



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

区域委员会

WPR/RC76/7

第七十六届会议

2025 年 8 月 19 日

斐济 楠迪

2025 年 10 月 20 日至 24 日

原文：英文

临时议程项目 13

酒精控制

饮酒问题在西太平洋区域仍是重大的公共卫生和发展挑战。2019 年，酒精导致本区域超过 48.5 万人死亡，对青年、妇女和边缘人群的影响尤为严重。尽管越来越多的证据表明饮酒有害，包括与 200 多种疾病和病症有关，但酒精产品在本区域仍普遍易得、相对便宜且营销活跃。因此，在实现全球预防和控制非传染性疾病（NCDs）目标和兑现承诺方面，西太平洋区域目前尚未走上正轨，包括世卫组织《2022-2030 年全球酒精行动计划》中设定的目标：与 2010 年相比，2030 年人均酒精摄入量减少 20%。

《西太平洋区域加速实施世卫组织 2022-2030 年全球酒精行动计划》草案以《西太平洋区域非传染性疾病预防和控制行动框架》为基础，并与本区域《共建西太平洋区域家庭、社区和社会的健康（2025-2029）》的愿景一致。该实施计划是在与各会员国广泛协商的基础上制定的，强调酒精消费趋势及相关危害，呼吁加快采取行动加以应对，具有灵活性，适应各国在政策制定和实施方面处于不同阶段的实际情况。该计划还提出了将酒精控制纳入更广泛的卫生和发展议程的方法，包括全民健康覆盖和非传染性疾病预防和控制。

提请西太平洋区域委员会审议并批准《西太平洋区域加速实施世卫组织 2022-2030 年全球酒精行动计划》草案。

《西太平洋区域加速实施世卫组织 2022-2030 年全球酒精行动计划》

草案

1. 背景

世界卫生组织 2024 年发布的《全球酒精与健康及治疗物质使用障碍状况报告》显示，2019 年，西太平洋区域每一分钟就有一人死于饮酒。令人震惊的是，本区域 20 至 29 岁男子近五分之一死亡是饮酒造成的。

酒精是对健康有重大影响的精神活性物质，任何饮酒行为都会对健康造成一定风险（1, 2）。饮酒可导致过早死亡，并与 200 多种疾病和病症有关，包括各种癌症、神经精神疾病、心血管疾病、精神健康状况、损伤、肝硬化和多种传染病（3）。事实上，即使是少量饮酒也会对癌症负担产生显著影响（4）。除直接影响健康之外，酒精还助长人际暴力、虐待儿童以及影响家庭和社区的其它危害（5）。青少年饮酒会损害大脑发育，可能导致学习困难、冲动增强、危险性行为和暴力（6-9）。尽管如此，饮酒仍然非常普遍，饮酒的危害往往被忽视。

《西太平洋区域加速实施世卫组织 2022-2030 年全球酒精行动计划》草案概述了西太平洋区域的饮酒趋势，强调酒精导致危害的证据，并呼吁会员国加快落实世卫组织《2022-2030 年全球酒精行动计划》，目标是 2030 年人均酒精摄入量（APC）¹，减少 20%（相对于 2010 年）。本文件的依据是 2022 年区域委员会批准的本区域愿景《共建西太平洋区域家庭、社区和社会的健康（2025–2029）》和《西太平洋区域非传染性疾病预防和控制行动框架》。

西太平洋区域饮酒情况及其危害

受经济增长、积极营销和监管不力等因素的影响，西太平洋区域酒精摄入量居高不下。

酒精摄入量的增加与疾病和死亡风险的增加直接相关（1）。本区域一些国家的饮酒率居世界前列。尽管在人口占本区域 70% 以上的中国，该比例有所下降，但本区域平均水平仍高于全球平均水平。

根据世卫组织《2022 年世界卫生统计报告》：

- 2022 年西太平洋区域人均酒精摄入量是 5.2 升，而全球平均水平为 5.0 升²。
- 有些国家酒精摄入量明显较高，如库克群岛（14.9 升）³、澳大利亚（11.2 升）、老挝人

¹ APC 被认为是人口酒精摄入量最精确的指标，无法根据人口调查计算出来。APC 包括记录的、未记录的和旅游消费，并有多来源，包括政府和商业运营商提供的销售/税收数据。

² 进行数据分析时，印度尼西亚尚未成为世卫组织西太平洋区域的会员国，其酒精相关数据未纳入背景部分。印度尼西亚已被纳入监测和评估表中，该表列出了具体的酒精政策基线数据，以便在接下来的五年中追踪进展情况。

³ 库克群岛 APC 数据来自 2019 年，目前尚无 2022 年的数据。

民民主共和国（11.2 升）、越南（10.7 升）和新西兰（9.2 升）。

- 2000 年到 2022 年，世界上 APC 绝对增幅最大的五个国家中有三个位于西太平洋区域：柬埔寨、蒙古和越南。2010 至 2022 年，APC 在柬埔寨、老挝人民民主共和国和越南继续大幅增加。增长的原因可能包括快速的经济转型、监管不力和酒类行业营销（10）。
- 无记录酒精⁴即不在政府管控系统的酒精，如自制或非正式生产的产品，约占总消费量的 21%，需要具体的政策对策。

在西太平洋区域，重度间歇性饮酒（HED）普遍存在，尤其是年轻人，此外，女孩和青年女性占比上升，与男孩和青年男性之间的差距比例不断缩小。

HED 是指过去一个月内一次性饮用至少 60 克纯酒精。在西太平洋区域某些国家，青少年的饮酒模式与成年人相似，年轻人的重度饮酒现象日益增多。

根据 2024 年全球状况报告：

- 2019 年，西太平洋区域的 HED 率（19.1%）超过了全球平均水平（16.7%）。
- 2019 年，15 至 19 岁青少年中，超过三分之一（36%）饮酒，其中 41% 的年轻饮酒者过度饮酒。
- 年轻女性酗酒的比例正在上升，已达到与同龄男性相当的水平。

酒精是导致死亡和残疾的主要原因，一些西太平洋国家的负担日益加重，尤其影响年轻人。

2024 年全球状况报告显示：

- 2019 年，本区域每分钟因饮酒导致一人死亡，共计 485424 人，占有所有死亡人数的 3.5%。主要原因包括出血性中风、肝硬化和道路伤害。
- 酒精是一类致癌物，与包括食道癌、肝癌、结直肠癌和乳腺癌在内的七种癌症有因果关系（4）。2019 年，131000 人因饮酒导致的癌症死亡，主要是食道癌、结直肠癌及肝癌。
- 20 至 29 岁男性中，五分之一的死亡与酒精有关。
- 酒精占有所有伤残调整生命年（DALYs）的 4.4%，其中包括因过早死亡而损失的 1620 万年。一些国家与酒精相关的疾病负担有所增加。
- 女性、年轻人、经济困难和原住民群体承受更大饮酒负担，加剧了不平等和社会经济的脆弱性（11, 12）。

2019 冠状病毒病对全球酒精消费产生了重大影响，人均摄入量从 2019 年的 5.5 升下降到 2020

⁴ 无记录的酒精是指未缴税且不在政府常规管控体系内的酒精，例如家庭或非正式生产的酒精（合法或非法）、走私酒精、代用品酒精（非供人类饮用的酒精）或通过跨境购物获得的酒精（在另一个司法管辖区记录）。

年的 4.9 升，降幅达 10.1%。在西太平洋区域，降幅更为显著，从 6.1 升降至 5.1 升，降幅达 16.4%。尽管总体摄入量下降，尤其年轻人因场所关闭，摄入量下降尤为明显，但酗酒者和有精神健康问题群体的摄入量却增加了。调查的局限性和行业预测表明，总体下降可能是暂时的，预计 2023 年的酒精销售和人均消费量恢复到疫情前的水平，与之相关的健康和社会成本也随之回升，目前相关成本占全球国内生产总值的 2.6% (13)。因此，在西太平洋区域，将短期的酒精危害下降转化为持续下降，需加快实施影响力较大的“SAFER”干预措施⁵。

2. 工作计划

世界卫生组织《2022-2030 年全球酒精行动计划》呼吁通过多部门协调进行有效的国家治理，通过影响力较大的战略和干预措施减少与酒精相关的危害，相关措施应针对酒精消费的可接受性、可获得性和可负担性。该计划强调采取全政府方法，确保政策的一致性，并防止行业干扰酒精政策的制定。世界卫生组织的“最合算措施”是用于预防和控制非传染性疾病（NCDs）的循证政策干预措施，性价比较高，强调最有效的干预措施。此外，世界卫生组织的 SAFER 框架概述减少酒精相关危害的策略。将经过验证的政策与各部门协调一致的实施工作相结合，可减少酒精相关的危害和成本，缓解酒精相关的不平等，并加速实现可持续发展目标的进程。

《全球酒精行动计划》设定的目标是到 2030 年，70% 的国家应已引入、颁布或继续实施影响力较大的政策和干预措施，现已取得显著进展。2024 年全球状况报告显示，西太平洋区域会员国大幅扩大采用世界卫生组织酒精政策：几乎所有国家现在都对至少一类饮料征收消费税；大多数国家将法定购买年龄设定为 18 岁或以上；还有相当数量的国家制定了血液酒精浓度（BAC）限值为 0.05 克/分升（g/dL）或更低的酒驾法律，并加大了常规执法力度。此外，越来越多的国家已出台或强化了营销限制措施，尤其是在广播和户外媒体方面，并开始将针对风险饮酒者的筛查和简短干预纳入初级卫生保健（PHC）服务。尽管取得了一定成果，但报告强调实施情况参差不齐，在营销禁令的全面覆盖、执法力度和卫生体系能力方面仍存在差距。《2025 年非传染性疾病进展监测》显示，在西太平洋区域，仅有一个国家实施了全部三项最佳干预措施，仍需加大工作力度弥补差距。太平洋非传染性疾病行动监测联盟（MANA）太平洋数据枢纽 – MANA 总结表也表明，几乎所有太平洋岛国和地区都已采取三项基本酒精控制措施：限制酒精销售的许可证制度、消费税和酒驾法规。然而，MANA 总结表也指出，在广告禁令方面的进展并不均衡，在 21 个国家和地区当中，只有 8 个批准了酒精广告方面的某些法规，表明整个太平洋区域在全面加强营销限制方面还有明确的机会。

鉴于对于遏制酒精消费以及相关健康风险和社会成本的重要性，本工作计划将加快扩大政策实

⁵ SAFER 的制定旨在实现全球、区域和国家的健康发展目标，减少由酒精有害使用导致的病痛。SAFER 干预措施包括：加强酒精获取限制；推动实施酒驾反制措施；提供筛检、简短干预及治疗服务；全面禁止限制酒精广告、赞助与促销活动；通过消费税与其他定价政策提高酒精价格。

施并提高执行力度列为优先行动。行动以《全球酒精行动计划》中的行动领域 2 至 6 为基础：宣传倡导、提升意识与承诺；伙伴关系、对话与协调；技术支持与能力建设；知识生产与信息系统以及资源调动，并贯穿于细化建议和实施路线图之中。在政策实施的同时提高公众对酒精危害以及有效酒精控制政策益处的认识尤为重要，因为知情社区可推动社会规范，增强政治承诺，并为采取和维持所有 SAFER 措施给予必要的授权，因此被列为优先行动。

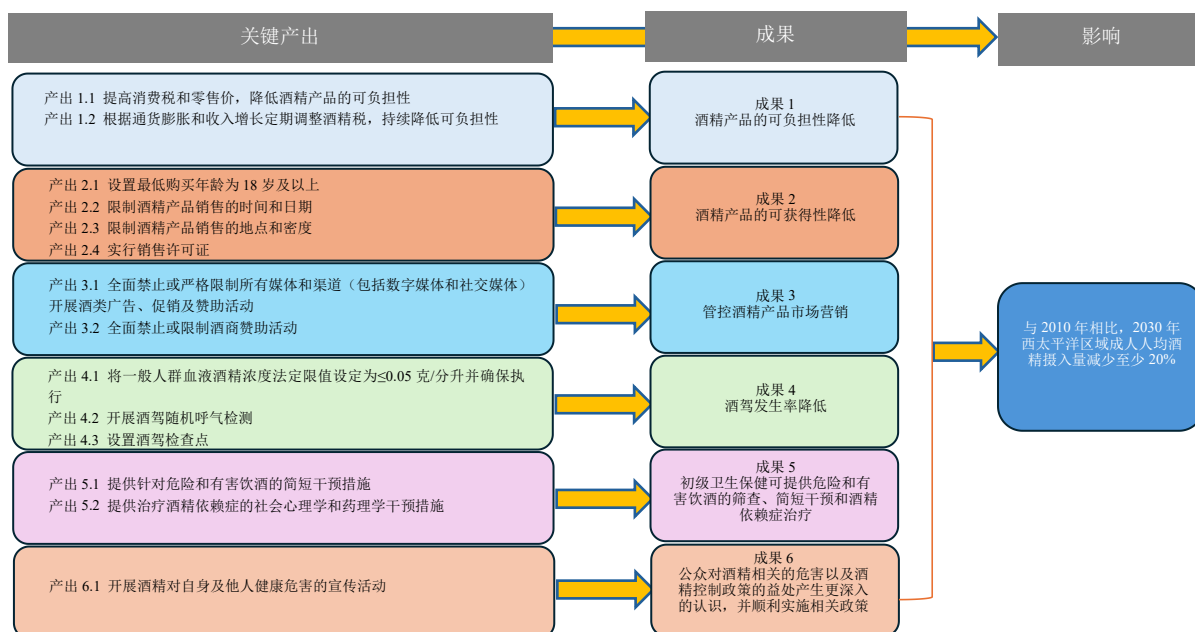
敦促会员国采取以下优先行动：

1. **降低酒精产品的可负担性。**提高酒精产品的消费税，并根据通货膨胀和收入增长进行调整，持续降低购买承受力。
2. **降低酒精产品的可获得性。**实施年龄限制；规范销售时间、门店密度、线上销售及送货上门；加强有社区参与的许可制度，防止轻易获得酒类产品。
3. **禁止或全面限制酒精产品营销。**禁止或全面限制所有媒体渠道的酒类广告、赞助和促销，包括数字和社交媒体，上述措施可改变有关饮酒的社会规范，保护年轻人和戒酒者。
4. **实施酒驾政策及对策。**通过清醒检查点和随机呼气测试（RBT）执行严格的酒驾法律和低血液酒精浓度（BAC）限制，减少酒精相关道路交通事故造成生命损失。
5. **提高筛查和简短干预危险、有害饮酒行为的覆盖范围和质量，确保酒精使用障碍（AUD）患者得到治疗。**将筛查和简短干预纳入初级卫生保健，支持同伴和家庭康复协作网络，消除污名化现象，并确保患者得到治疗。
6. **提高公众对酒精危害以及有效酒精控制政策益处的认识。**通过教育活动、媒体宣传和社区参与以及领导带头示范，提升公众的理解和支持。

关于实施优先行动的详细建议见附件。

图 1 为本工作计划的成果框架，说明建议措施的关键成果如何转化为六项优先行动的成果，最终实现西太平洋区域 2030 年成人人均酒精摄入量减少 20%。本图也是本文件“监测与评估”部分详细监测和评估表（图 1）的基础。

图 1 成果框架



3. 实施路线图

西太平洋区域各国在制定和执行酒精控制政策方面处于不同阶段。无论会员国目前处于何种阶段，实施路线图为其将承诺转化为具体行动提供了一条循序渐进的途径，指导各国采取分为四个阶段、七个步骤灵活的循环路线，包含跨领域促进因素：

- 诊断
 - 第一步：进行情况评估并制定核心指标
- 实施
 - 第二步：提高意识并争取政治承诺
 - 第三步：确定战略盟友和切入点
 - 第四步：争取早期胜利以形成势头
- 推广
 - 第五步：强化实施与执行
 - 第六步：扩大规模并巩固成果
- 巩固
 - 第七步：监测、评估与调整

各步骤按顺序排列，但各国可能在出现新数据和新机遇时发生重复或循环，例如，试点或执行审查有新发现时，应重新审视诊断阶段。政治时机成熟或具备相应能力时，第二至四步可并行开展，

早期成果或同行学习活动的经验教训应对优先事项设定有所反馈，确保路线图适应每个国家不断变化的情况。

诊断（第一步）

第一步：进行情况评估并制定核心指标

采取任何行动之前，首先进行情况评估，确定优先行动并确定实施路线图的切入点。参照图 1，制定简洁的核心绩效和成果指标，并纳入监测框架，例如降低酒精饮料的可负担性、提高在初级卫生保健机构中提供筛查和简短干预服务的百分比，或减少社交媒体上的酒精广告。为制定行动方案，应收集以下数据：

- 酒精使用情况——包括人均酒精摄入量、酒精流行度、HED、青少年饮酒情况以及无记录或家庭自制酒精的使用情况。
- 健康和社会负担——包括与酒精相关的残疾调整生命年数和死亡率、伤害、暴力和非传染性疾病。
- 政策环境——包括与 SAFER “最合算措施” 的契合度，以及立法、监管和执法方面的差距。
- 政治和系统就绪情况——包括确立国家优先事项、有影响力人士能够倡导该问题、机构能力和协调机制，以及机会和风险，包括行业干扰。

该步骤结束时，本区域各国和各地区应确定切入点及优先措施，如缺乏酒精控制措施或此类措施尚未巩固，以下详述的第二至四步可为政策制定奠定基础。

实施（第二至四步）

第二步：提高意识并争取政治承诺

- 重新将酒精控制定义为发展问题，使其与国内发展目标相契合。
- 融入公平视角，强调酒精对青少年、女性、原住民以及低收入群体的危害。
- 量化健康、社会和经济方面的危害。
- 开展有针对性的宣传活动，争取公众支持和政治承诺。
- 争取高层支持（例如，内阁决议和议会动议）。
- 预测并准备应对行业抵制。

第三步：确定战略盟友和切入点

- 动员卫生、交通、金融、教育和社会机构等领域的领袖。
- 利用非卫生领域平台，如道路安全联盟和性别平等倡议等。
- 规划并确定纳入酒精控制措施的项目和领域。

第四步：争取早期成果以形成势头

- 确定可行且效果显著的措施（例如，适度提高消费税、严格执行最低购买年龄法规），相关措施应能产生明确的益处，并为在更大范围进行系统性变革奠定基础。
- 试点实施一至两项地方性干预措施，以清晰示范成果。
- 通过新闻发布会、社交媒体和利益相关者论坛展示成果，突出实际成果。
- 利用早期成功案例吸引更多预算拨款、技术援助以及各领域新的支持者。

随着早期工作产生的切实成果开始在各国展现，第五至六步重点将自然转向进一步增强效果，相关手段包括强化立法框架、加强执行机制以及建立协调和监测系统。

推广（第五至六步）

第五步：强化实施与执行

- 填补法律漏洞，加强营销、定价和准入方面的监管。
- 培训执法人员、医务人员和社区工作人员。
- 部署数字工具，用于实时监测、合规检查和数据收集。

第六步：扩大规模并巩固成果

- 在试点地区以外的区域推广经证实有效的干预措施。
- 在国家和地方层面正式建立协调机制。
- 通过再培训、同行学习网络以及知识管理系统加强能力建设。

确立基础政策之后，政府可顺利推进巩固工作并扩大实施，持久开展可持续的变革。

巩固（第七步）

第七步：监测、评估与调整

- 验证最初（或第一步）确定的核心绩效和成果指标，并将其纳入监测框架。
- 及时持续且可靠地收集定量数据（例如政策合规率、税收收入变化）和定性数据（例如利益相关者反馈）。
- 定期进行综合审查，将调查结果、焦点小组观点和行政数据分析相结合，评估是否达到目标。
- 将所得观点反馈至第二至六步，对优先事项、调整干预措施并强化有效做法进行微调。
- 按照商定的监测和评估框架定期进行报告，确保所有国家都提交关键指标的数据，在区域和国家论坛中讨论差距和成功案例，并针对落后领域采取纠正措施。

总体方法：在所有步骤中嵌入跨领域的支持要素

下列两项行动贯穿于实施路线图的四个阶段，确保工作进展的韧性和协作性，避免既得利益

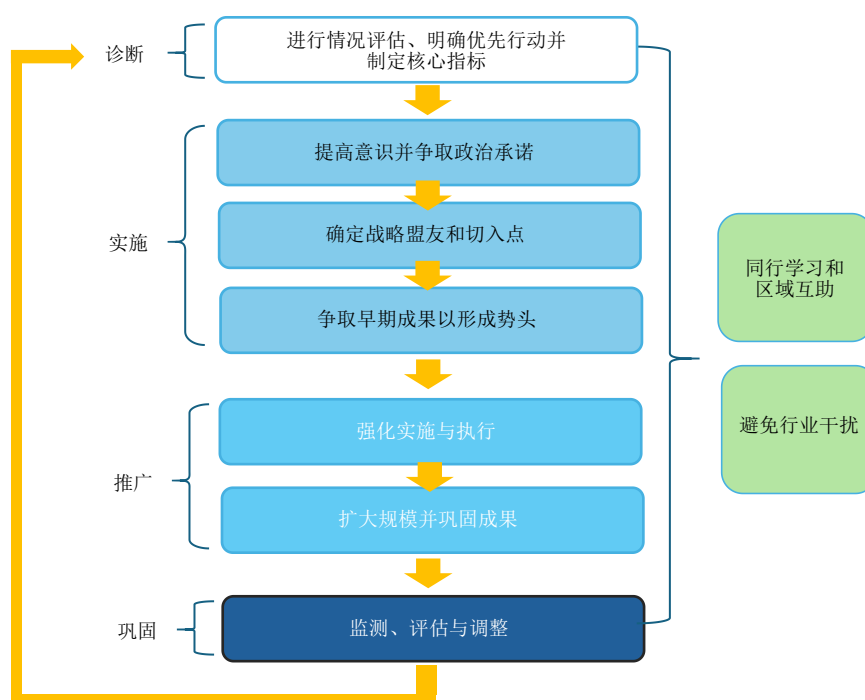
者的干扰。逐步嵌入至诊断阶段（第一步）到监测与评估阶段（第七步）的全过程中，因此各国可加快学习、共享资源并维持政策的完整性。

这两项行动是：

同行学习和区域互助——通过考察访问、案例研究、专题研讨会和共享工具包等方式促进持续开展学术交流，促进一个地区的成功经验在整个区域得到应用和推广。

避免行业干扰——需采取提高透明度的措施或利益冲突政策。应培训利益相关者认识行业干扰并制定应对策略，同时赋权民间组织，助力倡导免受行业干扰的循证政策。图 2 为实施路线图。

图 2 实施路线图



4. 实施世界卫生组织 2022-2030 年全球酒精行动计划的加速项目

实施路线图为会员国制定并推广酒精控制政策提供了一种循序渐进的灵活方法。作为路线图的补充，下列加速项目有助于在最需要支持的领域加快进展。加速项目并非独立举措，旨在促进国家优先事项之间的协同作用，例如加强初级卫生保健、推进全民健康覆盖（UHC）以及加快非传染性疾病预防和控制。与区域愿景和全球酒精行动计划一致，加速项目提供可操作、效果好的切入点，将酒精控制纳入更广泛的健康和发展议程，帮助各国将实施路线图转化为实际行动。

加速项目 1：将酒精控制纳入国家非传染性疾病预防策略

- 将酒精控制明确纳入应对非传染性危险因素的国家政策，以便协同解决。

- 通过征收和提高消费税，以及对其他不健康和有害产品采取财政策略，利用全面的监管框架降低酒精的可负担性。将部分收入用于非传染性疾病预防、健康促进或医疗服务。
- 建立统一的监管框架，与针对烟草、不健康食品和其他危害健康产品的法规保持一致，对酒精产品实施营销禁令或全面限制，保护青少年和弱势群体。
- 协调使用数字工具监测和限制在线营销所有有害产品，确保持续为所有人提供保护。

加速项目 2：制定卫生人力资源解决方案

- 提高医务人员能力，比如开展酒精筛查、提供简短干预、将患者转至合适机构接受治疗并支持酒精使用障碍的治疗。
- 将关于酒精控制的简短干预、行为咨询、同伴小组会议以及动机访谈等内容纳入医学、护理和社区医务人员的培训课程。
- 为医务人员筛查和进行简短干预治疗酒精使用障碍开发持续的职业发展计划。

加速项目 3：将初级卫生保健实践提供简短建议的内容制度化

- 制定并实施初级卫生保健协议，将筛查患者是否有危险或有害的饮酒行为和提供简短干预（例如咨询和建议）作为初级卫生保健的常规内容，减少饮酒量。
- 将酒精预防建议和治疗服务纳入全民健康覆盖福利包，包括获得循证心理社会和药理学干预措施。
- 利用数字工具，如电子病历或移动应用程序，提示初级卫生保健人员进行简短的非传染性疾病风险咨询，并支持患者持续参与。
- 制定明确的国家转诊系统，将初级卫生保健与专门的酒精使用障碍治疗中心链接起来。

加速项目 4：将酒精控制干预措施融入各类健康场所行动

- 在健康城市方面，倡导酒精控制政策，例如管控酒精销售点密度，限制酒精销售的天数和时间，执行分区和执照规定，并设立无酒区。
- 禁止在公共场所、学校和工作场所饮酒，类似无烟措施中的烟草禁令。
- 采取诸如在学校常规体检中增加酒精自杀风险联合筛查等措施，尽早识别有风险的青少年。对教师、学校辅导员和社区负责人进行培训，帮助使用简单工具并提供简短建议或转诊服务。
- 与学校、工作场所、社区和宗教组织（包括有酒精危害亲身经历的人）合作，共同设计和实施符合当地文化的相关举措，提高对酒精危害的认识，挑战饮酒习俗。

5. 监测与评估

评估减少酒精使用及相关危害的进展情况时，应以 2030 年较 2010 年基准水平实现酒精有害

使用量减少 20% 的全球目标为参照标准。《全球酒精行动计划》还设定了一个目标：到 2030 年，70% 的国家已颁布或持续执行效果较好的政策和干预措施。

为追踪进展情况，表 1 包含来自全球酒精与健康信息系统（GISAH）优先行动（效果较好的干预措施）的关键指标，同时列出了预计 2027 年完成基准目标（中期里程碑）和 2030 年目标的国家数量。2025 年的基准值取自通过世卫组织全球健康观察在线数据库获得的最新数据，包括 GISAH 的数据。通过审查每个指标的 2025 年基准值并应用宏大且切实可行的增长轨迹，确定了 2027 年基准目标和 2030 年目标，并根据当前水平进行了个性化调整：

- 高基线（2025 年覆盖率达 50% 以上）：争取到 2030 年实现几乎全面普及（国家的 80% 至 90%）。2025 至 2027 年期间设定较小的绝对增长目标（10% 至 15%），2027 至 2030 年期间随着协调一致和执行力度的加大，实现更大增长。
- 中基线（25% 至 50%）：在技术援助、跨国交流和同行学习的支持下，保持稳定势头，每个时期增长 20% 至 25%。
- 低基线（低于 25%）：鉴于采用率有限往往反映出政治支持不足、酒精行业干扰严重以及可行性挑战，重点在于通过宣传、加强合作和技术援助来营造有利条件。如准备就绪，争取 2025 至 2027 年期间实现 20% 至 30% 的增长，以形成势头。之后 2027 至 2030 年期间实现 15% 至 20% 的增长，巩固和扩大进展。

世卫组织秘书处将继续与会员国合作，完善、验证相关指标，并加强监测系统。2027 年将向西太平洋区域委员会提交关于建议行动实施情况的进展报告，并提出 2028 至 2030 年的建议。以上工作与全球酒精行动计划保持一致，支持有效实施世卫组织《全球减少酒精有害使用策略》并作为公共卫生优先事项。

表 1. 监测与评估框架

指标	基线	2027 年 目标	2030 年 目标
较 2010 年，2030 年西太平洋区域成人人均酒精消费量至少减少 20%			
人均酒精消费量 (L)	6.1 (2010) 5.2 (2022)	5.1	4.9
成果 1: 酒精产品可负担性降低			
成果 1.1: 提高消费税和零售价格，降低酒精产品的可负担性			
酒精产品可负担性下降的国家数量	预计 2025 年可得 数据	较 2025 年增长 30%	较 2027 年增 长 20%
成果 1.2: 根据通货膨胀和收入增长定期调整酒精税，持续降低可负担性			
自动调整相关消费税的国家数量	4	10	14
成果 2: 酒精产品可获得性降低			
成果 2.1: 设置最低购买年龄为 18 岁及以上			
实施店内提供酒精产品的最低法定年龄为 18 岁或以上规定的国家数量	19	22	24
实施店外酒精销售最低法定年龄为 18 岁及以上规定的国家数量	16	19	22
成果 2.2: 限制酒类销售的时间和日期			
对店内酒类销售时间有法律限制的国家数量	13	18	24
对店外酒类销售时间有法律限制的国家数量	10	16	21
对店内酒类销售日期有法律限制的国家数量	11	17	22
对店外酒类销售日期有法律限制的国家数量	7	13	18
成果 2.3: 限制酒类销售的地点和密度			
对店内酒类销售地点有法律限制的国家数量	15	18	22
对店外酒类销售地点有法律限制的国家数量	12	18	23
对店内酒类销售密度有法律限制的国家数量	6(其中一个免除对 啤酒的限制)	12	16
对店外酒类销售密度有法律限制的国家数量	2	8	12
成果 2.4: 销售许可法规到位			
对零售许可证有规定的国家数量	15	18	22
对远程订购酒类产品有规定的国家数量	店内 6; 店外 4	16	21
成果 3: 管控酒精产品营销			
成果 3.1: 全面禁止或严格限制所有媒体和渠道 (包括数字媒体和社交媒体) 开展酒类广告、促销及赞助活动			

指标	基线	2027 年 目标	2030 年 目标
禁止或全面限制在广告牌上刊登酒类广告的国家数量	1 (3 部分)	6	11
禁止或全面限制国家电视节目播放酒类广告的国家数量	3 (6 部分)	9	11
禁止或全面限制纸媒刊登酒类广告的国家数量	1 (6 部分)	6	11
禁止或全面限制互联网发布酒类广告的国家数量	1 (3 部分)	6	11
禁止或全面限制社交媒体发布酒类广告的国家数量	1 (2 部分)	6	11
成果 3.2: 禁止或全面限制酒商的赞助活动			
禁止或全面限制酒商赞助体育赛事的国家数量	2 (5 部分)	8	12
禁止或全面限制酒商赞助青年活动的国家数量	1 (2 部分)	6	11
成果 4: 发生超过法定血液酒精浓度 (BAC) 限制的驾驶率降低			
成果 4.1: 实施一般人群 BAC 法定限值≤0.05 g/dL			
实施一般人群 BAC 法定限值≤0.05 g/dL 的国家数量	11	17	22
成果 4.2: 执行酒驾随机呼气测试 (RBT)			
报告酒驾随机呼气测试执行情况的国家数量	15	18	23
成果 4.3: 设置执行酒驾执法清醒检查点			
设置执行酒驾执法清醒检查点的国家数量	13	18	24
成果 5: 初级医疗保健可提供危险和有害饮酒筛查、简短干预和酒精使用障碍治疗			
成果 5.1: 提供针对危险和有害饮酒的简短干预措施			
可开展 AUD 筛查和短期干预方案的国家数量	13	18	24
成果 5.2: 治疗 AUD 的关键心理社会和药理学干预措施的可得性			
可对 AUD 进行药物治疗的国家数量	13	18	24
可采用心理社会干预治疗 AUD 的国家数量	7	13	18
成果 6: 公众对与酒精相关的危害以及有效酒精控制政策的益处有了更深入的认识, 并且相关政策也在顺利实施当中。			
成果 6.1: 已开展有关酒精对健康影响及对他人危害的宣传活动			
开展有关酒精对健康影响及对他人危害的宣传活动的国家数量	15	18	22

6. 世卫组织秘书处的作用

世卫组织区域办事处将支持各会员国采取重要行动:

6.1 支持制定政策与管理

- 协助制定政策, 提供适应国家和地方背景的全球证据与指导。

- 支持各会员国在不受利益冲突和行业干扰的情况下制定酒精政策，确保政策基于公共卫生证据。
- 协助实施政策，解决监督、合规机制薄弱及行业干扰等问题。
- 协助各会员国在整个政策周期内，包括政策实施和执行阶段，识别、监测、揭露和抵制酒精行业干扰。
- 在设计、实施、监测和执行有效的国家及地方酒精政策和服务等方面，增强国家能力和治理水平。

6.2 促进跨部门合作和社区参与

- 促进与不同政府部门的对话和互动，倡导以健康为导向的公共酒精政策。
- 与政府和民间机构合作，提高对酒精危害的认识，澄清不实信息，支持循证政策。
- 支持会员国的社区倡议，促进酒精法规的实施并减少酒精危害。

6.3 加强数据监控

- 支持生成本地/区域证据，并确保循证决策。
- 将酒精相关指标纳入常规卫生管理信息系统和监测体系，嵌入酒精专用模块，统一数据要素，例如将急诊科创伤登记与酒精筛查结果相挂钩。
- 向会员国提供工具和技术支持，监测酒精消费情况、相关危害以及评估进展与效果。

6.4 加强区域协调与信息共享

- 收集并传播控制酒精的有效行政、监管和立法措施。
- 通过工作坊、技术简报和跨国交流及合作倡议等，促进会员国之间的经验分享，推动跨国合作。

7. 结论

在西太平洋区域，与酒精相关的危害仍然是重大的公共卫生和发展挑战，证据确凿：酒精对死亡率、发病率、伤害、暴力以及健康不平等现象有着显著影响，尤其对青少年、妇女和边缘化群体影响更大。尽管一些国家和地区取得了进展，但实施方面仍存在差距，本区域许多地方的酒精产品相对便宜、购买容易且营销活跃。

本区域计划旨在支持并加快在西太平洋地区实施世卫组织《2022-2030 年全球酒精行动计划》。计划以 SAFER 技术包为基础，并与西太平洋区域《共建西太平洋区域家庭、社区和社会的健康（2025-2029 年）》愿景保持一致，为会员国提供了结构化的灵活实施路线图及多项加速项目。利用关键优先事项（如非传染性疾病预防、全民健康覆盖和变革性初级卫生保健）之间的协同作用，各国和各地区能够对公共卫生产生更广泛的影响。特别是加速项目为酒精控制融入卫生体系、财政

政策和社区环境提供了切实可行的切入点。

对于确保改革的公平性、持续性且同公共卫生目标保持一致来说，有效领导、政府各部门协调以及防止行业干预具有重要意义。世卫组织将继续支持各会员国开展此项工作，提供技术援助、促进多部门合作并推动共同学习。

西太平洋区域通过集体行动能够减少酒精消费及其相关危害，为所有人创造更健康、更公平的未来。

附件

《西太平洋区域加速实施世卫组织 2022-2030 年全球酒精行动计划》草案

优先行动

1. 降低酒精产品的可负担性

证据表明，提高酒精消费税可降低与酒精相关的死亡率（14）。年轻人的饮酒行为受价格影响较大，价格上涨会导致饮酒量减少（15），随之逐渐降低自杀率、交通事故伤害和性传播感染率。通过征收消费税及其他财政手段提高酒精价格被认为是成本效益最高的干预措施（15）。此外，酒精税可增加收入，解决融资缺口，促进实现可持续发展目标（16）。

在菲律宾，消费税改革展示了其可能性。2017 年至 2021 年间，由于更严格的酒类产品税，卫生税收入从 2017 年约 33 亿美元提高到 2021 年 47 亿美元，其中很大一部分用于卫生项目。经济模型表明，在酒精控制方面每投入 1 美元，五年内就能避免约 1.5 美元的损失及相关成本，十五年内则能避免高达 7 美元的损失及相关成本（17）。

西太平洋区域的所有国家都对至少一种酒精类别征收消费税。然而，本区域酒精税率在全球范围内是最低的，因而酒类产品相对便宜（18）。本区域消费税通常不随通货膨胀进行调整，而且在大多数国家，税收收入没有专门用于预防或治疗项目。

建议行动：

- **提高并按指数调整消费税税率。**提高酒精消费税，每年根据消费者价格通胀和人均收入增长调整消费税税率，防止实际价值降低，确保可负担性逐渐降低。
- **改为按含量计征的结构。**根据乙醇含量征收税款，使酒精度数更高的产品承担相应更高的税负。
- **将酒精税收用于预防或医疗服务。**将一定比例的新增酒精税收专门用于循证预防、早期干预和治疗服务。
- **加强打击非法酒精的执法力度。**与各部委和利益相关方协调合作，利用税票、许可证、追踪系统和检查手段打击未纳税生产和非法市场。
- **加强多部门合作。**成立由卫生、财政和贸易部组成的多部门财政-卫生工作组，共同设计、制定和监督循证酒精消费税政策。
- **协调区域财政措施。**与邻国合作协调财政措施，避免因价格差异非法营销酒精产品。

2. 降低酒精的可获得性

酒精的可获得性是指人们获取含酒精饮料的难易程度。可获得性的提高与消费率增长相关，可

能导致更多与酒精相关的伤害。虽然本区域大多数国家都有许可证制度，但由于有关销售时间、店铺密度和位置、网上购买以及送货上门的规定十分薄弱或缺失，且执行不力，酒精产品在城市中心和较小的岛屿上随处可见。

限制可获得性的关键措施包括执行法定最低购买年龄，并规范销售时间、销售点分布及密度、在线销售和送货上门。加强有社区参与的许可条件有助于减轻危害并促进环境更安全。最新证据表明，父母向年轻人提供酒精会增加成年后大量饮酒和受到伤害的风险，表明家庭在减少酒精可获得性方面的作用（19）。

萨摩亚《2020 年酒精管制法》建立了酒精零售销售的许可制度，将最低购买年龄定为 21 岁，限制销售时间和天数，并在某些公共区域限制酒精消费，以维护公共秩序和安全。违反规定可能会导致罚款、监禁或两者兼有（3, 20）。

建议行动：

- **加强实施购买和饮用酒精的最低年龄限制。**通过定期合规检查（包括与民间组织合作开展的“神秘顾客”行动）加强现有年龄限制（大多数国家为 18 岁及以上）的执法力度。对违法行为施以明确的法律处罚，开展宣传活动，向零售商和社区宣传相关法律。
- **改进许可证制度并限制销售点密度。**加强酒精饮料生产和分销的许可证制度。升级所有现有许可证，包括餐饮许可证、零售许可证和远程销售许可证，增加销售点密度上限（例如每 1000 名居民最多一个零售许可证）。地理信息系统制图工具可帮助市政委员会分阶段推出许可证制度。
- **让社区参与许可证决策。**正式成立包括卫生、执法、地方政府和民间组织代表在内的地方酒精影响委员会，审查新申请和续期申请，尤其要关注弱势社区。
- **限制销售时间和天数。**制定具有法律约束力的销售时间和销售日限制措施，融入许可证管理规定，并监督执行情况。逐步缩短营业时间，并监测对酒精危害的影响。
- **禁止向醉酒者提供服务以及公共场所禁酒。**制定并执行禁止向醉酒者提供服务以及公共场所禁酒的规定，并辅以明确的处罚措施和在高流量公共场所的常规巡逻。
- **规范远程销售和送货上门服务。**将实体零售店的限制措施，包括最低年龄检查、禁止向醉酒者提供服务以及销售时间和销售日限制，扩展到远程销售（线上和电话）和送货上门服务。规定订单数量上限和送货时间窗口（例如订单与收货之间至少间隔两小时）。
- **开展社区主导的宣传活动。**与民间组织合作，动员公众支持，并支持由社区主导对供应措施执行情况进行监督。
- **融合家长和家庭干预措施。**在现有的母婴健康宣传活动中加入有关饮酒风险和早期家庭供应的模块。培训社区医务工作者在常规家访和诊所就诊时提供相关模块。

3. 禁止或全面限制酒精产品营销

酒精产品营销可使饮酒行为正常化，导致饮酒年龄提前、饮酒量增加并加剧危害，尤其是对年轻人和易受影响群体的影响更为显著（21）。酒精营销也削弱了减少消费和酒精依赖的工作效果。禁止或全面限制包括在数字媒体进行的营销行为，并禁止酒精品牌赞助体育和文化活动，可显著减少饮酒及其危害。自愿的酒精行业自我规范是无效的。

西太平洋区域的酒精产品营销活动越来越具有侵略性和剥削性，但仍然基本上没有受到监管，包括针对年轻人的由人工智能驱动的数字营销。政府对此类渠道的监管工作不力。

文莱达鲁萨兰国实施了对酒精广告、促销和赞助的全面禁令。该国成立了公共机构来监控酒精营销。这些机构负责监督法规的遵守情况，并对违规行为实施处罚。上述措施及其他政策干预持续减少酒精消费及相关危害（22）。

建议行动：

- **禁止酒类营销。** 审查并修订现有信息或酒类管制法律，禁止或全面限制在所有类型的媒体（电视、广播、印刷品、电影院、户外、网络和社交媒体）以及公共活动中进行酒类广告、促销和赞助。
- **将合规性与酒类许可证挂钩。** 将遵守营销限制作为啤酒厂、进口商和经销商许可证的条件，对于不遵守规定的行为处以罚款、暂停或吊销许可证。
- **通过数字和社区监测加强执法。** 可建立综合监测系统，结合网络抓取和社交媒体分析与“举报广告”短信/WhatsApp 热线，以便在可行的情况下对被标记的违规行为进行调查，最好在 72 小时内完成，会员国可根据当地能力调整目标。
- **动员民间组织和媒体。** 与非政府组织、青年团体和记者合作，提高对酒类营销禁令的认识，鼓励公众举报违规行为。

4 实施酒驾政策及对策

酒精显著提高道路交通事故的风险，2019 年在西太平洋区域导致 440 万残疾调整生命年（DALYs）的损失（23）。酒驾法律和对策，如血液酒精浓度（BAC）限值，是成本效益高的干预措施，但是否有效取决于执法基础设施和实施。随机呼气测试（RBT），结合严格的处罚和执法，是防止酒驾最有效的威慑手段之一。其他方法包括设立清醒检查点、吊销驾驶执照、安装点火锁装置、强制性驾驶员教育、提供替代交通工具、为屡次违法者提供咨询和治疗项目以及精心策划和执行的媒体宣传活动。研究表明，酒精行业参与的话，可能导致优先考虑对酒精销售影响最小的措施，这样可能会影响公共健康目标的实现（24）。

在西太平洋区域，执法不一削弱了许多国家关于驾驶员法定血液酒精浓度法律的效果。越南是一个成功的案例，2020 年以来，通过进行 275 万次随机呼气测试和对 26.2 万次违规行为进行处罚，严格执行了“零容忍”的酒驾禁令。与酒精相关的道路交通事故减少了 29.7%，受伤人数减少了 43.2%，死亡人数减少了 28%⁶。

建议行动：

- **制定并执行低血液酒精浓度（BAC）限制。**制定并执行 0.05%或更低的 BAC，并为年轻/新手和专业司机制定相应规定。
- **加大执法力度。**与交通部门和警方合作，在高风险地区增设酒精测试和清醒检查站，利用数字平台报告并开展部门间协调。
- **开展宣传活动支持执法工作。**针对与酒精有关的道路伤害和死亡，开展循证的公共教育，并为高危群体提供个性化信息。
- **监测与酒精相关的伤害。**监测与酒精相关的道路交通事故，以评估政策效果并确认必要的调整。

5 提高酒精使用障碍筛查和简短干预的覆盖范围和质量并确保酒精使用障碍（AUD）患者得到治疗

医疗机构进行简短干预可减少酒精相关危害，医务人员有助于个人减少饮酒量。正如世卫组织 [SAFER 技术倡议](#) 所述，在初级卫生保健、急诊科和生殖健康服务中进行早期识别和咨询已显示出效果，尤其是孕妇。行为疗法和药物疗法以及心理社会干预也有助于取得积极成果。

韩国的一项研究获得成功，在急诊室对因酗酒或酒精使用障碍而受伤的患者进行简短咨询，显著减少了饮酒量，尤其是重症患者（25）。

在西太平洋区域，酒精使用障碍的治疗方案在初级卫生保健和全民健康覆盖系统中的整合程度较低。文化污名化和对精神卫生问题认识不足进一步阻碍了获得必要治疗的机会。

建议行动：

- **确保酒精使用障碍治疗的可及性。**确保在国家卫生体系内实现酒精使用障碍治疗和康复的可负担性和全民可及性，包括根据世卫组织的指导方针，提供关键的循证心理社会和药物干预措施。
- **提供酒精筛查和简短干预服务。**将世卫组织的酒精使用障碍识别测试（AUDIT）筛查工具和简短建议方案纳入初级卫生保健（PHC）机构的常规检查以及其他循证场景，例如急诊科和孕产妇诊所，并配备现场数字辅助工具，如平板电脑或智能手机应用程序，以

⁶ 根据越南公安部汇编和报告的数据。

及转诊算法，以便将患者转诊至最近的治疗和康复中心。

- **加强初级卫生保健人员能力建设。**可持续提高卫生人员进行酒精筛查和采取干预措施的能力。加强宣传工作，确保对危险和有害饮酒的筛查和简短干预的质量，并为酒精依赖患者提供治疗途径。
- **对社会医务人员进行教育。**提高社会医务人员对酒精风险和危害的认识，并确保卫生体系将酒精问题作为公共卫生问题优先处理。
- **将精神卫生与社区支持相结合。**将酒精预防、治疗和康复服务与可获得的精神卫生照护、创伤知情咨询和社区支持相结合，促进健康应对策略，提供符合文化背景的照护服务，并确保从预防到康复照护的连续性。
- **支持同伴和家庭康复小组。**支持社区中的自助和互助组织（如“匿名戒酒互助会”），帮助康复并增强家庭成员对酒精使用障碍的理解。

6 提高公众对酒精危害的认识

提高公众意识，包括新闻工作者和媒体影响人物，能够提高消费者对酒精风险的理解，有助于纠正公众对酒精与癌症、胎儿酒精谱系障碍及其他危害之间联系认识不足的情况，并与营销限制措施、SAFER 或“最合算措施”相辅相成。

在西太平洋区域，关于酒精危害和政策的公众讨论仍然较少且不一致。卫生专业人员和民间组织可协助卫生部利用新数据提高公众意识。对酒精与癌症因果联系认识的提高已被证明会提高对有效政策的支持。

建议行动：

- **开展宣传活动。**设计并持续实施循证的公共教育活动，提高人们对酒精危害的认识，并为相关政策措施争取支持，确保与实施有效的酒精控制政策相辅相成，而非相互取代。在学校、工作场所、宗教集会、初级卫生保健诊所和其他社区场所普及减少酒精危害的信息。
- **开展多部门合作。**建立多部门伙伴关系（教育、青年事务、贸易、执法和民间组织），提高对酒精政策及其积极影响的认识，通过社区活动、体育和文化平台以及社会规范举措减少危害，所有相关活动都需严格遵守规则以防止利益冲突。
- **树立榜样。**禁止使用公共资金购买或饮用酒精产品，并禁止公职人员在工作时间或工作场所饮酒。

任何单一政策本身都不够充分，最大的健康收益来自于实施 SAFER 包含的全部循证措施。同时，政府可抓住政治机遇窗口，推行任何可行的政策，比如提高消费税、实施营销限制、限制销售时间或天数、加强酒驾法规，又如将简短干预措施融入初级卫生保健体系，利用每一项早期成果争

取公众和政府对于下一项措施的支持。通过一次推进一项“最合算措施”，各国可实现即时的健康效益，展示政策的效果，并形成逐步完成实施 SAFER 所需的势头，推动持续减少与酒精相关的伤害。

世卫组织对几个国家的经验进行了记录，相关国家的全面酒精控制政策已产生可衡量的公共卫生效益。例如，欧洲酒精相关死亡率最高的国家之一立陶宛，通过采取全面的“最合算措施”干预措施持续降低酒精相关死亡率，2010 至 2019 年酒精相关寿命损失年减少了 36%。2007 年开始，立陶宛逐步提高了消费税，例如，2017 年提高啤酒和葡萄酒消费税超过 100%，烈酒的消费税提高 23%。此外，逐步加强酒驾限制，提高最低饮酒年龄，实施了夜间销售禁令，并颁布全面的广告禁令。重要的是，相关措施并未导致无记录酒精使用量的激增，反而增加了公共收入，并改变了社会习俗（26， 27）。

REFERENCES

1. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e6–7 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)).
2. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015–35 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)).
3. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>).
4. Runggay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 22(8):1071–80 ([https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00279-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00279-5)).
5. Mayshak R, Curtis A, Coomber K, Tonner L, Walker A, Hyder S et al. Alcohol-involved family and domestic violence reported to police in Australia. *J Interpers Violence*. 2022;37(3–4):NP1658–85 (<https://doi.org/10.1177/0886260520928633>).
6. White HR, Marmorstein NR, Crews FT, Bates ME, Mun EY, Loeber R. Associations between heavy drinking and changes in impulsive behavior among adolescent boys. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(11):1914–23 (<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01345.x>).
7. Tapert SF, Ebersson-Shumate S. Alcohol and the adolescent brain: what we've learned and where the data are taking us. *Alcohol Res Health*. 2022;42(1):e202 (<https://doi.org/10.35946/arcr.v42.1.07>).
8. Tetteh-Quarshie S, Risher M-L. Adolescent brain maturation and the neuropathological effects of binge drinking: a critical review. *Front Neurosci*. 2023;16:1040049 (<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1040049>).
9. Lawler S, Stapinski L, Teesson M, Prior K, Basto-Pereira M, Newton N, Barrett EL. Unpacking violent behavior in young adulthood: the relative importance of hazardous alcohol use. *J Interpers Violence*. 2021;36(21–22):NP11637–58 (<https://doi.org/10.1177/08862605211044103>).
10. Rehm J, Jiang H, Hassan AS, Rovira P, Shield KD. Economic development, alcohol consumption and life expectancy in low- and lower-middle-income countries in the Western Pacific Region: a structural equation modelling study. *BMJ Public Health*. 2025;3(1):e001453 (<https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001453>).
11. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324–32 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)).
12. Laslett A-M, Cook M, Ramsoomar L, Morojele N, Walewong O. Alcohol's impact on the health and wellbeing of women in low- and middle-income countries: an integrative review. *Int J Alcohol Drug Res*. 2024;12(S2):S120–S38 (<https://doi.org/10.7895/ijadr.471>).
13. Manthey J, Hassan SA, Carr S, Kilian C, Kuitunen-Paul S, Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *PharmacoEconomics*. e2021;39(7):809–22 (<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>).
14. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>).
15. WHO technical manual on alcohol tax policy and administration. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374284/9789240082793-eng.pdf>).
16. Inter-agency Task Force on Financing for Development. Financing for sustainable development report 2024: financing for development at a crossroads. New York: United Nations; 2024 (<https://digitallibrary.un.org/record/4043672?v=pdf>).
17. United Nations Development Programme, World Health Organization, United Nations

- Interagency Task Force on NCDs. Prevention and control of noncommunicable diseases in the Philippines: the case for investment. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/countries/philippines/reports/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-philippines---the-case-for-investment.pdf?sfvrsn=6005b6d1_2).
18. Global report on the use of alcohol taxes 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374614/9789240086104-eng.pdf>).
 19. Jackson C, Ennett ST, Dickinson DM, Bowling JM. Letting children sip: understanding why parents allow alcohol use by elementary school-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2013;166(22):1053–7 (<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1198>).
 20. Alcohol Control Act 2020. Apia: Government of Samoa; 2020 (http://www.paclii.org/ws/legis/consol_act_2020/aca2020170.pdf).
 21. A health promotion approach for reducing youth exposure to alcogenic environments. Brief 12 (Snapshot series on alcohol policies and practice). Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367981/9789240073296-eng.pdf>).
 22. Global Health Observatory [online database]. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2): Brunei Darussalam, 2014–2019. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-%28recorded-unrecorded%29-alcohol-per-capita-%2815-%29-consumption>).
 23. Global health estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>).
 24. Babor TF, Robaina K, Noel J. The role of the alcohol industry in policy interventions for alcohol-impaired driving. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2018.
 25. Im SC, Lee DH. Effects of screening and brief intervention on alcohol consumption in an emergency department. *Clin Exp Emerg Med*. 2020;7(4):310–8 (<https://doi.org/10.15441/ceem.19.080>).
 26. Lithuania: Implementing “best buy” alcohol control policies in Lithuania leads to decreases in mortality and improved public health. World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/implementing--best-buy--alcohol-control-policies-in-lithuania-leads-to-decreases-in-mortality-and-improved-public-health>).
 27. Rehm J, Rovira P, Jassam AS, de Oliveira C, Lange S, Thompson MJ et al. A return on investment analysis for the 2017 increase in alcohol excise taxation in Lithuania. *Addiction*. 2025 May 6 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.70083>).