

## ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา อีกทั้งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ประชาชนทั่วไป ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบทั้งสิ้น องค์การอนามัยโลก<sup>๑</sup> รายงานว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านรายใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๔.๔ ของภาระโรคทั้งหมด ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สองรองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติเกือบเท่าตัว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อภาระโรคสูงถึงร้อยละ ๑๓.๓ ในประชากรชาย และร้อยละ ๑.๐ ในประชากรหญิง และก่อภาระโรคต่อประชากรที่อายุน้อยมากกว่าวัยที่สูงขึ้น

### สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ

๒. ในขณะที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประเทศพัฒนาแล้วมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในหลายประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๕๐.๓ ลิตรต่อคน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเฉพาะการขยายตัวต่อเนื่องของตลาดเบียร์และวิสกี้ ปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง ๑๒ เท่าระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๖ และประมาณการได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีสูงประมาณ ๒ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี

๓. นอกจากปริมาณที่เพิ่มขึ้นแล้ว รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยจัดว่ามีความเสี่ยงในระดับสูง<sup>๒</sup> ทั้งจากความชุกของการบริโภคในปริมาณสูง สัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำและความถี่ในการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มเยาวชนและผู้หญิงมีการบริโภคเพิ่มขึ้น ในขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นบริโภคมีอายุน้อยลง

๔. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการบาดเจ็บกว่า ๖๐ ประเภท<sup>๓</sup> ทั้งในระยะสั้นและยาว แม้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางรูปแบบและโดยบางกลุ่มประชากร จะมีผลป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานในระดับบุคคล แต่การบริโภคในลักษณะดังกล่าวกระทำได้ไม่ถาวร และยังคงพิชภัยต่ออวัยวะอื่น โดยมีกลไกอื่นที่มีความคุ้มค่ามากกว่า อีกทั้งยังไม่พบผลประโยชน์ในระดับประชากร

<sup>๑</sup> World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

<sup>๒</sup> World Health Organization. Global alcohol database, n.d.

<sup>๓</sup> World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002

เมื่อพิจารณาจากภาระโรคแล้วการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อโทษมากกว่าประโยชน์ถึง ๒๘.๗ เท่า โดยก่อภาระโรคสูงสุดในรูปแบบปัญหาทางสุขภาพจิต รองลงมาคือการบาดเจ็บไม่ตั้งใจ (รวมอุบัติเหตุจราจร) ภาวะบาดเจ็บอย่างตั้งใจ เช่นความรุนแรงและการทำร้ายร่างกาย โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ตามลำดับ<sup>๔</sup> ความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพหลายประเภทมีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของประชากร เช่น ความรุนแรงของ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร และการเสียชีวิตจากโรคตับในประเทศไทย<sup>๕</sup>

๕. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสังคมทั้งทางตรงและอ้อมในหลากหลายรูปแบบ เช่นปัญหาครอบครัว ปัญหาการประกอบวิชาชีพ รวมถึงการขาดงานและการว่างงาน ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม และยังก่อผลกระทบต่อศักยภาพและอนาคตของสังคมในระยะยาว จากผลต่อเด็กและเยาวชน รวมถึงผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง ระดับสติปัญญาและสุขภาพจิตของบุตร ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การเสียชีวิตและการพิการถาวรตั้งแต่อายุน้อย การสูญเสียศักยภาพและการทำลายสมองของเยาวชนอย่างถาวร และชักนำเยาวชนไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมอื่น ๆ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม ดังนั้นการควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคมโดยรวมจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อเศรษฐกิจทั้งเชิงบวกและลบ ผลการศึกษาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบเชิงลบที่มีต่อสังคมนั้น มีมูลค่า ระหว่าง ร้อยละ ๑.๑ ถึง ๖ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ<sup>๖</sup> โดยมูลค่าของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชาคมโลก ในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ คิดเป็นมูลค่าสูงถึง ๖๖๕,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>๗</sup> สำหรับประเทศไทยนั้น ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีมูลค่าสูงถึง ๑.๕๐๗ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ<sup>๘</sup> ซึ่งสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ต่อรัฐในรูปแบบภาษีสรรพสามิตจากสุรกว่าสองเท่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คริวเรือนไทยที่มีสมาชิกดื่มสุรามีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ ๖-๘ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด<sup>๙</sup>

## นโยบายแอลกอฮอล์

๗. ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์แบ่งได้เป็นเจ็ดกลุ่มได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการดื่ม การจัดการกับการขบขัน ยานพาหนะขณะมีเมมา การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ และ

<sup>๔</sup> World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

<sup>๕</sup> ทักษพล ธรรมรังสี. ทำไมคนไทยถึงขี้เมา, วารสารวิชาการสาธารณสุข, พ.ศ. ๒๕๔๔

<sup>๖</sup> World Health Organization. Global status report: Alcohol Policy. 2004

<sup>๗</sup> มนทร์ดี ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี ๒๕๔๙. ๒๕๕๐

<sup>๘</sup> วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างคริวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ๒๕๕๐

การบำบัดรักษาและการคัดกรองผู้มีปัญหา กรอบนโยบายแอลกอฮอล์ที่ดีต้องมีความสมดุลระหว่างมาตรการในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสิ่งแวดล้อม มีความสมดุลระหว่างมาตรการที่มีเป้าหมายในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรเฉพาะ ต้องครอบคลุมและคุ้มครองทั้งผู้ที่ไม่ได้บริโภค ผู้บริโภค และผู้ที่ประสบปัญหาจากการบริโภค และต้องเป็นไปเพื่อทั้งการควบคุมการบริโภคและการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหา

๘. มาตรการตามนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ได้ผลที่สุดสิบประการ<sup>๙</sup> ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ การยึดใบอนุญาตขับขี่ การกำหนดระดับใบอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอนโดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเมามา และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงด้วยระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) ส่วนมาตรการที่มีความคุ้มค่าสูงที่สุดในการควบคุมปัญหาในประเทศไทยได้แก่ มาตรการขึ้นภาษีสุราและการสุ่มตรวจลมหายใจผู้ขับขี่อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามบางมาตรการแม้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาโดยตรงจำกัด แต่อาจสามารถสร้างผลพลอยได้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการนโยบาย

๙. มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็นเจ็ดกลุ่มคือ

๙.๑ มาตรการทางภาษีและราคา ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค, ปริมาณและรูปแบบการบริโภค และความรุนแรงของปัญหา มาตรการทางภาษียังมีผลต่อการลดปริมาณและความถี่ของการบริโภคในกลุ่มผู้บริโภค ชะลอการเริ่มดื่มในกลุ่มที่ยังไม่บริโภค โดยเฉพาะมีผลอย่างยิ่งต่อกลุ่มกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุน้อย และยังมีอิทธิพลต่อผู้ที่บริโภคที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ที่มีการติดสุราด้วย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับราคาเฉลี่ยของนานาชาติพบว่ามีราคาถูก<sup>๑๐</sup> ข้อจำกัดสำคัญของระบบภาษีสุราในประเทศไทยคือ ความแตกต่างของอัตราภาษีซึ่งทำให้เครื่องดื่มบางประเภทมีราคาถูก การที่ไม่ได้ปรับอัตราภาษีตามสภาพเศรษฐกิจและภาวะเงินเฟ้อ ทำให้มีราคาเครื่องดื่มที่แท้จริงถูกลง ความเหมาะสมต่อสถานการณ์การตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นการที่เครื่องดื่มรูปแบบใหม่ ๆ ที่ดึงดูดเยาวชน อย่างเช่น เหล้าปั่นและสุราผสมน้ำผลไม้ยังมีราคาถูก และมีภาวะคุกคามจากผลของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

๙.๒ มาตรการการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการผลิตและการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้บริโภคและประชากรทั่วไปหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยาก จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูง โดยเฉพาะผลต่อกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุน้อย และกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง มาตรการที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยประกอบด้วย การควบคุมจุดขายด้วยระบบการออกใบอนุญาต การจำกัดเวลาขาย การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อ และการห้ามขายแก่ผู้ที่อยู่ในอาการมีเมามา แต่ยังคงขาดมาตรการการควบคุมจำนวนและความหนาแน่นของจุดขาย มาตรการในกลุ่มนี้ยังขาดการบังคับใช้อย่างจริงจัง มีข้อจำกัดในด้านเนื้อหา และหลายมาตรการมิได้เป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา

๙.๓ มาตรการการดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการบริโภค การดำเนินมาตรการกลุ่มนี้ในประเทศไทยประกอบด้วยกิจกรรม ๒ กลุ่มคือ กลุ่มกิจกรรมรณรงค์ตามเทศกาล เช่นโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาและการรณรงค์ปลอดเหล้า และมาตรการการกำหนดพื้นที่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะที่กำหนดในพ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ เช่นสถานที่ทางศาสนา สถานพยาบาล สถานที่

<sup>๙</sup> Babor และคณะ. Alcohol No-ordinary Commodity, 2003

<sup>๑๐</sup> World Health Organization. Global Report on Alcohol Policy, 2004

ราชการ สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของรัฐ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาได้เริ่มมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชากร<sup>๑๑</sup> เช่นเดียวกันกับผลในการลดการบริโภคในกลุ่มนักศึกษาในกิจกรรมรับน้องจากโครงการรับน้องปลอดเหล้า

๙.๔ มาตรการการควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามา ปัญหาพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมมาได้รับความสนใจและเอาใจใส่มากขึ้น แต่ความรุนแรงของปัญหาจากการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมมายังไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร ทั้งอัตราการบาดเจ็บและการเกิดอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มข้อจำกัดสำคัญคือความเข้มแข็งและความสม่ำเสมอในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาล ทำให้โอกาสในการถูกตรวจลงโทษของผู้ขับขี่ยานพาหนะโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ

๙.๕ มาตรการการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลลัพธ์สะสมของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬา ดนตรี เทศกาลประเพณี ของอุตสาหกรรมสุรา มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทัศนคติของสังคมต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มต้นดื่มและการบริโภคของเยาวชนและประชากรอายุน้อย ธนาคารโลกจึงได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ใช้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัดเพื่อปกป้องเยาวชน<sup>๑๒</sup> การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย ยังมีข้อจำกัดทั้งเนื้อหาและความเข้มแข็งของการบังคับใช้

๙.๖ มาตรการการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ มาตรการในกลุ่มนี้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาต่ำ อีกทั้งยังต้องการงบประมาณสูง จึงมีความคุ้มค่าต่ำ แต่เป็นมาตรการที่นิยมใช้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ปราศจากแรงต่อต้าน มาตรการที่มีการปฏิบัติในระดับชาติในประเทศไทยจึงมีอยู่สองกลุ่ม คือการรณรงค์สาธารณะผ่านสื่อมวลชน และมาตรการคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามมาตรการกลุ่มนี้ก่อผลพลอยได้สำคัญคือการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ปัญหาที่เกิดขึ้น และนโยบายแอลกอฮอล์

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

## ข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

๑๐. ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดการติดตามและประเมินผล การขาดความรู้ทางวิชาการและการนำความรู้ไปใช้ในการสนับสนุนกระบวนการนโยบาย และปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการ

๑๑. ข้อจำกัดด้านสาระของนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญได้แก่

๑๑.๑ การขาดกรอบนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ของนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

<sup>๑๑</sup> ปารีชาติ สถาปัตตานนท์ และคณะ. การขับเคลื่อนทางสังคม ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการประเมินปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙. ๒๕๔๙

<sup>๑๒</sup> World Bank Group. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. 2006

๑๑.๒ การขาดนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่และท้องถิ่น

๑๑.๓ หลายมาตรการมิได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมปัญหา

๑๑.๔ การขาดมาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลเช่น การจำกัดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขาย, การลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะ โดยเฉพาะสำหรับผู้ขับขี่หน้าใหม่, การควบคุมเวลาและสถานที่ในการขาย และสถานที่ที่อนุญาตให้บริโภคในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง และมาตรการด้านระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

๑๑.๕ เนื้อหาของมาตรการที่ขาดความเข้มแข็ง เช่นการกำหนดพื้นที่ห้ามจำหน่ายและพื้นที่ห้ามบริโภค การบำบัดรักษา และการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๒. ข้อจำกัดด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบาย

๑๒.๑ ผู้เกี่ยวข้องมาจากหลายภาคส่วน ต่างมีความต้องการ ความสนใจ และให้คุณค่าต่อนโยบายแอลกอฮอล์ต่างกัน และบ้างเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์และแนวคิด ซึ่งส่วนหนึ่งมีรากฐานจากความเข้าใจต่อปัญหาที่ต่างกัน

๑๒.๒ ระดับการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของนโยบายแอลกอฮอล์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายส่วนซึ่งน่าจะมีศักยภาพต่อกระบวนการนโยบายยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร หลายส่วนมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง

๑๒.๓ ศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งการออกแบบนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล รวมไปถึง การประสานงาน

๑๓. แม้ว่าสังคมไทยจะมีความตระหนักถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่มักให้ความสนใจเฉพาะประเด็นขนาดของปัญหาและพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ โดยยังไม่เกิดแรงกดดันทางสังคมให้เกิดกระบวนการนโยบายที่มีน้ำหนักเพียงพอ อีกทั้งแนวคิดทุนนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรี ยังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่น ๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาวะของสังคมเท่าที่ควร

๑๔. การลดข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของนโยบายในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงควรประกอบด้วย

๑๔.๑ การพัฒนากรอบนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและเป็นรากฐานสำหรับมาตรการต่าง ๆ และการพัฒนานโยบายในอนาคต ในระดับชาติและท้องถิ่น

๑๔.๒ การปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้ไขเนื้อหามาตรการ รวมถึงการนำมาตรการที่มีประสิทธิผลมาใช้ในประเทศไทย

๑๔.๓ การพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการ และการจัดการความรู้

๑๔.๔ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๑๔.๕ การให้ความสำคัญกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์

๑๔.๖ การสนับสนุนการติดตามอย่างใกล้ชิดของสังคม

๑๔.๗ การสนับสนุนให้กระบวนการนโยบายมีความโปร่งใสและปลอดผลประโยชน์ทับซ้อน

## ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๖