

伦敦酒精业课题的理性应对

米勒·安德森, 霍金斯·巴伯, 哈伍德·布鲁克

Department of Health & Public Service, 20 Palace Pl, London SW2P 3HD, United Kingdom

摘要: 英国政府2012年对英格兰和威尔士的所设的酒精战略受到了广泛欢迎, 却只在英国公共卫生部门收到了无声批评的反应。尽管先前酒精行业对于滥用的潜在问题和首选政策的反应具有很强的连贯性。这可能是因为该策略显示了公共卫生游说团体在酒精饮料定价这一关键问题上取得的进展。然而, 该战略在更大的层面上存在许多问题, 除了价格之外, 对基本的行业监管给予漠视的态度, 更缺乏了对研究投资的承诺。在英格兰, 酒类行业在基本经济来源上高度依赖大量饮酒的消费者, 所以若是消费者们乖乖依照安全指导水平来饮酒, 他们很可能面临重大经济损失。为了解酒精行业在经济上远超出英国政府低风险和指导方针, 本文讨论了研究界面临的一些困境。

关键词: 酒业, 酒类消费, 未成年人饮酒, 负责任, 消费模式, 酒类消费分布, 饮酒模式

Dealing Responsibly with the Alcohol Industry in London

Miller Anderson, Hawkins Baber, Harwood Brook

Department of Health & Public Service, 20 Palace Pl, London SW2P 3HD, United Kingdom

Abstract: The 2012 UK Government's Alcohol Strategy for England and Wales has been welcomed broadly and resulted only in muted criticism within the UK public health community. This is despite strong continuities with previous alcohol industry constructions of the nature of the problem and preferred policy responses. This is probably because the strategy shows progress on the public health lobby's key issue of pricing of alcohol beverages. There are, however, many problems with the wider content of the strategy, showing little interest in much needed industry regulation other than on price, and an absence of commitment to investment in research. Some dilemmas posed for the research community are discussed. In England, the alcohol industry appears to be highly financially dependent upon heavy drinking, and might face significant financial losses were consumers to drink within guideline levels.

Keywords: alcohol industry, alcohol consumption, underage drinking, responsible, consumption patterns, distribution of alcohol consumption, drinking patterns

引言:

与行业合作一直是英国近期酒精政策的核心特征。这一趋势的最好例子是公共卫生责任协议, 这是一项2010-15年政府倡议, 鼓励企业自愿承诺为改善公共卫生做出贡献。其中包括饮料容器上的标准化健康警告标签、为公众宣传活动提供资金以及减少向未成年饮酒者销售的行动。得到100多家酒类生产商和零售商认可的《责任协议》的“核心承诺”是“培养负责任的饮酒文化, 帮助人们在指导范围内饮酒”。截至2016年8月, 政府的低风险饮酒指南为男性和女性每周14个英国单位(一个单位相当于8克或10毫升纯酒精)。批评政府做法的人认为, 这种自愿措施注定要失败, 因为他们期望公司“从事表面上旨在减少其利润所依赖的有害行为的活

动和政策”。2009年议会调查得出的结论是, “政府必须对该行业支持负责任饮酒的说法持怀疑态度”。在调查期间, 国会议员至少四次提出了如果饮酒者将消费量减少到政府指导方针范围内, 企业将如何受到财务影响的问题, 但没有得到直接答复。

许多酒类行业人士认为, 提倡低消费不一定对企业不利。根据贸易新闻网站just-drinks上的一篇文章, “适度本身对葡萄酒行业来说并不是负面信息, 没有什么可担心的……确实, ‘少喝多喝’的口号一直是一个主题在葡萄酒行业。几十年来酒精行业的发展。从这个角度来看, 低消费可以被高端化战略(销售更昂贵、更高质量的饮料)和价格上涨所抵消。这种方法的可持续性取决于该行业目前对酗酒者的依赖程度。可以想象, 较高的

平均价格可能能够缓冲销售额的适度下降,但如果高于指导水平的饮酒占收入的很大一部分,那么失去这样的销售额就会带来巨大的商业风险。

有几个国家的证据表明,酒精消费相对集中在少数重度饮酒者中。据估计,前20%的人口占澳大利亚消费的所有酒精单位的74%、巴西的67%和瑞典的59%。此外,澳大利亚和不列颠哥伦比亚省的大部分消费来自超过这些国家指导方针的饮酒者。在英国,Meier使用2006年的数据估计,完全遵守饮酒指南将使总体饮用量减少40%。这更新了Baumberg对2000/01年数据的分析,该分析显示74%的饮酒者超过了指导水平,遵守规定将使总饮用量减少36%。这两项估计都使用了先前的每周指导,即男性21个英国单位和女性14个单位。

然而,这些研究只关注消费,而不是收入。由于最重的饮酒者往往更喜欢更便宜的饮料,因此他们对酒类行业收入的贡献可能低于他们对销量的贡献。只有两项来自其他国家的研究试图计算有害饮酒的经济价值。福斯特等人。据估计,未成年人和“病态”饮酒占美国所有酒精消费的38-49%。多兰等人。2015年,澳大利亚未成年饮酒者的收入估计为2.18亿美元。然而,两项研究都假设每种饮料的平均价格相同(例如所有啤酒的价格相同),这种方法无法解释重度饮酒者消费更便宜品牌的趋势。饮料类。

公共卫生界的批评声不绝于耳

英国政府的英格兰和威尔士酒精战略(内政部国务卿,2012年)受到广泛欢迎,认为这是朝着正确方向迈出的一步,需要更进一步。《柳叶刀》(2012年)建议“应该赞扬政府采取强有力的有效措施减少酒精消费,从而挽救生命”。英国酒精研究(2012年)“对所用方法的广泛支持”。4月在议会健康问题特别委员会第一次会议上作证的证人也给予了类似的赞扬(BMJ,2012a)。酒精健康联盟主席、皇家内科医学院前院长伊恩·吉尔摩认为,这是第一次接受证据表明价格、可用性和营销导致酒精问题的一个重要里程碑,尽管后者的反应较弱。呼吁(英国议会健康特别委员会调查政府的酒精战略,2012a)。

这个问题的框架淡化了慢性酗酒导致的死亡率和发病率的重要性,并邀请由刑事司法而不是卫生机构领导的多部门方法。战略文件强调了“不负责任”饮酒的结构。这是更广泛的行业叙述的一部分,该叙述将酒精引起的问题定位在客户的行为中,而不是药物的性质或行业的公司行为(例如,参见SAB Miller,2012)。在整个战略文件中,这种相当模糊的“责任/非责任”结构既适用于个人的行为,也适用于企业的行为。当然,它的

实际含义是可以解释的。该行业接受责任禁令,波特曼集团此前已将自己更名为“英国酒精饮料生产商责任机构”(波特曼集团,2011年)。

现任卫生部长和卫生部在制定该战略中的作用尚不清楚。因此,英国议会健康特别委员会调查酒精战略的职权范围主要涉及确定谁负责政府内的酒精政策以及该行业的角色,这并不奇怪(英国议会健康特别委员会对政府的酒精战略进行调查,2012b)。委员会也在考虑证据;英国酒精研究中心对该战略缺乏“明确提及需要进行高质量研究来评估这些措施”表示失望(英国酒精研究中心,2012年)。

英格兰和威尔士的公共卫生活动家将参与协商,以实现尽可能高的MUP,与预期收益相称,尽管影响的确切程度尚不确定(McCambridge和Kypri,2009年)。澄清策略在广告和可用性方面的局限性应该有助于开发更真实的策略和基于证据的响应的案例。还有一些不太明显和更困难的问题需要考虑,例如研究界与Drinkaware等行业资助机构的关系,以及参与受行业严重影响的政府项目。一些活动可能被视为现实政治,而另一些活动则被误导,这两种活动都可能使与行业参与酒精政策制定相关的基本问题长期存在。这些问题当然不仅仅困扰着现任英国政府。

成年与未成年饮酒者的比例

为了按年龄组计算酒精消费量,我们首先使用2000年美国人口普查19来估计12至20岁和21岁及以上的美国人口规模。为了估计过去一个月饮酒的12至20岁青少年的比例(即当前饮酒者),我们考虑了几个数据集,包括2001年全国药物滥用家庭调查(NHSDA)20和2001年青年风险行为调查(YRBS)))。21由马里兰州罗克维尔的药物滥用和心理健康服务管理局管理的NHSDA使用了具有全国代表性的55,561人样本,其中24,264人为12至20岁,31,297人为21岁及以上。YRBS由佐治亚州亚特兰大的疾病控制和预防中心管理,使用了13,601名9至12年级学生的全国代表性样本,年龄为12至18岁(如果参与的高中学生超过18岁,他们被重新编码为18)。我们得出的结论是,YRBS数据在估计过去30天内饮酒的未成年人(12-20岁)的比例方面最为准确。几项研究22-27表明,NHSDA的数据倾向于低估饮酒的未成年饮酒者的比例和数量,因为它是基于在家庭中进行的个人访谈,并且因为只有当父母在家时才会对儿童进行访谈。面试。YRBS提供了更准确的估计,因为它是在学校管理的,具有匿名的额外好处,并且因为调查问题的顺序和内容。22-27为了估计上个

月 21 岁及以上的人, 我们使用了 2001 年行为风险因素监测调查, 28 也由疾病控制和预防中心管理。2001 年行为风险因素监测调查是对 212, 510 名受访者进行的电话调查, 其中包括 148, 325 名 21 岁或以上的人。

酒精滥用与酒精消费

我们使用 2001 年 NHSDA 来计算未成年人和成年饮酒者的酒精消费量、DSM-IV 标准定义的滥用和依赖饮酒的流行率, 以及未成年人和成年饮酒者的酒精滥用和依赖程度。NHSDA 就酒精消费提出了以下问题: “特别考虑过去 30 天——即从 (日期) 到今天 (包括今天)。过去 30 天, 您在过去 30 天内是否喝过 1 杯或更多酒精饮料?” 和 “在过去的 30 天里, 您通常喝了多少饮料? 数一罐或一瓶啤酒作为饮料; 酒柜或一杯葡萄酒、香槟或雪利酒; 一杯葡萄酒; 或混合饮料或鸡尾酒。” NHSDA 还包括诊断酒精滥用或依赖所需的 DSM-IV 项目。我们根据 DSM-IV 酒精滥用和依赖标准定义了病理性饮酒。NHSDA 向受访者询问了与 DSM-IV 定义的酒精滥用相关的 4 个领域 DSM-IV 定义了 7 个领域。IV 为 “导致临床上显着损害或痛苦的不适应物质使用模式”。受访者被标记为酗酒如果他们在上一年表现出 4 个条件中的任何一个。如果受访者在上一年的任何时间表现出 7 个条件中的 3 个或更多, 则根据 DSM-IV 标准将其标记为物质依赖。

为了估计与未成年人饮酒以及符合或不符合 DSM-IV 滥用或依赖饮酒标准的未成年人和成年饮酒者相关的消费者支出, 啤酒、蒸馏酒和葡萄酒消费的总量 (以加仑和升计) 2001 年的每一组都是使用酒精行业报告并由 Adams Business Research 发布的消费者酒精支出数据计算得出的。估计未成年人和成年饮酒者的现金价值还需要有关未成年人和成年饮酒者以及符合或不符合 DSM-IV 酒精标准的人所消费的饮料类型 (啤酒、蒸馏酒和葡萄酒) 比例的信息虐待或依赖。据我们所知, 没有数据记录 12 至 18 岁未成年饮酒者所饮用酒精饮料的比例。然而, Foster 等人 18 发现, 12 至 20 岁未成年饮酒者的饮酒模式与成年过度饮酒者的饮酒模式非常相似。

我们使用 2001-2002 年全国酒精及相关疾病流行病学调查 (NESARC) 估计了饮酒模式。由国家酒精滥用和酒精中毒研究所管理的对 18 岁及以上人群的全国家代表性调查要求参与者根据啤酒、蒸馏酒、葡萄酒和所有类型的 “冷却器” 类别来识别饮料类型。由于冷却器的价格通常与啤酒相似, 我们将冷却器消费的百分比重新分配到啤酒类别, 估计符合 DSM-IV 标准的成年人滥用或依赖 70.8% 啤酒、18.3% 蒸馏酒和 10.9% 葡萄酒的消费量, 而其他成年饮酒者喝了 56.1% 的啤酒、16.7% 的蒸

馏酒和 27.2% 的葡萄酒。使用相同的数据集, 我们发现符合 DSM-IV 滥用或依赖标准的未成年饮酒者 (18-20 岁) 消费了 79.6% 的啤酒、17.5% 的蒸馏酒和 2.9% 的葡萄酒, 而其他未成年饮酒者消费了 71.5% 啤酒、20.8% 蒸馏酒和 7.7% 葡萄酒。我们将 18 至 20 岁之间计算的估计饮料类型应用于所有未成年饮酒者。为了提供对未成年人和病态饮酒的现金价值的一系列估计, 我们还使用 NESARC 来计算 21 岁及以上成年人饮酒、消费和病态饮酒率的替代估计值。

酒精业所致的酒精滥用与其商业价值

对于酒类行业, 酒精消费量的增加要么来自新客户, 要么来自现有客户的饮酒量增加。分析表明, 早期开始使用酒精为这两个领域的酒精行业提供了重要的财务价值。短期现金价值是至少 225 亿美元与未成年人 (即新客户) 饮酒相关的消费者支出的即时回报。因为这些未成年饮酒者更有可能是重度和依赖成年饮酒者, 早期启动的长期现金价值是他们对依赖成年饮酒者所消耗的每年 258 亿美元的酒精滥用和酒精消费支出的重大贡献——也就是, 增加现有客户的酒精消费量。几乎所有 (96.8%) 重度和依赖酒精的成年饮酒者都在 21 岁之前开始饮酒。20 所有未成年饮酒 (包括滥用和依赖饮酒) 以及所有滥用和依赖饮酒的成年人的年行业价值合计至少为 483 亿美元, 或占总额的 37.5% 接近 629 亿美元, 占酒类消费总支出的 48.8%。展望未来, 目前这种非法未成年人饮酒以及成人虐待和依赖的模式将在未来十年为酒类行业带来至少 5.5 万亿美元现金——这是此类消费者行为持续增长的保证。不妥协的非凡商业动机。

25.9% 的未成年饮酒者符合酒精滥用和依赖的临床标准。尽管 12 至 20 岁的人占 12 岁及以上人口的 15.4%, 但他们占美国所有符合 DSM-IV 滥用和依赖饮酒标准的饮酒者的 30.1%。在 2001 年美国 1286 亿美元的酒精消费支出中, 363 亿美元或市场销售额的 28.3% 来自过去一年符合 DSM-IV 酒精滥用和依赖标准的成人和儿童的酒精消费。重度和依赖酒精的饮酒者对酒精行业的价值是酒精行业的 3 倍, 因为这些饮酒者的饮酒量是其他饮酒者的 3 倍。至少 37.5% 的销售额与未成年人饮酒和成人虐待和依赖有关, 因此酒精行业具有令人信服的经济激励措施, 试图维持或提高未成年人饮酒率。例如, 与达到法定饮酒年龄的成年人相比, 杂志上的酒精广告针对 12 至 20 岁的年轻人展示了 45% 的啤酒广告和 27% 的蒸馏酒广告。与成人相比, 儿童过度接触啤酒和蒸馏酒广告的模式也可以在广播和电视广告中看到。此外, 尽管国家报告呼吁限制酒精行业向 21 岁以下的儿童

和青少年投放广告,但对儿童和青少年的杂志和电视酒精广告的曝光率有所增加,女孩多于男孩。针对未成年饮酒者以确保利润流动的不公平和欺骗性营销做法是针对酒类行业提起的几起诉讼的主题。

酒精行业的经济利益似乎与国家在预防和限制病态饮酒方面的公共卫生利益背道而驰。这项研究对公共卫生的影响是双重的。首先,由于这种明显的利益冲突,酒类行业无法规范自己的营销和销售行为,尤其是与未成年人饮酒有关的行为。其次,25.9%的未成年饮酒者(12-20岁的12.2%)符合DSM-IV酒精滥用和依赖标准这一事实强调了针对青少年需求量身定制的综合预防策略和治疗方案的价值。重要性。

结论

本文旨在探讨酒精行业在促进适度饮酒方面面临商业利益冲突的程度。我们估计,重度饮酒者占英国人口的25%,但占有酒类销售收入的三分之二(68%)。我们的分析表明,如果这些饮酒者将消费量降至指导水平,这将对许多零售商和生产商构成重大威胁:我们的基本情况估计是英格兰38%的酒类销售额(约130亿英镑)将损失。即使在业界最乐观的假设下,随着消费者首先淘汰最便宜的酒类产品,收入也将下降24%(80亿英镑)。在我们的基本情况下,如果每个人都遵循这些准则,那么所有饮料类型和零售行业都将面临巨大的收入损失。但是,据估计场外交易的预期损失(收入将下降46%)大于场外交易的预期损失(33%)。事实上,在饮酒者首先淘汰更便宜的单位的行业最佳情况下,在线交易的收入损失相对较小。然而,如果消费者减少更昂贵的饮料,场内和场外的销售额将下降约一半。

近年来,酒类行业通过高端化和价格上涨,在减轻低消费对收入的影响方面取得了一些成功。然而,与2005年至2015年间观察到的14%的降幅相比,完全遵守这些指导方针将导致人均消费量下降(44%)更大。因此,我们的分析表明,为避免任何收入损失,人均消费的平均价格为单位必须显著增加,远高于历史价格涨幅。这些发现对自愿计划和自我监管中固有的利益冲突提出了严重的问题。此外,政府对酒类生产商的财政支持,例如通过减税和贸易谈判,似乎更成问题,因为他们认为目前经济上成功的酒类行业的规模和形态取决于有害饮酒。这些发现也可能与正在进行的关于是否将酒类销售限制在国家垄断企业或向商业企业开放的辩论有关。进一步的暗示是加强研究人员在接受来自酒精行业的资金或与酒精行业合作时保持谨慎的必要性。

该领域的未来研究有许多潜在的途径。估算不同产

品与公司利润之间关系的可靠方法将有助于确定转向低消费的底线影响。研究少喝酒人群不断变化的消费模式将有助于更真实地模拟这一现象:少喝酒的消费者在多大程度上“喝得更好”?事实上,更多关于酒精行业过去通过提高价格和销售更多优质产品来缓解销售下滑程度的研究将表明,从长远来看,这一战略可能具有更大的可持续性。

文献参考:

[1]Hawkins B, Holden C, McCambridge J. (2012) Alcohol industry influence on UK alcohol policy: a new research agenda for public health. *Crit Public Health* doi:10.1080/09581596.2012.658027.

[2]Jernigan DH. (2012) Global alcohol producers, science, and policy: the case of the international center for alcohol policies. *Am J Public Health* 102:80 - 9.

[3]McCambridge J, Kypri K. (2009) The price of alcohol and the value of the ceteris paribus assumption. *Addict Res Theory* 17:580 - 2.

[4]Room R. (2004) Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction* 99:1083 - 9.

[5]Grant BF, Dawson DA. Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1998;10:163-173.

[6]Harrison LD. Understanding the differences in youth drug prevalence rates produced by the MTF, NHSDA, and YRBS studies. *J Drug Issues*. 2001;31:665-694.

[7]Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Bonnie RJ, O'Connell ME, eds; Washington, DC: Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Research Council and Institute of Medicine; 2004.

[8]House of Commons Health Committee. *Alcohol, First Report of Session 2009 - 10, Volume II: Oral and written evidence*. London, UK: House of Commons Health Committee; 2009.

[9]Sheron N., Gilmore I. Effect of policy, economics, and the changing alcohol marketplace on alcohol related deaths in England and Wales. *BMJ* 2016; 353: i1860.

[10]Collin J., Johnson E., Hill S. Government support for alcohol industry: promoting exports, jeopardizing global health. *BMJ* 2014; 348: g3648.