

การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการ
เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป

State-of-the-art Review:

Alcohol Policies and Measures of European Union

รองศาสตราจารย์ชุษณะ รุ่งปัจฉิม

Associate Professor Chussana Rungpatchim

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ปี 2548

ISBN 974-94182-2-0

ลิขสิทธิ์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปนี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำงานร่วมกับศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจสำคัญในการสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุรา การร่วมทำงานวิจัยกับ ศวส. ภายใต้การนำของคุณหมอบัณฑิต ศรีไพศาล ในฐานะผู้อำนวยการศูนย์ฯ นั้น ถือได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากทั้งผู้วิจัย ในฐานะผู้รับทุนและ ศวส. ในฐานะผู้ให้ทุนได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยน นำเสนอ และให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวาง เป็นกัลยาณมิตร และต่างเคารพในความคิดเห็นของกันและกันเป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีอิสระในการทำงานค้นคว้า ในขณะเดียวกัน ศวส. ก็ให้ข้อเสนอแนะในระหว่างทำงานที่เป็นประโยชน์ จึงเป็นผลให้การทำงานวิจัยมีความยืดหยุ่นสูงและสามารถตอบสนองความต้องการทั้งส่วนของผู้วิจัยและเจ้าของทุนได้เป็นอย่างดี นับเป็นความประทับใจที่ผู้วิจัยต้องขออนุญาตที่จะนำมากล่าวไว้ ณ ที่นี้

งานวิจัยทบทวนองค์ความรู้ฉบับนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจาก ศวส. เป็นเบื้องต้น และไม่อาจสำเร็จได้อย่างสมบูรณ์หากปราศจากความช่วยเหลือทั้งในด้านกำลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิดจากบุคคลต่อไปนี้ คุณนิรมล รุ่งปัจฉิม ภรรยาในฐานะที่รับภาระในบ้าน บางอย่างแทนระหว่างที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ที่บ้าน วิริศา และ ธาวัน รุ่งปัจฉิม บุตรสาวและบุตรชายที่คอยไต่ถามว่าเมื่อไหร่งานจะเสร็จเสียที Dr. Thomas Karlsson นักวิจัยแห่ง Alcohol and Drug Research, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) ประเทศฟินแลนด์ Dr. Ann Hope ที่ปรึกษานโยบายสุราแห่งชาติ Department of Health and Children ประเทศไอร์แลนด์ Dr. Antoni Gual แห่งสเปน Dr. Lea Coulet แห่ง EuroHealthNet ประเทศเบลเยียม Dr. Vladimir Poznyak แห่งองค์การอนามัยโลก Dr. Margaret Rylett ผู้เชี่ยวชาญแห่ง Centre for Addiction and Mental Health ประเทศอังกฤษ Dr. Isidore S. Obot แห่งองค์การอนามัยโลก ที่ได้ให้คำตอบ คำแนะนำ และความช่วยเหลือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ความบกพร่องทั้งหมดที่อาจมีอยู่ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

รองศาสตราจารย์ชุษณะ รุ่งปัจฉิม

เมษายน 2549

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสหภาพยุโรปตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อศึกษาการนำนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นแม่บทไปใช้ในแต่ละประเทศสมาชิก และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับมหภาคและในระดับจุลภาค ขอบเขตของการทบทวนองค์ความรู้ครอบคลุม 4 ประเด็นคือ การกำหนดราคาและอัตราภาษีสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อและบริโภค การป้องกันการบริโภคในเด็กและเยาวชน และการควบคุมการโฆษณาและการตลาดสุรา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2547 ข้อมูลที่ใช้เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจัดเก็บอยู่ในฐานข้อมูลของเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ทั้งที่เป็นเอกสารนโยบายและมาตรการ กฎระเบียบและข้อบังคับ ข้อมูลตัวเลข สารสนเทศ สถิติ รายงานการวิจัย และบทความต่างๆ ที่สามารถสืบค้นได้ทางอินเทอร์เน็ต

ผลการวิจัยพบว่านโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปมีพัฒนาการสำคัญมาจากกรอบแนวคิดว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพประชาชนที่อยู่ในสนธิสัญญาสำคัญ 4 ฉบับได้แก่ สนธิสัญญาปารีสในปี 1951 สนธิสัญญาโรมในปี 1957 สนธิสัญญามาสทริคในปี 1992 และสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัมในปี 1997 โดยเฉพาะมาตรา 129 และมาตรา 129a ของสนธิสัญญามาสทริค และมาตรา 152 ของสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัมถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

นโยบายและมาตรการหลักว่าด้วยสุราของสหภาพยุโรปประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนหนึ่งเป็นกรอบยุทธศาสตร์หลักซึ่งประกอบด้วยเอกสารสำคัญ 4 ฉบับคือ ยุทธศาสตร์เชิงนโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป กฎบัตรสุราแห่งยุโรป และคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุรา ส่วนที่สองเป็นนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปซึ่งประกอบด้วย ข้อเสนอของคณะมนตรีสหภาพยุโรปกับผู้แทนรัฐบาลประเทศสมาชิกเมื่อเดือนพฤษภาคม 1986 ที่ชี้ถึงปัญหาของการดื่มสุราและเสนอให้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสม ข้อบัญญัติของคณะมนตรีสหภาพยุโรปเมื่อเดือนตุลาคม 1989 ว่าด้วยความร่วมมือของประเทศสมาชิกในการออกกฎระเบียบควบคุมกิจกรรมการเผยแพร่ภาพและการโฆษณาสินค้าทางโทรทัศน์ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน แนวทางของคณะกรรมการยุโรปเมื่อเดือนเมษายน 1998 ว่าด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของสหภาพยุโรป แนวทางของคณะกรรมการยุโรปเมื่อเดือนพฤษภาคม 2000 ว่าด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพของประชาคมยุโรป ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการยุโรปเมื่อ

เดือนมกราคม 2001 ว่าด้วยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ แผนปฏิบัติการของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรียุโรปเมื่อเดือนกันยายน 2002 ว่าด้วยการสาธารณสุขของประชาคมระหว่างปี 2003 – 2008 ข้อสรุปของคณะมนตรีสหภาพยุโรปเมื่อเดือนมิถุนายน 2001 ว่าด้วยยุทธศาสตร์ประชาคมในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา และคำรับรองของคณะมนตรีสหภาพยุโรปเมื่อเดือนมิถุนายน 2001 ว่าด้วยการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่น

ในประเด็นของการนำนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปไปใช้พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศสมาชิก ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปทั้ง 25 ประเทศไม่ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสุราไปในทิศทางเดียวกันตามกรอบนโยบายหลักของประชาคม บางประเทศกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมไว้อย่างเข้มงวด ขณะที่บางประเทศกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมไว้อ่อนกว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความแตกต่างดังกล่าวก็คือ พื้นฐานทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศสมาชิก แบบแผนทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุรา และการให้คุณค่ากับผลประโยชน์ที่เกิดจากสุรา

ในด้านประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการสุราในระดับมหภาค พบว่าปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา โดยปริมาณการบริโภคไวน์และเหล้ามีสัดส่วนลดลงมากกว่าเบียร์ ส่วนประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการสุราในระดับจุลภาค พบว่าในจำนวนประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปทั้งสิ้น 25 ประเทศ ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรลงได้มีจำนวน 11 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย เบลเยียม ฝรั่งเศส เยอรมันนี กรีซ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ โปรตุเกส สโลวาเกีย และสเปน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่ผลิตและส่งออกไวน์เป็นหลักและมีวัฒนธรรมการดื่มสุราแบบโรมานิก ประเทศที่ปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรกลับเพิ่มขึ้นมีจำนวน 4 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐเชค ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ และลักเซมเบิร์ก ส่วนที่เหลืออีก 10 ประเทศยังไม่อาจจะระบุได้ชัดเจน ได้แก่ ไชปรัส เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฮังการี ลัตเวีย ลิทัวเนีย มอลต้า สโลวีเนีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร นโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการบริโภคสุรา ได้แก่ การกำหนดภาษีและราคาจำหน่ายสุราในอัตราสูง การควบคุมสถานที่จำหน่ายและให้บริการสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือบริโภคสุรา และการกำหนดมาตรการดื่มหรือเมาไม่ขับ ส่วนนโยบายและมาตรการควบคุมการโฆษณาสุรา นโยบายมาตรการด้านการตลาดสุรา ตลอดจนนโยบายและมาตรการอื่นๆ ยังไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควรและที่สำคัญการดำเนินนโยบายและมาตรการเหล่านี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่า

ปัจจุบันทิศทางการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปมุ่งเน้นในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ การดื่มสุราอย่างพอดี การกำหนดอัตราภาษีสุราเป็นมาตรฐานเดียวกัน การ

กำหนดให้สุราเป็นสินค้าพิเศษที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขข้อตกลงการค้าเสรี และการดำเนินนโยบาย
มาตรการลดปริมาณการดื่ม ลดอันตรายและการเจ็บป่วยจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ นโยบายและมาตรการ สุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สหภาพยุโรป

Abstract

This research was a review of the state of the art which aimed to study the European Union's alcohol policies from the past to present; to study alcohol policies' implementation in each European Union's member states; and to study the effectiveness of European Union's alcohol policies both in micro and macro level. Research framework were comprised of four aspects: alcohol pricing and taxation, age limits in regard to purchase and consumption, preventing consumption in children and youths, and regulating advertising and marketing of alcohol, from year 2000 to 2004. Research data were electronic documents reserved in websites related to the European Union's alcohol policies. Those were policy and measure documents, law, regulations, figures, information, statistics, research, and articles which were retrieved from internet.

Research findings revealed that European Alcohol's policies came from the concepts of public health protection in four treaties: Treaty of Paris in 1951, Treaty of Rome in 1957, Treaty of Maastricht in 1992, and Treaty of Amsterdam in 1997. Particularly, article 126 and 126a in the Treaty of Maastricht and article 152 in the Treaty of Amsterdam were important basis of the formulation of European Union's alcohol policies.

European Union's main alcohol policies were consisted of two components. One was the main strategies that were comprised of four important documents: Health for All, European Alcohol Action Plan, European Charter on Alcohol, and Declaration on Young People and Alcohol. Other alcohol policies and measures of the European Union were as follow:

- Resolution of the Council and of the representatives of the governments of the member states on May 1986 that indicated the problem of alcohol drinking and proposed to formulate an appropriate policy and measure.
- Council directive of October 1989 on the coordination of member states in regulation on controlling the television broadcasting activities effecting to public health.

- Communication from the Commission of April 1998 on the development of public health policy in the European Community.
- Communication from the Commission of May 2000 on the health strategy of the European Community.
- Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorized level of alcohol in blood of motor-vehicle drivers.
- Community action program of April 2002 in the field of public health 2003 – 2008.
- Council conclusion of June 2001 on a community strategy to reduce alcohol-related harm.
- Council recommendation of June 2001 on the drinking of alcohol by children and adolescents.

There were differences in European Union's alcohol policy implementation among the member states. All 25 member states of European Union did not formulate alcohol policies in the same way. Alcohol policies in some member states were very rigid while in the others were more loosen. Factors affected to those differences were the economical background, cultural pattern related to alcohol, and the valuation of alcohol's interest.

On the effectiveness of alcohol policies and measures at macro level, it was found that per capita alcohol consumption of EU member states have been decreased since 1980s, wine and spirit consumption were decreased in the greater volume than beer consumption. On the effectiveness of alcohol policies and measures at micro level, there were 11 of 25 EU member states had succeeded in reducing the per capita alcohol consumption. They were as follow: Austria, Belgium, France, Germany, Greece, Italy, Netherlands, Poland, Portugal, Slovakia, and Spain. Most of them were wine production and exporting countries and their patterns of alcohol consumption were romanic culture. There were 4 of 25 EU member states that their per capita alcohol consumption was increased. They were Czech Republic, Finland, Ireland, and Luxembourg. The remainder 10 member states; Cyprus, Denmark, Estonia, Hungary, Latvia, Lithuania, Malta, Slovenia, Sweden, and United Kingdom, were unspecified. High pricing and taxation, alcohol availability control, minimum purchasing & drinking age, and drunk-driving

control were the most effective policies in reducing alcohol consumption. Alcohol advertising control, alcohol marketing control, and any other policies were not as effective as the foregoing, and more important, those policies were more costly.

At present time, the formulation of EU alcohol policies focus on the following approaches: moderate drinking, standardization of alcohol taxation, determining alcohol as a special commodity. And policy implementation is continuously emphasized on reducing alcohol consumption and alcohol-related harm.

Keywords: policy and measure, alcohol, alcoholic beverage, European Union

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	10
ขอบเขตการศึกษา.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความหมายของสุรา.....	13
ประเภทของสุรา.....	14
ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับสุรา.....	18
ความเป็นมาเกี่ยวกับสหภาพยุโรป.....	21
สุราในยุโรป.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราในประเทศไทย.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
แหล่งข้อมูลในการทบทวนองค์ความรู้.....	38
ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้.....	41
การสืบค้นรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	48
องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป.....	48
องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ที่นำไปใช้ในประเทศสมาชิก.....	86
องค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ระดับมหภาคและระดับจุลภาค.....	99
ผลการศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวกับองค์ความรู้เชิงนโยบายและมาตรการสุรา ของสหภาพยุโรป.....	138

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	170
สรุปผลการวิจัย.....	170
ข้อเสนอแนะ.....	177
บรรณานุกรม.....	180

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970-2000.....	2
ตารางที่ 2 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย.....	2
ตารางที่ 3 ปริมาณการดื่มสุราแต่ละประเภทต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปี 1961-2001.....	6
ตารางที่ 4 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ระหว่างปี 1961-2001.....	8
ตารางที่ 5 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปยุโรป ปี 2003.....	9
ตารางที่ 6 เว็บไซต์แหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้.....	38
ตารางที่ 7 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ระหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS.....	101
ตารางที่ 8 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จากฐานข้อมูล HFA-DB.....	103
ตารางที่ 9 ปริมาณการดื่มเบียร์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ระหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS.....	105
ตารางที่ 10 ปริมาณการดื่มไวน์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ระหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS.....	106
ตารางที่ 11 ปริมาณการดื่มเหล้าเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ระหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS.....	107
ตารางที่ 12 รายชื่อประเทศในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรปที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัว ประชากรลดลง กับประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น.....	110

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ข้าวบาร์เลย์ที่ผ่านกระบวนการมอลต์.....	15
ภาพที่ 2 โรงผลิตเบียร์ในยุโรปราวศตวรรษที่ 16.....	15
ภาพที่ 3 ตัวอย่างไวน์ยี่ห้อต่างๆ.....	16
ภาพที่ 4 เหล้าชนิดต่างๆ ในบาร์แห่งหนึ่งในประเทศสเปน.....	17
ภาพที่ 5 อาคารที่ทำการสมาคมวิชาชีพสุราเดิมในกรุงบรัสเซล ประเทศเบลเยียม.....	28
ภาพที่ 6 โสมเพจเว็บไซต์ของ Eurocare.....	78
ภาพที่ 7 โสมเพจเว็บไซต์ของ Interactive Policy Making.....	80
ภาพที่ 8 โสมเพจเว็บไซต์ของ Your Voice in Europe.....	82
ภาพที่ 9 โสมเพจเว็บไซต์ของ Health Evidence Network (HEN).....	83
ภาพที่ 10 โสมเพจเว็บไซต์ของ EU Health Forum.....	84
ภาพที่ 11 โสมเพจเว็บไซต์ของ ESPAD.....	85
ภาพที่ 12 จำนวนร้านขายสุราทั้ง off-premises และ on-premises ในฟินแลนด์.....	92
ภาพที่ 13 อัตราภาษีสรรพสามิตสุราในฟินแลนด์ปี 2000.....	92
ภาพที่ 14 โสมเพจเว็บไซต์ฐานข้อมูลสุราของยุโรป.....	100
ภาพที่ 15 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรกลุ่มสหภาพยุโรป ระหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000.....	102
ภาพที่ 16 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุรา (ลิตร) ต่อหัวประชากร ของประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จากฐานข้อมูล HFA-DB.....	104
ภาพที่ 17 เปรียบเทียบแนวโน้มปริมาณการดื่มเบียร์ ไวน์ และเหล้าต่อหัวประชากร กลุ่มสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000.....	109
ภาพที่ 18 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่ลดลง ของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป.....	112
ภาพที่ 19 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้น ของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป.....	112
ภาพที่ 20 การดื่มกันอย่างเมามายทั้งชายและหญิงในยุคที่มีการขยายตัว ของร้านจำหน่ายสุราในอังกฤษ.....	125

ภาพที่ 21 ภาพโปสเตอร์ของ Temperance Society ที่ใช้ในการรณรงค์ ต่อสู้กับการบริโภคสุรา.....	127
ภาพที่ 22 ตัวอย่างโฆษณาสุราอัลโคปีอ์ยี่ห้อหนึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์.....	130
ภาพที่ 23 บริษัทสุรายี่ห้อหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนกิจกรรมของวัยรุ่นในเนเธอร์แลนด์.....	131
ภาพที่ 24 ตัวอย่างภาพโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่เป็นการละเมิด ข้อบัญญัติการโฆษณา.....	132
ภาพที่ 25 ตัวอย่างโฆษณาลดราคาจำหน่ายสุราในดิสโก้เทคแห่งหนึ่งในเนเธอร์แลนด์.....	133
ภาพที่ 26 ตัวอย่างของการละเมิดข้อบัญญัติโฆษณาสุราอีกรูปแบบหนึ่ง.....	133
ภาพที่ 27 ตัวอย่างการละเมิดข้อบัญญัติอีกลักษณะหนึ่งโดยการโฆษณาแฝง.....	134
ภาพที่ 28 ตัวอย่างโฆษณาสุราในการแข่งขันฟุตบอล.....	135
ภาพที่ 29 การโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่ยังมีปัญหาในการตีความอยู่ ว่าจะละเมิดข้อบัญญัติว่าด้วยการโฆษณาในมาตราที่ 12 หรือไม่.....	136
ภาพที่ 30 โสมเพจเว็บไซต์ขององค์กร Mothers Against Drunk Driving: MADD.....	155
ภาพที่ 31 การออกข้อความเชิญชวนในประเทศไทยช่วงเข้าพรรษาปี 2548.....	156
ภาพที่ 32 โสมเพจเว็บไซต์ของ The Amsterdam Group.....	168
ภาพที่ 33 โสมเพจเว็บไซต์ของ The Portman Group.....	169

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
ประกอบรายงานการวิจัยเรื่อง “การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป”

ตลอดเวลาที่ศตวรรษที่ผ่านมา ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากตัวเลขขององค์การอนามัยโลกในช่วงทศวรรษที่ 1970 (ค.ศ.1961-1970) ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราเฉลี่ย 1.24 ลิตร/คน/ปี ตัวเลขดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 3.20 ลิตร/คน/ปี ในทศวรรษที่ 1980 (ค.ศ.1971-1980) เป็น 6.00 ลิตร/คน/ปี ในทศวรรษที่ 1990 (ค.ศ.1981-1990) และเพิ่มเป็น 7.68 ลิตร/คน/ปี ในทศวรรษที่ 2000 (ค.ศ.1991-2000) ปรากฏการณ์ดังกล่าวนับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม รวมทั้งต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดปัญหาและความสูญเสียอื่นๆ ตามมาอีกเป็นจำนวนมาก

รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อลดการดื่มสุรา และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดื่ม ซึ่งมีทั้งมาตรการบังคับโดยออกกฎหมายและระเบียบต่างๆ และมาตรการสมัครใจโดยการรณรงค์รูปแบบต่างๆ แต่ผลปรากฏว่าคนไทยกลับดื่มสุราเพิ่มขึ้น จากตัวเลขล่าสุดขององค์การอนามัยโลกในปี 2001 ปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 8.47 ลิตร/คน จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนและปรับปรุงนโยบายและมาตรการต่างๆ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ การสำรวจและทบทวนองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุราและประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวมาแล้วระดับหนึ่ง ย่อมเป็นประโยชน์ต่อความพยายามของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาสุราด้วยเช่นกัน

การทบทวนองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา นโยบายและมาตรการในการควบคุมอุปสงค์การบริโภคสุราของสหภาพยุโรป การนำนโยบายและมาตรการไปใช้ในประเทศสมาชิก และประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการดังกล่าว โดยครอบคลุม 4 ประเด็นสำคัญคือ การกำหนดราคาและอัตราภาษีสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อและดื่มสุรา การป้องกันการดื่มในเด็กและเยาวชน และการควบคุมการโฆษณาและการตลาดสุรา โดยระยะเวลาของการทบทวนครอบคลุมตั้งแต่ปี 2000 ถึง 2004 (พ.ศ.2543-2547)

สหภาพยุโรป (European Union : EU) หรืออียูมีกำเนิดมาจากประชาคมถ่านหินและเหล็กแห่งยุโรปซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1951 และพัฒนาเรื่อยมา จนกระทั่งในปี 1992 จึงมีการตกลงในสนธิสัญญา มาสทริคก่อตั้งเป็นสหภาพยุโรปขึ้นในที่สุด ปัจจุบันสหภาพยุโรปหรืออียูมีสมาชิก

ด้วยกันทั้งสิ้น 25 ประเทศได้แก่ ออสเตรีย เบลเยียม ไชปรีส เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ สเปน ฮังการี ไอร์แลนด์ ลัตเวีย ลิทัวเนีย ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ โปรตุเกส สโลวาเกีย มอลต้า สโลวีเนีย สวีเดน สาธารณรัฐเชค สหราชอาณาจักร และอิตาลี ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าแต่เดิมในปี 1981 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยรวมของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้ง 25 ประเทศเท่ากับ 13.36 ลิตร/คน มาในปี 1991 ปริมาณดังกล่าวลดลงเหลือ 11.62 ลิตร/คน ในปี 2001 ลดลงเหลือ 10.97 ลิตร/คน ตัวเลขล่าสุดในปี 2003 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยรวมของประชากรในกลุ่มสหภาพยุโรปเท่ากับ 9.37 ลิตร/คน ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวนี้เองชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการผลักดันนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่มุ่งลดปริมาณการดื่มสุราของประชากรในกลุ่มสหภาพยุโรปจนประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งได้เป็นอย่างดี

ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจัดเก็บอยู่ในฐานข้อมูลของเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ข้อมูลดังกล่าวมีทั้งที่เป็นเอกสารนโยบายและมาตรการ กฎระเบียบและข้อบังคับ ข้อมูลและสถิติ รายงานการวิจัย บทความ ข่าว ซึ่งจัดเก็บอยู่ในลักษณะของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถสืบค้นได้ทางอินเทอร์เน็ต

นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุราของสหภาพยุโรปนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกรอบนโยบายแม่บทของประชาคมที่ว่าด้วยกิจการสาธารณสุข กล่าวคือสหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของพลเมืองของตนอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มคนงานในอุตสาหกรรมเหล็กและถ่านหินในยุคแรก สหภาพยุโรปเริ่มตระหนักถึงปัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มสุราและเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวก็ในราวปี 1986 จากข้อสรุปในการประชุมของคณะมนตรีสหภาพยุโรปร่วมกับผู้แทนรัฐบาลประเทศสมาชิกที่เห็นว่าการดื่มสุราของพลเมืองยุโรปมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงและอาจส่งผลกระทบต่อเป็นภาระของสังคมโดยรวม หลังจากนั้นเป็นต้นมาสหภาพยุโรปก็ได้พัฒนากรอบนโยบายและมาตรการต่างๆ สำหรับประเทศสมาชิก เพื่อควบคุมการดื่มสุราและลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราเรื่อยมาเป็นลำดับ กล่าวได้ว่านโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปนั้นมีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดสำคัญ 4 ประการคือ นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน (Health for All Policy) แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป (European Alcohol Action Plan : EAAP) กฎบัตรสุราแห่งยุโรป (European Charter on Alcohol) และคำประกาศว่าด้วยสุรากับวัยรุ่น (Declaration on Young People and Alcohol)

นอกเหนือจากกรอบนโยบายและมาตรการแม่บทข้างต้น สหภาพยุโรปยังมีข้อสรุปและข้อตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิกอีกหลายฉบับ และถือเป็นแนวทางที่ใช้ในการรณรงค์ลดการบริโภคและอันตรายจากการดื่มสุรา ได้แก่ ข้อสรุปของคณะมนตรียุโรปว่าด้วยยุทธศาสตร์ประชาคม

ในการลดอันตรายจากการดื่มสุราเมื่อเดือนมิถุนายน 2001 (Council Conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm) คำรับรองของคณะมนตรียุโรปว่าด้วยการดื่มสุราของเยาวชนเมื่อเดือนมิถุนายน 2001 ซึ่งได้นำมาเป็นข้อสรุปของคณะมนตรียุโรปว่าด้วยสุรากับวัยรุ่นอีกครั้งเมื่อเดือนมิถุนายน 2004 รวมทั้งคำรับรองของคณะกรรมการยุโรปเมื่อเดือนมกราคม 2001 เกี่ยวกับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตให้ขับขี่รถยนต์ (Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood (AL) of motor-vehicle drivers)

นอกเหนือจากนโยบายและมาตรการดังกล่าวข้างต้น สหภาพยุโรปยังได้พัฒนากลไกในการสนับสนุนและผลักดันนโยบายและมาตรการเหล่านั้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกในการสร้างความร่วมมือและเครือข่าย กลไกด้านการวิจัยและรวบรวมข้อมูลข่าวสารตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ กลไกในการระดมความเห็นจากภาคประชาชนและภาคเอกชน กลไกประชาพิจารณ์ และกลไกในการติดตามประเมินผลนโยบายและมาตรการ

ผลการประเมินนโยบายและมาตรการสุราที่ผ่านมาในภาพรวมของสหภาพยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2000 ถึงปี 2004 พบว่า นโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มก็คือ นโยบายและมาตรการด้านราคาและอัตราภาษี นโยบายและมาตรการจำกัดจำนวนสถานที่จำหน่ายและจำกัดช่วงเวลาจำหน่าย มาตรการผูกขาดการจำหน่ายโดยรัฐ รวมทั้งการกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อ/ขายสุราซึ่งได้ผลดีกับกลุ่มวัยรุ่น ส่วนนโยบายและมาตรการความรับผิดชอบของสถานบริการและผู้ให้บริการนั้นต้องอาศัยความเข้มงวดกดดันจากเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมด้วย ทำนองเดียวกันกับนโยบายและมาตรการให้ข่าวสารและความรู้ ซึ่งควรเน้นไปที่กลุ่มเยาวชนให้มากโดยอาศัยกลไกด้านครอบครัวและบิดามารดาเป็นสำคัญ นโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดอันตรายจากการดื่มก็คือ การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตให้สามารถขับขี่รถยนต์ได้ และมาตรการเมาไม่ขับ ซึ่งต้องออกเป็นกฎหมายบังคับใช้และต้องอาศัยความเข้มงวดและเอาจริงเอาจังของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนต้องอาศัยมาตรการสุ่มตรวจจลมหายใจอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นโยบายและมาตรการลดอันตรายจากการดื่มอีกประการหนึ่งก็คือ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ทั้งที่อยู่ในขั้นเริ่มต้นและที่มีปัญหารุนแรง

นโยบายและมาตรการที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งก็คือ นโยบายและมาตรการสนับสนุนเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาได้แก่ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนในการรณรงค์ป้องกันและลดอันตรายจากการดื่มสุรา สร้างความตระหนักต่อปัญหาให้เกิดขึ้นชุมชน อย่างไรก็ตามอีกด้านหนึ่งของนโยบายและมาตรการก็ควรให้ความสำคัญกับการ

ส่งเสริมและสร้างแบบแผนการตีที่เหมาะสมพร้อมกันไปด้วย และที่สำคัญในระยะหลังหลายประเทศในสหภาพยุโรปได้เริ่มมีมาตรการในการกำหนดพื้นที่ปลอดสุราเพิ่มมากขึ้น

ในแง่ของการนำนโยบายและมาตรการไปใช้ในแต่ละประเทศสมาชิก เนื่องจากนโยบายและมาตรการสุราที่ออกโดยสหภาพยุโรปนั้นมีลักษณะเป็นข้อตกลงหรือข้อสรุปร่วมกันจากกลไกการดำเนินงานขององค์กรหลักต่างๆ อันได้แก่ คณะมนตรีสหภาพยุโรป สภายุโรป และ คณะกรรมาธิการยุโรป ดังนั้นนโยบายและมาตรการเหล่านั้นจึงมีสถานะเป็นแนวทางที่ประเทศสมาชิกต่างๆ ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการในระดับท้องถิ่นของตนเอง ถึงแม้ว่าสหภาพยุโรปจะมีคณะกรรมาธิการยุโรปทำหน้าที่เป็นกลไกในการติดตามดูแลให้มีการถือปฏิบัติตามข้อตกลงก็ตาม แต่ก็พบว่า การดำเนินงานในแต่ละประเทศสมาชิกก็มีความแตกต่างกันในรายละเอียดของมาตรการและการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรายงานการประเมินนโยบายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังมีข้อเสนอว่าในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราในแต่ละประเทศสมาชิก นอกจากต้องคำนึงถึงหลักการและข้อตกลงร่วมกันแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศเป็นสำคัญด้วย

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของประสิทธิผลต่องบประมาณค่าใช้จ่าย (cost-effective) งานวิจัยเกี่ยวกับสุราในยุโรปหลายฉบับยืนยันว่านโยบายและมาตรการที่คุ้มค่าดำเนินการเนื่องจากใช้งบประมาณน้อยและได้ผลดี ได้แก่ การขึ้นภาษีสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อ/ขายสุรา การผูกขาดการจำหน่ายโดยรัฐ การจำกัดและควบคุมสถานที่และเวลาจำหน่าย การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด มาตรการเมาไม่ขับและการสุ่มตรวจลมหายใจ ส่วนนโยบายและมาตรการที่ยังมีปัญหาความคุ้มค่าเนื่องจากใช้งบประมาณสูงและยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ได้แก่ การอบรมเจ้าของสถานบริการและพนักงานบริการเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบในการจำหน่ายหรือให้บริการสุรา ส่วนการควบคุมทางด้านการตลาดซึ่งได้แก่การออกมาตรการเกี่ยวกับการโฆษณา และการส่งเสริมการขายสุราในลักษณะต่างๆ นั้น นโยบายและมาตรการที่กำหนดไว้ยังไม่เกิดประสิทธิผลอย่างชัดเจน และมักมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ได้รับความร่วมมือจากธุรกิจสุราเท่าที่ควร

ผลจากการทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุราที่ครอบคลุมมิติของปัญหาอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยปัญหาสุราอย่างจริงจังต่อเนื่อง
3. พัฒนากลไกวิชาการในลักษณะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนโยบายและมาตรการสุรา
4. พัฒนากลไกเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุราและปัญหาจาก

สุรา ตลอดจนนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุรา ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีเสถียรภาพ

5. พัฒนากฎฐานะศูนย์วิจัยปัญหาสุราขึ้นเป็นสถาบันศึกษานโยบายสุราแห่งชาติ เพื่อเป็นศูนย์กลางของการศึกษาวิจัยปัญหาสุรา ตลอดจนการพัฒนาฐานข้อมูลเชิงนโยบายและมาตรการสุราเพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการแก้ปัญหาสุราระดับชาติ

6. ให้ความสำคัญกับนโยบายและมาตรการด้านการจำกัดและควบคุมอุปทาน และการเข้าถึงสุราเป็นลำดับแรก เนื่องจากมีข้อยืนยันที่ชัดเจนว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดมากที่สุด

7. ให้ความสำคัญกับนโยบายและมาตรการการกำหนดภาษีสุราและการกำหนดราคาในอัตราสูง เนื่องจากมีข้อยืนยันที่ชัดเจนว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาสุรา

8. พิจารณากำหนดนโยบายและมาตรการห้ามโฆษณาสุราในทุกรูปแบบในทุกสื่ออย่างสิ้นเชิง เนื่องจากเป็นส่วนที่ธุรกิจสามารถใช้สร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับสินค้าของตนเองได้ และมักจะเน้นไปยังกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นหลัก

9. รณรงค์นโยบายและมาตรการเมาไม่ขับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตลอดจนการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอย่างเข้มงวด รวมทั้งใช้มาตรการลงโทษตามระดับแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ

10. ทบทวนนโยบายและมาตรการตลอดจนแนวทางการควบคุมการโฆษณาและการตลาดสุราให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลมากขึ้น

11. บังคับใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่ออกมาใช้แล้วอย่างจริงจังและเสมอภาค

12. สร้างภาพลักษณ์ของการมีสุขภาพอนามัยดีให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มวัยรุ่น “นโยบาย Health is Cool” โดยเน้นการสร้างสัญลักษณ์หรือสัญลักษณ์ที่โดนใจวัยรุ่น

13. กำหนดนโยบายครอบครัวปลอดสุรา เน้นให้ครอบครัวเฝ้าระวังและร่วมรับผิดชอบในการดูแลไม่ให้สมาชิกดื่มสุรา (Family-regulation)

14. นโยบายและมาตรการในอนาคตควรอยู่บนพื้นฐานความแตกต่างระหว่างสุราแต่ละชนิด (เบียร์ ไวน์ และเหล้า)

รองศาสตราจารย์ชัชวาล รุ่งปัจฉิม

27 กุมภาพันธ์ 2549

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1.1 สถานการณ์ปัญหาสุราในประเทศไทย

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปรากฏว่านับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 เป็นต้นมา คนไทยดื่มสุราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด จาก 1.24 ลิตร/คนในทศวรรษที่ 1970 เป็น 3.20 ลิตร/คน ในทศวรรษที่ 1980 มาถึงในทศวรรษที่ 1990 จำนวนดังกล่าวก็เพิ่มขึ้นเป็น 6.00 ลิตร/คน จนกระทั่งทศวรรษที่ 2000 ปริมาณการดื่มสุราของคนไทยก็เพิ่มขึ้นเป็น 7.68 ลิตร/คน และเฉพาะในปี 2001 ซึ่งเป็นล่าสุดที่องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ในฐานข้อมูลปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years+) ในฐานข้อมูลสุราโลก (Global Alcohol Database)¹ ปรากฏว่าปริมาณการดื่มสุราของคนไทยก็เพิ่มสูงขึ้นถึง 8.47 ลิตร/คน² และเมื่อเปรียบเทียบกับประเภทของสุราปรากฏว่า ปริมาณการดื่มเหล้า (spirits) ของไทยสูงเป็นอันดับที่ 5 ของโลก³ (7.13 ลิตร/คน) รองจากประเทศสาธารณรัฐมอลโดวาซึ่งครองอันดับหนึ่ง (10.94 ลิตร/คน) อันดับสองประเทศรัสเซีย (7.64 ลิตร/คน) อันดับสามประเทศเซนต์ลูเชีย (7.27 ลิตร/คน) และอันดับสี่ประเทศโดมินีก้า (7.20 ลิตร/คน)

¹ WHO Global Alcohol database:

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis.alcohol&language=english>

² ปริมาณดังกล่าวจัดเป็นอันดับที่ 41 ของโลก ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอันเป็นผลมาจากการปรับตัวเลขปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรขององค์การอนามัยโลก

³ อันดับดังกล่าวถือตามตัวเลขปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรขององค์การอนามัยโลกปี 2001 ซึ่งปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years+) ใน WHO Global Alcohol database:

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis.alcohol&language=english>

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 – 2000 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่ 1970 (1961 – 1970)	ทศวรรษที่ 1980 (1971 – 1980)	ทศวรรษที่ 1990 (1981 – 1990)	ทศวรรษที่ 2000 (1991 – 2000)
ไทย	1.24	3.20	6.00	7.68 ⁴

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol_apc.alcohol_apc_data&language=english

ตารางที่ 2 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย (หน่วยเป็นลิตร)

ปี	รวม	เบียร์	ไวน์	เหล้า
2001	8.47	1.31	.04	7.13
2000	8.40	1.25	.03	7.12
1999	8.31	1.13	.03	7.16
1998	7.71	1.09	.01	6.61
1997	7.89	.99	.04	6.86
1996	7.08	.88	.05	6.15
1994	7.85	.57	.01	7.26
1993	7.92	.46	.01	7.44

⁴ ตัวเลขดังกล่าวนี้เป็นตัวเลขที่มีการเปลี่ยนแปลง เดิมค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศไทยในทศวรรษที่ 2000 เท่ากับ 9.02 ลิตร/คน (ซึ่งเป็นข้อมูลจาก WHO Global Alcohol Database ที่ผู้วิจัยรับเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2548) ต่อมาภายหลังรายงานดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการปรับข้อมูลปริมาณการดื่มสุราของประเทศใหม่ตั้งแต่ปี 1996 เป็นต้นไป จึงเป็นผลทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเป็น 7.68 ลิตร/คน

1992	6.95	.37	0	6.57
1991	7.00	.33	0	6.66
1990	7.46	.31	0	7.13
1989	7.39	.22	.01	7.16
1988	6.40	.16	0	6.23
1987	5.79	.12	0	5.66
1986	5.02	.11	0	4.90
1985	5.10	.14	0	4.95
1984	6.04	.23	0	5.80
1983	6.05	.21	0	5.83
1982	5.26	.18	0	5.07
1981	5.47	.16	0	5.30
1980	5.51	.20	0	5.31
1979	4.77	.26	0	4.51
1978	4.39	.19	0	4.21
1977	4.20	.18	0	4.01
1976	2.91	.14	0	2.77
1975	2.30	.12	0	2.18
1974	2.27	.09	0	2.18
1973	1.79	.09	0	1.70
1972	1.87	.07	0	1.80
1971	2.03	.07	0	1.96
1970	1.91	.08	0	1.83
1969	1.84	.09	0	1.75

1968	1.70	.09	0	1.62
1967	1.65	.08	0	1.57
1966	1.62	.09	0	1.53
1965	1.21	.04	0	1.17
1964	.93	.04	0	.90
1963	.82	.03	0	.79
1962	.46	.03	0	.44
1961	.26	.02	0	.24

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data_process.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol_apc.alcohol_apc_data&language=english

การที่คนไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้นนับเป็นปรากฏการณ์ที่น่าวิตก ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบที่เกิดจากการดื่มค่อนข้างรุนแรงและส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ดื่ม ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อสังคมโดยรวม อีกทั้งมิติของผลกระทบก็ครอบคลุมทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมกัน สุราเป็นต้นเหตุสำคัญของโรคและการเจ็บป่วยมากมาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ตับแข็ง ประสาทเสื่อม กล้ามเนื้อเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของปัญหาและความสูญเสียอีกมากมาย นานัปการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในครอบครัว หากมองในแง่เศรษฐกิจ การดื่มสุรายังก่อให้เกิดการสูญเสียเงินและงบประมาณเป็นจำนวนมาก

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและสังคมอย่างรุนแรง โดยเป็นสาเหตุสำคัญของโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 กลุ่มโรค (อุบัติเหตุจราจร, โรคหัวใจ และหลอดเลือด, มะเร็งของอวัยวะต่างๆ, บาดเจ็บจากความรุนแรง เป็นต้น) ที่สำคัญผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น จากการสูญเสียกำลังผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรง ในประเทศไทยนั้น พบว่าภาระโรคจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่

ปลอดภัย และการบริโภคยาสูบ ความเสียหายทางเศรษฐกิจเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในระหว่างปีร้อยละ 2-3 ของรายได้ประชาชาติ หรือราวหนึ่งแสนล้านบาทต่อปี ถ้ารวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมด น่าจะไม่ต่ำกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี (แอลกอฮอล์ก่ออุบัติเหตุ, ไม่มีวันที่)

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราที่เป็นรูปธรรมและเกิดขึ้นเป็นประจำทุกเทศกาลสำคัญๆ ของทุกปีก็คือความสูญเสียอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน “จากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งในช่วงวันหยุดปีใหม่ 2547 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าร้อยละ 72.7 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากพาหนะทุกประเภท ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุ และที่น่าเศร้าคือ ในปี 2547 มีผู้บาดเจ็บรุนแรงที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุถึง ร้อยละ 44.2 สูงกว่า ปี 2546 ซึ่งมีร้อยละ 19.2” (แอลกอฮอล์ก่ออุบัติเหตุ, ไม่มีวันที่)

การดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น นอกจากจะก่อให้เกิดความสูญเสียดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงปัญหาการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการควบคุมปริมาณการดื่มสุราและปัญหาอื่นๆ อันเนื่องมาจากการดื่มสุรา และที่สำคัญจากการศึกษาถึงกลุ่มบุคคลที่ดื่มสุราพบว่า แนวโน้มของเยาวชนที่ดื่มสุรมีจำนวนมากขึ้นและอายุของผู้เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการดื่มสุราเป็นอย่างมาก เห็นได้จากการพยายามกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่จะลดการดื่ม ตลอดจนการลดผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา มาตรการต่างๆ เหล่านี้มีทั้งที่เป็นมาตรการบังคับโดยการออกกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งมาตรการสมัครใจโดยการรณรงค์ การเชิญชวน การให้ความรู้ และการสร้างสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคมในหลากหลายรูปแบบ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐบาลจะพยายามในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ มากสักเพียงใด แต่ผลที่เกิดขึ้นกลับไม่เป็นไปตามที่ได้มีการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใดนัก ข้อมูลจากรายงานการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องชี้ว่า แนวโน้มการดื่มสุราในประเทศไทยไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด กลับเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด จากตัวเลขสถิติการดื่มสุราประเภทต่างๆ ของคนไทยไม่ว่าจะเป็นเบียร์ ไวน์ และเหล้าพบว่าเพิ่มขึ้นมาตลอดนับตั้งแต่ปี 1961 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

ตารางที่ 3 ปริมาณการดื่มสุราแต่ละประเภทต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปี 1961-2001 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเภทของสุรา	ปริมาณการดื่มแต่ละปี				
	1961	1970	1980	1990	2001
รวม	0.26	1.91	5.51	7.46	8.47
เบียร์	0.02	0.08	0.20	0.31	1.31
ไวน์	0	0	0	0	0.04
เหล้า	0.24	1.83	5.31	7.13	7.13

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol_apc.alcohol_apc_data&language=english

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมานี้ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาทบทวนนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดว่ามีส่วนที่ก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการลดการดื่มสุราตลอดจนปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลและแนวทางในการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนนโยบายและมาตรการต่างๆ ให้มีประสิทธิผลมากขึ้นในอนาคต

ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการปรับปรุงนโยบายและมาตรการข้างต้นก็คือ การสำรวจและสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมและพัฒนาเป็นฐานข้อมูลสารสนเทศเชิงนโยบายที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายเพื่อลดการดื่มสุราและปัญหาที่เกิดจากสุรา ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในอนาคตเพื่อการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันสถานการณ์ของปัญหาจากสุราเป็นสถานการณ์ปัญหาสากล ส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ในแทบทุกภูมิภาคของโลก หลายประเทศจึงได้มีการพัฒนาและกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อลดการดื่มและผลกระทบต่างๆ จากสุรา และได้มีการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการเหล่านั้นจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจและประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคและในแต่ละประเทศ การทบทวนองค์ความรู้ ตลอดจนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศเหล่านั้นจะช่วยให้เกิดมุมมองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนนโยบายและมาตรการในส่วนของประเทศไทยได้เป็นอย่างดี

1.1.2 สถานการณ์สุราในยุโรป

ยุโรปเป็นทวีปที่เล็กที่สุดเป็นอันดับสองของโลกรองจากออสเตรเลีย มีพื้นที่รวมกันประมาณ 10,600,000 ตารางกิโลเมตร (หรือประมาณ 4,140,625 ตารางไมล์) มีประชากรรวมกันประมาณ 705,500,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในโลก

ยุโรปประกอบด้วยประเทศต่างๆ จำนวนทั้งสิ้น 49 ประเทศ⁵ โดยจำนวนนี้เป็นประเทศสมาชิกในกลุ่มสหภาพยุโรปจำนวน 25 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย เบลเยียม ไชปรัส เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ สเปน ฮังการี ไอร์แลนด์ ลัตเวีย ลิทัวเนีย ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ โปรตุเกส สโลวาเกีย มอลต้า สโลวีเนีย สวีเดน สาธารณรัฐเชค สหราชอาณาจักร และ อิตาลี

จากรายงานสถานการณ์สุราโลกประจำปี 2004 ขององค์การอนามัยโลก (Global Status Report on Alcohol 2004) ยุโรปได้รับการจัดอันดับว่าเป็นภูมิภาคที่มีการบริโภคสุรามากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโลก และจากการศึกษาข้อมูลระยะยาวพบว่า การบริโภคสุราโดยเฉลี่ยของประเทศสมาชิกในกลุ่มสหภาพยุโรปลดลงเป็นลำดับนับตั้งแต่ปี 1981 เป็นต้นมา กล่าวคือจากตัวเลขปริมาณการบริโภคสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปในปี 1981 เท่ากับ 13.36 ลิตร/คน มาเป็น 11.62 ในปี 1991 และลดลงมาเหลือ 10.97 ลิตร/คน ในปี 2001

⁵ ประกอบด้วย Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Kazakhstan, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russia, San Marino, Serbia and Montenegro, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, Ukraine, United Kingdom, Vatican City

ตารางที่ 4 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศสมาชิก สหภาพยุโรป ระหว่างปี 1961-2001 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ปี 1961	ปี 1971	ปี 1981	ปี 1991	ปี 2001
1. ออสเตรเลีย	10.95	15.43	13.68	14.44	12.58
2. เอสโตเนีย	-	-	-	7.72 ⁶	9.85
3. เบลเยียม	9.86	12.81	13.52	11.70	10.06
4. ไชปรัส	5.23	8.64	9.54	9.66	6.67
5. สาธารณรัฐเชค	10.41	15.11	16.40	15.57	16.21
6. เดนมาร์ก	6.54	9.47	12.24	12.33	11.93
7. ฟินแลนด์	3.77	6.52	8.08	9.66	10.43
8. ฝรั่งเศส	26.03	22.88	19.47	15.70	13.54
9. เยอรมนี	11.03	16.46	15.95	15.13	12.89
10. กรีซ	-	10.90 ⁷	12.62	10.63	9.30
11. ฮังการี	9.03	13.25	16.66	15.43	11.92
12. ไอร์แลนด์	-	7.28	9.05	11.15	14.45
13. อิตาลี	19.24	21.05	16.17	11.44	9.14
14. ลัตเวีย	-	-	12.72	7.26	9.31
15. ลิทัวเนีย	-	-	13.01 ⁸	5.51 ⁹	12.32
16. ลักเซมเบิร์ก	-	16.83	15.46	17.97	17.54
17. มอลต้า	-	-	-	7.01	6.74
18. เนเธอร์แลนด์	3.97	8.18	10.92	10.13	9.74
19. โปแลนด์	6.27	8.00	8.78	8.77	8.68
20. โปรตุเกส	-	20.74	15.54	15.65	12.49

⁶ เป็นตัวเลขของปี 1992 ซึ่งเป็นปีแรกที่สามารถระบุข้อมูลได้

⁷ เป็นตัวเลขของปี 1976 ซึ่งเป็นปีแรกที่สามารถระบุข้อมูลได้

⁸ เป็นตัวเลขของปี 1984

⁹ เป็นตัวเลขของปี 1992

21. สโลวาเกีย	9.28	14.48	15.27	13.44	12.41
22. สโลวีเนีย	-	-	16.94	13.18	6.55
23. สเปน	14.64 ¹⁰	15.95	17.63	13.19	12.25
24. สวีเดน	6.04	7.86	7.27	7.48	6.86
25. สหราชอาณาจักร	7.14	8.87	10.37	10.39	10.39
เฉลี่ยรวม	9.96	13.03	13.36	11.62	10.97

ที่มา : (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years+, 2006)

และหากพิจารณาเฉพาะในปี 2003 ปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปลดลงเหลือ 9.37 ลิตร / คน

ตารางที่ 5 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปปี 2003 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ปี 2003
ลักเซมเบิร์ก	14.61
สาธารณรัฐเชค	13.67
ไอร์แลนด์	-
ฮังการี	11.60
เยอรมนี	10.71
ฝรั่งเศส	9.95
ออสเตรีย	10.51
ลิทัวเนีย	10.20
สโลวาเกีย	9.48
เดนมาร์ก	9.84
สเปน	9.99
โปรตุเกส	9.38
สหราชอาณาจักร (รวมไอร์แลนด์เหนือ)	9.29

¹⁰ เป็นตัวเลขของปี 1962

ไซปรัส	9.04
ฟินแลนด์	9.30
เบลเยียม	8.93
ลัตเวีย	8.36
อิตาลี	7.61
เนเธอร์แลนด์	7.79
กรีซ	7.68
เอสโตเนีย	-
โปแลนด์	6.68
สโลวีเนีย	9.94
สวีเดน	5.62
มอลต้า	5.36
เฉลี่ย	9.37

ที่มา : Alcohol Consumption and Harm, Alcohol Control Database, World Health Organization Regional Office for Europe, Retrieved November 9, 2005, from <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=4936>

ด้วยเหตุนี้การสำรวจและทบทวนองค์ความรู้ว่าด้วยนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุราของสหภาพยุโรป จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ในเชิงนโยบายที่สำคัญ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยในการพัฒนาเครือข่ายความรู้ว่าด้วยนโยบายและมาตรการต่อสู้กับปัญหาที่เป็นผลมาจากการบริโภคสุรา และที่สำคัญจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสุราของไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป” มี 3 ประการคือ

1.2.1 เพื่อศึกษานโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสหภาพยุโรป ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เหตุผลสำคัญที่จำเป็นต้องศึกษาเรื่องนี้ เนื่องจากนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ผ่านความเห็นชอบจากสภาสหภาพยุโรป เปรียบได้กับนโยบายและมาตรการแม่บทที่บรรดาประเทศสมาชิกถือเป็นกรอบและแนวทางในการวางนโยบายและมาตรการต่างๆ ในระดับประเทศ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาการของนโยบายและมาตรการจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

1.2.2 เพื่อศึกษาการนำนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่เป็นแม่บทไปใช้ในแต่ละประเทศสมาชิก

เหตุผลก็เพื่อศึกษาถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติในแต่ละประเทศว่าได้ครอบคลุมในเรื่องใดบ้าง เช่น การออกเป็นกฎหมาย การให้ความรู้ การป้องกัน การรณรงค์ ฯลฯ

1.2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ทั้งในระดับมหภาค (สหภาพยุโรป) และระดับจุลภาค (ประเทศสมาชิก)

เหตุผลก็เพื่อหาคำตอบว่านโยบายและมาตรการเหล่านั้น มีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้ตามที่มุ่งหวังหรือไม่โดยเป็นการมองในด้านประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการที่ใช้

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตการศึกษาในครั้งนี้มุ่งทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปใน 4 ประเด็นสำคัญคือ

- 1) การกำหนดราคาและการกำหนดอัตราภาษี
- 2) การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อและบริโภค
- 3) การป้องกันการบริโภคในเด็กและเยาวชน และ
- 4) การควบคุมการโฆษณาและการตลาดของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์

โดยเน้นการเชื่อมโยงให้เห็นประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ

1.3.2 ขอบเขตด้านเวลา

การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรป ครอบคลุมระยะเวลาย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - 2547 (ค.ศ. 2000 - 2004)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าขอบเขตการศึกษาในข้อ 2 จะกำหนดไว้เช่นนั้น แต่การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงนโยบายและมาตรการจำเป็นต้องกล่าวถึงพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของนโยบายและมาตรการ เพื่อให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของนโยบายและมาตรการ ดังนั้นในการนำเสนอข้อมูลจึงได้อธิบายถึงการกำหนดนโยบายและมาตรการเกี่ยวข้องกับเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปเกิดขึ้นก่อนหน้า พ.ศ. 2543 ไว้ด้วย

การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปนั้น เป็นการวิเคราะห์ในเชิงมหภาคกล่าวคือเป็นการมองนโยบายในภาพกว้าง ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายและมาตรการที่ออกโดยกลไกของสหภาพยุโรปมีสถานะเป็นเพียงกรอบข้อตกลงร่วมกันในระหว่างประเทศสมาชิกที่จะดำเนินการให้บรรลุผล แต่แต่ละประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรปจะต้องนำข้อตกลงเหล่านั้นไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการในระดับชาติเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติต่อไป

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการกำหนดนโยบายและมาตรการในการควบคุมอุปสงค์การบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของกลุ่มสหภาพยุโรป ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในการต่อสู้กับปัญหาจากการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ตลอดจนการนำนโยบายไปใช้ในแต่ละประเทศสมาชิก และประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการดังกล่าว

1.4.2 ตอบสนองความต้องการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้ในเชิงนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ซึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการของไทยให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด

1.4.3 ช่วยให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายนักวิจัยไทยกับต่างประเทศในการร่วมกันศึกษาวิจัยเชิงนโยบายและมาตรการร่วมกันในอนาคต รวมทั้งความร่วมมือในรูปแบบอื่นเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์

บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของสุรา

คำว่า “แอลกอฮอล์ (alcohol)” หมายถึง ของเหลวชนิดหนึ่งไม่มีสีติดไฟได้และสามารถระเหยไปในอากาศได้ แอลกอฮอล์ได้มาหรือสังเคราะห์ได้จากการหมักน้ำตาลและแป้ง มนุษย์ใช้แอลกอฮอล์กันอย่างกว้างขวางทั้งแบบบริสุทธิ์และแบบที่มีการดัดแปลง มีการนำแอลกอฮอล์มาใช้เป็นตัวทำละลายรวมทั้งใช้ในยา ใช้เป็นสารทำความสะอาด ใช้ทำระเบิด และใช้ทำสุรา คำว่าแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปยังมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า เอทานอล (ethanol) ด้วย ซึ่งเอทานอลหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) นั่นก็คือแอลกอฮอล์ที่พบได้ทั่วไปในสุราทุกประเภท

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแอลกอฮอล์จะมีความหมายตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่เราก็ใช้คำว่าแอลกอฮอล์ ในความหมายของสุรา (alcoholic beverages) ด้วยเช่นกัน โดยนัยนี้ **สุราจึงหมายถึงเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของเอทานอลหรือเอทิลแอลกอฮอล์นั่นเอง**

ในพระราชบัญญัติสุราของไทย พ.ศ. 2493 ในมาตรา 4 ระบุว่า (พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493, ไม่มีวันที่)

“**สุรา** หมายความว่ารวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับสุรา

สุราแช่ หมายความว่า สุราที่ไม่ได้กลั่นและให้หมายความรวมถึงสุราแช่ที่ไม่ได้ผสมกับสุรากลั่นแล้ว แต่ยังมีแรงแอลกอฮอล์ไม่เกินสิบห้าดีกรีด้วย

สุรากลั่น หมายความว่า สุราที่ได้กลั่นแล้ว และให้หมายความรวมถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่แล้ว แต่มีแรงแอลกอฮอล์ เกินกว่าสิบห้าดีกรีด้วย”

นอกจากนี้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 272) พ.ศ. 2546 เรื่องสุรา ก็ยังได้ระบุว่าสุราก็คืออาหารอย่างหนึ่งตามความหมายของคำว่า “อาหาร” ในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 โดย

ในข้อ 2 ของประกาศระบุว่า “ข้อ 2 ให้สุราเป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน” (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 272 พ.ศ.2456 เรื่องสุรา, ไม่มีวันที่)

2.2 ประเภทของสุรา

สุราแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ได้แก่ เบียร์ (beers) ซึ่งมีแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 4-6 ไวน์ (wines) ซึ่งมีแอลกอฮอล์อยู่ประมาณร้อยละ 7-15 และเหล้า (distilled spirits) ซึ่งมีแอลกอฮอล์อยู่ประมาณร้อยละ 40-95

เบียร์ คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนึ่งที่ได้จากการหมัก (fermentation) น้ำตาล โดยน้ำตาลที่ยังไม่ได้หมักนี้เรียกว่า wort ซึ่งได้มาจากการบดข้าวที่ผ่านกระบวนการมอลต์ (malted)¹¹ แล้วให้เป็นของเหลว โดยมากมักเป็นข้าวบาร์เลย์จึงมักเรียก wort ในอีกชื่อหนึ่งว่า malted barley สุราที่ได้จากการหมักน้ำตาลประเภทอื่นที่ไม่ใช่น้ำตาลจากธัญพืชไม่เรียกว่าเบียร์ แม้ว่าจะผ่านกระบวนการทางชีวเคมีที่มียีสต์เป็นส่วนประกอบก็ตาม เช่น ถ้าเป็นการหมักน้ำผึ้งก็จะเรียกเครื่องดื่มชนิดนั้นว่า Mead ถ้าหมักจากน้ำตาลแอปเปิ้ลก็จะเรียกว่า Cider หรือถ้าหมักจากน้ำตาลลูกแพร์ (Pear) ก็จะเรียกว่า Perry และถ้าหมักจากน้ำตาลองุ่นก็จะเรียกว่า ไวน์ กระบวนการผลิตเบียร์เรียกว่า Brewing โดยการนำ wort ที่ได้มาไว้ในถังหมักแล้วเติมยีสต์ลงไป ยีสต์จะทำปฏิกิริยาเปลี่ยนมอลต์ให้เป็นแอลกอฮอล์

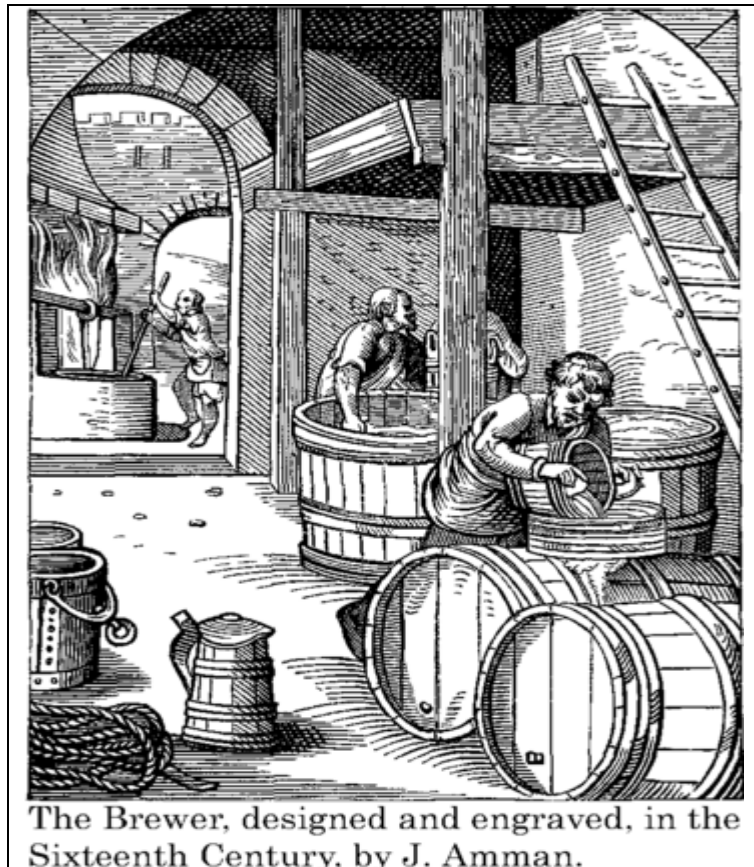
¹¹ กระบวนการมอลต์ (malted) หมายถึงกระบวนการที่ทำธัญพืชเป็นอาหารที่เรียกว่า cereal grains โดยการทำให้เมล็ดธัญพืชแตกออกแล้วทำให้แห้งโดยเร็วก่อนที่จะโตมากไปกว่านั้น การทำให้แห้งสามารถทำได้โดยการอบเป็นต้น



ภาพที่ 1 ข้าวบาร์เลย์ที่ผ่านกระบวนการมอลต์ (malted barley)

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

<http://en.wikipedia.org/wiki/Malt>)



ภาพที่ 2 โรงผลิตเบียร์ในยุโรปราวศตวรรษที่ 16

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

<http://en.wikipedia.org/wiki/Brewing>)

ไวน์ คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดหนึ่งที่ได้มาจากการหมักองุ่นหรือน้ำองุ่น ไวน์มาจากภาษาละตินว่า vinum นอกจากองุ่นแล้วเราสามารถทำไวน์จากผลไม้ชนิดอื่น จากดอกไม้บางชนิด จากธัญพืช หรือแม้แต่จากน้ำผึ้ง แต่โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงไวน์ก็มักหมายถึงแต่เฉพาะไวน์ที่ทำมาจากองุ่นเท่านั้น ไวน์ยังแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆ ตามกรรมวิธีที่ใช้ในการผลิต ได้แก่ ไวน์แดง (red wines) ที่ทำจากองุ่นแดงหรือองุ่นสีดำโดยที่เป็นสีแดงก็เนื่องจากในกระบวนการผลิตจะเป็นการหมักองุ่นไปทั้งเปลือก ไวน์ขาว (white wines) ซึ่งทำจากองุ่นสีอะไรก็ได้แต่ที่ได้เป็นองุ่นขาวก็เนื่องจากในกระบวนการผลิตจะแยกเปลือกออกจากน้ำองุ่น บลัชไวน์หรือโรสไวน์ (blush wines or rose wines) คือไวน์ที่มีสีออกชมพูได้จากการหมักองุ่นสีแดงหรือสีดำโดยระหว่างการหมักจะทิ้งเปลือกไว้ระยะเวลาหนึ่งแล้วนำออกจากน้ำองุ่น สปีร์กิลิ่งไวน์ (sparkling wines) หรือที่รู้จักกันในชื่อ แชมเปญ (champagne) เป็นไวน์ที่ได้จากการเติมคาร์บอนไดออกไซด์ลงไปในช่วงการหมักหรืออาจเติมในภายหลังก็ได้ ฟอर्टิฟายไวน์ (fortified wines)¹² เป็นไวน์ที่มีรสหวานรู้จักกันในอีกชื่อว่า บรันดี (brandy) ได้จากการเติมแอลกอฮอล์ลงไปไวน์เดิมที่มาจากองุ่นในที่นี้ก็คือเติมเหล้าลงไปนั่นเอง



ภาพที่ 3 ตัวอย่างไวน์ยี่ห้อต่างๆ

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site : <http://en.wikipedia.org/wiki/Wine>)

เหล้า คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกชนิดหนึ่งที่ได้จากการนำสุราหมักมาต้มกลั่น (distilled) อีกทีหนึ่ง เหล้ามีอยู่มากมายหลายชนิด ยกตัวอย่างเช่น เหล้าบรันดี (brandy) ซึ่งทำมาจากไวน์จึง

¹² ในสหรัฐอเมริกาเรียกว่า dessert wine ในขณะที่ยุโรปเรียกว่า liqueur wine

มักพบในแหล่งที่มีการปลูกองุ่นและมีการทำไวน์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนคอนยัค (cognac) ก็คือบรันดีเช่นกันแต่เป็นบรันดีที่ผลิตบริเวณเมือง Cognac ในแคว้น Charente ของฝรั่งเศส เหล้าจิน (gin) ก็คือเหล้าในอังกฤษแต่ก็เป็นที่นิยมในประเทศอังกฤษด้วยเช่นกัน เหล้าบิตเตอร์ (bitters) พบได้ในหลายประเทศในยุโรป ทำมาจากสมุนไพรและเครื่องเทศบางชนิด ใช้เป็นยารักษาโรคได้หลายชนิด โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยอาหาร เหล้าลิเคียวร์ (liqueurs) เป็นเหล้าอันเป็นที่ชื่นชอบกันมาเป็นเวลานาน ปัจจุบันนี้มีผลิตออกมาในหลากหลายรูปแบบ เช่นเป็นเหล้าผลไม้ เป็นเหล้าที่มีแอลกอฮอล์สูง เป็นเหล้าวิสกี เหล้าบรันดีผลไม้ (fruit brandies) เป็นเหล้าคลาสสิกของอังกฤษมาเป็นเวลานาน มีความเป็นมาย้อนไปในราวตอนต้นของศตวรรษที่ 14 ผลไม้เจริญเติบโตได้ดีในภูมิภาคแถบที่ราบลุ่มคาร์พาเทียน (the Carpathian Basin) ซึ่งมีสวนผลไม้จำนวนมากอยู่ในเขตยุโรปตอนกลาง ว่ากันว่าผลไม้ที่นี้หวานมากจนไม่จำเป็นต้องเติมน้ำตาลหรือแอลกอฮอล์ลงไปอีกในการ บรันดีผลไม้ที่มีชื่อคือ “eau de vie” ซึ่งมีทั้งที่ทำมาจากผลเชอร์รี่หรือผลราสเบอร์รี่ เหล้ารัม (rum) ครั้งหนึ่งเคยเป็นเหล้ายอดนิยมของพวกโจรสลัด เหล้าวอดก้า (vodka) ด้วยเหตุที่เหล้าชนิดนี้มีดีกรีแรง บางคนจึงให้สมญานามเหล้าชนิดนี้ว่าเป็นเหล้าที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โลกร้อน เคยเป็นที่นิยมมากในประเทศแถบทางตอนเหนือซึ่งมีฤดูหนาวยาวนานและท้องฟ้าเป็นสีเทาอยู่ตลอดเวลา คนรัสเซียเป็นชนชาติที่นิยมดื่มวอดก้ามากที่สุด เหล้าคานาเดียนวิสกี (canadian whisky) เครื่องดื่มที่ถือเป็นตำนานนี้มีกำเนิดในสก๊อตแลนด์



ภาพที่ 4 เหล้าชนิดต่างๆ ในบาร์แห่งหนึ่งในประเทศสเปน

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

http://en.wikipedia.org/wiki/Distilled_Spirit)

2.3 ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับสุรา

คำว่า สุราหรือ alcohol นั้นมาจากคำในภาษาอาหรับว่า “al Kuhul” ส่วนที่ว่าใครเป็นผู้นำเอา คำว่า alcohol มาใช้ก่อนเป็นคนแรกและนำมาใช้เมื่อใดนั้นยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจน แต่เชื่อกันว่าสุราเป็นสารหรือยา (drug) ที่มีความเป็นมาเก่าแก่ที่สุดและมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่ในโลกนี้มากที่สุดชนิดหนึ่ง ข้อมูลทางประวัติศาสตร์บอกว่ามนุษย์นำสุรามานำใช้ในโอกาสต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น ลดความบาดหมางระหว่างกัน สร้างความฮึกเหิมในการสู้รบ ช่วยให้การทำความตกลงไปได้ด้วยดี เป็นเครื่องดื่มในงานฉลองต่างๆ และใช้เพื่อจูงใจเพศตรงข้าม ฯลฯ นักประวัติศาสตร์มีความเห็นว่า พวกนอแมดก่อนยุคประวัติศาสตร์ (prehistoric nomads)¹³ รู้จักทำเบียร์จากข้าวกับน้ำก่อนที่จะรู้จักทำขนมปังด้วยข้าว พวกเคลท์ (Celts) ชาวกรีกโบราณ พวกนอร์ส (the Norse) ชาวอียิปต์ และชาวบาบิโลนก็มีหลักฐานยืนยันว่าคนเหล่านี้รู้จักทำและดื่มสุรากันมาช้านานแล้ว โดยเฉพาะในอียิปต์ยังพบว่ามีการฝังสุราไปพร้อมกับคนตายด้วย

จากหลักฐานเท่าที่ได้มีการศึกษา เรายังไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่าสุราเกิดขึ้นมาในโลกนี้ตั้งแต่เมื่อใด สันนิษฐานกันว่าสุราเกิดขึ้นโดยบังเอิญเมื่อหลายหมื่นปีมาแล้ว อย่างไรก็ตามจากการขุดพบเหยือกเบียร์ (beer jugs) ที่มีอายุอยู่ในปลายยุคหิน (late Stone Age) ก็ทำให้ทราบข้อเท็จจริงว่า เครื่องดื่มที่มาจากกรรมภักนั้นเริ่มมาตั้งแต่ช่วงต้นของยุคหินใหม่ (Neolithic Period)¹⁴ และยังคงเชื่อว่าเบียร์ในยุคแรกนั้นทำมาจากขนมปังเป็นหลัก ในขณะที่พบหลักฐานการทำไวน์ปรากฏอยู่ในอักษรภาพ (pictographs) ของชาวอียิปต์เมื่อ 4,000 ปีก่อนคริสตกาล

¹³ นอแมด (Nomads) เป็นชื่อเรียกมนุษย์กลุ่มที่เร่ร่อนไปตามที่ต่างๆ ซึ่งกระจายอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในเอเชียและยุโรป พวกนี้ไม่นิยมการตั้งถิ่นฐานเป็นหลักแหล่ง แต่อาศัยการเดินทางย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง โดยทั่วไปเราแบ่งนอแมดออกเป็น 2 ประเภทคือ pastoral nomads ซึ่งเป็นพวกเลี้ยงสัตว์เร่ร่อน เมื่อทุ่งหญ้าหนึ่งหมด ทรัพยากรที่ใช้เลี้ยงสัตว์เลี้ยงของพวกตน ก็จะย้ายไปหาทุ่งหญ้าแห่งใหม่ ไม่ได้ปลูกทดแทนแต่อย่างใด พบได้ในเขตที่มีทุ่งหญ้ากว้างใหญ่ อีกพวกหนึ่งคือ peripatetic nomads พวกนี้ไม่นิยมเลี้ยงสัตว์แต่ยังชีพด้วยการเดินทางค้าขายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง พบได้ในเขตเมืองหรือเขตที่มีผู้คนอาศัยตั้งหลักแหล่งอยู่

¹⁴ ยุคนีโอลิธิคหรือยุคหินใหม่ (Neolithic Period or New Stone Age) ในทางมานุษยวิทยาถือว่าเป็นยุคที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นยุคที่มนุษย์เริ่มรู้จักการเพาะปลูกและมีการนำเอาเหล็กมาใช้ทำเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ ประมาณว่ายุคดังกล่าวอยู่ในระหว่างช่วงเวลา 8,000 – 6,000 ปีก่อนคริสตกาล มนุษย์เริ่มมีการตั้งถิ่นฐานอยู่รวมกันเป็นหมู่บ้าน มีการปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์ วัฒนธรรมยุคหินใหม่นี้มีพื้นฐานสำคัญอยู่ที่การเพาะปลูก โดยเฉพาะการปลูกธัญพืชชนิดต่างๆ เช่น ข้าวสาลี ข้าวบาร์เลย์ ข้าวฟ่าง ข้าวโพด ถั่ว เป็นต้น

สุราในยุคดึกดำบรรพ์นั้นทำมาจากผลเบอร์รี่ (berries) หรือน้ำผึ้ง และไวน์ก็น่าจะมีกำเนิดในแถบที่มีองุ่นขึ้นอยู่เองตามธรรมชาติในดินแดนตะวันออกกลาง และในแคว้นสุเมเรียนก็พบว่าได้มีการนำเอาเบียร์และไวน์มาใช้เป็นยารักษาโรคมาตั้งแต่ 2,000 ปีก่อนคริสตกาล สุรามีบทบาทสำคัญในทางศาสนา คำบอกเล่าที่บันทึกอยู่ในคัมภีร์เก่าของศาสนาคริสต์ (The Old Testament) ยืนยันว่าโนอาห์ได้ปลูกไร่องุ่นอยู่บนภูเขาอารารัต (Mt. Ararat)¹⁵ นอกจากนี้บันทึกในคัมภีร์ใหม่ (The New Testament) ระบุว่าพระเยซูเปรียบไวน์เสมือนเลือดของพระองค์ ซึ่งเป็นผลให้ชุมชนชาวคริสต์จำนวนมากมีการดื่มไวน์กันอย่างแพร่หลายในฐานะที่เชื่อว่ามันคือสัญลักษณ์แทนพระโลหิตของพระเยซู

ข้อสันนิษฐานที่ว่ากำเนิดของเบียร์มาจากขนมปังนั้นตรงกันกับหลักฐานทางโบราณคดีที่พบว่า ชาวสุเมเรียนรู้จักทำเบียร์จากขนมปังมาก่อนตั้งแต่เมื่อ 4,000 ปีก่อนคริสตกาล หลักฐานที่นักโบราณคดีใช้อ้างอิงก็คือแผ่นภาพอักษรคูนiform (cuneiform tablets) ในแผ่นภาพดังกล่าวแสดงถึงการทำเบียร์ของชาวสุเมเรียนที่เริ่มด้วยการเอาขนมปังมาปิ้งจากนั้นก็นำมาบดให้ละเอียดในน้ำและนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อความสดชื่นในโอกาสต่างๆ อารยธรรมมนุษย์เจริญรุ่งเรืองมากเท่าใด การผลิตและการดื่มสุราก็เจริญงอกงามตามไปด้วยเท่านั้น เราจึงคิดว่าชาวอียิปต์เป็นนักดื่มเนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่าพวกเขาเป็นผู้ที่คิดค้นหลอดดูดน้ำหรือของเหลวขึ้นมาใช้เป็นพวกแรก และได้นำมาใช้ในการดื่มสุราด้วยเช่นกัน จากหลักฐานที่พบระบุว่าในอียิปต์โบราณก็มีปัญหาคนเมาเช่นกัน รวมทั้งมีการใช้สุราในการรักษาโรคบางอย่าง ชาวอียิปต์รู้จักการหมักมาตั้งแต่ยุคเริ่มแรกของอารยธรรมและสุราก็เป็นเครื่องดื่มที่มีความสำคัญมากในยุคนั้น ข้อยืนยันในกรณีนี้ก็คือนักอียิปต์บูชาเทพโอสิริส (Osiris: God of Wine) ซึ่งเป็นเทพแห่งไวน์และเชื่อกันว่าเทพองค์นี้ยังรู้จักทำเบียร์ที่ถือกันว่าเป็นเครื่องดื่มที่จำเป็นสำหรับชีวิตด้วย ชาวอียิปต์ส่วนใหญ่จึงนิยมหมักเบียร์ไว้ดื่มกันเป็นประจำในบ้าน เบียร์และไวน์เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์และเอาไว้อัญเชิญบูชาเทพเจ้า ชาวอียิปต์โบราณรู้จักทำเบียร์อย่างน้อย 17 ชนิดและรู้จักไวน์อย่างน้อย 24 ชนิด พวกเขาใช้สุราเหล่านี้ในโอกาสต่างๆ กัน ทั้งไว้ใช้ดื่มเพื่อความสดชื่นสนุกสนาน ใช้ประโยชน์ในทางโภชนาการ ใช้เป็นยา ใช้ในพิธีกรรมต่างๆ ใช้เป็นค่าจ้างค่าตอบแทน และใช้ในงานศพโดยฝังรวมไปกับมัมมี่เพื่อเอาไปใช้ในโลก

¹⁵ Mt. Ararat เรียกอีกชื่อว่า The Mountain of Noah เชื่อกันว่าเป็นภูเขาที่โนอาห์นำเรือของเขามาจอดเมื่อคราวเกิดน้ำท่วมโลกตามตำนานในศาสนาคริสต์ ปัจจุบันภูเขาอารารัตตั้งอยู่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศตุรกี แม้ว่าจะตั้งอยู่ในเขตประเทศตุรกี แต่ภูเขาลูกนี้ถือเป็นสัญลักษณ์ประจำชาติของอาร์เมเนีย เนื่องจากเดิมนั้นเคยอยู่ในเขตแดนของประเทศอาร์เมเนีย จนในปี 1915 ก็ตกไปเป็นของพวกเตอร์ก มุมมองที่ชัดเจนที่สุดของภูเขาลูกนี้จึงอยู่ที่ประเทศอาร์เมเนีย

หน้า ชาวบาบิโลนเองก็มีการใช้เบียร์ในการปรุงอาหาร ความจริงแล้วพวกเขาู้จักทำเบียร์ชนิดต่างๆ ได้มากกว่า 20 ชนิด และที่น่าสนใจมากไปกว่านั้นยังมีหลักฐานยืนยันว่าชาวบาบิโลนเป็นชนชาติแรกที่มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับสถานบริการดื่มสุรา

ชาวบาบิโลเนียนิยมดื่มเบียร์มาก พวกเขาบูชาเทพีแห่งไวน์ และใช้เบียร์และไวน์ในการบูชา เทพและเทพีที่พวกเขานับถือ รวบรวม 1,750 ปีก่อนคริสตกาลในกฎหมายฮัมมูราบีก็ได้มีบทบัญญัติที่กล่าวถึงสุราเอาไว้ด้วย โดยกล่าวถึงการค้าขายสุราที่เป็นธรรม กฎหมายฮัมมูราบีไม่มีบทบัญญัติลงโทษคนเมาแต่อย่างใด ถึงแม้การดื่มสุราจนเมาจะไม่ถือเป็นความผิดแต่ชาวบาบิโลเนียนก็ไม่นิยมดื่มกันจนเกิดอาการมึนเมาแต่อย่างใด

คนในอดีตไม่ได้ดื่มสุรากันแบบหัวราน้ำหรือดื่มหนักแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็นการดื่มที่บ้านหรือในพิธีกรรมทางศาสนาต่างก็ดื่มแต่พอประมาณเท่านั้น ชาวอียิปต์ไม่ได้มองว่าความมึนเมาเป็นปัญหา แต่ก็ไม่สนับสนุนให้มีการดื่มกันจนหนัก แต่ถึงกระนั้นก็มีพวกที่ชอบดื่มและดื่มในปริมาณมากอยู่ดี และที่สำคัญพวกนี้มักเป็นกลุ่มที่สร้างปัญหาตามมาภายหลังและเป็นผลทำให้ต้องมีการออกกฎหมายต่างๆ มาควบคุมในที่สุด

สุรากลั่นมีกำเนิดในจีนและอินเดียในราว 800 ปีก่อนคริสตกาล มนุษย์ทำสุราอย่างเช่นเบียร์และไวน์เป็นครั้งแรกโดยอาศัยการหมักผลไม้และธัญพืชจำพวกข้าว ส่วนสุราจำพวกบรันดี คอนยัค หรือสาเกนั้นได้จากการกลั่นผลผลิตที่ได้จากการหมักอีกทีหนึ่งซึ่งเป็นผลทำให้ได้สุราที่มีแอลกอฮอล์แรงกว่า กระบวนการกลั่นสุราเริ่มเข้ามาเผยแพร่ในยุโรปในราวศตวรรษที่ 11 ชาวจีนรู้จักสุราหลายชนิดมาตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ โดยถือว่าเป็นเครื่องดื่มเพื่อจิตวิญญาณมากกว่าที่จะเป็นเครื่องดื่มทั่วไป สุรามีบทบาทสำคัญในพิธีกรรมทางศาสนา ในสมัยโบราณคนจีนมักดื่มสุราในโอกาสที่ต้องการบูชาเทพเจ้าและบรรพบุรุษ ดื่มข่มใจก่อนออกรบ ดื่มในโอกาสฉลองชัยชนะ ดื่มน้ำก่อนที่จะเกิดเรื่องหรือประหารชีวิต ดื่มเพื่อสาบานว่าจะจงรักภักดี ดื่มในโอกาสที่มีบุตร ในโอกาสงานสมรส ในโอกาสที่ญาติกลับมาพบกัน ในโอกาสที่ต้องจากกัน ในโอกาสที่มีคนตาย และในงานเลี้ยงฉลองต่างๆ ในราวปี 1,116 ก่อนคริสตกาล จักรพรรดิฉินมีคำสั่งว่าสวรรค์ได้บัญชาให้คนจีนดื่มสุราพอประมาณ

ในแต่ละสังคมวัฒนธรรมยังใช้ประโยชน์และให้คุณค่ากับสุราแตกต่างกัน ตัวอย่างในศาสนาอิสลามไม่อนุญาตให้มีการใช้หรือดื่มสุรา ดังนั้นชาวมุสลิมส่วนใหญ่จึงได้ถือปฏิบัติตามข้อห้ามดังกล่าว ตรงข้ามในบางสังคมกลับมีการดื่มกันอย่างหนักในพิธีกรรมทางศาสนา ในยุคกรีกโบราณชาวกรีกถือว่าเทพองค์หนึ่งของพวกเขาที่ชื่อว่า Bacchus เป็นเทพแห่งไวน์ซึ่งมีอำนาจในการปลดปล่อยวิญญาณออกจากร่างของสัตว์ทุกชนิด ชาวโรมันเป็นชนชาติหนึ่งที่ยินยอมดื่มสุราเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งไวน์ มีบันทึกระบุว่าในราวคริสต์ศตวรรษที่ 1 จักรพรรดิโดมิเชียน

(Domitian) ทรงเริ่มเป็นห่วงว่าชาวโรมันซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พระองค์จึงทรง**ใช้นโยบายและมาตรการเด็ดขาด** คือสั่งให้ทำลายไร่องุ่นในกรุงโรมลงครึ่งหนึ่งและห้ามมีการปลูกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากพระองค์อีกต่อไป

เมื่อมนุษย์รู้จักการพัฒนากการเกษตรที่ช่วยให้สามารถผลิตวัตถุดิบได้ในปริมาณมาก สุราที่มาจากกรรมหนักและการกลั่นก็มีการขยายตัวมากขึ้น เมื่ออารยธรรมกรีกและโรมันเจริญรุ่งเรือง เครื่องดื่มหลักที่นิยมในตอนเริ่มต้นก็คือเครื่องดื่มจำพวกสมุนไพรที่ทำจากต้นไม้อ่อนประเภทต่างๆ เช่น Balsam, Dandelion, Mint, และ Wormwood seeds เป็นต้น ชาวกรีกบูชาเทพ Bacchus ที่ถือกันว่าเป็นเทพแห่งไวน์ ชาวโรมันก็บูชาเทพองค์เดียวกันโดยเรียกกันในภาษาโรมันว่า Dionysus มีตำนานบอกว่าหลังจากการกรีธาทัพข้ามแม่น้ำ Rubicon ทางตอนเหนือของอิตาลี กษัตริย์ซีซาร์ก็เฉลิมฉลองกองทัพด้วยการดื่มสุรา ในราว 55 ปีก่อนคริสตกาลกองทัพโรมันก็ได้นำเบียร์เข้ามาเผยแพร่ในทางเหนือของยุโรป

เบียร์และเอล (Ales) ในยุโรปสมัยกลางเป็นเครื่องดื่มที่อุดมไปด้วยโปรตีนและคาโบไฮเดรตซึ่งถือว่าเป็นเครื่องดื่มที่มีคุณค่าในทางโภชนาการในสมัยนั้น โดยหลักการเป็นที่รู้กันดีว่าในสมัยโบราณตั้งแต่ยุคศตวรรษที่ 8 และ 9 ก่อนคริสตกาล ฮีป (hops) เป็นส่วนประกอบสำคัญในการทำเบียร์ซึ่งตกทอดมาจนถึงทุกวันนี้ ในยุโรป ฮีปเป็นสมุนไพรชนิดหนึ่งที่นำมาใช้ในเบียร์เพื่อช่วยให้เครื่องดื่มและยามีรสชาติที่ชวนรับประทาน กระบวนการที่ว่ามันนี้ถือเป็นมาตรฐานสำคัญในการผลิตสุราปัจจุบัน

2.4 ความเป็นมาเกี่ยวกับสหภาพยุโรป (European Union)

ยุโรปเป็นภูมิภาคที่มีประวัติศาสตร์แห่งการฆ่าฟันทำลายล้างมาเป็นเวลาหลายศตวรรษ ความขัดแย้งและสงครามครั้งสำคัญๆ ของโลกหลายครั้งเกิดขึ้นในภูมิภาคนี้ อย่างในช่วงปี 1870-1945 ฝรั่งเศสและเยอรมันต่างทำสงครามระหว่างกันถึงสามครั้ง สูญเสียชีวิตผู้คนพลเมืองไปอย่างนับไม่ถ้วน จนในที่สุดบรรดาผู้นำประเทศต่างๆ ในยุโรปมีความเห็นว่าวิธีเดียวที่จะยุติความขัดแย้งในลักษณะเช่นนั้นเพื่อไม่ให้ประวัติศาสตร์กลับมาซ้ำรอยอีก และเพื่อสร้างหลักประกันสันติภาพในภูมิภาค ก็คือการรวมตัวกันในทางเศรษฐกิจและการเมือง ดังนั้นในปี 1950 เมื่อนายโรแบร์ ชูมัน (Robert Schuman) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศของฝรั่งเศสจึงได้ริเริ่มและเสนอให้มีการรวมตัวของอุตสาหกรรมถ่านหินและเหล็กของประเทศยุโรปตะวันตกเข้าด้วยกัน จนกระทั่งในปี 1951 จึงได้มีการลงนามในสนธิสัญญากรุงปารีส (Treaty of Paris) จัดตั้งประชาคมถ่านหินและเหล็กแห่งยุโรป (The European Coal and Steel Community : ECSC) ขึ้นโดยมีสมาชิกผู้ก่อตั้ง 6

ประเทศได้แก่ เบลเยียม เยอรมันตะวันตก ลักเซมเบิร์ก ฝรั่งเศส อิตาลี และเนเธอร์แลนด์ โดยโอนอำนาจการตัดสินใจทั้งหมดเกี่ยวกับอุตสาหกรรมถ่านหินและเหล็กของประเทศสมาชิกมาอยู่ในมือขององค์กรใหม่ซึ่งมี ฌาน โมเนต์ (Jean Monnet) ทำหน้าที่เป็น President คนแรก ประชาคมถ่านหินและเหล็กดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ ทั้ง 6 ประเทศจึงเกิดความคิดที่จะขยายความร่วมมือออกไปในภาคเศรษฐกิจอื่น โดยในปี 1957 ได้ร่วมกันลงนามในข้อตกลงแห่งโรม (The Treaties of Rome) ก่อตั้งประชาคมพลังงานนิวเคลียร์แห่งยุโรป (The European Atomic Energy Community : EURATOM) และประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (The European Economic Community : EEC) โดยยกเลิกการกีดกันทางการค้าระหว่างกันและรวมตัวกันเป็น “ตลาดร่วม” จนกระทั่งในปี 1967 ทั้งสามประชาคมก็มารวมกันและตกลงที่จะมีรัฐสภาแห่งยุโรป (European Parliament) โดยแต่เดิมนั้นสมาชิกสภายุโรปเลือกมาจากตัวแทนรัฐสภาของแต่ละประเทศสมาชิก ต่อมาในปี 1979 ก็จัดให้มีการเลือกตั้งโดยตรงโดยพลเมืองของประเทศสมาชิกเป็นผู้ออกเสียงเลือกตั้งจากรายชื่อที่มีการเสนอ ตั้งแต่นั้นมาการเลือกตั้งสมาชิกสภายุโรปมีขึ้นทุก 5 ปี ในปี 1992 ก็ได้มีการตกลงในสนธิสัญญามาสทริค (The Treaty of Maastricht) ซึ่งก่อให้เกิดการร่วมมือรูปแบบใหม่ในระหว่างรัฐบาลของประเทศสมาชิก ผลจากสนธิสัญญามาสทริคนี้ก็คือ สหภาพยุโรป (European Union : EU) หรือที่เราเรียกกันภาษาไทยว่า อียู

สหภาพยุโรปหรืออียูเป็นรูปแบบการรวมตัวกันในการเมืองและเศรษฐกิจในระหว่างประเทศสมาชิก ซึ่งลักษณะสำคัญก็คือมีการใช้นโยบายร่วมทางการเมือง เศรษฐกิจ ตลอดจนทางด้านความมั่นคงและด้านต่างประเทศร่วมกัน อียูเป็นตลาดร่วมตลาดเดียว ไม่มีการกีดกันหรือข้อกำหนดทางการค้า เป็นการพัฒนาจาก ตลาดร่วม (common market) มาเป็น ตลาดเดียว (single market) ได้อย่างสมบูรณ์ในปี 1992 พลเมืองยุโรปสามารถเดินทางไปมาหาสู่กันระหว่างประเทศได้โดยไม่ต้องใช้หนังสือเดินทางหรือวีซ่าเพื่อเข้าประเทศ มีการตกลงใช้เงินตราสกุลเดียวร่วมกันที่เราเรียกกันว่า เงินยูโร ได้อย่างสมบูรณ์เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2002

สหภาพยุโรปประสบความสำเร็จในการรวมตัวกันเป็นอย่างดี จากเดิมเมื่อปี 1951 ที่มีสมาชิกดั้งเดิม 6 ประเทศ (เบลเยียม เยอรมันตะวันตก ลักเซมเบิร์ก ฝรั่งเศส อิตาลี และเนเธอร์แลนด์) ในปี 1973 มีสมาชิกเพิ่มอีก 3 ประเทศได้แก่ เดนมาร์ก ไอร์แลนด์ และอังกฤษ ตามมาด้วย กรีซในปี 1981 สเปน และโปรตุเกสในปี 1986 ออสเตรีย ฟินแลนด์ และสวีเดนในปี 1995 จนในปี 2004 สหภาพยุโรปก็มีสมาชิกเพิ่มอีก 10 ประเทศได้แก่ ไชปรัส สาธารณรัฐเชค เอสโตเนีย ฮังการี ลัตเวีย ลิทัวเนีย มอลต้า โปแลนด์ สโลวาเกีย และสโลวีเนีย รวมแล้วปัจจุบันมีสมาชิกทั้งสิ้น 25 ประเทศ (The History of the European Union, 2005)

ยุโรปมีเสาหลัก 3 ประการ ตามที่ระบุไว้ในสนธิสัญญาประชาคมยุโรปว่ายุโรปมีเสาหลักสำคัญ 3 เสาคือ (สหภาพยุโรป, ไม่มีวันที่)

- 1) เสาหลักที่หนึ่ง : ประชาคมยุโรป (the European Communities) ประกอบด้วย
 - การเป็นตลาดเดียว (Single Market) ที่มีการเคลื่อนที่อย่างเสรีของปัจจัย 4 ประการ (free movement) คือ (1) บุคคล (2) สินค้า (3) การบริการ (4) ทุน
 - การมีนโยบายร่วม (Common Policies) ในด้านการค้า การเกษตร (CAP) พลังงาน สิ่งแวดล้อม ประมง และสังคม เป็นต้น
 - สหภาพเศรษฐกิจและการเงิน (Economic and Monetary Union) มีธนาคารกลางยุโรป (European Central Bank) และมีการใช้เงินสกุลเดียว (Single Currency) คือเงินยูโร อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2545
- 2) เสาหลักที่สอง : นโยบายร่วมด้านการต่างประเทศและความมั่นคง (Common Foreign and Security Policy – CFSP)
- 3) เสาหลักที่สาม : ความร่วมมือด้านกระบวนการยุติธรรมและกิจการภายใน (Cooperation in Justice and Home Affairs) เช่น การตรวจคนเข้าเมือง การปราบปรามอาชญากรรมและยาเสพติด ตำรวจยุโรป (Europol) และการดำเนินการร่วมด้านความมั่นคงภายใน

สหภาพยุโรปประกอบด้วยองค์กรหลักต่างๆ ที่มีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (สหภาพยุโรป, ไม่มีวันที่)

- 1) **คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป** (the Council of the European Union) ซึ่งเป็นสถาบันที่มีอำนาจในการตัดสินใจหลักและทำงานด้านนิติบัญญัติร่วมกับสภายุโรปประกอบด้วยผู้แทนจากประเทศสมาชิกที่มาประชุมเพื่อแสดงจุดยืนและประนีประนอมทางด้านผลประโยชน์ระหว่างกัน ผู้แทนเหล่านี้จะพบกันเป็นประจำทั้งในระดับคณะทำงาน เอกอัครราชทูต และรัฐมนตรี ในกรณีที่มีการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวนโยบายสำคัญ ๆ การประชุมจะทำในระดับผู้นำประเทศ เรียกว่า การประชุมคณะมนตรียุโรปหรือที่ประชุมสุดยอดยุโรป (European Council)

หน้าที่หลักของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป มีดังนี้คือ

- ทำงานร่วมกับสภายุโรปในการบัญญัติกฎหมาย
- ประสานแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก
- บรรลุความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ ๆ ระหว่างสหภาพยุโรปกับประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ

- ใช้อำนาจร่วมกับสภายุโรปในการอนุมัติงบประมาณของสหภาพยุโรป
- พัฒนานโยบายร่วมด้านการต่างประเทศและความมั่นคง
- ประสานความร่วมมือระหว่างตำรวจและศาลยุติธรรมในการปราบปรามอาชญากรรม

2) **คณะกรรมการยุโรป** (European Commission) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานประจำส่วนใหญ่ของสหภาพยุโรป ทั้งยังร่างข้อเสนอกฎหมายใหม่ ๆ เพื่อให้สภายุโรปและคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปให้ความเห็นชอบ นอกจากนี้ ยังคอยควบคุมให้มีการปฏิบัติตามข้อตกลงต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้งบประมาณของสหภาพยุโรป และคอยสอดส่องให้มีการปฏิบัติตามสนธิสัญญาและกฎหมายของสหภาพยุโรป ทั้งนี้ คณะกรรมการยุโรปจะทำงานอย่างเป็นอิสระจากรัฐบาลของประเทศสมาชิก โดยมีสำนักงานอยู่ที่กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม ประกอบด้วยประธานคณะกรรมการยุโรปและกรรมการยุโรป รวม 25 คน โดยประธานคณะกรรมการยุโรปได้รับการคัดเลือกจากรัฐบาลของประเทศสมาชิก และได้รับการอนุมัติเห็นชอบโดยสภายุโรป ส่วนกรรมการยุโรปคนอื่น ๆ ได้รับการเสนอชื่อจากรัฐบาลประเทศสมาชิกหลังจากที่ได้มีการหารือกับผู้ที่จะมาเป็นประธาน ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากสภายุโรปเช่นกัน คณะกรรมการยุโรปมีวาระการทำงาน 5 ปี แต่สามารถถูกถอดถอนได้โดยสภายุโรป นับตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2547 เป็นต้นมา ประธานคณะกรรมการยุโรป คือ นาย Jose Barroso

หน้าที่หลักของคณะกรรมการยุโรป มีดังนี้

- มีสิทธิในการริเริ่มร่างกฎหมายและส่งผ่านร่างกฎหมายไปยังสภายุโรปและคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป
- ในฐานะที่เป็นฝ่ายบริหารของสหภาพยุโรป โดยมีหน้าที่ในการนำกฎหมาย การจัดสรรงบประมาณ และนโยบายที่ออกโดยสภายุโรปและคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปไปปฏิบัติ
- ทำหน้าที่ในการพิทักษ์รักษาสนธิสัญญาต่างๆ และทำงานร่วมกับศาลยุติธรรมยุโรป ในการดูแลให้กฎหมายถูกนำไปใช้อย่างเหมาะสม
- เป็นตัวแทนของสหภาพยุโรปในเวทีการเมืองระหว่างประเทศ และทำหน้าที่ในการเจรจาต่อรองข้อตกลงระหว่างประเทศ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการเจรจาในเรื่องการค้าและการร่วมมือระหว่างกัน

3) **สภายุโรป** (European Parliament) ถือเป็นเสียงแห่งประชาธิปไตยของประชาชนยุโรป สมาชิกสภายุโรปจำนวน 731 คน มาจากการเลือกตั้งโดยตรงทุก ๆ 5 ปี โดยสมาชิกสภายุโรป

เหล่านี้ไม่ได้แบ่งตามประเทศ แต่สังกัดอยู่กับพรรคการเมืองในระดับยุโรปที่มีแนวคิดทางการเมืองสอดคล้องกับพรรคการเมืองในระดับประเทศที่ตนสังกัดมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีสมาชิกสภายุโรปบางส่วนที่ไม่ได้สังกัดพรรคการเมืองใด ทั้งนี้ ประธานสภายุโรปคนปัจจุบันคือ นาย Josep Borell

สภายุโรปมีคณะกรรมการสภาดูแลเฉพาะเรื่องต่าง ๆ เช่น กิจการระหว่างประเทศ งบประมาณ สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ หน้าที่หลักของสภายุโรป มีดังนี้คือ

- ตรวจสอบและบัญญัติกฎหมายของสหภาพยุโรป โดยส่วนใหญ่จะใช้อำนาจร่วมกับคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป
- อนุมัติงบประมาณของสหภาพยุโรป
- ตรวจสอบการทำงานของสถาบันต่าง ๆ ในสหภาพยุโรปตามหลักประชาธิปไตย รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อทำการไต่สวน
- ให้ความเห็นชอบข้อตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ เช่น การรับสมาชิกใหม่ และความตกลงด้านการค้าหรือการมีความสัมพันธ์ในเชิงการรวมกลุ่มระหว่างสหภาพยุโรปกับประเทศที่สาม

2.5 สุราในยุโรป

ยุโรปมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเกี่ยวกับสุรา คือเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้ค้าสุรารายใหญ่ของโลก เป็นทั้งผู้บริโภคสุราในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ในรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยสถานการณ์การดื่มสุราต่อหัวประชากรในปี 2001 ปรากฏว่า ในจำนวนประเทศที่ประชากรดื่มสุรามากที่สุด 5 อันดับแรกของโลก เป็นประเทศที่อยู่ในยุโรป 4 ประเทศคือ ลักเซมเบิร์ก (17.54 ลิตร/คน) สาธารณรัฐเชค (16.21 ลิตร/คน) ไอร์แลนด์ (14.45 ลิตร/คน) และมอลโดวา (13.88 ลิตร/คน) ซึ่งอันดับหนึ่งในนี้ได้แก่ ประเทศอูกันดา (19.47 ลิตร/คน)¹⁶ และที่สำคัญยุโรปยังเป็นภูมิภาคที่ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากสุรามากที่สุดด้วยเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า “ประมาณร้อยละ 40-60 ของการเสียชีวิตทั้งหมดอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ

¹⁶ ข้อมูลจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +),

WHO Statistical Information System (WHOSIS) :

http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english

มาจากสาเหตุของการดื่มสุรา...นอกจากนี้ในปี 1999 มีเยาวชนกว่า 55,000 คนในยุโรปเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นเนื่องมาจากสุรา” (Osterberg and Karlsson, 2003, 17)

ถึงแม้ว่าสุราจะมีผลเสียมากมายแต่อุตสาหกรรมสุราก็เป็นอุตสาหกรรมสำคัญของประเทศต่างๆ ในยุโรป ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนในยุโรปเป็นจำนวนมาก ธุรกิจสุราสร้างประโยชน์ให้กับเกษตรกรผู้ปลูกองุ่น คนงานในไร่องุ่น คนงานในโรงผลิตเบียร์และเหล้า ผู้ผลิตวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตสุรา เจ้าของร้านจำหน่ายสุรา พนักงานบริการในผับ บาร์ และภัตตาคาร ฯลฯ ประมาณกันว่าในปี 1990 อุตสาหกรรมการผลิตและการค้าสุราสามารถก่อให้เกิดการจ้างงานทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่แรงงานในยุโรปประมาณ 3 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 2 ของการจ้างงานทั้งหมดในประเทศสมาชิกประชาคมยุโรปในขณะนั้น ในปี 1992 จำนวนประเทศผู้ส่งออกสุรารั้งนำของโลก 8 ใน 10 ประเทศเป็นประเทศในกลุ่มสมาชิกประชาคมยุโรปทั้งสิ้น นอกจากนี้สุรายังเป็นแหล่งรายได้ของรัฐบาลที่ได้จากการเก็บภาษี ในปี 1991 ประมาณว่ารายได้ราวร้อยละ 2.8 ของภาษีทั้งหมดที่เก็บได้ในกลุ่มประเทศประชาคมยุโรปเป็นรายได้จากภาษีสุราทั้งสิ้น ถือได้ว่าสุรามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบเศรษฐกิจของสหภาพยุโรป

การดื่มสุราของชาวยุโรปยังผูกพันกับการดำเนินชีวิตทางสังคมและทางวัฒนธรรม ชาวยุโรปจำนวนมากดื่มสุราเป็นประจำทุกวันร่วมกับการรับประทานอาหาร รวมทั้งการดื่มร่วมกับเพื่อนสนิท มิตรสหายหลังเลิกงาน กิจกรรมทางสังคมหลายกิจกรรมก็มักมีการดื่มสุรารวมอยู่ด้วย และที่สำคัญสุรายังมีบทบาทในพิธีกรรมหรือกิจกรรมทางศาสนาอีกด้วย

การดื่มสุราในยุโรปแพร่หลายอย่างต่อเนื่องเรื่อยมานับตั้งแต่ยุคกลาง (The Middle Age) โบสถ์ในศาสนาคริสต์หลายแห่งอนุญาตให้บาทหลวงดื่มเบียร์เพื่อบำรุงสุขภาพรวมทั้งอนุญาตให้จำหน่ายเบียร์แก่ประชาชนที่มายังโบสถ์ได้ด้วย จนกระทั่งการดื่มเบียร์ในโบสถ์กลายเป็นปัญหาเนื่องจากบาทหลวงดื่มกันในปริมาณมาก นักประวัติศาสตร์อธิบายว่าเคยมีการอนุญาตให้บาทหลวงดื่มเบียร์ได้ถึง 5 ลิตรต่อสัปดาห์ ก่อนยุคกลางหน้าที่ในการทำสุราเป็นของผู้หญิง เนื่องจากในสมัยนั้นถือว่าสุราก็คืออาหารอย่างหนึ่ง ในระหว่างยุคกลางสุรามีบทบาทมากขึ้น จากเดิมที่เน้นการผลิตและดื่มกันในครอบครัว ก็มาเป็นการผลิตและให้บริการกับผู้ที่เดินทางสัญจรและพวกแสวงบุญที่กระจายอยู่ทั่วไปในทวีปยุโรป บ้านที่อยู่อาศัยก็กลายเป็นโรงเบียร์สำหรับคนเดินทาง ในยุคนั้นโรงเบียร์มิให้เห็นอยู่โดยทั่วไป ยุคกลางถือกันว่าเป็นยุคมืดกล่าวคือเป็นยุคที่มีความเชื่อเกี่ยวกับเวทมนต์คาถาและอำนาจของพวกนอกรีตซึ่งในยุคนั้นก็คือพวกพ่อมดหรือแม่มด ถึงขนาดเวลาที่ผลิตเบียร์ไม่ได้หรือเบียร์ที่ผลิตออกมาไม่เป็นไปตามที่ต้องการก็จะเชื่อว่าสาเหตุมาจากอำนาจของแม่มดเบียร์ (brew witches) หรือไม่เช่นนั้นก็จะอ้างว่าเป็นอำนาจของปีศาจ ซึ่งใครที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นแม่มดในสมัยนั้นโทษก็คือการถูกเผาทั้งเป็น ว่ากันว่าการทำพิธีเผาทั้งเป็นแม่มด

เปียร์คนสุดท้ายเกิดขึ้นในปี 1591 จนมาถึงปลายยุคกลางช่วงเวลานั้นผู้คนทั้งในยุโรปและทั่วโลก รู้จักการทำสุราต้มและสุรากลั่นกันเป็นอย่างดีแล้ว เปียร์ในยุคกลางอุดมไปด้วยโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต ถือกันว่าเป็นแหล่งโภชนาการที่สำคัญแหล่งหนึ่งในสมัยนั้น

จนมาถึงยุคเรอเนสซอง (Renaissance) การกลั่นการต้มสุรากลายเป็นศิลปะ และกลุ่มคนที่มีอาชีพต้มกลั่นสุราก็ได้มีการรวมตัวกันตั้งเป็นสมาคมวิชาชีพ (guild) สมาคมผู้ผลิตสุรานั้นถือกันว่าเป็นสมาคมวิชาชีพกลุ่มแรกๆ ที่มีการจัดตั้งขึ้นในยุโรป มีการถ่ายทอดความรู้ในการทำสุราแก่คนรุ่นหลัง ในยุคนี้มีการประดิษฐ์เทอร์โมมิเตอร์ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมอุณหภูมิในการผลิตสุราอย่างมาก จนมาถึงยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งเป็นยุคสมัยที่วิทยาศาสตร์มีความเจริญก้าวหน้า จึงส่งผลให้สามารถผลิตสุราที่มีความบริสุทธิ์และเข้มข้นได้มากขึ้น ประเทศต่างๆ ในยุโรปต่างก็มีวัฒนธรรมการผลิตสุราของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเยอรมัน เบลเยียม หรืออังกฤษ เป็นต้น แต่ละประเทศต่างก็มีสุราเฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ของชาติตน ซึ่งแต่ละชนิดมีลักษณะ กลิ่น และรสชาติแตกต่างกันไป เช่น วิสกี้ของสก๊อตแลนด์ วิอดก้าของรัสเซีย คุโซ (Ouzo) ของกรีซ และแซมบูค้ำ (Sambuca) ของอิตาลี เป็นต้น



ภาพที่ 5 อาคารที่ทำการสมาคมวิชาชีพอูราเดิมในกรุงบรัสเซล ประเทศเบลเยียม ซึ่งก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1698 ปัจจุบันเป็นพิพิธภัณฑ์เบียร์ที่แสดงประวัติการทำเบียร์ตั้งแต่อดีต ตลอดจนการสาธิตการทำเบียร์และทดลองดื่มเบียร์ของเบลเยียม

ที่มา : ถ่ายภาพโดย ชุษณะ รุ่งปัจฉิม เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2548

2.5.1 แบบแผนการดื่มสุราในยุโรป

ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับการดื่มสุราของคนยุโรปก็คือวัฒนธรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกันระหว่างคนยุโรปทางเหนือกับคนยุโรปทางใต้ กล่าวคือยุโรปเหนือและยุโรปใต้นั้นมีแบบแผนการดื่มสุราต่างกัน ความแตกต่างดังกล่าวเป็นผลมาจากอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ต่างกันระหว่างวัฒนธรรมแบบโรมัน (romanic culture) และวัฒนธรรมแบบเยอรมานิก (germanic culture) ในตอนต้นของยุคกลาง นักวิชาการได้ข้อสรุปว่ารากฐานของสังคมยุโรปสมัยใหม่นี้มาจาก

การผสมผสานกันระหว่างวัฒนธรรมหลัก 3 สายที่ดำรงอยู่ในตอนต้นของยุคกลาง วัฒนธรรมทั้ง 3 สายนั้นก็คือ วัฒนธรรมโรมัน วัฒนธรรมคริสเตียน และวัฒนธรรมเยอรมานิก ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและแบบแผนการดื่มสุราของคนยุโรป

ในช่วงที่จักรวรรดิโรมันเรืองอำนาจ ดินแดนเขตชนบทในแถบยุโรปกลางทางตะวันตก (west central Europe) ได้รับอิทธิพลจากโรมันค่อนข้างมาก คนที่อาศัยอยู่ในดินแดนแถบนั้นจึงรับเอาแบบแผนวัฒนธรรมคนเมืองตามแบบโรมันไว้ด้วย รวมทั้งวัฒนธรรมการดื่มสุราที่ชาวโรมันนิยมดื่มไวน์ร่วมกับมื้ออาหาร เมื่ออำนาจของโรมเริ่มเสื่อมลง คนในดินแดนเหล่านั้นก็ยังคงรักษาวัฒนธรรมการดื่มสุราแบบโรมันไว้และก็มีกัมนิยมดื่มแบบพอประมาณมากกว่า (moderate drinking) ตรงข้ามกับวัฒนธรรมเยอรมานิกในแถบลุ่มแม่น้ำไรน์ที่ไม่ได้รับอิทธิพลจากจักรวรรดิโรมัน จึงยังคงดำรงวัฒนธรรมของตนเอง การดื่มสุราของชนเผ่าเยอรมานิกนั้นเน้นแบบแผนของการเฉลิมฉลองและดื่มหนัก (heavy drinking) พวกนี้ไม่นิยมดื่มไวน์ แต่ชอบดื่มเหล้าที่ทำจากมอลต์และเหล้าที่ทำจากน้ำผึ้ง (mead) กรณีของสหราชอาณาจักรซึ่งไม่ได้รับอิทธิพลของโรมันแต่รับเอาแบบแผนของพวกเซลติกซึ่งมีการผสมผสานกับเยอรมานิกไว้แทน รวมทั้งพวกกอล (Gaul) ซึ่งโดยหลักแล้วถือแบบแผนของทางใต้ แต่ก็ยังได้รับเอาแบบแผนการดื่มบางส่วนของพวกเยอรมานิกมาด้วย แบบแผนที่กล่าวมานี้ค่อนข้างชัดเจนมากในช่วงต้นของยุคกลางและถือเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละท้องถิ่นที่อยู่ในเขตยุโรปเหนือและเขตยุโรปใต้

การดื่มสุราแบบยุโรปใต้ (หรือที่เรียกว่า แบบเมดิเตอร์เรเนียน หรือแบบแผนการดื่มไวน์) นั้นสามารถพบเห็นได้ในประเทศอิตาลี สเปน โปรตุเกส ทางใต้ของฝรั่งเศส และกรีซ ส่วนการดื่มสุราแบบยุโรปเหนือ (หรือที่เรียกว่า แบบนอร์ดิก หรือแบบแผนการดื่มเบียร์-เหล้า) นั้นพบได้ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ในเนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร ตลอดจนทางเหนือและทางตะวันออกของเยอรมนี อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่พบว่ายังมีแบบแผนการดื่มทั้งสองผสมผสานกันอยู่ ได้แก่ ดินแดนแถบตอนเหนือของฝรั่งเศส ทางตะวันตกเฉียงใต้ของเยอรมนี เบลเยียม ออสเตรีย และสวิสเซอร์แลนด์ ถึงกระนั้นก็ตามการจำแนกดังกล่าวไม่ได้มีลักษณะตายตัวเสียทีเดียว พฤติกรรมการดื่มสุราของคนยุโรปในบางท้องถิ่นก็ยังสามารถผสมผสานกันระหว่างการดื่มไวน์กับการดื่มเบียร์หรือเหล้าได้เช่นกัน

วัฒนธรรมการดื่มแบบทางใต้เน้นการดื่มไวน์เป็นหลักโดยถือว่าไวน์เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของโภชนาการในชีวิตประจำวัน ในแต่ละวันการรับประทานอาหารของคนยุโรปทางใต้จะมีไวน์ร่วมอยู่ด้วยเสมอ การดื่มไวน์ของคนพวกนี้เป็นการดื่มเพื่อสุขภาพเน้นการดื่มพอประมาณ ใครที่ดื่มจนเมานั้นถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แม้แต่ในกรณีที่มีงานฉลองในโอกาสต่างๆ ก็ยังไม่นิยมดื่มจนถึงขั้นเมาเช่นกัน วัฒนธรรมการดื่มแบบนี้ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก โดยมีการเสิร์ฟ

ไวน์ให้เด็กได้ดื่มในระหว่างมื้ออาหารด้วยแต่เป็นไวน์ที่ทำให้เจือจางแล้ว ดินแดนแถบนี้ใช้ภาษาที่มีรากมาจากภาษาลาติน อุตสาหกรรมสำคัญก็คือการปลูกองุ่น รวมทั้งประเทศต่างๆ ในแถบนี้ล้วนเคยตกเป็นดินแดนในจักรวรรดิโรมันมาก่อนแทบทั้งสิ้น

“วัฒนธรรมการดื่มแบบนี้มักไม่พบปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาด้านจิตใจ หรือปัญหาทางด้านสังคม นโยบายและมาตรการควบคุมการดื่มก็ไม่ได้เข้มงวดอะไรมากนัก ยิ่งกว่านั้นภาวะกดดันทางสังคมที่ผลักดันให้คนหันมาดื่มสุราก็มีน้อยมาก” (Engs, n.d., 228)

ในขณะที่วัฒนธรรมการดื่มแบบทางเหนือจะค่อนข้างสุดขั้วมากกว่าแบบทางใต้ คือคนดื่มสุราจะมีสองลักษณะ ลักษณะหนึ่งเป็นพวกที่ดื่มหนักจนถึงขั้นเมา อีกลักษณะหนึ่งเป็นพวกที่ไม่ดื่มเลย โดยสุราที่นิยมดื่มก็คือเบียร์หรือเหล้าที่ทำมาจากธัญพืชประเภทข้าว การดื่มของคนยุโรปแถบนี้เป็นการดื่มตามโอกาสมากกว่าการดื่มในมื้ออาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มในช่วงสุดสัปดาห์และในโอกาสพิเศษต่างๆ บางคนดื่มจนเมา ในแง่ของนโยบายและมาตรการในการควบคุมการดื่มสุราพบว่ามีการจำกัดอายุผู้ดื่ม รวมทั้งห้ามการจัดหาสุราให้แก่เด็กทั้งในที่สาธารณะและในครอบครัว ในวัฒนธรรมการดื่มแบบนี้สามารถพบเห็นปัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มสุราได้ทั่วไป ภาษาที่ใช้สื่อสารกันส่วนใหญ่ในแถบนี้มีรากฐานของภาษาเยอรมานิก และผู้คนที่อาศัยอยู่ก็ไม่ได้มีอาชีพปลูกองุ่นเหมือนอย่างทางใต้ และที่สำคัญในดินแดนแถบนี้เป็นต้นกำเนิดของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญขบวนการหนึ่งที่เรียกว่า “ขบวนการต่อต้านการดื่มสุรา” (temperance movements)

ส่วนกรณีแบบแผนการดื่มแบบผสมผสาน (blended or mixed drinking patterns) นั้นมักเป็นการดื่มไวน์กับเบียร์เป็นบางโอกาสในมื้ออาหาร แต่โดยส่วนใหญ่แล้วดินแดนที่มีการดื่มแบบผสมผสานนั้นมักจะดื่มสุราที่กล่าวนานี้รวมทั้งเหล้าตามโอกาสต่างๆ โดยไม่ได้ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรับประทานอาหาร

กล่าวโดยสรุปแบบแผนการดื่มแบบดั้งเดิมของยุโรปได้เปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 โดยคนในยุโรปใต้ดื่มไวน์น้อยลง แต่หันมาดื่มเบียร์และเหล้าเพิ่มขึ้น ในขณะที่คนทางยุโรปเหนือดื่มไวน์ร่วมกับมื้ออาหารเพิ่มขึ้น

2.5.2 สถานการณ์ปัญหาสุราในยุโรป

ในแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป ได้ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาอันเนื่องมาจากสุราในยุโรป นั้นจำแนกออกได้ 3 ประการ **ประการที่หนึ่งด้านปัญหาสุขภาพและสังคม** พบว่าร้อยละ 6 ของผู้เสียชีวิตในยุโรปมีอายุต่ำกว่า 75 ปี และร้อยละ 20 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหนักมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา จำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุมากกว่า 1 ใน 5 มีสาเหตุจากการดื่มสุรา การดื่มสุรายังเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงทั้งในครอบครัว ในสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และในสถานที่ทำงาน สุราเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม ทั้งปัญหาความรุนแรง ปัญหาครอบครัว และปัญหาการล่องละเมิดเด็กและเยาวชน และก่อให้เกิดเป็นภาระอย่างมากในระบบสวัสดิการสังคม **ประการที่สองด้านปัญหาเศรษฐกิจ** พบว่ายุโรปเป็นภูมิภาคที่มีการบริโภค การผลิต และการส่งออกสุรามากที่สุดในโลก โดยในภาคการผลิตพบว่ามีค่าความสำคัญมากในบางประเทศ มูลค่าโดยรวมของการผลิตสุราอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 ของผลผลิตรวมภายในประเทศ (GDP) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายที่มีต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสุราอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-6 ของผลผลิตรวมประชาชาติ (GNP) **และประการที่สามด้านปัญหาในเชิงวัฒนธรรม** พบว่าทัศนคติและการให้ความหมายกับสุราในทางสังคมวัฒนธรรมมีความหลากหลายมากในยุโรป บางประเทศมีการดื่มสุราไม่มากนัก ในขณะที่บางประเทศสุราก็เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน สิ่งที่สำคัญก็คือนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่จะนำมาใช้ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด และต้องพยายามแสวงหาคุณภาพที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราในประเทศไทย

จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราเช่นกัน โดยที่พบส่วนใหญ่เป็นงานวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกดังต่อไปนี้

เยาวภา ญาณสุภาพ ศึกษาวิชาการสุราในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2367 – 2485 (เยาวภา ญาณสุภาพ, 2533) พบว่ารัฐบาลพยายามที่จะแก้ไขปัญหา และข้อบกพร่องในการดำเนินกิจการสุราของนายอากร ซึ่งได้รับสิทธิในการผลิตและจำหน่ายด้วยวิธีการประมูลแต่ระบบนี้มีข้อบกพร่องมากมาย โดยเฉพาะการที่รัฐบาลไม่สามารถเก็บภาษีได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย รัฐบาลจึงต้องปฏิรูประบบการจัดเก็บภาษีให้รัดกุม ปรับปรุงวิธีการ ต้มกลั่นสุราให้มีคุณภาพดีขึ้นปรับปรุง

ประสิทธิภาพในการจำหน่าย รวมทั้ง แก้ไขปัญหาสุราต่างประเทศ สุราเถื่อนและปัญหาอื่น ๆ ทำให้รัฐบาล สามารถเก็บอากรสุราเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนา และแก้ไขปัญหาการดำเนินกิจการสุราในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2367 - 2485 บรรลุจุดประสงค์ที่รัฐบาลต้องการ คือ การที่ได้รับรายได้จากอากรสุรามากขึ้นตามลำดับ การดำเนินการสุรา ในช่วงระยะเกือบ 20 ปี ได้พัฒนาก้าวหน้าไปไกล คือเริ่มจากระบบผูกขาดโดยให้เอกชนประมูลรายการได้ให้แก่รัฐบาลเป็นรายปีผู้เสนอ รายได้สูงสุดจะเป็นผู้ได้รับสิทธิในการดำเนินกิจการสุรา แต่วิธีนี้ กลับทำให้ราษฎรได้รับความเดือดร้อน รัฐบาลจึงแก้ปัญหาด้วยวิธีเข้าไป ควบคุมที่ละน้อยในระยะแรกใช้วิธีตั้งกฎเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้รัฐบาลได้เข้าควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการเก็บภาษีให้เกิดผลดีมากยิ่งขึ้น ในสมัยรัชกาลที่ 5 รัฐบาล ได้ปฏิรูประบบการเก็บภาษีครั้งสำคัญ ด้วยวิธีการยกเลิกระบบให้นายอากร ประมูลเสนอรายได้ให้แก่รัฐและเปลี่ยนมาเป็นวิธีจัดตั้งหน่วยราชการ หน่วยเดียวเพื่อเก็บและรวบรวมภาษีทั่วประเทศส่งให้แก่รัฐบาลโดยตรง มีผลทำให้ภาษีสุราสามารถเก็บได้ผลดีมากขึ้นกว่าแต่ก่อน และเพื่อให้มี รายได้มากยิ่งขึ้น รัฐบาลในสมัยต่อมาจึงเริ่มนโยบายที่จะดำเนินกิจการ สุราด้วยตนเอง หรือใช้ระบบผูกขาดผลิตสุราด้วยรัฐบาลนั่นเอง การดำเนินการดังกล่าวนี้ได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2481 เป็นต้นไป

บุญยสิทธิ์ รอดชะพรหม ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ จากกรณีศึกษา ของผู้ขับขี่รถในประเทศไทย (บุญยสิทธิ์ รอดชะพรหม, 2535) พบว่าอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกทั่วประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2535 จากรายงานของกรมตำรวจ ปรากฏว่ามีจำนวน 61,329 ราย มีคนตาย จำนวน 8,184 คน บาดเจ็บจำนวน 20,702 คน มูลค่าทรัพย์สินเสียหาย ประมาณ 607,793,000 บาท และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็วจากสถิติ การศึกษาค้นคว้าของนักวิชาการ ตลอดจนผู้สนใจศึกษาเรื่อง นี้พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ จราจรทางบกมากที่สุด คือ ผู้ขับขี่รถเมา สุรา หรือของเมาอย่างอื่นเนื่องจาก ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ จะกดประสาทส่วน กลาง ซึ่งทำหน้าที่ในการตัดสินใจและการบังคับรถสุราหรือของเมาอย่างอื่น จึงมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่เกิดขึ้น ปัจจุบัน ได้มีมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมอุบัติเหตุจราจร ทางบกอันเกิดจากผู้ขับขี่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ตามพระราชบัญญัติ จราจรทางบก พ.ศ.2522 และพระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.2522 ให้อำนาจเจ้าพนักงานในการดำเนินการ แต่ไม่ได้กำหนดวิธีการตรวจสอบ หรือทดสอบ ผู้ขับขี่ที่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นไว้แต่ประการใดบ้าง ทำให้ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจไม่สามารถปฏิบัติ ตามกฎหมายได้ การบังคับใช้ กฎหมายจึงไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร หาก ประเทศไทย มีการกำหนดข้อบังคับ มาตรฐาน วิธีการตรวจ และ ทดสอบวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดที่ยินยอมให้ผู้ขับขี่มีได้ในขณะขับขี่รถ เช่นเดียวกับต่างประเทศแล้ว ผู้ขับขี่รถก็จะระมัดระวัง

ในการตีมูลค่าของตนเอง ความสูญเสียที่มีสาเหตุจากผู้ซบเซ่เมาสุราก็จะลดลง จากข้อบกพร่องดังกล่าว จึงเห็นควรศึกษาวิจัยหา มาตราการทาง กฎหมาย เพื่อเสนอแนวความคิดอันอาจเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรฐาน ค่าระดับแอลกอฮอล์ และวิธีการตรวจที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพต่อไป

ขวัญตา เลิศวิจิตรกมล ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมปัญหาที่เกิดจากการเสพสุรา (ขวัญตา เลิศวิจิตรกมล, 2539) พบว่าบทบัญญัติของกฎหมายที่มีผลในการควบคุมปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการเสพสุราในประเทศไทย กระจัดกระจายในกฎหมายหลายฉบับ มีความแตกต่างของระดับกฎหมายและความเหลื่อมล้ำของอัตราโทษ ตลอดจนขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ เป็นเหตุให้กฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ไม่อาจควบคุมปัญหาที่เกิดจากสุราได้สมดังเจตนารมณ์ ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการรวบรวมบทบัญญัติของกฎหมายที่มีผลบังคับโดยตรงต่อสุราเป็นฉบับเดียว และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่กำหนดโทษหรือความผิดของผู้กระทำความผิดขณะเมินเมา หรือการกระทำความผิดอันเป็นผลมาจากความเมินเมาเพราะการเสพสุรา... ให้มีการพิจารณานำเอาหลักเรื่องค่าเสียหายเชิงลงโทษมาบังคับใช้ เรงรัดให้มีการปรับมาตรฐานเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนจัดอบรมแนวทางในการกำหนดระดับโทษของข้าราชการพลเรือนที่กระทำผิดวินัยต่อการเสพสุราต่อหน่วยงานต่างๆ เพื่อกำหนดบรรทัดฐานในการลงโทษ อันจะเป็นผลให้กฎหมายสามารถควบคุมปัญหาที่เกิดจากการเสพสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพในลำดับต่อไป

ภูมิจาน รังคกุลนุวัฒน์ ศึกษาภาวะภาวะและความลยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่ม : กรณีสินค้าเบียร์ เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และสุราพิเศษ (ภูมิจาน รังคกุลนุวัฒน์, 2541) พบว่าผลการศึกษาระภาวะภาวะของสินค้าเบียร์ เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และสุราพิเศษ จากการขึ้นอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ผู้บริโภคสินค้าเบียร์รับภาวะภาวะมากที่สุดคือ ร้อยละ 44.20 ของรายได้ภาษีทั้งหมดในสินค้านี้ที่รัฐบาลได้จากการขึ้นอัตราภาษี เนื่องจากมีค่าความ ยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาน้อยที่สุดคือ -1.48 ส่วนผู้ผลิตสินค้าเบียร์รับภาวะภาวะน้อยที่สุดใน 3 สินค้าคือร้อยละ 55.80 ของรายได้ภาษีทั้งหมดในสินค้านี้ที่รัฐบาลได้จากการขึ้นอัตราภาษี เนื่องจาก มีค่าความยืดหยุ่นของอุปทานต่อราคามากที่สุดคือ 1.17 สำหรับสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และ สุราพิเศษมีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา -2.29 และ -1.97 ซึ่งพบว่าเมื่อรัฐบาลขึ้นอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคของสินค้าทั้งสองดังกล่าวรับภาวะภาวะภาษีในอัตราที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือผู้ผลิตสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และผู้ผลิตสุราพิเศษรับภาวะภาวะร้อยละ 76.77 และร้อยละ 78.43 ตามลำดับ รายได้ภาษีทั้งหมดในสินค้านี้ที่รัฐบาลได้จากการขึ้นอัตราภาษี ส่วนผู้บริโภคสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์และผู้บริโภคสุราพิเศษรับภาวะ

ภาษี ร้อยละ 24.23 และร้อยละ 21.57 ตามลำดับ ของรายได้ภาษีทั้งหมดในสินค้านี้ที่รัฐบาลได้จากการ ขึ้นอัตราภาษี ซึ่งการที่ผู้บริโภคสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์รับภาระภาษีมากกว่าผู้บริโภคสินค้า สุราพิเศษทั้งที่มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์สูงกว่านั้นมีสาเหตุมาจากค่าความยืดหยุ่นของอุปทาน ต่อราคาของสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์มีค่า 0.66 ซึ่งมากกว่าค่าความยืดหยุ่นของอุปทานต่อ ราคาของสุราพิเศษที่มีค่า 0.54 ทำให้ผู้ผลิตสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์สามารถผลักภาระภาษี ไปให้ผู้บริโภคได้มากกว่าผู้ผลิตสินค้าสุราพิเศษ สำหรับผลการศึกษาค่าความลอยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่มในสินค้าเบียร์และสุราพิเศษ และค่า ความลอยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่มในสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งได้ใช้วิธี Partition Tax Buoyancy พบว่าค่าความยืดหยุ่นของรายได้ภาษีมูลค่าเพิ่มต่อฐานภาษีมูลค่าเพิ่มในสินค้าเบียร์ และสุราพิเศษมีค่ามากกว่ากรณีสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์คือมีค่า 1.01 และ 0.60 ตามลำดับ นั่นคือหากฐานภาษีของสินค้าเบียร์และสุราพิเศษกับฐานภาษีของสินค้าเครื่องดื่มไม่มี แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเท่ากัน แล้วรายได้ภาษีที่เกิดจากสินค้าเบียร์และสุราพิเศษจะเพิ่มขึ้นมากกว่า รายได้ภาษีที่เกิดจากสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และเมื่อพิจารณาค่าความยืดหยุ่นของ ฐานภาษีต่อดัชนีผลผลิตอุตสาหกรรมซึ่งในงานศึกษานี้ใช้เป็นตัว proxy ของรายได้ พบว่า ค่าความยืดหยุ่นดังกล่าวของสินค้าเบียร์และสุราพิเศษมีค่ามากกว่ากรณีสินค้าเครื่องดื่มไม่มี แอลกอฮอล์คือมีค่า 1.95 และ 1.20 ตามลำดับ นั่นคือหากรายได้เพิ่มขึ้นเท่ากันและประชาชนจะนำไปใช้จ่ายในสินค้าเบียร์และสุราพิเศษมากกว่าสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และเมื่อพิจารณา ค่าความลอยตัวคำนวณจากผลคูณของค่าความยืดหยุ่นดังกล่าวซึ่งพบว่า ค่าความลอยตัวของสินค้าเบียร์ และสุราพิเศษมีค่า 1.97 ส่วนค่าความลอยตัวของสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์มีค่า 0.72 นั่นคือ หากดัชนีผลผลิตอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะทำให้รายได้ภาษีมูลค่าเพิ่มในสินค้าเบียร์และ สุราพิเศษมีค่ามากกว่ากรณีสินค้าเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ ส่วนค่าความลอยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่ม โดยรวม ซึ่งใช้วิธีการหาแบบ Traditional Tax Buoyancy พบว่าค่าความลอยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่ม โดยรวมมีค่า 1.53 นั่นคือถ้าดัชนีผลผลิตอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะทำให้รัฐบาลมีรายได้ภาษีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 1.53

วิศิษฐ วชิรวีรุฬห์ ศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่ใช้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในระบบสุราเสรี (วิศิษฐ วชิรวีรุฬห์, 2543) พบว่าบทบัญญัติในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องในส่วน ที่เกี่ยวกับคำจำกัดความชนิดของสุรา อำนาจของฝ่ายบริหารในการกำหนดเกี่ยวกับการทำและการจำหน่ายสุรา การกำหนดวิธีการเสียภาษีสุราที่ทำในราชอาณาจักร การขนสุรา การกำหนดลักษณะสีของแสดมปีสุราสำหรับ ปิดภาชนะบรรจุสุราที่นำเข้ามาในราชอาณาจักร วิธีการ เงื่อนไขและข้อกำหนดเกี่ยวกับการขายสุราตามใบ อนุญาตขายสุราการกำหนดเขตการขน

สุราที่ทำในราชอาณาจักรเข้ามาในหรือออกนอกเขตท้องที่ที่กำหนด ยังไม่ สอดคล้อง ไม่เอื้อ ประโยชน์และไม่สนับสนุนกับกฎหมายที่เป็นงานทางนโยบายโดยตรงของรัฐตามระบบสุรา เสรี ดังกล่าว จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้เขียนได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติใน พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ในส่วนที่กฎหมายที่เป็นงานทางนโยบายโดยตรงของรัฐหรือ กฎหมายการบริหารงานสุราได้ออกมาเพื่อสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระบบสุราเสรี โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับคำจำกัดความสุราแต่ละชนิด การกำหนดกรรมวิธีการทำสุรา การใช้ เครื่องหมายแสดงการเสียภาษีโดยวิธี อื่นเป็นแสตมป์สุราของรัฐบาลซึ่งใช้สำหรับการภาษีอากร ตามประมวลกฎหมายอาญา ขยายพื้นที่การออกหนังสือสำคัญสำหรับขนสุราของร้านขายส่งให้ ครอบคลุมทั่วประเทศ และยกเลิกกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องในส่วนที่ เกี่ยวกับลักษณะแต่ละสีของ แแสตมป์สุราสำหรับใช้ปิดภาชนะบรรจุสุราที่นำเข้ามาในราชอาณาจักรแต่ละประเภท เงื่อนไขให้ผู้รับ ใบอนุญาตขายปลีกสุราต้องซื้อสุราปรุงพิเศษ สุราขาวและสุราผสมที่ทำในราชอาณาจักรจากผู้ ได้รับใบอนุญาตขายสุราประเภทที่ 2 ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกันกับผู้ได้รับใบอนุญาต ให้ขายสุรา เท่านั้นและเขตการขนสุราที่ทำในราชอาณาจักรเข้ามาในหรือออกนอกเขตท้องที่ที่กำหนด ซึ่งจะ นำไปสู่การก่อให้เกิดประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์เพื่อลดการผูกขาด ส่งเสริมให้มีการแข่งขัน เพื่อประสิทธิภาพของอุตสาหกรรมสุรา เพื่อคุณภาพของผลผลิตและเพื่อประโยชน์สูงสุดของ ผู้บริโภคทั้งในด้านราคาและคุณภาพของสุราตามระบบสุราเสรี

พรรณนภา ช่างเพชร ศึกษาผลกระทบของภาษี ต่ออุปสงค์สุราผลไม้ไทยและสุราผลไม้ ต่างประเทศ (พรรณนภา ช่างเพชร, 2544) พบว่าในส่วนของอุปสงค์การบริโภค พบว่าราคาสุรา ผลไม้ไม่นำเข้า และรายได้ผู้บริโภคเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเป็นอย่างมาก ดังนั้นนโยบาย ราคาจึง มีประสิทธิภาพในการลดการบริโภค ส่วนผลของการทดแทนกัน พบว่าสุราผลไม้ไทยไม่ สามารถทดแทนสุราผลไม้นำเข้าได้ดีนัก แสดงให้เห็นว่านโยบายด้านราคาไม่ใช่ นโยบาย ที่มี ประสิทธิภาพในการส่งเสริมการบริโภคสุราผลไม้ไทยและสุราผลไม้ต่างประเทศ ส่วนผลการ วิเคราะห์ผลจากภาษีที่มีต่อสุราผลไม้นำเข้า ซึ่งเป็นการพิจารณา ร่วมกันระหว่างอุปสงค์การบริโภค และกลยุทธ์ของผู้นำเข้าสุราผลไม้ พบว่าการปรับขึ้นของอัตราภาษีสรรพสามิตในอัตราสูงอย่าง ต่อเนื่องในอดีต ได้ส่งผลให้การบริโภคลดลง นอกจากนี้ยังสามารถลดการขาดดุลการค้าได้อย่างมี ประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม รัฐต้องสูญเสียรายได้จากภาษีไปบางส่วน

ศิลา ชำเพชร ศึกษาปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมการเสพสุราของเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี (ศิลา ชำเพชร, 2545) พบว่าความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่าสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นอาหาร จึงทำให้การควบคุมและป้องกันปัญหาไม่ค่อยจะได้รับความเอาใจใส่ เท่าที่ควรจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งยังพบว่าบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดย

ข้อมยังไม่สามารถป้องกันและควบคุมพฤติกรรมกรตีมสุราหรือเครื่งตีมแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลอย่างเพียงพอ ดังนั้นจึงควรกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสม และสามารถป้องกัน ควบคุม และแก้ไขการเสพสุราของเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี โดยเน้นไปทางด้านการคุ้มครองและควบคุมความประพฤติของเด็ก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้

- กำหนดมาตรการป้องกันการซื้อขายเครื่งตีมแอลกอฮอล์ผ่านทางการใช้โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ออนไลน์ หรือเครื่งมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ประเภทอื่นๆ เพื่อส่งมาให้ผู้ซื้อที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี

- จัดให้มีอาสาสมัครคุมประพฤติที่เป็นเด็กและเยาวชนเข้ามาช่วยงานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการควบคุม ตรวจตรา และป้องกันแก้ไขปัญหการตีมเครื่งตีมแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน

- ควรกำหนดว่าการซื้อหรือการตีมเครื่งตีมแอลกอฮอล์ของเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี เป็นความผิดโดยจะต้องถูกลงโทษปรับและให้กระทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม และกำหนดโทษปรับแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กด้วย

- ต้องเพิ่มอัตราโทษจำคุกหรือโทษปรับแก่บุคคลที่กระทำการจำหน่าย จ่ายแจก แลกเปลี่ยน หรือให้เครื่งตีมแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ให้สูงขึ้น และกำหนดให้ต้องกระทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมร่วมด้วย

- กำหนดอายุขั้นต่ำของบุคคลที่กฎหมายห้ามซื้อหรือตีมเครื่งตีมแอลกอฮอล์จากที่กำหนดไว้ไม่เกิน 18 ปี ควรขยายช่วงอายุเพิ่มขึ้นเป็นไม่เกิน 20 ปี และกำหนดให้มีการออกบัตรแสดงอายุของบุคคลที่กฎหมายอนุญาตให้ซื้อหรือตีมเครื่งตีมแอลกอฮอล์ได้

จรัส กันทะสัก ศึกษานโยบายการเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุรา : กรณีศึกษาบ้านม่อนป่ายางเหนือ ตำบลหนองแรด อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย (จรัส กันทะสัก, 2546) พบว่ากลุ่มที่มีอิทธิพลและมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายคือ กลุ่มนักการเมือง กลุ่มทุนรายใหญ่ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ พิจารณาได้จากบทบาทของกลุ่มเหล่านี้ในขั้นตอนการก่อตัวของประเด็นปัญหา และการนำประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระของนโยบายในกระบวนการของการกำหนดนโยบาย อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ขณะที่กลุ่มประชาชนในท้องถิ่นมีบทบาทน้อยที่สุดในการกำหนดนโยบาย แต่เป็นผู้รับผลจากการดำเนินนโยบายมากที่สุด

บทบาทของกลุ่มต่างๆ ในกระบวนการกำหนดนโยบายมีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอันเนื่องมาจาก (1) ความแตกต่างของความคิดเห็นของกลุ่มที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย และประชาชนผู้ผลิตและจำหน่ายภายใต้กรอบคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน (2) ความแตกต่างของประโยชน์ที่กลุ่มนายทุนและประชาชนผู้ผลิตและจำหน่ายได้รับจากการกำหนดนโยบาย และการนำ

นโยบายไปปฏิบัติและ (3) ศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มผู้ผลิตและจำหน่ายที่เป็นกลุ่มทุนรายใหญ่กับประชาชน ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าสู่การแข่งขันได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า

- ควรเปิดโอกาสให้กับประชาชนหรือตัวแทนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการในการกำหนดนโยบายและการปรับปรุงแก้ไขนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

- ควรมีการปรับปรุงรูปแบบวิธีการผลิตและจำหน่ายสุราให้ประชาชนรายย่อยสามารถผลิตและจำหน่ายสุราในครัวเรือนได้

- ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยเกี่ยวกับสุราพื้นบ้านในด้านต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลรูปไปใช้ในการประกอบการพิจารณาหาข้อยุติสำหรับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายและเพื่อพัฒนาระบบอุตสาหกรรมสุราของไทย ซึ่งจะส่งผลกระทบยาวต่อต่อภาครัฐและประชาชนทั้งในด้านการสร้างงาน การสร้างรายได้ และการอนุรักษ์ฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 แหล่งข้อมูลในการทบทวนองค์ความรู้

แหล่งข้อมูลของการวิจัยทบทวนองค์ความรู้ นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปครั้งนี้คือเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยผ่านทางฐานข้อมูลในเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราในยุโรป เว็บไซต์ดังกล่าวมีทั้งที่เป็นเว็บไซต์ขององค์การระหว่างประเทศ เว็บไซต์ของสหภาพยุโรป เว็บไซต์ขององค์การภาครัฐ เว็บไซต์ขององค์การภาคเอกชน ตลอดจนเว็บไซต์ของสถาบันทางวิชาการ/การวิจัย และมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มีการรวบรวม จัดเป็นระบบฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้น และเผยแพร่ข้อมูล/สารสนเทศนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป แหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6 เว็บไซต์แหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้

ชื่อเว็บไซต์	ที่อยู่ในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต
World Health Organization	http://www.who.int/en/
World Health Organization Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/
European Alcohol Policy Alliance : EuroCare	http://www.eurocare.org/
Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe : Bridging the Gap	http://www.eurocare.org/btg/index.html
Health Evidence Network : Evidence for decision-makers	http://www.euro.who.int/eprise/main/who/programs/HEN
EUROPA Gateway to European Union	http://www.europa.eu.int/index_en.htm
EUR-Lex : The Access to European Law	http://www.europa.eu.int/eur-

	lex/lex/en/index.htm
EUROPA Public Health – Alcohol	http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol_en.htm
Your Voice in Europe	http://www.europa.eu.int/yourvoice/index_en.htm
EUROTREATIES	http://www.eurotreaties.com/
The European network of health promotion agencies : EuroHealthNet	http://eurohealthnet.org/EuroHealthNet/
European Public Health Alliance	http://www.ephpa.org/
Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)	http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html
Alcohol Studies Database	http://www.scc.rutgers.edu/alcohol_studies/alcohol/
HP-Source.net: The health promotion discovery tool	http://www.hp-source.net/
International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)	http://www.icaa.ch/
Institute of Alcohol Studies : IAS	http://www.ias.org.uk/
European Navigator : The authoritative multimedia reference on the history of Europe	http://www.ena.lu/mce.cfm
WIKIPEDIA The Free Encyclopedia	http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

นอกจากนี้ยังมีเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุขภาพของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปบางประเทศ ดังต่อไปนี้

ประเทศเยอรมนี

(1) Federal Center for Health Education

(<http://www.bzga.de/?uid=894986cd47926afc6df3d0f3785c447f&id=home>)

(2) Federal Ministry for Family, Senior Citizens, Women and Young People

(<http://www.bmfsfj.de/>) (in German)

(3) Ministry for Health and social security

(<http://www.bmgs.bund.de/eng/gra/index.php>)

(4) Federal Ministry of consumer protection, food and agriculture

(<http://www.verbraucherministerium.de/index-00073B3867951EDBB60A6520C0A8E066.html>)

ประเทศไอร์แลนด์

(1) Department of Health and Children (<http://www.dohc.ie/>)

(2) Health Promotion Unit (<http://www.healthpromotion.ie/>)

ประเทศฟินแลนด์

(1) Ministry of Social Affairs and Health

(<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htx>)

(2) Finnish Institute of Occupational Health (<http://www.ttl.fi/internet/english>)

(3) National Public Health Institute (<http://www.ktl.fi/portal/english/>)

(4) National Research and development Centre for Welfare and Health

(<http://www.stakes.fi/english/index.html>)

(5) The National Research Institute of Legal Policy

(<http://www.om.fi/optula/2667.htm>)

(6) Finnish Centre for Health Promotion (http://www.health.fi/index_en.php)

ประเทศเนเธอร์แลนด์

(1) Ministry of Health, Welfare and Sports (<http://www.minvws.nl/en/>)

(2) The Food and Consumer Product Safety Authority (VWA) (<http://www.vwa.nl/>)

(3) Bureau for Research and Consultancy: INTRAVAL

(<http://www.intraval.nl/en/map/index.html>)

(4) Addiction Research Institute: IVO (<http://www.ivo.nl/>)

(5) STAP National Foundation for Alcohol Prevention

(<http://www.alcoholpreventie.nl/english/>)

(6) National Institute for Health Promotion and Sickness Prevention

(<http://www.nigz.nl/english/index.cfm>)

ประเทศอังกฤษ

(1) Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>)

(2) Department of Culture, Media and Sport (<http://www.culture.gov.uk/>)

(3) The National Agency on Alcohol Misuse (Alcohol Concern)

(<http://www.alcoholconcern.org.uk/>)

(4) Alcohol Education and Research Council (<http://www.aerc.org.uk/>)

(5) Advertising Standards Authority (<http://www.asa.org.uk/asa/>)

(6) The Portman Group: Promoting Responsible Drinking

(<http://www.portmangroup.org.uk/>)

(7) Society for the Study of Addiction ([http://www-](http://www-users.york.ac.uk/~sjp22/addiction/index.htm)

[users.york.ac.uk/~sjp22/addiction/index.htm](http://www-users.york.ac.uk/~sjp22/addiction/index.htm))

(8) British Beer & Pub Association

(http://www.beerandpub.com/content.asp?id_Content=1)

(9) Turning Point (<http://www.turning-point.co.uk/>)

3.2 ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้

การวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปครั้งนี้ อาศัยข้อมูลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปที่สามารถสืบค้นได้จากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (โดยใช้ช่องทางสืบค้นผ่านทางเว็บไซต์ต่างๆ) เป็นสำคัญ ข้อมูลดังกล่าวสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่

3.2.1 เอกสารนโยบายและมาตรการ กฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา ทั้งในส่วนของประเทศสหภาพยุโรปและประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป ซึ่งจัดเก็บไว้ในรูปแบบของแฟ้มเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (electronic files) ในเว็บไซต์ต่างๆ ที่เป็นแหล่งข้อมูลการวิจัยทบวงองค์ความรู้ แฟ้มดังกล่าวมีทั้งที่จัดเก็บอยู่ในแบบ .doc, .html, .pdf, และ .ppt

3.2.2 ข้อมูล สถิติ ตัวเลขต่างๆ ที่เป็นการรายงานสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสหภาพยุโรปและประเทศสมาชิก ซึ่งจัดเก็บไว้ในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในรูปแบบของฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ รวมทั้งแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ที่เก็บอยู่ในแบบต่างๆ

3.2.3 รายงานการศึกษา รายงานการวิจัย รายงานประจำปีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราของยุโรป

นอกจากข้อมูลที่เป็นเอกสาร สถิติตัวเลข และรายงานการวิจัยดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยยังได้ติดต่อประสานงานข้อมูลกับบุคคลในต่างประเทศ ซึ่งในที่นี้หมายถึงนักวิชาการต่างประเทศที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กร/สถาบันต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุรา ซึ่งนักวิชาการเหล่านี้มีส่วนในการให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้คำตอบในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยอาศัยช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างกันทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) เป็นสำคัญ รายชื่อนักวิชาการดังกล่าวประกอบด้วยบุคคลต่อไปนี้คือ

(1) Mr. Thomas Karlsson

National Research and Development
Centre for Welfare and Health
PO Box 220, FIN-00531 Helsinki, Finland
Email: thomas.karlsson@stakes.fi

(2) Dr. Ann Hope

Health Promotion Consultant
Ballinahown, Connemara
Co. Galway, Ireland
Email: annhope@eircom

(3) Dr. Antoni Gual

Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya

Institut de Psiquiatria i Psicologia

Spain (Catalonia)

Email: tgual@clinic.ub.es

(4) Dr. Lea Coulet

Administration and Information Officer

EuroHealthNet

Rue Philippe Le Bon, 6

1000 Brussels, Belgium

Email: [Lea Coulet <l.coulet@eurohealthnet.org>](mailto:Lea.Coulet<l.coulet@eurohealthnet.org>)

(5) Dr. Vladimir Poznyak

Coordinator

Management of Substance Abuse (MSB)

Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD)

World Health Organization

20 Avenue Appia

1211 Geneva 27, Switzerland

E-mail: poznyakv@who.int

http://www.who.int/substance_abuse/

(6) Margaret Rylett

Research Project Coordinator

Social, Prevention and Health Policy Research Department

Centre for Addiction and Mental Health

200- 100 Collip Circle, London, Ontario N6G 4X8

Email: [Marg Rylett <mrylett@uwo.ca>](mailto:Marg.Rylett<mrylett@uwo.ca>)

(7) Dr. Isidore S. Obot

Scientist, Department of Mental Health and Substance Abuse

World Health Organization

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Email: "Obot, Isidore Silas" <oboti@who.int>

http://www.who.int/substance_abuse/

(8) Dr. Joan Colom

Director General

Directorate General of Substance Abuse and Aids

Health and Social Security Department

Spain (Catalonia)

Email: joan.colom@gencat.net

3.3 การสืบค้นรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 การสืบค้นรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้การสืบค้นข้อมูลโดยอาศัยการพิมพ์คำค้นซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคำค้นที่เป็นชื่อขององค์การหรือหน่วยงาน เช่น “world health organization”, “european union”, เป็นต้น อีกส่วนหนึ่งอาศัยการพิมพ์คำสำคัญ (keywords) ที่ต้องการสืบค้น เช่น “alcohol”, “alcohol policy”, “alcohol policy in europe” เป็นต้น เพื่อเชื่อมโยงไปยังเว็บไซต์ หรือเอกสาร ข้อมูล/สารสนเทศ หรือฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

การสืบค้นโดยการพิมพ์คำค้นหรือคำสำคัญดังกล่าวกระทำผ่านเครื่องมือช่วยค้นหาทางอินเทอร์เน็ต (search engines) ที่สำคัญสองแห่งคือ www.google.com, และ www.yahoo.com ซึ่งจากการเชื่อมโยงโดยผ่านทางคำค้น/คำสำคัญ ที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายมาตรการสุราของสหภาพยุโรปได้นั้น ในแต่ละเว็บไซต์ยังได้จัดทำช่องทางของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล/สารสนเทศที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในลักษณะที่เรียกว่า “links” หรือ “useful links” ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการขยายขอบเขตของการสืบค้นข้อมูลออกไปอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง

สำหรับการติดต่อกับบุคคลซึ่งเป็นนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญนโยบายและมาตรการสุรา รวมทั้งที่เป็นผู้ประสานงานข้อมูลของหน่วยงาน/องค์การต่างๆ ในยุโรปนั้น ผู้วิจัยใช้การติดต่อสอบถาม

ประสานงาน ขอความเห็น และขอคำแนะนำผ่านทางช่องทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) เป็นหลัก

3.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอาศัยการจัดหมวดหมู่เอกสาร กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ ข้อมูลสถิติ รายงานการวิจัย และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราที่ได้จากการสืบค้น จากนั้นนำมาจำแนกตามลักษณะของข้อมูลที่ได้ และสังเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นออกเป็นองค์ความรู้ตามประเด็นต่างๆ ที่กำหนดไว้ในขอบเขตการศึกษา

เอกสารหลักสำคัญที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปในงานวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วย

(1) Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports

(http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_2_7_en.pdf)

(2) Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A discussion on indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm (<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2002-ecasreportII.pdf>)

(3) Maastricht Treaty or The Treaty of European Union

(<http://www.eurotreaties.com/maastrichteu.pdf>)

(4) Communication on the Framework for Action in the Field of Public Health (COM(93)559 FINAL (<http://europa.eu.int/abc/doc/off/bull/en/9705/p103175.htm>))

(5) Communication on the Development of Public Health Policy in the European Community

(6) Treaty of Amsterdam (<http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/amsterdam.html#0145010077>)

(7) Communication on the Health Strategy of the European Community (COM(2000)285Final (<http://www.eurocare.org/eu/policy/com00-285.pdf>))

(8) European Parliament Fact Sheets on Public Health (http://www.europarl.eu.int/factsheets/4_10_3_en.htm)

(9) Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments

of the Member States on Alcohol Abuse

(<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11537.htm>)

(10) Council Directive 89/552/EEC on Alcohol Advertising

(http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg%20=EN&numdoc=31989L0552&model=guichett)

(11) European Commission Recommendation concerning the Maximum Authorised Level of Alcohol in the Blood (Al) of Motor-Vehicle Drivers

(<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11566.htm>)

(12) Council Recommendation 2001/458/Ec on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents

(http://www.eurocare.org/pdf/eu/01_458ec.pdf)

(13) Council conclusion 2001/C175/01 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm (http://www.eurocare.org/pdf/eu/01_c175.pdf)

(14) Report of the WHO European Conference: Health, Society and Alcohol, Paris 12-14 December 1995 (<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/1995-whoreport.pdf>)

(15) European Charter on Alcohol (<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/1995-whocharter.pdf>)

(16) European Alcohol Action Plan 2000-2005

(<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/1999-eeap.pdf>)

(17) Declaration on Young People and Alcohol 2001

(<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2001-declarationyp.pdf>)

(18) Council Conclusions on a Community strategy to reduce alcohol-related harm

(<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2001-c175.pdf>)

(19) Council Recommendation on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents (<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2001-458ec.pdf>)

- (20) Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies
(<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2001-rehn.pdf>)
- (21) Global Status Report: alcohol policy
(<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2004-whoglobalap.pdf>)
- (22) A policy on alcohol for Europe and its countries: Reducing the harm done by alcohol – Bridging the Gap Principles (<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2004-eurocarepolicy.pdf>)
- (23) Papers and Presentation presented in European Alcohol Policy conference was held at the Sofitel Victoria Hotel in Warsaw, Poland from 16th - 19th June 2004
(<http://www.eurocare.org/btg/conf0604/index.html>)
- (24) “International Alcohol Policies: A selected literature review” by Kate Sewel
(<http://www.scotland.gov.uk/cru/kd01/red/iapl.pdf>)
- (25) Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region
(<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>)
- (26) What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control ?
(<http://www.who.dk/document/hen/alcoholcontrol.pdf>)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปในที่นี่แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปที่นำไปใช้ในประเทศสมาชิก และองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรประดับมหภาคและระดับจุลภาค ดังต่อไปนี้

4.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

4.1.1 พัฒนาการด้านนโยบายสาธารณสุขตามกรอบสนธิสัญญาการรวมประเทศ

แต่เดิมสมัยรวมประเทศในยุคแรก สหภาพยุโรปไม่ได้กำหนดนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุราขึ้นมาเป็นการเฉพาะ อีกทั้งไม่ได้มองว่าสุราเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข แต่มุ่งเน้นการมองปัญหาด้านสาธารณสุขในภาพรวม กล่าวคือในราวปี 1945 - 1950 ซึ่งเป็นช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ยุโรปแทบทั้งภูมิภาคได้รับผลกระทบจากสงครามอย่างมาก ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งดำเนินการในเวลานั้น ก็คือการเร่งฟื้นฟูสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน และการฟื้นฟูเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูอุตสาหกรรมเหล็กและถ่านหินอันเป็นภาคเศรษฐกิจสำคัญของยุโรปเนื่องจากก่อให้เกิดการจ้างงานจำนวนมาก จากการที่ยุโรปต้องเผชิญกับภัยจากสงครามมาถึงสองครั้งใหญ่ ทำให้ประเทศที่มีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะฝรั่งเศสกับเยอรมันเริ่มหาวิธีที่จะสร้างความมั่นคงในภูมิภาค เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความขัดแย้งอันจะนำไปสู่สงครามเหมือนอย่างที่เคยเกิดขึ้น ความคิดในการรวมประเทศจึงเกิดขึ้นในเวลานั้น

ขอบเขตของการพยายามรวมประเทศในช่วงแรกมุ่งไปยังด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมตัวกันทางเศรษฐกิจที่มีพื้นฐานบนอุตสาหกรรมเหล็กและถ่านหินที่ถือเป็นอุตสาหกรรมหลักที่สำคัญของยุโรปในช่วงนั้น ถึงแม้ว่ามิติด้านเศรษฐกิจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่ยุโรปให้ความสำคัญไปพร้อมกันก็คือชีวิตความเป็นอยู่ของพลเมือง ปัญหาด้านสาธารณสุขจึงเป็นอีกมิติหนึ่งที่ยุโรปพยายามแสวงหานโยบายและมาตรการร่วมกันในการสร้างความมั่นคงทางด้านสาธารณสุข (EU

Public Health Policies) ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สหภาพยุโรปให้ความสำคัญในช่วงแรกของการพยายามรวมประเทศก็คือ ปัญหาด้านสุขภาพของคนงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนงานในอุตสาหกรรมเหล็กและถ่านหิน

ในสนธิสัญญาปารีส (Treaty of Paris) ซึ่งเป็นกฎหมายรวมยุโรปเข้าเป็นประชาคมเหล็กและถ่านหิน (ECSC) แม้ว่าจะไม่ได้ระบุถึงกรณีของสุราไว้เป็นการเฉพาะอย่างชัดเจน แต่ก็เป็นที่แรกที่ยุโรปได้ผนวกเอาปัญหาว่าด้วยสุขภาพอนามัยของพลเมืองเข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายหลักที่ใช้ในการรวมประเทศด้วย ในบรรพที่ 3 บทบัญญัติว่าด้วยเศรษฐกิจและสังคมของสนธิสัญญาปารีสมาตราที่ 46 (5) ระบุว่าประชาคมเหล็กและถ่านหินของยุโรปมองประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน (โดยเฉพาะคนงานในช่วงนั้น) เป็นเรื่องสำคัญ ด้วยสภาพการทำงานที่ยากลำบากและเสี่ยงอันตราย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมเหมืองเหล็กและถ่านหิน) การปรับปรุงสภาพชีวิตความเป็นอยู่และสภาพการทำงานของคนงานเหล่านั้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยสิ่งที่เริ่มได้ในช่วงนั้นก็คือการศึกษารวบรวมข้อมูลสารสนเทศต่างๆ และเผยแพร่ต่อสาธารณะ เพื่อที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงสภาพชีวิตความเป็นอยู่และสภาพการทำงานของคนงานเหล่านั้น

“TITLE THREE - Economic and Social Provisions

CHAPTER I – General Provisions

Article 46

(5) gather all information necessary to the appraisal of the possibilities of improving the living and working conditions of the labor force in the industries under its jurisdiction, and of the risks which menace such living conditions.

It shall publish the general objectives and programs after having submitted them to the Consultative Committee.

It may make public the studies and information mentioned above.”

(Treaty Establishing the European Coal and Steel Community (ECSC), 1951)

ต่อมาในปี 1957 ซึ่งมีการลงนามในสนธิสัญญากรุงโรม (Treaties of Rome) เพื่อจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (EEC) และประชาคมพลังงานนิวเคลียร์แห่งยุโรป (EAEC or EURATOM) นั้น ได้มีการขยายความประเด็นด้านสาธารณสุขของประชาคมเพิ่มขึ้น โดยในบรรพสามบทบัญญัติว่าด้วยนโยบายสังคม มาตราที่ 117 และ 118 ของสนธิสัญญาจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจยุโรป ได้ระบุถึงความจำเป็นที่แต่ละประเทศสมาชิกควรให้การส่งเสริมปรับปรุงเงื่อนไขการดำรงชีวิตและการทำงาน โดยผ่านทางกลไกของการออกกฎหมายและกลไกในทางบริหารจัดการ นอกเหนือไปจากกลไกของความเป็นตลาดร่วม (Common Market) ตลอดจนส่งเสริมความร่วมมือกันระหว่างประเทศสมาชิกในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางสังคมที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองทางสังคม อุบัติเหตุและการเจ็บไข้ได้ป่วยจากการทำงาน และอาชีวอนามัย เป็นต้น

“TITLE III – Social Policy

Chapter 1 — Social Provisions

Article 117

Member States hereby agree upon the necessity to promote improvement of the living and working conditions of labour so as to permit the equalisation of such conditions in an upward direction.

They consider that such a development will result not only from the functioning of the Common Market which will favour the harmonisation of social systems, but also from the procedures provided for under this Treaty and from the approximation of legislative and administrative provisions.

Article 118

Without prejudice to the other provisions of this Treaty and in conformity with its general objectives, it shall be the aim of the Commission to promote close collaboration between Member States in the social field, particularly in matters relating to

- employment,
- labour legislation and working conditions,
- occupational and continuation training,
- social security,
- protection against occupational accidents and diseases,
- industrial hygiene,
- the law as to trade unions, and collective bargaining between employers and workers.”

(Treaty establishing the European Economic Community (EEC), 1957)

นอกจากนี้ในบรรพสองบทบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพ มาตราที่ 30 ของสนธิสัญญาจัดตั้งประชาคมพลังงานนิวเคลียร์แห่งยุโรป ยังได้ระบุถึงมาตรการและแนวทางในการกำหนด “มาตรฐานขั้นต่ำ” (basic standards) ในการคุ้มครองสุขภาพของคนงานและประชาชนทั่วไปจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากนิวเคลียร์ไว้ด้วยเช่นกัน

“CHAPTER III — Health Protection

Article 30

Basic standards for the protection of the health of workers and of the general public from the dangers arising from ionising radiation shall be established within the Community.

The term “basic standards” shall mean:

- (a) the maximum doses compatible with adequate safety;
- (b) the maximum permissible degree of exposure and contamination; and
- (c) the fundamental principles governing the medical supervision of workers.”

(Treaty establishing the European Atomic Energy Community (EAEC), 1957)

กล่าวได้ว่าในสนธิสัญญาทั้งสองฉบับคือจุดเริ่มต้นสำคัญของความพยายามในการกำหนดนโยบายและมาตรการว่าด้วยการสาธารณสุขของประชาคมยุโรป ซึ่งถึงแม้ว่าในสาระสำคัญของ การปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชาชนในสนธิสัญญาทั้งสองฉบับจะมุ่งไปยังกลุ่มคนงาน (labours or workers) เป็นสำคัญ แต่ต้องถือว่าสหภาพยุโรปเห็นความสำคัญของการสร้างความมั่นคงด้าน สุขภาพอนามัยให้กับพลเมืองของตนมาตั้งแต่แรก

พัฒนาการด้านนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญตามกรอบสนธิสัญญารวมประเทศเกิดขึ้นในปี 1992 ซึ่งมีการลงนามกันในสนธิสัญญามาสทริค (Treaty of Maastricht) เพื่อจัดตั้งสหภาพยุโรป (EU) โดยในบรรพที่สิบ บทบัญญัติว่าด้วยการสาธารณสุข มาตราที่ 129 ระบุว่า

- ประชาคมควรร่วมกันสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกัน ในระหว่างประเทศสมาชิก และให้ถือว่าข้อกำหนดว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพประชาชนเป็น องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของนโยบายและมาตรการของประชาคม

- ประเทศสมาชิกควรสร้างความร่วมมือระหว่างกันในด้านนโยบายและแผนงานตามขอบเขต ที่ระบุไว้

- ประชาคมและประเทศสมาชิกควรสร้างความร่วมมือกับประเทศที่สามและองค์การระหว่าง ประเทศที่สำคัญในด้านการสาธารณสุข

“TITLE X

PUBLIC HEALTH

Article 129

1. The Community shall contribute towards ensuring a high level of human health protection by encouraging cooperation between the Member States and, if necessary, lending support to their action.

Community action shall be directed towards the prevention of diseases, in particular the major health scourges, including drug dependence, by promoting research into their causes and their transmission, as well as health information and education.

Health protection requirements shall form a constituent part of the Community's other policies.

2. Member States shall, in liaison with the Commission, coordinate among themselves their policies and programmes in the areas referred to in paragraph 1. The Commission

may, in close contact with the Member States, take any useful initiative to promote such coordination.

3. The Community and the Member States shall foster cooperation with third countries and the competent international organizations in the sphere of public health.

4. In order to contribute to the achievement of the objectives referred to in this Article, the Council:

- acting in accordance with the procedure referred to in Article 189b, after consulting the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, shall adopt incentive measures, excluding any harmonization of the laws and regulations of the Member States;

- acting by a qualified majority on a proposal from the Commission, shall adopt recommendations.”

(Treaty on European Union, 1992)

รวมทั้งในบรรพที่สิบเอ็ดบทบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มาตราที่ 129a ของสนธิสัญญาประชาคม ที่ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน จากเดิมที่เน้นเฉพาะคนงานในอุตสาหกรรมเหล็กและถ่านหิน ก็ได้ขยายครอบคลุมถึงพลเมืองยุโรปทั้งหมดในฐานะเป็นผู้บริโภคที่จะได้รับผลกระทบจากการรวมประเทศ โดยเน้นการกำหนดนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองสุขภาพ ความปลอดภัย และผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของผู้บริโภค ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้บริโภค

TITLE XI

CONSUMER PROTECTION

Article 129a

1. The Community shall contribute to the attainment of a high level of consumer protection through:

(a) measures adopted pursuant to Article 100a in the context of the completion of the internal market;

(b) specific action which supports and supplements the policy pursued by the Member

States to protect the health, safety and economic interests of consumers and to provide adequate information to consumers.

2. The Council, acting in accordance with the procedure referred to in Article 189b and after consulting the Economic and Social Committee, shall adopt the specific action referred to in paragraph 1(b).

3. Action adopted pursuant to paragraph 2 shall not prevent any Member State from maintaining or introducing more stringent protective measures. Such measures must be compatible with this Treaty. The Commission shall be notified of them.

(Treaty on European Union, 1992)

จนกระทั่งในวันที่ 2 ตุลาคม 1997 ก็ได้มีการลงนามในสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัม (Treaty of Amsterdam) และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 พฤษภาคม 1999 สาระสำคัญในสนธิสัญญาเป็นการกำหนดกรอบแนวคิดในเชิงนโยบาย มาตรการและกิจกรรมต่างๆ ในการคุ้มครองสุขภาพของพลเมืองยุโรป ซึ่งถือได้ว่าเป็นพัฒนาการที่สำคัญที่ประเทศสมาชิกต่างเห็นพ้องร่วมกันถึงความสำคัญของประเด็นด้านสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน

ในมาตรา 152 (ขยายความจากมาตรา 129 เดิมของสนธิสัญญามาสทริค) ของสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัมมีสาระสำคัญสรุปได้ว่า สหภาพยุโรปต้องร่วมกันกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะมาตรการทางกฎหมายของประเทศสมาชิกในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ นโยบายและมาตรการเหล่านั้นต้องมุ่งปรับปรุงการสาธารณสุข เน้นความสำคัญของการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย ตลอดจนลดปัจจัยต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของประชาชน

TITLE XIII (ex Title X)

PUBLIC HEALTH

Article 152 (ex Article 129)

1. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.

Community action, which shall complement national policies, shall be directed towards

improving public health, preventing human illness and diseases, and obviating sources of danger to human health. Such action shall cover the fight against the major health scourges, by promoting research into their causes, their transmission and their prevention, as well as health information and education.

The Community shall complement the Member States' action in reducing drugs-related health damage, including information and prevention.

2. The Community shall encourage cooperation between the Member States in the areas referred to in this Article and, if necessary, lend support to their action.

Member States shall, in liaison with the Commission, coordinate among themselves their policies and programmes in the areas referred to in paragraph 1. The Commission may, in close contact with the Member States, take any useful initiative to promote such coordination.

3. The Community and the Member States shall foster cooperation with third countries and the competent international organisations in the sphere of public health.

4. The Council, acting in accordance with the procedure referred to in Article 251 and after consulting the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, shall contribute to the achievement of the objectives referred to in this Article through adopting:

- (a) measures setting high standards of quality and safety of organs and substances of human origin, blood and blood derivatives; these measures shall not prevent any Member State from maintaining or introducing more stringent protective measures;
- (b) by way of derogation from Article 37, measures in the veterinary and phytosanitary fields which have as their direct objective the protection of public health;

(c) incentive measures designed to protect and improve human health, excluding any harmonisation of the laws and regulations of the Member States.

The Council, acting by a qualified majority on a proposal from the Commission, may also adopt recommendations for the purposes set out in this Article.

5. Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organisation and delivery of health services and medical care. In particular, measures referred to in paragraph 4(a) shall not affect national provisions on the donation or medical use of organs and blood.”

(Treaty of Amsterdam, 1997)

กล่าวได้ว่าข้อตกลงตามสนธิสัญญาการรวมประเทศในสหภาพยุโรปทั้ง 4 ฉบับข้างต้น มีความสำคัญในฐานะที่เป็นกรอบแนวคิดหลักในการกำหนดนโยบายและมาตรการคุ้มครองสุขภาพของพลเมืองประเทศสมาชิก แม้ว่าในระยะแรกของการรวมประเทศจะให้ความสำคัญกับเรื่องของเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่เมื่อวิเคราะห์จากเนื้อหาในบทบัญญัติของสนธิสัญญาทั้ง 4 ฉบับดังกล่าวข้างต้นก็ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า สหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับภาวะความอยู่ดีมีสุข (well-being) ของประชาชนมาตั้งแต่แรกโดยเฉพาะประเด็นสุขภาพอนามัยของประชาชน (public Health) พื้นฐานดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรา 129 และ มาตรา 129a ของสนธิสัญญา มาสทริค และมาตรา 152 ของสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัม นับเป็นสมมติฐานแม่บททางความคิดที่จะมีผลอย่างสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสวัสดิภาพและความมั่นคงด้านสุขภาพของพลเมืองยุโรปในเวลาต่อมา

4.1.2 พัฒนาการด้านนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุราของสหภาพยุโรปเริ่มปรากฏเป็นรูปธรรมจากข้อสรุปการประชุมร่วมกันของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปกับผู้แทนรัฐบาลประเทศสมาชิกว่าด้วยการบริโภคสุราที่เป็นอันตรายเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 1986 (Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, of 29 May 1986, on alcohol abuse) ข้อสรุปดังกล่าวมีสาระสำคัญสรุปได้ว่า

- แม้ว่าประชาคมจะบรรลุข้อตกลงร่วมกันในการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (EEC) แต่ปริมาณการบริโภคสุราของพลเมืองประเทศสมาชิกก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหลายประเทศการบริโภคของประชาชนอยู่ในขั้นอันตรายและส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของสังคม

- ด้วยเหตุที่อุตสาหกรรมสุราเป็นส่วนสำคัญในระบบเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ ดังนั้นคณะกรรมการยุโรปจึงมีข้อเสนอว่าน่าจะได้มีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงทั้งผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมและผลประโยชน์ของสังคมในด้านสาธารณสุข รวมทั้งแสวงหามาตรการที่เหมาะสมในการบรรลุถึงนโยบายดังกล่าว

“RESOLUTION of the Council and of the representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council of 29 May 1986 on alcohol abuse(86/C 184/02)

THE COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES AND THE REPRESENTATIVES OF THE GOVERNMENTS OF THE MEMBER STATES, MEETING WITHIN THE COUNCIL,

Having regard to the Treaty establishing the European Economic Community,

Whereas the consumption of alcoholic beverages has in general increased considerably in the countries of the European Community;

Whereas in many countries the increase in alcohol abuse, which may be encouraged by the increase in consumption (1) , is causing serious concern for public health and social welfare;

Whereas the constant improvement of the living and working conditions of their peoples is an essential objective;

Aware that the production, sale and distribution of alcoholic beverages is an important factor in the economy of most Member States;

Considering that, at European level, a joint initiative is advisable in the field of the prevention of alcohol abuse;

Having regard to the findings of the study of P. Davies and D. Walsh entitled 'Alcohol problems and alcohol control in Europe' (London, Croom Helm, 1983) which was carried out and published on behalf of the Commission;

Whereas, pursuant to the Council resolution of 19 May 1981 on a second programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy (2) , the Commission will 'assess to what extent divergences in measures taken by Member States in regard to these (alcoholic beverages) affect the Community market and, where necessary, make appropriate proposals'; whereas it will 'take such other initiatives in support of actions undertaken in Member States as may be appropriate in the more general context of problems associated with the use or abuse of such products by consumers',

invite the Commission to weigh carefully the interests involved in the production, distribution and promotion of alcoholic beverages, and public health interests and to conduct a balanced policy to this end;

invite the Commission to examine what measures may contribute effectively towards achieving the objective of this resolution and, where necessary, to submit appropriate proposals to the Council;

note that Community measures to be taken in future in this field should be closely coordinated with measures already taken on these problems within the framework of the World Health Organization.

(1) NL: reservation; wanted: 'which is a concomitant of the increase in consumption'.

(2) OJ No C 133, 3. 6. 1981, p. 6."

(Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, of 29 May 1986, on alcohol abuse, 1986)

ในวันที่ 3 ตุลาคม 1989 คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปได้มี**ข้อบัญญัติว่าด้วยความร่วมมือของประเทศสมาชิกในการออกกฎระเบียบควบคุมกิจกรรมการเผยแพร่ภาพและการ**

โฆษณาทางโทรทัศน์ (Council Directive of 3 October 1989 on the coordination of certain provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities (89/552/EEC)) ซึ่งโดยประเด็นสำคัญของข้อบัญญัติดังกล่าวครอบคลุมการออกอากาศโฆษณาสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยทางโทรทัศน์ เช่น บุหรี่ และสุรา ฯลฯ กรณีของสุรานั้นปรากฏอยู่ในหมวดที่สี่ว่าด้วยการโฆษณาและการให้การสนับสนุนทางโทรทัศน์ ในมาตราที่ 15 ซึ่งระบุว่าโฆษณาสุราทางโทรทัศน์ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้คือ

- ต้องไม่มุ่งไปยังผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องไม่แสดงภาพผู้เยาว์กำลังดื่มสุรา

- ต้องไม่แสดงให้เห็นว่าสุรามีส่วนช่วยเสริมสมรรถนะทางร่างกายหรือช่วยในการขับชีรณนต์

- ต้องไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดื่มสุรานั้นมีผลต่อความสำเร็จกับเพศตรงข้ามหรือความสำเร็จทางด้านสังคม

- ต้องไม่มีการกล่าวอ้างว่าสุรามีคุณสมบัติในการรักษาโรค หรือเป็นสารกระตุ้น สารระงับ หรือเป็นวิถีทางหนึ่งของการแก้ปัญหาความขัดแย้งส่วนบุคคล

- ต้องไม่ส่งเสริมให้มีการดื่มจนเกินขอบเขต หรือแสดงให้เห็นว่าการไม่ดื่มหรือการดื่มในปริมาณที่พอควรเป็นสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติ

- ต้องไม่ชี้ชวนให้เข้าใจว่าสุราที่มีปริมาณแอลกอฮอล์สูงคือสุราที่มีคุณภาพ

นอกจากนี้ในมาตราที่ 25 ยังได้กำหนดให้แต่ละประเทศสมาชิกนำข้อบัญญัตินี้ไปดำเนินการให้บังเกิดเป็นผลในทางบังคับใช้เป็นกฎหมายหรือระเบียบภายในวันที่ 3 ตุลาคม 1991 และรายงานให้คณะกรรมการยุโรปทราบต่อไป

“COUNCIL DIRECTIVE of 3 October 1989 on the coordination of certain provisions laid down by law, regulation or administrative action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities (89/552/EEC)

CHAPTER IV Television advertising and sponsorship

Article 15

Television advertising for alcoholic beverages shall comply with the following

criteria:

(a) it may not be aimed specifically at minors or, in particular, depict minors consuming these beverages;

(b) it shall not link the consumption of alcohol to enhanced physical performance or to driving;

(c) it shall not create the impression that the consumption of alcohol contributes towards social or sexual success;

(d) it shall not claim that alcohol has therapeutic qualities or that it is a stimulant, a sedative or a means of resolving personal conflicts;

(e) it shall not encourage immoderate consumption of alcohol or present abstinence or moderation in a negative light;

(f) it shall not place emphasis on high alcoholic content as being a positive quality of the beverages.

Article 25

1. Member States shall bring into force the laws, regulations and administrative provisions necessary to comply with this Directive not later than 3 October 1991. They shall forthwith inform the Commission thereof.

2. Member States shall communicate to the Commission the text of the main provisions of national law which they adopt in the fields governed by this Directive.”

(Council Directive of 3 October 1989 on the coordination of certain provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities, 1989)

ในเดือนเมษายน 1998 คณะกรรมาธิการยุโรปได้มีข้อเสนอ **แนวทางว่าด้วยการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขของสหภาพยุโรป** (Communication from the Commission of 15 April 1998 on the Development of Public Health Policy in the European Community) โดยสาระสำคัญของแนวทางดังกล่าวมุ่งเสนอกรอบนโยบายสาธารณสุขของสหภาพยุโรปในอนาคตว่า นับตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นไปกรอบนโยบายด้านสาธารณสุขของสหภาพยุโรปควรวางอยู่บนหลักการสำคัญ 3 ประการคือ

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การร่วมกันสร้างข้อกำหนดด้านสุขภาพที่เหมาะสม
- การตอบสนองที่รวดเร็วต่อภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่รวมถึงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อและโรคภัยไข้เจ็บทั้งหลาย
- การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแผนงานที่เหมาะสมและการให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาด้านสุขภาพอื่น อาทิ ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านโภชนาการ และ**ปัญหาการติดสุรา**

"European Parliament Fact Sheets

4.10.3 Public Health

...While most welcomed the Commission's communication as recognizing the importance of an EU health policy, its disease-by-disease approach to policy has been criticised as limited. Calls have been made for a more horizontal, inter-disciplinary approach. The Commission gave indication of future EU health policy in a new Communication (COM 1998 230). Beyond the year 2000 three new policy strands should form the basis of the future EU health framework:

- **better information exchange:** this could lead for better integration of health requirements in other policies;
- **rapid reaction to emerging health risks:** to include communicable disease surveillance and control, phytosanitary and veterinary matters, rare diseases, environmental risks, blood and organ safety and risks from medicinal and

chemical substances;

- **better disease prevention and health promotion:** this would build on the existing disease-specific programmes and bring in other issues such as mental health, nutrition and alcohol dependence.”

(European Parliament Fact Sheets 4.10.3 Public Health, 2000)

ต่อมาในวันที่ 16 พฤษภาคม 2000 คณะกรรมาธิการยุโรปได้มีข้อเสนอ **แนวทางว่าด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพของประชาคมยุโรป** (Communication from the Commission of 16 May 2000 to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health strategy of the European Community (COM(2000) 285) final) โดยสานต่อแนวทางว่าด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของสหภาพยุโรปที่คณะกรรมาธิการยุโรปได้เสนอไว้เมื่อเดือนเมษายน 1998 โดยสาระสำคัญเสนอให้ประชาคมยุโรปร่วมกันกำหนดแผนแม่บทของประชาคมว่าด้วยการสาธารณสุขที่เน้นประเด็นสำคัญ 3 ประการคือ (Communication from the Commission of 16 May 2000 to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health strategy of the European Community, 2000 : 2-3)

1) การปรับปรุงสารสนเทศและความรู้ด้านสุขภาพ (Improving health information and knowledge) เพื่อช่วยให้ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย นักวิชาชีพด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจได้

2) การตอบสนองที่รวดเร็วต่อการคุกคามด้านสุขภาพ (Responding rapidly to health threats) เพื่อให้เกิดความพร้อมในการรับมือกับภัยอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การคุกคามจากบรรดาโรคติดต่อทั้งหลายที่ต้องเพิ่มความระมัดระวัง เนื่องจากพลเมืองยุโรปสามารถเดินทางไปมาได้อย่างเสรีมากขึ้น

3) การกำหนดตัวบ่งชี้ด้านสุขภาพ (Addressing health determinants) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยให้กับประชาชน และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมุ่งเน้นไปยังปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ บุหรี่ สุรา อาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และการใช้สารเสพติด รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยให้มีการระบุชัดเจนถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย การกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพ และการกำหนดมาตรการป้องกันโรค

แนวทางดังกล่าวยังเสนอให้แต่ละประเทศสมาชิกมีมาตรการทางกฎหมายตลอดจนมาตรฐานความปลอดภัยที่สามารถใช้ร่วมกัน ทั้งยังเสนอให้พัฒนากลไกที่เรียกว่า “The European Health Forum” เพื่อเป็นช่องทางสำหรับทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพต่อไป

ในวันที่ 23 กันยายน 2002 รัฐสภายุโรปและคณะมนตรียุโรปได้ให้การรับรองแผนแม่บทประชาคมว่าด้วยการสาธารณสุขที่เสนอไว้เมื่อเดือนเมษายน 2000 และลงมติร่วมกันอนุมัติเป็น **แผนปฏิบัติการสาธารณสุขประชาคมสำหรับปี 2003-2008** (a programme of Community action in the field of public health 2003-2008) โดยจัดสรรงบประมาณไว้เป็นเงิน 312 ล้านยูโร ภายใต้วัตถุประสงค์ของแผนแม่บทประชาคมว่าด้วยการสาธารณสุข แผนปฏิบัติการประชาคมด้านสาธารณสุขปี 2003-2008 มุ่งสร้างหลักประกันการคุ้มครองสุขภาพโดยอาศัยการกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันของทุกภาคส่วน มุ่งกำจัดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ และมุ่งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในขอบเขตที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 152 ของสนธิสัญญาอัมสเตอร์ดัม แผนปฏิบัติการดังกล่าวยังกำหนดรายละเอียดของการดำเนินงานไว้อย่างรอบด้าน ทั้งในด้านการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติในระดับประชาคม การกำหนดงบประมาณ การติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคผนวกแนบท้ายแผนปฏิบัติการ ได้มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานและมาตรการให้การสนับสนุนไว้อย่างชัดเจน ซึ่งรวมถึงมาตรการด้านสุราไว้ด้วยเช่นกัน (Decision of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health 2003-2008, 2002)

ในเดือนมกราคม 2001 คณะกรรมาธิการยุโรปได้ออก **ข้อเสนอแนะแก่ประเทศสมาชิกว่าด้วยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์** (Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood (AL) of motor-vehicle drivers) ทั้งนี้เหตุผลสำคัญก็เนื่องจากแต่ละปีจำนวนอุบัติเหตุร้ายแรงที่เกิดจากผู้ขับขี่รถยนต์ที่สูญเสียความสามารถในการขับรถอันเนื่องมาจากดื่มสุราในแต่ละประเทศสมาชิกมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงต้องมีมาตรการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ใช้รถใช้ถนนให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยในข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการได้เสนอตัวเลขอันเป็นผลมาจากการวิจัยไว้ 2 ระดับด้วยกัน ระดับแรกเป็นตัวเลขมาตรฐานสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไปคือควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 0.5 mg/ml (หรือ 50 mg%) ระดับที่สองเป็นตัวเลขสำหรับผู้ขับขี่ที่ต้องมีการควบคุมเป็นพิเศษดังต่อไปนี้คือ พวกที่ยังขาดประสบการณ์ เช่น พวกมือใหม่หัดขับที่ได้ใบอนุญาตขับขี่มาไม่ถึง 2 ปี เป็นต้น พวกที่ขับมอเตอร์ไซด์ พวกที่ขับรถขนาดใหญ่ เช่น รถบรรทุก เป็นต้น และพวกที่ขับรถที่บรรทุกสินค้าหรือสิ่งของมีอันตราย กรณีเหล่านี้

กำหนดว่าควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 0.2 mg/ml (หรือ 20 mg%) นอกจากนี้ยังเสนอให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการสุ่มตรวจโดยถ้าเป็นไปได้ผู้ขับขี่ทุกคนควรได้รับการตรวจอย่างน้อยคนละหนึ่งครั้งในทุกสามปีด้วยเครื่องตรวจระดับแอลกอฮอล์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ในการติดตามและประเมินผล ประเทศสมาชิกและคณะกรรมการความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การรณรงค์ตีพิมพ์ไม่ซ้ำ และการรายงานสถิติอุบัติเหตุเพื่อการประเมินนโยบายและมาตรการต่อไป

“Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood (AL) of motor-vehicle drivers.

Recommended authorised level of blood alcohol

The Commission recommends two different AL within the Community. They will be applied in accordance with the criteria for drivers and vehicles.

The standard AL for all motor vehicle drivers which should be adopted by all of the Member States is one not exceeding 0.5 mg/ml. At the moment most of the Member States have already adopted that AL limit.

In addition a second AL of 0.2 mg/ml is recommended for certain types of driver and vehicle, namely:

- **inexperienced drivers** and more particularly holders of provisional driving licences, learner drivers accompanied by driving or trainee drivers attending a driving school and novice drivers having held a driving licence for less than two years;
- **motorcyclists**;
- **drivers of large vehicles**, i.e. lorries weighing more than 3.5 tonnes and any passenger vehicle fitted with more than eight passenger seats;
- **drivers of vehicles carrying dangerous goods**, with reference to the measures set

out in Directive [94/55/EC](#) on the carriage of dangerous goods by road.

The term "driving licence" used in this recommendation refers to the definitions set out in Directive [91/439/EEC](#) on driving licences.

Means of applying the AL

The recommendation feels that all of the Member States should adopt a system of random detection by analysing expelled air in order to dissuade drivers from drinking. Moreover, each driver should be exposed to a statistically real probability of being checked at least once every three years.

In addition the Commission feels that the Members States should work towards acceptance of the draft Directive on measuring instruments in order to harmonise breathalyser accuracy.

Follow-up at Community level

Close cooperation between the Member States and the Commission at Community level is recommended, more especially for:

- exchanging information on best practice concerning, more particularly, monitoring and penalty strategies, retraining programmes and the acquisition of accident data;
- supporting research and development, especially into technical means of preventing persons in a state of intoxication and persons receiving treatment for alcohol dependence from taking the wheel;
- promoting publicity campaigns at European level in order to urge drivers not to consume alcohol;
- providing data on all alcohol-related traffic accidents and to coordinate their use under the CARE programme in order to check the effectiveness of the policy and to provide a link with the activities under the Community's future action

programme on public health.”

(Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood (AL) of motor-vehicle drivers, 2001)

วันที่ 5 มิถุนายน 2001 คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปก็ได้มี **ข้อสรุปว่าด้วยยุทธศาสตร์ของประชาคมในการลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุรา (Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm)** สาระสำคัญในข้อสรุปเรียกร้องให้เร่งพัฒนายุทธศาสตร์ของสหภาพยุโรปที่มุ่งลดปัญหาและอันตรายจากการดื่มสุรา โดยยุทธศาสตร์ที่ว่านั้นมีแนวทางดังต่อไปนี้ (Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm, 2001)

- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในเชิงเปรียบเทียบ การวิจัยที่มีคุณภาพ และระบบการติดตามประเมินที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคสุรา ปัญหาและอันตรายจากการดื่มสุรา นโยบายและมาตรการสุรา และผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและมาตรการสุราที่มีต่อประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

- สนับสนุนการประสานกิจกรรมในระดับประชาคมในทุกมิติ นโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการวิจัย การคุ้มครองผู้บริโภค การขนส่ง การโฆษณา การตลาด การเป็นผู้สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ การกำหนดอัตราภาษีสรรพสามิต และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเคารพศักยภาพของแต่ละประเทศ

- เสริมสร้างความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างประเทศสมาชิก

- ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศโดยเฉพาะกับองค์การอนามัยโลก

นอกจากนี้ในเดือนมิถุนายน 2001 คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปก็ได้ประกาศ **คำรับรองว่าด้วยการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่น (Council Recommendation 2001/458/EC of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents)** เหตุผลสำคัญของการประกาศคำรับรองดังกล่าวก็เพื่อกระตุ้นทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งบรรดาผู้ผลิตสุรา ผู้จำหน่ายสุรา และผู้ปกครองบิดามารดาให้ตระหนักถึงอันตรายของสุราที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แบบแผนการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่นในประเทศสมาชิกหลายประเทศเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด จากที่ดื่มในปริมาณไม่มากนักเป็นการดื่มจนเกินขอบเขตและถึงขั้นดื่มจนติดสุรา ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มสุราเป็นครั้งแรกมีอายุน้อยลงตามลำดับ และที่สำคัญวัยรุ่นหญิงหันมาดื่มสุราเพิ่มขึ้น คำรับรองของ

คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปเสนอว่าประชาคมควรกำหนดแนวทางร่วมกันในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว

สาระสำคัญในคำรับรองว่าด้วยการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่นของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปได้นำเสนอหลักการสำคัญที่แต่ละประเทศสมาชิกได้นำไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการแก้ไขปัญหา โดยหลักการเน้นให้ทุกฝ่ายโดยเฉพาะวัยรุ่นได้รับรู้ปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา มุ่งพัฒนากลไกในการส่งเสริมสุขภาพโดยครอบคลุมในทุกบริบทพื้นที่ ทั้งในโรงเรียน สนามกีฬา ฯลฯ หลักการดังกล่าวประกอบด้วย (Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents, 2001)

- มุ่งส่งเสริมการวิจัยในมิติต่างๆ ของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดและประเมินมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

- สร้างหลักประกันว่าต้องผนวกรวมปัญหาสุราไว้ในกำหนดยุทธศาสตร์และโครงการส่งเสริมสุขภาพทั้งหลายที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก วัยรุ่น บิดามารดา ครูอาจารย์ และนักวิชาชีพ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับประชาคม

- ผลิตและเผยแพร่สารสนเทศที่มีหลักฐานข้อมูลสนับสนุนว่าด้วยปัจจัยที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นหันมาเริ่มดื่มสุรา

- ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานศึกษา องค์กรสาธารณสุข องค์กรเยาวชน หน่วยงานด้านกฎหมาย องค์กรพัฒนาเอกชน และสื่อมวลชนร่วมกันในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุราแก่เด็กและวัยรุ่นเพื่อป้องกันอันตรายจากการดื่ม

- สนับสนุนการกำหนดมาตรการที่ทำให้เด็กและวัยรุ่นตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา ตลอดจนผลกระทบที่จะมีต่อบุคคลและสังคม

- ส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์และการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้น

- สนับสนุนให้ผลิตเครื่องมือให้คำปรึกษาสำหรับบิดามารดาที่จะนำไปใช้พูดคุยถึงปัญหาสุรากับเด็กๆ และให้มีการเผยแพร่ไปทางเครือข่ายในท้องถิ่น เช่น โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข ห้องสมุด ศูนย์ชุมชน รวมทั้งการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต

- พัฒนาริเริ่มแนวทางเฉพาะที่มุ่งชี้ให้เด็กและวัยรุ่นตระหนักถึงอันตรายของการเมาแล้วขับ

- ต่อสู้อย่างจริงจังในทุกรูปแบบกับการจำหน่ายสุราที่ผิดกฎหมายให้กับเด็กและวัยรุ่น

- พัฒนากลไกการตรวจและให้ความช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กและวัยรุ่นต้องติด

สุรา

นอกจากนี้คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปยังเสนอให้ประเทศสมาชิกพิจารณาถึงกลไกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสินค้า การตลาด และการจำหน่ายสุราที่เน้นให้กลุ่มผู้ผลิตสุรา ผู้จำหน่ายสุรา และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตลาดดังกล่าวด้วย แนวทางการพัฒนาควรครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- สร้างหลักประกันว่าบรรดาผู้ผลิตทั้งหลายจะไม่ผลิตสุราที่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายเด็กและวัยรุ่น

- สร้างหลักประกันว่าการดำเนินการต่างๆ ในทางธุรกิจจะไม่เป็นการดึงดูความสนใจของเด็กและวัยรุ่นให้หันมาดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างภาพลักษณ์ในรูปแบบต่างๆ ที่ถือว่าสุราเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมวัยรุ่น การเชื่อมโยงว่าการดื่มสุราเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในด้านต่างๆ การนำภาพเด็กเข้ามาเกี่ยวข้องในโฆษณาสุรา การให้การสนับสนุนแก่รายการแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี การจัดบริการให้ดื่มสุราฟรีแก่เด็กและวัยรุ่นเพื่อการส่งเสริมการขาย ฯลฯ)

- สร้างหลักประกันในการตรวจสอบและจัดการกับผู้ที่จะละเมิดหลักการดังกล่าวข้างต้น

- กระตุ้นให้บรรดาตัวแทนผู้ผลิตและตัวแทนการค้าสุราทั้งหลายถือปฏิบัติตามหลักการข้างต้นโดยเคร่งครัด

ปัญหาสุราเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้หลักว่าด้วยสุขภาพของสหภาพยุโรปซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ยุโรปเป็นภูมิภาคที่มีการดื่มสุรามากที่สุดในโลก ภาระในการดูแลปัญหาความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการดื่มสุราของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปมีมูลค่าราวร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 10 ของมูลค่าทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการรวมเป็นตลาดเดียว ประชาคมยุโรปและประเทศสมาชิกถือว่าการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวเป็นความจำเป็นลำดับแรกๆ ทั้งนี้ผลกระทบของปัญหาไม่ได้มีแต่เพียงด้านสุขภาพอนามัยแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคม ได้แก่ ปัญหาความรุนแรง ปัญหากลุ่มอันธพาลวัยรุ่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาครอบครัว ปัญหาการแยกตัวจากสังคม ปัญหาในที่ทำงาน และปัญหาดื่ม/เมาแล้วขับ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทางการเมืองเข้ามาช่วย ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปจึงเห็นพ้องต้องกันว่า จำเป็นต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาสุราในระดับประชาคม (Alcohol, n.d.) ดังนั้น พัฒนาการในเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปข้างต้นเป็นสิ่งที่ยืนยันถึงความริเริ่มและความพยายามอย่างต่อเนื่องเอาใจจริงเอาใจในการต่อสู้กับปัญหาสุรา เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับพลเมืองยุโรป

4.1.3 นโยบายและมาตรการหลักว่าด้วยสุราของยุโรป

ดังที่ได้กล่าวมาแต่ต้นว่า ยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งในการแก้ปัญหาสุราของสหภาพยุโรปก็คือ การส่งเสริมความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การอนามัยโลก ดังนั้น การริเริ่มดำเนินงานในส่วนขององค์การอนามัยโลกจึงมีส่วนสำคัญต่อการวางกรอบนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปด้วย เอกสารที่ถือว่าเป็นหลักในที่นี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน (Health for All) แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป (European Alcohol Action Plan) กฎบัตรสุราแห่งยุโรป (European Charter on Alcohol) และคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุรา (the Declaration on Young People and Alcohol) ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นผลมาจากการดำเนินงานอย่างสำคัญขององค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป (WHO Regional Office for Europe)

(1) **นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน (Health for All)** แต่เดิมนั้นแนวคิดเรื่อง นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน นั้นเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นจากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ตั้งแต่ปี 1977 และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นนโยบายหลักอย่างเป็นทางการเมื่อปี 1978 โดยถือเป็นนโยบายระดับสากลที่มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพของประชากรโลกเป็นสำคัญ ต่อมาในเดือน พฤษภาคม 1998 สมัชชาสุขภาพแห่งโลกก็ได้ประกาศรับรอง “นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคนแห่งศตวรรษที่ 21 (Health for All in the 21st Century)” ซึ่งจากการประกาศนโยบายนี้ขององค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปจึงได้นำมาใช้เป็นแนวนโยบายที่เรียกว่า Health21 ที่มีเป้าหมายสำคัญ 21 ประการ โดยเป้าหมายประการที่ 12 ได้ระบุวิสัยทัศน์ในเชิงนโยบายที่มุ่งลดอันตรายจากสุรา ยาเสพติด และยาสูบ สาระสำคัญระบุไว้ว่า ภายในปี 2015 อันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการบริโภคสารเสพติดอย่างยาสูบ สุรา และยาที่มีผลต่อจิต ต้องลดลงในทุกประเทศสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีสุรา ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรต้องไม่เกิน 6 ลิตรต่อปี และควรไม่มีการดื่มสุราเลยในกลุ่มประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี

TARGET 12 – REDUCING HARM FROM ALCOHOL, DRUGS AND TOBACCO

BY THE YEAR 2015, THE ADVERSE HEALTH EFFECTS FROM THE CONSUMPTION OF ADDICTIVE SUBSTANCES SUCH AS TOBACCO, ALCOHOL AND PSYCHOACTIVE DRUGS SHOULD HAVE BEEN SIGNIFICANTLY REDUCED IN ALL MEMBER STATES.

In particular:

- 12.1 in all countries, the proportion of nonsmokers should be at least 80% in over 15-year-olds and close to 100% in under 15-year-olds;¹⁴
- 12.2 in all countries, per capita alcohol consumption should not increase or exceed 6 litres per annum, and should be close to zero in under 15-year-olds;
- 12.3 in all countries, the prevalence of illicit psychoactive drug use should be reduced by at least 25% and mortality by at least 50%.

(Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region, 1999: 91)

(2) **แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป** (European Alcohol Action Plan: EAAP) แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปมีด้วยกัน 2 ฉบับ ฉบับแรกครอบคลุมเป้าหมายการดำเนินงานตั้งแต่ปี 1992 – 1999 ฉบับที่สองครอบคลุมการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2000-2005

แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปฉบับแรกปี 1992-1999 มียุทธศาสตร์สำคัญในการลดอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องจากการดื่มสุรา ซึ่งจะบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ต้องอาศัยการดำเนินงานในสองส่วนร่วมกันคือ มาตรการเพื่อลดปริมาณการดื่ม และเพื่อลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มหนัก แผนปฏิบัติการฯ ยังระบุยุทธศาสตร์ปฏิบัติการไว้ 9 ประการคือ (European Alcohol Action Plan, 1993)

1) การกำหนดนโยบายของประเทศสมาชิก ซึ่งต้องคำนึงถึงความสมดุลของนโยบายทั้งในด้านการควบคุมการผลิต การจัดจำหน่าย การส่งเสริมการขาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการบริการรักษา รวมทั้งต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมการกำหนดอายุขั้นต่ำผู้ดื่ม กลไกการกำหนดอัตราภาษีและราคา การควบคุมสถานบริการ และการควบคุมการตลาด

2) การสร้างความเห็นพ้องกับองค์การระหว่างประเทศ นโยบายและมาตรการสุราที่มีอยู่เดิม ในองค์กรระหว่างประเทศ เช่น ประชาคมยุโรป สภายุโรป สภากลุ่มประเทศนอร์ดิก ซึ่งอาจมีผลต่อการแก้ไขปัญหามสุราแตกต่างกันนี้ ต้องมีความยืดหยุ่นที่แต่ละประเทศสามารถกำหนดนโยบายมาตรการที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเองได้

3) การกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันสำหรับธุรกิจอุตสาหกรรมสุราและการบริการ โดยให้กำหนดเป็นจรรยาบรรณผู้ประกอบการเพื่อเน้นให้เกิดการสร้างวินัยของตนเองในการดำเนินงานด้านการตลาดสุรา และการควบคุมการโฆษณา

4) การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานประกอบการ และหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีแต่น้อย

5) แผนงานโครงการในระดับชุมชน/ท้องถิ่น โดยถือว่าชุมชน/ท้องถิ่นทุกแห่งมีศักยภาพในการดำเนินการป้องกันปัญหาสุรา

6) การส่งเสริมการดื่มอย่างปลอดภัย โดยผ่านทางมาตรการให้ความรู้และการรณรงค์ทางสื่อมวลชน ซึ่งควรเน้นไปยังประโยชน์หรือข้อดีของการลดปริมาณการดื่ม มากกว่าการไปเน้นถึงอันตรายของการดื่มหนัก

7) ระบบดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาบุคลากรให้การช่วยเหลือในชั้นปฐมภูมิ

8) ระบบสวัสดิการสังคม โดยการเร่งฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุราและการดำเนินการช่วยเหลือให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งจัดหาทรัพยากรสนับสนุนให้เหมาะสมกับการทำหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เหล่านั้น

9) ระบบงานยุติธรรมและราชทัณฑ์ ซึ่งต้องดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุราและการดำเนินการช่วยเหลือแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับในระบบสวัสดิการสังคม

แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปฉบับที่สองปี 2000-2005 ซึ่งให้เห็นว่าการต่อสู้กับปัญหาสุราไม่อาจใช้นโยบายและมาตรการด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียวได้ และนโยบายและมาตรการเหล่านั้นไม่สามารถลอกเลียนและนำมาใช้กับประเทศต่างๆ ในยุโรปได้เหมือนกันทั้งหมด การกำหนดนโยบายและมาตรการในแต่ละประเทศต้องคำนึงถึงพื้นฐานและสภาพแวดล้อมของปัญหาในแต่ละประเทศเผชิญอยู่ด้วยเป็นสำคัญ แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปฉบับที่สองมีวัตถุประสงค์ในการสร้างความตระหนักและส่งเสริมการกำหนดนโยบายป้องกันอันตรายจากสุรา ลดความเสี่ยงของปัญหาจากสุราที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งที่บ้าน สถานที่ทำงาน ชุมชน และในสถานบริการต่างๆ ลดความสูญเสียทั้งหลายที่เป็นผลจากสุรา เช่น การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ความรุนแรง การทอดทิ้งและกระทำทารุณต่อเด็ก รวมทั้งปัญหาครอบครัว ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ดื่มสุราจนเป็นอันตรายและผู้ติดสุราเรื้อรัง และให้การคุ้มครองเด็ก วัยรุ่น และผู้ที่ไม่ประสงค์จะดื่มสุราจากสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการดื่ม (European Alcohol Action Plan 2000-2005, 2000: 6-7)

แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปฉบับที่สองมุ่งผลในทางปฏิบัติ ด้านดังนี้ (European Alcohol Action Plan 2000-2005, 2000: 7-17)

1) ด้านข้อมูลสารสนเทศและการให้การศึกษา โดยเน้นการให้ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของสุรา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนผ่าน

ทางสถานศึกษาหรือสื่อมวลชน เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มสุรา ให้การสนับสนุนนโยบายสุขภาพ และสร้างทางเลือกด้านสุขภาพที่ดีแก่เด็กและวัยรุ่น

2) ด้านสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ที่ส่วนตัว และบริเวณสาธารณะ โดยควบคุมการจัดบริการสุราในกิจกรรมสาธารณะ ห้ามจำหน่ายสุราแก่เยาวชน หรือในการทำกิจกรรมยามว่าง หรือในการแข่งขันกีฬา จัดให้มีโครงการป้องกัน การให้ความรู้และบำบัดรักษาในระดับครอบครัวและสถานประกอบการต่างๆ เพื่อลดปัญหาและอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุรา

3) ด้านการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ โดยการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มงวดจริงจัง สุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่รถยนต์ยาน ถือมาตรฐานการกำหนดระดับแอลกอฮอล์เดียวกันคือไม่เกิน 50 mg% หรือต่ำกว่านั้น ส่วนพวกมือใหม่หัดขับและผู้ขับขี่รถบรรทุกหรือรถขนส่งสาธารณะต้องกำหนดระดับให้ต่ำที่สุดหรือต้องไม่มีแอลกอฮอล์อยู่เลย สนับสนุนให้ผู้บริโภคที่ดื่มสุราเลือกใช้บริการขนส่งมวลชนอื่นแทน เพื่อลดอุบัติเหตุ การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากการดื่มหรือเมาสุราแล้วขับรถ

4) ด้านอุปทานสุรา โดยการกำหนดนโยบายภาษีเน้นให้สุราที่มีราคาสูง เก็บภาษีตามสัดส่วนแอลกอฮอล์ (แอลกอฮอล์ยิ่งมาก ภาษีก็ยิ่งสูงตาม) ส่งเสริมให้จำหน่ายเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ในราคาถูกลง นำภาษีที่เก็บจากสุรามาใช้เป็นกองทุนในการแก้ปัญหาสุราทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ควบคุมสถานบริการและจำหน่ายสุรา จำกัดการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุรา จำกัดวันและเวลาจำหน่ายสุรา ควบคุมอายุผู้ดื่มและผู้ซื้อต้องสูงกว่า 18 ปี เพื่อลดปริมาณการดื่มสุราของประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

5) ด้านส่งเสริมการจำหน่าย โดยออกนโยบายมาตรการควบคุมการโฆษณา สร้างจรรยาบรรณของการโฆษณาโดยเฉพาะการโฆษณาที่ไม่มุ่งไปยังกลุ่มเยาวชน ห้ามไม่ให้ธุรกิจอุตสาหกรรมสุราให้การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของเยาวชนรวมทั้งกิจกรรมการแข่งขันกีฬา ควบคุมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดื่มสุราในรูปแบบต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กและวัยรุ่นกลายเป็นเป้าหมายของการส่งเสริมการขายสุรา

6) ด้านการบำบัดรักษา โดยการสร้างระบบการให้บริการบำบัดรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยที่เชื่อถือได้ ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่าย จัดการอบรมการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ในด้านการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการดื่มสุรา และการให้ความช่วยเหลือ จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพเข้าถึงได้แก่ผู้ที่ดื่มสุราจนเกิดอันตรายหรือผู้ที่มีอาการติดสุราเรื้อรัง

7) ด้านความรับผิดชอบของธุรกิจสุราและธุรกิจบริการ โดยการขยายขอบเขตความรับผิดชอบในกรณีที่ผู้ประกอบการดำเนินการส่งเสริมการดื่มสุราในลักษณะที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ออกระเบียบควบคุมมาตรฐานผลิตภัณฑ์อย่างเข้มงวด ห้ามไม่ให้มีการกล่าวอ้างในทาง

ที่ผิด และต้องจัดให้มีการปิดฉลากสินค้าเตือนผู้บริโภคถึงอันตรายของสุรา ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้ด้านจรรยาบรรณและความรับผิดชอบด้านกฎหมายแก่ผู้ให้บริการสุรา กำหนดมาตรการลงโทษผู้ให้บริการสุราที่ไม่รับผิดชอบต่อภัยด้วยการยึดใบอนุญาตหรืออย่างอื่นตามที่เห็นสมควร ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีผลิตสุราราคาคุณภาพสูงในระดับแอลกอฮอล์ต่ำและจำหน่ายในราคาถูกลง บังคับใช้กฎระเบียบเกี่ยวกับการจำหน่ายและการดื่มอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มในสถานที่ต่างๆ ลดจำนวนคนเมาที่อาจไปก่อการทะเลาะวิวาทรุนแรงหรือเกิดอุบัติเหตุ และเพื่อให้มีมาตรการที่เหมาะสมในการจำกัดและควบคุมเด็กและเยาวชนในการเข้าถึงสุรา

8) ด้านการตอบสนองของสังคม โดยการให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาแก่นักวิชาชีพ ด้านการศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม สนับสนุนแผนงาน/กิจกรรมของชุมชนที่มุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุรา เพื่อยกระดับกิจกรรมชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาสุรา และเพื่อเพิ่มศักยภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา

9) ด้านองค์กรพัฒนาเอกชน โดยการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการแก้ไขปัญหาสุรา สนับสนุนเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีบทบาทในการสร้างประชาสังคมในการแก้ปัญหาสุรา การลوبيเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและน่านโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งการชี้ให้เห็นถึงการกระทำที่ไม่ถูกต้องของธุรกิจอุตสาหกรรมสุรา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรเหล่านี้เข้ามีส่วนร่วมเริ่มในการแก้ปัญหาสุรา

10) ด้านการกำหนดนโยบาย การน่านโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินนโยบาย โดยการส่งเสริมให้ทุกประเทศกำหนดแผนงานแก้ปัญหาสุราที่มีเป้าหมายชัดเจน สร้างกลไกประสานงานแผนงาน/โครงการระหว่างประเทศและจัดสรรงบประมาณและตารางเวลาดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผล กำหนดกรอบการดำเนินการที่ชัดเจนในการติดตามและประเมินตัวเลขปริมาณการบริโภคสุรา ตลอดจนตัวบ่งชี้ปัญหาต่างๆ จากสุราที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยที่ได้มาตรฐานต่อไป

(3) **กฎบัตรสุราแห่งยุโรป (European Charter on Alcohol)** กฎบัตรดังกล่าวเป็นผลมาจากแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปฉบับแรก กล่าวคือองค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปจัดการประชุมว่าด้วยสุขภาพ สังคมและสุรา (European Conference on Health, Society and Alcohol) ขึ้นในระหว่างวันที่ 12-14 ธันวาคม 1995 ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ที่ประชุมครั้งนั้นเห็นว่าประเทศต่างๆ ในยุโรปมีสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม สังคม กฎหมาย และเศรษฐกิจต่างกัน การกำหนดนโยบายและมาตรการสุราที่เหมือนกันคงเป็นไปได้ยาก แต่อย่างน้อยก็ควรมีการวางหลักการและเป้าหมายเชิงจรรยาบรรณ (Ethical Principles and Goals) ไว้เป็นแนวทางในการ

กำหนดนโยบายและมาตรการสุราในแต่ละประเทศ จึงเรียกร้องให้มีการประกาศกฎบัตรสุราแห่งยุโรปขึ้น และให้ถือกฎบัตรนี้เป็นหลักการและเป้าหมายร่วมกันที่ประเทศสมาชิกสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและมาตรการสุราต่อไป

กฎบัตรสุราแห่งยุโรปปี 1995 ประกอบไปด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการคือ (European Charter on Alcohol, 1995)

- 1) ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่ครอบครัว ชุมชน และชีวิตการทำงานของตนจะได้รับการป้องกันจากอุบัติเหตุ ความรุนแรง และผลเสียอื่นๆ จากการดื่มสุรา
- 2) ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และได้รับการศึกษาตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ ครอบครัว และสังคม
- 3) เด็กและวัยรุ่นทุกคนมีสิทธิที่จะเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ได้รับการคุ้มครองจากผลเสียของการดื่มสุรา และจากการส่งเสริมการขายสุรา
- 4) ประชาชนทุกคนที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษา
- 5) ประชาชนทุกคนที่ไม่ต้องการดื่มสุรา หรือผู้ที่ดื่มสุราไม่ได้ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพหรือเหตุผลอื่น มีสิทธิได้รับการเฝ้าระวังจากการชักชวนให้มีการดื่มและได้รับการสนับสนุนในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติอยู่

นอกจากนี้ในกฎบัตรสุราแห่งยุโรปยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ 10 ประการ (Ten strategies for alcohol action) ที่ประเทศสมาชิกสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาสุราดังนี้ (European Charter on Alcohol, 1995)

- 1) ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงผลเสียของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพ ครอบครัว และสังคม รวมทั้งมาตรการป้องกันและอันตรายจากการดื่ม ตลอดจนเริ่มให้ความรู้ถึงพิษภัยของสุราตั้งแต่วัยเด็กตอนต้น
- 2) ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะที่ปลอดอันตรายจากการดื่มสุรา
- 3) ออกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการดื่มหรือเมาสุราแล้วขับรถ
- 4) ส่งเสริมสุขภาพโดยการควบคุมสถานบริการสุรา การกำหนดราคาจำหน่ายสุรา และการใช้มาตรการภาษี
- 5) เข้มงวดในการควบคุมการโฆษณาสุราทั้งทางตรงและทางอ้อม และต้องไม่ให้มีการโฆษณาที่เน้นไปที่เด็กและวัยรุ่น เช่น การโฆษณาสุราเชื่อมโยงเข้ากับการเล่นกีฬา

- 6) สร้างหลักประกันการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่มีประสิทธิผล สำหรับผู้ที่ดื่มสุราจนเกิดอันตรายหรือจนเจ็บป่วย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้นั้น
- 7) ให้การสนับสนุนแก่ผู้ประกอบการที่มีความรับผิดชอบในการดำเนินการด้านการตลาดหรือการให้บริการสุราตามกฎหมายและจรรยาบรรณที่กำหนด เน้นการผลิตสุราที่ปลอดภัยและดำเนินมาตรการควบคุมไม่ให้มีการผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อน
- 8) จัดอบรมความรู้และแนวทางแก้ปัญหาสุราให้กับนักวิชาชีพในแขนงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- 9) ให้การสนับสนุนองค์การพัฒนาเอกชนและขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ทำงานด้านสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีเป้าหมายในการป้องกันและลดอันตรายจากสุรา
- 10) พัฒนาแผนงาน/โครงการในประเทศสมาชิกบนหลักการและยุทธศาสตร์ของกฎบัตรสุราแห่งยุโรป กำหนดเป้าหมายและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน พัฒนาระบบการและกลไกติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

(4) คำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุรา (Declaration on Young People and Alcohol)

คำประกาศดังกล่าวเป็นผลมาจากการประชุมขององค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปว่าด้วยวัยรุ่นกับสุรา (WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol) ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน ระหว่างวันที่ 19-21 กุมภาพันธ์ 2001 ที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันว่าวัยรุ่นยุโรปหันมาดื่มสุรากันมากขึ้น ทั้งเป็นการดื่มในปริมาณมาก ดื่มหนักถึงขั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาอีกมากมาย ที่สำคัญอายุของวัยรุ่นที่หันมาดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงและจำนวนวัยรุ่นหญิงที่ดื่มก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ที่ประชุมจึงตกลงที่จะกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการแถลงคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุราขึ้น

คำประกาศดังกล่าวยึดหลักการสำคัญ 5 ประการของกฎบัตรสุราแห่งยุโรป โดยมุ่งให้การคุ้มครองเด็กและวัยรุ่นจากสุราและลดอันตรายจากการดื่มสุราทั้งทางตรงและทางอ้อม สาระสำคัญของคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุราปี 2001 มีด้วยกัน 3 ส่วนคือ (Declaration on Young People and Alcohol, 2001: 3-5)

ส่วนที่ 1 เป็นการกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายที่มุ่งให้บรรลุผลภายในปี 2006 ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ลดจำนวนวัยรุ่นที่หันมาเริ่มดื่มสุรา
- 2) ชะลออายุเริ่มต้นดื่มสุราของวัยรุ่น

- 3) ลดพฤติกรรมและความถี่ของการดื่มสุราที่เสี่ยงอันตรายสูงในกลุ่มวัยรุ่น
- 4) จัดให้มี และ/หรือขยายทางเลือกที่เหมาะสมในการใช้สุราและสารอื่น ตลอดจนให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและบุคคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น
- 5) เปิดโอกาสให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับวัยรุ่น โดยเฉพาะนโยบายและมาตรการสุรา
- 6) เพิ่มการศึกษาเรื่องสุราแก่วัยรุ่น
- 7) ลดแรงกดดันหรือจูงใจให้วัยรุ่นหันมาดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมการขายสุรา การแจกให้ดื่มฟรี การโฆษณา การให้การสนับสนุนของธุรกิจสุรา และการจัดบริการสุรา โดยเฉพาะที่มาพร้อมกับกิจกรรมพิเศษต่างๆ
- 8) สนับสนุนการต่อต้านการจำหน่ายสุราเถื่อนหรือสุราผิดกฎหมาย
- 9) สร้างหลักประกัน และ/หรือเพิ่มการเข้าถึงบริการและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาสุรา และ/หรือสำหรับบิดามารดาและสมาชิกครอบครัวที่ติดสุรา
- 10) ลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอุบัติเหตุ จากการทำร้าย และการใช้ความรุนแรง และโดยเฉพาะที่กระทำกับวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 เป็นการส่งเสริมให้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราแบบผสมผสานเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด โดยเน้นในเรื่องต่อไปนี้

- 1) ด้านการคุ้มครอง โดยมุ่งไปที่การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และให้การสนับสนุนของธุรกิจสุรา การควบคุมสถานบริการ/จำหน่ายสุรา การกำหนดอายุขั้นต่ำผู้ดื่มและผู้ซื้อ ใช้มาตรการทางเศรษฐกิจ ได้แก่ มาตรการภาษีและราคา และการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและวัยรุ่นที่บิดามารดาและสมาชิกครอบครัวติดหรือมีปัญหาสุรา
- 2) ด้านการส่งเสริมการศึกษา โดยการชี้ถึงผลเสียของสุรา พัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถาบันการศึกษา สถานที่ทำงาน องค์กรเยาวชน และในชุมชน และส่งเสริมบทบาทของวัยรุ่นในความรับผิดชอบต่อสังคม
- 3) สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อม โดยการสร้างโอกาสและทางเลือกของวัฒนธรรมการดื่มที่ไม่พึ่งสุรา สนับสนุนครอบครัวให้มีบทบาทส่งเสริมสุขภาพและการมีชีวิตที่ดีของวัยรุ่น สร้างหลักประกันโรงเรียนหรือสถานศึกษาปลอดสุรา
- 4) ด้านการลดอันตรายจากการดื่ม โดยการสร้างเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องถึงอันตรายของสุรา ทั้งต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม อบรมพนักงาน/ผู้ให้บริการสุราให้มีความรับผิดชอบ บังคับใช้กฎระเบียบที่ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็ก วัยรุ่น และผู้ที่มีอาการเมินเมา บังคับใช้กฎระเบียบและ

กำหนดบทลงโทษกับพฤติกรรมดื่ม/เมาแล้วขับรถ ให้บริการสังคมและสุขภาพแก่วัยรุ่นที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับสุราทั้งทางตรงและทางอ้อม

ส่วนที่ 3 เป็นการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินยุทธศาสตร์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย

- 1) สร้างข้อผูกพันทางการเมืองในการพัฒนาแผนงานและยุทธศาสตร์ลดปริมาณการดื่มและอันตรายจากสุราสำหรับวัยรุ่น
- 2) พัฒนาเครือข่ายความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือกับวัยรุ่น ให้มีความสำคัญกับวัยรุ่นในฐานะเป็นทรัพยากรสำคัญและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับตัวของเขาเอง
- 3) พัฒนาแนวทางในการกำหนดปัญหาด้านสุขภาพและสังคมของวัยรุ่นที่เป็นผลมาจากสุรา บุหรี่ ยา และสารอื่นๆ ส่งเสริมแนวทางบูรณาการทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นเพื่อให้ได้นโยบายที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของวัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษกว่ากลุ่มอื่น
- 4) เสริมสร้างความเข้มแข็งความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก โดยการให้องค์การอนามัยโลกทำหน้าที่ประสานนโยบายเป็นเครือข่ายร่วมกันของยุโรป เพื่อให้สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญต้องประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการยุโรป

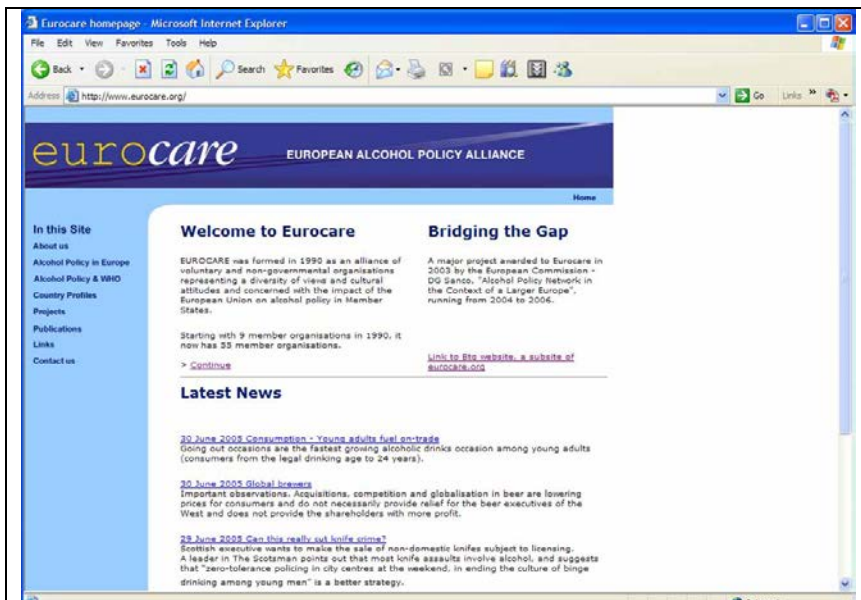
เอกสารทั้ง 4 ฉบับที่กล่าวถึงข้างต้นนั้นไม่ได้มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายมาตรการสุราของสหภาพยุโรปเท่านั้น แต่รวมถึงการกำหนดนโยบายมาตรการสุราของประเทศอื่นทั้งหมดในยุโรปที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของสหภาพยุโรปด้วยเช่นกัน แม้ว่าประเทศต่างๆ ในยุโรปจะมีความแตกต่างกันในทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง แต่สาระที่ปรากฏอยู่ในเอกสารเหล่านี้ถือเป็นหลักการและเป้าหมายร่วมกันของประเทศในการสร้างความอยู่ดีมีสุขให้กับพลเมืองของตน และยังเป็นแนวทางสำคัญในการกำหนดนโยบายมาตรการสุราที่มีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับผลประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชน

4.1.4 กลไกที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

นอกเหนือจากพัฒนาการของตัวนโยบายและมาตรการในเชิงประวัติศาสตร์โดยตรงแล้ว สหภาพยุโรปยังได้พัฒนากลไกต่างๆ ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ประเทศสมาชิคนำนโยบายและมาตรการไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามและประเมินสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการ

ดื่มสุราในแต่ละประเทศในยุโรปด้วย ลักษณะของการพัฒนาไกลเหล่านี้มีทั้งที่เป็นการจัดตั้งองค์กร การพัฒนาเครือข่าย ฟอรัม การจัดประชุมสัมมนา ฯลฯ ดังต่อไปนี้

(1) Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) Eurocare เป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นจากความร่วมมือเป็นพันธมิตรกันในระหว่างองค์กรอาสาสมัครและองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ เมื่อปี 1990 โดยมุ่งติดตามผลกระทบของนโยบายมาตรการสุราของสหภาพยุโรปที่มีต่อประเทศสมาชิก คำว่า Eurocare นั้นย่อมาจาก European Council for Alcohol Research Rehabilitation and Education เมื่อตอนแรกตั้ง Eurocare มีสมาชิกอยู่ 9 องค์กร ปัจจุบันนี้มีสมาชิกจำนวนทั้งสิ้น 55 องค์กร¹⁷ พันธกิจของ Eurocare มุ่งส่งเสริมการป้องกันและการลดปัญหาและอันตรายจากการดื่มสุรา โดยให้การสนับสนุน สร้างเครือข่าย และสร้างความร่วมมือเพื่อไม่ให้สุราเป็นสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควร การใช้ความรุนแรง และความพิการของพลเมืองยุโรป ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ Eurocare จึงมุ่งพัฒนาและรักษาสัมพันธภาพในระหว่างองค์กรที่ทำงานต่อสู้กับปัญหาสุรา ไน้มนำผู้กำหนดนโยบายในยุโรปด้วยการเป็นฝ่ายสนับสนุนข้อมูลหลักฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย ติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติและกลยุทธ์การตลาดของกลุ่มธุรกิจอุตสาหกรรมสุรา สนับสนุนการป้องกันปัญหาสุราในการตัดสินใจของสหภาพยุโรป จัดพิมพ์เผยแพร่รายงานและเอกสารแสดงสถานการณ์ปัญหา (Eurocare's Mission Statement, n.d.)



ภาพที่ 6 โฮมเพจเว็บไซต์ของ Eurocare (<http://www.eurocare.org/>)

¹⁷ รายละเอียดเกี่ยวกับ EURO CARE สามารถเข้าไปดูได้ที่ <http://www.eurocare.org/index.html>

(2) **Interactive Policy Making (IPM)** เป็นอีกกลไกหนึ่งของสหภาพยุโรปที่เป็นความริเริ่มของคณะกรรมการยุโรปที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นช่องทางในการรับฟังผลย้อนกลับ (feedback) โดยตรงจากภาคพลเมือง ภาคผู้บริโภค และภาคธุรกิจ เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่สหภาพยุโรปประกาศใช้ ตลอดจนเป็นช่องทางในการเรียนรู้ประสบการณ์จากคนเหล่านั้น ซึ่งจะช่วยให้คณะกรรมการยุโรปสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงนโยบายและมาตรการที่มีอยู่และการกำหนดนโยบายและมาตรการใหม่ออกมาใช้ โดยประกอบไปด้วยกลไกย่อยๆ 2 ส่วนคือ กลไกในการรับฟังผลย้อนกลับ (feedback mechanism) และกลไกการให้คำปรึกษาออนไลน์ (on-line consultation mechanism)

กลไกการรับฟังผลย้อนกลับ เป็นช่องทางที่คณะกรรมการยุโรปใช้ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นต่างๆ จากประชาชนและกลุ่มธุรกิจสุทธาเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการที่นำออกมาใช้ โดยประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถส่งข้อมูลย้อนกลับได้ทางเว็บไซต์ที่กระจายอยู่ทั่วไปในยุโรปถึงกว่า 300 แห่ง เช่น Euro Info Centres¹⁸, European Consumer Centres¹⁹, และที่ Citizens Signpost Service²⁰ เป็นต้น ช่องทางเหล่านี้จะรวบรวมปัญหาและความคิดเห็นที่มีเข้ามาทุกวันจากประชาชน ผู้บริโภคและภาคธุรกิจ จากนั้นก็จะนำไปบันทึกไว้ในฐานข้อมูลย้อนกลับของคณะกรรมการ (Commission's Feedback Database) เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการปรับปรุงและพัฒนา นโยบายและมาตรการใหม่ต่อไป ซึ่งคำสั่งทั่วไป (Directorate Generals: DG) จำนวนมากล้วนเป็นผลมาจากข้อมูลความคิดเห็นที่มีการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบในแต่ละปีนั่นเอง

กลไกการให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่คณะกรรมการยุโรปใช้ในการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและธุรกิจ โดยมีลักษณะของการจัดทำเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในลักษณะต่างๆ แล้ววางไว้ในเว็บไซต์ให้ผู้ที่ต้องการแสดงความคิดเห็นเข้ามาตอบ วิธีนี้จะช่วยลดระยะเวลาในการสอบถามความคิดเห็นต่างๆ เนื่องจากคำตอบจะเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ประเมินผลได้ทันที ปัจจุบันกลไกนี้กำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตัวอย่างที่

¹⁸ รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ Euro Info Centres สามารถเข้าไปดูได้ที่

<http://europa.eu.int/comm/enterprise/networks/eic/eic.html>

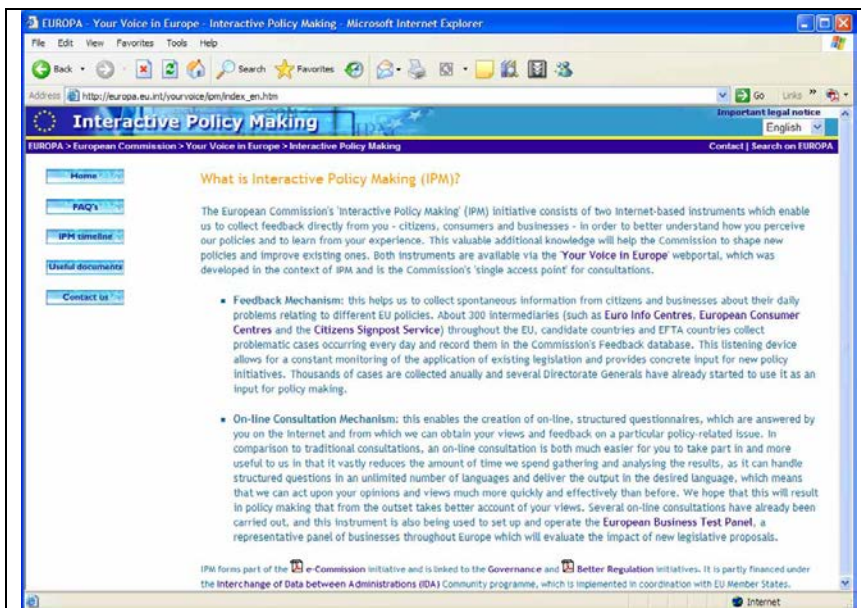
¹⁹ รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ European Consumer Centres สามารถเข้าไปดูได้ที่

http://europa.eu.int/comm/consumers/redress/ecc_network/index_en.htm

²⁰ รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ Citizens Signpost Service สามารถเข้าไปดูได้ที่

http://europa.eu.int/citizensrights/signpost/front_end/index_en.htm

สำคัญก็คือ European Business Test Panel²¹ ซึ่งถือเป็นเวทีของธุรกิจอุตสาหกรรมสุราในการแสดงข้อคิดความเห็นวิพากษ์วิจารณ์นโยบายและมาตรการต่างๆ ของสหภาพยุโรปโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิพากษ์วิจารณ์นโยบายและประเมินผลกระทบก่อนที่จะมีการประกาศใช้ ความจริงแล้วกลไกเหล่านี้สหภาพยุโรปไม่ได้สร้างขึ้นเฉพาะแต่กับกรณีสุราเท่านั้น แต่ใช้กับสินค้าทุกประเภทที่อยู่ในระบบตลาดเดียวของยุโรปทั้งหมด ซึ่งกลไกย่อยทั้งสองของ IPM นี้ผู้ใช้ยังสามารถเข้าถึงได้จากช่องทางของ “Your Voice in Europe” ด้วย



ภาพที่ 7 โฮมเพจเว็บไซต์ของ Interactive Policy Making

(http://europa.eu.int/yourvoice/ipm/index_en.htm)

(3) Your Voice in Europe เป็นอีกกลไกหนึ่งของคณะกรรมการการยุโรปที่พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นช่องทางในอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงช่องทางย่อยๆ ได้อีกหลายช่องทาง (Single Access Point) โดยผู้ที่เข้ามาใช้กลไกนี้สามารถที่จะแสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์ ขอคำปรึกษา พุดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการต่างๆ ของสหภาพยุโรป ช่องทางนี้นับเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการพัฒนานโยบายและมาตรการของยุโรปโดยมีลักษณะเป็น interactive portal ในอินเทอร์เน็ตที่ใช้งานง่าย รวดเร็ว และครอบคลุมประเด็นหัวข้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตและการทำงานในยุโรป ข้อมูลตลอดจน

²¹ รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ European Business Test Panel สามารถเข้าไปดูได้ที่

http://europa.eu.int/yourvoice/ebtp/index_en.htm

ความเห็นต่างๆ ที่อยู่ในกลไกนี้ถือเป็นส่วนสำคัญที่สหภาพยุโรปใช้ในการรับฟังความเห็นจากสาธารณชนเพื่อนำมาซึ่งการปรับปรุงและการสร้างนโยบายและมาตรการใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ประชาคมยุโรปทั้งหมด

ตัวอย่างที่น่าสนใจประการหนึ่งในกลไก Your Voice in Europe ก็คือช่องทาง “Consultation” (http://europa.eu.int/yourvoice/consultations/index_en.htm) ที่เมื่อผู้เข้ามาในช่องทางนี้แล้วสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายและมาตรการได้โดยการแสดงความเห็นของตนได้อย่างเสรี ซึ่งข้อคิดความเห็นต่างๆ ที่มีผู้มาแสดงไว้จะถูกบันทึกเก็บรวบรวมไว้เป็นรายงานการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้ที่สนใจสามารถเข้ามาศึกษาหรือเรียกดูได้ ที่สำคัญรายงานเหล่านี้เป็นข้อมูลย้อนกลับที่มีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการของสหภาพยุโรปในประเด็นต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

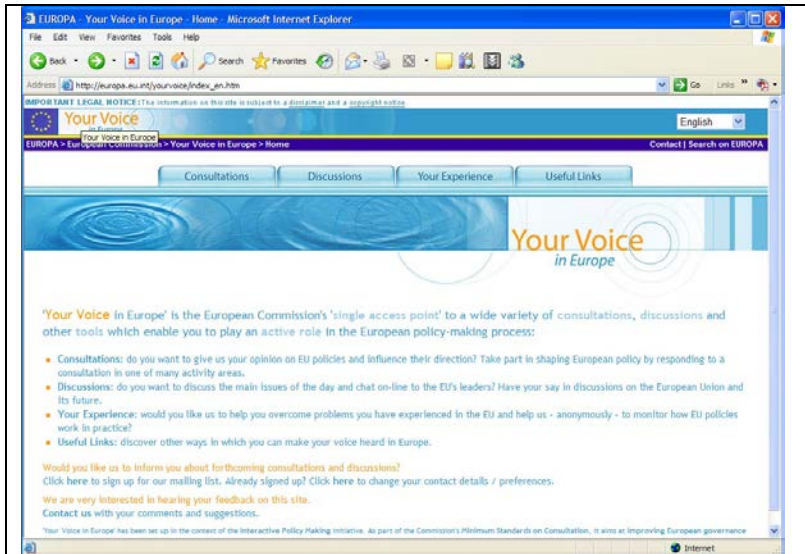
กรณีศึกษาอันหนึ่งที่ผู้วิจัยเข้าไปสืบค้นก็คือการเปิดให้มีการพิจารณาข้อเสนอของอดีตกรรมการยุโรปคนหนึ่งซึ่งชื่อว่า David Byrne โดยเขาได้จัดทำเอกสารข้อเสนอเรื่อง “Enabling Good Health for All”²² ขึ้นแล้วเปิดให้มีการเข้ามาแสดงความเห็นวิพากษ์วิจารณ์ รายงานผลการพิจารณาปรากฏอยู่ในเอกสารอีกฉบับหนึ่งชื่อว่า “Reflection Process-Report on Responses Received”²³ ซึ่งมีสาระสำคัญสรุปได้ว่าเอกสารดังกล่าวนำมาแสดงไว้ในเว็บไซต์ของ Your Voice in Europe ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2004 จนถึงเดือนตุลาคม 2004 มีผู้เข้ามาแสดงความเห็น 180 รายโดยประกอบด้วยองค์กรต่างๆ ทั้งในระดับชาติและภูมิภาค องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันอุดมศึกษา พลเมืองยุโรป และบรรดาธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้ามาให้ความเห็นต่างเห็นพ้องต้องกันว่าวิธีการเปิดพิจารณาในลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดีและสนับสนุนให้มีการดำเนินการอย่างกว้างขวาง ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อเสนอของ Byrne บรรดารัฐมนตรีสาธารณสุขของหลายประเทศก็ได้เข้ามาร่วมแสดงความเห็นด้วย เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ สวีเดน ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ เยอรมันนี โปแลนด์ และลัตเวีย เป็นต้น เสียงส่วนใหญ่เห็นว่ายุโรปควรต้องเร่งรณรงค์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (healthy life styles) ในหมู่พลเมืองยุโรป โดยเน้นในประเด็นปัญหาสำคัญคือ เรื่องบุหรี่ สุรา อาหาร และการออกกำลังกาย เสียงส่วนใหญ่เห็นพ้องว่าจุดที่สำคัญอยู่ที่การป้องกันในกลุ่มเยาวชน โดยการเน้นการให้ความรู้ด้านการดูแลและสุขภาพ ความเห็นหนึ่งที่น่าสนใจก็คือ ข้อเสนอให้รณรงค์โดยการสร้างความหมายของคำว่า “สุขภาพ (health)” คู่ขนานไปกับคำว่า “แจ้ว (cool)” หรือ health = cool (Commissioner Byrne’s Reflection Process, n.d.)

²² เอกสาร “Enabling Good Health for All” สามารถเข้าสืบค้นได้ที่

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf

²³ เอกสาร “Reflection Process-Report on Responses Received” สามารถเข้าสืบค้นได้ที่

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_rd_01_en.pdf



ภาพที่ 8 โฮมเพจเว็บไซต์ของ Your Voice in Europe

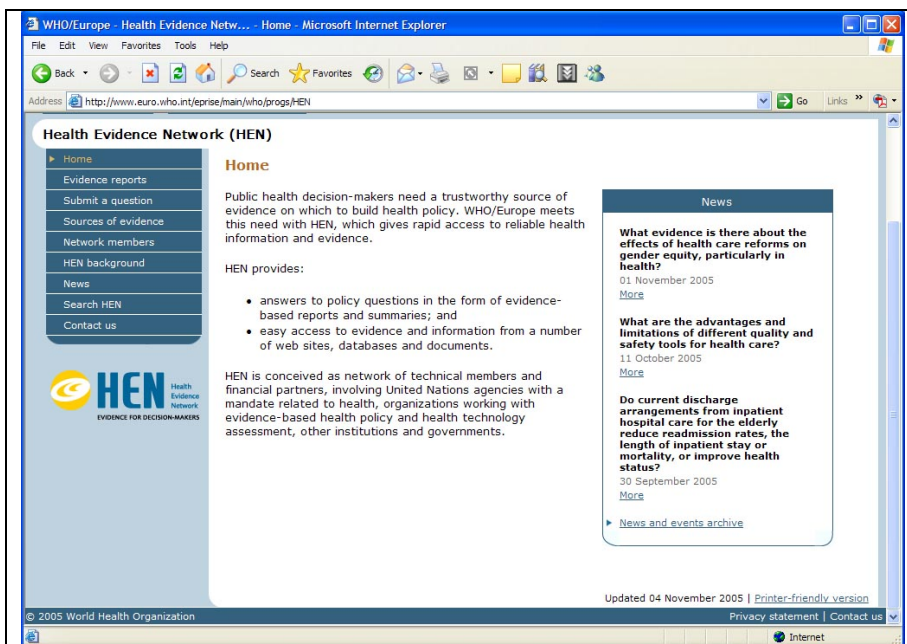
(http://europa.eu.int/yourvoice/index_en.htm)

(4) Health Evidence Network (HEN) เป็นบริการสารสนเทศสำหรับกิจการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพอีกช่องทางหนึ่งในอินเทอร์เน็ตที่ยุโรปพัฒนาขึ้นร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสารสนเทศและหลักฐานข้อค้นพบต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์กับการวางนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุรา ในหน้าโฮมเพจเว็บไซต์ของ HEN อธิบายถึงความสำคัญของการพัฒนาช่องทางนี้ขึ้นมาว่า บรรดาผู้ที่ต้องทำงานรับมือชอกับการตัดสินใจด้านนโยบายและมาตรการสุรารวมทั้งนโยบายและมาตรการสาธารณสุขในด้านอื่นต้องอาศัยแหล่งข้อมูลหลักฐานอ้างอิงที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ความต้องการดังกล่าวเพิ่มขึ้นทุกวันตลอดจนข้อมูลสารสนเทศและหลักฐานต่างๆ ก็มีอยู่เป็นจำนวนมากกระจัดกระจายอยู่ในแหล่งและฐานข้อมูลหลายต่อหลายแห่ง HEN จึงได้ริเริ่มที่จะสร้างช่องทางที่เสมือนเป็นศูนย์กลางของสารสนเทศและหลักฐานเหล่านั้นไว้ทีเดียว ที่ทุกคนทั้งที่เป็นผู้ที่ทำงานด้านนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบายทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสารสนเทศและหลักฐานเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็วและสะดวกที่สุด

ภารกิจสำคัญของ Health Evidence Network ก็คือการแสวงหาคำตอบให้กับคำถามในเชิงนโยบายในรูปของหลักฐานอ้างอิงที่มีพื้นฐานอยู่บนรายงานและบทสรุปที่ได้จากการวิจัย และนำมาจัดเป็นฐานข้อมูลและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึงได้ตลอดเวลา ดังนั้นบริการที่ HEN จัดรวบรวมไว้ในเว็บไซต์มีทั้งที่เป็น การเชื่อมโยงเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ฐานข้อมูล เอกสาร ตลอดจนองค์การและสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระหว่าง

ประเทศ นอกจากนี้ HEN ยังมีบริการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพตามที่มีผู้ร้องขอเข้ามาทางอินเทอร์เน็ตด้วย ทั้งนี้ HEN มีทีมผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก รวมทั้งบรรดาผู้ที่เป็นสมาชิกของ HEN เองที่จะมาช่วยในการแสวงหาข้อมูลหลักฐานตามที่ต้องการมาสังเคราะห์เป็นรายงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันทีที่น่าสนใจเกี่ยวกับ HEN อีกประการหนึ่งก็คือ HEN ได้พัฒนากลไกในการสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานดังกล่าวโดยจำแนกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นแรกเป็นขั้นที่เรียกว่าการทบทวนเบื้องต้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญของ HEN ขั้นตอนที่สองเป็นขั้นของการวิจารณ์ให้ความเห็นข้อเสนอแนะจาก peer review ทั้งภายในภายนอก และขั้นที่สามเป็นขั้นของการควบคุมคุณภาพของรายงานข้อมูลหลักฐานโดยทีมผู้เชี่ยวชาญของ HEN ซึ่งนับว่าเป็นขั้นตอนที่ทำให้ข้อมูลและหลักฐานของ HEN ที่เผยแพร่ต่อสาธารณะมีความถูกต้องและเชื่อถือได้สูง

ฐานข้อมูลสารสนเทศที่ HEN จัดรวบรวมไว้หลากหลายและครอบคลุมประเด็นต่างๆ ด้านสาธารณสุขอย่างครบถ้วนและค่อนข้างสมบูรณ์ เช่น Adolescent health, Aging, Blood safety, Child health, Health policy, Health status, และ Mental disorders เป็นต้น ซึ่งแน่นอนครอบคลุมประเด็นของ Alcohol drinking ไปด้วย



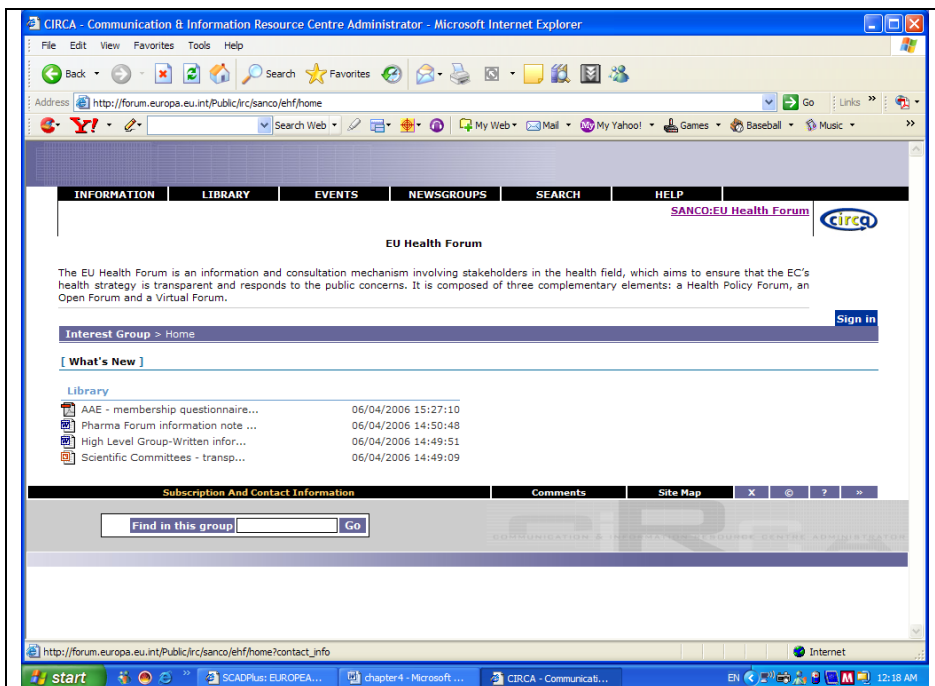
ภาพที่ 9 โฮมเพจเว็บไซต์ของ Health Evidence Network (HEN)

(<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/HEN>)

(5) EU Health Forum เป็นกลไกสำคัญอีกกลไกหนึ่งของสหภาพยุโรปที่เกิดจากการริเริ่มของคณะกรรมการการยุโรป โดยมีวัตถุประสงค์ในการทำหน้าที่เป็นกลไกในด้านข้อมูล/สารสนเทศและ

การให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อสร้างหลักประกันว่าเป้าหมายว่าด้วยยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประชาคมที่ประกาศต่อสาธารณชนมีความชัดเจนและสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง EU Health Forum เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นองค์กรของผู้ป่วย นักวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ฯลฯ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุขภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

EU Health Forum ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนได้แก่ Open Forum ซึ่งมีลักษณะเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และ Health Policy Forum ซึ่งเป็นกลไกของกลุ่มองค์กรสมาชิกที่มาอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญ ล่าสุด EU Health Forum เพิ่งจะจัดการประชุม Open Forum 2005 ขึ้นที่กรุงบรัสเซล ประเทศเบลเยียม เมื่อวันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2005²⁴ ในหัวข้อ “Health challenges and future strategy”



ภาพที่ 10 โฮมเพจเว็บไซต์ของ EU Health Forum

(<http://forum.europa.eu.int/Public/irc/sanco/ehf/home>)

²⁴ รายละเอียดและผลการประชุมดูได้ที่

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/health_forum/open_2005/contributions_en.htm

(6) The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) เป็นโครงการที่สหภาพยุโรปให้การสนับสนุนโดยมีวัตถุประสงค์หลักในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับสุรา บุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ในกลุ่มนักเรียนของประเทศต่างๆ ในยุโรป เป้าหมายในระยะยาวของโครงการ ESPAD เพื่อต้องการติดตามแนวโน้มการดื่มสุราและการใช้สารอื่นของนักเรียนวัยรุ่นของยุโรป และเพื่อการเปรียบเทียบในระหว่างประเทศต่างๆ อันจะทำให้เข้าใจแบบแผนการดื่มสุราของวัยรุ่นและสามารถใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหาสุราในกลุ่มวัยรุ่น และที่สำคัญก็เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหาสุราในกลุ่มวัยรุ่นของสหภาพยุโรป เช่น กรณีของคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุราเมื่อปี 2001 ESPAD มีการเก็บข้อมูลใหม่ทุก 4 ปี ล่าสุดที่รายงานอยู่ในเว็บไซต์ (<http://www.espad.org/>) เป็นรายงานข้อมูลของปี 2003



ภาพที่ 11 โฮมเพจเว็บไซต์ของ ESPAD (<http://www.espad.org/>)

4.2 องค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปที่นำไปใช้ใน ประเทศสมาชิก

ในประเด็นของการนำเอากรอบนโยบายและมาตรการสุราที่เสนอโดยสหภาพยุโรปไปใช้ใน แต่ละประเทศสมาชิคนั้น พบว่ามีข้อจำกัดที่สำคัญบางประการ ประการสำคัญที่สุดก็คือเรื่องของ ผลประโยชน์ที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญ แม้ว่าประเทศในยุโรปจะรวมกันเป็นสหภาพยุโรปที่ มุ่งหวังให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทุกมิติ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ามีมิติด้านเศรษฐกิจมี ความสำคัญค่อนข้างมาก พื้นฐานทางเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปทั้ง 25 ประเทศ ไม่ได้เหมือนกันไปทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของสุรา หลายประเทศอุตสาหกรรมและธุรกิจ หรือแม้แต่เกษตรกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุราเป็นภาคเศรษฐกิจที่มีความสำคัญอย่างมาก ในขณะที่บาง ประเทศมีความสำคัญน้อยกว่า ประกอบกับสุราในยุโรปนั้นเกี่ยวข้องกับแบบแผนทางวัฒนธรรมที่ แตกต่างกันในแต่ละประเทศอีกด้วย เป็นผลทำให้การกำหนดนโยบายและมาตรการสุราใน ระดับประเทศหรือในแต่ละท้องถิ่นจึงยังคงมีความแตกต่างกัน ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปทั้ง 25 ประเทศไม่ได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราเหมือนกันหรือไปในทิศทางเดียวกันตามกรอบ นโยบายหลักที่ออกโดยสหภาพยุโรปทั้งหมด “การที่ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปมีพื้นฐานทาง ประวัติศาสตร์ที่ต่างกัน มีเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจต่างกัน ย่อมมีผลทำให้ พฤติกรรมการดื่มสุรา ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และนโยบายสุราแตกต่างกันไปด้วย” (Osterberg and Karlsson, 2003: 33)

Osterberg and Karlsson ชี้ให้เห็นว่าผลประโยชน์อันเนื่องมาจากสุรานี้มีด้วยกันอย่างน้อย 4 ประการได้แก่ ผลประโยชน์ด้านการเงิน (the fiscal interest) ผลประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจ (the economic development interest) ผลประโยชน์ในการรักษาความเป็นระเบียบเรียบร้อยและ ความปลอดภัยของประชาชน (the interest to maintaining public order and safety) และ ผลประโยชน์ในการรักษาความสามารถในการผลิตซ้ำและสุขภาพของประชากร (the interest in maintaining reproduction and health of the population) (Osterberg and Karlsson, 2003: 43) ในกรณีนี้ที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ดังกล่าวไม่เหมือนกัน นโยบายและมาตรการที่ เกี่ยวข้องจึงแตกต่างกันไปด้วย

กล่าวโดยสรุปนโยบายและมาตรการสุราในระดับประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปยังมีความ แตกต่างกัน แต่ละประเทศไม่ได้ถือมาตรฐานในเชิงนโยบายและมาตรการเหมือนกันทั้งหมด แม้ว่าจะ เป็นสมาชิกร่วมอยู่ในประชาคมเดียวกันก็ตาม

ในที่นี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นถึงการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป จึงยกประสบการณ์ของบางประเทศมาแสดงไว้เพื่อเป็นตัวอย่างกรณีศึกษาถึงประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุรา ซึ่งประกอบไปด้วยประสบการณ์ของประเทศฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ และอิตาลี ดังต่อไปนี้

4.2.1 นโยบายและมาตรการสุราของประเทศฟินแลนด์ (Karlsson and Osterberg, 2003)

ฟินแลนด์เป็นประเทศในเขตยุโรปเหนือจัดเป็นประเทศอุตสาหกรรมที่มีมาตรฐานการครองชีพค่อนข้างสูงตลอดจนมีระบบสวัสดิการสังคมที่ดี เดิมอุตสาหกรรมหลักของประเทศคืออุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับไม้และเยื่อกระดาษ แต่ในปัจจุบันได้แก่อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคมโดยมีบริษัทโนเกียเป็นผู้นำ

ช่วงต้นทศวรรษที่ 1950 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรต่อปีต่ำกว่า 2 ลิตร จากนั้นมาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนมาถึงปี 1969 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุราปรากฏว่าปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 6 ลิตร และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ตัวเลขปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรต่อปีของฟินแลนด์ก็เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจนถึงปี 2001 ซึ่งปริมาณการดื่มสุราเท่ากับ 10.43 ลิตรต่อคน

เดิมฟินแลนด์เป็นประเทศที่ประชาชนนิยมดื่มเหล้า กว่าร้อยละ 70 ของสุราที่ดื่มกันในฟินแลนด์คือเหล้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งเหล้ากลั่น มีการดื่มไวน์บ้างไม่มากเท่ากับสุรากลั่น เบียร์เริ่มมาได้รับความนิยมตั้งแต่ปี 1950-1990 เป็นต้นมา ในช่วงแรกคนฟินแลนด์นิยมดื่มเบียร์ชนิด medium beer ในปี 1961 ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อคนต่อปีเท่ากับ 1.54 ลิตร มาในปี 2001 ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อคนต่อปีเท่ากับ 4.89 ลิตร ปัจจุบันฟินแลนด์ไม่ใช่ประเทศที่ดื่มเหล้าอีกต่อไป กลายเป็นประเทศที่ดื่มเบียร์ไปในที่สุด

ความเป็นมาของนโยบายและมาตรการสุราในฟินแลนด์

ในปี 1865 ฟินแลนด์มีกฎหมายการห้ามกลั่นสุราดื่มเองที่บ้านในยุคที่เหล้าเป็นที่นิยมในฟินแลนด์ แต่ก็สนับสนุนให้มีการกลั่นเป็นสินค้าจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ จนในช่วงกลางศตวรรษที่ 19 ขบวนการต่อต้านการดื่มสุรา (temperance movement) ก็มีบทบาทมากขึ้นโดยเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายไม่อนุญาตให้มีการกลั่นสุราไม่ว่าในกรณีใด ช่วงปี 1881-1990 สถานบริการสุรา (เหล้า) ในเขตชนบทเริ่มลดลง (ยกเว้นเบียร์) ในเขตเมืองอิทธิพลของระบบโกเทนเบิร์ก (the

Gothenburg System)²⁵ ได้แพร่กระจายเข้ามาเป็นผลทำให้รัฐเข้ามาควบคุมธุรกิจสุรามากขึ้น โดยเฉพาะในการทำหน้าที่ผูกขาดและควบคุมการจำหน่ายสุรา

ในปี 1907 ฟินแลนด์เสนอกฎหมายที่เรียกว่า Prohibition Act แต่มาามีผลบังคับใช้ในปี 1919 ห้ามผลิตสุราที่มีแอลกอฮอล์เกินกว่าร้อยละ 2 โดยมีการกำหนดบทลงโทษไว้ด้วย แต่ถึงจะลงโทษค่อนข้างแรงเพียงใดก็ยังมี การลักลอบผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อนอยู่ดี รวมทั้งการลักลอบเปิดบริการโรงเหล้า ปัญหาจากการดื่มก็ยังคงมีอยู่ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจถดถอยในต้นทศวรรษที่ 1930 กฎหมาย Prohibition Act ก็ถูกยกเลิกไปในที่สุด

ในปี 1932 รัฐสภาฟินแลนด์ได้ออกกฎหมายฉบับใหม่เรียกว่า Alcohol Act มุ่งควบคุมการดื่มสุราโดยระบบการผูกขาดโดยรัฐ จนในปี 1955 รัฐบาลก็เปิดบริษัทผูกขาดที่ชื่อว่า "Alko" ซึ่งผูกขาดทั้งการผลิตสุรา การนำเข้าสุรา การส่งออกสุรา และการจำหน่ายสุรา ในยุคนั้นฟินแลนด์ถือว่าสุราหมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบอยู่มากกว่าร้อยละ 2.8 ขึ้นไป นอกจากนี้ Alko ยังมีอำนาจในการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุราในร้านนั่งดื่มอย่างในภัตตาคารด้วย ผลก็คือการผลิตเบียร์ ไวน์ และเหล้าในฟินแลนด์ก็ได้รับอนุญาตมานับแต่บัดนั้น บรรดาภัตตาคารใหญ่ที่จำหน่ายสุรามีเจ้าของเป็นทั้งปัจเจกชนและคณะบุคคล

Alko มีมาตรการควบคุมการดำเนินงานของเอกชนที่เข้มงวด อย่างกรณีโรงผลิตเบียร์จะถูกควบคุมตั้งแต่คุณภาพ มาตรฐาน และวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต รวมทั้งบรรจุภัณฑ์ เบียร์ทั้งหมดที่ผลิตเพื่อขายในประเทศต้องส่งมาที่ Alko โดยจะจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ให้กับโรงผลิตเบียร์ โรงผลิตเองก็ไม่สามารถเป็นเจ้าของภัตตาคารได้ Alko เป็นคนกำหนดราคาจำหน่ายสุราในภัตตาคาร ทั้งยังควบคุมรายได้ของเจ้าของภัตตาคาร นอกจากนี้ Alko ยังออกระเบียบควบคุมการให้บริการสุราในภัตตาคารด้วย ควบคุมตั้งแต่การแต่งกายของลูกค้า ไม่อนุญาตให้สตรีเข้ามาในภัตตาคารโดยลำพัง หรือแม้แต่จะมาเป็นกลุ่มกับสตรีด้วยกันก็ตาม ห้ามไม่ให้มีการเดินร่าในภัตตาคาร จะว่าไปแล้วผู้จัดการหรือเจ้าของภัตตาคารก็คือตัวแทนของ Alko นั่นเอง

²⁵ ระบบโกเทนเบิร์ก (the Gothenburg System) มีกำเนิดมาจากประเทศสวีเดนเมื่อปี 1850 ช่วงนั้นสวีเดนเริ่มมีปัญหาคนป่วยจากการดื่มสุราโดยเฉพาะคนงาน รัฐจึงเข้ามาผูกขาดและควบคุมการจำหน่ายเหล้าแต่เพียงผู้เดียว วัตถุประสงค์เพื่อลดการดื่มสุราลง ต้นแบบของระบบดังกล่าวนี้ใช้ในการผูกขาดการจำหน่ายเหล้าให้กับคนงานในเขตเมืองเพื่อสามารถควบคุมปัญหาที่จะตามมาได้ ไม่ว่าปัญหาความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย และปัญหาความรุนแรง โดยพื้นฐานระบบโกเทนเบิร์กเชื่อว่า "ศัตรูตัวสำคัญของความรู้สึกผิดชอบชั่วดีและสวัสดิการของคนงานอยู่ในโรงเหล้า"

ในปี 1968 มีการประกาศใช้ Alcohol Act and A Special Medium Beer Act ที่ค่อนข้างเปิดเสรีมากขึ้น ร้านจำหน่ายและบริการสุรามีเพิ่มขึ้น แต่กรณีของ medium beer ก็ยังอยู่ในการควบคุมของรัฐ โดย Alko เป็นผู้มึสิทธิในการอนุญาตให้จำหน่ายเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่าร้อยละ 4.7 ได้ในร้านขายของชำหรือร้านกาแฟ นั่นหมายความว่า Alko ก็ยังเป็นคนกำหนดราคาจำหน่ายปลีก medium beer อยู่ดี กฎหมายสุราในปี 1968 มีการจำกัดอายุคนซื้อสุรจาก้านซื้อกลับบ้าน นับแต่ปี 1969 เป็นต้นมาคนที่ซื้อสุราที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ 22 ได้ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ส่วนสุราที่มีแอลกอฮอล์เกินกว่านั้นคนซื้อต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป (เดิมกำหนดไว้ว่าคนซื้อสุราทุกชนิดต้องมีอายุ 21 ปีขึ้นไป) สำหรับที่บาร์หรือภัตตาคารคนที่สามารถซื้อดื่มได้ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ถึงกระนั้นก็ตามเจ้าของ/ผู้ประกอบการก็มีสิทธิที่จะเลือกบริการลูกค้าและกำหนดอายุผู้ดื่มให้สูงกว่าได้

การกำหนดราคาและภาษี หน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดราคาจำหน่ายสุรตามพระราชบัญญัติสุราเมื่อปี 1932 และ 1968 ก็คือ Alko โดยหลักการราคาสุรายังแพง Alko ก็ยังคงได้ประโยชน์จากส่วนเกินของราคา ดังนั้นเพื่อให้รัฐมีรายได้จากการจำหน่ายสุรา ในปลายทศวรรษที่ 1970 รัฐสภาพินแลนด์จึงกำหนดให้ Alko ต้องจ่ายภาษีสุรจากส่วนเกินของรายได้ให้กับรัฐ ในปี 1979 อัตราภาษีดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 60 ของยอดรวมที่ขายได้ทั้งหมดที่ Alko ได้รับ ต่อมาในปี 1990 มีการเปลี่ยนกฎหมายภาษีสุรา โดยกำหนดเก็บภาษีจากยอดขายรวมทั้งหมดดังนี้ สุรากลั่นเก็บร้อยละ 60 ไวน์ประเภท fortified wines²⁶ เก็บร้อยละ 55 ไวน์ประเภท table wines²⁷ เก็บร้อยละ 45

การเก็บภาษีสุราในระยะแรกของฟินแลนด์ไม่ได้ใช้ฐานการเก็บตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ แต่เป็นการเก็บตามราคาจำหน่ายปลีกตามที่ Alko กำหนด ภาษีมูลค่าเพิ่มหรือภาษีการขาย จึงรวมอยู่ในราคาขายแล้ว ระบบภาษีแบบนี้เอื้อประโยชน์ต่อผลผลิตสุราในประเทศและสุราที่มีราคาถูก แต่เป็นผลกระทบต่อสุรานำเข้าและสุราที่มีราคาแพง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าระบบภาษีแบบนี้ขัดต่อหลักการภาษีที่ตกลงกันในสหภาพยุโรปที่กำหนดว่าต้องไม่มีการแบ่งแยกกันในระหว่างสุราใน

²⁶ Fortified wines หมายถึงไวน์ดีกรีสูงที่มีเติมแอลกอฮอล์ลงไปก่อนกระบวนการหมักจะเสร็จสิ้น (ซึ่งอาจเป็นการเติมเหล้าลงไปก็ได้) ซึ่งจะทำปฏิกิริยากับยีสต์เกิดเป็นน้ำตาล ทำให้ไวน์มีรสหวานเพิ่มขึ้น และยังช่วยให้เก็บรักษาไว้ได้นาน ในสหรัฐอเมริกาจะเรียกไวน์ชนิดนี้ว่า dessert wines

²⁷ การผลิตไวน์ในยุโรปโดยปกติจะจำแนกเป็น 2 ชนิดคือ table wines กับ superior quality wines กรณีของ table wines หมายถึงไวน์คุณภาพต่ำซึ่งมีราคาถูกกว่า โดยส่วนมากมักไม่มีการเปิดเผยแหล่งผลิตหรือปีที่เก็บเกี่ยววัตถุดิบมาผลิต

ประเทศกับสุรจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตามการมอบอำนาจในการกำหนดราคาจำหน่ายให้กับ Alko ก็จัดว่าเป็นการเลือกปฏิบัติได้อยู่แล้ว เพราะ Alko สามารถใช้กลไกราคาในการขึ้นหรือลดราคาจำหน่ายสุราประเภทใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่ง Alko เองก็ได้ใช้ระบบนี้ในการควบคุมการบริโภคและปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดจากสุราด้วย เช่น หากต้องการให้คนหันมาดื่มสุราที่มีอันตรายน้อยกว่า ก็จะขึ้นราคาสุราที่มีแอลกอฮอล์สูง เช่น เหล้า และลดราคาสุราที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ เช่น ไวน์กับ เบียร์

ในปี 1994 ฟินแลนด์ออกกฎหมายภาษีสุราฉบับใหม่โดยกำหนดฐานการเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นระบบภาษีที่โปร่งใสและไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อสุราไม่ว่าจะเป็นชนิดใดหรือมีแหล่งผลิตจากที่ใด ดังนั้นนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 1995 เป็นต้นมา อัตราภาษีสรรพสามิตจึงแตกต่างกันไปตามประเภทสุรา ในกรณีของเหล้าและเบียร์ยังมีแอลกอฮอล์สูงเท่าใด ภาษียิ่งสูงเท่านั้น อัตราภาษีสรรพสามิตของเหล้าและเบียร์จึงสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ ส่วนไวน์จะใช้ฐานปริมาตรสุรา (ลิตร) จำแนกตามชนิดของไวน์มา่วมด้วย เช่น ถ้าเป็นไวน์ประเภท table wines สองยี่ห้อ ยี่ห้อหนึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 9 อีกยี่ห้อหนึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 13 ก็จะเก็บภาษีในอัตราเดียวกันต่อลิตร ซึ่งเป็นผลทำให้อัตราภาษีสรรพสามิตสำหรับเหล้าและเบียร์จะสูงกว่าไวน์ นอกจากนี้ฟินแลนด์ยังใช้ระบบที่เอื้อให้กับโรงผลิตสุราขนาดเล็กเสียภาษีสรรพสามิตต่ำกว่า โดยการกำหนดอัตราภาษีตามกำลังการผลิตในแต่ละปี เช่น ถ้าผลิตไม่เกิน 2000 เฮกโตลิตร อัตราภาษีสรรพสามิตเท่ากับ 119 ฟินแลนด์มาร์ค/เฮกโตลิตร/ปริมาณแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 2001-20000 เฮกโตลิตรเก็บในอัตรา 136 ฟินแลนด์มาร์ค/เฮกโตลิตร/ปริมาณแอลกอฮอล์ และตั้งแต่ 20001-55000 เฮกโตลิตรเก็บในอัตรา 153 ฟินแลนด์มาร์ค/เฮกโตลิตร/ปริมาณแอลกอฮอล์

ในเดือนมกราคม 1997 ภาษีสำหรับสุราดีกรีปานกลางและไวน์ที่ดีกรีตั้งแต่ 5.5 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไปลดลง สำหรับไวน์ที่มีดีกรีแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 1.2 – 8.0 เปอร์เซ็นต์ อัตราภาษีลดลงจาก 1300 ฟินแลนด์มาร์ค/ลิตร เหลือ 1100 ฟินแลนด์มาร์ค/ลิตร ไวน์ที่ดีกรีสูงกว่า 8.0 เปอร์เซ็นต์ภาษีก็ลดลงจาก 1700 เหลือ 1400 ฟินแลนด์มาร์ค/ลิตร ส่วนสุราที่มีดีกรีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ลงมา เก็บภาษีลดลงจาก 3000 เหลือ 2550 ฟินแลนด์มาร์ค/เฮกโตลิตร/ปริมาณแอลกอฮอล์

นอกจากการเปลี่ยนฐานการเก็บภาษีจากมูลค่ามาเป็นเก็บตามปริมาณแอลกอฮอล์แล้ว ก็ยังได้ปรับปรุงระบบการกำหนดราคาโดย Alko ให้มีความโปร่งใสมากขึ้นโดยมีการประกาศให้สาธารณชนได้ทราบ ดังนั้นนับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 1994 เป็นต้นมา บรรดาผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ขายส่ง ก็จะทราบราคาขายจริงที่ Alko กำหนด ในช่วงที่ฟินแลนด์เข้าร่วมเป็นสมาชิกสหภาพยุโรป ภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับสุราทุกชนิดเท่ากับ 22 เปอร์เซ็นต์

การออกใบอนุญาตค้าปลีก เดิมตามพระราชบัญญัติสุรา 1932 Alko ผูกขาดจำหน่ายปลีกสุราแต่ผู้เดียว และยังเป็นผู้ออกใบอนุญาตแก่ภัตตาคารที่จะจำหน่ายปลีกสุราด้วย พอมาถึงปี 1969 ก็เป็นผู้ออกใบอนุญาตขายเบียร์แก่ร้านขายของชำ และใบอนุญาตขายปลีกเบียร์แก่คาเฟ่และบาร์ ถึงปี 1995 การออกใบอนุญาตขายปลีกสุราดีกรีแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 4.7 เปอร์เซ็นต์อยู่ในความรับผิดชอบของ National Product Control Agency for Welfare and Health และมอบให้คณะกรรมการประจำท้องถิ่น (Provincial Administrative Board) เป็นผู้ออกใบอนุญาตขายสุราที่มีแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 4.7 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้เดิมไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาต จนในปี 1995 มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมประมาณ 2500 ฟินแลนด์มาร์ค ปัจจุบันอัตราค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นเป็น 3000 ฟินแลนด์มาร์ค (ประมาณ 500 ยูโร) อีกทั้งยังมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมควบคุมรายปีสำหรับภัตตาคาร อัตราค่าธรรมเนียมตั้งแต่ 500-4000 ฟินแลนด์มาร์ค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ขายในแต่ละภัตตาคาร

สถานบริการสุรา อย่างที่กล่าวมาแต่ต้นว่าเดิมนั้น Alko เป็นผู้ผูกขาดจำหน่ายสุรา ดังนั้นในอดีตสถานบริการจำหน่ายสุราจึงมีไม่มากนัก ตอนต้นทศวรรษที่ 1980 มี Alko บริการอยู่ 7 แห่ง ปลายทศวรรษที่ 1980 เพิ่มขึ้นเป็น 54 แห่ง นอกจากนี้ในเรื่องวันเวลาให้บริการ เดิม Alko หยุดในวันเสาร์ มาในปี 1991 นโยบายนี้ก็ยกเลิกโดยเปิดบริการทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันเสาร์ตลอดทั้งปี และขยายเวลาให้บริการเพิ่มขึ้นทั้งนี้ให้บริการลูกค้าให้ดีที่สุด ในแง่การให้บริการ Alko ยังริเริ่มให้บริการส่งสุราให้ตามบ้านโดยเริ่มในปี 1990 จนในปี 1997 ขยายบริการไปยังร้านค้าในท้องถิ่น เช่น ร้านดอกไม้ ร้านหนังสือเป็นตัวแทนในการรับส่งสุราจากลูกค้า ลูกค้าสามารถเข้ามาสั่งสุราตามต้องการ มารับสุราตามที่สั่งและชำระเงินที่ร้านดังกล่าว

ในระหว่างทศวรรษที่ 1950 และ 1960 มีข้อกำหนดเกี่ยวกับปริมาณสุราที่ลูกค้าสามารถซื้อได้ในร้าน Alko มีการลงทะเบียนลูกค้าประจำแต่ละ Alko เวลาที่มาซื้อสุราในภายหลังต้องนำบัตรประจำตัวลูกค้ามาด้วย และมีการบันทึกการซื้อไว้ทุกครั้ง ก่อนหน้าปี 1985 ลูกค้าแต่ละคนซื้อได้ครั้งละไม่เกิน 2 ลิตร แต่ก็ยกเลิกไปในปี 1985 เดิมต้องซื้อเป็นเงินสด ภายหลังก็อนุญาตให้ซื้อด้วยบัตรเครดิตได้

ในปี 1986 เหล้าและไวน์จะเปิดบริการจำหน่ายในภัตตาคารตั้งแต่ 12.00 น. และเบียร์เริ่มบริการตั้งแต่เวลา 9.00 น. มาในปี 1987 เวลาจำหน่ายเหล้าและไวน์จะเริ่ม 11.00 น. และตั้งแต่ปี 1995 ที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุราใหม่ เวลาจำหน่ายสุราทุกประเภทในภัตตาคารเลื่อนมาเป็น 9.00 น. ส่วนเวลาปิดบริการนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี เดิมต้องปิดในเวลา 24.00 น. หรือ 1.00 น. ในทศวรรษที่ 1980 บางภัตตาคารเลื่อนไปปิดในเวลา 2.00 หรือ 3.00 น. แต่ตั้งแต่ปี 1992 ภัตตาคารต้องปิดบริการในเวลา 2.00 น. และอาจต่อไปได้ถึง 3.00 หรือ 4.00 น. หากได้รับอนุญาต

จากเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่พวกร้านกาแฟเบียร์ต้องปิดบริการในเวลา 22.00 น. ในปี 1994 อำนาจในการอนุญาตเลื่อนเวลาปิดบริการมาอยู่ในมือของ National Product Control Agency for Welfare and Health ภัตตาคารส่วนมากจึงปิดบริการในเวลา 3.00 หรือ 4.00 น. และกาแฟเบียร์ก็ปิดบริการในเวลา 2.00 น.

TABLE 6.2. The number of places for off- and on-premise retail sale of alcoholic beverages in Finland from 1950 to 2000

Year	Alko stores	Grocery stores	Restaurants, A-licences*	Restaurants, B-licences*	Total restaurants	Cafés*
1950	83	-	247	101	348	-
1955	96	-	279	120	399	-
1960	94	-	419	124	543	-
1965	108	-	518	200	718	-
1970	157	16,736	1,011	171	1,182	3,299
1975	194	11,968	1,240	230	1,470	3,078
1980	204	9,248	1,294	231	1,525	2,655
1985	212	7,666	1,402	252	1,654	2,618
1990	240	6,706	2,181	379	2,560	3,128
1995	251	8,076	3,222	270	3,492	5,899
2000	275	7,348	4,630	264	4,904	4,050

ภาพที่ 12 จำนวนร้านขายสุราทั้ง off-premises และ on-premises ในฟินแลนด์ ตั้งปี 1950-2000

ที่มา : (Osterberg and Karlsson, 2003: 154)

TABLE 6.3. Excise duty rates for alcoholic beverages in Finland in 2000 in Finnish marks and in euro

Alcoholic beverage category*	FMK	EUR
<i>Beer, per hectolitre per degree of alcohol in the finished product:</i>		
From 0.5 to 2.8% alcohol by volume	109.00	1.68
Over 2.8% alcohol by volume	170.00	28.59
<i>Wine, and fermented beverages other than wine and beer, per hectolitre of the product:</i>		
1.2 or over but less than 2.8% alcohol by volume	27.00	4.54
2.8 or over but less than 5.5% alcohol by volume	800.00	134.55
5.5 or over but less than 8.0% alcohol by volume	1,100.00	185.01
8.0% alcohol by volume or over	1,400.00	235.46
<i>Intermediate products, per hectolitre of the product:</i>		
Not exceeding 15% alcohol by volume	2,550.00	428.88
Over 15% alcohol by volume	4,200.00	706.39
<i>Distilled beverages, per hectolitre of pure alcohol in the finished product:</i>		
1.2 or over but less than 2.8% alcohol by volume	1,000.00	168.19
2.8 or over but less than 10% alcohol by volume	25,500.00	4,456.98
10% alcohol by volume or over	30,000.00	5,045.64

ภาพที่ 13 อัตราภาษีสรรพสามิตสุราในฟินแลนด์ปี 2000

ที่มา : (Osterberg and Karlsson, 2003: 159)

4.2.2 นโยบายและมาตรการสุราของประเทศฝรั่งเศส (Karlsson and Osterberg, 2003)

ฝรั่งเศสจัดเป็นประเทศในแถบตะวันตกก่อนมาทางใต้ของทวีปยุโรป ในอดีตฝรั่งเศสถือเป็นประเทศเกษตรกรรมที่ใหญ่ที่สุดในยุโรป แต่หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ฝรั่งเศสพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศมากขึ้น ฝรั่งเศสเป็นประเทศผู้ผลิตไวน์ชั้นนำของโลก แม้ว่าปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรฝรั่งเศสในปี 2001 ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกจะอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงคือ 13.54 ลิตร แต่ตัวเลขดังกล่าวถือว่าลดลงจากอดีตมาก หากเทียบกับเมื่อปี 1961 ซึ่งปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเท่ากับ 26.03 ลิตร ก็พบว่าปัจจุบันลดลงจากเดิมถึงร้อยละ 47.98 โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวน์เมื่อเปรียบเทียบกับสุราชนิดอื่นแล้ว ปริมาณการดื่มไวน์ต่อหัวประชากรลดลงถึงร้อยละ 59.24 (ปี 1961 ปริมาณการดื่มไวน์ต่อหัวประชากรเท่ากับ 20.56 ลิตร มาในปี 2001 ลดลงเหลือ 8.38 ลิตร) อย่างไรก็ตามปริมาณการดื่มไวน์ที่ลดลงนี้เป็นการลดลงในไวน์ประเภท table wines มากกว่าไวน์ชั้นดี นอกจากนี้ปริมาณการดื่มเบียร์และเหล้าก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกัน ฝรั่งเศสเป็นประเทศที่ได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมการดื่มแบบโรมานิก จึงปรากฏว่ากว่าร้อยละ 30 ของการดื่มไวน์ทั้งหมดเป็นการดื่มร่วมกับมื้ออาหาร

ความเป็นมาของนโยบายและมาตรการสุราของฝรั่งเศส

ฝรั่งเศสให้ความสำคัญกับนโยบายและมาตรการป้องกันปัญหาสุรามาก หลังสงครามโลกครั้งที่สองในปี 1954 มีการก่อตั้งคณะกรรมการวิชาการสูงสุดว่าด้วยการศึกษาและสารสนเทศสุรา (High Committee for Study and Information on Alcoholism) ต่อมาในเดือนธันวาคม 1991 คณะกรรมการดังกล่าวก็เปลี่ยนมาเป็นคณะกรรมการสูงสุดว่าด้วยกิจการสาธารณสุข (High Committee for Public Health) ซึ่งในโครงสร้างได้รวมเอาคณะกรรมการถาวรว่าด้วยปัญหาสุราและการสาธารณสุข (Permanent Commission on Alcohol Problems and Public Health) อยู่ด้วย ซึ่งทำหน้าที่อยู่เพียงไม่กี่ปีก็ล้มเลิกไป จนกระทั่งได้มีการก่อตั้งคณะกรรมการป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ (The National Committee for Prevention of Alcoholism) ในเวลาต่อมา

คณะกรรมการป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติถือเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่เก่าแก่และมีความสำคัญที่สุดของฝรั่งเศสในการต่อสู้กับปัญหาสุรา องค์กรดังกล่าวมีสมาชิกมากกว่า 5000 คน ทำหน้าที่เป็นกลุ่มกดดันสาธารณะและกลุ่มทำงานด้านสารสนเทศในการให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและมาตรการสุรา ในราวต้นทศวรรษที่ 1980 คณะกรรมการเคยได้รับการร้องขอจากประธานาธิบดีให้ตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อกำหนดแผนระยะยาว 10 ปีในการแก้ปัญหาสุรา ในรายงานการศึกษาของคณะทำงานระบุว่าเป้าหมายสำคัญลำดับแรกของนโยบายและมาตรการป้องกัน

ปัญหาสุราก็คือ การลดปริมาณการดื่มสุราของคนฝรั่งเศส และเสนอให้กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ (National Policy) โดยเน้นจุดมุ่งหมายในการ

- ปรับปรุงกฎระเบียบที่มีอยู่และเตรียมการเข้าร่วมในกรอบนโยบายร่วมของประชาคมยุโรปในการคุ้มครองสุขภาพประชาชน

- ปรับปรุงคุณภาพไวน์ ลดการผลิตไวน์ และลดปริมาณแอลกอฮอล์ในสุรา

- กำหนดราคาสุราตามค่าครองชีพของประชาชน กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาปรับปรุงกฎระเบียบว่าด้วยสถานบริการ ส่งเสริมการผลิตและการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์

- พัฒนาการให้ความรู้เกี่ยวกับสุราและผนวกรวมไว้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป

- ส่งเสริมการจัดอบรมปัญหาสุราให้กับนักวิชาชีพสาธารณสุข ครูผู้สอน ฯลฯ

ในวันที่ 10 มกราคม 1991 รัฐบาลออกกฎหมายสาธารณสุข (Public Health Legislation) หรือที่เรียกว่า Loi Evin ซึ่งมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ วัยรุ่นและผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาสุราอย่างเข้มงวด ปัจจุบันการดูแลนโยบายและมาตรการป้องกันปัญหาสุราอยู่ในความรับผิดชอบของ Health Department of the Ministry of Social Affairs

การจำกัดสถานบริการสุรา ตามข้อกำหนดใน The Code des Debits de Boissons ไม่อนุญาตให้เด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี เข้าบาร์โดยไม่มีผู้ใหญ่นำมาด้วย ไม่อนุญาตให้จำหน่ายสุราแก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ทั้งที่เป็น on-premises และ off-premises เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถกำหนดเวลาการให้บริการสุราได้ การขายสุราสามารถกระทำได้ที่สถานบริการนั้นเปิดอยู่ แต่หลังออกกฎหมาย Loi Evin ไม่อนุญาตให้จำหน่ายสุราในเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติอีกต่อไป ในทำนองเดียวกันก็ห้ามจำหน่ายสุราในสถานบริการระหว่างเวลา 22.00 – 6.00 น. ของวันถัดไป ห้ามขายสุราบนถนนไฮเวย์ ยกเว้นการเสิร์ฟ/ขายพร้อมอาหาร ห้ามขายสุราใกล้โรงพยาบาล โรงเรียน พื้นที่/โรงงานอุตสาหกรรม และบ้านพักผู้สูงอายุ ส่วนกรณีการอนุญาตให้ขายในหรือบริเวณรอบสนามกีฬา ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ลงตัว ล่าสุดอนุญาตให้ขายได้แต่ในหนึ่งต้องหยุดขาย 10 วัน

การโฆษณาสุรา ตามบทบัญญัติของกฎหมาย Loi Evin เมื่อปี 1991 ถือได้ว่าฝรั่งเศสมีมาตรการควบคุมการโฆษณาสุราที่เข้มงวดที่สุด สาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

- เครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์เกิน 1.2 เปอร์เซ็นต์ให้ถือว่าเป็นสุราทั้งหมด

- ห้ามโฆษณาสุราเน้นกลุ่มเป้าหมายไปที่เด็กและวัยรุ่น

- ไม่อนุญาตให้มีการโฆษณาสุราทางโทรทัศน์และในโรงภาพยนตร์

- ไม่อนุญาตให้มีการเป็นสปอนเซอร์ในการแข่งขันกีฬาหรือกิจกรรมทางวัฒนธรรม

- อนุญาตให้มีการโฆษณาสุราได้ในนิตยสารสำหรับผู้ใหญ่ บนป้ายประกาศ ณ สถานที่ผลิต และสถานที่จำหน่าย ทางสถานวิทยุที่ได้รับอนุญาต ในบางโอกาสหรือในบางสถานที่ที่เป็นกรณีพิเศษ เช่น งานเทศกาลไวน์ และในพิพิธภัณฑ์ไวน์ เป็นต้น

- ข้อความโฆษณาในสื่อต่างๆ ก็มีมาตรการควบคุม โดยห้ามไม่ให้เกิดภาพคนกำลังดื่มสุราในโฆษณา ข้อความโฆษณาให้ระบุได้เพียงคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ เช่น ปริมาณแอลกอฮอล์ แหล่งผลิต ยี่ห้อ ส่วนผสม ชื่อที่อยู่ของผู้ผลิตและผู้จำหน่าย ข้อมูลผลิตภัณฑ์ ข้อเสนอแนะในการดื่ม

- ในข้อความโฆษณาต้องระบุข้อมูลเพื่อสุขภาพไว้ด้วยว่า “การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นสิ่งที่กฎหมายกำหนดไว้ ไม่ใช่เพียงแค่สิ่งที่ควรปฏิบัติ แต่ต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ผู้ละเมิดมีบทลงโทษที่ค่อนข้างแรง อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะห้ามโฆษณาสุราทางโทรทัศน์ แต่การโฆษณาทางอ้อมในโทรทัศน์ เช่น ในการแข่งขันกีฬา ก็ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในทางปฏิบัติภาพโฆษณาในกรณีดังกล่าวหากไม่ได้แสดงถึงแก้วหรือขวดสุรา หรือสิ่งของที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุราก็พออนุโลมได้ ในกรณีวิทยุก็จะห้ามโฆษณาในระหว่าง 17.00 – 24.00 น. ทุกวัน ห้ามโฆษณาสุราในหนังสือพิมพ์ แต่ข้อกำหนดนี้ไม่ได้รวมถึงนิตยสารต่างประเทศที่จำหน่ายในฝรั่งเศส

ในปี 1994 มีการเปลี่ยนแปลงในบางประเด็นของกฎหมาย คือในกรณีของการโฆษณากลางแจ้งซึ่งอนุญาตให้มีการโฆษณาทางโปสเตอร์ได้ทั่วไป แต่ต้องมีข้อความเตือนถึงอันตรายของสุราและแนะนำให้ดื่มสุราในปริมาณที่เหมาะสมกำกับไว้ด้วยเสมอ กล่าวได้ว่ากฎหมาย Loi Evin ส่งผลกระทบต่อการโฆษณาสุราในฝรั่งเศส ทั้งในแง่ภาษา/ข้อความที่ใช้ในการโฆษณา ตลอดจนเป็นผลให้สุราเสียโอกาสในการจูงใจให้คนหันมาดื่ม และหากมีการละเมิดก็就会有การลงโทษตามที่กฎหมายระบุไว้

มาตรการดื่ม/เมาไม่ขับ นับตั้งแต่ปี 1959 เป็นต้นมา การขับรถในฝรั่งเศสขณะที่มีเมานหรือดื่มสุรามาก่อนเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ในปี 1970 มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (BAC) ไว้ว่าระหว่าง 0.08 – 0.12 เปอร์เซ็นต์มีความผิดเบื้องต้น หากมากกว่า 0.12 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไปถือเป็นความผิดขั้นสูง ในปี 1978 มาตรการเพิ่มความเข้มงวดมากขึ้น มีการตรวจแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่ที่ยวดยาน บทลงโทษผู้ละเมิดก็เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น มีทั้งการปรับและการจำคุก การยึดใบอนุญาตขับขี่

ในปี 1983 ระดับแอลกอฮอล์ที่ถือเป็นความผิดร้ายแรงลดลงมาที่ 0.08 เปอร์เซ็นต์ ตลอดจนบทลงโทษผู้ละเมิดข้อบัญญัติก็เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นไปอีก และผู้ใดที่ปฏิเสธรับการตรวจแอลกอฮอล์ให้ถือว่ามีความผิดเท่ากับผู้ที่พบว่ามึระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมาย

กำหนด ในเดือนสิงหาคม 1995 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ถือว่ามีผลลดลงมาที่อยู่ที่ 0.05 เปอร์เซ็นต์ หากตรวจพบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่เกินกว่า 0.05 เปอร์เซ็นต์ (50 mg%) ต้องถูกปรับเป็นเงินถึง 756 ยูโร และถูกตัดแต้มคะแนนการกระทำผิดกฎอีก 3 แต้ม หากถูกหักจนครบ 12 คะแนนก็จะถูกยึดใบอนุญาต แต่หากผู้กระทำผิดมีระดับแอลกอฮอล์ถึง 0.08 เปอร์เซ็นต์ (80 mg%) ค่าปรับจะสูงถึง 4,537 ยูโร และต้องจำคุก 2 ปี

4.2.3 นโยบายและมาตรการสุราของประเทศไอร์แลนด์ (Hope, Byrne, Karlsson, and Osterberg, 2003)

แนวโน้มการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราของไอร์แลนด์นั้นให้คุณค่ากับสุราเหมือนกับสินค้าอื่นโดยทั่วไป ข้อกำหนดในเรื่องเกี่ยวกับการดื่ม การจำหน่ายไม่เข้มงวดเท่าที่ควร ไอร์แลนด์เป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมการดื่มสุราในโรงขายสุรามาช้านาน โดยจะดื่มกันในตอนสุดสัปดาห์และไม่ดื่มร่วมกับอาหารแต่อย่างใด คนไอริชนิยมการดื่มสุราจนเหมือนเป็นลักษณะประจำชาติไอร์แลนด์ คนไอริชนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด รองลงมาคือเหล้า ที่นิยมมากที่สุดคือเหล้าไอริชที่ชื่อว่าไอริชวิสกี้ (Irish Whiskey) ไวน์เป็นที่นิยมน้อยที่สุดแต่ถึงกระนั้นปัจจุบันการดื่มไวน์ก็เพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน

เมื่อปี 1970 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเท่ากับ 7.03 ลิตร ปัจจุบันในปี 2001 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มเป็น 14.45 ลิตร โดยเป็นการดื่มเบียร์มากที่สุดเท่ากับ 9.24 ลิตร/คน รองลงมาเป็นการดื่มเหล้า 3.07 ลิตร/คน และดื่มไวน์ 2.05 ลิตร/คน

ประเทศไอร์แลนด์มีนโยบายป้องกันปัญหาจากการดื่มสุราเช่นเดียวกัน รัฐบาลเองก็ให้การสนับสนุนในการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มสุราโดยเฉพาะอย่างยิ่งอันตรายจากการดื่มหนัก การจำหน่ายสุรายังอยู่ภายใต้การควบคุม ต้องมีการขออนุญาตเป็นผู้จำหน่ายทั้ง on-premises และ off-premises มีการกำหนดช่วงเวลาในการเปิดให้บริการจำหน่ายสุรา มีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อ/ดื่มสุรา อัตราภาษีก็อยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนการโฆษณาสุรานั้นเน้นการสร้างวินัยและข้อกำหนดของผู้ประกอบการเองเป็นสำคัญ มีแผนงาน โครงการให้ความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศสุราจำนวนมาก มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด มีมาตรการดื่ม/เมาไม่ขับ การบังคับใช้กฎหมายก็มีความเคร่งครัดมากขึ้น แต่ถึงแม้จะมีนโยบายและมาตรการอย่างใดก็ตาม ปริมาณการดื่มสุราของชาวไอริชก็ยังเพิ่มขึ้นอยู่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมากก็คือ ช่องทางการให้บริการสุราที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในบาร์ไนต์คลับ และร้านจำหน่ายที่ไม่ได้รับอนุญาต วัยรุ่นจำนวนมากที่กำลังศึกษาและหางานทำไปด้วย

เมื่อมีรายได้ก็มักนำมาใช้จ่ายกับการดื่มสุราและดื่มในปริมาณมากในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มของชาวไอริชมักนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงและอุบัติเหตุบนถนน การขยายเวลาเปิดให้บริการของผับต่างๆ ในคืนวันพฤหัสบดี วันศุกร์ และวันเสาร์เป็นผลทำให้ปัญหาการใช้ความรุนแรงในช่วงกลางคืนเพิ่มสูงขึ้น การควบคุมในเรื่องการโฆษณาไม่เข้มงวดเท่าที่ควร โดยเฉพาะไม่มีการห้ามโฆษณาที่เจาะจงไปที่วัยรุ่น กฎหมายควบคุมการจำหน่ายสุราก็ไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการควบคุมการจำหน่ายสุราแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

ราคาจำหน่ายสุราในไอร์แลนด์ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป รัฐเองก็เก็บภาษีในอัตราค่อนข้างสูง ด้วยเหตุที่ชาวไอริชนิยมดื่มสุรานอกบ้านมากกว่าดื่มในบ้าน ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุราของคนไอริชจึงสูงตามไปด้วย อย่างไรก็ตามราคาจำหน่ายสุรายังสูงเท่าไร อัตราภาษียิ่งสูงเท่าไร รัฐก็ยังมียาได้จากสุรามากเท่านั้น

นับตั้งแต่การล่มสลายของขบวนการเคลื่อนไหวต่อต้านการดื่มสุรา ก็ไม่มีองค์กรพัฒนาเอกชนใดที่จะเข้ามามีบทบาทในการต่อสู้เรียกร้องให้ให้มีการปรับปรุงนโยบายและมาตรการสุราในไอร์แลนด์ ในทางตรงข้ามบรรดากลุ่มธุรกิจจำหน่ายสุรากลัทธิพลมากกว่า พวกนี้ต่อต้านการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และประสพชัยชนะในการเรียกร้องให้ขยายเวลาบริการสุราออกไปอีก รัฐบาลเองก็มีภาระงบประมาณที่ต้องนำมาใช้จ่ายในการเยียวยาปัญหาต่างๆ ที่ตามมามากมาย กรณีของไอร์แลนด์นั้นจำเป็นต้องมีการเร่งปรับปรุงนโยบายและมาตรการสุราอย่างจริงจัง และต้องนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริงต่อไป

4.2.4 นโยบายและมาตรการสุราของประเทศอิตาลี (Allamani et. al., 2003)

อิตาลีเป็นอีกประเทศหนึ่งที่แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรต่อปีลดลง จากตัวเลขรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 1961 คนอิตาลีดื่มสุรา 19.24 ลิตรต่อคน มาในปัจจุบันปี 2001 คนอิตาลีดื่มสุราลดลงเหลือ 9.14 ลิตรต่อคน ถือได้ว่าเป็นแนวโน้มที่ดี

อิตาลีมีการเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวต่อต้านการดื่มสุรา (Temperance movement) เป็นครั้งแรกมาตั้งแต่ปี 1863 ที่เมืองตูริน จนในปี 1892 ก็ได้มีการรวมตัวจัดตั้งกันขึ้นเป็น The Italian Temperance League ซึ่งเข้ามามีส่วนในการรณรงค์ต่อสู้ปัญหาสุราในกลุ่มคนงานในเขตเมือง ในปี 1889 นาย Zanardelli รัฐมนตรีกระทรวงยุติธรรมซึ่งเป็นสมาชิกของขบวนการเคลื่อนไหวต่อต้านการดื่มสุราได้ออกข้อกำหนดบทลงโทษต่อคนเมาในที่สาธารณะในฐานะที่มีความผิดและเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ข้อกำหนดนี้ลงโทษรวมไปถึงผู้ที่เปื้อนสาเหตุหรือทำให้

ผู้ยื่นมาด้วย ในปี 1913 มีการออกกฎหมายจำกัดโรงสุราสำหรับชนชั้นแรงงาน โดยกำหนดให้มีโรงสุราได้หนึ่งโรงต่อประชากร 1000 คน

แม้จะมีการออกมาตรการสุราแต่italiaก็ยังคงมองปัญหาสุราว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคลไม่ใช่ปัญหาของสังคมที่ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข คนitaliaมองว่าไวน์รวมทั้งเบียร์เป็นอาหารอย่างหนึ่งไม่ใช่สุราตามความหมายอย่างที่สังคมอื่นมอง นโยบายและมาตรการในการควบคุมและป้องกันปัญหาจึงไม่เข้มข้น รัฐบาลitaliaมองว่าปัญหาอย่างโรคเอดส์หรือปัญหายาเสพติดมีความสำคัญมากกว่า ที่รัฐให้ความสนใจมากเกี่ยวกับสุราก็คือปัญหาอุบัติเหตุบนถนนที่มีสาเหตุจากสุราและที่เกิดจากรั้วรถ นักวิชาชีพด้านสาธารณสุขเองก็ให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ ส่งเสริมการดื่มไวน์รวมไปกับมื้ออาหารโดยให้พยายามคงรักษารวมเนียมดั้งเดิมของชาวitaliaเอาไว้ นอกจากนี้ในทางการเมืองรัฐบาลก็พยายามรักษาความสมดุลในเชิงนโยบายไว้ไม่สุดขั้วไปข้างใดข้างหนึ่งระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับผลประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชน

อย่างไรก็ตามข้อตกลงของสหภาพยุโรปก็ส่งผลต่อมาตรการควบคุมการจำหน่ายและการโฆษณาสุรา แนวทางที่กำหนดในแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป ตลอดจนกฎบัตรสุราแห่งยุโรปมีผลต่อการกำหนดมาตรการแก้ปัญหาสุราของitaliaด้วยเช่นกัน นับตั้งแต่ปี 1992 เป็นต้นมา มีการผลักดันร่างกฎหมายว่าด้วยสุราหลายฉบับโดยพรรคการเมือง โดยสาระในกฎหมายเหล่านี้ยอมรับว่าสุราเป็นปัญหาสังคมและที่สำคัญเป็นปัญหาต่อเด็กและวัยรุ่น ร่างกฎหมายดังกล่าวเน้นไปที่การห้ามโฆษณาสุราและการควบคุมการจำหน่าย ร่างกฎหมายฉบับล่าสุดได้รับการรับรองเมื่อ 15 มีนาคม 2001 ถึงกระนั้นก็ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าitaliaมีนโยบายและมาตรการควบคุมแก้ไขปัญหาสุราที่เข้มข้น italiaมีการระบบการออกใบอนุญาตให้กับผู้ผลิตสุรา ผู้นำเข้าสุรา ผู้ค้าส่งและค้าปลีกสุรา มีการกำหนดอายุขั้นต่ำที่สามารถซื้อ/ดื่มสุรา มีการควบคุมการโฆษณาสุรา มีการกำหนดมาตรฐานระดับแอลกอฮอล์ในเลือด แต่ปัญหาก็คือการบังคับใช้ไม่เคร่งครัดเท่าที่ควร ตรงกันข้ามในบางปีอย่างเช่นในปี 2000 ไม่มีการเก็บภาษีสรรพสามิตไวน์ด้วยซ้ำไป ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้ปริมาณการดื่มสุราของชาวitaliaเลียนที่ลดลงนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากมาตรการควบคุมสุราแต่อย่างใด หากเป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมมากกว่า

4.3 องค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรประดับมหภาคและระดับจุลภาค

การประเมินประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราในที่นี้เป็นการประเมินใน 2 ระดับคือระดับมหภาค ซึ่งเป็นการประเมินนโยบายและมาตรการในภาพรวมของสหภาพยุโรปทั้งหมด โดยอธิบายเชื่อมโยงกับตัวบ่งชี้ว่าด้วยปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากร และระดับจุลภาค ซึ่งเป็นการประเมินนโยบายและมาตรการสุราในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปบางประเทศ โดยอธิบายเชื่อมโยงกับตัวบ่งชี้ว่าด้วยปริมาณการบริโภคสุราต่อหัวประชากรเช่นเดียวกัน

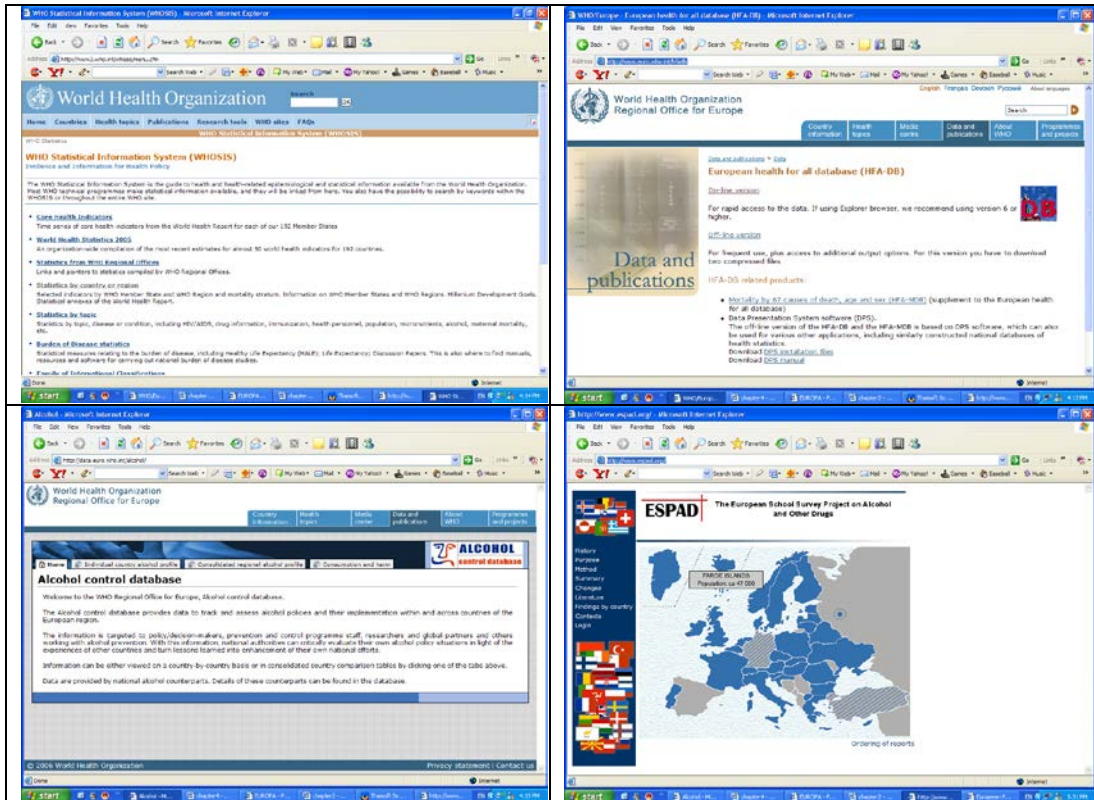
4.3.1 ประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรประดับมหภาค

การประเมินผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปในภาพรวม โดยอาศัยการเชื่อมโยงกับตัวบ่งชี้ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรนั้นมีปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ต้องนำมากล่าวไว้ ณ ที่นี้คือ ข้อมูลปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรในยุโรปนั้น มีองค์กรหลายองค์กรที่รวบรวมและนำมาจัดทำเป็นฐานข้อมูลสารสนเทศและรายงานเผยแพร่ต่อสาธารณะทั้งทางเอกสารสิ่งพิมพ์และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่

- องค์การอนามัยโลก โดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและจัดทำเป็นระบบสารสนเทศว่าด้วยปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรก็คือ WHO Statistical Information System (WHOSIS): Evidence and Information for Health Policy (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>)

- องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป ซึ่งมีฐานข้อมูลที่แสดงสถิติเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกในยุโรปอยู่ด้วยกัน 2 ฐาน ได้แก่ European Health for All Database (HFA-DB) (<http://www.euro.who.int/hfadb>) และ European Alcohol Database (<http://data.euro.who.int/alcohol/>)

- สหภาพยุโรป โดยให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการสำรวจเกี่ยวกับสุราและยาประเภทอื่นในสถานศึกษาของยุโรป (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: ESPAD) (<http://www.espad.org/>) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเชิงเปรียบเทียบว่าด้วยสุรา ยาสูบ และสารอื่นๆ ในกลุ่มเด็กนักเรียนของประเทศต่างๆ ในยุโรป



ภาพที่ 14 โฮมเพจเว็บไซต์ฐานข้อมูลสุราของยุโรป

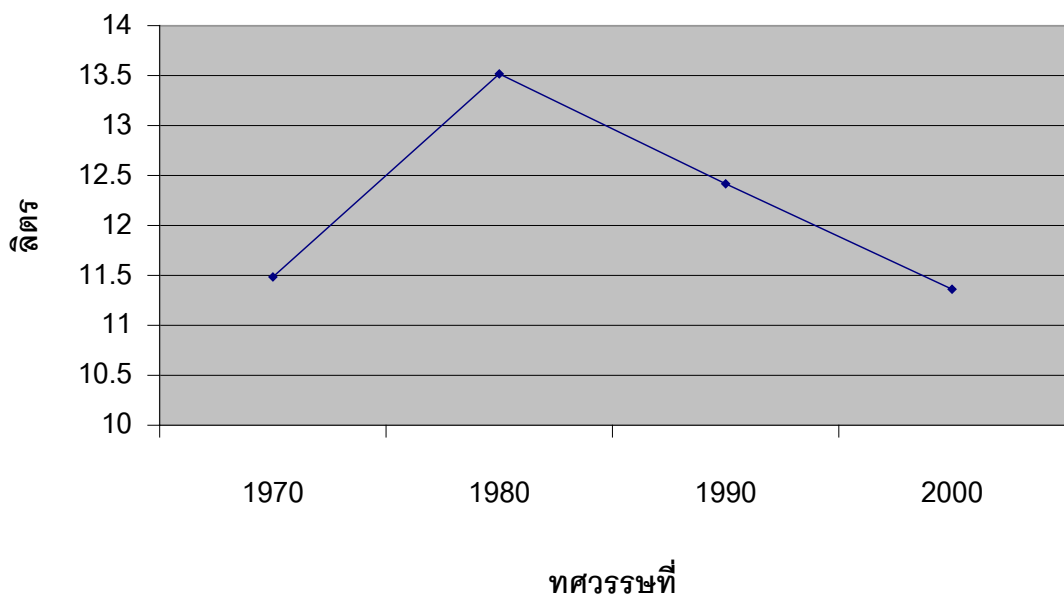
เมื่อสืบค้นข้อมูลปริมาณการดื่มสุราของแต่ละองค์ดังกล่าวข้างต้นพบว่ามีความแตกต่างกันกรณีข้อมูลของ WHOSIS นั้นปัจจุบันรายงานข้อมูลถึงปี 2001 เท่านั้น ในขณะที่ข้อมูลของ HFA-DB ปัจจุบันรายงานถึงปี 2003 และกรณีข้อมูลของ European Alcohol Database นั้นมีรายงานเฉพาะปีล่าสุดที่สามารถนำข้อมูลมาแสดงได้ จึงทำให้รายงานได้ไม่ครบทุกประเทศ บางประเทศรายงานปี 2001 บางประเทศรายงานปี 2002 บางประเทศรายงานปี 2003 และ 2004 เป็นต้น นอกจากนี้ข้อมูลของแต่ละองค์ก็ไม่สอดคล้องกัน ตัวเลขปริมาณการดื่มสุราที่ปรากฏไม่ตรงกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลในฐานข้อมูลของ WHOSIS กับ HFA-DB มักถูกนำมาใช้อ้างอิงมากที่สุดทั้งในการวิจัยที่เกี่ยวข้องและการกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา ดังนั้นในการทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้จะใช้ข้อมูลของ WHO Statistical Information System (WHOSIS) กับข้อมูลของ European Health for All Database (HFA-DB) เป็นสำคัญ

ตารางที่ 7 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่าง
ทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	1970 (1961-1970)	1980 (1971-1980)	1990 (1981-1990)	2000 (1991-2000)
ออสเตรเลีย	13.03	14.66	13.89	13.36
เบลเยียม	10.79	13.65	13.16	11.11
ไซปรัส	6.98	8.27	9.68	8.27
สาธารณรัฐเชค	12.08	15.44	15.68	16.13
เดนมาร์ก	7.65	11.13	12.45	12.27
เอสโตเนีย	-	-	-	8.13
ฟินแลนด์	4.37	7.82	8.72	9.48
ฝรั่งเศส	24.79	21.94	17.75	14.58
เยอรมันนี	13.58	16.54	15.14	13.95
กรีซ		11.78	11.11	10.25
ฮังการี	10.55	14.81	16.3	13.27
ไอร์แลนด์		8.92	9.57	12.25
อิตาลี	20.16	19.44	13.78	10.31
ลัตเวีย	-	-	9.54	8.82
ลิทัวเนีย	-	-	8.65	10.72
ลักเซมเบิร์ก	-	16.76	17.28	17.88
มอลต้า	-	-	7.03	6.88
เนเธอร์แลนด์	5.59	10.57	10.29	9.91
โปแลนด์	6.73	9.95	9.05	8.42
โปรตุเกส	18.09	17.3	15.57	14.12
สโลวาเกีย	10.89	14.26	14.09	12.78
สโลวีเนีย	-	-	16.25	11.79
สเปน	15.51	18.45	15.29	11.94

สวีเดน	6.81	8.29	7.28	7.33
สหราชอาณาจักร	7.63	10.35	10.46	10.09
เฉลี่ยรวม	11.48	13.52	12.42	11.36

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)



ภาพที่ 15 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรกลุ่มสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 (ข้อมูลจากตารางที่ 7)

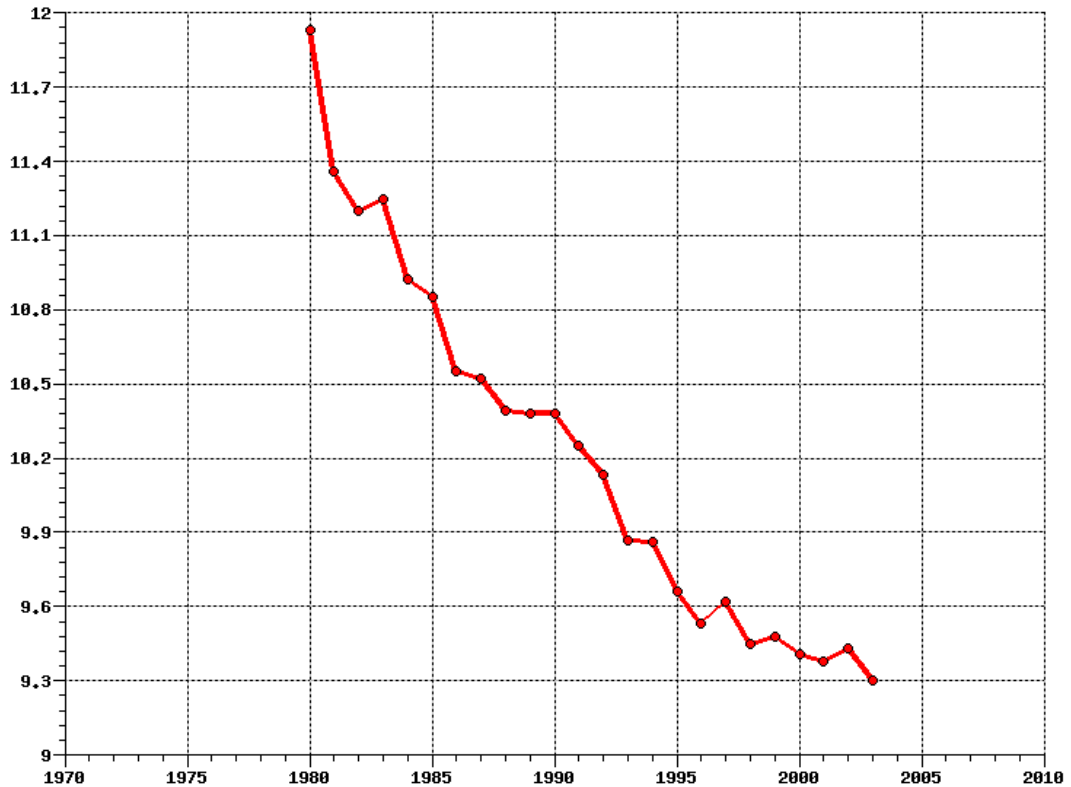
จากตารางที่ 7 และภาพที่ 15 แสดงให้เห็นว่าปริมาณการดื่มสุราของพลเมืองสหภาพยุโรปมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 จากเดิมปริมาณการดื่มเฉลี่ยคนละ 13.52 ลิตร ในทศวรรษที่ 1980 มาเป็นคนละ 11.36 ลิตรในทศวรรษที่ 2000 (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงร้อยละ 15.98) นอกจากนี้จากรายงานตัวเลขล่าสุดขององค์การอนามัยโลกปรากฏว่าในปี 2001 พลเมืองสหภาพยุโรปดื่มสุราลดลงเหลือคนละ 10.97 ลิตร (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากทศวรรษที่ 1980 เท่ากับร้อยละ 18.86) ซึ่งหากพิจารณาประกอบกับการรายงานข้อมูลของ European Health for All Database (HFA-DB) ก็พบว่าปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสหภาพยุโรปในปี 2002 และ 2003 ก็มีแนวโน้มลดลงตามลำดับเช่นกัน คือในปี 2002 พลเมืองสหภาพยุโรปดื่มคนละ 9.43 ลิตร

และในปี 2003 ดื่มคนละ 9.30 ลิตร (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากทศวรรษที่ 1980 เท่ากับร้อยละ 30.25 และ 31.21 ตามลำดับ) (ดูตารางที่ 8 และภาพที่ 16 ประกอบ)

ตารางที่ 8 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จากฐานข้อมูล HFA-DB

ปี	HFA-DB
1980	11.93
1981	11.36
1982	11.20
1983	11.25
1984	10.92
1985	10.85
1986	10.55
1987	10.52
1988	10.39
1989	10.38
1990	10.38
1991	10.25
1992	10.13
1993	9.87
1994	9.86
1995	9.66
1996	9.53
1997	9.62
1998	9.45
1999	9.48
2000	9.41
2001	9.38
2002	9.43
2003	9.30

ที่มา : (Pure Alcohol Consumption, litres per capita, 2006)



ภาพที่ 16 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุรา (ลิตร) ต่อหัวประชากรของประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จากฐานข้อมูล HFA-DB

ที่มา : (Pure Alcohol Consumption, litres per capita, 2006)

การประเมินในภาพรวมจากปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสหภาพยุโรปซึ่งถือกันว่าเป็นตัวบ่งชี้พื้นฐานที่สุดในการประเมินผลสัมฤทธิ์ในเชิงนโยบายและมาตรการสุราดังกล่าวข้างต้น ทำให้สามารถมองเห็นแนวโน้มที่ค่อนข้างชัดเจนว่า สหภาพยุโรปประสบความสำเร็จในการลดปริมาณการดื่มสุรา (ซึ่งในที่นี้หมายถึง pure alcohol คือรวมสุราทุกประเภท) ในระดับที่น่าพึงพอใจ

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับแนวโน้มการดื่มสุราที่ลดลงของพลเมืองสหภาพยุโรปก็คือ การลดลงดังกล่าวนี้เป็นผลอย่างสำคัญมาจากสุราสองประเภทได้แก่ ไวน์ และเหล้า (wine and spirit) ซึ่งมีสัดส่วนลดลงมากกว่าสุราประเภทเบียร์

ตารางที่ 9 ปริมาณการดื่มเบียร์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่าง
ทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรเลีย	6.02	6.71	6.95	6.94	(6.42)
เบลเยียม	7.87	8.45	7.55	6.31	(5.9)
ไซปรัส	0.83	1.4	2.43	2.9	(2.84)
สาธารณรัฐเชค	8.17	9.11	9.02	9.67	(9.43)
เดนมาร์ก	5.76	7.34	7.74	6.94	(6.02)
เอสโตเนีย	-	-	-	2.61	(4.07)
ฟินแลนด์	1.96	3.48	4.11	5.13	(4.89)
ฝรั่งเศส	2.58	2.92	2.62	2.41	(2.20)
เยอรมนี	7.95	9.29	8.69	7.97	(7.26)
กรีซ	-	1.41	2.16	2.45	(2.29)
ฮังการี	3.02	4.64	6.08	4.81	(3.84)
ไอร์แลนด์	-	5.67	6.83	8.51	(9.24)
อิตาลี	0.61	0.94	1.34	1.52	(1.68)
ลัตเวีย	-	-	1.91	2.09	(2.11)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(5.53)
ลักเซมเบิร์ก	-	7.84	7.22	7.02	(6.16)
มอลต้า	-	-	3.03	2.82	(2.59)
เนเธอร์แลนด์	2.75	5.25	5.32	5.25	(4.91)
โปแลนด์	1.86	2.26	1.96	2.79	(3.73)
โปรตุเกส	0.6	2.07	2.98	3.92	(3.66)
สโลวาเกีย	6.45	7.5	7.09	5.78	(5.34)
สโลวีเนีย	-	-	3.5	4.76	(3.82)
สเปน	1.83	3.16	4.08	4.07	(4.38)

สวีเดน	2.84	3.44	3.05	3.75	(3.37)
สหราชอาณาจักร	6.15	7.55	6.88	6.28	(5.97)
เฉลี่ยรวม	3.95	5.02	4.89	4.86	(4.71)

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 10 ปริมาณการดื่มไวน์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรีย	4.49	5.56	5.13	4.65	(4.47)
เบลเยียม	1.61	2.66	3.33	3.38	(2.70)
ไซปรัส	5.15	5.99	5.72	3.63	(2.06)
สาธารณรัฐเชค	2.06	2.44	2.25	2.30	(2.36)
เดนมาร์ก	0.66	1.70	2.87	3.96	(4.57)
เอสโตเนีย	-	-	-	0.97	(1.60)
ฟินแลนด์	0.38	0.71	0.79	1.77	(2.94)
ฝรั่งเศส	19.06	15.91	12.10	9.10	(8.38)
เยอรมันนี	2.40	3.38	3.65	3.30	(3.38)
กรีซ	-	6.47	5.39	4.88	(4.78)
ฮังการี	5.09	5.40	4.00	4.34	(4.47)
ไอร์แลนด์	-	0.50	0.65	1.22	(2.05)
อิตาลี	17.55	15.94	10.89	7.91	(6.99)
ลัตเวีย	-	-	2.14	1.00	(0.58)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(1.84)
ลักเซมเบิร์ก		6.71	8.07	8.92	(9.43)
มอลต้า			1.86	2.22	(2.89)

เนเธอร์แลนด์	0.59	1.65	2.16	2.48	(2.76)
โปแลนด์	0.86	1.27	1.24	1.06	(0.89)
โปรตุเกส	16.76	13.96	11.12	8.25	(7.16)
สโลวาเกีย	2.51	2.88	2.60	2.07	(1.62)
สโลวีเนีย	-	-	8.37	5.81	(2.09)
สเปน	10.45	11.43	7.47	4.86	(5.07)
สวีเดน	0.71	1.27	1.68	2.00	(2.27)
สหราชอาณาจักร	0.37	0.86	1.48	1.99	(2.58)
เฉลี่ยรวม	5.33	5.33	4.56	3.84	(3.60)

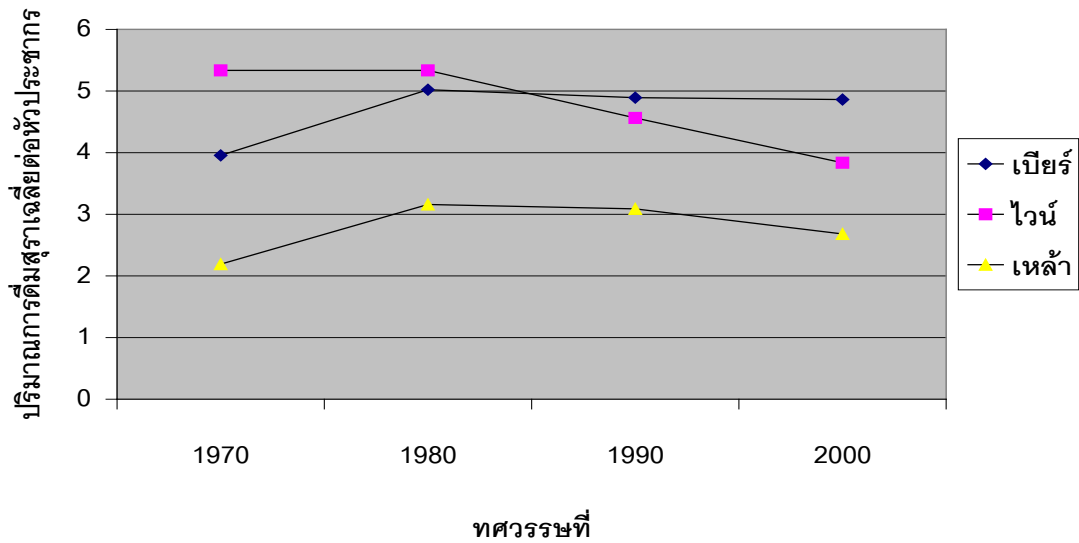
ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 11 ปริมาณการดื่มเหล้าเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรีย	2.51	2.40	1.81	1.77	(1.68)
เบลเยียม	1.31	2.54	2.27	1.42	(1.46)
ไซปรัส	1.01	0.88	1.52	1.72	(1.77)
สาธารณรัฐเชค	1.84	3.88	4.42	4.15	(4.41)
เดนมาร์ก	1.23	2.03	1.83	1.37	(1.34)
เอสโตเนีย	-	-	-	4.54	(4.17)
ฟินแลนด์	2.02	3.63	3.82	2.58	(2.61)
ฝรั่งเศส	3.15	3.11	3.03	3.07	(2.96)
เยอรมนี	3.24	3.87	2.80	2.68	(2.24)
กรีซ		3.91	3.56	2.91	(2.23)
ฮังการี	2.43	4.77	6.22	4.13	(3.60)

ไอร์แลนด์		2.78	2.33	2.38	(3.07)
อิตาลี	2.01	2.56	1.54	0.88	(0.47)
ลัทเวีย	-	-	5.49	5.73	(6.62)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(4.92)
ลักเซมเบิร์ก	-	2.21	1.98	1.94	(1.95)
มอลต้า	-	-	2.13	1.84	(1.25)
เนเธอร์แลนด์	2.24	3.67	2.81	2.18	(2.07)
โปแลนด์	4.01	6.42	5.85	4.56	(4.07)
โปรตุเกส	0.72	1.27	1.47	1.95	(1.67)
สโลวาเกีย	1.93	3.88	4.4	4.92	(5.44)
สโลวีเนีย	-	-	3.37	1.21	(0.63)
สเปน	3.23	3.86	3.75	3.01	(2.80)
สวีเดน	3.26	3.58	2.54	1.58	(1.22)
สหราชอาณาจักร	1.11	1.94	2.10	1.82	(1.84)
เฉลี่ยรวม	2.19	3.16	3.09	2.68	(2.66)

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)



ภาพที่ 17 เปรียบเทียบแนวโน้มปริมาณการดื่มเบียร์ ไวน์ และเหล้าต่อหัวประชากรกลุ่มสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 (ข้อมูลจากตารางที่ 9 ถึงตารางที่ 11)

จากตารางที่ 9 - 11 และภาพที่ 17 แสดงให้เห็นว่าการดื่มไวน์ของคนยุโรปมีสัดส่วนลดลงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องดื่มสุราประเภทอื่น จากปริมาณการดื่มเฉลี่ยคนละ 5.33 ลิตรในทศวรรษที่ 1980 มาเป็นเฉลี่ยคนละ 3.84 ลิตรในทศวรรษที่ 2000 (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงร้อยละ 27.95) รองลงมาคือการดื่มเหล้า จากปริมาณการดื่มเฉลี่ยคนละ 3.16 ลิตรในทศวรรษที่ 1980 มาเป็นเฉลี่ยคนละ 2.68 ลิตรในทศวรรษที่ 2000 (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงเท่ากับร้อยละ 15.19) ในขณะที่ปริมาณการดื่มเบียร์มีสัดส่วนลดลงน้อยที่สุด จากปริมาณการดื่มเฉลี่ยคนละ 5.02 ลิตรในทศวรรษที่ 1980 มาเป็นเฉลี่ยคนละ 4.86 ลิตรในทศวรรษที่ 2000 (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงเท่ากับร้อยละ 3.19)

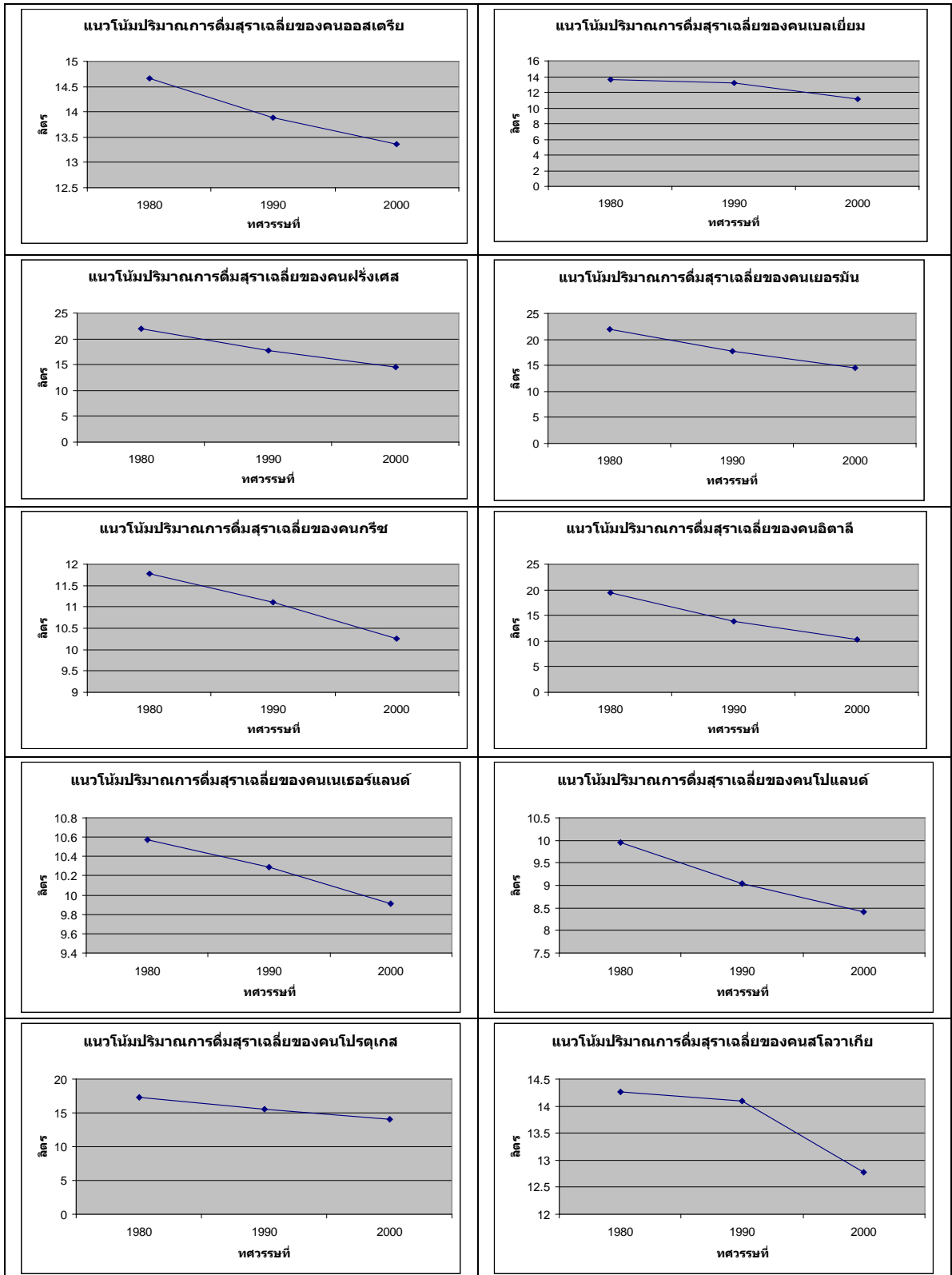
ปัจจุบันจากการรายงานข้อมูลตัวเลขล่าสุดขององค์การอนามัยโลกในปี 2001 ปริมาณการดื่มไวน์ของคนในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปลดลงเหลือเฉลี่ยคนละ 3.60 ลิตร (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากทศวรรษที่ 1980 เท่ากับร้อยละ 32.46) การดื่มเหล้าก็ลดลงเหลือเฉลี่ยคนละ 2.66 ลิตร (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากทศวรรษที่ 1980 เท่ากับร้อยละ 15.82) และการดื่มเบียร์ก็ลดลงเหลือเฉลี่ยคนละ 4.71 ลิตร (คิดเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากทศวรรษที่ 1980 เท่ากับร้อยละ 6.19)

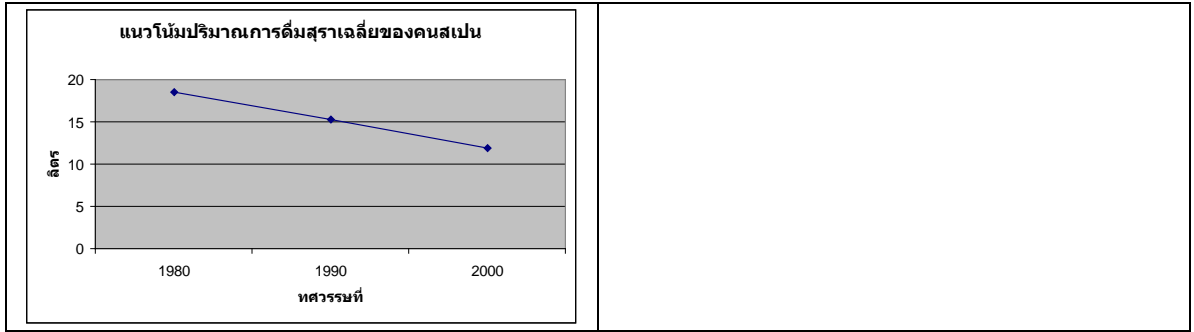
4.3.2 ประสิทธิภาพเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรประดับจุลภาค

จากจำนวนประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปทั้งหมด 25 ประเทศพบว่า ประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการลดปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรลงได้อย่างชัดเจนในช่วงตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 มาจนถึงทศวรรษที่ 2000 มีด้วยกันทั้งสิ้น 11 ประเทศ ประเทศที่ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรกลับเพิ่มขึ้นมีด้วยกัน 4 ประเทศ และที่ยังไม่อาจจะระบุได้ว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจำนวน 10 ประเทศ (เนื่องจากปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับบางประเทศขาดข้อมูลเปรียบเทียบในบางทศวรรษ) (ดูตารางที่ 12 ประกอบ)

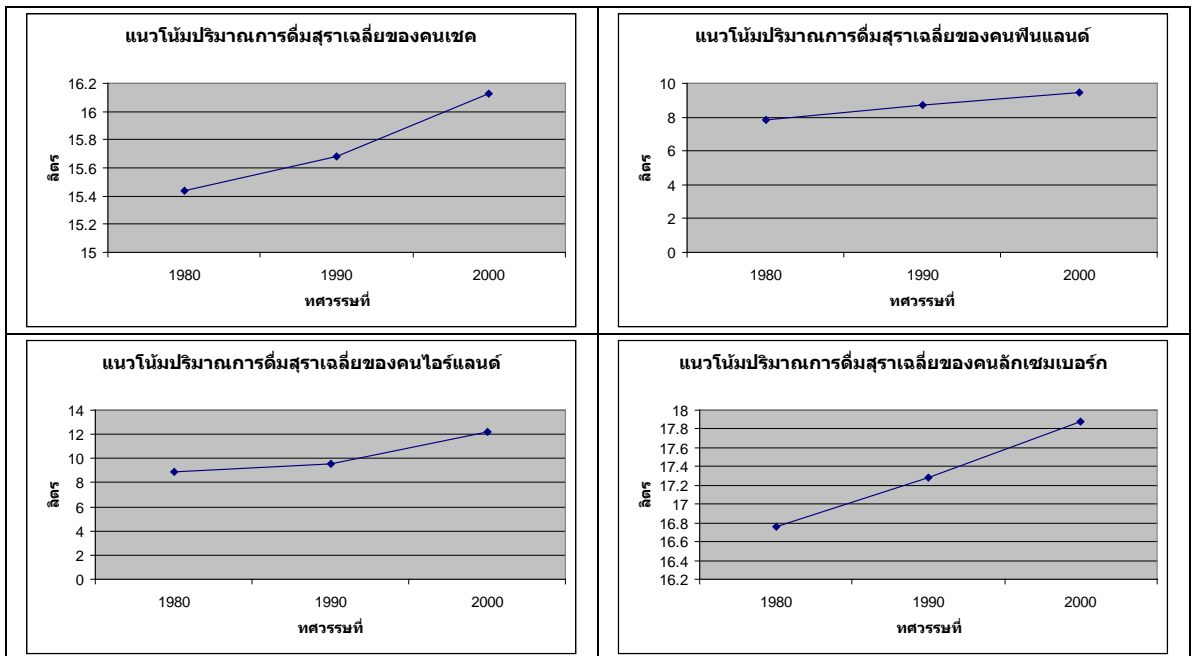
ตารางที่ 12 แสดงรายชื่อประเทศในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรปที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลง กับประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น

ประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลง	ประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น	ประเทศที่ยังไม่อาจจะระบุได้ชัดเจน
ออสเตรเลีย	สาธารณรัฐเชค	ไซปรัส
เบลเยียม	ฟินแลนด์	เดนมาร์ก
ฝรั่งเศส	ไอร์แลนด์	เอสโตเนีย
เยอรมันนี	ลักเซมเบิร์ก	ฮังการี
กรีซ		ลัตเวีย
อิตาลี		ลิทัวเนีย
เนเธอร์แลนด์		มอลต้า
โปแลนด์		สโลวีเนีย
โปรตุเกส		สวีเดน
สโลวาเกีย		สหราชอาณาจักร
สเปน		
รวม 11 ประเทศ	รวม 4 ประเทศ	รวม 10 ประเทศ





ภาพที่ 18 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่ลดลงของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป



ภาพที่ 19 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

จากข้อมูลและแนวโน้มที่แสดงในตารางที่ 12 และภาพที่ 18 -19 ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แม้ในภาพรวมของความเป็นประชาคม สหภาพยุโรปจะประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายและมาตรการสุราจนเป็นผลให้ปริมาณการดื่มสุราในระดับมหภาคของประเทศสมาชิกจะลดลงก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาในระดับจุลภาคพบว่า ประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายและมาตรการในระดับประเทศสมาชิกแต่ละประเทศแตกต่างกัน บางประเทศประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายและมาตรการสามารถลดปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลงได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่

ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรในบางประเทศกลับเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีบางประเทศที่ยังไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนว่าแนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นหรือลดลง

อย่างไรก็ตามในบรรดากลุ่มประเทศที่ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลงจำนวน 11 ประเทศนั้นเป็นผลมาจากสัดส่วนที่ลดลงอย่างมากของการดื่มสุราบางประเภทเท่านั้น โดยที่การดื่มสุราแต่ละประเภทไม่ได้ลดลงเหมือนกันไปทั้งหมด กรณีที่บางประเทศปริมาณการดื่มสุราโดยรวมลดลงเป็นเพราะปริมาณการดื่มไวน์และเหล้า (โดยเฉพาะไวน์) ลดลงในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก ในขณะที่ปริมาณการดื่มเบียร์ไม่ได้ลดลงแต่อย่างใดและกลับเพิ่มขึ้น ทำนองเดียวกันในบางประเทศปริมาณการดื่มสุราโดยรวมลดลงเนื่องจากปริมาณการดื่มเบียร์และเหล้าลดลงในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก ในขณะที่ปริมาณการดื่มไวน์กลับเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับกลุ่มประเทศที่ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการใช้นโยบายและมาตรการสำหรับสุราแต่ละประเภทแตกต่างกัน ถึงกระนั้นสิ่งที่น่าสนใจก็คือ ในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นนั้น เป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมการดื่มแบบเยอรมานิก (germanic drinking culture) ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลง ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมการดื่มแบบโรมานิก (romanic drinking culture) และเป็นประเทศผู้ผลิตและส่งออกไวน์รายใหญ่ของโลกซึ่งได้แก่ ได้แก่ ฝรั่งเศส อิตาลี โปรตุเกส และสเปน

ประสิทธิผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป สามารถพิจารณาได้จากกรณีศึกษาต่อไปนี้

(1) กรณีศึกษากลุ่มประเทศแถบยุโรปใต้

เหตุผลสำคัญที่ทำให้ปริมาณการดื่มสุราของประเทศกลุ่มยุโรปใต้ลดลงนั้น สามารถอธิบายได้ดังนี้ว่า ฝรั่งเศส อิตาลี โปรตุเกส และสเปนนั้นเป็นประเทศในภูมิภาคทางใต้ของทวีปยุโรปแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ประเทศเหล่านี้ได้รับอิทธิพลการดื่มสุราตามแบบวัฒนธรรมของโรมานิกมาแต่เดิมที่นิยมดื่มไวน์เป็นหลักและดื่มไปพร้อมกับมื้ออาหาร นอกจากนี้ประเทศเหล่านี้ยังมีลักษณะภูมิอากาศที่เหมาะสมแก่การปลูกองุ่นเป็นอย่างมาก ดังนั้นการทำไวน์องุ่นและการผลิตไวน์จึงเป็นภาคเศรษฐกิจที่ผูกพันชีวิตความเป็นอยู่ของคนในแถบนี้มาโดยตลอด ซึ่งแตกต่างจากประเทศในแถบทางเหนือของยุโรปอย่างสิ้นเชิง "...การแบ่งเขตทางวัฒนธรรมของยุโรปสามารถจำแนกออกได้เป็นสองส่วนใหญ่คือ ดินแดนแถบทางเหนือซึ่งภูมิอากาศค่อนข้างแห้ง และนิยมดื่มเหล้ากับเบียร์เป็นส่วนใหญ่และมักดื่มกันในตอนสุดสัปดาห์โดยไม่เกี่ยวกับมื้ออาหาร ได้แก่ ประเทศสวีเดน ฟินแลนด์

และนอร์เวย์ ฯลฯ กับดินแดนแถบทางใต้แถบเมดิเตอร์เรเนียนซึ่งมีภูมิอากาศชื้นกว่า เครื่องดื่มหลักในแถบนี้คือไวน์และมักนิยมดื่มไปพร้อมกับมื้ออาหาร ได้แก่ ประเทศกรีซ ฝรั่งเศส อิตาลี โปรตุเกส และสเปน...” (Allamani, Allaman., Hope, Ann & Sean Byrne., Room, Robin., and the ECAS Research Team, 2002 : 197) คนในแถบยุโรปใต้นั้นมองไวน์เป็นเสมือนอาหารอย่างหนึ่ง ดังนั้นเวลาที่พลเมืองในดินแดนแถบนี้กล่าวถึงสุรา มักหมายความว่าถึงเท่ากับเบียร์มากกว่า การดื่มไวน์จึงเน้นไปที่การดื่มเอารสชาติและการรับรู้กลิ่นของไวน์มากกว่าการดื่มให้เมาเมา จากรายงานการศึกษากรณีของฝรั่งเศส กลุ่มประชากรที่ดื่มไวน์ลดลงอย่างมากคือกลุ่มคนชั้นกลาง ซึ่งโดยปกติก็มักเป็นกลุ่มที่ดื่มน้อยอยู่แล้ว ปัญหาที่เกิดจากการดื่มไวน์ของประชากรในประเทศเหล่านี้จึงมีน้อย รัฐบาลจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุราเท่าที่ควร จนกระทั่งในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นผลมาจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ตลอดจนอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น หลายฝ่ายจึงได้เริ่มตระหนักถึงปัญหาและเริ่มที่จะหาทางแก้ไข ประกอบกับในช่วงทศวรรษที่ 1990 องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปได้ริเริ่มนำเสนอแนวทางในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา ประเทศในกลุ่มยุโรปใต้ก็เข้าร่วมในการดำเนินงานดังกล่าว อย่างเช่นในประเทศโปรตุเกสก็ได้เริ่มโครงการป้องกันปัญหาสุราและการบริการบำบัดรักษาอย่างจริงจังในปี 1988 รวมทั้งมีโครงการให้การศึกษาด้านการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิและการส่งเสริมการดื่มอย่างพอดี ในประเทศสเปนก็มีโครงการให้ความรู้แก่นักวิชาชีพด้านสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ โดยให้สื่อมวลชนได้เข้ามามีส่วนร่วม จนกระทั่งในทศวรรษที่ 2000 การพัฒนาในเชิงกรอบนโยบายและมาตรการทั้งในส่วนขององค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป และในส่วนของประเทศยุโรปมีขอบเขตที่ชัดเจนมากขึ้นโดยเฉพาะมุ่งแก้ปัญหาสุราด้วยมาตรการลดปริมาณการดื่มสุราของประชากรลง และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ในปี 1996 ประเทศโปรตุเกสก็ได้เริ่มโครงการแก้ปัญหาสุราที่มุ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียนทั่วประเทศ การดำเนินการมีทั้งการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ในประเทศอิตาลีเองก็ริเริ่มโครงการที่อาศัยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 2000 โดยมีเป้าหมายสำคัญในการป้องกันปัญหา การส่งเสริมการดื่มสุราบนพื้นฐานของความรับผิดชอบ และการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสุราแก่ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 17-20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูง ผลที่ได้รับค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถเปลี่ยนทัศนคติของคนในท้องถิ่นให้หันมาตระหนักถึงอันตรายของสุราได้ ซึ่งสิ่งนี้จะป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มและปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาในกลุ่มประเทศยุโรปได้ในเวลาต่อมา “... อย่างไรก็ตาม ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวที่ลดลงไม่ได้เป็นผลมาจากนโยบายและมาตรการป้องกัน การให้การบำบัดรักษา หรือแม้แต่การควบคุมการโฆษณา การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ฯลฯ เท่านั้น แต่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนในยุโรปใต้ที่ตระหนักถึงอันตรายและปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาจกดื่มสุรา...” (Allamani, Allaman., Hope, Ann & Sean Byrne., Room, Robin., and the ECAS Research Team, 2002 : 202)

(2) กรณีศึกษาประเทศโปแลนด์ (Mellibruda, 2004)²⁸

โปแลนด์เป็นอีกประเทศหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการลดปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่น่าสนใจว่านั่นก็คือโปแลนด์เป็นประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันออกที่ไม่ได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมการดื่มแบบโรมานิกแต่อย่างใด หากนิยมดื่มเบียร์และเหล้ามากกว่าด้วยซ้ำ ดังนั้นประสบการณ์ของประเทศโปแลนด์จึงน่าสนใจศึกษา

โปแลนด์มีประวัติศาสตร์อันยาวนานในการรณรงค์ต่อสู้กับสุรามาดั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมระดับรากหญ้ามีส่วนสำคัญมาก ในกรณีนี้ถึงขนาดชี้ให้เห็นว่าการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวคือการแสดงออกซึ่งความรักชาติอย่างหนึ่งทีเดียว ขบวนการที่มีบทบาทอย่างสำคัญในที่นี้ก็คือศาสนาจักรคาทอลิกแห่งโปแลนด์ที่เริ่มมีบทบาทมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 และถึงปัจจุบันนี้องค์กรดังกล่าวก็ยังคงมีบทบาทอยู่อย่างต่อเนื่อง ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง (1914-1918) โปแลนด์ค่อนข้างประสบความสำเร็จในการพยายามเรียกร้องให้ภาครัฐและประชาชนช่วยกันลดการดื่มสุรา จนกระทั่งเมื่อนาซีเข้ามายึดครองประเทศในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง (1939-1945) ก็ได้มีนโยบายส่งเสริมการดื่มสุราในหมู่ชาวโปแลนด์โดยนำเหล้าราคาถูกเข้ามาจำหน่ายในโปแลนด์ ซึ่งกลุ่มต่อต้านนาซีใต้ดินก็ได้พยายามปลุกเร้าให้ประชาชนต่อต้านนโยบายดังกล่าวของเยอรมัน

โปแลนด์มีประชากรทั้งสิ้นราว 40 ล้านคน อัตราการบริโภคสุรารอยู่ที่ประมาณ 8 ลิตรต่อหัวประชากร โดยสุราที่ดื่มเป็นเบียร์ร้อยละ 54 วิสกี้ร้อยละ 32 และไวน์ร้อยละ 16 จนกระทั่งปี 1990 เป็นต้นมาแบบแผนดังกล่าวเริ่มเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มเป็น 10 ลิตร และประชาชนมีแนวโน้มหันมาดื่มเบียร์กับเหล้ามากขึ้นอันเป็นผลมาจากการส่งเสริมตลาดของอุตสาหกรรมเบียร์และเหล้าที่ทำให้ราคาจำหน่ายถูกลง เห็นได้จากสัดส่วนการดื่มวิสกี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60

²⁸ Jerzy Mellibruda ดำรงตำแหน่งเป็น Director ของ The State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems ประเทศโปแลนด์

อย่างไรก็ตามปัญหาอันเนื่องมาจากสุราเป็นปัญหาสำคัญและร้ายแรงที่มีผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของเยาวชนที่หันมาดื่มสุรามากขึ้นและกรณีของปัญหาในกลุ่มที่ติดสุราเรื้อรัง ข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาดังกล่าวได้แก่

- สัดส่วนของผู้ที่ทำร้ายตนเองอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา (700,000-800,000 คน)
- นักดื่มที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย (ประมาณ 1-1.2 ล้านคน)
- เยาวชนที่หันมาดื่มสุรา (กลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวนร้อยละ 20-25 ของประชากรวัยรุ่น)
- ปัญหาครอบครัว (ความรุนแรงในครอบครัว)
- ความปลอดภัยในสถานที่ทำงานและที่สาธารณะ (พวกเมาแล้วขับ พวกอันธพาล)
- ผู้ผลิตและจำหน่ายสุราผิดกฎหมาย (ร้อยละ 20 ของวอดก้าที่ขายในประเทศเป็นวอดก้าที่ผิดกฎหมาย รวมทั้งการละเมิดกฎหมายและข้อกำหนดต่างๆ ที่กำหนดไว้ในเรื่องการโฆษณาและการขาย)

ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงได้พยายามที่จะเร่งแก้ปัญหาดังกล่าว แนวทางที่ใช้สามารถสรุปได้ดังนี้

(1) การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อลดปริมาณการดื่มสุราตลอดจนเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแบบแผนการดื่ม ภายใต้เป้าประสงค์หลักในการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นและการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินการทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

(2) สมมติฐานในการวางนโยบายประกอบด้วย

- ชุมชนท้องถิ่นเป็นองค์กรนำในการป้องกัน
- สร้างความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์กรพัฒนาเอกชน
- อาศัยเครือข่ายการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากสหวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ภาครัฐมีหน้าที่ในการให้การสนับสนุนและประสานความร่วมมือ
- แสวงหาวิธีการและแนวทางการดำเนินการที่มีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาความเข้มแข็งของทรัพยากรทางการเงินในการดำเนินงาน
- การให้การสนับสนุนจากสถาบันศาสนาและบุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่สำคัญในท้องถิ่น
- ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปและแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป

- ครอบคลุมองค์ในการปฏิบัติการได้แก่ แผนงานป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ (Polish National Program of Prevention Alcohol Problems) และกฎหมายต่อต้านภาวะติดสุราเรื้อรัง และการให้การศึกษากลุ่มที่ยังไม่ได้ดื่ม

(3) ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการก็คือ

- การจำกัดขอบเขตของการให้บริการและการควบคุมตลาดสุรา

- การวางนโยบายบริหารจัดการและนโยบายงบประมาณที่มุ่งลดการดื่มและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดื่ม
- มาตรการควบคุมทางสังคมและทางกฎหมายต่อนักดื่มที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย
- โครงการป้องกันและให้การศึกษาในโรงเรียน ครอบครัว และสถานที่ทำงาน
- การบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ป่วยตลอดจนการให้ความช่วยเหลือทางสังคมจิตวิทยาแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
- การวินิจฉัยแต่แรกและการเข้าช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
- การฝึกอบรมนักวิชาชีพและอาสาสมัครวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การให้การศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน
- การสนับสนุนการดูแลตนเองและการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชน
- การสร้างกลุ่มพันธมิตรในท้องถิ่นเพื่อการป้องกัน

(4) แผนงานป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ ในแต่ละช่วง 5 ปี รัฐบาลโปแลนด์ได้อนุมัติแผนงานที่จัดทำโดยองค์การป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ (The State Agency for Prevention Alcohol Problems: PARPA) และมีการรายงานผลในแต่ละปีต่อรัฐสภา ซึ่งเป้าหมายของแผนงานช่วงปี 2000-2005 ก็คือ

- ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ติดสุราให้มีสุขภาพดีขึ้นด้วยการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- ลดการบริโภคสุราในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาขั้นปฐมภูมิ
- ลดจำนวนเยาวชนที่ดื่มสุรา
- ลดอันตรายที่เด็กได้รับจากผู้ติดสุรา
- ลดระดับความรุนแรงในครอบครัวของผู้ที่ติดสุรา
- ฟื้นฟูสุขภาพจิตใจของคู่สมรสของผู้ที่ติดสุรา
- ต่อต้านพฤติกรรมเมาแล้วขับและพฤติกรรมรุนแรงรูปแบบต่างๆ ในที่สาธารณะ

(5) องค์การป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ (PARPA) องค์การดังกล่าวก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1993 โดยมีฐานะเป็นสถาบันหลักในการกำหนดนโยบายสุราของรัฐบาลโปแลนด์ ภารกิจขององค์การประกอบด้วย

- ร่างแผนงานป้องกันปัญหาสุราแห่งชาติ
- จัดเตรียมแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบายสุรา

- การให้การศึกษ การพัฒนาสารสนเทศ การศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ และการนำเอาวิธีใหม่ๆ มาใช้การป้องกันและแก้ปัญหาสุรา
- การให้ความช่วยเหลือด้านผู้เชี่ยวชาญแก่รัฐบาลท้องถิ่น สถาบันต่างๆ องค์การพัฒนาเอกชน และปัจเจกบุคคล
- ประสานการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อมุ่งสู่ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
- การร่วมมือกับรัฐบาลในภูมิภาคต่างๆ องค์การและสถาบันระหว่างประเทศ ในการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากสุรา

(6) งบประมาณ

- ชุมชนท้องถิ่นรวบรวมเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจากผู้จำหน่ายสุราท้องถิ่นได้ประมาณ 90 ล้านดอลลาร์
- รัฐบาลภูมิภาคเก็บเงินจากตัวแทนขายส่งเบียร์และไวน์ได้ประมาณ 7 ล้านดอลลาร์
- รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณประจำปีประมาณ 2 ล้านดอลลาร์

บริบทหลักของการพัฒนานโยบายสุราของประเทศโปแลนด์

หนึ่งในการท้าทายสำคัญในทศวรรษที่ 1990 ก็คือความทันสมัยของระบบการบำบัดรักษาโปแลนด์มีศูนย์บำบัดรักษาประมาณ 500 แห่ง (ซึ่งดูแลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประมาณ 3,500 คน และคนไข้ในแต่ละปีมีประมาณ 160,000 คน ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินโครงการอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ เพิ่มการให้บริการที่มีประสิทธิผลภายใต้ความร่วมมือของ PARPA โปแลนด์ มีการพัฒนาวิธีการใหม่ในการบำบัดรักษาด้านจิตใจของผู้ป่วย จากการวิจัยอย่างต่อเนื่องพร้อมด้วยการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์บำบัด 40 แห่งซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรวม 25,000 คน พบว่าหลังการบำบัดรักษา 2 ปี มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 40-50 ที่พ้นจากภาวะติดสุราเรื้อรังเข้าสู่ภาวะปกติได้

โปแลนด์ยังมีบริการบำบัดรักษาด้านจิตใจให้กับคู่สมรสผู้ป่วยหรือผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน และคนเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มผู้รับบริการใหม่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของระบบการบำบัดรักษาแบบใหม่

ระบบที่สำคัญมากระบบหนึ่งคือการฝึกอบรมและการออกไปรับรองแก่ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษา ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันสุขภาพจิต หลักสูตรอบรมนักบำบัดอาชีพใช้เวลา 650 ชั่วโมง (ปัจจุบันมีผู้

ผ่านการอบรมแล้วประมาณ 1,300 คน) ศูนย์บำบัดรักษายังร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับสมาคมผู้ไม่ดื่มสุราและสมาคมผู้ฟื้นจากภาวะติดสุราเรื้อรัง (AA clubs)²⁹

การพัฒนาระบบปฏิบัติการต่อต้านความรุนแรงในครอบครัว

ร้อยละ 65 ของความรุนแรงในครอบครัวของโปแลนด์เกิดจากปัญหาสุรา และร้อยละ 80 ของเหยื่อก็คือคู่สมรส จำนวนคดีในแต่ละปีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวมีมากถึงกว่า 100,000 คดี ในกรณีนี้ PARPA ได้จัดตั้งหน่วยบริการฉุกเฉินแห่งชาติ (National Emergency Services) ขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือเหยื่อความรุนแรงดังกล่าว และจัดตั้งระบบบลูไลน์ (Blue Line – System) อันเป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรและปัจเจกบุคคลในการต่อต้านความรุนแรงในครอบครัว ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรพัฒนาเอกชนก็ยังสามารถจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและจัดหาที่พักพิงให้อีกกว่า 800 แห่ง

ในด้านการดูแลเด็กที่อยู่ในครอบครัวของผู้ติดสุรา พบว่ามีเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้ติดสุราประมาณ 1.5 ล้านคนและส่วนใหญ่มีปัญหาส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพ การพยายามพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาตัวบิดามารดาเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ยังไม่สามารถรับมือปัญหาได้ดีเท่าที่ควร ภารกิจสำคัญประการหนึ่งของชุมชนท้องถิ่นก็คือการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและสถานที่รวมสำหรับเด็กเหล่านี้ ปัจจุบันมีศูนย์ลักษณะนี้ประมาณ 3,000 แห่งสำหรับนักเรียน 200,000 คน มีการอบรมครูและที่ปรึกษาที่จะมาทำงานกับเด็ก รวมทั้งยังได้เริ่มอบรมทักษะการเป็นบิดามารดาแก่ผู้ป่วยโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา เห็นได้ว่าได้เริ่มเกิดสภาพแวดล้อมของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลและเด็กที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยสุรา

ในแต่ละปีนักเรียนกว่า 1 ล้านคน ครูกว่า 25,000 คน และผู้ปกครองอีกประมาณ 150,000 คนได้เข้าร่วมในโครงการป้องกันสุราในโรงเรียน วัตถุประสงค์ก็เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการให้ความรู้ทักษะทางสังคม ถือว่าครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญในการต่อสู้กับปัญหาสุรา และการประสานความร่วมมือระหว่างบ้านกับโรงเรียนถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วน อย่างไรก็ตามสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบันยังไม่น่าพอใจ โปแลนด์ยังมีโครงการ “Orange Line” ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี 1999 เป็นเครือข่ายโทรศัพท์ทั่วประเทศให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองของเด็กที่ดื่มสุรา ทั้งความพยายามในการสร้างเครือข่ายการป้องกันในท้องถิ่นและการรณรงค์ทางสื่อมวลชนด้วย

²⁹ AA มาจาก Alcoholics Anonymous เป็นเครือข่ายของบรรดาผู้ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูจากภาวะติดสุราเรื้อรังมาสู่การดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

การพัฒนาาระบบปฏิบัติการชุมชน

พื้นฐานของนโยบายสุราตามแบบไปแลนด้อยู่ที่แผนงานป้องกันปัญหาสุราของชุมชนท้องถิ่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลไกการปกครองท้องถิ่น 2,500 แห่ง ภารกิจสำคัญของแผนงานดังกล่าวก็คือ

- เพิ่มความสะดวกในการรับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟู
- ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยและต่อต้านความรุนแรงในครอบครัว
- โครงการป้องกันในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น
- ควบคุมตลาดสุรา

แผนงานที่วางนี้ได้อยู่ภายใต้การให้คำแนะนำโดย The Community Commission for the Prevention of Alcohol Related Problems ซึ่งทำหน้าที่ให้การสนับสนุนแผนงานโครงการแทรกแซงเข้าช่วยเหลือครอบครัวที่ประสบปัญหา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่ติดสุรารับการรักษาแบบประมาทในการดำเนินการนี้มาจากค่าธรรมเนียมใบอนุญาตสถานบริการจำหน่ายสุรา

ไปแลนดกับสหภาพยุโรป

ในช่วงการเตรียมประเทศเพื่อเข้าสู่การเป็นสมาชิกสหภาพยุโรป ไปแลนดได้มองเห็นปัญหาที่จะเกิดกับนโยบายสุรา ประเด็นที่คาดว่าจะเกิดปัญหาก็คือ กรณีการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ การโฆษณาสุรา และราคาสุรา

ระดับแอลกอฮอล์ที่อนุญาตให้ขับรถในไปแลนดได้ต้องไม่เกินร้อยละ 0.02 (20 mg%) ซึ่งถือว่าต่ำที่สุดประเทศหนึ่งในยุโรปและเท่ากับสวีเดน แต่สหภาพยุโรปกำลังพยายามตกลงกันในการกำหนดมาตรฐานที่ร้อยละ 0.05 ไปแลนดไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงระดับที่ตนที่ได้กำหนดไว้

ปัญหาต่อมาก็คือเรื่องการโฆษณา ไปแลนดมีข้อกำหนดที่เข้มงวดมากในการโฆษณาเบียร์ ในขณะที่สุราชนิดอื่นนั้นห้ามโฆษณาโดยเด็ดขาด ปรากฏว่าสหภาพยุโรปค่อนข้างเสรีและผ่อนปรนให้กับกลุ่มอุตสาหกรรมสุรามากกว่า ไปแลนดต้องอยู่ภายใต้แรงกดดันจาก DG Markt ของคณะกรรมการยุโรปที่ต้องการให้มีการลดข้อจำกัดด้านการโฆษณา ในแง่นี้สิ่งที่ปรากฏคือการรุกเข้ามาทำตลาดอย่างรุนแรงของอุตสาหกรรมสุราต่างประเทศ ซึ่งค่อนข้างได้ผลจนต้องมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายบางอย่าง และที่สำคัญสุราเหล่านี้เข้ามามีอิทธิพลต่อผู้บริโภคที่เป็นเยาวชนจำนวนมาก

ประการสุดท้ายเรื่องราคา พบว่าราคาสุราในประเทศเพื่อนบ้านและประเทศอื่นในสหภาพยุโรปต่ำกว่าในไปแลนด ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปประสงค์ให้มีการขจัดอุปสรรคเรื่องราคา (ส่งเสริมให้มีราคาถูกจำหน่ายแก่ผู้ดื่ม) ให้กับผู้ผลิตซึ่งกรณีนี้อาจเป็นผลให้วัยรุ่นและคนจน

สามารถหาซื้อสุราดื่มได้ง่ายขึ้น กรณีนี้เป็นสิ่งที่โปแลนด์กำลังพยายามเจรจาต่อรองเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้านต่อไป

ประเด็นในอนาคต

จากประสบการณ์ของโปแลนด์ตลอด 10 ปีที่ผ่านมาทำให้เรียนรู้ถึงนโยบายและมาตรการสำคัญที่ควรพิจารณาในอนาคตทั้งในประเทศโปแลนด์เองและในความร่วมมือระหว่างประเทศกับกลุ่มสหภาพยุโรป ประเด็นต่างๆ มีดังนี้

(1) ปัญหาในกลุ่มเยาวชน ประสิทธิภาพของการป้องกันในกลุ่มนี้ยังต่ำมาก การบริโภคและอันตรายที่เกิดกับวัยรุ่นกลับเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหญิง บทบาทครอบครัวในการคุ้มครองก็อ่อนแอ ต้องมีการพยายามอย่างจริงจังมากกว่านี้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(2) ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา นโยบายสุรายังไม่ได้ให้ความสำคัญของการปรับปรุงระบบการบำบัดรักษาในอนาคตเท่าที่ควร ข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิผลของการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังของประเทศต่างๆ ในยุโรปก็ยังไม่ชัดเจน ประเมินกันว่าตัวเลขผู้ที่ติดสุราอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 ของประชากรยุโรปซึ่งก็พบว่าการบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพปฐมภูมิยังไม่เพียงพอ

(3) ความปลอดภัยและการให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย คนหลายล้านในยุโรปต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวที่เสี่ยงอันตรายจากผู้ป่วยสุราเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นการใช้ความรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว ความเครียดที่สะสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งการถูกทอดทิ้ง เด็กถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงมากที่สุด มาตรการบำบัดรักษาผู้ป่วยและการป้องกันต่างๆยังไม่พอในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) ระบบเศรษฐกิจตลาดเสรีกับนโยบายสุรา อุตสาหกรรมและการค้าสุรามีอิทธิพลมากในยุโรปและยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสุรา ในตอนเริ่มตั้งสหภาพยุโรปนั้นค่านึงถึงผลประโยชน์ของธุรกิจอุตสาหกรรมเป็นลำดับแรก ต่อมาจึงได้เริ่มหันมามองปัญหาด้านสาธารณสุขและมีความพยายามในการปรับปรุงแก้ไข อย่างไรก็ตามอุตสาหกรรมสุราก็ได้มีการปรับปรุงและพัฒนา นโยบายในการดำเนินธุรกิจเช่นกัน มีความพยายามในการส่งเสริมนโยบายดำเนินธุรกิจภายใต้ความรับผิดชอบต่อสังคม มีมาตรการสร้างวินัยกำกับตนเอง (self-regulation) แต่ต้องตระหนักอยู่เสมอว่าพื้นฐานของธุรกิจอุตสาหกรรมคือการแสวงหากำไร ดังนั้นธุรกิจอุตสาหกรรมสุราจึงต้องพยายามทุกวิถีทางในการสร้างศรัทธาในกลุ่มผู้บริโภคให้หันมาดื่มสุรามากขึ้น เป้าหมายสำคัญของธุรกิจอุตสาหกรรมก็คือวัยรุ่น รัฐจึงจำเป็นต้องออกกฎหมายควบคุมราคาและการส่งเสริมการขายเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้

(3) กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

อังกฤษ (ซึ่งในที่นี้หมายถึงสหราชอาณาจักรโดยรวมสกอตแลนด์ด้วย) เป็นประเทศหนึ่งที่ยังไม่สามารถลดปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลงได้ สาเหตุสำคัญก็มาจากการพยายามสร้างคุณภาพในเชิงนโยบายที่มุ่งผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจพร้อมกับผลประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชน ประกอบกับการที่สกอตแลนด์ถือว่าเป็นผู้ผลิตและส่งออกวิสกี้รายใหญ่ของโลก ดังนั้นการกำหนดนโยบายและมาตรการใดๆ เกี่ยวกับสุราจึงได้รับโต้แย้งอย่างมาก และถือเป็นแบบฉบับของการต่อสู้ทางการเมืองที่น่าสนใจศึกษา โดยในที่นี้จะยกกรณีนโยบายและมาตรการภาษีสุรามาอธิบายดังต่อไปนี้

การเก็บภาษีสุราในสหราชอาณาจักรถือเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจกรณีหนึ่ง อังกฤษเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาในการกำหนดนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุรา เนื่องจากต้องคำนึงถึงทั้งเรื่องของผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและผลประโยชน์ด้านสุขภาพของพลเมืองไปพร้อมกัน ร็อบ แบ็กกอต (Rob Baggott)³⁰ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุรา การเมือง และนโยบายสังคมในช่วงทศวรรษที่ 1970 และทศวรรษที่ 1980 ได้ข้อสรุปว่า อังกฤษเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มประเทศที่นำเข้าและส่งออกสุราในอันดับต้นๆ ของโลกซึ่งทำรายได้จำนวนมากให้กับประเทศ จากการศึกษาพบว่าในปี 1980 ปีเดียวรัฐบาลอังกฤษเก็บภาษีสุราได้เป็นจำนวนมากถึงกว่า 6,000 ล้านดอลลาร์ (หรือประมาณกว่า 9,000 ล้านบาท) โดยอุตสาหกรรมสุราสกอตวิสกี้ (The Scotch Whisky Industry) มีส่วนแบ่งมากที่สุดอันเป็นผลทำให้สุราสกอตวิสกี้เป็นสินค้าที่มีความสำคัญมากในอังกฤษ และเป็นภาคเศรษฐกิจหลักของสกอตแลนด์เนื่องจากก่อให้เกิดการจ้างงานในแคว้นนี้ถึงกว่า 20,000 คน ดังนั้นกลุ่มอุตสาหกรรมสุราจึงได้กดดันรัฐบาลอังกฤษให้ผ่อนคลายนโยบายภาษีให้กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเน้นที่วิสกี้เป็นพิเศษ โดยกลุ่มอุตสาหกรรมสุราและผู้บริโภคไม่ต้องการให้รัฐบาลขึ้นภาษีสุรา โดยบอกว่าภาษีสูงไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา ซ้ำยังเป็นผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย กลุ่มที่สนับสนุนการเรียกร้องนี้ก็คือ บรรดาส่วนราชการทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการค้าและอุตสาหกรรม (Department of Trade and Industry: DTI) กระทรวงเกษตร ประมง ป่าไม้ โดยพยายามบอกให้รัฐคำนึงถึงเรื่องเศรษฐกิจก่อนเป็นลำดับแรก

³⁰ Professor Dr. Rob Baggott ปัจจุบันศาสตราจารย์ประจำ Faculty of Health and Life Sciences แห่ง De Montfort University ประเทศอังกฤษ มีความเชี่ยวชาญในด้านนโยบายสาธารณะโดยเน้นนโยบายสุขภาพ นโยบายสาธารณสุข นโยบายด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบันยังดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์วิจัยนโยบายสุขภาพของมหาวิทยาลัยเดอมนท์ฟอร์ดด้วยอีกตำแหน่งหนึ่ง

อย่างไรก็ตามอังกฤษก็ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากสุราเป็นผลทำให้รัฐบาลต้องใช้จ่ายงบประมาณเป็นจำนวนมากในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ซึ่งด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงต้องการเก็บภาษีสุราในอัตราสูงเพื่อนำเงินมาชดเชยงบประมาณ ในปลายทศวรรษที่ 1970 คณะกรรมาธิการ 3 คนของรัฐสภาตกลงได้ข้อสรุปว่ารัฐบาลควรรื้อมาตรการภาษีเพื่อจำกัดปริมาณการดื่มสุรา โดยการเพิ่มภาษีสรรพสามิต ข้อเสนอดังกล่าวได้รับการชานรับจากองค์การวิชาชีพแพทย์ กลุ่มรณรงค์เลิกดื่มสุรา และกลุ่มอาสาสมัครต่อต้านการใช้สุราในทางที่ผิด ข้อสรุปของมาตรการ “alcohol misuse lobby” ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากกระทรวงสาธารณสุขและการบริการสังคม (The Department of Health and Social Services: DHSS) และเรียกร้องให้กระทรวงการคลังใช้มาตรการปรับราคาสุราให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริง

ในที่สุด ผลปรากฏว่ากลับกลายเป็นกระทรวงการคลังเองที่คัดค้านการใช้มาตรการภาษีสรรพสามิตเพื่อประโยชน์ในเชิงนโยบายด้านสาธารณสุข การตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บภาษีสุรามาจากภายในคณะรัฐบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากกระทรวงการคลัง กรมศุลกากรและกรมสรรพสามิต ถึงกระนั้นปัญหานี้แสดงให้เห็นการต่อสู้ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เข้ามาล้อมบีบรัดกดดันกดดันภาครัฐให้มีความระมัดระวังอย่างเต็มที่กลุ่มตนเองต้องการ ด้วยเหตุนี้การกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการแก้ปัญหาจะต้องพิจารณาจากพื้นฐานข้อมูลที่ปรากฏมากกว่าจะคำนึงถึงผลประโยชน์ของแต่ละกลุ่มมากเกินไป

กรณีตัวอย่างที่สำคัญคือกรณีของอุตสาหกรรมสก็อตวิสกี้ กลุ่มอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตร ประมงและป่าไม้ รวมทั้งสมาชิกรัฐสภาที่เป็นชาวสก็อตต่างคัดค้านการขึ้นภาษีสรรพสามิตสุราก็อดวิสกี้โดยเชื่อว่าอัตราที่เก็บอยู่ที่สูงพออยู่แล้ว และจะส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจของสก็อตแลนด์ที่เปราะบางอยู่แล้วได้ รวมทั้งรัฐบาลอังกฤษเองก็ส่งเสริมให้มีการส่งออกสินค้าด้วยเช่นกัน ภาพที่เห็นอยู่เบื้องหลังก็คือภาพของความขัดแย้งที่กำลังขยายตัวเป็นปัญหาทางการเมือง เพราะอุตสาหกรรมสก็อตวิสกี้ถือเป็นสถาบันทางสังคมอย่างหนึ่ง มองในแง่คติของความเป็นชาตินิยม อุตสาหกรรมนี้มีประวัติศาสตร์มายาวนานคู่กับประเทศ สก็อตแลนด์และเป็นความภาคภูมิใจของคนในชาติอีกด้วย

อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการอนุญาตจำหน่ายสุรา (Licensing Act) ของอังกฤษ แต่เดิมนั้นการออกระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศอังกฤษนั้นมีมาก่อนที่จะมีรัฐสภาเสียอีก โดยเริ่มต้นในลักษณะของการควบคุมโดยชุมชนท้องถิ่นเองในเรื่องของการกำหนดเวลาจำหน่าย (curfew) รัฐสภาเพิ่งจะเข้ามามีบทบาทในเรื่องนี้ในราวศตวรรษที่ 13 โดยเข้ามาควบคุมในเรื่องของความบริสุทธิ์และราคา รวมทั้งเริ่มให้ความสำคัญกับเรื่องของความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม เช่น การจำหน่ายแก่คน

เดินทางไปมา การบริโภคที่ไม่ทำให้คนงานเมามายและสามารถทำงานได้ และมาตรการในการควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดทำนองคลองธรรม

นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1660 เป็นต้นมา สุราเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐ มีการเรียกเก็บภาษีเบียร์เช่นเดียวกับชา กาแฟ และช็อคโกแลต แต่การเก็บภาษีเบียร์แม้ว่าจะทำให้เบียร์มีราคาแพงขึ้น ก็ไม่ทำให้การดื่มลดลงแต่อย่างใด เนื่องจากเก็บแต่เฉพาะเบียร์กับ ale (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำจากข้าวมอลต์) แต่ไม่มีการเก็บจากเหล้าและร้านที่จำหน่ายเหล้า (dramshop) ปรากฏว่าตามท้องถนนสามารถพบเห็นคนเมาได้ทั่วไป ช่วงเวลานั้นถือได้ว่าเป็นยุคขยายตัวของโรงเหล้า (gin houses and Hogarthian excess) เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุราจากโรงเหล้าตั้งแต่ปี 1727 (โดยในตอนแรกการขอใบอนุญาตต้องเสียค่าธรรมเนียม 20 ปอนด์ ต่อมาขึ้นเป็น 50 ปอนด์) โดยให้ผู้พิพากษาเป็นผู้พิจารณาออกใบอนุญาต ผลปรากฏว่าโรงเหล้าเหล่านั้นประสบปัญหา หลายแห่งไม่สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมได้ จึงเริ่มมีการเปิดจำหน่ายแบบผิดกฎหมาย ในปี 1743 รัฐสภาก็เปลี่ยนมาตรการใหม่ คือมีการลดค่าธรรมเนียมลง แต่ผู้พิพากษายังคงเป็นคนพิจารณาที่จะออกใบอนุญาตจำหน่ายแก่ร้านเหล้าตามความเหมาะสมของชุมชนนั้นๆ เช่นเดิม เชื่อกันว่ามาตรการนี้จะช่วยจำกัดร้านเหล้าโดยที่รัฐยังคงมีรายได้จากค่าธรรมเนียมเหล่านี้อยู่ อย่างไรก็ตามจำนวนการขอใบอนุญาตรวมทั้งปริมาณการดื่มสุราก็ไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด กลับเพิ่มขึ้นด้วยซ้ำ

ในช่วงเวลาดังกล่าวสิ่งที่เกิดขึ้นและพบเห็นมากขึ้นคือ บรรดาโรงเตี๊ยมเล็กที่จำหน่ายสุราแก่พวกมิชชันนารีและพวกปล้นตามท้องถนน ในระหว่างปี 1760 ถึง 1780 ยังไม่มีกฎหมายห้ามดื่มสุราเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดื่มสุราในช่วงเวลาสำคัญทางศาสนาเช่นในวันอาทิตย์หรือกำหนดเวลาในการจำหน่าย จนกระทั่งในปี 1787 ได้มีการประกาศใช้กฎหมายที่เรียกว่า The Royal Proclamation on Vice and Immorality ที่มุ่งจำกัดบรรดาผับ (pub or public house) ที่ผิดกฎหมาย หรือมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม หรือพวกที่ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ผลปรากฏว่าโรงเหล้าในชุมชนต่างๆ ลดลงเป็นจำนวนมาก บางแห่งลดลงกว่าครึ่งหนึ่งของที่มีอยู่เดิม ประเมินว่ามาตรการดังกล่าวประสบความสำเร็จ อาชญากรรม การประพฤติผิดต่างๆ ลดลง ยุคของการดื่มกันอย่างหนักจะไม่เกิดขึ้นอีกต่อไป



ภาพที่ 20 การดื่มกันอย่างเมามายทั้งชายและหญิงในยุคที่มีการขยายตัวของร้านจำหน่ายสุราในอังกฤษ

ที่มา : (A Summary of the Historical Development of Licensing the Sale of Alcohol, n.d.)

ในปี 1828 รัฐกำหนดว่าการจะขายสุราได้ต้องมีใบอนุญาต 2 ใบ ใบแรกเรียกว่า justices licence ใบที่สองเรียกว่า excise licence ร้านใดจะเปิดจำหน่ายและให้มีการดื่มสุราได้ต้องได้รับใบอนุญาตทั้งสองใบ ยกเว้นร้านที่มีสุราจำหน่ายอย่างเดียวแต่ไม่มีสถานที่สำหรับดื่มจัดไว้ให้ใช้เพียง excise licence เพียงใบเดียว นับแต่นั้นมา off-licence ก็กลายเป็นแหล่งรายได้ที่เพิ่มขึ้นของรัฐบาล

นับตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา หลักการสำคัญของกฎหมายว่าด้วยการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับสุราไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าตลอดกว่า 50 ปีที่ผ่านมา การบริโภคสุราในอังกฤษลดลงมาโดยตลอด แต่ในกลางศตวรรษที่ 19 ขบวนการเคลื่อนไหวต่อต้านการดื่มสุราที่เรียกว่า The Temperance Society ก็ยังเรียกร้องให้มีการออกมาตรการที่เข้มงวดกว่านี้ ปรากฏว่าในบางแห่งมีการจำกัดชั่วโมงการจำหน่ายและมีการลงโทษรุนแรงขึ้น นักปฏิรูปในสมัยวิคตอเรียเริ่มตั้งคำถามว่าเด็กสมควรดื่มหรือไม่ ในปี 1872 มีการออกระเบียบว่าร้านสุราที่ได้รับอนุญาตร้านใดขายเหล้าให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปีถือว่าผิดกฎหมาย และในปี 1886 ร้านสุราได้รับอนุญาตร้านใดจำหน่ายเหล้าแก่เด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีก็ถือว่าผิดกฎหมาย ในปี 1901 มีประกาศห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี แต่มีข้อยกเว้นบางประการ ข้อกำหนดอายุปัจจุบันที่

ระบุไว้ที่ 18 ปีนั้นเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี 1923 เช่นเดียวกับที่กฎหมายอนุญาตให้เด็กอายุ 16 และ 17 ปี สามารถซื้อเบียร์ พอร์เตอร์ (Porter)³¹ ไชเดอร์ (cider) และเพอร์รี่ (Perry)³² ดื่มร่วมกับมื้ออาหารได้

The Temperance Society เป็นสมาคมที่มุ่งต่อสู้กับสุราโดยรณรงค์ให้ประชาชนงดเว้นการดื่มสุรา The Temperance Society เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สำคัญขบวนการหนึ่งในช่วงศตวรรษที่ 19 ถึงตอนต้นของศตวรรษที่ 20 ที่เรียกว่า The Temperance Movement ขบวนการดังกล่าวมุ่งต่อสู้เรียกร้องให้มีการแก้ไขสภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม เช่น การว่างงาน ความรุนแรงในสังคม รวมทั้งการดื่มสุราและปัญหาต่างๆ ที่ตามมาจากการดื่มสุรา ขบวนการมุ่งเรียกร้องให้ผู้คนในสังคมหลีกเลี่ยงจากสิ่งเหล่านี้โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราอย่างสิ้นเชิง โดยผู้ที่ถือปฏิบัติดังกล่าวจะมีชื่อเรียกว่า teetotalers สมาคม The Temperance Society ในอังกฤษก่อตั้งเมื่อปี 1832 โดย Joseph Livesey สมาคมดังกล่าวนี้เป็นที่รู้จักและแพร่หลายในกลุ่มประเทศที่พูดภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา สมาคมดังกล่าวค่อนข้างมีบทบาทที่สำคัญ กฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับสุราที่ประกาศใช้ เป็นผลมาจากการรณรงค์ผลักดันจากสมาคมเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

ในระหว่างปี 1914-1915 ซึ่งเป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 มีการออกกฎระเบียบเกี่ยวกับการจำหน่ายและการบริโภคอย่างเร่งด่วนเป็นจำนวนมาก มีการจัดตั้งหน่วยงานที่เรียกว่าคณะกรรมการควบคุมกลาง (The Central Control Board) มีการเสนอให้มีการกำหนดเวลาขายหรือให้บริการที่เฉพาะเจาะจง ในปี 1921 จึงได้มีการกำหนด “เวลาที่อนุญาต” ขึ้นใช้โดยทั่วไป กล่าวคือในช่วงเวลาทำงาน ในกรุงลอนดอนอนุญาตให้เปิดขายได้ 9 ชั่วโมง ในขณะที่ที่อื่นให้เพียง 8 ชั่วโมง ในระหว่างเวลา 11.00 น – 22.00 น. (หรือ 23.00 น. ในลอนดอน) และต้องมีการหยุดพัก 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน วันอาทิตย์อนุญาตให้เพียง 5 ชั่วโมงเท่านั้น ยกเว้นในเวลส์และมณฑลเชอร์ที่ปิดในวันอาทิตย์ ไม่อนุญาตให้มีการซื้อสุราโดยใช้เครดิต แม้ว่าจะซื้อร่วมกับอาหารก็ตาม ซึ่งยังถือปฏิบัติมาจนทุกวันนี้

ในปี 1961 เริ่มมีกฏการจำหน่ายอาหาร กฏการขายอาหารพร้อมที่พัก หรือสถานบริการที่พักรับอนุญาตเกิดขึ้น และมีกฎหมายออกใช้บังคับกับสถานบริการเหล่านี้ว่า การดื่มสุราในสถานที่เหล่านี้ต้องดื่มให้หมดใน 10 นาที ต่อมาในปี 1964 ก็เกิดกฎหมายว่าด้วยการอนุญาตจำหน่ายสุรา (The Licensing Act)

³¹ porter หมายถึง ale หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มาจากกรรมกรหมักข้าวบาร์เลย์ มีรสหวานสีเข้ม

³² Perry หมายถึงเครื่องดื่มชนิดหนึ่งหมักจากน้ำลูกแพร์

ในปี 1967 มีการประกาศใช้กฎหมายว่าด้วยการคลัง (Finance Act) โดยมีการยกเลิกใบอนุญาตสรรพสามิต (excise licence) ที่เรียกเก็บภาษีจากการขายปลีกสุรา หรือจากการบริการเครื่องดื่มดังกล่าวแก่สมาชิกในคลับที่มีการจดทะเบียน ใบอนุญาตสถานบริการ (justices licence) และใบจดทะเบียนคลับ/สโมสร กลายเป็นการอนุญาตอย่างถูกต้องเพียงอย่างเดียวในการจำหน่ายหรือการจัดหาบริการ ส่วนพวกขายส่งยังต้องใช้ใบอนุญาตสรรพสามิต (แต่ไม่ต้องใช้ justices licence)



ภาพที่ 21 ภาพโปสเตอร์ของ Temperance Society ที่ใช้ในการรณรงค์ต่อสู้กับการบริโภคสุรา
ที่มา : (Wikipedia The Free Encyclopedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page)

ในปี 1983 ขอบเขตอำนาจของผู้พิพากษาในการออกใบอนุญาตแก่สโมสรดนตรีและเต้นรำ ตลอดจนความบันเทิงในลักษณะดังกล่าวที่มีอยู่ในภัตตาคารและโรงแรมก็ถูกยกเลิกไป และมอบอำนาจดังกล่าวไปให้กับสภาท้องถิ่น (the district councils) ให้ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตแทน ในปี 1985 พวกสุลิตแกนท์เชียร์ฟุตบอลเรียกร้องให้ออกกฎหมายใหม่ห้ามการพกพาแอลกอฮอล์ไปในรถไฟ รถประจำทาง ทั้งขาไปและกลับจากสนามกีฬา และควบคุมการจำหน่ายสุราในสนามเหล่านั้นด้วย ในปี 1988 มีการอนุญาตให้มีการจำหน่ายสุราในวันธรรมดาได้ตลอดทั้งวัน

นับตั้งแต่ปี 1994 เป็นต้นมา มีมาตรการผ่อนปรนกฎระเบียบข้อบังคับอยู่บ้าง เช่นการขยายเวลาจำหน่ายในช่วงการฉลองปีใหม่เมื่อปี 2000 แต่รากฐานของกฎหมายที่ใช้กันมากกว่าสองศตวรรษยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปเท่าใดนัก

(4) กรณีศึกษาประเทศฝรั่งเศส

กรณีศึกษาของฝรั่งเศสในที่นี้เป็นการเสนอผลงานเรื่อง Drink Driving Enforcement Law in France ของ Claude Riviere ที่นำเสนอในการประชุมในหัวข้อ European Alcohol Policy Conference "Bridging the Gaps" ที่จัดขึ้นที่กรุงวอร์ซอ ประเทศโปแลนด์ ระหว่างวันที่ 16-19 มิถุนายน 2004 สรุปได้ว่า (Riviere, 2004)

จากรายงานสถิติอุบัติเหตุของประเทศฝรั่งเศสในปี 2002 ซึ่งให้เห็นว่าฝรั่งเศสเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตบนถนนมากที่สุดประเทศหนึ่งในยุโรป รัฐบาลจึงพยายามออกกฎหมายที่จะควบคุมและลดปัญหาดังกล่าว โดยในปี 2003 เป็นปีที่รัฐบาลพยายามรณรงค์เรื่องนี้อย่างมาก มีการออกกฎหมายห้ามการดื่ม/เมาแล้วขับซึ่งยวดยาน บทลงโทษในกฎหมายมีตั้งแต่การตัดคะแนนจราจร (6 จาก 12 แต้ม) การห้ามใช้หรือยกเลิกใบอนุญาตขับขี่ (3-10 ปี) การจำคุก (2-7 ปี) ค่าปรับตั้งแต่ 135/750 – 100,000 ยูโร

นอกจากนั้น รัฐบาลฝรั่งเศสยังออกกฎหมายกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไว้เท่ากับ 0.5 g/l (50 mg%) พร้อมด้วยมาตรการอื่นที่ดำเนินการประกอบกัน ได้แก่ การตรวจลมหายใจ การทดสอบแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง มาตรการด้านการประกันภัย (โดยบริษัทประกันต้องรับผิดชอบในการจ่ายค่าชดเชยทั้งในส่วนที่เป็นความเสียหายของรถยนต์และค่ารักษาทุกกรณี ผู้ขับขี่ไม่ต้องรับผิดชอบ อันเป็นผลให้ต้องถูกเรียกเก็บเงินประกันในอัตราที่แพงขึ้นหรือไม่เช่นนั้นก็อาจถูกยกเลิกการประกันจากบริษัทประกันเลยก็ได้)

ผลการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการดังกล่าวปรากฏว่า

- อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุร้ายแรงบนถนนซึ่งเดิมในปี 2002 เท่ากับ 2,700 คน บาดเจ็บ 24,000 คน มาในปี 2003 ผู้เสียชีวิตลดลงเหลือ 1,050 คน และผู้บาดเจ็บก็ลดลงเหลือ 9,500 คน
 - ในปี 1999 ตัวเลขของผู้ที่ขับรถยนต์โดยไม่ได้ดื่มสุราก็เท่ากับร้อยละ 45 ในปี 2003 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60
 - ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยลดลงจาก 27,000 ล้าน/3 ปี เหลือ 24,000 ล้าน/3 ปี
- ปัจจัยสำคัญที่ใช้อธิบายผลที่เกิดขึ้นนี้ ก็เนื่องมาจากรัฐใช้มาตรการลงโทษที่ค่อนข้างแรงรวมทั้งการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการอย่างจริงจังและต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ และการ

นำเอาเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานมาใช้ โดยมีข้อสังเกตประกอบการอธิบายว่า การใช้บทลงโทษที่เข้มงวดและแรงมีผลทำให้พฤติกรรมของผู้ขับขี่เปลี่ยนไป

อย่างไรก็ตามผลจากมาตรการดังกล่าวก็มีเสียงสะท้อนจากหลายส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากกลุ่มธุรกิจอุตสาหกรรมสุรา ข้อโต้แย้งระบุว่านโยบายและมาตรการของรัฐบาลและ ANPAA (Association Nationale de Prevention en Alcoologie et Addictologie) มีส่วนทำให้ปริมาณการดื่มไวน์ลดลงซึ่งแน่นอนทำให้ยอดขายไวน์ลดลงตาม ผลก็คืออุตสาหกรรมการผลิตไวน์ในประเทศจึงได้รับผลกระทบไปด้วย อย่างไรก็ตาม ANPAA มีข้อเสนอต่อรัฐบาลว่าในอนาคตหากต้องการให้การลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราให้ได้ประสิทธิผลมากกว่านี้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องเสียไปในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยก็ควรดำเนินมาตรการต่อไปนี้คือ

- ห้ามจำหน่ายสุราในสถานีน้ำมัน
- ลดอัตรา BAC ลงเหลือ 0.2 g/l (20 mg%) ทันทีโดยบังคับใช้กับผู้ขับขี่ทุกคน
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่ว่าด้วยผลกระทบและความเสี่ยงภัยต่างๆ จากสุรา
- ประสานมาตรการต่างๆ ของแต่ละประเทศในยุโรปเข้าด้วยกัน และให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย

5) กรณีศึกษาประเทศเนเธอร์แลนด์

หลายประเทศในยุโรปมีนโยบายและมาตรการในการควบคุมการโฆษณาสุราทั้งที่เป็นมาตรการบังคับโดยการออกกฎหมาย และมาตรการสมัครใจให้ความร่วมมือโดยการกำหนดเกณฑ์การปฏิบัติของตนเอง (self regulation) แต่ในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้นมาตรการในลักษณะดังกล่าวยังไม่ชัดเจนเท่าใดนัก แต่เดิมในปี 1986 รัฐบาลพยายามที่จะห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุราอย่างสิ้นเชิงทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ แต่ก็ไม่เป็นผลเนื่องจากบรรดาธุรกิจอุตสาหกรรมสุราต่างก็ร่วมมือกันล็อบบี้บรรดานักการเมืองและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างหนักเพื่อให้มีการผ่อนปรน รัฐบาลจึงผลักดันได้เพียงแค่การยินยอมให้มีมาตรการ self-regulation ขึ้น อันเป็นที่มาของหลักปฏิบัติว่าด้วยการโฆษณาสุราที่เริ่มใช้ในปี 1990 ปัญหาที่พบในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาคือปริมาณการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นอย่างน่าวิตก ถ้าสุครัฐบาลได้ประกาศห้ามการโฆษณาบุหรี่แล้วอย่างสิ้นเชิง คงเหลืออยู่แต่สุราที่หลายประเทศในยุโรปเริ่มหันมามองและพยายามหาทางออกในเชิงนโยบายและมาตรการที่ดีกว่านี้

ปลายปี 2000 มีการผ่านกฎหมายว่าด้วยการออกใบอนุญาตฉบับใหม่ รวมทั้งมีพยายามในการออกกฎหมายควบคุมการโฆษณาสุรา แต่การดำเนินการก็ไม่คืบหน้า ไม่มีการนำร่างกฎหมาย

ควบคุมการโฆษณาสุรามาพิจารณาแต่อย่างใด จนในเดือนธันวาคม 2001 รัฐมนตรีสาธารณสุข (ในขณะนั้นคือ Mrs.Borst) ก็ได้มีจดหมายไปยังรัฐสภาว่าการออกข้อกำหนด self-regulation ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อนโยบายการป้องกันปัญหาสุราโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น การรณรงค์ให้ยกเลิก “Happy Hours” และมาตรการขึ้นราคาสุราก็ไม่เป็นผล รวมทั้งไม่มีการห้ามโฆษณาสุรากลุ่มวัยรุ่นแต่อย่างใด จนกระทั่งในวันที่ 8 กรกฎาคม 2003 Mr.Hoogervorst รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แถลงต่อรัฐสภาว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องมีการออกกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาที่เป็นรูปธรรมเนื่องจากมาตรการ self-regulation ไม่เป็นผลอีกทั้งการโฆษณาสุราในกลุ่มวัยรุ่นก็ขยายตัวมากขึ้นเป็นลำดับ

ประเด็นเชิงนโยบายที่สำคัญในการออกกฎหมายครั้งนี้คือ การลดปริมาณการบริโภคสุรากลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีลงให้ได้ การป้องกันปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นนี้ถือเป็นวาระที่มีความสำคัญเนื่องจากทั้งสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลกต่างก็ให้ความสำคัญในประเด็นนี้เช่นกัน อย่างไรก็ตามโดยข้อเท็จจริงการกำหนดมาตรการป้องกันวัยรุ่นให้พ้นจากอิทธิพลของโฆษณาสุราได้ผลเพียงบางส่วนเท่านั้น การโฆษณาสุรายังคงสามารถเล็ดรอดมีอิทธิพลต่อกลุ่มวัยรุ่นได้อยู่ดีด้วยวิธีการต่างๆ ที่หลากหลาย

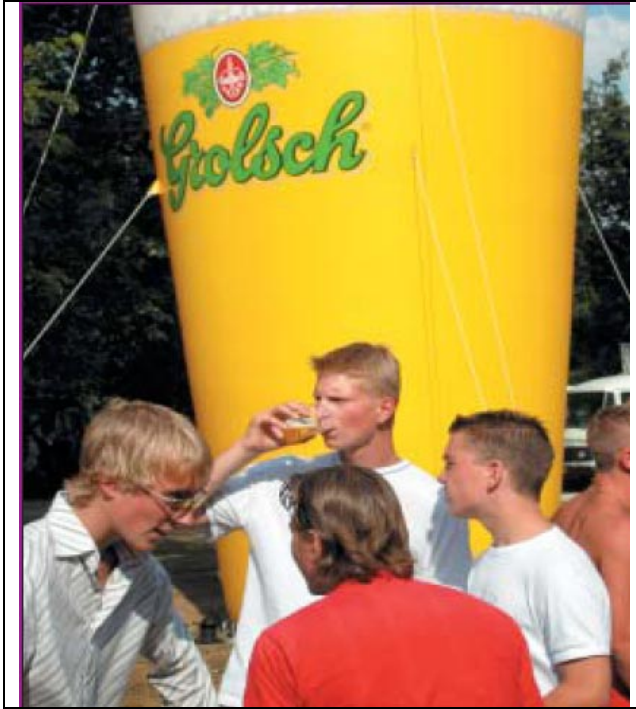


ภาพที่ 22 ตัวอย่างโฆษณาสุราอัลโคปีอียี่ห้อหนึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

ตัวอย่างภาพโฆษณาข้างต้นนั้นเป็นโฆษณาที่ชื่อว่า “Tom Cat” ซึ่งเป็นโฆษณาของสุราอัลโคปีอียี่ห้อหนึ่ง จากการวิจัยพบว่าเด็กที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปีกว่าร้อยละ 83 บอกว่าพวกเขา

รู้จักโฆษณานี้เป็นอย่างดี และร้อยละ 34 ต้องการลองดื่มอัลโคโฮลบี้อบยี่ห้อนี้หลังจากได้ชมโฆษณาแล้ว



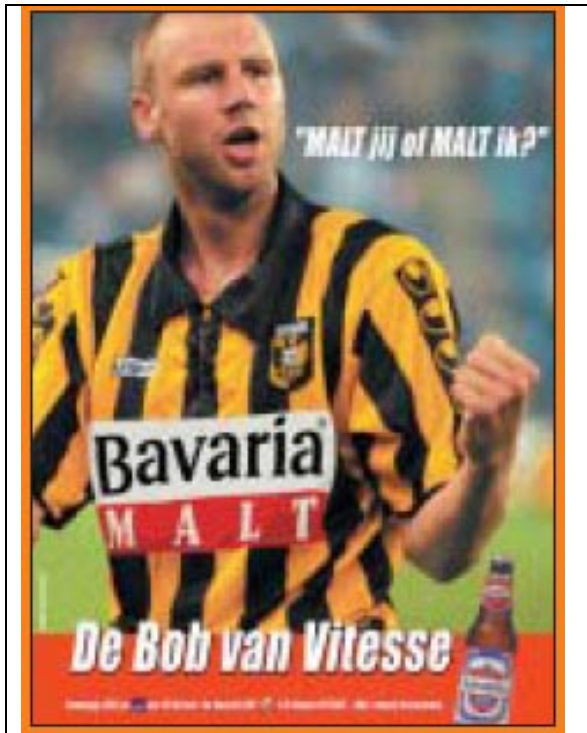
ภาพที่ 23 บริษัทสุรายี่ห้อหนึ่งที่ใช้การสนับสนุนกิจกรรมของวัยรุ่นในเนเธอร์แลนด์

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

ในปี 2002 สถาบันวิจัยตลาดและการสำรวจความคิดเห็นสาธารณะ (The Dutch Institute of Public Opinion and Market Research: TNS NIPO) ได้รับมอบหมายจาก STAP ให้สำรวจความคิดเห็นของเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปีเกี่ยวกับการโฆษณาสุรา โดยให้เด็กและวัยรุ่นให้คะแนนโฆษณาสุรา 5 ยี่ห้อ ได้แก่ Pisang Ambon, Hooghoudt Vodka, Heineken Beer, Smirnoff Ice, และ Bacardi Breezer ผลการสำรวจพบว่าโฆษณา "Tom Cat" ของ Bacardi Breezer ได้คะแนนมากที่สุด และยังพบอีกว่า กลุ่มเป้าหมายยิ่งดูโฆษณามากเท่าใดคะแนนที่สุรายี่ห้อนั้นได้รับก็ยิ่งมากเท่านั้น เด็กและวัยรุ่นจำนวนมากสามารถนึกถึงโฆษณาสุราที่ได้ดูมาแล้วในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามบรรดาธุรกิจอุตสาหกรรมสุราอ้างว่าการโฆษณาสุราไม่ได้มุ่งเจาะเป้าหมายไปยังกลุ่มเด็กและวัยรุ่นแต่อย่างใด ถึงกระนั้นก็เป็นที่น่าสนใจที่ได้ดีว่าคนกลุ่มนี้คือผู้ดื่มเป้าหมายในอนาคตในที่สุด และอีกประการหนึ่งเด็กและวัยรุ่นมักชอบเลียนแบบผู้ใหญ่ ดังนั้นโฆษณาสุราที่บอกว่าจะมุ่งเป้าหมายไปยังผู้ใหญ่จึงย่อมมีผลต่อเด็กและวัยรุ่นไปพร้อมกัน

แม้ว่าจะมีการออกกฎหมายหรือข้อบัญญัติใดในด้านการโฆษณาแต่ก็จะมีการละเมิดอยู่เสมอๆ ตัวอย่างของการละเมิดข้อบัญญัติมีหลากหลายรูปแบบ เช่น



ภาพที่ 24 ตัวอย่างภาพโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่เป็นการละเมิดข้อบัญญัติการโฆษณาที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

จากภาพที่ 24 แสดงให้เห็นว่ามีการโฆษณาสุรายี่ห้อ Bavaria บนเสื้อนักฟุตบอล ซึ่งตามข้อบัญญัติบอกว่าห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุราบนเสื้อ แต่กว่าจะมีการร้องเรียน กว่าจะมีการพิจารณาตัดสินก็ปรากฏว่าฟุตบอลแข่งกันไปจนจบฤดูกาลแล้ว

ปัญหาหนึ่งที่พบก็คือประชาชนไม่ได้ร้องเรียนการละเมิดเหล่านี้ หรือหากประสงค์จะร้องเรียนก็มีปัญหาว่าไม่รู้จะต้องทำอย่างไร จากการวิจัยในปี 2002 โดย STAP ยังพบต่อไปว่าในซูเปอร์มาร์เก็ตรวมทั้งบรรดาร้านขายอาหารหรือภัตตาคารมักมีการจัดรายการส่งเสริมการขายสุราโดยการลดราคาจำหน่ายลงมากตั้งแต่ ร้อยละ 8-54 แต่โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นการกระทำที่ขัดกับบทบัญญัติโฆษณาสุรา

Discotheque The Palace

**IEDERE DONDERDAG
STUDENTENAVOND**

**BIER
HALVE EURO**

VAN 24.00 TOT 01.00 UUR

GRATIS ENTREE

TOT 24.30 UUR + AANVANG 22.30 UUR

The Palace

DELIJNDESTRAAF 11006 GROTE MARKT - GORINCHEN

WWW.THEPALACE.NL

Discounts
Several discos charged record low prices for beer during the summer of 2003; after the complaint had been judged to be well-founded by the Advertising Code Commission, the disco The Palace continued selling at record low prices.

ภาพที่ 25 ตัวอย่างโฆษณาลดราคาจำหน่ายสุราในดิสโก้เทคแห่งหนึ่งในเนเธอร์แลนด์ (ซึ่งกว่าจะมีคำตัดสินก็ปรากฏว่าดิสโก้เทคแห่งนี้จำหน่ายสุราในราคาถูกลงต่อเนื่องมาโดยตลอด)

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

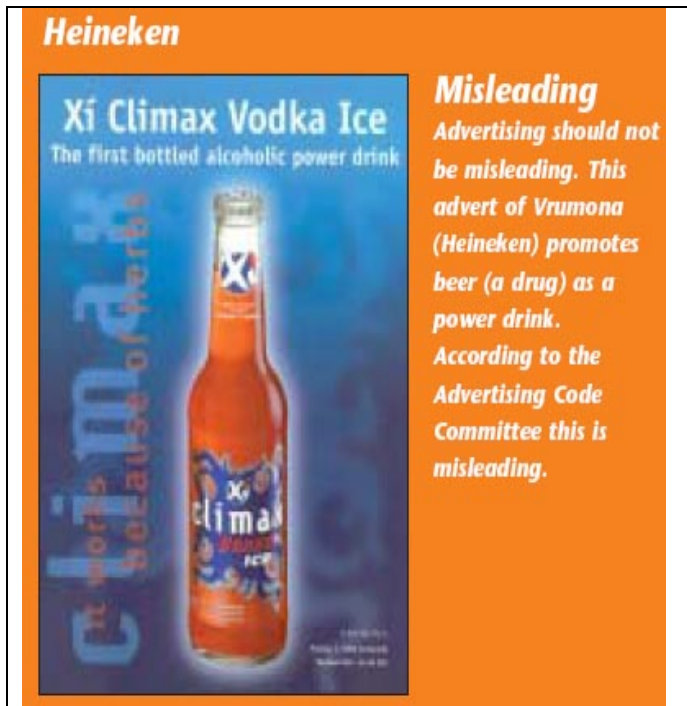
Johnny Walker



Minors
Advertiser Diageo violated the advertising standard for alcohol because its advertisements were aimed at children in particular. The verdict was given after the campaign had run its course.

ภาพที่ 26 ตัวอย่างของการละเมิดข้อบัญญัติโฆษณาสุราอีกรูปแบบหนึ่ง (ซึ่งกำหนดว่าโฆษณาห้ามมุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก แต่โฆษณาชิ้นนี้สื่อความหมายไปยังเด็ก แต่กว่าจะมีคำวินิจฉัยตัดสินให้ถอดออก โฆษณาชิ้นนี้ก็สามารถสื่อความหมายไปยังกลุ่มเด็กเรียบร้อยแล้ว)

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)



ภาพที่ 27 ตัวอย่างการละเมิดข้อบัญญัติอีกลักษณะหนึ่งโดยการโฆษณาแฝง (โดยข้อกำหนดบอกว่าห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุราในลักษณะที่เปรียบสุราเป็นเหมือนยาหรือสารบำรุงร่างกายหรือสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ในภาพที่เห็นโฆษณาบอกว่าเครื่องดื่มชนิดนี้เป็น power drink อันเป็นผลก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในผู้บริโภค)

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

ปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ บางครั้งพบว่าข้อบัญญัติโฆษณาสุราที่กำหนดมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน เป็นผลก่อให้เกิดการตีความไปได้ในหลายความหมาย ตัวอย่างในมาตราที่ 10 บอกว่าการโฆษณาสุราไม่ควรนำเสนอว่าการดื่มสุรามีผลในทางบวกต่อความสำเร็จทางการกีฬา แต่ก็พบการโฆษณาสุราในการแข่งขันกีฬาทั่วไป รวมทั้งในการถ่ายทอดรายการแข่งขันทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ทั้งก่อนการแข่งขัน ในระหว่างและหลังการแข่งขัน สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าสุรามีความสัมพันธ์กับกิจกรรมกีฬา แม้จะมีการพยายามร้องเรียนเรื่องนี้แต่ก็ไม่เกิดผลใดๆ เนื่องจากขอบเขตทางกฎหมายว่าด้วยความเชื่อมโยงของสุรากับความสำเร็จทางการกีฬาไม่ได้อธิบายหรือระบุไว้ให้ชัดเจน



ภาพที่ 28 ตัวอย่างโฆษณาสุราในการแข่งขันฟุตบอล

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

ในมาตราที่ 12 บอกว่าการโฆษณาสุราต้องไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดื่มสุรามีส่วนสนับสนุนต่อความสำเร็จทางสังคมหรือความสำเร็จต่อเพศตรงข้าม ซึ่งข้อเท็จจริงพบว่าโฆษณาสุราไม่ได้สื่อโดยตรงว่าการดื่มสุรามีผลต่อความสำเร็จทางสังคมหรือต่อเพศตรงข้าม แต่ภาพโฆษณาที่ปรากฏสามารถโน้มน้าวให้ผู้ดื่มมองเห็นความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ไม่ยาก การตีความปัญหาเหล่านี้จึงเป็นเรื่องยากมาก หากกฎหมายไม่มีการระบุหรืออธิบายไว้ให้ชัดเจน

<p>Passoã Diablo</p> 	<p>Heineken</p> 
<p>The advert shows a boy (with a bottle of Passoã) and a girl who seem to have had sexual contact. Because it is not clear whether the consumption of Passoã Diablo actually contributed to sexual success, the complaint against this advert was dismissed.</p>	<p>Donny does not know how to approach a girl he likes. He fails to find the right words and finally asks: 'Wanna beer?' The advert suggests that drinking Heineken will lead to social acceptance. The complaint lodged by STAP was dismissed because there was no proof that the question 'Wanna Beer?' actually resulted in success.</p>

ภาพที่ 29 แสดงการโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่ยังมีปัญหาในการตีความอยู่ว่าจะละเมิดข้อบัญญัติว่าด้วยการโฆษณาในมาตราที่ 12 หรือไม่
ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-twvf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

ปัญหาอันเนื่องมาจากความคลุมเครือไม่ชัดเจนของข้อบัญญัติต่างๆ เป็นช่องว่างสำคัญที่บริษัทโฆษณาใช้เป็นเครื่องมือในการต่อสู้ต่อการต่อต้านในลักษณะต่างๆ มาโดยตลอด ที่สำคัญส่วนใหญ่บริษัทเหล่านั้นได้รับชัยชนะ เราไม่มีทางพบการโฆษณาสุราที่มีข้อความ รูปภาพ หรือสัญลักษณ์ที่สื่อชัดเจนถึงข้อห้ามต่างๆ ที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่บริษัทเหล่านี้จะใช้ข้อความ รูปภาพ และสัญลักษณ์อื่นที่สามารถสร้างความเข้าใจได้แบบเดียวกันแต่ไม่ขัดต่อข้อบัญญัติใดๆ ทั้งสิ้น

ประเด็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การละเมิดข้อบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาสุราไม่มีบทลงโทษ ไม่มีค่าปรับใดๆ ทั้งสิ้น แม้ว่าจะมีการละเมิดซ้ำแล้วซ้ำเล่าก็ครั้งก็ตาม STAP เคยพยายามเรียกร้องให้มีการกำหนดบทลงโทษเป็นการปรับเป็นเงินประมาณ 50,000 ยูโร หากมีการละเมิดกฎหมาย แต่สิ่งที่คณะกรรมการพิจารณาตัดสินปัญหาเหล่านี้ (The Advertising Code Committee) ทำก็เพียงแค่ออให้มีการระงับโฆษณาที่ยังมีปัญหาไว้ก่อนเท่านั้นเอง ยิ่งไปกว่านั้นกว่าคณะกรรมการจะเอาเรื่องเหล่านี้มาพิจารณาก็ล่าช้า และกว่าจะตัดสินก็ใช้เวลามากเกินไป

National Foundation for Alcohol Prevention หรือ STAP จึงได้มีข้อเสนอในการทบทวนกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาสุราไว้ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

ด้านการจำกัดการเข้าถึงโฆษณาสุรา

- (1) การกำหนดให้ไม่มีการโฆษณาสุราที่สามารถมองเห็นได้ในบริเวณหรือสถานที่สาธารณะทั่วไป (วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนได้เห็นโฆษณาดังกล่าว)
- (2) การห้ามโฆษณาสุราทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และโรงภาพยนตร์ก่อนเวลา 21.00 น. (วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนได้เห็นโฆษณาดังกล่าว)
- (3) การจำกัดพื้นที่การโฆษณาสุราในโรงภาพยนตร์ ทางโทรทัศน์ และทางวิทยุ (วัตถุประสงค์เพื่อจำกัดจำนวนการโฆษณาสุรา)
- (4) การห้ามโฆษณาสุราในระหว่างที่มีการแข่งขันกีฬาและในอาณาบริเวณสนามกีฬา รวมทั้งในการถ่ายทอดการแข่งขันกีฬา (เพื่อแยกภาพของการกีฬาออกจากภาพของสุราและเพื่อจำกัดการโฆษณาสุราที่มุ่งมายังเยาวชนซึ่งมักให้ความสนใจกับเรื่องของกีฬาเป็นสำคัญ)
- (5) การห้ามไม่ให้มีกิจกรรมการตลาดสุราในอินเทอร์เน็ตที่เกินเลยไปกว่าการให้ข้อมูลของสินค้าเท่านั้น (วัตถุประสงค์เพื่อจำกัดการเข้าถึงของเยาวชนเพื่อไม่ให้เป็นการจูงใจเยาวชน)

ด้านการโฆษณาที่ใช้กลไกราคาจำหน่าย

การออกกฎหมายห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุราโดยใช้วิธีการลดราคาจำหน่ายหรือการเสนอให้มีการดื่มสุราฟรี

ด้านเนื้อหาของโฆษณา

คำหรือข้อความต่างๆ ที่ใช้ในกฎหมายต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ ไม่เปิดให้มีการตีความไปต่างนานา และต้องให้ความสำคัญกับข้อความ รูปภาพ และสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการโฆษณาเป็นสำคัญ ควรต้องมีการวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อโฆษณาสุราและพฤติกรรมของวัยรุ่นอย่างกว้างขวาง เพื่อนำผลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อบัญญัติทางกฎหมาย ควรต้องมีความกระตือรือร้นที่จะมาทำหน้าที่ในการพิจารณาเนื้อหาของโฆษณา รวมทั้งต้องมีการกำหนดบทลงโทษหากมีการละเมิดข้อบัญญัติของกฎหมาย

4.4 ผลการศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวกับองค์ความรู้เชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและเป็นส่วนที่จะช่วยให้การกำหนดนโยบายและมาตรการในประเด็นต่างๆ มีประสิทธิผลสามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ก็คือ การประเมินนโยบายและมาตรการที่นำไปปฏิบัติ ข้อมูลจากผลการประเมินนโยบายและมาตรการมีประโยชน์สำคัญอยู่ 2 ประการ ประการแรกจะช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายสามารถนำไปใช้ประกอบการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการเหล่านั้นเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้ และก่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายได้จริง และประการที่สองจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายมองเห็นแนวทางที่จะกำหนดนโยบายและมาตรการใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ได้ในอนาคต

สำหรับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปก็ได้รับการประเมินด้วยเช่นกัน โดยการประเมินนั้นมีทั้งการประเมินโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และการประเมินโดยองค์การ/สถาบันที่ศึกษาและสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุราหรือการสาธารณสุข จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลการประเมินนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปผู้วิจัยพบว่ามีการประเมินที่น่าสนใจสามารถสะท้อนให้เห็นภาพของสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1) รายงานการศึกษาของ Health Evidence Network (HEN)

รายงานชิ้นสำคัญของ HEN ก็คือรายงานเรื่อง “What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?” ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2004³³ สารสำคัญในรายงานเป็นการประเมินนโยบายและมาตรการสุราของยุโรปโดยมี Esa Osterberg³⁴ เป็นผู้สังเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการศึกษา เอกสารรายงานที่ใช้เป็นข้อมูลในการสังเคราะห์ประกอบด้วย Alcohol Policy and the Public Good ของ Griffith Edwards และคณะซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในปี 1994, Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy ของ WHO, ฐานข้อมูล Cochrane Library, Econlit and the Alcohol and Alcohol Problem Science

³³ เอกสาร “What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?” อยู่ในภาคผนวกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือสามารถเข้าสืบค้นได้ที่ <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

³⁴ Esa Osterberg ปัจจุบันเป็น Senior Researcher, STAKES, Alcohol and Drug Research Group, P.O.Box 220, 00531 Helsinki, Finland, email: esa.osterberg@stakes.fi

Database (ETOH) ของ The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) ผลการประเมินสรุปได้ดังนี้ (Osterberg, 2004)

การดื่มสุร่าเป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคม ลักษณะของปัญหาสุร่าที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสองปัจจัยคือ ปริมาณการดื่มและแบบแผนการดื่มของประชาชน ข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งก็คือตัวเลขปริมาณการดื่มที่มาจาก การสำรวจยังไม่สะท้อนให้เห็นภาพที่แท้จริงของปริมาณการดื่มและพฤติกรรม การดื่มของบุคคลได้ชัดเจนพอ ตัวอย่างเช่น โดยทั่วไปเรามักให้ความสำคัญกับกลุ่มที่เป็นพวกดื่มหนักหรือพวกติดสุร่า เรือร่งว่าเป็นกลุ่มมีปัญหา ความจริงแล้วคนที่ดื่มแต่น้อยหรือดื่มในบางโอกาสก็มีปัญหาอันเป็นผลจากการดื่มเช่นกัน นอกจากนี้สิ่งที่เรามักไม่ค่อยนึกถึงก็คือในแง่ประโยชน์ของสุร่า คนที่ดื่มสุร่าส่วนใหญ่เห็นว่าสุร่ามีคุณประโยชน์กับพวกเขา เพราะไม่เช่นนั้นคงไม่ยอมเสียเงินซื้อ มาดื่ม ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายและมาตรการส่วนมากกลับมองแต่ด้านลบของสุร่าเป็นสำคัญ สุร่ายังเกี่ยวข้องกับเรื่องของวัฒนธรรม เรื่องของแบบแผนการดำเนินชีวิต ด้วยเหตุนี้ปัญหาอันเนื่องมาจากสุร่าจึงแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม

มองในภาพรวมของนโยบายและมาตรการปรากฏว่า **ในบางสังคมนโยบายและมาตรการควบคุมสุร่าที่เป็นทางการ (formal alcohol control policy) โดยออกเป็นกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับโดยรัฐได้ผลน้อยกว่านโยบายที่ไม่เป็นทางการ (informal alcohol control) เช่น** วัฒนธรรมนิยมประเพณีบางอย่าง หรือบรรทัดฐานของท้องถิ่น ตัวอย่างในประเด็นของการผลิตและการจำหน่ายสุร่า เช่น กรณีนโยบายควบคุมสุร่าของประเทศในกลุ่มนอร์ดิกตั้งอยู่บนแนวคิดเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการจำกัดผลกำไรในธุรกิจสุร่าเป็นสำคัญและก็ได้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาหลายทศวรรษ ในขณะที่พื้นฐานแนวคิดเชิงนโยบายดังกล่าวไม่อาจนำมาใช้กับกลุ่มประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนได้ นโยบายการควบคุมสุร่าของกลุ่มประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนเกิดขึ้นบนพื้นฐานความจำเป็นในการเพิ่มคุณภาพของสุร่า การสร้างหลักประกันมาตรฐานการส่งออก การสร้างหลักประกันในมาตรฐานการดำรงชีวิตของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกองุ่นกับผู้ผลิตไวน์ ตลอดจนการสร้างหลักประกันแก่ผู้บริโภคว่าจะสามารถบริโภคไวน์ได้ในราคาที่สมเหตุสมผล นอกจากนี้อุตสาหกรรมสุร่ายังเป็นแหล่งรายได้สำคัญของหลายประเทศในยุโรป ภาชีสุร่าก็คือรายได้ของรัฐและด้วยเหตุที่ยุโรปเป็นแหล่งผลิตสุร่าที่สำคัญของโลก ดังนั้นผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของภาคเอกชนจากการผลิตและการค้าสุร่าจึงส่งผลต่อสาระสำคัญและขอบเขตของนโยบายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ตามโดยหลักสำคัญของนโยบายสุร่าในยุโรปมุ่งลดปัญหาที่เกิดจากสุร่า มาตรการต่างๆ ประกอบไปด้วย การใช้มาตรการภาษี/ราคา การจำกัดอายุผู้ซื้อ/ผู้ดื่ม การควบคุมสถาน

บริการสุรา มาตรการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ การเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการดื่มสุรา การให้ความรู้และการเชิญชวน การควบคุมการส่งเสริมการดื่มสุรา และการให้ความช่วยเหลือหรือการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยเหตุจากสุรา ซึ่งในแต่ละนโยบายและมาตรการมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

การกำหนดราคาสุรา การวิจัยเกี่ยวกับประเด็นเรื่องราคาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า เมื่อใดที่ราคาสุราสูงขึ้นปริมาณการดื่มจะลดลง และในทางตรงข้ามเมื่อราคาสุราต่ำลงปริมาณการดื่มก็จะสูงขึ้น ข้อสรุปในประเด็นนี้ก็คือสุรามีลักษณะความยืดหยุ่นของราคาเหมือนกับสินค้าอื่นทั่วไปในท้องตลาด ถึงกระนั้นก็ตามพฤติกรรมของนักดื่มในแต่ละสังคมวัฒนธรรมก็อาจตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาแตกต่างกันไป อย่างเช่น กรณีถ้าราคาไวน์เพิ่มสูงขึ้นนักดื่มในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนอาจดื่มน้อยลงเพราะพวกนี้ให้คุณค่ากับไวน์เหมือนสินค้าอื่นทั่วไป แต่กับนักดื่มแถบนอร์ดิกอาจไม่มีผลเท่าไรนัก เพราะกลุ่มนี้มองไวน์เป็นสินค้าสำหรับคนที่มีฐานะมีระดับ เป็นต้น นอกจากนี้ในรายงานฉบับนี้ยังบอกต่อไปอีกว่า ราคาสุราไม่มีผลกับกลุ่มนักดื่มหนักหรือกลุ่มที่ติดสุรา คือแม้จะราคาสุราจะสูงคนกลุ่มนี้ก็ยังคงซื้อหามาดื่มอยู่ดี แต่ในกลุ่มที่ดื่มบางโอกาสหรือดื่มน้อยอาจมีผลอยู่บ้าง แต่ที่ค่อนข้างชัดเจนก็คือในกลุ่มเยาวชน ถ้าสุรามีราคาสูง (ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตหรือกรณีใดก็ตาม) ปริมาณการดื่มของเยาวชนมีแนวโน้มลดลง

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบในกรณีของราคาจำหน่ายสุราในยุโรป ก็คือราคาจำหน่ายสุราที่เพิ่มขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการลักลอบค้าขายสุราเถื่อนหรือการค้าขายแดนกับประเทศที่มีราคาจำหน่ายสุราถูกกว่า ซึ่งประเด็นนี้เป็นปัญหาค่อนข้างมากเนื่องจากหลังการรวมเศรษฐกิจของยุโรปเป็นตลาดเดียว ยุโรปมีการผ่อนคลายเกี่ยวกับข้อกำหนดว่าด้วยโควต้าสุราที่นักท่องเที่ยวสามารถนำติดตัวในการเดินทางเข้าประเทศได้ ดังนั้นการค้าสุราเถื่อนแถบชายแดนของแต่ละประเทศในยุโรปจึงกลายเป็นปัญหาสำคัญ อย่างไรก็ตามในรายงานได้ชี้ให้เห็นประเด็นที่ควรคำนึงในกรณีของการใช้นโยบายสุราราคาสูงไว้ว่า สุราเป็นสินค้าที่มีการทดแทนกันได้ ยกตัวอย่าง กรณีไวน์มีราคาสูง นักดื่มก็อาจมองหาสุราชนิดอื่นที่พอจะทดแทนไวน์ได้ เช่น พวกชอปต์ดริงค์ประเภทต่างๆ ไวน์ที่ทำเองที่บ้าน หรือไม่เช่นนั้นนั้นก็มีการลักลอบนำไวน์ราคาถูกเข้ามามากขึ้น แต่ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม รายงานฉบับนี้ยืนยันว่าราคาจำหน่ายสุรามีผลกระทบต่อปริมาณการดื่มและปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ภาษีสุราคือแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐบาล และหากปัญหาอันเนื่องจากการดื่มสุราลดลง รัฐบาลก็มีภาระในการใช้งบประมาณในการนี้ลดลงตามไปด้วย ซึ่งทำให้สามารถนำเงินจากรายได้ส่วนนี้ไปพัฒนาระบบสวัสดิการและการบริการของรัฐในส่วนอื่นได้ต่อไป

สถานบริการสุรา มาตรการในการควบคุมสถานบริการสุรานั้นค่อนข้างหลากหลาย ในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 ประเทศอุตสาหกรรมบางแห่งในตะวันตกมีกฎหมายห้ามจำหน่ายสุราอย่างเด็ดขาด ซึ่งในปัจจุบันมาตรการดังกล่าวยังคงมีอยู่ในรัฐอิสลามหลายแห่ง ขณะที่ในบางประเทศก็มีการจำกัดวันจำหน่าย บางแห่งก็ใช้มาตรการห้ามจำหน่ายในบางช่วงเวลาหรือในบางเทศกาลหรือในบางกิจกรรม เช่น ในช่วงการเลือกตั้ง ในสนามกีฬา เป็นต้น บางประเทศมีข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ตั้งสถานบริการ เช่น ห้ามตั้งใกล้โรงเรียน ห้ามตั้งใกล้สถานเลี้ยงเด็ก ห้ามตั้งใกล้วัด หรือห้ามตั้งในบริเวณสองข้างมอเตอร์เวย์ (หรือถนนที่เชื่อมระหว่างเมือง จังหวัด ประเทศ) หรือในสถานที่บางแห่งก็ไม่อนุญาตให้มีการจำหน่ายสุรา เช่น ในโรงพยาบาล บิมน้ำมัน ร้านจำหน่ายอาหารในสถานที่ทำงาน บางประเทศก็ไม่อนุญาตให้มีการติดตั้งเครื่องจำหน่ายสุราอัตโนมัติ รวมทั้งบางประเทศก็มีการกำหนดให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับธุรกิจสุราตั้งแต่การผลิตไปจนถึงการจำหน่ายปลีกต้องขึ้นทะเบียนได้รับอนุญาตหรือมีการจัดการอบรมให้ความรู้

มาตรการสำคัญอีกประการหนึ่งที่ประเทศส่วนใหญ่ใช้ก็คือ การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อหรือดื่มสุรา ซึ่งระดับอายุที่กำหนดก็แตกต่างกันไปแต่ละประเทศ บางประเทศก็มีการห้ามจำหน่ายสุราให้กับพวกที่มีอาการเมา รวมทั้งบางประเทศก็มีการกำหนดสัดส่วนที่แต่ละคนจะสามารถซื้อได้ต่อครั้ง ห้ามการซื้อโดยใช้บัตรเครดิต ห้ามชายและหญิงดื่มสุราในสถานที่เดียวกัน ตลอดจนอนุญาตให้ดื่มสุราได้แต่เฉพาะในมื้ออาหารเท่านั้น

บทสรุปในรายงานบอกว่าไม่ได้มีการประเมินมาตรการที่กล่าวมานี้ทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดบางประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งความยากในการประเมิน หลักฐานที่จะมายืนยันข้อสรุปยังมีไม่มากพอ เท่าที่มีก็เป็นหลักฐานในอดีตซึ่งไม่อาจนำมาใช้อธิบายนโยบายและมาตรการของยุโรปในปัจจุบันได้ เช่น กรณีของ Bratt System ในสวีเดนซึ่งไม่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 1955 แล้ว เป็นต้น

ในอดีตสวีเดนก็เคยประสบปัญหาอันเนื่องมาจากสุราเช่นกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีการดื่มสุราที่เรียกว่า schnapps³⁵ ซึ่งเป็นที่นิยมดื่มกันมาก รัฐบาลได้เริ่มเข้ามาแทรกแซงปัญหาในราวต้นศตวรรษที่ 17 แต่ก็ยังไม่มีนโยบายและมาตรการใดๆ ที่ชัดเจนที่จะรับมือกับปัญหาการดื่มกันอย่างขนานใหญ่ในช่วงนั้น ช่วงกลางศตวรรษที่ 19 ปริมาณการดื่มสุรา schnapps เพิ่มสูงสุดเท่ากับประมาณ 22 ลิตรต่อคนต่อปี ปริมาณการดื่มเกือบจะเท่ากับสปีด้าลละ 1 ลิตร หากนับรวมพวกที่ดื่มแต่พอประมาณเข้าไปด้วยปรากฏว่า คนสวีเดนดื่มสุราที่มีแอลกอฮอล์สูงถึงสปีด้าลละ 2-3 ลิตร ซึ่งแน่นอนว่าส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัวและปัญหาในการทำงาน ในราวศตวรรษที่

³⁵ Schnapps เป็นสุรากลั่นชนิดหนึ่งในสวีเดนที่ทำจากผลไม้หมักชนิดต่างๆ มีกลิ่นและรสชาติคล้ายวอดก้า schnapps แท้จะไม่มีกราดิม น้ำตาลหรือแต่งกลิ่นรสแต่อย่างใด และมีปริมาณแอลกอฮอล์อยู่ในราวร้อยละ 40 schnapps เป็นคำในภาษาเยอรมัน ภาษาสวีดิชเรียกว่า Brannvin

1830 มีการจัดตั้งสมาคมต่อต้านการดื่มสุรา (Temperance organizations) ขึ้นในสวีเดน จนถึงปี 1855 รัฐบาลสวีเดนก็ได้ออกกฎหมายเพิ่มอัตราภาษีสุราให้สูงขึ้น ซึ่งนโยบายอัตราภาษีสูงนี้ยังคงใช้มาจนทุกวันนี้เป็นผลให้ราคาจำหน่ายสุราในสวีเดนโดยเฉพาะเหล้ามีราคาสูงตามไปด้วย มีการจัดตั้ง "System Shops" ขึ้นทั่วสวีเดนเพื่อเป็นสถานที่จำหน่ายปลีกสุราที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายเป็นขวด ในขณะที่ภัตตาคารที่รับอนุญาตก็สามารถให้บริการสุราได้เช่นกัน แต่ต้องบริการเฉพาะในมื้ออาหารเท่านั้น

จนกระทั่งในราวครึ่งหลังของศตวรรษที่ 19 สมาคมต่อต้านการดื่มสุราทวีความเข้มแข็งและมีการขยายตัวมากขึ้น จึงเกิดเป็นเสียงเรียกร้องให้มีการห้ามจำหน่ายสุราอย่างสิ้นเชิง ในปี 1910 กว่าร้อยละ 56 ของชาวสวีเดนเห็นด้วยกับข้อเรียกร้อง ซึ่งในที่สุดเป็นที่มาของ Bratt System ผู้ที่เสนอมาตรการนี้ก็คือ Dr. Ivan Bratt (1878-1956) (จึงเรียกกันว่า Bratt System) โดยเสนอว่าผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปเท่านั้นที่จะมีสิทธิที่ได้รับสมุดโควต้าที่อนุญาตให้ซื้อสุราได้ในจำนวนที่กำหนดไว้เท่านั้น ดังนั้นเวลาไปซื้อสุราที่ system shop ในแต่ละครั้งก็จะมีการบันทึกการซื้อขายในสมุดดังกล่าวไว้เป็นหลักฐาน พวกเขามากจะไม่ได้รับสิทธิอันนี้ รวมทั้งกรณีของสตรีก็จะถูกจำกัดสิทธิการซื้อที่น้อยกว่าชาย จำนวนโควต้าที่อนุญาตนี้จะไม่ตายตัวแต่จะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ จนถึงปี 1955 ซึ่งเป็นปีที่ยกเลิก Bratt System โควต้าที่อนุญาตให้ซื้อคนละ 3 ลิตรต่อเดือน ซึ่งหลังจากนั้นบรรดาสมาคม system shops 41 แห่งในสวีเดนก็ถูกผนวกรวมเข้ามาอยู่ในระบบจำหน่ายปลีกสุราที่ผูกขาดโดยรัฐ ยกเว้นก็แต่เฉพาะ Systembolaget ประเภทเดียวที่ยังคงได้รับอนุญาตให้จำหน่ายสุราในแบบที่บรรจุขวดหรือแบบกระป๋องได้

ทัศนคติเกี่ยวกับดื่มสุราของคนสวีเดนปัจจุบันนี้ค่อนข้างผ่อนคลายไม่สุดขั้วเหมือนอย่างในอดีต ภัตตาคารส่วนมากได้รับใบอนุญาตตลอดจนผับสไตส์อังกฤษก็เริ่มมีให้เห็นดาษดื่น แต่ Systembolaget shop ก็ยังคงจำหน่ายทั้งไวน์ เหล้า และเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์เกินกว่าร้อยละ 3 ได้ แม้ว่าเบียร์ที่ผลิตในสวีเดนเองจะมีชื่อเสียง แต่เบียร์จากประเทศอื่นก็มีให้เห็นหลากหลายยี่ห้อ ลักษณะอากาศของสวีเดนเป็นอุปสรรคสำคัญของการผลิตไวน์ แต่ในสวีเดนก็สามารถหาซื้อไวน์ชั้นเยี่ยมจากแหล่งผลิตชั้นนำของโลกได้เช่นกัน รวมทั้งกรณีของเหล้าด้วยเช่นกัน (Thompson, 2003)

อย่างไรก็ตามกล่าวกันว่า Dr.Ivan Bratt นั้นเป็นเสมือนผู้ป้องกันไม่ให้สวีเดนออกมาตราการห้ามจำหน่ายสุราตามที่กลุ่มต่อต้านการดื่มสุราเรียกร้อง มีรายงานว่าหลังจากยกเลิก Bratt System จำนวนคนเมาบนท้องถนนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า จนถึงปี 1960 ซึ่งมีการใช้นโยบายเก็บภาษีสุราเพิ่มขึ้นแทนมาตรการโควต้า จำนวนคนที่ดื่มสุรามากจนถึงขั้นมีอาการทางประสาทเพิ่มขึ้นจาก 160 รายต่อปี เป็น 700 รายต่อปี (Nyheter, 1998)

การจำกัดการผูกขาดจำหน่ายปลีกบางส่วน จากหลักฐานที่ปรากฏพบว่ากรณีการผ่อนคลายมาตรการบางอย่างในเรื่องที่เกี่ยวกับการผูกขาดการจำหน่ายก็มีผลกับปริมาณการดื่มสุราเช่นกัน อย่างเช่น เดิมในกลุ่มประเทศนอร์ดิกจะอนุญาตให้จำหน่ายเบียร์ medium เฉพาะในร้านขายสุรเท่านั้น แต่ช่วงหนึ่งมีการอนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายของชำทั่วไปได้ เช่น ฟินแลนด์อนุญาตให้จำหน่ายได้ในปี 1969 ปรากฏว่าเป็นผลให้ปริมาณการดื่มสุราโดยรวมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 อันเนื่องจากคนหันมาดื่ม medium beer กันอย่างหนัก ต่อมาจึงได้มีการยกเลิก ในสวีเดนยกเลิกห้ามจำหน่าย medium beer ในร้านขายของชำในปี 1977 นอร์เวย์ยกเลิกจำหน่าย strong beer ในร้าน

ขายของชำในปี 1993 ซึ่งหลังจากมาตรการดังกล่าวก็เป็นผลทำให้ปริมาณการดื่มสุราโดยรวมลดลง หลักฐานจากการวิจัยยืนยันชัดเจนว่า ระบบการผูกขาดการจำหน่ายสุราไว้ที่ร้านขายสุราแบบ off-premise แต่เพียงอย่างเดียวแทนที่จะกระจายลงไปยังร้านขายของชำ มีผลทำให้ลดปริมาณการดื่มสุราลงได้ ในทางตรงกันข้ามหากมีการยกเลิกการผูกขาดบางส่วนสำหรับสุราบางชนิดโดยอนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายของชำได้ ก็จะเป็นผลทำให้ปริมาณการดื่มสุราเพิ่มขึ้น

การกำหนดวัน เวลา และจำนวนสถานบริการจำหน่ายสุรา มาตรการควบคุมการดื่มสุรา โดยใช้การจำกัดวันและเวลาจำหน่ายหรือให้บริการถือเป็นมาตรการที่มีการนำมาใช้กันทั่วไป จากหลักฐานข้อมูลการวิจัยก็ยืนยันว่ามาตรการดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมปัญหาสุราได้จริง คือยิ่งกำหนดให้มีวันและเวลาจำหน่ายหรือให้บริการสุรามากเท่าใด ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุราก็มากเท่านั้น นอกจากนี้หลายประเทศยังใช้มาตรการจำกัดสถานให้บริการจำหน่ายสุราร่วมด้วย ซึ่งรายงานการศึกษาในระยะหลังก็ยืนยันว่ามาตรการดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการควบคุมปริมาณและปัญหาจากการดื่มได้เช่นกัน

การกำหนดอายุขั้นต่ำ มาตรการกำหนดอายุขั้นต่ำสำหรับคนซื้อหรือคนดื่มมีผลโดยตรงต่อกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ทำให้คนกลุ่มนี้หาซื้อสุรามาดื่มได้ลำบากมากขึ้น ปัญหาคือในบางประเทศมีการกำหนดอายุไว้สูงจนเกินไป หรือในกรณีที่กำหนดระดับอายุไว้ต่ำแต่การบังคับใช้ค่อนข้างไม่เข้มงวดเท่าไรนัก ระดับอายุสูงสุดที่มีการกำหนดไว้ในประเทศอุตสาหกรรมอยู่ที่ 21 ปี เช่นในสหรัฐอเมริกา ซึ่งก็มีรายงานการศึกษายืนยันว่า การกำหนดระดับอายุไว้สูงมีความสัมพันธ์กับจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนที่เกิดจากสุรา ในขณะที่หากกำหนดระดับอายุไว้ต่ำก็จะทำให้จำนวนอุบัติเหตุในลักษณะดังกล่าวลดลง

กล่าวโดยสรุปทั่วไปหลักฐานจากการศึกษายืนยันว่า นโยบายมาตรการที่ทำให้แหล่งจำหน่ายสุรามีอยู่อย่างจำกัด ไม่สะดวกในการซื้อหามาดื่ม และเข้าถึงได้ยากขึ้นนั้น มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดปริมาณและปัญหาจากการดื่มสุรา และที่สำคัญเป็นนโยบายและมาตรการที่ไม่ได้ไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านวัฒนธรรมการดื่มแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการเหล่านี้ก็คือ การสนับสนุนของประชาชน ความเข้มงวดกวดขันในการบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับ และการธำรงรักษามาตรการเหล่านั้นไว้อย่างต่อเนื่อง

การรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ หนึ่งในหลายมาตรการที่อยู่ในกฎบัตรยุโรปว่าด้วยสุรากล่าวถึงการออกกฎหมายควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มกับการขับรถโดยมีเป้าหมายไม่ให้ผู้ดื่มสุราขับรถยนต์ ทั้งนี้เนื่องจากสุรามีผลต่อความสามารถ การตัดสินใจ และการรับรู้การมองเห็นในการขับรถ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อกรณีดังกล่าวมากที่สุดคือ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood- Alcohol Concentration: BAC) ผลจากการทดลองในห้องปฏิบัติการชี้ให้เห็นว่า เมื่อใดก็ตามที่ระดับความเข้มข้นของ

แอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น ระดับการตอบสนองของคนเราก็จะลดลง ยิ่งระดับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากเท่าใด สมรรถนะทางร่างกายก็ยิ่งลดลงมากขึ้นเท่านั้น แพทย์ทุกประเทศจึงมีการออกมาตรการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่รถยนต์พร้อมไปกับเพื่อการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับด้วยระดับที่กำหนดไว้มีตั้งแต่ 0.00 – 0.08 % (0-80 mg%) แต่โดยทั่วไปจำกัดไว้ที่ 0.05 % (50 mg%)

กลุ่มเป้าหมายที่เน้นเป็นพิเศษก็คือกลุ่มนักดื่มวัยรุ่นซึ่งถือกันว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากมีประสบการณ์น้อยทั้งการดื่มสุราและการขับรถ นอกจากนี้กลุ่มคนขับรถบรรทุกสินค้าก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่หลายประเทศให้ความสำคัญ ซึ่งในบางประเทศระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กำหนดไว้สำหรับกลุ่มนี้จะต่ำกว่าระดับที่กำหนดไว้ปกติ ประเด็นสำคัญในมาตรการนี้ก็คือ หากมีการละเมิดคือดื่ม/เมาแล้วยังขับรถ โดยเจ้าหน้าที่สามารถจับกุมได้ในทันทีที่จะช่วยให้คนเหล่านั้นไม่กล้าที่จะทำอีก แต่หากมาตรการดังกล่าวไม่เข้มงวด การตรวจจับไม่ทำอย่างต่อเนื่อง มาตรการที่วางไว้ก็จะไม่ได้ผล ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า มาตรการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับและการกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อมีการบังคับใช้อย่างจริงจังต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ออกตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ และการตั้งจุดตรวจตามเส้นทางต่างๆ การตรวจของเจ้าหน้าที่ก็ต้องใช้อุปกรณ์ตรวจลมหายใจเข้าช่วย ไม่ควรใช้เพียงการสังเกตหรือดมจากกลิ่นแอลกอฮอล์ของคนขับเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของมาตรการก็คือ บทลงโทษ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บทลงโทษโดยการระงับหรือยึดหรือยกเลิกใบอนุญาตขับรถเป็นบทลงโทษที่ค่อนข้างมีประสิทธิผล

การควบคุมสถานบริการสุราประเภท on-premise (ผับหรือบาร์) จากหลักฐานพบว่า มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผับบาร์แพร่หลายมากขึ้น มาตรการที่มีการใช้กันก็คือ การอบรมพนักงานให้บริการให้ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าระวังปัญหาไปในตัวด้วย ถือเป็นมาตรการที่ค่อนข้างได้ผลดีเช่นกัน ผับบาร์ที่มีพนักงานที่มีความรับผิดชอบและปฏิบัติตามที่ได้รับอบรมมาอย่างเคร่งครัด จะมีส่วนช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาได้ค่อนข้างมาก และที่สำคัญมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการไม่มาก

นอกจากนี้การเคลื่อนไหวก่อนหรือการช่วยเฝ้าระวังปัญหาโดยชุมชนท้องถิ่นก็มีส่วนสำคัญต่อการลดปัญหาจากดื่มสุราในผับหรือบาร์ได้เช่นกัน เช่น ปัญหาเสียงดัง ปัญหาทะเลาะวิวาท ปัญหาการใช้ความรุนแรง ฯลฯ

การให้ความรู้ การเชิญชวน และการควบคุมการส่งเสริมการดื่มสุรา การให้ความรู้และการรณรงค์เชิญชวนเป็นมาตรการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อป้องกันปัญหาอันเนื่องจากสุรา ตัวอย่างที่มีการนำมาใช้กันได้แก่ การให้ข่าวสารแก่สังคม การโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ตระหนักถึงผลเสียของสุรา การปิดฉากเตือนผู้บริโภค การแนะนำให้ดื่มในปริมาณน้อย โครงการให้ความรู้ใน

โรงเรียนและมหาวิทยาลัย แม้ว่าจะมีความพยายามในการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการให้ความรู้และรณรงค์มากเพียงใด แต่ประสิทธิผลของมาตรการค่อนข้างต่ำ อีกทั้งเป็นนโยบายและมาตรการที่ใช้งบประมาณมาก

การโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดสุรามีการขยายตัวเพิ่มมากในทศวรรษที่ผ่านมา ธุรกิจสุราทุ่มเงินจำนวนมากไปในการโฆษณาสินค้าและส่งเสริมการขายเพื่อขยายตลาดไปยังกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ รวมทั้งการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับสินค้าและธุรกิจของตน นโยบายและมาตรการในการกำกับตนเอง (self-regulation) ไม่ได้ผลเท่าที่ควร อีกทั้งมาตรการในการควบคุมการโฆษณาสุราก็ไม่ได้ช่วยให้ปริมาณการดื่มและปัญหาที่เกิดขึ้นจากสุราลดลงแต่อย่างใด โดยสรุปนโยบายและมาตรการในด้านนี้ยังไม่อาจชี้ชัดได้ว่าเป็นมาตรการในการควบคุมปัญหาสุราที่มีประสิทธิภาพ

การให้ความช่วยเหลือและการบำบัดรักษา มาตรการดังกล่าวนี้พิจารณาโดยทั่วไปอาจเห็นว่าเป็นมาตรการปลายเหตุคือ เป็นการให้ความช่วยเหลือหรือบำบัดรักษากับกลุ่มที่ติดสุราเรียบร้อยแล้ว แต่ความจริงมาตรการเหล่านี้ยังจัดอยู่ในมาตรการป้องกันได้ด้วยเช่นกัน ในด้านประสิทธิผลก็จัดอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามมองในด้านประชากร ผลกระทบจากมาตรการนี้ยังอยู่ในวงจำกัดเนื่องจากคนที่เข้ามารับการบำบัดรักษานั้นเป็นคนส่วนน้อย

สรุปได้ว่าจากการประเมินนโยบายและมาตรการที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นว่า นโยบายและมาตรการที่ค่อนข้างได้ผลก็คือ การเก็บภาษีสุราเพิ่มขึ้น การใช้นโยบายสุราราคาสูง ความเข้มงวดในการควบคุมแหล่งจำหน่ายและให้บริการสุรา และมาตรการควบคุมระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดเพื่อการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ ซึ่งเป็นนโยบายและมาตรการที่สิ้นเปลืองงบประมาณน้อย โดยสามารถนำมาตราการเหล่านั้นไปใช้โดยเอกเทศหรืออาจนำไปใช้โดยการผสมผสานก็ได้ ส่วนนโยบายและมาตรการอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของการดื่ม การให้ความรู้และการเชิญชวน การออกข้อกำหนดว่าด้วยการส่งเสริมการตลาดสุรานั้น ประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามนโยบายและมาตรการควบคุมปัญหาสุราที่ดีนั้นควรวางอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์และการกำหนดนโยบายและมาตรการแบบผสมผสานอย่างเป็นระบบ นโยบายและมาตรการเชิงป้องกันแม้จะมีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำและใช้งบประมาณมาก แต่ในระยะยาวนโยบายและมาตรการนี้จะมีส่วนสำคัญในการควบคุมปัญหาสุรา

2) รายงานการศึกษาของ Dag Revke

Dag Revke แห่งกระทรวงกิจการสังคม (Ministry of Social Affairs) ประเทศนอร์เวย์ได้เสนอรายงานเรื่อง Youth as a target group in marketing alcoholic beverages ในการประชุม

European Alcohol Policy Conference “Bridging the Gaps” ที่กรุงวอร์ซอ ประเทศโปแลนด์ ระหว่างวันที่ 16-19 มิถุนายน 2004 สาระสำคัญสรุปได้ว่า (Revke, 2004)

นโยบายสุราของสหภาพยุโรปเป็นส่วนหนึ่งในบริบทของกิจการสาธารณสุขของประชาคม ซึ่งเพิ่งจะมาเป็นรูปธรรมชัดเจนก็ในปี 1993 จึงไม่แปลกที่ก่อนหน้าทศวรรษที่ 1990 นั้น นโยบายในเชิงป้องกันปัญหาสุราจึงยังไม่ปรากฏแต่อย่างใด แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการดื่มสุรานั้นมีมาก่อนหน้านั้นนานแล้ว

ก่อนหน้าทศวรรษที่ 1980 ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปมองว่าสุราเป็นสินค้าอย่างหนึ่ง เหมือนกับสินค้าอื่นๆ ที่วางขายกันอยู่ทั่วไป โดยไม่ได้มีการคำนึงถึงว่าสินค้าที่ว่านี้จะมีผลเสียต่อสาธารณสุขของประชาชนและสังคมแต่อย่างใด สุราถูกมองว่าเป็นประเด็นปัญหาในด้านสาธารณสุขซึ่งจำเป็นต้องมีการออกกฎเกณฑ์ระเบียบต่างๆ ก็ในปี 1981 โดยปรากฏอยู่ใน council resolution ซึ่งรับเอาโครงการที่สองของประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (EEC) ที่ว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคและสารสนเทศมาใช้

ใน council resolution ปี 1986 ได้มีการกล่าวถึงการบริโภคสุราที่ไม่เหมาะสม (alcohol abuse) โดยเน้นให้เห็นว่าการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมที่เพิ่มขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ในทางตรงกันข้าม ข้อสรุปของสภายุโรปนี้ยังได้เน้นถึงความสำคัญทางเศรษฐกิจของสุรา และสรุปได้ว่าถึงเวลาที่จะต้องร่วมมือกันในการป้องกันการบริโภคสุราที่ไม่เหมาะสม

นอกเหนือไปจากข้อสรุปของสภายุโรป ในทศวรรษที่ 1980 ได้มีความพยายามที่จะกำหนดให้มีมาตรฐานของ BAC หรือระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration) สำหรับผู้ที่ดื่มสุราแล้วขับรถยนต์ ภายใต้นโยบายการควบคุมความปลอดภัยด้านจราจร ข้อสรุปและข้อเรียกร้องเพื่อร่วมกันในการกำหนดมาตรฐานระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตลอดจนข้อเสนอของคณะกรรมการเพื่อนำไปสู่ council directive ได้ถูกนำเสนอในปี 1988 แต่ก็ยังคงไม่มีความคืบหน้าไปสักเท่าใด ข้อเสนอเหล่านั้นยังคงอยู่ในสภา

ตัวชี้วัดประการหนึ่งของการขยายตัวของสาธารณสุขในระหว่างปลายทศวรรษที่ 1980 ก็คือการจัดตั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข (public health unit) ขึ้นในคณะกรรมการยุโรป แต่ก็ยังไม่ได้ทำหน้าที่ในด้านสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากขอบเขตการทำงานในช่วงเวลานั้นยังคงให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคนงานและเศรษฐกิจในระบบตลาดร่วมของยุโรปเป็นหลัก

ยิ่งกว่านั้น ในทางการเมือง แนวโน้มของการให้ความสำคัญกับปัญหาสุราในช่วงหลังสนธิสัญญามาสทริคในปี 1993 เน้นถึงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศว่าด้วยสุราและปัญหาอันเนื่องมาจากสุรา โครงการปฏิบัติการของประชาคมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สารสนเทศสุขภาพ

การให้การศึกษาและการอบรมสำหรับช่วงปี 1996-2000 ได้รวมถึงการตรวจสอบ การประเมิน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสนับสนุนการปฏิบัติการที่เน้นมาตรการป้องกันการค้าดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมและปัญหาสังคมและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุรา ในปี 1996 คณะกรรมาธิการยังได้จัดตั้งคณะทำงานด้านสุราในลักษณะที่เป็นฟอรัม (forum) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปัญหาสุราและการกำหนดนโยบายสุราในเชิงป้องกันปัญหา

จนกระทั่งในปลายทศวรรษที่ 1990 นโยบายสาธารณสุขก็ได้รับการบรรจุอยู่ใน Directorate-General (DG) V ของกรรมาธิการยุโรป โดยมุ่งไปยังปัญหาด้านการจ้างงาน ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับกรรมกร และกิจการด้านสังคม หน่วยงานสาธารณสุขก็ถูกกำหนดไว้ที่นี่เรียกว่า Public Health and Safety at Work มีสถานะเป็น sub-directorate ซึ่งประกอบด้วยหน่วยต่างๆ 5 หน่วยงานด้วยกัน หน่วยที่รับผิดชอบปัญหาสุรามีด้วยกัน 3 หน่วยคือ หน่วยส่งเสริมสุขภาพ (the unit of health promotion) หน่วยงานเฝ้าระวังสุขภาพ (the unit of health monitoring) และหน่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพ (the unit of injury prevention) ในปี 1999 DG ฉบับใหม่ที่ว่าด้วยสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค (Health and Consumer Protection) ปัญหาสุราส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วย G 3 Health promotion, health monitoring, and injury prevention

นโยบายของสหภาพยุโรปไม่ได้เกิดขึ้นจากการต่อรองกันในระหว่างประเทศสมาชิก แต่เป็นผลมาจากสถาบันและองค์กรต่างๆ ของสหภาพเองในการสร้างนโยบาย ลักษณะของการแทรกแซงเชิงนโยบายผ่านทางกรอกกฎหมายเพื่อการปฏิบัติ การออกนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นั้นเป็นผลมาจากการร่วมมือกันในระหว่างรัฐในยุโรป SANCO และ DG V เป็นผลจากการให้การรับรองในเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยที่ทั้งสองมาตรการไม่มีความเกี่ยวข้องกันแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าพื้นฐานกฎหมายที่ใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่วางไว้ในสนธิสัญญาการรวมประชาคม จะเน้นไปที่ความร่วมมือในระดับเหนือรัฐ (trans-state co-operation) แต่กลไกด้านสาธารณสุขของคณะกรรมาธิการก็ยังได้ระบุพื้นที่ทางเลือกในเชิงนโยบายไว้ด้วย พื้นที่ทางเลือกทั้ง 4 ประการคือ การสนับสนุนการสร้างและส่งเสริมองค์ความรู้ การสนับสนุนให้มีการพัฒนา กลุ่มผลประโยชน์ การสร้างความเห็นสาธารณะ และการสร้างศักยภาพในเชิงปฏิบัติ

3) Alcohol & Public Policy Group ³⁶ ได้เสนอรายงานเรื่อง Alcohol: No Ordinary Commodity-Research and Public Policy เมื่อปี 2003 รายงานฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจาก

³⁶ Alcohol & Public Policy Group เป็นกลุ่มนักวิชาการที่ประกอบด้วย Thomas Babor, Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, Paul Gruenewald,

องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปและสมาคมเสพติดศึกษา (Society for the Study of Addiction) สาระสำคัญในรายงานสรุปได้ว่า (Alcohol & Public Policy Group, 2003) สุราไม่ใช่สินค้าในความหมายของสินค้าทั่วไป สุราเป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในหลายกลุ่มอาชีพทั้งเกษตรกร ผู้ผลิต ผู้โฆษณา ตลอดจนนักลงทุน และแรงงานที่ทำงานอยู่ในภาคการผลิต และธุรกิจบริการอย่างเช่นบาร์หรือภัตตาคาร อีกทั้งยังเป็นสินค้าที่ทำรายได้ให้กับประเทศผู้ส่งออก สุราเป็นจำนวนมาก รวมไปถึงรายได้ที่ได้จากการเก็บภาษีสุรา ถึงกระนั้นก็ตามสุราก็เป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ปัญหาหลักๆ ที่สำคัญก็คือ ปัญหาความเป็นพิษต่อสุขภาพ ร่างกายคนดื่ม ปัญหาความมึนเมา และปัญหาติดสุราเรื้อรัง

สุราเป็นสารก่อพิษต่อร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลของการดื่มสุราจนถึงขั้นเมานั้นชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความรุนแรง อุบัติเหตุและความเสียหายบนท้องถนน ยิ่งดื่มมากเท่าไรความเสี่ยงก็ยิ่งมีมากเท่านั้น

ประชากรในแต่ละประเทศนอกจากจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันไปแล้ว ยังมีความแตกต่างกันไปตามช่วงเวลาและกลุ่มคนที่ดื่มอีกด้วย แบบแผนการดื่มที่ต่างกันนี้ส่งผลต่อปัญหาที่ตามมาและทางเลือกในการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ จากข้อมูลพบว่าประเทศพัฒนาแล้วมีปริมาณการดื่มสุราอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ประเทศในแอฟริกาและบางส่วนของเอเชียมีปริมาณการดื่มในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต่ำมากในกลุ่มประเทศมุสลิมและเขตอนุทวีปอินเดีย ตรงกันข้ามในยุโรปตะวันตก ในรัสเซียและบางส่วนของอดีตสหภาพโซเวียตที่ไม่ใช่ประเทศมุสลิมมีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรอยู่ในระดับสูง

ข้อมูลการจำหน่ายสุราในตลาดดั้งเดิมชี้ให้เห็นว่าในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาปริมาณการดื่มลดลงเล็กน้อย กรณีนี้เกิดขึ้นกับประเทศผู้ผลิตไวน์อย่างเช่น ฝรั่งเศส อิตาลี และโปรตุเกสซึ่งมีการดื่มไวน์ลดลง อย่างไรก็ตามในตลาดใหม่ในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศจีน ประเทศไทยพบว่าปริมาณการดื่มเพิ่มขึ้น

ในด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่าผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และในกลุ่มนักดื่มด้วยกันผู้ชายมักดื่มหนัก (หมายถึงดื่มจนมึนเมา หรือดื่มในปริมาณมากในแต่ละโอกาส) มากกว่าผู้หญิง พวกที่ไม่ดื่มหรือดื่มไม่บ่อยมักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มักดื่มจนมึนเมาก็คือกลุ่มวัยรุ่น กล่าวได้ว่ากลุ่มคนส่วนน้อยที่ดื่มหนักเป็นผู้ที่บริโภคสุราส่วนใหญ่ของสังคมนั้นๆ เมื่อใดก็ตามที่ระดับการดื่มในสังคมนั้นเพิ่มขึ้น ก็มักเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่เป็นนักดื่มหนักนั่นเอง

ประเทศในแถบยุโรปใต้ ประมาณว่า 1 ใน 10 เท่านั้นที่ดื่มจนถึงขั้นมีเมามา ขณะที่ในประเทศแถบยุโรปทางเหนือการดื่มส่วนใหญ่ล้วนเป็นการดื่มจนถึงขั้นมีเมมาทั้งสิ้น

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2000 การตายและการพิการจากสาเหตุสุราก่อให้เกิดภาระทางด้านงบประมาณเท่ากับร้อยละ 4 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโลกที่ใช้ไปในด้านสาธารณสุข ซึ่งจัดว่าสูงเป็นอันดับ 5 ของปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 26 ประการ ภาระที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุราเทียบได้กับภาระที่เกิดขึ้นกับกรณียาสูบ ในประเทศพัฒนา สุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสามมีมูลค่าความสูญเสียประมาณร้อยละ 9.2 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในประเทศที่ตลาดสุราเพิ่งเติบโตอย่างประเศจีน สุรากลายเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกสุด

Alcohol & Public Policy Group อธิบายว่าในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราของแต่ละประเทศจึงต้องคำนึงถึงปริมาณการดื่มต่อหัวประชากร แบบแผนการดื่มของประชากร และปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากสุราของประเทศนั้นเป็นสำคัญ ในบรรดานโยบายและมาตรการที่มีการนำมาใช้ Alcohol & Public Policy Group ได้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของแต่ละนโยบายและมาตรการไว้ในรายงานฉบับนี้ นโยบายและมาตรการเหล่านั้นได้แก่ การกำหนดราคาและอัตราภาษี กฎเกณฑ์เกี่ยวกับสถานบริการสุรา การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการดื่ม การรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการส่งเสริมการดื่มสุรา การให้การศึกษาและการเชิญชวน

การกำหนดราคาและอัตราภาษี จากหลักฐานข้อมูลที่ศึกษาพบว่าราคาจำหน่ายสุรามีผลต่อปริมาณการดื่ม กล่าวคือ เมื่อใดที่สุรามีราคาถูกผู้บริโภคก็จะดื่มมากขึ้น ตรงกันข้ามเมื่อใดที่สุราราคาแพงผู้บริโภคก็จะดื่มน้อยลง อย่างไรก็ตามกรณีของนักดื่มหนักจะไม่อยู่ในเงื่อนไขที่ว่านี้ ยิ่งกว่านั้นจากการวิเคราะห์ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ราคาและภาษีสุราในอัตราสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของปัญหาที่เกิดจากสุรา ถึงกระนั้นก็ตามในสภาพความเป็นจริงปรากฏว่าราคาจำหน่ายสุราในหลายประเทศลดลงตลอดช่วง 50 ปีที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญก็คือรัฐบาลประเทศต่างๆ ไม่สามารถจะเพิ่มอัตราภาษีสุราให้สูงขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อที่สูงขึ้นได้ ทั้งที่มาตรการขึ้นภาษีสุรานั้นเป็นมาตรการที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพเนื่องจากรัฐเองก็จะได้รับรายได้เพิ่มขึ้น อีกทั้งปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากสุราก็จะลดลง ผลกระทบในทางลบอีกประเด็นหนึ่งจากมาตรการภาษีก็คือการเพิ่มขึ้นของการลักลอบนำเข้าสู่ราผิดกฎหมายรวมทั้งการผลิตและจำหน่ายสุราเถื่อน อย่างไรก็ตาม Alcohol & Public Policy Group ยืนยันว่ามาตรการราคาและภาษีมีประสิทธิภาพสูงในการลดปริมาณการดื่มและปัญหาอันเนื่องมาจากสุรา

กฎเกณฑ์เกี่ยวกับสถานบริการสุรา สถานบริการสุรามีผลต่อการเข้าถึงและความสะดวกสบายในการซื้อสุรามาดื่ม แทบทุกประเทศจะมีข้อกำหนดไว้ว่าใครบ้างที่สามารถซื้อสุราได้ และจะขายสุราให้กับใครได้บ้าง จากประสบการณ์ชี้ให้เห็นว่าการออกข้อกำหนดเกี่ยวกับสถาน

บริการสุราอย่างสุดขีด เช่นการห้ามจำหน่ายสุราในทุกรูปแบบมีผลทำให้ปริมาณการดื่มและปัญหาลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่ในอีกด้านหนึ่งมาตรการเข้มงวดเช่นนี้ก็ส่งผลในทางลบเช่นกัน ที่สำคัญก็คือปัญหาอาชญากรรมอันเนื่องจากการซื้อและขายสุราผิดกฎหมายก็เพิ่มขึ้นมาแทนที่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ว่าการลดจำนวนชั่วโมงและวันจำหน่ายสุรา จำนวนช่องทางจำหน่ายและข้อกำหนดในการเข้าถึงสุรา มีผลทำให้ปริมาณการดื่มและปัญหาจากสุราลดลง การออกกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำที่สามารถซื้อ/ขายสุราได้นั้นช่วยให้การจำหน่ายสุราและปัญหาที่ตามมาในกลุ่มวัยรุ่นลดลง ข้อกำหนดที่มุ่งไปยังผู้ขายที่ขายให้กับเยาวชนและหลีกเลี่ยงกฎเกณฑ์ต่างๆ ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ หากมีการให้อำนาจในการถอนใบอนุญาตหรือระงับใบอนุญาตจำหน่ายในกรณีที่มีการละเมิดกฎเกณฑ์การจำหน่าย นอกจากนี้มีหลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริมการดื่มสุราที่มีแอลกอฮอล์ต่ำเป็นมาตรการที่ดีอีกมาตรการหนึ่ง เนื่องจากเป็นผลให้การดื่มสุราแอลกอฮอล์สูงลดลงทั้งยังไม่ก่อให้เกิดการมีเม้าและความเสียหายอื่นๆ ที่จะตามมา

วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมสถานบริการก็คือโดยผ่านช่องทางจำหน่ายสุราที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ จากข้อมูลยืนยันว่าระบบผูกขาดช่องทางจำหน่ายแบบ off-premise มีผลต่อการจำกัดการดื่มและปัญหาที่เกิดจากสุรา ดังนั้นการจำกัดระบบผูกขาดดังกล่าวกลับจะทำให้เกิดการดื่มมากขึ้น

กล่าวโดยทั่วไป Alcohol & Public Policy Group บอกว่าการเปลี่ยนแปลงในมาตรการเกี่ยวกับสถานบริการจะส่งผลดีก็ต่อเมื่อประชาชนให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินการตามมาตรการนี้ก็ไม่มาก ผลกระทบสำคัญก็คือในเรื่องของการนำเข้าและการจำหน่ายสุราที่ผิดกฎหมาย แต่กระนั้นก็ตามสุราเถื่อนเหล่านี้ก็ยังไม่อาจมาแทนที่สุราที่ถูกกฎหมายได้และก็ยังไม่ได้แก้ปัญหามากมายเหมือนสุราที่ถูกกฎหมายแต่อย่างใด

การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการดื่ม มาตรการป้องกันหลายมาตรการมุ่งจำกัดการดื่มในสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีการจำหน่ายสุราและในที่ที่มีการบริการดื่มสุรา ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพก็คือการออกกฎหมายควบคุมการให้บริการสุราและภาวะรับผิดชอบทางกฎหมายของพนักงานและเจ้าของบาร์ตามลักษณะการให้บริการสุรา กรณีนี้หมายถึงมาตรการที่เรียกว่า การให้บริการสุราที่มีความรับผิดชอบ (Responsible Beverage Service Programmes: RBS) โครงการดังกล่าวมุ่งสร้างทัศนคติ ความรู้ ทักษะและข้อปฏิบัติของผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุราในสถานบริการที่ได้รับอนุญาต มาตรการนี้จะมีผลช่วยลดปัญหาการดื่มหนักและการดื่มที่เสี่ยงอันตรายได้หากมีการกำหนดเป็นมาตรการที่ชัดเจนและมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวดจริงจัง ยิ่งไปกว่านั้นจากข้อมูลการศึกษายังพบว่าการฝึกอบรมเทคนิคการจัดการกับนักดื่มที่มีพฤติกรรมก่อปัญหาแก่พนักงานยังช่วยลดปัญหาการทะเลาะวิวาทและความรุนแรงในสถานบริการที่ได้รับอนุญาตด้วย

การรวมตัวเคลื่อนไหวของชุมชนก็ยังมีส่วนช่วยให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในสถานบริการสุราแบบ on-premise ได้ด้วย โดยพัฒนาแนวทางในการแก้ปัญหาและกดดันเจ้าของบาร์ให้มีความรับผิดชอบต่อชุมชน เช่น กรณีของการไม่สร้างความรำคาญหรือเป็นการรบกวนผู้อื่น พฤติกรรมแบบอันธพาลของนักดื่ม การเคลื่อนไหวของชุมชนค่อนข้างได้ผลดีในการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักดื่มที่อยู่ในสถานบริการที่ได้รับอนุญาต แต่ในระยะยาวมาตรการดังกล่าวจะยั่งยืนได้มากเพียงใดยังคงเป็นเรื่องที่ต้องพิสูจน์กันต่อไป อย่างไรก็ตามข้อมูลจากงานวิจัยยืนยันว่าการยอมรับและบังคับใช้ตามมาตรการที่กำหนดช่วยให้สถานบริการที่ได้รับอนุญาตมีคณบดีมนเมาน้อยลงและปัญหาจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมของนักดื่มก็ลดลงตามไปด้วย

การรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ เดิมทีเดิมนั้นกฎหมายที่ห้ามขับรถหลังจากดื่มสุราจนเมานั้นกำหนดมาเพื่อจับกุมคนที่กระทำผิดกฎหมายบนสมมติฐานเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้คนที่ดื่มจนเมาแล้วมาขับรถ บทลงโทษก็รุนแรงเพิ่มขึ้น ผลในทางบวกของมาตรการดังกล่าวยังไม่อาจยืนยันได้ชัดเจนพอ เพราะบางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่อาจจับกุมได้ทันทั่วทั้งที่ บทลงโทษที่ใช้กันโดยทั่วไปก็คือการยึดใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ อันที่จริงมาตรการดังกล่าวใช้ได้ดีทั้งกรณีอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มสุราและที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มสุรา

แต่เดิมวิธีการที่ใช้ในการสร้างความตระหนักในมาตรการดื่ม/เมาไม่ขับก็คือการเข้มงวดกวดขันในการบังคับใช้กฎหมายโดยการตั้งจุดสุ่มตรวจผู้ขับขี่ มาตรการที่ใช้ได้ดีก็คือการตรวจลมหายใจ (random breath testing: RBT) ข้อมูลยืนยันว่าการปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลยั่งยืนในการลดอัตราการดื่ม/เมาแล้วขับ อีกทั้งยังช่วยลดอุบัติเหตุต่างๆ บนถนนที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตได้

กฎหมายควบคุมระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration: BAC) เป็นมาตรการที่ได้ผลดีในการลดปัญหาดื่ม/เมาแล้วขับ จากหลักฐานข้อมูลชี้ว่าการกำหนดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไว้ในระดับต่ำ (เช่น 80 mg%) มีส่วนช่วยลดอันตรายจากขับขี่ยวดยานได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในหลายประเทศได้มีโครงการให้การบำบัดรักษาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการลงโทษ จากหลักฐานในบางประเทศบอกว่ามาตรการนี้ได้ผลดีเช่นกัน คือให้ศาลมีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ป่วยต้องมารายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่เป็นประจำตามที่กำหนด และผนวกกับการยึดใบอนุญาตเพื่อลดอัตราการกระทำผิดซ้ำอีก

อีกมาตรการหนึ่งสำหรับพวกที่ชอบกระทำผิดอยู่เสมอคือการใช้เครื่องล็อกคสตาร์ทรถยนต์ (Ignition Interlock Devices) เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ขับขี่สตาร์ทรถยนต์ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ

ลมหายใจ เครื่องนี้ได้ผลดีมากกับผู้ขับที่ชอบดื่มสุรา แต่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้กว้างขวางเหมือนอย่างในแคนาดาและสหรัฐอเมริกา

โดยทั่วไปนักขับวัยรุ่น (อายุประมาณ 16-20 ปี) เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุจราจรมากที่สุด เนื่องจากประสบการณ์การขับขี่ยังน้อยซ้ำยังเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มดื่มหนัก มาตรการแบบเดิมๆ เช่น การอบรมผู้ขับที่ การให้ความรู้ในโรงเรียนนั้นไม่ได้ผล มาตรการที่ได้ผลก็คือการใช้ใบอนุญาตขับที่มือใหม่ที่มีการจัดเวลาและเงื่อนไขการขับในช่วงสองสามปีแรกของการอนุญาต

โดยสรุป Alcohol & Public Policy Group ชี้ให้เห็นว่ามาตรการต่างๆ ในการรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับค่อนข้างได้ผลในระยะยาว มาตรการในการยับยั้งก่อนเกิดปัญหา เช่น การตรวจลมหายใจมีส่วนช่วยลดอุบัติเหตุลงได้มาก

กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการส่งเสริมการดื่มสุรา กิจกรรมการตลาดของสุรานั้นถือเป็นกิจกรรมระดับโลก มีการโฆษณาสุรายี่ห้อต่างๆ มากมายทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ การส่งเสริม ณ จุดขาย และทางอินเทอร์เน็ต การออกอากาศหรือโฆษณาสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกอยู่เสมอก็เป็นการบ่มเพาะทัศนคติทางบวกต่อสุราได้ การโฆษณาสุราจูงใจให้เยาวชนหันมาดื่มสุราก่อนที่อายุจะถึงเกณฑ์อนุญาตซื้อสุรา เนื่องจากโฆษณามักส่งเสริมและสร้างภาพที่ดีของสุราเป็นสำคัญ

ประเทศต่างๆ จึงได้มีข้อกำหนดทางกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาสุราซึ่งมักได้รับการต่อต้านจากอุตสาหกรรมสุรา มาตรการบางประเทศก็ห้ามโฆษณาเป็นบางส่วน เช่นห้ามโฆษณาเฉพาะเหล้า หรือกำหนดเวลาที่ออกอากาศโฆษณาทางโทรทัศน์ มาตรการห้ามโฆษณาเหล่านี้มักดำเนินควบคู่ไปกับมาตรการความรับผิดชอบในส่วนของรัฐกิจสุราเอง แม้ว่าหลายประเทศห้ามโฆษณาสุราในเงื่อนไขต่างๆ จากการประเมินพบว่าในขณะที่ข้อจำกัดดังกล่าวยังไม่มีประสิทธิผลในฐานะปัจจัยหลักในการลดปริมาณการดื่มหรืออันตรายจากการดื่มได้ในระยะสั้น แต่ประเทศที่มีข้อจำกัดในการโฆษณามากก็มักมีการดื่มน้อยลงและปัญหาจากสุราก็ลดลงตามไปด้วย

ทั้งที่อุตสาหกรรมสุราอ้างว่ามีความรับผิดชอบต่อในการโฆษณาแล้วก็ตาม อิทธิพลของการทำตลาดยังไม่ได้แสดงให้เห็นว่าอุตสาหกรรมสุรานั้นดำเนินตามมาตรการสร้างวินัยและความรับผิดชอบต่อตนเองแต่อย่างใด มาตรการสร้างวินัยในตัวเองค่อนข้างเปราะบางและไม่ได้ผล

การให้การศึกษาและการเชิญชวน โครงการให้ความรู้ในโรงเรียนพบว่าสามารถเพิ่มความรู้อะไรและเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อสุราและสารเสพติดอื่นๆ ได้ แต่ยังไม่อาจเปลี่ยนความคิดให้เลิกดื่มหรือเลิกเสพได้ หรือแม้แต่วิวาทน์ที่เน้นการปรับค่านิยม เน้นความนิยมนับถือในตัวเอง การพัฒนาทักษะทางสังคม ตลอดจนแนวทางอื่นๆ ที่เป็นการจัดกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุราส่วนใหญ่แล้วไม่ได้ผล โครงการต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่ในสถานศึกษาปัจจุบันนี้รวมถึงการอบรมทักษะการปฏิเสธและการให้ความรู้ด้านบรรทัดฐานที่จะช่วยให้เยาวชนสามารถรับมือกับเพื่อนที่เป็นนักดื่มได้โดยที่

ตนเองไม่กลายเป็นคนดื่มตามไปด้วย ผลการประเมินโครงการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าได้ผลพอประมาณในระยะเวลาสั้นหากไม่ได้มีการรณรงค์ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง บางโครงการมีการให้ความรู้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การประเมินบอกว่าโครงการในลักษณะนี้ยังไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร

มีการออกประกาศสาธารณะ (Public Service Announcements: PSAs) เป็นข้อความที่รับผิดชอบโดยองค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานสาธารณสุข และสื่อมวลชนต่างๆ ที่เรียกร้องให้ดื่มอย่างรับผิดชอบ อันตรายของการดื่ม/เมาแล้วขับ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ความจริงมาตการนี้เป็นมาตการที่ดีแต่ไม่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมของกลุ่มนักดื่มประจำ

มีการพยายามต่อต้านการโฆษณาจากอุตสาหกรรมสุรา วิธีการหนึ่งได้แก่การติดฉลากเตือนอันตรายต่อสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์สุราชนิดต่างๆ แม้ว่าจากการสอบถามประชาชนบอกว่ามองเห็นฉลากและได้อ่าน แต่ก็ยังไม่มีผลทำให้เลิกดื่มเพื่อสุขภาพของตนเองแต่อย่างใด โดยรวมแล้วผลกระทบของการให้ความรู้และการเชิญชวนมีน้อยมาก ในบางครั้งได้ผลบ้างแต่ก็ไม่ยั่งยืน

Alcohol & Public Policy Group ชี้ว่าอิทธิพลของโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจและการค้ามีผลกระทบสำคัญต่อนโยบายและมาตรการสุราทั้งในระดับประเทศและในระดับสากล เมื่อมองภาพรวมในระดับโลกพบว่าในช่วงเวลา 50 ปีที่ผ่านมายุโรปประสบผลสำเร็จในการผนวกกรมนโยบายและมาตรการสุรา และแม้ว่าในประเทศผู้ผลิตไวน์จะเก็บภาษีสรรพสามิตต่ำในขณะที่ประเทศในแถบนอร์ดิก ไอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักรจะเก็บภาษีสูงก็ตาม ก็ยังมีความพยายามที่จะผนวกกรมนโยบายทางด้านภาษี

พัฒนาการในลักษณะนี้เกิดขึ้นในอีกหลายส่วนของโลก อย่างเช่นในแถบยุโรปตะวันออกและในกลุ่มรัฐที่แยกตัวออกจากสหภาพโซเวียตเดิม ซึ่งนโยบายการควบคุมสุราโดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมสถานบริการนั้นไม่เป็นผลสักเท่าไร ตรงกันข้ามในทศวรรษที่ 1990 ภายใต้กรอบแห่งแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป ประเทศยุโรปตะวันออกหลายประเทศได้พัฒนาแผนงานสุราแห่งชาติและเข้าร่วมในโครงการต่างๆ ที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมสุรา

หลายประเทศที่พัฒนาแล้ว นโยบายสุราที่หลงเหลือมาจากอดีตเริ่มเสื่อมลง (เช่น การแปรรูปการผูกขาดโดยรัฐ ภาษีสุราที่สวนทางกับเงินเฟ้อ การขยายช่วงเวลาปิดสถานบริการ) อันเนื่องมาจากการปรับโครงสร้างขององค์การพัฒนาระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ความกังวลที่มีต่อปัญหาอันเนื่องมาจากสุราในหมู่ประชาชนก็เพิ่มขึ้น ในหลายประเทศยังคงพยายามใช้วิธีให้ความรู้ทั้งที่งานวิจัยบอกว่าเป็นมาตการที่ไม่ค่อยได้ผล ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลทำให้นโยบายสุราทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นอ่อนแอลงก็คือ ผลพวงจากข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ

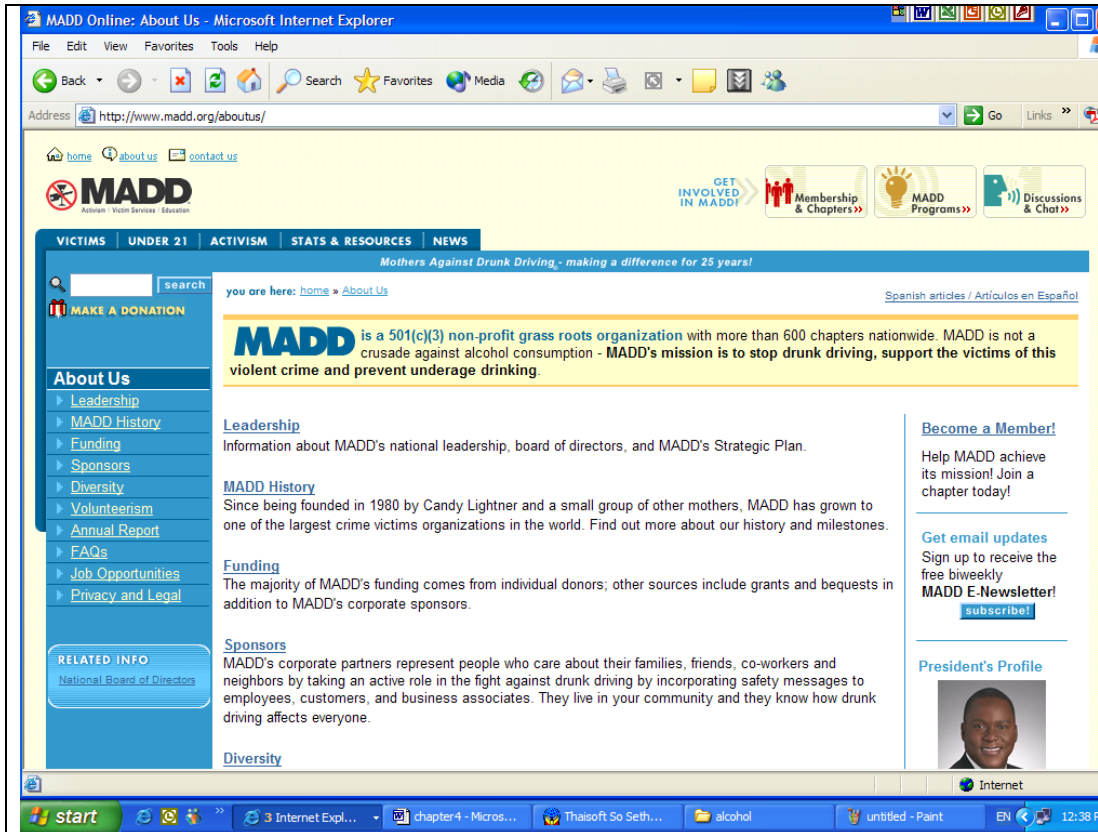
และระบบตลาดร่วม (the impact of international trade agreements and common markets) จากสมมติฐานที่จัดว่าสุราเป็นสินค้าทั่วไป (ordinary commodity) จึงทำให้บรรดาข้อตกลงทางการค้าและสนธิสัญญาทั้งหลายที่พากันเป็นอุปสรรคต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา

บริบทในเชิงนโยบาย (The Policy Arena) Alcohol & Public Policy Group ตั้งคำถามว่าใครเป็นคนกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา คำตอบที่ได้ต่างกันไปในแต่ละประเทศ ตัวแปรสำคัญที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมาตรการประกอบด้วยรัฐบาลและกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ในหลายประเทศไม่ได้ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์สาธารณะเท่าไรนัก แต่ปล่อยให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีบทบาทแทน มีการจัดตั้งกลุ่มผู้เสียประโยชน์จากสุรา เช่น กลุ่ม “Mothers Against Drunk Driving”³⁷ เป็นต้น

สื่อมวลชนก็สามารถมีบทบาทในการกำหนดนโยบายเช่นกัน ในแง่ของการนำเสนอข่าวสารหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ผู้ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสามารถติดตามสถานการณ์ปัญหาได้จากภาพข่าวที่ปรากฏในสื่อมวลชน ถือได้ว่าสื่อมวลชนมีบทบาทที่เรียกว่า “agenda setting”

อย่างไรก็ตาม Alcohol & Public Policy Group ถือว่ากลุ่มผลประโยชน์ที่เป็นผู้ผลิตและผู้จำหน่ายเป็นกลุ่มสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุรา บทบาทและท่าทีของกลุ่มนี้ค่อนข้างชัดเจนคือปกป้องผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของตนเอง ซึ่งแน่นอนว่าเป็นท่าทีและบทบาทที่สวนทางตรงข้ามกับผลประโยชน์ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน นโยบายและมาตรการสุราจึงเปรียบเสมือนผลผลิตของการชั่งชั่งผลประโยชน์ ผลประโยชน์ในทางคุณค่า และผลประโยชน์ในทางอุดมการณ์ (alcohol policy is often the product of competing interests, values and ideologies) กระบวนการในการกำหนดนโยบายและมาตรการจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในปัญหา ต้องการความโปร่งใส และต้องการความรับผิดชอบมากกว่านี้ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ในฐานะที่เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายและมาตรการเหล่านั้นในที่สุด

³⁷ Mothers Against Drunk Driving: MADD เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร วัตถุประสงค์ขององค์กรไม่ได้ต้องการต่อต้านการดื่มสุรา แต่ต้องการหยุดยั้งพฤติกรรมเมาแล้วขับ ให้ความช่วยเหลือกับเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากการเมาแล้วขับ ตลอดจนป้องกันเยาวชนจากการอันตรายของสุรา ผู้สนใจสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ในเว็บไซต์ขององค์กรที่ <http://www.madd.org/aboutus/>



ภาพที่ 30 โฮมเพจเว็บไซต์ขององค์กร Mothers Against Drunk Driving: MADD
(<http://www.madd.org/aboutus/>)

Alcohol & Public Policy Group อธิบายว่าความแตกต่างระหว่างนโยบายและมาตรการที่ดีกับไม่ดีไม่ใช่เรื่องนามธรรม แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายของชีวิตคนและสังคม การจะชี้ว่านโยบายมาตรการใช้ได้ผลหรือไม่ได้ผลต้องอาศัยงานวิจัยเข้ามาช่วยสนับสนุน หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินนโยบายและมาตรการในที่นี้มี 4 ประการคือ (1) ประสิทธิภาพ (2) ความน่าเชื่อถือของหลักฐานจากการวิจัย (3) ขอบเขตการนำไปใช้ในต่างสังคมวัฒนธรรม (4) ทรัพยากรที่ใช้ทั้งในด้านเวลาและงบประมาณ ซึ่งจากเกณฑ์ทั้งสี่ประการ Alcohol & Public Policy Group ได้สรุปภาพนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

นโยบายและมาตรการที่ได้ผลดีก็คือ ข้อกำหนดในการควบคุมสถานบริการสุราและมาตรการภาษี ทั้งสองมาตรการนี้สามารถทำได้หลายวิธีและมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการไม่มากและมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติสูง มาตรการรณรงค์ตีเมาไม่ขับก็มีประสิทธิภาพสูงเช่นกัน

ตรงข้ามนโยบายและมาตรการให้ความรู้ในสถานศึกษาและการออกข้อความเชิญชวนต่อสาธารณะมีประสิทธิผลค่อนข้างต่ำ แม้ว่าหากประเมินจากคนที่เข้าร่วมฟังหรืออ่านข้อความอาจดู

ว่ามาก แต่ผลกระทบต่อการดื่มสุราและปัญหาที่เกิดขึ้นตามมานั้นน้อยมาก มองในแง่ประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่ายและผลที่ได้ต่อค่าใช้จ่ายมาตรการนี้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร

การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมการดื่มสุราที่ใช้ในสถานบริการแบบ on-premise ในบาร์และภัตตาคารผลที่ได้ยังไม่ชัดเจนพอ ในประเทศพัฒนาส่วนใหญ่คนที่มาดื่มในสถานบริการเป็นคนส่วนน้อย แต่ก็มักเป็นกลุ่มที่จะก่อปัญหาความยุ่งยากตามมาภายหลังได้ ดังนั้นสิ่งที่ต้องเพิ่มเติมในมาตรการนี้คือการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย



ภาพที่ 31 การออกข้อความเชิญชวนในประเทศไทยช่วงเข้าพรรษาปี 2548 (ถ่ายภาพโดย ชุษณะ รุ่งปัจฉิม)

Alcohol & Public Policy Group ได้จัดอันดับนโยบายและมาตรการที่ควรนำไปใช้ 10 ประการเรียงจากที่มีประสิทธิผลมากที่สุดไปหาน้อย ได้แก่

- (1) การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อ/ผู้ดื่ม
- (2) การผูกขาดสถานจำหน่ายสุราโดยรัฐ
- (3) การจำกัดจำนวนชั่วโมงและวันจำหน่าย
- (4) การจำกัดความหนาแน่นของช่องทางจำหน่าย
- (5) มาตรการภาษีสุรา

- (6) กำหนดจุดตรวจระดับแอลกอฮอล์
- (7) การกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด
- (8) การยึดใบอนุญาตขับขี่
- (9) การออกใบอนุญาตสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่
- (10) การให้ความช่วยเหลือแก่นักดื่มที่อยู่ในภาวะอันตรายต่อสุขภาพ

การใช้มาตรการเหล่านี้โดยลำพังมาตรการใดมาตรการหนึ่งไม่มีทางที่จะได้ผล แต่ต้องอาศัยการผสมผสานนโยบายและการใช้มาตรการร่วมในหลายๆ ช่องทาง (mixed policy) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด

4) รายงานการศึกษาของ Sally Caswell

Caswell ได้เสนอบทสรุปเกี่ยวกับนโยบายสุราไว้อย่างน่าสนใจใน “No Ordinary Commodity: Alcohol and Public Policy” presentation นำเสนอใน European Alcohol Policy Conference “Bridging the Gaps” ที่กรุงวอร์ซอ ประเทศโปแลนด์ เมื่อวันที่ 16-19 มิถุนายน 2004 โดยอาศัยผลงานสำคัญ 3 ฉบับคือ Alcohol Control Policies in Public Health Perspective ของ Bruun et al 1975, Alcohol Policy and the Public Good ของ Edwards et al ปี 1994 และ No Ordinary Commodity: Alcohol and Public Policy ของ Caswell et al ปี 2003 โดยสาระสำคัญสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (Caswell, 2004)

Brunn et. al, มีข้อเสนอว่า

- สุราไม่ได้เป็นเพียงปัญหาที่พบได้ทั่วไปในทุกส่วนของโลกเท่านั้นแต่เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้
- สุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มทุกคนไม่เพียงแต่เฉพาะผู้ที่ติดสุราแล้วเท่านั้น
- ปริมาณสุราเฉลี่ยที่บริโภคในแต่ละสังคมสะท้อนให้เห็นถึงการขยายตัวของปัญหา
- หนึ่งในหลายวิธีการที่ได้ผลมากที่สุดในการป้องกันปัญหาสุราก็คือการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มุ่งลดการดื่มสุรา โดยวิธีการที่ว่าก็คือการจำกัดแหล่งซื้อ-ขาย-และบริการสุรา

Edwards et. al. มีข้อเสนอว่า

หลังจากทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการเก็บภาษีสุรา มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม มาตรการรณรงค์เมาไม่ขับ การให้การศึกษาในโรงเรียน โครงการปฏิบัติการชุมชน และมาตรการให้การบำบัดรักษา ข้อสรุปที่พบคือ

- ผลพวงจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องมีส่วนสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่านโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเท่านั้นที่มีส่วนช่วยจำกัดวงของค่าใช้จ่ายในการรณรงค์ต่อสู้ปัญหาสุราไม่ให้มากเกินไปจนความจำเป็น ช่วยส่งผลดีต่อปัญหาสุขภาพประชาชน และช่วยลดปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

- แนวทางที่ใช้ควบคู่กันมีอยู่ 2 ประการคือ หนึ่งมาตรการที่มุ่งลดอัตราการบริโภคต่อหัวประชากรและจัดลำดับของปัญหา และสองนโยบายที่มุ่งเป้าหมายไปยังพฤติกรรมกรรมการดื่มและสภาพแวดล้อมการดื่มที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

ภาพของการกำหนดนโยบายสุราอยู่ภายใต้แบบแผนสำคัญ 3 ประการคือ หนึ่งการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายกระทำโดยรัฐบาลผ่านทางกฎหมาย กฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ สองนโยบายสุรามุ่งตรงไปยังประชาชน (เช่น กลุ่มเยาวชน) มุ่งไปยังองค์กรและระบบสุขภาพ และมุ่งไปยังนักดื่มแต่ละคน และสามจากมุมมองด้านสาธารณสุข นโยบายสุรามุ่งลดภาวะอันตรายต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากสุรา

นอกจากนี้ในรายงานยังได้มีการสรุปภาพรวมของประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุราและได้แบ่งผลการประเมินออกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเป็นสัญลักษณ์ 0 + ++ +++ และ ? ซึ่งมีความหมายแปรผันไปตามบริบทของการประเมินได้แก่ ด้านประสิทธิผล (effectiveness) ด้านงานวิจัยสนับสนุน (breadth of research support) และด้านงบประมาณที่ต้องใช้ในการดำเนินนโยบายมาตรการ (cost to implement) โดยใช้ประเมินนโยบายและมาตรการ 7 ด้านประกอบด้วย การออกระเบียบเกี่ยวกับสถานบริการ (regulating physical availability) การกำหนดราคาและอัตราภาษี (pricing and taxation) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการดื่ม (altering drinking context) การให้การศึกษาและการเชิญชวน (education and persuasion) การออกระเบียบว่าด้วยการส่งเสริมสุรา (regulating alcohol promotion) มาตรการรณรงค์ดื่ม/เมาแล้วไม่ขับ (drinking-driving countermeasures) และการแทรกแซงแต่เริ่มต้นและการบำบัดรักษา (treatment and early intervention) ผลการประเมินเชิงนโยบายพบว่า

ด้านการออกระเบียบเกี่ยวกับสถานบริการ

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Minimum legal purchase age	+++	+++	low
Server liability	+++	+	Low
Restrictions on density of outlets	++	+++	Low
Hours and days of sale restrictions	++	++	Low
Different availability by alcohol strength	++	++	Low

ด้านการกำหนดราคาและอัตราภาษี

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Alcohol taxes	+++	+++	low

ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการดื่ม

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Enforcement of on-premise regulations and legal requirements	++	+	High
Outlet policy to not serve intoxicated patrons	+	+++	Moderate
Training bar staff and managers to prevent and better manage aggression	+	+	Moderate
Voluntary codes of bar practice	0	+	Low

ด้านการให้การศึกษาและการเชิญชวน

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Alcohol education in schools	0	+++	High
College student education	0	+	High
Public service messages	0	+++	Moderate
Warning labels	0	+	Low

ด้านการออกระเบียบว่าด้วยการส่งเสริมสุรา

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Advertising bans	+	++	Low
Advertising content controls	?	0	Moderate
Promoting alcohol-free activities and events	0	++	High

ด้านมาตรการรณรงค์ดื่ม/เมาแล้วไม่ขับ

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Random breath testing (RBT)	+++	++	Moderate
Lowered BAC limits	+++	+++	Low
Low BAC for young drivers (“zero tolerance”)	+++	++	Low
Administrative license suspension	++	++	Moderate
Sobriety checkpoints	++	+++	Moderate
Graduated licensing for novice drivers	++	++	Low
Designated drivers and ride services	0	+	Moderate

ด้านการแทรกแซงแต่เริ่มต้นและการบำบัดรักษา

Strategy or intervention	Effectiveness	Breadth of research support	Cost to implement
Brief intervention with at-risk drinkers	++	+++	Moderate
Alcohol problems treatment	+	+++	High
Mutual help/self help attendance	+	+	Low
Mandatory treatment of repeat drinking-drivers	+	++	Moderate

- การกำหนดนโยบายและมาตรการสุรามักไม่ได้นำหลักฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์หรือข้อควรพิจารณาทางสาธารณสุขมาใช้
- ทางเลือกที่เป็นที่นิยมกันมากซึ่งได้แก่การให้การบำบัดรักษา และการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุราในสถานศึกษานั้น ไม่ค่อยมีผลต่ออัตราการตายของผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากสุราแต่อย่างใด
- ข้อสรุปของประเด็นปัญหาระหว่างผลประโยชน์ในทางเศรษฐกิจกับผลประโยชน์ทางสาธารณสุข การค้าสุราเสรีกับการพยายามลดอุปทานสุรา การตลาดแบบเสรีกับการพยายามลดอุปสงค์สุรา ยังไม่มีความชัดเจน
 - สุราไม่ใช่สินค้าปกติเหมือนกับสินค้าอื่นโดยทั่วไป
 - โอกาสของการพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ชัดเจน มีมากขึ้นกว่าแต่ก่อนและถือว่าสุราเป็นสินค้าส่งผลกระทบต่อสาธารณะ
 - นโยบายและมาตรการที่จำกัดการเข้าถึงสุรา การรณรงค์ดื่ม/เมาไม่ขับ การกำหนดอายุของบุคคลที่สามารถซื้อหรือดื่มสุรา และการขึ้นราคาสุรา มีส่วนในการลดความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดื่มและการบริโภคสุราต่อหัวประชากร
 - ปัญหาสุราสามารถลดลงได้หรือสามารถป้องกันได้โดยอาศัยการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มีระบบและมีการประสานความร่วมมือกันในระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5) รายงานการศึกษาของ Kate Sewel

รายงานเรื่อง “International Alcohol Policies: A Selected Literature Review” ของ Kate Sewel ซึ่งจัดทำขึ้นโดยการสนับสนุนของ Scottish Executive Central Research Unit เมื่อปี 2002 มีข้อค้นพบในเชิงการประเมินนโยบายและมาตรการต่างๆ เกี่ยวกับสุราที่น่าสนใจหลายประการ การศึกษาดังกล่าวเป็นการพยายามของสก๊อตแลนด์ในการแสวงหาแนวทางในการต่อสู้กับปัญหาการดื่มสุราจนเกิดเป็นผลเสียหายในด้านต่างๆ สก๊อตแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากสุรา มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสุราซึ่งต้องอาศัยข้อมูลหลักฐานที่มายืนยันเพื่อช่วยให้เกิดการแนวทางที่เหมาะสม อันเป็นที่มาของรายงานการศึกษาดังกล่าว

Sewel ได้สำรวจข้อมูลและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการดื่มสุราและที่เกี่ยวกับผลเสียของการดื่มสุรา Sewel ลงความเห็นว่า การจะลดปัญหาจากสุราได้ต้องอาศัยมาตรการหลายมาตรการประกอบกันแล้วสร้างเป็นแผนยุทธศาสตร์เพื่อการรณรงค์ต่อสู้

ปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญมากคือเรื่องข้อมูล Sewel ระบุว่าจากการศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องปรากฏว่าข้อมูลที่นำเชื่อถือที่สามารถนำมาใช้ในเชิงเปรียบเทียบยังมีจำนวนไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของแนวโน้มการดื่มสุรา ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา แม้ว่าส่วนหนึ่งข้อมูลในเรื่องเหล่านี้จะมีอยู่แล้ว แต่มักไม่ได้อธิบายถึงแบบแผนการดื่มที่สำคัญๆ ไว้ด้วย อย่างเช่น แบบแผนการดื่มเป็นครั้งคราวของคนบางกลุ่ม สภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่เกิดขึ้นพร้อมกับการดื่ม บุคลิกลักษณะส่วนบุคคลของนักดื่ม ตลอดจนชนิดหรือยี่ห้อของสุราที่ดื่ม นอกจากนี้ข้อมูลที่ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดื่มที่จะส่งผลกระทบต่อปริมาณการดื่มทั้งหมดหรือต่อระดับของปัญหาที่เกิดขึ้นจะใช้เวลายาวนานเท่าใดก็ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเพียงพอ

ในรายงานฉบับนี้มีข้อสรุปที่สำคัญ 2 ส่วนคือ ด้านการป้องกัน (prevention) และด้านการคุ้มครอง (protection)

ข้อสรุปทั่วไป

(1) จากหลักฐานที่ศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีการพยายามใช้มาตรการต่างๆ ในการลดปัญหาและความสูญเสียต่างๆ อันเนื่องมาจากสุรา ซึ่งค่อนข้างประสบผลเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุรานั้นมีความซับซ้อน นโยบายหรือมาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงด้านเดียวไม่เพียงพอที่จะต่อสู้กับปัญหาเหล่านั้น

(2) มีการเปลี่ยนแปลงบริบทในเชิงนโยบายที่สำคัญกล่าวคือ นโยบายในการพยายามลดปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรมีความสำคัญน้อยลง ในขณะที่นโยบายที่มุ่งเน้นการลดการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตรายในกลุ่มประชากรเฉพาะหรือในสภาพแวดล้อมต่างๆ มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น

(3) ยุทธศาสตร์สุราต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนอย่างมากจากสาธารณะจึงจะประสบผลสำเร็จได้

(4) จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า การใช้นโยบายแบบผสมผสาน (policy mix) ที่มุ่งเน้นการลดอันตรายจากการดื่ม ประกอบกับการใช้มาตรการทางภาษี การควบคุมการเข้าถึงมาตรการเกี่ยวกับการดื่มแล้วขั้บรถ รวมทั้งมาตรการด้านการบำบัดรักษาและการจัดบริการสนับสนุน มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้การพยายามลดระดับความรุนแรงของปัญหาอันเนื่องจากสุราลดน้อยลงได้

บทสรุปนโยบายด้านการป้องกัน

ผลการวิจัยบอกว่ามาตรการด้านการป้องกันมีส่วนช่วยป้องกันปัญหาสุราที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ และยังมีอาจมีส่วนช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ตีรวมถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดื่มได้ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงผลกระทบที่มีต่อความเชื่อ ทศนคติอันเนื่องจากการป้องกันยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และยังมีหลักฐานใดๆ จากการวิจัยที่สนับสนุนการใช้นโยบายด้านการป้องกันในฐานะที่เป็นนโยบายทางเลือกลำดับแรกในการควบคุมปัญหาจากสุรานโยบายและมาตรการด้านการป้องกันในลักษณะต่างๆ ประกอบด้วย

(1) **การให้การศึกษาในสถานศึกษา (school-based education)** โครงการให้การศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษามุ่งให้ความรู้และความตระหนักในปัญหาเกี่ยวกับสุรา แต่หลักฐานข้อมูลที่ยืนยันถึงความสามารถในการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมนั้นยังไม่อาจชี้ชัดลงไปได้

(2) **การแทรกแซงในสถานประกอบการ (workplace interventions)** โครงการให้ความรู้ในสถานประกอบการก็มีผลกระทบในทำนองเดียวกับโครงการในโรงเรียนหรือสถานศึกษา คือยังไม่อาจบอกได้ว่าโครงการเช่นนี้จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของคนได้

(3) **การรณรงค์ทางสื่อมวลชน (mass media campaigns)** งานวิจัยในระดับนานาชาติหลายชิ้นได้ข้อสรุปว่า การรณรงค์ทางสื่อมวลชนนั้นมีประโยชน์ในการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา แต่ไม่มีผลใดๆ กับพฤติกรรมและการดื่ม อย่างไรก็ตาม กรณีของการรณรงค์ทางโทรทัศน์สามารถเป็นส่วนเสริมกับมาตรการรณรงค์ที่มุ่งตรงไปยังตัวบุคคล อย่างเช่นการส่งเอกสารรณรงค์ไปที่บ้าน หรือมีส่วนเสริมโครงการในสถานศึกษาที่มุ่งตรงไปยังตัวผู้ปกครอง

(4) **การเตือนถึงอันตรายต่อสุขภาพ (health warnings)** หลักฐานข้อมูลที่ศึกษาบอกว่าการปิดฉลากเตือนอาจส่งผลกระทบต่อความตระหนักถึงภัยของสุรา แต่ไม่มีผลอย่างใดต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ข้อมูลบางส่วนบอกว่า การปิดฉลากเตือนไว้ตามที่ เช่น ในป้ายโฆษณา ข้างขวดหรือกระป๋องบรรจุสุรา หรือในร้านจำหน่าย ส่งผลกระทบต่อสภาพการณ์ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในการที่จะออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามมาในภายหลัง อย่างไรก็ตามผลกระทบดังกล่าวคงต้องอาศัยเวลาและก็เป็นเรื่องยากที่จะประเมินได้

(5) **โครงการผู้บริการสุราที่มีความรับผิดชอบ (responsible beverage server programmes)** จากข้อมูลที่ได้มาระบุว่า การดำเนินโครงการผู้ให้บริการที่มีความรับผิดชอบนั้นส่งผลดีต่อตัวผู้ดื่ม ชุมชน และภาคธุรกิจบันเทิงและธุรกิจบริการต่างๆ มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าโครงการดังกล่าวมีส่วนในการลดปัญหาของการดื่มแล้วเมาได้ ตลอดจนยังช่วยลดปัญหาต่อเนื่องที่ตามมา เช่น ความรุนแรง อาชญากรรม และปัญหาเมาแล้วขับ ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษายังพบว่า สัมฤทธิ์ผลของโครงการผู้ให้บริการที่มีความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับ

- ความรู้สึกว่าเป็นพันธกิจของทางฝ่ายบริหารจัดการ
- ปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้และการลงโทษ กล่าวคือโครงการดังกล่าวจะบรรลุผลดีก็ต่อเมื่อบริกรและผู้จัดการรู้ว่าหากพวกเขาไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเมื่อใด เมื่อนั้นก็จะถูกลงโทษ
- การจับอบรมบ่อยๆ สม่ำเสมอ เนื่องจากในสถานบริการสุราเหล่านั้นมักมีการเปลี่ยนพนักงานอยู่ตลอดเวลา

บทสรุปเชิงนโยบายด้านการคุ้มครอง

การคุ้มครองบุคคลและสังคมจากผลเสียของสุราถือเป็นเป้าหมายอันดับแรกของนโยบายสาธารณสุขในหลายประเทศ ซึ่งประกอบไปด้วย

(1) **การควบคุมการเข้าถึงและสถานบริการ (control of access and availability)** ผลการวิจัยในระดับนานาชาติว่าด้วยผลกระทบของการกำหนดเวลาในการอนุญาตให้จำหน่ายและดื่มสุรา พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วงเวลากับปัญหาที่เกิดขึ้น การเปิดบริการนานเท่าใดปัญหาก็มีมากเท่านั้น ในทางกลับกันหากมีการกำหนดเวลาบริการให้สั้นลง ปัญหาก็ลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ข้อมูลจากประเทศอื่นแสดงให้เห็นว่า การจำกัดอายุผู้ดื่มเป็นมาตรการที่ได้ผลในการป้องกันปัญหาสุรา แต่ต้องมีการปฏิบัติและบังคับให้เป็นไปตามข้อกำหนดอย่างจริงจัง

(2) **การใช้มาตรการทางเศรษฐกิจ (economic measures)** ผลของราคาและการเปลี่ยนแปลงด้านราคาจำหน่ายที่มีต่อการดื่มสุรานั้นถือเป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายสาธารณะ และถือเป็นมาตรการที่มีการกล่าวถึงอย่างมาก ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบ่งบอกว่า อุปสงค์ของสุราเป็นผลตอบสนองต่อค่าใช้จ่ายของผู้บริโภค ในทำนองเดียวกันความสัมพันธ์ระหว่างราคาและการดื่มเป็นผลสืบเนื่องจากประสพการณ์ของปัญหาจากสุรา อย่างไรก็ตาม ราคาของสุราเป็นปัจจัยสำคัญเพียงอย่างเดียวที่สนับสนุนแบบแผนการดื่ม ราคาไม่ใช่ปัจจัยเพียงตัวเดียวที่กำหนดโอกาสและระดับของการดื่ม แต่ราคาจะไปมีความสัมพันธ์กับการควบคุมในเรื่องอื่นทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

(3) **การโฆษณา การส่งเสริมการจำหน่าย และการให้การสนับสนุน (advertising, promotion, and sponsorship)** การออกระเบียบเกี่ยวกับการโฆษณาสุรานั้นมีอยู่ 2 แนวทาง แนวทางแรกมุ่งไปที่การจำกัดเนื้อหาของโฆษณาและกลุ่มเป้าหมาย ส่วนแนวทางที่สองมุ่งไปที่การห้ามไม่ให้มีการโฆษณาโดยสิ้นเชิง อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความเห็นอยู่ว่าการโฆษณาสุรามีผลกระทบต่อเงื่อนไขทางสังคมของสุรากล่าวคือเป็นผลทำให้เกิดการดื่มที่เป็นอันตราย จากข้อมูลหลักฐานยืนยันว่าการโฆษณามีผลต่อการเลือกซื้อสุราด้วยเช่นกัน

(4) การออกกฎหมายห้ามดื่มหรือเมาแล้วขับรถ (drink driving regulations) การห้ามดื่มหรือเมาแล้วขับรถนั้นเป็นมาตรการที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่ประสบความสำเร็จสามารถลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการดื่มสุราได้ดี ปัญหาอุปสรรคและการบังคับใช้ระเบียบถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของมาตรการดื่ม/เมาไม่ขับ การศึกษาหลายกรณีสรุปว่า ผู้ที่ดื่มหรือเมาแล้วขับและถูกจับได้ในทันทีรวมทั้งมีโทษหนัก ก็เป็นผลให้คนนั้นไม่กระทำความผิดอีก

การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดก็เป็นอีกมาตรการที่ได้ผลดี ช่วยแก้ปัญหาเมาแล้วขับรถลดลงได้เช่นกัน การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์เริ่มมีการนำไปใช้กันในหลายประเทศ และส่วนใหญ่ มักได้ผลเป็นที่น่าพอใจในการลดปัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มสุราได้

การยกเลิกใบขับขี่ชั่วคราวก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่มีการนำมาใช้กันทั่วไป ผลการศึกษาบอกว่าแม้คนเหล่านั้นจะถูกระงับใบอนุญาต แต่ก็พบว่าคนเหล่านี้ก็ยังคงขับรถอยู่ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศมีการใช้มาตรการให้การศึกษาและการฟื้นฟู แต่ก็ได้ผลพอประมาณ งานวิจัยส่วนมากสรุปว่า การใช้มาตรการให้การศึกษาและฟื้นฟูก็ยังพอใช้ได้ เนื่องจากดีกว่าไม่ได้ทำอะไรเสียเลย

(5) การฝึกอบรมผู้ให้บริการและความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสุรา (server liability and server training) งานวิจัยระบุว่าหากมีการปฏิบัติอย่างจริงจังและได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม มาตรการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่และการสร้างเงื่อนไขความรับผิดชอบให้กับพนักงานบริการสุราก็มีส่วนช่วยลดปัญหาอันเนื่องมาจากสุราได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเมาแล้วขับ

ปัญหาสำคัญในเชิงนโยบาย : ดุลยภาพระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของอุตสาหกรรมสุรา กับผลประโยชน์สาธารณะด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

ปัญหาสุราในยุโรปเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกันอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจาก การผลิตสุราในยุโรปมีประวัติความเป็นมายาวนานในประวัติศาสตร์ บางประเทศธุรกิจอุตสาหกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุราเป็นภาคเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ สุราเป็นสินค้าที่ทำรายได้ในแต่ละปีให้กับ ประเทศเหล่านั้นเป็นจำนวนมาก อีกทั้งการดื่มสุรายังเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของหลายประเทศใน ยุโรป ปัญหาในเชิงนโยบายที่สหภาพยุโรปพยายามหาข้อสรุปก็คือ ทำอย่างไรที่จะสร้างนโยบาย และมาตรการที่ก่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่ได้จากอุตสาหกรรมสุรา กับ ผลประโยชน์สาธารณะที่เน้นการสร้างมาตรฐานด้านสุขภาพอนามัยของพลเมืองในยุโรป

ก่อนหน้าปี 1995 สภาแห่งยุโรปได้เคยพยายามเรียกร้องให้กรรมาธิการยุโรปกำหนดมาตรการ ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว โดยขอให้คณะกรรมาธิการยุโรปซึ่งนำหน้าให้ดีระหว่าง ผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการผลิต การจำหน่าย และการส่งเสริมสุรา กับผลประโยชน์ด้าน สาธารณสุข และกำหนดเป็นนโยบายที่มีความสมดุลของผลประโยชน์ดังกล่าวต่อไป แต่ก็ยังไม่เป็น ผลสำเร็จ

พัฒนาการที่สำคัญมาจากการที่องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรปได้ริเริ่มกำหนด แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปขึ้น (WHO European Alcohol Action Plan) ซึ่งบรรดาประเทศ สมาชิกสหภาพยุโรปได้ร่วมลงนามรับรองไว้ด้วย แผนปฏิบัติการดังกล่าวนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญใน ฐานะเป็นมาตรการในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบาย "Health for All" ของ องค์การอนามัยโลกซึ่งระบุไว้ว่าการบริโภคสารเสพติดทั้งหลายจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพต้องหมด ไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของสุราก็ได้มีการระบุไว้เป็นการเฉพาะเจาะจงว่า เป้าหมายที่กำหนด ไว้ในนโยบายจะบรรลุผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยนโยบายและแผนการดำเนินงานที่มีความสมดุลเพื่อ ลดการดื่มสุราลงให้ได้ร้อยละ 25 พร้อมกับลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุราด้วย

แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปข้างต้นถือเป็นจุดเริ่มแรกที่ยุโรปได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุรา และร่วมมือกันอย่างจริงจังในการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามความพยายามดังกล่าวก็ ได้รับการต่อต้านจากกลุ่มธุรกิจอุตสาหกรรมสุราโดยมีการจัดตั้งกลุ่มหลักในการต่อสู้ 2 กลุ่มคือ The Amsterdam Group (TAG) และ The Portman Group (TPG) มีการจัดพิมพ์รายงานเรื่อง "Alcoholic Beverages and European Society" และแจกจ่ายไปในหมู่ประเทศสมาชิกสหภาพ ยุโรป รายงานดังกล่าวนี้มุ่งตอบโต้กับแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปโดยตรง

The Amsterdam Group (TAG) คือกลุ่มพันธมิตรผู้ผลิตสุรา (ทั้งเบียร์ ไวน์ และเหล้า) ชี้นำของยุโรปที่ทำงานร่วมกันกับภาครัฐและกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ที่มุ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม TAG ก่อตั้งขึ้นในปี 1990 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดื่มสุราอย่างรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนการต่อสู้กับปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสม ส่งเสริมการสร้าง ความเข้าใจและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนป้องกันการสื่อสารทางการค้าที่ไม่เหมาะสม เน้นการใช้มาตรการกำกับดูแลตนเอง (self-regulation) ให้เกิดประสิทธิผล

TAG ตีพิมพ์และเสนอรายงาน 2 ฉบับแก่สหภาพยุโรปในปี 1993 และ 2000 โดยแสดงจุดยืนที่ตรงข้ามกับนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุข กล่าวคือ TAG เห็นว่า

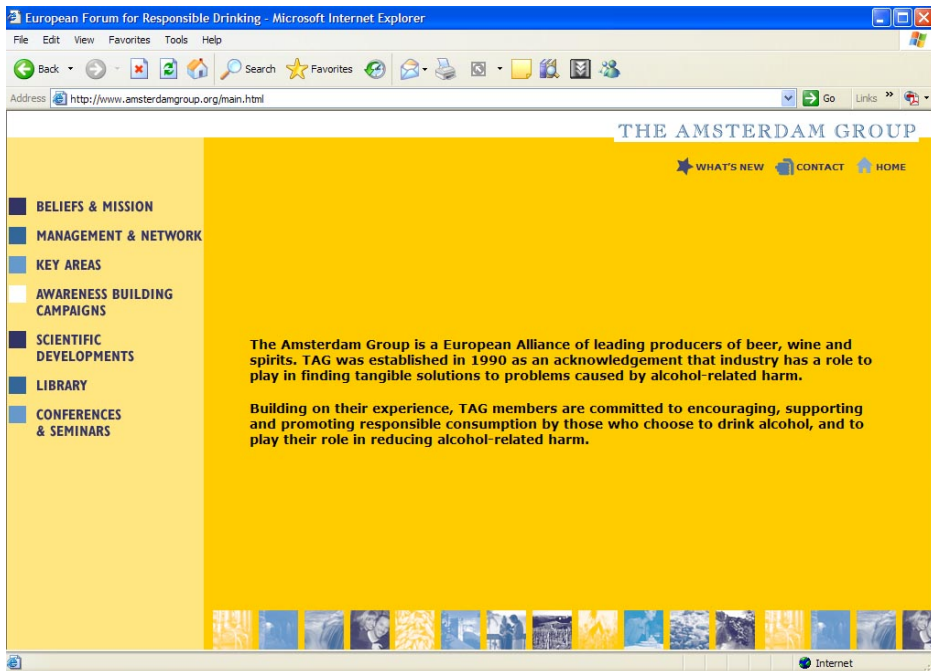
- จากหลักฐานที่ชี้ว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรานั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อหัวประชากร แต่เป็นผลมาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสมต่างหาก
- นโยบายที่มุ่งลดปริมาณการบริโภคต่อหัวประชากร (อันได้แก่ การจำกัดการขายผ่านทางข้อกำหนดทางการผลิตและการตลาดและการขึ้นอัตราภาษี) นั้นไม่ได้มุ่งไปยังกลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสมแต่อย่างใด
- นโยบายและมาตรการควรเน้นไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มมากกว่า และข้อกำหนดใดๆ ก็ไม่สามารถนำมาแทนที่ความรับผิดชอบของนักดื่มสุราได้

จากการศึกษารายงานของ TAG พบว่ามีการหยิบยกประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรามากกล่าวไว้ซึ่งล้วนแล้วแต่สวนทางกับการปฏิบัติของบรรดาธุรกิจอุตสาหกรรมที่เป็นสมาชิก TAG อย่างในประเด็นปัญหาสุรากับวัยรุ่น แม้ว่า TAG จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในโครงการให้การศึกษาแก่เด็กและวัยรุ่น ตลอดจนบิดามารดาและโรงเรียนให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุราและผลกระทบต่างๆ แต่ปรากฏว่าบรรดาบริษัทสุราที่เป็นสมาชิกได้นำ alcopops ตลอดจนเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อ่อน (designer drinks) ออกสู่ตลาดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นที่รู้กันดีว่าวัยรุ่นให้ความสนใจกับเครื่องดื่มประเภทนี้เป็นพิเศษ ในเรื่องของเมาไม่ขับก็เช่นกัน

แม้ว่า TAG จะให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในการพยายามลดจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา แต่ปรากฏว่าในทางปฏิบัติจริงกลับตรงข้าม ในตอนต้นปี 1990 โครงการรณรงค์เมาไม่ขับ (The Campaign against Drink Driving: CADD) ขอการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการจาก The Portman Group ในสหราชอาณาจักร คำตอบที่ได้รับก็คือให้ไปยกเลิกมาตรการลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ก่อนจึงจะให้เงิน ในปี 1997 รัฐบาลอังกฤษกล่าวว่ามีความต้องการที่จะลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลงให้อยู่ที่ 50 mgs percent แม้ว่าสหภาพยุโรปจะให้การรับรองระดับที่กำหนดดังกล่าว แต่ข้อเท็จจริงก็คือสหราชอาณาจักรเป็นหนึ่งในสามประเทศที่กำหนดระดับแอลกอฮอล์ไว้สูงกว่า และ The Portman Group ก็ยืนยันไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลง กรณีประเทศโปรตุเกสปรากฏว่ากลุ่มรณรงค์ปัญหาสังคมในโปรตุเกสก็ได้เรียกร้องให้รัฐบาลเพิ่มระดับ BAC จาก 0.5 percent เป็น 0.8 percent ที่สำคัญแม้แต่มาตรการกำกับดูแลตนเองในทางการโฆษณาก็ยังถูกละเลยอยู่เสมอเช่นกัน

คำประกาศของคณะมนตรีแห่งองค์การอนามัยโลกในการประชุมที่กรุงสต็อกโฮล์มระบุว่า “นโยบายและมาตรการสุราต้องมีพื้นฐานอยู่บนผลประโยชน์ด้านสาธารณสุขเท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์ในทางการค้าแต่อย่างใด ในเดือนมิถุนายน ปี 2001 สภารัฐมนตรีสาธารณสุขของสหภาพยุโรปเร่งรัดการกำหนดมาตรการที่มีประสิทธิผลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ผลิตสุราจะไม่ผลิตสุราที่มีเป้าหมายทางการตลาดไปยังกลุ่มเด็กและวัยรุ่น และสภาเองก็ยอมรับว่าสุรานั้นเป็นดัชนีสุขภาพที่สำคัญของประชาคมยุโรป

http://www.ias.org.uk/publications/theglobe/02issue1/globe0201_p8.html



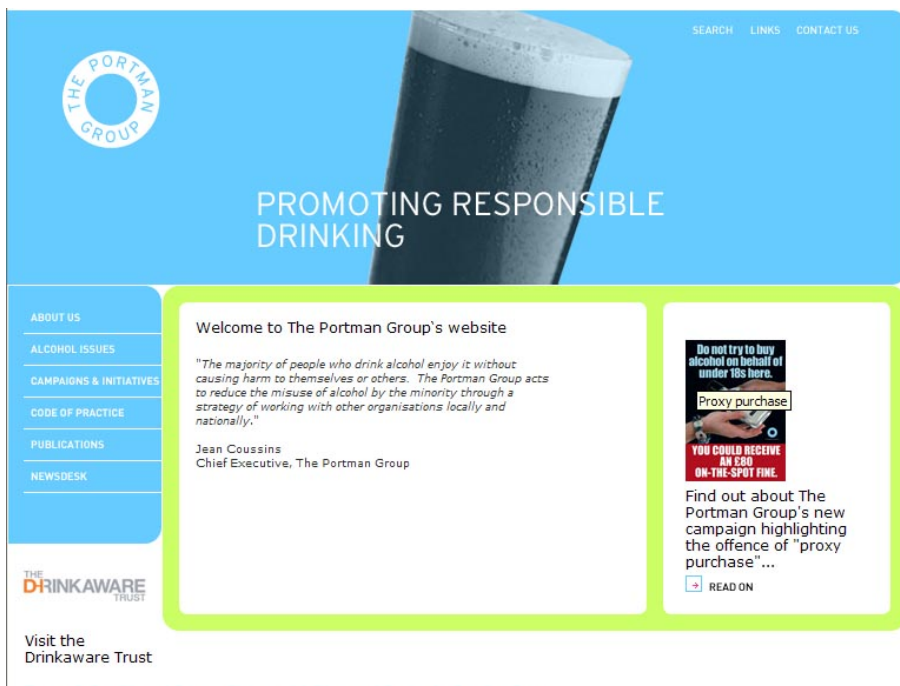
ภาพที่ 32 โฮมเพจเว็บไซต์ของ The Amsterdam Group

(<http://www.amsterdamgroup.org/main.html>)

ในสหราชอาณาจักร The Portman Group (TPG) ได้มีการตีพิมพ์เอกสารชื่อว่า “A Commentary on the European Alcohol Action Plan” แสดงความไม่เห็นด้วยกับมาตรการที่กำหนดในแผนปฏิบัติการสุรา มีการพยายามใช้อิทธิพลกับหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบเรื่องดังกล่าว เช่น กระทรวงเกษตรและการค้าทั้งในระดับประเทศและระดับประชาคมยุโรป ฌอง คูแซง (Jean Coussins) ซีอีโอของ TPG กล่าวไว้ในหน้าแรกของเว็บไซต์ TPG ว่า นักดื่มส่วนมากมีความสุขกับการดื่มโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งแก่ตนเองและคนอื่นแต่อย่างใด วัตถุประสงค์ของ

TPG จึงมุ่งรณรงค์ลดพฤติกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มนักดื่มส่วนน้อย โดยร่วมทำงานกับองค์กรอื่นทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

The Portman Group (TPG) เป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มพันธมิตรผู้ผลิตสุรารุ่นนำของสหราชอาณาจักรเมื่อปี 1989 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดื่มสุราอย่างเหมาะสม ป้องกันการบริโภคสุราในทางที่ไม่ถูกต้อง สนับสนุนการตลาดเพื่อสังคม และส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุรา (The Portman Group, n.d.)



ภาพที่ 33 โฮมเพจเว็บไซต์ของ The Portman Group (<http://www.portman-group.org.uk/>)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปครั้งนี้ ช่วยให้เห็นภาพของการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุราของกลุ่มสหภาพยุโรป ทั้งในเชิงพัฒนาการทางประวัติศาสตร์และสถานการณ์ในปัจจุบัน ผลการวิจัยทบทวนองค์ความรู้สรุปได้ดังนี้

5.1.1 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราของสหภาพยุโรป

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปี 2001 ปรากฏว่าประชากรในกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปมีแนวโน้มในภาพรวมดื่มสุราลดลงเป็นลำดับ จากเดิมที่เคยดื่มเฉลี่ยคนละประมาณ 13.03 ลิตร ในปี 1971 เป็นเฉลี่ยคนละประมาณ 10.97 ลิตรในปี 2001 ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปค่อนข้างประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายและมาตรการสุราที่ผ่านมา

5.1.2 กรอบนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

กรอบนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปนั้นประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่หนึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงนโยบายตามสนธิสัญญาการรวมประเทศ ซึ่งครอบคลุมไม่แต่เฉพาะเรื่องของสุรา แต่รวมไปถึงประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่มีผลต่อวิถีทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพลเมืองยุโรปทั้งหมดให้มีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพภาวะที่ดี และมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

ส่วนที่สองเป็นส่วนของข้อตกลง ข้อบัญญัติ คำรับรอง ข้อสรุปต่างๆ ทั้งในส่วนของคณะมนตรียุโรป ตลอดจนคณะกรรมการยุโรป ซึ่งได้แก่

- ข้อสรุปการประชุมร่วมกันของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปกับผู้แทนรัฐบาลประเทศสมาชิกว่าด้วยการบริโภคสุราที่เป็นอันตรายเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 1986

- ข้อบัญญัติว่าด้วยความร่วมมือของประเทศสมาชิกในการออกกฎระเบียบควบคุมกิจกรรมการเผยแพร่ภาพและการโฆษณาทางโทรทัศน์ เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 1989

- แนวทางของคณะกรรมการยุโรปว่าด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของสหภาพยุโรป เมื่อวันที่ 15 เมษายน 1998
- แนวทางของคณะกรรมการยุโรปว่าด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพของประชาคมยุโรป เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2000
- แผนปฏิบัติการประชาคมด้านสาธารณสุขสำหรับปี 2003-2008
- ข้อเสนอแนะแก่ประเทศสมาชิกว่าด้วยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ เมื่อเดือนมกราคม 2001
- ข้อเสนอของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยยุทธศาสตร์ของประชาคมในการลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุรา เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2001
- คำรับรองของคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยการดื่มสุราของเด็กและวัยรุ่น เมื่อเดือนมิถุนายน 2001

ส่วนที่สาม เป็นกรอบนโยบายตามเอกสารสำคัญ 4 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับสุราได้แก่ นโยบายสุขภาพเพื่อทุกคน แผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรป กฎบัตรสุราแห่งยุโรป และคำประกาศว่าด้วยวัยรุ่นกับสุรา

5.1.3 การนำนโยบายและมาตรการสุราไปใช้ในประเทศสมาชิก

จากการทบทวนองค์ความรู้พบว่า ประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปได้ดำเนินนโยบายและมาตรการแก้ปัญหาสุรามานานแล้ว ทั้งนี้นโยบายและมาตรการเหล่านั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความแตกต่างกันในแบบแผนหรือวัฒนธรรมการดื่มสุรา นโยบายและมาตรการเหล่านั้นมีพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ที่น่าศึกษา อย่างไรก็ตามข้อตกลงหรือข้อบัญญัติต่างๆ ของสหภาพยุโรปเป็นสิ่งที่ประเทศสมาชิกต้องนำไปปฏิบัติ แต่ถึงกระนั้นในแต่ละประเทศก็ยังคงมีความแตกต่างกันอยู่ดี สิ่งที่เป็นวาระสำคัญของสหภาพยุโรปในอนาคตคือการสร้างความเป็นเอกภาพในเชิงนโยบายและมาตรการ

ปัจจุบันทิศทางของนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปในอนาคตมีประเด็นที่เป็นจุดเน้นดังนี้คือ

- เป้าหมายเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการเลิกดื่มสุรามาสู่การดื่มอย่างพอดี
- การกำหนดนโยบายที่เป็นมาตรฐานเดียวกันโดยเฉพาะในประเด็นภาษีสุรา
- การกำหนดให้สุราเป็นสินค้าพิเศษที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขข้อตกลงทางการค้าเสรี

- การดำเนินต่อเนื่องในนโยบายและมาตรการลดอันตรายและการเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา ลดปริมาณการดื่มโดยรวม แยกการดื่มออกจากกิจกรรมและสถานการณ์บางอย่าง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบปัญหาสุรารวมทั้งสมาชิกในครอบครัว

5.1.4 ข้อสังเกตเชิงนโยบาย

(1) **ความสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศ** จากการทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปก็คือ สหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับการวางโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลและสารสนเทศ จากการสืบค้นข้อมูลทำให้สามารถพบและรับรู้ถึงความสำคัญของคำว่า “information” ในแทบทุกเอกสาร รายงาน และข้อสรุปเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป

ในแผนปฏิบัติการสุราแห่งยุโรปปี 2000-2005 มีข้อความที่ระบุถึงความสำคัญของสารสนเทศไว้อย่างชัดเจนโดยบอกว่า การกำหนดนโยบายและมาตรการลดอันตรายดำเนินโครงการใดๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุราจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยพื้นฐานของข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องชัดเจน

As with any other area of public policy-making , action on alcohol must be based on sound information. Although information about drinking and its effects on public health has greatly improved over recent years, it still leaves much to be desired. (WHO Regional Office for Europe, 2000, iii)

เหตุผลสำคัญที่สหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับข้อมูลสารสนเทศอย่างมากก็เนื่องผู้ที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและมาตรการในหลายประเทศในยุโรปยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนและเพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปริมาณการบริโภคในประเทศ แบบแผนการดื่มสุราของประชากรที่จำแนกตามเพศ อายุ ตลอดจนตามลักษณะทางประชากรอื่นๆ รวมทั้งปัญหาและอันตรายในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดจากการดื่มสุรา ข้อมูลที่พอมีอยู่ก็ยังคงค่อนข้างหายากอันเป็นผลทำให้การปรับเปลี่ยนนโยบายมาตรการและการกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายยังไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร

(2) **ความสำคัญของการวิจัย** การพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุราก็เป็นต้องอาศัยการวิจัยเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญ สหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับการวิจัยเป็นอย่างมาก เห็นได้จากการสนับสนุนให้มีการวิจัยในเรื่องเกี่ยวข้องกับปัญหาสุราอย่างกว้างขวาง ตลอดจนสนับสนุนให้มีการจัดประชุมทางวิชาการในลักษณะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสารสนเทศกันในระหว่างองค์กรเครือข่ายและนักวิชาการที่สนใจและทำงานเกี่ยวกับปัญหาสุรา ที่สำคัญข้อค้นพบหรือข้อสรุปจากการวิจัยเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายและ

มาตรการ เราจึงพบว่านโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสุราของสหภาพยุโรปรวมทั้งบรรดาประเทศสมาชิกโดยส่วนใหญ่แล้วมักจะมีข้อมูลและข้อค้นพบจากงานวิจัยมาสนับสนุน ซึ่งช่วยให้ให้นโยบายและมาตรการที่นำมาใช้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามบางกรณีการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเหล่านี้ซึ่งมักเป็นการเก็บข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบต้องประสบปัญหาและข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (Leifman, Osterberg and Ramstedt, 2002, 39-41)

- แต่ละประเทศมักมีแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการของการสุ่มตัวอย่างและการลงเก็บข้อมูลจริงในภาคสนาม ซึ่งเป็นการยากที่จะทำให้มาอยู่ในแนวทางหรือแบบแผนเดียวกันได้

- ระดับความร่วมมือและความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้คำตอบในแบบสอบถามหรือการสำรวจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังนั้นผลลัพธ์ของคำตอบที่ได้จึงหลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งบางครั้งจำนวนของผู้ที่ไม่ตอบหรือไม่มีความเห็นในบางประเด็นค่อนข้างสูง จึงเป็นปัญหาในการนำมาวิเคราะห์

- ความแตกต่างทางวัฒนธรรมเป็นผลทำให้ระดับของการให้คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงต่างกันไปด้วย ที่เห็นชัดเจนมากก็คือกรณีของการให้ผู้ตอบให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณสุราที่ตนเองดื่ม

5.1.5 ข้อเสนอกรอบนโยบายและมาตรการในอนาคต

EUROCARE ได้จัดทำข้อเสนอเชิงกรอบนโยบายมาตรการสุราของยุโรปไว้ในเอกสารชื่อว่า “A Policy on Alcohol for Europe and Its Countries Reducing the Harm Done by Alcohol – Bridging the Gap Principles” เมื่อเดือนตุลาคม 2004 โดยเสนอว่าประเทศสมาชิกทั้ง 27 ประเทศที่ร่วมอยู่ในเครือข่ายโครงการ Bridging the Gap ควรกำหนดนโยบายและมาตรการสุราที่เน้นประเด็นดังต่อไปนี้ (EUROCARE, 2004)

- 1) **ลดอัตราของการดื่ม/เมาแล้วขับรถ** โดยการออกกฎหมายและสร้างกลไกต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินตามนโยบายมาตรการดังกล่าว หลักการสำคัญของมาตรการนี้ก็คือ ควรถือเกณฑ์มาตรฐานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 0.5 g/l (50 mg%) เหมือนกันทั่วทั้งยุโรป โดยกรณีของมือใหม่หัดขับและคนขับรถสาธารณะหรือรถบรรทุกหนักให้กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 0.2 g/l (20 mg%) ส่วนประเทศใดที่กำหนดไว้ต่ำกว่านี้อยู่แล้วก็ไม่จำเป็นต้องปรับมาตรฐานแต่อย่างใด

นอกจากนั้นควรกำหนดมาตรฐานของเครื่องมือตรวจสอบลมหายใจ กำหนดมาตรการลงโทษผู้ที่ละเมิดตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่พบ โดยมีการลงโทษทั้งการระงับ ยึด และยกเลิก

ใบอนุญาตขับรถยนต์ ค่าปรับในอัตราสูง โทษจำคุก การใช้เครื่องจุดสตาร์ทรถยนต์ รวมทั้งการให้ความรู้แก่คนขับรถในระหว่างการรับโทษหรือให้การบำบัดรักษากรณีพบว่าผู้นั้นติดสุรา

2) **ให้การศึกษ การฝึกอบรม และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาสุรา** ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันประชาชนจากการโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสุราได้ อีกทั้งยังมีส่วนทำให้ประชาชนหันมาให้การสนับสนุนนโยบายและมาตรการของรัฐ หลักการสำคัญของประเด็นนี้ก็คือ ต้องสร้างเครื่องมือที่ดีมีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับประชาชน ข่าวสารที่ลงไปยังประชาชนต้องอ้างอิงอยู่กับข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ต้องให้ข้อมูลทั้งสองด้านคือชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดื่มสุรารวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นหากสามารถลดการดื่มให้น้อยลงหรือเลิกดื่มได้ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรทั้งภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่มีผลประโยชน์ร่วมกับธุรกิจสุรามีส่วนร่วมกันในการปฏิบัติงานเพื่อรณรงค์ลดการดื่มและลดปัญหาที่เกิดจากสุรา

3) **ดำเนินนโยบายมาตรการทางการตลาด** โดยออกกฎหมายว่าด้วยบรรทัดฐานและการลดากสุราที่จะต้องไม่เป็นการสร้างภาพลักษณ์ว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าต่อสุขภาพ ไม่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชน ข้อความคำเตือนในฉลากนั้นต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐและต้องชี้ให้เห็นอันตรายหากดื่มแล้วต้องไปขับรถยนต์ ต้องไปทำงานกับเครื่องจักร หรืออยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ฯลฯ รวมทั้งต้องแสดงข้อมูลเกี่ยวกับเปอร์เซ็นต์ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ปริมาณแอลกอฮอล์ ค่าความร้อนและส่วนผสมอื่นที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้ได้

4) **ใช้นโยบายและมาตรการภาษีและราคา** โดยควรใช้กับสุราทุกชนิดรวมทั้งไวน์และผลิตภัณฑ์ที่มาจากไวน์ในทุกประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป และควรวางอยู่บนหลักการที่ว่าราคาสุราควรผันแปรไปตามอัตราเงินเฟ้อ อัตราภาษีควรเก็บตามปริมาณแอลกอฮอล์สุราชนิดนั้นๆ สุราที่มีดีกรีแอลกอฮอล์สูงก็ควรเก็บภาษีอัตราสูง ควรมีการใช้นโยบายและมาตรการภาษีแบบยืดหยุ่นเพื่อให้แก้ปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น สุราที่มีแอลกอฮอล์ต่ำที่เน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายเยาวชน ยุโรปควรร่วมกันกำหนดอัตราภาษีขั้นต่ำสำหรับสุราชนิดต่างๆ ไว้เป็นมาตรฐานร่วมกัน ใช้ภาษีที่เก็บได้ส่วนหนึ่งในการสนับสนุนโครงการต่างๆ ที่มุ่งลดอันตรายจากสุรา

5) **ขจัดปัญหาการค้าสุราเถื่อนทุกรูปแบบ** ทั้งการลักลอบค้าขายในแถบชายแดน การลักลอบนำเข้าสุราอย่างผิดกฎหมาย การผลิตสุราเถื่อน และการผลิตสุราปลอม โดยการออกกฎหมายและพัฒนากลไกเชิงบริหารจัดการทุกอย่างที่สร้างหลักประกันได้ว่าสุราทั้งหมดที่จำหน่ายต้องสามารถระบุแหล่งกำเนิดสินค้าได้อย่างชัดเจน มีเอกสารกำกับสินค้าและการเคลื่อนย้ายที่ชัดเจนตรวจสอบได้

6) **ใช้นโยบายและมาตรการจำกัดสถานบริการจำหน่ายสุรา** เพื่อเป็นการลดจำนวนและความหนาแน่นของสถานบริการจำหน่าย พร้อมทั้งใช้มาตรการเปลี่ยนที่ตั้งของร้านจำหน่าย การจำกัดวันและเวลาในการจำหน่ายสุราด้วย

7) **ใช้นโยบายและมาตรการที่เข้มข้นเพื่อไม่ให้มีการจำหน่ายสุราแก่เยาวชน** ซึ่งหลักการสำคัญก็คือ การออกกฎหมายจำกัดอายุผู้ซื้อและผู้ดื่ม ต้องไม่วางจำหน่ายสุราร่วมกับสินค้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น เช่น ของเล่น อาหารว่าง ลูกอมลูกกวาด น้ำอัดลม ฯลฯ ในสถานที่จำหน่ายต้องมีป้ายประกาศที่เห็นได้ชัดเจนระบุว่าไม่จำหน่ายสุราแก่เด็กและเยาวชน ห้ามแจกสุราหรือของขำขวยอื่นๆ ที่มีตรายี่ห้อสุรากับอยู่ด้วยแก่เด็กและเยาวชน มีบทลงโทษสำหรับผู้ขายหรือผู้จำหน่ายจ่ายแจกที่ละเมิดระเบียบกฎหมายดังกล่าว

8) **กำหนดนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการโฆษณาสุรา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ** ที่ชัดเจนและมุ่งเน้นหลักการสำคัญดังนี้คือ ห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุรา การส่งเสริมการขายสุรา และการให้การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่แสดงหรือสื่อให้เห็นว่าสุราไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ห้ามการโฆษณาฯ ทุกรูปแบบที่มุ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและวัยรุ่น ในการโฆษณาฯ ทุกครั้งต้องมีข้อความเตือนถึงอันตรายและข้อควรระวังในการดื่มสุรา ห้ามจูงใจผู้บริโภคทุกรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้ซื้อสุราดื่ม ธุรกิจสุราต้องแสดงตัวเลขงบประมาณที่ใช้ในการโฆษณาฯ ให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทราบ ให้เนาเอาตราที่ 15 ของข้อบัญญัติ The Television without Frontiers มาใช้กับทุกประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป พัฒนากลไกที่จะมาใช้ควบคุมการโฆษณาข้ามพรมแดน ควรกำหนดมาตรการกำหนดสัดส่วนเงินที่ธุรกิจสุราต้องจ่ายเพื่อสนับสนุนโครงการลดปัญหาจากสุราตามจำนวนเงินที่ธุรกิจนั้นๆ จ่ายไปเพื่อการโฆษณา

9) **กำหนดนโยบายและมาตรการลดอันตรายในการดื่มและผลกระทบในบริเวณแวดล้อม** โดยคำนึงถึงหลักการที่ว่า พลเมืองทุกคนโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้กับบริเวณที่มีการดื่มสุราต้องปลอดภัยจากการประทุษร้าย จากผลกระทบที่เป็นพิษหรือภาวะมลพิษ เช่น เสียงดัง ฯลฯ มีมาตรการห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็ก เยาวชน และคนเมาอย่างเด็ดขาด มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด จัดอบรมพนักงานบริการให้มีส่วนช่วยไม่ให้มีการดื่มสุราจนเกินขอบเขต ออกกฎหมายกำกับความรับผิดชอบทางแพ่งของพนักงานในกรณีที่ลูกค้าของตนไปก่ออุบัติเหตุ

10) **กำหนดนโยบายและมาตรการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดื่มและครอบครัว** รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง

11) ประเทศต่างๆ ในยุโรปรวมทั้งประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปควรพัฒนายุทธศาสตร์แผนงาน และโครงการแก้ปัญหาสุราอย่างจริงจัง

12) **สนับสนุนการวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร**ทั้งในระดับท้องถิ่น ในระดับประเทศ และในระดับภูมิภาคยุโรปทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่อไป

ล่าสุดเมื่อวันที่ 12-15 กันยายน 2005 ได้มีการประชุม Regional Committee for Europe: Fifty –fifth session ขึ้นที่กรุงบูคาเรสต์ ประเทศโรมาเนีย โดยองค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป ในที่ประชุมได้มีการเสนอเอกสารกรอบนโยบายสุราของภูมิภาคยุโรป (Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region) ซึ่งที่ประชุมได้ให้ความเห็นชอบและให้ถือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราสำหรับภูมิภาคในอนาคต สาระสำคัญของเอกสารดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า (Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region, 2006: 4)

- วัฒนธรรมการดื่มสุราฝังรากลึกในยุโรปมาเป็นเวลาช้านาน ดังนั้นการจะกำหนดนโยบาย มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างผสมผสานกันเพื่อลดการดื่มหรือลดอันตรายจากการดื่ม ต้องมีการศึกษาวิจัยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันอย่างชัดเจน รวมทั้งยังต้องอาศัยกลไกทางการเมืองที่เข้มแข็งในการผลักดันนโยบายมาตรการเหล่านั้น นอกจากนี้ยังต้องแสวงหาความร่วมมือสนับสนุนจากประชาชนทั่วไปด้วย

- ประเทศสมาชิกในยุโรปมีหน้าสำคัญในการคุ้มครองประชาชนทุกหมู่เหล่าให้ปลอดภัยและลดอันตรายจากสุรา

- การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายใดไปปฏิบัติต้องมีการวิเคราะห์ถึงประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน และต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ

- ปัญหาการค้าขายแดนและความแตกต่างกันในราคาจำหน่ายสุร่าจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข แต่ละประเทศควรต้องคำนึงถึงภาวะเปื้อนของประเทศอื่นที่ออกมาเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย

ข้อสรุปที่สำคัญก็คือ สถานการณ์สุราในยุโรปมีการเปลี่ยนแปลงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดทำกรอบนโยบายมาตรการที่เหมาะสมสำหรับภูมิภาคยุโรป จากการประเมินนโยบายมาตรการที่ผ่านมาพบว่า **นโยบายและมาตรการในการจำกัดและควบคุมอุปทานและการเข้าถึงสุราเป็นนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดในการลดปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากสุรา** กรอบนโยบายดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุรานั้นเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายที่จะต้องร่วมกันพัฒนาเป็นเครือข่ายเพื่อการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปและสมาชิกองค์การอนามัยโลก ชุมชนท้องถิ่น สถาบันสุขภาพและวิชาชีพสาธารณสุข ชุมชนวิชาการ ประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน บัณฑิตบุคคล เยาวชนคนหนุ่มสาว องค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นยุโรป องค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่สำคัญต้องมีการพัฒนายุทธศาสตร์

และแผนปฏิบัติการทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ต้องมีการกำหนดนโยบายปลอดสุราในรูปแบบต่างๆ เช่น ปลอดสุราในสภาพแวดล้อมของวัยรุ่น ในท้องถิ่น ในสถานที่ทำงาน ในระหว่างตั้งครุฑฯ ฯลฯ โดยอาศัยกลไกสำคัญเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้แก่ การวิจัยอย่างต่อเนื่อง ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ระบบการฝึกอบรมให้ความรู้และการสร้างศักยภาพ การส่งเสริมเครือข่ายและการพัฒนานโยบายในระดับภูมิภาค และการประเมินผล

5.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอจากการวิจัยทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสหภาพยุโรปครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อเสนอด้านการวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับประเทศไทย

5.2.1 ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้เป็นเพียงการสำรวจและทำความเข้าใจกับนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรปในภาพกว้าง เพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการทางประวัติศาสตร์และกรอบแนวคิดหลักของนโยบายและมาตรการสุราที่ใช้อยู่ในสหภาพยุโรป ทำให้ได้ทราบถึงสภาพและแนวโน้มของปัญหาสุราของสหภาพยุโรป ตลอดจนแนวโน้มนโยบายและมาตรการที่แต่ละประเทศสมาชิกใช้ในการต่อสู้กับปัญหาสุรา ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้เป็นข้อมูลในเชิงกว้างเพื่อให้ภาพที่ครอบคลุมบริบทเชิงนโยบายทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ ดังนั้นการเปรียบเทียบในแต่ละประเทศในลักษณะที่เป็นข้อมูลเชิงลึกยังไม่อาจกระทำได้เท่าที่ควร การอธิบายประสิทธิผลเชิงนโยบายจึงยังเป็นเพียงการเชื่อมโยงกับงานศึกษาวิจัยที่มีอ้างอิงอยู่ในฐานข้อมูลต่างๆ เท่านั้น ยังไม่ได้วิเคราะห์ลงไปในแต่ละประเด็นนโยบายและมาตรการ นอกจากนี้ในแต่ละประเด็นนโยบายและมาตรการ เช่น การอนุญาตจำหน่ายสุรา การกำหนดอัตราภาษี การควบคุมสถานบริการ การเคลื่อนไหวของภาคประชาชน มีประวัติศาสตร์ความเป็นมาที่ยาวนานในอดีตเนื่องจากยุโรปต่อสู้กับปัญหาสุรามานานหลายศตวรรษมาแล้ว ในแต่ละประเด็นจึงยังมีเอกสารหลักฐานที่น่าสนใจอีกมาก รวมทั้งทิศทางการกำหนดนโยบายและมาตรการสุราในอนาคต ดังนั้นหากได้มีการศึกษาวิจัยลงไปรายละเอียด มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกและการเปรียบเทียบในแต่ละประเด็นนโยบายมาตรการ ก็จะเป็นประโยชน์อย่างมาก

5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสำหรับประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาสุราอย่างมาก แต่เดิมในปี 1971 คนไทยดื่มสุราคนละประมาณ 2.03 ลิตร ปัจจุบันจากรายงานตัวเลขล่าสุดขององค์การอนามัยโลกในปี 2001 คนไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นคนละประมาณ 8.47 ลิตร นอกจากนี้การดื่มสุราของคนไทยยังส่งผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอีกเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจากการทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ผู้วิจัยจึงใคร่ขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการสุราที่อาจนำมาปรับใช้กับประเทศไทยต่อไปในอนาคตดังต่อไปนี้

(1) จากความสำเร็จในการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผลเชิงนโยบายและมาตรการสุราของสหภาพยุโรป ตลอดจนฐานข้อมูลในการรายงานสถานการณ์ปัญหา และฐานข้อมูลในการประชาสัมพันธ์เชิงนโยบาย ซึ่งฐานข้อมูลเหล่านั้นสามารถเข้าถึงสืบค้น ใช้ประโยชน์ และร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว จึงสมควรเร่งพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศว่าด้วยสุราที่ครอบคลุมมิติของปัญหาอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการแก้ปัญหาสุราในอนาคต

(2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาทั้งด้านกว้างและด้านลึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลในข้างต้น และเพื่อพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ นักวิจัย ตลอดจนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญปัญหาสุรา ในการร่วมกันสร้างองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุรา บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) พัฒนากลไกเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุราและปัญหาจากสุรา ตลอดจนนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุรา ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีเสถียรภาพ

(4) เพื่อให้ข้อเสนอแนะทั้ง 3 ประการข้างต้นบรรลุผล ควรจัดตั้งศูนย์ศึกษานโยบายสุราแห่งชาติ (National Center for Alcohol Policy Study) ที่เป็นศูนย์กลางรับผิดชอบเกี่ยวกับการวิจัย การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การเสนอแนะนโยบายและมาตรการสุรา ทั้งนี้อาจพัฒนาโดยให้ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นหน่วยงานหลักที่จะดำเนินการในกรณีนี้

(5) ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่จะนำมาใช้สำหรับประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยเห็นว่านโยบายและมาตรการสุราควรมีลักษณะที่เป็นการผสมผสาน (mixed policy) ที่เน้นการใช้นโยบายและมาตรการที่หลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้นโยบายสุราของสหภาพยุโรป มีรายงานการศึกษายืนยันชัดเจนว่ามาตรการดังต่อไปนี้เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผล และคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่

- มาตรการควบคุมและจำกัดสถานบริการสุรา
- มาตรการกำหนดเวลาบริการของสถานบริการสุรา

- มาตรการกำหนดอายุขั้นต่ำผู้ซื้อ/ผู้ดื่มสุรา เพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชน
- มาตรการการเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์
- มาตรการควบคุมการดื่ม/เมาไม่ขับ การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด การกำหนด
บทลงโทษตามระดับแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ พร้อมทั้งการเพิ่มโทษคุมขัง
- มาตรการห้ามโฆษณาสุราในทุกรูปแบบในทุกสื่ออย่างสิ้นเชิง
- มาตรการสร้างกลไกเฝ้าระวังในชุมชน ในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน
- มาตรการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการดังกล่าวข้างต้นอย่างเข้มงวด จริงจัง ต่อเนื่อง ซึ่ง
จากการทบทวนองค์ความรู้ สิ่งนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้นโยบายและมาตรการสุราเกิด
ประสิทธิผลได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

ขวัญตา เลิศวิจิตรกมล. (2539). **กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมปัญหาที่เกิดจากการเสพสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รับประทานวันที่ 29 พฤษภาคม 2548, จากเว็บไซต์ห้องสมุดงานวิจัย (วช.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ : <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/t88095.pdf>

จำรัส กันทะสัก. (2546). **นโยบายการเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุรา : กรณีศึกษาบ้านม่อนปายางเหนือ ตำบลหนองแรด อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รับประทานวันที่ 29 พฤษภาคม 2548, จากเว็บไซต์ห้องสมุดงานวิจัย (วช.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ : <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/t153869.pdf>

บุญยสิทธิ์ รอดชะพรหม. (2535). **มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมอุบัติเหตุจากรถอันเกิดจากการดื่มสุราของผู้ขับขี่รถในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รับประทานวันที่ 29 กรกฎาคม 2548, จากเว็บไซต์วิทยานิพนธ์ไทย : <http://thesis.tiac.or.th/>

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 272 พ.ศ. 2546 เรื่องสุรา. (ไม่มีวันที่). รับประทานวันที่ 4 ตุลาคม 2548, จากเว็บไซต์กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : http://www.qmaker.com/fda/new/images/cms/top_upload/1_1_4_3_6_9_9_7_2_5_ntf2_7_2_-2546.pdf?PHPSESSID=a8173da2c74ffe93e22b68b4b425c871

พรรณนภา ช่างเพชร. (2544). **ผลกระทบของภาษี ต่ออุปสงค์สุราผลไม้ไทยและสุราผลไม้ต่างประเทศ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รับประทานวันที่ 29 กรกฎาคม 2548, จากเว็บไซต์วิทยานิพนธ์ไทย : <http://thesis.tiac.or.th/>

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (ไม่มีวันที่). รับประทานวันที่ 4 ตุลาคม 2548, จากเว็บไซต์กรมสรรพสามิต : http://www.excise.go.th/law2b4/law_sura2.html

ภูมิฐาน รั้งคุณนุวัฒน์. (2541). **ภาระภาษีและความลยตัวของภาษีมูลค่าเพิ่ม : กรณีสินค้าเบียร์ เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ และสุราพิเศษ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รับประทานวันที่ 2 กรกฎาคม 2548, จากเว็บไซต์วิทยานิพนธ์ไทย : <http://thesis.tiac.or.th/>

เยาวภา ญาณสุภาพ. (2533). **กิจการสุราในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2367 – 2485**. วิทยานิพนธ์ปริญญาประวัตินิติศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. รับวันที่ 2 กรกฎาคม 2548, จากเว็บไซต์วิทยานิพนธ์ไทย : <http://thesis.tiac.or.th/>

วิศิษฐ์ วชิรวิรุฬห์. (2543). **ปัญหาทางกฎหมายที่ใช้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในระบบสุราเสรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาประวัตินิติศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. รับวันที่ 2 กรกฎาคม 2548, จากเว็บไซต์วิทยานิพนธ์ไทย : <http://thesis.tiac.or.th/>

ศิลา ชำเพชร. (2545). **ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมการเสพสุรา ของเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาประวัตินิติศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. รับวันที่ 29 พฤษภาคม 2548, จากเว็บไซต์ห้องสมุดงานวิจัย (วช.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ : <http://www.riclib.nrct.go.th/abs/t142631.pdf>

สหภาพยุโรป. (ไม่มีวันที่). รับวันที่ 30 พฤษภาคม 2548, จากเว็บไซต์กระทรวงการต่างประเทศ : <http://www.mfa.go.th/web/52.php>

แอลกอฮอล์ก่ออุบัติเหตุ. (ไม่มีวันที่). รับวันที่ 4 ตุลาคม 2548, จากเว็บไซต์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) : <http://www.thaihealth.or.th/content.php?SystemModuleKey=situationalalcohol&id=498>

“A Brief History of Alcohol Dependence Through the Ages.” (2005). Cambridge: Alkermes. Retrieved August 19, 2005 from <http://www.alkermes.com/products/disease.html>

Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +. (2006). Retrieved March 2, 2006, from WHO Statistical Information System (WHOSIS): http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english

Alcohol. (n.d.) Retrieved October 29, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol_en.htm

Alcohol & Public Policy Group. (2003). **Alcohol: No Ordinary Commodity. A summary of the book**. Retrieved August 20, 2005, from Institute of Alcohol Studies (IAS) website: <http://www.ias.org.uk/publications/theglobe/03issue3/globe03issue3.pdf>

“Alcohol Tax Should Increase”. (2005). BBC News UK Edition. Retrieved August 30, 2005 from <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3533315.stm>

Allamani, Allaman., et. al. (2003). “Italy”. Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports. Retrieved August 15, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_2_7_en.pdf

Allamani, Allaman., Hope, Ann & Sean Byrne., Room, Robin., and the ECAS Research Team. (2002). Lesson from the European Comparative Alcohol Study : Comments and policy implications. Retrieved November 12, 2005, from Swedish National Institute of Public Health website: http://www.fhi.se/shop/material_pdf/ecas_c_10.pdf

A Summary of the Historical Development of Licensing the Sale of Alcohol. (n.d.). Retrieved August 23, 2005, from Department for Culture, Media and Sport web site: http://www.culture.gov.uk/NR/rdonlyres/3FD0840A-6DC7-4EB2-892B-ED166DA4803D/0/time_for_reform_app1.pdf

Atlas of Health in Europe. (2003). Retrieved February 5, 2006, from World Health organization Regional Office for Europe website:

<http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf>

Casswell, Sally. (2004). “Bringing Science to the People of Europe”. Presentation in European Alcohol Policy Conference “Bridging the Gaps” 16-19 June 2004, Warsaw, Poland. Retrieved October 22, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website: <http://www.eurocare.org/btg/conf0604/presentations/caswellpp.pdf>

Commissioner Byrne’s Reflection Process “Enabling Good Health for All” Preparing the Ground for the Future Health Strategy: Report on Responses Received. (n.d.).

Retrieved October 6, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_rd_01_en.pdf

Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood (AL) of motor-vehicle drivers. (2001). Retrieved October 6, 2005, from Summaries of EU Legislation website:

<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11566.htm>

Communication from the Commission of 16 May 2000 to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health strategy of the European Community COM(2000) 285 final. (2000). Retrieved October 28, 2005, from EUR-Lex: The Access to European Union Law website: http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2000/com2000_0285en01.pdf

Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm. (2001). Retrieved October 25, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website: <http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2001-c175.pdf>

Council Directive of 3 October 1989 on the coordination of certain provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities (89/552/EEC). (1989). Retrieved August 28, 2005, from EUR-Lex: The Access to European Union Law website: http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg%20=EN&numdoc=31989L0552&model=guichett

Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents. (2001). Retrieved October 25, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website: http://www.eurocare.org/pdf/eu/01_458ec.pdf

Counterbalancing the Drinks Industry: A summary of Eurocare Report to the European Union on Alcohol Policy. (1995). Retrieved September 12, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website: <http://www.eurocare.org/pdf/pubs/cthedl.pdf>

Decision of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). (2002). Retrieved October 25, 2005, from EUR-Lex: The Access to European Law website: http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2002/l_271/l_27120021009en00010011.pdf

Declaration on Young People and Alcohol. (2001). Retrieved September 2, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website: <http://www.eurocare.org/pdf/who/declaration.pdf>

Discussion Paper on the EU Strategy on Alcohol. (2005). Retrieved October 25, 2005, from the European Union website:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050307_rd01_en.pdf

Engs, Ruth C. (n.d.). **Do Traditional Western European Drinking Practices Have Origins in Antiquity.** Retrieved August 20, 2005, from Alcohol Research and Health Information Web site, Indiana University, Bloomington :
<http://www.indiana.edu/~engs/articles/ar1096.htm>

Eurocare. (2004). **A Policy on Alcohol for Europe and Its Countries: Reduce the Harm Done by Alcohol – Bridging the Gap Principles.** Retrieved September 12, 2005, from EURO CARE Bridging the Gap: Alcohol Policy Network in the Context of Larger Europe Website, <http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2004-eurocarepolicy.pdf>

Eurocare's Mission Statements. (n.d.). Retrieved October 5, 2005, from, EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website:
<http://www.eurocare.org/abu/mission.html>

European Alcohol Action Plan. (1993). Retrieved October 25, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website:
<http://www.eurocare.org/pdf/who/2000-05eaap.pdf>

European Alcohol Action Plan 2000-2005. (2000). Retrieved October 25, 2005, from EURO CARE European Alcohol Policy Alliance website:
<http://www.eurocare.org/pdf/who/2000-05eaap.pdf>

European Charter on Alcohol. (1995). Retrieved September 2, 2005, from WHO Regional Office for Europe website: <http://www.euro.who.int/document/e57528.pdf>

European Parliament Fact Sheets 4.10.3 Public Health. (2000). Retrieved October 10, 2005, from European Parliament Fact Sheets website:
http://www.europarl.eu.int/factsheets/4_10_3_en.htm

Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. (2006). Retrieved February 5, 2006, from WHO Regional Office for Europe website:
<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>

Hanson, David J. (n.d.). *History of Alcohol and Drinking Around the World*.

Retrieved August 20, 2005, from Alcohol Problems and Solutions Website,

<http://www2.potsdam.edu/hansondj/Controversies/1114796842.html>

Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. (1999). Retrieved October 29, 2005, from WHO Regional Office for Europe website:

<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

Hope, Ann., Byrne, Sean., Karlsson, Thomas., and Osterberg, Esa. (2003). **"Ireland"**. Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports. Retrieved August 15, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_2_7_en.pdf

Karlsson, Thomas., and Osterberg, Esa. (2003). **"Finland"**. Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports. Retrieved August 15, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_2_7_en.pdf

Karlsson, Thomas., and Osterberg, Esa. (2003). **"France"**. Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports. Retrieved August 15, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_2_7_en.pdf

Leifman, Hakan., Osterberg, Esa., and Ramstedt, Mats. (2002). **Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm.** National Institute of Public Health (Sweden) and European Commission. Retrieved August 27, 2005, from Eurocare web site,

<http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2002-ecasreportII.pdf>

Mellibruda, Jerzy. (2004). **"Poland at the Crossroads of Europe: in search of better solutions for alcohol problems"**. Paper presentation in Bridging the Gap European Alcohol Policy Conference, Warsaw, Poland 16-19 June 2004. Retrieved August 25,

2005, from EUROCARE European Alcohol Policy Alliance website:
<http://www.eurocare.org/btg/con0604/papers/mellibruda.pdf>

Osterberg, Esa. (2004). **What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?**. Retrieved October 7, 2005, from Health Evidence Network (HEN) Website: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

Osterberg, Esa. and Karlsson, Thomas. (2003). **Alcohol Policy in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports**. Retrieved August 15, 2005, from EUROPA Gateway to European Union website:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_27_en.pdf

Nyheter, Dagens. (1998). **Ivan Bratt: the man who saved Sweden from prohibition**. Retrieved October 13, 2005, from PubMed: A service of the National Library of Medicine and the National Institutes of Health, National Center for Biotechnology Information (NCBI) website:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9624708&dopt=Abstract

Pure Alcohol Consumption, litres per capita. (2006). Retrieved February 5, 2006, from European Health for All Database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe website: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, of 29 May 1986, on alcohol abuse. (1986). Retrieved August 25, 2005, from EUR-Lex: The Access to European Union Law:
[http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:41986X0723\(01\):EN:HTML](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:41986X0723(01):EN:HTML)

Revke, Dag. (2004). **"Youth as a target group in marketing alcoholic beverages"**. Retrieved August 5, 2005, from EUROCARE European Alcohol Policy Alliance website:
<http://www.eurocare.org/btg/conf0604/papers/revke.pdf>

Riviere, Claude. (2004). **"Drinking Driving Enforcement Law in France"**. Presentation in European Alcohol Policy Conference "Bridging the Gaps" 16-19 June 2004, Warsaw,

Poland. Retrieved October 22, 2005, from EUROCARE European Alcohol Policy Alliance website: http://www.eurocare.org/btg/conf0604/presentations/criviere_ddpp.pdf

Sewel, Kate. (2002). **International Alcohol Policies: A Selected Literature Review**. Scottish Executive, Edinburgh: Central Research Unit.

The Free Dictionary. (2005). <http://columbia.thefreedictionary.com/>. Farlex Inc.

Thompson, Laurie. (2003). **Sweden and Alcohol**. Retrieved October 13, 2005, from Swedish Book Review website: <http://www.swedishbookreview.com/article-2003-s-thompsonl.asp>

The Portman Group. (n.d.). Retrieved October 5, 2005, from <http://www.portman-group.org.uk/>

The History of the European Union. (n.d.). Retrieved August 5, 2005, from EUROPA Website: http://europa.eu.int/abc/history/index_en.htm

Treaty establishing the European Coal and Steel Community (ECSC). (1951). Retrieved August 20, 2005, from European Navigator : The authoritative multimedia reference on the history of Europe website: <http://www.ena.lu/mce.cfm>

Treaty establishing the European Economic Community (EEC). (1957). Retrieved August 20, 2005, from European Navigator : The authoritative multimedia reference on the history of Europe website: <http://www.ena.lu/mce.cfm>

Treaty establishing the European Atomic Energy Community (EAEC or EURATOM). (1957). Retrieved August 20, 2005, from European Navigator : The authoritative multimedia reference on the history of Europe website: <http://www.ena.lu/mce.cfm>

Treaty of Amsterdam. (1997). Retrieved August 12, 2005, from EUR-Lex : The Access to European Union Law website: <http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/amsterdam.html#0145010077>

Treaty on European Union. (1992). Retrieved August 12, 2005, from EUR-Lex : The Access to European Union Law website: http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/EU_treaty.html#0001000001

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 – 2000 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่ 1970 (1961 – 1970)	ทศวรรษที่ 1980 (1971 – 1980)	ทศวรรษที่ 1990 (1981 – 1990)	ทศวรรษที่ 2000 (1991 – 2000)
ไทย	1.24	3.20	6.00	7.68 ¹

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol_apc.alcohol_apc_data&language=english

ตารางที่ 2 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย (หน่วยเป็นลิตร)

ปี	รวม	เบียร์	ไวน์	เหล้า
2001	8.47	1.31	.04	7.13
2000	8.40	1.25	.03	7.12
1999	8.31	1.13	.03	7.16
1998	7.71	1.09	.01	6.61
1997	7.89	.99	.04	6.86
1996	7.08	.88	.05	6.15
1994	7.85	.57	.01	7.26

¹ ตัวเลขดังกล่าวนี้เป็นตัวเลขที่มีการเปลี่ยนแปลง เดิมค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศไทยในทศวรรษที่ 2000 เท่ากับ 9.02 ลิตร/คน (ซึ่งเป็นข้อมูลจาก WHO Global Alcohol Database ที่ผู้วิจัยรับเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2548) ต่อมาภายหลังรายงานดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการปรับข้อมูลปริมาณการดื่มสุราของประเทศใหม่ตั้งแต่ปี 1996 เป็นต้นไป จึงเป็นผลทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเป็น 7.68 ลิตร/คน

1993	7.92	.46	.01	7.44
1992	6.95	.37	0	6.57
1991	7.00	.33	0	6.66
1990	7.46	.31	0	7.13
1989	7.39	.22	.01	7.16
1988	6.40	.16	0	6.23
1987	5.79	.12	0	5.66
1986	5.02	.11	0	4.90
1985	5.10	.14	0	4.95
1984	6.04	.23	0	5.80
1983	6.05	.21	0	5.83
1982	5.26	.18	0	5.07
1981	5.47	.16	0	5.30
1980	5.51	.20	0	5.31
1979	4.77	.26	0	4.51
1978	4.39	.19	0	4.21
1977	4.20	.18	0	4.01
1976	2.91	.14	0	2.77
1975	2.30	.12	0	2.18
1974	2.27	.09	0	2.18
1973	1.79	.09	0	1.70
1972	1.87	.07	0	1.80
1971	2.03	.07	0	1.96
1970	1.91	.08	0	1.83

1969	1.84	.09	0	1.75
1968	1.70	.09	0	1.62
1967	1.65	.08	0	1.57
1966	1.62	.09	0	1.53
1965	1.21	.04	0	1.17
1964	.93	.04	0	.90
1963	.82	.03	0	.79
1962	.46	.03	0	.44
1961	.26	.02	0	.24

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data_process.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english

ตารางที่ 3 ปริมาณการดื่มสุราแต่ละประเภทต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปี 1961-2001 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเภทของสุรา	ปริมาณการดื่มแต่ละปี				
	1961	1970	1980	1990	2001
รวม	0.26	1.91	5.51	7.46	8.47
เบียร์	0.02	0.08	0.20	0.31	1.31
ไวน์	0	0	0	0	0.04
เหล้า	0.24	1.83	5.31	7.13	7.13

ที่มา : Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +), WHO Statistical Information System (WHOSIS), Retrieved November 1, 2005, from http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english

ตารางที่ 4 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศสมาชิก สหภาพยุโรป ระหว่างปี 1961-2001 (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ปี 1961	ปี 1971	ปี 1981	ปี 1991	ปี 2001
1. ออสเตรีย	10.95	15.43	13.68	14.44	12.58
2. เอสโตเนีย	-	-	-	7.72 ²	9.85
3. เบลเยียม	9.86	12.81	13.52	11.70	10.06
4. ไชปรัส	5.23	8.64	9.54	9.66	6.67
5. สาธารณรัฐเชค	10.41	15.11	16.40	15.57	16.21
6. เดนมาร์ก	6.54	9.47	12.24	12.33	11.93
7. ฟินแลนด์	3.77	6.52	8.08	9.66	10.43
8. ฝรั่งเศส	26.03	22.88	19.47	15.70	13.54
9. เยอรมนี	11.03	16.46	15.95	15.13	12.89
10. กรีซ	-	10.90 ³	12.62	10.63	9.30
11. ฮังการี	9.03	13.25	16.66	15.43	11.92
12. ไอร์แลนด์	-	7.28	9.05	11.15	14.45
13. อิตาลี	19.24	21.05	16.17	11.44	9.14
14. ลัตเวีย	-	-	12.72	7.26	9.31
15. ลิทัวเนีย	-	-	13.01 ⁴	5.51 ⁵	12.32
16. ลักเซมเบิร์ก	-	16.83	15.46	17.97	17.54
17. มอลต้า	-	-	-	7.01	6.74
18. เนเธอร์แลนด์	3.97	8.18	10.92	10.13	9.74
19. โปแลนด์	6.27	8.00	8.78	8.77	8.68
20. โปรตุเกส	-	20.74	15.54	15.65	12.49

² เป็นตัวเลขของปี 1992 ซึ่งเป็นปีแรกที่สามารถระบุข้อมูลได้

³ เป็นตัวเลขของปี 1976 ซึ่งเป็นปีแรกที่สามารถระบุข้อมูลได้

⁴ เป็นตัวเลขของปี 1984

⁵ เป็นตัวเลขของปี 1992

21. สโลวาเกีย	9.28	14.48	15.27	13.44	12.41
22. สโลวีเนีย	-	-	16.94	13.18	6.55
23. สเปน	14.64 ⁶	15.95	17.63	13.19	12.25
24. สวีเดน	6.04	7.86	7.27	7.48	6.86
25. สหราชอาณาจักร	7.14	8.87	10.37	10.39	10.39
เฉลี่ยรวม	9.96	13.03	13.36	11.62	10.97

ที่มา : (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years+, 2006)

ตารางที่ 5 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปปี 2003
(หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ปี 2003
ลักเซมเบิร์ก	14.61
สาธารณรัฐเชค	13.67
ไอร์แลนด์	-
ฮังการี	11.60
เยอรมนี	10.71
ฝรั่งเศส	9.95
ออสเตรีย	10.51
ลิทัวเนีย	10.20
สโลวาเกีย	9.48
เดนมาร์ก	9.84
สเปน	9.99
โปรตุเกส	9.38
สหราชอาณาจักร (รวมไอร์แลนด์เหนือ)	9.29
ไต้หวัน	9.04
ฟินแลนด์	9.30

⁶ เป็นตัวเลขของปี 1962

เบลเยียม	8.93
ลัตเวีย	8.36
อิตาลี	7.61
เนเธอร์แลนด์	7.79
กรีซ	7.68
เอสโตเนีย	-
โปแลนด์	6.68
สโลวีเนีย	9.94
สวีเดน	5.62
มอลต้า	5.36
เฉลี่ย	9.37

ที่มา : Alcohol Consumption and Harm, Alcohol Control Database, World Health Organization Regional Office for Europe, Retrieved November 9, 2005, from <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=4936>

ตารางที่ 6 เว็บไซต์แหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทบทวนองค์ความรู้

ชื่อเว็บไซต์	ที่อยู่ในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต
World Health Organization	http://www.who.int/en/
World Health Organization Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/
European Alcohol Policy Alliance : EuroCare	http://www.eurocare.org/
Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe : Bridging the Gap	http://www.eurocare.org/btg/index.html
Health Evidence Network : Evidence for decision-makers	http://www.euro.who.int/eprise/main/who/programs/HEN
EUROPA Gateway to European Union	http://www.europa.eu.int/index_en.htm
EUR-Lex : The Access to European Law	http://www.europa.eu.int/eur-

	lex/lex/en/index.htm
EUROPA Public Health – Alcohol	http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol_en.htm
Your Voice in Europe	http://www.europa.eu.int/yourvoice/index_en.htm
EUROTREATIES	http://www.eurotreaties.com/
The European network of health promotion agencies : EuroHealthNet	http://eurohealthnet.org/EuroHealthNet/
European Public Health Alliance	http://www.ephpa.org/
Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)	http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html
Alcohol Studies Database	http://www.scc.rutgers.edu/alcohol_studies/alcohol/
HP-Source.net: The health promotion discovery tool	http://www.hp-source.net/
International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)	http://www.icaa.ch/
Institute of Alcohol Studies : IAS	http://www.ias.org.uk/
European Navigator : The authoritative multimedia reference on the history of Europe	http://www.ena.lu/mce.cfm
WIKIPEDIA The Free Encyclopedia	http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

ตารางที่ 7 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่าง
ทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	1970 (1961-1970)	1980 (1971-1980)	1990 (1981-1990)	2000 (1991-2000)
ออสเตรเลีย	13.03	14.66	13.89	13.36
เบลเยียม	10.79	13.65	13.16	11.11
ไซปรัส	6.98	8.27	9.68	8.27
สาธารณรัฐเชค	12.08	15.44	15.68	16.13
เดนมาร์ก	7.65	11.13	12.45	12.27
เอสโตเนีย	-	-	-	8.13
ฟินแลนด์	4.37	7.82	8.72	9.48
ฝรั่งเศส	24.79	21.94	17.75	14.58
เยอรมันนี	13.58	16.54	15.14	13.95
กรีซ		11.78	11.11	10.25
ฮังการี	10.55	14.81	16.3	13.27
ไอร์แลนด์		8.92	9.57	12.25
อิตาลี	20.16	19.44	13.78	10.31
ลัตเวีย	-	-	9.54	8.82
ลิทัวเนีย	-	-	8.65	10.72
ลักเซมเบิร์ก	-	16.76	17.28	17.88
มอลต้า	-	-	7.03	6.88
เนเธอร์แลนด์	5.59	10.57	10.29	9.91
โปแลนด์	6.73	9.95	9.05	8.42
โปรตุเกส	18.09	17.3	15.57	14.12
สโลวาเกีย	10.89	14.26	14.09	12.78
สโลวีเนีย	-	-	16.25	11.79
สเปน	15.51	18.45	15.29	11.94

สวีเดน	6.81	8.29	7.28	7.33
สหราชอาณาจักร	7.63	10.35	10.46	10.09
เฉลี่ยรวม	11.48	13.52	12.42	11.36

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 8 ปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จากฐานข้อมูล HFA-DB

ปี	HFA-DB
1980	11.93
1981	11.36
1982	11.20
1983	11.25
1984	10.92
1985	10.85
1986	10.55
1987	10.52
1988	10.39
1989	10.38
1990	10.38
1991	10.25
1992	10.13
1993	9.87
1994	9.86
1995	9.66
1996	9.53
1997	9.62
1998	9.45
1999	9.48

2000	9.41
2001	9.38
2002	9.43
2003	9.30

ที่มา : (Pure Alcohol Consumption, litres per capita, 2006)

ตารางที่ 9 ปริมาณการดื่มเบียร์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่าง
ทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรเลีย	6.02	6.71	6.95	6.94	(6.42)
เบลเยียม	7.87	8.45	7.55	6.31	(5.9)
ไซปรัส	0.83	1.4	2.43	2.9	(2.84)
สาธารณรัฐเชค	8.17	9.11	9.02	9.67	(9.43)
เดนมาร์ก	5.76	7.34	7.74	6.94	(6.02)
เอสโตเนีย	-	-	-	2.61	(4.07)
ฟินแลนด์	1.96	3.48	4.11	5.13	(4.89)
ฝรั่งเศส	2.58	2.92	2.62	2.41	(2.20)
เยอรมันนี	7.95	9.29	8.69	7.97	(7.26)
กรีซ	-	1.41	2.16	2.45	(2.29)
ฮังการี	3.02	4.64	6.08	4.81	(3.84)
ไอร์แลนด์	-	5.67	6.83	8.51	(9.24)
อิตาลี	0.61	0.94	1.34	1.52	(1.68)
ลัตเวีย	-	-	1.91	2.09	(2.11)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(5.53)
ลักเซมเบิร์ก	-	7.84	7.22	7.02	(6.16)
มอลต้า	-	-	3.03	2.82	(2.59)

เนเธอร์แลนด์	2.75	5.25	5.32	5.25	(4.91)
โปแลนด์	1.86	2.26	1.96	2.79	(3.73)
โปรตุเกส	0.6	2.07	2.98	3.92	(3.66)
สโลวาเกีย	6.45	7.5	7.09	5.78	(5.34)
สโลวีเนีย	-	-	3.5	4.76	(3.82)
สเปน	1.83	3.16	4.08	4.07	(4.38)
สวีเดน	2.84	3.44	3.05	3.75	(3.37)
สหราชอาณาจักร	6.15	7.55	6.88	6.28	(5.97)
เฉลี่ยรวม	3.95	5.02	4.89	4.86	(4.71)

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 10 ปริมาณการดื่มไวน์เฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรีย	4.49	5.56	5.13	4.65	(4.47)
เบลเยียม	1.61	2.66	3.33	3.38	(2.70)
ไซปรัส	5.15	5.99	5.72	3.63	(2.06)
สาธารณรัฐเชค	2.06	2.44	2.25	2.30	(2.36)
เดนมาร์ก	0.66	1.70	2.87	3.96	(4.57)
เอสโตเนีย	-	-	-	0.97	(1.60)
ฟินแลนด์	0.38	0.71	0.79	1.77	(2.94)
ฝรั่งเศส	19.06	15.91	12.10	9.10	(8.38)
เยอรมันนี	2.40	3.38	3.65	3.30	(3.38)
กรีซ	-	6.47	5.39	4.88	(4.78)

ฮังการี	5.09	5.40	4.00	4.34	(4.47)
ไอร์แลนด์	-	0.50	0.65	1.22	(2.05)
อิตาลี	17.55	15.94	10.89	7.91	(6.99)
ลัตเวีย	-	-	2.14	1.00	(0.58)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(1.84)
ลักเซมเบิร์ก		6.71	8.07	8.92	(9.43)
มอลต้า			1.86	2.22	(2.89)
เนเธอร์แลนด์	0.59	1.65	2.16	2.48	(2.76)
โปแลนด์	0.86	1.27	1.24	1.06	(0.89)
โปรตุเกส	16.76	13.96	11.12	8.25	(7.16)
สโลวาเกีย	2.51	2.88	2.60	2.07	(1.62)
สโลวีเนีย	-	-	8.37	5.81	(2.09)
สเปน	10.45	11.43	7.47	4.86	(5.07)
สวีเดน	0.71	1.27	1.68	2.00	(2.27)
สหราชอาณาจักร	0.37	0.86	1.48	1.99	(2.58)
เฉลี่ยรวม	5.33	5.33	4.56	3.84	(3.60)

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 11 ปริมาณการดื่มเหล้าเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 จากฐานข้อมูล WHOSIS (หน่วยเป็นลิตร)

ประเทศ	ทศวรรษที่				
	1970	1980	1990	2000	(2001)
ออสเตรีย	2.51	2.40	1.81	1.77	(1.68)
เบลเยียม	1.31	2.54	2.27	1.42	(1.46)
ไซปรัส	1.01	0.88	1.52	1.72	(1.77)
สาธารณรัฐเชค	1.84	3.88	4.42	4.15	(4.41)

เดนมาร์ก	1.23	2.03	1.83	1.37	(1.34)
เอสโตเนีย	-	-	-	4.54	(4.17)
ฟินแลนด์	2.02	3.63	3.82	2.58	(2.61)
ฝรั่งเศส	3.15	3.11	3.03	3.07	(2.96)
เยอรมันนี	3.24	3.87	2.80	2.68	(2.24)
กรีซ		3.91	3.56	2.91	(2.23)
ฮังการี	2.43	4.77	6.22	4.13	(3.60)
ไอร์แลนด์		2.78	2.33	2.38	(3.07)
อิตาลี	2.01	2.56	1.54	0.88	(0.47)
ลัตเวีย	-	-	5.49	5.73	(6.62)
ลิทัวเนีย	-	-	-	-	(4.92)
ลักเซมเบิร์ก	-	2.21	1.98	1.94	(1.95)
มอลต้า	-	-	2.13	1.84	(1.25)
เนเธอร์แลนด์	2.24	3.67	2.81	2.18	(2.07)
โปแลนด์	4.01	6.42	5.85	4.56	(4.07)
โปรตุเกส	0.72	1.27	1.47	1.95	(1.67)
สโลวาเกีย	1.93	3.88	4.4	4.92	(5.44)
สโลวีเนีย	-	-	3.37	1.21	(0.63)
สเปน	3.23	3.86	3.75	3.01	(2.80)
สวีเดน	3.26	3.58	2.54	1.58	(1.22)
สหราชอาณาจักร	1.11	1.94	2.10	1.82	(1.84)
เฉลี่ยรวม	2.19	3.16	3.09	2.68	(2.66)

ที่มา : คำนวณจาก Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult (15 years +) (Adult per capita alcohol consumption in litres of pure alcohol per adult 15 years +, 2006)

ตารางที่ 12 แสดงรายชื่อประเทศในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรปที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลง กับประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น

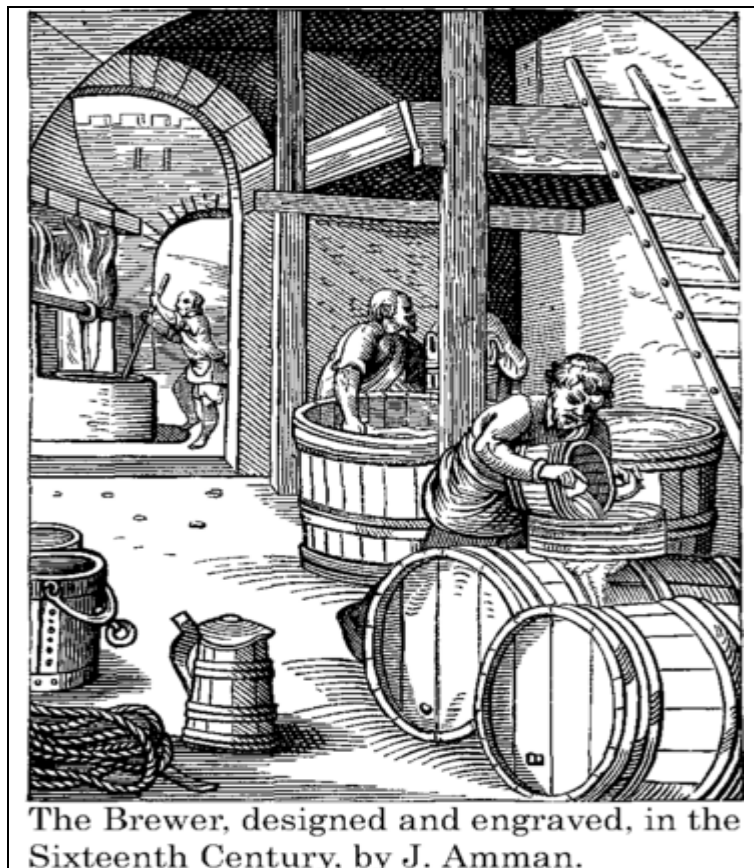
ประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรลดลง	ประเทศที่มีปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น	ประเทศที่ยังไม่อาจจะระบุได้ชัดเจน
ออสเตรเลีย	สาธารณรัฐเชค	ไซปรัส
เบลเยียม	ฟินแลนด์	เดนมาร์ก
ฝรั่งเศส	ไอร์แลนด์	เอสโตเนีย
เยอรมันนี	ลักเซมเบิร์ก	ฮังการี
กรีซ		ลัตเวีย
อิตาลี		ลิทัวเนีย
เนเธอร์แลนด์		มอลต้า
โปแลนด์		สโลวีเนีย
โปรตุเกส		สวีเดน
สโลวาเกีย		สหราชอาณาจักร
สเปน		
รวม 11 ประเทศ	รวม 4 ประเทศ	รวม 10 ประเทศ



ภาพที่ 1 ข้าวบาร์เลย์ที่ผ่านกระบวนการมอลต์ (malted barley)

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

<http://en.wikipedia.org/wiki/Malt>)



ภาพที่ 2 โรงผลิตเบียร์ในยุโรปราวศตวรรษที่ 16

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

<http://en.wikipedia.org/wiki/Brewing>)



ภาพที่ 3 ตัวอย่างไวน์ยี่ห้อต่างๆ

ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

<http://en.wikipedia.org/wiki/Wine>)



ภาพที่ 4 เหล้าชนิดต่างๆ ในบาร์แห่งหนึ่งในประเทศสเปน

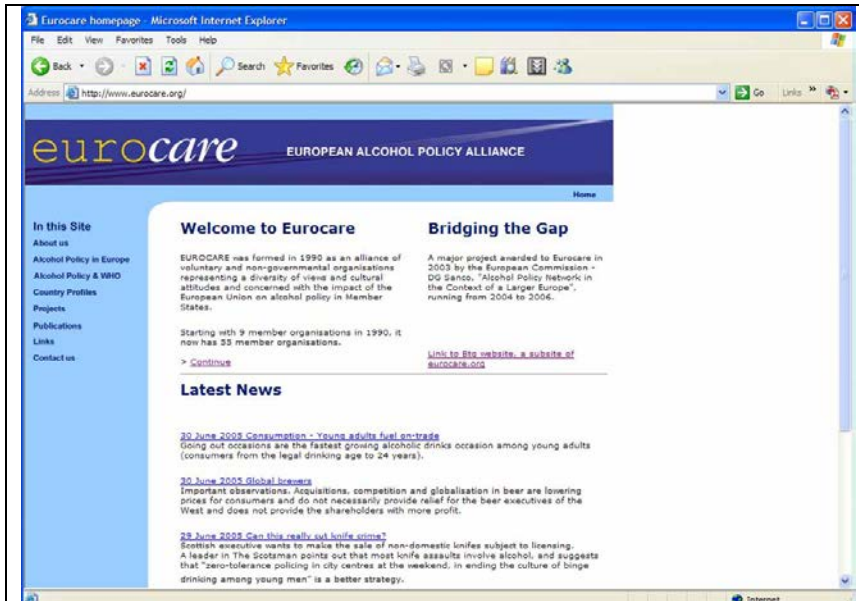
ที่มา : (Retrieved October 2, 2005, from Wikipedia: The Free Encyclopedia Web site :

http://en.wikipedia.org/wiki/Distilled_Spirit)

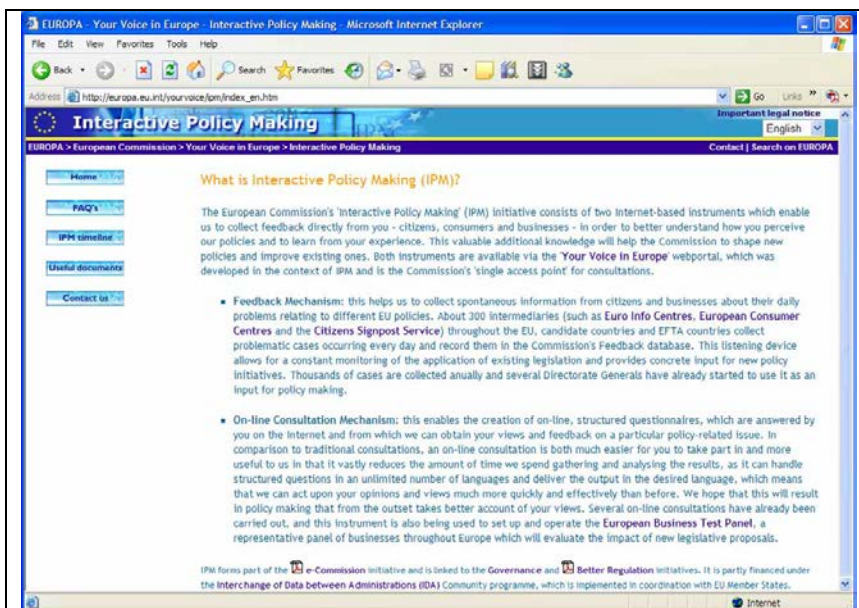


ภาพที่ 5 อาคารที่ทำการสมาคมวิชาชีพสุราเดิมในกรุงบรัสเซล ประเทศเบลเยียม ซึ่งก่อสร้างมาตั้งแต่ปี 1698 ปัจจุบันเป็นพิพิธภัณฑ์เบียร์ที่แสดงประวัติการทำเบียร์ตั้งแต่อดีต ตลอดจนการสาธิตการทำเบียร์และทดลองดื่มเบียร์ของเบลเยียม

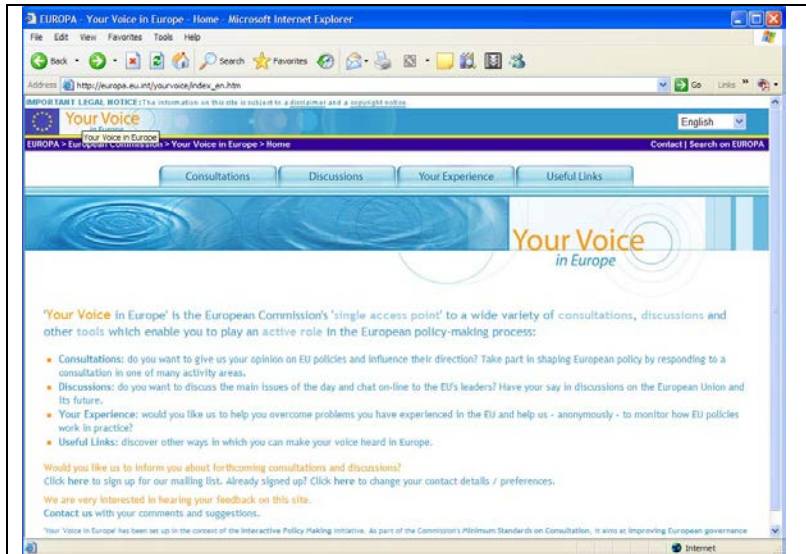
ที่มา : ถ่ายภาพโดย ชุษณะ รุ่งปัจฉิม เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2548



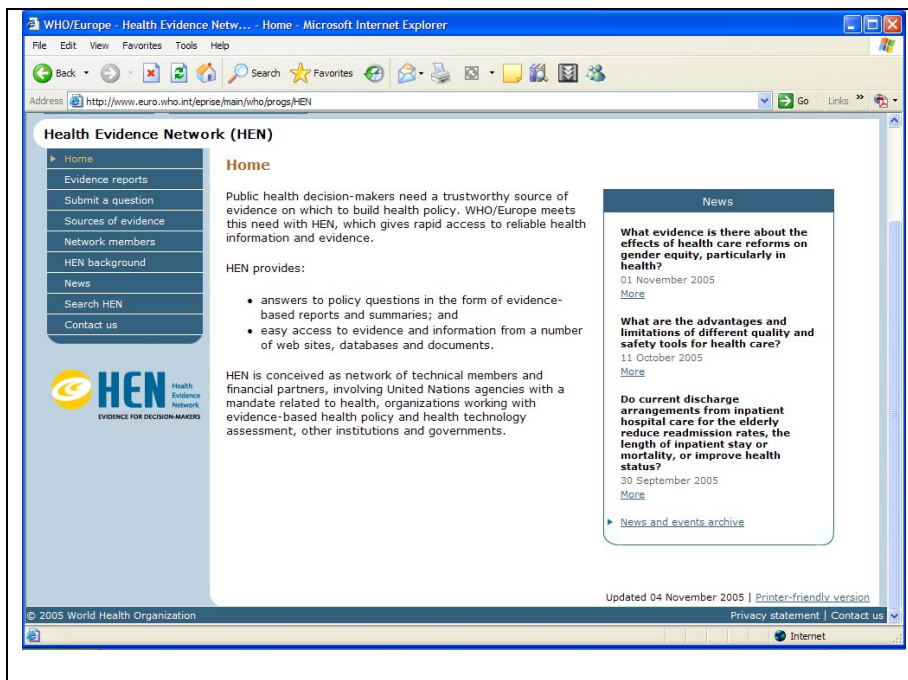
ภาพที่ 6 โสมเพจเว็บไซต์ของ Eurocare (<http://www.eurocare.org/>)



ภาพที่ 7 โสมเพจเว็บไซต์ของ Interactive Policy Making (http://europa.eu.int/yourvoice/ipm/index_en.htm)

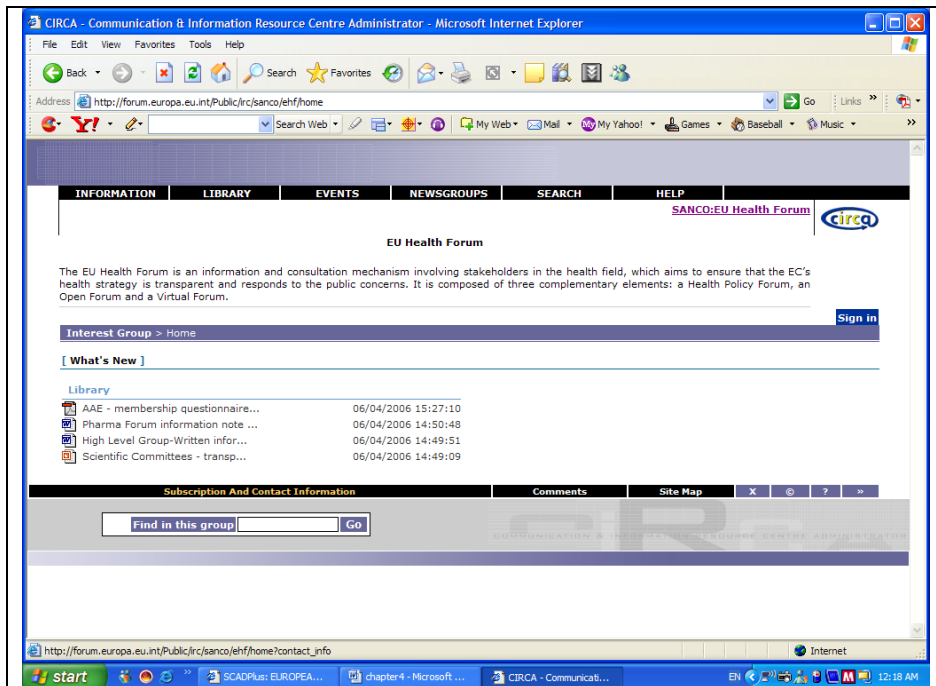


ภาพที่ 8 โสมเพจเว็บไซต์ของ Your Voice in Europe (http://europa.eu.int/yourvoice/index_en.htm)



ภาพที่ 9 โสมเพจเว็บไซต์ของ Health Evidence Network (HEN)

(<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/HEN>)



ภาพที่ 10 โฮมเพจเว็บไซต์ของ EU Health Forum (<http://forum.europa.eu.int/Public/irc/sanco/ehf/home>)



ภาพที่ 11 โฮมเพจเว็บไซต์ของ ESPAD (<http://www.espad.org/>)

TABLE 6.2. The number of places for off- and on-premise retail sale of alcoholic beverages in Finland from 1950 to 2000

Year	Alko stores	Grocery stores	Restaurants, A-licences*	Restaurants, B-licences*	Total restaurants	Cafés*
1950	83	-	247	101	348	-
1955	96	-	279	120	399	-
1960	94	-	419	124	543	-
1965	108	-	518	200	718	-
1970	157	16,736	1,011	171	1,182	3,299
1975	194	11,968	1,240	230	1,470	3,078
1980	204	9,248	1,294	231	1,525	2,655
1985	212	7,666	1,402	252	1,654	2,618
1990	240	6,706	2,181	379	2,560	3,128
1995	251	8,076	3,222	270	3,492	5,899
2000	275	7,348	4,630	264	4,904	4,050

ภาพที่ 12 จำนวนร้านขายสุราทั้ง off-premises และ on-premises ในฟินแลนด์ ตั้งแต่ปี 1950-2000

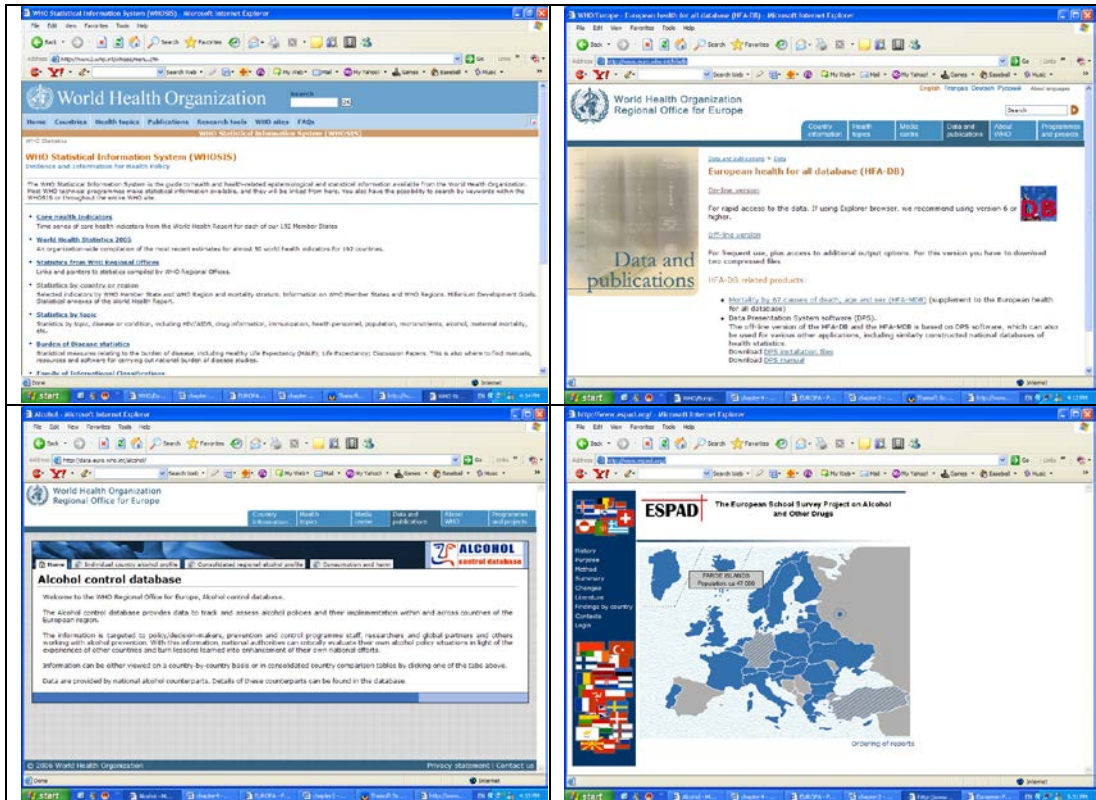
ที่มา : (Osterberg and Karlsson, 2003: 154)

TABLE 6.3. Excise duty rates for alcoholic beverages in Finland in 2000 in Finnish marks and in euro

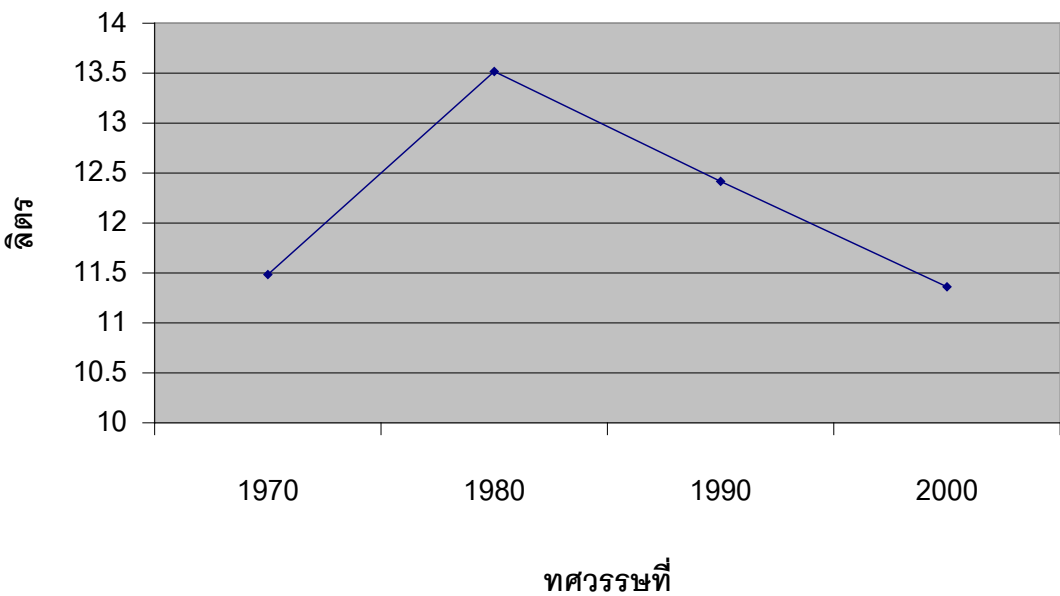
Alcoholic beverage category*	FMK	EUR
<i>Beer, per hectolitre per degree of alcohol in the finished product:</i>		
From 0.5 to 2.8% alcohol by volume	109.00	1.68
Over 2.8% alcohol by volume	170.00	28.59
<i>Wine, and fermented beverages other than wine and beer, per hectolitre of the product:</i>		
1.2 or over but less than 2.8% alcohol by volume	27.00	4.54
2.8 or over but less than 5.5% alcohol by volume	800.00	134.55
5.5 or over but less than 8.0% alcohol by volume	1,100.00	185.01
8.0% alcohol by volume or over	1,400.00	235.46
<i>Intermediate products, per hectolitre of the product:</i>		
Not exceeding 15% alcohol by volume	2,550.00	428.88
Over 15% alcohol by volume	4,200.00	706.39
<i>Distilled beverages, per hectolitre of pure alcohol in the finished product:</i>		
1.2 or over but less than 2.8% alcohol by volume	1,000.00	168.19
2.8 or over but less than 10% alcohol by volume	25,500.00	4,456.98
10% alcohol by volume or over	30,000.00	5,045.64

ภาพที่ 13 อัตราภาษีสรรพสามิตสุราในฟินแลนด์ปี 2000

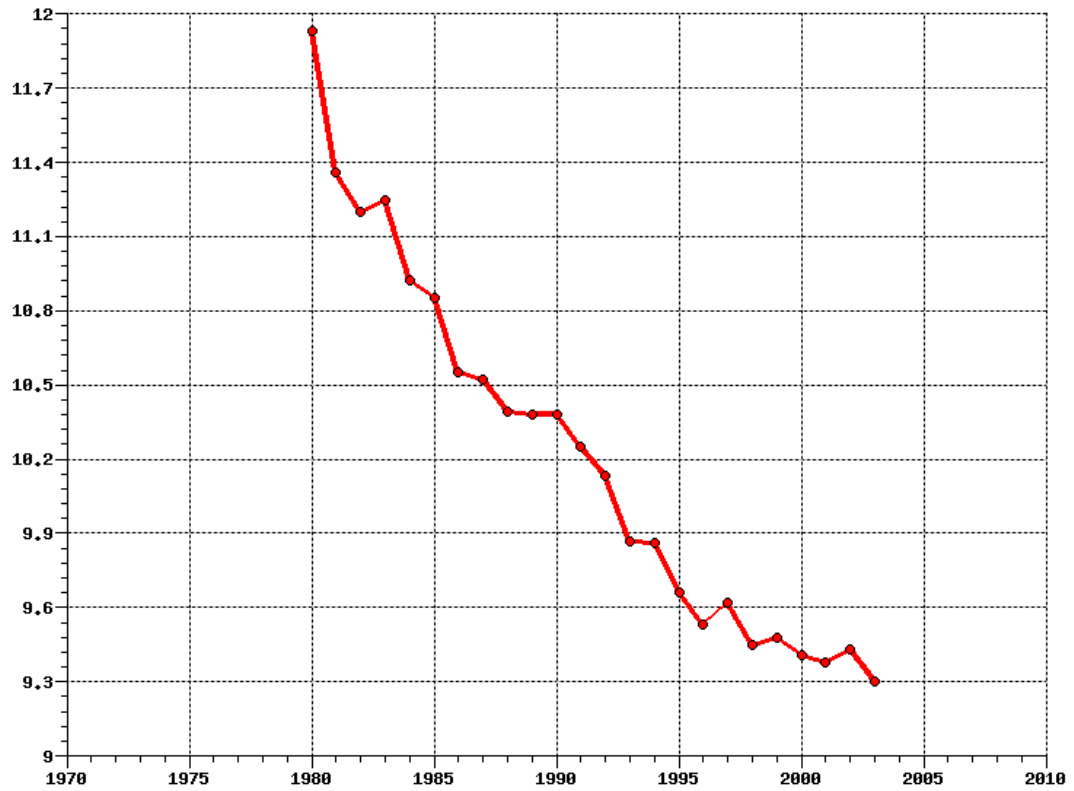
ที่มา : (Osterberg and Karlsson, 2003: 159)



ภาพที่ 14 โฮมเพจเว็บไซต์ฐานข้อมูลสุขภาพของยุโรป



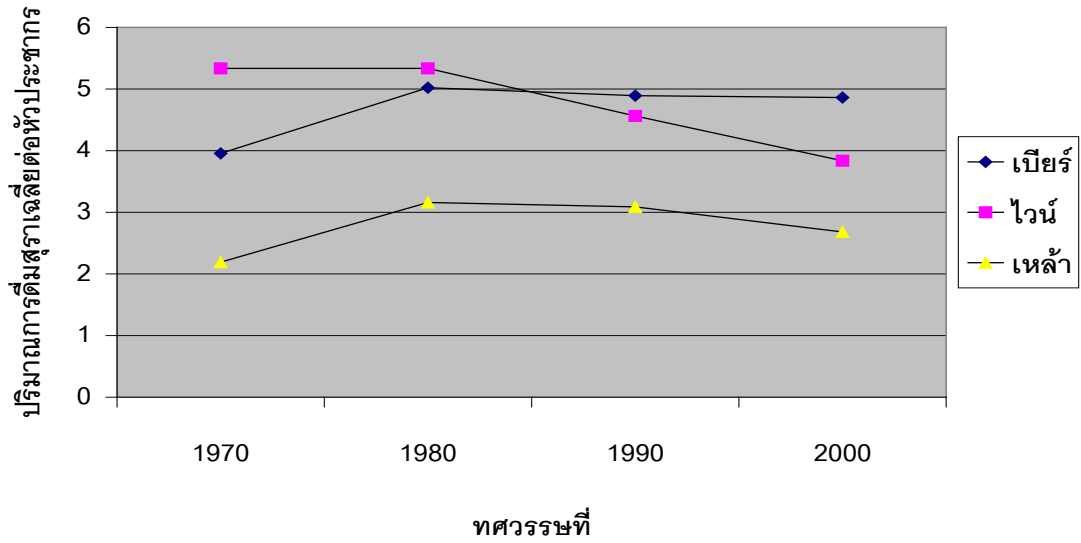
ภาพที่ 15 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรกลุ่มสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 – 2000 (ข้อมูลจากตารางที่ 7)



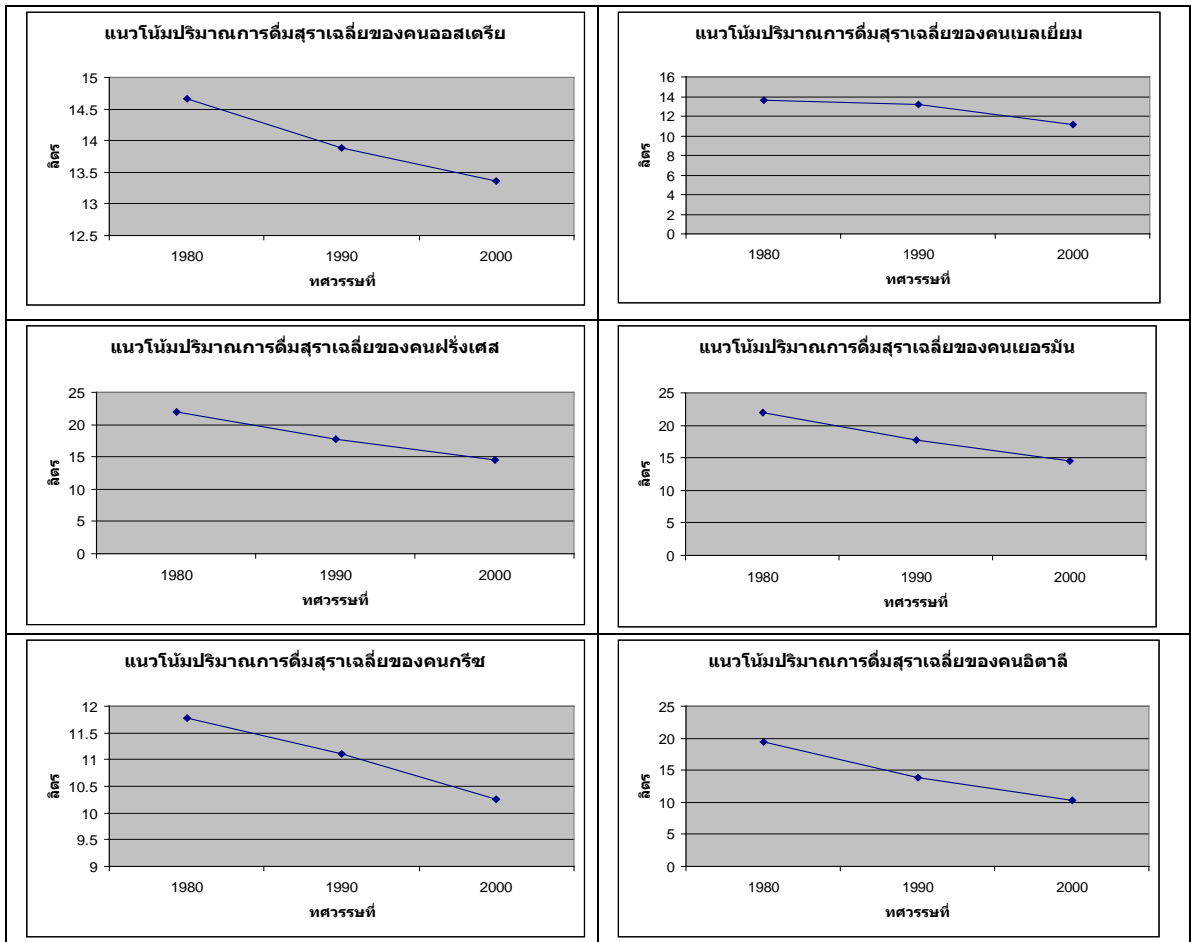
ภาพที่ 16 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุรา (ลิตร) ต่อหัวประชากรของประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปปี 1980-2003 จาก

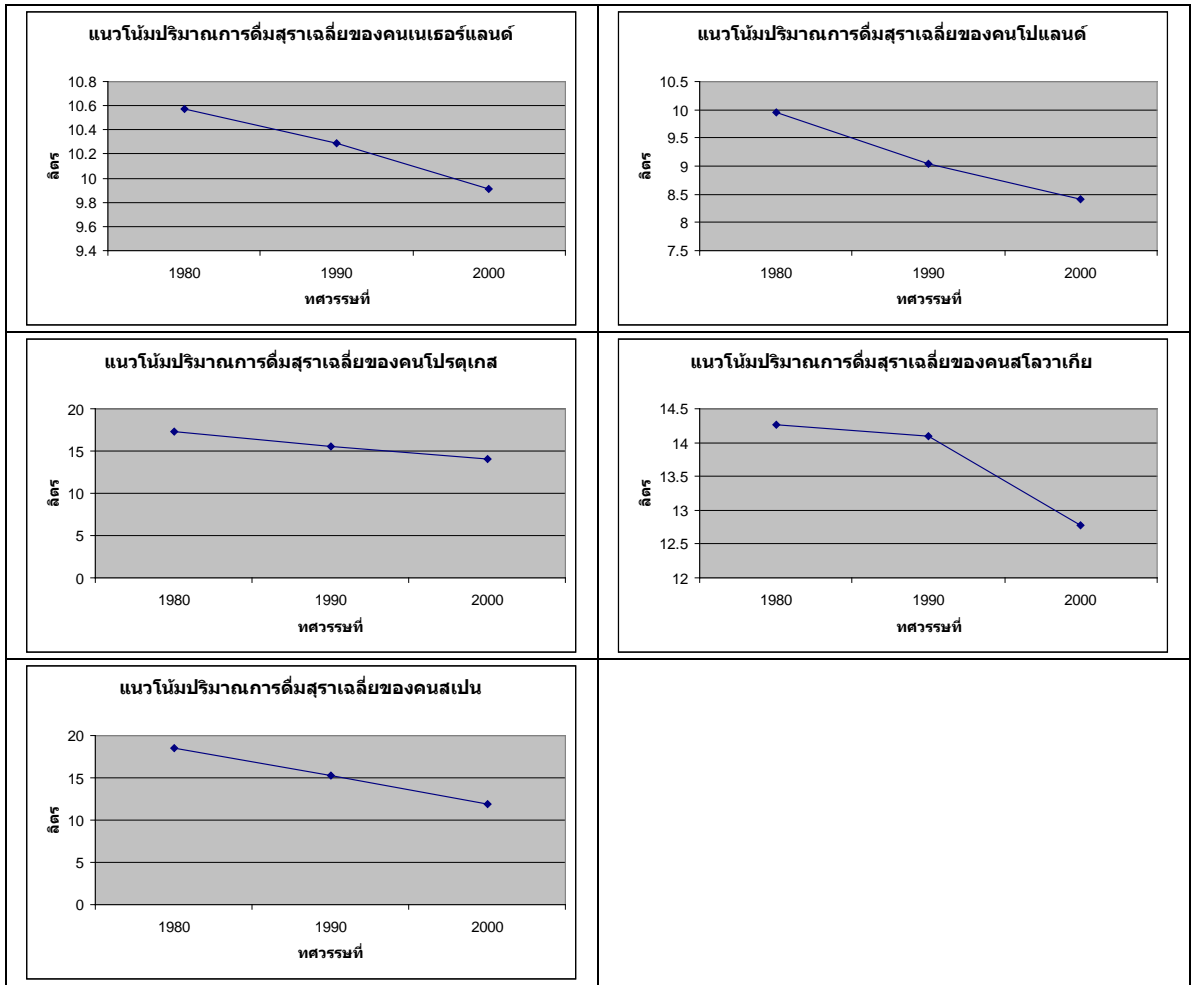
ฐานข้อมูล HFA-DB

ที่มา : (Pure Alcohol Consumption, litres per capita, 2006)

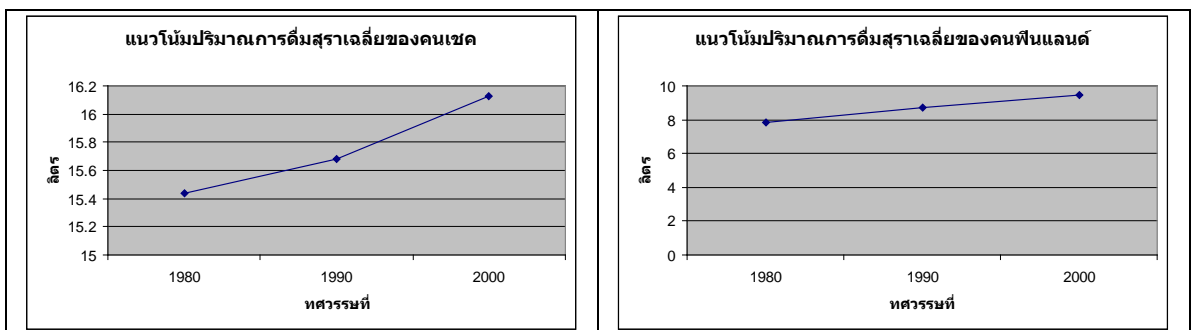


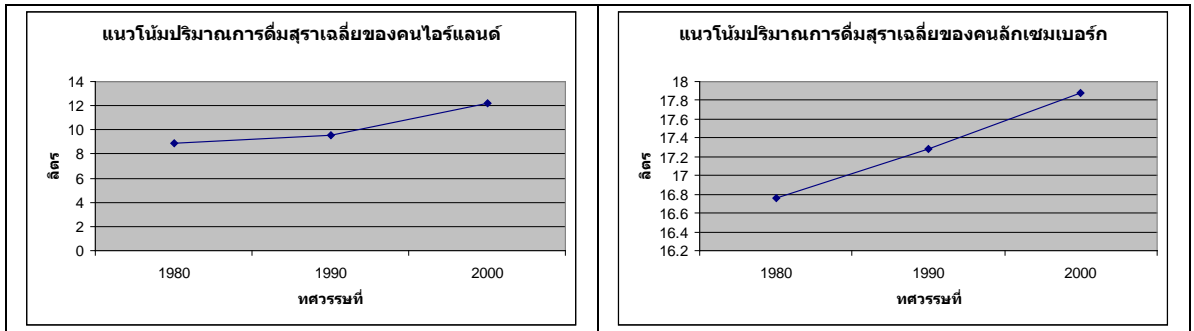
ภาพที่ 17 เปรียบเทียบแนวโน้มปริมาณการดื่มเบียร์ ไวน์ และเหล้าต่อหัวประชากรกลุ่มสหภาพยุโรประหว่างทศวรรษที่ 1970 - 2000 (ข้อมูลจากตารางที่ 9 ถึงตารางที่ 11)





ภาพที่ 18 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่ลดลงของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป





ภาพที่ 19 แนวโน้มปริมาณการดื่มสุราต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป



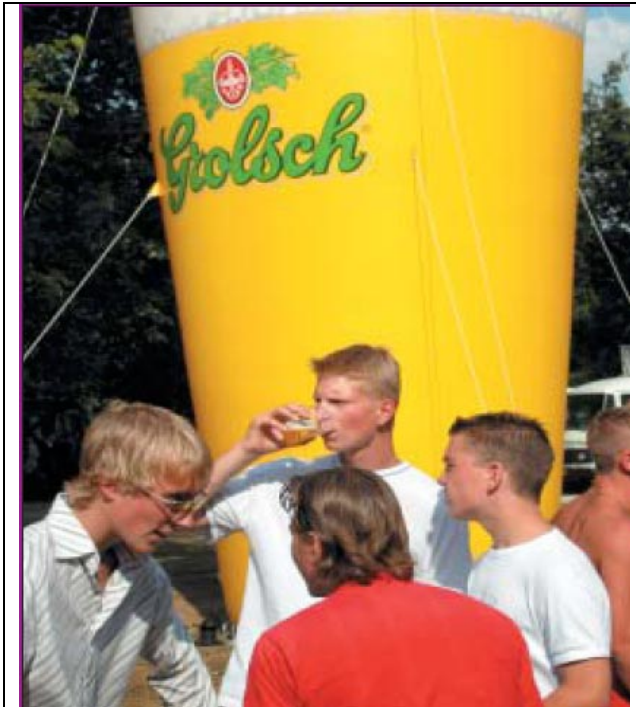
ภาพที่ 20 การดื่มกันอย่างเมามายทั้งชายและหญิงในยุคที่มีการขายตัวของร้านจำหน่ายสุราในอังกฤษ
ที่มา : (A Summary of the Historical Development of Licensing the Sale of Alcohol, n.d.)



ภาพที่ 21 ภาพโปสเตอร์ของ Temperance Society ที่ใช้ในการรณรงค์ต่อสู้กับการบริโภคสุรา
ที่มา : (Wikipedia The Free Encyclopedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page)

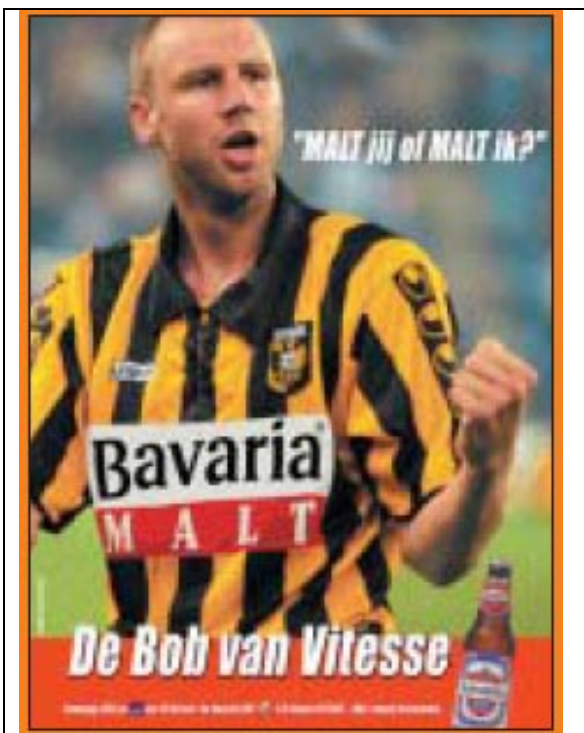


ภาพที่ 22 ตัวอย่างโฆษณาสุราอัลกอฮอล์ปีศาจหนึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์
ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-twvf2005/docs/ip4-stap.pdf>)



ภาพที่ 23 บริษัทสุรายี่ห้อหนึ่งที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมของวัยรุ่นในเนเธอร์แลนด์

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)



ภาพที่ 24 ตัวอย่างภาพโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่เป็นการละเมิดข้อบัญญัติการโฆษณา

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

Discotheque The Palace

**IEDERE DONDERDAG
STUDENTENAVOND**

**BIER
HALVE EURO**

VAN 24.00 TOT 01.00 UUR

GRATIS ENTREE

TOT 24.30 UUR + AANVANG 22.30 UUR

The Palace


DELIJNDESTRAAF 13006 GROTE MARKT - GORINHEEN
WWW.THEPALACE.NL

Discounts
Several discos charged record low prices for beer during the summer of 2003; after the complaint had been judged to be well-founded by the Advertising Code Commission, the disco The Palace continued selling at record low prices.

ภาพที่ 25 ตัวอย่างโฆษณาลดราคาจำหน่ายสุราในดิสโก้เทคแห่งหนึ่งในเนเธอร์แลนด์ (ซึ่งกว่าจะมีคำตัดสินก็ปรากฏว่าดิสโก้เทคแห่งนี้จำหน่ายสุราในราคาถูกต่อเนื่องมาโดยตลอด)

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

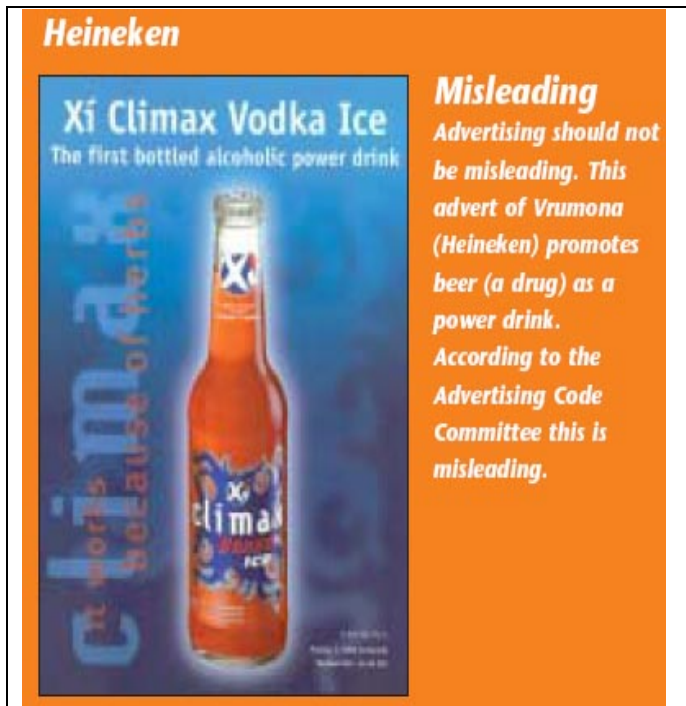
Johnny Walker



Minors
Advertiser Diageo violated the advertising standard for alcohol because its advertisements were aimed at children in particular. The verdict was given after the campaign had run its course.

ภาพที่ 26 ตัวอย่างของการละเมิดข้อบัญญัติโฆษณาสุราอีกรูปแบบหนึ่ง (ซึ่งกำหนดว่าโฆษณาห้ามมุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก แต่โฆษณาชิ้นนี้สื่อความหมายไปยังเด็ก แต่กว่าจะมีคำวินิจฉัยตัดสินให้ถอดออก โฆษณาชิ้นนี้ก็สามารถสื่อความหมายไปยังกลุ่มเด็กเรียบร้อยแล้ว)

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)



ภาพที่ 27 ตัวอย่างการละเมิดข้อบัญญัติอีกลักษณะหนึ่งโดยการโฆษณาแฝง (โดยข้อกำหนดบอกว่าห้ามไม่ให้มีการโฆษณาสุราในลักษณะที่เปรียบสุราเป็นเหมือนยาหรือสารบำรุงร่างกายหรือสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ในภาพที่เห็นโฆษณายกเว้นว่าเครื่องดื่มชนิดนี้เป็น power drink อันเป็นผลก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในผู้บริโภค)
ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)



ภาพที่ 28 ตัวอย่างโฆษณาสุราในการแข่งขันฟุตบอล

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-twof2005/docs/ip4-stap.pdf>)

Passoã Diablo	Heineken
	
<p><i>The advert shows a boy (with a bottle of Passoã) and a girl who seem to have had sexual contact. Because it is not clear whether the consumption of Passoã Diablo actually contributed to sexual success, the complaint against this advert was dismissed.</i></p>	<p><i>Donny does not know how to approach a girl he likes. He fails to find the right words and finally asks: 'Wanna beer?' The advert suggests that drinking Heineken will lead to social acceptance. The complaint lodged by STAP was dismissed because there was no proof that the question 'Wanna Beer?' actually resulted in success.</i></p>

ภาพที่ 29 แสดงการโฆษณาสุราในเนเธอร์แลนด์ที่ยังมีปัญหในการตีความอยู่ว่าจะเมิดข้อบัญญัติว่าด้วยการโฆษณาในมาตราที่ 12 หรือไม่

ที่มา : (<http://europa.eu.int/comm/avpolicy/revision-tvwf2005/docs/ip4-stap.pdf>)

MADD Online: About Us - Microsoft Internet Explorer

Address: <http://www.madd.org/aboutus/>

home about us contact us

MADD
Activism | Victim Services | Education

GET INVOLVED IN MADD! Membership & Chapters MADD Programs Discussions & Chat

VICTIMS UNDER 21 ACTIVISM STATS & RESOURCES NEWS

Mothers Against Drunk Driving - making a difference for 25 years!

search you are here: home > About Us Spanish articles / Artículos en Español

MAKE A DONATION

About Us

- Leadership
- MADD History
- Funding
- Sponsors
- Diversity
- Volunteerism
- Annual Report
- FAQs
- Job Opportunities
- Privacy and Legal

RELATED INFO
National Board of Directors

MADD is a 501(c)(3) non-profit grass roots organization with more than 600 chapters nationwide. MADD is not a crusade against alcohol consumption - MADD's mission is to stop drunk driving, support the victims of this violent crime and prevent underage drinking.

Leadership
Information about MADD's national leadership, board of directors, and MADD's Strategic Plan.

MADD History
Since being founded in 1980 by Candy Lightner and a small group of other mothers, MADD has grown to one of the largest crime victims organizations in the world. Find out more about our history and milestones.

Funding
The majority of MADD's funding comes from individual donors; other sources include grants and bequests in addition to MADD's corporate sponsors.

Sponsors
MADD's corporate partners represent people who care about their families, friends, co-workers and neighbors by taking an active role in the fight against drunk driving by incorporating safety messages to employees, customers, and business associates. They live in your community and they know how drunk driving affects everyone.

Diversity

Become a Member!
Help MADD achieve its mission! Join a chapter today!

Get email updates
Sign up to receive the free biweekly **MADD E-Newsletter!**
[subscribe!](#)

President's Profile

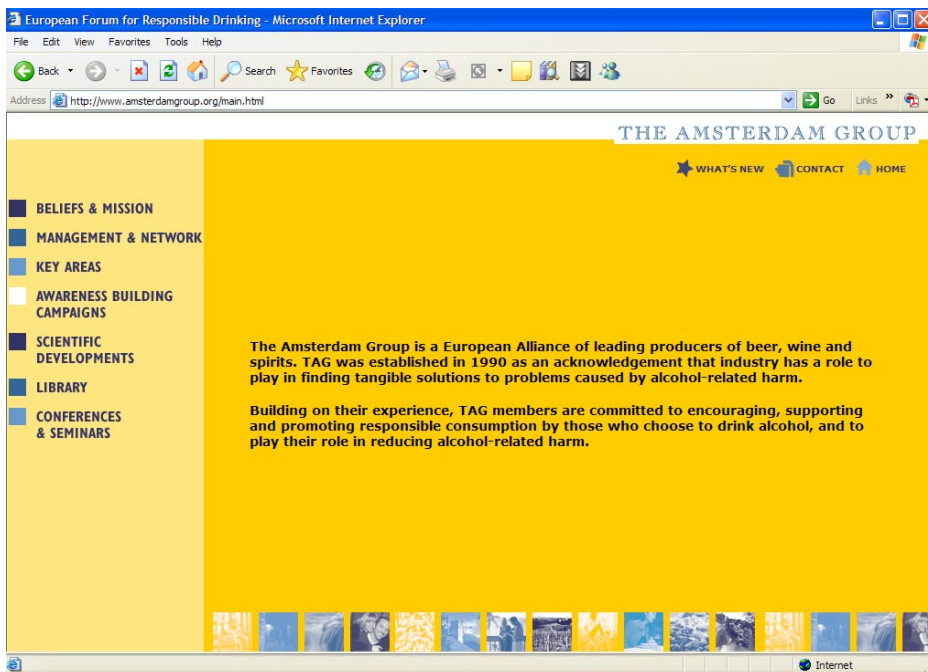
Internet

start 3 Internet Expl... chapter4 - Micros... Thaisoft So Seth... alcohol untitled - Paint EN 12:38 P

ภาพที่ 30 โฮมเพจเว็บไซต์ขององค์กร Mothers Against Drunk Driving: MADD
(<http://www.madd.org/aboutus/>)



ภาพที่ 31 การออกข้อความเชิญชวนในประเทศไทยช่วงเข้าพรรษาปี 2548
(ถ่ายภาพโดย ชุษณะ รุ่งปัจฉิม)



ภาพที่ 32 โฮมเพจเว็บไซต์ของ The Amsterdam Group (<http://www.amsterdamgroup.org/main.html>)

THE PORTMAN GROUP

SEARCH LINKS CONTACT US

PROMOTING RESPONSIBLE DRINKING

ABOUT US
ALCOHOL ISSUES
CAMPAIGNS & INITIATIVES
CODE OF PRACTICE
PUBLICATIONS
NEWSDESK

THE DRINKAWARE TRUST

Visit the Drinkaware Trust

Welcome to The Portman Group's website

"The majority of people who drink alcohol enjoy it without causing harm to themselves or others. The Portman Group acts to reduce the misuse of alcohol by the minority through a strategy of working with other organisations locally and nationally."

Jean Coussins
Chief Executive, The Portman Group

Do not try to buy alcohol on behalf of under 18s here.
Proxy purchase
YOU COULD RECEIVE AN £50 ON-THE-SPOT FINE.

Find out about The Portman Group's new campaign highlighting the offence of "proxy purchase"...

READ ON

ภาพที่ 33 โฮมเพจเว็บไซต์ของ The Portman Group (<http://www.portman-group.org.uk/>)