritising profits over people's lives. As MUP has been delayed, we have seen the tragic, premature deaths of 24 people every week in Scotland as a result of alcohol misuse, many of them in our poorest communities, and affecting families across our nation. I strongly urge the global alcohol producers to now cease their activities to undermine public health in pursuit of profit here and across the globe.

"I look forward to MUP coming into effect as part of a refreshed package of measures to reduce alcohol-related harm in Scotland. Hopefully, the other nations of the United Kingdom will also implement similar policies."



Chief Medical Officer for Scotland, Dr Catherine Calderwood:

"Last year, I and the other UK chief medical officers published new alcohol guidelines, recommending that both men and women drink no more than 14 units per week. Those 14 units can be bought for just £2.52 – alcohol is being sold for as little as 18p a unit. That's why I'm convinced minimum unit pricing is the most proportionate and effective way to reduce the harm caused by cheap, high strength alcohol."



Eurocare's Secretary General, Mariann Skar

"I'm delighted with the Supreme Court's ruling. Minimum Unit Pricing (MUP) is a targeted measure to address alcohol-related harm in deprived communities. This policy is bound to make a real difference in Scotland. Eurocare now stresses the need for proper evaluation in order to ascertain whether MUP is required elsewhere."

2 How the MUP campaign started

Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP) was established in 2006 as a partnership of the Scottish Medical Royal Colleges, concerned about the growing number of hospitalisations and deaths due to alcohol in Scotland. At that time, alcohol-related death rates in Scottish men were double those in the rest of the UK.

On 27th September 2007, SHAAP convened an expert workshop to consider action that the government could take on pricing policy to reduce alcohol-related harm in the population. Prior to the workshop, SHAAP undertook an extensive literature review of the evidence on alcohol consumption, harm and price. Expert participants from Scotland, England and the Republic of Ireland participated in the production of evidence summaries to inform the workshop. The discussion was also informed by expert legal opinions commissioned by SHAAP. Written submissions were received from alcohol industry interests, including the Scottish Licensed Trade Association, the British Retail Consortium and the Scotch Whisky Association. As a

result, SHAAP and its partners made one of the first public calls for action to introduce MUP to tackle the problem of cheap alcohol that was doing heavy damage to the most vulnerable drinkers and their families. In conclusion, the report on the workshop's findings stated:

*'In convening the expert workshop, SHAAP sought to identify policy measures that Scottish Ministers could implement and were most likely to reduce alcohol harm in Scotland. Expert participants also identified the need for policy action at a UK level. In this context, SHAAP acknowledges that Scotland is already showing leadership in the UK by enshrining a public health principle in the new licensing legislation; acknowledging that **alcohol is no ordinary commodity**; and outlawing irresponsible drinks promotions in pubs and clubs.*

The purpose of Scottish alcohol policy is to reduce levels of harm which are regarded by experts and politicians – as well as the public – as being much too high. Whilst it is tempting to hope that Scottish drinking culture can be changed through school education and TV campaigns, the reality is that these measures by themselves are unlikely to have a significant impact on drinking behaviour. By contrast, the evidence on price and tax policy suggests that it is one of the most effective ways of reducing alcohol-related harm...'

MUP Calculator

- 1 UK unit of alcohol = 10mls or 8g of alcohol -

50p x volume (cl) x strength of alcohol (%) = minimum price of item, below which it cannot be sold

Whisky - £14 (each) for a 70cl bottle, 40%

Vodka - £13.13 for a 70cl bottle, 37.5%

Lager - £0.80 for a 40 cl can, 4%

Wine - £4.69 per 75cl bottle, 12.5%

Cider - £2.50 for a 1 litre bottle, 5%

Strong (white) cider - £11.25 for a 3 litre bottle, 7.5%

After 1st May 2018 – The Minimum Price for alcohol in Scotland will be 50p per 10mls pure alcohol



SIrmag.co.uk

TIMELINE: HOW WE GOT HERE

2005

Licensing (Scotland) Act, which makes provision for regulating the sale of alcohol, and for regulating licensed premises and other premises on which alcohol is sold; and for connected purposes

2008

A public consultation on the Government's alcohol strategy, including minimum pricing, was conducted in 2008. Almost two thirds (65%) of all responding organisations were in favour of minimum pricing, while just under a quarter (23%) were opposed. Nine out of ten (90%) health organisations supported minimum pricing, as did over eight out of ten (84%) local government bodies. Six out of ten (61%) trade and business sector organisations were opposed. Views amongst individual respondents were more mixed, with 49% who expressed an opinion in favour and 43% against.

2009

The Scottish Government published its alcohol strategy **'Changing Scotland's relationship with alcohol: A Framework for Action'** which included MUP as well as Alcohol Brief Interventions, investment in treatment and care services, banning multibuy promotions in supermarkets – all policies aimed at reducing alcohol consumption amongst the population as a whole.

2010

The **Alcohol (Scotland) Act**; a bill to introduce a MUP of 45p in Scotland failed because it did not obtain the necessary majority in Parliament. Other measures described below are enacted.

2011

A ban on shop and supermarket offers such as buy-one-get-one-free and multi-buy discounts on wine now took effect; the Act also restricted price/advertising promotions around off-licensed premises, brought in age verification checks and a new tax on some licence holders.

NHS Health Scotland was tasked by the Scottish Government to lead the evaluation of Scotland's alcohol strategy through the **Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy (MESAS)** programme and published its first report in 2011. It has been a collaboration between NHS Health Scotland and National Services Scotland Information Services Division. It has published four further annual reports, the most recent in June 2017, and several discrete study reports.

TIMELINE: HOW WE GOT HERE

2012

As part of the research backing up a new Bill, a **Business Regulatory Impact Assessment (BRIA)** was carried out. This found strong evidence from numerous studies conducted in 15 European countries, America, Canada, New Zealand and elsewhere, that levels of alcohol consumption in the population are closely linked to the retail price of alcohol. Put simply, as alcohol becomes more affordable, consumption increases; as consumption increases, harm increases.

Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act - another attempt, this time with a MUP of 50p, was made in 2012 with cross-party support (except for Labour, which abstained with the exception of Malcolm Chisholm MSP who voted in favour); and now the Scottish Parliament passed the Minimum Pricing (Alcohol) (Scotland) Act 2012 into law. However, for six years this Act could not be implemented due to a series of legal challenges brought and funded by global alcohol producers (cf Chapter 5/Page 7)

2014

New drink-driving regulations of 50mg/100ml blood came into force for Scotland

2016

Reset of recommended drinking guidelines of 14 units per week for both men and women by the Chief Medical Officers in Scotland and the UK

2017

15th November: UK Supreme Court ruled that MUP is legal as a proportionate measure in achieving the legitimate public health goal of reducing alcohol harm

2018

1st May: MUP implemented in Scotland

3 Key partners at home and abroad

Some of our partners in Scotland:



... and some of our UK and international collaborators:



Eurocare, MUP and Brussels



European Alcohol Policy Alliance

Eurocare and EPHA were actively involved in the campaign for MUP from an early stage. A first request for a meeting with the European Commission was sent from Eurocare to DG Sante in June 2009 regarding the Scottish proposal for MUP. Eurocare wanted to discuss the possible problems that could arise at EU level when the Scottish Government introduces MUP. There seemed to be a risk of the initiative failing because of competition-related issues. MUP would be an important step forward in the prevention and reduction of alcohol-related harm at national level and Eurocare wanted to make sure it would be supported at EU level. The meeting was held on 1st July 2009, and was well-attended from both the legal department and several other Directorate Generals in the Commission.

This was followed up a year later in **June 2010** at the 4th European Alcohol Policy Conference, with a plenary presentation by the late Evelyn Gillan, then Chief Executive of Alcohol Focus Scotland. The meeting was also addressed by representatives from the World Health Organisation, Eurosafe, APYN and other NGOs. Until the Scottish Parliament passed the Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act in 2012, the campaign focussed on evidence gathering, letter writing and responding to European consultations... but now the alcohol industry sprang into action by lodging a complaint at the Commission. Paul Skehan, then-Director General of spiritsEUROPE, argued that "European law was clear", and that "minimum pricing was an illegal barrier to trade."

When the Scottish proposal was referred to the Commission under the Technical Standards Directive (98/34/EC), ten European Union Member States raised objections to the proposal: France, Italy, Portugal, Spain, Bulgaria, Austria, Germany, Poland, Romania and Denmark. The Commission itself raised concerns and comments against MUP. On **12th September 2012**, the industry organised an event in the European Parliament in Strasbourg, hosted by Conservative MEP Struan Stevenson on 'MUP's unintended consequences for the EU and international trade'.

From **2012–2014**, Eurocare and sympathetic European and UK-based NGOs continued their campaign of letter-writing, evidence-gathering and meetings with political representatives of all parties in Scotland and the UK.

This included a cross-party conference organised by SHAAP at the European Parliament in Brussels, entitled: 'Calling time on Europe's alcohol problems. Using pricing policies to protect public health in Europe. A challenge for democracy?' to which the following speakers contributed: Nick Sheron (Royal College of Physicians London), Tim Stockwell (University of Victoria, BC, Canada), Alex Neil MSP (Scottish Cabinet Minister for Health), Monika Kosinska (Secretary General of EPHA), Franco Sassi (OECD), Henrik Thiesen (FEANTSA), Olivier Hoederman (corporate European Observatory) and Evelyn Gillan (Alcohol Focus Scotland).

In **May 2014**, when the MUP appeal as part of the Scottish Act was referred to the ECJ, Eurocare, EPHA, BMA Europe and SHAAP called a planning meeting to organise NGO health advocacy at European level and coordinate 'model' responses, scoping support, lobbying MEPs, planning MUP advocacy meetings and an international media strategy. The next major event was in September of the same year, called 'Scotland the Brave! Alcohol Policy in Scotland' and held in Brussels. Speakers included Donald Henderson, Head of Public Health at the Scottish Government; Dr Peter Rice, SHAAP Chair; Professor Nick Sheron (see above), Paul Bartlett, Group Marketing Director of the C&C Group and Paul Waterson, Chief Executive of the Scottish Licensed Trade Association. In **November 2014**, the 6th European Alcohol Policy Conference was held, with Neil, Rice and Henderson giving presentations and a representative of PARPA talking about how MUP could be translated into the Polish context.

Throughout **2016**, representations on behalf of MUP continued at all levels of European legislators at regular intervals, culminating in the 7th European Alcohol Policy Conference in November, where the Scottish Government received the 1st European Alcohol Policy Award for its commitment to introduce MUP. Speakers included Thomas Babor (University of Connecticut, USA), Konstantin Vyshinskiy (Federal Medical Research Centre for Psychology and Neurology, Russia), Eric Carlin (Director, SHAAP), Lars Moller (WHO – European office), and David McDaid (London School of Economics).

Our work is not over yet but in the meantime, we wish to thank all our partners in the UK and beyond, who have fought so hard over the past nine years to realise our common aim of implementing minimum pricing policy as one of the WHO's 'best buys' in the efforts to reduce international alcohol harm.

Mariann Skar, Secretary General, Eurocare

4 The evidence for MUP

Research by the School of Health and Related Research at the University of Sheffield was commissioned in 2009 by the Scottish Government to appraise the potential impact of different minimum unit prices for alcohol and increases in alcohol taxation on levels of alcohol consumption, spending on alcohol, Exchequer and retailer revenue, and alcohol-related health outcomes in Scotland among population subgroups as defined by baseline level of drinking and income.

The specific policies analysed in an updated (2016) version of this report were minimum unit price (MUP) policies with thresholds of 30p, 40p, 50p, 60p and 70p per unit of alcohol and alcohol tax increases based on the duty and VAT rates effective from 23rd March 2015. Levels of tax increases were identified which would achieve the same reduction in the following outcomes as a 50p MUP price:

- 1 Annual deaths due to alcohol;
- 2 Annual deaths due to alcohol among hazardous and harmful drinkers;
- 3 Annual deaths due to alcohol among harmful drinkers;
- 4 Annual deaths due to alcohol among hazardous and harmful drinkers in poverty;
- 5 Annual deaths due to alcohol among harmful drinkers in poverty.

The report's main conclusions

Estimates from the April 2016 report: *'Model-based appraisal of the comparative impact of Minimum Unit Pricing and taxation policies in Scotland - An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model'* indicate:

- 1 A 50p minimum unit price would be effective in reducing alcohol consumption among hazardous and, particularly, harmful drinkers. These consumption reductions would lead to reductions in alcohol-related mortality and hospitalisations.
- 2 Moderate drinkers would experience only small impacts on their alcohol consumption and spending as a result of introducing a 50p minimum unit price. This is because they tend to buy alcohol which would be subject to little or no increase in price following introduction of the policy.
- 3 To achieve the same reduction in alcohol-related deaths among hazardous and harmful drinkers as a 50p minimum unit price, a 28% increase in alcohol taxation would be required. Compared to a 50p minimum unit price, a 28% increase in alcohol taxes would lead to slightly larger reductions in alcohol consumption among

moderate and hazardous drinkers but smaller reductions in consumption among harmful drinkers and, particularly, harmful drinkers in poverty. Harmful drinkers in poverty are the group at greatest risk from their alcohol consumption.

- 4 Increases in consumer spending on alcohol would be modest under a 50p MUP and spending would decline for harmful drinkers in poverty. Larger changes in consumer spending would be seen under a 28% tax increase and spending would increase in all groups including among harmful drinkers in poverty.

International experience

Across the world, where minimum pricing has been implemented, experience shows that alcohol harm is reduced. Some US states and Canadian provinces already use various price control measures, including taxation for alcoholic drinks which are much more heavily regulated than in the UK. A series of studies by Stockwell et al in British Columbia between 2002-2009, when there were three increases in minimum prices for beer & four for spirits, found that, in the first year, a 10% increase in average minimum price was associated with a 9% reduction in alcohol-related hospital admissions and a 32% reduction in wholly alcohol-related deaths. [Stockwell T, Thomas G. Is alcohol too cheap in the UK? Setting the case for a Minimum Unit Price for alcohol. Institute of Alcohol Studies 2013].

Scotland will be the first country as a whole to enact minimum unit pricing in 2018 and our experience will be watched carefully by many countries, especially in Eastern Europe and throughout the English-speaking world.

Further reading: BMJ 2017;359:j5372 doi: 10.1136/bmj.j5372 (Published 21 November 2017) - BMJ Editorial, authored by members of the School of Health and Health Research team at the University of Sheffield

5. Legal challenges



The Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012 is an Act of the Scottish Parliament that introduces a statutory minimum price for alcohol, initially 50p per unit, as one element in the strategy to counter alcohol problems. The Act could not take effect because it was subjected to a series of legal challenges by global alcohol producers which lasted over five years:

May 2013

A legal challenge to the minimum pricing legislation by the Scotch Whisky Association (SWA) failed at the Court of Session in Edinburgh. The question to be decided was, whether the policy meets the stipulation of EU law that public health policies restricting the free movement of goods must be appropriate to meet their stated aims, and that these aims cannot be achieved through existing measures that are less restrictive of free trade. The SWA, the Confédération Européenne des Producteurs de Spiritueux and the Comité Européen des Entreprises Vins appealed the judgement with a legal challenge being referred to the Court of Justice of the European Union (ECJ) by the Court of Session.

December 2015

The decision of the ECJ was that such legislation would only be lawful if **alternative, national** policies such as higher taxes would not be effective in protecting public health. Scottish judges were required to consider evidence on this point and the case was referred back to the Scottish courts.

October 2016

The Court of Session in Edinburgh ruled that "The advantage of the proposed minimum pricing system, so far as protecting health and life was concerned, was that it was linked to the strength of the alcohol. Current EU tax arrangements related to different types of product (wine, spirits, beer and cider etc) each of which had a range of alcohol strength....there was evidence which demonstrated that the alternative of increased tax, with or without a prohibition on below-cost sales, would be less effective than minimum pricing." The industry fronted by SWA appealed this judgement once again and it was referred to the Supreme Court of the UK.

November 2017

The Supreme Court, sitting in July, found **unanimously** against the industry's challenge, thereby supporting previous rulings by the Scottish courts and the ECJ in favour of the Scottish Parliament's MUP legislation contained in the Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act 2012.

Note: There is considerable support for MUP within the alcohol industry, particularly among the pub trade and smaller producers. The opposition comes from producers who operate globally and from large retailers, in particular supermarkets, and it has been those large organisations which have dominated the perception of the diverse industry interests. At a European event held by SHAAP in September 2014, industry supporters of MUP from the Scottish Licensed Trade Association and the C&C group which produces Tennent's Lager, spoke of the harm which the proliferation of cheap supermarket alcohol caused to UK business and growth, whilst health experts spoke of the health harm.

6 What the Supreme Court ruling says and what happens next

The Supreme Court ruled that the legislation was 'appropriate' in terms of a national jurisdiction's duty to protect the health and life of its citizens and that 'where the national measure constitutes a breach of the principle of the free formation of selling prices ... , the principle of proportionality requires that the national measure must actually meet the objective of the protection of human health and must not go beyond what is necessary in order to attain that objective'.

The Act was finally implemented in Scotland on **1st May 2018**, initially for six years with a sunset clause after five years, when the outcome of research into the effects/impact of MUP will be presented to the Scottish Parliament, which will then have to decide again on whether to continue with the legislation; otherwise it falls. There is a commitment in the Act to evaluate and report to Parliament, and NHS Health Scotland has commissioned a number of research projects which will include the participation of some treatment services.

Scottish Health Secretary Shona Robison MSP, announcing the date from which MUP will take effect in Scotland, said:

'With alcohol on sale today at just 18 pence a unit, we have to act to tackle the scourge of cheap, high-strength drink that causes so much damage.'

Research shows a minimum unit price of 50 pence would cut alcohol-related deaths by 392 and hospital admissions by 8,254 over the first five years of the policy.'

The evaluation work will look at whether MUP has contributed to reducing alcohol harms and the theory of change for public health; the impact on the alcohol industry

and spending habits of consumers. Specifically it will have to evaluate the impact MUP has on the following areas:

- 1 Compliance
- 2 Impact on price and product range
- 3 Study of small retailers (Commissioned. Led by University of Stirling)
- 4 Impact on population alcohol consumption and attributable health harms
- 5 Impact on those drinking at harmful levels (Commissioned. Led by University of Sheffield)
- 6 Impact on crime, public safety and public nuisance
- 7 Impact on children & young people
- 8 Impact on attitudes to MUP
- 9 Economic impact on the alcohol industry.

The Scottish Government has since consulted publicly on a preferred minimum unit price. SHAAP along with 129 other respondents contributed to the consultation in January 2018: www.parliament.scot/S5_HealthandSportCommittee/General%20Documents/20180226_Final_Consultation_Report.pdf

When the legislation was first proposed in 2009, the unit price was set at 45p and this was updated to 50p in the 2012 Act. The consultation responses showed that almost three-quarters of respondents (74.3%) supported a minimum price of 50p; and 70.0% of those who commented on the proposed price wanted the 50 pence rate to be reviewed after a period of time and then upgraded to account for economic factors such as inflation. This was also SHAAP's position.

What's happening in other parts of the UK and further afield?

Wales

The Public Health (Minimum Price for Alcohol) (Wales) Bill: introduced in autumn 2017, the Welsh Assembly agreed its general principles with a big majority in March 2018. It is currently before the Health Committee and no major amendments are expected. It is hoped to be enacted in summer 2018.

Northern Ireland

Northern Ireland has committed to introducing MUP in line with the Republic of Ireland (see below); but this is now likely to be delayed until NI's current constitutional impasse is resolved...

Ireland

The Public Health (Alcohol) Bill passed its second stage in the Dáil in March 2018 despite intense industry lobbying and will proceed to Committee reading after April. It is hoped to be enacted in summer 2018.

England

The UK Government's position remains that MUP is under review for England pending the outcome in other parts of the UK. Advice from supportive MPs on the Government side is that support from opposition parties, in particular Labour, would be key to any progress in England. However, since the Supreme Court's ruling on MUP, the industry has stepped up its lobbying (behind the scenes) and the government has gone quiet on this issue.

Australia

The government of the Northern Territories has also announced its intention to implement MUP.

The last word for this special edition goes to Dr Eric Carlin, Director of SHAAP:

"It's taken a long time and lots of passion, effort and intelligence from so many people but we made it! Thank you to everyone who has contributed, here, in Europe and globally."

WATCH THIS SPACE!



8th European Alcohol Policy Conference (8EAPC)
**ENLIGHTENED ALCOHOL POLICY
 FOR THE 21ST CENTURY**
 20–21 November 2018, The Royal College of Physicians of Edinburgh, Scotland
 Register your interest here: www.8EAPC.eu

ภาคผนวก

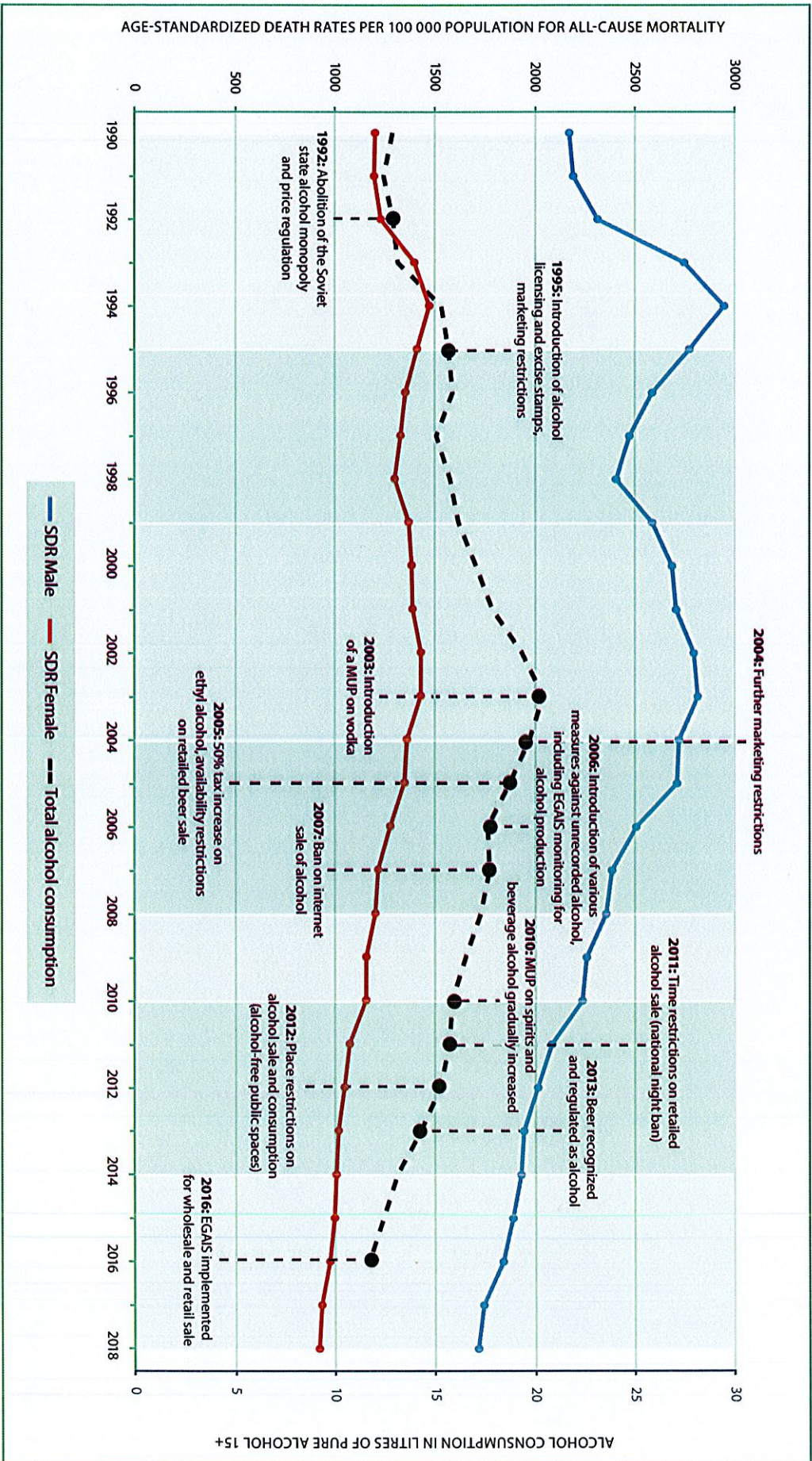
ง

ALCOHOL POLICY IMPACT CASE STUDY

The effects of alcohol control measures on mortality
and life expectancy in the Russian Federation



Fig. 14. Effect of important alcohol control measures in the Russian Federation on total alcohol consumption and all-cause mortality in men and women*



* Left scale: all-cause mortality.
 Right scale: total alcohol consumption.
 Source: *Global status report on alcohol and health, 2018*;²⁴ Manthey et al. (2019);²⁵ Federal State Statistics Service;²⁰
 For the overview of different policy measures and their intensity, please see the policy timeline in Table 2

OVERVIEW OF ALCOHOL CONTROL MEASURES, 1990–2018

1990–1994 PERIOD OF LOOSENING STATE CONTROL: EXISTING ALCOHOL POLICIES ARE REPEALED, NO NEW POLICIES ARE INTRODUCED

1990

Previous time restrictions on the sale of alcoholic beverages imposed by the Gorbachev anti-alcohol campaign are repealed.

1992

Prices on alcoholic beverages are no longer fixed by the government and the state monopoly on the production and sale of alcohol is abolished.

1994

The Soviet network of occupational therapy rehabilitation centres is liquidated; about 150 000 individuals are released from forced treatment without any alternative forms of treatment being offered.

1993–1996

Various organizations use special presidential decrees for tax deduction in order to import large volumes of alcoholic beverages without paying import duties.

1995–2007 RESTRUCTURING AND REGULATION OF THE ALCOHOL MARKET: ALCOHOL CONTROL POLICIES TARGET THE ALCOHOL MARKET

1995

Introduction of Federal Law No. 171 “On State Regulation of Production and Turnover of Ethyl Alcohol, Alcohol and Ethanol-containing Production and Restrictions of Consumption (Drinking) of Alcoholic Products”, the main instrument of alcohol policy, defining the main provisions of alcohol production and alcohol sale.

1998

Further marketing restrictions on spirits

2000

Formation of the Russian Federation’s state-owned alcohol enterprise Rosspirtprom, with the subordination of 200 distilleries and liquor enterprises; one of its main aims is to decrease the proportion of unrecorded alcohol on the market.

2000–2003

Introduction of various generations of excise stamps.

2003

The maximum permissible blood alcohol concentration (BAC) level for drivers is increased from 0.02% to 0.05%.

2004

Penalties for drink-driving are increased.

2004

Advertising restrictions on beer are introduced.

2004/5

Alcohol excise taxes are increased by 50%.

2005/6

Introduction of new alcohol excise stamps, which are harder to falsify, and use of the old stamps is forbidden.

2006

The Unified State Automated Information System (EGAIS) is introduced, which is a new monitoring system to collect data on the volumes of alcohol produced, including use of raw materials and leftovers, as well as on imports of alcoholic beverages.

2005/6

Minimum share capital of producers of ethyl alcohol and spirits is significantly increased.

2006

New obligatory denaturing additives (gasoline, kerosene, crotonaldehyde and denatonium benzoate) are introduced; usage of the previously used ineffective denaturing additives is forbidden to prevent misuse of surrogate alcohol.

2005/6

As a result of EGAIS and the increased minimum share capital regulation, small producers of alcohol, who are more often engaged in the production of undeclared/counterfeit alcoholic products, are pushed out of the market.

2006

New restrictions on alcohol advertising are imposed, especially on billboards in public spaces.

2006

Regional authorities are given the right to impose restrictions on hours of off-premises sales of alcoholic beverages containing more than 15% alcohol and to determine the minimum share capital for retail sellers.

2007

A list of alcohol-containing perfumery and cosmetic products is approved, which are exempted from Federal Law No. 171 on alcohol regulation and thus from taxation and EGAIS monitoring; this allows misuse of these products as surrogate alcohol.

2007–2013 FORMATION OF A LONG-TERM STRATEGY TO REDUCE HARMFUL USE OF ALCOHOL: ALCOHOL CONTROL POLICIES TARGET THE INDIVIDUAL CONSUMER

2007

Formation of the public association Centre for Development of a National Alcohol Policy, which advocates for legislative measures to reduce the overall level of alcohol consumption in the population.

2008

Formation of the Federal Service for Alcohol Market Regulation (Rosalkogolregulirovanie), with a mandate to develop state policies in the field of production and turnover of ethyl alcohol and alcoholic beverages and the right to control the implementation of alcohol policies.

2008

The maximum permissible BAC level for drivers is lowered from 0.05% to 0.03%.

2009

EGAIS is redirected to the Federal Service for Alcohol Market Regulation, which decides to additionally develop and deploy it for the retail sale of alcoholic beverages (including beer) in order to monitor the whole supply chain.

2009

Penalties for drink-driving are harshly increased, especially for cases that result in the injury or death of another person.

2009

The Civic Chamber of the Russian Federation publishes a report on the consequences of alcohol misuse in the population and suggests evidence-based countermeasures.

2009

The Russian government presents a strategy paper to reduce harmful use of alcohol/alcohol-related harm and to prevent alcoholism at population level for the period 2010–2020. Reducing the availability of alcohol and raising prices are suggested as the main measures, alongside suggestions to change drinking patterns, promotion of a healthy lifestyle and early interventions.

2010

Zero BAC tolerance for drivers is adopted.

2010

Minimum prices of spirits and beverage ethyl alcohol increase gradually from 2010 (with the exception of 2015, when prices fell temporarily).

2011/12

Restrictions are imposed on alcohol sale locations, as well as on spaces where alcohol consumption is allowed.

2011

A federal ban on off-premises sales of alcoholic beverages between 23:00 and 08:00 is introduced; regions are allowed to enforce longer bans.

2012

A ban on beer sales in kiosks is introduced.

2013

Beer is recognized as an alcoholic beverage subject to Federal Law No. 171.

2013

Fines and penalties for drink-driving are increased.

2014–2018 DEVELOPMENT OF HEALTHY LIFESTYLES IN THE POPULATION: ALCOHOL CONTROL POLICIES BECOME PART OF A NATIONAL PLAN TO REDUCE MORTALITY FROM NONCOMMUNICABLE DISEASES (NCDS)

2014

The national programme “Health Development” is approved by a government decree, setting the foundations for a system of monitoring harmful use of alcohol and promoting healthy lifestyles in the population at national and regional levels.

2014

Formation of the Governmental Commission for Raising Competitiveness of and Regulating the Alcohol Market. A task force is established within this commission.

2015

Penalties for drink-drivers who are repeat offenders are increased.

2015

The action plan (roadmap) to stabilize the situation amid competing developments on the alcohol market is approved.

2016

A minimum unit price on sparkling wine is introduced.

2016

An expert advisory group of WHO representatives, international consultants and leading Russian experts develops a train-the-trainer toolkit for delivering screening and brief intervention for hazardous and harmful alcohol use in the Russian Federation. The development of the toolkit is the beginning of an international effort to implement the WHO Screening and Brief Intervention for alcohol strategy in the Russian Federation.

2017

The Ministry of Health publishes a draft of the inter-departmental Strategy for the Formation of a Healthy Lifestyle, Prevention and Control of Noncommunicable Diseases for the Period up to 2025, which takes into account evidence-based WHO recommendations and guidelines to prevent and control NCDs. The documents state that the current alcohol control measures are insufficient and calls for additional actions: to further raise alcohol prices, to reduce availability of alcoholic beverages by limiting places and hours of sale, and to limit alcohol advertising, especially among children and young people.

2017

The national priority project "Formation of a Healthy Lifestyle" is launched. The key goal of the project is to produce a stepwise increase in the proportion of

citizens committed to a healthy lifestyle to 50% by 2020 and to 60% by 2025.

2018

The presidential decree "On National Purposes and Strategic Development Challenges of the Russian Federation until 2024" is issued to facilitate the achievement of the development goals for the Russian Federation for the period up to 2024, including in the field of public health. The aim is to increase life expectancy to 78 years by 2024 and to 80 years by 2030, as well as the proportion of citizens leading a healthy lifestyle and systematically engaging in physical activities and sports.

2018

The maximum BAC level for drivers is again set at the level of 0.03%, taking into account measurement errors occurring in the field.

Time period	Hypotheses
<p>1990–1994</p> <p>1990 Hours of sale for alcohol are extended, repealing previous restrictions on physical availability of retailed alcohol that were introduced as part of the Gorbachev anti-alcohol campaign in 1985.</p> <p>1992 Abolition of the Soviet state monopoly on alcoholic products and state price regulation; real price of alcohol decreases. Period of decreasing gross domestic product (GDP).</p>	<p>No or ineffective measures; loosening of measures that existed in the Soviet Union.</p>
<p>1995–1998</p> <p>1995 Federal Law No. 171 on alcohol (licensing of producers and sellers, limits on imports, ban on sale of spirits in kiosks).</p> <p>1995 Federal Law No. 108 on advertising: restrictions on alcohol advertisement.</p> <p>1995 Introduction of excise stamps.</p> <p>1996 Introduction of special anti-counterfeit stamps.</p> <p>1997 Sale of alcoholic beverages with an alcohol content > 12% is forbidden in kiosks and smaller retail outlets.</p> <p>1997 New excise stamps.</p> <p>1998 Further restrictions on alcohol advertisement; new excise stamps. Through entire period GDP decrease levelled off.</p>	<p>Intense activity; implementation of evidence-based alcohol policies.</p>
<p>1999–2003</p> <p>2000 Introduction of excise stamps imported from CIS (Commonwealth of Independent States) countries.</p> <p>2000 Formation of Rosspirtprom, a state-owned distillery enterprise with about 60% market share.</p> <p>2003 Increasing the maximum permissible blood alcohol concentration (BAC) from 0.2 ppm to 0.5 ppm.</p> <p>2003 MUP for vodka is introduced (not adjusted for inflation for the next years). Through entire period, increases in GDP.</p>	<p>No or few evidence-based alcohol measures, but restructuring of the alcohol market takes place. Loosening of drink-driving legislation.</p>
<p>2004–2007</p> <p>2004 Further restrictions on beer advertising and introduction of health warnings; penalties for drink-driving increased.</p> <p>2005 50% tax increase on ethyl alcohol; restrictions on beer sales and consumption.</p> <p>2006 Introduction of mandatory denaturing agents; new excise stamps; the EGAIS system for alcohol producers; regional restrictions on time of alcohol sales; restrictions on alcohol advertisement; special requirements for alcohol producers to obtain licences.</p> <p>2007 Sale of alcoholic beverages over the</p>	<p>Very intense activity; introduction of various evidence-based measures, mainly targeting unrecorded alcohol.</p>

<p>2010–2013</p> <p>2010 Zero BAC tolerance introduced.</p> <p>2010 Gradual increase in excise taxes on alcoholic beverages at a pace exceeding inflation.</p> <p>2010 MUP for vodka is raised and a long-term strategy for increasing MUP for spirits (>28% alcohol content) and beverage ethanol is adopted (effective from January 2011).</p> <p>2011 Nationwide time restrictions for off-premises alcohol sales (night ban 23:00–08:00); regions can have longer bans; further restrictions on alcohol advertising. Restrictions on certain locations where alcohol can be sold and consumed (e.g. public transport, stadiums).</p> <p>2012 Further restrictions on locations of alcohol sale and ban on public consumption; new excise stamps; ban on alcohol advertising on the internet.</p>	<p>Very intense activity; introduction of various evidence-based measures, mainly targeting availability and affordability (pricing measures) of alcohol.</p>	<p>Mortality rates decreased significantly for all three dependent variables, again more than twice as much for men (–1.2 per 100 000 per year) as for women (–0.5 per 100 000 per year).</p> <p>Introduction of new intense evidence-based alcohol control measures contributed to decrease in sex-specific mortality rates.</p>
--	--	---

<p>2015 Advertising of domestic wine is allowed again (certain conditions apply).</p> <p>2015 MUP for vodka is not raised but decreased.</p> <p>2015 Alcohol excise tax is frozen.</p>	<p>policies (MUP long-term strategy abandoned).</p>	
<p>2016 MUP for vodka is raised again, but at a lower level compared to 2013; MUP for sparkling wine is introduced.</p> <p>2016 Implementation of EGALS for wholesale and retail sales.</p> <p>2017–2018 Temporary ban on sale of nonbeverage alcoholic products (surrogates); permanent ban on products with an alcohol volume >28% (in 2018).</p> <p>2018 Anti-counterfeit legislation is introduced.</p> <p>2018 Increase of the maximum permissible BAC while driving to 0.3ppm.</p> <p>2016–2018 MUP for spirits and sparkling wine, as well as excise tax on all alcoholic beverages, is raised again, but the real-price</p>	<p>Further introduction of measures, mainly targeting unrecorded alcohol. MUP long-term strategy reinstated.</p>	<p>Continued decreases in mortality rates, albeit a bit slower overall, for all three dependent variables; again, more than twice as much for men (–1.1 per 100 000 per year) as for women (–0.4 per 100 000 per year).</p> <p>Introduction of mixed, but overall positive, alcohol control policies were associated with an overall flattening of decreases in mortality rates.</p>

Russia's alcohol policy: a continuing success story

Russians are officially drinking less and, as a consequence, are living longer than ever before: life expectancies reached an historic peak in 2018—almost 68 years for men and 78 years for women—according to a WHO report examining the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in Russia. The document's release, on Oct 1, coincided with a meeting in Prague (Czech Republic) of representatives from the 53 countries of the WHO European Region, who met to consider the levels of implementation of both the global strategy to reduce the harmful use of alcohol and the European Action Plan on Alcohol (EAPA).

Russia—historically considered one of the heaviest-drinking countries in the world—now stands as an example of how a long-term strategy using stringent policy reforms targeting both alcohol production and individual consumption can reverse the devastating effects of alcohol on a nation.

In the early 1990s, data showed that one in two men of working age would die prematurely because of alcohol, with life expectancy in men reaching an absolute low of 57 years in 1994. Total adult per capita alcohol consumption increased between 1991 and 2003: this rise coincided with the dissolution of the Soviet Union, in 1991, and a total liberalisation of alcohol prices. In 1995, the government slowly introduced alcohol production control measures, including Federal Law number 171, and restrictions on licensing and advertising, with limited success.

In 2003, Russia reached its all-time high: the total adult per capita alcohol consumption was 20.4 L. This peak coincided with almost half of all deaths in working-age men, in a typical Russian city, being attributed to hazardous drinking. However, from this time onwards, substantial drops in total adult per capita alcohol consumption—specifically because of reductions in drinking of spirits and so-called unrecorded beverages such as home brews and illegal drinks—occurred as a result of the staggered implementation of expanding government alcohol policies. Marketing restrictions, monitoring alcohol production, a ban on internet alcohol sales, and a 50% tax increase on ethyl alcohol were among several actions undertaken between 2004 and 2007.

Since 2011, Russia has taken an active role in implementing the recommendations of the EAPA to reduce the harmful use of alcohol by further increasing excise taxes, raising the minimum unit price of alcohol, and substantially reducing the availability of retail alcohol.

As a result of government actions, the period from 2003 to 2017 saw the prevalence of alcohol dependence in patients registered in state-run treatment services fall by 38%, the prevalence of harmful use of alcohol drop by 54%, and the prevalence of alcoholic psychosis reduce by 64%. Additionally, cardiovascular deaths, which are thought to mirror changes in per capita alcohol consumption, showed a decline of 48% in men and 52% in women during the same period. And homicides, suicides, and deaths from transport accidents—all further indirect indicators of the effects of alcohol consumption—decreased by 56% in both sexes during this time.

Success has been achieved with measures targeting price, availability, and the marketing of alcohol, operating at both the consumer and producer levels, as well as laws aiming to curb dangerous practices, such as drink-driving, and legislation promoting a healthy lifestyle. Other explanations—including stress associated with the transition from Soviet economies to capitalism, availability of food, smoking levels, and quality and provision of health and social care—have been mooted as being responsible for the fluctuations in life expectancy and mortality since 1990, says the report. Undoubtedly, these factors have to some extent contributed, but, the report concludes, it is alcohol that has played a central part in these dramatic changes.

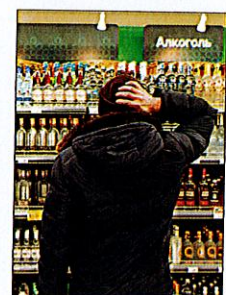
Russians are still far from being teetotal: a pure ethanol per capita consumption of 11.7 L, reported in 2016, means consumption is still one of the highest worldwide, and efforts to reduce it further are required. Fortunately, it appears that Kremlin strategists are continuing to look at ways to build upon their achievements because in December, 2019, the minimum drinking age will be raised to 21 years. Russia's sustained efforts to tackle high levels of alcohol consumption per capita over the past 30 years are to be welcomed and offer much for the countries in the WHO European region (and elsewhere) to learn from. ■ *The Lancet*



Artem Gerasimov / iStock Images

For the WHO report on alcohol policy see <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/alcohol-policy-impact-case-study-the-effects-of-alcohol-control-measures-on-mortality-and-life-expectancy-in-the-russian-federation-2019>

Alcohol and health: time for an overdue conversation



For more on the NIAAA report see *Alcohol Clin Exp Res* 2020; 44: 178–87

For more on the burden of alcohol see *Articles Lancet Public Health* 2020; 5: e51–61

For more on global alcohol consumption see *Articles Lancet* 2019; 393: 2493–502

For more on the ComRes survey see *Health Policy Lancet* 2020; 395: 226–39

For a synthesis of evidence for alcohol control policies see *Review Lancet* 2017; 389: 1558–80

For WHO's "best buys" for prevention and control of non-communicable diseases see <https://www.who.int/ncds/management/best-buys/en/>

For more on alcohol policies in Russia see *Editorial Lancet* 2019; 394: 1205

For more on minimum unit pricing in Scotland see *Editorial Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018; 3: 1

According to a new report from the US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 944 880 people aged 16 years or older in the USA died from alcohol-related causes between 1999 and 2017. During this period, the age-adjusted death rate from alcohol increased from 16.9 to 25.5 per 100 000; nearly a third of alcohol-related deaths were from liver disease. The largest increase in deaths due to alcohol-related chronic conditions was in young people aged 25–34 years. But young people are not the only demographic of concern; the NIAAA report indicates that although most deaths due to alcohol over the study period were in men (76.4%), a greater increase was noted in women than in men.

While these NIAAA data are striking, they add to steadily accumulating evidence of a global problem. An analysis of the burden of alcohol by Kevin Shield and colleagues estimates that there were 3.0 million alcohol-attributable deaths and 131.4 million disability-adjusted life-years globally in 2016, both increased versus estimates for 2000. Against this backdrop, consumption continues to increase; between 1990 and 2017, global consumption of alcohol in adults rose from 5.9 L to 6.5 L per head per year and is forecast to reach 7.6 L per head by 2030. Although some countries showed signs of decreasing consumption, the global increase is largely driven by a marked growth in use in lower-middle-income countries.

Alcohol is a major risk factor for many deaths due to communicable, maternal, perinatal, and nutritional diseases, non-communicable diseases, and injury. Alcohol contributes substantially to the burden of liver disease; indeed, Shield and colleagues estimate that, besides alcohol use disorders, the condition with the largest population attributable fraction (PAF) for alcohol is cirrhosis of the liver, with a PAF of almost 50%. And yet, public awareness and understanding of liver disease remains poor—for instance, in a recent ComRes survey, more than two-thirds of British adults polled thought (incorrectly) that the burden of liver disease in the UK was falling. Misconceptions about alcohol misuse were also common: while almost 90% recognised that alcohol was one of the major causes of liver disease, only 16% of those polled correctly identified the official recommended number of units of alcohol per week that constituted low-risk drinking.

Strategies to control alcohol consumption are essential. While efforts to increase individual responsibility can improve awareness by, for instance, providing information and education, they are not enough to effect long-term behavioural change. Population-based measures are also needed to tackle the commercial and structural drivers of the problem. Substantial evidence exists for effective alcohol control policies; those that affect price, availability, and marketing of alcohol are recognised in WHO's "best buys" for interventions to reduce the harmful use of alcohol.

Russia's experience with alcohol control policies provides an example of the impact of such efforts. Alcohol was a major contributor to a mortality crisis in the 1990s and 2000s that saw life expectancy for men hit an absolute low, in recent history, of 57 years, with around half of men of working age expected to die prematurely from alcohol-related causes. In 1995, the government introduced Federal Law number 171, which brought into effect state regulation of production and trade in alcohol. Over time, other measures—eg, marketing restrictions, monitoring of production, a ban on internet sales, a 50% tax increase on ethanol, increased minimum unit price for vodka and other spirits, and substantially reduced retail availability—have been introduced. Total adult per-head consumption of alcohol fell from 20.4 L in 2003 to 11.7 L in 2016, and life expectancy hit an all-time high of 68 years for men and 78 years for women in 2018. While alcohol consumption is still high and further efforts are required, progress has been remarkable.

Elsewhere, analysis of the effects of the introduction of minimum unit pricing in Scotland in May, 2018, on disease severity and mortality is eagerly awaited. A 2019 report found that sales of alcohol decreased by 3% in 2018, compared with an increase of 2% in England, with modelling studies suggesting that minimum unit pricing was associated with a reduction in weekly alcohol purchases of almost 10 g per adult per household. While population-level policy initiatives may be seen by some as overprotective and unduly interfering with personal choice, they may just help trigger an overdue conversation about alcohol and the complex cultural and societal factors that contribute to its effects on health. Such frank discussion about alcohol and its role in society is long overdue. ■ *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*

ภาคผนวก

จ

The impact of a minimum unit price on wholesale alcohol supply trends in the Northern Territory, Australia

Nicholas Taylor,¹ Peter Miller,¹ Kerri Coomber,¹ Michael Livingston,² Debbie Scott,³ Penny Buykx,⁴ Tanya Chikritzhs⁵

Globally, alcohol consumption ranks third as a preventable cause of disease and disability accounting for at least three million deaths, many among young people, and more than 5% of disability-adjusted life years annually.¹ The largest proportion of this burden arises from heavy or harmful drinking, whether that occurs as high average daily use or irregular heavy drinking occasions.² Effects of heavy drinking extend well beyond the drinker, eroding the wellbeing and safety of others across many aspects of everyday life including family, neighbourhood, workplace, transport, shared public spaces and society at large.³ The extent and magnitude of negative health and social outcomes varies enormously between populations. Some of the starkest disparities occur between geographically, economically, socially and culturally diverse communities living within the same country.^{4,5}

In Australia, an estimated three-quarters of all alcohol consumed is attributable to the top 20% of heaviest drinkers.⁶ Alcohol use and attributable harms are highest in the Northern Territory (NT),⁷ where the social cost is an estimated AU\$1.4 billion annually.⁸ About one-third of Territorians are Indigenous (3% nationally) and most (80%) live in remote and very remote areas with high levels of socioeconomic disadvantage.⁹ Among them, alcohol-attributable death rates are up to ten times higher than the national average. For non-Indigenous Territorians, the alcohol-

Abstract

Objective: The Northern Territory (NT) Government introduced a minimum unit price (MUP) of \$1.30 per standard drink (10g pure alcohol) explicitly aimed at reducing the consumption of cheap wine products from October 2018. We aimed to assess the impact of the NT MUP on estimates of beverage-specific population-adjusted alcohol consumption using wholesale alcohol supply data.

Methods: Interrupted time series analyses were conducted to examine MUP effects on trends in estimated per capita alcohol consumption (PCAC) for cask wine, total wine and total alcohol, across the NT and in the Darwin/Palmerston region.

Results: Significant step decreases were found for cask wine and total wine PCAC in Darwin/Palmerston and across the Northern Territory. PCAC of cask wine decreased by 50.6% in the NT, and by 48.8% in Darwin/Palmerston compared to the prior year. PCAC for other beverages (e.g. beer) were largely unaffected by MUP. Overall, PCAC across the Territory declined, but not in Darwin/Palmerston.

Conclusion: With minimal implementation costs, the Northern Territory Government's MUP policy successfully targeted and reduced cask wine and total wine consumption. Cask wine, in particular, almost halved in Darwin/Palmerston where the impact of the MUP was able to be determined and considering other interventions.

Implications for public health: Implementation of a minimum unit price for retail alcohol sales is a cost-effective way to reduce the consumption of high alcohol content and high-risk products, such as cheap cask wine.

Key words: alcohol, liquor, cask wine, floor price, minimum unit price, supply, time series analysis

attributable death rate is about twice the national average.⁷ Over the past 30 years, many strategies have been implemented to address the unacceptably high level of alcohol problems in the Territory.¹⁰ The most recent of these, and the focus of this study, is a government-legislated, territory-wide minimum unit price (MUP) for the retail sale of alcohol.

Population-wide strategies aimed at reducing alcohol-related harm by increasing the price of alcoholic beverages are considered highly effective.^{11,12} Large independent meta-analyses have estimated that a 10% overall increase in retail price for alcohol (delivered via tax) reduces demand by about 5%.¹³ Almost always delivered in the form of taxation changes, the success of price-based

1. School of Psychology, Deakin University, Victoria

2. Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Victoria

3. Monash University; Turning Point Alcohol and Drug Centre, Victoria

4. School of Humanities and Social Science, The University of Newcastle, New South Wales

5. National Drug Research Institute, Curtin University, Western Australia

Correspondence to: Mr Nicholas Taylor, School of Psychology, Faculty of Health, Deakin University, Locked Bag 20001, Geelong, VIC, 3220; e-mail: nicholas.t@deakin.edu.au

Submitted: July 2020; Revision requested: September 2020; Accepted: October 2020

The authors have stated they have no conflict of interest.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

Aust NZ J Public Health. 2021; 45:26-33; doi: 10.1111/1753-6405.13055

Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses

Peter Anderson, Amy O'Donnell, Eileen Kaner, Eva Jané Llopis, Jakob Manthey, Jürgen Rehm



Summary

Background As a policy option to reduce consumption of alcohol and the harm it does, on May 1, 2018, Scotland introduced a minimum price of 50 British pence (p) per unit of alcohol (8 g) sold; Wales followed suit on March 2, 2020, with the same minimum unit price (MUP). We analysed household purchase data based on bar codes to assess the impact of these policy options in the medium term for Scotland and in the immediate term for Wales.

Methods For these location-controlled, interrupted time series regression analyses, the data source was Kantar WorldPanel's household shopping panel, which, at the time of our analysis, included 35 242 British households providing detailed information on 1·24 million separate alcohol purchases in 2015–18 and the first half of 2020. With no data exclusions, we analysed the impact of introducing MUP in Scotland, using purchases in northern England as control, and in Wales, using western England as control. The studied changes associated with MUP were price paid per gram of alcohol purchased, grams of alcohol purchased, and amount of money spent on alcohol.

Findings In Scotland, price increases and purchase decreases following the introduction of MUP in 2018 were maintained during the first half of 2020. The difference between Scotland and northern England in 2020 was a price increase of 0·741 p per gram (95% CI 0·724–0·759), a 7·6% increase, and a purchase decrease of 7·063 g per adult per household per day that an alcohol purchase was made (6·656–7·470), a 7·7% decrease. In Wales, the introduction of MUP led to similar results. The difference between Wales and western England was a price increase 0·841 of 0·841 p per gram (0·732–0·951), an 8·2% increase, and a purchase decrease of 7·052 g per adult per household per day that an alcohol purchase was made (6·463–7·640), an 8·6% decrease. For both Scotland and Wales, reductions in overall purchases of alcohol were largely restricted to households that bought the most alcohol. The introduction of MUP was not associated with an increased expenditure on alcohol by households that generally bought small amounts of alcohol and, in particular, those with low incomes. The changes were not affected by the introduction of COVID-19 confinement in the UK on March 26, 2020.

Interpretation The evidence base supporting the positive, targeted impact of MUP is strengthened by the comparable results for Scotland and Wales. The short-term impact of MUP in Scotland during 2018 is maintained during the first half of 2020. MUP is an effective alcohol policy option to reduce off-trade purchases of alcohol and should be widely considered.

Funding None.

Copyright © 2021 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Introduction

Alcohol use is a leading risk factor for ill-health and premature death.¹ Although there is a global target to reduce the harmful use of alcohol by 10% between 2010 and 2025,² analyses indicate that this target will not be met.³ Thus, there is a need to step up government action by implementing the five high-impact strategies⁴ of the WHO SAFER initiative: (1) strengthen restrictions on alcohol availability; (2) advance and enforce drink driving countermeasures; (3) facilitate access to screening, brief interventions, and treatment; (4) enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion; and (5) raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies, such as the introduction of a minimum price per gram of alcohol sold.⁵

Minimum unit price (MUP) is a pricing policy that sets a strength-based threshold price for alcohol products, below which they cannot be legally sold.⁶ Drinkers at the greatest risk of harm tend to consume the cheapest alcohol,⁷ particularly from shops and supermarkets, where prices are lowest;⁸ thus, MUP specifically targets low-cost products.⁹ Econometric modelling studies suggest that MUP is likely to produce greater reductions in the harm done by alcohol than either taxation on a volumetric basis (based on product strength or ethanol content) or an ad-valorem basis (proportionate to product value),¹⁰ because it prevents producers and retailers from absorbing some of the tax increases by further reducing prices.¹¹

MUP has, for several decades, been implemented and adjusted in several provinces in Canada⁶ and in some

Lancet Public Health 2021

Published Online

May 28, 2021

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00052-9)

See Online/Comment

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00095-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00095-5)

Population Health Sciences

Institute, Newcastle

University, Newcastle upon

Tyne, UK (Prof P Anderson MD,

A O'Donnell PhD,

Prof E Kaner PhD); Faculty of

Health, Medicine and Life

Sciences, Maastricht

University, Maastricht,

Netherlands (Prof P Anderson,

E J Llopis PhD); Institute for

Mental Health Policy Research,

Centre for Addiction and

Mental Health, Toronto, ON,

Canada (E J Llopis,

Prof J Rehm PhD); ESADE

Business School, Ramon Llull

University, Barcelona, Spain

(E J Llopis); Institute of Clinical

Psychology and Psychotherapy,

Technische Universität

Dresden, Dresden, Germany

(J Manthey PhD, Prof J Rehm);

Center for Interdisciplinary

Addiction Research,

Department of Psychiatry and

Psychotherapy, University

Medical Center

Hamburg-Eppendorf,

Hamburg, Germany (J Manthey,

Prof J Rehm); Department of

Psychiatry, Medical Faculty,

University of Leipzig, Leipzig,

Germany (J Manthey); Dalla

Lana School of Public Health,

Institute of Medical Science,

and Department of Psychiatry,

University of Toronto, Toronto,

ON, Canada (Prof J Rehm);

Campbell Family Mental Health

Research Institute, Centre for

Addiction and Mental Health,

Toronto, ON, Canada

(Prof J Rehm); IM Sechenov

First Moscow State Medical

University (Sechenov

University), Moscow, Russian

Federation (Prof J Rehm)

Correspondence to:
 Prof Peter Anderson, Population
 Health Sciences Institute,
 Newcastle University, Newcastle
 upon Tyne NE2 4AX, UK
 peteranderson.mail@gmail.
 com

Research in context

Evidence before this study

A search of Web of Science with the search term “alcohol AND (minimum price* OR minimum unit) AND effect*”) for articles published between Jan 1, 2010, and Jan 31, 2021, with no language restrictions, resulted in 130 studies, eight of which reported results of empirical analyses (two in Scotland, five in Canadian provinces, and one in an Australian territory) of the impact of minimum unit price (MUP) on alcohol consumption and health outcomes. The evidence indicates that new implementation of MUP and changes in the level of MUP are associated with reductions in alcohol consumption and with declines in alcohol-attributable health burden. Our own previous work suggested that the introduction of MUP in Scotland on May 1, 2018, was associated with an immediate reduction in the amount of off-trade alcohol that households purchased. What we do not know is if the impact in Scotland is sustained over a longer period and if similar findings pertain to Wales, which introduced MUP on March 2, 2020. There are few data as to the extent to which MUP impacts the households that generally buy the most alcohol and whether MUP increases the expenditure on alcohol among households that generally buy small amounts of alcohol, particularly those with low incomes.

Added value of this study

In this study, we address whether or not the impact of the introduction of MUP in Scotland on May 1, 2018, was maintained 2 years later, whether the introduction of MUP in Wales on March 2, 2020 has had an immediate impact on reducing the amount of alcohol (expressed in grams) purchased, whether lockdown restrictions due to COVID-19 impacted the effects of MUP, and whether households that buy small amounts of alcohol, particularly those with low incomes, increase their expenditure on alcohol following the introduction of MUP.

Implications of all the available evidence

Given the consistent results for both Scotland and Wales, the introduction of a MUP for sold alcohol appears to be an effective policy option that is associated with reductions in the numbers of grams purchased, particularly by households that purchase larger amounts, with no increase in expenditure on alcohol by households that generally buy small amounts of alcohol. Future work should assess the impact of introducing MUP in Scotland and Wales on actual consumption (as opposed to purchases) and on health outcomes.

countries of the former Soviet Union.¹² Scotland was the first country in the EU to implement a MUP of 50 British pence (p) per unit (8 g) of alcohol sold (6.25 p per gram) on the May 1, 2018,¹³ following several years of delay, due to legal challenges by the alcohol industry.¹⁴ On the basis of the findings of a 5-year independent evaluation led by NHS Health Scotland, the Scottish Parliament will vote on whether to continue implementation of MUP in March, 2023.¹⁵ Wales introduced a MUP of 50 p per unit of alcohol sold on the March 2, 2020. England withdrew its commitment to introduce MUP in 2013,¹⁶ with political concerns expressed regarding the potential adverse effect of MUP on increasing expenditure on alcohol among light drinkers, particularly those with less disposable income.¹⁷ England, Scotland, and Wales have devolved responsibilities in implementing MUP. Because two of the jurisdictions have implemented MUP, and the third has not, we have an opportunity for natural policy experiments, defined by the UK Medical Research Council as evaluations of health-associated outcomes in which “exposure to the event of intention of interest has not been manipulated by the researcher”.¹⁸ Additionally, there have been no other alcohol policy regulatory measures put in place since the introduction of the MUPs that could confound outcomes of the natural experiments.

By use of household purchase data available for 2015–18, our own previous work suggested that the initial introduction of a MUP in Scotland increased the price of off-trade purchased alcohol by 0.64 p per gram (a 7.9% increase) and decreased off-trade purchases of alcohol by an average of 9.5 g per weekly purchases

per adult per household (a 7.6% decrease), compared with England, during the first 7 months after implementation.¹⁹ By use of similar purchase data that we obtained for the first half of 2020, we have also shown that, although COVID-19 lockdown measures introduced on March 26, 2020, increased household purchases of alcohol, there were no changes in overall alcohol purchases across Great Britain as a whole when accounting for on-trade alcohol purchases.²⁰ In this study, our objectives were to provide new evidence, by considering the mid-term effects of the Scottish MUP policy, provide the first evaluation of immediate MUP effects in Wales, and assess the extent to which any observed effects were sustained during the COVID-19 lockdown introduced on March 26, 2020.

Methods

Study design and data source

We did location-controlled, interrupted time series regression analyses of the mid-term impact of the introduction of MUP on Scottish household purchases, using purchases made by northern English households (those in the regions of North-West England, North-East England, and Yorkshire and the Humber) as a control, the immediate impact of the introduction of MUP on Welsh household purchases, using purchases made by western English households (those in the regions of North-West England, South West England, and West Midlands) as a control, and whether or not the changes were affected by the introduction of COVID-19 lockdown. We hypothesised that the short-term reduction in purchases of grams of

alcohol previously found¹⁹ would be maintained in the mid-term in Scotland, that MUP implemented in Wales would be associated with similar reduced purchases of grams of alcohol, and that the MUP-attributable changes using location controls (ie, differences between Scotland and northern England and between Wales and western England) would be unaffected by COVID-19 lockdown measures. We analysed immediate and level changes in purchases, rather than changes in trends, in-line with the findings of our previous analysis.¹⁹

Our data source was Kantar Worldpanel's household shopping panel. This panel comprises around 30000 British households at any one time, recruited through stratified sampling, with targets set for region, household size, age of main shopper, and occupational group. The same households provide longitudinal data over time, although there is movement of households, with some households leaving and others joining. In general, the panel remains representative of households in Great Britain as a whole. In the dataset we had, the average time between the first and last recorded alcohol purchase was just under 15·8 months per household for the years 2015–18. Kantar Worldpanel offers vouchers from high street retailers as compensation for participation. Households provide demographic information when joining the panel (age of the main shopper, number of adults in the household, income, social class, and life stage), followed by annual updates. Households record all off-trade purchases from all store types, including internet shopping, brought back into the home using barcode scanners. Households document all purchases, irrespective of where that purchase was made, including any cross-border shopping; the dataset does not include information on where the actual purchase was made (eg, in which supermarket in which town): To be included in Kantar Worldpanel's final datasets, households must meet quality control criteria (meeting thresholds for data recording and purchasing volume or spend [based on household size] every 4 weeks), with some 90–95% of households included.²¹ Panellists also upload digital images of check-out receipts, which Kantar Worldpanel uses to verify the accuracy of scanner data and to match the price paid to the purchase record. Where no receipts are available, prices are taken from centralised databases of store-specific and product-specific prices.

Procedures

From Kantar Worldpanel's household shopping panel, we obtained raw data on take-home purchases of alcohol products in Great Britain for the 4 years covering 2015–18, on which we have previously reported¹⁹ and for the first half of 2020 (to July 12), for which we have also reported on the impact of COVID-19 mitigation measures.²⁰ Data for 2019 were not available. The data we obtained had no missing values, with the exception of household income. 14·9% of households did not provide household income data, but this proportion did not differ by period (14·9%

in 2015–18, 14·9% in 2020), and slightly differed by geographical area (15·6% in Scotland, 14·6% in northern England, 14·4% in Wales, and 15·1% in western England).

Alcohol purchases are recorded daily. For each individual purchase, the data include the type and volume of the purchase using 19 drink categories, the brand, the price paid, and the alcohol by volume. The volume purchased was combined with alcohol by volume to calculate grams of alcohol purchased. To compare prices across all categories of products (beer, wine, spirits etc), we calculated the price paid per gram of alcohol purchased (appendix p 5).

We grouped households into five groups on the basis of the age of the main shopper, five social class groups based on the National Readership Survey,²² and, creating similar sized groups of numbers of households, five household income groups and five groups of the number of grams of all alcohol regularly purchased. We grouped households into Scotland and northern England for analysis of the impact of Scottish MUP and into Wales and western England for analysis of the impact of Welsh MUP. We selected these English regions as controls because of their geographic proximity and relative cultural similarity to the focus countries.

We prepared the daily data for the interrupted time series analyses by, for any day that a household bought alcohol, summing the amount of alcohol purchased in grams, divided by the number of adults in the household; then, for each day, we calculated the mean of the sum of purchases across all households. In other words, the mean is for any day that any household made a purchase. To check that households did not change the frequency with which they made an alcohol purchase over time, we also calculated the number of days between each alcohol purchase for all households. For price, we took the mean price paid per gram of pure alcohol per purchase per household per day across all households. We also calculated the total amount spent (expenditure) on alcohol per adult per household on any day that the household bought alcohol, across all households.

For all three datasets, we plotted the seasonally adjusted dependent variables over time (study day) by the jurisdictional areas. On the basis of our previous approach,¹⁹ we then generated a new series of dependent variables for each day, representing the differences between Scotland and northern England (for 2015–18 and 2020 data) and between Wales and western England (for 2020 data).

To assess the impact of Scottish MUP, we did two analyses. In the first, we assessed changes for the period 2015–18, and, in the second, we assessed the sustained impact of MUP on purchases in 2020, the changes for the period between Jan 1, 2015, and July 12, 2020, excluding all dates from May 1, 2018, to Dec 31, 2019. In other words, all data for the period after introduction of MUP to end of December 2018 (we did not have data for 2019) were simply excluded, resulting in Jan 1, 2020, being set as the date of introduction of MUP. We also

For Kantar Worldpanel see <https://www.kantarworldpanel.com/en>

See Online for appendix

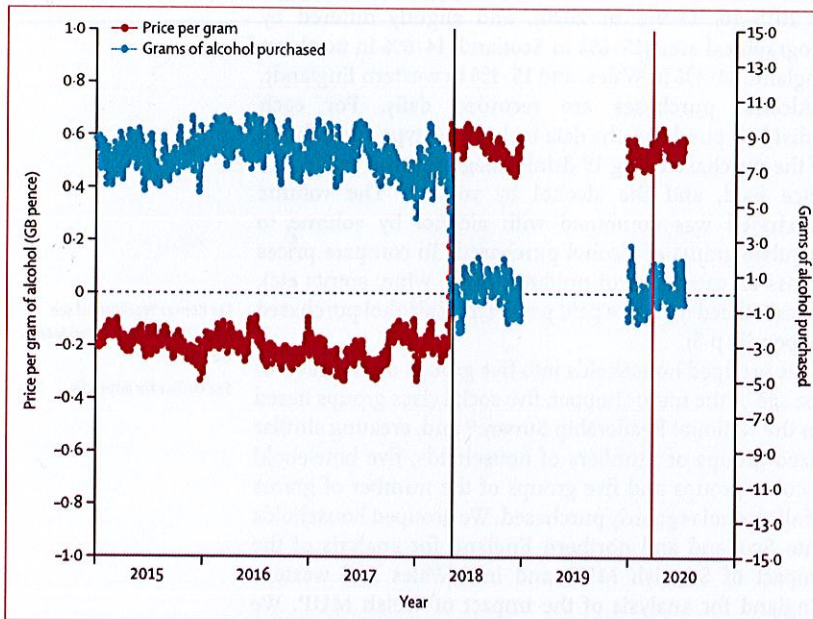


Figure 1: Price paid per gram and grams purchased for Scotland minus northern England
The solid black vertical line represents introduction of minimum unit price on May 1, 2018, and the coloured vertical line represents introduction of COVID-19 lockdown on March 26, 2020. Plots are of daily datapoints.

compared the means of price and purchased grams between the two periods, May 1, 2018 (post-MUP), to Dec 31, 2018, and Jan 1, 2020, to July 12, 2020. In our analyses of the immediate impact of Welsh MUP, we included only 2020 data, with one event, the introduction of MUP on March 2, 2020.

Statistical analysis

We adhered to published guidance for interrupted time series²³ and controlled interrupted time series²⁴ analyses in the health field. The dependent variables (Scotland minus northern England and Wales minus western England) were the mean price (in British pence) paid per gram of alcohol purchased per day of the study period, the mean sum of purchases in grams of alcohol per adult per household per day that a household made an alcohol purchase for each day of the study period, and the mean amount spent on alcohol in GB£ per adult per household per day that a household made an alcohol purchase for each day of the study period, which we used when analysing the impact of MUP by household income.

For each newly created dependent variable (Scotland minus northern England and Wales minus western England), we examined the distribution visually and with Q-Q plots and found all variables to be normally distributed. As recommended,²⁵ we used a time series modeller function²⁶ to estimate best fitting non-seasonal and seasonal ARIMA models that specify degrees of differencing or a square root or natural log transformation to ensure a stationary series and specify autoregressive and moving average orders. This eliminated the need to identify an appropriate ARIMA model through trial and error.

We examined immediate and level changes due to the event, the introduction of MUP in Scotland and Wales. The event variable was entered as a dummy variable coded with 0 for each day before the event and with 1 for each day from the event forwards. Thus, in our seasonal and non-seasonal ARIMA regression models, the dependent variables were price per gram of alcohol, purchased grams of alcohol, and expenditure on alcohol. The independent variable was the dummy variable event, with three covariates for Scotland, but not for Wales: the differences between the jurisdictions of mean age of main shopper, mean household income per adult household member, and proportion of households in class groups C2 to E. These covariates were used, because they changed slightly over time (appendix p 5). The model we tested and the non-seasonal and seasonal ARIMA terms and equations are described in the appendix (pp 14–15).

We repeated the models separately for the five household income groups within each of the five household purchase groups, adding expenditure on alcohol as a third dependent variable. Additionally, we examined the association between expenditure on alcohol and household income group, household purchase group, and the interaction income by purchase group through regression analysis.

To analyse the potential confounding effect of COVID-19 lockdown, on the basis of our previous methodology for multiple events,²⁷ we added a second event to the models, the introduction of confinement on March 26, 2020. This added an additional term to the equation, the impact of confinement, coded as 0 before the event and as 1 from the event forwards.

All analyses were done with SPSS version 26.

Role of the funding source

There was no funding source for this study.

Results

35 242 households contributed to the dataset, with 1.24 million separate alcohol purchases (appendix p 16). Before the introduction of MUP in Scotland (Jan 1, 2015, to April 30, 2018), 92.4 g of alcohol were purchased (per adult per household per day that a household made a purchase) and the price per gram purchased was 9.71 p. The equivalent data for Wales for the period Jan 1 to Feb 29, 2020, was 82.8 g and 10.25 p per gram (appendix p 16). The distributions of the groups of age of main shopper, social class, and household income were broadly similar for Scotland and northern England for the two periods (2015–18 and 2020) and for Wales and western England for 2020 (appendix pp 5–8).

Seasonally adjusted dependent variables over time by the jurisdictional areas (appendix pp 9–12), showed parallel trends between Scotland and northern England and between Wales and western England before the introduction of MUP, illustrating the appropriateness of northern and western England as control areas.

	Immediate impact for Scotland minus Northern England (May 1–Dec 31, 2018)*		Mid-term impact for Scotland minus Northern England (Jan 1, 2015–July 12, 2020) excluding May 1, 2018–Dec 31, 2019*		Immediate impact for Wales minus Western England (March 2–July 12, 2020)	
	Price per gram, pence	Grams purchased†	Price per gram, pence	Grams purchased†	Price per gram, pence	Grams purchased†
Models with the one event, introduction of MUP						
Intercept‡	-0.207 (-0.217 to -0.197)	5.749 (5.532 to 5.965)	-0.204 (-0.214 to -0.195)	5.773 (5.556 to 5.989)	-0.143 (-0.246 to -0.040)	6.423 (5.881 to 6.964)
Level change	0.747 (0.733 to 0.761)	-7.570 (-7.878 to -7.262)	0.741 (0.724 to 0.759)	-7.063 (-7.470 to -6.656)	0.841 (0.732 to 0.951)	-7.052 (-7.640 to -6.463)
Models with the two events, introduction of MUP and COVID-19 confinement						
Intercept‡	..	..	-0.204 (-0.214 to -0.195)	5.771 (5.555 to 5.988)	-0.142 (-0.245 to -0.040)	6.423 (5.882 to 6.964)
Level change MUP	..	..	0.742 (0.717 to 0.767)	-6.823 (-7.398 to -6.248)	0.770 (0.602 to 0.938)	-7.171 (-8.093 to -6.250)
Level change confinement	..	..	-0.002 (-0.034 to 0.030)	-0.432 (-1.161 to 0.298)	0.087 (-0.069 to 0.243)	0.146 (-0.721 to 1.014)

MUP=minimum unit price. *Models control for changes in difference (Scotland minus Northern England) for age of main shopper, household income (adjusted for number of adults), and proportion of households in social class groups C2 to E. †Mean of the sum of purchases per adult per household per day that a household made an alcohol purchase across all households. ‡The mean of the differences between the geographical areas in price or purchases for each day across all days before the introduction of MUP.

Table: Coefficients for level changes in price per gram and grams purchased for all alcohol after introduction of MUP in Scotland and Wales

Furthermore, in terms of the amount of alcohol purchased, northern England was more like Scotland, and western England more like Wales, than England as a whole (appendix pp 9–12).

The plots of the ARIMA modelled series showed a stationary series, with no evidence of autocorrelation (Box-Ljung Q statistic $p=0.083$; appendix pp 12–13). We repeated the time series modeller function and assessment of the residuals separately for all dependent variables and for all analyses, confirming in each case a stationary series, with no evidence of autocorrelation.

The immediate effects of MUP in Scotland on price increases and purchase reductions were maintained in 2020, with a similar associated reduction (Scotland minus northern England) in purchased grams of alcohol compared with 2018; a reduction of 7.063 g (95% CI 6.656–7.470) for Jan 1 to June 12, 2020, compared with a reduction of 7.570 g (7.262–7.878) in 2018 (figure 1; table). Reductions in grams purchased in Scotland were not due to changes in the frequency of shopping for alcohol, which did not change following the introduction of MUP (appendix p 17). There were no differences in the means between the data for 2018 after the introduction of MUP and the data for 2020 for price paid per gram of alcohol (mean difference -0.019 p per gram, 95% CI -0.041 to 0.003) and for purchased grams of alcohol (mean difference 0.29 g, 95% CI -0.21 to 0.79).

In Wales, with fewer overall datapoints over a shorter period than for Scotland, MUP had a less abrupt but relatively steady impact. The difference in price increase (Wales minus western England) was 0.841 p per gram (0.732 – 0.951), and the difference in purchase decrease was 7.052 g (6.463 – 7.640 ; figure 2; table). As for Scotland, reductions in grams purchased in Wales were not due to changes in the frequency of shopping for alcohol following the introduction of MUP (appendix p 17).

COVID-19 confinement did not affect the results in both geographical areas (table). Although household purchases of alcohol increased in all four areas (appendix pp 10, 12), the differences in the impacts of MUP between Scotland and northern England and between Wales and western England were maintained.

In both Scotland and Wales, changes occurred across all beverage groups to varying degrees. Price increases were higher for cider than for other beverages and drops in consumption, in grams, were higher for cider and spirits than for other beverages (appendix p 18).

Differences in the associated impact of MUP by income group within purchasing group were similar in Scotland and Wales (appendix pp 19–21). Before the introduction of MUP, the price per gram of alcohol purchased tended to be lower in groups that purchased larger volumes of alcohol and, within each purchasing group, was higher the larger the household income (appendix pp 19–21). After introduction of MUP, price increases tended to be only within the larger purchasing households, and, within purchasing groups, showed no systematic variation by household income (appendix pp 19–21). In other words, MUP seemed to preferentially increase the price of alcohol among households that generally bought the most alcohol.

Before the introduction of MUP, the number of grams of alcohol purchased tended to increase with household income within each household purchasing group (appendix pp 19–21). After introduction of MUP, the drops in alcohol purchases were largely confined to the largest household purchasing group, and, within this group, tended to be greater as household income increased (appendix pp 19–21). In other words, MUP targeted households that bought the most alcohol.

Before the introduction of MUP, the pattern of money spent on buying alcohol tended to follow the grams of alcohol purchased, increasing as household income increased

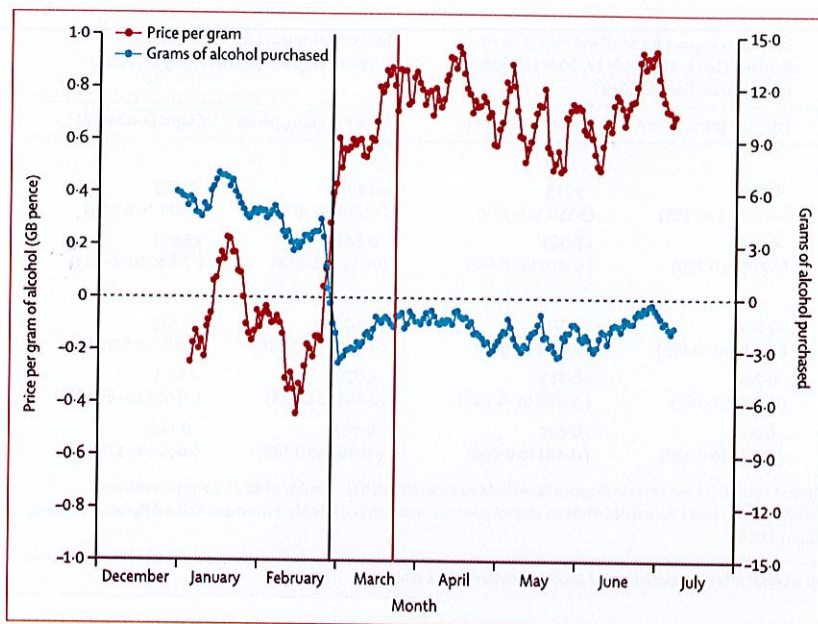


Figure 2: Price paid per gram and grams purchased for Wales minus western England
The solid black vertical line represents introduction of minimum unit price on May 2, 2020, and the coloured vertical line represents introduction of COVID-19 lockdown on March 26, 2020. Plots are of daily datapoints for the year 2020.

within each purchasing group (appendix pp 19–21). Following introduction of MUP, increases in money spent tended to be confined to the larger purchasing groups, with hardly any increase in expenditure in the lowest two to three out of the five purchasing groups (appendix pp 19–21). When looking at both Scotland and Wales together, for every increase in purchase group from group one to group five, expenditure on alcohol increased by 87.4 p per purchase day following the introduction of MUP (95% CI 37.2 to 137.5). For every increase in income group from group one to group five, there was a non-significant increase in expenditure of 40.9 p per purchase day (−9.2 to 91.1). There was an interaction between purchase group and income group, such that moving from the smallest to the largest purchasing households, the increase in expenditure on alcohol following MUP was steeper for low-income than for high-income groups by 20.7 p per purchase day (5.6 to 35.8) for every decrease in income group from group five to group one. In other words, there was little or no increases in expenditure on alcohol among households by households that generally bought small amounts of alcohol following MUP, with no increase in expenditure amongst low-income, low-purchasing households.

Discussion

We previously showed that the introduction of MUP in Scotland in on May 1, 2018, was associated with an increase in the average price of alcohol and in reduced household purchases of alcohol, compared with England, at least for the rest of 2018.¹⁹ By use of similar purchase data for the first half of 2020 (we were unable to obtain

data for 2019), we have been able to investigate whether the associated impact of MUP in Scotland was maintained into 2020 and the immediate impact of MUP in Wales. We also considered whether any changes in price or purchases associated with MUP were affected by the UK COVID-19 lockdown, implemented on March 26, 2020. This study differs from our previous analysis¹⁹ in three ways: we used daily datapoints as opposed to weekly datapoints (to have sufficient number of datapoints before and after the introduction of MUP in Wales), we used closer geographical areas as controls (rather than England as a whole, although we previously compared with northern England as a secondary analysis), and we used non-seasonal and seasonal ARIMA models as opposed to linear regression in the presence of only minimal autocorrelation (to better ensure a stationary series with no autocorrelation).

We found that the impact of Scottish MUP was maintained during the first half of 2020 and that the immediate impact of MUP in Wales was very similar to that of Scotland. In both jurisdictions, greater reductions were found for purchases of cider and spirits than for other beverage categories. This is the same finding as our previous analyses and might reflect greater price increases for cider and, to a lesser extent, spirits.¹⁹ Additionally, similar to our previous findings,¹⁹ reductions in purchases of alcohol as a whole were largely confined to households purchasing the largest amount of alcohol. Before MUP, low-income households generally spent less money per day of purchase on alcohol compared with high-income households. Following the introduction of MUP, increased expenditure on alcohol was largely confined to high-purchasing households, although the association between expenditure after introduction of MUP and household income was insignificant. Households that generally purchased small amounts of alcohol, and in particular those with low household incomes did not increase their expenditure following the introduction of MUP. However, the amount of money spent on alcohol after introduction of MUP increased faster for low-income than for high-income households. In the quintile of households that bought the most alcohol, following the introduction of MUP, the lowest income households did not seem to reduce the amount of alcohol they purchased, and their expenditure on alcohol increased (appendix pp 20–21); however, this was not the case for the next lowest income group.

The difference between regions with and without MUP were not affected by the COVID-19 lockdown introduced on March 26, 2020, even though purchases of alcohol were not possible from on-trade premises, such as bars, pubs, and restaurants, because they were closed in all regions.²⁰ Thus, in principle, household purchases captured all legal alcohol purchases in Great Britain, because on-trade purchases were not possible during lockdown, with no evidence of overall increases in the amount of alcohol purchased due to lockdown.²⁰

Our findings for Scotland are in line with reports made by Public Health Scotland,^{29,30} which found increases in the price and decreases in consumption of alcohol. On the basis of electronic sales records from large retailers (retailers with ten or more retail shops operating under common ownership) and a weighted stratified random sample of smaller impulse retailers (stores mainly used for top-up purchases), Public Health Scotland found an increase in price of 7% (similar to our increase of 7.6%), and a decrease in sales of grams of alcohol of 4.2% in Scotland, when controlling for changes in England and Wales,³⁰ smaller than the drop we found of 7.7% on the basis of purchase data, controlling for northern England. Our findings are also consistent with the experiences of adjusting minimum unit prices in Canadian provinces, in which it is estimated that a 10% increase in minimum prices was associated with reductions in consumption of 10% for beer, 5.9% for spirits, and 4.6% for wine.⁶

Analyses based on purchase data have several strengths. We obtained data from a large number of households, with a large number of daily datapoints before and after the events. Furthermore, although they rely on compliance at the household level, purchase data based on product bar codes and verified through digital receipts are objective. In general, attrition rates and fatigue in recording over time is low and seems better with Kantar scanner-based data,²¹ which also provide more detailed product descriptions and less under-reporting³¹ than data from other regular in-person surveys. Households should document all purchases irrespective of where that purchase was made, including cross-border purchases (ie, a Scottish household should record an alcohol purchase even if that purchase was made outside of Scotland). Thus, although we do not have information on where the actual purchase was made, any cross-border purchases should be accounted for.

We did controlled interrupted time series analyses, using northern England as control for Scotland and western England as control for Wales, subtracting the differences between the respective areas for our analyses. The use of location controls helps to control for any confounding events that would affect both locations,²⁴ such as COVID-19 lockdown,²⁰ and any statistical concerns, such as regression to the mean as an explanation for the increased changes among households that bought large amounts of alcohol.³² Plots of the dependent variables by the different areas over time (appendix pp 9–12) showed parallel trends before the introduction of MUP, demonstrating the validity of the chosen control areas. Furthermore, before the introduction of MUP, with respect to alcohol purchases, northern England appeared more like Scotland and western England more like Wales, than England as a whole.

Interrupted time series analyses based on purchase data also have limitations. A key limitation of our study is that we only measured off-trade alcohol purchases and not on-trade purchases, although this was less of an issue during COVID-19 lockdown (between March 21 and

July 4, 2020), when on-licensed premises were closed. By way of example on-licence purchases accounted for 31.6% of all alcohol purchases (expressed in volume of absolute alcohol) in Great Britain in 2015, decreasing to 28.5% in 2018.³³

Although quality control and compliance are regularly monitored by Kantar Worldpanel, with households only included in the final dataset if they adhere to pre-assigned quality control criteria (meeting thresholds for data recording and purchasing volume or spend based on household size every 4 weeks), the data have limitations. Alcohol purchases have been among the most under-reported categories in the panel data,³⁴ which might reflect the method of recording purchases if not all items purchased are taken home and scanned. Primary shopping is more likely to be done by women, who are therefore more accustomed to recording, whereas secondary top-up shopping is more likely to be done by men and might be less well recorded.³⁴ Under-recording of alcohol might also be more likely among households purchasing the largest amounts of alcohol, because they might become fatigued after recording large numbers of items. Additionally, we were only able to assess changes in off-trade alcohol purchases as opposed to alcohol consumption for these periods. Adults in a household might not have an equal share of the alcohol purchased.

We were also unable to control for any changes in the volume of unrecorded, smuggled alcohol or in home-brewed alcohol, which might have differed between the jurisdictions studied. For Great Britain as a whole, however, the volume of unrecorded, smuggled alcohol decreased between 2015 and 2019, with no evidence that this differed between the jurisdictions.³⁵

That 14.9% households did not report household income might imply that subgroup analyses associated with household income, such as expenditure on alcohol, might not be generalisable to all households. However, we think this is probably not the case, given that non-reporting of household income did not differ by geographical area or period and that there were minimal or no differences between households that did not and did report household income for price paid per gram of alcohol purchased, amount of alcohol purchased, and expenditure on alcohol (appendix p 19).

Despite these concerns, by conducting a controlled interrupted time series analysis, quality issues are controlled for, and we have no reason to believe that quality issues differed between the geographical areas over time. We also checked whether households in Scotland and Wales changed the frequency of their shopping for alcohol following introduction of MUP, and we found that this was not the case.

We have not analysed the impact of MUP on the harms done by alcohol, although this is the subject of ongoing research.³⁶ MUP has been shown to reduce alcohol-associated harms in Canadian provinces, where a 10% increase in the average minimum price across

beverage types led to a 9% reduction in acute alcohol-attributable hospital admissions and a 9% reduction in chronic alcohol-attributable admissions 2 years later.¹²

In conclusion, our study has shown that the introduction of MUP in two jurisdictions within Great Britain is associated with increases in the price of alcohol and decreases in purchased alcohol to remarkably similar extents. The changes were much greater in households that bought the most alcohol. Households that bought small amounts of alcohol, and, in particular, those with low incomes, did not increase their expenditure on alcohol following the introduction of MUP. Although more evidence on health outcomes is needed, the evidence presented here suggests that MUP is a powerful and highly targeted pricing policy option to reduce alcohol purchases that could be widely implemented, as proposed by WHO's SAFER initiative.⁵

Contributors

PA conceptualised the paper and analyses and did the analyses. All the authors refined the various versions of the manuscript and approved the final manuscript for submission. The corresponding author attests that all listed authors meet authorship criteria and that no others meeting the criteria have been omitted. All authors had access to the data used for analyses, and PA, AO'D, and EJ-L verify the raw datasets received from Kantar Worldpanel and are the guarantors for the data used for the analyses. PA and AO'D affirm that the manuscript is an honest, accurate, and transparent account of the study being reported, that no important aspects of the study have been omitted, and that any discrepancies from the study as planned have been explained.

Declaration of interests

PA declares receipt of funds from AB InBev Foundation outside the submitted work. All other authors declare no competing interests.

Data sharing

Kantar Worldpanel data cannot be shared due to licensing restrictions.

Acknowledgments

We thank Kantar Worldpanel for providing the raw data and reviewing the description of purchase data in the Methods. Kantar Worldpanel had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. EK is a National Institute for Health Research (NIHR) Senior Investigator, and Director of the NIHR Applied Research Collaboration, North East and North Cumbria. AO'D is a NIHR Advanced Fellow. The views expressed in this article are those of the authors and not necessarily those of NIHR or the Department for Health and Social Care.

References

- Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018; 391: 1513–23.
- WHO. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
- Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet* 2019; 393: 2493–502.
- Burton R, Henn C, Lavoie D, et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 2017; 389: 1558–80.
- WHO. WHO launches SAFER, a new alcohol control initiative. World Health Organization, 2018. https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/ (accessed March 10, 2021).
- Thompson K, Stockwell T, Wettlaufer A, Giesbrecht N, Thomas G. Minimum alcohol pricing policies in practice: A critical examination of implementation in Canada. *J Public Health Policy* 2017; 38: 39–57.
- Black H, Gill J, Chick J. The price of a drink: levels of consumption and price paid per unit of alcohol by Edinburgh's ill drinkers with a comparison to wider alcohol sales in Scotland. *Addiction* 2011; 106: 729–36.
- NHS Scotland. Monitoring and evaluating Scotland's alcohol strategy: annual update of alcohol sales and price band analyses. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2016.
- Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010; 375: 1355–64.
- Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med* 2016; 13: e1001963.
- Competition Commission. Groceries market investigation, 2008. UK Web Archive, 2014. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402194746/http://www.competition-commission.org.uk/our-work/directory-of-all-inquiries/groceries-market-investigation-and-remittal/final-report-and-appendices-glossary-inquiry> (accessed March 10, 2021).
- Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, et al. Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev* 2020; published online Nov 5. <https://doi.org/10.1111/dar.13204>.
- Katikireddi SV, Beeston C, Millard A, et al. Evaluating possible intended and unintended consequences of the implementation of alcohol minimum unit pricing (MUP) in Scotland: a natural experiment protocol. *BMJ Open* 2019; 9: e028482.
- Katikireddi SV, McLean JA. Introducing a minimum unit price for alcohol in Scotland: considerations under European Law and the implications for European public health. *Eur J Public Health* 2012; 22: 457–58.
- Public Health Scotland. Evaluation of minimum unit pricing (MUP). Public Health Scotland, 2021. <http://www.healthscotland.scot/health-topics/alcohol/evaluation-of-minimum-unit-pricing-mup> (accessed March 10, 2021).
- O'Dowd A. Government drops plans for minimum alcohol pricing in England and Wales. *BMJ* 2013; 347: f4622.
- Gilmore I, Daube M. How a minimum unit price for alcohol was scuppered. *BMJ* 2014; 348: g23.
- Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 1182–86.
- O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ* 2019; 366: 15274.
- Anderson P, Jané Llopis E, O'Donnell A, Kaner E. Impact of COVID-19 confinement on alcohol purchases in Great Britain: controlled interrupted time-series analysis during the first half of 2020 compared with 2015–2018. *Alcohol Alcohol* 2020; published online Nov 19. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aga128>.
- Leicester A, Oldfield Z. Using scanner technology to collect expenditure data. *Fiscal Stud* 2009; 30: 309–37.
- National Readership Survey. Social grade. National Readership Survey, 2019. <http://www.nrs.co.uk/nrs-print/lifestyle-and-classification-data/social-grade/> (accessed March 10, 2021).
- Beard E, Marsden J, Brown J, et al. Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction* 2019; 114: 1866–84.
- Lopez Bernal J, Cummins S, Gasparrini A. The use of controls in interrupted time series studies of public health interventions. *Int J Epidemiol* 2018; 47: 2082–93.
- Jebb AT, Tay L, Wang W, Huang Q. Time series analysis for psychological research: examining and forecasting change. *Front Psychol* 2015; 6: 727.
- IBM. IBM SPSS Forecasting 26. IBM. ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/26.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Forecasting.pdf (accessed March 10, 2021).
- Anderson P, Jané Llopis E, O'Donnell A, Manthey J, Rehm J. Impact of low and no alcohol beers on purchases of alcohol: interrupted time series analysis of British household shopping data, 2015–2018. *BMJ Open* 2020; 10: e036371.29.
- Giles L, M Robinson, C Beeston, J Lewsey, D McKay. Evaluating the impact of minimum unit pricing on population alcohol consumption in Scotland. *Eur J Public Health* 2020; 30 (suppl 5): ckaa165.074.

-
- 30 Robinson M, Mackay D, Giles L et al. Evaluating the impact of minimum unit pricing (MUP) on sales-based alcohol consumption in Scotland: controlled interrupted time series analyses. Edinburgh: *Public Health Scotland* 2020.
- 31 Griffith R, O'Connell M. The use of scanner data for research into nutrition. *Fisc Stud* 2009; 30: 339–65.
- 32 Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 215–20.
- 33 Giles L, Robinson M. Monitoring and evaluating Scotland's alcohol strategy: monitoring report 2019. NHS Health Scotland, 2019. <http://www.healthscotland.scot/publications/mesas-monitoring-report-2019> (accessed March 10, 2021).
- 34 Leicester A. How might in-home scanner technology be used in budget surveys? Institute for Fiscal Studies, 2012. <https://www.ifs.org.uk/publications/6035> (accessed March 10, 2021).
- 35 HM Revenue & Customs. Measuring tax gaps 2020 edition: tax gap estimates for 2018 to 2019. HM Revenue & Customs, 2020. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/907122/Measuring_tax_gaps_2020_edition.pdf (accessed March 10, 2021).
- 36 Beeston C, Robinson M, Giles L, et al. Evaluation of minimum unit pricing of alcohol: a mixed method natural experiment in Scotland. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 3394.

ภาคผนวก

ฉ

FEATURE

ALCOHOL AND PUBLIC HEALTH

Under the influence

In a *BMJ* investigation, **Jonathan Gornall** discovers that the government consultation into introducing a minimum unit price for alcohol in England and Wales was a sham and that politicians ignored the strong health evidence in favour of protecting the interests of industry

Jonathan Gornall *freelance journalist*

Colchester, Essex, UK



When the British government published its alcohol strategy in March 2012, its pledge to introduce a minimum price for a unit of alcohol, underwritten by the word of the prime minister, appeared to be an unequivocal commitment.

Minimum price would “target the cheapest products and help reduce drinking in those who drink the most,” wrote David Cameron. The only issue still up for debate was the level at which the price would be set, but if it were 40 pence (€0.48; \$0.65) that could mean “50 000 fewer crimes . . . and 900 fewer alcohol-related deaths a year by the end of the decade.”¹

The proposal wouldn’t be universally popular, Cameron acknowledged. But “the responsibility of being in government isn’t always about doing the popular thing. It’s about doing the right thing.”

A year later, however, the government revealed it had decided instead to do the wrong thing. In an extraordinary U turn, flagged for months but finally announced in the House of Commons on 17 July, the last day before summer recess, the commitment was withdrawn. Even though Scotland had already passed a bill to introduce a minimum price of 50 pence per unit, England and Wales would not be following suit.

Just how that U turn was achieved is a cautionary tale about the ability of the alcohol industry to influence public health policy.

That it can is thanks in part to a fundamental reluctance in government to hamper an industry that claims credit for millions of jobs and billions of pounds of income for the Treasury.^{2,3} But it is also a result of the extraordinary access granted to companies and industry groups by individual MPs and many government departments.

Through freedom of information requests the *BMJ* has found evidence of dozens of meetings between industry representatives and the Department of Health alone, in some of which alcohol companies were encouraged to argue the case for alternatives to minimum pricing even after the policy had apparently been set in stone.

This open door for the industry contrasts with the lack of access granted to the health community, and even to Conservative MP Sarah Wollaston, a former general practitioner who campaigned long and hard in parliament for minimum pricing. When rumours began to circulate that the policy had been scrapped, she confronted David Cameron during prime minister’s questions in March 2013, demanding a one to one meeting at which she could “explain to him the evidence base.”

“Everything I tried was blocked,” she told the *BMJ*. “Every avenue I went down to try to get a meeting before the decision was announced was closed off, or I had a meeting and it would be cancelled the day before.”

The decision to scrap the policy, she said, was “absolutely shameful” and evidence that “The influence of industry, within media and government, is too great.

“You’ve got a government telling doctors to get out there and reduce avoidable mortality and yet they’ve stepped away from one of the best tools they could deliver for doctors to be able to do that, which I think is outrageous.”

Ignoring the evidence

Even before he took office in May 2010, health secretary Andrew Lansley had made no secret of his belief that the alcohol industry should be trusted to regulate itself.

In 2008, as shadow health secretary, he had founded a Public Health Commission, bringing together industry and the public health community to formulate a “responsibility deal.” In July 2009 the commission, led by the head of Unilever, published *We’re All in This Together*, a manifesto for improving the nation’s health through a “genuine partnership and shared responsibility” between business and government.

Unsurprisingly, perhaps, none of the report’s recommendations proposed shackling industry with regulations. Instead, when it came to alcohol, there was much talk of “sensible drinking guidelines,” “responsible drinking messages,” “industry-wide agreements,” “voluntary codes,” and “best-practice agreements.”⁴

After the coalition took power in May 2010 and Lansley became health secretary, the doctrine of partnership swiftly became government policy. In his new health strategy, unveiled in November 2010, Lansley declared that “Rather than nannying people, we will nudge them by working . . . collaboratively with business and the voluntary sector through a new Responsibility Deal.”⁵

Lansley’s industry dominated Public Health Commission had come of age—it was now an instrument of public health policy. By inviting the drinks industry to regulate itself, Lansley was flying in the face of evidence that it could not be trusted to do so⁶ and advice and criticism from the House of Commons select committee on health, which feared government policy was “too influenced by . . . the drinks industry.” Recommendations from the committee and the National Institute for Health and Care Excellence that minimum unit pricing should be introduced were ignored.⁷⁻⁹

Disquiet deepened in March 2011, when details of industry’s pledges under the responsibility deal were revealed¹⁰ and eight health groups, including Alcohol Concern and the British Medical Association, pulled out. “By allowing the drinks industry to propose such half hearted pledges on alcohol with no teeth,” said Don Shenker of Alcohol Concern, “this government has clearly shown that, when it comes to public health, its first priority is to side with big business and protect private profit.”^{11 12}

In October, the Commons select health committee returned to the fray, “unconvinced” the deal would prove effective. “Those with a financial interest,” it cautioned, “must not be allowed to set the agenda for health improvement.”¹³

Then, in September 2012, just five months after the alcohol strategy had been published, came the unexpected news that Lansley had been sacked as health secretary and shunted into relative oblivion as Leader of the House of Commons.¹⁴ The path to minimum unit pricing, a policy he had rejected, seemed to have cleared.

False dawn

The Home Office consultation on the alcohol strategy opened at the end of November 2012. Once again, there in black and white was the absolute commitment to minimum pricing, with the only question up for debate being the level at which it should be set, with the government favouring 45 pence a unit.¹⁵

At that moment, the strategy “seemed like a triumph for health and commonsense,” recalled Professor Mark Bellis, then cochair of the Responsibility Deal Alcohol Network as a representative of the Faculty of Public Health. “People were bolstered—they thought that . . . the evidence that was presented over many years was finally having an impact.”

Much of the evidence on minimum pricing had been produced by the University of Sheffield’s alcohol research department, which had been commissioned by the Labour government in 2008 to review existing data and model the health and social effects of raising alcohol prices. As early as 2008 Sheffield had shown that the higher the minimum price, the greater the positive effect on alcohol consumption and health harms, with relatively small effects on tax and duty income for the Treasury. For a minimum price of 40p per unit, year one would see 6309 fewer hospital admissions, 157 prevented deaths, and a saving to the NHS of £24.6m. In year 10, there would be 40 846 fewer admissions, 1381 fewer deaths, and a saving of £115.9m.¹

But the celebration was to prove premature. The public health community had reckoned without the reach and influence of a drinks industry determined to defend its profits and ready to pull on every one of the many levers of influence at its disposal. Remarks made by Nigel Fairbrass, head of global communications at the big brewing company SABMiller, in an interview with the *BMJ* show that what health campaigners saw as a done deal, the alcohol industry viewed as anything but.

“The question that was being asked by the press and by people in the legislature [at that time] was not just about the price, it was about the principle of minimum pricing as well,” Fairbrass said. “I mean, I know the government indicated that it was just a price base question, but a lot of the people we spoke to, inside and outside parliament, were actually debating the principle.”

The opening public salvo of a concentrated lobbying offensive with the sole objective of killing off minimum unit pricing was a report published by the Adam Smith Institute on 26 November, two days before the consultation opened. The institute is a self appointed opponent of “big government . . . regulating businesses [and] interfering with lifestyle choices,” and has a long record of resisting regulation on behalf of the tobacco industry.^{16 17}

For the institute, opposition to minimum pricing was a perfect fit, and its report, *Minimal Evidence for Minimum Pricing*, declared that predictions based on the Sheffield alcohol policy model were “entirely speculative and do not deserve the exalted status they have been afforded in the policy debate.”¹⁸

Two months later, another right wing think tank, the Centre for Economics and Business Research, joined in, attacking minimum pricing as “a poor piece of policy that will do little to address the damage caused by alcohol misuse and much to exacerbate the financial challenge facing moderate drinkers on lower incomes.” This time the industry’s involvement was clear. As the report stated, the work had been commissioned by SABMiller.¹⁹

Towards the end of January, just a few days before the end of the consultation, the Wine and Spirit Trade Association launched “Why should responsible drinkers pay more?”—a campaign that claimed to show “major public opposition to government’s plans to hike up alcohol prices.”²⁰ It was backed by research that it too had commissioned from the Centre for Economics and Business Research. This also cast doubt on “the capability of the Sheffield model to properly predict the relationships between alcohol-related harms and alcohol consumption.”²¹

John Holmes, a public health research fellow at the Sheffield Alcohol Research Group, says he has no problem with the industry and its supporters joining the debate: “We’re in a free market economy; they’re a player in that, and if you’re going to regulate the market they should have a say on it.”

The frustration felt by him and his colleagues, he says, centres on “the way they go about it. They are engaging with science but not with the scientific process—peer review, constructive

discussion, balanced arguments, debate, critical appraisal of the totality of the evidence—so we're just responding to the same points over and over again."

Holmes believes the industry and its mouthpieces are "not particularly interested in . . . engaging in any kind of debate about whether their arguments are accurate. It's all about creating doubt about what we're saying."

Another organisation that has repeatedly mounted defences of the tobacco and alcohol industries is the Institute of Economic Affairs, whose assaults have included accusing the charity Alcohol Concern of using "dodgy surveys, junk science and misleading press releases."²² In August 2013, the institute selected the work carried out on alcohol at Sheffield as a case study to illustrate "flawed 'evidence-based' policymaking" in a report entitled *Quack Policy*.²³

Ruth Porter, communications director for the institute, said the organisation didn't do "tied commission research for companies" but declined to say if any players in the alcohol industry had donated any part of the £830 000 given to the institute by supporters in 2012. However, the institute does have a relationship of sorts with the alcohol industry. In September this year SABMiller sponsored "Lessons from the recession," a fringe panel event at the Conservative party conference organised by the institute.

SABMiller says it has not funded directly either the Institute for Economic Affairs or the Adam Smith Institute, but it has had a two year relationship with another think tank, Demos, which resulted in two reports on alcohol.

Published in 2011 and 2012, both reports argued that parental influence was the chief cause of harmful drinking and, at the height of the consultation over minimum unit pricing, gave SABMiller a platform in the House of Commons from which to broadcast its message of corporate social responsibility.

Feeling the Effects was launched in Westminster on 11 December 2012, at an event sponsored by SABMiller and at which the speakers included the MP Andrew Griffiths, chair of the all party parliamentary beer group. The report concluded that "effective parenting is the best way to call time on Britain's binge drinking."²⁴

A previous report by the project, *Under the Influence*, published in April 2011, was the subject of a seminar held in the House of Commons in January 2012, towards the end of the consultation over minimum unit pricing. The policy, it said, would "cause some reduction in the frequency of binge drinking episodes among some groups [but] there is little evidence to show it would change the norms surrounding binge-drinking behaviour." Instead, it recommended that retailers should "consider a joint initiative as part of the Public Health Responsibility Deal, which sets a code of conduct for responsible alcohol sales."²⁵

Public health researchers are at a tactical disadvantage when they go up against the material produced by such organisations, says Holmes. "We can't really change the narrative in any way—we don't have that power—but bodies such as the Adam Smith Institute have this public megaphone which is disproportionate to the scientific merits of what they're saying."

Such propaganda, however, was merely the creeping barrage that preceded the industry's patiently prepared and carefully executed ground assault on the bastions of government.

Playing the long game

Jim McCambridge and colleagues at the London School of Hygiene and Tropical Medicine interviewed senior members of the industry for a study examining influence on health policy,²⁶ "and they were surprisingly forthcoming about what they did," said the senior lecturer in behaviour change.

"Lobbying on an issue by issue basis, trying hard to get a particular policy outcome, is undertaken sometimes, but that is not how lobbying is ordinarily done," he said. "It is really about building long term relationships with key policy actors so influence can be exerted in very subtle ways . . . and within these long term relationships what you see is quite astonishing levels of contact."

The industry doesn't have to work very hard to build such relationships. Thanks to the activities of the four all party parliamentary groups devoted to representing the interests of the beer, wine, spirits, and cider industries, MPs with constituency interests in alcohol companies as employers virtually lobby themselves on behalf of the industry.

The beer group, to which some 300 MPs—almost half the total in the House of Commons—and about 100 members from the House of Lords belong, is by far the largest of all 472 all party subject groups. And other industries must envy the cosy access to parliamentarians it gives the alcohol industry.

On 14 July 2013, for example—three days before the announcement that minimum pricing was dead—the chancellor, George Osborne, was among 100 MPs and members of the House of Lords who mingled with guests from the industry at the 20th annual dinner of the beer group in Westminster. Among the various awards handed out that night was one for Osborne, named Beer Drinker of the Year for his decision in the spring Budget to scrap the beer duty escalator and take a further 1p off beer duty.

The chancellor told the guests, "You can hopefully take what has happened this year as a recognition from all of us that we heard what you were saying and we listened and reacted."

There was also an award for MP Andrew Griffiths, who as chair of the all party beer group was honoured by the Society of Independent Brewers "for his work for the brewery industry."²⁷

The all party parliamentary beer group says it exists to "promote the wholesomeness and enjoyment of beer and the unique role of the pub in UK society [and] to promote understanding of the social responsibility exercised by the brewing and pub industries."

Surprisingly, perhaps, although at least 20 members of an all party group must be members of either the House of Commons or the Lords, any individual or organisation can be invited to join as an affiliated member, and whether or not they are charged a fee is left to the discretion of the group. The register of all party groups shows that in the 12 months from November 2012 to October 2013—during which the U turn over minimum unit pricing was being effected behind closed doors in Westminster—the beer group received a total of £40 209 in corporate membership fees, comprised of £5375 each from Heineken, Greene King, Diageo, Molson Coors, Punch Taverns, and AB InBev and £2584 from an eighth pub and bar management company, Mitchells & Butlers.²⁸

Griffiths is MP for Burton upon Trent, home to the UK operations of Molson Coors Brewing. He has spoken out in the media in defence of the industry, denying that it had broken responsibility deal pledges. "A vast amount of time and effort has been put in by brewers to make the responsibility deal . . .

deliver the kind of changes the government wants to see," he told his local paper in July 2012.²⁹

In an email to the *BMJ* he pointed out that "I am extremely supportive of minimum pricing, and have said so publicly." So he has, chiefly on the grounds that ending cheap supermarket promotion of strong beers and cider would "not only tackle the problems of binge drinking and preloading . . . but will support our community pubs and be good for the pub trade."³⁰

Griffiths, who is also a member of the parliamentary group on alcohol misuse, told the *BMJ* that about 70 companies made contributions to the parliamentary beer group, mainly to cover the cost of its secretary, and that most were below the £1500 threshold for declaration. During last year, however, "we had an exceptional project, our beer tax fraud inquiry and report, which inflated income and expenditure by £21 000." One of the 10 alcohol organisations that contributed to the cost of that report was Molson Coors.

The report, published in July 2012, came down against the HM Revenue and Customs' proposal to tackle fraud by introducing a duty stamp for beers, similar to that already in use for spirits. SABMiller had told the inquiry that it feared such a move would have "massive cost and brand impact." The report duly concluded that the "superficially simple proposal of extending fiscal marking from spirits to beers is extremely problematic [and] would almost certainly cause detrimental change to the production and sale of UK beers."³¹

The activities of the all party Scotch Whisky and Spirits Group, which aims "to promote and facilitate communication and understanding between representatives from the Scotch whisky and spirits industry and MPs," are less transparent. Although it declares no financial or material support from the industry, the group's secretariat is in fact provided by the Scotch Whisky Association, which also hosts a webpage for the all party group, on which it provides no fewer than three public relations contacts, led by Campbell Evans, the association's government and communications director.³² The industry's views on minimum unit pricing are clear: it believes it would be "illegal, will be ineffective in tackling misuse and will damage the Scotch whisky industry."³³

According to Evans, the failure of the group to list his association's support on the register of all party groups is not a breach of the rules governing the operation of such groups. These state that any financial or material benefit, such as administrative services, received by the group with a value in excess of £1500 in any calendar year must be declared,³⁴ and "the very limited support given . . . falls below the level the parliament sets for the annual return registration."

Such groups, says Holmes of the Sheffield alcohol unit, allow industry actors to "talk to lots of MPs in a way that just wouldn't be available to any public health group."

But the industry's access to the corridors of power extends far beyond the all party drinks groups. The sheer scale of it became apparent when the *BMJ* asked the British Beer and Pub Association—just one of a large number of representative groups and companies—how many meetings its representatives had had in the past year with members of the government or senior civil servants.

That, said David Wilson, the association's director of public affairs, was "difficult to calculate as we . . . will have daily contacts with officials and frequent meetings with ministers and their advisers across a range of government departments," including the Treasury, Home Office, Prime Minister's Office, Environment, Communities and Local Government, Business,

Innovation and Skills, Foreign Office, Work and Pensions, Education, and the Department of Health.

It's a similar story with individual alcohol companies. "As you might expect for a large company employing around 2300 people in the UK we have a regular dialogue with the UK government on a wide range of issues," said Jeremy Beadles, corporate relations director for Heineken UK. As the former chief executive of the Wine and Spirit Trade Association, Beadles was a founder member of Lansley's Public Health Commission. When he left the association after six years to join Heineken in 2011, the association's chairman, Tim How, praised Beadles's "tremendous contribution . . . the association's standing with government and the media has never been higher."³⁵ Heineken joined the responsibility deal in 2011.³⁶

A series of freedom of information requests by the *BMJ*, put to the Treasury, Home Office, Department of Health, and Department for Business, Innovation and Skills, yielded further evidence of the industry's widespread access to government.

For example, in January and February 2013, during the Home Office consultation on minimum unit pricing, Sajid Javid, economic secretary to the Treasury, had meetings with Greene King, the British Beer and Pub Association, the Wine and Spirit Trade Association, the Federation of Wholesale Distributors, the Scotch Whisky Association, the Association of Convenience Stores, and the National Association of Cider Makers. The Treasury has so far twice delayed responding to a request for the minutes of these meetings, which at the time of going to press had still not been made available.

Like Osborne, Javid had a beer named in his honour to thank him for his part in killing off the beer duty escalator. Sajid's Choice, brewed by Bird's Brewery in his Bromsgrove constituency, was served in the Strangers' Bar at the House of Commons.³⁷

In addition to Javid's meetings, Treasury officials met with representatives of the alcohol industry on seven occasions between March 2012 and July 2013—the period between the publication of the government's alcohol strategy and the killing off of minimum unit pricing. The Treasury, said a spokesperson, did not hold minutes for these meetings.

More surprising, perhaps, is the access granted to the alcohol industry by the Department of Health. On 6 February 2013, the day that the consultation on minimum pricing closed, Anna Soubry, parliamentary undersecretary of state for public health, met to discuss minimum unit pricing with seven representatives of the industry, including Heineken, the Wine and Spirit Trade Association, Scotch Whisky Association, National Association of Cider Makers, and the British Beer and Pub Association.

According to minutes of the meeting acquired by the *BMJ*, Soubry said that although she had been "convinced by the arguments put forward by a group of liver doctors she had met [on December 5, 2012] she acknowledged that the primary responsibility for reducing [alcohol] consumption lay with the individual."

For their part, the industry representatives insisted they were "committed to tackling overconsumption" but "expressed deep concern" about minimum pricing. It was, they said, a "disproportionate response" that would cost consumers £1bn a year, have a "negative effect on the responsibility deal," and would hit Treasury revenues. Industry, they added, "preferred a ban on below-cost sales."

According to the Home Office, Soubry and Theresa May, the home secretary, hosted a subsequent meeting with representatives of the alcohol industry on 3 July, three weeks

before May published her response to the consultation on minimum pricing. According to a Home Office response to a freedom of information request, the purpose of the meeting was “to discuss the voluntary action that industry could take to help reduce problem drinking and the crime and health harms associated with it.” The meeting was attended by the representatives of 18 organisations, including supermarkets Asda, Sainsbury’s, Morrisons, and Tesco; drinks companies Diageo, ABInBev, and Heineken; and industry lobby groups the Scotch Whisky Association, National Association of Cider Makers, and the Wine and Spirit Trade Association. The industry funded Portman Group was also represented. According to the Home Office, “no minutes were circulated.”

Cold feet

After the government’s consultation closed in February 2013, there followed a long and increasingly unnerving silence, punctuated by a steady drip of articles in the media that seemed to indicate that a battle over the policy was being fought at the heart of government.³⁸

The prime minister, reported the *Telegraph*, channel of choice for Conservative Party leaks, was facing opposition from some senior Tory and Liberal Democrat colleagues who saw the measure as “illiberal.” As a result, “even though Mr Cameron has publicly backed the policy,” it was “still possible that the price per unit could be revised downwards or scrapped entirely and replaced with voluntary agreements with industry.”³⁹

Over the next weeks the pressure mounted with a series of stories suggesting that the policy had become a political liability to Cameron.^{40 41} The *Telegraph* noted that former health secretary Lansley, who still had a seat in the Cabinet as leader of the House of Commons, had “long voiced his opposition to minimum pricing and [had] now apparently been joined by Theresa May at the Home Office and Michael Gove at Education. [The] most powerful opponent of all, George Osborne, the Chancellor” was “worried his tax take will fall.”⁴²

In fact, well briefed political insiders seemed to know that minimum pricing was a dead duck as early as March 2013—and why.

“The simplest thing to say [about it],” wrote the *Telegraph*’s Benedict Brogan on 18 March, “is that it meant booze would be more expensive at a time when voters have had enough of prices going up. So the policy was dropped.”

On 1 May, James Kirkup, the *Telegraph*’s political editor, reported that Lynton Crosby, Cameron’s election campaign adviser, had advised the prime minister to “get the barnacles off the boat”—to abandon unnecessary or controversial policies ahead of the 2015 general election. Minimum unit pricing, noted Kirkup, was “a good example.”⁴³ A week later, minimum unit pricing and plain packaging for cigarettes—both measures that had been promised by the government—were conspicuously absent when the government’s programme was laid out in the Queen’s speech.⁴⁴

There was subsequent speculation—denied by Crosby—that the Australian political and corporate strategist had advised Cameron to drop the plan to introduce plain packaging for tobacco because his international lobbying company, Crosby Textor, worked for tobacco companies.⁴⁵ The mandatory register of lobbyists operated by the government of New South Wales shows that Crosby Textor’s clients also include the Distilled Spirits Industry Council of Australia,⁴⁶ which has been fighting its own battle against proposals for a “minimum floor price”

tabled by the Australian National Preventative Health Agency.^{47 48}

It was not until 17 July, the day before parliament broke for summer recess, that Home Office minister and Jeremy Browne made a statement to the House of Commons about the fate of minimum pricing. The policy, he said, would “remain under consideration, but it will not be proceeded with at this time . . . We do not yet have enough concrete evidence that its introduction would be effective in reducing harms . . . without penalising people who drink responsibly.”

For Jim McCambridge, from the London School of Hygiene and Tropical Medicine, “what I found most indicative of industry influence [in the U turn] were the reasons given by Jeremy Browne for the policy switch, in flat contradiction to what had been stated previously and very in line with the messages about the evidence the industry had been keen to get across.”

The members of the Sheffield University alcohol research team, who had worked so hard on generating the concrete evidence the government was now saying it didn’t have, were “not particularly surprised” by the heavily trailed U turn, said John Holmes, public health research fellow at Sheffield, but were dismayed by Browne’s statement about the evidence.

“The government has not set out what it considers [to be] ‘concrete evidence’” he said. “[But] our results showed moderate drinkers, including those on low incomes, would only experience small impacts from the policy, while substantial impacts would be experienced by harmful drinkers. Similar findings, excluding the point about income, have featured in our reports from 2009 onwards.”

Not only had the government turned its back on all the evidence, it had also once again put its trust in the industry to save the day. The decision not to proceed with minimum pricing, added Browne, gave the industry “an opportunity to demonstrate what more it can do to reduce the harms associated with problem drinking . . . building on what has already been achieved.”

Instead of minimum pricing, the government proposed to ban the sale of alcohol at below cost price—the measure that industry had sought in its meeting with the Department of Health on 12 February.

The *BMJ* has learnt that when Browne made his Commons statement, two government commissioned papers from Sheffield, contradicting his claim of a lack of “concrete evidence” for minimum pricing and damning the alternative as worthless, were already in the government’s possession.

“Who stopped [the papers] being published,” Wollaston wants to know, “and why was it that people like me couldn’t get an advance copy in time to make the case in parliament?”

A confidential draft version of a report from Sheffield, delivered to the Home Office, Department of Health, and the Treasury in February 2013, had concluded that “Moderate drinkers would experience only small impacts from MUP policies.”⁴⁹

Furthermore, the results of additional analyses by Sheffield comparing the effect of the below cost policy were emailed to the Home Office on 16 June. This report concluded that by year 10 a ban on below cost selling would save a mere 14 lives a year compared with 624 from introducing a 45p minimum price; hospital admissions would be reduced by 500 as opposed to 23 700.⁵⁰

Sheffield, the *BMJ* has learnt, “informally agreed” to embargo both reports until after Browne’s announcement.

On the same day that Browne announced minimum pricing was dead and buried, the remaining public health representatives on

the government's Responsibility Deal Alcohol Network—Cancer Research UK, the Faculty of Public Health, and the UK Health Forum—pulled out. With them went Nick Sheron, cochair of the network, and Mark Bellis, both of whom had tried for so long to make it work, despite their misgivings.

It was, they said in a statement, “perfectly clear that MUP has fallen victim to a concerted and shameful campaign of lobbying by sections of the drinks industry who are putting profits before health and public safety.”⁵¹

Competing interests: I have read and understood the BMJ policy on declaration of interests and have no relevant interests to declare.

Provenance and peer review: Commissioned; externally peer reviewed.

- HM Government. Alcohol strategy. 2012. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224075/alcohol-strategy.pdf.
- Oxford Economics. The economic outlook for the UK drinks sector and the impact of the changes to excise duty and VAT announced in the 2008 Budget and Pre-Budget Report. 2009. www.oxfordeconomics.com/publication/open/222585.
- Wine and Spirit Trade Association. General facts and figures. www.wsta.co.uk/facts-and-figures.html.
- Public Health Commission. We're all in this together: improving the long-term health of the nation. PHC, 2009.
- HM Government. Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England. 2010. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136334/healthy_lives_healthy_people.pdf.
- Boseley S. Drinks industry "flouting voluntary code on sales." *Guardian* 2008 Jul 23. www.theguardian.com/society/2008/jul/23/drugsandalcohol.health.
- Health of Commons Health Committee. Alcohol. First report of Session 2009-10. www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhealth/151/1511.pdf.
- NICE. Alcohol use disorders: preventing harmful drinking. Public health guidance 24. 2010. www.nice.org.uk/nicemedia/live/13001/48984/48984.pdf.
- Laurance J. Government rejects health watchdog's alcohol policy. *Independent* 2010 June 2. www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/government-rejects-health-watchdogs-alcohol-policy-by-health-watchdog-1988869.html.
- Department of Health. Public health responsibility deal. 2011. <https://responsibilitydeal.dh.gov.uk/wp-content/uploads/2012/03/The-Public-Health-Responsibility-Deal-March-20111.pdf>.
- Royal College of Physicians. Key health organisations do not sign responsibility deal. Press release, 2011. www.rcplondon.ac.uk/press-releases/key-health-organisations-do-not-sign-responsibility-deal.
- Trigg N. More groups reject health deal as pledges are unveiled. *BBC News* 2011 Mar 15. www.bbc.co.uk/news/health-12737200.
- Public Health. Health committee 12th report. 2011. www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmhealth/1048/104802.htm.
- Chapman J. Cameron shakes up his Cabinet as Lansley is spectacularly ditched over health reform. *Daily Mail* 2012 Sep 3. www.dailymail.co.uk/news/article-2197874/Cabinet-reshuffle-Andrew-Lansley-spectacularly-ditched-replaced-Jeremy-Hunt-Health-Secretary.html.
- Home Office. A consultation on delivering the Government's policies to cut alcohol fuelled crime and anti-social behaviour. 2012. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/157755/alcohol-consultation-document.pdf.
- Doward J. Health groups dismayed by news "big tobacco" funded rightwing thinktanks. *Observer* 2013 Jun 1. www.theguardian.com/society/2013/jun/01/thinktanks-big-tobacco-funds-smoking.
- Snowdon C. Plain packaging: commercial expression, anti-smoking extremism and the risks of hyper-regulation. *Adam Smith Institute*, 2012. www.adamsmith.org/blog/liberty-justice/plain-packaging-a-new-adam-smith-institute-report.
- Duffy JC, Snowdon C. The minimal evidence for minimum pricing. *Adam Smith Institute*, 2012. www.adamsmith.org/sites/default/files/research/files/ASI_SAPM.pdf.
- Centre for Economics and Business Research. Minimum unit pricing: impacts on consumer spending and distributional consequences. 2012. [http://library.the-group.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR_MUP_Impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences\(1\).pdf](http://library.the-group.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR_MUP_Impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences(1).pdf).
- Wine and Spirit Trade Association. Why should responsible drinkers pay more? 2013. www.wsta.co.uk/Press/nationwide-campaign-launched-today-reveals-major-public-opposition-to-government-s-plans-to-hike-up-alcohol-prices.html.
- Hogan O, Corfe S, Channa C. Alcohol consumption patterns and trends in alcohol-related 'harms'. *Centre for Economics and Business Research*, 2012. www.wilson-drinks-report.com/pdf/0000/0021/WSTA-MUP_Cebr-report_28-01-2013_final_3.pdf.
- Snowdon C. Alcohol Concern sticks to the ideology. *IAE blog*, 12 June 2013. www.iea.org.uk/blog/alcohol-concern-sticks-to-the-ideology.
- Whyte J. Quack policy—abusing science in the cause of paternalism. 2013. www.iea.org.uk/sites/default/files/in-the-media/files/IEA%20Quack%20Policy.pdf.
- Birdwell J. Feeling the effects. *Demos*, 2012. www.demos.co.uk/publications/feelingtheeffects.
- Bartlett J. Under the influence—what we know about binge-drinking. *Demos*, 2011. www.demos.co.uk/publications/undertheinfluenclireview.
- Hawkins B, Holden C. "Water dripping on stone?" Industry lobbying and UK alcohol policy. *Policy Press*, 2012.
- Brindle J. MP and Chancellor among winners at beer group dinner. *Burton Mail* 2013 Jul 18. www.burtonmail.co.uk/News/MP-and-Chancellor-among-winners-at-beer-group-dinner-20130718142317.htm.
- Register of all-party groups. www.publications.parliament.uk/pa/cm/cmallparty/memi01.htm.

- Jenkins A. MP's case for the defence about new alcohol report. *Burton Mail* 2012 Jul 19. www.burtonmail.co.uk/News/MPs-case-for-the-defence-about-new-alcohol-report-18072012.htm.
- Griffiths A. Illegal alcohol and tobacco sales debate. *Hansard* 2012 Mar 27:col 329WH. www.publications.parliament.uk/pa/cm201212/cmhansrd/cm120327/halltext/120327h0001.htm#12032749000229.
- All-Party Parliamentary Beer Group. Beer tax fraud inquiry. 2012. www.beertaxinquiry.co.uk.
- Scotch Whisky Association. Policy, parliament & promotion. www.scotch-whisky.org.uk/what-we-do/policy-parliament-promotion/.
- Scotch Whisky Association. Minimum pricing. 2012. www.scotch-whisky.org.uk/what-we-do/policy-parliament-promotion/minimum-pricing/.
- Office of the Parliamentary Commissioner for Standards, House of Commons. Guide to the rules on all-party groups. 2012. www.parliament.uk/documents/pdfs/all-party-groups/guide-to-the-rules-on-appgs.pdf.
- Woodard R. Jeremy Beadles leaves WSTA for Heineken. *Decanter* 2011 Nov 4. www.decanter.com/news/wine-news/529491/jeremy-beadles-leaves-wsta-for-heineken.
- Heineken. Heineken to support government's responsibility deal with key pledges to help reduce alcohol misuse. Press release, 24 March 2011. www.heineken.co.uk/media_detail.php?newsID=78.
- Harris T. Bromsgrove brewery creates special beer for duty-cutting MP. *Bromsgrove Standard* 2013 Jun 4. www.bromsgrovestandard.co.uk/2013/06/05/news-Birds-Brewery-in-Bromsgrove-creates-Sajid's-Choice--73076.html#ixzz2lrZJnJwb.
- Hawkins B, Holden C. Framing the alcohol policy debate: industry actors and the regulation of the UK beverage alcohol market. *Critical Policy Studies* 2013;7:53-71.
- Mason R. Boris Johnson condemns David Cameron's minimum alcohol price plans. *Telegraph* 2013 Feb 18. www.telegraph.co.uk/news/politics/9877893/Boris-Johnson-condemns-David-Camerons-minimum-alcohol-price-plans.html.
- Thomas N. Drinks industry attacks "unfair pricing plan." *Sunday Telegraph* 2013 Mar 3. www.telegraph.co.uk/finance/newsbysector/retailandconsumer/9904983/Drinks-industry-attacks-unfair-pricing-plan.html.
- Wintour P. Minimum alcohol pricing reportedly dropped after cabinet revolt. *Guardian*, 2013 Mar 12. www.theguardian.com/society/2013/mar/12/alcohol-health.
- Johnston P. Minimum alcohol pricing is a bad idea that deserves to be scrapped. *Telegraph* 2013 Mar 13. <http://blogs.telegraph.co.uk/news/philipjohnston/100206813/minimum-alcohol-pricing-is-a-bad-idea-that-deserves-to-be-scrapped/>.
- Kirkup J. "Get the barnacles off the boat"—Lynton Crosby's advice to David Cameron is pure West Wing. *Telegraph*, 2013 May 1. <http://blogs.telegraph.co.uk/news/jameskirkup/100214874/get-the-barnacles-off-the-boat-lynton-crosbys-advice-to-david-cameron-is-pure-west-wing/>.
- HM Government. The Queen's speech 2013. Briefing notes, 2013. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/197434/Queens-Speech-2013.pdf.
- Helm T. Cameron told to sack strategy chief over link to tobacco giants. *Observer* 2013 Jul 13. www.theguardian.com/politics/2013/jul/13/david-cameron-lynton-crosby-tobacco.
- NSW Government. Register of lobbyists. www.dpc.nsw.gov.au/programs_and_services/lobbyist_register/who_is_on_register.
- Distilled Spirits Industry Council of Australia. Minimum pricing. www.dsica.com.au/content/detail/minimum_pricing.
- Australian National Preventive Health Agency. Exploring the public interest case for a minimum (floor) price for alcohol. www.anpha.gov.au/internet/anpha/publishing.nsf/Content/minimum-price-alcohol-reports.
- Meng Y, Brennan A, Holmes J, Hill-McManus D, Angus C, Purshouse, et al. Modelled income group-specific impacts of alcohol minimum unit pricing in England 2014/15: policy appraisals using new developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5). 2013. www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.2916211/file/julyreport.pdf.
- Sheffield Alcohol Research Group. Modelled income group-specific impacts of alcohol minimum unit pricing in England 2014/15: policy appraisals using new developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5). Addendum examining the impact of a ban on "below cost selling." 2013. www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.2916309/file/Addendum.pdf.
- NGOs pull out of government's alcohol network of the responsibility deal. Joint statement, 17 July, 2013. www.fph.org.uk/ngos_pull_out_of_government_s_alcohol_network_of_the_responsibility_deal.
- Home Office. Alcohol strategy consultation. 2012. www.gov.uk/government/consultations/alcohol-strategy-consultation.
- ASDA response to government alcohol strategy consultation. Response number 263. www.gov.uk/government/publications/alcohol-strategy-consultation-individual-responses.
- Open Road. Client list (accessed 3 December 2013). www.theopen-road.com/clients.
- Centre for Policy Studies. CPS staff appointed at the heart of government. E-bulletin 26 October 2012. www.cps.org.uk/about/news/q/date/2012/10/26/e-bulletin-charles-moore-delivers-margaret-thatcher-lec/.
- Van-Horne S. Letter to Sam Talbot Rice from Stuart Van-Horne, HR Operations, Senior Civil Service Unit, Department of Health, October 25, 2013 <http://acoba.independent.gov.uk/media/29187/approval%20letter%20from%20doh.pdf>.
- Advisory Committee on Business Appointments. Appointments taken up by former Crown servants since April 2012, table updated 21 November 2013. http://acoba.independent.gov.uk/former_crown_servants/former_crown_servants_appointments_2012.aspx.

Cite this as: *BMJ* 2014;348:f7646

Related links

bmj.com

- Read our cluster of articles on alcohol and public health at bmj.com/alcohol

© BMJ Publishing Group Ltd 2014

Supermarkets weigh in

The story of a private meeting between the secretary of state for health and the chief executive of Asda supermarket—held three months after the government's public consultation on minimum unit pricing for alcohol had supposedly closed—shows it is not only the alcohol companies that have easy access to the highest levels of government. It also reveals the incestuous web of influence spun by think tanks and lobbying companies paid to lobby on the companies' behalf.

According to emails released to the BMJ under a freedom of information request, around April 2013, two months after the end of the consultation on minimum pricing, Asda contacted a special adviser in the Department of Health to seek a meeting with Jeremy Hunt, the health secretary. Among other issues, the company wished to discuss the "Alcohol Strategy, the status of the Minimum Unit Pricing (MUP) proposal, and alternatives that will encourage responsible alcohol use without penalising poorer families."

Under the circumstances, it was a curious shopping list.⁵¹ Supposedly, the government had publicly committed to the principle of minimum pricing, and the consultation was only about the level at which the price should be set.⁵²

Along with many other companies with an interest in alcohol, Asda had responded to the government's consultation with a written submission expressing its opposition to the policy, which would "represent a significant additional burden on our customers at a time when they can least afford it."

There was also a reminder that, as Scotland's experience had shown, "minimum pricing could be tied up in the courts for years." Far better, said the firm, to rely on the responsibility deal and its commitment to remove a billion units of alcohol from the market.⁵³

Now, despite the consultation being closed, Asda's chief executive, Andy Clarke, saw fit to make his case against minimum pricing face to face with Jeremy Hunt.

More surprisingly, perhaps, Hunt saw fit to allow him to do so. The emails also reveal that a similar meeting was held with Tesco on 12 June.

On 2 May, Asda had a "pre-meeting" at the Department of Health with Sam Talbot Rice, a former director of research at the Centre for Policy Studies, the right wing think tank. Talbot Rice had been appointed as one of the secretary of state's special advisers shortly after Hunt had succeeded Andrew Lansley in September 2012. Representing Asda at the meeting were Paul Kelly, head of corporate affairs; Allan Edwards, head of public affairs; and Martin Le Jeune, a founding partner of the communications agency Open Road, which specialises in healthcare public affairs and communications.⁵⁴

Talbot Rice and Le Jeune had something in common. Le Jeune, a former civil servant in the Cabinet Office, had spent three years as director of public affairs at broadcasting company Sky before cofounding Open Road in 2007. But he was also a fellow of the Centre for Policy Studies, where Talbot Rice had previously worked.

Alumni of the centre were an influential force in at least two of the government departments most involved in the debate on minimum pricing. At the same time as Talbot Rice had been installed at the Department of Health, Stephen Parkinson, another former head of research at the centre, was appointed a special adviser by Theresa May at the Home Office.⁵⁵

Following the "pre-meeting" with Talbot Rice, a meeting was scheduled between Hunt and Asda for 15 May. On 10 May, Hunt received a written briefing ahead of the meeting, which noted that it had been called "to discuss the progress Asda has made to date on the Responsibility Deal and their future engagement." Hunt was given a list of "Suggested points to make" during the meeting. He should "recognise their leadership—in particular their individual pledge to remove alcohol from their foyer." No other store had followed Asda's example, which was "something they feel exposed by."

There followed a list of other issues to be discussed only if raised by Asda, including the alcohol strategy and minimum unit pricing. "Thank Asda for strong support on alcohol," read the briefing note.

Then came a passage which seems to indicate that the government's consultation had been a sham. "Asda are opposed to MUP," continued the briefing. Hunt's line should be "Government still considering the issue. Could be open to alternative proposals from industry. Welcome Asda's views on this."

Talbot Rice left the Department of Health in May 2013. In October the advisory committee on business appointments approved his application to return to working as an independent consultant for the Centre for Policy Studies.^{56 57}

Figures



[Image: PETER MACDIARMID/GETTY]



George Osborne and the beer launched in his honour

Anatomy of a U turn

1 September 2008: Sheffield University's government-commissioned review of the effects of alcohol pricing and promotion finds evidence that "raising floor prices [of alcohol] will have a disproportionate effect on those drinkers at most risk of harm"

26 September 2008: Liberal Democrats leader, Nick Clegg, calls for minimum pricing for alcohol

December 2008: Sheffield models impact of pricing and promotion policies on harm and consumption and finds that effectiveness of minimum pricing rises steeply with increasing price

8 January 2010: Commons health committee reviews evidence and recommends that the government introduces minimum unit pricing

6 May 2010: Coalition government takes power and Lansley becomes health secretary

27 May 2010: NICE recommends the government should consider a minimum price per unit

June 2010: Lansley rejects NICE recommendation and says instead he favours banning sale of alcohol "below cost price"

November 2010: Lansley publishes white paper *Healthy Lives, Healthy People*, revealing plans to "work collaboratively with business and the voluntary sector" to reduce alcohol harm

February 2010: In a Commons debate on minimum pricing, James Brokenshire, Home Office minister, says there is "a clear role for the industry" and repeats government preference for a ban on below cost sales.

March 2011: Lansley launches the public health responsibility deal. The BMA, Institute of Alcohol Studies, and Royal College of Physicians, refuse to sign up because of its "half-hearted pledges on alcohol with no teeth." More groups follow

October 2011: Commons health committee criticises the responsibility deal: "Commercial organisations . . . with a financial interest must not be allowed to set the agenda for health improvement"

December 2011: After key public health players send a letter to the *Daily Telegraph*, David Cameron pledges to "look very carefully" at the issue of cheap alcohol

March 2012: Government publishes alcohol strategy, which includes an unequivocal commitment to minimum unit pricing for alcohol

September 2012: Lansley replaced as health secretary

November 2012: Home office launches 10 week consultation on alcohol strategy, including level at which minimum unit price should be set

6 February 2013: Consultation on alcohol strategy ends

12 February 2013: Unpublicised meeting between Department of Health and representatives of alcohol industry to discuss their objections to minimum unit pricing and preference for ban on below cost sales

1 May 2013: *Telegraph* reports that the Conservative election adviser Lynton Crosby has advised Cameron to "get the barnacles off the boat"—a reference, the paper notes, to controversial policies such as minimum unit pricing

8 May 2013: No mention of minimum unit pricing in Queen's speech.

15 May 2013: Asda meets with Home Office and Department of Health to discuss alternatives to minimum unit pricing

17 July 2013: Home Office minister Jeremy Browne confirms government has reneged on commitment to minimum unit pricing

23 July 2013: Home Office publishes response to consultation on alcohol strategy, claiming it has "not provided evidence that conclusively demonstrates that minimum unit pricing will actually do what it is meant to do"

FEATURE

ALCOHOL AND PUBLIC HEALTH

Under the influence: 2. How industry captured the science on minimum unit pricing

Jonathan Gornall examines how the alcohol industry has worked to give scientific respectability to its views

Jonathan Gornall *freelance journalist*

Colchester, Essex, UK

When David Cameron unveiled the coalition government's alcohol strategy in March 2012, the public health community celebrated what seemed to be a cast iron commitment to minimum unit pricing, underwritten by the determination of the prime minister to do "the right thing."

All that remained was for the government to decide the level at which that minimum price should be set, and this was one of the objectives of the Home Office consultation on the strategy that started at the end of November 2012.

At that moment, the alcohol strategy "seemed like a triumph for health and commonsense," recalled Professor Mark Bellis, then cochair of the Responsibility Deal Alcohol Network as a representative of the Faculty of Public Health. "People were bolstered—they thought that people were listening, that the evidence that was presented over many years was finally having an impact."

But the celebration proved premature. The public health community had reckoned without the reach and influence of a drinks industry determined to defend its profits and ready to pull on every one of the many levers of influence at its disposal. What health campaigners saw as a done deal, the alcohol industry viewed as anything but.

"I think the question that was being asked by the press and by people in the legislature [at that time] was not just about the price, it was about the principle of minimum pricing as well," Nigel Fairbrass, SABMiller's head of global communications told me. "I mean, I know the government indicated that it was just a price base question, but a lot of the people we spoke to, inside and outside parliament, were actually debating the principle."

Role of think tanks

The opening public salvo of a concentrated lobbying offensive with the sole objective of killing off minimum unit pricing was

a report published by the Adam Smith Institute on 26 November, two days before the consultation opened.

Such libertarian policy think tanks, for which free market economics are the answer to everything, are the natural allies of industries, such as alcohol and tobacco, that face regulatory pressure as a consequence of the health harms created by their products. The Adam Smith Institute is a self appointed opponent of "big government . . . regulating businesses [and] interfering with lifestyle choices" and has a long record of resisting regulation on behalf of the tobacco industry.

In a report entitled *Minimal Evidence for Minimum Pricing*, the institute declared that predictions based on the Sheffield alcohol policy model were "entirely speculative and do not deserve the exalted status they have been afforded in the policy debate."¹

The institute declines to identify its donors but insists that it received no money "from any individual, foundation, or business" associated with the alcohol industry.

What's more, says Sam Bowman, research director at the institute, "If we did receive money from any alcohol industry source, it would have no influence on our policy positions whatsoever; nor does any money we get from any source. We believe in the rights of individuals to make choices for themselves, and alcohol regulation is one of the areas where those rights are threatened." However, another area in which the institute perceives such rights to be threatened is tobacco regulation, and earlier this year it was revealed that it had received funding from the tobacco industry.²

The alcohol report was coauthored by Christopher Snowdon, a fellow of the institute and the author of various publications arguing that the alcohol and tobacco industries should be protected from regulatory intervention,³⁻⁶ and John Duffy, a statistician whose collaboration with the alcohol industry began in the 1990s. It was a relationship that coincided with the birth of the alcohol industry's strategy of social responsibility, formulated as a defence against regulatory interference and

grown to full effect in Andrew Lansley's responsibility deal, and it earned Duffy grants from industry sources worth £690 000 (€820 000; \$1.1m).

From 1990 to 1996 Duffy's post as director of statistics at Edinburgh University's alcohol research group was funded by a £500 000 grant from the industry's Portman Group,⁷ a relationship that caused some controversy at the time.⁸

In 1993, in a paper that made no reference to his funding from the Portman Group, Duffy reviewed the use in alcohol control policy of population mean consumption as a determinant of the proportion of excessive drinkers and the level of alcohol related harms and concluded that "the statistical basis of this work is unsound."⁹ It was a prescient piece of work, anticipating one of the alcohol industry's main arguments against the introduction of minimum unit pricing. In other work during this period, he also challenged prevailing views on the amount of alcohol that should be considered harmful.¹⁰

In 1995, Duffy secured a grant of £190 000 from the Alcohol Education and Research Council (box) "for a project on development of standardised indices of alcohol consumption and harm" and he continued to cast doubt on prevailing wisdom in alcohol research. In one paper, he questioned the balance between the harmful and protective effects of alcohol consumption in middle aged men, concluding that "alcohol consumption is a net preventive factor against premature death in this population."¹¹

Learning from tobacco

There is evidence that the alcohol industry was formulating a strategy of corporate responsibility to forestall looming regulation as much as 30 years ago. In 1984 a senior executive at Grand Metropolitan, a drinks giant which in 1997 would merge with Guinness to form Diageo, circulated a confidential strategy proposing a solution to seven "threats to the drinks industry."

"Special interest groups," he wrote, were "giving increasing voice to the problems of alcohol abuse" and demanding higher taxes, tougher action on drink-driving, restrictions on retail hours, funding for rehabilitation programmes, advertising and marketing restrictions, and health warning and ingredient labels on drinks. The industry, he said, should learn from the example of the tobacco companies, which had "reacted to not dissimilar threats in a passive, inadequate manner and, most of all, late."

Grand Metropolitan's position was that "alcohol in moderation is good for the consumer, in excess it is bad. [If] the media concentrate on the second part of this truism at the expense of the first, voters will come to believe that alcohol is bad and the drinks industry irresponsible."

To avoid this, the executive wrote, the industry should consider either setting up an independent research body or funding a "Department of Alcohol Education within a British university." In the meantime, the memo highlighted "an increasing enthusiasm for its education role by the [Alcohol Education and Research Council] and Grand Met's wish to promote the AERC as the authoritative 'central ground.'"

The author of the 1984 Grand Metropolitan memo was Tim Ambler, who today is one of eight senior fellows of the Adam Smith Institute. Between 1963 and 1991 Ambler, now a retired senior fellow of the marketing faculty at London Business School, worked for Grand Metropolitan and International Distillers and Vintners, which is now part of Diageo. Rising to the role of joint managing director, he was involved with the

launch and development of brands including Baileys, Malibu, and Smirnoff vodka.¹³

Living in retirement in Norfolk, Ambler recalls the strategy memo he wrote but rejects the suggestion that it set the ground rules for the industry's manipulation of public health policy. "Dead customers ring no tills," he had written, adding "profit and social responsibility are entirely compatible"—an observation, he recalls, that "caused a bit of a flurry with my colleagues at the time."

Ambler says he was surprised that the industry later "took such a hard line" against minimum unit pricing—and equally surprised at Cameron's U turn. In 2011, in his role as an academic with London Business School, he says he had attended a meeting about minimum unit pricing with officials at the Cabinet Office and found "the room was full of people who were frankly prohibitionists. I spoke up a few times to say there was no case for them being rather excessively represented and got rather shouted down . . . At that time it looked like [minimum unit pricing] was definitely going through."

In fact, the event was a seminar in February 2012 that had been organised by researchers from ALICE RAP, a European Commission financed research project set up to stimulate "a broad and productive debate on science based policy approaches to addictions." The invitation-only meeting brought together members of the government's "nudge" team—officials from the Cabinet Office, Home Office, Treasury, and Department of Health—to consider some of the specific questions policy makers were facing as they considered options including taxation and minimum pricing. Ambler, who had been invited to speak, argued against a simple association between alcohol consumption and related harm.

The seminar was a "rare example" of the public health movement being granted access to UK policy makers, says Fleur Braddick, communications officer for the ALICE-RAP project, "and we had to be very insistent to organise it."

As the consultation rolled on, however, it would become clear which side was really benefiting from excessive representation.

Concerted attack

The barrage of pseudoacademic shots from the far right continued. On 28 November Eamonn Butler, the director of the Adam Smith Institute, wrote a blog on the website of the Free Society (which describes itself as "an offshoot of the smokers' lobby group Forest"), attacking minimum unit pricing as an illiberal policy, "pushed on politicians by pious interest groups who think they know how to run our lives better than we do." Butler repeated the alcohol industry mantra: that minimum pricing would punish "the many for the sins of the few."¹⁴

Two months later, the Centre for Economics and Business Research joined in, attacking minimum pricing as "a poor piece of policy that will do little to address the damage caused by alcohol misuse and much to exacerbate the financial challenge facing moderate drinkers on lower incomes." As the report made clear, the work had been commissioned by SABMiller, one of the world's leading brewers.¹⁵

Towards the end of January, just a few days before the end of the consultation, the Wine and Spirit Trade Association launched "Why should responsible drinkers pay more?"—a campaign that claimed to reveal "major public opposition to government's plans to hike up alcohol prices" and urged members of the public to contact their MPs to voice opposition to minimum unit pricing. A commissioned poll found that most people "believed" that minimum pricing would not work in reducing alcohol

Alcohol Education and Research Council

The Alcohol Education and Research Council (AERC) was set up as a registered charity in 1981 by an act of parliament, using money left over from a redundant fund set aside by the industry in the early 20th century to compensate landlords who had lost their licences during a government cull of pubs, carried out "in the hope that this would reduce drunkenness and drunken offences."

Its role included "the education of the public as to the causes and effects of, and means of preventing, excessive consumption of alcohol" and the development of "the capacity of people and organisations to address alcohol issues and also develop the evidence base linked to alcohol policy."¹²

Members of the AERC were appointed by the secretary of state for whichever government department was hosting the organisation at the time—a role that was played variously by the Home Office, Department of Health, and Department for Culture, Media, and Sport. During the 1990s, when Duffy secured his grant, in addition to medical and other non-commercial representatives members of the AERC council included senior management representatives of alcohol organisations such as Fuller Smith and Turner, North British Distillery Company, International Distillers and Vintners UK, the Wine Development Board, and the Scotch Whisky Association's alcohol research and education committee.

In 2011, the AERC was abolished and its assets and functions were taken over by Alcohol Research UK, a new charity. Whereas the AERC had, "on a couple of occasions," received small amounts of funding from the Wine and Spirits Trade Association, the Scotch Whisky Association, and the Portman Group, said Dave Roberts, the new charity's chief executive, there was "absolutely no chance that Alcohol Research UK would accept funds from such bodies today."

harm—a meaningless conclusion reached, of course, without the benefit of the years of research conducted by Sheffield but doubtless of great value when it came to putting the wind up MPs.¹⁶

At the same time the Wine and Spirit Trade Association, following SABMiller's lead, also published research it had commissioned from the Centre for Economics and Business Research, which cast doubt on "the capability of the Sheffield model to properly predict the relationships between alcohol-related harms and alcohol consumption."¹⁷

It was not the first time the centre had joined forces with the drinks industry in an attempt to undermine the credibility of Sheffield's work. In 2008 it was commissioned by SABMiller "to undertake a wide-ranging economic assessment of the impact of alcohol pricing policies, in particular minimum alcohol pricing." One result of this brief was the 2009 report *Minimum Alcohol Pricing: A Targeted Measure?*¹⁸

Subsequently, the centre has produced reports for cigarette company Philip Morris, critical of the plans to introduce plain packaging for tobacco products in the UK and predicting up to 30 000 job losses and a loss to the Exchequer of up to £348m.^{19 20}

Science is sidelined

John Holmes, a public health research fellow at the Sheffield Alcohol Research Group, says he has no problem with the industry and its supporters joining the debate. "We're in a free market economy; they're a player in that, and if you're going to regulate the market they should have a say on it." The frustration felt by him and his colleagues, he says, "is not that they are commenting, but the way they go about it. They are engaging with science but not with the scientific process—peer review, constructive discussion, balanced arguments, debate, critical appraisal of the totality of the evidence—so we're just responding to the same points over and over again."

For example, he says, the paper by the Adam Smith Institute comprised two essays and a technical section that was a "rehash" of an earlier critique of Sheffield's work, commissioned from Duffy by the Scotch Whisky Association as part of its legal battle against the introduction of minimum unit pricing in Scotland. This paper has not been released for public consumption, but it is referred to in the list of documents referenced by the Scottish Whisky Association in its application for a judicial review of the Scottish government's plan. It is dated October 2012, one month before the Adam Smith report appeared.²¹

Duffy referred to the statistical advice he had provided to the association in an article he wrote for *Significance*, a magazine published by the Royal Statistical Society.²²

Sheffield, says Holmes, has faced "repetition of the claims and no real acknowledgement that we've responded to them and, we feel, have addressed several of their points and shown them to be inaccurate."

He believes the industry and its mouthpieces are "not particularly interested in . . . engaging in any kind of debate about whether their arguments are accurate. It's all about creating doubt about what we're saying."

Another organisation that has repeatedly mounted defences of the tobacco and alcohol industries is the Institute of Economic Affairs, whose assaults have included accusing the charity Alcohol Concern of using "dodgy surveys, junk science and misleading press releases."^{23 24}

In August 2013, the institute selected the work carried out on alcohol at Sheffield as a case study to illustrate "flawed 'evidence-based' policymaking," in a report entitled *Quack Policy*. The author, Jamie Whyte, is a fellow of the Institute of Economic Affairs and also a senior fellow at the Adam Smith Institute.²⁵

Ruth Porter, communications director for the Institute of Economic Affairs, says the organisation does not do "tied commission research for companies" but declined to say if any players in the alcohol industry had donated any part of the £830 000 given to the institute by supporters in 2012.

"We don't receive government funding and, as I say, we don't do commission tied research from companies," she said. "All of our funding comes from voluntary donations and we respect the privacy of those who donate to us, and we don't give out information about who funds us."

However, in September this year SABMiller sponsored "Lessons from the recession," a fringe panel event at the Conservative party conference held by the institute and chaired by Mark Littlewood, the institute's director general.

That same month, the institute turned to the Free Society and Forest to sponsor "A Beer and a Fag with Farage," a fringe event at the Conservative party conference in Manchester that played on Conservative fears that Nigel Farage's UK Independence Party might become a serious contender for right wing Tory votes at the next general election.

The fringe event aside, SABMiller says it has not funded either the Institute for Economic Affairs or the Adam Smith Institute, but it has had a two year relationship with another think tank, Demos, which resulted in two reports on alcohol.

Published in 2011 and 2012, both reports argued that parental influence was the chief cause of harmful drinking, and, at the height of the consultation over minimum unit pricing, gave SABMiller a platform in the House of Commons from which to broadcast its message of corporate social responsibility.

Feeling the Effects was launched in Westminster on 11 December 2012 at an event sponsored by SABMiller and at which the speakers included the MP Andrew Griffiths, chair of the all party parliamentary beer group. The report, the product of “a two-year partnership between Demos and SABMiller which has focused on research into youth binge drinking in the United Kingdom,” concluded that “effective parenting is the best way to call time on Britain’s binge drinking.”²⁶

A previous report by the project, *Under the Influence*, published in April 2011, was the subject of a seminar held in the House of Commons on 24 January 2012—towards the end of the consultation over minimum unit pricing.

The report was dismissive of the policy, which it said would “undoubtedly also cause some reduction in the frequency of binge drinking episodes among some groups [but] there is little evidence to show it would change the norms surrounding binge-drinking behaviour.” Instead, it recommended that retailers “consider a joint initiative as part of the Public Health Responsibility Deal, which sets a code of conduct for responsible alcohol sales.”²⁷

Ralph Scott, head of editorial at Demos, said the think tank had had “complete editorial independence over the research, authorship, and dissemination of the reports . . . we are transparent about who funds us and which project they have funded. We explicitly publish references to the funders of each report in the inside back cover of all reports, always make this clear on press releases, and list our funders on the website.” It does not, however, “provide information on exact sums due to commercial sensitivity.”

Uneven debate

Public health researchers are at a tactical disadvantage when they go up against the material produced by such organisations, says Holmes.

“We can’t really change the narrative in any way—we don’t have that power—but bodies such as the Adam Smith Institute have this public megaphone which is disproportionate to the scientific merits of what they’re saying.”

There is, he says, an argument for science to adopt a more proactive approach, but the playing field is not a level one: “We publish our paper, and then we go quiet again until we’ve got something new to say. Whereas with lobbyists it’s more of a drip drip process—they’re constantly talking, meeting, putting their side across.”

Health lobbying groups, such as the Institute for Alcohol Studies, “are there to see that evidence is translated into policy, or at least used in policy decision making, and in theory they can engage in the same kind of lobbying. But in reality they don’t have access to the same resources, the same political connections. Even if science did want to do more, there are barriers: we don’t have the same access that industry does.”

With Andrew Lansley’s much derided Lobbying Bill paused in chaos amid accusations that it would not have prevented any of the lobbying scandals of the past few years and that it appears more concerned with hobbling charities and unions than big business,²⁸ there is still no sign of Cameron’s promised lobbying register.²⁹

However, one voluntary register already exists, operated by the Association of Professional Political Consultants, and it shows the extent to which the big players in the alcohol industry rely on political lobbyists to get their messages across: eight political consultancies represent the interests of nine alcohol

organisations, including Diageo, Heineken, the Wine and Spirit Trade Association, SABMiller, and Portman Group.³⁰

Such registers, however, can tell only a part of the story.

“We’ve done some work here that involved an interview study of different policy actors, including interviews with alcohol industry actors,^{31 32} and they were surprisingly forthcoming about what they did,” said Jim McCambridge, senior lecturer in behaviour change at the London School of Hygiene and Tropical Medicine.

“For them, lobbying on an issue by issue basis, trying hard to get a particular policy outcome, is undertaken sometimes, but that is not how lobbying is ordinarily done. It is really about building long term relationships with key policy actors so influence can be exerted in very subtle ways . . . and within these long term relationships what you see is quite astonishing levels of contact.”

An example of this technique in another industry came to light during the Leveson inquiry, when it emerged that during News Corporation’s controversial bid for BSkyB a company lobbyist had been in more than daily contact with a special adviser to Jeremy Hunt, the culture secretary, with the two exchanging hundreds of text messages in 2010 and 2011.³³

But that was no one-off blurring of the lines. Equally shocking, as the next instalment of the *BMJ*’s investigation into the influence of the alcohol industry’s influence over public health policy reveals, is the extent to which the industry has managed to infiltrate parliament and government at the highest levels.

Competing interests: I have read and understood the BMJ policy on declaration of interests and have no relevant interests to declare.

Provenance and peer review: Commissioned; externally peer reviewed.

- Duffy JC, Snowdon C. The minimal evidence for minimum pricing: the fatal flaws in the Sheffield alcohol policy model. Adam Smith Institute, 2012. www.adamsmith.org/sites/default/files/research/files/ASI_SAPM.pdf.
- Doward J. Health groups dismayed by news ‘big tobacco’ funded rightwing thinktanks. *Observer* 2013 Jun 1. www.theguardian.com/society/2013/jun/01/thinktanks-big-tobacco-funds-smoking.
- Snowdon C. The art of suppression—pleasure, panic and prohibition since 1800. Little Dice, 2011.
- Snowdon C. The myth of the smoking ban “miracle.” *Spiked* 2009 Sep 24. www.spiked-online.com/newsite/article/7451#.UnJHsBaySY.
- Snowdon C. Plain packaging proposals for cigarettes may actually harm the public. *Conservative Home* 2012 Feb 20. www.conservativehome.com/platform/2012/02/the-asis-cjsnowdon-plain-packaging-proposals-for-cigarettes-may-actually-harm-the-public.html.
- Snowdon C. Drinking in the shadow economy. Institute of Economic Affairs discussion paper. 2012. www.iea.org.uk/publications/research/drinking-in-the-shadow-economy.
- Doyle L. Pro-alcohol academics paid by drinks lobby. *Independent*, 1994 Dec 5. www.independent.co.uk/news/proalcohol-academics-paid-by-drinks-lobby-1386957.html.
- Alcohol researcher sees red. *Times Higher Education Supplement* 1996 Aug 26. www.timeshighereducation.co.uk/news/alcohol-researcher-sees-red-99420.article.
- Duffy JC. Alcohol consumption and control policy. *J R Statist Soc* 1993;156:225-30.
- Duffy JC. Alcohol and heart disease: current weekly limits too mean. *BMJ* 1994;308:270-1.
- Duffy JC. Alcohol consumption and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1995;24:100-5.
- Licensing (Alcohol Education and Research) Act 1981. www.legislation.gov.uk/ukpga/1981/28/pdfs/ukpga_19810028_en.pdf.
- Adam Smith Institute. List of senior fellows. www.adamsmith.org/about-us/senior-fellows.
- Butler E. Punishing the poor, the moderate and the sensible. *Free Society*, 28 November 2012. www.thefreesociety.org/Issues/Food-and-Drink-hammering-the-poor-the-moderate-and-the-sensible.
- Centre for Economics and Business Research. Minimum unit pricing: impacts on consumer spending and distributional consequences. 2012. [http://library.the-group.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR_MUP_impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences\(1\).pdf](http://library.the-group.net/sabmiller/client_upload/file/CEBR_MUP_impacts_on_consumer_spending_and_distributional_consequences(1).pdf).
- Wine and Spirit Trade Association. Why should responsible drinkers pay more? Press release, 26 January 2013. www.wsta.co.uk/Press/nationwide-campaign-launched-today-reveals-major-public-opposition-to-government-s-plans-to-hike-up-alcohol-prices.html.
- Hogan O, Corfe S, Channa C. Alcohol consumption patterns and trends in alcohol-related “harms.” Centre for Economics and Business Research, 2012. www.wilson-drinks-report.com/pdf/0000.0021/WSTA-MUP_Cebr-report_28-01-2013_final_3.pdf.
- Centre for Economics and Business Research. Minimum alcohol pricing: a targeted measure? CEBR, 2009.
- Centre for Economics and Business Research. A scenario-based quantification of the economic impact of plain packaging for tobacco products in the UK. 2013. www.cebr.com/reports/impact-of-plain-packaging/.

- 20 Centre for Economics and Business Research. A national and regional extension of our scenario-based quantification of the economic impact of plain packaging for tobacco products in the UK. 2013. www.cebr.com/reports/regional-impact-of-plain-packaging/.
- 21 Duffy J, Cohen G. Statistical critique of the model-based appraisal of alcohol minimum pricing and off-licensed trade discount bands in Scotland using the Sheffield alcohol policy model (V2). 2012.
- 22 Duffy J. The price of a drink—too exactly? Flawed evidence for minimum unit pricing. *Significance* 2013;10:23-7.
- 23 Velvet glove, iron fist—the website of Christopher Snowden. About the author www.velvetgloveironfist.com/index.php?page_id=4.
- 24 Snowden C. Alcohol Concern sticks to the ideology. IAE blog, 12 June 2013. www.iea.org.uk/blog/alcohol-concern-sticks-to-the-ideology.
- 25 Whyte J. Quack policy—abusing science in the cause of paternalism. Institute of Economic Affairs, 2013. www.iea.org.uk/sites/default/files/in-the-media/files/IEA%20Quack%20Policy.pdf.
- 26 Birdwell J. Feeling the effects. Demos, 2012. www.demos.co.uk/publications/feelingtheeffects.
- 27 Bartlett J. Under the influence—what we know about binge-drinking. Demos, 2011 www.demos.co.uk/publications/undertheinfluencereview.
- 28 Grice A. Tories put lobbying bill on hold over fears of embarrassing defeat in House of Lords. *Independent* 2013 Nov 5. www.independent.co.uk/news/uk/politics/tories-put-lobbying-bill-on-hold-over-fears-of-embarrassing-defeat-in-house-of-lords-8923325.html.
- 29 Owens J. Lobbying register rethink hopes quashed. *PR Week* 2013 Nov 5. www.prweek.com/article/1219730/lobbying-register-rethink-hopes-quashed.
- 30 Political consultancies representing alcohol groups, as registered on the website of the Association of Professional Political Consultants. www.appc.org.uk
- 31 Hawkins B, Holden C. "Water dripping on stone?" Industry lobbying and UK alcohol policy. Policy Press, 2012.
- 32 McCambridge J, Hawkins B, Holden C. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing. *Addiction* Nov 21 [Epub ahead of print].
- 33 Plunkett J. Culture team aware of Adam Smith's contact with News Corp, Leveson told. *Guardian* 2012 May 25. www.theguardian.com/media/2012/may/25/adam-smith-contact-news-corp-leveson.

Cite this as: *BMJ* 2014;348:f7531

© BMJ Publishing Group Ltd 2014

FEATURE

ALCOHOL AND PUBLIC HEALTH

Europe under the influence

Carrying on from his investigation into the lobbying activities of the alcohol industry in the UK, **Jonathan Gornall** finds that the industry is using similar tactics to influence Europe's alcohol policy

Jonathan Gornall *freelance journalist*

Colchester, Essex, UK

The success of the drinks industry in keeping UK regulation at bay¹ is overshadowed by the scale of its impact in Europe, a region in which the overall consumption of alcohol is more than twice the world's average and where, according to the latest estimate, nearly 138 000 people died prematurely of alcohol attributable causes in 2004 alone.² Put another way, among those aged 15–64, the deaths of one in seven men and one in 13 women are caused by alcohol.

Despite these shocking statistics, the European Commission has offered no resistance to the alcohol industry. Worse, under the auspices of its 2007 alcohol strategy it has instead collaborated with industry's preference for self regulation, building it a voluntary platform from which it can shout loudly about corporate responsibility and voluntary commitments, concepts that have proved largely ineffective in preventing the health harms caused by its products.

By no coincidence, in the five years from 2006 to 2010 the areas of alcohol policy that grew stronger in Europe were education and community action—industry favourites. At the same time, controls on pricing and advertising grew weaker,² which according to an analysis by the Centre for Addiction and Mental Health was “simply the wrong way round, given the evidence on what might have made a difference to reducing the harm done by alcohol.”³

Now, as the European Commission consults on a short term “action plan” to replace the alcohol strategy, the industry is on the warpath again—and all the signs are that it will, once again, get its way.

A fresh start?

At the end of October 2012, representatives from the health departments of 26 European states gathered in Brussels for a special meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action to discuss the future of the European alcohol strategy, which expired later that year. The committee had been founded in 2007 as one of two pillars of the strategy. The other was the Alcohol and Health Forum, under which the industry

makes voluntary commitments, similar to the UK's responsibility deal.

At least three nation members of the committee had come to the October meeting with grave reservations about what the strategy had achieved—and ideas as to how any successor could better reduce alcohol related harm.

After five years of a pan-European alcohol strategy dependent on the self regulation of industry, a joint paper presented to the committee by the health departments of Britain, Sweden, and Ireland made radical reading. It called for a renewed EU alcohol strategy that would “better support member states' alcohol policy objectives.” Crucially, it stressed, the most effective policies were “population level policy instruments such as taxation [and] minimum unit price [which] has a greater impact on heavy consumers.”⁴

This was anathema to the alcohol industry, as email correspondence obtained by the *BMJ* shows. Somehow the paper ended up in the hands of Gavin Hewitt, the chief executive of the Scotch Whisky Association and president of the European industry organisation SpiritsEurope, a major player on the Brussels lobbying scene. In a hectoring email sent to several British government departments, Hewitt, whose previous roles include director for Europe and trade at the Department of Business, Innovation and Skills and British ambassador to Belgium, says his association is “disappointed to learn” that the Department of Health has circulated the paper “calling for a radical revision of the EU alcohol strategy.”

To Hewitt's obvious horror, the paper “seeks support for . . . a range of whole population measures to tackle alcohol misuse,” including “minimum pricing [and] restrictions on advertising and availability.”

Minimum pricing, he insists, “has no place in policy options for the UK government in addressing alcohol harm.” Furthermore, he hopes that at the forthcoming meeting the UK government “will continue vigorously to promote a co-regulatory/self-regulatory approach and extol the benefits of innovative solutions, such as the Responsibility Deal, as

effective alternative approaches to regulation in tackling alcohol-related harm.”

Despite Hewitt's intervention, minutes of the committee's meeting show that all member states supported the ambition, expressed in the circulated joint paper, that whatever followed the alcohol strategy should be an altogether tougher proposition, focused on EU action on “cross-border trade and advertising, taxation and minimum pricing.” The commitments made by industry under the Alcohol and Health Forum required “clearer focus on responsible business practices” and better evaluation of outcomes.⁵

The alcohol strategy had been born in October 2006, five long years after the Council of the European Union had first asked the commission to put forward proposals for reducing alcohol related harm.⁶ When it finally arrived, via a lengthy consultation process marked by an industry lobbying campaign described as “unprecedented in its intensity,” it had been stripped of any regulatory teeth.^{7 8}

It was, noted the authors of one assessment, “a disappointingly long way from being what the doctor ordered,” and it was “easy to put the blame for this at the door of the alcohol industry.” The important lesson for the commission to learn was “how to deal with the tactics of a powerful and aggressive alcohol industry.”⁹

Mandatory labels “lobbied off the table”

When the original motion in support of the alcohol strategy was put before MEPs by the health committee in July 2007, it contained a tough clause which, if passed, could have meant mandatory health warnings on all alcoholic drinks across the EU. That same year, France introduced a regulation that all alcoholic beverages had to carry a pictogram warning pregnant women not to drink, but elsewhere in Europe this warning remains voluntary and far from widespread. “Health warnings on alcohol may require European harmonisation similar to health warnings on tobacco,” parliament noted. It asked the commission “to publish before 1 January 2010 either a legislative proposal to introduce health warnings on alcoholic beverages, or a communication to explain why, in contrast to health warnings on tobacco, the introduction or harmonisation of health warnings on alcohol is not necessary.”¹⁰

This would have been bad news for an industry that fears any regulation as the thin end of a wedge—and it was the only clause that was substantially amended before the resolution was adopted by the European parliament two months later.

The final clause noted instead that “the existence of different national labelling requirements has clear implications for the EU internal market.” Gone was the proposal for legislation. In its place, the resolution urged the commission “to initiate a comparative study on impact and effectiveness of various information and communication means, including labelling and advertising, applied in member states with a view to reducing hazardous and harmful alcohol consumption.”¹¹

Mandatory labelling, in other words, had been lobbied off the table, leaving public health organisations aghast.

The first draft of the strategy, commented Eurocare, the European Alcohol Policy Alliance, “would have had an impact in reducing the harm done by alcohol”. But “the alcohol industry and other parts of the commission have ensured that the strategy reflects the undue influence of the alcohol industry, which has been responsible for one of the most intensive lobbying campaigns ever known in regard to public health policy.”¹²

Caroline Lucas was among the MEPs who at the time condemned this “U turn.” “While the alcohol industry may simply want to ignore the devastating consequences caused by the abuse of alcohol,” said Lucas, the Green party member for the South East region from 1999 to 2010, “EU lawmakers should treat this problem with the seriousness it warrants.”¹³

Renewed action

Six years on, the industry is busy doing its best to ensure that the successor to the EU alcohol policy is also watered down. The new European action plan to reduce alcohol related harm, currently undergoing consultation, already bears the hallmarks of the same industry lobbying that blighted its predecessor.

“What they have proposed initially is to focus on young people and heavy drinking,” said Mariann Skar, secretary general of Eurocare. “These are easy goals, and we aren't very happy about that. We want a broader population approach; we want them to focus on price, marketing, and availability.”

Eurocare delivered its comments on the draft plan to John Ryan, the commission's acting director of public health, last week. Whether they are taken on board remains to be seen, but the industry is also having its say and, as emails seen by the *BMJ* show, it is doing its best to make sure its voice is heard.

In June last year MEPs were contacted by Gauthier Bas, a senior consultant at Cabinet DN, a consultancy that offers “public affairs and media services to clients seeking to influence the European Union.” Bas was hoping to influence MEPs on behalf of the Brewers of Europe, whose secretary general, Pierre-Olivier Bergeron, and senior adviser, Simon Spillane, “would be delighted to meet you in Brussels, at your convenience.”

Europe's Brewers, he wrote, were “committed to promoting responsible beer consumption and [were] proud to be the leading committer under the EU Alcohol and Health Forum.” Now, they wanted to discuss “key challenges and opportunities for our sector that we believe are of interest to the European Parliament, particularly at a time when the EU Strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm is being evaluated.”

Individual companies are also lobbying. In November MEPs were contacted by Sophie Jacobs, a Brussels based senior consultant with international public affairs consultancy Interel. Jacobs was working on behalf of brewers SABMiller and seeking to arrange meetings between individual MEPs and Gabor Garamszegi, the brewing company's corporate affairs director.

“Discouraging irresponsible drinking,” she said, was one of SABMiller's top priorities, as reflected in its involvement in the European Alcohol and Health Forum. “Mr Garamszegi would very much appreciate the opportunity to meet with you to introduce you to the company, its contribution to the UK and European economy and the work it is doing to tackle irresponsible drinking.”

Controlling the debate

Yet a series of industry emails from 2010, obtained by the *BMJ*, show that Garamszegi's enthusiasm for discouraging irresponsible drinking did not extend to countenancing regulation. What they do show, however, is just how seriously the alcohol industry takes the business of controlling the public health debate.

In April 2010 the European Commission's health directorate, DG Sanco, held a series of meetings with stakeholders, including industry and non-governmental organisations, to set the agenda for the EU's third Open Forum on Alcohol Health, due to be held in Brussels on 19 November 2010.

Two months before, on 15 February, Ceri Thompson, team leader for alcohol and drugs at DG Sanco, responsible for the implementation of the EU alcohol strategy and the management of the Alcohol and Health Forum process, wrote to members of the forum group to distribute a draft programme for discussion.

At this stage, there were five topics on the table, including the social cost of alcohol and pricing policy. One of the recipients of the email was Eric Vaes, senior external adviser for drinks company Moët Hennessy, who forwarded it to 28 industry colleagues working for familiar brands and companies including Diageo, Chivas, Pernod-Ricard, and Bacardi.

"Needles [sic] to say," he wrote, "Gabor [Garamszegi] and I will continue to strongly resist any policy driven agenda like proposed examples of Eurocare's labeling, local pricing/marketing policies or some of the suggested examples under the social cost of alcohol."

Ten days later, Vaes reported back to his network on a meeting with the health directorate, attended by himself, Garamszegi, someone from Spirits Europe, and representatives from Eurocare and the European Public Health Alliance.

With the support of Garamszegi, he wrote, "I managed to keep the focus on three key topics . . . consumer information and role of health professionals . . . the social cost of alcohol abuse [and] responsible selling and serving." Pricing policy, he noted, "is so far suppressed."

Next came the business of nominating industry panellists and moderators for the selected topics. "I do not," wrote Vaes to Carole Brigaudeau, manager of the industry's European Forum for Responsible Drinking (which in 2012 merged with the European Spirits Organisation to form SpiritsEurope), "wish DG Sanco to receive too many candidates from NGOs [non-governmental organisations] . . . to occupy roles of chairs or scene setters."

He suggested some names—including Professor Philippe De Witte of the European Foundation for Alcohol Research, whom he described as "industry friendly." Contacted by the *BMJ*, De Witte said he had given a talk at the forum but had no idea "why Mr Vaes described me as industry friendly." Another option, replied Brigaudeau, would be Chris Sorek, chief executive of the industry funded Drinkaware Trust in the UK.

Either way, wrote Vaes, the industry's "final objective" at the open forum should be that "we manage this time to better 'occupy the floor' in an intelligent and action/commitment driven way by avoiding . . . NGO's policy driven subjects and 'intervenants.'"

For Evelyn Gillan, the chief executive of the charity Alcohol Focus Scotland, "the exchanges show what a sham the industry's supposed commitment to partnership working is. They are interested in partnership only in order to steer discussion away from evidence based policies that will be effective in reducing alcohol consumption towards those policies that the evidence suggests will be ineffective—thus protecting their business interests."

In November 2013, Brussels based lobbying watchdog Corporate Observatory Europe and more than 200 other groups published a report highlighting that, despite a series of scandals and pledges by the commission's secretariat-general to act, its

advisory expert groups were still "consistently dominated by big business interests, meaning the voices of other stakeholders . . . are largely unrepresented and unheard."

"Should speculators," it asked, "be given privileged access to dominate advice on financial regulation, beverage companies on alcohol policy, or fossil fuel companies on climate change? Worryingly for democracy, the European Commission is doing just that, despite promising it would not."¹⁴

This was a thinly veiled reference to industry membership of the European Alcohol and Health Forum, which the commission classifies as an expert group. The group is composed of public health members and a comparable number of industry representatives, including Diageo, Brewers of Europe, and SpiritsEurope.

Spillane, senior adviser on beer and society for Brewers of Europe, rejects any suggestion that the forum is little more than an opportunity for the industry to avoid regulatory interference by committing to actions that have little real effect on the harms caused by alcohol.

"To say the forum has done that would be ridiculous because the alcohol strategy didn't propose regulation," he says. "The aim of the forum was not to discuss policy, it was to motivate voluntary actions, and in our opinion it has done that."

As "the main contributor" to the forum—Brewers' members are behind 100 of the 250 commitments to date—"I feel very comfortable saying, 'yes, it has had a positive impact.' And if you speak to all the partners on all these programmes who have received support from the brewing sector at a local level, they will also say it has had an impact."

In 2012, however, an independent review of how the forum's commitments were monitored found "significant variations in the quality of monitoring." While "some members appear to struggle with monitoring their commitments," others even "had difficulty in being able to clearly communicate how they relate to the aims of the Forum or what they have produced in terms of outputs."¹⁵

According to an assessment of the effectiveness of the alcohol strategy, commissioned in the same year by DG Sanco, there had been "considerable achievements" since it was set up in 2006. The Committee on National Alcohol Policy and Action had "contributed to building consensus across member states and provided impetus for the development of national policies." And the European Alcohol and Health Forum had "stimulated concrete stakeholder-driven action to address alcohol-related harms through 'commitments to action.'"¹⁶

However, despite "progress" across the five priority themes of the strategy—protecting children, reducing road injuries and deaths, preventing harm among adults, raising awareness of the impact of harmful drinking, and developing a common evidence base—the report's conclusion suggested that the system of industry commitments was having insufficient effect: "The aims of the alcohol strategy have not yet been fully reached and alcohol-related harm remains a concern in all Member States."¹⁶

Demonstrating corporate responsibility is just one tool that the alcohol industry uses to keep regulation at arm's length in Europe. As in England, where the *BMJ* has already shown the industry has many supporters in parliament and Westminster,¹ the industry has many influential friends in Brussels.

The beer club

Many of them are members of the European Parliament Beer Club, which, like the UK parliament's all party beer group, is one of the most popular special interest groups for MEPs.

Some 100 members of parliament endorse its mission to "support the positive role of beer in Europe's culture [and] foster a greater understanding of the brewing sector within the European institutions, and particularly the European parliament." Membership gives MEPs the chance "to savour a variety of Europe's finest crafted beers—responsibly" and, naturally, the club "encourages the brewing sector to pursue its work as a responsible stakeholder."¹⁷

The nine British MEPs who are members (four Conservatives, three UKIP, and two Labour) include Emma McClarkin, the Conservative MEP for the East Midlands, who is a vice-president of the beer club.

An assistant to McClarkin said she was too busy to take part in a telephone interview to discuss the competing interests of the public health community and those, such as the members of the beer club, concerned with protecting the economic contribution of the alcohol industry in Europe from over-restrictive legislation.

She was, however, "happy to let you know that she supports the drinks industry as an important contributor to the UK economy. She supports its message of moderation and is aware of its own activities to help address problem drinking."

In November 2013, McClarkin was one of five panellists who discussed "how we can best grow the European spirits sector and in the process how we can help the European economy" at the annual spirits summit staged at the Residence Palace in Brussels by SpiritsEurope. In reality, the "summit" is little more than a brief prelude to SpiritsEurope's "fabulous Annual Cocktail [party], a unique opportunity to discover and taste our products from all over Europe, the pride of the spirits sector," to which many MEPs are invited.

McClarkin's support for the industry goes further than merely turning up at cocktail parties. On 17 September 2013, she hosted the launch of a joint report by industry lobby groups Hospitality Europe and Brewers of Europe, extolling the economic contribution of the hospitality sector across 31 countries.

It was, wrote Demetrio Carceller, president of Brewers of Europe, in his foreword to the report, "important that decision-makers recognise the major contribution made by the European hospitality sector to the EU economy and society and that its good health is essential for EU job creation and growth."¹⁸

McClarkin, for one, had no argument with that.

"Beer is more than just a refreshing drink," she said at the launch of the report at a beer club dinner in the European parliament. "At a time of stagnating economic growth and spiralling youth unemployment . . . we need to be sure that policies are helping hospitality and closely linked sectors such as beer, not hindering them."

There are, says Olivier Hoedeman from Corporate Europe Observatory, "many MEPs, especially in the centre right groups, who have it as their mission to defend industry interests, often linked to industries from their regions. Industries know who these people are and are eager to get them into rapporteur roles."

Rapporteurs are MEPs put in charge of ushering proposed legislation through committees and into law, and their appointment, says Hoedeman, is always "a political game

between the political groups—very complicated horse trading. 'If you get tobacco, I get something else.'"

The largest and most influential political group in Europe is the centre right European People's Party, and in July 2011 one of its members was the rapporteur responsible for the Food Information Regulation Directive, which has imposed mandatory health labelling requirements on food products across Europe with the exception of alcoholic beverages.¹⁹

"Originally alcohol was included [by the Commission] in the scope of the food labelling regulations," said British Labour MEP Glenis Willmott, who led on the issue for the socialists and democrats. "I wanted to see calories labelled on the front of the label and the full nutritional breakdown on the back. But the various alcohol industries lobbied the parliament so hard they managed to get themselves fully exempted from the legislation."

The rapporteur for the directive was Renate Sommer, the conservative Christian Democrat MEP for North Rhine-Westphalia. There is no suggestion that the alcohol industry played any part in her appointment as rapporteur. However, like McClarkin, she is a vice-president of the parliamentary beer club.

Sommer told the *BMJ* that her membership of the beer club had "by no means influenced me in my role as rapporteur." In fact, "the brewers—in contrary to the wine and spirits producers—had nothing against nutrition labelling of their products."

Yet they did lobby against the directive. "We were by no means the people on the front line in opposing this," said Spillane of Brewers of Europe. "However, we felt the importance of there being a level playing field [between all alcohol products] and we informed MEPs of this. I wouldn't describe it as an aggressive lobbying campaign by any stretch of the imagination."

Sommer says she proposed that all mixtures of alcoholic with non-alcoholic beverages should be covered by the directive, but "commission and council just wanted mixtures with spirits named as alcopops." This "caused legal problems," and alcohol was excluded from the regulations.

Besides, she added, "I always underlined that alcoholic beverages are not food for frequent consumption but special products that should be treated in a separate labelling regulation."

More recently, Sommer has made no secret of her belief that the alcohol industry should not be subjected to more regulation.

In February 2012, at an event hosted by the beer club, she launched the brewing industry's European Beer Pledge, a collection of commitments "to increase consumer information, enforce responsible advertising and conduct new awareness campaigns reaching out to young adults, drivers, and pregnant women." The EU, said Sommer, "should have a supportive function."

Alongside her was Despina Spanou, principal adviser to DG Sanco and chair of the alcohol and health forum, who praised the commitments made by the beer industry as "impressive." Sometimes, she said, "through voluntary approaches you can achieve a lot and faster than if you went the legislative route."

As they spoke, the two women were flanked by Rutger Goethart, public affairs manager at Heineken, and Bergeron, secretary general of Brewers of Europe.

A year later, Sommer wrote the foreword to the first annual report on the progress of the beer pledge. She was "impressed" by the brewers' "commitment not just to words, but to action!"

... We already have a huge range of laws in place on alcoholic beverages, including beer, at Member State level. We do not need new legislation to tackle alcohol-related harm."²⁰

Sommer told the *BMJ* she did not see her vice-presidency of the beer club as inconsistent with her role on parliament's environment, public health and food safety committee, nor her commitment to the wellbeing of the brewing sector as at odds with her responsibilities towards the health of Europe's citizens.

"My membership of the beer club is public, no secret, and honorary," she said. "There is no conflict of interests." Beer, she added, "is a traditional product that is deeply rooted in our European culture. The brewing sector in Germany is proud of its purity law and [provides] important jobs, also in my home region. As long as beer is being consumed responsibly it is a healthy product that contains vitamins, minerals, enzymes, and even anti-inflammatory ingredients."

She said she supported the European countries that had challenged Scotland's attempt to introduce minimum pricing, partly because of the trade threat it would pose to the internal harmonised market, but also because the measure would discriminate "against poorer citizens" and "strengthen illicit trade of alcohol."

Asked if she considered economic growth and jobs to be more important than lives, she dismissed the question as "more than impertinent and even more tendentious than the others."

Sommer provided a lobby list of the individuals and organisations she met as rapporteur of the labelling legislation—a cross section of stakeholders from NGOs, consumer groups, and members of national parliaments to supermarkets, alcohol firms, and food companies.

But, as in the UK, finding out which companies have spoken to which MEPs, and what passed between them, is generally not so easy. Superficially, at least, Brussels does seem more transparent when it comes to the activities of lobbyists. But the downfall of the European Parliament's transparency register, says Hoedeman, is that it is voluntary and exposed to little real scrutiny by parliament.

"If the EU had a properly functioning transparency register, it would be updated more frequently than once a year and would be mandatory and reliable," he says. "At best we have only educated guesses as to how much is being invested. We should be able to see on what issue [companies] are trying to lobby, and with that level of detail it would be really beneficial for public debate about the role of lobbying in decision making because you can see what's important to the industry."

The register lists a dozen alcohol companies or representative organisations with lobbying operations in Brussels, including Diageo, Carlsberg, AB InBev, Brewers of Europe, the Scotch Whisky Association, and SpiritsEurope. Only two—AB InBev and Spirits Europe—admit to spending more than €1m (£820 000; \$1.4m) on their lobbying, with all 12 claiming a total expenditure of just €4.5m in one year.

With some 50 people registered as lobbyists, that works out at about €90 000 per head—a figure that seems remarkably low given the ostensible cost of lobbying in expensive Brussels, which supposedly takes into account office space, travel, and entertaining.

That list, incidentally, excludes public relations companies such as Bell Pottinger, which says it has 19 operatives in Brussels, representing a wide range of companies, and yet quantifies its overheads at just €250 000. Among its most lucrative clients is the brewer SABMiller.²¹

There are, according to Hoedeman, many clear cases of "under-reporting among some of the key lobby players who had reported unrealistically low expenses. They get away with this because the commission chooses to take a laissez-faire approach. As long as they are on the register, it doesn't matter what they report."

For now, only those on the receiving end of it in the European Commission and parliament will know the lengths to which the industry is currently going to shape the next phase of Europe's efforts to reduce the harm caused by alcohol.

Disillusion

When the now expired alcohol strategy was created in 2006, the commission was clear on its mandate and the case for action: alcohol was the cause of 7.4% of all ill health and early death in the EU—even more among those aged 15 to 29—and at least 10 000 people died on Europe's roads each year in alcohol related incidents.²²

It remains to see whether the Alcohol and Health Forum will retain its public health members, or even survive, if Europe's new action plan to reduce alcohol related harm proves to be as toothless as its predecessor. Some are already so discouraged that they aren't waiting to find out. Shortly after the new plan was announced, some members, including Active, a European youth umbrella organisation representing 30 organisations in 24 countries, quit the Alcohol and Health Forum, "disillusioned with [its] ability to provide effective and efficient changes to reduce alcohol related harm," and called for "stronger regulations, abandoning of the self-regulation policy and exclusion of industrial interests" from the policy making process.²³

Robert Madelin, the former British civil servant who as director general for DG Sanco set up the forum back in 2007, believes it served its purpose at a time when political and economic realities meant "we clearly weren't going to be prohibiting anything."

"The goal was to see whether we could take the issues around alcohol related harm—proper controls on advertising, and pricing and so on—and expose them to structured debate and analysis between the interested parties and reduce alcohol harm in a way that the political market in Barroso One Europe would bear."

Whether the goal had been achieved was "not really for me to say," said Madelin, who in 2010 left the health portfolio to become director general for communications networks, content, and technology.

"I understand, although I haven't followed the evaluations in great detail, that the conclusion of the different parties has been yes, it's succeeded in its aims and should continue. In terms of public intervention efficiency it definitely succeeded because we got more man hours of constructive attention from the producer and retail and advertising industries than we would have done without a structured dialogue."

The forum's strength, he believed, was "objective scrutiny . . . you make commitments, you have to report on them, and the reporting is public and validated—so you can exaggerate, but you can't say black is white."

That analysis surprised Nick Sheron, head of clinical hepatology at the University of Southampton, who attends the forum as a representative of the Royal College of Physicians and who last July quit as cochair of the UK Responsibility Deal Alcohol Network when the government reneged on its commitment to minimum pricing.

“One must presume that for commitments made by industry at the forum to have succeeded, they must in some demonstrable way have reduced alcohol related harm in a concrete sense,” he said. “I am not aware of any evidence that any of the actions by industry have done so. Perhaps Robert [Madelin] has access to information that we have not seen.”

Last week, board members of Eurocare travelled to Luxembourg to meet John Ryan, the commission’s director of public health, to press their case for amendments to the new interim action plan to reduce alcohol related harm. At the top of their shopping list was a call for a longer term strategy to be put in place within two years.

As it stood, they said, the plan was a watered down version of the original alcohol strategy. Michel Craplet, a former chair of Eurocare, writing last week in the EU’s *Parliament* magazine, declared that the plan failed to “stand on the scientific ground built over the last decades” and was “not the way to progress in the field of alcohol policy and reducing alcohol harm.”²⁴

Likewise, the Eurocare delegation expressed disappointment that the document echoed industry terminology by referring to “heavy” drinking, rather than the qualitative terms of harmful or hazardous drinking, and called for a whole population approach rather than the targeting of subgroups, which is preferred by industry but dismissed by public health experts as much less effective in reducing overall harm. It also called for the plan, and any long term successor strategy, to be equipped with teeth—namely, pricing measures and legislation on alcohol advertising.

“It is essential that we continue to move forward in tackling the burden of alcohol harm in Europe,” said Katherine Brown, director of the Institute of Alcohol Studies, who was part of the Eurocare delegation. “We can’t afford to pause or delay activity in this vital area, and we certainly can’t afford for drinks industry interests to obstruct public health goals.”

The process of developing the current action plan, she said, had “shown the high level of support from member states and the public health community for a renewed EU alcohol strategy. Following the election of its new president, the commission must realise its commitment to keep the renewal of the strategy a priority action.”

Competing interests: I have read and understood the BMJ policy on declaration of interests and have no relevant interests to declare.

Provenance and peer review: Commissioned; not externally peer reviewed.

- 1 Gornall J. Under the influence. *BMJ* 2014;348:f7646.
- 2 Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union—consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, 2012. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf.
- 3 Rehm J, Shield KD. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Centre for Addiction and Mental Health, 2012. http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf.
- 4 Principles for a future EU Alcohol Strategy. Joint Ireland/Sweden/UK paper, presented to meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action, Brussels, 31 October 2012. <https://jonathan-gornall.squarespace.com/config/#collectionId=52d59e63e4b0d4862e3f8a6b>.
- 5 High level meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action, Brussels, 31 October 2012. Summary report. http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20121031_sr_en.pdf.
- 6 Council recommendation 2001/458/EC. On the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents, Luxembourg, 5 June 2001. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.L:2001:161:0038:0041:EN:PDF>.
- 7 Romanus G. EU strategy on alcohol lobbied by the alcohol industry. *Nordic Stud Alcohol Drugs* 2006;23:513-7.
- 8 Ulstein A. No ordinary partner. *Nordic Stud Alcohol Drugs* 2006;23:499-510.
- 9 Baumberg B, Anderson P. The European strategy on alcohol: a landmark and a lesson. *Alcohol Alcoholism* 2007;42:1-2.
- 10 Report on a European strategy to support member states in reducing alcohol-related harm. Motion for a resolution, European Parliament, 30 July 2007. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2007-0303&language=EN&mode=XML#title1.
- 11 Resolution of 5 September 2007 on a European Union strategy to support MEMBER STATES in reducing alcohol-related harm. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2007-0377&language=EN&ring=A6-2007-0303.
- 12 Eurocare. Press release on the EU alcohol strategy, 5 September 2007. www.eph.org/IMG/pdf/EUROCARE_press_release_after_adoption_EU_Alcohol_Strategy.pdf.
- 13 Lucas C. MEPs water down report on how to reduce alcohol-related harm. Press release, 5 September 2007. www.carolinelucasmep.org.uk/2007/09/05/green-euro-mp-welcomes-european-commission-decision-to-call-time-on-battery-cages/.
- 14 Alliance for Lobbying Transparency and Ethics Regulation in the European Union. A year of broken promises. Big business still out in charge of EU expert groups, despite commitment to reform. 2013. http://corporateeurope.org/sites/default/files/publications/broken_promises_web.pdf.
- 15 Celia C, Diepeveen S, Ling T. The European Alcohol and Health Forum: first monitoring progress report. *RAND Health Q* 2012;1:10.
- 16 Milieu Law & Policy Consulting. Assessment of the added value of the EU strategy to support member states in reducing alcohol-related harm. 2012. http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/report_assessment_eu_alcohol_strategy_2012_en.pdf.
- 17 An introduction to the European Parliament beer club. www.epbeerclub.eu/about_the_ep_beer_club.asp.
- 18 Ernst & Young. The hospitality sector in Europe. 2013. www.brewersofeurope.org/docs/publications/2013/20130906.pdf.
- 19 Food Standards Agency. New food labelling regulation published. Press release, 8 December 2011. www.food.gov.uk/news-updates/news/2011/dec/fir#_UuoabtJ_tyl.
- 20 Brewers of Europe. European beer pledge—first year report. 2013. www.brewersofeurope.org/docs/publications/2013/pledge_report_005_Id.pdf.
- 21 European Parliament. Transparency register. <http://ec.europa.eu/transparencyregister/info/homePage.do?locale=en>.
- 22 Commission to the Council, European Parliament, European Economic and Social Committee, Committee of the Regions. EU strategy to support member states in reducing alcohol related harm. 2006. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.
- 23 European Alcohol Policy Alliance. Eurocare members leaving the Alcohol and Health Forum. Press release, 30 October 2013. www.eurocare.org/library/updates/eurocare_members_leaving_the_forum.
- 24 Craplet M. EU action plan “ignores” decades of scientific advancement in alcohol policy. *Parliament* 2014 Jan 15. www.theparliament.com/latest-news/article/newsarticle/eu-action-plan-ignores-decades-of-scientific-advancement-in-alcohol-policy/#.Ujt9gBayStb.

Cite this as: *BMJ* 2014;348:g1166

© BMJ Publishing Group Ltd 2014