สถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

ชลิดา อุปัญญ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
นิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2561

สถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

ชลิดา อุปัญญ์
คณะนิติศาสตร์

ศาสตราจารย์.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ศาสตราจารย์.....ประธานกรรมการ
(ณรงค์ ใจหาญ)

ศาสตราจารย์.....กรรมการ
(ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

.....กรรมการ
(ดร.สุรสิทธิ์ แสงวิโรจนพัฒน์)

รองศาสตราจารย์.....กรรมการ
(ดร.ปกป้อง ศรีสนิท)

อาจารย์.....กรรมการ
(ดร.พัชรวรรณ นุชประยูร)

รองศาสตราจารย์.....คณบดี
(นเรศร์ เกษะประกร)

สิงหาคม 2561

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์ สถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย
ชื่อผู้เขียน พันตำรวจโทหญิง ชลิดา อุปัญญ์
ชื่อปริญญา นิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2561

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและของต่างประเทศในการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชง และสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงเพื่อเป็นช่องทางให้ใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงโดยนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้วิเคราะห์เพื่อสร้างต้นแบบที่เหมาะสมกับสังคมไทย ตลอดจนการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่มีอยู่แล้วให้สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

วิธีการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ (Documentary Research) โดยการศึกษาทฤษฎีแนวคิดต่าง ๆ ตลอดจนงานวิจัยและกฎหมายยาเสพติดให้โทษและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง

ผลการศึกษาพบว่ากัญชามีสถานะทางกฎหมายคือยาเสพติดซึ่งมีโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เช่นเดิม แต่หากเป็นกรณีที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขอันจำกัดตามกฎหมายที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า การใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงย่อมเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายและผู้กระทำต้องไม่มีความรับผิดทางอาญา เช่น การใช้กัญชารักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่ครบองค์ประกอบของความผิดในส่วนของการกระทำที่ไม่ใช่ความชั่วหรือมิได้เป็นการกระทำที่ตำหนิได้ หรือการกระทำดังกล่าวได้ถูกลดทอนความผิด/โทษโดยกฎหมาย ตัวอย่างรูปแบบการใช้กัญชา/กัญชงของประเทศที่มีประสบการณ์และเป็นรูปธรรมตลอดจนเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย ได้แก่ 1. การใช้กัญชา/กัญชงในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย 2. การใช้เสพและครอบครองกัญชาโดยมีเงื่อนไข 3. การใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับการใช้กัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล 4. การเสพและการครอบครองกัญชาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อเสนอแนะในการศึกษา เห็นควรสร้างแนวทางในการจัดการเพื่อผลิตและใช้กัญชา/กัญชงในประเทศไทยโดยจัดทำกฎหมายลำดับรองคือออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติ การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงดังนี้

1. กัญชา ควรใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์โดยนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมและการใช้กัญชาในทางการแพทย์กรณีเป็นผู้ป่วยในระยะ

สุดท้ายของชีวิตที่มีความประสงค์จะใช้กัญชาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการของตนโดยจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติของรัฐ

2. กัญชง/เฮมพ์ เห็นควรสร้างแนวทางในการจัดการเพื่อผลิตและใช้กัญชง/เฮมพ์ แยกต่างหากจากกัญชาเนื่องจากมีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลน้อยกว่ากัญชาและมีศักยภาพที่จะนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในทางการแพทย์และทางเศรษฐกิจด้วยการออกกฎกระทรวงการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 เฉพาะกัญชง/เฮมพ์ โดยกำหนดสาระสำคัญของการขออนุญาตใช้ประโยชน์ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติของรัฐ

ABSTRACT

Title of Dissertation	The Legal Status and Measures to Control for the Use of Cannabis Plants in Thailand
Author	Pol.Lt.Col.Chalida Upan
Degree	Doctor of Laws
Year	2018

This study aims to study the concept of Theories and legal measures of Thailand and foreign countries in the utilization of Cannabis / hemp plants. And the legal status of Cannabis / hemp to be the channel to take advantage of Cannabis / hemp. The information is used to analyze the prototype to fit the Thai society. As well as the amendment of the existing law in line with the utilization of Cannabis / hemp in Thailand.

This study is a study of qualitative data (Documentary Research) by studying theories, concepts as well as research and legislation on narcotic drugs and related laws as a basis for permitting the utilization of Cannabis/ hemp.

The study found that cannabis has legal status as narcotics, which is punishable under the Narcotics Act BE 2522. However, if the case is subject to the limits prescribed by law. The use of cannabis / hemp is a legitimate act, and the offender must not have criminal liability, such as cannabis use, medical treatment or cannabis research for medical purposes. Because the action is not complete that the offense of non-offense. Or such actions have been mitigated / punished by law. Examples of cannabis / hemp use patterns in Thailand are as follows: 1. The use of cannabis / hemp in medical and research studies. 2. The use of cannabis and hemp by conditional. 3. The use of administrative measures applies to the use of cannabis in the case of possession and possession of personal cannabis. 4. Cannabis possession and possession of terminal illness patients.

Suggestions for study,the guidelines should be established to manage and produce cannabis / hemp in Thailand. The secondary legislation is the issuance of the Ministerial Regulations under the Narcotics Act BE 2522, prescribing rules, conditions and procedures. Permission to take advantage of cannabis / hemp :

1. Cannabis should use marijuana for medical purposes and scientific research by introducing the principle of minimizing the crime and using medical

cannabis in the event of a terminal patient who wishes to use cannabis. Treat or relieve their symptoms must comply with the rules, conditions and procedures.

2. Hemp should create a management approach to produce and use hemp. Isolation of marijuana because hemp is less tetrahydrocannabinol (THC) substance than cannabis (marijuana), and has the potential to be used in both medical and economic terms by issuing ministerial regulations, licensing, manufacturing, or possession. The state determines the substance of the application for permission according to the rules, conditions and procedures.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องสถานะและมาตรการทางกฎหมายเพื่อการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชงของประเทศไทยสำเร็จลุล่วงได้เนื่องจากผู้เขียนได้รับความช่วยเหลือในการให้ข้อมูล คำปรึกษา ข้อแนะนำความคิดเห็นและกำลังใจจากหลายบุคคล ผู้เขียนขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ได้สั่งสอนและอบรมความรู้ให้แก่ผู้สอนที่ผ่านมาโดยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ ที่ได้กรุณาให้ความแนะนำข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์และให้ความเมตตาแก่ผู้เขียนมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ณรงค์ ใจหาญ อาจารย์ ดร. สุรสิทธิ์ แสงวิโรจน์พัฒน์ รองศาสตราจารย์ ดร.ปกป้อง ศรีสนิท และอาจารย์ ดร. พัชรวรรณ นุชประยูร ได้กรุณาเป็นกรรมการวิทยานิพนธ์เล่มนี้และได้ให้คำแนะนำรวมถึงข้อคิดเห็นในทางกฎหมายที่สำคัญต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มาโดยตลอด ตลอดจนขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.สุนทร มณีสวัสดิ์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ปุ่น วิชชุไตรภพ ที่ได้ให้คำแนะนำรวมถึงข้อคิดเห็นในทางกฎหมายที่สำคัญมาตั้งแต่ผู้เขียนเริ่มทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ผู้เขียนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะนิติศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาให้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีนอกจากนี้ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทั้งหลายที่ส่งกำลังใจและให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านท้ายที่สุดนี้ผู้เขียนขอขอบพระคุณและขอมอบความสำเร็จทั้งหมดจากการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้แด่ บิดาและมารดา คือ คุณจริยงค์ อุปัญญ์ และคุณสุภาภรณ์ อุปัญญ์ ตลอดจนครอบครัวของผู้เขียนที่ช่วยสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดจนเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เขียนทุ่มเทพยายามเพื่อให้สำเร็จการศึกษาเพื่อให้ท่านได้ภาคภูมิใจ

อนึ่งหากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าของผู้สนใจ ผู้เขียนขอบูชาพระคุณของบุพการี และครูอาจารย์ของผู้เขียนทุกท่าน และหากมีข้อผิดพลาดประการใดผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่ผู้เดียว

พ.ต.ท.หญิง ชลิดา อุปัญญ์
สิงหาคม 2561

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ (3)
ABSTRACT (5)
กิตติกรรมประกาศ (6)
สารบัญ (7)
สารบัญตาราง (13)
สารบัญภาพ (14)

บทที่ 1 บทนำ 1
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา 1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 6
1.3 สมมติฐานการวิจัย 6
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย 6
1.5 ขอบเขตการศึกษา 7
1.6 วิธีการศึกษา 8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8
บทที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด แนวทางการใช้ประโยชน์ การกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิของกัญชา/กัญชง 10
2.1 แนวคิดว่าด้วยยาเสพติด 10
2.1.1 ความหมายและหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติด 10
2.1.1.1 ความหมายและหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติด 10
2.1.1.2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นยาเสพติด 15
2.1.2 ประเภทของยาเสพติด 22
2.1.2.1 จำแนกประเภทตามแหล่งกำเนิด 22
2.1.2.2 จำแนกประเภทตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 22
2.1.2.3 จำแนกประเภทตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 22
2.1.2.4 จำแนกประเภทตามองค์การอนามัยโลก 23
2.1.3 บทสรุปแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด 26
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง 27
2.2.1 ประวัติศาสตร์ของการใช้ประโยชน์ 27
2.2.1.1 ประวัติศาสตร์สากล 26

2.2.1.2 ประวัติศาสตร์ของประเทศไทย 29
2.2.1.3 บทสรุปประวัติศาสตร์ของการใช้ประโยชน์ 36
2.2.2 การใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชง 41
2.2.2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ 41
2.2.2.2 ลักษณะการใช้ประโยชน์ 46
2.2.2.3 ประสิทธิภาพของการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์จากกัญชา 63
2.2.2.4 การจำแนกกัญชา/กัญชง 65
2.2.2.5 โทษและอันตราย 67
2.2.2.6 การเปรียบเทียบอันตรายของกัญชากับยาเสพติดกับยาเสพติดชนิดอื่น 71
2.2.2.7 บทสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์และโทษจากการใช้กัญชา 74
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์ 77
2.3.1 แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalisation) 77
2.3.1.1 ความหมายของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม 78
2.3.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม 81
2.3.1.3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม 88
2.3.1.4 ที่มาของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม 92
2.3.1.5 การนำการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในประเทศไทย 92
2.3.1.6 วัตถุประสงค์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด 94
2.3.1.7 หลักการลดทอนอาชญากรรมในต่างประเทศ 95
2.3.1.8 สรุปแนวคิดการลดทอนอาชญากรรม 97
2.3.2 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดอาญา 100
2.3.2.1 การวินิจฉัยความผิดอาญาของระบบกฎหมายซีวิลลอว์ 100
2.3.2.2 หลักเกณฑ์ในการบัญญัติความผิดทางอาญา 102
2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแบ่งประเภทความผิดทางอาญา: ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) 103
2.3.3.1 ความหมายของกฎหมายอาญา 104
2.3.3.2 ประเภทของกฎหมายอาญา 104
2.3.3.3 การกระทำความผิดในกรณีกัญชา/กัญชง 105
2.3.3.4 บทสรุป 106
2.3.4 หลักนิติธรรม/นิติรัฐและหลักแห่งความได้สัดส่วน 106
2.3.4.1 หลักนิติธรรม/นิติรัฐ 106
2.3.4.2 หลักแห่งความได้สัดส่วน 108
2.3.4.3 หลักความได้สัดส่วนกับกฎหมายยาเสพติด 109

2.3.5 แนวคิดสิทธิและเสรีภาพของการใช้ยาเสพติด 113
2.3.5.1 ความหมายของสิทธิและเสรีภาพ (Right and Liberty) 113
2.3.5.2 ประเภทของสิทธิและเสรีภาพ 115
2.3.5.3 สิทธิและเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติด 115
2.3.5.4 สรุปแนวความคิดเสรีภาพในการใช้สิ่งเสพติด 117
บทที่ 3 แนวความคิดว่าด้วยยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กัญชา/กัญชงในประเทศไทย 119
3.1 แนวความคิดเรื่องยาเสพติดในประเทศไทย 119
3.1.1 พัฒนาการเกี่ยวกับนโยบายของรัฐในการควบคุมการใช้กัญชง/กัญชา 119
3.1.1.1 นโยบายการควบคุมอาหารและยาก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 119
3.1.1.2 นโยบายการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทย ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 121
3.1.1.3 แนวนโยบายของรัฐในการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทย ในสมัยปัจจุบัน 122
3.1.1.4 ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดในประเทศไทย 123
3.1.2 ความหมายของยาเสพติดและการจัดประเภทของยาเสพติด 125
3.2 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา/กัญชงของประเทศไทย 126
3.2.1 มาตรการทางกฎหมาย 126
3.2.1.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 126
3.2.1.2 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 129
3.2.1.3 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 132
3.2.1.4 กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 134
3.2.1.5 กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 135
3.2.1.6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 137
3.2.2 สรุปข้อจำกัดการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง 138
3.3 มาตรการทางกฎหมายอื่นที่ใกล้เคียงกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาและกัญชง 134
3.3.1 มาตรการทางกฎหมายของการควบคุมบุหรี่ 134
3.3.2 มาตรการทางกฎหมายของการควบคุมแอลกอฮอล์ 140
3.3.3 พระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 141

3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทย 142
3.4.1 เหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายยาเสพติด 142
3.4.1.1 สถานการณ์ปัจจุบันในการเรียกร้องให้ใช้ประโยชน์จากกัญชา137 และกัญชง
3.4.1.2 ข้อจำกัดของการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทย 143
3.4.2 ปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชา/กัญชง 145
3.4.2.1 ปัญหาการจำแนกกัญชาและกัญชง 145
3.4.2.2 ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของกัญชา/กัญชง 145
3.4.2.3 คำพิพากษาที่เกี่ยวข้องของกัญชา/กัญชง 146
บทที่ 4 แนวคิดว่าด้วยยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมายที่ใช้บังคับกับยาเสพติดในต่างประเทศ 149
4.1 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด 149
4.1.1 พัฒนาการและความเป็นมาของการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดของต่างประเทศ 149
4.1.2 นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างประเทศ 153
4.1.3 มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชา/กัญชง 155
4.1.3.1 อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 155
4.1.3.2 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 156
4.1.3.3 อนุสัญญาเดี่ยวต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติแห่งปี ค.ศ.1988 156
4.1.4 การนำกฎหมายระหว่างประเทศมาใช้บังคับในประเทศไทย 156
4.2 แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายในต่างประเทศ 157
4.2.1 แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายของกัญชา 157
4.2.1.1 แบบจำลองการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย: บางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา (United State of America) 160
4.2.1.2 แบบจำลองการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณ และสถานที่เสพ: ประเทศเนเธอร์แลนด์ (Netherlands) 184
4.2.1.3 เงื่อนไขตามแบบจำลองการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล: ประเทศโปรตุเกส 189
4.2.1.4 แบบจำลองการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: บางรัฐของประเทศออสเตรเลีย (Australia) 196

4.2.2 มาตรการทางกฎหมายของกัญชง/เฮมพ์ 201
4.2.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา 202
4.2.2.2 ประเทศออสเตรเลีย 206
4.2.2.3 ประเทศแคนาดา 209
บทที่ 5 บทวิเคราะห์แนวนโยบายของรัฐและมาตรการทางกฎหมาย ในการใช้กัญชา/กัญชง 213
5.1 ปัญหาสถานะทางกฎหมาย 213
5.2 การวิเคราะห์แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ในระบบกฎหมายต่างประเทศกรณีกัญชา 221
5.2.1 รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย: บางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา 221
5.2.2 รูปแบบการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณ และสถานที่เสพ: ประเทศเนเธอร์แลนด์ 224
5.2.3 รูปแบบการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล: ประเทศโปรตุเกส 225
5.2.4 รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: บางรัฐของประเทศออสเตรเลีย 227
5.3 การวิเคราะห์แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชา 229
5.3.1 การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) 229
5.3.2 หลักเกณฑ์การกำหนดความผิดอาญา 231
5.3.2.1 การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ 231
5.3.3.2 ความผิดกฎหมาย 232
5.3.3.3 ความชั่ว 232
5.3.3 มาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายไทย เปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชา 233
5.4 การวิเคราะห์แนวคิด นโยบาย และมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชา 244
5.5 วิเคราะห์รูปแบบหรือแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงที่เหมาะสม ของประเทศไทย 245
5.5.1 การใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ (Medical Purpose) 246
5.5.2 การใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางสันทนาการ (Non Medical Purpose/recreation Use) 249
5.5.3 การใช้พืชกัญชา/กัญชงในเชิงพาณิชย์ (Commercial Purpose) 250

บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอแนะ **253**
6.1 บทสรุป 253
6.2 ข้อเสนอแนะ 254
6.2.1 กัญชา 254
6.2.2 กัญชง/เฮมพ์ 256

บรรณานุกรม **258**
ประวัติผู้เขียน **274**

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างทางกายภาพระหว่างกัญชาและกัญชง 66
2.2 คะแนนกลุ่มอิสระเฉลี่ยของอันตราย 3 หมวดของสาร 20 ชนิด จัดอันดับตาม คะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยสำหรับ 3 มาตรวัดย่อย 73
2.3 คะแนนกลุ่มอิสระเฉลี่ยของอันตราย 3 หมวดของแอลกอฮอล์ยาสูบ และกัญชา 74
2.4 การเปรียบเทียบฐานความผิดและบทลงโทษ ของกัญชา/กัญชงกับความผิดทางอาญา 110
4.1 สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของภูมิภาคต่าง ๆ ในโลก 150
4.2 กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ในระดับมลรัฐ 173
4.3 หลักเกณฑ์การอนุญาตใช้กัญชาเฉพาะสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ในระดับมลรัฐ 175
4.4 กำหนดปริมาณการครอบครองกัญชา (Maximum Amounts are Listed in Table 1 Below) 200
4.5 นโยบายและมาตรการในการควบคุมกัญชงหรือเฮมพ์ของสหรัฐอเมริกา 203
4.6 กฎหมายควบคุมกัญชงหรือเฮมพ์รัฐวอชิงตัน 205
4.7 มาตรการในควบคุมการปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัยและอุตสาหกรรมของมลรัฐควีนแลนด์ 207
4.8 แนวทางสำหรับผู้ประสงค์จะปลูกกัญชง/เฮมพ์ (Industrial Hemp) 211
5.1 นโยบายและกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาของประเทศไทย 234
5.2 เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ 236

สารบัญภาพ

ภาพที่ **หน้า**

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง 7

2.1 ความแตกต่างระหว่างพืชกัญชา (Indica) และกัญชง (Sativa) 66

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ศึกษามาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติด คือ กัญชา/กัญชง ซึ่งจัดเป็นพืชในตระกูลแคนนาบิส (Cannabis) การศึกษาของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาให้เข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ผิดกฎหมายซึ่งเป็นกฎหมายที่มีโทษทางอาญา[1] สถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงและมีแนวโน้มว่าประชาชนจะยอมรับคุณประโยชน์ของกัญชา/กัญชงมากขึ้นอันเกิดจากการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งค้นคว้าได้ง่ายกว่าในอดีต อีกทั้งมีการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับกัญชา เช่น การจัดเสวนาวิชาการเกี่ยวกับสถานะของกัญชาของภาคประชาชน[2] สถาบันการศึกษา หน่วยงานของภาครัฐและเอกชนซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงและความเป็นไปได้ของการถอดถอนกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษด้วยเช่นกัน[3]

ตามข้อเรียกร้องของประชาชนในประเด็นเรื่องสถานะทางกฎหมายจึงต้องทบทวนเจตนารมณ์หรือเหตุผลของการบัญญัติให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดซึ่งมีบทลงโทษทางอาญา เนื่องจากในอดีตกัญชา/กัญชงเคยเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายมาก่อน[4] จนกระทั่งองค์การสหประชาชาติ

---

[1] การบัญญัติว่าการกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดไว้ด้วย

[2] ภาคประชาชนได้จัดเสวนาเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา เช่น งานเสวนาเรื่อง “คุยแบบ NO Drama เสรีภาพกัญชาควรอยู่ตรงไหน?” ในหัวข้อ“กัญชา/ความเข้าใจ/ทัศนคติ/ความเป็นจริง” เมื่อวันอาทิตย์ที่ 30 สิงหาคม 2558 ณ หอศิลปวัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร

[3] ภาควิชาการคณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ได้จัดโครงการสัมมนาวิชาการเรื่อง “ความเป็นไปได้ในการลดทอนความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด: ศึกษากรณีกัญชา” เมื่อวันจันทร์ที่ 20 เมษายน 2558 ณ ห้องประชุม 1-1 อาคารสนมสุทธิพิทักษ์ อนุสรณ์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; ภาควิชาการ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดเสวนาเนื่องในงานจุฬาวิชาการ

[4] เมื่อ 6000 ปีก่อนคริสตศักราช ชาวจีนได้นำเมล็ดกัญชามาใช้บริโภคและใช้ประโยชน์ในการปรุงอาหารต่อมาเริ่มใช้ประโยชน์จากเส้นใยกัญชง (Hemp) มาผลิตสิ่งทอเครื่องนุ่งห่ม และต่อมาบันทึกไว้ในตำราสมุนไพรว่ากัญชาคือยารักษาโรคหลังจากนั้นถูกใช้เป็นสัญลักษณ์ของความเชื่อและศาสนาของชนเผ่าต่าง ๆ

ได้รับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)[5] ซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกและเข้าลงนามผูกพันตามอนุสัญญาดังกล่าว ต่อมาได้มีการจัดทำพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 ในเดือนมีนาคม ค.ศ.1972 เนื้อหาของอนุสัญญาที่เกี่ยวข้องกับกัญชาคือการที่จัดประเภทกัญชาไว้ในบัญชีที่ 1 (Schedule I) หลังจากนั้นมีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ.1990[6] หมายความว่า กัญชาจัดเป็นสารที่มีการใช้ในทางที่ผิดและก่อให้เกิดอันตรายและไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ซึ่งใน ข้อ1 (C) ให้คำจำกัดความของกัญชา (Cannabis) ว่าพืชทุกชนิดในตระกูลแคนนาบิส[7] ดังนั้นจากคำจำกัดความดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่ากัญชงซึ่งเป็นพืชตระกูลเดียวกันกับกัญชาย่อมถูกจัดเป็นยาเสพติดตามอนุสัญญาดังกล่าวด้วยเช่นกัน

ในประเทศไทย รัฐบัญญัติกฎหมายควบคุมกัญชาครั้งแรก คือ พระราชบัญญัติกันชา พุทธศักราช 2477 ต่อมาได้ปรับปรุงกฎหมายยาเสพติดคือพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาดังกล่าวที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่เนื้อหาในกฎหมายบัญญัติให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดสถานะทางกฎหมายของกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522[8] ตามมาตรา 26 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป การขออนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 26 วรรคสาม[9]

นอกจากนี้การใช้กัญชา/กัญชงในประเทศไทยยังมีปัญหาข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากนโยบายการทำสงครามกับยาเสพติดอย่างเข้มงวด (War on Drug) หากภาครัฐอนุญาตให้มีการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงแล้วน่าจะก่อให้เกิดทางเลือกใหม่ให้กับสังคมไทยทั้งทางด้านการสาธารณสุขและทางด้านเศรษฐกิจในอนาคตจึงเกิดประเด็นปัญหาว่าการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นพืชเสพติดเป็นการที่รัฐออกมาตรการทางกฎหมายโดยคำนึงถึงการพิสูจน์ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ด้วยการศึกษา วิจัย ทดลอง อย่างถ่องแท้ชัดเจนหรือไม่ การห้ามใช้กัญชา/กัญชงโดยกำหนดให้ขออนุญาตจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นราย ๆ ไปเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนและภาคเอกชนในการเข้าถึงประโยชน์ของกัญชา/กัญชงหรือไม่ ในปัจจุบันบทลงโทษ

---

[5] การประชุมระหว่างวันที่ 24 มกราคม-25 มีนาคม 1961 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ

[6] Revise Schedules including all amendments made by the Commission on Narcotic Drugs in Force as of March 1990, List of Drugs included in Schedule I is cannabis and Cannabis resin and EXTRACTS and TICTURES OF CANNABIS.

[7] Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

[8] ยาเสพติดประเภท 5 กัญชา (Cannabis) ซึ่งหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis Sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ยาง และลำต้น เป็นต้น

[9] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ต่อผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็นไปตามหลักแห่งความได้สัดส่วนซึ่งเป็นหลักการสำคัญของหลักนิติรัฐอันเป็นหลักการสำคัญของรัฐธรรมนูญหรือไม่ นอกจากนี้ควรพิจารณาหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) อันเป็นหลักการที่นานาประเทศกำลังให้ความสำคัญในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดและเป็นหลักการที่หลายประเทศนำไปใช้จนประสบความสำเร็จในการควบคุมยาเสพติดให้โทษมากกว่าการปราบปราม จากการสำรวจแนวคิดว่าด้วยการจำกัดสิทธิ การกระทำความผิดและการลงโทษและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดในหลายประเทศ พบว่ามีการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาโดยมีลักษณะแตกต่างกันไปซึ่งรูปแบบที่น่าสนใจสามารถจัดกลุ่มได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยรูปแบบการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณและสถานที่เสพ รูปแบบการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล และรูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

การพิจารณาประเด็นการใช้กัญชา/กัญชงเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่มิใช่เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์มีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น การสูบกัญชาเพื่อสันทนาการเช่นเดียวกับบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งทางด้านวิทยาศาสตร์คือยาเสพติด[10] จะเห็นได้ว่าภาครัฐมีนโยบายผ่อนปรนบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ถึงแม้ผลิตภัณฑ์บุหรี่มาจากการแปรรูปยาสูบซึ่งเป็นพืชที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลักและเป็นสารเสพติดชนิดร้ายแรงทำให้ผู้สูบบุหรี่อยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุหรี่ตลอดเวลา[11] ยาสูบซึ่งถือเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีความสำคัญของประเทศไทยที่สามารถสร้างอาชีพและรายได้จำนวนมากให้กับเกษตรกรชาวไร่ยาสูบและผู้ที่เกี่ยวข้องในประเทศปีละหลายล้านบาท[12] แม้จะก่อให้เกิดโทษแต่ภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญทั้งในด้านเป็นรายได้ให้แก่รัฐและในด้านการจ้างงานและสร้างรายได้ให้แก่เกษตรกร ถึงแม้ภาครัฐจะมีบทบาทต่อภาคธุรกิจแต่จะต้องคำนึงถึงเป้าหมายทางสังคมด้วย (Social Goal) กล่าวคือ การแสดงบทบาทของ

---

[10] ภาครัฐมิได้ออกกฎหมายกำหนดให้บุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นยาเสพติดที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีเพียงมาตรการควบคุมและการตักเตือนถึงโทษและอันตรายให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจบริโภคเท่านั้น

[11] รณชัย โตสมภาคม, **กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและการสร้างเสริมสุขภาพในทุกนโยบายของรัฐ(การปฏิรูปด้านสาธารณสุข)**, หน้า 1, ค้นวันที่ 20 สิงหาคม 2559 จาก http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/heathtyliving/smoking-and-cancer/whats-in-a-cigarette/smoking-and-cancer-whats-in-a-cigarette

[12] สถิติปริมาณและการส่งออกใบยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ประจำปี 2558 รวม 8,177,168 ตัน มีมูลค่า 1,120,081,052 บาท สำหรับการสถิติการส่งออกใบยาสูบพันธุ์เวอร์จิเนียประจำปี 2558 รวม 4,177,208 ตันมีมูลค่า 371,791,144 บาท; สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร และกรมศุลกากร, **สถิติการนำเข้า-ส่งออกสินค้าสำคัญ ประจำปี 2558** (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2558).

ภาครัฐต้องอยู่บนหลักแห่งความสมดุลระหว่างมิติทางการค้าและมิติทางสุขภาพของประชาชน (Balancing Trade and Health)

ดังนั้นผู้เขียนจึงศึกษาและวิเคราะห์ทบทวนข้อมูลทางด้านวิชาการ มาตรการทางกฎหมาย ผลดี/ผลเสียของกัญชาเพื่อนำมาชั่งน้ำหนักถึงอรรถประโยชน์ที่สังคมจะได้รับโดยพิจารณาความเป็นไปได้ของการพัฒนานโยบายของพืชกัญชา/กัญชง ดังนี้

กัญชา (Cannabis, Marijuana)[13] มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa Linneous Subsp Indica สารเคมีในกัญชามีฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลหรือสารทีเอชซี (delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท[14] เนื่องจากปัจจุบันมีนักวิจัยในต่างประเทศได้ศึกษาคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของกัญชาและผลการศึกษาพบว่าสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ในกัญชามีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรค[15] และในหลายผลการวิจัยเกี่ยวกับสารเคมีในกัญชาแสดงให้เห็นแนวโน้มถึงการยอมรับให้นำกัญชามาใช้บำบัดรักษาโรคได้จริง[16]

กัญชง/เฮมพ์ (Industrial Hemp) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa Linneous Subsp. Sativa ซึ่งเป็นพืชตระกูลเดียวกันกับกัญชามีการบันทึกในประวัติศาสตร์มายาวนานเพื่อใช้ประโยชน์จากเส้นใย[17] อาหาร และเสื้อผ้า[18] กัญชงมีสารเคมีเช่นเดียวกับกัญชาซึ่งสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแต่มีสารดังกล่าวในปริมาณน้อยจึงทำให้เกิดอาการติดยาได้น้อยกว่ากัญชาสำหรับคุณสมบัติเป็นพืชที่ให้เส้นใยคุณภาพสูงเหมาะกับประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม ในปัจจุบันกัญชง/เฮมพ์ได้รับ

---

[13] เป็นพืชที่มีชื่อเรียกหลายชื่อตามแหล่งกำเนิดเช่น Charas, Lebanese Hash, Afghan Hash เป็นต้น

[14] กระตุ้นประสาทผู้เสพจะตื่นเต้นร่าเริงช่างพูดและหัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาท ผู้เสพจะมีอาการคล้ายคนเมาสุราอย่างอ่อนและง่วงซึมและหากเสพปริมาณมากจะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ตลอดจนความคิดสับสนและควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้

[15] กัญชาสกัดเป็นยารักษาโรคหลายชนิด เช่น โรคต้อหิน โรคลมชัก อาการปวดจากไมเกรน รักษาภาวะซึมเศร้า รักษาภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ; กรพันธุ์ ณ ระนอง, **คุณสมบัติในการบำบัดรักษาของกัญชา**, ค้นวันที่ 19 เมษายน 2556 จาก http://elip.fda.moph.go.th/libraly/full text1

[16] ปัจจุบันมีการผลิตยาที่สกัดจากสารเคมีจากพืชกัญชาโดยไม่ต้องสูบกัญชาโดยตรง อาทิ เช่น ยามารินอล (Marinol), ยาซีซาเมท (Cesamet) เป็นยาที่สกัดจากสารในกัญชาเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น; ธีรธร มโนธรรม, “กัญชา: มิติใหม่ทางการแพทย์,” **วารสารอาหารและยา** 14, 1 (มกราคม-เมษายน 2550): 26.

[17] **Cannabis Timeline**, Retrieved August 5, 2015 from http://www.erowid.org/plants/cannabis/cannabis_timeline.php

[18] ต่อมาในสมัยโรมันมีการนำกัญชงจากทวีปเอเชียไปเพาะปลูกในประเทศอิตาลีและแพร่หลายไปในทวีปยุโรปและทั่วโลก; จิตรลดา อารีย์สันติชัย, **ยางกัญชา (Hashish)** (กรุงเทพมหานคร: สถาบันการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.), หน้า 7.

การสนับสนุนจากภาครัฐเห็นได้จากการออกกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559[19]

ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชาเป็นการเฉพาะ ซึ่งมีเพียงกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาออกกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป เมื่อพิจารณาเนื้อหาของกฎหมายเป็นเพียงวิธีการขออนุญาตจากรัฐเพื่อให้ได้หนังสือสำคัญเพื่อแสดงการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 เท่านั้นยังมิได้แสดงรายละเอียดเพียงพอเพื่อให้ประชาชนและภาคเอกชนสามารถเข้าถึงประโยชน์ในทางการแพทย์ได้เท่าที่ควร ดังนั้น การศึกษาถึงสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงจะเกิดประโยชน์ในด้านการหาทางออกให้กับข้อโต้แย้งในสังคมแล้วจะเป็นการพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่ประกอบด้วยแนวทางการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชงที่เหมาะสมของประเทศไทยซึ่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้กล่าวถึงประเด็นปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สถานะทางกฎหมายของพืชกัญชา/กัญชง รูปแบบ แนวความคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ แนวคิดว่าด้วยยาเสพติด แนวทางการใช้ประโยชน์และแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ตลอดจนมาตรการทางกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายต่างประเทศเพื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทยที่มีบทบัญญัติเกี่ยวข้องกับการควบคุมการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชง เพื่อวิเคราะห์ถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายและกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมในการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

อย่างไรก็ตามการใช้กัญชา/กัญชงเพื่อประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เช่น ทางด้านการแพทย์ ทางด้านทางเศรษฐกิจนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันในแง่ของจริยธรรมและเกิดความกังวลของภาครัฐว่าอาจก่อเกิดการแพร่ระบาดของการใช้กัญชา/กัญชงในทางที่ก่อให้เกิดโทษ ดังนั้นจึงต้องศึกษาเรื่องดังกล่าวโดยเอาใจใส่ต่อปัจจัยต่าง ๆ อย่างรอบด้านทั้งด้านสังคม การเมือง ศีลธรรมและเศรษฐกิจเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง เช่น มาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทยเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันโดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์กับโทษภายใต้ผลประโยชน์ที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนแล้วนำมาทำการศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับมาตรการควบคุมในต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง เช่น การใช้ประโยชน์ในฐานะพืชเศรษฐกิจ การใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้ประโยชน์เพื่อผ่อนคลายเพื่อให้ทราบถึงมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและนำมาพัฒนากฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยต่อไป

---

[19] **ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา** 134, 1 ก (6 มกราคม 2560).; ให้มีผลบังคับเมื่อพ้น 360 วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ในบทนี้ผู้เขียนวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทั่วไป สภาพปัญหาเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชง ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ประโยชน์จากพืชตระกูลแคนนาบิส คือกัญชา/กัญชงเพื่อพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณประโยชน์และผลกระทบของโทษจากพืชดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ไขหรือเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. เพื่อศึกษารูปแบบ แนวความคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ แนวคิดว่าด้วยยาเสพติดแนวทางการใช้ประโยชน์และแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงเพื่อนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงที่เหมาะสม

3. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายต่างประเทศ และมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยที่มีบทบัญญัติเกี่ยวข้องกับการควบคุมการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชง เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบที่เหมาะสมในการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนากฎหมายและมาตรการควบคุมกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ โดยศึกษาจากแนวทางการปฏิบัติในการขออนุญาตเพื่อใช้กัญชารักษาโรคของต่างประเทศ

5. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชงในฐานะเป็นพืชเศรษฐกิจใหม่ของประเทศไทย เช่น การคัดพันธุ์ วิธีการปลูก การกำหนดพื้นที่ปลูก วิธีการเก็บเกี่ยวและการจัดการหลังการเก็บเกี่ยว ไปจนถึงการแปรรูป ระบบขนส่งและการจำหน่าย

1.3 สมมติฐานการวิจัย

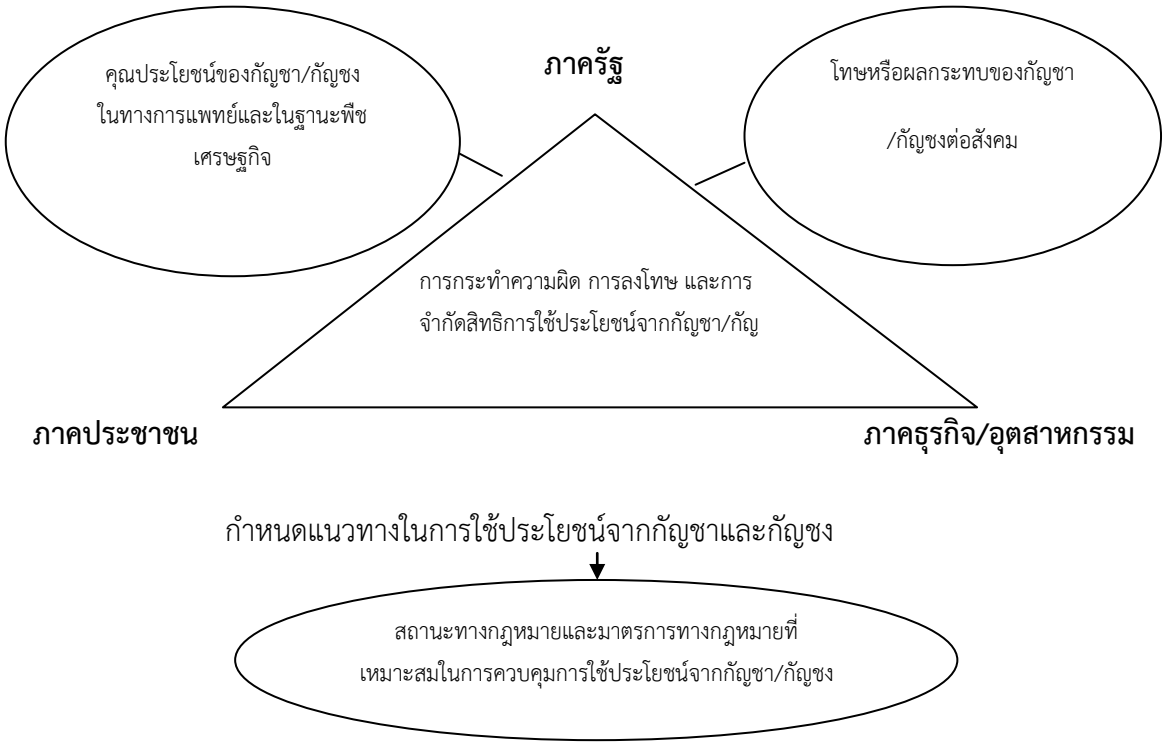
1. สามารถสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ในเรื่องการกระทำความผิด การลงโทษและการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์ในกรณีพืชกัญชา/กัญชง อันจะนำไปสู่การแก้ไขกฎหมายยาเสพติดให้โทษที่เหมาะสมเพื่อสร้างบทบัญญัติที่ทำให้ลดทอนความเป็นอาชญากรรมและสามารถใช้พืชกัญชา/กัญชงได้โดยชอบด้วยกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม

2. สร้างหลักกฎหมายเรื่องหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีปฏิบัติในการใช้ประโยชน์จากกัญชาขึ้นมาเพื่อรองรับการใช้พืชกัญชา/กัญชง ในรูปแบบต่าง ๆ ของประชาชนในอนาคต

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง แสดงความความสัมพันธ์อย่างง่ายเพื่อเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงโดยพิจารณาการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงรวมถึงการชั่งน้ำหนักระหว่างโทษต่อสังคมกับประโยชน์ที่

ได้รับว่ามีความคุ้มค่าเพียงใดเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและภาคอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจของประเทศ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงประเด็นสถานภาพทางกฎหมายกัญชา/กัญชงที่จัดอยู่ในยาเสพติดประเภท 5 ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด แนวทางการใช้ประโยชน์และแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง โดยศึกษาเปรียบเทียบเรื่องดังกล่าวจากกฎหมายต่างประเทศเพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา/กัญชง โดยการวิเคราะห์แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา/กัญชงมากำหนดรูปแบบการใช้กัญชาเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย รูปแบบการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณและสถานที่เสพ รูปแบบการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล และรูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชงแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ การจัดทำ

โครงการวิจัยเกี่ยวกับกัญชงของภาครัฐ การออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกกัญชงเพื่อการวิจัยและเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ การออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกกัญชงโดยกำหนดปริมาณสารเสพติดเพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงกฎหมายปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 พ.ร.บ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 เป็นต้น และเพื่อนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงที่เหมาะสมของประเทศไทย

1.6 วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. การศึกษาวิจัยจากเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาจากหนังสือตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งตัวบทกฎหมายที่สำคัญของไทยและต่างประเทศ และทำการวิเคราะห์เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้

2. การเข้าร่วมสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับข้อโต้แย้งของสังคมเกี่ยวกับการกำหนดสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชง เพื่อรับทราบข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของภาคประชาชน ภาครัฐและเอกชน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่น่าสนใจบางเรื่อง เช่น ผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นต้น โดยกรอบการสัมมนาและประเด็นการสัมภาษณ์เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และพิจารณาแก้ไขกฎหมายยาเสพติดไทยให้เหมาะสม ได้แก่ สิทธิ/เสรีภาพที่จะใช้ยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรงในปริมาณเล็กน้อยในเคหสถานของผู้เสพ การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในเชิงสันทนาการ/เสพเพื่อผ่อนคลาย โดยจำกัดอายุ ปริมาณ สถานที่ การใช้ประโยชน์ด้านการแพทย์ การสนับสนุนให้เกษตรกรปลูกกัญชงเป็นพืชเศรษฐกิจเช่นเดียวกับพืชยาสูบ การนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมกรณีการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทย การนำหลักอรรถประโยชน์นิยมมาเป็นพื้นฐานของการใช้ประโยชน์จากสารเสพติดเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคม แนวทางหรือมาตรการในการควบคุมการใช้ประโยชน์และผลกระทบต่อสังคม

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ทั่วไป สภาพปัญหาเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ประโยชน์จากพืชตระกูลแคนนาบิส คือกัญชา/กัญชงและกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณประโยชน์และผลกระทบของโทษจากพืชดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ไขหรือเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2. ทำให้ทราบถึงรูปแบบ แนวความคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ แนวคิดว่าด้วยยาเสพติดแนวทางการใช้ประโยชน์และแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงเพื่อนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของกัญชา/กัญชงที่เหมาะสม

3. ทำให้ทราบมาตรการควบคุมการใช้กัญชา/กัญชงของกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายต่างประเทศ และของประเทศไทย

4. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของรัฐและการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายและการพัฒนามาตรการควบคุมกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น แนวทางหรือหลักเกณฑ์การใช้กัญชาในทางการแพทย์ของต่างประเทศมาใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย เช่น การดำเนินการวิจัยทางการแพทย์ การกำหนดพื้นที่ปลูกเพื่อการวิจัย แนวทางการปฏิบัติในการขออนุญาตเพื่อใช้กัญชารักษาโรค

5. เป็นแนวทางการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชงในฐานะเป็นพืชเศรษฐกิจใหม่ของประเทศไทย เช่น การคัดพันธุ์ วิธีการปลูก การกำหนดพื้นที่ปลูก วิธีการเก็บเกี่ยวและการจัดการหลังการเก็บเกี่ยวไปจนถึงการแปรรูป ระบบขนส่ง และการจำหน่าย

บทที่ 2

แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด แนวทางการใช้ประโยชน์ การกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิของกัญชา/กัญชง

ในบทนี้ผู้เขียนได้ศึกษาแนวคิดเรื่องความเป็นยาเสพติดของกัญชา/กัญชง แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาการใช้ประโยชน์และมาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงที่เหมาะสมในบริบทของประเทศไทย ดังนี้

2.1 แนวคิดว่าด้วยยาเสพติด

เนื่องจากมีประเด็นข้อถกเถียงเรื่องการถอดถอนกัญชา/กัญชงออกจากบัญชียาเสพติดได้หรือไม่ ในข้อนี้จึงอธิบายหลักเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นยาเสพติดของพืชกัญชา/กัญชงตลอดจนสาเหตุที่ทำให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ว่าในปัจจุบันการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่แนวทางการกำหนดหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติดของกัญชา/กัญชงที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาความหมายของยาเสพติดและการจัดประเภทของยาเสพติดเพื่อนำมาเป็นหลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นยาเสพติดของกัญชา/กัญชง

2.1.1 ความหมายและหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติด

คำนิยามของคำว่าสิ่งเสพติด/ยาเสพติดให้โทษอันเป็นที่มาของการกำหนดให้พืชกัญชา/กัญชงเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ดังนี้

2.1.1.1 ความหมายและหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติด

1) ความหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้ให้คำจำกัดความของยาเสพติดตามมาตรา 4 ไว้ว่า

> สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้

โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่[20]

2) องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ว่า “สารใด ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ที่มีผลต่อจิตใจและระบบประสาท”[21]

3) องค์การอนามัยโลก คือ องค์กรที่ดำเนินการดูแลเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดที่ส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพและอันตรายของประชาชนโดยตรงและมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดได้ให้ความหมายของสิ่งเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจ[22]

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกอธิบายความหมายของการเสพติดและคำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ของ Lexicon of Alcohol and Drug Terms ว่าการติดสารเสพติดจะต้องมีองค์ประกอบหลักสองประการ กล่าวคือ ประการแรกสารที่ใช้ต้องออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประการที่สองคือสารนั้นทำให้เกิดภาวะพึ่งพา[23] ประกอบกับชุดรายงานทางเทคนิคขององค์กรอนามัยโลก (WHO Technical Report Series) ได้กำหนดอ้างอิงลักษณะของสารเสพติดอีกประการหนึ่ง คือ สารนั้นต้องก่อให้เกิดอันตรายต่อปัจเจกชนและสังคมซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

(1) สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท คือ เมื่อสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น รับประทาน การสูด การสูบและการฉีดเข้าเส้นเลือดหรือวิธีการอื่นใด สารเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพอใจจะทำให้สมองหลั่งสารโดปามีนออกมามากเกินกว่าปกติจนสมองเสียความสมดุลของการทำงานปกติไป ต่อมาสมองจะทำงานได้ตามปกติก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นให้หลั่งโดปามีนในระดับสูงเท่านั้น หากสารโดปามีนลดลงก็จะเกิดอาการถอนยา ผู้เสพจึงต้องแสวงหาสารเสพติดดังกล่าวมาเสพอีก

(2) ภาวะพึ่งพา คือ สภาวะต้องการหรือพึ่งพาสิ่งของบางสิ่งเพื่อสนับสนุนหรือเพื่อให้สามารถดำเนินการต่าง ๆ หรือเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ ภาวะพึ่งพาของยาเสพติด

---

[20] มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

[21] Single Convention on Narcotic Drug, 1961

[22] ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี, **องค์การอนามัยโลก (World health Organization or WHO) ความหมายของยาเสพติด**, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2557 จาก http://www.udon-nccd.com

[23] World Health Organization (WHO), **Lexicon of Alcohol and Drug Terms**, Retrieved December 1, 2015 from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/print.html

หมายถึงความต้องการใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อให้ผู้เสพรู้สึกดีหรือเพื่อหลบหนีความรู้สึกไม่ดีของตน การพิจารณาหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของทั้งสองระบบ คือ ระบบ ICD-10[24] และระบบ DSMV-IV [25]สามารถอธิบายหลักเกณฑ์ของภาวะพึ่งพาได้ว่าประกอบด้วยกลุ่มอาการแสดง อย่างน้อย 3 กลุ่มอาการดังต่อไปนี้

(2.1) ความต้องการเสพ กล่าวคือ พฤติกรรมหรือปฏิกิริยาของระบบประสาทที่มีความต้องการหรือความรู้สึกรุนแรงในการเสพซ้ำ ๆ เป็นระยะหรืออย่างเรื้อรังและบางครั้งก็ไม่สามารถต้านทานได้เพื่อให้รู้สึกดีหรือเพื่อหลบหนีความรู้สึกไม่ดี ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้สารและยากลำบากในการหยุดใช้สาร ชีวิตต้องใช้เวลาในการหาสารมาเสพจนทำให้

---

[24] แนวทางในการวินิจฉัยโรคไว้ว่าการมีภาวะพึ่งพา (Dependance) ของระบบ ICD-10 (The Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Health) กำหนดว่าภาวะพึ่งพา (Dependance) เกิดจากอาการอย่างน้อยสามอาการขึ้นไป คือ

1. ความต้องการอย่างแรงกล้าหรือความรู้สึกที่รุนแรงในการที่จะไปเสพสารนั้นซ้ำ ๆ
2. ความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารทั้งในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือระดับของการใช้สาร
3. ภาวะถอนพิษยา คือ อาการถอนยาทางกายภาพเมื่อหยุดใช้สารหรือลดการใช้สารเห็นได้ชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะพิเศษในการถอนยาของสารนั้นหรือการใช้สารที่เหมือนกันเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนยา
4. ภาวะดื้อยา คือ การมีภาวะดื้อยาอย่างชัดเจนโดยการเพิ่มปริมาณการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อให้ได้ผลเท่าที่ได้จากขนาดยาที่น้อยกว่า
5. ใช้เวลามากขึ้นเพื่อที่จะไปหาสารมาเสพ/ในระยะที่ฟื้นจากฤทธิ์ยา และไม่เอาใจใส่ในเรื่องที่น่าสนใจอื่นมากขึ้นเรื่อย ๆ
6. ยังคงใช้สารเสพติดต่อไปแม้ว่าจะเกิดปัญหาจากอันตรายจากสาร คือการยืนหยัดในการใช้สารถึงแม้จะเห็นผลได้อย่างแจ้งชัดถึงผลอันตราย เช่น ภาวะทางอารมณ์ที่เคร่งเครียดในระยะเวลาที่ใช้สารอย่างหนัก/การทำหน้าที่ของระบบการรับรู้ที่เกี่ยวเนื่องจากการใช้สารนั้น

[25] แนวทางในการวินิจฉัยโรคไว้ว่าการมีภาวะพึ่งพา (Dependance) ของระบบ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.) จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกามีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะพึ่งพาว่าจะต้องพบอาการดังต่อไปนี้ 3 ประการขึ้นไปจึงถือว่าเกิดภาวะพึ่งพา ดังนี้

1. อาการดื้อยา
2. อาการถอนพิษยา
3. การใช้สารในปริมาณหรือระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้
4. ความต้องการใช้สารนั้นตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้ได้
5. ใช้เวลาอย่างมากกับการหาสารนั้นมาหรือใช้เวลาในการฟื้นตัวจากฤทธิ์ยา
6. งดหรือลดกิจกรรมทางสังคมการงานหรือการบันเทิงอื่นอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด
7. ยังคงใช้สารแม้จะทราบว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ

บกพร่องต่อภาระหน้าที่และลดกิจกรรมทางสังคม ถึงแม้ว่าจะทราบสารจะทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกายและจิตใจก็ยังคงจะใช้สารเสพติดต่อไป

(2.2) อาการถอนยาหรืออาการขาดยา (Withdrawal) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีการผันแปรซึ่งเกิดขึ้นเมื่อหยุดหรือลดการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทซึ่งมักเกิดกับการใช้ยาในขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน เมื่อหยุดหรือลดปริมาณสารระบบประสาทจะขาดสารสื่อประสาทมากระตุ้นทำให้เกิดอาการเรียกร้องทางร่างกายโดยทั่วไปจะแสดงอาการทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น อาการถอนยาจากสารกระตุ้นประสาทจะทำให้นอนไม่หลับ ซึมเศร้า อ่อนล้า เซื่องซึม เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาจเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

(2.3) อาการดื้อยา (Tolerance) คือ การที่ใช้สารอย่างต่อเนื่องจะเกิดการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อปริมาณของสาร ดังนั้นจึงต้องเพิ่มขนาดหรือปริมาณของสารเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าที่ได้จากขนาดหรือปริมาณของสารเดิมที่ใช้น้อยกว่า หากเกิดการดื้อยาที่เซลล์ประสาทความไวต่อสารที่บริเวณตัวรับ (Receptor) ของระบบส่วนกลางจะลดลง กล่าวคือเมื่อสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกระตุ้นให้สารสื่อประสาทหลั่งออกมาจำนวนมากทำให้ตัวรับ (Receptor) เคยชินกับสภาวะเช่นนั้น ตัวรับ (Receptor) จะไม่ทำงานจนกว่าจะมีสารสื่อประสาทจำนวนมากมากระตุ้นเสียก่อน ดังนั้นผู้เสพจึงต้องเพิ่มขนาดหรือปริมาณของสารให้มากขึ้นเรื่อยๆเพื่อจะได้ฤทธิ์ตามที่ผู้เสพต้องการ

(3) อันตรายต่อปัจเจกชนและสังคม ลักษณะของสารเสพติดคือต้องก่อให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิตและปัญหาทางสังคม กล่าวคือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้ใช้สารกับผลร้ายที่กระทบต่อปัจเจกชนอื่น เช่น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจซึ่งกระทบต่อสังคมทั้งครอบครัวและบริวารของผู้ใช้สารในทันที ต่อมาผู้ใช้สารอาจเข้าร่วมอาชญากรรมในหลายรูปแบบรวมถึงการก่ออาชญากรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสารตลอดจนการใช้สารในทางที่ผิดอาจนำไปสู่ความต้องการบริการสาธารณะและทรัพยากรทางการแพทย์และผู้ใช้สารสามารถแพร่กระจายการใช้สารในทางที่ผิดทั้งในด้านสังคมสิ่งแวดล้อมหรือในการย้ายถิ่นฐาน[26]

ในปัจจุบันมีการกำหนดแบบประเมินทางจิตเวชเพิ่มเติม คือ ระบบ DSM V กล่าวคือเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัย “โรคจากการเสพติดกัญชา” ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชซึ่งโรคจากการเสพติดกัญชา คือ คำนิยามที่ถูกกำหนดขึ้นมาใหม่แทนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเดิมคือ DSM 4 TR ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดง 11 อาการโดยความรุนแรงของโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับน้อย (พบอาการแสดง 2-3 อาการ) ระดับปานกลาง (พบอาการแสดง 4-5 อาการ) และระดับมาก (พบอาการแสดง มากกว่า 6 อาการ) อย่างไรก็ตามหากจะวินิจฉัยโรคจากการเสพกัญชาจะต้องมีอาการแสดงเข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 2 ข้อขึ้นไปภายในระยะเวลา 12 เดือน[27]

---

[26] WHO Expert Committee on Drug Dependence, **World Health Organization Technical Report Series Number 618 (Twenty-First Report)** (Geneva: World Health Organization, 1978), pp. 25-26.

[27] **โรคจากการเสพติดกัญชา อาการแสดงเมื่อเสพติดกัญชา ภาวะเสพติดกัญชา**, ค้นวันที่ 1 กันยายน 2560 จาก https://www.honestdocs.co/cannabis-use-disorder

1. เสพกัญชาเกินขนาดที่ตั้งใจไว้ในตอนแรก
2. มีภาวะดื้อต่อการเสพกัญชาในขนาดเท่าเดิม
3. มีปัญหาการควบคุมหรือลดปริมาณการใช้กัญชา
4. มีภาวะถอนยาเมื่อหยุดเสพกัญชา
5. หมดเวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสพกัญชา
6. มีปัญหาการทำงาน การเรียน หรือปัญหาที่บ้านอันเป็นผลมาจากการเสพกัญชา
7. มีความอยากเสพกัญชามากผิดปกติ
8. เสพกัญชาแม้จะตระหนักว่าการเสพกัญชาจะก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
9. ลดหรือเลิกทำกิจกรรมอื่นที่เคยทำเพื่อเสพกัญชา
10. เสพกัญชาแม้จะตระหนักดีว่าอยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง
11. เสพกัญชาแม้จะตระหนักดีว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้มีข้อพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวยังมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการเสพติดทางใจของยาเสพติดซึ่งแสดงว่ากัญชาสามารถทำให้เกิดอาการเสพติดทางใจอันเป็นอุปสรรคต่อการเลิกกัญชาได้ ดังนี้[28]

1. ประเทศอินเดียซึ่งมีการใช้กัญชามากที่สุดแห่งหนึ่งในโลกรายงานว่าผู้เสพกัญชาสามารถเลิกเสพกัญชาได้แต่ในประเทศตะวันออกกลางคือ อิสราเอล มีรายงานว่าผู้เสพกัญชาประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เสพไม่สามารถเลิกเสพกัญชาได้

2. รายงานผลการวิจัยของยุโรปยืนยันว่าการเสพกัญชาไม่เป็นผลร้ายต่อการประกอบภารกิจประจำวันของตนเองและผู้อื่น กัญชาสามารถเลิกได้ทุกเมื่อและมีความปลอดภัยกว่าสุรา อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าผู้ที่เสพกัญชาเป็นประจำส่วนใหญ่จะต้องเพิ่มขนาดที่ใช้และบางส่วนหันเหไปเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่ากัญชา

อย่างไรก็ตามการพิจารณาความเป็นยาเสพติดจะต้องอยู่บนพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ ซึ่งนายแพทย์อลัน บัดนีย์ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องภาวะเสพติดกัญชาศึกษารวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดเสพกัญชาซึ่งผลการทดลองมีข้อบ่งชี้ว่าผู้ที่หยุดเสพกัญชาทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาลมีรูปแบบการถอนยาอยู่ในลักษณะเดียวกันกับผู้ที่หยุดเสพยาเสพติดชนิดอื่นเช่น โคเคน เฮโรอีน ซึ่งอาการถอนยาของกัญชาจะเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดใช้ประมาณ 24 ชั่วโมงและเพิ่มขึ้นจนถึงจุดที่มีอาการรุนแรงที่สุดเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 2-4 วันและลดลงหลังจากผ่านไปประมาณ 1-3 สัปดาห์[29]

กล่าวโดยสรุปความหมายโดยรวมของยาเสพติดให้โทษ/สิ่งเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและ

---

[28] วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม และเกษม เที่ยงบูรณธรรม, **พจนานุกรมโรคและการบำบัด (Dictionary of Diseases and Therapies)** (กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา, 2543).

[29] **โรคจากการเสพติดกัญชา อาการแสดงเมื่อเสพติดกัญชา ภาวะเสพติดกัญชา**, *เรื่องเดิม.*

จิตใจในลักษณะสำคัญ คือเกิดภาวะพึ่งพา สารนั้นจะออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและสารนั้นทำให้เกิดอันตรายต่อปัจเจกชนและสังคมเช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงจนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น รวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ในส่วนของภาวะติดสารเสพติดจะต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์สามประการ คือสารที่ใช้ต้องออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท, ภาวะพึ่งพา และก่อให้เกิดอันตรายต่อปัจเจกชนและสังคม

2.1.1.2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นยาเสพติด

ในข้อนี้อธิบายถึงสารเสพติดในพืชตระกูลแคนนาบิส (Cannabis) คือ พืชกัญชา/กัญชง ดังนั้นการพิจารณาความเป็นยาเสพติดจึงต้องพิจารณาถึงสารเคมีที่อยู่ในกัญชา/กัญชง ซึ่งประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดซึ่งหนึ่งในสารดังกล่าวคือสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) โดยสารในกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ประกอบด้วยสารต่างๆหลายชนิดแต่ที่พบมากที่สุด 4 ชนิด ได้แก่ Cannabinoidol (CBD), delta- 9 – Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabinol (CBN) และ Cannabigerolic Acid[30] คุณสมบัติทางเภสัชวิทยากระบวนการเมตาบอไลท์และกลไกการออกฤทธิ์ของสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) อธิบายได้ดังนี้[31]

เภสัชจลนศาสน์ของสารแคนนาบินอยด์พบว่าการฉีดกัญชาเข้าหลอดเลือดดำกับวิธีสูบกัญชามีการดูดซึมเกือบเท่ากัน การสูบกัญชาจะทำให้สารทีเอชซีถูกดูดซึมผ่านผนังปอดได้อย่างรวดเร็วและออกฤทธิ์สูงสุด (Peak Effect) ภายหลังจากการสูบประมาณ 20 นาทีและหมดฤทธิ์ภายใน 3 ชั่วโมง การรับประทานกัญชาจะทำให้การดูดซึมช้าและให้ผลไม่แน่นอนและระยะเวลาของการออกฤทธิ์ยาวนานกว่าวิธีสูบ เมื่อรับประทานกัญชาจะเกิดขึ้นภายหลังจากรับประทานกัญชาประมาณ 3–4 ชั่วโมงและหมดฤทธิ์ภายใน 6–8 ชั่วโมง

กระบวนการเมตาบอไลท์ของสารแคนนาบินอยด์ได้แก่สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ซึ่งพบการเผาผลาญส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่ตับโดยสารจับกับพลาสม่าโปรตีนและถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางปัสสาวะและอุจจาระ สารทีเอชซีมีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมันเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะกระจายเข้าไปอยู่ในส่วนไขมันทำให้ร่างกายต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ในการเปลี่ยนแปลงและขับถ่ายซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการสะสมของสารทีเอชซี ในรูปที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายได้

กลไกการออกฤทธิ์ของสารทีเอชซี มีโมเลกุลการจัดตัวแบบเหมือนภาพกระจกจึงมีความจำเพาะต่อตัวรับ (Receptors) แตกต่างกันและมีตัวรับจำเพาะ (Selective Receptors) ดังนั้นสารทีเอชซีจะจับกับตัวรับที่สมองส่วนต่าง ๆ โดยพบมากในสมองส่วน Substantial Nigra, Globus, Pallidus, ฮิปโปแคมพัส (Hippocampus), เซเรเบลลัม (Cerebellum) และสมองส่วนหน้า (Forebrain) Bertram G. Katzung ได้ศึกษาผลทางเภสัชวิทยาของสารทีเอชซี พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์

---

[30] Mickey Martin, Ed Rosenthal and Gregory T. Carter, **Medical Marijuana 101** (Oakland, California: Quick American, 2011), p. 14.

[31] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, **คุณสมบัติในการบำบัดรักษาของกัญชา** (นนทบุรี: กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2540), หน้า 5-6.

สูบกัญชาจะรับรู้ฤทธิ์ของกัญชาได้สูงสุดภายหลังการสูบประมาณ 20 นาที ในระยะแรกจะเกิดอาการเคลิ้มจิต (High) ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกเคลิบเคลิ้มและเป็นสุข (Euphoria)[32]

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นยาเสพติดพืชกัญชา มีดังนี้

1. คุณสมบัติและกลไกการออกฤทธิ์ กัญชาเป็นพืชที่มีสารเสพติดซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของสารเคมีที่มีลักษณะเฉพาะของกัญชาที่เรียกว่ากลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) อนุพันธ์หนึ่งในสารเคมีดังกล่าวมีสารที่ชื่อเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือทีเอชซี (delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC) อนุพันธ์ดังกล่าวเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและอารมณ์มากที่สุดและทำให้กัญชาเป็นพืชเสพติดและถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ดังนั้นการศึกษาอันตรายของกัญชาจึงต้องศึกษาถึงกลไกการเสพติดตลอดจนการออกฤทธิ์ของกัญชาในระบบประสาทและสมองซึ่งเป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของกัญชาต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ดังนี้

1) ระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoidsystem, ECS) คือ ระบบสรีวิทยาที่พบได้ทั่วไปในร่างกายทั้งระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral System) โดยมีบทบาทควบคุมการรับประทานอาหารน้ำหนักตัวและกระบวนการเมทาบอลิซึมในร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของพลังงานในร่างกาย ซึ่งสารเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid, ECS) หมายถึงสารที่ร่างกายสร้างขึ้นเองและสามารถจับกับตัวรับแคนนาบินอยด์ (Cannabiniod Receptor, CB Receptor) ได้แก่ สารอะนันดาไมด์ (Ananadamide; AEA) และสาร 2-arachidonoyl-glyceraol (2-AG) นอกจากนี้ยังมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ควบคุมการเคลื่อนไหว การตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกัน และการตอบสนองต่อการอักเสบ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าสารที่ได้จากกัญชาออกฤทธิ์กระตุ้นความอยากอาหาร ต่อมาในปี ค.ศ.1964 ได้เริ่มศึกษาวิจัยเพื่อสกัดหาสารในกัญชาและพบว่าสารดังกล่าวคือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลหรือสารทีเอชซี (THC) จนกระทั่งปี ค.ศ.1990-1995 มีการค้นพบตัวรับแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids Receptor) และสารที่ร่างกายมนุษย์สร้างขึ้นที่มีฤทธิ์คล้ายสารทีเอชซี (THC) ในกัญชาคือสารเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid, ECS)[33]

2) แคนนาบินอยด์รีเซพเตอร์ (Cannabinoid Receptor) หรือตัวรับแคนนาบินอยด์ซึ่งเป็นโปรตีนที่เรียกว่า G-protein Coupled Receptor อยู่บริเวณเซลล์เมมเบรนหรือผิวเซลล์ โดยตัวรับแคนนาบินอยด์จะจับกับสารเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid)[34] และสารสำคัญในกัญชาคือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ต่อมาจะเกิดการถ่ายทอดสัญญาณ (Signal Receptor) จนส่งผลต่อเนื่องไปยับยั้งการหลั่งสารกาบา (GABA) จนเป็นผลให้ปมประสาทหลั่งสารโด

---

[32] Euphoria ประกอบด้วยอาการต่าง ๆ เช่น การหัวเราะโดยไม่มีเหตุผล การรับรู้ในเรื่องของเวลาผิด บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ต่อมาจะรู้สึกผ่อนคลายมีสภาวะคล้ายฝันในขณะที่ยังมิได้หลับมีความยากลำบากในการใช้สมาธิและความคิด

[33] “Endocannabinoid System,” **Thai Pharmaceutical and Health Science Journal**, 4, 1 (January-March 2009): 84-92.

[34] *Ibid.,* p. 86.

ปามีนออกมามากขึ้น ในทางเภสัชวิทยาของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลหรือสารทีเอชซีในกัญชาจะออกฤทธิ์โดยการเชื่อมกับแคนนาบินอยด์รีเซพเตอร์ (Cannabinoid Receptor) หรือตัวรับ CB1 ในสมอง การค้นพบแคนนาบินอยด์รีเซพเตอร์ (Cannabinoid Receptor) พบว่าร่างกายมนุษย์สร้างสารที่คล้ายกับสารทีเอชซีในกัญชาคือสารเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid) สารดังกล่าวได้แก่ อะนันดาไมด์ (Ananadamide / Arachidonylethanolamide; AEA) และสารที่ใกล้เคียงที่ร่างกายสร้างขึ้นเองได้แก่ เอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) เอนคีฟาลิน (Enkephalins) และไดนอร์ฟิน (Dinorphins)[35]

2. การเสพติดและกลไกการเสพติดของสมอง[36] กัญชามีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังนั้นกลไกการเสพติดของกัญชาจากบทความเรื่องสมองและกลไกการเสพติดเป็นการอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ติดยาเสพติดโดยอธิบายถึงการทำงานของสมอง คือ อวัยวะสำคัญของร่างกายมีหน้าที่ควบคุมการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อ การคิด ความจำ อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งความพอใจและความเจ็บปวด สมองประกอบด้วยเซลสมองหรือเรียกว่าเซลประสาท (Neuron) หลายพันล้านเซล สมองทำงานได้โดยการส่งสัญญาณระหว่างเซลประสาททั้งหลายภายในสมองและกระจายออกไปทั่วร่างกายเป็นเครือข่ายเรียกว่าระบบประสาท ซึ่งแบ่งออกเป็นระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ สมองและไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ เส้นประสาทต่าง ๆ ที่กระจายทั่วร่างกาย เซลประสาท(neuron) มีรูปร่างคล้ายปลาหมึกยักษ์ คือ มีตัวเซล (Soma) และมีแขนยื่นออกไปรอบ ๆ ซึ่งแขนแบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามหน้าที่การทำงาน คือ ชนิดแรกคือ แขนรับสัญญาณ (Dendrite) ทำหน้าที่รับสัญญาณหรือข้อมูลจากเซลประสาทอื่นและชนิดที่สองคือ แขนส่งสัญญาณ (Axon) ทำหน้าที่ส่งสัญญาณหรือข้อมูลไปยังเซลประสาทอื่น ในส่วนสัญญาณประสาทมี 2 ชนิด คือสัญญาณไฟฟ้าและสัญญาณเคมี ในการส่งสัญญาณข้ามเซลนั้นเซลประสาททั้งสองไม่ได้สัมผัสกันแต่จะมีช่องว่างเรียกบริเวณนี้ว่าจุดส่งสัญญาณข้ามเซล(terminal) เมื่อเซลประสาท (Neuron) ถูกกระตุ้นตัวเซล (Soma) จะส่งสัญญาณในรูปสัญญาณไฟฟ้าไปตามแขนส่งสัญญาณจนถึงจุดส่งสัญญาณข้ามเซลที่ปลายแขนส่งสัญญาณซึ่งจะมีลักษณะเป็นกระเปาะเรียกว่าปมประสาท (Synapse) ภายในบรรจุสารเคมีชนิดต่าง ๆ เรียกว่าตัวส่งผ่านสัญญาณประสาท (Neurotransmitter) สัญญาณไฟฟ้าจะกระตุ้นให้สารเคมีหลั่งออกมาสู่ช่องว่างรอบ ๆ จุดส่งสัญญาณข้ามเซล (Terminal) สารเคมีที่เซลจะไปจับกับโปรตีนที่ผิวของแขนรับสัญญาณของเซลประสาทอื่นและกระตุ้นให้ประจุไฟฟ้าของเซลประสาทนั้นเปลี่ยนแปลงไป สัญญาณไฟฟ้าที่เกิดขึ้นก็จะถูกส่งไปตามแขนรับสัญญาณไปสู่ตัวเซลเป็นวงจรต่อไป สารเคมีในสมองที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกการติดยาเสพติดของมนุษย์ซึ่งสารเคมีในสมองทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลไกการติดยาเสพติดคือ “สารโดปามีน”

---

[35] ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 (นครสวรรค์), **การพัฒนาวิธีการตรวจหาสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลของกัญชาในปัสสาวะโดยวิธีแก๊สโครมาโตกราฟฟีแมสสเปคโตรมิเตอร์**, ค้นวันที่ 6 ธันวาคม 2557 จาก http://rmscns.dmsc.moph.go.th

[36] สถาบันวิจัยยาเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา, **สมองและกลไกการเสพติด**, แปลโดย วิชัย โปษยะจินดา, ค้นวันที่ 2 ตุลาคม 2559 จาก http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/ brain_drug.pdf

ซึ่งเป็นสารเคมีที่ทำหน้าที่ส่งผ่านสัญญาณประสาท (Neurotransmitter) ในสมองส่วนควบคุมความพอใจเมื่อเซลประสาทของสมองส่วนควบคุมความพอใจถูกกระตุ้นจะส่งสัญญาณไฟฟ้ามาตามแขนส่งสัญญาณ (Axon) เมื่อมาถึงปลายแขนส่งสัญญาณจะกระตุ้นให้สารโดปามีนหลั่งออกมาและตัวจับโดปามีนที่ผิวของแขนรับสัญญาณ (Dendrite) ของอีกเซลหนึ่งคือโปรตีนที่ทำหน้าที่จับโดปามีน เมื่อโดปามีนจับกับตัวจับโดปามีนซึ่งเป็นโปรตีนที่ผิวเซล ตัวจับโดปามีนจะเปลี่ยนโครงสร้างโมเลกุลไปทำให้เกิดผลต่อเนื่องถึงโครงสร้างโปรตีนตัวอื่น ๆ ด้วยได้แก่ โปรตีนจี เอนไซม์อะดีไนเลตไซเคลส และไซคลิก เอ-เอ็ม-พี ซึ่งไซคลิก เอ-เอ็ม-พี เป็นตัวควบคุมการทำงานต่าง ๆ ของเซลล์การส่งผ่านสารเคมีเข้าและออกรวมทั้งการผลิตและส่งสัญญาณไฟฟ้าของเซลประสาทด้วย กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกายเพื่อให้เกิดการแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และการทำนุบำรุง ดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งซึ่งเร้าหรือกระตุ้นความพอใจของมนุษย์สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสมองส่วนที่ทำหน้าที่นี้เรียกว่า “สมองส่วนควบคุมความพอใจ” ตัวส่งสัญญาณประสาทในสมองส่วนนี้คือ “โดปามีน” เมื่อสมองส่วนที่ควบคุมความรู้สึกพอใจนี้ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าต่าง ๆ จะหลั่งสารโดปามีนออกมาเมื่อสิ่งเร้าหมดไประดับโดปามีนในสมองลดลงความรู้สึกพอใจก็ลดลงด้วย ก่อให้เกิดเป็นความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจจึงต้องแสวงหาสิ่งเร้ามากระตุ้นอีกเพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้เรียกว่า “พฤติกรรมแสวงหาความพอใจ” (Rewarding Behaviors)

การเสพติด คือสภาวะซึ่งสิ่งมีชีวิตหมกมุ่นในพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำเนื่องจากพฤติกรรมนั้นมีผลตอบแทนที่ส่งเสริมความพอใจจนสูญเสียสมรรถภาพที่จะควบคุมการบริโภคสารเสพติด สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพอใจทำให้สมองหลั่งสารโดปามีนออกมามากเกินกว่าปกติจนสมองเสียสมดุลของการทำงานตามปกติไป สมองจะทำงานตามปกติได้ต่อเมื่อมีโดปามีนในระดับสูง ๆ เท่านั้นเมื่อระดับโดปามีนลดลงก็เกิดอาการที่เรียกว่าอาการถอนพิษและต้องแสวงหาสารเสพติดนั้นมาใช้อีกสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นความพอใจตามธรรมชาติได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้พฤติกรรมเพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การทดลองในหนูเพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาความพอใจ เมื่อใช้กระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ จี้สมองของหนูส่วนที่ควบคุมความพอใจผลคือหนูจะติดใจและจะเหยียบปุ่มควบคุมเพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าตัวเองเรื่อยๆซึ่งแสดงว่าหนูมีความพอใจและติดใจเมื่อถูกกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า เมื่อวัดปริมาณสารเคมีในสมองของหนูพบว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากและหนูจะแสวงหาสิ่งนั้นอยู่เรื่อย ๆ จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยการต้องจี้กระแสไฟฟ้าเข้าตัวเองอยู่เสมอ สภาวะที่สิ่งมีชีวิตหมกมุ่นในพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำเนื่องจากพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดความพอใจจนไม่สามารถหยุดพฤติกรรมนั้นได้เรียกว่า “การเสพติด” ต่อมาเมื่อผู้เสพใช้ยาเป็นระยะเวลานานร่างกายจะไม่ตอบสนองต่อยาปริมาณเดิมที่เคยได้รับต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิมคือ “สภาวะการดื้อยา” สำหรับการพึ่งยาคือภาวะที่ร่างกายจะทำงานตามปกติเฉพาะเมื่อมียาอยู่ในร่างกายร่างกายจะเกิดการทำงานแปรปรวนเมื่อขาดยาเรียกว่า “อาการถอนพิษยา” เมื่อใดที่ขาดยาการทำงานของร่างกายจะแปรปรวนไปมีอาการต่าง ๆ ที่เรียกว่าอาการถอนพิษยาเกิดขึ้น อาการถอนพิษยาอาจเป็นอาการแสดงอ่อน ๆ เช่นอาการของคนติดกาแฟจนถึงอาการขั้นรุนแรงเช่นอาการขาดเหล้าหรืออาการลงแดงเมื่อขาดเฮโรอีน เป็นต้นสารเสพติด

ชนิดต่าง ๆ ได้แก่ เฮโรอีนรวมทั้งมอร์ฟีน ฝิ่น โคเคน ยาบ้า กัญชา สุราและบุหรี่ก็มีกลไกการเสพติดโดยหลักใหญ่ ๆ เช่นเดียวกันคือกระตุ้นให้สมองส่วนควบคุมความพอใจหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้น แต่สารเสพติดแต่ละชนิดจะมีรายละเอียดของกลไกลต่างกันไป

สำหรับกัญชามีกลไกการเสพติดเกิดขึ้นบริเวณของสมองที่มีตัวจับสารออกฤทธิ์ของกัญชา ได้แก่ สมองส่วนควบคุมความพอใจบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งควบคุมความจำและบริเวณเซเรเบลลัม (Cerebellum) ซึ่งควบคุมการประสานงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ กัญชาจึงออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ควบคุมตนเองไม่ได้ ความรู้เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของกัญชาอยู่ระหว่างการศึกษาทดลองแต่ข้อมูลปัจจุบันเชื่อว่ากลไกการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพอใจซึ่งเป็นสาเหตุให้กัญชาเป็นยาเสพติดนั้น สารออกฤทธิ์ของกัญชาจับกับโปรตีนที่ผิวเซลประสาทและส่งผลต่อเนื่องไปยับยั้งการหลั่งสารกาบา (GABA) จนเป็นผลให้ปมประสาทหลั่งโดปามีนออกมามากขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่าสารเสพติดนั้นเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้าไปที่สมองและสามารถจับกับโปรตีนตัวจับที่ผิวของเซลประสาทได้และมีผลต่อเนื่องไปเปลี่ยนแปลงระบบการควบคุมปริมาณโดปามีนในสมองส่วนควบคุมความพอใจ ทำให้มีโดปามีนมากขึ้นและกระตุ้นเซลประสาทบริเวณนั้นมากขึ้นจนเสียสมดุลของระดับโดปามีนเดิมไป เกิดสมดุลใหม่ที่ต้องใช้โดปามีนปริมาณสูงขึ้นมากระตุ้นเซลประสาทจึงจะทำงานได้เป็นปกติ การเสพติดจึงนำไปสู่ภาวะพึ่งพา กล่าวคือสภาวะที่ร่างกายจะทำงานตามปกติได้เฉพาะเมื่อมียาอยู่ในร่างกาย ร่างกายจะเกิดการทำงานแปรปรวนเมื่อขาดยาเรียกว่าอาการถอนพิษและอาการดื้อยาคือภาวะที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อยาในปริมาณเดิมที่เคยได้รับจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิมในที่สุด

3. กลไกการออกฤทธิ์ของสารเสพติดในกัญชา คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือเดลต้า 9 เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol/delta-9-Tetrahydrocannabinol) หรือที่เรียกชื่อย่อว่า สารทีเอชซีหรือโดรนาบินอล (Dronabinol) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychoactive Substance) ที่ตัวรับจำเพาะในร่างกายมนุษย์ ได้แก่ แคนนาบินอยด์รีเซพเตอร์ หรือ CB1 (Cannabiniod Receptor1) และตัวรับแคนนาบินอยด์ 2 หรือ CB2 (Cannabiniod Receptor) หากได้รับสารทีเอชซีเข้าสู่ร่างกายแล้วจะออกฤทธิ์ที่ตัวรับแคนนาบินอยด์ 1 (CB1 Recepter) ซึ่งตัวรับ CB1 พบมากในสมองส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญ ดังนี้[37]

1) ฮิปโปแคมพัส (Hippocampus) เป็นสมองส่วนหน้าในส่วนที่เรียกว่ากลีบขมับ (Temporal lobe) เป็นส่วนสมองที่สำคัญทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำโดยเฉพาะความจำระยะยาวรวมทั้งหน้าที่อื่น ๆ เช่นด้านพฤติกรรมและทิศทาง และเป็นจุดกำเนิดของการชักได้[38]

---

[37] ยาใจ อภิบุญโยภาส และวินัย วนานุกูล, “ภาวะพิษจากกัญชา (Cannabinoids Poisoning),” **จุลสารพิษวิทยา** 17, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2552): 3.

[38] สมศักดิ์ เทียมเก่า, **เกร็ดความรู้เรื่องฮิปโปแคมพัส (Hippocampus)**, ค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://haamor.com/th/

2) สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal Cerebral Cortex) มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ สติปัญญา บุคลิกภาพ ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อของร่างกาย อารมณ์ความรู้สึกและความจำระยะยาว

3) สมองน้อย (Cerebellum) มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่าง ๆ รวมถึงการประสานงานระหว่างสมองและอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเช่นตาและหู เพื่อความแม่นยำในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวของร่างกาย[39]

4) สมองส่วน (Basal Ganglion) ทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว อารมณ์ การเรียนรู้และการรับรู้

5) สมองส่วน (Striatum) เป็นส่วนหนึ่งของส่วน Basal Ganglion ทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ ในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย[40]

จะเห็นได้ว่าเมื่อสารทีเอชซีออกฤทธิ์ที่ตัวรับ CB1 บริเวณของสมองที่มีตัวจับสารออกฤทธิ์ของกัญชา (Cannabiniod Receptor) ได้แก่ สมองส่วนควบคุมความพอใจ (Brain's Reward System) บริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งควบคุมความจำ และบริเวณเซเรเบลลัม (Cerebellum) ซึ่งควบคุมการประสานงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับความจำ ความคิด อารมณ์ สมาธิ ความรู้สึกสุขสบาย รวมทั้งส่งผลต่อสมองส่วนที่รับรู้ความกังวล ความเจ็บปวด การรับรู้ความรู้สึกและควบคุมการเคลื่อนไหว กัญชาจึงออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนและควบคุมตนเองไม่ได้

อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของกัญชายังมีไม่มากนัก ในปัจจุบันเชื่อว่ากัญชาเกิดกลไกการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุม ความพอใจซึ่งเป็นสาเหตุให้กัญชาเป็นยาเสพติดนั้น สารออกฤทธิ์ของกัญชาจับกับโปรตีนที่ผิวเซลประสาทและส่งผลต่อเนื่องไปยับยั้งการหลั่งสารกาบา (Gaba) จนเป็นผลให้ปมประสาทหลั่งโดปามีนออกมามากขึ้น[41]

เมื่อพิจารณาคำจำกัดความของยาเสพติดของกัญชา/กัญชงแล้วพืชทั้งสองชนิดจึงเป็นยาเสพติดให้โทษ เนื่องจากเป็นพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษคือ กัญชา/กัญชงให้สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol,THC) เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพมีอาการถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพทรุดโทรมลง สารทีเอชซีสามารถออกฤทธิ์ในร่างกายที่พบมากที่สุดคือออกฤทธิ์ในสมองส่วน Substantial Nigra, Globus, Pallidus, Hippocampus, Cerebellum และสมองส่วนหน้า (Forebrain) ซึ่งออกฤทธิ์ในระยะแรกคือเกิดอาการเคลิ้มจิต (high) ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกเคลิบเคลิ้มและ

---

[39] พวงทอง ไกรพิบูลย์, **กายวิภาคและสรีรวิทยาระบบประสาท**, ค้นวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://haamor.com/th/

[40] ปานจิต ชุณหบัณฑิต, **กายวิภาคศาสตร์: SUBTALAMUS**, ค้นวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://elearning.dt.mahidol.ac.th/departments/anatomy/pdf/DTAN311/SUBTALAMUS.pdf

[41] สถาบันวิจัยยาเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา, *เรื่องเดิม.*

เป็นสุข (Euphoria) สำหรับกลไกการออฤทธิ์ของสารทีเอชซีจะจับกับตัวรับที่สมองส่วนควบคุมความพึงพอใจและในบริเวณอื่น เช่นสมองบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งควบคุมความจำ และสมองบริเวณเซเรเบลลัม (Cerebellum) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการประสานงานการทำงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ จนเกิดอาการหลอนประสาทและความคุมตัวเองไม่ได้ ข้อมูลกลไกการออกฤทธิ์ของกัญชา/กัญชงปัจจุบันเชื่อว่าเป็นการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพึงพอใจเช่นเดียวกับสารประเภทฝิ่นและเฮโรอีน กล่าวคือสารออกฤทธิ์ในกัญชา/กัญชงจับกับโปรตีนที่ผิวเซลล์ประสาทและส่งผลให้ปมประสาทหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้นทำให้เกิดความพอใจคือเกิดอาการเคลิ้มสุข (High) ดังนั้นเมื่อสิ่งเร้าคือสารทีเอชซีในกัญชา/กัญชงหมดไประดับโดปามีนในสมองจะลดลงทำให้ความรู้สึกพอใจก็ลดลงด้วยจนเกิดความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจจนต้องแสวงหาสิ่งเร้าคือกัญชา/กัญชงมาเสพอีกเพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้ (Rewarding Behaviors) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจอีกและทำให้เกิดความต้องการใช้กัญชา/กัญชงอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะพึ่งพา[42] และหากเสพกัญชา/กัญชงอย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้น (High Dose) สารทีเอชซีก็สามารถทำให้เกิดอาการหลอนประสาทได้ (Hallucination)

อย่างไรก็ตามกัญชา/กัญชงเป็นพืชที่มีประโยชน์ทางด้านการแพทย์จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลการทดลองในการนำสารในกัญชา/กัญชงมาใช้ในการรักษาโรค เช่น สารแคนนาบินอยด์ที่สกัดจากกัญชาพบว่ามีคุณสมบัติในการรักษาอาการข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด[43] เป็นต้น สำหรับกัญชง/เฮมพ์ (Hemp) มีประโยชน์ในทางเศรษฐกิจเนื่องจากสามารถนำมาใช้ประโยชน์แปรรูปได้หลายชนิด ตัวอย่างเช่นกระดาษ, เส้นใยเพื่อผลิตสิ่งทอ, วัสดุก่อสร้าง, ยา ใช้ในการรักษาโรค, อาหารของคนและสัตว์, น้ำมันเชื้อเพลิงจากกัญชง โดยมีประโยชน์ทางการเกษตรและไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม[44]

การศึกษาคุณประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชา/กัญชงอาจเป็นข้อมูลในการผลักดันให้มีการอนุญาตให้ปลูกพืชโดยควบคุมสารออกฤทธิ์ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์เพื่อใช้ประโยชน์ทั้งในเรื่องการรักษาโรคและในด้านอุตสาหกรรม โดยภาครัฐควบคุมไม่ให้มีการนำกัญชา/กัญชงไปใช้ในทางที่ผิด กัญชา/กัญชงจึงถือเป็นพืชที่สนับสนุนรายได้แก่เกษตรกรและช่วยส่งเสริมผลผลิตทางอุตสาหกรรมและลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมต่อไป

---

[42] ประกอบด้วย 1. มีความต้องการเสพ 2. อาการถอนยาหรือขาดยา 3. อาการดื้อยา

[43] National Cancer Institute at the National Cancer Institute of Health, **Cannabis and Cannabinoids (PDQ),** Retrieved May 13, 2014 from http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/carn/cannabis/health professional/page4

[44] นิตยา แย้มพยัคฆ์, **การศึกษาแนวทางและมาตรการในการควบคุมพืชกัญชงเป็นพืชเศรษฐกิจ** (กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานอาหารและยา, 2548).

2.1.2 ประเภทของยาเสพติด

สามารถจำแนกประเภทของยาเสพติด ได้ดังนี้

2.1.2.1 จำแนกประเภทตามแหล่งกำเนิด แบ่งออก 2 ประเภท คือ

1) ยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือยาเสพติดที่ผลิตมาจากพืช เช่น ฝิ่น กระท่อม กัญชา เป็นต้น

2) ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เป็นต้น

2.1.2.2 จำแนกประเภทตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ[45]

1) ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน ยาอี

2) ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน/โคคาอีนโคเคอีน และ เมทาโดนคือยาเสพติดที่สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้แต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์และใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น

3) ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีตัวยาโคเคอีน ยาแก้ท้องเสีย ที่มีฝิ่นผสมอยู่ด้วย ยาฉีดระงับปวดเช่น มอร์ฟีน เพททิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น คือยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดประเภท 2 ผสมอยู่ด้วยซึ่งมีประโยชน์ในทางการแพทย์

4) ยาเสพติดให้โทษประเภท 4 ได้แก่ สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 หรือประเภท 2 ได้แก่ น้ำยาอะเซติคแอนไฮไดรย์และอะเซติลคลอไรด์ ยาเสพติดประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดโรคแต่อย่างใดซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน สารคลอซูไดอีเฟครีนสามารถใช้ในการผลิตยาบ้า และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ 12 ชนิดที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้า ผสมผสานเห็ดขี้ควาย

5) ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าข่ายอยู่ในยาเสพติดประเภท 1 ถึง 4 กล่าวคือทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

2.1.2.3 จำแนกประเภทตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ[46]

1) ยาเสพติดประเภทกดประสาทได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหยและยากล่อมประสาท

2) ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน พืชกระท่อมและโคคาอีน

3) ยาเสพติดประเภทหลอนประสาทได้แก่แอลเอสดี ดีเอ็มพีและเห็ดขี้ควาย

---

[45] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522, **ราชกิจจานุเบกษา** 96, 63 ก (27 เมษายน 2522).

[46] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ศูนย์วิทยบริการ, **ความรู้เรื่องยาเสพติด,** ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.fda.moph.go.th

4) ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน กล่าวคือกดประสาท กระตุ้นประสาท หรือหลอนประสาทพร้อมกัน เช่น กัญชา

2.1.2.4 จำแนกประเภทตามองค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 9 ประเภท คือ[47]

1) ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟีนรวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เพทิดีน

2) ประเภทยาปิทูเรท รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน

3) ประเภทแอลกอฮอลได้แก่ เหล้า เบียร์ วิสกี้

4) ประเภทแอมเฟตามีนได้แก่ แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน

5) ประเภทโคเคน ได้แก่ โคเคน ใบโคคา

6) ประเภทกัญชา ได้แก่ ใบกัญชา ยางกัญชา

7) ประเภทใบกระท่อม

8) ประเภทหลอนประสาทได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็นที เมสตาลีน เมล็ดมอนิ่งกลอรี่ ต้นลำโพง เห็ดเมาบางชนิด

9) ประเภทอื่น ๆ นอกเหนือจาก 8 ประเภทข้างต้น ได้แก่สารระเหย เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด และบุหรี่

กล่าวโดยสรุปพืชกัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือ ยาเสพติดที่ได้จากพืชและองค์การอนามัยโลกซึ่งจำแนกประเภทของยาเสพติดออกได้เป็น 9 ประเภทโดยจัดกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 6 สำหรับประเทศไทยบัญญัติให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ถือเป็นยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าข่ายอยู่ในยาเสพติดประเภท 1 ถึง 4 โดยกฎหมายระบุชัดเจนว่ากัญชาได้แก่ทุกส่วนของพืชกัญชา และกัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสานกล่าวคือกดประสาท กระตุ้นประสาทหรือหลอนประสาทได้พร้อมกัน

นอกจากนี้มีการจัดประเภทของยาเสพติดโดยเฉพาะกัญชาเคยเป็นประเด็นข้อโต้แย้งของประเทศสหรัฐอเมริกานับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันถึงความเหมาะสมของการจัดประเภทของกัญชาในบัญชียาเสพติดตามกฎหมายควบคุมสารเสพติดว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ดังนี้

รายงานการศึกษาข้อมูลผู้บริโภค ค.ศ.1972 (Consumer Reports – 1972)

การศึกษาข้อมูลผู้บริโภคโดยนาย Edward Brecher ซึ่งเป็นนักข่าวและบรรณาธิการที่มีโอกาสศึกษาศูนย์การวิจัยยาเสพติดและการรักษาชั้นนำในสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ สวีเดน เดนมาร์กและเนเธอร์แลนด์ ได้เสนอรายงานสหภาพผู้ใช้ยาเสพติดตามการออกฤทธิ์ประเภทต่างๆ คือ กระตุ้นประสาท กดประสาท สารระเหย ยาหลอนประสาทกัญชา รวมไปถึงคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ (The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana – Including Caffeine, Nicotine and Alcohol) โดยรายงานเสนอให้ให้ผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการปราบปรามยาเสพติดยกเลิกนโยบายในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดประเภทของยาเสพติดโดยเฉพาะกัญชา โดยเห็นว่าเป็นการจำแนกประเภทยาเสพติดไม่เหมาะสม เช่น การจำแนกนิโคตินและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ใช่ยาเสพติด

---

[47] *เรื่องเดียวกัน.*

(Non-Drugs) และการจัดกลุ่มกัญชาให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับเฮโรอีน ดังนั้นควรยกเลิกกฎหมายควบคุมกัญชาและออกกฎหมายที่เหมาะสมโดยความช่วยเหลือของคณะกรรมาธิการกัญชาแห่งชาติ (The Senate Special Committee on Illegal Drugs, 2001)[48]

รายงานฉบับคณะกรรมาธิการ LaGuardia ค.ศ.1994)[49]

สถาบันแพทยศาสตร์นิวยอร์ก (New York Academy of Medicine) ได้รับมอบหมายจากนายกเทศมนตรี Fiorello LaGuardia ให้ทำการสืบสวนทางสังคมวิทยาและวิทยาศาสตร์อย่างละเอียดของยาเสพติดเพื่อตอบสนองต่อความกังวลของประชาชนเรื่องการใช้กัญชา การศึกษาทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชาและความสัมพันธ์ของการสูบกับการกระทำผิดทางอาญาได้ดำเนินการร่วมกับการศึกษาทางคลินิกที่ตรวจสอบผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ ในรายงานได้กล่าวโดยสรุป ดังต่อไปนี้

1. การสูบกัญชาไม่นำไปสู่การติดยาในทางการแพทย์
2. การใช้กัญชาไม่นำไปสู่การติดมอร์ฟีน เฮโรอีน หรือโคเคน
3. กัญชาไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอาชญากรรมที่สำคัญ

รายงานดังกล่าวบ่งชี้ถึงกัญชาในแง่มุมของสังคมวิทยา จิตวิทยา และการเจ็บป่วยว่าเป็นการกล่าวเกินจริง อย่างไรก็ตามรายงานฉบับนี้เป็นเพียงขั้นตอนการตรวจสอบทางด้านวิทยาศาสตร์เท่านั้นสำหรับการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับเหตุผลเพิ่มเติมทางวิทยาศาสตร์

รายงานของสภาวิจัยแห่งชาติสถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ ค.ศ.1982 คณะกรรมการสารเสพติดและพฤติกรรมนิสัยของสภาวิจัยแห่งชาติสถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (NAS) มีการศึกษาและทบทวนรายละเอียดทุกด้านของปัญหาของการใช้กัญชาในสหรัฐอเมริกาโดยมีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ กฎหมาย การบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ด้านธุรกิจและนโยบายสาธารณะได้ให้คำแนะนำต่อไปนี้[50]

1. การใช้กัญชาเกินขนาดอาจทำให้เกิดอันตรายแต่ยังไม่พบการใช้กัญชาในระดับดังกล่าว
2. การพิจารณาข้อมูลทั้งหมดการห้ามใช้กัญชาเป็นการทำลายสังคมและตนเอง
3. การใช้กัญชาอย่างกว้างขวางโดยไม่สามารถควบคุมได้อาจแก้ไขด้วยหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรม
4. ควรเน้นด้านการศึกษาของประชาชนและการควบคุมสังคมอย่างไม่เป็นทางการ

ซึ่งทั้งสองอย่างมีผลต่อการลดลงของการใช้กัญชามากกว่าการใช้กฎหมายอาญา

บทสรุป คือ รัฐบาลควรอนุญาตให้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาโดยเฉพาะ เช่น ระบบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในแต่ละรัฐสามารถกำหนดระเบียบเกี่ยวกับการขาย

---

[48] ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธ์, **การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศศึกษาเฉพาะกรณีประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา** (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556), หน้า 289.

[49] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 291.

[50] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 293.

การจำกัดอายุและภาษีอากร และเห็นควรเพิกถอนบทลงโทษทางอาญาของกัญชาออกจากกฎหมายควบคุมยาเสพติดของรัฐบาลกลาง

รายงาน สมาคมทนายความนิวยอร์ก ค.ศ.1996[51]

สมาคมทนายความนิวยอร์กจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1993 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการนโยบายยาเสพติดโดยเปรียบเหมือนเป็นกลุ่ม “Blue Ribbon” ประกอบด้วยทนายความ ผู้พิพากษาและผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายยาเสพติด ต่อมาในเดือนตุลาคม ค.ศ.1996 ได้ตีพิมพ์รายงานซึ่งมีรายละเอียดตรวจสอบค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคมของสงครามต่อต้านยาเสพติดส่งผลกระทบต่อผู้หญิงและประชาชนผิวสี ผลกระทบต่อความสุจริตของรัฐบาลและผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน โดยมีข้อแนะนำที่เกี่ยวกับกัญชา ดังต่อไปนี้

1. ยกเลิกการลงโทษขั้นต่ำสำหรับการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่มีความรุนแรง

2. จัดตั้งและปรับปรุงโปรแกรมการเบี่ยงเบนความสนใจและการรักษา และทางเลือกอื่น ๆ ที่ใช้แทนการจำคุกสำหรับผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่มีความรุนแรง

3. การลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับกัญชาหรืออย่างน้อยที่สุดควรอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคมของการบังคับใช้มาตรการทางอาญาในข้อหาครอบครองยาเสพติดที่ไม่มีอันตรายเป็นสิ่งที่ไม่มีความเป็นธรรม

สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ สถาบันแพทยศาสตร์ ค.ศ.1999 สำนักงานนโยบายควบคุมยาเสพติดแห่งชาติของทำเนียบขาว ได้ร้องขอให้สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ สถาบันแพทยศาสตร์ ดำเนินการทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ต่อสุขภาพที่อาจมีของกัญชา ในรายงานชื่อ “กัญชาและยา: การประเมินฐานทางวิทยาศาสตร์” จากความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน สภาวิจัยแห่งชาติสถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (NAS) ก็ไม่สามารถที่จะกำหนดได้ว่ากัญชาบรรเทาปัญหาสุขภาพหรือกัญชานั้นปลอดภัยสำหรับใช้ในทางการแพทย์โดยจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันที่มีอยู่ NAS สามารถที่จะระบุได้ว่า[52]

1. สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ในกัญชามีคุณสมบัติลดความเจ็บปวด

2. สมองพัฒนาความอดทนต่อสารในกัญชาคือ สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids)

3. การวิจัยในสัตว์แสดงให้เห็นศักยภาพการพึ่งพากัญชาน้อยกว่าฝิ่น โคเคน นิโคติน

4. อาการที่เกิดจากการเลิกยาพบในสัตว์ แต่ถือว่าเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการเลิกฝิ่นหรือเบนโซดาวน์ซินไพ (Benzodiazepines) และมีการยืนยันถึงอาการที่เกิดจากการเลิกยาแต่มักไม่รุนแรงและมีอาการเพียงระยะสั้นเท่านั้น

5. ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ระบุว่ากัญชามีคุณค่าและประสิทธิภาพในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนและกระตุ้นความอยากอาหาร

---

[51] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 294.

[52] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 296.

6. กัญชาไม่ได้เป็นสารที่ปลอดภัยอย่างสมบูรณ์ซึ่งมีข้อยกเว้นของอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา ผลกระทบที่เป็นอันตรายจะอยู่ในระดับเดียวกันกับผลกระทบที่สามารถทนได้ของยาชนิดอื่น ๆ

7. ผลของกัญชามีการเชื่อมโยงไปยังการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ในภายหลังหรือไม่นั้นยังไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัดและแม้ว่าการใช้กัญชาโดยทั่วไปแล้วอาจนำไปสู่การเริ่มต้นของยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นแต่ไม่ใช่ “ประตู”/สารชนิดแรกแรกเนื่องจากโดยปกติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่จะมีก่อนการทดลองเสพกัญชา

8. การวิจัยทดลองในอนาคตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางคลินิกควรจะดำเนินการเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชา

แนวทางการจำแนกประเภทยาเสพติดในปัจจุบัน การจำแนกประเภทของยาเสพติดเป็นไปตามลักษณะความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัย พลวัตรของตลาดและกลุ่มผู้เสพ ลักษณะการจัดประเภทกัญชาของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติ ได้แก่ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ. 1961 และแก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1971 พบว่าตามอนุสัญญาดังกล่าวได้ระบุให้กัญชาอยู่บัญชีเดียวกับฝิ่นและเฮโรอีน กล่าวคือจัดประเภทกัญชาให้อยู่บัญชีเดียวกับยาเสพติดที่มีคุณสมบัติอันตรายและไม่เป็นประโยชน์ในทางการแพทย์จึงเกิดข้อขัดแย้งกันในเรื่องการจัดประเภทยาเสพติดที่เหมาะสมเนื่องจากการใช้กัญชามีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวแต่ก็มีคุณประโยชน์ในทางการแพทย์ ในปัจจุบันแนวคิดการจัดประเภทของกัญชาในต่างประเทศเริ่มเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เริ่มมีการผ่อนปรนหรือลดทอนเกี่ยวกับบทลงโทษของการใช้กัญชาส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อยและในบางประเทศตรากฎหมายเปลี่ยนสถานะของกัญชาโดยเปิดบริการจำหน่ายกัญชาโดยการควบคุมของรัฐ เช่น อุรุกวัย บางมลรัฐในสหรัฐอเมริกามีนโยบายเกี่ยวกับการครอบครองและเสพกัญชาโดยมีเงื่อนไข กล่าวคือมีนโยบายให้เสพกัญชาเพื่อสันทนาการในปริมาณที่กำหนด ในทวีปยุโรป เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์จัดประเภทกัญชาเป็นยาเสพติดที่มีอันตรายน้อยกว่าที่องค์การสหประชาชาติกำหนด (Solf Drug) อย่างไรก็ตามสถานภาพทางกฎหมายของกัญชาเมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับใบโคคาซึ่งใบโคคาถูกจัดให้เป็นยาเสพติดตามอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดขององค์การสหประชาชาติแต่ต่อมารัฐบาลโบลิเวียต้องการเพิกถอนใบโคคาออกจากบัญชียาเสพติดและริเริ่มให้องค์การอนามัยโลกจำแนกใบโคคาออกจากบัญชียาเสพติด ประเทศโคลัมเบียได้กำหนดข้อยกเว้นการใช้ใบโคคาของกลุ่มชนพื้นเมืองที่ใช้ใบโคคามาตั้งแต่ดั้งเดิมซึ่งประเด็นดังกล่าวคล้ายกับการใช้กัญชงของชาวเขาเผ่าม้งของประเทศไทยซึ่งใช้กัญชงในประเพณีของชนเผ่ามาแต่ดั้งเดิมเช่นเดียวกัน

2.1.3 บทสรุปแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด

จากการศึกษาความหมายหลักเกณฑ์และการจัดประเภทยาเสพติดของกัญชา/กัญชงว่าเป็นยาเสพติดให้โทษหรือไม่สรุปได้ว่ากัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติด ในสหรัฐอเมริกามีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับในประเด็นการจัดกลุ่มกัญชาให้อยู่กลุ่มเดียวกับเฮโรอีนมีความเหมาะสมหรือไม่ โดยมีเหตุผลว่า การสูบกัญชาไม่นำไปสู่การติดยาอื่นและไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่ากัญชามีการเชื่อมโยงไปยังการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ในภายหลัง (Gate Way Drug) เช่น ไม่นำไปสู่การติดมอร์ฟีน เฮโรอีนหรือโคเคน การใช้กัญชามากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายแต่ยังไม่พบการใช้ในระดับดังกล่าว กัญชาไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่

ก่อให้เกิดอาชญากรรมที่สำคัญ การควบคุมการบริโภคกัญชาควรหาทางออกด้วยการลดทอนความเป็นอาชญากรรม รัฐควรเน้นด้านการศึกษาของประชาชนและการควบคุมสังคมอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมีผลต่อการลดลงของการใช้กัญชามากกว่าการใช้กฎหมายอาญาควบคุม รัฐควรอนุญาตให้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาโดยเฉพาะเช่นเดียวกับระบบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกำหนดกฎระเบียบเกี่ยวกับการขาย การจำกัดอายุผู้เสพและกำหนดอัตราภาษีอากร และเห็นควรเพิกถอนบทลงโทษทางอาญาของกัญชาออกจากกฎหมายควบคุมยาเสพติดของรัฐบาลกลางและยกเลิกการลงโทษขั้นต่ำสำหรับการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่มีความรุนแรง และเสนอการลงโทษทางเลือกอื่นแทนการลงโทษจำคุกสำหรับผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่มีความรุนแรงซึ่งค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคมของการบังคับใช้มาตรการทางอาญาในข้อหาครอบครองยาเสพติดที่ไม่มีอันตรายเป็นสิ่งที่ไม่มีความเป็นธรรม รัฐควรลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับกัญชาหรืออย่างน้อยที่สุดควรอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์เนื่องจากการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์ของกัญชาเชื่อว่ากัญชามีประโยชน์ด้านการแพทย์แต่เนื่องจากอาจก่อให้เกิดผลเสียในด้านความปลอดภัยต่อผู้ใช้กัญชาจึงเห็นสมควรให้รัฐอนุญาตให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อความปลอดภัยในอนาคต เนื่องจากสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ในกัญชามีคุณสมบัติตามธรรมชาติและประสิทธิภาพในการรักษาอาการต่าง ๆ เช่น บรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียนและกระตุ้นความอยากอาหาร ดังนั้นจากผลสรุปทางด้านวิทยาศาสตร์รัฐควรสนับสนุนการดำเนินการวิจัยทดลองเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในอนาคตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางคลินิก

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง

2.2.1 ประวัติศาสตร์ของการใช้ประโยชน์

ประวัติศาสตร์การใช้ประโยชน์ของพืชกัญชา/กัญชงในอดีตคนไทยใช้พืชกัญชาในฐานะเป็นสมุนไพรซึ่งใช้ปรุงยาหลายขนาน จากการศึกษาตำราแพทย์แผนไทยปรากฏว่าใช้กัญชาเป็นส่วนผสมอยู่รวมด้วย การใช้คุณสมบัติทางการแพทย์ของกัญชาปรากฏหลักฐานในสมัยอยุธยาจนกระทั่งต่อมาในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงให้จัดทำประมวลตำราแพทย์แผนไทยไว้เป็นเล่มเดียวกันและทรงอนุญาตให้เผยแพร่แก่ประชาชนได้ สำหรับกัญชงเป็น/เฮมพ์เป็นพืชที่มีอยู่ในวิถีชีวิตของชาวเขาเผ่าม้งซึ่งอาศัยในเขตที่สูงของประเทศไทย กัญชงมีความเกี่ยวข้องกับประเพณีของชนเผ่าม้งตั้งแต่ถือกำเนิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในปัจจุบันหน่วยงานทางราชการได้เห็นความสำคัญของกัญชงมากขึ้นแต่ในระยะแรกได้อนุญาตให้เพาะปลูกเพื่อการพัฒนาและวิจัยเฉพาะภายในโครงการหลวงเท่านั้น ปัจจุบันรัฐสนับสนุนให้เกษตรกรปลูกกัญชงเพื่อเป็นพืชเศรษฐกิจแต่ต้องอยู่ในการควบคุมจากภาครัฐโดยออกกฎหมายในรูปแบบของกฎกระทรวงเพื่ออนุญาตให้ผลิตจำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559[53] ในข้อนี้อธิบายถึงการใช้กัญชา/กัญชงในฐานะพืชสมุนไพร ดังนี้

[53] **ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา,** *เรื่องเดิม.*

2.2.1.1 ประวัติศาสตร์สากล

ประวัติศาสตร์การใช้กัญชา/กัญชงของโลกเพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชงในอดีตจนถึงปัจจุบัน[54] ดังนี้

ในยุคก่อนคริสต์ศตวรรษ ชาวจีนได้นำเมล็ดกัญชามาบริโภคและใช้ปรุงอาหารต่อมาพัฒนาเส้นใยกัญชงมาผลิตสิ่งทอ เช่นเสื้อผ้า และจัดทำตำรายาสมุนไพรของจีนบันทึกกัญชาคือยารักษาโรคซึ่งในคัมภีร์ Pen T s'ao อธิบายลักษณะสำคัญของสมุนไพรซึ่งเขียนโดยจักรพรรดิเชนนัง (Shen Nung) ซึ่งเป็นบิดาแห่งเกษตรและแพทย์ระบุว่ากัญชาเป็นยา ต่อมาชาวซิเตียน (Scythians) ซึ่งเป็นกลุ่มชนเร่ร่อนกลุ่มหนึ่งในแถบอิหร่านปลูกกัญชาและนำมาถักทอเสื้อผ้าและชาวซิเตียนเป็นผู้เผยแพร่กัญชง/เฮมพ์เข้าไปในแถบประเทศยุโรปตอนเหนือ ต่อมากัญชาถูกนำมาเป็นพืชที่เกี่ยวกับความเชื่อและศาสนา เช่น กัญชาถือเป็นหญ้าศักดิ์สิทธิ์ในคัมภีร์อรรถเวชซึ่งใช้ในการบวงสรวงของพระศิวะ, ชาวเปอร์เซียโบราณระบุว่า Bhang เป็นสารเสพติดที่ดีและใช้เพื่อต่อต้านวิญญาณชั่วร้าย, ชาวซิเตียน (Scythians) ใช้เมล็ดกัญชงฝังในสุสานของกษัตริย์, Herodotus นักประวัติศาสตร์ชาวกรีกบันทึกไว้ว่าชาวซิเตียนใช้กัญชาในพิธีกรรมทางศาสนาและเพื่อความบันเทิงทางสังคม เป็นต้น

ยุคเริ่มคริสต์ศตวรรษ – คริสต์ศตวรรษที่ 18[55] ในช่วงเวลาดังกล่าวพบว่าการใช้กัญชามีข้อโต้แย้งกันระหว่างคุณประโยชน์และโทษ เช่น นายแพทย์ไดออสคอไรเดส (Dioscorides) ชาวกรีกระบุว่ากัญชาคือยาแต่ นายแพทย์กาเลน (Galen) ผู้เชี่ยวชาญด้านพืชสมุนไพรระบุว่าเมล็ดกัญชามีฤทธิ์ต่อจิตประสาท, ทามุด (Talmud) ซึ่งเป็นคัมภีร์ของชาวยิวระบุว่ากัญชาสร้างความสุขแต่ก็มีนักวิชาการโต้เถียงเรื่องคุณประโยชน์และโทษของการบริโภคยางกัญชาตลอดมา ส่วนการระบาดของกัญชาแพร่หลายในเมืองต่าง ๆ ของหลายประเทศในรูปแบบการค้าและการเสพ เช่น อาระเบียประเทศในกลุ่มตะวันออกกลางอิรัก บาเรน อียิปต์ อัฟกานิสถานเมืองคอนสแตนตินโนเปิล ประเทศในแถบเอเชียกลางและเอเชียใต้อียิปต์เตอร์กิสถาน (Turkestan) รัสเซีย เมืองยากแลนด์ (Yarkland) กรีกอินเดียตุรกีสหรัฐอเมริกาเป็นต้น ในประเทศฝรั่งเศสมีการตั้งชมรมเพื่อบริโภคยางกัญชาในกรุงปารีส (Le Club des Hashichins) ส่วนประเทศอังกฤษได้จัดเก็บภาษีการค้ากัญชาและยางกัญชา (Charas) ในประเทศอินเดีย เป็นต้น

ในคริสต์ศตวรรษที่ 19 – ปัจจุบัน ภายหลังหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 การผลิตยางกัญชาในเลบานอนได้รับความนิยมสูงสุดจนกระทั่งถูกห้ามผลิตใน ค.ศ.1926 ต่อมามีความนิยมผลิตยางกัญชาและแพร่ระบาดในหลายเมืองของประเทศต่าง ๆ เช่น ตุรกีกรีกยากแลนด์ (Yarkland) เตอร์กีสถาน (Chinese Turkestan) แคว้นทางตะวันตกเฉียงเหนือและแคว้นปัญจาบของอินเดียเอเชียกลางเตอร์กีสถานฝั่งประเทศจีนแคชเมียเป็นต้น ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ยางกัญชาที่ทำด้วยมือจากเนปาลถือเป็นยางกัญชาที่คุณภาพดีที่สุดซึ่งยางกัญชาได้แพร่ระบาดในหลายประเทศ เช่น อินเดียกรีก โมร็อกโกจีนตุรกีอัฟกานิสถานเหนือ เลบานอน ปากีสถาน ทั้งยังมีการแพร่ระบาดยางกัญชาในประเทศแถบยุโรปตะวันตก ในประเทศเนเธอแลนด์การผลิตยางกัญชาในร้านกาแฟและยางกัญชาได้แพร่ระบาดในอเมริกาเหนือโดยชาวอัฟกัน เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม

---

[54] จิตรลดา อารีย์สันติชัย, *เรื่องเดิม.*

[55] **Cannabis Timeline**, *op. cit.*

ต่อมาเริ่มมีการผ่อนคลายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ เช่น ในสหรัฐอเมริกา มลรัฐแคลิฟอร์เนียได้ผ่านกฎหมาย Proposition 215 อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยภายใต้การแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

2.2.1.2 ประวัติศาสตร์ของประเทศไทย

สังคมไทยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมาช้านานโดยตำรายาหรือแพทย์แผนไทยนับเป็นหนึ่งในมรดกทางภูมิปัญญาผ่านการสั่งสมความรู้และสืบทอดมาสู่ปัจจุบันของบรรพบุรุษไทยอันเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ ทดลองและใช้ได้ผลถึงแม้ว่าการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีในการรักษาโรคแผนปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นแต่เนื่องมาจากการใช้รักษาได้ผลจริง การแพทย์แผนไทยก็ยังเป็นที่พึ่งพิงและดำรงอยู่ควบคู่กับสังคมไทยเสมอมา รวมถึงยาสมุนไพรไทยสามารถหาง่ายตามธรรมชาติท้องถิ่นไทย กัญชาก็เช่นเดียวกันในอดีตกัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่บรรจุอยู่ในตำรับยาแพทย์แผนไทยหลายตำรับ ดังเช่น ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กรุงศรีอยุธยาหรือโอสถพระนารายณ์ ตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ และตำราของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ พระมหาสมณเจ้า เป็นต้นโดยมีรายละเอียด ได้แก่ ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช, ตำรายาของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์พระมหาสมณเจ้า, ตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้ากรมหลวงวชิรญาณวงศ์ และแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์

1) ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช

ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราชกรุงศรีอยุธยาหรือโอสถพระนารายณ์ได้กล่าวถึงสมุนไพรที่เป็นส่วนผสมของยารักษาโรคและแก้อาการต่าง ๆ ขณะเดียวกันตำรับยาโอสถพระนารายณ์ได้บรรจุกัญชาเป็นหนึ่งในส่วนผสมยารักษาโรคหลายอย่าง ดังนี้[56]

> (1) ยามหาวัฒนะ กล่าวถึงสรรพคุณว่า คุณยาเห็นประจักษ์อันวิเศษแก้ฉันนะวุฒิโรค 96 ประการกับพยาธิทั้งหลายทุกประการ ดีนักแล โดยตำรับยาได้กล่าวว่า ให้เอาลูกจันทร์ ดอกจันทร์ กระวาน กานพลูสิ่งละส่วน เทียนดำ เทียนขาว เทียนแดง เทียนสัตตบุษย์ เทียนเยาวพาณี โกศสอ โกศเขมา โกศกักกรา โกศพุงปลา บอระเด็ด ใบกัญชาสหัสคุณทั้งสอง ผลพลังกาสา รากไคร้เครือ แห้วหมูใหญ่ ขมิ้นอ้อย พริกหอม (มะแขว่น) พริกหาง (มะแหลบ) สิ่งละ 2 ส่วน ดีปลีเท่ายาทั้งนั้น จึงเอาใบกระเพราแห้งเท่าดีปรี ตำเป็นผลละลาย น้ำผึ้งรวง ปั้นเป็นลูกกลอนกินหนักสลึงหนึ่งให้กินไปทุกวันให้ได้เดือนหนึ่งจึงจะรู้จักคุณยา[57]
>
> (2) ยาทิพกาศ กล่าวว่า เป็นยาสมุนไพรที่ใช้รับประทานแก้สารพัดทั้งหลายอันให้ระส่ำระสายกินข้าวไม่ได้นอนไม่หลับ ตกบุพโพโลหิตลงแดงหาย โดยให้เอายาดำ เทียนดำ ลูกจันทร์ ดอกจันทร์ กระวาน

---

[56] **ประมวลตำรับยาไทย** (กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์, 2554), หน้า 47.

[57] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 60.

พิมเสน การบูร 4 ส่วน ใบกัญชา 16 ส่วน สุราเป็นกระสาย น้ำกระสายใช้ให้ชอบร้อนแลเย็น[58]

(3) ยาแก้อาเจียน กล่าวว่า ด้วยติกติกะดีนีกำริบและวิสมามันทาคินีอันทุพพล ชื่อ อัคนิคณะ ให้เอากัญชา ยิงสม สิ่งละส่วน เปลือกอบเชย ใบกระวาน กานพลู สะค้าน สิ่งละ 2 ส่วน ขิงแห้ง 3 ส่วน รากเจตมูลเพลิง ดีปลี อย่างละ 4 ส่วน น้ำตาลกรวดอย่างละ 6 ส่วน ตำเป็นผงน้ำผึ้งรวงเป็นกระสายบดกินหนักสลึงหนึ่ง แก้อาเจียนด้วยติกติกดีนีกำริบและวิสมามันทาคินีอันทุพพล จึงคลื่นเหียนอาเจียน มิให้กินข้าวได้ให้จำเริญธาตุ 4 ให้กินอาหารมีรส มีกำลัง[59]

(4) ยาสุขไสยาสน์ กล่าวว่า ให้เอาการบูรส่วนหนึ่ง ใบสะเดา 2 ส่วน สหัสคุณเทศ 3 ส่วน สมุลแว้ง 4 ส่วน เทียนดำ 5 ส่วน โกศกระดูก 6 ส่วน ลูกจันทน์ 7 ส่วน ใบกัญชา 12 ส่วน ตำเป็นผงละลายน้ำรวงผึ้ง เมื่อจะกินเสกด้วยสัพพีตีโยสามจบแล้วกินพอสมควร แก้สรรพโรคทั้งปวงหายสิ้น มีกำลัง กินข้าได้ นอนเป็นสุขนักแล[60]

2) ตำรายาของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์พระมหาสมณเจ้า บรรจุกัญชาในตำรับยาว่าสามารถแก้อาการและรักษาโรคต่าง ๆ ได้ ดังนี้[61]

(1) ยาแก้เลือดลมต่าง ๆ กล่าวว่า อันเกิดจากธาตุทั้งสี่ 200 จำพวก สรรพคุณอันเกิดจากธาตุทั้ง 4 นั้น ดังจะกล่าวต่อไปนี้ ถ้าคนใดยังเป็นท้องพอง ไส้เลื่อน เป็นนิ่วสาย ริดสีดวง 200 จำพวก โลหิตเสีย เสมหะเสีย อิดหิว ไม่มีแรง ขัดหนัก ขัดเบา ตามืดตาฟาง ลมออกหู เจ็บตา ปวดแข้งขา เป็นเฮื้อน 200 จำพวก ขบปวดไปทั่วตัว เมาหัวมักหัวเราะ เต้นฟ้อน รากลม เมื่อยศอก แขนแข้ง ขา หรือบวนพองไปทั่วตัว ลมมักเสียดจุกอกใจ ขี้โมโหด่า นอนไม่หลับ แสบไส้ ไหม้ใจ โมโหมุทะลุ หลงลืมจนเป็นเปี้ยง่อยตีนมือตาย เหน็ดออกแข้งขาตีนมือ สะอื้นท้อง ท้องผูก คัดอกหนักริมตา แสบตา คัดท้อง ปากเบี้ยว เยี่ยวเหลือง แห้งผอมกินข้าวไม่ได้ โรคนี้เป็นด้วยธาตุทั้งสี่ไม่ปกติ ยาคือ ดอกจันทร์ 1 เฟื้อง ลูกจันทร์ 1 เฟื้อง ลูกกระวาน 1 สลึง กานพลู 1 สลึง ดีปลี 1 สลึง หน่วยส้มจีน 7 สลึง ฮางคาว 7 สลึง โกศสอ 1 บาทเฟื้อง โกศเขมา 1 บาทเฟื้อง เทียนดำ 5 สลึงเฟื้อง เทียนขาว 6 สลึงเฟื้อง เทียนตาตั๊กแตน 6 สลึงเฟื้อง เทียนแกลบ 2

---

[58] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 57.

[59] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 50.

[60] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 57.

[61] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 333.

บาท 3 สลึง สมอเทศ 6 สลึง สมอไทย 9 สลึง บุกลอหวาน 9 สลึง การบูร 1 บาท หัสกึน 5 บาท 1 สลึง ใบกัญชา 4 ตำลึง พริกไทย 5 ตำลึง ขิง 1 เฟื้อง ตำผงผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นเม็ดเท่ามะแคว้งกุลา กินทีละ 2 เม็ด เช้าเย็น กินกับน้ำอุ่นหรือเหล้า กินมากไม่ได้เมา[62]

(2) ยาเกี่ยวกับโรคผู้หญิง รักษาโดยใช้ กัญชา 5 บาท ปูเลย 5 บาท ปังกี 5 บาท เปลือกอี่ลุม 5 บาท ปิดปิวแดง 5 บาท ดีปลี 5 บาท แก่นผิเสื้อน้อย 5 บาท เป้าน้อย 5 บาท เป้าหลวง 5 บาท เทียนดำ 5 บาท เฟื้อง หัสกึน 5 บาท ดอยดึง 5 บาท โกศทั้งเก้า 1 ฮ้อย พริกไทย 7 บาท หน่วยจันทร์ 6 บาท จันทร์จี๋ 5 บาท ขมิ้นขึ้น 5 บาท ขิงแกง 1 ฮ้อย หอมเตียม 5 บาท หอมบั่ว 5 บาท เลือดแรด 5 บาท เป้าเลือด 5 บาท ตำผลกินกับน้ำอุ่นหรือเหล้า แก้ลมกระด้านกินเช้าเย็น ชายหญิง[63]

3) ตำรับยาเกร็ดตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ คือ ตำรายาสมุนไพรไทย ได้บรรจุกัญชาเป็นยาสมุนไพรหนึ่งในส่วนผสมของยารักษาโรคหรือแก้อาการต่าง ๆ ดังนี้[64]

(1) ยาแก้แน่นจุกเสียด มีส่วนผสม คือ ลูกเร่ว ระย่อม ไคร้เครือ ลูกกระวาน ลูกจันทร์ กัญชา เทียนแดง เทียนขาว เทียนดำ เทียนตาตั๊กแตน เทียนเยาวพาณี โกศสอ โกศพุงปลา โกศน้ำเต้า โกศจุฬาลัมพา โกศหัวบัว รากชะพลู ดีปลี เจตมูลเพลิง หัวกลอย หัวกระดาษแดง หัวดองดึง หัวอุตพิด หัวบุกรอ ลูกสะคร้าน สิ่งละ 1 สลึง ลูกสมอไทย ลูกมะขามป้อง สิ่งละ 3 สลึง ยาดำ 3 บาท รงทอง มหาหิงห์ สิ่ง 2 บาท 2 สลึง การบูร 1 บาท 1 สลึง ชะเอม 2 บาท ว่านน้ำ 1 บาท พริกไทยอ่อน 19 บาท ตำผลละลายน้ำผึ้ง น้ำส้มซ่าหรือน้ำมะสาย เป็นยาระบายกินตามสมควรแก่ธาตุ รงทองต้องปิ้งก่อน[65]

(2) ยาสำหรับอดฝิ่น ประกอบด้วย ขี้ยาหนัก 2 สลึง เถาวัลย์เปรียง พอประมาณ กัญชาครึ่งกำ ใบกระท่อมให้มากกว่าอื่น ยาทั้งหมดนี้ให้ต้ม ถ้าเคยสูบหรือฉุนเวลาใดก็จงให้กินยาเวลานั้น กินยาถ้วยหนึ่งให้เติมน้ำลงไปในหม้อถ้วยหนึ่ง ทำดังนี้จนกว่ายาจะจืด อดได้ดีนักถ้าหม้อหนึ่งยังอดไม่ได้ก็ต้มกินอีกไม่เกิน 3 หม้อ[66]

---

[62] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 335.

[63] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 336.

[64] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 73.

[65] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 75.

[66] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 102.

4) แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ คือ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติเป็นหนังสือตำรายาโบราณฉบับหลวงซึ่งมีที่มาจากพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระจุลเจ้าอยู่หัวที่ทรงเห็นว่าบรรดาคัมภีร์แพทย์โบราณและตำรายาพื้นบ้านของไทยมีประโยชน์ซึ่งได้ศึกษาเล่าเรียนคัดลอกต่อกันมาในหมู่แพทย์และผู้สนใจซึ่งต้นฉบับได้สูญหายไปบ้าง พระองค์ทรงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำนุบำรุงพระคัมภีร์แพทย์ให้ปรากฏหลักฐานต่อไปในอนาคตจึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้ประชุมคณะแพทย์หลวงจัดหารวบรวมคัมภีร์แพทย์ในที่ต่างๆมาตรวจสอบชำระให้ตรงกับฉบับเดิม เช่น แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ที่มีต้นฉบับมาจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ฉบับพระยาพิศณุประสาทเวช (คง ถาวรเวช) โดยจัดพิมพ์ตามอักขรวิธีเดิม ครั้ง ร.ศ. 126 และ ร.ศ.128 ซึ่งคัมภีร์แพทย์ในหนังสือดังกล่าวได้ตรวจสอบรับรองโดยคณะแพทย์หลวงในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงอนุญาตให้เผยแพร่แก่ประชาชนได้ดังนี้ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์มิได้จัดทำเพื่อเป็นตำราแพทย์ที่เรียนเฉพาะ “ราชแพทยาลัย”เท่านั้นแต่เหมาะสำหรับสามัญชนทั่วไปไว้ใช้ช่วยเหลือตนเองและครอบครัวด้วย[67] ซึ่งจากการศึกษาตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ปรากฏว่ายาหลายตำรับมีกัญชาเป็นส่วนผสมอยู่ด้วย ซึ่งผู้เขียนได้หยิบยกเฉพาะตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมอยู่ ดังนี้

(1) พระคัมภีร์ปฐมจินดาร์[68] คือ ตำราแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวกับแม่และเด็กกล่าวถึงเรื่องรายกำเนิดชีวิตมนุษย์ตั้งแต่แรกปฏิสนธิ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การรักษาครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูทารก และการรักษาสุขภาพของมารดา สาระสำคัญแสดงให้เป็นกำเนิดของโรค อาการของโรค การรักษาโรคและรายละเอียดเกี่ยวกับยาสมุนไพร คัมภีร์ฉบับนี้ได้จัดพิมพ์ครั้งแรกใน พ.ศ.2432 รวมกับตำรายาแพทย์แผนไทยคัมภีร์อื่นและใช้ชื่อว่าแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ สำหรับใช้สอนในโรงเรียนแพทยากร อันเป็นโรงเรียนแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช โดนสอนร่วมกับแพทย์แผนใหม่ คัมภีร์ฉบับนี้ได้บรรจุกัญชาเป็นสมุนไพรโดยมีรายละเอียด ดังนี้

> (1) ยาทากระหม่อมแก้นอนไม่หลับ กล่าวว่ายาขนานนี้ท่านให้เอาหรดานทอง 1 สลึง ดอกลำโพงกาสลัก 2 สลึง กัญชาเทศ 3 สลึง มูลโค 2 สลึง ใบพิมเสน 1 สลึง บดด้วยน้ำดอกไม้ทากระหม่อมแก้นอนมิหลับหายดีนัก
>
> (2) ยาชื่อไฟอาวุธ กล่าวว่า ขนานนี้เอาผลจันทร์ 1 ดอกจันทร์ 1 กระงาน 1 กานพลู 1 โกศ ทั้ง 5 เพียนทั้ง 5 ชะเอมเทศ 1 กัญชา 1 แก่แสมทะเล 1 เอาสิ่งละ 1 ส่วน อุตพิด 1 เปลือกสมูลแว้ง 1 ดีปลี 1 ใบพิมเสน 1 เอาสิ่งละ 2 ส่วน รากจิงจ้อ 1 รากส้มกุ้ง 1 รากเปล้าน้อย 1 รากเปล้าใหญ่ 1 รากสะคร้าน 1 รากพาชไหน 1 เอาสิ่งละ 16 ส่วน รวมยา 32 สิ่งนี้ทำเป็นจุณเอาน้ำมะนาวเป็นสายบดทำแท่งไร้กินแก้ทราง 7 จำพวก แก้ตานโจรทั้ง 12 จำพวก แก้หืดน้ำนมทั้ง 7 จำพวก แก้ตานโจรทั้ง 12

---

[67] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, **หนังสือชุดวรรณกรรมหายาก แพทยศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ**, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สกสค., 2554), หน้า 1-18.

[68] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 85.

> จำพวก แก้หืดน้ำนมทั้ง 7 จำพวก แก้ไอผอมเหลืองแลแก้ไส้พองทองใหญ่ แก้พุงโรแลลมจุกเสียด แลแก้ป้าง แก้มัชมหกีดานเสมหะให้ปวดมวนเสียด แทง แก้อุจจาระเป็นเสมหะโลหิตระคนกันมักให้ถอยกำลังมักให้เป็นไข้ไม่รู้สึกให้ลงเป็นโลหิต แก้ไข้เพื่อลม[69]

(2) พระคัมภีร์สรรพคุณ (แลมหาพิกัต)[70] พระคัมภีร์สรรพคุณ (แลมหาพิกัต) เป็นคัมภีร์ที่ว่าด้วยคุณแห่งเครื่องยาแก้โรคต่าง ๆ ซึ่งกล่าวถึงพฤกษชาติและว่านยาอันมีคุณต่อสัตว์ทั้งหลาย ซึ่งกัญชาได้บรรจุไว้ในตำราฉบับนี้ด้วยว่า “กัญชาแก้ไขผอมเหลืองหากำลังมิได้ ให้ตัวสั่น เสียงสั่น เป็นด้วยวาโยธาตุกำเริบ แก้นอนมิหลับ เอาตรีกฏก 1 จันทน์ทั้ง 2 ใบสะเดา 1 ใบคนทีเขมา 1 พริกล่อนเสมอภาค ใบกัญชาทั้งหลายทำผง เอาน้ำมะพร้าว น้ำผึ้ง เอาน้ำตาลระคนกันละลายยากินหายดีนักแล”[71]

(3) พระคัมภีร์มหาโชตรัต[72] คือตำราที่ว่าด้วยโรคสตรีโดยเฉพาะ โดยเนื้อหาได้กล่าวว่าโรคสตรีมีลักษณะแตกต่างจากบุรุษ เช่น ปัญหาประจำเดือนซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะเป็นพื้นฐานเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของสตรีตามทัศนะของแพทย์แผนไทยกล่าวถึงโรคแต่ละชนิด และในตอนท้ายจะเป็นตำรายาสำหรับใช้รักษาอาการของโรคนั้น ๆ พระคัมภีร์นี้ปรากฏหลักฐานตั้งแต่ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ.2199-2231) โดยพระคัมภีร์ได้กล่าวถึงการใช้กัญชาเป็นยาสมุนไพร ดังนี้

> (1) ยาแก้ลมอุทธังคมาวาต[73]กล่าวว่า อันจับหัวใจให้ใช้มือกำให้เท้ากำ สิ้นกระด้าง คางแข็ง ตีขึ้นปะทะอกหายใจสะอึกสะอื้น เป็นประหนึ่งจะสิ้นใจ ท่านให้ทำยานี้ เอามหาหิงส์ 1 ยาดำ 1 รงทอง 1 หัวอุตพิด 1 บุก 1 กลอย 1 กระดาดทั้ง 2 สนเทศ 1 ลักที่ 1 เปล้าทั้ง 2 รากช้าพลู 1 กัญชา 1 (ใช้คำว่ากันชา) ผลสมอไทย 1 สมอพิเภก 1 สค้าน 1 ดีปลี 1 ผลจันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 กระวาน 1 กานพลู 1 ว่านนางคำ 1 ใบคนทิสอ 1 ใบเฉลียงพร้าหมอ 1 ใบสวาด 1 เทียนดำ 1 เทียนขาว 1 โกศเชียง 1 อบเชย 1 พริกไทย 1 ผล

---

[69] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 293.

[70] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 351.

[71] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 395.

[72] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 487.

[73] วาโยธาตุ หรือ ธาตุลมมีลักษณะพลังและการเคลื่อนที่ได้ ธาตุลมอาศัยธาตุดินและธาตุน้ำเป็นสื่อในการนำพาพลังขณะเดียวกันธาตุลมพยุงพาธาตุดินและธาตุน้ำเคลื่อนที่ได้; อ้อมบุญ วัลลิสุตี, **บทความการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์ทางเลือก**, ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2560 จาก http://www.phamacy.mahidol.ac.th

มะตูมอ่อน 1 แก่นแสมทั้ง 2 ยาทั้งนี้เอาเสมอภาค ทำผงละลาย น้ำผึ้งกินหายแล[74]

(2) สิทธิการิยะ[75] กล่าวว่า การกำเนิดริศดวงมหากาฬ[76] 4จำพวก 7 หนึ่งขึ้นคอ ในทวารหนัก ในทวารเบา จำพวกหนึ่ง ขึ้นในลำไส้ตลอดถึงลำคอ เมื่อขึ้นนั้น ตั้งขึ้นเป็นกองเป็นหมู่กันประมาณ 9, 10 เม็ด ๆ เท่าถั่วเขียว เมื่อสุกนั้นแตกออกเป็นบุพโพโลหิตระคนกัน แล้วก็เลื่อนเข้าหากันให้บานออกสัณฐานดังดอกบุก เป็นบุพโพโลหิตไหลซึมอยู่ ไม่รู้ก็ว่าฝีปลวก และฝีหัวคว่ำเพราะว่าบริวารนั้นตั้งเป็นเม็ด ขึ้นตามลำไส้ตลอดขึ้นลำคอให้ปากคอนั้นเปื่อยกินเผ็ดกินร้อนมิได้ ถ้าจะแก้ท่านให้ปรุงยานี้ให้กินภายในเสียก่อน แล้วจึงเอาเพียนทั้ง 5 โกฐกักกรา 1 โกฐสอ 1 โกฐพุงปลา 1 โกฐจุลาลำภา 1 โกฐก้านพร้าว 1 ผลจันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 ตรีกฎุก 1 กัญชา 1 สะค้าน 1 เอาสิ่งละ 2 สลึง มะยอบ 1 บาท แก่สนเทศ 1 บาท สมุลแว้ง 1 บาท อบเชยเทศ 1 บาท ขอบชะนางทั้ง 2 สิ่งละ 2 บาท ชาตก้อน 1 สลึง สารหนู 1 เฟื้อง ชาตกับสารหนูนั้นเอาใส่กระเบื้องตั้งไฟขึ้นเอาน้ำมะนาวบีบลงขั้วให้แห้งให้ได้ 3 ครั้ง ให้ชาตกับสารนั้นเกรียม แล้วจึงประสมกันเข้ากับยานั้นแล้วเอาสุราที่จุดไฟ ติดนั้นบดเป็นกระสาย เอาพิมเสน 2 เฟื้อง ฝิ่น 1 เฟื้อง บดบั้นเท่าพริกไทยละลายสุรากิน 3 เม็ด ถ้ากินมิได้กินแต่เม็ดหนึ่ง ยาน้ำแก่ริศดวงเปื่อยทวารทั้ง 9 ริศดวงในอกเป็น ปะหรวด เป็นรง เป็นหนอง พุมอยู่ก็ดี มะเรงคุธราด ฝีเปื่อยทั้งตัว ยาอันใดไม่ฟังอุปะทมไส้ด้วน ไส้ลาม ไส้เลื่อนก็ดี เป็นฝีนานหายก็ดี ชายหญิงเป็นช้ำรั่ว ถ้าได้กินยานี้หายสิ้น ทุกประการอย่างสนเท่ห์เลย ยานี้เป็นมหาวิเศษนักแล[77]

(3) ยาแก้บิด ปวด มวนท้อง กล่าวว่าให้เอาพลจันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 กานพลู 1 ขมิ้นอ้อย 1 ไหล 1 ยาทั้งนี้

---

[74] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 518.

[75] คำอธิษฐานขอความสำเร็จ ในตำราโบราณใช้เป็นคำขึ้นต้นเมื่อกล่าวความต่าง ๆ

[76] กาฬ/ไข้กาฬ คือ ชื่อโรคชนิดหนึ่ง พิษของโรคทำให้มีอาการไข้ตัวร้อนจัดมีเม็ดผุดขึ้นเป็นตุ่มแดง ๆ จากภายในร่างกาย ตามลำไส้ ปอด ตับ ม้าม เป็นต้น แล้วผุดออกมาจากภายนอกตามผิวหนังทำให้คันและแสบร้อน

[77] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 520-521.

ขั้วให้ไหม้ กันชา 1 (กัญชา) ดินกิน 1 น้ำกระสารควรแก่โรคนั้นเถิด[78]

(4) พระคัมภีร์ชวดาร คือ คัมภีร์ที่มีเนื้อหาเป็นการอธิบายถึงโรคลมและโรคเลือดตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เลือดและลมในความเชื่อของการแพทย์แผนไทยสำคัญมากและถือว่าเกี่ยวเนื่องกัน ความหมายของเลือดและลมจึงกว้างขวางมีบทบาทในการวินิจฉัยโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย หากกล่าวว่าเลือดลมไม่ปรกติก็ส่งผลให้ร่างกายไม่ปรกติดได้ โดยคัมภีร์ดังกล่าวมีกัญชาในการรักษา[79] ดังนี้

(1) ยาแก้โรคสำหรับบุรุษ ในตำรากล่าวถึงอาการของโรคและสูตรสมุนไพรไว้ว่า ถ้าผู้ใดเป็นโทษสัณฑฆาฏ แลกล่อนแห้งมักให้ผูกพรรดึกแลลมเสียดแทง ให้เป็นลูกเป็นก้อนเป็นดานในท้องให้เมื่อยขบทั่วสารพางค์ มักให้เจ็บบั้นเอว ให้มือท้าตายเป็นเหน็บชา มักขัดหัวเหน่าน่าตะโพก ตึงสองราวข้างไปตลอดทวารหนัก ปัสสาวะเป็นโลหิต ให้ปวดสีสะวิงเวียนหน้าตา ปากเบี้ยวตาแหกเสียงแห้งเจรจาไม่ใคร่ได้ยินจักษุมืดหูหนัก แลจุกเสียดท้องขึ้นแน่นน่าอกเสพย์อาหารไม่มีร.ศ โรคทั้งนี้เป็นเพื่อวาตะ, เสมหะ, โลหิต, กำเริบ เมื่อจะเป็นนั้นให้เหม็นเนื้อตัวแลอาหารถอย บางทีให้จับสะบัดร้อนสท้านหนาว มักอยากของเปรี้ยวหวานแลเย็น เป็นทั้งเพราะโลหิตแห้งติดกระดูกสันหลังบุรุษแลสัตรีเป็นเหมือนกันจะแก้ท่านให้แต่งยานี้ ยาแก้โรคสำหรับบุรุษขนานนี้ เอาเถาสะค้าน 1 ฟักแพวแดง 1 หัวดองดึง 1 ว่าน น้ำ 1 มหาหิงคุ์ 1 เนื้อในฝักราชพฤษ 1 โกฐสอ 1 โกฐพุงปลา 1 โกฐกุลาลำกาง กัญชา 1 หัวอุตพิด 1 ชะเอมเทศ 1 ดีปลี 1 แก่นแสมทะเล 1 ยาทั้งนี้เอาสมอภาพ พริกไทยกึ่งยา แต่ว่าผ่อนตามกำลังทำผงแล้วเอาน้ำใบกะเม็ง 1 น้ำผลประคำดีควาย 1 เอาเท่ากันเคล้ายาให้ได้ 7 ครั้ง ผึ่งให้แห้งแล้วบดกับน้ำผึ้งรับประทานหนัก 1 สลึง แก้โรคดังกล่าวมาแล้วแต่หลัง[80]

(2) ยากล่อมอารมณ์ แก้ลมปัจฉิมสุดลมตรีโทษหทัยวาตมาบังเกิดดุจหม้อเข้าเดือด ชื่อว่า ลมทักขิคุณท่านให้เอาผล กัญชาเทศ 1 ถ้ามิได้เอาผลเอาใบกัญชาเทศก็ได้ กฤษณา

---

[78] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 539.

[79] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 541.

[80] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 560.

> 1 กะลำภัก 1 ขอนดอก 1 ชะลูด 1 อบเชย 1 ชะเอมทั้ง 2 ดอกขุนนาก 1 ดอกสาระพี 1 ผลผักชีทั้ง 2 มหาหิงคุ์ 1 ใบกระท่อม 1 กระเทียม 1 ยาทั้งนี้เอาสิ่งละ 2 สลึง ดอกมะลิ 2 ตำลึง จันทน์ทั้ง 2 สิ่งละ 2 สลึง พิมเสน 5 สลึง กานพลู กึ่งยาทั้งนั้น การบูรเท่ายาทั้งนั้นน้ำผึ้งเป็นกระสายเคล้าปั้นเท่าผลหวาย น้ำกะสายยักใช้ตามโรคนั้นเถิด

(5) พระคัมภีร์ไกษย[81] หรือกระษัยเป็นคัมภีร์ที่กล่าวถึงโรคไกษยและยาแก้โรคไกษยแต่ละชนิด ซึ่งไกษยตามความหมายของแพทย์แผนไทยหมายถึง โรคชนิดหนึ่งที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมผอมแห้งและสุขภาพไม่สมบูรณ์ ซึ่งตำรานี้มีกัญชาสำหรับใช้รักษาไกษยเหล็ก ดังนี้

> (1) สิทธิการิยจะ กล่าวถึงโรคกระษัยไว้ว่า กล่าวลักษณะไกษยโรคอันบังเกิดขึ้นเป็นอุปปาติฤ คือ ไกษยเหล็ก[82] นั้น เป็นคำรบ 3 มีประเภทกระทำให้ปวดหัวเหน่า และท้องน้อยนั้นแข็งดุดดังแผ่นหิน และจะไหวตัวไปมาก็มิได้ ครั้งแก่เข้าแข็งลามขึ้นไปถึงยอดอก แล้วให้บริโภคอาหารมิได้ ให้ปวดขบดังจะขาดใจตาย ดังนี้ ถ้าจะแก้เอา ขมิ้นอ้อย 1 เปลือกไข่เป็ด 1 เบี้ยตัวผู้เผา 1 เขม่าเหล็ก 1 เอาส่วนเท่ากันตำเป็นผลบดละลายน้ำนาวกินแก้ไกษยเหล็กซึ่งกล่าวมานั้นหายแลอนึ่ง เอาใบกระเพรา 1 ใบแมงลัก 1 ใบผักเสี้ยนผี 1 กระชาย 1 กัญชา 1 พริกไทย 1 ขิง 1 หอมแดง 1 หญ้าไซร 1 เกลือ 1 ลูกคัดเค้า 1 ยาทั้งนี้ตำเอาน้ำสิ่งละทนาน น้ำมันงา 1 ทนาน หุงให้คงแต่น้ำมันจึงเอาลูกจันทน์ ดอกจันทน์ 1 กระวาน 1 กานพลู 1 เทียนดำ 1 เทียนขาว 1 การบูร 1 เอาสิ่งละ 1 บาท ตำเป็นผงปรุงลงในน้ำมันนั้น แล้วจึงเอามาทาท้องให้ได้สามวันก่อน แล้วจึงกินน้ำมันนี้อีกสามวันวิเศษนัก[83]
>
> (2) ไกษยกล่อน มี 5 ประการ คือ ดิน, น้ำ, ลม, ไฟ และเถา ในตำรากล่าวถึงอาการของโรคไว้ว่า จะว่าปริยายออกไป คือ ไกษยดินนั้นมันเกิดเพื่อปถวีธาตุ คือ เส้นกร่อนนี้มันตั้งเป็นก้อนอยู่ตามหัวเหน่าซ้าย, ขวา ก็ดี มันก็เลื่อนลงไป

---

[81] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 711.

[82] โรคกระษัยเกิดแต่ลมในท้องน้อย แน่นอัดแข็งดุดแผ่นเหล็ก แผ่นหิน ทำให้เจ็บปวด ท้องแข็งลามขึ้นไปถึงยอดอก บริโภคอาหารไม่ได้

[83] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 722.

เอาลูกอัณฑะ ให้กำเริบฟกขึ้น จับต้องเข้ามิได้ให้เจ็บเสียวตลอดถึงหัวใจ เมื่อกินยาชอบมันก็ชักหดขึ้นไป ตั้งเป็นก้อนเป็นเถา ขึ้นมาหัวเหน่ามันก็ให้เสียดสีข้างถึงยอดอก แล้งมันให้ปวดยอดอก อันว่าเส้นอันนั้นมันแทงเข้าเมื่อใด มันให้โทษ 11 ประการ มันให้เจ็บเลือดแทง เป็นพรรดึกให้เป็นสอนอยู่ในท้องแล้ว มันให้เจ็บทั่วสรรพางค์กาย มันให้เจ็บสะเอวมันให้มือตายเท้าตาย (อาการที่มือเท้าไม่มีแรง เคลื่อนไหวไม่ได้) ให้เมื่อยขบขัด หัวเหน่าตะโพกให้ท้องตึง ๆ ลงไปสองราวข้าง และทวารเบา มันให้เจ็บสีสะให้วิงให้เวียนหน้าตา ให้ตาฟาง ให้หูตึงให้ขัดสีข้าง ให้ท้องขึ้นทองพองบริโภคอาหารไม่มีรส โรคทั้งนี้เกิดเพราะเสมหะแห้งอยู่นอกไส้ มักเกิดพรรดึก เมื่อจะเป็นนั้นมันให้ขั้นเนื้อขั้นตัว ให้ถอยอาหาร บางทีมันให้จับร้อนจับหนาว มักอยากเปรี้ยวหวาน มักอยากอย่างนี้ชอบที่แห่งโรคดังนี้ บุรุษสตรีเหมือนกัน อันว่าไกษยกร่อนเหล่านี้มันเกิดขึ้นเพื่อเส้นแลอุจจาระ ผูกพรรดึก อยู่ในปถวีธาตุ”[84] การแก้อาการดังกล่าวในตำรากล่าวไว้ว่า “ถ้าจะแก้ท่านให้เอาสค้าน 1 ว่านน้ำ 1 ผักแพรวแดง 1 ยาดำ 1 มหาหิงคุ์ 1 โกฐสอ 1 โกฐพุงปลา 1 โกฐจุลาลำพา 1 กัญชา 1 ชะเอมเทศ 1 ดีปลี แก่นแสมทะเล 1 รากเจตมูลเพลิง 1 หัว อุตพิด 1 หัว ดองถึง 1 ยาทั้งน้ำสมอกาศ เอาพริกไทย เท่ายาทั้งหาย ตำเป็นผลละลายน้ำผึ้งกินหนัก 1 สลึง กินยานี้ 7 วัน แล้วกินยาทุเลาเสียครั้ง 1 แล้วจึงทำยาขนานนี้กินต่อไปเถิดเอาผลจันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 กระวาน 1 กานพลู 1 สมุลแว้ง 1 เทียนดำ 1 ผักแพรวแดง 1 รากเจตมูลเพลิง 1 ดีปลี 1 ขิงแห้ง 1 กระเทียน 1 หัวบุก 1 หักกลอย 1 หัวอุตพิด 1 กระดาดทั้ง 2 ยาทั้งนี้เอาสิ่งละบาท เอาพริกไทย 5 ตำลึง การบูร 2 บาท ตำผลละลายน้ำผึ้งก็ได้น้ำร้อนก็ได้น้ำส้มสายชูก็ได้กินหายแล”[85]

---

[84] กระษัยดินเกิดขึ้นเพราะปถวีธาตุหรือธาตุดินในร่างกายผันแปรผิดปกติมีอาการต่าง ๆ เช่น ทำให้ท้องอืด เส้นท้องตึง เจ็บสะเอว จุก เสียด ท้องผูกมากจนเป็นพรรดึก มือเท้าชา นัยน์ตาฟาง เป็นต้น

[85] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 734.

ไกษยท้น[86] ในตำรากล่าวถึงอาการและการรักษาไว้ว่า “เมื่อท้องเปล่านั้นค่อยสงบ ครั้นกินอาหารเข้าไปมันก็ท้นมาเอายอดอก เมื่อมันแน่นในโครงหายใจอยู่อัด ดังจะสิ้นใจ มันแน่นขึ้นมาแต่ท้องน้อย มันชักเอาพระเพาะเข้าขึ้นไปไร้จะกินอาหารมิได้ ถ้าจะแก้ท่านให้เอาดีปลี 10 บาท ไวแห้ง 3 ตำลึง ยาดำ 3 บาท การบูร 6 สลึง พริกไทย 2 บาท กานพลู 3 สลึง กระวาน 2 สลึง ตำเป็นผงแก้ไกษยท้นท้อง ละลายน้ำผึ้งกินหายแล แล้วให้ทำยาแกงที่เข้าหัวเข้าแลว่านหางช้างนั้นให้กินแล้วจึงทำยารนานี้กินเถิด ท่านให้เอาเทียนทั้ง 5 โกฐทั้ง 5 เปล้าทั้ง 5 เอาสิ่งละ 1 สลึง พริกหอม 1 พริกหาง 1 ลูกจันทน์ 1 ลูกกระวาน 1 คราม 1 ยาทั้งนี้เอาสิ่งละ 1 เฟื้องบอระเพ็ด 1 แห้งหมู 1 ขมิ้นอ้อย 1 ลูกพิจังกาสา 1 รากไคร้เครือ 1 ยาทั้งนี้เอาสิ่งละ 1 บาท สหัสคุณ 1 ตำลึง ใบกระเพราแห้ง 2 ตำลึง ดีปลี 1 บาท กัญชา 2 สลึง ตำเป็นผลละลายน้ำผึ้งกินแก้ลมไกษยเสียดหายแล”[87]

ยาชื่อพรหมภักตร์ เป็นยาที่ใช้กัญชาเป็นส่วนผสมในการรักษาอาการไอ หอบหืด ซึ่งในตำรากล่าวไว้ว่า “ประจุไกษยครอบไกษยท้องมาร หืด ไอทั้งปวง แก้ลมตีนนาย เสลดตกผอมเหลือง เป็นลมง่วงเหงาเจ็บในอก ท่านให้เอา มหาหิงคุ์ 1 ยาดำ 1 สีเสียดเทศ 1 เทียนดำ 1 เทียนขาว 1 ดอกจันทน์ 1 กระวาน 1 กานพลู 1 กัญชา รากเจตมูลเพลิง 1 ยาทั้งนี้เอาสิ่งละ 1 บาท ลูกจันทน์ 2 บาท การบูร 3 บาท โหราเท้าสุนัด 5 บาท รงทอง 6 บาท ฝิ่น 1 ตำลึง สิริยาทั้งนี้ตำเป็นผงละลายน้ำผึ้ง เป็นกระสายกินหนักสลึง 1 เป็นยาตัดรากไกษยทั้ง 126 จำพวกดังกล่าวมานั้นหายแล”[88]

อัมฤตย์โอสถ คือยาแก้โรคกระษัยชนิดหนึ่ง ในตำรากล่าวถึงการรักษาไว้ว่า “แก้ลมไกษยทั้งปวงเอาสหัสคูณ 1 แห่นแสมทะเล 1ราก ส้มกุ้ง 1 ลูกมะตูม 1 ลูกมะแหน 1 ลูกพิลังกาสา 1 สมอเทศ 1 สมอไทย 1 เกฎเขมา 1 เทียนดำ 1 เทียนขาว 1 ลูกจันทน์ 1 ดอกจันทน์ 1 กระวาน กานพลู 1

---

[86] โรคกระษัยเกิดจากการรับประทานอาหารผิดสำแลง ทำให้มีอาการแน่นขึ้นมาจากท้องน้อย หายใจไม่สะดวก อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น

[87] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 738-739.

[88] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 741.

ดีปลี 1 ยา ทั้งนี้เอาเสมอภาคเอาปลือกหอยโข่ง 1 เปลืองหอย ขม 1 เปลือกหอยแครง 1 เบี้ยผู้เผา 1 เอาสิ่งละ 3 ส่วน เอากัญชา 10 ส่วน เอาพริกไทย 2 เท่ายาทั้งหลาย ตำผงละลายยักย้ายใช้ให้ชอบโรคทั้งหลายเถิด ตำราหลวง 2 ขนานเท่านี้แล”[89]

(6) หมายเหตุมาตราชั่งไทย[90] ในที่นี้มาตราชั่งไทยเมื่อเปรียบเทียบกับมาตราเมตริก ดังนี้ 1 เฟื้อง เท่ากับ 1.875 กรัม 1 บาทเท่ากับ 15 กรัม 1 ตำลึงเท่ากับ 60 กรัม ในส่วนมาตราชั่งไทยเมื่อเปรียบเทียบกับจีนคือ 10 สลึงเท่ากับ 1 ตำลึงจีน เท่ากับ 1 ชั่งจีนเท่ากับ 600 กรัม สำหรับมาตราชั่งตวงของไทย คือ 4 ไพเท่ากับ 1 เฟื้อง 2 เฟื้องเป็น 1 สลึง 4 สลึงเป็น 1 บาท 4 บาทเป็น 1 ตำลึง 20 ตำลึงเป็น 1 ชั่ง เป็นต้น 1 ทะนาน=1,000 ซีซี (1 ลิตร) 15 หยด=1 ซีซี, 1 ช้อนชา=4 ซีซี, 1 ช้อนหวาน=8 ซีซี, 1 ช้อนโต๊ะ (ช้อนคาว)=15 ซีซี, 1 ถ้วยชา=30 ซีซี, ยาผง 1 ช้อนชา=1 กรัม

2.2.1.3 บทสรุปประวัติศาสตร์ของการใช้ประโยชน์

ในช่วงแรกกัญชา/กัญชงถูกนำมาใช้ประโยชน์ในระยะแรกเพื่อวัตถุประสงค์ในการประกอบอาหาร เส้นใยและเพื่อใช้ในการรักษาโรครวมถึงการใช้ในทางศาสนา ต่อมามีการใช้กัญชาในทางที่ก่อให้เกิดโทษ กล่าวคือ การใช้พืชกัญชาเป็นสารเสพติดในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้นซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการเสพติดกัญชาเป็นวงกว้างทำให้ภาครัฐของแต่ละประเทศหาทางปราบปรามพืชกัญชาเนื่องจากมีการลักลอบจำหน่ายยาเสพติดข้ามประเทศ ต่อมาหลายประเทศได้ออกกฎหมายควบคุมกำหนดห้ามการใช้ประโยชน์กัญชา/กัญชงจนถึงปัจจุบันอย่างไรก็ตามบางรัฐได้ออกกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนียผ่านกฎหมาย Proposition 215 อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยภายใต้การแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

การใช้กัญชาของไทยในฐานะสมุนไพรที่ใช้ปรุงยาขนานต่าง ๆ ตามตำราแพทย์แผนไทยซึ่งใช้รักษาพยาบาลคนไทยในอดีตจนถึงปัจจุบันจะมีกัญชาผสมอยู่ด้วยโดยปรากฏหลักฐานตั้งแต่สมัยอยุธยาจนกระทั่งได้จัดประมวลรวบรวมไว้เป็นเล่มเดียวกันในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและทรงอนุญาตให้เผยแพร่แก่ประชาชน แต่ในปัจจุบันไม่มีการใช้กัญชาเนื่องจากกฎหมายกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 จากข้อเท็จจริงจะเห็นได้ว่าในอดีตกัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่บรรจุอยู่ในตำรับยาแพทย์แผนไทยหลายตำรับ ดังเช่น ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กรุงศรีอยุธยาหรือโอสถพระนารายณ์ ตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ และตำราของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ พระมหาสมณเจ้า โดยสรุปคุณประโยชน์ของกัญชาในฐานะสมุนไพรได้ ดังนี้

---

[89] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 748-749.

[90] **ประมวลตำรับยาไทย**, หน้า 374.

1) ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ตำรับยาโอสถพระนารายณ์ได้บรรจุกัญชาเป็นหนึ่งในส่วนผสมยารักษาโรคหลายอย่าง ได้แก่ ยามหาวัฒนะมีสรรพคุณแก้ฉันนะวุฒิโรค 96 ประการกับพยาธิทั้งหลาย ยาทิพกาศเพิ่มความอยากอาหาร นอนไม่หลับ ลงแดงอัคนิคณะคือยาแก้อาเจียน เพิ่มรสชาติอาหารเพิ่มกำลัง และยาสุขไสยาสน์แก้สรรพโรคทั้งปวง เช่น ทำให้มีกำลัง ทำให้อยากอาหารและนอนหลับ

2) ตำรายาของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์พระมหาสมณเจ้าได้บรรจุกัญชาในตำรับยาว่าสามารถแก้อาการและรักษาโรคต่าง ๆ ได้แก่ ยาแก้เลือดลมจากอาการ เช่น ท้องมาน ไส้เลื่อน นิ่ว ริดสีดวง โลหิตเสีย เสมหะเสีย อาการไม่มีแรงปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ ตามืดตาฟาง ลมออกหู เจ็บตา ปวดขา เรื้อนปวดตัว อาการเมา จุกเสียด อารมณ์ร้าย นอนไม่ ท้องผูก คัดอกหนักริมตา แสบตา คัดท้อง ปากเบี้ยว ผอมรับประทานอาหารไม่ได้ซึ่งยาตำรับนี้จะรักษาโรคนี้เป็นด้วยธาตุทั้งสี่ไม่ปกติ[91] และใช้เป็นยารักษาอาการของผู้หญิง

3) ตำรับยาเกร็ดตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ เป็นตำรายาสมุนไพรไทย ได้บรรจุกัญชาเป็นยาสมุนไพรหนึ่งในส่วนผสมของยารักษาโรคหรือแก้อาการต่าง ๆ ได้แก่ ยาแก้แน่นจุกเสียด ยาระบายกินตามสมควรแก่ธาตุ และยาสำหรับอดฝิ่น

4) แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์คือภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติที่มีต้นฉบับมาจากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ฉบับพระยาพิศณุประสาทเวช (คง ถาวรเวช) โดยจัดพิมพ์ตามอักขรวิธีเดิม ครั้ง ร.ศ.126 และ ร.ศ.128 ซึ่งคัมภีร์แพทย์ในหนังสือดังกล่าวได้ตรวจสอบรับรองโดยคณะแพทย์หลวงในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงอนุญาตให้เผยแพร่แก่ประชาชนได้ดังนี้[92] ปรากฏว่ายาหลายตำรับมีกัญชาเป็นส่วนผสมอยู่ ดังนี้

(1) พระคัมภีร์ปฐมจินดาร์[93] ใช้กัญชาเป็นส่วนผสม ได้แก่ ยาทากระหม่อมแก้นอนไม่หลับและยาชื่อไฟอาวุธ เช่น แก้ไอ ไข้ ลมจุกเสียด อุจจาระปนเสมหะโลหิต ผอม (ขาดสารอาหาร) อาการจุกเสียด ริดสีดวงทวาร เป็นต้น

(2) พระคัมภีร์สรรพคุณ (แลมหาพิกัต)[94] ซึ่งกัญชาได้บรรจุไว้ในตำราฉบับนี้ด้วย คือการใช้กัญชารักษาอาการ ไข้ ผอม นอนไม่หลับ เป็นต้น

(3) พระคัมภีร์มหาโชตรัต[95] พระคัมภีร์ได้กล่าวถึงการใช้กัญชาเป็นยาสมุนไพร คือ ยาแก้ลมอุทธังคมาวาต โรคกาฬและยาแก้ลงบิดให้ปวดให้มวนท้อง

(4) พระคัมภีร์ชวดาร โดยคัมภีร์ดังกล่าวมีกัญชาในการรักษา[96] ได้แก่ยาแก้โรคสำหรับบุรุษ และยาชื่อกล่อมอารมณ์

---

[91] ในตำรับยากัญชาเป็นส่วนผสมสามารถรักษาอาการต่าง ๆ เช่น ไส้เลื่อน นิ่ว ริดสีดวง เป็นต้น

[92] กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, *เรื่องเดิม,* หน้า 1-18.

[93] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 85.

[94] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 351.

[95] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 487.

[96] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 541.

(5) พระคัมภีร์ไกษย[97] ตำรานี้มีกัญชาสำหรับใช้รักษาโรคลมต่าง ๆ ได้แก่ ไกษยเหล็ก ไกษยดิน ไกษยท้น ยาพรหมภักตร์ และอัมฤตย์โอสถ เป็นต้น

2.2.2 การใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชง

2.2.2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์

1) อรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) หลักการสำคัญของอรรถประโยชน์นิยม คือ หลักมหสุข แนวคิดนี้เชื่อว่าความสุขเป็นสิ่งประเสริฐสุดในชีวิตมนุษย์ คำว่าความสุขหมายถึงความสุขของคนหมู่มากหรือความสุขของมหาชนมิใช่ความสุขของคนใดคนหนึ่ง[98] การตัดสินว่าสิ่งใดผิดหรือถูกไม่ได้อยู่ที่ตัวการกระทำแต่อยู่ที่ผลลัพธ์ของการกระทำ กล่าวคือ การใช้ความสุขเป็นสิ่งตัดสินจากผลของการกระทำ การกระทำที่ช่วยให้มนุษย์โดยส่วนมากมีความสุขมากขึ้นถือเป็นการกระทำที่ดีถึงแม้ว่าอาจต้องทำให้คนส่วนน้อยได้รับผลกระทบก็ตาม เช่น การสร้างเขื่อน, การทดลองทางการแพทย์ เป็นต้น นักปรัชญาแห่งสำนักประโยชน์นิยม ได้แก่ เจอเรมี เบนธัม (Jeremy Bentham) เจมส์ มิลล์ (James Mill) และจอห์น สจ๊วต มิลล์ (John Stuart Mill)

(1) เจเรมี เบนธัม (Jeremy Bentham 1748-1832) เป็นนักศีลธรรมชาวอังกฤษและนักปฏิรูปกฎหมายผู้ก่อตั้งแนวคิดอรรถประโยชน์นิยม(Utilitarianism) เห็นว่าแนวความคิดหลักอันเป็นหลักการสูงสุดของศีลธรรม คือ การสร้างความสุขให้ได้มากที่สุดซึ่งความสุขนั้นหมายความว่าเป็นสมดุลสุทธิระหว่างความเพลิดเพลินกับความเจ็บปวด และการกระทำที่ถูกต้องคือการกระทำที่สร้างอรรถประโยชน์สูงสุดและได้นำมาเป็นของชีวิตทางศีลธรรมและการเมืองโดยหลักการนี้มิใช่หลักการของปัจเจกเท่านั้นแต่ผู้บัญญัติกฎหมายควรนำมาเป็นพื้นฐานในการตรากฎหมายหรือแนวนโยบายของรัฐ รัฐบาลควรมีการกระทำที่สร้างความสุขแก่ชุมชนส่วนรวมให้มากที่สุดซึ่งชุมชนในที่นี้คือบุคคลเทียมที่ประกอบด้วยปัจเจกบุคคลในสังคม ดังนั้นพลเมืองและผู้บัญญัติกฎหมายจึงสมควรตอบคำถามได้ว่าการบวกประโยชน์ทั้งหมดจากนโยบายหักด้วยโทษที่อาจจะเกิดขึ้นนโยบายนั้นจะสามารถสร้างความสุขมากกว่าทางเลือกอื่นหรือไม่

นอกจากนี้ เบนธัมได้ปรับใช้แนวคิดอรรถประโยชน์นิยมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้[99]

(1.1) โครงการแพนออปติคอน (Panopticon) ซึ่งเป็นเรือนจำที่มีหอตรวจการณ์อยู่ตรงกลางเพื่อให้ผู้คุมสามารถสังเกตนักโทษได้ซึ่งเบนธัมเสนอว่ารัฐควรมีนโยบายให้เอกชนบริหารจัดการเพนออปติคอนโดยเชื่อว่านักธุรกิจจะบริหารเรือนจำแลกกับกำไรที่ได้จาก

---

[97] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 711.

[98] ทองหล่อ วงษ์ธรรมา, **จริยศาสตร์เบื้องต้น: มนุษย์กับอุดมคติและมาตรการทางศีลธรรม** (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2554), หน้า 139.

[99] ไมเคิล แซนเดล, **ความยุติธรรม (Justice What's the Right Thing to Do?),** แปลโดย สกุณี อาชวานันทกุล, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์, 2557), หน้า 54.

แรงงานนักโทษซึ่งทำงานวันละ 16 ชั่วโมงได้ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะปฏิเสธแนวคิดดังกล่าวแต่ในปัจจุบันเริ่มมีการกล่าวถึงการยกงานบริหารจัดการภายในเรือนจำให้เป็นของเอกชนเช่นในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

(1.2) โครงการจัดระเบียบขอทาน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนขอทานบนท้องถนนเนื่องจากการพบเจอขอทานจะทำให้ความสุขของคนเดินบนถนนลดลงโดยแบ่งความคิดเกี่ยวกับขอทานเป็นสองรูปแบบคือ รูปแบบแรกคือ ความคิดเห็นสำหรับคนใจอ่อนการพบคนขอทานจะเกิดความทุกข์จากความรู้สึกสงสารและเห็นใจ รูปแบบที่สองคือคนใจแข็งก็จะเกิดความทุกข์จากความรู้สึกรังเกียจ ดังนั้นขอทานจึงเป็นการลดอรรถประโยชน์นิยมทั้งสิ้นจึงเสนอโครงการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ที่มีรายได้เพียงพอเพื่อเลี้ยงตนเอง เบนธัมเห็นว่าการให้ขอทานทำงานในสถานสงเคราะห์มิได้ลดอรรถประโยชน์ขอทานลงเนื่องจากขอทางบางคนอาจอยากเป็นขอทานมากกว่าแต่ก็ยังมีขอทานที่ทนทุกข์ทรมานจากการขอทานเช่นกัน เบนธัมจึงสรุปว่าผลรวมความทุกข์ที่ประชาชนทั้งหมดประสบนั้นมากกว่าความทุกข์ของขอทานที่จะถูกย้ายไปสถานสงเคราะห์อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งว่าการเสียภาษีเพื่อจัดตั้งสถานสงเคราะห์จะทำให้ความสุขของประชาชนผู้เสียภาษีลดลง เบนธัมอธิบายว่าต้องดำเนินการวางแผนจัดการคนจนโดยทำให้เลี้ยงตนเองได้โดยให้อำนาจพลเมืองในการนำตัวขอทานไปส่งสถานสงเคราะห์เมื่ออยู่ในสถานสงเคราะห์ขอทานจะต้องทำงานเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในการดูแลซึ่งจะถูกบันทึกในบัญชีปลดปล่อยตัวเอง และเสนอให้รัฐจ่ายเงินรางวัลนำจับขอทานให้พลเมือง 20 ซิลลิงต่อคนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้พลเมืองจับขอทานและนำส่งสถานสงเคราะห์[100]

อย่างไรก็ตามความคิดเห็นที่เป็นข้อโต้แย้งของแนวคิดอรรถประโยชน์นิยมมีจุดอ่อน 2 ประการ คือ การไม่เคารพสิทธิส่วนบุคคลและมาตรวัดคุณค่าสากล เนื่องจากแนวคิดนี้จะสนใจเพียงผลรวมของความพึงพอใจเท่านั้น[101] ได้แก่ การไม่เคารพสิทธิส่วนบุคคล เช่น พิจารณากรณีการโยนชาวคริสต์ให้สิงโตกินในสมัยกรุงโรมโบราณมีการโยนชาวคริสต์ให้สิงโตกินในสนามกีฬาโคลอสเซียมเพื่อความบันเทิงของผู้ชม หากใช้แนวคิดอรรถประโยชน์นิยมคำนวณความสุขของการที่ชาวโรมันมีความเพลิดเพลินกับการชมมากกว่าความทุกข์ทรมานของชาวคริสต์ที่ถูกสิงโตกินทั้งเป็นจะมีเหตุผลใดให้นักประโยชน์นิยมประณามเหตุการณ์ดังกล่าวได้ข้อโต้แย้งเรื่องมาตรวัดคุณค่าสากล เช่น การศึกษาประโยชน์ของมะเร็งปอดในสาธารณรัฐเช็ก กล่าวคือมีกรณีที่รัฐบาลสาธารณรัฐเช็กพิจารณาว่าจะขึ้นค่าบุหรี่เนื่องจากกังวลเรื่องต้นทุนการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับบุหรี่ เช่นโรคมะเร็งปอด ดังนั้นบริษัทบุหรี่ฟิลลิปมอร์ริส จึงได้ทำรายงานวิเคราะห์โทษและประโยชน์ของการสูบบุหรี่ต่องบประมาณของประเทศว่ารัฐบาลได้เงินมากกว่าเสียเงินเนื่องจากประชาชนที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตเร็วขึ้นจะทำให้รัฐบาลประหยัดค่ารักษาพยาบาล การรับบำนาญและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยรายงานระบุว่าเมื่อรวมผลกระทบด้านบวกทั้งหมดกระทรวงการคลังจะมีกำไรสุทธิ 147 ล้านเหรียญต่อปี แต่รายงาน

---

[100] Jeffrey M. Jones, **Vast Majority of Americans Opposed to Reinstating Millitary Draft Fewer Than on in Five Favor Return to the Draft**, Retrieved September 7, 2017 from http://www.gallup.com/poll/28642/Vast-Majority-Americans-Opposed-Reinstituting-Military-Draft.aspx

[101] ไมเคิล แซนเดล, *เรื่องเดิม,* หน้า 63-64.

ฉบับดังกล่าวถูกวิจารณ์ว่าเป็นความเหลวไหลของศีลธรรมในการวิเคราะห์โทษและประโยชน์ซึ่งสะท้อนความเหลวไหลของแนวคิดอรรถประโยชน์นิยมซึ่งเป็นแนวคิดเบื้องหลังของรายงานฉบับดังกล่าวที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตมนุษย์ซึ่งไม่สามารถแปลงคุณค่าออกมาเป็นตัวเงินได้โดยคำนึงถึงแต่เพียงผลกระทบต่องบประมาณของรัฐเท่านั้น

แนวคิดหลักของประโยชน์นิยมทางจริยธรรมเป็นสัมพันธ์หรืออัตนัย ไม่ได้ดีหรือชั่วในตัวเองแต่ต้องพิสูจน์ที่ผลลัพธ์ หากผลลัพธ์ออกมาเป็นสุขก็ถือว่าดี สิ่งที่ดีคือสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุข ความสุขเป็นสิ่งที่ที่สุด ดังนั้น ความดีกับความสุขจึงเป็นสิ่งเดียวกันในการคำนวณความสุข ผู้กระทำต้องถือว่าผู้กระทำกับคนอื่นมีค่าหนึ่งเท่ากันไม่มีใครมีค่ามากกว่าคนอื่น ดังนั้น ทุกคนจึงไม่ควรเห็นแก่ตัวเองหรือพวกพ้อง หลักมหสุขมีไว้สำหรับตัดสินการกระทำไม่ใช่ตัดสินบุคคลจึงไม่สนใจเจตนาของบุคคลเมื่อเลือกไม่ได้ก็จงทำสิ่งที่ทุกข์น้อยที่สุด บุคคลที่ทำด้วยเจตนาต่างกันแต่หากผลลัพธ์ออกมาเหมือนกันก็ถือว่าค่าของการกระทำนั้นเท่าเทียมกัน เช่นการที่นายแดงช่วยคนที่กำลังจะจมน้ำตายโดยไม่หวังผลตอบแทนกับนายดำที่ช่วยโดยหวังผลตอบแทน ถ้าทั้งสองคนสามารถช่วยคนที่กำลังจะจมน้ำตายขึ้นมาได้เหมือนกันก็ต้องถือว่าดีเท่ากันเป็นต้น

ข้อโต้แย้งของหลักประโยชน์นิยมอีกประการหนึ่งเนื่องจากการตีความค่าทางจริยธรรมเป็นอัตนัยไม่แน่นอนตายตัวจึงแสดงให้เห็นว่าไม่มีอะไรถูกผิดจริง ถ้าเช่นนั้นมาตรการทางศีลธรรมก็ไม่มีจริงแล้วสังคมจะอยู่อย่างไร ประโยชน์นิยมจะคอยชั่งน้ำหนักหาปริมาณความสุขที่จะเกิดจากการกระทำอย่างเดียวโดยไม่สนใจเจตนาหรือความรู้สึกของผู้กระทำลักษณะของคนกลุ่มนี้ก็จะกลายเป็นเครื่องจักรที่คอยคำนวณแต่ความสุข การเคร่งครัดต่อหลักประโยชน์นิยมอาจขัดกับพันธะพิเศษที่เรามีต่อบุคคลบางคนนำมาปฏิบัติในชีวิตจริงไม่ได้ หลักมหสุขทำให้กฎเกณฑ์ในสังคมไม่มีความหมายเนื่องจากบุคคลสามารถทำลายกฎเกณฑ์ได้ถ้าหากเห็นว่าจะก่อประโยชน์แก่คนหมู่มากได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นจริงสังคมจะวุ่นวายเนื่องจากไร้กฎเกณฑ์สากลที่ทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกัน นอกจากนี้ทัศนะอรรถประโยชน์นิยมเชื่อว่าการทำแท้งไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากการทำแท้งเป็นสิทธิส่วนตัวของแต่ละบุคคล มารดามีสิทธิสมบูรณ์เหนือร่างกายโดยมีสิทธิเลือกระหว่างตั้งครรภ์ต่อไปหรือทำแท้งก็ได้ หากทำแท้งแล้วส่งผลดีแก่ชีวิตของมารดาหรือส่งผลดีแก่สังคมโดยรวมรัฐก็ควรอนุญาตให้ทำได้ เป็นต้น

(2) จอห์น สจวร์ต มิลล์ (John Stuart Mill) คือนักปรัชญาของสำนักอรรถประโยชน์นิยมได้กล่าวถึงหลักมหสุข หรือ The Greatest Happiness Principle อันมีสาระสำคัญคือประโยชน์หรือความสุขของคนหมู่มากเป็นสิ่งที่ดีที่สุดและมีค่ามากที่สุด มิลล์เห็นว่าคำว่าประโยชน์ คือ ความสุข การกระทำที่ถือว่าดีคือการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์ซึ่งหมายถึงประโยชน์ของคนส่วนใหญ่มิใช่ประโยชน์ของผู้กระทำหรือผู้ใดผู้หนึ่งและมิลล์เสนอวิธีการแสวงหาความสุขหรือประโยชน์มนุษย์ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากกว่าความสุข/ประโยชน์ที่ตนจะได้รับมิฉะนั้นแล้วการกระทำนั้นจะไม่แตกต่างจากการกระทำเยี่ยงสัตว์เดรัจฉาน/สัญชาตญาณอย่างสัตว์[102]

บทสรุปหลักอรรถประโยชน์นิยม ทฤษฎีนี้นำมาใช้กับการออกนโยบายและการบัญญัติกฎหมายของรัฐว่านโยบาย/กฎหมายนั้นทำให้เกิดมหสุขได้หรือไม่ด้วยการตอบคำถาม

---

[102] ทองหล่อ วงษ์ธรรมา, *เรื่องเดิม*, หน้า 121-122.

ด้วยการบวกประโยชน์ทั้งหมดจากนโยบาย/กฎหมายหักด้วยโทษที่อาจจะเกิดขึ้นนโยบาย/กฎหมายนั้นจะสามารถสร้างความสุขมากกว่าทางเลือกอื่นหรือไม่ เนื่องจากหลักการสำคัญของอรรถประโยชน์นิยม คือ หลักมหสุข กล่าวคือ สิ่งที่ดีคือสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์สุขมากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุดผิดหรือถูกไม่ได้อยู่ที่ตัวการกระทำแต่อยู่ที่ผลลัพธ์ของการกระทำ นั่นคือการใช้ความสุขเป็นตัวตัดสินโดยดูที่ผลของการกระทำ การกระทำที่ช่วยให้มนุษย์โดยส่วนมากมีความสุขมากขึ้นถือเป็นการกระทำที่ดี แม้ว่าอาจจะต้องทำให้คนส่วนน้อยได้รับผลกระทบก็ตาม การกำหนดบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 จึงอาจพิจารณาได้ว่าเป็นแนวทางของอรรถประโยชน์นิยมในการยอมทำลายสิ่งที่มีคุณค่าน้อยกว่าซึ่งในที่นี้คือการจำกัดสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลของปัจเจกบุคคลในการเลือกใช้สิ่งเสพติดเข้าสู่ร่างกายของตน เพื่อรักษาสิ่งที่เป็นคุณค่าสูงกว่าคือความสงบเรียบร้อยของสังคมเนื่องจากการพิจารณาผลลัพธ์ของการกำหนดโทษในคดียาเสพติดว่าก่อให้เกิดผลดีต่อสังคมส่วนรวมมากกว่าเสรีภาพของปัจเจกบุคคล การศึกษาถึงคุณสมบัติที่แท้จริงของกัญชา/กัญชง จึงอาศัยการเปรียบเทียบคุณประโยชน์และโทษของพืชดังกล่าวเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาถึงความสุขสุทธิของสังคมโดยรวม กล่าวคือผลลัพธ์ต่อสังคมว่ามีความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมเพียงใดหากกัญชา/กัญชงมีประโยชน์และเป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากกว่าอันตรายและโทษก็สมควรที่รัฐจะกระทำหน้าที่ทางนิติบัญญัติออกกฎเกณฑ์เพื่อรองรับการใช้ประโยชน์เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตามหลักการมหสุข

อย่างไรก็ตามเนื่องจากหลักอรรถประโยชน์นิยมยังมีข้อโต้แย้งในการตีความค่าทางจริยธรรมเป็นอัตนัยซึ่งไม่มีความแน่นอนตายตัวจึงแสดงให้เห็นว่าไม่มีการกระทำใดที่ถูกผิดจริง ดังนั้นการออกกฎเกณฑ์การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ภาครัฐควรควบคุมอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้พืชดังกล่าวในทางที่ผิดต่อสังคมได้และคุ้มครองการใช้ประโยชน์ เช่น การวิจัยพืชกัญชา/กัญชงที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ เป็นต้น

2) แนวคิดนิติเศรษฐศาสตร์ (Economic Analysis of Law) คือ แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดความผิดทางอาญาเพื่ออธิบายว่าการกระทำใดควรเป็นความผิดทางอาญาซึ่งเป็นแนวทางใหม่ที่นำหลักการทางเศรษฐศาสตร์มาอธิบายกฎหมายซึ่งกำหนดความผิดอาญาของรัฐจะต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ (Benefits) และต้นทุน (Costs) กล่าวคือ การกระทำใดที่ได้ประโยชน์กับสังคมมากกว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับสังคมการกระทำนั้นไม่ควรเป็นความผิดอาญา ดังนั้นรัฐจึงต้องกำหนดความผิดอาญาเมื่อการกระทำนั้นสร้างต้นทุนมากกว่าประโยชน์สังคม และรัฐจะไม่กำหนดความผิดอาญาเมื่อการกระทำนั้นสร้างประโยชน์ให้กับสังคมมากกว่าต้นทุน[103] แนวคิดนิติเศรษฐศาสตร์มีแนวทางการกำหนดว่าการกระทำใดเป็นความผิดอาญาโดยคำนึงถึงหลักการ[104] ดังนี้

---

[103] Steven Shavell, Criminal Law and the Optimal Use of Nonmonetary Sanctions as a Deterrent, in **Jules Coleman and Jeffrey Lange, Laws and Economics, Volume 1** (Aldershot: Dartmouth, 1992), p. 472 อ้างถึงใน ปกป้อง ศรีสนิท, **กฎหมายอาญาชั้นสูง อาชญากรรม ความรับผิดและโทษทางอาญา** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 22.

[104] ปกป้อง ศรีสนิท, **กฎหมายอาญาชั้นสูง อาชญากรรม ความรับผิดและโทษทางอาญา** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 22-25.

(1) การบัญญัติความผิดเมื่อต้นทุนสังคมมากกว่าประโยชน์สังคม กำหนดได้ตามสมการ คือ Criminalization = Social Costs > Social Benefits ดังนั้นความผิดเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดเมื่อพิจารณาตามสมการนี้จะเห็นได้ว่าสังคมไม่ได้ประโยชน์จากการค้ายาเสพติดและสังคมจะเสียหายจากพฤติการณ์ค้ายาเสพติด

(2) การไม่บัญญัติเป็นความผิดเมื่อการกระทำมีประโยชน์ต่อสังคมมากกว่าต้นทุนสังคม กำหนดได้ตามสมการ ดังนี้ Non-Criminalization = Social Benefits > Social Costs เช่นการประกอบสัมมาอาชีพก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยไม่ก่อให้เกิดต้นทุนทางสังคม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามนอกจากแนวคิดนิติเศรษฐศาสตร์จะเกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญาแล้ว หากพิจารณากฎหมายมหาชนทางเศรษฐกิจ กล่าวถึง ทฤษฎีกฎในทางเศรษฐศาสตร์ว่ามีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการศึกษาเรื่องกฎในกฎหมายปกครอง และการร่างกฎหมาย กฎในทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบัญญัติกฎหมายอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากยาเสพติด มีดังนี้

1. ประโยชน์มหาชน (Public Interest) หรือที่เรียกว่าประโยชน์สาธารณะเป็นนิติสมบัติ (Rechtsgut) หรือคุณธรรมทางกฎหมายของกฎหมายมหาชนซึ่งเป็นวัตถุหรือสิ่งที่กฎหมายมุ่งคุ้มครองป้องกันชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินเช่นเดียวกับกฎหมายอาญา[105]

2. กิจการที่เป็นของรัฐ (Public Ownership) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ[106]

1) กิจการที่อยู่ในการควบคุมโดยตรงของรัฐมนตรีในฐานะที่เป็นหน่วยงานของรัฐ เช่นรัฐวิสาหกิจ

2) กิจการที่จดทะเบียนเป็นบริษัทตามกฎหมายหุ้นส่วนบริษัทโดยรัฐถือหุ้นส่วนทั้งหมด เช่น บริษัทการบินไทย จำกัดโดยรัฐสามารถกำหนดนโยบายและควบคุมดำเนินการของบริษัทโดยผ่านกรรมการบริษัทส่วนหนึ่งเป็นตัวแทนของรัฐ

3) การจัดตั้งโดยกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติเป็นกิจการของรัฐ (Public Corporation) เช่น Thai PBS ซึ่งจัดตั้งในรูปแบบหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น

3. การขออนุญาตก่อนดำเนินการ[107] ระบบใบอนุญาตเป็นเรื่องของกฎที่กำหนดมาตรการขั้นต่ำและเพื่อให้การประกอบกิจการมีมาตรฐานในแบบเดียวกัน ได้แก่ ใบอนุญาตการประกอบกิจการ (Licensing of Professional Occupations) และใบอนุญาตประกอบกิจการค้า (Licensing of Occupations and Commercial Activities) ซึ่งใบอนุญาตมีความแตกต่างจากการจดทะเบียน (Registration System) และการรับรอง (Certification System) ที่ไม่ได้เกี่ยวกับคุณสมบัติ

---

[105] สมยศ เชื้อไทย, **หลักกฎหมาย (Principles of Law) กฎหมายมหาชนเบื้องต้น (Introduction to Public Law),** พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559), หน้า 35.

[106] ธรรมนิตย์ สุมันตกุล, **กฎหมายมหาชนทางเศรษฐกิจซ ทฤษฎี "กฎ" ในทางเศรษฐศาสตร์ (Theory of Regulation)** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2560), หน้า 155.

[107] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 135.

หรือความสามารถใด ๆ ซึ่งในกรณีนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการเก็บข้อมูลของราชการเกี่ยวกับสถานประกอบการ

4. การกำหนดมาตรฐาน[108] (Standard) คือ การแทรกแซงของรัฐในการประกอบกิจการธุรกิจอีกรูปแบบหนึ่งนอกเหนือจากการแทรกแซงโดยการให้แจ้งข้อมูลข่าวสาร (Information) และการกำหนดต้องมาขออนุญาตก่อนดำเนินการ (Prior Approval) การกำหนดมาตรฐานเป็นการให้ผู้ผลิตสินค้าหรือบริการได้โดยไม่ต้องขออนุญาตก่อน แต่ถ้ามีการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐานจะต้องถูกลงโทษจึงเป็นการควบคุมภายหลัง โดยมาตรฐานแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ประการแรกพิจารณาด้านเป้าหมายของสินค้าและบริการ ประการที่สองพิจารณาประสิทธิภาพของสินค้าและบริการ ประการสุดท้ายเป็นวิธีการกำหนดวิธีการผลิตหรือเทคนิค เป็นต้น

นอกจากนี้อำนาจหน้าที่ของรัฐ โดยทั่วไปหน้าที่ของรัฐแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ หน้าที่ทางนิติบัญญัติ หน้าที่ทางบริหาร หรือทางปกครอง และหน้าที่ทางตุลาการ สำหรับหน้าที่ทางนิติบัญญัติของรัฐ คือการออกกฎเกณฑ์ที่มีผลบังคับสำหรับปัจเจกชนและนิติบุคคลที่อยู่ในรัฐซึ่งโดยปกติจะถ่ายทอดออกมาในรูปของนิติกรรมที่เรียกว่า “รัฐบัญญัติ” ซึ่งรัฐจะทำหน้าที่ทางบริหารหรือปกครองในการนำรัฐบัญญัติมาบังคับใช้เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคม และทำหน้าที่ทางตุลาการในการพิจารณาพิพากษาคดีพิพาทระหว่างผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายทั้งสองฝ่าย ทั้งระหว่างเอกชนกับเอกชน ระหว่างหน่วยงานกับเอกชนหรือระหว่างหน่วยงานและหน่วยงาน[109] แนวความคิดอรรถประโยชน์นิยมเป็นพื้นฐานในการกำหนดบทลงโทษในทางอาญาคือ การยอมทำลายสิ่งที่มีคุณค่าที่น้อยกว่าคือคุณธรรมทางกฎหมายของปัจเจกชนเพื่อรักษาคุณค่าที่สูงกว่าคือความสงบเรียบร้อยของสังคมอันจะนำไปสู่การละเมิดปัจเจกชนอื่น

2.2.2.2 ลักษณะการใช้ประโยชน์

ในข้อนี้ผู้เขียนมุ่งศึกษาลักษณะการใช้ประโยชน์ในปัจจุบันเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมของการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชงในประเทศไทย ดังนี้

การใช้กัญชา/กัญชงเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์

ในข้อนี้กล่าวถึงคุณสมบัติของสารในกัญชา/กัญชงที่มีสรรพคุณเป็นยารักษาโรค ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดประเภท 5 และเปิดช่องให้ขออนุญาตใช้กัญชา/กัญชงจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นราย ๆ ไปก็ตามแต่การใช้ส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการขออนุญาตของหน่วยงานรัฐ เช่น สถาบันนิติเวช โรงพยาบาลตำรวจ, กองพิสูจน์หลักฐาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติซึ่งนำมาใช้เพื่อการตรวจสอบหาสารในร่างกายเท่านั้น เช่น การตรวจพิสูจน์หาสารเสพติดประเภท 5 คือกัญชาในปัสสาวะ แต่ยังไม่พบว่าประชาชนขออนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทำการวิจัยถึงสรรพคุณของกัญชา/กัญชง เพื่อผลิตเป็นยารักษาโรคแต่อย่างใดซึ่งจากการศึกษาปรากฏเพียงหลักฐานข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาในฐานะสมุนไพรในอดีตเท่านั้น ดังนั้นผู้เขียนจึงศึกษาข้อเท็จจริงจากผลการศึกษาวิจัยและการทดลองในต่างประเทศ ก่อนการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง

---

[108] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 121-122.

[109] ชาญชัย แสวงศักดิ์, **กฎหมายมหาชน ความเป็นมา ทฤษฎี และหลักการที่สำคัญ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2553), หน้า 208.

ในข้อนี้จะอธิบายถึงหลักเกณฑ์การพิจารณาเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยอ้างอิงจากกฎเกณฑ์การอนุญาตให้ใช้สารเสพติดที่มีคุณประโยชน์ในทางการแพทย์ของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ว่าจะต้องประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 5 ประการ ดังนี้[110]

1. สารเคมีที่อยู่ในสารเสพติดจะต้องเป็นที่รู้จักและมีความสามารถในการทำซ้ำได้
2. สารชนิดนั้นจะต้องมีการศึกษาถึงความปลอดภัยอย่างเพียงพอ
3. ต้องมีการศึกษาทดลองอย่างเพียงพอและมีการควบคุมตามมาตรฐานที่สามารถพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของสารชนิดนั้นได้
4. สารชนิดนั้นจะต้องถูกยอมรับจากการตรวจสอบคุณสมบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ
5. สารนั้นจะต้องมีอุบัติการณ์ในทางวิทยาศาสตร์ว่าสามารถใช้ได้อย่างกว้างขวาง

ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชง นอกจากการพิจารณาสรรพคุณทางยาแล้วจำเป็นต้องพิจารณาถึงอันตรายจากพืชดังกล่าวด้วยตลอดจนต้องผ่านการทดลองในห้องปฏิบัติการและการทดลองทางคลินิกที่มีมาตรฐานโดยการตรวจสอบจากหน่วยงานของรัฐว่าสามารถใช้ยากับประชาชนได้อย่างปลอดภัย ลำดับต่อมาอธิบายถึงข้อมูลทั่วไปของกัญชา/กัญชง ประกอบด้วยสารใดที่ก่อให้เกิดประโยชน์และโทษอย่างไร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กัญชา กัญชา/กัญชง มีชื่อทางพฤกษศาสตร์เช่นเดียวกัน คือ Cannabis Sativa L. มีต้นกำเนิดมาจากพืชชนิดเดียวกันในปัจจุบัน กัญชงมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa (Lam.) และกัญชามีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Indica (Lam.) E. Small & Cronquist[111] ซึ่งพืชทั้งสองชนิดจัดอยู่ในวงศ์ CANNABACEAE กัญชา/กัญชง มีสารที่สำคัญคือสารแคนนาบินอยด์ซึ่งประกอบด้วยสารหลายชนิดซึ่งมีสารสำคัญ 3 ชนิด คือ สารเตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinal, THC), สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinol, CBN) และสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD)[112]

กัญชา มีสรรพคุณในการบำบัดรักษาโรคและอาการได้หลากหลาย เช่น การใช้ประโยชน์ของกัญชาที่ได้ผลดีในการบำบัดมะเร็งคือการป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเนื่องจากโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 25 ถึง 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งจะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งอาจทำให้หลอดอาหารฉีกขาดของและซี่โครงหักตลอดจนทำให้ไม่ได้รับอาหารเพียงพอและสูญเสียน้ำและยาแก้อาการอาเจียนทั่วไปใช้ไม่ได้ผล ต่อมากัญชาถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อบำบัดอาการคลื่นไส้และในผู้ป่วยเอดส์ที่น้ำหนักลดลงเนื่องจากอาการคลื่นไส้ที่เกิดจากอาการของโรคและเกิดจากผลข้างเคียงจากยารักษาโรคบางตัวซึ่งกัญชาจะช่วยชะลอการ

---

[110] Jonathan P. Caulkins, Angela Hawken, Beua Kilmer, Mark A. R. Kleiman, **Marijuana Legalization What Everyone Needs to Know** (New York: Oxford University Press, 2012), p. 95.

[111] สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาคเหนือ, ส่วนสำรวจและรายงาน, **กัญชา**, หน้า 1, ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.oncb.go.th

[112] อาคม กาญจนประโชติ, “กัญชง-กัญชา,” **วารสารแม่โจ้ปริทัศน์** 6, 6 (2548): 23-25.

สูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วยเอดส์และช่วยให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย[113] การนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาระยะก่อนทดลองในมนุษย์ (Preclinical Studies)[114] เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยก่อนที่จะทดลองใช้ยาชนิดนั้นในมนุษย์ซึ่งทั้งในรูปแบบการทดสอบในหลอดทดลอง (In Vitro Study) และการทดสอบในสัตว์ทดลอง (In Vivo Study) ซึ่งต้องใช้สัตว์ทดลองอย่างน้อย 2 ชนิด (Species) เช่น หนู, กระต่าย, ลิงเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับมนุษย์โดยทดสอบความเป็นพิษเฉียบพลันความเป็นพิษต่อเนื่องระยะสั้นและระยะยาว การศึกษาระยะก่อนทดลองในมนุษย์จะใช้ประเมินว่ายามีความปลอดภัยเพียงพอที่จะเริ่มการทดสอบทางคลินิกในมนุษย์ต่อไป (Clinical Trials) อย่างไรก็ตามมีการวิจัยและพัฒนายาซึ่งสกัดจากสารในกัญชาหลายชนิด รายงานผลการทดลองทางด้านวิทยาศาสตร์พบว่าสารในกัญชาสามารถยับยั้งการเติบโตของเซลมะเร็งในสัตว์ทดลองแต่ผลการทดลองยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนเนื่องจากยังไม่มีผลการทดสอบทางคลินิกทั่วไป

การใช้กัญชาในทางการแพทย์มีประวัติศาสตร์การใช้มานานมากกว่า 3000 ปีซึ่งในปี ค.ศ.1840 ศัลยแพทย์ชื่อ W. B. O'Shaughnessy ซึ่งได้ใช้กัญชารักษาอาการปวด ยาชาระงับความรู้สึกยาต้านการอักเสบ ยาต้านกล้ามเนื้อหดเกร็งและเป็นยาต้านการชัก[115] ในปี พ.ศ.2507 นักวิจัยคือ ราฟาเอลเมชูแลม ได้แยกสารชนิดหนึ่งออกจากกัญชา คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) หรือสารทีเอชซี[116] ซึ่งออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยในปี ค.ศ.1986 มีการสังเคราะห์สารทีเอชซีซึ่งได้รับการอนุญาตให้ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายใต้ชื่อสามัญทางยาว่าโดรนาบินอล (Dronabinol) ซึ่งในการศึกษาระดับคลินิก (Clinical Trials) พบว่ายาชนิดนี้มีประสิทธิภาพเทียบเท่าหรือดีกว่ายาต้านการอาเจียนชนิดอื่นที่มีอยู่ในขณะนั้น[117] การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticity) ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือโรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis: MS) ซึ่งการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจและอาจทำให้กล้ามเนื้อแข็ง (Muscle Stiffness) การเคลื่อนไหวลำบาก (Reduce Mobility) และมีอาการปวด(Pain) โดยประเทศแคนนาดา นิวซีแลนด์และบางประเทศในทวีปยุโรปอนุญาตให้มีการรักษาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อซึ่งมีผลมาจากโรคเอ็มเอส ด้วยยานาบิซิมอล (Nabiximols) ซึ่งสกัดจากสารแคนนาบิไดออล (THC:

---

[113] สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, **การใช้กัญชาในทางการแพทย์ ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**, หน้า 349-352, ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2558 จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com

[114] อิสริยา เตชะธนะวัฒน์, "การศึกษาชีวสมมูล (Bioequivalence Study)," **วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม** 16, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2552).

[115] National Cancer Institute at the National Cancer Institute of Health, **Cannbis and Cannabinoids (PDQ®),** Retrieved October 20, 2016 from http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/canabis/healthprofessional/page

[116] หรือสารเดลต้า-9-เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC)

[117] Stephen E. Sallan, Norman E. Zinberg and Emil Frei, III, "Antiemetic Effect of Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Patients Receiving Cancer Chemotherapy," **The New England Journal of Medicine** 293, 16 (16 October 1975): 795-797.

Cannabidiolextract)[118] ต่อมาจึงมีการศึกษาวิจัยการสกัดสารจากพืชกัญชาธรรมชาติและสารสังเคราะห์ พืชกัญชามีสารประกอบที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันหลายชนิดรวมเรียกว่า สารแคนนาบินอยด์ ซึ่งร่างกายมนุษย์มีตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid Recepters) อยู่ 2 ชนิด คือ CB1 และ CB2[119] และในร่างกายมนุษย์มีสารที่จับกับรีเซปเตอร์ดังกล่าวคือสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (Endocanabinoids) ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตลอดจนส่งผลต่ออารมณ์ ความจำ ความอยากอาหาร การหลับนอนและการเคลื่อนไหว[120]

นอกจากนี้ในต่างประเทศมีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ตลอดจนการสกัดสารที่ได้จากกัญชา/กัญชง เพื่อศึกษาวิจัยและทดลองรักษาโรคต่าง ๆ ซึ่งโรค/อาการบางชนิดสามารถใช้กัญชารักษาได้ผล โรค/อาการบางอย่างยังอยู่ระหว่างขั้นตอนการศึกษาวิจัยและทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) โรคมะเร็ง (Cancer) ข้อมูลเกี่ยวกับผลการทดลองการนำสารในกัญชามาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ผลการทดลองในห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีคุณสมบัติต้านมะเร็งและมีผลการวิจัยที่ใช้กัญชารักษาในมนุษย์[121] และจากการทดลองพบว่ากัญชาและสารแคนนาบินอยด์มีฤทธิ์เป็นสารต้านมะเร็ง[122] รวมไปถึงมีผลต่อเซลล์มะเร็งที่ปอดและเซลล์มะเร็งเต้านม[123] บทความเรื่อง Cannabinoids in the Treatment of Cancer ได้รวบรวมผลการทดลองของสารแคนนาบินอยด์ในไว้ว่านอกจากจะมีคุณสมบัติในการรักษาอาการข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยเพิ่มน้ำหนักและเพิ่มความอยากอาหารและลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้วยังมีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งและช่วยในการรักษามะเร็งได้เช่นเดียวกัน[124] ในข้อนี้จะกล่าวถึงรายงานผลการวิจัยของกัญชาเกี่ยวกับมะเร็งตามลำดับ

---

[118] John P. Zajicek, “Role of Cannabinoids in Multiple Sclerosis,” **CNS Drugs** 25, 3 (March 2011): 187-201.

[119] CB1 คือ Cannabinoid Recepters 1 อยู่ที่ผิวนิวรอนในสมอง และ CB2 คือ Cannabinoid Recepters 2 อยู่ที่เซลภูมิคุ้มกันของร่างกาย

[120] ธีรธร มโนธรม, *เรื่องเดิม,* หน้า 25.

[121] Daniel W. Bowles, Cindy L. O’Bryant, D. Ross Camidge and Antonio Jimeno, “The Intersection between Cannabis and Cancer in the United States,” **Critical Review in Oncology/Hematology** 83, 1 (July 2012): 1-10.

[122] **Cannabis (Marihuana, Marijuana) and the Cannabinoid Dried Plant for Administration by Ingestion or Other Means Psychoactive Agent**, Retrieved October 20, 2016 from http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-eng.php

[123] National Cancer Institute at the National Cancer Institute of Health, **Cannbis and Cannabinoids (PDQ®)**, p. 4.

[124] Amy Alexander, Paul F. Smith and Rhonda J. Rosengren, **Cannabinoids in the Treatment of Cancer**, Retrieved October 20, 2017 from http://www.elsevier.com/locate/canlet

การทดลอง (In Vivo Study) สารแคนนาบินอยด์อาจเป็นสารยับยั้งเนื้องอก (Antitumors) โดยมีกลไกการออกฤทธิ์หลายรูปแบบ เช่น ยับยั้งการเจริญเติบโตของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงเนื้องอกและเซลล์มะเร็งในการแพร่กระจายรวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็ง[125]

ในการวิจัยกัญชาเพื่อรักษามะเร็งระยะก่อนทดลองในมนุษย์ (Preclinical Studies) เช่น การวิจัยจากทีมวิจัยจาก St George' University of London รายงานผลการวิจัยทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2556 ว่าสารเคมีในกัญชา คือ สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) เช่น สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) สามารถทำลายเซลล์มะเร็งและช่วยในการรักษามะเร็ง โดยทีมวิจัยเปิดเผยว่าได้ใช้เวลา 20 ปี ในการวิจัยความเกี่ยวข้องของกัญชากับเซลล์มะเร็ง พบว่าสารเคมีชนิดอื่นในกัญชานอกเหนือจากสารทีเอชซี (delta-9-Tetrahydrocannabinoid, THC) ก็มีส่วนในการรักษามะเร็งเช่นกันโดยทำการวิจัยสารเคมี 6 ชนิดในสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids)[126] พบว่าสารแต่ละชนิดล้วนมีส่วนช่วยในการรักษามะเร็งและถ้านำมารวมกันจะยิ่งมีประสิทธิภาพมากขึ้นไม่น้อยไปกว่าสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC)) โดยออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งโดยตรงทั้งสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์และในบางกรณีก็สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้ หากมีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติมต่อไปคาดว่าจะสามารถสกัดเป็นยารักษาโรคมะเร็งได้[127]

สำหรับการทดลองในสัตว์ทดลอง (In Vivo Study) ในประเทศสเปนพบสารออกฤทธิ์ในกัญชาสามารถต้านเซลล์มะเร็งในสมองซึ่งนายกิลเลอร์โม เวลาสโก (Guillermo Velasco) และคณะนักวิจัยของมหาวิทยาลัยคอมพลูเทนส์ (Complutense University) ประเทศสเปนพบว่าสารสำคัญในกัญชามีฤทธิ์ต้านเซลล์มะเร็งในสมองได้โดยกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งทำลายตัวเองซึ่งนักวิจัยฉีดสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ที่สกัดได้จากกัญชาให้หนูทดลองที่เป็นมะเร็งสมองโดยการฉีดสารทีเอชซีเข้าไปในสมองบริเวณใกล้กับที่มีเซลล์มะเร็งผลพบว่ากลุ่มเซลล์มะเร็งบริเวณดังกล่าวค่อยๆลดลงทั้งนี้สารทีเอชซีกระตุ้นเซลล์มะเร็งให้เกิดกระบวนการทำลายตัวเอง (Autophagy) จากผลการวิจัยดังกล่าวกัญชาอาจได้รับการพัฒนาเป็นยาต้านมะเร็งที่มีประสิทธิภาพในอนาคต[128]

สำหรับการทดลองในระดับคลินิก (Clinical Trials) คณะวิจัยได้ทดลองโดยการให้สารทีเอชซีเข้าไปในสมองโดยตรงของผู้ป่วยอาสาสมัครจำนวน 2 รายที่เป็นเนื้องอกในสมองระยะรุนแรงและเมื่อตรวจชิ้นเนื้อเยื่อจากบริเวณดังกล่าวเปรียบเทียบกันก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้รับสารทีเอชซี ซึ่งผลการทดลองพบว่ามีการทำลายเซลล์เนื้องอกเพิ่มมากขึ้นขณะเดียวกันไม่พบ

---

[125] Ethan B. Russo and Geoffrey W. Guy, "A Tale of Two Cannabinoids: the Therapeutic Rationale for Combinningerahydrocannabinl and Cannabidiol," **Medical Hypothesis** 66, 2 (2006): 234-246.

[126] Cannabinoids คือ Two Forms of Cannabidiol (CBD), Two Forms of Cannabigerol (CBG) และ Two Forms of Cannabigevarin (CBGV)

[127] **The Future of Weed to Stop Cancer**, Retreived February 14, 2015 from http://www.tempobkk.com/Magazine/the-future-of–weed-to-stop–cancer

[128] ซึ่งผลงานดังกล่าวได้รับการตีพิมพ์ในวารสารเจอร์นัลออฟคลินิคัล อินเวสติเกชัน (Journal of Clinical Investigation) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ฉบับเดือน เมษายน 2552

ผลข้างเคียงจากการรักษาดังนั้นกัญชาจึงมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นยายับยั้งการเจริญของเนื้องอกหรือเซลล์มะเร็งได้ในอนาคต[129]

สำหรับวิธีการใช้กัญชารักษาผู้ป่วยนั้นผู้เชี่ยวชาญในการรักษามะเร็งแนะนำให้ใช้กัญชาสายพันธุ์อินดิกา (Indica) ซึ่งมีลักษณะใบกว้างและลำต้นจะเตี้ยกว่าสายพันธุ์ซาติว่า (Sativa) และควรเลือกใช้ต้นกัญชาเพศเมียเนื่องจากมีสารทีเอชซีที่ออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งมากกว่าต้นเพศผู้ ส่วนของกัญชาที่มีสารแคนนาบินอยด์มากที่สุดคือส่วนของดอก ภาษาชาวบ้านมักเรียกว่ากะหรี่หรือเรซิน (Resin) สำหรับวิธีการสกัดกัญชาเพื่อรักษาทำได้หลายวิธี เช่น วิธีการสูบเช่นเดียวกับสูบบุหรี่ การสกัดกัญชาเข้มข้นที่ทำให้ออกฤทธิ์แล้วระเหยเป็นไอและการสูดผ่านลมหายใจเข้าไปในปอด[130]

กัญชาเป็นพืชในตระกูลแคนนาบิส (Cannabis Sativa) ซึ่งสามารถเจริญเติบโตได้ทั่วโลก นักวิทยาศาสตร์จำแนกสารประกอบจากกัญชาคือสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ซึ่งสารชนิดนี้มีสารสำคัญที่นำมาใช้รักษาโรคมะเร็ง คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol (THC)) ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วนสารชนิดอื่นของกัญชายังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย การศึกษาเกี่ยวกับสรรพคุณกัญชาในการรักษาโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยระยะก่อนทดลองในมนุษย์ (Preclinical Studies) และอยู่ในระหว่างการทดลองในมนุษย์หรือการทดลองในระดับคลินิก (Clinical Trials) ในผู้ป่วยอาสาสมัคร

(2) อาการอาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Anti-Nauseant for Cancer Chemotherapy) การใช้กัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากที่สุด คือการนำมาใช้เพื่อรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน (Anti-Nauseant) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่าสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ซึ่งเป็นสารชนิดหนึ่งที่พบในกัญชามีประสิทธิผลในการต้านการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งและมีการศึกษาวิจัย 5 เรื่องที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของกัญชากับสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่การศึกษาทางคลินิกในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 5 รัฐซึ่งวิจัยโดยหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ (State Health Department) และได้รับการอนุมัติโครงการโดยองค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration)[131] ผลการศึกษาวิจัยโดยรวมพบว่าให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูบกัญชาจะให้ประสิทธิผลในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ดีกว่าการให้โดยการรับประทานสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC)[132] ผลการศึกษาวิจัยในรัฐต่าง ๆ ได้แก่รัฐนิวเม็กซิโก ในปี ค.ศ.1978 มีโครงการศึกษาวิจัยที่

---

[129] “สเปนพบสารออกฤทธิ์ในกัญชา ต้านเซลล์มะเร็งในสมองได้,” **ผู้จัดการออนไลน์** (7 เมษายน 2559), ค้นวันที่ 7 มกราคม 2557 จาก จาก https://mgronline.com/science/detail/9520000038895

[130] สมยศ กิตติมั่นคง, **กัญชาคือยารักษามะเร็ง** (กรุงเทพมหานคร: โกกรีน โซเชียล เวนเจอร์, 2559), หน้า 150-154.

[131] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[132] Kevin B. Zeese, **Research Finding on Medicinal Properties of Marijiuna**, Retrieved October 20, 2016 from http://www.lindesmith.org/mmjcsdp.html

ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาผลการวิจัยดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่เลือกการรักษาด้วยกัญชามากกว่า 90% มีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง[133] ในนิวยอร์ค โครงการศึกษาวิจัยเริ่มในปี ค.ศ.1985 โดยให้การรักษาด้วยกัญชาในผู้ป่วย 208 ราย ผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวพบว่า กัญชาใช้ได้อย่างมีประสิทธิผลใน 93% ของจำนวนครั้งที่ทำการรักษาไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ใช้กัญชาแล้วต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและใช้ยาแก้อาเจียนอย่างอื่นร่วมด้วย[134] รัฐแคลิฟอร์เนีย โครงการศึกษาวิจัยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1981-1989 ในปี ค.ศ.1981-1982 รายงานผลวิจัยว่ามากกว่า 74% และ 78.9% ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชามีประสิทธิผลดีกว่ายาอื่น ในปี ค.ศ.1983 พบว่า กัญชามีประสิทธิผลในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาวิจัยยังคงดำเนินต่อมาถึงปี ค.ศ.1989 โดยมีข้อสรุปของผลการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกัน[135] ในรัฐเทนเนสซี่ มีการศึกษาโดยการประเมินผู้ป่วยจำนวน 27 รายที่เคยใช้ยาแก้อาเจียนชนิดอื่นรวมถึงสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่ได้ผล พบว่าประสิทธิผลในการรักษาด้วยกัญชาโดยการสูบเท่ากับ 90.4% เมื่อเปรียบเทียบกับ THC capsules 66.7% และการใช้กัญชาได้ผลถึง 100% ในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และรัฐมิชิแกนศึกษาโดยเปรียบเทียบกัญชากับ Torecan (Thiethylperazine) ผลการศึกษาพบว่า 71.1% ของผู้ที่ใช้กัญชาในการรักษามีระดับของการคลื่นไส้อาเจียนจากไม่อาเจียนจนถึงคลื่นไส้ปานกลาง และ 90% ของผู้ที่ใช้กัญชาอยู่มีความประสงค์จะใช้กัญชาต่อไป ผู้ป่วยจำนวน 8 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 83 รายที่ใช้กัญชาอยู่ประสงค์จะเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มให้ใช้ Torecan ในตอนแรกพบว่ามากกว่า 90% (22 จาก 23 ราย) ขอหยุดยาและเปลี่ยนไปรักษาด้วยกัญชาแทน[136]

(3) โรคต้อหิน (Glaucoma) ในทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสารในกัญชาหรือสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol (THC)) ช่วยลดความดันภายในลูกตา (Intraocularpressure, IOP) ซึ่งถือเป็นวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการรักษาโรคต้อหิน แต่อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญโรคตาไม่นิยมใช้กัญชาหรือสารทีเอชซีรักษาเนื่องจากคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตลอดจนยังไม่สามารถพัฒนารูปแบบให้เป็นยาสำหรับใช้ภายนอกโดย

---

[133] Robert Randall, ed., The Lynn Pierson Therapeutic Research Program, The Behavioral Health Sciences Division, health and Environment Department, March 1983 and 1984, In **Marijuana, Medicine and the Law Vol. 1** (Washington, DC.: Galen, 1988), pp. 125-133.; Robert Randall, ed., The Lynn Pierson Therapeutic Research Program, The Behavioral Health Sciences Division, health and Environment Department, March 1983 and 1984, In **Marijuana, Medicine and the Law Vol. 2**, (Washington, DC.: Galen, 1988), pp. 36-38.

[134] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[135] Annual Report of the California Research Advisory Panel submitted to the Governor and Legislature from 1981 to 1989.

[136] Michigan Department of Public Health Marijuana Therapeutic Research Project, Trail A 1980-1, Department of Social Oncology, Evaluation Unit, Michigan cancer Foundation.

การหยอดตาเพื่อลดอาการทางจิตและประสาทได้ กัญชาทำให้ความดันภายในลูกนัยน์ตาลดลงได้ดีหลายชั่วโมงในคนปกติและในคนที่ความดันลูกนัยน์ตาสูงจากต้อหิน กัญชาไม่ได้รักษาโรคต้อหินให้หายขาดแต่ช่วยยับยั้งการบอดของตาไม่ให้เป็นมากขึ้นกรณีผู้ป่วยต้อหินรักษาด้วยยาทั่วไปไม่ได้ผลและการผ่าตัดเป็นเรื่องเสี่ยงเกินไป การให้กัญชาทางปากหรือทางโลหิตทำให้ได้รับผลเช่นเดียวกันซึ่งขึ้นกับชนิดอนุพันธ์กัญชาที่ได้รับ[137] โดยสมาคมโรคต้อหินแห่งสหรัฐอเมริกา (American Glaucoma Society) ได้เปิดเผยรายงานในปี ค.ศ.2010 ว่าการใช้กัญชารักษาโรคต้อหินมีประสิทธิผลอย่างสูง แต่ยังมีอุปสรรคในการพัฒนายาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความดันลูกตาซึ่งสารทีเอชซีมีประสิทธิผลที่จะลดความดันในลูกตาประมาณ 3-4 ชั่วโมง[138]

(4) กระตุ้นความอยากรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS & AppetiteStimulation) องค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้ใช้สารทีเอชซีชนิดรับประทาน (Tetrahydrocannabinol, THC) ซึ่งมีชื่อทางการค้าว่ามารินอล (Marinol) ในการกระตุ้นให้เกิดความอยากรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการน้ำหนักลด การศึกษาทางคลินิก จำนวน 4 เรื่อง ได้กล่าวถึงสรรพคุณในการกระตุ้นความอยากอาหารของกัญชา โดยสรุปว่ากัญชาทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์รับประทานอาหารได้มากขึ้นและทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น[139]ผู้ป่วยโรคเอดส์ยอมรับการรักษาโดยการสูบกัญชามากกว่าสารทีเอชซีชนิดรับประทานเมื่อเนื่องจากกัญชาจะออกฤทธิ์เร็วกว่าและช่วยกระตุ้นความอยากรับประทานอาหาร, ควบคุมขนาดการใช้ได้ง่าย, ไม่เกิดอาการข้างเคียงและบรรเทาปวดที่เกิดจากอาการทางประสาท (Neuropathy) อย่างไรก็ตามข้อควรระวังที่สำคัญของการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคเอดส์คือการติดเชื้อของทางเดินหายใจจากการสูบ ดังกรณีการศึกษาของ Caiaffa และคณะ ชี้ให้เห็นว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจ (Pneumonocystis Crinite Pneumonia, PCP) จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV positive) ซึ่งสูบยาเสพติด[140] กรณีดังกล่าวเป็นการยากที่จะสรุปว่าปอดอักเสบจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจเกิดจากการสูบกัญชาเนื่องจากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสูบบุหรี่ด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวอาจทำได้ด้วยการรับประทานกัญชาแทนการสูบและการรับประทานกัญชามีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการให้ยามารินอลยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเกี่ยวกับผลของกัญชาต่อระบบภูมิต้านทานของร่างกาย จากการศึกษาด้านระบาดวิทยายังไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้กัญชากับการเป็นโรคเอดส์แต่อย่างใด[141]

---

[137] สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, *เรื่องเดิม,* หน้า 349-352.

[138] Henry Jampel, "American Gluacoma Society Position Statement: Marijuana and Treatment of Glaucoma," **Journal of Ophthalmology Journal Canadien d'Opthalmologie** 45, 4 (2010): 324-326.

[139] "Marihuana Users and 10 Controls–Gained Weight in Hospital Ward: Greenberg et all Effects of Marihuana Use on Body Weight and Caloric Intake in Humans," **Journal of Psychopharmacology (Berlin)** 49 (1976): 79-184.

[140] ประกอบด้วยกัญชา (Marijuana) 88%, โคเคน (Cocaine) 26%, แคร็ก (Crack) 9%

[141] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

และมีการศึกษาสรุปว่าการสูบกัญชามีประสิทธิผลดีได้เช่นเดียวกับการรับประทานกัญชาทางปาก สำหรับรักษาอาการปวดที่เกิดจากอาการทางประสาท (Neuropathic Pain)[142]

(5) ภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle Spasticity, Multiple Sclerosis (MS), Epilepsy & Spinal Injury) ในอดีตมีการใช้กัญชารักษาอาการชัก (Epilepsy) และอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ ดังจะพบจากหลักฐานที่ Dr.William O'Shaughnessy ซึ่งเป็นกรรมการแพทย์แห่งรัฐโอไฮโอและ Dr. John Russell Reynold เคยถวายกัญชาแก่พระราชินีวิคตอเรียเพื่อรักษาตะคริวเนื่องจากมีประจำเดือน[143] ในโรคปลอกประสาทเสื่อมหรือโรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis, MS) ซึ่งผู้ป่วยมีอาการปวดและยากต่อการรักษาเนื่องจากเป็นโรคแพ้ภูมิร่างกายตนเอง (Autoimmune) ของระบบประสาทส่วนกลางทำให้การทำงานของเส้นประสาทอ่อนแอ กัญชารักษาอาการของโรคเอ็มเอสโดยการควบคุมการเกร็งและลดอาการสั่นของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็รักษาการหดตัวของกล้ามเนื้อให้สมดุล เช่น การพูด, กล้ามเนื้อลูกตา, ควบคุมกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะซึ่งกัญชามีประสิทธิผลในการรักษาอาการปวดและการทำงานของเส้นประสาทอันเนื่องมาจากโรคเอ็มเอส[144] นอกจากนี้ผลการศึกษารายงานว่ากัญชาใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคลมชัก, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ, ผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือเอ็มเอส (Multiple Sclerosis, MS)[145] และกลุ่มอาการทูเร็ตต์ (Tourette's Syndrome)[146] และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลังจำนวน 8 ราย พบว่าผู้ป่วย 5 รายมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยกัญชา อย่างไรก็ตามการศึกษาทางคลินิกของสารแคนนาบินอยด์ (Cannabidiol, CBD) ซึ่งเป็นสารในกัญชาพบว่าใช้ได้ผลดีในการรักษาโรคชักประเภทแกรนด์มาล (Grand Mal Epilepsy) และภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็ง (Dystonia) อีกทั้งการศึกษาสารทีเอชซี (THC–Related Cannabinoids) พบว่าใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วย 2 ใน 5 รายของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักอย่างรุนแรง ผลการศึกษาโดยการสำรวจผู้ป่วยลมชักจำนวน 308 รายที่ใช้กัญชาพบว่าช่วยทำให้ระยะเวลาของการเริ่มต้นอาการชักห่างออกไป ตลอดจนได้มีการสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลังจำนวน 43 รายพบว่ามีผู้ที่สูบกัญชาอยู่ 57% ซึ่งในจำนวนนี้ 88% รายงานว่ามีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง[147]

---

[142] D. I. Abrams et. al., "Cannabis in Painful HIV-Associated Sensory Neuropathy: A Randomized Placebo-Controlled Trail," **Neurology** 68, 7 (13 February 2007): 515-521.

[143] W. B. O'Shaughnessy, On the Preparation of the Indian Hemp or Ganja (1839), **In Report of Ohio State Medical committee on Cannabis Indica** (1860).; J. R. Reynolds, "Therapeutic Uses and Toxic Effects of Cannabis Indica," **Lancet** i: 637-368.

[144] Mickey Martin, Ed Rosenthal and Gregory T. Carter, *op. cit.*, p. 37.

[145] โรคที่เกิดปัญหาในระบบประสาทสมองและไขสันหลัง ก่อให้เกิดผลต่อการทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งระบบประสาทควบคุมอยู่

[146] ความผิดปกติของระบบประสาทชนิดหนึ่งประกอบด้วยอาการกระตุกของกล้ามเนื้อหลาย ๆ มัดพร้อมกันร่วมกับมีการเปล่งเสียงออกมาจากลำคอหรือจมูกเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและหายเองได้

[147] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม,* หน้า 16.

อย่างไรก็ตามพบรายงานที่มีลักษณะโต้แย้งกับรายงานที่กล่าวมาข้างต้นได้แก่ รายงานของ J. P. Frankel และคณะซึ่งพบว่ากัญชาไม่ได้มีผลต่อการรักษาโรคพาร์กินสัน (Parkinsonism) และรายงานของ P. Consroe และคณะ ซึ่งพบว่า CBD ไม่ช่วยในการรักษาโรคฮันติงตัน (Huntington's Chorea)[148] สำหรับสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) มีหลักฐานการศึกษาในสัตว์ทดลองว่ามีคุณสมบัติในการต้านอาการชักและยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแพนิค (panic reaction) และลดอาการวิตกกังวลที่เกิดเนื่องจากผลดังกล่าวการศึกษาผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับจำนวน 15 ราย (Controlled Study) พบว่าแคนนาบิไดออลทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น[149]

(6) อาการปวด ความนิยมในการใช้กัญชาเพื่อรักษาอาการปวดได้ลดลงหลังจากที่มีการนำผลิตภัณฑ์จากฝิ่นซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวดได้ดีกว่ามาใช้ทดแทน แต่ยังคงมีการใช้กัญชารักษาอาการปวดต่อมาในการรักษาอาการปวดชนิดไมเกรน[150] การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณสมบัติลดปวดได้แก่

1. การศึกษา โดย R. J. Noyes รายงานผลการทดลองว่าผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในการรักษาอาการปวดซึ่งช่วยลดอาการปวดเนื่องจากไมเกรน (Migraine), อาการตะคริวจากมีประจำเดือน (Menstrual Cramps) และอาการปวดภายหลังการผ่าตัด[151]

2. การติดตามผลของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ช่วยลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย[152]

3. การติดตามผลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 36 รายพบว่าสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ให้ผลดีในการรักษาอาการปวดเทียบเท่ากับโคเดอีน (Codeine) แต่มีอาการข้างเคียงมากกว่า[153]

4. การศึกษากัญชาและสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) การศึกษาว่ากัญชาและสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) มีประสิทธิผลในการรักษาปวดที่เกิดขึ้นจากห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีรายงานที่มีลักษณะโต้แย้งกับรายงานที่กล่าวมาแล้วได้แก่ สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ใช้ไม่ได้ผลกับการบำบัดอาการปวดเนื่องจากมะเร็งแต่ช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สารทีเอชซี

---

[148] โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง/สมองเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมอย่างหนึ่งส่งผลให้เซลล์ของสมองบริเวณแบซัลแกงเกลีย (Basal Ganglia) เสื่อมและตายลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติแบบโคเรีย (Chorea) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติไม่เป็นจังหวะร่วมกับภาวะสมองเสื่อมและมีอาการทางสุขภาพจิต

[149] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม,* หน้า 16.

[150] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 16.

[151] R. J. Noyes, Jr and D. A. Baran, "Cannabis Analgesia," **Compr Psychiatry** 15, 531 (1973).

[152] R. J. Noyes, Jr et al., "The Anlgesic Effect of Delta-9-Thc," **Journal of Clinical, Clinical Phamacology and Therapeutics** 18 (1975): 139-143.

[153] *Ibid.,* pp. 84-90.

(Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่ช่วยลดอาการปวดในห้องปฏิบัติการกัญชาเพิ่มความไวต่อการปวดที่เกิดจากการใช้ไฟฟ้าและสารซีบีดี (CBD) ในกัญชาใช้ไม่ได้ผลกับอาการปวดทางประสาท (Neuropathic Pain)[154] นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่ากัญชาสามารถรักษาอาการปวดชนิดเรื้อรังแต่อาการปวดชนิดเฉียบพลันค่อนข้างประสบความสำเร็จน้อยเนื่องจากส่วนใหญ่จะนิยมใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอพิออยด์ (Opioid) หรือฝิ่นมากกว่ากัญชา สารแคนนาบินอยด์ในกัญชาจึงนำมาใช้รักษาอาการปวดกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยากลุ่มโอพิออยด์[155]

(7) การอักเสบ (Inflammatory Disease) คุณสมบัติของสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ในกัญชาคือรักษาอาการอักเสบของร่างกาย เช่นโรคข้ออักเสบ (Arthritis), อาการปวดตามข้อและตามกล้ามเนื้อ (Rheumatism), วัณโรคผิวหนัง (Lupus), โรคที่มีหลายบริเวณในสมองและไขสันหลังแข็งตัวทำให้มีอาการอัมพาต อาการสั่นกระตุก พูดไม่ชัด (Multiplesclerosis), ลำไส้ใหญ่อักเสบ (Colitis), ลำไส้เล็กอักเสบ (Crohn's Disease), กระเพาะอาหารอักเสบ (Inflammatory Gastritis), ผิวหนังกระด้าง (Scleroderma), ภาวะเยื่อบุมดลูกอักเสบ (Endotnetriosis), โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis) และอาการคัน (Pruritis) เป็นที่ทราบกันว่าโรคเหล่านี้มักมีสาเหตุมาจากการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อต้านเนื้อเยื่อของตนเอง (Auto-Immune) จึงอาจเป็นไปได้ที่กัญชามีฤทธิ์ในการกดการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วย แต่ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับปรากฏการณ์ในเรื่องดังกล่าว การทดลองในสัตว์และในห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีคุณสมบัติในการต่อต้านการอักเสบ และมีการศึกษาในหนูทดลองพบว่าส่วนประกอบอื่นในกัญชาที่มิใช่สาร Cannabinoids อาจเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติดังกล่าว[156]

(8) หอบหืด (Asthma) กัญชาไม่ได้นำมาใช้สำหรับรักษาหอบหืดโดยตรงแต่มีการศึกษาในมนุษย์พบว่ากัญชามีส่วนในการช่วยขยายหลอดลมทำให้มีผลช่วยบรรเทาอาการหอบหืดได้แต่ยังไม่สามารถพัฒนารูปแบบของการสูดดมในปราศจากซึ่งควันได้มีรายงานการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาหอบหืดเนื่องยารักษาหอบหืดในปัจจุบันมีข้อเสียคือมีข้อจำกัดทั้งประสิทธิภาพและอาการข้างเคียง เนื่องจากกัญชามีฤทธิ์ขยายหลอดลมและลดการหดตัวของหลอดลม กัญชาจึงได้รับการทดสอบให้เป็นยารักษาหอบหืด แต่การสูบกัญชาอาจไม่ใช่วิธีที่ดีในการบำบัดหอบหืด เนื่องจากเกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจเป็นระยะเวลานานจากน้ำมันดินและสารอื่นในควันกัญชา จึงมีรายงานการค้นหาการบริหารยาเข้าร่างกายที่ดีกว่าเดิม เช่นผลิตกัญชาในรูปแบบละอองสเปรย์ปัจจุบันนิยมใช้สาร Cannabinol และ Cannabidiol แทนสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) การค้นพบที่น่าสนใจคือสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีผลต่อหลอดลมในกลไกที่แตกต่างจากยาแก้หอบหืดทั่วไป[157]

---

[154] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[155] Michae L. Backers, **Cannabis Phamarcy** (New York: Blackdog & Leventhal, 2014), p. 222.

[156] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[157] **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด** (ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544), หน้า 349-352.

(9) ภาวะซึมเศร้า (Depression & Mental Illness) กัญชาทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (Euphoria) จึงมีการนำมาใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้าและมีการศึกษาทางคลินิกที่ทำให้เห็นว่ากัญชาช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง โดยผลการสำรวจผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวน 79 ราย พบว่าผู้ที่ใช้กัญชาจะมีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ ไม่สบายกายลดลง และผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenics) ผู้ป่วยน้อยรายที่ใช้กัญชาจะต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชได้ทดลองใช้สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ชนิดรับประทานซึ่งมีชื่อการค้าว่ามารินอล (Marinol) ในการรักษาอาการซึมเศร้าซึ่งมารินอลจะช่วยในการปรับสภาพอารมณ์และกระตุ้นให้อยากรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)[158]

(10) การก่อให้เกิดความรุนแรง (Violence) การศึกษาทั้งแบบย้อนหลังและโดยการทดลองไม่พบหลักฐานว่ากัญชาก่อให้เกิดอาการก้าวร้าว ในทางตรงข้ามพบว่ากัญชามีฤทธิ์สงบประสาท (Sedative) และลดความรุนแรงของอาการโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างบุคคลได้ ผลการศึกษานี้ทำให้เกิดข้อขัดแย้งกับโทษของกัญชาที่กล่าวไว้ในเรื่องกัญชาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปในทางที่ไม่ดีต่อสังคม[159]

(11) โรคพิษสุราเรื้อรังกับภาวะพึ่งยา (Alcoholism & Drug Dependence) (Alcoholism & Drug Dependence) กัญชาอาจนำมาใช้ทดแทนสารอื่นที่อันตรายกว่า เช่น ทดแทนฝิ่นและแอลกอฮอล์ซึ่งการศึกษาวิจัยและเสนอให้ใช้กัญชาในการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) และผู้ที่ติดยาจำพวกฝิ่น[160] แต่มีการศึกษาที่โต้แย้งว่าใช้กัญชารักษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ไม่ได้ผล อย่างไรก็ตามมีหลักฐานด้านระบาดวิทยาที่บ่งชี้ว่าการใช้กัญชาเพื่อทดแทนแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นมีแนวโน้มที่จะลดปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดและการสูญเสียทางอุบัติเหตุได้[161]

(12) โรคเบาหวาน (Diabetes) รายงานผลการทดลองพบว่าสารแคนนาบิไดออลในกัญชา/กัญชงอาจจะช่วยลดการอักเสบของเซลล์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1[162] (Diabetes Mellitus Type I)[163] ซึ่งยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

(13) สารในกัญชาที่ใช้ในทางการแพทย์ ในปัจจุบันมีการพัฒนายารักษาโรคมาจากพืชกัญชา เช่นสกัดสารออกมาจากพืชหรือสังเคราะห์ทางเคมีให้มีโครงสร้างเช่นเดียวกับสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids)[164] ดังนี้

---

[158] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[159] The National Academy of Science in Marihuana and Health, 1982.

[160] Chaim Rosenberg, “The Use of Marihuana in the Treatment of Alcoholism,” **Alcohol** 39 (1978): 1995-1998.

[161] สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์, *เรื่องเดิม.*

[162] เบาหวานแบบที่ 1 คือ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เกิดจากตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยผิดปกติ

[163] Vincenzo Di Marzo, Fabiana Piscitelli, and Raphael Mechoulam, Cannabinoids and Endocannabinoids in Metabolic Disorders with Focus on Diabetes, In **Hanbook of Experimental Pharmacology Volume 203** (Berlin: Springer, 2017), pp. 75-104.

1. มารินอล (Marinol) เป็นยาที่ได้จากสารสังเคราะห์ Dronabinol หรือ Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) บรรจุอยู่ในรูปยาเม็ด มีข้อบ่งใช้ต้านการอาเจียน กระตุ้นความอยากอาหาร ใช้ป้องกันคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งซึ่งใช้ในกรณีที่ใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผลและยังใช้เพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์โดยจำหน่ายในรูปยารับประทาน (เม็ดแคปซูล)ทั้งในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาแต่ต้องจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น

2. ซีซาเมท (Cesamet) ตัวยาสำคัญได้แก่ นาบิโลน (Nabilone) ซึ่งเป็นอนาล็อกของ**สารทีเอชซี** (Tetrahydrocannabinol, THC) ใช้ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งในกรณีที่ใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผลและต้องจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น มีจำหน่ายในรูปยารับประทานชนิดเม็ดซึ่งวางจำหน่ายในประเทศแคนาดาการสั่งจ่ายไม่สามารถเพิ่มจำนวนยาเข้าในใบสั่งเดิมได้ซึ่งต้องได้ให้แพทย์สั่งจ่ายทุกครั้ง

3. ซาติเวกซ์ (Sativex) สกัดจากพืชกัญชาที่ถอดแบบทางพันธุกรรม (Cloning) แล้วทำในรูปสเปรย์เป็นสารสกัดประกอบด้วย**สารทีเอชซี**(Tetrahydrocannabinol, THC) และ Cannabidiol เป็นส่วนประกอบหลัก ให้ยาโดยสเปรย์เข้าไปในปาก ใต้ลิ้นแทนการสูบ สามารถรักษาโรคมัลติเพิลสเคอโรสิส (Multiple Sclerosis)[165]

จากการศึกษาคุณประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชาอาจนำมาเป็นข้อมูลในการผลักดันให้มีการอนุญาตให้ปลูกพืชกัญชาชนิดที่ไม่มีสารออกฤทธิ์อันตรายต่อมนุษย์เพื่อใช้ประโยชน์ทั้งในเรื่องการรักษาโรคและในทางอุตสาหกรรม ถ้าหากสามารถควบคุมการปลูกโดยออกมาตรการควบคุมเพื่อไม่ให้นำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด

2) กัญชง (Hemp) มีสรรพคุณในทางการแพทย์ ดังนี้

เมล็ดกัญชงเป็นแหล่งอาหารที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยกรดอะมิโนและมีกรดไขมันที่จำเป็น โปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงคล้ายกับโปรตีนในเมล็ดถั่วเหลือง ดังนั้นจึงสามารถนำมาทดแทนการใช้ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองเช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตรเป็นต้น รวมทั้งสามารถนำเมล็ดกัญชงมาผลิตแป้งเพื่อใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร เช่น พาสต้า คุกกี้ และขนมปัง เป็นต้น[166]

(1) สารอาหารในเมล็ดกัญชงประกอบไปด้วยโปรตีน 34.6 เปอร์เซ็นต์ 46.5 เปอร์เซ็นต์ และคาร์โบไฮเดรต 11.6 เปอร์เซ็นต์และกรดไขมันที่จำเป็นชนิด Linoleic และ Alpha-linolenic Acid รวมทั้งกรดอะมิโนอื่นซึ่งมีความสมดุลและเป็นสารสำคัญในการผลิตอาหารลดน้ำหนัก

(2) ไขมัน เมื่อเปรียบเทียบเมล็ดกัญชงกับเมล็ดถั่วถือว่าเปอร์เซ็นต์ไขมันมีแนวโน้มที่ต่ำกว่าเมล็ดถั่วและเมล็ดกัญชงมีปริมาณคลอเรสเตอรอลต่ำและมีปริมาณของ

---

[164] ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, **กัญชารักษาโรค**, ค้นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.gotoknow.org/posts/474420

[165] Nabiximols (Sativex), In **Clinical Studies and Case Reports,** Retrieved August 24, 2016 from http://www.cannabis-ed.org/studies/ww_en_db_study_show.php?s_id=540

[166] นิตยา แย้มพยัคฆ์, *เรื่องเดิม.*

Phytosterol สูง ซึ่งช่วยลดระดับของคลอเรสเตอรอลได้เมล็ดกัญชงมีปริมาณกรดไลโนเลอิกหรือโอเมก้า 6 (Omega-6), กรดไลโนเลนิกหรือโอเมก้า 3 (Omega-3) และ ไฟโตสเตรอล (Phytosterols) ในอัตราสูงซึ่งเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวสูง (Polyunsaturated Fatty Acid) หรือไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมนุษย์ซึ่งมนุษย์ไม่สามารถสร้างเองได้ต้องได้รับจากอาหารจึงเรียกว่า กรดไขมันจำเป็น (Essential Fatty Acid) กรดไขมันในกลุ่มโอเมก้า 6 มีบทบาทในการเจริญเติบโตของร่างกาย การทำงานของสมองและหัวใจและส่วนในการป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งเนื่องจากเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ส่วนกรดไขมันชนิดโอเมก้า 3 เป็นกรดไขมันจำเป็นของมนุษย์ที่ไม่สามารถสร้างเองได้ ซึ่งประกอบด้วย EPA (Eicosapantaenoic Acid) และ DHA (Docosahexanoic Acid) มีคุณสมมบัติในการทำงานของระบบหลอดเลือดหัวใจ, ระบบประสาท, การมองเห็น, ระบบภูมิคุ้มกัน,การไหลเวียนโลหิต และต่อต้านการอักเสบ เป็นต้น[167] นอกจากนั้นกรดไขมันจำเป็น (EFAs) ยังส่งผลต่อผิวจะทำให้ผิวไม่เป็นเกล็ดหรือเกิดโรคผิวหนังอักเสบ ผิวหนังแห้งเนื่องจากเสียน้ำมากโรคหิด ซึ่งโรคเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อร่างกายขาดกรดไขมันจำเป็น และ DHA ยังมีคุณสมบัติพิเศษในการเสริมสร้างเซลล์สมองทำให้ฉลาดและความจำดี[168]

(3) โปรตีน เมล็ดกัญชงมีโปรตีนที่มีความสามารถย่อยได้ง่าย ได้แก่ โปรตีนชนิด Gluten Free และมีปริมาณโปรตีนทั้งหมดประมาณ 34.6 กรัม/100 กรัม เมล็ดกัญชงมีปริมาณกรดอะมิโนมากกว่าในน้ำนมมนุษย์ และมีปริมาณเทียบเท่ากับโปรตีนในไข่ขาว โปรตีนในเมล็ดกัญชงมีกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายประมาณ 10 ชนิด ประกอบด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็น 2 ชนิดคือ Arginine และ Histidine ซึ่งมีความจำเป็นต่อการสร้างเอนไซม์และมีโปรตีนในเมล็ดกัญชงมีระดับของกรดอะมิโนสายยาวที่สำคัญต่อการเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อ

(4) สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) ประมาณ 92.1 มิลลิกรัม/100 กรัมในรูปของ Alfa, Beta, Gamma และ Delta-Tocopherol และ Alpha-Toctrienol เป็นต้น จากข้อมูลการใช้กัญชา/กัญชงเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าพืชทั้งสองมีศักยภาพในการพัฒนาเพื่อเป็นยารักษาโรคหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้หลากหลาย

อย่างไรก็ตามการที่จะนำพืชมาสกัดเป็นยารักษาโรคจะต้องได้รับการทดสอบจนเกิดความมั่นใจว่าปลอดภัยต่อผู้ป่วยซึ่งการพัฒนายาสำคัญโดยทั่วไปจะต้องดำเนินการทดลองตามลำดับ ดังนี้[169]

1. ทดลองกับสิ่งมีชีวิตในหลอดทดลองเป็นขั้นตอนแรกของการทดสอบยากับสิ่งมีชีวิต

2. ทดลองในสัตว์ทดลองเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการต่อมาจากการทดสอบในหลอดทดลองเบื้องต้นให้ผลดีจึงนำมาทดลองในสัตว์ทดลอง เช่น ลิง หนู เป็นต้นเพื่อทดสอบว่าสารนั้น

---

[167] Pompam, **Omega 3 คืออะไรและมีความสำคัญอย่างไร**, ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก https://healthgossip.co/what-is-omega-3/

[168] สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, ฝ่ายเภสัชกรรม, **กัญชง**, ค้นวันที่ 30 มกราคม 2560 จาก http://www.thanyarak.go.th.

[169] ธีรัตน์ เหลืองมั่นคง, **กว่าจะมาเป็นยา**, ค้นวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 จาก http: //www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/khowledge/article/105/กว่าจะมาเป็นยา

ให้ผลดีกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเช่นเดียวกับมนุษย์หรือไม่และทดสอบสารพิษในสารนั้น ตลอดจนเพื่อหาปริมาณสารที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในมนุษย์

3. ทดสอบในมนุษย์ เป็นขั้นตอนสำคัญที่ทดสอบสารในมนุษย์เช่น อาสาสมัครที่มีสุขภาพดีก่อนว่ามีผลอย่างไรหลังจากนั้นจึงนำมาทำการทดลองในผู้ป่วยต่อไปดังนั้น การอนุญาตให้ประชาชนได้รับยาที่มีคุณภาพจากพืชกัญชา/กัญชง จะต้องผ่านการทดลองตามขั้นตอนดังกล่าวจนมั่นใจว่ายาสำคัญที่ได้จะต้องมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย หากภาครัฐสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงในทางการแพทย์จะต้องผ่อนคลายข้อบังคับตามกฎหมายเพื่อให้มีการวิจัยพัฒนายารักษาโรคจากกัญชา/กัญชง อย่างไรก็ตามการวิจัยจะต้องอยู่ในการควบคุมตามกฎหมาย เนื่องจากเป็นการทดลองในพืชที่มีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทรวมอยู่ด้วย

3) การใช้กัญชาเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/การผ่อนคลาย (Recreation Use) คือการเสพกัญชาในปริมาณเล็กน้อย โดยทั่วไปกัญชามีสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol,THC) มากกว่ากัญชง ใบและกะหรี่ของกัญชงเมื่อนำมาสูบจะมีกลิ่นหอมน้อยจึงทำให้ผู้เสพปวดศีรษะดังนั้นในหมู่ผู้เสพจึงไม่นิยมเสพกัญชงเพื่อการผ่อนคลายเนื่องจากกัญชาทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (high)มากกว่ากัญชงดังนั้นในข้อนี้จึงจะกล่าวถึงเฉพาะการเสพกัญชาเพื่อการผ่อนคลายเมื่อผู้เสพกัญชาเข้าสู่ร่างกายสารเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) จะเข้าสู่ร่างกายและออกฤทธิ์บริเวณของสมองที่มีตัวรับสารออกฤทธิ์ของกัญชา (Cannabinoid Recepter) ได้แก่ สมองส่วนควบคุมความพอใจอาจทำให้ผู้เสพกัญชาเกิดอาการประสาทหลอน ควบคุมตนเองไม่ได้

กล่าวโดยสรุปคือเมื่อเสพกัญชา สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) จะออกฤทธิ์โดยกระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจ เซลล์ประสาทบริเวณดังกล่าวจะมีโปรตีนซึ่งจับกับยาเสพติดได้โดยจะกระตุ้นให้ปมประสาทหลั่งโดปามีนซึ่งเป็นตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทออกมามากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อเซลประสาทถูกกระตุ้นแล้วจะปรับตัวจนอยู่ในสมดุลของโดปามีนในระดับสูงดังนั้นเมื่อโดปามีนลดลงจึงเกิดอาการขาดยาขึ้นจนทำให้ผู้เสพต้องแสวงหากัญชามาใช้อีกเพื่อรักษาระดับโดปามีนไว้ให้สูงอยู่ตลอดเวลา กล่าวคือหากผู้เสพกัญชาเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและมีความสุขเนื่องจากสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) กระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน

4) การใช้พืชกัญชงเพื่อวัตถุประสงค์ในทางเศรษฐกิจ นอกจากคุณสมบัติทางด้านการแพทย์แล้วกัญชงหรือที่เรียกว่าเฮมพ์ยังนำมาใช้ประโยชน์จากเส้นใยเนื่องจากมีความแข็งแรง ทนทานและกัญชงเป็นพืชที่มีปริมาณสารทีเอชซีต่ำ การนำกัญชงไปแปรรูป เช่นการนำเมล็ดไปผลิตเป็นอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ผลิตเครื่องสำอาง และสามารถนำเส้นใยไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ได้หลากหลาย เช่น กระดาษ เสื้อผ้า เชือกเป็นต้นในข้อนี้ผู้เขียนจึงสรุปข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกัญชงที่มีประโยชน์ในทางด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษามีการใช้ประโยชน์จากกัญชงตั้งแต่ในอดีตและมีคุณประโยชน์ในหลายด้าน โดยสรุปได้ ดังนี้ [170]

(1) เส้นใยกัญชงถือเป็นเส้นใยธรรมชาติที่มีความยืดหยุ่นสูงแข็งแรงและมีความทนทานสามารถใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตภัณฑ์จากเส้นใยได้ เช่น เชือกส่วนของกากเส้น

---

[170] นิตยา แย้มพยัคฆ์, *เรื่องเดิม*.

ใยกัญชงซึ่งประกอบด้วยเซลลูโลสสูงสามารถนำทำผลิตภัณฑ์ได้หลาย ชนิด เช่น ผลิตดินระเบิดหรือไดนาไมล์ เสื้อเกราะ แผ่นฉนวนกันความร้อนหรือกันเสียง ตลอดจนการผลิตแผ่นเยื่อบางเซลโลโฟน อย่างไรก็ตามตลาดเส้นใยพืชกัญชงในปัจจุบันมี 2 ตลาดใหญ่ คือ ใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตเสื้อผ้าและเยื่อกระดาษซึ่งผ้าทอจากเส้นใยกัญชงมีคุณสมบัติที่ดี คือ เมื่อนำมาสวมใส่ในฤดูร้อนผู้ใส่จะรู้สึกเย็นสบาย เมื่อสวมใส่ในฤดูหนาวจะอบอุ่นและสบายนอกจากนี้ผ้าเส้นใยกัญชงจะมีความแข็งแรงกว่าผ้าฝ้ายและดูดซับความชื้นได้ดีกว่าผ้าที่ทอจากไนลอน รวมทั้งให้ความอบอุ่นกว่าผ้าที่ทอจากเส้นใยลินิน

(2) เมล็ดกัญชง ประกอบด้วยสารอาหารต่าง ๆ อย่างสมดุล ดังนี้

(2.1) ธาตุอาหารในเมล็ดกัญชงประกอบไปด้วยโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและคาร์โบไฮเดรต นอกจากนี้เมล็ดกัญชงยังมีกรดไขมันที่จำเป็น เช่น Linoleic และ Alpha-linolenic Acid รวมทั้งกรดอะมิโนอื่นซึ่งมีความสมดุลและเป็นสารจำเป็นและสำคัญในการผลิตอาหารลดน้ำหนักนอกจากนี้ประโยชน์จากเมล็ดกัญชงยังมีคุณสมบัติในการรักษาความชุ่มชื้น ไขมันในเมล็ดกัญชงยังเป็นตัวเลือกที่ดีกว่าไขมันในเมล็ดเฟล็ก (Flax) เนื่องจากมีกรดไขมันที่จำเป็น (Essential Fatty Acids: EFAs) ในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับสุขภาพและยังเป็นแหล่งของ Gamma-linolenic Acid (GLA)

(2.2) ไขมันเมื่อเปรียบเทียบเมล็ดกัญชงกับเมล็ดถั่วพบว่ามีแนวโน้มที่ต่ำกว่าเมล็ดถั่วแต่ในเมล็ดกัญชงมีปริมาณคลอเรสเตอรอลต่ำและมีปริมาณของ Phytosterol สูง ซึ่งมีผลต่อการลดระดับของคลอเรสเตอรอลได้ เมล็ดกัญชงมีกรดไขมัน Linolcic (Omega-6) เฉลี่ย 55.6 กรัม/100 กรัม และมีกรดไขมัน Alpha-linolcnic (Omega-3) เฉลี่ย 17.2 กรัม/100 กรัม และน้ำมันในเมล็ดกัญชงมีไขมันที่ร่างกายสามารถเผาผลาญได้โดยตรง ประกอบด้วย Linolc และ Alpha-linolenic ซึ่งประกอบไปด้วย Gamma Linolenic Acid (GLA) และ Steariodonic Acid (SDA) ตามลำดับ[171]

(2.3) โปรตีน เมล็ดกัญชงมีโปรตีนที่มีความสามารถย่อยได้ง่าย (Glutenfree) โดยมีปริมาณโปรตีนทั้งหมดประมาณ 34.6 กรัม/100 กรัม เมื่อเปรียบเทียบกับโปรตีนในถั่วเหลืองพบว่าในเมล็ดกัญชงมีปริมาณกรดอะมิโนมากกว่าซึ่งมากกว่าในน้ำนมมนุษย์และน้ำนมวัว โปรตีนในเมล็ดกัญชงมีกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายประมาณ 10 ชนิด ประกอบไปด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็น 2 ชนิดคือ Arginine และ Histidine ที่มีความจำเป็นต่อการสร้างเอนไซม์ต่าง ๆ จากการศึกษายังพบว่าโปรตีนในเมล็ดกัญชงยังมีระดับของกรดอะมิโนสายยาวที่สำคัญต่อการเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อ

(2.4) ธาตุอื่น ๆ นอกจากจะพบแหล่งไขมันและแหล่งโปรตีนในเมล็ดกัญชงแล้วสารอาหารในเมล็ดกัญชงยังประกอบไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants)

---

[171] จากการศึกษาน้ำมันในเมล็ดพืชกัญชงโดย Defern and Pate พบกรดไขมัน Polyunsaturated 2 ชนิด คือ Linoleic Acid หรือ LA และ Linolenic Acid หรือ LNA ในปริมาณ 50-70 เปอร์เซ็นต์ และ 15-25 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ซึ่งอัตราส่วน 3 ต่อ 1 ของกรดไขมันทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมต่อร่างกาย

ปริมาณ 92.1 มิลลิกรัม/100 กรัม ในรูปของ Alfa, Beta, Gamma และ Delta-tocopherol และ Alpha-toctrienol เป็นต้น

(3) การป้องกันโรค กัญชงมีสาร Omega-6, Omega-3 และมีปริมาณ Phytosterol ในเมล็ดกัญชงในอัตราที่สูงจะส่งผลต่อการรักษาหลอดเลือดในหัวใจ ในการศึกษากรดไขมันของคนและสัตว์พบว่าหากใช้ไขมันชนิด Polyunsaturated แทนไขมันชนิดอิ่มตัวพบว่าจะมีการลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจล้มเหลว ลดระดับคลอเลสเตอรอลในเส้นเลือด และลดเนื้อเยื่อที่มีความแข็งตัว เป็นต้น

(4) เครื่องสำอาง เมล็ดกัญชงมีกรดไขมันจำเป็นเช่น GLA ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่มีความสำคัญต่อการผลิตเครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพผิวซึ่งสามารถซึมซับเข้าสู่ผิวได้อย่างรวดเร็วและยังเป็นตัวนำพายาเข้าสู่เซลล์ผิวหนังได้โดยตรง ช่วยบำรุงผิวให้มีสุขภาพดีและรักษาโรคผิวหนังจึงนำเมล็ดกัญชงมาผลิตเครื่องสำอาง ได้แก่ สบู่ แชมพู โลชั่น ลิปบาล์ม และคอนดิชั่นเนอร์ เป็นต้น

(5) ผลิตเยื่อกระดาษที่รักษาสภาพแวดล้อม สน ยูคาลิปตัส และปอสา คือพืชที่ใช้ในการทำกระดาษที่มีคุณภาพดี เมื่อทำการเปรียบเทียบอัตราการเจริญเติบโตของพืชทั้ง 3 ชนิดกับกัญชงแล้วพบว่ากัญชงมีอัตราการเจริญเติบโตเร็วกว่าซึ่งระยะเวลาในการเก็บเกี่ยว ปอสาต้องใช้เวลาในการปลูกและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้โดยใช้เวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ส่วนยูคาลิปตัสและสนใช้เวลาในการปลูกและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ประมาณ 6-8 ปี นอกจากนี้การปลูกพืชทั้ง 3 ชนิดดังกล่าวต้องใช้พื้นที่ในการปลูกมากและปลูกซ้ำที่เดิมได้ไม่กี่ครั้งก็ต้องย้ายพื้นที่ปลูกซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อสภาพแวดล้อมแต่กัญชงใช้พื้นที่ไม่มากและสามารถปลูกซ้ำที่เดิมได้ต่อเนื่อง[172]

(6) สรุปประโยชน์ทางอุตสาหกรรมของกัญชง/เฮมพ์ในอนาคต ประเทศไทยมีแนวโน้มจะมีความต้องการใช้พืชเส้นใยและเยื่อกระดาษเพิ่มขึ้นดังนั้นอาจเกิดโอกาสในการขาดแคลนและอาจต้องมีการนำเข้าวัตถุดิบเพื่อการผลิตทั้งเส้นใยและเยื่อกระดาษดังกล่าว กัญชงจึงเป็นพืชทางเลือกอีกทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเนื่องจากกัญชงเป็นพืชที่มีอายุสั้นและสามารถปลูกได้หลายครั้งต่อปี งบประมาณในการลงทุนน้อยเนื่องจากไม่ใช้พื้นที่และไม่ต้องการการดูแลรักษามาก รวมทั้งสามารถปลูกซ้ำที่เดิมได้ทำให้การลดการตัดไม้ทำลายป่าและรักษาสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้นได้ กัญชงถือเป็นพืชที่มีประโยชน์ทางเศรษฐกิจเนื่องจากสามารถนำมาแปรรูปใช้ประโยชน์ได้หลากหลายดังนี้[173]

---

[172] Small E. and D. Marzus, **Hemp: A New Crop with New Use for North America** (Alexandria: ASHS, 2002).

[173] นิตยา แย้มพยัคฆ์, *เรื่องเดิม*.

1. กระดาษ การผลิตกระดาษโดยปกติเยื่อกระดาษที่ผลิตจากต้นไม้ใหญ่จากป่าหรือป่าปลูกซึ่งใช้ระยะเวลาในการปลูกนานเช่น 6-20 ปี ส่วนกัญชงนั้นจะใช้เวลาปลูกประมาณ 75-90 วันเพื่อผลิตเยื่อกระดาษ

2. กัญชงสามารถผลิตเป็นเส้นใย สิ่งทอ

3. วัสดุเหลือทิ้งจากต้นกัญชงมาผลิตเป็นวัสดุเช่น ผลิต Fiber Board เป็นต้น

4. ยารักษาโรคและป้องกันโรค ได้เช่น โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ โรคกระเพาะอาหารโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งนำมาบำรุงร่างกายและสมอง เป็นต้น

5. เมล็ดกัญชงสามารถผลิตเป็นอาหารของคนและสัตว์ซึ่งเป็นอาหารที่อุดมสมบูรณ์ด้วยแร่ธาตุและวิตามิน

6. น้ำมันเชื้อเพลิงจากเมล็ดกัญชง เนื่องจากมีปริมาณน้ำมันประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ สามารถใช้เป็นอาหารและน้ำมันเชื้อเพลิง

7. การเกษตร กัญชงเป็นพืชที่ปลูกได้ง่าย ทนทานต่อศัตรูพืช ดังนั้นจึงลดการใช้สารเคมีในการป้องกันกำจัดศัตรูพืช

8. สิ่งแวดล้อม กัญชงจัดเป็นพืชที่มีศัตรูพืชน้อยเมื่อปลูกแล้วไม่ต้องใช้สารเคมี ดังนั้นจึงส่งผลให้ลดการเกิดมลภาวะต่อสภาพแวดล้อม นอกจากนี้การนำกัญชงมาใช้ทดแทนต้นไม้ใหญ่ในอุตสาหกรรมกระดาษซึ่งเป็นวัตถุดิบจากธรรมชาติสามารถทดแทนการตัดไม้ทำลายป่า

2.2.2.3 ประสิทธิภาพของการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์จากกัญชา

การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาซึ่งมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นองค์ประกอบหลักควรมีการศึกษาวิจัยและทำการทดลองทางวิทยาศาสตร์จนเกิดความมั่นใจต่อความปลอดภัยแก่ประชาชน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดกลุ่มการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้ประโยชน์จากกัญชาได้ดังนี้[174]

1) กลุ่มของโรค/อาการที่กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective) ได้แก่ Anorexia, โรคต้อหิน (Glaucoma), อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/vomiting) ซึ่งใช้ได้ดีในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

2) กลุ่มของโรค/อาการที่มีโอกาสที่กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Possibly Effective) ได้แก่ กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety), โรคหอบหืดหรือหลอดลมขยายตัว (Asthma, Bronchodilation), อาการปวดศีรษะ (Headache) อาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant)

3) กลุ่มของโรค/อาการที่ยังไม่มีผลสรุปแน่ชัด (Inconclusion) ได้แก่โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism), โรคมะเร็ง (Cancer), โรคซึมเศร้า (Depression), อาการปวด (Pain), ยานอนหลับและยาคลายกังวล (Sedative, Hipnotic)

4) กลุ่มของโรค/อาการที่ไม่ได้ผล (Ineffective) ได้แก่ การรักษาภาวะการมีบุตรยาก (Infertility)

---

[174] ยาใจ อภิบุญโยภาส และวินัย วนานุกูล, *เรื่องเดิม,* หน้า 3-4.

5) กลุ่มของโรค/อาการที่มีผลการทดลองว่ารักษาได้ผล (In Vitro Data) ได้แก่ การรักษาโรคเชื้อรา (Fungus), การติดเชื้อ (Infection)

6) กลุ่มของโรค/อาการที่มีข้อมูลจากการทดลองในสัตว์ว่าได้ผล (Animal Data) ได้แก่ การอักเสบ (Imflamation), ลดอาการติดมอร์ฟีน (Morphine Abstinence), โรคประสาทแบบหวาดกลัว (Phobic State)

ศูนย์วิจัย National Institute on Drug Abuse (NIH) ได้รายงานเกี่ยวกับผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ว่าสารเคมีในกัญชาที่สามารถรักษาโรคได้คือสารสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือ ทีเอชซี (THC) และสารแคนนาบิไดออล หรือสารซีบีดี (Cannabidiol, CBD) โดยสารทีเอชซีจะมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความอยากอาหาร (Increase Appetite) และลดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น เช่น สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสารทีเอชซี (THC) ว่าอาจจะใช้ในการรักษาโรคหรืออาการ ได้แก่ ช่วยลดอาการปวด (Decrease Pain), ลดอาการอักเสบ (Imflamation), และรักษากลุ่มอาการที่มีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อ (Muscle Control Problems) สำหรับผลการทดลองนักวิจัยได้ทำการทดลองทั้งในระดับหลอดทดลองในห้องปฏิบัติการ การทดลองในสัตว์และการศึกษาระดับคลินิก มีดังนี้

1. การทดลองในสัตว์ การศึกษาแสดงให้เห็นว่ากัญชาอาจจะสามารถฆ่าเซลล์มะเร็งได้และสามารถลดขนาดของเซลล์มะเร็งได้ (Cannabis May Help Kill Certain Cancer Cell and Reduce the Size of Others) โดยพบว่ากัญชาช่วยลดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งสมองชนิดรุนแรงได้ และจากการทดลองในหนูพบว่าสารทีเอชซี (THC) และสารซีบีดี (CBD) ในกัญชาเมื่อรักษาควบคู่กับการฉายรังสี (Radiation) จะทำให้เพิ่มการฆ่าเซลล์มะเร็งของการใช้รังสีรักษาได้

2. ทดลองในระดับพรีคลินิก (Pre Clinical Trails) นักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาทดลองในระดับพรีคลินิกคือการศึกษาที่อยู่ในขั้นก่อนการทดลองกับมนุษย์

3. การศึกษาระดับคลินิก (Clinical Trails) คือการศึกษาขั้นทดลองในมนุษย์ โดยผลการทดลองระบุว่ากัญชาสามารถรักษาอาการหรือโรคได้แก่

1) โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน (Auto immune disease) ได้แก่ โรคเอดส์ (AIDS)/การได้รับเชื้อเอชไอวี (HIV), โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือเอ็มเอส (Multiple Sclerosis, MS) หรือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทสมองและไขสันหลัง, โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) คือโรคที่เกี่ยวกับสูญเสียการทำงานของสมองเป็นหนึ่งในโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดเกี่ยวข้องกับความจำเสื่อม หลงลืม พฤติกรรมและนิสัยเปลี่ยนไปจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2) กลุ่มอาการอักเสบ (Imflamation)

3) กลุ่มอาการปวด (Pain)

4) กลุ่มอาการที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance Disorders)

5) กลุ่มโรคและความผิดปกติทางจิต (Mental Disorders)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสารที่ได้จากพืชกัญชาจะให้ผลต่อการรักษาแตกต่างกัน การใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของกัญชาจึงต้องมีผลการทดลองทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนเพื่อเป็นพื้นฐานการกำหนดโรคไว้ในกฎหมายว่าโรคหรืออาการใดที่สามารถใช้กัญชารักษาได้อย่างมี

ประสิทธิภาพเช่น โรค Anorexia, โรคต้อหิน, อาการคลื่นไส้อาเจียน ในส่วนของโรคหรืออาการที่อยู่ในระยะก่อนทดลองในสัตว์ทดลองหรือในระยะก่อนทดลองในมนุษย์เห็นสมควรว่าให้สนับสนุนให้มีการวิจัยทดลองก่อนเพื่อประโยชน์สูงสุดในการใช้ประโยชน์จากกัญชาต่อประชาชนและประเทศชาติ

2.2.2.4 การจำแนกกัญชา/กัญชง

เนื่องจากกัญชา/กัญชงมีลักษณะภายนอกที่คล้ายคลึงกันจนอาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชนในการจำแนก ดังนั้นในหัวข้อนี้ได้อธิบายหลักเกณฑ์การจำแนกกัญชา/กัญชงซึ่งโดยทั่วไปมีวิธีการจำแนก 2 วิธีคือ จำแนกตามลักษณะทางพฤกษศาสตร์และจำแนกตามสารเคมี ดังนี้

1) การจำแนกตามลักษณะทางพฤกษศาสตร์ ดังนี้

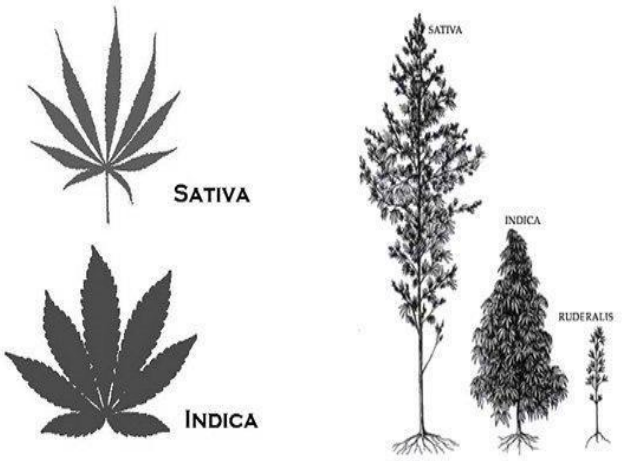
(1) กัญชง (Hemp) มีลักษณะทางพฤกษศาสตร์ซึ่งเป็นข้อสังเกตลักษณะภายนอก คือ มีลำต้นสูงมากกว่า 2 เมตร มีปล้องหรือข้อยาวโดยแตกกิ่งก้านน้อยไปในทิศทางเดียวกัน เปลือกเหนียวลอกง่ายซึ่งสามารถให้เส้นใยยาวและมีคุณภาพสูง แผ่นใบมีแฉกประมาณ 7-9 แฉกและมีสีเขียวอมเหลืองโดยเรียงตัวของใบค่อนข้างห่างเมื่อนำใบมาสูบจะมีกลิ่นหอมน้อยทำให้ผู้เสพปวดศีรษะเนื่องจากมีปริมาณสาร Tetrahydrocannabinol (THC) น้อยกว่า 0.3% (น้อยกว่ากัญชา) ดอกจะมียางที่ช่อดอกน้อย เมล็ดมีขนาดใหญ่และลาย ผิวเมล็ดหยาบด้าน การปลูกระยะห่างระหว่างต้นจะแคบเนื่องจากปลูกเพื่อต้องการเส้นใยซึ่งกัญชงเป็นพืชล้มลุกอายุสั้นคือปีเดียว การปลูกกัญชงด้วยเมล็ด ใช้เวลางอกประมาณ 8-14 วันและสามารถเก็บเกี่ยวเมื่ออายุ 90-120 วันการเก็บเกี่ยวเมื่อระยะเติบโตเต็มที่และยังไม่ออกดอก ซึ่งชาวเขาเผ่าม้งนิยมปลูกกัญชงเพื่อนำเส้นใยมาทอผ้า[175]

(2) กัญชา (Marijuana, Cannabis)[176] มีลักษณะภายนอก คือ ลำต้นมีความสูงไม่ถึง 2 เมตร มีปล้องหรือข้อสั้น แตกกิ่งก้านมากและแตกกิ่งเป็นแบบสลับ เปลือกไม่เหนียวและลอกยาก เส้นใยสั้นและมีคุณภาพต่ำ ใบมีประมาณ 5-7 แฉกซึ่งจะเรียงตัวชิดกัน แผ่นใบเป็นสีเขียวถึงเขียวจัดเมื่อนำใบมาสูบจะมีกลิ่นหอมคล้ายหญ้าแห้งเนื่องจากมีปริมาณสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol (THC) มากกว่ากัญชงประมาณ 1-10% เมื่อออกดอกจะมียางที่ช่อดอกมาก เมล็ดมีขนาดเล็กและมันวาว การปลูกระยะห่างระหว่างต้นจะกว้างเนื่องจากปลูกเพื่อต้องการใบ โดยมีข้อสังเกตความแตกต่างของลักษณะภายนอกของกัญชาและกัญชงดัง ภาพที่ 2.1

---

[175] ชุติมา อธิคมธร, **มารู้จักกัญชงกันเถอะ**, ค้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 จาก http://www.tak.doae.go.th/KM Pobpra01.pdf

[176] Kingdom: Plantae Division: Magnoliophyta Class:MagnoliopsidaOrder: UrticalesFamily: CannabaceaaeGenus: Cannabis L. Species: Cannabis sativa L.



ภาพที่ 2.1 ความแตกต่างระหว่างพืชกัญชา (Indica) และกัญชง (Sativa)[177]

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างทางกายภาพระหว่างกัญชาและกัญชง

กัญชา	กัญชง
1) ลำต้นมักสูงน้อยกว่ากัญชงกัญชาบางชนิดออกพุ่มเตี้ย (สูงประมาณ 5 ฟุต)	1) ลำต้นกัญชงสูงกว่ากัญชาสูงกว่า 2 เมตร (สูงประมาณ10-15 ฟุต)
2) ใบเล็กแคบยาว ใบจะเรียงตัวชิดกัน	2) ใบใหญ่และการเรียงตัวของใบค่อนข้างห่างกัน
3) การแตกกิ่งก้านมากกว่ากัญชง	3) การแตกกิ่งก้านน้อย
4) ใบมีสีเขียวถึงเขียวจัด	4) ใบมีสีเขียวอมเหลือง
5) ปล้องหรือข้อสั้น	5) ปล้องหรือข้อยาว
6) เมื่อออกดอกมียางที่ช่อมาก	6) เมื่อออกดอกมียางที่ช่อน้อยกว่า
7) เมล็ดมีขนาดเล็ก ลาย	7) เมล็ดมีขนาดใหญ่ สีเขียว มีเมล็ดลายบ้าง
8) เปลือกยาว ไม่เหนียว	8) เปลือกเหนียวลอกยาก
9) ให้เส้นใยสั้น คุณภาพต่ำ	9) ให้เส้นใยยาว คุณภาพสูง
10) ระยะห่างระหว่างต้นกว้าง แถวกว้างเนื่องจากปลูกเพื่อต้องการใบและกระหรี่กัญชา	10) ระยะห่างระหว่างต้นแคบ ระหว่างแถวแคบ เนื่องจากปลูกเพื่อต้องการเส้นใย
11) ใบและกระหรี่เมื่อนำมาจุดไฟจะมีกลิ่นหอมคล้ายหญ้าแห้งทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (High)	11) ใบและกระหรี่เมื่อนำมาสูบจะมีกลิ่นหอมน้อยและทำให้ผู้เสพปวดศีรษะมากว่าความรู้สึกเคลิ้มสุข (High)
12) มีสาร Tetrahydrocannabinol หรือTHC (สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท) ร้อยละ 1-10	12) มีสาร Tetrahydrocannabinol หรือ THC น้อยกว่าร้อยละ 0.3
13) มีสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol หรือ CBD) ต่ำกว่ากัญชง	13) มีสาร Cannabidiol หรือ CBD สูงกว่า ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต้านสารทีเอชซี(Tetrahydrocannabinol หรือ THC)

[177] **Indica vs. Sativa: What's the Difference?**, Retrived July 13, 2018 from http://truthonpot.com/2016/03/14/indica-vs-sativa-whats-the-difference/

จากตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบกัญชาและกัญชงแสดงให้เห็นว่าพืชทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากถึงแม้ลักษณะภายนอกมีความคล้ายคลึงกันบ้างแต่คุณสมบัติของสารในกัญชาแตกต่างกัน ดังเช่นกัญชาจะมีคุณสมบัติที่ก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดเนื่องจากมีสารทีเอชซี (THC) สูงกว่ากัญชงซึ่งเมื่อนำไปเสพจะทำให้ผู้เสพมีอาการเคลิบเคลิ้มเป็นสุข (High) และมีกลิ่นหอมส่วนกัญชงมีสารทีเอชซี (THC) ต่ำกว่ากัญชาเมื่อนำไปเสพจะทำให้ผู้เสพมีอาการปวดศีรษะและมีกลิ่นหอมน้อยกว่า

2) การจำแนกกัญชาและกัญชงโดยการใช้สารทดสอบ

ชุดทดสอบสารในกัญชาและกัญชง สำหรับการทดสอบการแยกกัญชาและกัญชงในประเทศไทยมี 2 ลักษณะคือ ชุดทดสอบกัญชาและกัญชง (Cannabis Test Kit) และชุดตรวจวัดปริมาณสารทีเอชซีภาคสนาม (THC Test Kit) ซึ่งจัดทำโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 สนับสนุนวิจัยโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง(องค์กรมหาชน) นอกจากจะมีประโยชน์ในการจำแนกกัญชาออกจากกัญชงแล้วเครื่องมือดังกล่าวยังมีประโยชน์ในการพัฒนาด้านสายพันธุ์ของกัญชงที่มีสารทีเอชซีต่ำ (Low THC) และมีผลผลิตสูงซึ่งจากการศึกษาชุดทดสอบทั้งสองลักษณะสามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้[178]

(1) ชุดทดสอบสารในกัญชาและกัญชง (Cannabis Test Kit) สามารถจำแนกกัญชาที่เป็นพืชเสพติดออกจากกัญชง คือ สามารถจำแนกกัญชาที่เป็นพืชเสพติดออกจากกัญชงที่ใช้ประโยชน์จากเส้นใยได้และตรวจสอบพืชกัญชาแห้งที่มีปริมาณสารน้อยลง 0.05% w/w กล่าวคือสามารถตรวจสอบพืชกัญชาแห้งที่มีปริมาณสารน้อยลง 0.05% w/w ได้โดยปริมาณน้อยที่สุดที่สามารถตรวจพบได้ (Limit of Detection) ของสารทีเอชซี (THC) และสารซีบีดี (CBD) เท่ากับ 0.1 ไมโครกรัม ส่วนสารซีบีเอ็น (CBN) เท่ากับ 0.2 ไมโครกรัมโดยประสิทธิภาพของชุดทดสอบมีความน่าเชื่อถือดีเลิศ

(2) ชุดตรวจวัดปริมาณสารทีเอชซีภาคสนาม (THC Test Kit) สามารถตรวจวัดปริมาณสารทีเอชซี (THC) และสารซีบีดี (CBD) ในกัญชง/เฮมพ์สดได้โดยตรวจหาปริมาณสารสำคัญในตัวอย่างได้อย่างรวดเร็วและสามารถนำมาใช้เพื่อควบคุม กำกับ ดูแลการปลูกกัญชงหรือเฮมพ์ภายใต้ระบบควบคุมตามกฎหมายและเพื่อให้การตรวจสอบและควบคุมการผลิตกัญชงหรือเฮมพ์มีความคล่องตัวมีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพสูง

2.2.2.5 โทษและอันตราย

ในข้อนี้จะอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโทษและอันตรายจากการใช้กัญชา/กัญชง ซึ่งศึกษาข้อมูลการออกฤทธิ์ของสารในกัญชา/กัญชงจากเอกสารทางด้านวิทยาศาสตร์เพื่อพิจารณาชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของกัญชา/กัญชง ดังนี้

---

[178] ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 (เชียงใหม่), **กรมวิทย์พัฒนาชุดทดสอบกัญชา-กัญชงสำเร็จรายแรกในประเทศ**, ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.oncb.go.th

1) ปัญหาจากการใช้กัญชา/กัญชงในทางที่ก่อให้เกิดโทษ

(1) ผลกระทบในด้านร่างกาย ผู้เสพมักมีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดเลื่อนลอย สับสน ความคุมตัวเองไม่ได้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความจำเสื่อม กล้ามเนื้อลีบ หัวใจเต้นเร็ว หูแว่ว อาการตาแดง รู้สึกกระหายน้ำและต้องการอาหารรสหวาน เกิดอาการผิดปกติเช่น มือสั่น การทรงตัวผิดปกติ อาการเวียนศีรษะ ม่านตาขยาย พูดพล่าม หัวเราะ อาการตื่นเต้น ไวต่อประสาทสัมผัส ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อุณหภูมิในร่างกายลดลง และมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้นร่างกายเสื่อมโทรมไม่สามารถประกอบกิจการงานใดๆได้สารในกัญชาทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายสมองเพราะฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้สมองและความจำของผู้เสพเสื่อมเกิดความสับสนทางความคิด วิตกกังวลอาการซึมเศร้า มะเร็งปอด ผลต่อทารกในครรภ์กัญชาทำร้ายทารกในครรภ์และทำลายโครโมโซม ทารกที่เกิดมาจะพิการมีความผิดปกติทางร่างกายทำให้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในผู้ชายลดลงทำให้ปริมาณอสุจิลดลงผลต่อสุขภาพจิตทำให้ผู้เสพมีอาการเลื่อนลอยฝันเฟื่องความคิดสับสนและมีอาการประสาทหลอนจนควบคุมตัวเองไม่ได้อาการซึมเศร้า สมาธิเสีย อาการทางจิต

(2) ปัญหาและผลกระทบของการใช้กัญชา/กัญชงต่อจิตและประสาท เช่นอาการหลอน (Halucination) อาการหลงผิด (Delusion) กระวนกระวาย ความจำเสื่อม วิตกกังวล สำหรับอาการในระยะยาวจะเกิดอาการกลุ่มอะพาติกซินโดรม (Apathic Syndrome)

(3) ปัญหาและผลกระทบของการใช้กัญชา/กัญชงต่อสังคมทั้งครอบครัวและบริวารของผู้ใช้สารในทันที ต่อมาผู้ใช้สารอาจเข้าร่วมอาชญากรรมในหลายรูปแบบ รวมถึงการก่ออาชญากรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสารเสพติดนั้น

(4) ปัญหาและผลกระทบของการใช้กัญชา/กัญชงต่อเศรษฐกิจการใช้กัญชาในทางที่ผิดแล้วอาจนำไปสู่ความต้องการบริการสาธารณะและทรัพยากรทางการแพทย์และผู้ใช้สารสามารถแพร่กระจายการใช้สารในทางที่ผิดทั้งในสังคมที่แวดล้อมหรือในการย้ายถิ่นฐาน

(5) ปัญหาและผลกระทบของการใช้กัญชา/กัญชงต่อความมั่นคงของประเทศเกิดผลกระทบต่อความมั่นคงและชื่อเสียงของประเทศ ไม่เป็นที่ไว้วางใจของต่างประเทศ ในด้านความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน และส่งผลต่อการลงทุนด้านการค้าธุรกิจ

2) การวิเคราะห์อันตรายของสารในพืชกัญชา/กัญชงซึ่งได้นำข้อมูลจากรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาของสถาบัน National Institute on Drug Abuse (NIH) ได้ดังนี้

(1) กัญชาเป็นสารแรกที่ก่อให้ติดยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่าหรือไม่ (Gate Way Drug) มีรายงานที่จัดทำขึ้นโดยรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1999 พบว่าไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าผลกระทบของกัญชานั้นมีความเชื่อมโยงอย่างเป็นเหตุเป็นผลกับการใช้ยาเสพติด

ผิดกฎหมายในทางที่ผิดในภายหลัง[179] และต่อมาภายหลังยังไม่มีการวิจัยอื่นที่สนับสนุนทฤษฎียาเสพติดหน้าด่าน (Gateway Theory)[180] เช่นเดียวกัน

(2) กัญชาทำให้เกิดภาวะติดยาหรือไม่ข้อขัดแย้งในเรื่องนี้เป็นสิ่งที่ทำให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามกฎหมายเนื่องจากกัญชามีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การใช้กัญชาเป็นเวลานานหรือการกระตุ้นระบบเอนโดแคนนาบินอยด์มากเกินไปโดยสารจากกัญชาจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในสมองจนในที่สุดจะนำไปสู่การติดยา (Addition) ผู้เสพจะแสดงอาการคือไม่สามารถยุดเสพยาได้ทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้เสพและจากการสำรวจผู้เสพกัญชาพบว่าประมาณ 9% จะทำให้เกิดภาวะพึ่งพา (Dependent) หากผู้เสพเริ่มใช้กัญชาตั้งแต่วัยเด็กเช่นวัยรุ่นจะเพิ่มการเกิดภาวะพึ่งพาได้ประมาณ 17% การติดกัญชาจะนำไปสู่การเกิดภาวะถอนยา (Withdrawal Syndrome) และมีรายงานว่าผู้ใช้กัญชาเป็นประจำจะมีอารมณ์หงุดหงิด เกิดภาวะนอนไม่หลับ ลดการอยากอาหาร กระสับกระส่าย และมีอาการไม่สุขสบายทางกายโดยจะออกฤทธิ์สูงสุดในสัปดาห์แรกหลังจากเลิกกัญชา[181]

(3) กัญชาส่งผลกระทบต่อสมองในระยะยาว จากการศึกษาในสัตว์ทดลองและการทดลองในมนุษย์เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ว่ากัญชาว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำของหนูในช่วงที่มีชีวิตภายหลังจากนั้น[182] การเรียนรู้ของหนูผู้ใหญ่ที่ได้รับสารทีเอชซี (THC) มีความเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงนของสมองส่วนฮิบโปแคมปัส[183] สำหรับการศึกษาในหนูทดลองที่ได้รับสารทีเอชซี (THC) ตั้งแต่เป็นวัยรุ่นพบว่ามีความเชื่อมโยงกับระบบสมองส่วนการได้รับรางวัล (Reward System)

(4) กัญชาส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การทำงานและสังคมการสูบกัญชาเป็นประจำทุกวันอาจจะทำให้ลดระดับปัญญาของผู้เสพและยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้

---

[179] National Research Council, **Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base** (Washington, DC.: The National Academies Press, 1999).

[180] Bradley M. Mathers et al. “Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV Among People Who Inject Drugs: A Systemic Review,” **The Lancet** 372, 9651 (15-21 November 2008): 1733-1745.

[181] Alan J. Budney and John R. Hughes, “The Cannabis Withdrawal Syndrome,” **Current Opinion in Psychiatry** 19, 3 (May 2006): 233-238.

[182] Tiziana Antonelli et al., “Prenatal Exposure to the CB1 Receptor Agonist WIN 55, 212-2 Causes Learning Disruption Associated with Impaired Cortical NMDA Receptor Function and Emotional Reactivity Changes in Rat Offspring,” **Cereb Cortex** 15, 12 (December 2005): 2013-2020.

[183] Tiziana Rubino et al., “Changes in Hippocampal Morphology and Neuroplasticity Induced by Adolescent THC Treatment are Associated with Cognitive Impairment in Adulthood,” **Hippocampus** 19, 8 (2009): 763-772.

กัญชากับผลด้านลบในการทำงานเช่นการใช้กัญชาอาจเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือจากอุบัติเหตุในการทำงาน[184]

(5) กัญชาส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชาระหว่างการตั้งครรภ์จะเกิดความผิดปกติในเรื่องการมองเห็น อาการตัวสั่น ร้องไห้เสียงสูง และมีข้อบ่งชี้ว่าจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการในสมองเมื่อเด็กเหล่านี้อยู่ในวัยเรียนจะพบว่ามีปัญหาในทักษะด้านการแก้ไขปัญหาความจำ ความสามารถ ความเอาใจใส่ เป็นต้น[185]

(6) กัญชาส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้เสพโดยมีอุบัติการณ์ที่ผู้เสพอาจเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายได้เมื่อสูบกัญชาในชั่วโมงแรก[186] และจากการสังเกตพบว่ากัญชาจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นร่วมกับอัตราเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นด้วยทำให้เพิ่มการพาออกซิเจนในกระแสเลือด[187] อีกทั้งเส้นเลือดบริเวณตาขยายมากขึ้นจึงทำให้ตาแดง กัญชาอาจจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) อาจจะเกิดอันตรายจากการเป็นลมหรือเกิดการหกล้มได้ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) สำหรับการสูบกัญชากับการเป็นมะเร็งปอดยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์อันเป็นผลสรุปที่แน่ชัดว่าการสูบกัญชาสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งปอด[188] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการใช้กัญชาในวัยรุ่น (Aldolescence) จะมีความเสี่ยงต่อการความรุนแรงของการเกิดมะเร็งลูกอัณฑะในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Testicular Carcinoma)

(7) กัญชาส่งผลกระทบต่อการขับรถอย่างไร (Does Marijuana Use Affect Driving) เนื่องจากสารในกัญชาออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การตัดสินใจและการรับรู้เวลา ดังนั้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสารทีเอชซี (THC) ในเลือดกับ

---

[184] Scott Macdonald, Wayne Hall, Paul Roman, Tim Stockwell, Michelle Coghlan and Sverre Nesvaag, "Testing for Cannabis in the Work-Place: A Review of the Evidence," **Addiction** 105, 3 (2010): 408-416.

[185] Marina Carvalho de Moraes Barros, Ruth Guinsburg, Sandro Mitsuhiro, Elisa Chalem and Ronaldo Ramos Laranjeira, "Neurobehavioral Profile of Healthy Full-Term Newborn Infants of Adolescent Mothers," **Early Human Development** 84, 5 (May 2008): 281-287.

[186] M. A. Mittleman, R. A. Lewis, M. Maclure, J. B. Sherwood and J. E. Muller, "Triggering Myocardial Infarction by Marijuana," **Circulation** 103, 23 (12 June 2001): 2805-2809.

[187] Grace Thomas, Robert A. Kloner and Shereif Rezkalla, "Adverse Cardiovascular, Cerebrovascular and Peripheral Vascular Effects of Marijuana Inhalation: What Cardiologists Need to Know," **The American Journal of Cardiology** 113, 1 (January 2014): 187-190.

[188] Mia Hashibe et al., "Marijuana Use and the Risk of Lung and Upper Aerodigesstive Tract Cancers: Results of a Population-Based Cas-Control Study," **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention** 15, 10 (October 2006): 1829-1834.

ความสามารถในการขับรถพบว่ามีความสัมพันธ์กันโดยตรง[189] สารทีเอชซี (THC)[190] ในเลือดมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

(8) กัญชาส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างไรการใช้กัญชามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่นโรคจิตเภท (Psychosis, Schizophrenia), โรคซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล (Depression and Anxiety) แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปสาเหตุได้อย่างแน่ชัด[191] และเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิต (Psychosis)[192]

2.2.2.6 การเปรียบเทียบอันตรายของกัญชากับยาเสพติดกับยาเสพติดชนิดอื่น

การเปรียบเทียบอันตรายของยาเสพติดชนิดต่าง ๆ เพื่อทราบถึงการจัดประเภทของยาเสพติดในปัจจุบันว่าถูกต้องเพียงใดโดยในปัจจุบันการจัดประเภทของยาเสพติดจะอ้างอิงมาจากกฎหมายระหว่างประเทศที่ออกโดยหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก(WHO) องค์การสหประชาชาติ (UN) ซึ่งอ้างว่าระบบการจัดประเภทของยาเสพติดกำหนดขึ้นตามความเสี่ยงและอันตรายของยาเสพติดอย่างไรก็ตามกระบวนการที่กำหนดอันตรายของยาเสพติดมักไม่มีการเปิดเผยรายละเอียดและไม่มีความชัดเจน คลุมเครือและยากต่อการเข้าใจของประชาชน ปัญหาการจำแนกประเภทของยาเสพติดผู้เขียนศึกษาโดยเดวิด นัทท์ (David Nutt) และคณะจากรายงานเรื่องการพัฒนามาตรวัดที่มีเหตุผลเพื่อประเมินอันตรายของยาเสพติดที่อาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด[193] โดยการคณะวิจัยได้นำเสนอระบบใหม่สำหรับประเมินอันตรายที่อาจเกิดจากสิ่งเสพติดแต่ละชนิดบนพื้นฐานข้อเท็จจริงและความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ซึ่งจัดประเภทของอันตรายโดยมีอาศัย 3 ปัจจัยหลัก คือ อันตรายทางร่างกาย แนวโน้มที่สิ่งเสพติดชนิดนั้นจะทำให้เกิดการพึ่งพาและผลกระทบของการ

---

[189] Rebecca L. Hartman and Marilyn A. Huestis, “Cannabis Effect on Driving Skills,” **Clinical Chemistry** 59, 3 (March 2013): 478-492.

[190] Joanne E. Brady and Guohua Li, “Trends In Alcohol and Other Drugs Detected in Fatally Injured Drivers In The United States, 1999-2010,” **American Journal of Epidemiology** 179, 6 (March 2014): 692-699.

[191] Patrizia Campolongo et al., “Preclinical Study: Perinatal Exposure to Delta-9-Tetrahydrocannabinol Causes Enduring Cognitive Deficits Associated with Alteration of Cortical Gene Expression and Neurotransmission in Rats,” **Addiction Biology** 12 (2007): 485-495.

[192] National Institute on Drug Abuse, **Research Report Series Marijuana**, p. 8, Retrieved April 20, 2017 from http://www.drugabuse.gov>mjrrs_2

[193] เดวิด นัทท์ และคณะ, **การพัฒนามาตรวัดที่มีเหตุผลเพื่อประเมินอันตรายของยาเสพติดที่อาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด (Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse, 2007): โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง 19 ปี (เมท) แอมเฟตามีนกับนโยบายทางกฎหมาย: ผลลัพธ์และทางออกที่เป็นธรรม,** วันที่ 6-7 กรกฎาคม 2558, หน้า 56.

ใช้สิ่งเสพติดต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม คณะวิจัยจึงใช้หลักการดังกล่าวมาพิจารณาในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) อันตรายจากยาเสพติดทางร่างกาย สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

(1) อันตรายทางร่างกายแบบเฉียบพลัน คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ทันทีเช่น ภาวะกดการหายใจจากสารเข้าฝิ่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากโคเคน และการได้รับพิษเฉียบพลันจนถึงแก่ความตายซึ่งพิษเฉียบพลันของยาเสพติดมักวัดจากอัตราส่วนปริมาณที่ทำให้เสียชีวิตต่อปริมาณการใช้ปกติหรือการใช้ในการรักษา

(2) อันตรายต่อร่างกายแบบเรื้อรัง เป็นผลที่ตามมาต่อสุขภาพจากการใช้สารเสพติดซ้ำๆเช่นโรคจิตจากการใช้ยากระตุ้นประสาท โรคปอดจากการสูบกัญชา

(3) ปัญหาเฉพาะจากการใช้ยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายขั้นทุติยภูมิด้วย เช่น การแพร่กระจายเชื้อไวรัสจากการฉีดสารเสพติดเข้าสู่หลอดเลือดดำ เช่น โรคเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น

2) การพึ่งพายาเสพติด สารเสพติดที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการพึ่งพายา ความพึงพอใจที่เกิดจากยาเสพติดในที่นี้ประกอบด้วยผลกระทบอย่างรวดเร็วในตอนต้น เช่นเกิดความรู้สึกวูบวาบ (Rush) และตามมาด้วยภาวะเคลิ้มสุข (Euphoria) และขยายครอบคลุมหลายชั่วโมง (High) ลักษณะสำคัญของยาเสพติดคือยาเสพติดจะกระตุ้นให้มีการใช้ซ้ำ เกิดการพึ่งพาทางร่างกายหรืออาการติดยารวมถึงการดื้อยาที่เพิ่มขึ้นเช่นมีความต้องการปริมาณสูงขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม และมีความอยากรุนแรงและมีอาการถอนยา เช่น สั่น ท้องร่วง เหงื่อออก และนอนไม่หลับเมื่อหยุดใช้ยา สำหรับการพึ่งพาทางจิตใจ คือการใช้ยาเสพติดชนิดหนึ่งซ้ำ ๆ แต่ไม่มีการดื้อยาหรืออาการทางร่างกายโดยตรงจากการถอนยาเช่นยาเสพติดบางชนิด เช่น เบนโซไดอะซีปีนส์ สามารถทำให้เกิดการพึ่งพาทางจิตใจได้โดยไม่มีอาการดื้อยาหรือถอนยาทางร่างกาย แต่กัญชาสามารถทำให้เกิดอาการถอนยาได้แต่เป็นเพียงไม่กี่วันภายหลังการหยุดเสพมาเป็นเวลานาน

3) อันตรายทางสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบจากการมึนเมาส่งผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัว ผลต่อค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข การดูแลสังคมและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามยาเสพติด สิ่งเสพติดบางชนิดที่ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ เช่น แอลกอฮอล์มักนำไปสู่ความรุนแรงและอุบัติเหตุ บุหรี่เป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วย

การวิจัยการจัดประเภทยาเสพติดจากความเป็นอันตรายดังกล่าวอ้างอิงจากคะแนนความเป็นอันตรายของยาเสพติดที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญบนพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์ ครอบคลุมพารามิเตอร์ของอันตรายและประเภทยาเสพติดหลายชนิดและใช้วิธีเดลฟายโดยมีผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาและระบบมีความแม่นยำและโปร่งใส ผลการวิจัยแสดงคะแนนเฉลี่ยปรากฏตามตารางดังนี้

ตารางที่ 2.2 คะแนนกลุ่มอิสระเฉลี่ยของอันตราย 3 หมวดของสาร 20 ชนิด จัดอันดับตามคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยสำหรับ 3 มาตรวัดย่อย[194]

สารเสพติด	อันตรายทางร่างกาย	การพึ่งพายาเสพติด	อันตรายทางสังคม
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย
เฮโรอีน	2.78	3.00	2.54
โคเคน	2.33	2.39	2.17
บาร์บิทูเรต	2.23	2.01	2.00
เมทาโดนตามท้องถนน	1.86	2.08	1.87
แอลกอฮอล์	1.40	1.93	2.21
คีตามีน	2.00	1.54	1.69
เบนโซไดอะซีปีนส์	1.63	1.83	1.65
แอมเฟตามีน	1.81	1.67	1.50
ยาสูบ	1.24	2.21	1.42
บูพรีนอร์ฟีน	1.60	1.64	1.49
กัญชา	0.99	1.51	1.50
ตัวทำละลาย	1.28	1.01	1.52
4-MTA	1.44	1.30	1.06
LSD	1.13	1.23	1.32
เมธิลเฟนิเดท	1.32	1.25	0.97
อะนาบอลิกสเตียรอยด์	1.45	0.88	1.13
GHB	0.86	1.19	1.30
เอ็คซ์ตาซี	1.05	1.13	1.09
แอลคิลไนไตรท์	0.93	0.87	0.97
แคต	0.50	1.04	0.85

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าเฮโรอีนมีค่าเฉลี่ยความอันตรายสูงที่สุดทั้งสามด้านคือ ความอันตรายทางร่างกายค่าเฉลี่ย 2.78 การพึ่งพายาเสพติดค่าเฉลี่ย 3.00 อันตรายทางสังคมค่าเฉลี่ย 2.54 และแคตเป็นสารที่มีอันตรายน้อยที่สุด โดยข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัยคณะผู้วิจัยเสนอว่าการตัดแอลกอฮอล์และยาสูบออกจากพระราชบัญญัติการใช้ยาในทางที่ผิด ค.ศ.1971 (Misuse of Drugs Act of 1971) ของสหราชอาณาจักรว่าไม่สมเหตุสมผลในมุมมองทางด้านวิทยาศาสตร์ เนื่องจากยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและมีการใช้อย่างกว้างขวางทั้ง 2 ชนิดมีค่าความเป็นอันตรายอยู่ในครึ่งบนของการจัดอันดับอันตราย จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ว่าการทำให้แอลกอฮอล์และยาสูบมิใช้ยาเสพติดตามกฎหมายเป็นการอ้างอิงจากความลำเอียงและการอนุมานมากกว่าอ้างอิงจากผลการประเมินอันตราย

[194] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 80-83.

ที่เป็นทางการ ดังนั้นการวิจัยนี้จะช่วยให้สังคมมีการอภิปรายอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

อย่างไรก็ตามผู้เขียนได้จำแนกผลการวิจัยความเป็นอันตรายของกัญชาเมื่อเปรียบเทียบกับแอลกอฮอล์และยาสูบซึ่งตามกฎหมายมิได้ระบุว่าเป็นยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยเปรียบเทียบ 3 ด้าน คือ อันตรายทางร่างกายการพึ่งพายาเสพติด และอันตรายทางสังคม ดังนี้

ตารางที่ 2.3 คะแนนกลุ่มอิสระเฉลี่ยของอันตราย 3 หมวดของแอลกอฮอล์ยาสูบและกัญชา

	อันตรายทางร่างกาย	**การพึ่งพายาเสพติด**	**อันตรายทางสังคม**
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย
สารเสพติด	1.24	2.21	1.42
แอลกอฮอล์	1.40	1.93	2.21
กัญชา	0.99	1.51	1.50

จากตารางที่ 2.3 ผู้เขียนพบว่าแอลกอฮอล์ความอันตรายทางร่างกายมากที่สุดคือ มีค่าเฉลี่ย 1.40 ยาสูบความอันตรายทางร่างกายมีค่าเฉลี่ย 1.24 กัญชามีค่าเฉลี่ยความอันตรายทางร่างกายน้อยที่สุดคือ 0.99

ยาสูบมีการพึ่งพายาเสพติดมากที่สุดคือมีค่าเฉลี่ย 2.21 แอลกอฮอล์มีการพึ่งพายาเสพติดมีค่าเฉลี่ย 1.93 และกัญชามีการพึ่งพายาเสพติดน้อยที่สุดคือมีค่าเฉลี่ย 1.51

สำหรับอันตรายทางสังคมแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 2.21 กัญชามีความอันตรายทางสังคมในลำดับที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 1.50 และยาสูบมีอันตรายทางสังคมน้อยที่สุดคือมีค่าเฉลี่ย 1.42 ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2535) ที่มิได้ระบุแอลกอฮอล์และบุหรี่ซึ่งมีอันตรายร้ายแรงกว่ากัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษจึงเป็นการกำหนดชนิดและประเภทของยาเสพติดให้โทษที่ไม่เหมาะสมตามหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์

2.2.2.7 บทสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์และโทษจากการใช้กัญชา

กัญชา/กัญชงเป็นพืชในชนิดเดียวกัน (Subspecies) และถูกจัดให้เป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 สถานะกฎหมายของกัญชา/กัญชงในอดีตกัญชาถือเป็นพืชชนิดหนึ่งที่ไม่ได้ถูกควบคุมและถูกจำกัดการใช้ประโยชน์ สำหรับในประเทศไทยมีบันทึกในตำรับยาสมุนไพรไทยหลายตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบที่ได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลายจนกระทั่งในปี พ.ศ.2477 โดยรัฐออกกฎหมายให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติกัญชาพุทธศักราช 2477 (Indian Hemp Act B.E.2477) อันเป็นบทกฎหมายที่บัญญัติเพื่อควบคุมการใช้กัญชาโดยเฉพาะมีผลบังคับใช้เมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ.2478 ซึ่งให้คำจำกัดความว่ากัญชาหมายความตลอดถึงทุกส่วนของกัญชารวมทั้งวัตถุต่าง ๆ ที่อยู่ในต้นกัญชา เช่น ใบ

ดอก ยอด ผล ยาง และลำต้นเป็นต้น โดยห้ามปลูกหรือมีพันธุ์กัญชาไว้ในความครอบครองตลอดจนการห้ามนำเข้ากัญชา ส่งออกกัญชารวมถึงห้ามการเสพกัญชา[195] ต่อมาพระราชบัญญัติกัญชาพุทธศักราช 2477 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เมื่อพิจารณากฎหมายดังกล่าวเป็นการรวบรวมกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยในตอนนั้นมาไว้ในฉบับเดียวเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับแนวทางของอนุสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกคืออนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 อย่างไรก็ตามกฎหมายฉบับนี้มิได้ห้ามการใช้ยาเสพติดโดยเด็ดขาดเนื่องจากยาเสพติดบางประเภทสามารถยื่นขออนุญาตประกอบการได้เฉพาะเป็นการขออนุญาตใช้ในทางการแพทย์

แนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงตามกฎหมายควรมีพื้นฐานจากแนวคิดอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarinism) กล่าวคือมนุษย์กระทำสิ่งต่าง ๆ โดยมุ่งจะได้ผลประโยชน์หรือความสุข ซึ่งหมายถึงความสุขโดยส่วนรวมและความสุขมีปริมาณ ดังนั้นเกณฑ์การตัดสินเพื่อเลือกระหว่างการกระทำสองสิ่งในความหมายของหลักประโยชน์นิยมคือการพิจารณาว่าการกระทำแต่ละอย่างจะนำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นคือความสุขของมนุษย์โดยส่วนรวมมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการกระทำที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ควรกระทำคือการกระทำที่ทำให้เกิดสิ่งที่มีคุณค่าที่มีปริมาณสูงสุด[196] หากรัฐอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากพืชทั้งสองชนิดในกรณีการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงต้องคำนึงถึงคุณประโยชน์และโทษที่สังคมจะได้รับ อย่างไรก็ตามเนื่องจากพืชกัญชามีประโยชน์แต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดโทษจากสารเคมีที่อยู่ในกัญชาดังนั้นการใช้ประโยชน์จากกัญชาจะต้องมีการควบคุมโดยกฎหมาย สำหรับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์ที่เข้มงวดอาจจะทำให้การใช้ประโยชน์ไม่อาจเป็นไปได้อย่างสะดวกหรือทำให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้ยากเนื่องจากเกรงกลัวโทษทางอาญาที่กำหนดไว้ ดังนั้นการกำหนดโทษทางอาญาที่ได้สัดส่วนจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมโดยการควบคุมการใช้ประโยชน์ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการลดทอนความเป็นยาเสพติดของกัญชา/กัญชง หรือการลดทอนการลงโทษของการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง (Decriminalization) เนื่องจากพืชทั้งสองชนิดยังมีสารเสพติดที่ก่อให้เกิดโทษได้อาจก่อให้เกิดปัญหาของสังคมหากอนุญาตให้ใช้ได้อย่างเสรี

อย่างไรก็ตามผู้เขียนเห็นว่ากัญชาจะต้องได้รับการควบคุมในการใช้ประโยชน์เพื่อการผ่อนคลาย (Recreation Use) แต่รัฐควรผ่อนคลายความเป็นอาชญากรรมหรือผ่อนคลายโทษในกรณีการครอบครองกัญชาเพื่อใช้ส่วนบุคคลหรือทำความผิดในครั้งแรกหรือครอบครองในปริมาณเล็กน้อยซึ่งมิใช่ครอบครองเพื่อการค้าโดยภาครัฐจะต้องใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมควบคู่กับมาตรการทางสาธารณสุขซึ่งเป็นการเปลี่ยนทัศนคติว่าผู้เสพคือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษามิใช่อาชญากรเพื่อป้องกันการตีตราว่าผู้เสพคืออาชญากรและนำผู้เสพกลับคืนสู่สังคมโดยเร็วที่สุด และภาครัฐควรอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ เช่น การวิจัยพัฒนาพืชกัญชา/กัญชงเพื่อ

---

[195] กฎหมายได้กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนเช่นความผิดฐานปลูกหรือมีพันธุ์กัญชามีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา 9 หากกระทำความผิดฐานสูบกัญชามีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 200 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา 10

[196] อุกฤษฎ์ แพทย์น้อย, **ทฤษฎีประโยชน์นิยม (ภาควิชาปรัชญา)**, ค้นวันที่ 9 กันยายน 2559 จาก http://pioneer.chula.ac.th/-pukrit/2207102/utility.html

ผลิตยารักษาโรคซึ่งแนวทางการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ควรศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ

กัญชายังมีข้อโต้แย้งอย่างกว้างขวางซึ่งไม่มีข้อยุติว่ากัญชาให้ผลดีหรือไม่แต่กัญชาก็มิได้มีเพียงผลเสียอย่างเดียว จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทำให้ทราบว่ากัญชานั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสียเช่นเดียวกับยาปฏิชีวนะอื่นที่แพทย์ใช้รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรืออาการอักเสบต่างๆนั้นก็มิได้หมายความว่ายาดังกล่าวจะใช้ได้ผลดีครบถ้วน หากแต่ก็มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้เช่นกันถ้าหากมีการใช้ยาไม่เหมาะสมหรือใช้ยาเกินขนาด ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในการรักษาจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญซึ่งเห็นควรออกกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยมีรายละเอียดของหลักเกณฑ์การปฏิบัติโดยนำเอารูปแบบของประเทศที่มีประสบการณ์ในด้านนี้มาเป็นแบบอย่างเพื่อพัฒนากฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย

ในกรณีกัญชงผู้เขียนเห็นว่าเป็นพืชที่มีสารเสพติดแต่มีปริมาณเล็กน้อยมีความเป็นไปได้ที่จะถอดถอนกัญชงออกจากการเป็นยาเสพติดและควบคุมเป็นการเฉพาะเช่นเดียวกับการปลูกพืชยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจกัญชงมีทั้งข้อดีและข้อเสียดังที่กล่าวมาข้างต้น หากรัฐจะมีการอนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ทางอุตสาหกรรมในประเทศไทย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญในการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์ คือ การออกกฎหมายควบคุมปริมาณสารเสพติดที่อยู่ในต้นกัญชงให้มีปริมาณต่ำตามมาตรฐานสากล อย่างไรก็ตามปริมาณสารทีเอชซี (THC) ซึ่งเป็นสารเสพติดในกัญชงจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นอาจจะกำหนดปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในประเทศไทยเห็นควรเริ่มต้นจากการวิจัยพัฒนาเมล็ดกัญชง/เฮมพ์ให้มีทั้งปริมาณสารทีเอชซีต่ำ (Low THC) และมีความเหมาะสมกับพื้นที่ปลูกในประเทศไทยด้วย

สรุปอันตรายของพืชกัญชา/กัญชง ได้ดังนี้

1. กัญชา การศึกษาผลเสียและอันตรายจากกัญชาในบทนี้พบว่ากลไกการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพอใจซึ่งเป็นสาเหตุให้กัญชาเป็นยาเสพติดนั้น สารออกฤทธิ์ของกัญชาจับกับโปรตีนที่ผิวเซลล์ประสาทและส่งผลต่อเนื่องไปยับยั้งการหลั่งสารกาบา (Gaba) จนเป็นผลให้ปมประสาทหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้นกัญชาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทจะแสดงอาการในระยะสั้นหากได้รับกัญชาในปริมาณสูงจะเกิดอาการหลอน (Halucination) อาการหลงผิด (Delusion) กระวนกระวาย ความจำเสื่อม วิตกกังวล สำหรับอาการแสดงในระยะยาวจะเกิดอาการกลุ่มอะพาติกซินโดรม (Apathic Syndrome) คือ ผู้เสพจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีอาการเฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย ขาดพลังงานในการทำสิ่งต่าง ๆ รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ [197] กัญชาจะทำลายสุขภาพจิตทำให้ผู้เสพมีอาการเลื่อนลอยฝันเฟื่องความคิดสับสนและมีอาการประสาทหลอนจนควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

กัญชามีทั้งผลดีและผลเสียซึ่งทั้งผลดีและผลเสียก็จะมีข้อโต้แย้งอย่างกว้างขวางไม่มีข้อยุติว่ากัญชาให้ผลดีจริงหรือไม่และกัญชามีผลเสียอย่างเดียวหรือหรือไม่ จากการที่ผู้เขียนได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับกัญชาในทุกด้านทำให้ทราบว่ากัญชานั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสียเช่นเดียวกับยาปฏิชีวนะที่แพทย์ใช้รักษาโรคติดเชื้อหรืออาการอักเสบต่างๆนั้นก็มิได้หมายความว่ายาดังกล่าวจะใช้

---

[197] ยาใจ อภิบุญโยภาส และวินัย วนานุกูล, *เรื่องเดิม,* หน้า 5.

ได้ผลดีครบถ้วน หากแต่ก็มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้เช่นกันถ้าหากมีการใช้ยาไม่เหมาะสมหรือใช้ยาเกินขนาด ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในด้านต่าง ๆ จึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญซึ่งในทางกฎหมายเห็นควรออกกฎหมายควบคุมกัญชาโดยมีรายละเอียดที่ครอบคลุมมากกว่าที่บัญญัติไว้ในปัจจุบัน

2. กัญชง ถือเป็นพืชเสพติดเนื่องจากมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทคือสารแคนนาบินอยด์โดยเฉพาะสารทีเอชซี (THC) กัญชาและกัญชงจึงเป็นยาเสพติดตามความหมายและหลักเกณฑ์ของยาเสพติดดังที่กล่าวไว้ในข้อ 8.3.2.1 อย่างไรก็ตามกัญชงซึ่งมีสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทคือสารทีเอชซี (THC) น้อยกว่ากัญชา อีกทั้งกัญชงมีสารแคนนาบินอยด์อื่นคือสารแคนนาบิไดออล (CBD) สูงกว่ากัญชาและสารชนิดนี้เป็นสารที่ออกฤทธิ์ตรงข้ามกับสารทีเอชซี (THC) รวมทั้งสารแคนนาบิไดออล (CBD) สามารถรักษาอาการชักในเด็กได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามถึงแม้สารทีเอชซี (THC) จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 4 ก็ตามแต่สารดังกล่าวก็มีประโยชน์ในทางการแพทย์ด้วยเช่นกันตามที่ปรากฏในบทที่ 3 ผู้เขียนเห็นว่าหากประเทศไทยจะมีการใช้ประโยชน์จากกัญชาและกัญชงจะต้องควบคุมอันตรายที่เกิดจากการใช้สารทีเอชซี (THC) ไม่ให้ใช้ในปริมาณสูงคือจะต้องกำหนดปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่นการบริโภคกัญชาเพื่อรักษาโรค หรือการปลูกกัญชงเพื่อเป็นพืชเศรษฐกิจต้องมีการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ทั้งปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในเมล็ดพันธุ์และในส่วนต่าง ๆ ของต้นกัญชงจึงจะสามารถควบคุมกัญชาและกัญชงเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อปัจเจกชนและสังคม

กล่าวโดยสรุปกัญชงมีทั้งข้อดีและข้อเสียดังที่กล่าวมาข้างต้น หากประเทศไทยจะมีการอนุญาตให้ปลูกกัญชงหรือเฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ทางอุตสาหกรรมการใช้ประโยชน์จากกัญชงในประเทศไทย สิ่งสำคัญในการใช้ประโยชน์จากกัญชงหรือเฮมพ์คือการออกกฎหมายควบคุมปริมาณสารเสพติดที่อยู่ในต้นกัญชงให้มีปริมาณต่ำ อย่างไรก็ตามปริมาณสารเสพติดหรือสารทีเอชซี (THC) จะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นอาจจะกำหนดปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในประเทศไทยเห็นควรเริ่มต้นจากการวิจัยพัฒนาเมล็ดกัญชงหรือเฮมพ์ให้มีปริมาณสารทีเอชซี (THC) ต่ำซึ่งจะเหมาะสมกับพื้นที่ปลูกในประเทศไทย

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์

2.3.1 แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalisation)

ในข้อนี้ผู้เขียนอธิบายแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมซึ่งเป็นแนวทางใหม่เกี่ยวกับนโยบายของรัฐที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาอาชญากรรมในฐานความผิดบางประเภทซึ่งเป็นความผิดที่ไม่ร้ายแรง การศึกษาแนวคิดนี้ผู้เขียนเห็นว่าเบื้องต้นควรศึกษาความรู้เบื้องต้นที่เกี่ยวกับอาชญากรรมก่อนเนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดในการแก้ไขปัญหากระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยเฉพาะปัญหายาเสพติดในต่างประเทศดังนั้นจึงจำเป็นต้องทราบความหมายของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ประเภทของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ประสิทธิภาพของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังนี้

2.3.1.1 ความหมายของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดไม่ใช่คำศัพท์ทางกฎหมายที่มีการนิยามไว้อย่างชัดเจนซึ่งมักเข้าใจว่าหมายความถึงการยกเลิกการลงโทษทางอาญาสำหรับการครอบครองยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพเป็นการส่วนตัว แต่การครอบครองยาเสพติดยังคงเป็นความผิดที่มีบทลงโทษทางแพ่งและทางปกครอง เช่น การปรับหรือการประเมินเพื่อเข้ารับการบำบัดภาคบังคับ[198] ดังนั้นก่อนการศึกษาความหมายของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจึงควรศึกษาความหมายและเข้าใจความหมายของอาชญากรรมเพื่อเป็นพื้นฐานการศึกษาแนวคิดนี้ให้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งความหมายของอาชญากรรมมีนักวิชาการทางด้านอาชญาวิทยาให้คำนิยามไว้ซึ่งมีความหมายไปในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

พอลล์ แทพแพน ได้ให้ความหมายของอาชญากรรมว่า คือ “การกระทำโดยมีเจตนาละเมิดกฎหมายอาญาหรือมีเจตนาละเว้นไม่กระทำในสิ่งที่กฎหมายอาญาบังคับให้กระทำโดยไม่มีข้อแก้ตัวที่สมเหตุผลทำให้รัฐต้องดำเนินการลงโทษในฐานะที่เป็นความผิดอุกฉกรรจ์หรือความผิดลหุโทษ”[199] และเป็นพฤติกรรมที่ละเมิดกฎหมายและมีบทลงโทษกำหนดไว้ในกฎหมาย”[200]

โจเซฟ เซนนาและลารี่ ซีเกิล (Senna & Siegel) ได้ให้คำนิยามของอาชญากรรมว่า “เป็นการกระทำที่ขัดต่อระเบียบของสังคมซึ่งได้กำหนดไว้ในกฎหมายว่าเป็นความผิดทางอาญา”[201]

เจเรมี เบนธัม (Jeremy Bentham) กล่าวว่า อาชญากรรมเป็นการกระทำที่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญาโดยมีกฎหมายห้ามไว้ซึ่งมีผลร้ายมากกว่าผลดี[202]

เอ็ดวิน ซัทเทอร์แลนด์ (Edwin Sutherland) ได้ให้ความหมายของอาชญากรรมไว้ว่า “คือการกระทำที่ละเมิดต่อกฎหมายอาญา การกระทำใดๆไม่ว่าจะน่าประณาม น่าลงโทษมากสักเพียงใดไม่ว่าจะผิดศีลธรรมมากน้อยแค่ไหนหรือเลวทรามแค่ไหนก็ไม่ถือว่าเป็นอาชญากรรม ถ้าไม่มีบทบัญญัติกฎหมายห้ามไว้”[203]

---

[198] มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด, **การยุติสงครามยาเสพติด ทำอย่างไรจึงจะชนะการอภิปรายว่าด้วยนโยบายยาเสพติดโลก** (กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558), หน้า 118.

[199] Paul Tappan, **Crime, Justice and Correction** (New York, N.Y.: McGraw-Hill, 1960), p. 10.

[200] *Ibid.*, p. 100.; พรชัย ขันตี และคณะ, **ทฤษฎีอาญาวิทยา: หลักการ งานวิจัยและนโยบายประยุกต์ (Criminological Theory: Principle, Research and Policy Implication)** (กรุงเทพมหานคร: ส. เจริญการพิมพ์, 2558), หน้า 2.

[201] พรชัย ขันตี และคณะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 2.

[202] ผจงจิตต์ อธิคมนันทะ, **สังคมวิทยาว่าด้วยอาชญากรรมและการลงโทษ** (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2525), หน้า 8.

[203] E. H. Sutherland and D. R. Cressy, **Principles of Criminology,** 7th ed. (Philadelphia: J. B. Lippincott, 1966), p. 4.

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายของอาชญากรรมไว้ว่า “การกระทำผิดทางอาญา (Crime) ส่วนคำว่าอาชญาคือคำนามหมายถึงโทษ มักใช้สำหรับพระเจ้าแผ่นดินหรือเจ้านายเช่น พระราชอาญา, โทษหลวงหรือโทษที่กระทำผิดต่อประเทศชาติหรือสังคม เช่น คดีอาญา ฯลฯ”[204]

ชาย เสวิกุล ได้ให้ความหมายของอาชญากรรมไว้ว่า “การจัดระเบียบทางสังคมโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญที่จะจัดวางแบบแผนและกฎเกณฑ์อันเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของสมาชิกในสังคมและเพื่อขจัดข้อขัดแย้งต่างๆซึ่งอาจเกิดขึ้นในหมู่สมาชิกของสังคมแต่ในทางปฏิบัตินั้นอาจกล่าวได้ว่าไม่มีสังคมใดสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้สมบูรณ์ อาชญากรรมจึงเป็นสภาวการณ์ที่แสดงถึงความไม่สมบูรณ์และข้อบกพร่องของสังคม”[205]

โสพส พินิจศักดิ์ ให้คำจำกัดความของอาชญากรรมไว้ว่า “ปรากฏการณ์หนึ่งของสังคมโดยการกระทำของบุคคลซึ่งการกระทำนั้นกฎหมายได้บัญญัติไว้เป็นข้อห้ามและถือว่าเป็นความผิด ซึ่งผู้กระทำต้องได้รับโทษ”[206]

นอกจากนี้ความหมายของอาชญากรรมในแง่มุมของศาสนาถือได้ว่าอาชญากรรมเป็นพฤติกรรมที่ขัดต่อหลักศาสนาโดยทั่วไปเรียกว่าบาป (Sin) ต่อมาถูกพัฒนากลายเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานทางสังคม (Norms) ซึ่งถือเป็นกรอบการอยู่ร่วมกันของสังคมประกอบด้วยหลักศีลธรรม วิถีประชา และกฎหมาย โดยผู้ที่มีพฤติกรรมหรือการกระทำที่ขัดต่อมาตรฐานทางสังคมถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือพฤติกรรมอาชญากรรม

สำหรับแง่มุมของกฎหมาย อาชญากรรมคือการกระทำหรืองดเว้นการกระทำอันเป็นการละเมิดต่อกฎหมายหรือกฎหมายที่มีโทษทางอาญา อาชญากรรมจึงมีความแตกต่างกันออกไปตามกฎหมายในแต่ละยุคสมัยดังนั้นสิ่งที่เป็นอาชญากรรมในสังคมหนึ่งแต่อาจจะไม่เป็นอาชญากรรมในอีกสังคมหนึ่ง เช่น การเสพกัญชาเป็นอาชญากรรมในประเทศไทยแต่ไม่เป็นอาชญากรรมในประเทศเนเธอร์แลนด์หรือสิ่งที่เคยเป็นอาชญากรรมในยุคสมัยหนึ่งอาจจะไม่เป็นอาชญากรรมในอีกยุคสมัยหนึ่ง[207] การกระทำที่เป็นข้อห้ามของศาสนาหรือในทางศีลธรรมเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดให้การกระทำใดเป็นความผิดอาญาหรือเรียกว่า Mala in Se[208] อย่างไรก็ตามในสังคมปัจจุบันได้รับอิทธิพลแนวคิดด้านเสรีนิยมและปัจเจกชนนิยมมากขึ้นส่งผลให้สังคมเหล่านี้แยกความคิดออกมาจาก

---

[204] ราชบัณฑิตยสถาน, **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525** (กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, 2539), หน้า 939.

[205] ชาย เสวิกุล, **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา** (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2511), หน้า 1.

[206] กระทรวงยุติธรรม, **รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิจัยเพื่อหาวิธีลดปริมาณคดีที่มาสู่ศาลและความรวดเร็วในการดำเนินคดี** (รายงานการวิจัย เสนอต่อกระทรวงยุติธรรม, 2542).

[207] เสกสัณ เครือคำ, **อาชญากรรม อาชญาวิทยาและงานยุติธรรมทางอาญา (Crime, Criminology and Criminal Justice)** (กรุงเทพมหานคร: เพชรเกษมการพิมพ์, 2558), หน้า 2-3.

[208] การกระทำที่เป็นความผิดในตัวเอง คือมีความชั่วร้ายในตัวของมันเอง เช่นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ความผิดฐานลักทรัพย์ เป็นต้น

การครอบงำของศาสนา ศีลธรรมหรือจารีตประเพณีโดยเห็นว่าอาชญากรรมร้ายแรงเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปทัสฐาน (Norm) ของสังคมเท่านั้นไม่ส่งผลกระทบต่อสังคมถึงขนาดที่จะเป็นความผิดอีกต่อไปจากในอดีตถือว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรมร้ายแรง เช่น การกระทำความผิดทางเพศ รักร่วมเพศ การมีชู้ เป็นต้น[209] ในส่วนของการกระทำอีกประเภทหนึ่งในทางกฎหมายถือว่าเป็นอาชญากรรมที่จำเป็นต้องลงโทษคือ Mala Probihita[210] จะเห็นได้ว่าการกระทำดังกล่าวไม่ใช่ข้อห้ามของศาสนาศีลธรรมหรือจารีตประเพณีแต่รัฐกำหนดไว้เพื่อความสงบเรียบร้อยของสังคมอาชญากรรม

ในทางสังคมวิทยามีความหมายกว้างกว่าความหมายในทางกฎหมาย คือ พฤติกรรมอันเป็นปฏิปักษ์ต่อสังคมและสมควรที่จะได้รับการควบคุมเพื่อที่จะรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม[211]

อาชญากรรมในแง่ของรัฐศาสตร์ หมายถึง คำจำกัดความเกี่ยวกับการกระทำของคนในสังคมโดยผู้มีอำนาจปกครองเป็นผู้กำหนดว่าการกระทำอะไรเป็นอาชญากรรมโดยผู้มีอำนาจจะออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ของกลุ่มตนเองโดยมักจะกำหนดโทษที่รุนแรงให้กับกลุ่มคนยากจนที่มักจะกระทำความผิดมูลฐาน เช่น ลักทรัพย์ ปล้นทรัพย์ แต่กำหนดโทษเพียงเล็กน้อยให้กับการกระทำผิดของคนร่ำรวยดังนั้นอาชญากรรมจึงไม่ได้ตั้งอยู่ในกรอบของหลักศีลธรรม[212]

กล่าวโดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า อาชญากรรม คือ การกระทำหรืองดเว้นการกระทำอันเป็นการละเมิดต่อกฎหมายหรือกฎหมายที่มีโทษทางอาญาที่บัญญัติโดยรัฐเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมซึ่งอาชญากรรมจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละยุคสมัยดังนั้นสิ่งที่เป็นอาชญากรรมในสังคมหนึ่งแต่อาจจะไม่เป็นอาชญากรรมในอีกสังคมหนึ่ง เช่น การเสพกัญชาเป็นอาชญากรรมในประเทศไทยแต่ไม่เป็นอาชญากรรมในสังคมประเทศอื่น เป็นต้น เมื่อได้ศึกษาความหมายของอาชญากรรมข้างต้นจึงนำมาสู่ความหมายของการลดทอนอาชญากรรม ดังนี้

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมตามความหมายขององค์การสหประชาชาติหมายถึง “กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายเพื่อให้การกระทำบางอย่างที่เป็นอาชญากรรมถือว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญา”[213] ซึ่งเป็นการให้ความหมายอย่างกว้าง การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึง “การถอดถอนการกระทำผิดที่ไม่ร้ายแรงออกจากความผิดทางอาญาโดยใช้มาตรการอื่นลงโทษแทน เช่น การปรับ โดยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมีผลต่อการเปลี่ยนมุมมองของสังคมและศีลธรรม โดยสังคมนั้นอาจมองว่าการกระทำผิดบางอย่างอาจไม่ร้ายแรงจนถึงขั้นต้องได้รับการลงโทษทางอาญาแต่บางกรณีอาจจะต้องบังคับใช้กฎหมายอาญา โดยทั่วไปแล้วการลดทอนความเป็นอาชญากรรมส่วนใหญ่จะถูกนำมาใช้ใน

---

[209] อุทัย อาทิเวช, **ทฤษฎีอาชญาวิทยากับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา (Criminology Theory and Criminal Justice System)** (กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง, 2558), หน้า 16-17.

[210] ความผิดที่กฎหมายกำหนดให้เป็นความผิดโดยมิได้อาศัยมาตรฐานทางศีลธรรมหรือถือว่าไม่มีความชั่วร้ายในตัวมันเอง เช่น การขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย การจำหน่ายสื่อลามก อาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นต้น

[211] เสกสัณ เครือคำ, *เรื่องเดิม*, หน้า 5.

[212] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 5.

[213] United Nations Office on Drug and Crime (UNODC)

คดีที่มีความผิดไม่ร้ายแรง เช่น การทำแท้ง (Abortion) รักร่วมเพศ (Homosexuality) การเสพยาเสพติด (Drug Possession) การครอบครองยาเสพติดเพื่อใช้เสพส่วนตัวหรือเพื่อความบันเทิง (Recreational Drug Use) การช่วยให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ (Euthanasia) เป็นต้น”[214] อย่างไรก็ตามหากนำการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในคดียาเสพติดจึงหมายถึง “การลดทอนหรือถอดถอนการกระทำที่ถือว่าผิดกฎหมายยาเสพติดโดยเฉพาะในกรณีของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดที่ครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพส่วนตัว โดยได้รับโทษทางอาญาน้อยลงหรือไม่ต้องรับโทษทางอาญาด้วยการใช้มาตรการทางเลือกอื่นเพื่อหันเหผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมโดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการลงโทษจำคุก”[215]

2.3.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

ในทางอาชญาวิทยามีทฤษฎีหลักที่เกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม คือ ทฤษฎีอาชญาวิทยาดั้งเดิม (Classical Criminology), ทฤษฎีตีตรา และกระบวนการยุติธรรมทางเลือก (Labeling Theory & Diversion)

1) ทฤษฎีอาชญาวิทยาดั้งเดิม (Classical Criminology) โดยนักวิชาการชาวอิตาลีชื่อ ซีซาร์แบคคาเรีย (Cesare Beccaria) เสนอบทความชื่อ “On Crime and Punishment” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารงานยุติธรรมเพื่อมิให้เป็นเครื่องมือของผู้ปกครองในการรักษาอำนาจปกครองไว้ สำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมมีแนวคิดหรือหลักการสำคัญอยู่ 3 ประการคือ[216] ประการแรกคือการทำสัญญาระหว่างรัฐกับประชาชน กล่าวคือ ต้องมีสัญญาระหว่างรัฐกับประชาชนเพื่อป้องกันความวุ่นวายไม่ให้เกิดขึ้นในสังคม ประการที่สองคือ การเข้าใจธรรมชาติของบุคคลว่ามี 3 ประการ คือ การมีอิสระควบคุมตนเอง (Free Will), การมีเหตุมีผล (Rationality) และการแสวงหาความสุข (Utilitarian) และประการสุดท้ายกระบวนการยุติธรรมต้องมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันอาชญากรรมแนวคิดนี้มีอิทธิพลต่อการดำเนินคดีอาญากับผู้กระทำความผิดในทางที่จะปรับปรุงพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการยุติธรรมให้มีความเป็นธรรมมากขึ้นและสามารถป้องกันอาชญากรรมได้อิทธิพลของทฤษฎีแนวคิดอาชญาวิทยายุคดั้งเดิมต่อนโยบายสาธารณะ แนวคิดของแบ็คคาเรียที่มีเนื้อหาสัมพันธ์กับหลักการของอาชญาวิทยาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ได้แก่ สัญญาประชาคมและความจำเป็นในการลงโทษ (On the Contractual Society and the Need for Punishments) ความร้ายแรงของอาชญากรรม (On the Seriousness of Crimes) วัตถุประสงค์ของการลงโทษ (On Punishments) สัดส่วนของการลงโทษ (On Proportionate Punishments) ความเหมาะสมของความรุนแรงในการลงโทษ(On the Severity of punishments) ความรวดเร็วใน

---

[214] **Decriminalization**, Retrieved October 20, 2016 from http://en.m.wikipedia.org

[215] นันท์รพัช ไชยอัครพงษ์, “การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด: กรณีศึกษานโยบายและมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ (Decriminalization of Drug Case : A Case Study of Policy and Alternative Measure From Foreign Countries),” **วารสารการเมือง การบริหารและกฎหมาย** 5, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2556): 219.

[216] พรชัย ขันตี และคณะ, *เรื่องเดิม*, หน้า 38.

การลงโทษ (On the Promptness of Punishments) ความโปร่งใสในการลงโทษ (On the Revelation of Punishments) และการป้องกันอาชญากรรม (On Preventing Crimes) เป็นต้น[217]

นักอาชญาวิทยาของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมที่สำคัญอีกท่านหนึ่งคือ เจอรามี เบนแธม (Jeremy Bemtham) นักปรัชญาชาวอังกฤษที่สานต่อความคิดของแบ็คคาเรียในหลักการเจตจำนงอิสระว่าด้วยพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีสาระสำคัญมีสองประการคือ[218]

1. ทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยม (Ultilitarian) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ถูกควบคุมโดยหลักธรรมชาติสองประการคือ ความพอใจ (Pleasure) และความทุกข์ทรมาน (Pain) การที่มนุษย์เป็นผู้มีเหตุและผล ดังนั้นก่อนที่จะมีพฤติกรรมใดบุคคลจะคิดคำนวณเปรียบเทียบระหว่างความพอใจที่จะได้รับกับความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากการกระทำนั้น ดังนั้นพฤติกรรมอาชญากรรมก็เช่นเดียวกันเมื่อบุคคลได้พิจารณาแล้วว่าจะทำให้เกิดความพอใจมากกว่าความทุกข์ทรมานบุคคลนั้นจะเลือกประกอบอาชญากรรม

2. กฎหมายและการลงโทษ (Law and Punishment) เบนแธมเชื่อว่ากฎหมายมีไว้เพื่อสร้างและสนับสนุนความสุขภายของบุคคลในสังคมดังนั้นกฎหมายที่ดีต้องป้องกันไม่ให้ความชั่วร้ายเกิดขึ้นในสังคม เบนแธมได้นำเสนอว่าวัตถุประสงค์ของการลงโทษมี 4 ประการ คือ

1) เพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย

2) หากไม่สามารถป้องกันการกระทำผิดกฎหมายได้ก็ต้องทำให้คนร้ายกระทำผิดกฎหมายที่ไม่ร้ายแรงหรืออุกฉกรรจ์

3) เพื่อป้องกันไม่ให้อาชญากรรมใช้กำลังประทุษร้ายเกินความจำเป็น

4) เพื่อป้องกันอาชญากรรมที่ทำให้รัฐเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เบนแธมจึงเสนอให้ออกกฎหมายโดยที่บุคคลทั่วไปเชื่อว่าหากกระทำผิดแล้วจะได้รับความทุกข์ทรมานมากกว่าความพอใจและเชื่อว่าการลงโทษควรมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลนั้นกระทำผิดกฎหมายเท่านั้น อีกทั้งยังเสนอให้มีการปรับปรุงเรือนจำในแนวทางที่จะทำให้นักโทษได้รับสิทธิการเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีอาชญากรรมในยุคดั้งเดิมเป็นพื้นฐานของทฤษฎีในยุคปัจจุบันเช่น ทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยมอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องการก่ออาชญากรรมว่าการที่มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลโดยจะคิดคำนวณเปรียบเทียบระหว่างความพอใจที่จะได้รับกับความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากการกระทำนั้น ดังนั้นพฤติกรรมอาชญากรรมเกิดขึ้นเมื่อได้พิจารณาแล้วว่าจะทำให้เกิดความพอใจมากกว่าความทุกข์ทรมานบุคคลนั้นจะเลือกประกอบอาชญากรรมและเชื่อว่ากฎหมายมีไว้เพื่อสร้างและสนับสนุนความสุขของบุคคลในสังคมดังนั้นกฎหมายที่ดีต้องป้องกันไม่ให้ความชั่วร้ายเกิดขึ้นในสังคมเพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมายจึงเสนอให้รัฐออกกฎหมายโดยที่บุคคลทั่วไปเชื่อว่าหากกระทำผิดแล้วจะได้รับความทุกข์ทรมานมากกว่าความพอใจและเชื่อว่าการลงโทษควรมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลนั้นกระทำผิดกฎหมาย

ทฤษฎีอาชญาวิทยายุคปัจจุบัน ได้รับอิทธิพลจากสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมซึ่งแบ่งเป็นสองกลุ่มหลักคือ ทฤษฎีป้องกัน และทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ ดังนี้[219]

---

[217] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 58-60.

[218] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 62.

1. ทฤษฎีป้องกัน (Deterrence Theories) หลักการของทฤษฎีป้องกันคืออาชญากรเป็นบุคคลที่มีความเกรงกลัวต่อกฎหมายดังนั้นอาชญากรจะไม่กระทำความผิดหากมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและกฎหมายมีบทลงโทษที่รุนแรง ทฤษฎีนี้เห็นว่ามาตรการในการป้องกันอาชญากรรมที่ดีจะต้องลดโอกาสในการกระทำความผิดให้เหลือน้อยที่สุดและเพิ่มโอกาสในการจับกุมคนร้ายมากที่สุดทฤษฎีนี้ยังประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักดังนี้[220]

1) ทฤษฎีป้องกันหรือทฤษฎียังยั้งข่มขู่ (Deterrence Theories) มีหลักการสำคัญมาจากแนวคิดอาชญาวิทยาดั้งเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลงโทษตามกฎหมายที่ว่า ความเหมาะสม ความรวดเร็วและความโปร่งใสในการลงโทษเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันอาชญากรรมและทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐจะคำนึงถึงผลลัพธ์ของการกระทำก่อนมีพฤติกรรมใด ดังนั้นหากมีกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมคือ การมีอัตราโทษที่รุนแรงมีการลงโทษที่รวดเร็ว ผู้กระทำความผิดมีโอกาสถูกจับกุมสูงและมีกระบวนการยุติธรรมที่โปร่งใสก็จะสามารถป้องกันบุคคลไม่ให้กระทำความผิดได้

2) ทฤษฎีป้องกันอาชญากรรมโดยสภาพแวดล้อม (Theory of Crime Prevention Through Environmental Design) มีหลักการสำคัญมาจากแนวคิดอาชญาวิทยาดั้งเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลงโทษตามกฎหมายที่ว่า ความเหมาะสม ความรวดเร็วและความโปร่งใสในการลงโทษเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันอาชญากรรมและทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐจะคำนึงถึงผลลัพธ์ของการกระทำก่อนมีพฤติกรรมใด ดังนั้นหากมีกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมคือ การมีอัตราโทษที่รุนแรง มีการลงโทษที่รวดเร็ว ผู้กระทำความผิดมีโอกาสถูกจับกุมสูงและมีกระบวนการยุติธรรมที่โปร่งใสก็จะสามารถป้องกันบุคคลไม่ให้กระทำความผิดได้

3) ทฤษฎีรูปแบบอาชญากรรม (Crime Pattern Theory) อธิบายถึงสาเหตุอาชญากรรมว่าเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยเชื่อว่าอาชญากรรมเกิดจากการที่อาชญากรได้เข้าไปอยู่ในสถานที่และมีโอกาสเลือกเหยื่อที่เหมาะสม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่คนร้ายจะตัดสินใจไม่กระทำความผิดขึ้นอยู่กับโอกาสในการกระทำความผิดว่ามีโอกาสถูกจับกุมสูงหรือถูกตรวจพบได้ง่าย ดังนั้นจึงเสนอแนวทางในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการทำให้คนร้ายไม่กล้าลงมือประกอบอาชญากรรมโดยลดโอกาสที่จะกระทำความผิดหรือเพิ่มโอกาสการถูกตรวจสอบและสอดส่องเพื่อป้องกันอาชญากรรม กล่าวโดยสรุปหลักการของทฤษฎีป้องกันมีหลักการสำคัญมาจากแนวคิดอาชญาวิทยาดั้งเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลงโทษตามกฎหมายที่ว่า ความเหมาะสม ความรวดเร็วและความโปร่งใสในการลงโทษเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันอาชญากรรมและทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์จะคำนึงถึงผลลัพธ์ของการกระทำก่อนมีพฤติกรรมใดดังนั้นการที่รัฐออกกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมจะสามารถป้องกันบุคคลไม่ให้กระทำความผิดได้ เช่นการมีอัตราโทษที่รุนแรงมีการลงโทษที่รวดเร็ว ผู้กระทำความผิดมีโอกาสถูกจับกุมสูงและมีกระบวนการยุติธรรมที่โปร่งใส

---

[219] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 66.

[220] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 66-71.

2. ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ (Economics Theories) ทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarian Philosophy) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีกระบวนการตัดสินใจในการประกอบอาชญากรรมอย่างมีเหตุผลโดยอาศัยหลักการที่ว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการมีกำไรมากที่สุดและขาดทุนน้อยที่สุด ทฤษฎีนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ทฤษฎีหลักคือ

1) ทฤษฎีคิดก่อนการกระทำ (Rational Choice Theory) ทฤษฎีนี้มีหลักการเช่นเดียวกับสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมสองประการคือ ประการที่หนึ่งกลุ่มนี้เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีอิสระในการเลือกที่จะกระทำผิดกฎหมาย และประการที่สองแนวทางในการเลือกกระทำผิดกฎหมายขึ้นอยู่กับการที่บุคคลจะได้รับความพึงพอใจหรือประโยชน์ที่ต้องการนั้นไม่จำกัดเฉพาะในรูปของทรัพย์สินเท่านั้น หากรวมถึงผลประโยชน์หรือความพึงพอใจในด้านจิตใจด้วย และนักอาชญาวิทยาแนวนี้ได้เสนอเพิ่มเติมจากแนวความคิดของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมก็คือ การที่บุคคลได้คิดคำนวณถึงผลที่จะตามมาจากการประกอบอาชญากรรมแล้วไม่ว่าเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับ ความเป็นไปได้ที่จะถูกจับกุม อัตราโทษที่จะได้หากถูกจับกุม ตลอดจนถึงหนทางเลือกอื่นที่ถูกกฎหมาย

2) ทฤษฎีปกตินิสัย (Routine Activity Theory)[221] ทฤษฎีนี้มีหลักการสำคัญคืออาชญากรรมเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการคือ อาชญากรที่จะกระทำความผิด เหยื่อที่เหมาะสมและการขาดสามารถในการปกป้องทรัพย์สินหรือชีวิตร่างกายโดยมีสมมติฐานว่าอัตราการเป็นเหยื่ออาชญากรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีองค์ประกอบครบทั้งสามประการ ตัวอย่างการนำทฤษฎีอาชญาวิทยาดั้งเดิมมากำหนดนโยบายสาธารณะที่เป็นรูปธรรมในปัจจุบัน คือ[222] การเพิ่มความรุนแรงของโทษทางอาญา, โครงการ Scared Straight, การป้องกันอาชญากรรมโดยการจัดสภาพแวดล้อม, การประกาศสงครามยาเสพติด, นโยบายการปราบปรามผู้มีอิทธิพล, ทฤษฎีตีตรา (Labeling Theory) เป็นต้น

3. ทฤษฎีตีตราหรือทฤษฎีตอบโต้ทางสังคม (Social Reaction Theory/ Social Reaction Theory) ในช่วงต้นของคริสต์ศตวรรษที่ 20 ชาร์ลฮอร์ตัน คูลี่ย์ (Charles Horton Cooley) ได้นำเสนอทฤษฎีกระจกเงาจากการตั้งสมมติฐานว่าบุคคลหนึ่งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อบุคคลอื่น ๆ ตามจินตนาการของเขาจากสายตาของบุคคลอื่นที่มองเขาว่าเป็นคนอย่างไร ต่อมาได้มีนักอาชญาวิทยาในสำนักของทฤษฎีตีตราได้พัฒนาและทำให้เป็นที่แพร่หลายในการศึกษาอาชญาวิทยาคือเอ็ดวิน เอ็ม เลอเมิร์ท (Edwin M. Lermert) ซึ่งจำแนกความแตกต่างระหว่างการเบี่ยงเบนปฐมบทและการเบี่ยงเบนถาวรโดยเห็นว่า

---

[221] ปกตินิสัย (Routine Activity) คือ กิจวัตรหรือการกระทำใดของบุคคลที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้งเป็นประจำ เช่น การออกไปทำงานปล่อยให้บ้านเรือนไม่มีคนเฝ้า การสวมใส่เครื่อง ประดับที่มีราคาแพง เป็นต้น

[222] พรชัย ขันตี และคณะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 84-86.

> พฤติกรรมเบี่ยงเบนเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำได้ก่อพฤติกรรมที่ละเมิดปทัสฐานของสังคม (Norm-Violating Behavior) ซึ่งผู้กระทำไม่รู้ว่าการกระทำของตนเป็นการเบี่ยงเบน สำหรับกรณีการเบี่ยงเบนถาวรเกิดเมื่อบุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมของตนในรูปแบบเพื่อตอบโต้สังคมที่มีปฏิกิริยาหรือโต้ตอบพฤติกรรมของเขาก่อนหน้านั้นการเบี่ยงเบนของบุคคลนั้นถือว่าจัดอยู่ในขั้นถาวรแล้ว พยานหลักฐานของการเปลี่ยนแปลงนี้ เช่นการพูด ทัศนคติและการแสดงออก ในบางครั้งแสดงออกซึ่งสัญลักษณ์ของมืออาชีพจนกระทั่งตัวตนเป็นของคู่กันกับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ผลของการเปลี่ยนแปลงในตัวตนนี้เกิดขึ้นจากความคิดของเขาถูกตอกย้ำด้วยการตีตราในแง่ลบอันเป็นผลมาจากการประพฤติตนอย่างต่อเนื่องในพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนโดยการโต้ตอบของสังคม (Societal Reaction) ซึ่งคือกระบวนการซึ่งสังคมใช้ตอบโต้พฤติกรรมเบี่ยงเบนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านตัวแทนซึ่งเป็นทางการของการควบคุมสังคมเช่น ตำรวจ ศาล ราชทัณฑ์[223]

กล่าวโดยสรุปคือ เมื่อใดที่บุคคลใดถูกตีตราแล้วสังคมจะมองบุคคลนั้นในบริบทของการเบี่ยงเบนเสมอและบุคคลนั้นจำต้องยอมรับสภาพเช่นนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดตัวตนของบุคคลนั้นและนำไปสู่การเบี่ยงเบนอย่างถาวรสืบไป

ฮาวเวิร์ท เบ็คเกอร์ (Howard Becker) เป็นผู้แต่งหนังสือเรื่องคนนอกคอก: การศึกษาทางสังคมวิทยาของการเปลี่ยนแปลง (Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance) โดยอธิบายว่าบรรดาบุคคลผู้ที่ถูกตีตราจากการมีพฤติกรรมที่ละเมิดต่อกฎของสังคมมองตนเองว่าเป็นคนประหลาดจากคนอื่นซึ่งอยู่ในกรอบของผู้ที่เชื่อฟังกฎหมายอันเป็นกระแสหลักของสังคม บุคคลเหล่านั้นจึงแยกตัวออกมาและกระทำตัวแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ในสังคมเป็นที่มาของการขนานนามคนเหล่านี้ว่าเป็น คนนอกคอกซึ่งเบ็คเกอร์ได้วิเคราะห์ประวัติศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับกฎหมายต่อต้านกัญชา (Marijuana Laws) เนื่องจากสามารถสังเกตความคืบหน้าของการใช้ยาเสพติดได้ง่าย การสูบกัญชาครั้งแรกจะมีประสบการณ์ที่ไม่มีความสุขแต่เมื่อผู้สูบเลียนแบบพวกพ้องจึงกลายเป็นการเรียนรู้การเสพกัญชาเพื่อความสนุกสนานเบ็คเกอร์ศึกษาเรื่องกัญชาโดยวิเคราะห์เนื้อหาทางประวัติศาสตร์ตั้งแต่การตรากฎหมายสหรัฐอเมริกาเพื่อกำหนดให้ผู้เสพกัญชาเป็นผู้เบี่ยงเบนในกฎหมายภาษีกัญชา ค.ศ.1937 (The Marijuana Act of 1937) โดยจัดตั้งสำนักงานยาเสพติดกลาง (The Federal Bureau of Narcotics) มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระทรวงการคลัง (The Treasury Department) ซึ่งใน ค.ศ.1930 สำนักงานยาเสพติดกลางเริ่มปฏิบัติการกวาดล้างการเสพกัญชาซึ่งสอดรับกับความรู้สึกของประชาชนซึ่งเป็นเหตุผลอันชอบธรรมของการดำรงอยู่ขององค์กรเบ็คเกอร์อธิบายขั้นตอนสามประการของการใช้กัญชาคือขั้นแรกผู้เสพเริ่มใช้กัญชา ขั้นที่สองผู้

---

[223] อุทัย อาทิเวช, *เรื่องเดิม*, หน้า 183-204.

เสพใช้เป็นครั้งคราว ขั้นที่สามผู้เสพใช้เป็นประจำ เบ็คเกอร์เห็นว่าผู้ใช้กัญชาทั้งสามประเภทนี้สามารถควบคุมได้โดยการควบคุมทางสังคม (Social Controls) ส่วนวิธีการควบคุมอุปทานหรือการจำหน่ายกัญชานั้นมีผลทั้งทางบวกและทางลบ การกำจัดการจำหน่ายกัญชาให้สิ้นซากอาจนำไปสู่การลดการใช้กัญชาลงในกลุ่มของคนบางส่วนแต่อาจเป็นแรงขับให้ผู้ใช้ไปเข้าร่วมกับกลุ่มองค์กรอาชญากรเพื่อให้ได้กัญชามาเสพ เบ็คเกอร์เชื่อว่าถึงแม้ว่าการควบคุมกัญชาจะเป็นการควบคุมสำคัญในสังคม แต่ไม่อาจยับยั้งการใช้กัญชาได้และทางออกที่ดีที่สุดที่จะยับยั้งผู้เสพได้คือการควบคุมการใช้กัญชาของผู้เสพให้อยู่ในกรอบที่สมควร[224] กล่าวโดยสรุปการกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดเป็นการจำแนกพฤติกรรมของผู้เสพกัญชาออกจากบุคคลทั่วไปในสังคมที่เคารพกฎหมายยาเสพติด โดยสังคมจะมองว่าผู้เสพกัญชาเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากข้อกำหนดหรือเป็นคนนอกคอกในสังคม ซึ่งทางออกในการควบคุมกัญชามิใช่การห้ามปรามหรือกำจัดกัญชาให้หมดสิ้นไปจากสังคมแต่คือการควบคุมการใช้กัญชาให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม นอกจากนี้นโยบายที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีตีตรา ประกอบด้วย

1. การลดโทษทางอาญา/ลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) นักทฤษฎีตีตราเสนอว่าการดำเนินคดีอย่างเข้มงวดและรุนแรงเกินขอบเขตสำหรับความผิดบางประเภทที่ไม่ร้ายแรงได้สร้างปัญหาทางด้านการบริหารงานยุติธรรม เช่นการละเมิดสิทธิมนุษยชน ด้านงบประมาณการไม่มีเวลาดำเนินการกับความผิดร้ายแรง การทุจริตคอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น รวมทั้งเชื่อว่าการเกิดอาชญากรรมที่เกิดขึ้นในสังคมมากขึ้นเนื่องจากกระบวนการยุติธรรมกำหนดให้พฤติกรรมบางประเภทที่ไม่รุนแรง เช่น การเสพยาเสพติด โสเภณี เป็นต้น หากนำผู้กระทำความผิดเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมจะเป็นการตรีตราและจะกลายเป็นอาชญากรติดนิสัยหรือกระทำผิดรุนแรงมากขึ้น จึงเห็นควรกำหนดลดโทษของความผิดเหล่านี้เช่นว่ากล่าวตักเตือน เปรียบเทียบปรับได้ ปัจจุบันในต่างประเทศมีการนำนโยบายการลดโทษทางอาญามาใช้กับความผิดในหลายประเภทซึ่งตามกฎหมายยังถือว่าบุคคลเหล่านี้เป็นผู้กระทำความผิดเพื่อให้ทราบว่าเป็นการกระทำที่ไม่ดีแต่กำหนดแนวทางการลงโทษที่ไม่ได้เป็นการตีตราหรือประณามผู้กระทำความผิดและไม่พัฒนาความสำนึกเป็นอาชญากรรมตามหลักทฤษฎีตีตรา สำหรับประเภทของการกระทำความผิดที่เริ่มมีการลดโทษในทางอาญาคือ การกระทำความผิดที่ไม่ร้ายแรงหรือความผิดที่ไม่มีเหยื่ออาชญากรรม (Victimless Crimes) ได้แก่การเสพยาเสพติด การค้าประเวณี การทำแท้ง ความผิดเกี่ยวกับวัตถุลามกอนาจาร การพนัน เป็นต้น[225]

2. การเบี่ยงเบนผู้กระทำผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรม (Diversion) หมายถึงการดำเนินการที่นำผู้กระทำความผิดออกนอกระบบกระบวนการยุติธรรมอย่างเป็นทางการและนำบุคคลเหล่านี้เข้าสู่ระบบการปรับปรุงแก้ไขเพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำผิดถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้กระทำความผิด เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและทำให้ผู้กระทำความผิดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ เช่นการว่ากล่าวตักเตือน การเจรจาไกล่เกลี่ย การยอมความ การปรับ การรอลงอาญา การต่อรองข้อหา เป็นต้น[226]

---

[224] อุทัย อาทิเวช, *เรื่องเดิม*, หน้า 190-200.

[225] พรชัย ขันตี และคณะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 295-296.

[226] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 296.

3. การลงโทษโดยหลีกเลี่ยงการจำคุกหรือกักขัง ทฤษฎีตีตราได้เสนอแนวทางการลงโทษจำคุกหรือกักขังจะทำให้ผู้กระทำความผิดพัฒนาสามัญสำนึกว่าเป็นอาชญากรร้ายแรงและไม่มีทางกลับตัวได้จึงมีแนวทางการลงโทษที่ทำให้ผู้กระทำความผิดเกิดความรู้สึกถูกประณามน้อยที่สุด เช่นลงโทษผู้กระทำความผิดให้ถูกกักขังนอกเรือนจำ เช่นสถานที่พิเศษ บ้านพักของผู้กระทำความผิด หรือในชุมชนที่จัดเป็นที่เฉพาะเป็นต้น แนวทางการลงโทษแบบนี้ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของกระบวนการยุติธรรมและลดปริมาณผู้ต้องขังในเรือนจำอีกด้วย

4. กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice) เป็นกระบวนการยุติธรรมทางเลือกสำหรับความผิดที่ไม่รุนแรงหรือความผิดที่เกิดจากความประมาท หรือกระทำผิดโดยเด็กและเยาวชนโดยแสวงหาความสมดุลระหว่างการลงโทษผู้กระทำความผิดและผลประโยชน์ของสังคมและเหยื่ออาชญากรรม และมุ่งส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำความผิดกับเหยื่อและสังคมให้กลับคืนสู่สภาพปกติ เหยื่อได้รับการชดใช้และทดแทนค่าเสียหาย ผู้กระทำความผิดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลับมาใช้ชีวิตปกติและในที่สุดสังคมก็เกิดความสงบสุขขึ้น[227]

3) กระบวนการยุติธรรมทางเลือก (Diversion) การใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกโดยการเบี่ยงเบนคดีออกจากศาลเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีตีตรา[228]

(1) ความหมายกระบวนการยุติธรรมทางเลือก คือ กระบวนการหรือมาตรการที่ใช้สำหรับแสวงหาความยุติธรรมที่มีรูปแบบการปฏิบัตินอกเหนือจากกระบวนยุติธรรมกระแสหลักซึ่งหากมองในบริบทของคดีอาญาแล้วจึงมิใช่วิธีการฟ้องร้องต่อศาลเพื่อนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษตามระบบการดำเนินคดีอาญาอย่างเป็นทางการทั่วไปเพียงอย่างเดียวแต่อาจจะให้ผู้เสียหาย ผู้กระทำความผิดและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดโทษหรือหามาตรการที่เหมาะสมอื่นมาเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นเพื่อสร้างความยุติธรรมตามทัศนคติของผู้เสียหาย ผู้กระทำความผิดชุมชนโดยกระบวนการหรือมาตรการเหล่านี้ต้องสามารถนำมาให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ตลอดจนคู่ความและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้เลือกใช้ปฏิบัติกล่าวคือมีกระบวนการหลักที่ใช้สำหรับคดีทั่วไปแต่หากคดีใดเข้าหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนดก็สามารถนำเอากระบวนการหรือมาตรการอื่นที่เหมาะสมมาใช้ในการแสวงหาความยุติธรรมนั้น

(2) ประเภทความผิดที่สามารถนำกระบวนการยุติธรรมทางเลือกได้แก่ ความผิดอันยอมความได้ ความผิดที่อยู่ในอำนาจศาลเยาวชนและครอบครัว ความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้กระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 ความผิดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 และความผิดเล็กน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงการจำคุกระยะสั้น เป็นต้น

(3) เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องนำกระบวนการยุติธรรมทางเลือกในคดีอาญา

---

[227] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 298.

[228] อุทัย อาทิเวช, *เรื่องเดิม*, หน้า 205.

(3.1) การใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม องค์การสหประชาชาติ (Office on Drugs and Crime United Nations) กล่าวถึงเหตุผลความจำเป็นดังนี้

(3.1.1) ลดความแออัดของผู้ต้องขังในเรือนจำ

(3.1.2) เกิดการทบทวนอาชญากรรมของลักษณะพฤติกรรมการกระทำความผิดตามกฎหมายและความเหมาะสม กระบวนการยุติธรรมทางเลือกจะเป็นช่องทางให้เกิดการทบทวนอาชญากรรมของลักษณะพฤติกรรมการกระทำความผิดตามกฎหมายและความเหมาะสมของวิธีการที่กระบวนการยุติธรรมหลักใช้จัดการกับการกระทำความผิดดังกล่าว ประเทศที่นำมาตรการทางเลือกไปใช้เพียงลำพังมักจะไม่ได้ผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยต่อจำนวนการลดผู้ต้องขังในเรือนจำ ดังนั้นเพื่อที่จะลดจำนวนผู้ต้องขังให้ได้ผลจึงควรมีการปฏิรูปการกำหนดว่าการกระทำลักษณะใดเป็นความผิดตามกฎหมายและต้องปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติในการดำเนินกระบวนพิจารณาคดี ซึ่งได้แก่การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) สำหรับการกระทำบางลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งสังคมยอมรับต่อพฤติกรรมเหล่านั้นได้มากขึ้น การกำหนดให้ใช้โทษจำคุกระยะสั้นสำหรับความผิดบางลักษณะ รวมทั้งการใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุกอย่างกว้างขวางทั้งในขั้นตอนการพิจารณาคดีและการพักการลงโทษเมื่อต้องโทษ

(3.1.3) สอดคล้องกับกรอบทรรศนะในการฟื้นฟูสัมพันธภาพความสมานฉันท์และการบูรณาการตลอดจนการกลับคืนสู่สังคม

(3.1.4) รูปแบบใหม่ที่มุ่งลดภาระของรัฐและเพิ่มบทบาทของชุมชน

(3.1.5) กระบวนการยุติธรรมทางเลือกมุ่งจะส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนผู้กระทำความผิด

(3.2) การใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกของประเทศไทย กระบวนการยุติธรรมทางเลือกได้นำมาใช้เกี่ยวกับคดีแพ่งโดยศาลแพ่งเริ่มต้นนำเอาแนวคิดและหลักเกณฑ์ของศาลในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับกระบวนการระงับข้อพิพาทโดยทางอื่นนอกจากการพิจารณาคดีตามปกติมาประยุกต์ใช้เป็นครั้งแรก พ.ศ.2537 ต่อมาได้มีการออกระเบียบรับรองการปฏิบัติเรียกว่า ระเบียบศาลแพ่งว่าด้วยการไกล่เกลี่ยเพื่อยังให้เกิดการประนีประนอมยอมความ พ.ศ. 2537

2.3.1.3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดนั้น มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับแนวคิดในการแก้ไขปัญหายาเสพติด แนวคิดการทำให้ถูกกฎหมาย แนวคิดการลดการลงโทษจำคุก การหันเหคดี และแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ดังนี้[229]

1) แนวคิดการทำให้ถูกกฎหมาย (Legalization) หมายถึง การทำให้การกระทำผิดในคดียาเสพติดไม่ว่าจะเป็นการผลิต การจำหน่าย การครอบครอง หรือการเสพ กลายเป็นการกระทำที่ไม่ละเมิดกฎหมาย

---

[229] นันท์รพัช ไชยอัครพงษ์, *เรื่องเดิม,* หน้า 219.

2) แนวคิดการลดการลงโทษจำคุก (Depenalization) หมายถึง การลงโทษทางอาญาที่กีดกันการลงโทษจำคุก กล่าวคือ ผู้เสพ/ติดยาเสพติดยังคงมีความผิดตามกฎหมายอาญาแต่ไม่ต้องรับโทษจำคุกโดยนำวิธีการลงโทษแบบอื่นมาใช้แทน เช่น การปรับ การลงบันทึกประจำวันของตำรวจ หรือการคุมประพฤติ

3) การหันเหคดี (Diversion) หมายถึง มาตรการทางเลือกแทนวิธีการบังคับทางอาญาหรือการลงโทษจำคุกสำหรับบุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาหรือผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดในฐานความผิดเล็กน้อย[230] กล่าวคือ ผู้เสพ/ติดยาเสพติดยังคงมีความผิดตามกฎหมายอาญาแต่ไม่ต้องรับโทษจำคุกโดยนำวิธีการลงโทษแบบอื่นมาใช้แทน เช่น การปรับ การลงบันทึกประจำวันของตำรวจ หรือการคุมประพฤติ เป็นต้น

4) แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) หมายถึง นโยบาย มาตรการ หรือโครงการที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ อันเป็นผลมาจากการใช้ยาเสพติด โดยเน้นการให้บริการสาธารณสุข ลดผลกระทบทางลบที่จะเกิดจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายให้แก่ผู้ใช้ยาเสพติด

5) แนวคิดเกี่ยวกับอาชญากรรม ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่ทางสังคมซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาชญากรรม ในทางสังคมวิทยาได้อธิบายสาเหตุของการเสพยาเสพติดคือความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์และความเชื่อที่ว่ายาเสพติดจะสามารถปลดเปลื้องทุกข์ดังกล่าวได้[231] สำหรับในทางการแพทย์ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเสพยาเสพติดว่าเกิดจากบุคลิกภาพผิดปกติประกอบกับต้องการหนีจากทุกข์ซึ่งถือว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับผู้ติดสุรา บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมประกอบด้วย เหยื่ออาชญากรรม และ อาชญากร ดังนี้

(1) เหยื่ออาชญากรรม หมายถึง บุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการก่ออาชญากรรมของผู้กระทำความผิดไม่ว่าจะเป็นความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน รวมทั้งเสรีภาพหรือสิทธิ์อื่นใดซึ่งผู้เสียหายอาจเกิดจากการกระทำความผิดของตนเอง เช่น ยาเสพติด การพนัน การทำแท้ง เป็นต้น[232] เนื่องจากเหยื่ออาชญากรรมมีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดอาชญากรรมขึ้นได้โดย สตีเว่น ชาฟเฟอร์ (Schafer) ได้จำแนกเหยื่ออาชญากรรมจากการพิจารณาความรับผิดชอบของเหยื่อเป็นสำคัญ ดังนี้[233]

---

[230] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, **วิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย (Public Health Approach to Drug Use in Asia) หลักการและการปฏิบัติในการทำให้ไม่เป็นความผิด (Principle and Practices for Decriminalization)** (กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2559), หน้า 35.

[231] สง่า ลีนะสมิต, **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยาพิสดาร** (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2513), หน้า 148.

[232] อัจฉรียา ชูตินันทน์, **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2561), หน้า 90.

[233] Stephen Schafer, **Victimology: The Victim and His Criminal** (Reston, VA.: Reston, 1997), pp. 45-47.

(1.1) เหยื่ออาชญากรรมที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาชญากร กล่าวคือเป็นเพียงผู้รับเคราะห์จากอาชญากรเท่านั้น

(1.2) ผู้เป็นเหยื่อของตนเอง หรือที่เรียกว่าอาชญากรที่ปราศจากเหยื่อ โดยเหยื่อประเภทนี้ต้องรับผิดชอบต่อผลของการกระทำผิดของตนเอง เช่น ผู้ติดยาเสพติด นักการพนัน เป็นต้น

(1.3) เหยื่อที่กระตุ้นให้เกิดอาชญากรรม คือเหยื่อที่ได้กระทำบางอย่างอันเป็นการขัดใจอาชญากรกระตุ้นให้อาชญากรทำร้ายเหยื่อจึงถือได้ว่าเหยื่อเป็นผู้ลงมือกระทำก่อน เช่นการกระทำผิดสัญญา การดูหมิ่น เป็นต้น

(1.4) เหยื่อที่จูงใจให้เกิดอาชญากรรม เกิดจากการกระทำของเหยื่อที่ส่งเสริม ล่อใจให้อาชญากรประกอบอาชญากรรม เช่น การเดินในที่เปลี่ยวอาจก่อให้เกิดการชิงทรัพย์หรือความผิดทางเพศ เป็นต้น

(1.5) เหยื่อที่มีความอ่อนแอในทางชีวภาพ ซึ่งเหยื่อมีความอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ง่ายต่อการตกเป็นเหยื่อของอาชญากร เช่น เด็ก คนชรา และผู้หญิง เป็นต้น

(1.6) เหยื่อที่มีความอ่อนแอในทางสังคม เช่น ชนกลุ่มน้อยซึ่งยังไม่รับการยอมรับจากสมาชิกของสังคมและถูกเอารัดเอาเปรียบจากอาชญากรได้

(1.7) เหยื่อการเมือง คือบุคคลที่เป็นคู่แข่งทางการเมืองในการรณรงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งตำแหน่งที่มีอำนาจในทางการเมืองแล้วถูกฝ่ายที่มีอำนาจเจาะจงว่าเป็นผู้กระทำความผิดหรือเป็นอาชญากรโดยใช้กฎหมายอาญาที่มีอยู่กล่าวหาว่ากระทำผิดกฎหมาย

ดังนั้นผู้เสพยาเสพติดจึงเป็นการกระทำผิดโดยตนเองหรือเป็นอาชญากรรมที่ปราศจากเหยื่อ (Self-Victimizing Victims)

(2) อาชญากร แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

(2.1) อาชญากรอาชีพ คือ อาชญากรที่เลี้ยงชีพด้วยการประกอบอาชญากรรม เหตุจูงใจคือการอยากได้เงินและมักอยู่ในสังคมที่มีความเจริญเพื่อหาช่องทางในการประกอบอาชญากรรมได้มากขึ้น

(2.2) องค์กรอาชญากร คือ อาชญากรรมที่มีลักษณะการดำเนินงานที่มีแบบแผน การประกอบอาชญากรรมประเภทนี้มักทำความเสียหายให้แก่สังคมและเศรษฐกิจอย่างร้ายแรง ปัจจัยที่สนับสนุนกลุ่มอาชญากรประเภทนี้มี 2 ประการ คือ ประการแรกคือปัจจัยทางด้านการเงิน กล่าวคือมีอำนาจในทางการเงินสูงและมีความสามารถในการจ้างอาชญากรฝีมือมาทำงาน มีเครื่องมือในการประกอบอาชญากรรมที่ทันสมัยและจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อให้ได้ทำงานโดยเสรีและจัดงบประมาณเพื่อให้สินบนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเฉพาะราย ประการที่สอง คือปัจจัยทางการเมือง อาชญากรกลุ่มนี้จะเข้ามาสนับสนุนนักการเมือง เช่น สินบน หุ้น ช่วยในการหาเสียง เป็นต้นเพื่อให้ได้มาซึ่งอภิสิทธิ์บางอย่างและได้รับผลประโยชน์ตอบแทนจากนักการเมือง องค์กรอาชญากรรมมีลักษณะสำคัญดังนี้

(2.2.1) การร่วมกันกระทำความผิดโดยมีการบริหารงานของกลุ่มอาชญากรเป็นลำดับขั้นตอน

(2.2.2) การวางแผนเพื่อกระทำความผิด วางแผนทางหนีทีไล่หากถูกจับกุมตลอดจนการยักย้ายจำหน่ายทรัพย์สิน

(2.2.3) การแบ่งหน้าที่การทำ ประกอบด้วย ฝ่ายหัวหน้างาน ฝ่ายสั่งงานและฝ่ายปฏิบัติงาน

ตัวอย่างของอาชญากรที่เกิดขึ้นจากองค์กรอาชญากรรม เช่น การค้าของเถื่อน การค้ายาเสพติด การเปิดบ่อนการพนัน แก๊งมาเฟีย เป็นต้น

(2.3) อาญากรคอปกขาวหรืออาชญากรผู้ดี คือ อาชญากรจะกระทำความผิดโดยอาศัยอิทธิพลที่มีอยู่ในการประกอบอาชีพโดยเป็นการกระทำความผิดต่อความไว้วางใจ จะใช้ความรู้ ความสามารถ หรือแสวงหาประโยชน์จากวิชาชีพ กล่าวคือหน้าฉากเป็นคนดีแต่มีฉากหลังประกอบทุจริตคอร์รัปชั่น โดยซัทเธอร์แลนด์ (Sutherland) ให้ความหมายของอาชญากรประเภทนี้ว่า การกระทำความผิดกฎหมายอาญาโดยบุคคลชั้นสูงของสังคมและกระทำความผิดในกิจการที่ตนมีอิทธิพลอยู่และอาชญากรรมประเภทนี้กระทำความผิดต่อความไว้วางใจและมักกระทำความผิดในลักษณะหลอกลวงหักหลัง[234] ตัวอย่างอาชญากรรมประเภทนี้ เช่น ข้าราชการคอรัปชั่น การโกงภาษี การขายสินค้าควบคุมในตลาดมืด เป็นต้น

(2.4) อาชญากรติดนิสัย คือ อาชญากรที่กระทำความผิดซ้ำไม่เข็ดหลาบและมักจะมีสิ่งผลักดันให้กลายเป็นอาชญากรติดนิสัย เช่นเริ่มต้นจากความจำเป็นบีบบังคับให้กระทำตั้งแต่วัยเด็กเมื่อกระทำผิดหลายครั้งก็จะเกิดความเคยชิน ตัวอย่างของอาชญากรติดนิสัย เช่น ฉ้อโกง การลักเล็กขโมยน้อย เป็นต้น

(2.5) อาชญากรครั้งคราว คือ อาชญากรที่กระทำความผิดเป็นครั้งคราวไม่ใช่อาชญากรโดยสันดานโดยกระทำความผิดแบบไม่ได้เจตนา เช่น การกระทำความผิดโดยประมาทเลินเล่อ การกระทำผิดเพราะจำเป็น การกระทำความผิดเพื่อป้องกันชื่อเสียงของตนเอง บันดาลโทสะ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น อาชญากรรมการเมือง ความผิดต่อชีวิต เช่น ฆ่าเพราะความหึงหวงในเรื่องชู้สาว ความผิดต่อร่างกาย

ดังนั้นจากการแบ่งประเภทของอาชญากรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้เสพยาเสพติดมิใช่อาชญากรแต่เป็นเหยื่อซึ่งต้องรับผิดชอบต่อผลของการกระทำผิดของตนเอง

กล่าวโดยสรุป รัฐออกกฎหมายกำหนดให้การกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นอาชญากรรมที่มีความผิดและกำหนดโทษไว้ (Mala Prohibita) ซึ่งคดียาเสพติดไม่ได้เป็นอาชญากรรมในตัวเอง (Mala Inse) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีวิธีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในความผิดบางประเภท เช่น การกระทำความผิดอันเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจะต้องถูกดำเนินคดีและรับโทษทางอาญาแต่สำหรับกรณีครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพส่วนตัวถือว่าเป็นความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษทางอาญาซึ่งรัฐอาจเลือกใช้วิธีการอื่นในการลงโทษพฤติกรรมนั้นโดยการลดโทษ/ไม่ลงโทษจำคุก (Depenalization) หรือการหันเหคดี (Diversion) เพื่อหลีกเลี่ยงการลงโทษตามกระบวนการยุติธรรม หรือเลือกมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้เสพ/ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดและรับทราบถึงการใช้ยาเสพติดอย่างถูก

---

[234] อัจฉรียา ชูตินันทน์, *เรื่องเดิม*, หน้า 90.

วิธีที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและสังคม ซึ่งวิธีต่างๆที่ได้กล่าวมานั้นรัฐมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากคดียาเสพติด เช่นการตีตราว่าผู้เสพเป็นอาชญากรและสามารถคืนคนดีให้กลับสู่สังคม และลดภาระเรื่องนักโทษล้นเรือนจำเป็นต้น

2.3.1.4 ที่มาของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมเป็นการกระทำบางอย่างที่เป็นอาชญากรรมถือว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญา แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายอาญาและความผิดอาญาจึงเกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายอาญา กฎหมายอาญาคือบรรดากฎหมายทั้งหลายที่ระบุถึงความผิดอาญา โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่นและเป็นกฎหมายที่กำหนดให้ความรับผิดอาญาเป็นเงื่อนไขของการใช้โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัย และมาตรการบังคับทางอาญาอื่นนั้น[235]กฎหมายอาญามีลักษณะสำคัญที่แตกต่างจากข้อบังคับอื่นคือ กฎหมายอาญาเป็นข้องบังคับของรัฐ, กฎหมายอาญาเป็นข้อบังคับที่แน่นอน, เป็นบทบัญญัติที่มีบทลงโทษและใช้บังคับแก่บุคคลทุกคน[236]

2.3.1.5 การนำการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ของนโยบายเกี่ยวกับฝิ่น กล่าวคือ ตามประวัติศาสตร์ประเทศไทยเคยประกาศใช้กฎหมายลักษณะโจรในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1ได้บัญญัติการห้ามซื้อขาย เสพฝิ่น อย่างไรก็ตามแม้การเสพฝิ่นจะผิดกฎหมายแต่ยังมีการลักลอบการขายฝิ่นตามหัวเมืองและเมืองขึ้น ดังนั้นฝิ่นจึงเป็นปัญหายาเสพติดตลอดสมัยกรุงศรีอยุธยา

ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงห้ามปรามผู้ขาย ผู้สูบฝิ่นแต่ยังไม่เป็นผล ต่อมาในสมัยสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงตราพระราชกำหนดให้โทษสูงขึ้นทั้งผู้เสพและผู้ขายฝิ่น ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นช่วงที่ชาวจีนเข้ามาในประเทศไทยและลักลอบนำฝิ่นเข้ามาด้วยจนเป็นเหตุให้ฝิ่นระบาดเพิ่มมากขึ้น ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นว่าการปราบปรามไม่สามารถขจัดปัญหาการสูบและขายฝิ่นได้และก่อให้เกิดความวุ่นวายขึ้นจึงทรงเปลี่ยนนโยบายยาเสพติดใหม่ด้วยการยอมให้คนจีนเสพและขายฝิ่นได้ตามกฎหมายโดยใช้มาตรการเสียภาษี ตลอดจนเปิดโรงสูบฝิ่นซึ่งเน้นให้บริการแก่ชาวจีนและพยายามห้ามคนไทยมิให้เสพฝิ่น แต่ก็ไม่ได้ผลเนื่องจากคนไทยลักลอบเสพฝิ่นเช่นเดียวกับชาวจีนได้เช่นเดิม จนกระทั่งสมัยคณะปฏิวัติโดยจอมพลสฤษฎ์ ธนะรัชต์ ได้ออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 ให้เลิกการเสพฝิ่นและจำหน่ายฝิ่นทั่วราชอาณาจักร นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาการเสพและจำหน่ายฝิ่นจึงถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายและให้ผู้ติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู อย่างไรก็ตามปัญหายาเสพติดก็มิได้ลดลงโดยผู้ผลิตเปลี่ยนวิธีการจำหน่ายด้วย

---

[235] คณิต ณ นคร, **กฎหมายอาญาทั่วไป**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2551), หน้า 32-33.

[236] ประธาน วัฒนวาณิชย์, **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาชญาวิทยา** (กรุงเทพมหานคร: ประกายพรึก, 2546), หน้า 51-53.

วิธีการทางเคมีเปลี่ยนรูปเป็นเฮโรอีนและมอร์ฟีนซึ่งมีฤทธิ์ร้ายแรงกว่าฝิ่น และในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2502 พบการระบาดของสารดังกล่าวในประเทศไทย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายการปราบปรามยาเสพติดตามแนวคิดการห้ามปรามยาเสพติดตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาถึงตอนต้นกรุงรัตนโกสินทร์ในสมัยรัชกาลที่ 3 และสมัยจอมพลสฤษฎิ์ ธนะรัชต์ โดยใช้แนวคิดแบบ Zero Tolerance เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแต่ก็มิได้ผลดีแต่อย่างใด ยังมีการลอบผลิต จำหน่ายและเสพยาเสพติดเช่นเดิม อย่างไรก็ตามในสมัยรัชกาล 4 ได้นำหลักการทำให้ฝิ่นถูกกฎหมาย (Legalization) มาบังคับใช้โดยอนุญาตให้มีผู้ประมูลนำฝิ่นเข้ามาจากต่างประเทศและเปิดโรงสูบฝิ่นให้แก่ชาวจีนและเก็บภาษีฝิ่น ถึงแม้ว่าภาครัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการเก็บภาษีแต่ก็ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของประชาชน เนื่องจากพบว่าคนไทยติดฝิ่นมากขึ้น

ตามที่ประเทศไทยเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายการควบคุมและปราบปรามยาเสพติดอย่างสุดโต่ง คือ การประกาศสงครามยาเสพติดโดยการใช้แนวคิด Zero Tolerance และหลักการทำให้ถูกกฎหมาย คือ Legalization ซึ่งยังมิใช่แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้ผลดีดังนั้นการที่ประเทศไทยกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและภาคประชาชนมีการเรียกร้องให้ภาครัฐเปิดเสรีในการใช้กัญชาให้กลับมาใช้ประโยชน์จากกัญชาได้โดยเสรีจึงอาจมิใช่ทางออกของปัญหาที่แท้จริง ประกอบกับปัจจุบันในต่างประเทศมีการนำแนวคิดและนโยบายว่าด้วยยาเสพติดที่เป็นทางเลือกอื่น เช่น แนวคิดยุติธรรมทางเลือกหรือการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Alternative Justice หรือ Restonative Justice) และการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) มาปรับใช้เพื่อให้บุคคลที่กระทำผิดไม่ร้ายแรงมีโอกาสกลับตัวและไม่ต้องถูกดำเนินคดีอาญาหรือถูกจำคุกเพื่อลดจำนวนคดีขึ้นสู่ศาลและแก้ไขปัญหานักโทษล้นคุก จนกระทั่งปัจจุบันมีแนวคิดลดทอนความผิดทางอาญาของยาเสพติด (Decriminalization) ซึ่งถือเป็นทางสายกลางระหว่างการห้ามปราม (Prohibition) และการให้ใช้ยาเสพติดอย่างเสรี (Legalization) เนื่องจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจะช่วยส่งเสริมให้กระบวนยุติธรรมทางเลือกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในประเทศไทยได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาใช้ในความผิดตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติดยาเสพติดและผู้เสพยาเสพติด ความผิดตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 19 โดยบัญญัติไว้ว่า“ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง”[237] ต่อมาได้ออกกฎกระทรวงที่ออกตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้กำหนดกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภทและปริมาณของยาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การกำหนดลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติดในความผิดฐานเสพ ได้แก่ ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 เฮโรอีน เมทแอมเฟตามีนแอมเฟตามีน ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ได้แก่ โคคาอีนและฝิ่น และยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่กัญชา

[237] พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

2) การกำหนดลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติด ในความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครอง ความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับกัญชา มีดังต่อไปนี้

3) ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 คือ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม

กล่าวโดยสรุปหลักการของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยอมรับหลักการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนยุติธรรมทางเลือกมาใช้ควบคู่กับการนำแนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรม กล่าวคือนำหลักการที่ว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรและผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรา 19 โดยการขยายขอบเขตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้เสพและมีไว้ในความครอบครองยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย ผู้เสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย ผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยและการนำหลักการชะลอฟ้องมาใช้เพื่อให้มาตรการแทนการดำเนินคดีอาญา (Diversion) มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาปรับใช้ในคดียาเสพติดโดยดำเนินการควบคู่กับหลักการยุติธรรมทางเลือกอื่น

2.3.1.6 วัตถุประสงค์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพ/ติดยาเสพติดเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการบำบัดโดยสมัครใจ และเพื่อความคล่องตัวในการบริหารงานยุติธรรมทางอาญาด้านคดียาเสพติด วัตถุประสงค์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้[238]

1) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพ/ติดยาเสพติดจากอาชญากรมาเป็นผู้ป่วยหรือเป็นการลดการตีตราจากสังคมทำให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา เนื่องจากความผิดฐานเสพยาเสพติดเป็นลักษณะที่กฎหมายกำหนดให้เป็นความผิด (Mala Prohibita) ในบางสังคมยอมรับในการเสพยาเสพติดโดยการรับรองของกฎหมายแต่ในบางสังคมการเสพยาเสพติดเป็นพฤติกรรมที่ละเมิดกฎหมายตามที่รัฐและสังคมกำหนดขึ้น โดยการเสพยาเสพติดถือเป็นอาชญากรรมต่อมาตรฐานทางศีลธรรมและละเมิดบรรทัดฐานอันดีงามของสังคม รัฐจึงอ้างสิทธิออกกฎหมายมากำกับว่าการเสพยาเสพติดเป็นการกระทำที่ละเมิดกฎหมายเพื่อคุ้มครองและรักษาศีลธรรมอันดีงามของประชาชน อย่างไรก็ตามการเสพยาเสพติดจัดว่าเป็นอาชญากรรมที่ปราศจากผู้เสียหาย (Victimless Crime) เนื่องจากผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดสมัครใจที่จะกระทำผิดโดยรู้ว่าเป็นการกระทำผิดกฎหมายและส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจแต่ก็ยังเลือกปฏิบัติ ผู้เสพติดยาเสพติดจึงต้องรับผิดชอบผลจากการกระทำของตนเอง ผลจากการตรากฎหมายไว้ว่ายาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ผู้กระทำความผิดต้องได้รับการลงโทษตามกฎหมายและการลงโทษตามกฎหมายนั้นเท่ากับถูกตีตราจากสังคมไปโดยปริยาย ส่งผลให้ผู้เสพ/ติดยาเสพติดที่เป็นคนป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงถูกเหมารวมว่าเป็นอาชญากรเช่นเดียวกับผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้นำเข้า-ส่งออกที่ต้องรับโทษตาม

---

[238] นันท์รพัช ไชยอัครพงษ์, *เรื่องเดิม*, หน้า 219.

กฎหมายถูกกีดกันออกจากสังคม ดังนั้น การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดจึงมีส่วนอย่างมากในการปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้เสพ/ติดยาเสพติด และสังคมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มคนเหล่านั้นเข้ารับการบำบัดรักษาให้หายขาดจากอาการติดยาเสพติดด้วยการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

2) เพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวเนื่องจากการใช้ยาเสพติดเนื่องจากส่งเสริมให้ผู้เสพ/ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจมากขึ้นและหากใช้ควบคู่กับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) คือ การให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาเสพติดอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการเสพยาเสพติดจะทำให้สังคมสามารถอยู่ร่วมกับผู้เสพได้อย่างปกติ

3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการบำบัดโดยสมัครใจหากผู้เสพ/ติดยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดจะสามารถลด ละ เลิกจากการเสพยาเสพติดได้ง่าย โอกาสหวนกลับไปเสพอีกจึงมีน้อยกว่าผู้ที่ถูกบังคับบำบัด ฉะนั้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพ/ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจจึงจำเป็นต้องมีนโยบายหรือมาตรการทางเลือกมารองรับซึ่งการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างความมั่นใจว่าสังคมมิได้ต้องการตราหน้าหรือทอดทิ้งโดยการผลักดันเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

4) เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารงานยุติธรรมทางอาญาด้านคดียาเสพติด การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดจะมีประโยชน์ในกรณีการดำเนินการต่อผู้เสพ/ติดยาเสพติดบางรายที่มีพฤติกรรมที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้โดยไม่ต้องถูกจำคุก หากสามารถกันกลุ่มผู้เสพ/ติดยาเสพติดออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาได้ งบประมาณและค่าใช้จ่ายที่จะต้องนำมาดำเนินการต่อกลุ่มผู้เสพ/ติดยาเสพติดภายในเรือนจำจะสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการจับกุมผู้ผลิต ผู้ค้ารายใหญ่ ที่ถือเป็นอาชญากรสำคัญมาลงโทษ

2.3.1.7 หลักการลดทอนอาชญากรรมในต่างประเทศ

สถานการณ์ในปัจจุบันมีการสนับสนุนนโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังเช่นในปี ค.ศ. 2013 ผู้อำนวยการบริหารของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรรม (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) กล่าวว่าไม่ควรปฏิบัติกับผู้เสพยาเสพติดในฐานะอาชญากร

ในปี ค.ศ.2015 ผู้แทนระดับภูมิภาคสำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมเรียกร้องให้เปลี่ยนจากวิธีการที่เน้นวิธีการบังคับไปเป็นวิธีการที่เน้นสุขภาพในการจัดการกับการเสพและการติดยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board, INCB) ได้เน้นความจำเป็นต้องมีวิธีการที่ไม่ลงโทษการเสพยาเสพติดและทำให้อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติกระจ่างขึ้นเมื่อประธานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ประกาศเมื่อปี ค.ศ.2015 ว่า “สนธิสัญญาไม่ได้กำหนดให้มีการคุมขังผู้เสพยาเสพติดแต่ให้ทางเลือกอื่นแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษผู้ที่ได้รับผลจากการใช้ยาเสพติดโดยมิชอบมากกว่าซึ่งรวมถึงการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากบริบาล การฟื้นฟูและการกลับเข้าสู่สังคม การที่บางประเทศได้เลือกการคุมขังมากกว่าการรักษาถือเป็นการที่รัฐบาลปฏิเสธความยืดหยุ่นที่สนธิสัญญาบัญญัติไว้”

ในปี ค.ศ.2014 คณะกรรมาธิการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติด (Global Commission on Drug Policy) แนะนำการทำให้การเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพ

ส่วนบุคคลไม่เป็นความผิดด้วยร่วมกับการจัดหามาตรการลดอันตรายและมาตรการรักษาให้แก่ผู้ติดยาเสพติด

กฎหมายระหว่างประเทศที่กำหนดนโยบายของยาเสพติดของโลกทั้ง 3 ฉบับ[239] แสดงถึงความเข้าใจผิดในบรรดาผู้วางนโยบายยาเสพติดว่าการเสพยาเสพติดและการมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดอาญาซึ่งอันที่จริงแล้วอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติไม่มีพันธกรณีที่จำเพาะเจาะจงให้การเสพยาเสพติดในตัวเองเป็นความผิด สนธิสัญญาไม่ได้ผูกมัดให้ประเทศกำหนดการลงโทษใดทั้งในทางอาญาหรือทางปกครองฐานเสพยาเสพติดแต่อย่างใด[240]

สำหรับการปฏิรูปกฎหมายโดยใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในบางประเทศมีการลดโทษทางอาญาที่ต้องมีการจำคุกแต่ยังมีการลงโทษเชิงบริหารโดยการส่งไปบำบัดรักษาและการให้คำแนะนำ สำหรับในประเทศแถบยุโรปนำหลักการนี้มาใช้โดยคำนึงถึงเจตนาของการครอบครองมากกว่าปริมาณที่ครอบครองเพื่อตัดสินว่าเป็นการครอบครองเพื่อเสพหรือเพื่อจำหน่าย ในบางประเทศกำหนดปริมาณการครอบครองให้อยู่ในดุลพินิจของผู้มีอำนาจตัดสินแต่ไม่มีประเทศใดเลยที่กำหนดเกณฑ์ในเรื่องปริมาณเพียงอย่างเดียวตัวอย่างการนำหลักการนี้ไปใช้ในต่างประเทศ เช่น ใน ค.ศ.2001 ประเทศโปรตุเกสนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในกรณีการครอบครองเพื่อการเสพยาเสพติด กล่าวคือการเปลี่ยนการลงโทษทางอาญาเป็นวิธีการปรับและการลงโทษเชิงบริหาร ทำให้เกิดผลคือนำไปสู่การลดลงของจำนวนนักโทษที่ถูกตัดสินในคดียาเสพติดและจำนวนนักโทษในเรือนจำ อัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดลดลงร้อยละ 60และมีการใช้เฮโรอีนลดลงโดยผู้ใช้เฮโรอีนพยายามเข้ารับการบำบัดรักษา ในปัจจุบันโปรตุเกสยังคงมีอัตราการใช้กัญชาและโคเคนโดยเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศอื่นในสหภาพยุโรป รัฐบาลโปรตุเกสมีความเชื่อว่าการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมีประสิทธิภาพมากในการบริหารจัดการปัญหายาเสพติด อย่างไรก็ตามแม้ว่าประเทศโปรตุเกสได้เปลี่ยนแปลงกฎหมายโดยทำให้มีการยาเสพติดไว้ในความครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัวไม่เป็นอาชญากรรมแต่ผู้เสพจะต้องรายงานตัวกับคณะผู้เชี่ยวชาญที่สามารถสั่งการให้ส่งตัวไปบำบัดได้ ดังนั้นการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจึงมิใช่การทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Drug Legalization) เนื่องจากการค้ายาเสพติดยังคงผิดกฎหมายเช่นเดิม

ในปี ค.ศ.1994 ประเทศโคลัมเบียมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยผู้ครอบครองเพื่อเสพเป็นการส่วนตัวจะไม่ถูกดำเนินคดีอาญา แต่ในเดือนธันวาคม ค.ศ.2009 รัฐสภา

---

[239] ประกอบด้วย อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1960 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972, อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971, อนุสัญญาเดี่ยวต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.1988

[240] **Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988,** p. 82, Retrieved October 20, 2016 from https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drugconvention/ Commentary on the_united_nations_con-vention_1988_E.pdf อ้างถึงใน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, *เรื่องเดิม,* หน้า 49.

โคลัมเบียได้แก้ไขรัฐธรรมนูญเพื่อห้ามการใช้และครอบครองยาเสพติดไม่ว่าในกรณีใดแต่ผู้กระทำความผิดจะถูกลงโทษในเชิงบริหารเท่านั้น

ในปี ค.ศ.2006 ประเทศบราซิลมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมบางส่วนโดยการเปลี่ยนแปลงกฎหมายซึ่งกระทรวงยุติธรรมของบราซิลได้ดำเนินการปฏิรูปกฎหมายซึ่งมีการอธิบายข้อเสนอในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในกรณีการเสพส่วนตัวและมีการลดบทลงโทษให้แก่ผู้ค้ารายย่อย

ในปี ค.ศ.2008 ประเทศเอกวาดอร์ ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ระบุไว้ว่าผู้ที่ใช้ยาเสพติดไม่ว่ากรณีใดก็ตามจะไม่ถูกลงโทษในทางอาญาโดยถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิทางรัฐธรรมนูญ ดังนั้นจึงนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาปฏิรูปกฎหมายในกรณีความผิดฐานครอบครองยาเสพติด

ในปี ค.ศ.2009 ประเทศอาร์เจนติน่า ศาลฎีกากำหนดให้บทลงโทษในความผิดฐานเสพยาเสพติดเป็นเรื่องที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ การปฏิรูปกฎหมายมีข้อเสนอการลดทอนความเป็นอาชญากรรมแต่ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ปริมาณขั้นต่ำเช่นเดียวกับประเทศเม็กซิโก

ในประเทศสหรัฐอเมริกา การบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลางยังมุ่งเน้นการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด แต่ในระดับมลรัฐได้เริ่มใช้หลักการลดทอนความผิดในคดียาเสพติด เช่น ใน ค.ศ.2012 มลรัฐโคโรราโดและวอชิงตันได้ลงมติเพื่ออนุญาตให้ประชาชนของรัฐสามารถจำหน่าย/เสพกัญชาเพื่อการสันทนาการ/ผ่อนคลาย (Recreation Use) ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขของการอนุญาตกับประชาชนของรัฐที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปซึ่งสามารถครอบครองกัญชาได้ไม่เกินคนละ 28.5 กรัม ขณะเดียวกันอนุญาตให้ร้านค้าที่ได้ใบรับรองจากรัฐสามารถจำหน่ายกัญชาโดยวิธีการจัดเก็บภาษี

2.3.1.8 สรุปแนวคิดการลดทอนอาชญากรรม

อาชญากรรมคือการกระทำหรืองดเว้นการกระทำอันเป็นการละเมิดต่อกฎหมายหรือกฎหมายที่มีโทษทางอาญาที่บัญญัติโดยรัฐเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมซึ่งอาชญากรรมจะมีความแตกต่างกันออกไปตามกฎหมายในแต่ละยุคสมัยดังนั้นสิ่งที่เป็นอาชญากรรมในสังคมหนึ่งแต่อาจจะไม่เป็นอาชญากรรมในอีกสังคมหนึ่ง เช่น การเสพกัญชาเป็นอาชญากรรมในประเทศไทยแต่ไม่เป็นอาชญากรรมในร้านกาแฟของประเทศเนเธอร์แลนด์และมลรัฐโคโลราโดของสหรัฐอเมริกาเป็นต้น

ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการก่ออาชญากรรม เช่น ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ (Economics Theories) มีรากฐานมาจากแนวคิดอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarian Philosophy) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีกระบวนการตัดสินใจในการประกอบอาชญากรรมอย่างมีเหตุผลโดยอาศัยหลักการที่ว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการมีกำไรมากที่สุดและขาดทุนน้อยที่สุดซึ่งประกอบด้วย 2 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีคิดก่อนการกระทำ (Rational Choice Theory) คือ การที่บุคคลได้คิดคำนวณถึงผลที่จะตามมาจากการประกอบอาชญากรรมแล้วไม่ว่าเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับ ความเป็นไปได้ที่จะถูกจับกุม อัตราโทษที่จะได้หากถูกจับกุมตลอดจนถึงหนทางเลือกอื่นที่ถูกกฎหมายและทฤษฎีปกตินิสัย (Routine Activity Theory) มีหลักการว่าอาชญากรรมเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการคือ อาชญากรที่จะกระทำความผิด เหยื่อที่เหมาะสมและการขาดสามารถในการปกป้อง

ทรัพย์สินหรือชีวิตร่างกายโดยมีสมมติฐานว่าอัตราการเป็นเหยื่ออาชญากรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีองค์ประกอบครบทั้งสามประการ ต่อมารัฐได้นำมากำหนดนโยบายสาธารณะที่เป็นรูปธรรมในปัจจุบัน คือการเพิ่มความรุนแรงของโทษทางอาญา, การป้องกันอาชญากรรมโดยการจัดสภาพแวดล้อม, การประกาศสงครามยาเสพติด, นโยบายการปราบปรามผู้มีอิทธิพล, ทฤษฎีตีตรา (Labeling Theory) เป็นต้น

ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการก่ออาชญากรรมและนำมาสู่แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม คือ ทฤษฎีกระจกเงา (Looking Glass Self and the Social Order) เกิดจากการตั้งสมมติฐานว่าบุคคลหนึ่งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อบุคคลอื่น ๆ ตามจินตนาการของเขาจากสายตาของบุคคลอื่นที่มองเขาว่าเป็นคนอย่างไร ต่อมาได้มีนักอาชญาวิทยาในสำนักของทฤษฎีตีตราได้นำทฤษฎีกระจกเงามาพัฒนาและทำให้เป็นที่แพร่หลายในการศึกษาอาชญาวิทยา การนำทฤษฎีตีตรากรณีกัญชาคือการกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดเป็นการจำแนกพฤติกรรมของผู้เสพกัญชาออกจากบุคคลทั่วไปในสังคมที่เคารพกฎหมายยาเสพติด โดยสังคมจะมองว่าผู้เสพกัญชาเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากข้อกำหนดหรือเป็นคนนอกคอกในสังคมซึ่งนักอาชญาวิทยาได้เสนอว่าทางออกในการควบคุมกัญชามิใช่การห้ามปรามหรือกำจัดกัญชาให้หมดสิ้นไปจากสังคมหากคือการควบคุมการใช้กัญชาให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม กล่าวโดยสรุปคือเมื่อใดที่บุคคลใดถูกตีตราแล้วสังคมจะมองบุคคลนั้นในบริบทของการเบี่ยงเบนเสมอและบุคคลนั้นจำต้องยอมรับสภาพเช่นนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดตัวตนของบุคคลนั้นและนำไปสู่การเบี่ยงเบนอย่างถาวรสืบไป

การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึงการลดทอนความผิดทางอาญาหรือบทลงโทษโดยรัฐซึ่งการลงโทษนั้นจะใช้วิธีการอื่นที่แทนลงโทษด้วยการจำคุกในความผิดที่ไม่ร้ายแรง หลักการนี้อยู่ระหว่างหลักการห้ามปรามมิให้กระทำ (Prohibition) กับหลักการทำให้ถูกต้องตามกฎหมาย (Legalization) ซึ่งแนวคิดนี้มีที่มาจากแนวคิดการทำให้ถูกกฎหมายโดยทำให้การกระทำผิดในคดียาเสพติดกลายเป็นการกระทำที่ไม่ละเมิดกฎหมายและแนวคิดการลดการลงโทษจำคุก (Depenalization) กล่าวคือ ผู้เสพ/ติดยาเสพติดยังคงมีความผิดแต่ลงโทษด้วยวิธีการอื่น เช่น การปรับ การลงบันทึกประจำวันของตำรวจ การคุมประพฤติ เช่น หลักการนี้มาใช้ปรับทัศนคติความผิดฐานเสพยาเสพติดว่าผู้กระทำผิดคือผู้ป่วยมิใช่อาชญากรกล่าวคือเมื่อใดที่บุคคลใดถูกตีตราว่าเป็นอาชญากรแล้วสังคมจะมองบุคคลนั้นในบริบทของการเบี่ยงเบนเสมอและบุคคลนั้นจำต้องยอมรับสภาพเช่นนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดตัวตนของบุคคลนั้นและนำไปสู่การเบี่ยงเบนอย่างถาวรซึ่งจะทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลายเป็นอาชญากรโดยถาวร

โดยทั่วไปการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดที่ได้ผลดีจะต้องใช้ควบคู่กับแนวคิดอื่นร่วมด้วย เช่นการหันเหคดี (Diversion) ออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในทุกขั้นตอนก่อนการจับกุม ระหว่างพิจารณาคดี และหลังการพิจารณาคดี และแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)[241] คือ นโยบายที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียต่อสุขภาพ

[241] เป็นนโยบายที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด โดยมุ่งเน้นการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบและป้องกัน

สังคม และเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากการใช้ยาเสพติดโดยเน้นการให้บริการสาธารณสุขโดยลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เช่น การให้ผู้ใช้สารเสพติดมารับการบำบัดหรือมารับการใช้ยาที่ถูกต้องในสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดของรัฐ (Public Health) ซึ่งทำให้การติดเชื้อ HIV จากการใช้เข็มฉีดยาลดลง เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด (Decriminalization) คือ เป็นแนวทางที่มุ่งหมายให้ทัศนคติต่อตัวผู้เสพ/ติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ป่วย มิใช่อาชญากร แต่การที่จะนำหลักการดังกล่าวมาใช้จะต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายมารองรับตามทฤษฎีตีตราที่ผู้เสพ/ติดยาเสพติดได้รับคือการที่สังคมมองว่าเป็นอาชญากรเนื่องจากการที่กฎหมายกำหนดไว้

สถานการณ์ในต่างประเทศมีการสนับสนุนนโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังเช่นในปี ค.ศ.2013 ผู้อำนวยการบริหารของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรรม (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) กล่าวว่าไม่ควรปฏิบัติกับผู้เสพยาเสพติดในฐานะอาชญากร ในปี ค.ศ.2015 ผู้แทนระดับภูมิภาคสำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม เรียกร้องให้เปลี่ยนจากวิธีการที่เน้นวิธีการบังคับไปเป็นวิธีการที่เน้นสุขภาพในการจัดการกับการเสพและการติดยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board: INCB) ได้เน้นความจำเป็นต้องมีวิธีการที่ไม่ลงโทษการเสพยาเสพติดและทำให้อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติกระจ่างขึ้นเมื่อประธานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ประกาศเมื่อปี ค.ศ.2015 ว่า “สนธิสัญญาไม่ได้กำหนดให้มีการคุมขังผู้เสพยาเสพติด แต่ให้ทางเลือกอื่นแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษผู้ที่ได้รับผลจากการใช้ยาเสพติดโดยมิชอบมากกว่าซึ่งรวมถึงการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากบริบาล การฟื้นฟูและการกลับเข้าสู่สังคม การที่บางประเทศได้เลือกการคุมขังมากกว่าการรักษาถือเป็นการที่รัฐบาลปฏิเสธความยืดหยุ่นที่สนธิสัญญาบัญญัติไว้”และในหลายประเทศได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมไปกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการลงโทษความผิดฐานเสพยาเสพติด เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก อาร์เจนติน่า โคลัมเบีย เป็นต้น

ในประเทศไทยได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาใช้ในความผิดตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติด/ผู้เสพยาเสพติดในกรณี การครอบครองกัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 และกำหนดกัญชาที่มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000มิลลิกรัมในความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครอง ความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติดในต่างประเทศเริ่มมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยถอดถอนบทลงโทษทางอาญาในความผิดฐานครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพส่วนบุคคล บางประเทศได้อนุญาตให้เสพกัญชาได้โดยมีเงื่อนไข เช่นมลรัฐโคโลราโดอนุญาตให้ประชาชน

อันตรายจากการใช้ยาเสพติด ประเทศที่ใช้หลักการนี้ เช่น เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย บราซิล สเปน สหรัฐอเมริกา เบลารุส เป็นต้น

ของรัฐสามารถจำหน่าย/เสพกัญชาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ(recreation use) ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข เป็นต้น

2.3.2 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดอาญา

2.3.2.1 การวินิจฉัยความผิดอาญาของระบบกฎหมายซีวิลลอว์

การวินิจฉัยความผิดอาญาตามระบบกฎหมายซีวิลลอว์ในที่นี้จะศึกษาของประเทศเยอรมนีโดยที่กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยการลงโทษการกระทำผิดของบุคคลในสังคม เพราะฉะนั้นการพิจารณาถึงโครงสร้างความผิดทางอาญาจะต้องพิจารณาจาก ตัวผู้กระทำและการกระทำของบุคคลนั้น โดยจะต้องพิจารณาว่าสิ่งที่บุคคลนั้นกระทำไปเป็นการผิดกฎหมายหรือไม่ อันเป็นการพิจารณาทางด้านภาวะวิสัย (Objective) และถ้าหากข้อเท็จจริงได้ความว่าการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเรื่องผิดกฎหมายแล้ว จึงจะไปพิจารณาทางด้านอัตตะวิสัย (Subjective) ว่าบุคคลนั้นกระทำโดยรู้ผิดชอบหรือไม่และตั้งใจหรือประมาทหรือไม่ อย่างไร ซึ่งเรียกว่า ความชั่ว (Schuld) เพราะฉะนั้นแนวความคิดอาญาในระยะแรก จึงได้แยกโครงสร้างของความผิดอาญาออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนภาวะวิสัย (Objective) คือ โครงสร้างในส่วนขององค์ประกอบ และส่วนของความผิด และส่วนอัตตะวิสัย (Subjective) คือ ส่วนของความชั่วโครงสร้างของความผิดอาญา 3 ประการ

1) การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ

ในการพิจารณาเรื่อง องค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติเป็นการพิจารณาถึงข้อสาระสำคัญตามรูปแบบของความผิดอาญา ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ในความผิดแต่ละฐาน กล่าวคือ เป็นการพิจารณาว่า การกระทำที่ครบองค์ประกอบของความผิดก็คือการกระทำที่ครบองค์ประกอบของความผิดฐานใดฐานหนึ่งตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ และโดยที่การพิจารณาในส่วนขององค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัตินั้นเป็นการพิจารณาในข้อสาระสำคัญตามรูปแบบของความผิดอาญาผลจึงมีว่าการพิจารณาดังกล่าวเป็นการพิจารณาเบื้องต้นเท่านั้น โดยยังไม่ได้วินิจฉัยว่าการกระทำนั้นจะเป็นความผิดอาญาหรือไม่

2) ความผิดกฎหมาย (Rechtswidrigkeit)

สำหรับความผิดกฎหมายเป็นส่วนที่พิจารณาต่อมาหลังจากพิจารณาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นว่าการกระทำนั้นได้ครบในส่วนของ “องค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” แล้ว โดยในโครงสร้างส่วนนี้จะเป็นการพิจารณาว่า การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัตินั้น มีเหตุที่ทำให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ ซึ่งเป็นการพิจารณาข้อเท็จจริงทางภาวะวิสัย (Objective)

ความผิดกฎหมายจึงเป็นเรื่องของการพิจารณาถึงเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ ซึ่งมีผลทำให้การกระทำนั้น ไม่เป็นความผิดอาญา และเป็นเรื่องเดียวกับเหตุยกเว้นความผิด (Rechtfertigungsgrund หรือ Justtification) สำหรับการกระทำนั้น ส่วนเหตุที่ทำให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ การป้องกัน (Notwehr หรือ Self-Defence) ความจำเป็นที่ชอบด้วยกฎหมาย (Rechtfertigender Notstand) หรือ (Justifying Consent) ความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย ความยินยอมที่พึงสันนิษฐานได้ หลักการชั่งน้ำหนักประโยชน์ของสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง

3) ความชั่ว (Schuld)

ความชั่วในทางกฎหมายอาญาไม่ได้หมายถึงความชั่วตามความหมายทั่วไป ความชั่วตามกฎหมายอาญา หมายถึง การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ (Tatbestandsmassigkeit) ที่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย (Rechtswidrigkeit) “ความชั่ว หมายถึง การตำหนิได้ของการกำหดเจตจำนง”[242] เนื่องจากการพิจารณาว่าการกระทำใดเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายหรือไม่จึงเป็นเพียงการพิจารณาว่าการกระทำกับข้อห้ามไม่ให้กระทำหรือข้อบังคับให้กระทำที่กำหนดในฐานความผิดเท่านั้น ควรจะต้องพิจารณาต่อมาว่าการกระทำนั้นผู้กระทำความผิดสามารถแยกแยะว่าการกระทำของตนถูกหรือผิดได้หรือไม่ โดยการพิจารณาความชั่ว (Schuld) หรือการตำหนิได้ของการกระทำไม่ได้พิจารณาที่ตัวผู้กระทำในฐานะปัจเจกบุคคลแต่พิจารณาตามมาตรฐานของวิญญูชนที่อยู่ในฐานะเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดทั้งความผิดที่กระทำโดยเจตนาและความผิดที่กระทำโดยประมาท

นอกจากนี้ความชั่วของบุคคลบางคนอาจมีความบกพร่องอันเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นขาดความรู้ผิดชอบหรือขาดความสามารถในการบังคับตนเองได้จึงกระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย เช่น เด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปีในขณะกระทำความผิด บุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต เป็นต้น ในทางกฎหมายถือว่าบุคคลดังกล่าวไม่มีความสามรถในการกระทำความชั่วซึ่งการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายของเขาย่อมเป็นการกระทำที่ปราศจากความชั่ว ดังนั้นเห็นได้ว่ากฎหมายอาญากำหนดการพิจารณาความสามารถในการทำชั่วของบุคคลไว้ 2 ลักษณะคือ การพิจารณาความเจริญวัยหรืออายุของบุคคลและการพิจารณาที่ความสมบูรณ์แห่งจิตของบุคคล[243] นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดความสามารถในการทำชั่วจากความสมบูรณ์ของจิต กล่าวคือการกระทำความผิดของบุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนเป็นการกระทำที่ปราศจากความชั่ว[244]

การวินิจฉัยเกี่ยวกับความสามารถในการทำชั่วพิจารณาได้ดังนี้[245]

1. การกำหนดความสามารถในการทำชั่วโดยพิจาณาที่อายุ เช่น กฎหมายอาญาได้แบ่งอายุของผู้กระทำความผิดที่ไม่มีความสามารถในการทำชั่ว กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีซึ่งกฎหมายถือว่ายังไม่มีความสามารถในการทำชั่วและมิได้กำหนดโทษไว้เพียงแต่กำหนดมาตรการสำหรับเด็กและเยาวชนไว้ตามมาตรา 74 สำหรับผู้มีอายุเกินกว่า 15 ปีแต่ยังไม่เกิน 18 ปี กฎหมายให้พิจารณาความรู้ผิดชอบและสิ่งอื่นทั้งปวงประกอบการพิจารณาความสามารในการทำชั่วโดยกฎหมาย

---

[242] คณิต ณ นคร, **กฎหมายอาญาภาคทั่วไป**, พิมพ์ครั้งที่ 6 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2560), หน้า 293.

[243] มาตรา 73 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติไว้ว่า “เด็กอายุไม่เกินสิบปีกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ . . .” และมาตรา 74 บัญญัติไว้ว่า “เด็กอายุกว่าสิบปีแต่ยังไม่เกินสิบห้าปีกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ . . .”

[244] มาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับวามผิดนั้น”

[245] คณิต ณ นคร, *เรื่องเดิม*, หน้า 296.

พิจารณาตามพัฒนาการด้านศีลธรรมและด้านจิตใจของผู้กระทำว่าเป็นผู้เจริญวัยพอที่จะมองเห็นความไม่ถูกต้องของการกระทำและได้กระทำไปตามความถูกต้องหรือไม่ ส่วนผู้ที่มีอายุ18 ปีขึ้นไปในทางกฎหมายถือว่าเป็นผู้ใหญ่แล้วจึงเป็นผู้มีความสามารถในการทชั่วนอกจากอายุของบุคคลแล้วกฎหมายยังกำหนดความสามารถในการทำชั่วจากความสมบูรณ์แห่งจิตซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดในเรื่องความชั่ว

2. ความรับผิดในทางอาญาของเด็กกฎหมายกำหนดความรับผิดในทางอาญาของเด็กบนพื้นฐานความคิดที่ว่าเด็กยังไม่เจริญเติบโตพอที่จะมีความรู้ผิดชอบในอันที่จะตำหนิการกระทำได้เป็นการใช้เกณฑ์ทางชีวภาพโดยไม่คำนึงถึงความเฉลียวฉลาดของเด็ก

3. ความรับผิดในทางอาญาของเยาวชนโดยเยาวชนหมายถึงบุคคลกว่าสิบห้าปีแต่ยังไม่เกินสิบแปดปีหากเยาวชนผู้ใดที่กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดซึ่งต้องพิจาณาความรู้ผิดชอบและสิ่งอื่นทั้งปวง กล่าวคือกฎหมายให้พิจารณาด้านความเฉลียวฉลาดประกอบกับขนาดความเข้าใจเกี่ยวกับศีลธรรมอย่างถ่องแท้ของเยาวชนรวมถึงความสามารถกำหนดเจตจำนงของเยาวชนด้วย

4. ความรับผิดในทางอาญาของผู้ใหญ่กฎหมายกำหนดให้พิจารณาภาวะแห่งจิตของบุคคลที่กระทำความผิดโยประการแรกพิจารณาว่าเป็นผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือฟั่นเฟือนหรือไม่ ประการต่อมาต้องพิจารณาว่าเป็นผู้เข้าใจการกระทำของตนขณะกระทำความผิดหรือไม่หากครบทั้งสองประการถือว่าบุคคลนั้นมีความสามารถทำชั่วและต้องรับผิดในทางอาญา

5. การย้อมใจเพื่อกระทำความผิดที่กระทำโดยเจตนา คือ การที่ผู้กระทำความผิดเจตนาที่จะทำให้ตนตกอยู่ในภาวะขาดความสามารถในการทำความชั่วและเมื่อตกอยู่ในภาวะเช่นนั้นแล้วก็จะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด

2.3.2.2 หลักเกณฑ์ในการบัญญัติความผิดทางอาญา

Herbert L Packer เสนอแนวคิดว่าโทษในทางอาญามีต้นทุนสูงทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรและระยะเวลาดังนั้นการกำหนดโทษในทางอาญารัฐจึงควรใช้ในฐานความผิดร้ายแรงเท่านั้น ในปัจจุบันรัฐควรมีอำนาจที่บังคับประชาชนเท่าที่เขาได้กระทำเท่านั้นไม่ควรบังคับตามที่รัฐต้องการและหากรัฐได้คำนึงถึงสภาวะจิตใจของผู้กระทำความผิดจะป้องกันมิให้กฎหมายอาญาเป็นเครื่องมือในการป้องกันซึ่งเป็นแนวคิดในเชิงอรรถประโยชน์นิยมอย่างไม่มีขีดจำกัด[246] ในส่วนของการลงโทษเห็นว่าไม่สมควรกำหนดการกระทำที่ไม่อาจถูกตำหนิได้อย่างเหมาะสมและไม่สมควรลงโทษบุคคลเพียงอ้างเหตุผลทางศีลธรรมเท่านั้นเนื่องจากหลักเกณฑ์ทางศีลธรรมเป็นเรื่องที่คลุมเครือไม่ชัดเจนจนทำให้เกิดข้อโต้แย้งได้ ซึ่งต้องพิจารณาว่าการกระทำนั้นผิดศีลธรรมอย่างใดเพียงใดจึงจะสมควรได้รับโทษทางอาญา ดังนั้นจึงเป็นไปไม่ได้ที่จะใช้กฎหมายอาญากับการกระทำที่ผิดศีลธรรมทุกอย่างและไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการใช้กฎหมายอาญาสามารถทำให้บุคคลมีศีลธรรมที่ดีขึ้นหรือเลวลง และเห็นว่าการใช้มาตรการทางอาญากับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับศีลธรรมส่วนตัวซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียได้ เช่น ความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมเหล่านั้น ความเป็นไปได้น้อยที่จะบังคับใช้กฎหมายอาญา ทำให้เป็นปัญหาต่อผู้บังคับใช้กฎหมายมากขึ้นและอาจทำให้เกิดปัญหาการ

---

[246] Herbert L. Packer, **The Limit of the Criminal Sanctions** (California: Standford University Press, 1968), p. 76.

ฉ้อราษฎร์บังหลวงของผู้บังคับใช้กฎหมายดังนั้นหลักเกณฑ์การกำหนดความผิดอาญาที่เหมาะสมของ Herbert L. Packer มีดังนี้[247]

1. การกระทำนั้นเป็นที่เห็นได้ชัดแจ้งว่า เป็นการกระทำที่กระทบกระเทือนต่อสังคมส่วนมาก

2. หากการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดอาญาแล้ว จะไม่ขัดหรือแย้งกับวัตถุประสงค์ของการลงโทษ

3). หากการกระทำนั้นเป็นความผิดอาญาแล้วไม่มีผลเป็นการลดกระทำที่สังคมเห็นว่าถูกต้องให้น้อยลง

4. หากการกระทำนั้นเป็นความผิดอาญาแล้ว มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

5. ความผิดอาญาดังกล่าวไม่มีผลทำให้เกิดการใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาอย่างเกินขีดความสามารถทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ

6. ไม่มีมาตรการอื่นที่เหมาะสมสำหรับการกระทำความผิดนั้น

การวางหลักเกณฑ์การบัญญัติกฎหมายอาญาจะต้องทำอย่างมีขอบเขตจำกัด โดยรวมการแนวความคิดต่าง ๆ ทั้งระบบกฎหมายซิวิลลอว์และ Herbert L Packer เพื่อให้กฎหมายอาญาเป็นมาตรการในการควบคุมความสงบเรียบร้อยอย่างมีประสิทธิภาพและมีขอบเขตอย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความเหมาะสมของการบัญญัติกฎหมายที่สมควรให้มีโทษทางอาญา หรือสมควรที่จะกำหนดโทษทางเลือกอื่นที่ไม่มีลักษณะเป็นโทษทางอาญา เช่น การกำหนดโทษทางปกครอง ความผิดที่ฝ่าฝืนต่อกฎระเบียบของสังคม ทั้งนี้ ในการบัญญัติกฎหมายอาญาควรคำนึงถึงลักษณะความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดจากการกระทำของผู้กระทำความผิดด้วยว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดที่มีลักษณะเป็นความผิดอาญาโดยแท้ตรงตามเจตนารมณ์ในการบัญญัติกฎหมายอาญาและวัตถุประสงค์ของการลงโทษตลอดจนเป็นการกระทำที่สมควรจะได้รับโทษทางอาญาหรือไม่

2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแบ่งประเภทความผิดทางอาญา: ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita)

ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) ในข้อนี้ผู้เขียนได้อธิบายการแบ่งประเภทของกัญชา/กัญชงเนื่องจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษเป็นกฎหมายที่มีโทษในทางอาญาซึ่งความรับผิดในทางอาญาของผู้เสยาเสพติดเป็นการกระทำความผิดเนื่องจากรัฐบัญญัติว่าเป็นความผิดมิใช่ความผิดในตัว ดังนั้นแนวคิดการแบ่งประเภทของความผิดในทางอาญาจึงเป็นพื้นฐานของการบัญญัติว่ากัญชา/กัญชงผิดกฎหมายจึงอธิบายรายละเอียดโดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

---

[247] *Ibid*., p. 296.

2.3.3.1 ความหมายของกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติว่าการกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดไว้ด้วย[248] สำหรับกาลงโทษทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 18[249] ซึ่งเป็นการลงโทษที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคม

2.3.3.2 ประเภทของกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาแบ่งแยกประเภทของความผิดได้หลายวิธี เช่น การแบ่งประเภทตามเนื้อหาของความผิดและการแบ่งประเภทในปัจจุบัน ดังนี้

1) การแบ่งประเภทตามเนื้อหาของความผิด คือ การแบ่งแยกแบบดั้งเดิม สามารถแบ่งแยกความผิดเป็นสองประเภท คือ ความผิดในตัวเอง (Mala in Se) และความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) ความผิดทางอาญาซึ่งเกิดจากทฤษฎีสัญญาประชาคมที่ประชาชนมอบอำนาจให้รัฐออกกฎหมายเพื่อควบคุมและป้องกันสังคมให้พ้นจากการกระทำที่เป็นภยันตรายต่อผู้อื่น (Harm to Others) โดยการออกกฎหมายเพื่อควบคุมความประพฤติของบุคคลในสังคม และมีการกำหนดข้อห้ามมิให้ปฏิบัติ หากผู้ใดฝ่าฝืนจะถูกลงโทษทางอาญาความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) คือ การกระทำความผิดอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นการกระทำที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด สำหรับความหมายตามตัวอักษรหมายถึง การกระทำความชั่วเพราะสิ่งนั้นสังคมห้ามไม่ให้กระทำ (Evil Because Prohibited) ความผิดเช่นนี้ไม่สามารถมองเห็นหรือรู้สึกว่าเป็นความชั่วร้ายในตัวเองแต่ที่เป็นความผิดก็เพราะกระทำในสิ่งที่กฎหมายห้าม

(1) ความผิดในตัวเอง (Mala in Se) คือ ความผิดที่บุคคลทั่วไปเห็นได้ชัดว่าเป็นความผิดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือจารีตประเพณีของสังคม เช่น ความผิดฐานฆ่า ความผิดฐานลักทรัพย์ การฉ้อโกง การยักยอก การทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น

(2) ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) คือ ความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดโดยอาจมิได้เป็นการกระทำที่เกี่ยวกับศีลธรรมแต่เป็นการที่สังคมมีข้อขัดแย้งจากการอยู่ร่วมกันของสังคมแต่กฎเกณฑ์ที่มีอยู่เดิมไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นรัฐจึงออกกฎเกณฑ์มาเพื่อควบคุมให้เกิดความสงบเรียบร้อยในสังคม เช่น ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด การจราจร การพนัน อาวุธปืน เป็นต้น

2) การแบ่งประเภทความผิดทางอาญาในปัจจุบัน ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการแบ่งประเภทความผิดทางอาญาได้พัฒนาให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงจำแนกประเภทความผิดอาญาออกเป็นสองประเภท คือความผิดอาญาโดยแท้ (Real Crime) และความผิดอาญาเพราะละเมิดระเบียบสาธารณะ (Public Torts)[250]

---

[248] เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, **คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป**, พิมพ์ครั้งที่ 10 (กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือเนติบัณฑิตยสภา, 2551), หน้า 1.

[249] การลงโทษในทางอาญาเป็นการทำร้ายคุณธรรมทางกฎหมาย กล่าวคือ ชีวิต เสรีภาพและทรัพย์สิน ได้แก่ การประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับและริบทรัพย์สิน

[250] Note, “Public Torts,” **Harvard Law Review** 35 (1922): 462.

2.3.3.3 การกระทำความผิดในกรณีกัญชา/กัญชง

ในกรณีกัญชา/กัญชงจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ระบุว่า Cannabis หมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis Sativa และ Cannabis Indica Auth.) และตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522[251] การบัญญัติให้พืชกัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดถือเป็นการกระทำความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita)

ในอดีตกัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่คนไทยมีการนำมาเป็นส่วนผสมในการปรุงยาโดยปรากฏในตำรายาแผนโบราณ สำหรับกัญชงหรือเฮมพ์ถือเป็นพืชสำคัญทางการเกษตร ปรากฏหลักฐานว่ามีการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงแพร่หลายในทุกประเทศทั่วโลก ต่อมากฎหมายระหว่างประเทศกำหนดให้กัญชาเป็นสิ่งเสพติดตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 แก้ไขโดยพิธีการ (Single Convention on Narcotic Drugs 1961) อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971 (Convention on Psychotropic Substance, 1971) และอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1988จึงได้ประกาศให้กัญชาเป็นยาเสพติด สำหรับในประเทศไทยไม่มีการอนุญาตให้นำมาใช้ในทางการแพทย์ ขณะที่นักวิทยาศาสตร์ในหลายประเทศให้ความสนใจศึกษาสารในกัญชาเพื่อศึกษากลไกการออกฤทธิ์ต่อร่างกายเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีการค้นพบว่ากัญชาสามารถใช้เป็นยาในการบำบัดรักษาอาการป่วยในบางโรคในแผนปัจจุบันได้ เช่น กัญชามีสารทีเอชซีในการลดการอาเจียนซึ่งเกิดจากรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด, กัญชาลดการอักเสบในโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายและลดการปวดและเกร็งที่เป็นผลมาจากเส้นประสาทถูกทำลาย เป็นต้น ดังนั้นหากประเทศไทยจะใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ในทางด้านการแพทย์และในด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นเมื่อความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นความผิดเนื่องจากกฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิด (Mala Prohibita) จึงเห็นสมควรพิจารณาถึงความเหมาะสมในการบัญญัติกฎหมายในฐานะเป็นกฎหมายที่รัฐบัญญัติห้ามกระทำอันมาจากการที่รัฐบัญญัติกฎหมายมาบังคับปัจเจกบุคคลและนิติบุคคลในทางบริหารหรือในทางปกครองและใช้ในการพิจารณาพิพากษาคดีเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงพืชกัญชา/กัญชง พืชกัญชงเป็นพืชที่มีการใช้ในวิถีชีวิตของชาวเขาเผ่าม้งและสามารถพัฒนาเป็นพืชเศรษฐกิจให้กับเกษตรกรไทยได้ และกัญชามีสรรพคุณเป็นยารักษาโรคที่สำคัญหากได้รับการวิจัยพัฒนาจะทำให้เกิดประโยชน์ในเรื่องการลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประชาชนได้

---

[251] ห้ามมิให้ผู้ใดผลิตจำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะอนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นกรณีไป

2.3.3.4 บทสรุป

ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) คือ ความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดโดยอาจมิได้เป็นการกระทำที่เกี่ยวกับศีลธรรมแต่เป็นการที่สังคมมีข้อขัดแย้งจากการอยู่ร่วมกันของสังคมแต่กฎเกณฑ์ที่มีอยู่เดิมไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นรัฐจึงออกกฎเกณฑ์มาเพื่อควบคุมให้เกิดความสงบเรียบร้อยในสังคม เช่น ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นการที่รัฐบัญญัติกฎหมายมาบังคับปัจเจกบุคคลและนิติบุคคลในทางบริหารหรือในทางปกครองและใช้ในการพิจารณาพิพากษาคดีเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงพืชกัญชา/กัญชงซึ่งมิใช่เป็นความผิดในตัวเอง (Mala in Se) ที่บุคคลทั่วไปเห็นได้ชัดว่าเป็นความผิดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือจารีตประเพณีของสังคม เช่น ความผิดฐานฆ่า เป็นต้น อีกทั้งพืชกัญชงเป็นพืชที่มีการใช้ในวิถีชีวิตของชาวเขาและสามารถพัฒนาเป็นพืชเศรษฐกิจให้กับเกษตรกรไทยได้ และกัญชามีสรรพคุณเป็นยารักษาโรคที่สำคัญหากได้รับการวิจัยพัฒนาจะทำให้เกิดประโยชน์ในเรื่องการลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประชาชนได้ประกอบกับการเสพกัญชาในปริมาณเล็กน้อยถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดอ่อน (Solf Drug) เช่นเดียวกับที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ จึงเห็นควรพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์กัญชา/กัญชงของประเทศไทยโดยอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงกัญชา/กัญชงโดยพิจารณาลักษณะการใช้กัญชา/กัญชง ในทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์แต่จะควบคุมเท่าที่จำเป็นซึ่งเป็นการกระทำในเชิงการค้ายาเสพติดเท่านั้น

2.3.4 หลักนิติธรรม/นิติรัฐและหลักแห่งความได้สัดส่วน

บทลงโทษของการใช้กัญชา/กัญชงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีโทษทางอาญาอันมีวัตถุประสงค์เพื่อปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษโดยเป็นไปตามอนุสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ กฎหมายยาเสพติดจึงเป็นกฎหมายที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลในการใช้กัญชา/กัญชง ในข้อนี้จะอธิบายถึงหลักการในการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของบุคคลคือบทบัญญัติการลงโทษของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กรณีการใช้กัญชา/กัญชงว่ามีขอบเขตและเงื่อนไขเป็นไปตามหลักความได้สัดส่วนซึ่งเป็นสาระสำคัญของหลักนิติรัฐอันเป็นหลักสำคัญของรัฐธรรมนูญหรือไม่ อย่างไร

2.3.4.1 หลักนิติธรรม/นิติรัฐ

หลักนิติธรรม/นิติรัฐ (Rule of Law/ das Rechtsstaat) และหลักประชาธิปไตย (das DemokratischePrinzip) ถือเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญในการจัดองค์การของรัฐเสรีประชาธิปไตย (das DemokratischePrinzip) โดยหลักนิติธรรม/นิติรัฐและประชาธิปไตยมีความเกี่ยวพันกันและเป็นหลักที่ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน หลักนิติธรรม (Rule of Law) เป็นชื่อเรียกของหลักพื้นฐานสำคัญของประเทศที่ใช้ระบบคอมมอนลอว์ (Common Law) ส่วนหลักนิติรัฐ (das Rechtsstaat) เป็นหลักการที่พัฒนาการมาจากประเทศเยอรมนีหรือตามระบบซีวิลลอว์ของประเทศในภาคพื้นยุโรป เนื่องจากเนื้อหาสาระของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ใช้คำว่านิติธรรม ตามมาตรา 3 วรรคสองและมาตรา 26 วรรคหนึ่ง แต่ได้วางกรอบไปในแนวทางของหลักนิติรัฐของระบบซีวิลลอว์โดยมีเหตุผลว่ารัฐธรรมนูญ 2560 ได้บัญญัติยืนยันความเป็นกฎหมายสูงสุดของรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานของหลักนิติรัฐ และการที่รัฐธรรมนูญ 2560

ได้แยกระบบศาลออกเป็น 3 ศาล คือศาลรัฐธรรมนูญ ศาลรัฐธรรมนูญ ศาลปกครอง และศาลทหาร ซึ่งเป็นการแยกระบบกฎหมายมหาชนออกจากกฎหมายเอกชนซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของหลักนิติรัฐ[252] ซึ่งหลักนิติธรรม/นิติรัฐของรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นการจำกัดอำนาจรัฐ การใช้อำนาจรัฐที่ละเมิดหรือฝ่าฝืนหลักนิติธรรม/นิติรัฐย่อมส่งผลต่อปัญหาความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำนั้นของรัฐ

ความหมายและสาระสำคัญของหลักนิติธรรม/นิติรัฐ

ความหมายของหลักนิติธรรม ตามความเห็นของ Albert Dicey อธิบายว่าคือหลักความเป็นใหญ่ของกฎหมายซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะของรัฐธรรมนูญอังกฤษซึ่งประกอบด้วย 3 หลักการ ดังนี้[253]

1. หลักความชอบด้วยกฎหมาย หมายความว่าบุคคลจะถูกลงโทษ ถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพ ถูกประหารชีวิตหรือถูกกระทบกระเทือนสิทธิในทรัพย์สินของตนเกิดจากผลของกฎเกณฑ์ทางกฎหมายที่ศาลหรือรัฐสภาได้กำหนดไว้เท่านั้นมิใช่โดยอาศัยอำนาจดุลพินิจหรือเอกสิทธิ์ของรัฐบาล

2. หลักความเสมอภาคต่อกฎหมาย หมายความว่าไม่มีบุคคลใดอยู่เหนือกฎหมายและบุคคลทุกคนย่อมอยู่ภายใต้กฎหมายธรรมดาและอยู่ในอำนาจการพิจารณาของศาลธรรมดาซึ่งมิใช่ศาลพิเศษเช่นศาลปกครอง

3. หลักการคุ้มครองสิทธิโดยศาล หมายความว่าสิทธิเสรีภาพของประชาชนได้รับการคุ้มครองโดยคำพิพากษาของศาลซึ่งใช้โอกาสในการพิจารณาพิพากษาคดีวางหลักทั่วไปของรัฐธรรมนูญอังกฤษ

ความหมายของหลักนิติรัฐตามความเห็นของ Friedrich Julius Stahl ได้อธิบายว่า “รัฐควรจะเป็น นิติรัฐ ซึ่งเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของรัฐและเป็นความพยายามที่จะพัฒนารัฐไปสู่ยุคใหม่ดังนั้นรัฐควรจะต้องกำหนดแนวทางและขอบเขตส่วนบุคคลโดยกฎหมายและทำให้เกิดความมั่นคงต่อแนวทางดังกล่าว นอกจากนั้นรัฐไม่ควรจะใช้อำนาจเหนือรัฐบังคับบุคคลตามแนวจารีตที่เคยปฏิบัติมาอีกต่อไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งขอบเขตส่วนบุคคล”[254] อย่างไรก็ตามหลักนิติธรรม/นิติรัฐตามความเห็นของศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ อาจแบ่งสาระสำคัญออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่[255] หลักความเป็นกฎหมายสูงสุดของรัฐธรรมนูญ หลักนิติธรรม/นิติรัฐในฐานะเป็นเกณฑ์การจัดองค์กรรัฐ หลักนิติธรรม/นิติรัฐในฐานะเป็นเกณฑ์การคุ้มครองสิทธิของประชาชน หลักนิติธรรม/นิติรัฐในฐานะเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รัฐ หลักนิติธรรม/นิติรัฐในฐานะเป็นเกณฑ์ในการตรากฎหมาย หลักนิติธรรม/นิติรัฐในฐานะเป็นเกณฑ์เกี่ยวกับโทษอาญาและความรับผิดทางอาญา

---

[252] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักกฎหมายมหาชน หลักนิติธรรม/นิติรัฐ ในฐานะ “เกณฑ์” จำกัดอำนาจรัฐ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2560), หน้า 26.

[253] ชาญชัย แสวงศักดิ์, *เรื่องเดิม*, หน้า 100-104.

[254] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2558), หน้า 23.

[255] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักกฎหมายมหาชน หลักนิติธรรม/นิติรัฐ ในฐานะ “เกณฑ์” จำกัดอำนาจรัฐ**, หน้า 37.

2.3.4.2 หลักแห่งความได้สัดส่วน

หลักแห่งความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality/Uebermassverbot) หรือหลักการจำกัดสิทธิและเสรีภาพเท่าที่จำเป็นหรือหลักพอสมควรแก่เหตุ (der Grundsatz der Verhaeltnismaessigkeit) เป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่สำคัญที่มิได้บัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่ยอมรับจากประเทศในภาคพื้นยุโรป เช่น เยอรมนี ฝรั่งเศสและสหภาพยุโรปซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการควบคุมการใช้อำนาจของรัฐที่มีผลกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนโดยตรวจสอบการทำงานทั้งหลายของรัฐโดยเป็นหลักการในทางเนื้อหาที่ห้ามมิให้รัฐใช้อำนาจอย่างอำเภอใจและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน หลักความได้สัดส่วนมีหลักการสำคัญสามประการซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ ดังนี้[256]

1) หลักความเหมาะสมคือ มาตรการที่อาจทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ได้

2) หลักความจำเป็นคือ มาตรการที่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ได้และมีผลกระทบน้อยที่สุด

3) หลักความได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบคือ มาตรการอันใดอันหนึ่งจะต้องไม่อยู่นอกเหนือขอบเขตความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการดังกล่าวกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กล่าวคือ เป็นการพิจารณาระหว่างสิทธิขั้นพื้นฐานที่ถูกกระทบกับผลประโยชน์ส่วนรวมที่เกิดจากการกระทบสิทธิดังกล่าวจะต้องได้สัดส่วนจะต้องสมดุลกัน

หลักความได้สัดส่วนมีรากฐานมาจากหลักความยุติธรรมซึ่งต้องคำนึงถึงปัจเจกชนและสังคมโดยรวมซึ่งอาจเกิดการกระทบกันระหว่างผลประโยชน์ของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ รวมถึงผลประโยชน์ของมหาชน ดังนั้นรัฐในประเทศตะวันตกจึงนำหลักความได้สัดส่วนมาใช้พิจารณาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งดังกล่าวซึ่งอยู่บนพื้นฐานของกฎหมายที่คำนึงถึงความยุติธรรมของทุกฝ่าย[257] หลักความได้สัดส่วนได้สอดแทรกอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 26 วรรคหนึ่ง

> การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลไม่ได้ รวมทั้งต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วย

---

[256] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์,** หน้า 30.

[257] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 272.

ย่อมเป็นการแสดงให้เห็นว่ารัฐธรรมนูญได้วางหลักความได้สัดส่วนมากำหนดการตรากฎหมายที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัจเจกชนน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นหรือไม่เกินสมควรแก่เหตุ

กล่าวโดยสรุปหลักการความได้สัดส่วนเป็นหลักการหนึ่งที่สำคัญของหลักนิติรัฐ เนื่องจากเป็นหลักกฎหมายทั่วไปจึงมิได้บัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรแต่เป็นหลักการสำคัญของหลักนิติรัฐที่ใช้ตรวจสอบการกระทำของรัฐและห้ามรัฐใช้อำนาจอย่างอำเภอใจตลอดจนมีความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล หากรัฐใช้อำนาจที่จะละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินความจำเป็นจะส่งผลต่อความสมบูรณ์หรือความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำของรัฐ

2.3.4.3 หลักความได้สัดส่วนกับกฎหมายยาเสพติด

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็นกฎหมายที่มีการลงโทษทางอาญาและเป็นกฎหมายที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนในส่วนของพฤติกรรมการกระทำความผิดที่รัฐกำหนดว่าการกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นความผิด โดยบัญญัติขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีและลงนามในข้อตกลงระหว่างประเทศ คืออนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 ซึ่งมีผลในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของการใช้ยาเสพติดของปัจเจกชน ในกรณีกัญชา/กัญชงเป็นพืชที่ปัจเจกชนเคยใช้ประโยชน์ทั้งในแง่ของยาสมุนไพร การปรุงอาหาร การใช้ประโยชน์จากเส้นใย ตลอดจนการใช้เพื่อผ่อนคลาย หลักความได้สัดส่วนเป็นหลักการที่สำคัญของหลักนิติธรรม/นิติรัฐซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไประดับรัฐธรรมนูญ กล่าวคือหลักความได้สัดส่วนเป็นหลักที่เกี่ยวข้องกับสิทธิเสรีภาพของบุคคล การตรากฎหมายเพื่อบังคับใช้กับประชาชน หากรัฐตรากฎหมายที่จำกัดสิทธิตามธรรมชาติของประชาชนแล้วกฎหมายนั้นจะไม่มีผลบังคับได้เลย[258] อย่างไรก็ตามการตรากฎหมายที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลจะต้องมีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นหรือเพื่อประโยชน์มหาชนเท่านั้นแต่หลักความได้สัดส่วนจึงมีความสำคัญเพื่อควบคุมการใช้อำนาจรัฐโดยการตรากฎหมายที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลจะต้องอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและจำเป็นโดยล่วงล้ำสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้น้อยที่สุด

หลักความได้สัดส่วนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลงโทษทางอาญาของกฎหมายยาเสพติดโดยเริ่มตั้งแต่การที่ฝ่ายนิติบัญญัติบัญญัติว่ากัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษและกำหนดบทลงโทษทางอาญาเช่น จำคุก ปรับ จำคุกและปรับ ศาลเป็นผู้ใช้กฎหมายเพื่อกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดหรือจำเลยในคดี และหน่วยงานของรัฐ เช่น กรมราชทัณฑ์ ที่ดำเนินการบังคับโทษทางอาญาต่อผู้กระทำความผิด กระบวนการดังกล่าวล้วนเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนซึ่งการดำเนินการของรัฐในแต่ละขั้นตอนจะต้องถูกจำกัดให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและจำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ที่ถูกต้อง หากการดำเนินการดังกล่าวมีทางเลือกหลายทางจะต้องใช้ทางเลือกที่จำกัดหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้น้อยที่สุด

---

[258] หยุด แสงอุทัย, **ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป** (กรุงเทพมหานคร: ประกายพรึก, 2545), หน้า 170-174.

การพิจารณาทางเลือกที่จำกัดหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนน้อยที่สุดตามกฎหมายยาเสพติดซึ่งบทลงโทษกรณีกัญชา/กัญชงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีดังนี้

1. ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 50 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75

2. ผู้ใดมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76

3. ผู้ใดจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 25 วรรคหนึ่ง มีจำนวนยาเสพติดให้โทษไม่ถึง 10 กิโลกรัม ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 40,000 บาทถึง 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76/1 ถ้ามียาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 ตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไประวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76/1 วรรค 2

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบบทลงโทษกรณีกัญชา/กัญชงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กับโทษที่จะลงขั้นเริ่มต้นในคดีอาญาร้ายแรงโดยทั่วไปตามประมวลกฎหมายอาญา ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 การเปรียบเทียบฐานความผิดและบทลงโทษ ของกัญชา/กัญชงกับความผิดทางอาญา

ฐานความผิด	บทลงโทษขั้นต่ำ
ครอบครองกัญชา/กัญชง	จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ
ลักทรัพย์	จำคุกไม่เกิน 3 ปี และปรับไม่เกิน 60,000 บาท
ทำร้ายร่างกายจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กาย	จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
ข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น	จำคุกตั้งแต่ 4 ปีถึง 20 ปีและปรับตั้งแต่ 80,000บาท ถึง 400,000 บาท

จากตารางที่ 2.4 ดังกล่าวมีข้อสังเกตว่าเมื่อพิจารณาตามประมวลกฎหมายอาญา ลักษณะที่ 12 ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ความผิดฐานลักทรัพย์ตามมาตรา 334 ซึ่งเป็นความผิดในตัวเองบัญญัติว่า “ผู้ใดเอาทรัพย์ของผู้อื่น หรือที่ผู้อื่นเป็นเจ้าของรวมอยู่ด้วยไปโดยทุจริต ผู้นั้นกระทำความผิดฐานลักทรัพย์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีและปรับไม่เกินหกหมื่นบาท” จะเห็นได้ว่ากรอบการตัดสินโทษคดีลักทรัพย์ซึ่งเป็นโทษที่ลงขั้นเริ่มต้นจะน้อยกว่าโทษที่ลงในคดียาเสพติดฐานครอบครองกัญชา/กัญชงซึ่งเป็นโทษขั้นต่ำโดยระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปีหรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในตามมาตรา 76 วรรค 1 ดังนั้นบทลงโทษขั้นต่ำในคดียาเสพติดจึงมีอัตราโทษสูงกว่าโทษขั้นต่ำในคดีอาญา

อย่างไรก็ตามเคยมีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญที่วินิจฉัยว่าบทลงโทษในคดียาเสพติดเป็นบทลงโทษที่ให้หลักการว่ากฎหมายยาเสพติดเป็นกฎหมายที่มีอัตราโทษสูงกว่ากฎหมายอาญาทั่วไปเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันละปราบปรามยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ โดยคำวินิจฉัยที่ 11/2544 วันที่ 20 มีนาคม 2544 มีประเด็นว่า พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสอง[259] ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญมาตรา 33[260]และต้องด้วยมาตรา 6 หรือไม่ มาตรา 33 หมายความว่าการที่บุคคลใดอยู่ในฐานะผู้ต้องหาหรือจำเลย ศาลรัฐธรรมนูญให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าบุคคลดังกล่าวไม่มีความผิดเพื่อเปิดโอกาสให้ต่อสู้ตามกระบวนการยุติธรรมอย่างเป็นธรรม ศาลรัฐธรรมนูญเห็นว่า “วัตถุประสงค์ของการตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะปัญหายาเสพติดให้โทษในปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญร่วมกับนานาประเทศ ประกอบกับยาเสพติดให้โทษเป็นภัยร้ายแรงต่อสุขภาพและชีวิตมนุษย์จึงต้องมีบทลงโทษที่หนักกว่าปกติรวมทั้งต้องมีการลงโทษที่เด็ดขาด การที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสองกำหนดจำนวนที่ชัดเจนมุ่งประสงค์เพื่อลงโทษผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 1 หากมีครอบครองไว้ในปริมาณเท่าใดผลกระทบอันเป็นภัยต่อสังคมก็จะยิ่งมีมากขึ้นตามไปด้วย” การที่กฎหมายกำหนดปริมาณสารเสพติดเป็นเพียงเกณฑ์เปรียบเทียบสำหรับฐานความผิดที่จะนำไปสู่การลงโทษเท่านั้น กล่าวคือไม่ว่าจะมียาเสพติดให้โทษประเภท 1 เพื่อเสพหรือไม่ก็ตาม หากมีไว้ครอบครองโดยไม่ได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายบัญญัติต้องรับโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 67 หมายความว่า ผู้ที่จะได้รับโทษตามกฎหมายจะต้องผ่านการพิสูจน์หรือนำสืบของโจทก์แล้วว่าเป็นผู้กระทำความผิดจริง โดยศาลจะเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยหรือพิพากษาชี้ขาดและกำหนดโทษแต่รัฐธรรมนูญมาตรา 33 เป็นบทบัญญัติที่รับรองหลักการขั้นพื้นฐานของกฎหมายอาญาของนานาประเทศมีเจตนารมณ์เพื่อรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลซึ่งตกเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาทั่วไป ซึ่งมีหลักการว่าในคดีอาญาโจทก์มีภาระที่ต้องนำสืบการกระทำของผู้ต้องหาหรือจำเลยให้ครบถ้วนองค์ประกอบของความผิดที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่จำเป็นต้องนำหลักฐานมาพิสูจน์ความบริสุทธิ์ของตนและตราบใดยังไม่มีคำพิพากษาอันถึงที่สุดแสดงให้เห็นว่าได้กระทำความผิด บุคคลนั้นจะได้รับความคุ้มครองตลอดไป เจ้าหน้าที่รัฐจะปฏิบัติต่อผู้ต้องหาหรือ

---

[259] มาตรา 15 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 บัญญัติว่า “การผลิต เข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย . . .”

[260] มาตรา 33 วรรคหนึ่ง รัฐธรรมนูญ . . . บัญญัติว่า “ในคดีอาญาต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่มีความผิด” และวรรคสองบัญญัติว่า “ก่อนมีคำพิพากษาอันถึงที่สุดแสดงว่าบุคคลใดได้กระทำความผิดจะปฏิบัติต่อบุคคลนั้นเสมือนเป็นผู้กระทำความผิดมิได้”

จำเลยเสมือนเป็นผู้กระทำความผิดมิได้ ศาลรัฐธรรมนูญจึงวินิจฉัยโดยเสียงข้างมากว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสอง ไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ มาตรา 33[261]

กล่าวโดยสรุปความได้สัดส่วนเป็นหลักการหนึ่งที่สำคัญของหลักนิติรัฐเนื่องจากเป็นหลักกฎหมายทั่วไปจึงมิได้บัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรแต่เป็นหลักการสำคัญของหลักนิติรัฐที่ใช้ตรวจสอบการกระทำของรัฐและห้ามรัฐใช้อำนาจอย่างอำเภอใจตลอดจนมีความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล หากรัฐใช้อำนาจละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินความจำเป็นจะส่งผลต่อความสมบูรณ์หรือความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำของรัฐ การนำหลักความได้สัดส่วนในคดียาเสพติดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลงโทษทางอาญาของกฎหมายยาเสพติดโดยเริ่มตั้งแต่การที่ฝ่ายนิติบัญญัติบัญญัติว่ากัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษและกำหนดบทลงโทษทางอาญาเช่น จำคุก ปรับ จำคุกและปรับ ศาลเป็นผู้ใช้กฎหมายเพื่อกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดหรือจำเลยในคดี และหน่วยงานของรัฐ เช่น กรมราชทัณฑ์ที่ดำเนินการบังคับโทษทางอาญาต่อผู้กระทำความผิด กระบวนการดังกล่าวล้วนเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนซึ่งการดำเนินการของรัฐในแต่ละขั้นตอนจะต้องถูกจำกัดให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและจำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ที่ถูกต้อง ดังนั้นรัฐควรเลือกใช้ทางเลือกที่จำกัดหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้น้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบอัตราโทษของความผิดฐานเสพของกัญชา/กัญชงกับคดีอาญาอื่น เช่นความผิดฐานลักทรัพย์จะเห็นได้ว่ากรอบการตัดสินโทษคดีลักทรัพย์ซึ่งเป็นโทษที่ลงขั้นเริ่มต้นจะน้อยกว่าโทษที่ลงในคดียาเสพติดฐานครอบครองกัญชา/กัญชงซึ่งเป็นโทษขั้นต่ำ เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเคยมีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญที่วินิจฉัยว่าบทลงโทษในคดียาเสพติดเป็นบทลงโทษที่ให้หลักการว่ากฎหมายยาเสพติดเป็นกฎหมายที่มีอัตราโทษสูงกว่ากฎหมายอาญาทั่วไปเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ หลักการในการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของบุคคลคือบทบัญญัติการลงโทษของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กรณีการใช้กัญชา/กัญชงว่ามีขอบเขตและเงื่อนไขเป็นไปตามหลักความได้สัดส่วนซึ่งเป็นสาระสำคัญของหลักนิติรัฐอันเป็นหลักสำคัญของรัฐธรรมนูญหรือไม่นั้น ผู้เขียนเห็นว่ากรอบการลงโทษความผิดฐานเสพกรณีกัญชา/กัญชงยังมิได้เป็นไปตามหลักความได้สัดส่วนบางฐานความผิด เช่น ฐานครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพเนื่องจากความผิดฐานนี้ตามแนวคิดการลดทอนอาชญากรรมจะถือว่าผู้เสพคือผู้ป่วยมิใช่อาชญากรและเป็นฐานความผิดที่ไม่มีเหยื่อ อีกทั้งแนวนโยบายยาเสพติดขององค์กรระหว่างประเทศสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ใช้ทางเลือกอื่นในการบริหารงานเกี่ยวกับยาเสพติดใหม่ที่มีแนวโน้มจะลดทอนการลงโทษลง เช่น การเบี่ยงเบนคดี การลดทอนความเป็นอาชญากรรม มาตรการลดอันตรายเป็นต้น

---

[261] สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย, **เอกสารประกอบบันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่องหลักในการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด** (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย, ม.ป.ป.), หน้า 21.

2.3.5 แนวคิดสิทธิและเสรีภาพของการใช้ยาเสพติด

การศึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับเสรีภาพของการเสพยาเสพติดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพิจารณาว่าการใช้ยาเสพติดว่าเป็นเสรีภาพอย่างหนึ่งของปัจเจกบุคคลเช่นเดียวกับสิทธิและเสรีภาพในทางอื่นหรือไม่ กล่าวคือ การนำยาเสพติดประเภทกัญชา/กัญชง มาใช้ประโยชน์เช่น การใช้ในทางการแพทย์ การใช้ประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ หรือการครอบครองกัญชาเพื่อเสพ/ใช้ส่วนบุคคล คือสิทธิและเสรีภาพรูปแบบหนึ่งที่ปัจเจกบุคคลมีความเป็นอิสระในการเลือกใช้อย่างมีขอบเขตได้หรือไม่เพียงใด ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายของสิทธิ เสรีภาพ และสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ ประเภทของสิทธิและเสรีภาพตลอดจนสิทธิและเสรีภาพของการใช้สารเสพติดโดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.5.1 ความหมายของสิทธิและเสรีภาพ (Right and Liberty)

1) ความหมายของสิทธิ แบ่งเป็นความหมายโดยทั่วไปและความหมายของสิทธิตามรัฐธรรมนูญซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของสิทธิดังนี้

สิทธิ หมายถึง “อำนาจที่กฎหมายรับรองคุ้มครองให้แก่บุคคลในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิจึงจะก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วย”[262]

สิทธิตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม

สิทธิตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ หมายถึง “อำนาจตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายสูงสุดได้บัญญัติให้การรับรองคุ้มครองแก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะกระทำการใดหรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่ปัจเจกบุคคลดังกล่าวได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใดแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใดแทรกแซงในขอบเขตสิทธิของตน ในบางกรณีการรับรองดังกล่าวได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องให้รัฐดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง”[263]

นอกจากนี้สิทธิไม่ใช่สิ่งที่มนุษย์กำหนดขึ้นแต่เป็นกฎเกณฑ์ที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ สิทธิคืออำนาจหรือประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินของตนหรือของบุคคลอื่น หรือต่อผู้อื่น สิทธิอาจจะแตกต่างไปในด้านความหมายจากมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อกฎหมายรับรองอำนาจหรือประโยชน์ใดว่าเป็นสิทธิแล้ว กฎหมายก็จะคุ้มครองไม่ให้มีการละเมิดสิทธิ ไม่ให้มีการขัดขวางในการใช้สิทธินั้นทั้งจากภาครัฐและเอกชน ถ้ามีการฝ่าฝืนก็จะมีมาตรการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิที่แต่ละบุคคลมีด้วย[264]

---

[262] วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2538), หน้า 21.

[263] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์,** หน้า 50-51.

[264] ประเสริฐ ตัณศิริ และสถาพร สระมาลี, **เอกสารประกอบคำบรรยายวิชานิติปรัชญา หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง** (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ม.ป.ป.), หน้า 93-94.

ศาสตราจารย์ ดร.หยุด แสงอุทัย ให้ความหมายของสิทธิ หมายถึง “สิทธิเป็นการก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นในอันที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้รวมถึงมีหน้าที่ที่จะไม่รบกวนต่อสิทธิหรือหน้าที่ที่จะกระทำหรืองดเว้นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้เป็นไปตามสิทธิ ทั้งนี้แล้วแต่ประเภทสิทธินั้นด้วย”[265]

2) ความหมายของเสรีภาพ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของเสรีภาพ ดังนี้

ดร.วิษณุ เครืองาม เห็นว่าเสรีภาพ (Liberty) หมายถึง “ความมีอิสระที่จะกระทำหรืองดเว้นกระทำการ”

ดร.วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ เห็นว่าเสรีภาพ หมายถึงสภาพการณ์ที่บุคคลมีอิสระในการที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามความประสงค์ของตน”[266]

เสรีภาพ คือ ความมีเสรีหรือความเป็นอิสระที่สามารถที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการได้โดยปลอดอุปสรรคโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีเสรีภาพในเรื่องใดแล้วย่อมจะกระทำการอย่างใด ๆ ภายในขอบเขตที่กฎหมายกำหนดไว้ให้ได้อย่างถูกต้องชอบธรรม เสรีภาพย่อมงอกงามในดินแดนที่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีการยอมรับนับถือ[267]

สิทธิในเสรีภาพ หมายความว่า “บุคคลนั้นย่อมมีสิทธิที่จะใช้เสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญรับรองซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันต่อบุคคลอื่น กล่าวคือบุคคลย่อมมีหน้าที่ที่จะไม่ไปละเมิดการใช้เสรีภาพตามรัฐธรรมนูญของบุคคลนั้น”[268]

ดังนั้นสิทธิจึงหมายความถึง อำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตน ผู้ทรงสิทธิสามารถเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิของตนได้สิทธิจึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วยเสมอ สิทธิในรัฐธรรมนูญเป็นสิทธิตามกฎหมายมหาชนที่รัฐธรรมนูญให้การรับรองคุ้มครองแก่บุคคลในอันที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้อำนาจแก่ปัจเจกบุคคลดังกล่าวได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใดแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใดแทรกแซงในขอบเขตสิทธิของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรของรัฐ เช่น สิทธิในชีวิตและร่างกาย สิทธิในทรัพย์สินและการสืบมรดก สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณะในความครอบครองของหน่วยงานรัฐ สิทธิของผู้บริโภค เป็นต้น ส่วนเสรีภาพ หมายความถึง ภาวะที่บุคคลมีอิสระที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามความประสงค์ของตนโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เสรีภาพตามรัฐธรรมนูญเป็นเสรีภาพตามกฎหมายมหาชนที่รัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองและคุ้มครองแก่บุคคลในการกำหนดชะตากรรมของตนโดยมีอิสระที่กระทำหรืองดเว้นการกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องให้รัฐหรือบุคคลอื่นดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อส่งเสริมหรือเอื้อให้การใช้เสรีภาพของตนบรรลุผลหรือสะดวกขึ้นซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากสิทธิเช่น การใช้เสรีภาพในการ

---

[265] หยุด แสงอุทัย, *เรื่องเดิม*, หน้า 224.

[266] วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, *เรื่องเดิม,* หน้า 22.

[267] ประเสริฐ ตัณศิริ และสถาพร สระมาลี, *เรื่องเดิม*, หน้า 95.

[268] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ**, หน้า 54-55.

ชุมนุมอย่างสงบและปราศจากอาวุธ ผู้ทรงเสรีภาพสามารถใช่เสรีภาพดังกล่าวได้โดยไม่ต้องรอให้รัฐจัดการชุมนุมให้ก่อนการใช้เสรีภาพในการชุมนุม ส่วนการใช้สิทธิเป็นอำนาจที่เรียกร้องให้รัฐกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้การใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญนั้นบรรลุผล เช่นสิทธิได้รับการศึกษาจากรัฐก่อให้เกิดหน้าที่แก่หน่วยงานของรัฐที่จะต้องจัดการการศึกษาให้ผู้ทรงสิทธิ เป็นต้น

2.3.5.2 ประเภทของสิทธิและเสรีภาพ

การจำแนกประเภทของสิทธิและเสรีภาพของผู้ทรงสิทธิตามรัฐธรรมนูญ อาจจำแนกสิทธิและเสรีภาพของเป็น 2 ประเภท[269] คือ สิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมืองโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) สิทธิมนุษยชน (Human Right) หมายถึง สิทธิและเสรีภาพที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิดและไม่อาจพรากไปจากมนุษย์ได้โดยไม่เป็นการทำลายความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้นซึ่งเป็นสิทธิที่มนุษย์มีอยู่ก่อนการเกิดรัฐ เช่น สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัวเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เสรีภาพในการนับถือศาสนา เป็นต้น

2) สิทธิพลเมือง (Citizen Right) สิทธิและเสรีภาพในอันที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเจตจำนงทางการเมืองของรัฐหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์กรของรัฐซึ่งสิทธิพลเมืองจึงเกิดได้เมื่อภายหลังเวลาการเกิดรัฐเท่านั้น เช่น สิทธิและเสรีภาพในการเมืองทั้งหลายได้แก่ เสรีภาพในการจัดตั้งพรรคการเมือง สิทธิในการออกเสียงเลือกตั้ง เสรีภาพในการชุมนุมอย่างสงบและปราศจากอาวุธ เป็นต้นซึ่งสิทธิพลเมืองมุ่งคุ้มครองแก่พลเมืองของรัฐตนเท่านั้น

2.3.5.3 สิทธิและเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติด

ในข้อนี้จะยกเอาความคิดเห็นเชิงปรัชญาของนักวิชาการที่วิเคราะห์เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติด ดังนี้

1) Thomas Szasz เห็นว่าเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติดเป็นการแสดงความคิดเชิงปรัชญาซึ่งวิเคราะห์กฎหมายยาเสพติดที่มีมุมมองที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงโดยวิเคราะห์ว่าสาเหตุที่ทำให้รัฐจำกัดเสรีภาพของปัจเจกบุคคลที่จะเสพยาเสพติด คือ “เป็นการมองในแง่เทคนิค (Technical Viewpoint) และจริยธรรม (Moral Viewpoint) โดยการบิดเบือนข้อมูลที่เป็นเท็จเกี่ยวกับคุณสมบัติที่แท้จริงในทางเภสัชศาสตร์ของสารที่ต้องการห้ามปราม ดังนั้นรัฐผู้ต่อต้านการใช้ยาในทางที่ผิดจึงต้องการหาเหตุผลมาสนับสนุนนโยบายการปราบปรามยาเสพติดด้วยเหตุผลสองประการ คือ ประการแรกเนื่องจากการมีสารหลายชนิดที่มีการใช้อยู่ในชีวิตประจำวันพอๆกับสารที่ต้องการห้าม ประการที่สองเนื่องจากตระหนักว่าความเป็นอันตรายเพียงอย่างเดียวไม่มีน้ำหนักพอที่จะห้ามการซื้อขายสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นยา สารเครื่องมือเครื่องใช้อื่น เป็นต้น นอกจากนี้การเสียชีวิตเพราะเสพยาเกินขนาดไม่ใช่การจงใจฆ่าตัวเองและอาจมองว่าอันตรายจากการเสพยาเกินขนาดเกิดขึ้นบ่อยเนื่องจากการซื้อขายยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมายผู้เสพจึงไม่มีโอกาสทราบข้อมูลว่ายาเสพติดที่ลักลอบซื้อขายอย่างผิดกฎหมายนั้นมีส่วนผสมอย่างไรและสารพิษปลอมปนมากน้อยเพียงใด ถ้าหากรัฐมีนโยบายเปิดการค้าเสรีโดยรัฐเป็นผู้ดูแลและควบคุมคุณภาพก็จะทำให้อันตราย

---

[269] สุริยา ปานแป้น และอนุวัฒน์ บุญนันท์, **คู่มือสอบกฎหมายรัฐธรรมนูญ**, พิมพ์ครั้งที่ 9 (กรุงเทพมหานคร: ไอเดียพริ้นติ้ง (2013), 2560), หน้า 23-24.

จากการใช้ยาเกินขนาดหรือยาที่ปลอมปนก็อาจลดลงซึ่งจะส่งผลให้ยาเสพติดที่เป็นยาอันตรายก็ไม่แตกต่างไปจากเคมีภัณฑ์อื่นที่สามารถทำให้คนเสียชีวิตได้เช่นกัน ลักษณะพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนคือความเคยชินและสร้างนิสัยให้ชอบหรือติด เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รวมไปถึงอ่านหนังสือการ์ตูน เป็นต้น สิ่งเหล่านั้นเป็นเพียงลักษณะของการพยายามเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตทั่วไปและเป็นลักษณะที่ได้พัฒนาอย่างดีในมนุษย์เท่านั้น ในการเลิกยาเสพติดเช่นฝิ่นสามารถทำได้เช่นเดียวกับการเลิกบุหรี่หรือเลิกรับประทานอาหารบางชนิดเพียงแต่มนุษย์ไม่มีความต้องการจะเลิกจริงเท่านั้น ในกรณีเกี่ยวกับการเปิดการค้าเสรีไม่ได้ส่งผลให้ประชาชนในสังคมเลิกทำงานหรือละทิ้งความรับผิดชอบโดยใช้เวลาทั้งหมดไปกับการเสพฝิ่นหรือเฮโรอีน เนื่องจากวัฒนธรรมมนุษย์มีชีวิตการทำงานสลับกับเวลาว่าง ดังจะเห็นได้จากการเปิดทำแท้งเสรีก็ไม่ได้ทำให้คนขยันอย่างชาวญี่ปุ่นละทิ้งงานเพื่อการมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว เช่นเดียวกับเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติดก็มิได้ทำให้คนขยันอย่างชาวญี่ปุ่นทำตนเป็นบุปผาชนแต่ยังคงต้องทำงานเป็นปกติเช่นเดิม ดังนั้นการที่รัฐคิดว่ามนุษย์รับผิดชอบได้เพียงบางเรื่อง เช่น การใช้รถยนต์ คอมพิวเตอร์ แต่กลับไม่คิดว่ามนุษย์ก็รับผิดชอบต่อการจัดการกับร่างกายของตัวเองได้เช่นกัน”[270]

นอกจากนี้ Thomas Szasz เห็นว่าในการบัญญัติให้กัญชา เฮโรอีน มอร์ฟีนเป็นสิ่งต้องห้ามนั้นยังไม่มีน้ำหนักเพียงพอเนื่องจากยังมีสารหรือยาหลายชนิดที่ไม่ได้กำหนดเป็นสิ่งเสพติดและไม่อันตรายแต่ต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ เช่น อินซูลิน เป็นต้น ขณะเดียวกันวัตถุระเบิดและ อาวุธปืนมีอันตรายมากกว่ายาเสพติดแต่ไม่ได้จัดอยู่ในประเภทเป็นสิ่งต้องห้ามในสหรัฐอเมริกาประชาชนสามารถซื้อปืนลูกซองกลับบ้านได้ถือเป็นเรื่องปกติเนื่องจากมีความเชื่อที่ว่าสิทธิส่วนบุคคลเป็นสิ่งมีค่ามากกว่าอันตรายของปืนแต่ชาวอเมริกันไม่สามารถเลือกซื้อยาเสพติดได้ง่ายเหมือนซื้ออาวุธปืน หากเสรีภาพในการนับถือศาสนาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่ง ดังนั้นเสรีภาพในการใช้ยาก็ควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเช่นกันแต่ควรเป็นสิทธิของบุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้วและควรเป็นเสรีภาพแบบมีเงื่อนไขโดยต้องกำหนดขอบเขตของเงื่อนไขต่างๆอย่างชัดเจน

2) John Stuart Mill นักปรัชญาชาวอังกฤษ สำนักอรรถประโยชน์นิยม กล่าวไว้ว่า “ขอบเขตของเสรีภาพของคน ๆ หนึ่งที่จะเหวี่ยงแขนของเขาสิ้นสุดลงก่อนที่จะถึงปลายจมูกของอีกคนหนึ่ง” ดังนั้นขอบเขตของเสรีภาพในการใช้ยาเสพติด คือ การเป็นภัยต่อคนอื่น ดังกรณีกฎหมายและมารยาทการเสพสุราสะท้อนความเชื่อในสิทธิปัจเจกบุคคลว่าทุกคนมีสิทธิซื้อครอบครองและเสพสุรา ถึงแม้ว่าอาการเมาน่ารังเกียจแต่สังคมจะละเมิดสิทธิของปัจเจกบุคคลที่ต้องการเมาไม่ได้ตราบใดที่ผู้นั้นดื่มสุราในบ้านของตนเองหรือสถานที่ที่รัฐกำหนดไว้และผู้ดื่มสามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้นคนเมาในที่สาธารณะจึงผิดกฎหมาย กล่าวคือ สิทธิในการใช้ยาเสพติดต้องเป็นเสรีภาพที่มีขอบเขตและต้องตั้งอยู่ควบคู่กับความรับผิดชอบอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อผลของความมึนเมาที่ไปกระทบสิทธิและเสรีภาพของผู้อื่นขอบเขตหรือเงื่อนไขดังกล่าวจึงเหมาะสมกับบุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้วเท่านั้น ผู้เยาว์ไม่ควรมีสิทธิในการเสพยาเสพติดหรือสารใดๆ ดังเช่นการที่ไม่มีสิทธิขับยานพาหนะ ดื่มสุรา การเลือกตั้ง การสมรส การทำนิติกรรมแต่การมีสิทธิดังกล่าวของผู้เยาว์สมควรเป็นไปตามระดับอายุจนมีสิทธิครบถ้วนเมื่อบรรลุนิติภาวะเช่นเดียวกับเสรีภาพในการเสพยาเสพติด

---

[270] เอกสารสำเนาแปลของ ดร.พงษ์ชาย เอี่ยวพานทอง ซึ่งแปลจากบทความของ Thomas Szasz เรื่องเสรีภาพของการใช้ยาเสพติด

2.3.5.4 สรุปแนวความคิดเสรีภาพในการใช้สิ่งเสพติด

แนวความคิดเสรีภาพในการใช้สิ่งเสพติดเนื่องจากเสรีภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีอิสระที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามความประสงค์ของตนโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เสรีภาพตามรัฐธรรมนูญเป็นเสรีภาพตามกฎหมายมหาชนที่รัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองและคุ้มครองแก่บุคคลในการกำหนดชะตากรรมของตนโดยมีอิสระที่กระทำหรืองดเว้นการกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งได้ด้วยตนเอง

ผู้เขียนเห็นด้วยกับแนวคิดของ Thomas Szasz มุมมองของการเสพยาเสพติดเป็นเรื่องของจริยธรรมและการใช้อำนาจรัฐในการตรากฎหมายเพื่อจำกัดเสรีภาพของปัจเจกบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคมโดยอาศัยเหตุผลด้านความเป็นอันตรายของยาเสพติดจนละเลยด้านคุณประโยชน์ที่อาจได้รับจากกยาเสพติด และเห็นด้วยกับ John Stuart Mill ในเรื่องการใช้เสรีภาพที่จะเสพยาเสพติดควรมีเงื่อนไขว่าต้องไม่รบกวนสิทธิและเสรีภาพของผู้อื่นรวมทั้งควรเป็นเสรีภาพของผู้ที่บรรลุนิติภาวะ ดังนั้นการใช้เสรีภาพในการใช้ยาเสพติดที่ควรจะเป็นคือการที่บุคคลมีอิสระในการเลือกที่จะกระทำการเสพยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายตนเองแต่จำเป็นต้องมีการกำหนดขอบเขตเงื่อนไขของการใช้ยาเพื่อที่จะไม่ละเมิดเสรีภาพของผู้อื่นหรือป้องกันผลที่จะทำให้เกิดภัยต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับการควบคุมการใช้สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

หากการเลือกที่จะเสพยาเสพติดเป็นเสรีภาพอย่างหนึ่งเช่น สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายที่ปัจเจกบุคคลมีอิสระในการตัดสินใจใช้ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับร่างกายของตน เช่นเดียวกับการเลือกใช้ยาสามัญประจำบ้านรักษาอาการของตนโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ซึ่งยาเหล่านั้นอาจมีผลข้างเคียงที่สามารถเกิดปฏิกิริยาในร่างกายได้ เช่นยาแก้แพ้จะทำให้เกิดอาการง่วงนอนดังนั้นปัจเจกบุคคลผู้ใช้ยาแก้แพ้จะต้องดูแลป้องกันอันตรายให้แก่ตนและผู้อื่นที่จะไม่ขับรถยนต์ เป็นต้น ภาครัฐจึงต้องมีหน้าที่ที่จะต้องจัดการเพื่อควบคุมยาอันตรายต่าง ๆ เหมือนกับในปัจจุบันที่ภาครัฐการควบคุมสุราหรือบุหรี่โดยไม่ควรห้ามการใช้ยาเสพติดโดยเด็ดขาดแต่ควรจำกัดสิทธิและเสรีภาพที่จะเสพยาเสพติดไว้มิให้ไปรบกวนบุคคลอื่น เช่น การมีไว้ในครอบครองในบุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้วแต่ควรห้ามกรณีของผู้เยาว์ การจำกัดปริมาณและสถานที่ที่ใช้สารเสพติด และมีหน้าที่จัดการบริการทางด้านสาธารณสุขโดยให้ความรู้ถึงอันตรายของยาเสพติดและให้การบำบัดรักษา เป็นต้น

ถึงแม้หลักการนี้อาจส่งผลต่อตลาดยาเสพติดเพิ่มขึ้นแต่การเปิดเสรีการค้าจะทำให้ตัวสินค้าพ้นจากสภาพแบบแฝงและรัฐสามารถควบคุมได้ง่ายขึ้น เมื่อรัฐยอมรับเรื่องปัญหายาเสพติดตามลักษณะที่แท้จริงว่าไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์หรือการบำบัดโรคแต่เป็นปัญหาทางจริยธรรมและการใช้อำนาจรัฐก็จะสามารถเลือกระหว่างการให้อำนาจเต็มแก่รัฐโดยลดทอนสิทธิของปัจเจกบุคคลหรือวิถีทางตรงกันข้ามที่เน้นสิทธิของปัจเจกบุคคลว่าสำคัญกว่าอำนาจรัฐ ภาครัฐควรทบทวนถึงคุณสมบัติที่แท้จริงในทางเภสัชวิทยาและคำนึงถึงผลประโยชน์ในทางการแพทย์ ทางเศรษฐกิจของกัญชา/กัญชงตลอดจนความปลอดภัยเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิตยาเสพติด หากจะมีการอนุญาตให้ใช้ยาเสพติดก็สมควรที่จะหาทางป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสังคมโดยการกำหนดมาตรการในการควบคุมการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดที่เหมาะสมกับประเทศไทย

จากการทบทวนแนวคิดเรื่องสิทธิและเสรีภาพของการใช้ยาเสพติดผู้เขียนเห็นว่าเป็นเสรีภาพอย่างหนึ่งของปัจเจกบุคคลเช่นเดียวกับสิทธิและเสรีภาพในทางอื่นแต่ผู้ใช้ยาเสพติดจะต้อง

ดูแลป้องกันอันตรายให้แก่ตนและผู้อื่น กล่าวคือการใช้ยาเสพติดจะต้องมีเงื่อนไขว่ามีวัตถุประสงค์ที่จะก่อเกิดประโยชน์ต่อตนเองและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น/สังคม ตัวอย่างการใช้สิทธิและเสรีภาพของการใช้ยาเสพติด เช่น การนำยาเสพติดประเภทกัญชา/กัญชงมาใช้ประโยชน์เช่น การใช้ในทางการแพทย์ การใช้ประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ หรือการครอบครองกัญชาเพื่อเสพ/ใช้ส่วนบุคคลโดยมีเงื่อนไข คือสิทธิและเสรีภาพรูปแบบหนึ่งที่ปัจเจกบุคคลมีความเป็นอิสระในการเลือกใช้อย่างมีขอบเขตได้

บทที่ 3

แนวความคิดว่าด้วยยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกัญชา/กัญชงในประเทศไทย

ในบทนี้ผู้เขียนได้รวบรวมแนวความคิดเรื่องยาเสพติด การกระทำความผิด การลงโทษและการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทยโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพัฒนาการของรัฐในการควบคุมยาเสพติดความหมายของยาเสพติด การจัดประเภทของยาเสพติด แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้พืชกัญชา/กัญชง ตลอดจนกฎหมายที่ใช้บังคับกับยาเสพติดชนิดอื่นที่ใกล้เคียงกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงของประเทศไทยเพื่อแสดงให้เห็นแนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดและกฎหมายที่ใช้บังคับใช้กับพืชกัญชา/กัญชง ได้แก่ การลงโทษ การจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์ อันจะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดและแนวทางการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา/กัญชงในประเทศไทยต่อไป โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้

3.1 แนวความคิดเรื่องยาเสพติดในประเทศไทย

ในข้อนี้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย ได้แก่ พัฒนาการเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติด ความหมายของยาเสพติดและการจัดประเภทของยาเสพติดโดยมีข้อพิจารณา ดังนี้

3.1.1 พัฒนาการเกี่ยวกับนโยบายของรัฐในการควบคุมการใช้กัญชง/กัญชา

ในข้อนี้อธิบายพัฒนาการของกฎหมายควบคุมการใช้กัญชง/กัญชาเพื่อศึกษาความเป็นมาของการกำหนดสถานะทางกฎหมายให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดและมาตรการควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยโดยผู้เขียนจะอธิบายเทียบเคียงจากพัฒนาการและความเป็นมาของพัฒนาการควบคุมอาหารและยาของประเทศไทย[271] แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะในส่วนของยาเสพติดเท่านั้น โดยแบ่งช่วงพัฒนาการเป็น 3 ช่วง ดังนี้

3.1.1.1 นโยบายการควบคุมอาหารและยาก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2

นโยบายของรัฐในการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทยก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ร.ศ.30 รัฐยังไม่ได้บัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหารและยาโดยเฉพาะ จนกระทั่ง พ.ศ.2362 รัฐประกาศใช้พระราชบัญญัติห้ามสูบฝิ่นและพระราชบัญญัติที่บังคับใช้เกี่ยวกับการควบคุมฝิ่นโดยในสมัยรัชกาลที่ 6 ได้ตราพระราชบัญญัติมอร์ฟีนและโคเคน พ.ศ.2456 เจตนารมณ์ของกฎหมาย

---

[271] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, **เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารงานควบคุมอาหารและยา หน่วยที่ 1-7** (นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536), หน้า 73-116.

เนื่องจากรัชกาลที่ 6 ทรงเล็งเห็นความสำคัญของการใช้มอร์ฟีนและโคเคนซึ่งมีบุคคลนำไปใช้ในทางที่ผิดและรัฐบาลยังไม่มีมาตรการควบคุมการจำหน่ายมอร์ฟีนและโคเคน ต่อมาในปี พ.ศ.2457 ประเทศไทยได้เข้าร่วมทำสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยฝิ่น ณ กรุงเฮก อย่างไรก็ตามดำเนินการควบคุมเรื่องฝิ่นในระยะนี้ก็ต้องหยุดชะงักไปชั่วคราวเนื่องจากเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 จนกระทั่งต่อมาในระหว่างปี พ.ศ.2457-2461 ประเทศไทยได้เข้ารับรองสัญญาสันติภาพเมืองแวร์ซายส์จึงเริ่มออกมาตรการควบคุมยาเสพติดให้สอดคล้องกับต่างประเทศโดยเน้นการปราบปรามการใช้ยาเสพติดให้โทษพร้อมกับมาตรการควบคุมการนำเข้า การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง การเพาะปลูกยาเสพติด

ในปี พ.ศ.2465 รัฐประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2465 เจตนารมณ์ของกฎหมายเพื่อควบคุมฝิ่น อัลคาลอยด์ของฝิ่น ใบโคคาและตัวยาหรือยาปรุงอื่น ๆ ที่ให้โทษเช่นเดียวกันยกเว้นฝิ่นดิบ ฝิ่นสุกและมูลฝิ่น หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง โดยในขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขสังกัดกระทรวงมหาดไทย ต่อมาได้ก่อตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือ กองยาเสพติดให้โทษ ซึ่งมีภารกิจสำคัญ 3 ด้านคือ การตรวจค้น การทะเบียนและคลังยาเสพติดให้โทษ ต่อมา พ.ศ.2472 กองยาเสพติดให้โทษได้ถูกยกเลิกไปและโอนงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้อยู่ในความรับผิดชอบของแผนกอาหารและยากองสุขภาพ ในขณะนั้นมิได้ออกกฎหมายห้ามใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงแต่อย่างใดแต่มีการใช้กัญชาในด้านการแพทย์แผนไทย เช่น นำกัญชามาปรุงยารักษาอาการเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้จากหนังสือตำรายาโบราณ ดังเช่น ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติซึ่งรัฐบาลได้รวบรวมตำรายาแผนโบราณไว้เป็นเล่มเดียวกัน ตำราของพระยาพิศณุประสาทเวชก็กล่าวถึงการใช้กัญชาในฐานะยาสมุนไพรรักษาโรค

อย่างไรก็ตามในสมัยรัชกาลที่ 8 ปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญระหว่างประเทศโดยเฉพาะปัญหาฝิ่นและใบโคคา รัฐจึงออกกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นสองฉบับคือ พระราชบัญญัติกันชา พุทธศักราช 2477 (Indian Hemp Act B.E.2477)และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พุทธศักราช 2486 ซึ่งมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชาให้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการคลัง โดยห้ามการปลูก ซื้อ จำหน่าย มีไว้ครอบครอง หรือสูบกัญชา และให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยอนุญาตให้แต่เฉพาะบุคคลมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในทางโรคศิลปะหรือปลูกหรือมีพันธุ์กัญชาไว้เพื่อการทดลองหรือประโยชน์ในการรักษาโรคเท่านั้นซึ่งพระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2478 ประกอบด้วย 11 มาตรา หลักการในกฎหมายกำหนดคำนิยามของกัญชา[272] ห้ามการปลูกหรือมีพันธุ์กัญชาไว้ในครอบครองตลอดจนการห้ามนำเข้า ส่งออกหรือเสพกัญชา ตลอดจนการครอบครองบ้อง

[272] กัญชา หมายความตลอดถึงทุกส่วนของกัญชารวมทั้งวัตถุต่าง ๆ ที่อยู่ในต้นกัญชาเช่น ใบ ดอก ยอด ผล ยาง และลำต้น เป็นต้น

กัญชาเป็นต้น เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ก็คือการควบคุมกัญชาและได้กำหนดบทลงโทษสำหรับความผิดไว้[273]

ต่อมาในปี พ.ศ.2479 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขมาตรการควบคุมบางอย่างในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2475 ให้เหมาะสมรัดกุมยิ่งขึ้นและทันต่อสภาวการณ์ โดยประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพุทธศักราช 2479 (ฉบับที่ 2) โดยมีการเพิ่มเติมข้อห้ามนำเอาฝิ่นดิบ ฝิ่นสุก มูลฝิ่น มาใช้เป็นส่วนประกอบในยารักษาโรคถ้าหากนำมาใช้ต้องจัดเข้าเป็นยาเสพติด

3.1.1.2 นโยบายการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทยภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

แนวนโยบายของรัฐในการควบคุมยาเสพติดให้โทษภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ใน พ.ศ.2501 มีคำสั่งปฏิวัติโดยการประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 โดย จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ หัวหน้าคณะปฏิวัติมีนโยบายให้ประชาชนเลิกการเสพฝิ่นทั่วราชอาณาจักร ส่งผลทำให้ยกเลิกการเสพฝิ่นและจำหน่ายฝิ่น (นับตั้งแต่ พ.ศ.2394) ลงอย่างเด็ดขาดโดยดำเนินการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนมีใบอนุญาตเสพฝิ่นได้อีกหกเดือนนับแต่วันที่ 1 มกราคม 2502 และให้ยกเลิกเด็ดขาดแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2502 เป็นต้นมาโดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบผ่านโรงพยาบาลธัญญารักษ์

ในปี พ.ศ.2502 เมื่อรัฐออกนโยบายให้ประชาชนเลิกการเสพฝิ่นแต่ผู้ติดยาเสพติดมิได้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่หันไปใช้ยาเสพติดร้ายแรงยิ่งขึ้น คือ เฮโรอีน รัฐบาลจึงปรับปรุงแก้ไขมาตรการควบคุมยาเสพติดให้เข้มงวดมากขึ้นและประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2502 โดยมีการเพิ่มโทษผู้กระทำผิดให้สูงขึ้น อย่างไรก็ตามมาตรการดังกล่าวไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่ขยายการระบาดของเฮโรอีนได้

ในปี พ.ศ.2504 รัฐบาลปรับปรุงกฎหมายอีกครั้งโดยประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 4) พุทธศักราช 2504 โดยกำหนดเฮโรอีนเป็นวัตถุต้องห้ามโดยเด็ดขาดพร้อมกับกำหนดโทษผู้ฝ่าฝืนสูงสุดคือประหารชีวิตกฎหมายยังมีข้อกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจจัดตั้งสถานพยาบาลและสถานพักฟื้นสำหรับผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ต่อมาใน พ.ศ. 2522 กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้นมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย รัฐบาลจึงปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกจึงตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็นต้นมา

---

[273] มาตรา 9 บัญญัติว่า การปลูกหรือมีพันธุ์กัญชา ให้จำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินห้าร้อยบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และการพากัญชาเข้าไปในพระราชอาณาจักร หรือส่งกัญชาออกไปนอกพระราชอาณาจักร ให้จำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินห้าร้อยบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 10 บัญญัติว่า การมี ซื้อ ขาย จำหน่าย หรือสูบกัญชา ให้จำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินสองร้อยบาท หรือทั้งจำทั้งปรับและการมี ซื้อ ขาย หรือจำหน่าย บ้องกัญชา หรือเครื่องมืออย่างอื่นที่ใช้สูบกัญชา ให้จำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองร้อยบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3.1.1.3 แนวนโยบายของรัฐในการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทยในสมัยปัจจุบัน

รัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการควบคุมอาหารและยาและก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขึ้นเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคหรืออุปโภค ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุมีพิษ วัตถุเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในปี พ.ศ.2504 องค์การสหประชาชาติได้พิจารณาเห็นว่าในการควบคุมยาเสพติดให้โทษนี้ได้มีอนุสัญญาและพิธีสารหลายฉบับด้วยกัน ดังนั้นจึงได้ตกลงทำอนุสัญญาและพิธีสารที่มีอยู่ประมวลไว้เป็นฉบับเดียวกันคืออนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2504 (ค.ศ.1961) และให้ภาคีสมาชิกถือปฏิบัติตาม ดังนั้นประเทศไทยซึ่งเป็นภาคีสมาชิกอยู่ด้วยก็ได้พัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศ โดยประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ประกอบด้วยมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษซึ่งมีเจตนารมณ์ของกฎหมาย ดังนี้[274]

1. กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันได้ใช้บังคับมานานและมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย

2. ประเทศไทยได้เป็นภาคีสมาชิกอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษจึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาดังกล่าว

3. การปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาตลอดจนเพิ่มโทษ

สำหรับหลักการและสาระสำคัญในกฎหมายฉบับนี้คือการจัดประเภทยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท โดยจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเพื่อควบคุมยาเสพติดให้โทษและประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.), การควบคุมยาเสพติดให้โทษบางประเภทซึ่งมีการควบคุมโดยใกล้ชิดและเข้มงวดกวดขันเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดให้โทษ กล่าวคือยาเสพติดให้โทษบางชนิดห้ามเด็ดขาด และบางชนิดไม่ห้ามเด็ดขาดสามารถขออนุญาตประกอบการได้ โดยให้เหตุผลที่กฎหมายฉบับนี้บัญญัติไว้ เช่น วัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ เป็นต้น กำหนดอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่และมาตรการควบคุมพิเศษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ, กำหนดโทษสำหรับผู้ที่ใช้อุบายหลอกลวง ขู่เข็ญ ใช้กำลังประทุษร้าย ใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรม หรือใช้วิธีข่มขืนใจด้วยประการอื่นใดให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษและกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้ขยายขอบเขตการควบคุมไปถึงสารเคมีที่จำเป็นสำหรับใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ส่วนยารักษาโรคที่เป็นยาเสพติดก็ให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้เท่านั้น

นอกจากนี้กฎหมายกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจในการจำแนกประเภทยาเสพติด เพิกถอน หรือเปลี่ยนแปลงชื่อหรือประเภทยาเสพติด กำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ผู้รับอนุญาต ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง สั่งเพิกถอนใบอนุญาต ในการกำหนดตำแหน่งและระดับของพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อทำการตรวจค้นสถานที่ หรือบุคคลใด ๆ ที่มี

---

[274] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

เหตุอันควรสงสัยว่ามียาเสพติดให้โทษซุกซ่อนอยู่โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และมีอำนาจในการยึดยาเสพติดให้โทษ วางระเบียบปฏิบัติราชการในการประสานกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และกระทรวง ทบวง กรมอื่น ในการอนุญาตให้ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในการครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 และในประเภท 5

กฎหมายกำหนดให้ “คณะกรรมการยาเสพติด” มีอำนาจหน้าที่หน้าที่ให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการจำแนกประเภทยาเสพติด เพิกถอนชื่อหรือประเภทยาเสพติด กำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ผู้รับอนุญาต ผลิตหรือมีไว้ในครอบครองของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตลอดจนให้ความเห็นชอบต่อรัฐมนตรีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดตำแหน่งและระดับของพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อทำการตรวจค้นสถานที่อันมีเหตุอันสมควรสงสัยว่ามียาเสพติดให้โทษซุกซ่อนอยู่โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย รวมไปถึงในการวางระเบียบปฏิบัติราชการในการประสานกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกระทรวง ทบวง กรมอื่น และกำหนดให้ “คณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” มีหน้าที่ให้ความเห็น คำแนะนำหรือความเห็นชอบในเรื่องการผลิต ขาย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ การพักใช้ใบอนุญาตการเพิกถอนใบอนุญาต การเพิกถอนทะเบียนวัตถุตำรา การกำหนดหลักเกณฑ์อันเกี่ยวกับการผลิต นำผ่าน มีไว้ครอบครอง เป็นต้น

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2514 ได้มีการประชุมผู้แทนประเทศต่าง ๆ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรียเพื่อพิจารณาเรื่องการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและที่ประชุมได้มีมติตกลงให้แยกการควบคุมวัตถุดังกล่าวออกเป็นอีกอนุสัญญาหนึ่งต่างหากคือ อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2514 (Convention on Psychotropic Substances 1971) ซึ่งประเทศไทยได้ร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญานี้ด้วยวิธีภาคยานุวัติ เมื่อ พ.ศ.2518 รัฐบาลจึงประกาศใช้พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พุทธศักราช 2518 ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อควบคุมการเสพติดอื่นที่เกิดจากการที่เทคโนโลยีต่าง ๆ ได้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นและมีการสังเคราะห์สารต่างๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ซึ่งยาเหล่านี้จะมีข้อจำกัดการใช้ในทางการแพทย์แต่มีบุคคลจำนวนหนึ่งนำสารเหล่านี้ไปใช้ในทางที่ผิด เช่น แอลเอสดี แอมเฟตามีน องค์การสหประชาชาติจึงได้มีมติเมื่อปี พ.ศ.2512 ให้มีมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

3.1.1.4 ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดในประเทศไทย

ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดในประเทศไทยในปัจจุบันมีความเกี่ยวข้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ การประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยจึงสอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศไทยได้ร่วมลงนาม รับรองและประกาศใช้กฎหมายเพื่ออนุวัตรการตามอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งสรุปได้ว่าประวัติศาสตร์ประเทศไทยเคยประกาศใช้กฎหมายที่มีลักษณะการห้ามปรามการใช้ฝิ่น (Zero Tolerance) เช่น กฎหมายลักษณะ

โจรในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) ได้บัญญัติการห้ามซื้อขายและเสพฝิ่น[275] แต่ยังมีการลักลอบการขายฝิ่นตามหัวเมืองและเมืองขึ้นแม้แต่ผู้ปกครองเมืองบางแห่งก็ติดฝิ่น ดังนั้นปัญหาการขายฝิ่น เสพฝิ่นจึงแก้ไขไม่ได้ตลอดสมัยกรุงศรีอยุธยาต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ได้ออกกฎหมายห้ามปรามการสูบฝิ่น ได้แก่ กฎหมายป่าวร้องห้ามปรามผู้ขายและผู้สูบฝิ่นในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกจนกระทั่งในสมัยสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงตราพระราชกำหนดโทษให้สูงขึ้น[276] ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวซึ่งเป็นช่วงที่ชาวจีนลักลอบนำฝิ่นเข้ามาในประเทศไทยจนทำให้ฝิ่นระบาดเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย

อย่างไรก็ตามประเทศไทยเคยมีนโยบายทำให้ฝิ่นถูกกฎหมาย (Legalization) และเก็บภาษีในบางกรณี เช่น ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นว่าการปราบปรามไม่สามารถขจัดปัญหาการสูบและขายฝิ่นได้จึงทรงเปลี่ยนนโยบายใหม่ยอมให้คนจีนเสพและขายฝิ่นได้ตามกฎหมายโดยการเสียภาษีตลอดจนเปิดโรงสูบฝิ่นซึ่งเน้นให้บริการแก่ชาวจีนและห้ามคนไทยมิให้เสพฝิ่นแต่ก็ไม่ได้ผลเนื่องจากคนไทยลักลอบเสพฝิ่นเช่นเดียวกับชาวจีน[277]

ในปี พ.ศ.2453 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 6 ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 ได้เกิดปัญหายาเสพติดในประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งอยู่ในการปกครองของสหรัฐอเมริกา โดยพลเมืองชาวฟิลิปปินส์ติดฝิ่นประกอบกับขณะนั้นแรงงานสำคัญในการผลิตยุทโธปกรณ์ในสงครามติดสารเสพติดกล่าวคือ กลุ่มผู้ใช้แรงงานชาวจีนชาวจีนนิยมเสพฝิ่นและกลุ่มผู้ใช้แรงงานแอฟฟริกันอเมริกันนิยมเสพโคเคน สหรัฐอเมริกาจึงประกาศใช้กฎหมายแฮริสัน (Harison Act) ในปี พ.ศ.2457 สำหรับประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับแรกในปี พ.ศ.2465 ซึ่งมีสาระสำคัญเพื่อปราบปรามการแพร่กระจายของฝิ่นและโคเคนและเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาฝิ่นระหว่างประเทศ ณ กรุงเฮก ที่ประเทศไทยเข้าร่วมลงนามและต่อมาได้รับรองสนธิสัญญาแวร์ซายภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 1

ในปี พ.ศ.2468 ในสมัยรัชกาลที่ 7 ซึ่งมีการเปลี่ยนรูปแบบการปกครองประเทศเป็นระบอบราชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญพร้อมกับระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา ต่อมาในปี พ.ศ.

---

[275] ไว้ว่า “ผู้สูบฝิ่น กินฝิ่น ขายฝิ่นนั้น ให้ลงพระราชอาญาจงหนักหนา ริบราชบาทว์ให้สิ้นเชิง ทเวนบกสามวัน ทเวนเรือสามวัน ให้จำใส่คุกไว้จนกว่าจะอดได้ ถ้าอดได้แล้วเรียกเอาทานบนแก่มันญาติพี่น้องไว้แล้ว จึงให้ปล่อยผู้สูบ ขาย กินฝิ่น ออกจากโทษ”

[276] ไว้ว่า “ห้ามอย่าให้ผู้ใดสูบฝิ่น กินฝิ่น ซื้อฝิ่น ขายฝิ่นและเป็นผู้สมซื้อหรือสมขายเป็นอันขาดทีเดียวถ้ามิฟังจับได้และมีผู้ร้องฟ้องพิจารณาเป็นสัจจะให้ลงพระอาญา เฆี่ยน 3 ยก ทเวนบก 3 วัน ทเวนเรือ 3 วัน ริบราชบาทว์ บุตรภรรยา และทรัพย์สิ่งของให้สิ้นเชิง ให้ส่งตัวไปตะพุ่นหญ้าช้างผู้รู้เห็นเป็นใจมิได้เอาความมาว่ากล่าว จะให้ลงพระอาญาเฆี่ยนตี 60 ที”; กำธร กำประเสริฐ และสุเมธ จานประดับ, **ประวัติศาสตร์กฎหมายไทยและระบบกฎหมายหลัก (Thai Legal History and Major Legal System),** ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://e-book.ram.edu/e-book/l/LW103(50)/LW103-7.pdf ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2559

[277] อัมมาร สยามวาลา และชัยยุทธ ปัญญสวัสดิ์สุทธิ์, “บทบาทของการลักลอบค้ายาเสพติดในเศรษฐกิจไทย,” **วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์** 10, 1 (มีนาคม 2535): 1-41.

2477 ในสมัยรัชกาลที่ 8 ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ.2477 เพื่อควบคุมการกัญชาและต่อมาในปี พ.ศ.2486 รัฐบาลไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ.2486 เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน

ในปี พ.ศ.2504 นานาประเทศได้ร่วมลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ.1961 (Single Convention Narcotic Drug 1961) ซึ่งเป็นการจัดระบบกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมยาเสพติดให้โทษอย่างเป็นสากลซึ่งรวมถึงกำหนดให้กัญชา โคคาและพืชตระกูลฝิ่นเป็นยาเสพติดให้โทษ การกระทำความผิดดังกล่าวให้ถือเป็นความผิดอาญา ต่อมาประเทศไทยมีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่ออนุวัติการตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ. 1961และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1972

ในปี พ.ศ.2501 คณะปฏิวัติโดยจอมพลสฤษฎ์ ธนะรัชต์ ได้ออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 ให้เลิกการเสพฝิ่นและจำหน่ายฝิ่นทั่วราชอาณาจักรและกำหนดดำเนินการให้เสร็จสิ้นเด็ดขาด ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2502 นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาการเสพและจำหน่ายฝิ่นจึงถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยภาครัฐจัดให้ผู้ติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม ปัญหายาเสพติดก็มิได้ลดลงโดยผู้ผลิตเปลี่ยนวิธีการจำหน่ายด้วยวิธีการทางเคมีเปลี่ยนรูปเป็นเฮโรอีนและมอร์ฟีนซึ่งมีฤทธิ์ร้ายแรงกว่าฝิ่นและพบการระบาดของสารดังกล่าวในประเทศไทย

ในปี พ.ศ.2514 ได้มีกฎหมายระหว่างประเทศกำหนดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทโดยมีการลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971 ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2518 ประเทศไทยมีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 เพื่ออนุวัตรการตามอนุสัญญาดังกล่าว

ในปี พ.ศ.2531 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ผลักดันให้มีการลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1988 ในปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยประกาศใช้พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533 และในปี พ.ศ. 2534 ประกาศใช้พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 และในปี พ.ศ.2535 มีการจัดตั้งกองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติดเป็นครั้งแรก

3.1.2 ความหมายของยาเสพติดและการจัดประเภทของยาเสพติด

ความหมายของยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยได้กล่าวไว้ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ไว้ว่า

> สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่

หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่[278]

การจัดประเภทของยาเสพติดให้โทษ ตามมาตรา 7 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จำแนกปะเภทของยาเสพติดไว้เป็น 5 ประเภท โดยได้จัดลำดับประเภทของยาเสพติดตามระดับความเป็นอันตรายต่อมนุษย์ กล่าวคือยาเสพติดประเภท 1 เป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรงมากที่สุด เช่นเฮโรอีน ส่วนพืชเสพติดเช่น กัญชา กระท่อมถูกจัดประเภทในลำดับสุดท้ายคือประเภท 5 ดังนี้

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นต้นตำรับยาและมียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ด้วยตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

ประเภท 4 สารแคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4

3.2 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา/กัญชงของประเทศไทย

3.2.1 มาตรการทางกฎหมาย

ประเทศไทยมีกฎหมายยาเสพติดซึ่งเป็นกฎหมายหลักคือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 บัญญัติไว้เพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษภายในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและบัญญัติขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ โดยได้กำหนดให้สามารถขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมาไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษได้ สำหรับการขออนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ.2522 อันเป็นกฎหมายลำดับรองลงมา และได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่อระบุชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ โดยมีรายละเอียดเนื้อหากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.2.1.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็นกฎหมายควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันจากการศึกษาพัฒนาการของการใช้ประโยชน์จากกัญญาในอดีตจนถึงปัจจุบัน ภาครัฐมีนโยบายที่เน้นมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด (Zero Tolerance) ตลอดจนการประกาศสงครามกับยาเสพติด และออกมาตรการทางกฎหมายให้ควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ในข้อนี้ผู้เขียนสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ดังนี้

[278] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

1) เหตุผลของการออกกฎหมาย คือ เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันได้บังคับใช้มานานแล้วและมีบทบัญญัติไม่เหมาะสมกับกาลสมัย สมควรปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

2) คำนิยามที่เกี่ยวข้องตามมาตรา 4 ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษหมายถึง “สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่”[279] โดยมาตรา 4 ยังได้ให้คำนิยายความหมายเพิ่มเติม ดังนี้

> การผลิต หมายความว่า เพาะ ปลูก ทำ ผสม ปรุง แปรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ และให้ความหมายรวมตลอดถึงการแบ่งบรรจุหรือรวมบรรจุด้วย
>
> การจำหน่ายหมายความว่า ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้
>
> นำเข้า หมายความว่า นำ หรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักร
>
> ส่งออก หมายความว่า นำ หรือส่งออกจากราชอาณาจักร
>
> ผู้รับอนุญาต หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตตามประราชบัญญัตินี้
>
> ผู้อนุญาต หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

3) หน่วยงานที่รับผิดชอบตามกฎหมายให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้และให้มีอำนาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่เพื่อออกกฎกระทรวง กำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราตามบัญชีท้ายพระราชบัญญัตินี้ การยกเว้นค่าธรรมเนียมและกำหนดกิจการอื่นออกประกาศตามมาตรา 6

---

[279] มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

นอกจากนี้กฎหมายได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ” ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมอนามัยหรือผู้แทน อธิบดีกรมตำรวจหรือผู้แทน อธิบดีกรมอัยการหรือผู้แทน อธิบดีกรมศุลกากรหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาหรือผู้แทน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือผู้แทน ผู้แทนกระทรวงกลาโหม และผู้ทรงคุณวุฒิอื่นอีกไม่เกินเจ็ดคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการ และให้เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ โดยคณะกรรมการตามมาตรา 9 จะมีอำนาจตามมาตรา 13 ให้ความเห็นชอบต่อรัฐมนตรีเพื่อปฏิบัติการตามมาตรา 8 ให้ความเห็นชอบต่อผู้อนุญาตในการอนุญาตให้ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5

4) ข้อสังเกต ของกฎหมายฉบับนี้ มีดังนี้

(1) การกำหนดประเภทของยาเสพติดตามมาตรา 7 กำหนดให้ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท โดยกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เนื่องจากมิได้จัดเข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 ซึ่งตามกฎหมายระบุพืชเสพติด เช่น กัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย ทั้งนี้ ตามรัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 8 (1) ซึ่งรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศ ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษว่ายาเสพติดให้โทษชื่อใดอยู่ในประเภทใดตามมาตร 7 และมาตรา 8 (3) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองได้

(2) ข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชงเกิดจากการที่กฎหมายกำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่องออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 26 แต่มีข้อยกเว้นไว้ว่าต้องขออนุญาตจากรัฐมนตรี และรัฐมนตรีจะอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป และกำหนดข้อสันนิษฐานของกฎหมายไว้ว่าการมียาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 ไว้ในครอบครองมีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้ถือว่ามีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย

จากข้อสังเกตพบว่ากัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดประเภท 5 ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มพืชเสพติด และถูกจำกัดการใช้ประโยชน์ตามมาตรา 26 โดยมีข้อยกเว้นในการขออนุญาตให้ใช้ประโยชน์ได้จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะราย ถึงแม้ว่าปัจจุบันรัฐมีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากกัญชงและออกมาตรการควบคุมกันชงแล้วในกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 แต่กัญชายังไม่มีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากภาครัฐแต่อย่างใด และมาตรการควบคุมในปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอดังที่กล่าวไว้ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ.2522 โดยกฎกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

(3) บทกำหนดโทษ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษบัญญัติไว้ ดังนี้

1. ให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 26 จัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงามต่อเลขาธิการเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะเปิดทำการ ทั้งนี้ ภายใน 5 ปีนับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชีตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 62

2. ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 50 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75

3. ผู้ใดมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76

4. ผู้ใดจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 25 วรรคหนึ่ง มีจำนวนยาเสพติดให้โทษไม่ถึง 10 กิโลกรัม ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 40,000 บาทถึง 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76/1 สำหรับกรณีตามมาตรา 76/1 วรรคหนึ่ง ถ้ามียาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 ตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไประวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76/1 วรรคสอง

จากข้อสังเกตบทลงโทษฐานครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76 เป็นการลงโทษขั้นต่ำในอัตราที่สูง

3.2.1.2 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 ซึ่งมีสาระสำคัญของการควบคุมวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย ดังนี้

1) เหตุผลในการประกาศใช้กฎหมาย คือ เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2514 เพื่อร่วมมือกับประเทศภาคีอื่นๆควบคุมการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่านหรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ มิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลและสังคม

2) คำนิยามที่เกี่ยวข้องตามมาตรา 4 ได้ให้บัญญัติคำนิยาม ดังนี้

วัตถุออกฤทธิ์ หมายความว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

เสพ หมายความว่า การรับวัตถุออกฤทธิ์เข้าสู่ร่างกายโดยรู้อยู่ว่าเป็นวัตถุออกฤทธิ์ไม่ว่าด้วยวิธีใดหรือทางใด

ติดวัตถุออกฤทธิ์ หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันจนตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งวัตถุออกฤทธิ์นั้นโดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ

นอกจากนี้มาตรา 4 ยังได้ให้คำนิยายความหมายเพิ่มเติม ดังนี้

การผลิต หมายความว่า ทำ ผสม ปรุง หรือแปรสภาพและหมายความรวมถึงเปลี่ยนรูป แบ่งบรรจุหรือรวมบรรจุ

ขาย หมายความรวมถึง จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ส่งมอบหรือมีไว้เพื่อขาย

นำเข้า หมายความว่า นำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักร

ส่งออก หมายความว่า นำหรือส่งออกจากราชอาณาจักร

ผู้รับอนุญาต หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตตามประราชบัญญัตินี้

ผู้อนุญาต หมายความว่า 1) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา 2) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้ว่าราชการจังหวัด

3) หน่วยงานที่รับผิดชอบตามกฎหมายให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราตามบัญชีท้ายพระราชบัญญัตินี้ การยกเว้นค่าธรรมเนียมและกำหนดกิจการอื่นกับออกประกาศตามมาตรา 5

4) ข้อสังเกตของกฎหมาย มีดังนี้

(1) การจัดประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จัดประเภทวัตถุที่ออกฤทธิ์เป็น 4 ประเภท มีผลบังคับใช้โดยมีลักษณะการควบคุมดังนี้[280]

---

[280] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด, **วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท**, ค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560 จาก http://www.newsser.fda.moph.go.th

ประเภทที่ 1 ไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ ห้ามผลิต นำเข้าและจำหน่าย ไม่อนุญาตให้ใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่ว่ากรณีใดๆเช่น เตตราไฮโดรแคนนาบินอล

ประเภทที่ 2 มีประโยชน์ในทางการแพทย์ ผลิต นำเข้าโดยกระทรวงสาธารณสุขและจำหน่ายให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม และสัตวแพทย์ซึ่งเป็นผู้จ่ายยาให้แก่คนไข้ของตน ไม่มีขายตามร้านขายยาทั่วไป เช่น เฟนเตอร์มีน มิดาโซแลมโซฟิเดมเคตามีน (ยาเค) ซูโดเอฟริดีนซึ่งใช้เป็นสารตั้งต้นในการผลิตยาบ้าโดยปกติใช้ผสมในการผลิตยาบรรเทาหวัด อนุญาตให้ใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในบางกรณี โดยผู้นำเข้าและผู้ส่งออกต้องได้รับอนุญาตก่อนและต้องแสดงปริมาณของยาที่นำเข้าและส่งออกด้วย

ประเภทที่ 3 มีประโยชน์ในทางการแพทย์ มีโอกาสเสพติดน้อยกว่าประเภท 2 สามารถขายตามร้านขายยาได้แต่ต้องขายตามใบสั่งของแพทย์เช่น ยาแก้ปวดบูฟรีนอร์ฟีน ผู้ทำธุรกิจเกี่ยวกับยาวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจะต้องมาขอขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับก่อน

ประเภทที่ 4 มีประโยชน์ในทางการแพทย์ มีโอกาสเสพติดน้อยกว่าประเภท 3 เช่น กลุ่มที่ใช้ผลิตยาสงบประสาท เช่น ไดอาซีแพมอัลปราโซแลมคลอร์ไดอาซีพอกไซด์

(2) การขออนุญาตให้ใช้ประโยชน์ การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์สรุปได้ดังนี้

ตามมาตรา 16 ห้ามผลิต ขาย นำเข้าหรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 หรือนำผ่านซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท โดยกำหนดข้อยกเว้นไว้ในมาตรา 17 ในกรณีที่การผลิตวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมสำหรับคนไข้เฉพาะรายหรือของผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งสำหรับสัตว์เฉพาะราย เป็นต้น

ตามมาตรา 15 การขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 กระทำได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมสำหรับคนไข้ของตน หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งที่ขายเฉพาะสำหรับสัตว์ที่ตนบำบัดหรือป้องกันโรค เป็นต้น

(3) การจำกัดการใช้ประโยชน์ การจำกัดการใช้ประโยชน์สรุปได้ ดังนี้

ตามมาตรา 13 ห้ามผลิต ขาย นำเข้าหรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ซึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับกระทรวงสาธารณสุขเว้นแต่กฎหมายนี้กำหนดไว้เป็นอย่างอื่น

ตามมาตรา 13 ทวิ ห้ามผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นบางชนิดที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อตามมาตรา 6 โดยได้ใบอนุญาตซึ่งกำหนดไว้ในกฎกระทรวง

พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจในการอนุญาตให้ผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก นำผ่านหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ หรือการกระทำทะเบียนวัตถุตำรับ การพักใช้ใบอนุญาต การเพิกถอนในอนุญาต การเพิกถอนทะเบียนวัตถุตำรับ การกำหมดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก นำผ่าน มีไว้ครอบครอง หรือการนำมาเป็นตัวอย่างซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ หรือวัตถุตำรับยกเว้น และการตรวจสถานที่ผลิต สถานที่ขาย สถานที่เก็บ และสถานที่ประกอบ

ธุรกิจอื่น ซึ่งวัตถุดังกล่าว การออกกฎกระทรวงหรือประกาศที่ต้องประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518[281]

(4) บทกำหนดโทษบทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดไว้ในหมวดที่ 12 ซึ่งมีข้อสังเกตเกี่ยวกับบทกำหนดโทษที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการใช้ประโยชน์จากวัตถุออกฤทธิ์ ดังนี้

มาตรา 89 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 13 วรรคหนึ่ง หรือมาตรา 13 ทวิ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ ห้าปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสี่แสนบาท

มาตรา 90 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 16 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีและปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท

เมื่อพิจารณาบทลงโทษการฝ่าฝืนมาตรา 13 ห้ามผลิต ขาย นำเข้าหรือส่งออกซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 ได้แก่ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลมีอัตราการลงโทษขั้นต่ำตั้งแต่ห้าปีถึงยี่สิบปีซึ่งเป็นอัตราโทษที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THETRAHYDROCANNABI-NOL) ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายฉบับนี้ไม่รวมถึงเตตราไฮโดรแคนนาบินอลซึ่งมีอยู่ในแคนนาบิส (Cannabis)หรือยางกัญชา (Cannabis Resin) ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ[282]

3.2.1.3 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

เหตุผลในการตรากฎหมายฉบับนี้ คือ

> โดยปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกะทำให้กว้างขวางและผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งถูกบังคับให้เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับการได้ยาเสพติดไปเสพด้วย สมควรขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในความครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในวามครอบครองเพื่อจำหน่ายและผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยด้วย. . .

ข้อสังเกตกฎหมายฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดซึ่งมองว่าผู้ติดยาเสพติดไม่ใช่อาชญากรโดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติดยาเสพติด และผู้เสพยาเสพติด ความผิดตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 19 โดยบัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และ

---

[281] พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518

[282] บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518

ปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง”[283] ต่อมารัฐได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด พ.ศ.2546 ที่ออกตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้กำหนดกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภทและปริมาณของยาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้[284]

1) กำหนดลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติดในความผิดฐานเสพยาเสพติดตามมาตรา 19 วรรคหนึ่ง

(1) ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 มี 6 ประเภท ได้แก่ เฮโรอีน, เมทแอมเฟตามีน, แอมเฟตามีน, 3, 4-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน, เมทิลไดออกซีแอมเฟตามีนและเอ็นเอทิลเอ็มดิเอหรือเอ็มดิอี

(2) ยาเสพติดให้โทษประเภท 2มี 2 ชนิด ได้แก่ โคคาอีนและฝิ่น

(3) ยาเสพติดให้โทษประเภท5มี 1 ชนิด ได้แก่ กัญชา

(4) สารระเหยตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย[285]

2) กำหนดลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติด ในความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครอง ความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามมาตรา 15 วรรคแรกต้องมีปริมาณดังต่อไปนี้

(1) ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่

(1.1) เฮโรอีน มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน100 มิลลิกรัม

(1.2) เมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 500 มิลลิกรัม

(1.3) แอมเฟตตามีน มีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 500 มิลลิกรัม

(1.4) 3, 4-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 1,250 มิลลิกรัม

(1.5) เมทิลไดออกซีแอมเฟตามีน มีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 1,250 มิลลิกรัม

(1.6) เอ็นเอทิลเอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี มีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 1,250 มิลลิกรัม

(2) ยาเสพติดให้โทษประเภท 2

(2.1) โคคาอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 200 มิลลิกรัม

(2.2) ฝิ่นมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม

---

[283] พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

[284] กฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด พ.ศ. 2546, **ราชกิจจานุเบกษา** 120, 17 ก (2 มีนาคม 2546).

[285] กฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด (ฉบับที่ 2), **ราชกิจจานุเบกษา** 125, 84 ก (1 กรกฎาคม 2551).

(3) ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 คือ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม

กล่าวโดยสรุปหลักการของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2545 แสดงให้เห็นว่ามีการนำหลักการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนยุติธรรมทางเลือกมาใช้ควบคู่กับการนำแนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรม กล่าวคือ การนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดมาใช้ โดยนำหลักการที่ผู้เสพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรและผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรา 19 โดยการขยายขอบเขตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้เสพและมีไว้ในความครอบครองยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย ได้แก่ ผู้เสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย ผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย และการนำหลักการชะลอฟ้องมาใช้เพื่อให้ระบบแทนการดำเนินคดีอาญา (Diversion) มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาปรับใช้ในคดียาเสพติด โดยดำเนินการควบคู่กับหลักการยุติธรรมทางเลือกอื่นอีกด้วย

3.2.1.4 กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559

กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 ได้ออกตามความในมาตรา 6 วรรคหนึ่ง มาตรา 26 วรรคสาม มาตรา 32(1) มาตรา 34(1) มาตรา 35 วรรคสอง มาตรา 62 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522[286] ซึ่งมีเหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ว่า โดยที่หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ.2522) ใช้บังคับมานานแล้วและไม่สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน จึงสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 เสียใหม่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นการขออนุญาตให้มียาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีสาระสำคัญดังนี้

1) ให้คำจำกัดความของหนังสือสำคัญ หมายความว่า หนังสือสำคัญแสดงการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 และให้หมายความรวมถึงใบแทนหนังสือสำคัญ โดยให้ถือเสมือนเป็นใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

2) การขออนุญาต ให้ผู้ขอยื่นคำขอตามแบบ ย.ศ.4/5-1 ท้ายกฎกระทรวง พร้อมด้วยหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ ย.ส.4/5-1 ซึ่งการอนุญาตให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป

---

[286] กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559

3) ผู้ขออนุญาตจะต้องจัดทำป้ายด้วยวัตถุถาวรตามแบบที่กฎกระทรวงกำหนด

4) ผู้ขออนุญาตต้องจัดทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษตามแบบที่กฎกระทรวงกำหนดและรายงานต่อเลขาธิการภายในสามสิบวันนับแต่วันสิ้นเดือน/สิ้นปี

จากการทบทวนกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 ซึ่งมีผลยกเลิกกฎกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ.2522) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขไว้กว้าง ๆ โดยให้อำนาจการอนุญาตเป็นของรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆไปเช่นเดิมมิได้กำหนดรายละเอียดของการอนุญาตไว้อย่างชัดเจนซึ่งมิได้เอื้อต่อการเข้าถึงการใช้ประโยชน์ของภาคประชาชนโดยตรง เช่น การกำหนดรายละเอียดในการขออนุญาตให้ประชาชนใช้/บริโภคกัญชา/กัญชงที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ หรือการทดลองทางด้านวิทยาศาสตร์ เป็นต้น

3.2.1.5 กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559

กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 มีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 360 วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีเหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ

> กัญชา (Cannabis) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 และเฮมพ์เป็นพืชที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis Sativa) มีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลางและมีลักษณะทางกายภาพคล้ายกัญชามากจนยากในการจำแนก แต่เนื่องจากกัญชง/เฮมพ์มีประโยชน์หลากหลาย ปัจจุบันมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาและส่งเสริมให้ปลูกเฮมพ์ให้มีประโยชน์ในครัวเรือนซึ่งในอนาคตจะส่งเสริมให้ปลูกเป็นพืชเศรษฐกิจและนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรมมากขึ้น สมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะเรื่องการผลิต จำหน่ายหรือมีไว้ในการครอบครองเฮมพ์แยกออกจากกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือประเภท 5 เพื่อให้มีการควบคุม กำกับดูแลที่เข้มงวดรัดกุมอันเป็นการป้องกันมิให้มีการนำเฮมพ์ไปใช้ในทางที่มิชอบด้วยกฎหมาย[287]

---

[287] กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559

สาระสำคัญของกฎกระทรวง มีดังนี้

1) กฎกระทรวงมีบทเฉพาะกาลภายในระยะเวลาสามปีนับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ

2) อนุญาตให้เฉพาะหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ขออนุญาตผลิต จำหน่าย มีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์

3) คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาทบทวนความเหมาะสมในการอนุญาตบุคคลธรรมดา/นิติบุคคลอื่นมาขออนุญาตได้ ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ายังไม่เหมาะสมให้เสนอรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาขยายระยะเวลาของบทเฉพาะกาลต่อไปอีกสองปี

4) กฎกระทรวงฉบับนี้ ประกอบด้วย หมวด 1 การขออนุญาต หมวด 2 การอนุญาต หมวด 3 การดำเนินการ และบทเฉพาะกาล

5) คำจำกัดความของเฮมพ์ ในข้อ 3 ของกฎกระทรวงระบุว่า เฮมพ์ (Hemp) หมายความว่า พืชซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis Sativa) ซึ่งมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งซึ่งตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

6) เมล็ดพันธุ์รับรอง หมายความว่า เมล็ดพันธุ์เฮมพ์จากพันธุ์พืชที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์เป็นพันธุพืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืชซึ่งผลิตโดยผู้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์

7) วัตถุประสงค์ในการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์มี 6 ประเภท ดังนี้

(1) เพื่อปลูก เก็บเกี่ยวหรือแปรสภาพเฮมพ์ สำหรับใช้ประโยชน์ในครัวเรือน

(2) เพื่อปลูก เก็บเกี่ยวหรือแปรสภาพเฮมพ์สำหรับใช้ประโยชน์ด้านอุตสาหกรรมในเชิงพาณิชย์

(3) เพื่อปลูก เก็บเกี่ยวหรือแปรสภาพเฮมพ์สำหรับการศึกษาวิจัย

(4) เพื่อผลิตพันธุรับรองสำหรับจำหน่าย หรือแจกสำหรับการส่งเสริมตามวัตถุประสงค์ ตามข้อ 1, ข้อ 2 หรือ ข้อ 3

(5) เพื่อจำหน่ายเมล็ดพันธุ์รับรอง ลำต้นสดหรือส่วนอื่นๆตามที่ได้รับอนุญาต สำหรับใช้ประโยชน์ตามข้อ 1, ข้อ 2 หรือข้อ 3

(6) เพื่อครอบครองสำหรับใช้ประโยชน์อื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

อย่างไรก็ตามการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ในข้อ 1และข้อ 2 ห้ามมิให้มีการผลิตเมล็ดพันธุ์รับรองสำหรับการเพาะปลูก

ข้อสังเกตจากกฎกระทรวงฉบับนี้ได้กำหนดคำจำกัดความของเฮมพ์ หมายความว่า พืชซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis Sativa) มีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งซึ่งตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด และกำหนดว่าเมล็ดพันธุ์รับรอง คือเมล็ดพันธุ์เฮมพ์จากพันธุ์พืชที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งซึ่งเป็นพันธุ์พืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืชและผลิตโดยผู้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์เท่านั้น สำหรับวัตถุประสงค์ในการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองเฮมพ์ คือเพื่อปลูก เก็บเกี่ยวหรือแปรสภาพสำหรับใช้ประโยชน์ในครัวเรือน สำหรับใช้ประโยชน์ด้านอุตสาหกรรมในเชิงพาณิชย์ สำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อผลิตพันธุ์รับรองสำหรับจำหน่าย หรือแจก จำหน่ายเมล็ดพันธุ์รับรอง ลำต้นสดหรือส่วนอื่นๆตามที่ได้รับอนุญาต สำหรับใช้ประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกฎกระทรวงเพื่อครอบครองสำหรับใช้ประโยชน์อื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากฎกระทรวงที่ประกาศใช้เฉพาะเฮมพ์มีหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขโดยเฉพาะและมีความชัดเจนมากกว่ากัญชาตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559

3.2.1.6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522[288] ซึ่งอาศัยอำนาจตามความมาตรา 6 และมาตรา 8 (1) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 2 ยาเสพติดให้โทษระบุชื่อในบัญชีท้ายประกาศนี้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 4 และประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งระบุตามบัญชีท้ายประกาศว่า ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ซึ่งประกอบด้วยกัญชา โดยให้คำนิยามว่ากัญชา (Cannabis) หมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis Sativa L. และ Cannabis IndicaAuth) และวัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ใบ ดอก ผล ยาง และลำต้น เป็นต้น แต่ไม่รวมถึง ลำต้น และเปลือกที่ลอกแล้วหรือเส้นใยที่ผลิตจากเปลือกของลำต้นที่ลอกแล้ว ดังนั้นกัญชง/เฮมพ์ซึ่งมีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. (ชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa) จึงจัดเป็นยาเสพติดประเภท 5 เช่นเดียวกับกัญชาซึ่งมีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า Cannabis Indica

---

[288] ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522, **ราชกิจจานุเบกษา** 113, ตอนพิเศษ 3 ง (16 สิงหาคม 2534).

3.2.2 สรุปข้อจำกัดการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง

จากการทบทวนกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันของประเทศไทย จะเห็นได้ว่า กัญชา/กัญชงถูกห้ามใช้ประโยชน์ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 26 และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 ข้อ 2 กำหนดให้กัญชา (Cannabis Sativa L. และ Cannabis Indica Auth) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 การใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงจะต้องขออนุญาตตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง โดยกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบพิจารณาคัดกรองเอกสารและแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการและนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดเพื่อพิจารณาให้ความเห็นเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุญาต

ต่อมาได้มีประกาศกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 มีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 360 วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการอนุญาตให้ครอบครองเพื่อใช้เฮมพ์ซึ่งมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้ง และเมล็ดพันธุ์รับรองที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งซึ่งเป็นพันธุพืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืชและผลิตโดยผู้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์เท่านั้น สำหรับวัตถุประสงค์ในการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองเฮมพ์คือเพื่อปลูก เก็บเกี่ยวหรือแปรสภาพสำหรับใช้ประโยชน์ในครัวเรือน สำหรับใช้ประโยชน์ด้านอุตสาหกรรมในเชิงพาณิชย์ สำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อผลิตพันธุรับรองสำหรับจำหน่าย หรือแจก จำหน่ายเมล็ดพันธุ์รับรอง ลำต้นสดหรือส่วนอื่น ๆ ตามที่ได้รับอนุญาต สำหรับใช้ประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกฎกระทรวงเพื่อครอบครองสำหรับใช้ประโยชน์อื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากฎกระทรวงที่ประกาศใช้เฉพาะเฮมพ์มีหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขโดยเฉพาะและมีความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามกฎกระทรวงฉบับนี้ยังไม่ได้อนุญาตให้ประชาชนซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาและนิติบุคคลเข้าถึงการใช้ประโยชน์ดังกล่าวแต่อย่างใดเว้นแต่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐ เช่น เกษตรกรในพื้นที่จังหวัดที่กำหนดให้เป็นพื้นที่นำร่องเท่านั้น และตามบทเฉพาะกาลกำหนดว่าภายในระยะเวลาสามปีนับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับและให้คณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาทบทวนความเหมาะสมในการอนุญาตบุคคลธรรมดา/นิติบุคคลอื่นมาขออนุญาตได้ ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ายังไม่เหมาะสมให้เสนอรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาขยายระยะเวลาของบทเฉพาะกาลต่อไปอีกสองปี ซึ่งนับแต่วันบังคับใช้กฎกระทรวงคือวันที่ 6 มกราคม 2561 รวมกับบทเฉพาะกาลจำนวน 3 ปีและรัฐมนตรีขอขยายบทเฉพาะกาลต่อไปอีกสองปี รวมระยะเวลาถึง 5 ปี ดังนั้นเกษตรกรซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาที่จะเข้าถึงประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์และนิติบุคคลที่จะดำเนินการด้านอุตสาหกรรมกัญชง/เฮมพ์ต้องใช้เวลาถึง 5 ปี ซึ่งอาจทำให้ภาคประชาชนเสียประโยชน์ได้

สำหรับกัญชาตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 ซึ่งมีผลยกเลิกกฎกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ.2522) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขไว้กว้าง ๆ โดยให้อำนาจ

การอนุญาตเป็นของรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆไปเช่นเดิมมิได้กำหนดรายละเอียดของการอนุญาตไว้อย่างชัดเจนเช่นเดียวกับกัญชง/เฮมพ์ ซึ่งมิได้เอื้อต่อการเข้าถึงการใช้ประโยชน์ของประชาชนเท่าที่ควร เช่น การกำหนดรายละเอียดในการขออนุญาตให้ประชาชนใช้/บริโภคกัญชา/กัญชงที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ หรือการทดลองทางด้านวิทยาศาสตร์เพื่อให้ภาคเอกชนสามารถ ปลูก ครอบครองและใช้กัญชาเพื่อการวิจัย เป็นต้น

3.3 มาตรการทางกฎหมายอื่นที่ใกล้เคียงกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาและกัญชง

3.3.1 มาตรการทางกฎหมายของการควบคุมบุหรี่

ในข้อนี้จะอธิบายกฎหมายใกล้เคียงกรณีการสนับสนุนใบยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 กรณีการสนับสนุนใบยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจเนื่องจากยาสูบ มีชื่อสามัญว่า Tobacco และชื่อวิทยาศาสตร์ Nicotianatabacum L. จัดอยู่ในวงศ์ SOLANACEAE ใบยาสูบประกอบด้วยสารอัลคาลอยด์ นิโคติน (Nicotin) อยู่ประมาณ 0.6-9% ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจอีกประเภทที่ทำรายได้ให้เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจระดับต้นคือ1ใน 10 ที่นิยมปลูกกันมากในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยการสนับสนุนโดยภาครัฐ คือ โรงงานยาสูบซึ่งดูแลอย่างใกล้ชิดมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 50 ปี ได้ช่วยสร้างรายได้ให้กับเกษตรกรอย่างยั่งยืนยาวนาน[289] สารนิโคตินในใบยาสูบทำให้คนติดบุหรี่ โดยบุหรี่ที่วางขายตามท้องตลาดจะมีปริมาณของนิโคตินประมาณ 4-4.5% หากเข้าไปในร่างกายของคนสูบเพียงครั้งเดียวก็สามารถทำให้คนสูบนั้นติดบุหรี่ได้ทันที[290] แม้ยาสูบจะมีโทษแต่ยาสูบก็ถือเป็นยาสมุนไพรซึ่งมีสรรพคุณมากมายเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่นใบยาสูบมีสรรพคุณเป็นยาระงับประสาท ทำให้นอนหลับ ทำให้ผอม เพราะมีสารสงบประสาทที่ไประงับความอยากอาหาร แก้อาการหอบหืด ขับพยาธิในลำไส้และขับปัสสาวะนิ่ว ชาวกะเหรี่ยงแดงจะใช้เป็นยาประคบเพื่อช่วยห้ามเลือด[291] เป็นต้น

วิเคราะห์ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้กล่าวถึงนิยามความหมายของยาเสพติดไว้ตามมาตรา 4 ไว้ว่า

> ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการ

---

[289] **ยาสูบ อีกหนึ่งพืชเศรษฐกิจของเกษตรกรไทย**, ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก http://travel.sanook.com/1009004/

[290] วิภาวรรณ กิติวัชระเจริญ, **ยาสูบพืชเศรษฐกิจของไทย**, ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก www.aglib.doa.go.th/lib/images/Downloads/2551/EB00010.pdf

[291] **โครงการเผยแพร่ข้อมูลทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นบนพื้นที่สูง**, ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก http://eherb.hrdi.or.th/search_result_details.php?herbariumID=969&name=Tobacco

> ถอนยาเมื่อขาดยามีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่[292]

การที่ยาสูบมีสารอัลคาลอยด์นิโคติน (Nicotin) อยู่ประมาณ 0.6-9% โดยนิโคตินในระดับต่ำจะไปกระตุ้น Nicrotinic Receptor แต่ในขนาดสูงจะไปปิดกั้น Nicrotinic Receptor อาการที่พบจะซับซ้อน อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ กระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการสั่นหรือชักได้ โดยปกติจะมีฤทธิ์ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล และเพิ่มระดับความรู้สึกเจ็บปวด เป็นต้น และสารนิโคตินในใบยาสูบเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่[293] หากพิจารณาข้อเท็จจริงอาจกล่าวได้ว่ายาสูบเป็นพืชเสพติดแต่กฎหมายไม่ได้ห้ามการใช้และได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลให้เป็นพืชเศรษฐกิจและรัฐบาลกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากยาสูบตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509[294]

3.3.2 มาตรการทางกฎหมายของการควบคุมแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีนโยบายเปิดเสรีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งขณะเดียวกันรัฐบาลก็มีนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคู่กันไปด้วยได้แก่ การควบคุมการผลิตสุรา นโยบายแอลกอฮอล์และการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และต่อมาได้ตราพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 โดยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีเจตนารมณ์เนื่องมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและการก่ออาชญากรรมซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ดังนั้นจึงต้องกำหนดมาตรการต่างๆในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาที่กระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย โดยกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการจำกัดเวลาขาย จำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามจำหน่ายสุราให้แก่ผู้มีอาการมึนเมา ห้ามจำหน่ายสุราในสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน เป็นต้น ห้ามจำหน่ายสุราในโอกาสวันสำคัญทางศาสนา ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ การเร่ขาย การลดราคาเพื่อส่งเสริมการขาย และกำหนดให้สุราต้องมีฉลากคำเตือนตามที่กฎหมายกำหนด เป็นต้น[295] นอกจากนี้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม

---

[292] มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

[293] วิภาวรรณ กิติวัชระเจริญ, *เรื่องเดิม.*

[294] พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509

[295] พระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

แอลกอฮอล์ยังกำหนดให้มีการควบคุมรูปแบบและจำกัดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามสถานที่และตามสื่อต่าง ๆ เช่นกำหนดช่วงเวลาโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์และวิทยุ รวมถึงไม่อนุญาตให้โฆษณาในสถานที่สำคัญต่าง ๆ เช่น สถานที่ราชการ โรงเรียน วัด เป็นต้น

จากการศึกษานโยบายของรัฐและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยเป็นการที่รัฐอนุญาตให้ประชาชนบริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งถือเป็นยาเสพติดตามที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ แต่รัฐมิได้ห้ามการใช้สารเสพติดดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มิได้บัญญัติแอลกอฮอล์เป็นยาเสพติดถึงแม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีความหมายเข้าข่ายเป็นยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวก็ตาม ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่ารัฐมิได้ใช้แนวคิดความผิดเพราะหมายห้าม (Mala Probihita) กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับยาเสพติดอื่นเช่นกัญชาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอันตรายต่อผู้ดื่มและอาจส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และมีคุณประโยชน์เพียงเพื่อใช้ในทางสันทนาการ แต่กัญชานั้นมีทั้งคุณประโยชน์และมีอันตรายแต่ถูกรัฐจำกัดการใช้ประโยชน์อย่างไรก็ตามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ถูกควบคุมโดยพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะ ดังนั้นหากในอนาคตประเทศไทยจะอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ผู้เขียนเห็นว่าการพิจารณานำมาตรการทางกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ควบคุมการเสพกัญชาโดยน่าจะเป็นทางออกหนึ่งในการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อสันทนาการในอนาคต

3.3.3 พระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558[296]

การขึ้นทะเบียนสวนป่า ต้นไม้ หรือไม้หวงห้าม ตามพระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 แนวคิดการขึ้นทะเบียนสวนป่า ต้นไม้ หรือไม้หวงห้าม มีเหตุผลความจำเป็นในการตราและประกาศใช้พระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายในการส่งเสริมให้มีการปลูกสร้างสวนป่าเพื่อการค้าในที่ดินของรัฐและของเอกชนให้กว้างขวางยิ่งขึ้นแต่เนื่องจากพระราชบัญญัติป่าไม้ พุทธศักราช 2484 ซึ่งใช้บังคับอยู่ในขณะนี้มิได้มีบทบัญญัติรองรับและคุ้มครองสิทธิการทำไม้หวงห้ามที่ได้จากการปลูกสร้างสวนป่า สมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสวนป่าเพื่อเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปลูกสร้างสวนป่าดังกล่าว อีกทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมอาชีพให้ประชาชนมีงานทำและผลิตไม้เพื่อเป็นสินค้า ตลอดจนเพิ่มพื้นที่ทำไม้ให้มีปริมาณมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ที่จะทำการปลูกสร้างสวนป่ามีความมั่นใจในสิทธิและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปลูกสร้างสวนป่า เช่น การได้รับยกเว้นค่าภาคหลวงและการไม่อยู่ภายใต้บังคับกฎเกณฑ์บางประการตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติป่าไม้ พุทธศักราช 2484[297] ตามพระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปลูกสร้างสวนป่า อีกทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมอาชีพให้ประชาชนมีงานทำและผลิตไม้เพื่อเป็นสินค้า รัฐบาลจึงมีมาตรการทางกฎหมายมาควบคุมดูแลการจัดการและไม่อยู่ภายใต้บังคับกฎเกณฑ์บางประการตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติป่าไม้ พุทธศักราช 2484

---

[296] พระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558

[297] พระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535

ต่อมาได้มีการแก้ไขกฎหมายโดยพระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งตามมาตรา 3 ให้ยกเลิกบทนิยามคำว่าสวนป่าในมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน สวนป่าหมายความว่า ที่ดินที่ได้ขึ้นทะเบียนตามมาตรา 5 เพื่อทำการปลูกและบำรุงรักษาต้นไม้ตามบัญชีท้ายพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีความใกล้เคียงกับการปลูกกัญชา/กัญชงโดยการกำกับของรัฐบาล หากภาครัฐมีนโยบายให้การสนับสนุนให้ปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางทางการแพทย์และพืชกัญชงเพื่อเป็นพืชเศรษฐกิจ หากในอนาคตภาครัฐมีนโยบายให้ภาคประชาชนสามารถปลูกกัญชา/กัญชงเพื่อใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการแพทย์และเศรษฐกิจในที่ดินของตนเอง จึงเห็นควรนำหลักการขึ้นทะเบียนสวนป่า ต้นไม้ หรือไม้หวงห้าม ตามพระราชบัญญัติสวนป่า พ.ศ.2535 และ พระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 มาปรับใช้กับกรณีการขออนุญาตขึ้นทะเบียนการปลูกกัญชา/กัญชง ในที่ดินของภาคประชาชนและภาคเอกชนต่อไป

3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทย

ในหัวข้อนี้ผู้เขียนอธิบายปัญหาและอุปสรรคในการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทยจากการศึกษาถึงเหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายยาเสพติด และปัญหาในทางปฏิบัติในการใช้กัญชา/กัญชงในประเทศไทย

3.4.1 เหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายยาเสพติด มีดังนี้

3.4.1.1 สถานการณ์ปัจจุบันในการเรียกร้องให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาและกัญชง

สถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาของประเทศไทยเป็นการสนับสนุนให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้ เมื่อวันเสาร์ที่ 2 กรกฎาคม 2559 ณ แพทยสมาคม ได้จัดการประชุมวิชาการต้านมะเร็ง ครั้งที่ 1 Cancer 4.0 โดยศูนย์สหวิทยาการมะเร็งบำบัด หัวข้อวิทยาการต้านมะเร็งแบบเจาะลึกกลยุทธ์มะเร็งเพื่อให้ความรู้กับประชาชน โดยนายแพทย์ สมนึก ศิริพานทอง กรรมการสมาคมเซลล์บำบัดไทยได้กล่าวถึงการรักษาแบบทางเลือกในต่างประเทศคือ สารสกัดจากกัญชาซึ่งทำหน้าที่เหมือนกับ TP53 (TP53 คือ ชื่อยีนที่คอยปกป้องมะเร็ง) ซึ่งปัจจุบันมีผลงานวิจัยรองรับแล้วว่าสารสกัดจากกัญชาสามารถรักษามะเร็งได้จริง และเสนอแนวคิดให้ประเทศไทยดำเนินการถอนกัญชาออกจากยาเสพติด ซึ่งประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งด้วยกัญชาและผู้เชี่ยวชาญด้านสายพันธุ์ของกัญชาว่าสายพันธ์ไหนใช้รักษามะเร็งชนิดใด ซึ่งเป็นทางเลือกของประชาชนที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐาน ทั้งนี้ยังไม่เคยมีข้อมูลว่าคนที่รับประทานกัญชาหรือสูบกัญชาเกินขนาดแล้วเสียชีวิตแต่มีผลเสียคือทำให้ติดกัญชาเท่านั้น[298]

สำหรับความคิดเห็นของนักวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยนายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า การนำกัญชาไปใช้ในทางการแพทย์ใน

---

[298]“ถอดกัญชาออกจากยาเสพติด แพทย์ยันรักษามะเร็งได้จริง,” **เดลินิวส์** (2 กรกฎาคม 2559), ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2560 จาก https://www.dailynews.co.th/regional/506419

ต่างประเทศ ปัจจุบันยังอยู่ในขั้นตอนศึกษาวิจัยระดับพลีคลินิก (Pre Clinic) คือในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง รวมถึงระดับคลินิก คือทดลองในมนุษย์ ถึงแม้พบว่าสารสกัดจากกัญชาจะช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในอวัยวะ เช่น เต้านมและสมองในสัตว์ทดลอง แต่ขณะนี้ยังไม่มียาที่สกัดจากกัญชาโดยตรง ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาสังเคราะห์สารสกัดจากกัญชามาผลิตเป็นยาลดผลข้างเคียงให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับยาเคมีบำบัด รวมถึงใช้กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแสดงความคิดเห็นในตอนท้ายว่า เป็นโอกาสดีหากประเทศไทยศึกษาวิจัยนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการลดผลกระทบจากการรักษามะเร็งโดยขณะนี้ยังติดข้อจำกัดในเรื่องกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม นักวิชาการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยเภสัชกรสมชาย ปรีชาทวีกิจ รักษาราชการรองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากล่าวว่า ปัจจุบันคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการที่ คณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเสนอขอแก้กฎหมายยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ผู้ที่ครอบครองหรือเสพจะมีโทษตามกฎหมาย โดยจะเปิดช่องให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใช้เพื่อศึกษาวิจัยทางการแพทย์เท่านั้น ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนที่คณะกรรมการกฤษฎีกากำลังศึกษารายละเอียด[299]

3.4.1.2 ข้อจำกัดของการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทย

ข้อจำกัดประการแรกคือประเทศไทยในอดีตเคยใช้หลักทำให้ถูกกฎหมายหรือ Legalize ในกรณีฝิ่น คือ อนุญาตให้มีการใช้และค้าฝิ่นเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย ภายใต้เงื่อนไขและการบริการจัดการพิเศษ เช่นมีการนำเข้าและเปิดโรงสูบฝิ่นโดยส่วนใหญ่จะบริการขายฝิ่นแก่ชาวจีนในสมัยรัชกาลที่ 4 สำหรับนโยบายยาเสพติดของกฎหมายยาเสพติดของไทยมีที่มาจากการที่ประเทศไทยลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 แก้ไขโดยพิธีสาร (Single Convention on Narcotic Drugs 1961) เมื่อวันที่ 9 ม.ค.2528 โดยมาตรา 55 ของอนุสัญญาทำให้ประเทศไทยซึ่งเป็นภาคีสมาชิกอยู่จำเป็นต้องออกกฎหมายให้สอดคล้องกับอนุสัญญา คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ต่อมาประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518 ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยให้สัตยาบันอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substance, 1971) เมื่อวันที่ 21 พ.ย.2518 หลังจากนั้นประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีและลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1988 (Convention Against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988) หรือที่เรียกว่าอนุสัญญาเวียนนา (Vienna Convention) ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2545 เป็นต้นมาอันเป็นที่มาของการออกกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ.2534, พระราชบัญญัติต่อต้าน

---

[299] ปาลญ์ ชญา, “ครม. เห็นชอบแก้กฎหมายยาเสพติด เปิดให้วิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์ได้,” **MThai** (22 เมษายน 2559), ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2560 จาก http://news.mthai.com/hot-news/general-naw/491349.html

การฟอกเงิน พ.ศ.2542, พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ.2550 และพระราชบัญญัติการส่งผู้ร้ายข้ามแดน พ.ศ.2551 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าที่มาของนโยบายยาเสพติดของประเทศไทย (Source of Policy Issue) เกิดจากข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องยาเสพติด (UN Convention) เป็นหลัก นอกจากนั้นเกิดจากข้อเสนอเชิงนโยบายของส่วนราชการที่รับผิดชอบด้านยาเสพติดโดยตรงไปยังฝ่ายการเมือง (Government Agency) หรือเกิดจากนโยบายของพรรคการเมือง (Political Party) หรือเกิดจากหน่วยงานอื่น เช่น จากองค์กรหรือนักวิชาการ และองค์พัฒนาเอกชน (NGO) เสนอไปยังฝ่ายการเมืองเป็นต้น สำหรับนโยบายของรัฐบาลมีการดำเนินงานและการขับเคลื่อนนโยบายที่มุ่งเน้นการป้องกันและการปราบปรามอย่างจริงจังและนโยบายผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล แก้ไข ติดตาม และช่วยเหลือซึ่งเป็นนโยบายหลักที่ได้กำหนดไว้ในนโยบายของรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ข้อจำกัดในแง่ของกฎหมายถือเป็นข้อจำกัดประการที่ 2 คือกัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 คือ เป็นยาเสพติดให้โทษที่ไม่เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึง 4 ซึ่งประกอบด้วย 4 รายการหลัก คือ กัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระท่อม และพืชเห็ดขี้ควาย ซึ่งกำหนดโทษทางอาญาสำหรับกัญชาไว้ เช่น การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย มีอัตราโทษจำคุกตั้งแต่ 2-15 ปี และปรับ หากครอบครองเพื่อจำหน่าย มีอัตราโทษจำคุกตั้งแต่ 2-15 ปี และปรับ 20,000-150,000 บาท หากครอบครองจะมีอัตราโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 50,000 บาท ถ้าครอบครองเกิน 10 กิโลกรัมขึ้นไปถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย และหากเสพจะมีอัตราโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท[300] เป็นต้น

จากการศึกษาประเภทของยาเสพติดตามองค์กรอนามัยโลก (WHO) จัดให้กัญชาเป็นสิ่งเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสานซึ่งอาจจะออกฤทธิ์กด กระตุ้น หรือหลอนประสาท และเป็นยาเสพติดประเภทได้จากธรรมชาติ และเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายการใช้ประโยชน์จากกัญชาจึงมีข้อจำกัดด้านกฎหมาย เนื่องจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบกับประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 พ.ศ.2535 ระบุว่า Cannabis เป็นยาเสพติดประเภท 5 ซึ่งกฎหมายห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ครอบครองสิ่งยาเสพติดประเภท 5 ซึ่งมีช่องทางที่จะสามารถใช้ประโยชน์ได้ คือต้องขออนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นของจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นรายไปดังนั้นตามกฎหมายยาเสพติดของไทยได้ระบุชื่อวิทยาศาสตร์ของกัญชาว่า Cannabis จึงทำให้กัญชง/เฮมพ์ซึ่งเป็นพืชชนิดย่อยของกัญชา การขออนุญาตใช้ประโยชน์ทั้งจากกัญชาและกัญชงจึงต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปัจจุบันได้ประกาศกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิตจำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 อนุญาตให้ใช้กัญชง/เฮมพ์เป็นการเฉพาะได้ ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีเพียงการขออนุญาตเพื่อศึกษาวิจัยในกัญชง/เฮมพ์ของสถาบันวิจัยบนพื้นที่สูงร่วมกับในโครงการหลวงและบางหน่วยงานเท่านั้น ถึงแม้ในปัจจุบันจะได้ออกกฎกระทรวงอนุญาตให้ใช้กัญชง/เฮมพ์แต่ยังมีข้อจำกัดให้อนุญาตเฉพาะหน่วยงานของรัฐโดยบุคคลธรรมดา/นิติบุคคลยังไม่สามารถเข้าถึงการใช้ประโยชน์จากกัญชง/

[300]พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

เฮมพ์ได้จนกว่าจะยกเลิกบทเฉพาะกาลซึ่งต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 3-5 ปี และกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือประเภท 5 พ.ศ.2559 ยังไม่ได้กำหนดรายละเอียดของหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาไว้โดยละเอียด จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงในทางอื่น ๆ เช่น ในทางการแพทย์, ในเชิงสันทนาการเพื่อผ่อนคลายและในเชิงเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.4.2 ปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชา/กัญชง

ปัญหาในทางปฏิบัติในการใช้กัญชา/กัญชงในประเทศไทย ประกอบด้วย ปัญหาการจำแนกกัญชา/กัญชงของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของกัญชา/กัญชงของประชาชนทั่วไปดังนี้

3.4.2.1 ปัญหาการจำแนกกัญชาและกัญชง

การที่ลักษณะภายนอกทางพฤกษศาสตร์ของกัญชา/กัญชงคล้ายกันมาก อาจเกิดความเข้าใจผิดแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเข้าการปราบปรามจึงจำเป็นต้องจำแนกพืชกัญชงออกจากกัญชาโดยใช้วิธีเคมี ได้แก่ การใช้ปริมาณของสาร เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Delta9- Tetrahydrocannabinol, THC) และแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ซึ่งเป็นสารหลักสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การจำแนกกัญชาออกจากกัญชง เช่น กัญชาซึ่งปลูกเพื่อเป็นยาเสพติด (Drug Type Cannabis Sativa L.) จะมีปริมาณสารทีเอชซี (THC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 เปอร์เซ็นต์ (น้ำหนักต่อน้ำหนักแห้ง) และปริมาณแคนนาบิไดออล (CBD) น้อยกว่า 0.5 เปอร์เซ็นต์ (น้ำหนักต่อน้ำหนักแห้ง) ส่วนกัญชงเป็นพืชที่ปลูกเพื่อต้องการเส้นใย (Fiber Hemp) ปริมาณสารทีเอชซี (THC) น้อยกว่า 0.5 เปอร์เซ็นต์ (ต่อน้ำหนักแห้ง) และปริมาณแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 เปอร์เซ็นต์ (น้ำหนักต่อน้ำหนักแห้ง) ซึ่งในปัจจุบันกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 กำหนดให้เฮมพ์ (Hemp) หมายความว่า พืชซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis SativaL.Subsp. Sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis Sativa) มีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งซึ่งตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด และเมล็ดพันธุ์รับรอง หมายความว่า เมล็ดพันธุ์เฮมพ์จากพันธุ์พืชที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์เป็นพันธุ์พืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืชซึ่งผลิตโดยผู้รับอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์

3.4.2.2 ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของกัญชา/กัญชง

ปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติของกัญชา/กัญชงสืบเนื่องมาจากการที่รัฐประกาศสงครามกับยาเสพติดและจากการกำหนดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 รวมถึงการกำหนดบทลงโทษของการครอบครองเพื่อใช้/บริโภคกัญชามีโทษจำคุกและปรับ ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงกลัวต่ออันตรายและไม่ได้ศึกษาถึงคุณประโยชน์ที่แท้จริงของกัญชง/กัญชาได้เท่าที่ควรประชาชนจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณประโยชน์ของกัญชา/กัญชงและทำให้ไม่สามารถเข้าถึงประโยชน์จากพืชดังกล่าว

3.4.2.3 คำพิพากษาที่เกี่ยวข้องของกัญชา/กัญชง

ในข้อนี้ผู้เขียนได้ศึกษาคำพิพากษาศาลจังหวัดจังหวัดเทิงลงวันที่ 9 ตุลาคม 2549 ซึ่งเป็นคำพิพากษาของศาลชั้นต้นจึงไม่มีการเผยแพร่คำพิพากษาเช่นเดียวกับคำพิพากษาของศาลฎีกา ผู้เขียนจึงนำเนื้อหาของคำพิพากษามาพิจารณาและวิเคราะห์เพื่อศึกษาแนวคำพิพากษาของศาลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการจำแนกกัญชา/กัญชงในประเทศไทยดังนี้

1) คำพิพากษาเกี่ยวกับกัญชา/กัญชงโดยคำพิพากษาศาลจังหวัดเทิง ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2549 สรุปได้ดังนี้ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคดี เกิดจากกรณีเจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรขุนตาลจังหวัดเชียงรายจับกุมนายเยะ แซ่ย่าง ข้อหาปลูกกัญชา/ผลิตพืชเสพติดเนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจพิสูจน์ว่าเป็นต้นกัญชาจากผลพิสูจน์สารเสพติดซึ่งต่อมาโจทก์คืออัยการจังหวัดเทิงได้สั่งฟ้องจำเลยโดยยืนยันว่าคือพืชกัญชาจำเลยให้การปฏิเสธและยืนยันว่าเป็นพืชกัญชง ต่อมาศาลจังหวัดเทิงได้มีคำพิพากษาคดีหมายเลขแดงที่ 773/2549 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2549 มีใจความว่า “พยานโจทก์ทั้งสามต่างยืนยันว่าของกลางเป็นต้นกัญชา แต่ร้อยตำรวจเอกวชรพลฯ ผู้ร่วมตรวจค้นและพันตำรวจโทอัศเรศฯ พนักงานสอบสวนกลับเบิกความตอบทนายจำเลยถามค้านว่าไม่เคยเห็นต้นกัญชง ร้อยตำรวจเอกหญิง วิไลรัตน์ฯ ผู้ตรวจพิสูจน์ของกลางกลับเบิกความว่าตรวจของกลางเพียงว่ามีสารเสพติดอยู่หรือไม่เท่านั้น จากการตรวจพืชของกลางพบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล/สารทีเอชซี (THC) แต่พยานไม่รู้จักต้นกัญชงมาก่อนแสดงให้เห็นว่าเจ้าพนักงานตำรวจผู้ร่วมตรวจค้นกับตรวจพิสูจน์ของกลางและพนักงานสอบสวนต่างไม่มีใครรู้จักต้นกัญชงมาก่อน” นอกจากนั้น “นายสมาน แซ่ลี พยานจำเลยได้เบิกความยืนยันว่าพืชที่ปลูกในที่ดินจำเลยดังกล่าวเป็นต้นกัญชงเวลาปลูกจะต้องปลูกติด ๆ กันเพื่อให้ได้เส้นใยที่มีคุณภาพและนอกจากจะใช้กัญชงเป็นเส้นใยในการทอผ้าแล้ว ชาวม้งยังใช้พืชกัญชงในการประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อด้วย จำเลยได้ให้การปฏิเสธมาตลอดว่าพืชที่ปลูกเป็นต้นกัญชง จำเลยนำเมล็ดพันธุ์มาจากจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีนางชี แซ่ลีเบิกความเป็นพยานว่าพยานเป็นสมาชิกศูนย์ศิลปาชีพภูชี้ฟ้ารู้จักต้นกัญชงตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน ขณะอยู่จังหวัดเชียงใหม่เคยปลูกต้นกัญชงเพื่อนำเส้นใยที่ได้มาใช้ในการทอผ้า โดยเมล็ดพันธุ์ได้มาจากบรรพบุรุษที่เคยปลูกต้นกัญชง พยานเคยส่งผ้าที่ทอจากเส้นใยกัญชงไปจำหน่ายตามสำเนาไปรษณีย์ธนาณัติ ต่อมาจำเลยยังมีนายเพิ่มศักดิ์ สุภาพรเหมินทร์ เป็นพยานเบิกความยืนยันว่าของกลางในคดีนี้เป็นต้นกัญชงเนื่องจากลำต้นมีลักษณะเรียวเหมาะสำหรับนำเส้นใยมาทำสิ่งทอและพืชที่ปลูกในสถานที่เกิดเหตุ ตามภาพถ่ายหมายเลข จ.4 ภาพที่ 1 ถึง 9 เป็นต้นกัญชงเนื่องจากเป็นการปลูกในลักษณะที่ถี่ติดกันเพื่อให้ลำต้นมีลักษณะเรียวจะได้เส้นใยที่ดีมีคุณภาพนอกจากนั้นต้นกัญชงจะมีสารเตตาไฮโดรแคนนาบินอล/ทีเอชซีอยู่ด้วยแต่จะมีปริมาณน้อยกว่าสารทีเอชซี (THC) ที่พบในต้นกัญชา เห็นว่านายเพิ่มศักดิ์จบปริญญาดุษฎีบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปัจจุบันทำงานที่ศูนย์วิจัยพืชไร่ กรมวิชาการเกษตรและสหกรณ์จังหวัดเชียงใหม่ ตำแหน่งนักวิชาการเกษตรเป็นที่ปรึกษาโครงการส่วนพระองค์สวนจิตรลดาพระราชวังดุสิต เคยเป็นผู้ถวายรายงานเกี่ยวกับพืชกัญชงถือได้ว่าเป็นผู้ชำนาญการพิเศษ คำเบิกความจึงมีน้ำหนักเชื่อถือเมื่อพิจารณาคำเบิกความของนายเพิ่มศักดิ์ หนังสือกัญชา – กัญชง เอกสารหมาย ล.1 สรุปความแตกต่างระหว่างม่าง (กัญชง)กับกัญชา เอกสารหมาย ล.9 และหนังสือบทสรุปม่าง (กัญชง) กับภูมิปัญญาชาวไทยเผ่า เอกสารหมายเลข ล.10 ประกอบกับภาพถ่ายในหนังสือบทสรุปม่าง (กัญชง) กับภูมิปัญญาของชาวไทยเผ่าม้ง เอกสารหมาย ล.10 หน้า 33 ภาพที่ 26 ถึง 28 เชื่อว่าของ

กลางคดีนี้เป็นต้นกัญชงไม่ใช่กัญชาพยานหลักฐานจำเลยสามารถหักล้างพยานโจทก์ พยานหลักฐานโจทก์จึงฟังไม่ได้ว่าจำเลยกระทำผิดตามฟ้องและยกคำขอให้ริบของกลางโดยคืนให้แก่เจ้าของ”[301]

2) บทวิเคราะห์คำพิพากษา ของศาลจังหวัดเทิงที่ 773/2549 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2549 การที่ศาลจังหวัดเทิงพิพากษาให้ยกฟ้องเนื่องมาจากโจทก์บรรยายฟ้องว่าพืชของกลาง คือ กัญชาและมีสารเสพติดในพืชของกลาง รวมถึงพยานฝ่ายโจทก์ยืนยันว่าพืชของกลางเป็นกัญชา “ประเด็นนำสืบจึงมีเพียงว่าพืชของกลางเป็นกัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษหรือไม่” และจำเลยปฏิเสธว่าพืชของกลางคือกัญชงไม่ใช่กัญชา หากโจทก์ในคดีนี้บรรยายฟ้องว่าพืชของกลางคือกัญชงและมีสารเสพติดซึ่งเป็นพืชเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ศาลอาจจะไม่ยกฟ้องโจทก์ เนื่องจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ยาเสพติดให้โทษหมายความว่าสารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปตะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิต เป็นยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาแต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ อีกทั้งตามมาตรา 7 กำหนดประเภทยาเสพติดซึ่งกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 และห้ามผลิต ซึ่งรวมทั้งการเพาะปลูกตามมาตรา 26 จากคำพิพากษาดังกล่าว ศาลไม่ได้วิเคราะห์ถึงความเป็นยาเสพติดของกัญชงไว้เป็นบรรทัดฐาน แต่อย่างไรก็ตามในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 พ.ศ.2539 เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ระบุให้กัญชาจัดอยู่ในยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ซึ่งกำหนดคำนิยามเกี่ยวกับกัญชา (Cannabis)ว่าหมายรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis Sativa L. Cannabis Indica Auth) และวัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญญา เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ยางและลำต้น เป็นต้นกัญชามีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. subsp. Indica (Lam.) E. Small และกัญชงซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. subsp. Sativa ดังนั้นกัญชา/กัญชงจึงถือว่าเป็นพืชเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ในด้านการจำแนกกัญชา/กัญชง หากจำแนกตามลักษณะภายนอกกัญชงมีลักษณะใบและลำต้นใกล้เคียงกับพืชกัญชา หากจำแนกลักษณะภายนอกด้วยสายตาจะต้องอาศัยความชำนาญเป็นพิเศษในทางด้านพฤกษศาสตร์ พืชทั้งสองชนิดมีองค์ประกอบของสารสำคัญกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทได้แก่สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้มีอาการตื่นเต้น ช่างพูดหัวเราะ และสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ออกฤทธิ์ยับยั้งฤทธิ์ที่ทำให้มีอาการกระวนกระวายของสารทีเอชซีได้ (Anxiety Effectof THC) ซึ่งในกัญชามีปริมาณสารทีเอชซี (THC) สูงถึง 5-15% และมีปริมาณสารทีเอชซี (THC) สูงกว่าสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ในขณะที่กัญชง/เฮมพ์ มีปริมาณสารทีเอชซี (THC) ประมาณ 0-1% และมีปริมาณสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) มากกว่าสารทีเอชซี (CBD: THC มากกว่า 2:1)

---

[301] คำพิพากษาศาลจังหวัดเทิงที่ 773/2549

กล่าวโดยสรุป กัญชา/กัญชงยังคงเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ส่วนการที่จำเลยได้นำเมล็ดพันธุ์กัญชงมาจากจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเมล็ดพันธุ์จากโครงการหลวงนั้น ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป โดยการขออนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งโครงการหลวงได้ปลูกกัญชงโดยได้รับอนุญาตปลูกอย่างถูกต้องตามกฎหมายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข การที่จำเลยเอาเมล็ดกัญชงมาปลูกในพื้นที่จังหวัดเชียงรายโดยไม่ได้รับอนุญาตจึงถือว่าจำเลยกระทำผิดกฎหมายยาเสพติดให้โทษแล้ว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้ประกาศกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 อนุญาตให้ใช้กัญชง/เฮมพ์เป็นการเฉพาะได้โดยในระยะแรกอนุญาตเฉพาะหน่วยงานของรัฐที่ขออนุญาตเท่านั้นยังมิได้อนุญาตบุคคลธรรมดา/นิติบุคคลอื่นแต่อย่างใดดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

บทที่ 4

แนวคิดว่าด้วยยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมาย ที่ใช้บังคับกับยาเสพติดในต่างประเทศ

ในบทนี้ศึกษาแนวคิดว่าด้วยยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมายที่ใช้บังคับกับยาเสพติดในต่างประเทศมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงตามกฎหมายระหว่างประเทศ และในต่างประเทศซึ่งอธิบายพัฒนาการและความเป็นมาของการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติด นโยบายของรัฐและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายยาเสพติดในประเทศไทยต่อไป โดยมีลำดับเนื้อหา ดังนี้

4.1 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ในข้อนี้จะกล่าวถึงพัฒนาการและความเป็นมาของการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดของต่างประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ดังนี้

4.1.1 พัฒนาการและความเป็นมาของการกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดของต่างประเทศ

ในอดีตการปราบปรามยาเสพติดของต่างประเทศเริ่มต้นจากการที่นานาประเทศได้ให้ความสำคัญในการปราบปรามยาเสพติดร่วมกันโดยในการประชุมคณะกรรมาธิการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ สมัยที่ 26 ณ นครเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ซึ่งได้ประเมินสถานการณ์โดยทั่วไปเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดโดยในภูมิภาคต่าง ๆ ในช่วงปี พ.ศ.2518 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของภูมิภาคต่าง ๆ ในโลก สรุปได้ดังนี้[302]

ประเทศ/ทวีป	สถานการณ์ปัญหายาเสพติด
ทวีปแอฟริกา	มีการลักลอบปลูกกัญชาเพื่อเสพภายในประเทศและส่งออกกัญชาสู่ประเทศข้างเคียง รวมถึงปัญหาการลักลอบขนส่งกัญชาจากราชอาณาจักรโมร็อกโกไปยังประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา
ทวีปอเมริกาและประเทศแคนาดา	ปัญหายาเสพติดมีการแพร่ระบาดของกัญชา ยางกัญชา ยาที่ได้จากมอร์ฟีนและโคเคน รวมถึงสารที่ทำให้ประสาทหลอน คือ แอลเอสดี (L.S.D.) -ประเทศชิลีไม่พบปัญหารุนแรงเนื่องจากมีปัญหาเฉพาะวัยรุ่นที่นิยมเสพกัญชา -ประเทศเม็กซิโก พบปัญหาการเสพยาเสพติดสังเคราะห์ประเภทสูดดมและสารที่ใช้เป็นตัวทำละลายและมีการเสพกัญชาอย่างแพร่หลาย -ประเทศสหรัฐอเมริกา ออกนโยบายแก้ปัญหายาเสพติดโดยการแก้ไขในด้านสุขภาพพร้อมกับการปราบปรามซึ่งทำให้การเสพเฮโรอีนได้ลดน้อยลง
ทวีปเอเชีย	-ประเทศอินโดนีเซียพบปัญหาผู้เสพฝิ่นและกัญชา -ฮ่องกงและประเทศญี่ปุ่นพบผู้เสพเฮโรอีนและฝิ่นซึ่งมีจำนวนผู้เสพติดสูงกว่ายาเสพติดชนิดอื่น
ทวีปยุโรป	-ประเทศฝรั่งเศส จากการสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่ามีผู้เสพติดเฮโรอีนเป็นจำนวนมาก -ประเทศเยอรมันมีแนวโน้มการเสพติดเฮโรอีน กัญชาน้ำ และโคเคนมากขึ้น -ประเทศสวีเดนเริ่มมีการลักลอบนำเฮโรอีนมาเข้าสู่สวีเดนและพบว่าวัยนักศึกษาเสพกัญชาน้อยลงแต่พบว่ามีการเสพยานอนหลับและยากล่อมประสาทมากขึ้น -สมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์ ผู้เสพติดมักเสพยาหลายชนิด รัฐบาลจึงมีการออกกฎหมายควบคุมสารที่ทำให้เสพติดทุกชนิด -ประเทศอังกฤษ พบว่าจำนวนผู้เสพติดจากสถานบำบัดในปลายปี พ.ศ.2516 มีจำนวน 1,818 คน

จากตารางที่ 4.1 สถานการณ์ปัญหายาเสพติดทั่วโลกจะเห็นได้ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดในทุกทวีปทั่วโลกซึ่งกัญชามีหลายรูปแบบ เช่น กัญชา ยางกัญชา กัญชาน้ำ เป็นต้น

[302] ไชยยศ เหมะรัชตะ, **รายงานผลการวิจัย ปัญหายาเสพติด: การศึกษาและวิเคราะห์ในแง่กฎหมาย** (รายงานการวิจัย เสนอต่อจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525), หน้า 132.

ในปี ค.ศ.1961 (พ.ศ.2504) องค์การสหประชาชาติได้จัดทำอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) ซึ่งได้รวบรวมอนุสัญญา สนธิสัญญา และสัญญาข้อผูกมัดต่างๆมารวมไว้ในฉบับเดียวกัน ต่อมามีการแก้ไขโดยพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 ในปี ค.ศ.1972 (พ.ศ.2515) มีประเทศภาคีเข้าร่วมประชุม 96 ประเทศ รวมทั้งผู้สังเกตการณ์ 5 ประเทศและผู้แทนทบวงการชำนัญพิเศษและองค์การระหว่างประเทศโดยประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมวลสรุปข้อเสนอแก้ไขอนุสัญญานี้ขึ้นใหม่และที่ประชุมได้แบ่งกรรมการออกเป็น 2 ชุด พิธีสารฉบับนี้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเรื่องการดำเนินการต่อต้านการค้าผิดกฎหมายตามมาตรา 35 โดยจะต้องคำนึงถึงรัฐธรรมนูญ กฎหมาย และระบบการบริหารของประเทศ โดยภาคีจะต้องดำเนินการ ดังนี้[303]

1. จัดให้มีการร่วมมือในระดับชาติเพื่อป้องกันและทำให้ลดลง ต่อต้านการค้าผิดกฎหมายและเพื่อบรรลุจุดหมาย ภาคีในประเทศทั้งหลายอาจได้รับประโยชน์โดยตรงโดยกำหนดสถานที่เหมาะสมเพื่อรับผิดชอบงานและประสานงานดังกล่าว

2. ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการรณรงค์ ต่อต้านการค้ายาเสพติด

3. ให้ความร่วมมือโดยใกล้ชิดกับประเทศอื่นและกับองค์การระหว่างประเทศที่เชื่อถือได้ซึ่งตนเป็นสมาชิกอยู่เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งการประสานงานต่อต้านการค้าที่ผิดกฎหมาย

4. ให้หลักประกันว่าความร่วมมือระหว่างนานาชาติกับองค์การที่เหมาะสมจะต้องดำเนินการโดยรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ให้หลักประกันว่าในกรณีที่เอกสารทางกฎหมายได้ส่งไปยังนานาชาติเพื่อประสงค์ที่จะให้มีการดำเนินการตามกฎหมายจะต้องได้รับการปฏิบัติโดยรวดเร็ว โดยองค์การที่บรรดาภาคีประเทศทั้งหลายได้กำหนดข้อเรียกร้องนี้จะต้องไม่ขัดต่อสิทธิของภาคีของประเทศหนึ่งประเทศใดที่จะกำหนดว่าเอกสารทางกฎหมายเช่นว่านั้นต้องส่งผ่านโดยวิธีทางการทูต

6. ถ้าภาคีประเทศทั้งหลายเห็นว่าเป็นการเหมาะสมที่จะแจ้งข้อมูลต่อคณะกรรมการและคณะกรรมาธิการผ่านทางเลขาธิการใหญ่ รายงานที่เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของยาเสพติดที่ผิดกฎหมายที่ชายแดนของประเทศทั้งหลาย รวมทั้งรายงานเกี่ยวกับเรื่องการเพาะปลูกผลิตผล การผลิต การใช้ และการค้าผิดกฎหมาย ซึ่งยาเสพติดเพิ่มเติมจากข้อรายงานซึ่งกำหนดตามมาตรา 18

7. แจ้งข้อมูลตามที่กล่าวในข้อที่แล้วนั้นมากเท่าที่จะกระทำได้โดยวิธีการและระยะเวลากำหนดตามที่คณะกรรมการร้องขอ ถ้าถูกร้องขอโดยภาคีประเทศหนึ่ง คณะกรรมการอาจให้ข้อเสนอแนะในการให้ข่าวสารนั้น และพยายามที่จะลดความรุนแรงของยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งเกิดขึ้นที่ชายแดนของภาคีประเทศนั้น

นอกจากพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ปี ค.ศ.1972 เป็นฉบับที่รวบรวมความร่วมมือกันระหว่างประเทศเกือบทั้งหมด นอกจากนี้ได้จัดทำอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 (Convention on Psychotropic Substance, 1971) (พ.ศ.2514) หลักการสำคัญที่ได้วางไว้ในอนุสัญญาดังกล่าวเป็นที่มาให้ประเทศภาคีกำหนดมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ปี ค.ศ.1961 (Single

---

[303] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 134.

Convention on Narcotic Drugs, 1961) และที่แก้ไขเพิ่มเติมปี ค.ศ.1972 และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 (Convention on Psychotropic Substance, 1971)

4.1.2 นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างประเทศ

นโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดระหว่างประเทศ ในปี ค.ศ. 1909 (พ.ศ.2452) นานาประเทศได้บรรลุข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการค้าฝิ่นด้วยการจัดตั้งคณะกรรมาธิการฝิ่นขึ้นซึ่งมีกฎหมายระหว่างประเทศที่บัญญัติขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมยาเสพติดโดยมีกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดรวมทั้งสิ้น 7 ฉบับ ดังนี้[304]

1. คณะกรรมาธิการฝิ่นเซี่ยงไฮ้ ค.ศ. 1909 (Shianghai Opium Commission)
2. อนุสัญญากรุงเฮก ค.ศ.1912 (Hague Convention, 1912)
3. อนุสัญญากรุงเจนีวา ค.ศ.1925 (Geneva Convention, 1925)
4. อนุสัญญา ค.ศ.1931 (The 1931 Convention)
5. อนุสัญญา ค.ศ.1936 (The 1936 Convention)
6. พิธีสารกรุปารีส ค.ศ.1948 (Paris Protocol, 1948)
7. พิธีสารว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1953 (Opium Protocol, 1953)

ด้วยยาเสพติดให้โทษได้กลายเป็นปัญหาระดับโลกซึ่งรวมถึงกัญชา ในปี พ.ศ.2477 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ตราพระราชบัญญัติฝิ่น พุทธศักราช 2472 และในรัชสมัยสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลทรงตรากฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นอีก 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พุทธศักราช 2486 โดยห้ามการปลูก ซื้อ จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง หรือสูบกัญชา และให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยอนุญาตให้แต่เฉพาะบุคคลมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในทางโรคศิลปะ หรือปลูกหรือมีพันธุ์กัญชาไว้เพื่อการทดลอง หรือประโยชน์ในการรักษาโรคเท่านั้น[305]

สถานการณ์ของยาเสพติดนับตั้งแต่หลายประเทศทั่วโลกได้รับรองกฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 ขององค์การสหประชาชาติ เป็นต้นมา ในปี ค.ศ.1998 เกิดโครงการควบคุมยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.1998 (United Nations Drug Control Programe 1998) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้โลกปลอดยาเสพติดเพื่อลดการผลิต การจำหน่ายและเสพยาเสพติด อย่างไรก็ตามปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มิได้ลดน้อยลงแต่อย่างใดและได้เกิดปรากฏการณ์ใหม่เพื่อจัดการกับปัญหายาเสพติดโดยมีข้อสังเกตได้จากการที่หลายประเทศทั่วโลกเริ่มมีแนวนโยบายในการจัดการยาเสพติดแบบใหม่โดยในปี ค.ศ.2008 สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime)

---

[304] กอบกูล จันทวโร, **กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในมิติของการปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล**, หน้า 2, ค้นวันที่ 17 เมษายน 2558 จาก http://elib.coj.go.th/Article/drug1.pdf

[305] ไชยยศ เหมะรัชตะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 80.

ซึ่งเป็นหน่วยงานรักษาและกำกับดูแลกฎหมายยาเสพติดเสพติด ได้สรุปผลในทางลบของนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศในปัจจุบันที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจประกอบด้วย 5 ประการ คือ[306]

1. การเกิดตลาดมืดอันเป็นช่องโจรขนาดใหญ่ซึ่งปัญหาทั้งหมดเกิดจากตลาดดังกล่าว

2. ก่อให้เกิดนโยบายแยกย้ายทรัพยากร (Policy Displacement) อันเป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่ไปใช้กับการบังคับใช้กฎหมายแทนที่จะนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพ

3. ก่อให้เกิดทฤษฎีการบีบลูกโป่ง (Balloon Effect) กล่าวคือ มาตรการปราบปรามยาเสพติดซึ่งแทนที่จะขจัดการผลิต การขนส่ง และการจำหน่ายยาเสพติดแต่กลับทำให้ปัญหาเปลี่ยนไปเกิดส่วนอื่นแทน

4. มาตรการปราบปรามยาเสพติดทำให้ผู้เสพยาเสพติดหันไปเสพสารชนิดอื่นแทน (Substance Displacement)

5. ก่อให้เกิดการตีตราบาปและการเลือกปฏิบัติทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดและการช่วยเหลือ

ในปี ค.ศ.2001 ประเทศโปรตุเกสใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติด (Decriminalization) ในความผิดฐานครอบครองยาเสพติดทุกชนิดเป็นการส่วนตัวแต่มิได้ทำให้ความชุกของการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากและในปัจจุบันการเสพยาเสพติดในประชากรทั่วไปอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าก่อนที่จะมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติด[307]

ในปี ค.ศ.2011 ผลกระทบในระดับนานาชาติที่สำคัญดังที่นำเสนอในรายงานที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมาธิการสากลว่าด้วยเรื่องนโยบายยาเสพติด (Global Commission on Drug Policy) ซึ่งมีสมาชิกรวมถึงรัฐบุรุษและสตรีจากนานาชาติเรียกร้องให้มีการลดทอนความเป็นยาเสพติดและการทดลองใช้ข้อบังคับทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดรวมทั้งใน 12 ประเทศในแถบลาตินอเมริกาประกอบด้วย โคลอมเบีย กัวเตมาลา เม็กซิโก คอสตาริกา เอลซัลวาดอร์ ปานามา นิการากัว เบลีซ ฮอนดูรัสและโดนินิกัน รีพับลิก สนับสนุนการเรียกร้องให้แสวงหาระเบียบข้อบังคับทางกฎหมายเพื่อควบคุมยาเสพติด

ในปี ค.ศ.2012 ถือเป็นครั้งแรกที่หลายประเทศสมาชิกฝ่าฝืนข้อตกลงนโยบายการห้ามสิ่งเสพติดในคณะกรรมาธิการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (UN Commission on Narcotic Drugs) เช่น ประเทศเช็ก รีพับลิก ซึ่งสนับสนุนรายงานของคณะกรรมาธิการสากลว่าด้วยเรื่องนโยบายยาเสพติดรวมถึงสหรัฐอเมริกาโดยมลรัฐโคโลราโดและรัฐวอชิงตันลงคะแนนเสียงให้มีการผลิต จำหน่ายและเสพกัญชาเพื่อใช้ผ่อนคลายอย่างถูกกฎหมาย และมีรัฐจำนวน 17 รัฐได้ลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดสำหรับการครอบครองกัญชาและมีรัฐจำนวน 19 รัฐอนุญาตให้ร้านจำหน่ายกัญชาเพื่อใช้ในทางการแพทย์ นอกจากนี้ในการประชุมกลุ่มความร่วมมือในภูมิภาคลาตินอเมริกา (Ibero-American Summit) ณ เมืองคาดิช (Cadiz) ทุกประเทศที่เข้าร่วมประชุมเรียกร้องให้องค์การ

---

[306] มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด, *เรื่องเดิม,* หน้า 32.

[307] Murkin G., **Drug Decriminalization in Portugal: Setting the Record Straight**, Retrieved from http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight อ้างใน มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด, *เรื่องเดิม,* หน้า 79.

สหประชาชาติทบทวนนโยบายยาเสพติดใหม่ ซึ่งองค์การสหประชาชาติเห็นชอบให้จัดการประชุมสมัยพิเศษของสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (UN General Assembly Special Session) เพื่อทบทวนนโยบายยาเสพติดในปี ค.ศ.2016

ปี ค.ศ.2013 ประเทศโบลิเวียเข้าร่วมอนุสัญญาแห่งสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดโดยเสนอให้สามารถปลูกใบโคคาได้อย่างถูกกฎหมาย และประเทศอุรุกวัยเป็นประเทศแรกที่ผ่านกฎหมายควบคุมการผลิตกัญชาที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ปี ค.ศ.2014 มลรัฐโคโลราโดและวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา อนุญาตให้จำหน่ายกัญชาโดยถูกกฎหมาย และมลรัฐอลาสกา มลรัฐโอเรกอน และเมืองวอชิงตัน ดีซี ได้ผ่านกฎหมายให้กัญชาถูกกฎหมายโดยวางระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมกัญชาโดยผ่านการลงคะแนนจากประชาชนภายในรัฐซึ่งนายวิลเลียม บราวน์ฟิลด์ (William Brownfield) หัวหน้าสำนักกิจการยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs) กล่าวว่าสนธิสัญญาองค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดอนุญาตให้สามารถทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายและยอมรับว่าความริเริ่มในการทำให้กัญชาเป็นสิ่งถูกกฎหมายในสหรัฐอเมริกา ทำให้ความสามารถในการยับยั้งไม่ให้ประเทศอื่นแสวงหาการปฏิรูปในลักษณะเดียวกันอ่อนแอลง[308]

นอกจากองค์การสหประชาชาติจะเห็นความสำคัญของแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมและแนวคิดทางเลือกอื่นในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแทนการทำสงครามกับยาเสพติดแล้ว หน่วยงานอื่น เช่น องค์กรกลางของสหภาพยุโรปในการประสานข้อมูลนโยบายด้านยาเสพติด (The European Mornitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction) ก็ได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยได้จำแนกความแตกต่างระหว่างหลัก Decriminalization กับ Depenalization ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความคล้ายกันไว้ว่า Decriminalization จะต้องประกอบด้วยการกระทำจากเครื่องมือของกฎหมายอาญา คือยังมีการห้ามปรามแต่ไม่มีบทลงโทษสำหรับการใช้และการตระเตรียมที่จะใช้อีกต่อไปภายใต้กรอบการดำเนินคดีอาญาตามกฎหมาย ส่วน Depenalization คือ การลงโทษที่ปราศจากการคุมขัง[309] ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ของบทลงโทษทางอาญาในคดียาเสพติดภายใต้กฎหมายโดยเฉพาะกัญชา นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคือ แนวคิด Diversion[310] ในแง่เจตนารมณ์ในการนำเอาผู้เสพ/ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยไม่เน้นวิธีการเพื่อนำไปสู่การลงโทษแต่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยใช้กลไกให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

---

[308] มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด, *เรื่องเดิม,* หน้า 46.

[309] Greenwald G., **Drug Decriminalization in Portugal: Lesson for Creating Fair and Successful Drug Policies** (United States of America: Cato institute, 2009), p 2.

[310] Diversion คือ ความพยายามที่จะแสวงหาวิธีการหรือช่องทางอื่นมาแบ่งเบาภาระคดีออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยยังคงความยุติธรรมและอรรถประโยชน์สูงสุดให้เกิดขึ้นกับทุกฝ่ายเพื่อให้มีทางเลือกอื่นแทนการใช้วิธีการคุมขัง

4.1.3 มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชา/กัญชง

ในปัจจุบันมีกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาเสพติด ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา/กัญชง ดังนี้

4.1.3.1 อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961

อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โดย ค.ศ.1972 (The 1972 Protocol Amending The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) อนุสัญญาฉบับนี้ได้รวบรวมอนุสัญญาหรือข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีอยู่มาไว้เป็นฉบับเดียวกัน โดยมีเนื้อหาในการควบคุมและจำกัดการใช้ยาเสพติดให้โทษเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์เท่านั้นและกำหนดรายชื่อสารที่จะต้องควบคุม กำหนดมาตรการบังคับให้สมาชิกออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board: INCB) และให้ประเทศภาคีรายงานปริมาณการใช้ยาเสพติดต่อ INCB เป็นต้น นอกจากนี้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ. 1972 พิธีสารอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ. 1961 กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดซึ่งกำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องกับกัญชา[311] ไว้ในข้อ 28 การควบคุมกัญชา กำหนดให้ภาคีออกมาตรการควบคุมกัญชา ดังนี้

1) หากภาคีจะอนุญาตให้ปลูกพืชกัญชาเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์กัญชาหรือยางกัญชาจะต้องปฏิบัติตามข้อ 23 มาตรการควบคุมฝิ่น

2) อนุสัญญานี้ไม่ครอบคลุมถึงการปลูกพืชกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางอุตสาหกรรม (เส้นใยและเมล็ด) หรือเพื่อเป็นพืชสวน (Horticultural)

3) ภาคีจะต้องรับเอามาตรการในการควบคุมที่จำเป็นเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดและการค้ากัญชาโดยผิดกฎหมายในส่วนของใบกัญชา

การกำหนดนิยามที่เกี่ยวข้องกับกัญชาตาม ข้อ 1(j) สารเสพติด (Drug) หมายความว่าสารทุกชนิดที่จัดอยู่ใน Schedules I และ Schedules II ไม่ว่าจะได้จากธรรมชาติหรือได้จากการสังเคราะห์ขึ้นมาโดยจำแนกประเภทให้กัญชาอยู่ใน Schedules I (Cannabis and Cannabis Resin and Extracts and Tictures of Cannabis)[312]

ข้อ 1 (b) กัญชา (Cannabis) หมายความถึง ช่อดอก หรือผล หรือผลส่วนยอดของพืชกัญชา(ไม่รวมถึงเมล็ดและใบเมื่อไม่ได้อยู่บนส่วนยอด) จากเรซินหรือยางที่ยังไม่ได้รับการสกัด ไม่ว่าจะมีชื่อเรียกอย่างอื่นก็ตาม

ข้อ 1(c) พืชกัญชา (Cannabis Plant) หมายความถึง พืชทุกชนิดที่อยู่ในตระกูลกัญชา (Genus Cannabis)

---

[311] United Nations, **Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961**, Retrieved October 20, 2016 from http://www.unodc.org

[312] Revised Schedules including all amendments made by the commission on narcotic Drugs in Force as of 5 March 1990

ข้อ 1(d) ยางกัญชา (Cannabis Resin) หมายความว่า ยางที่แยกออกจากพืชกัญชา ไม่ว่าจะเป็นยางดิบหรือบริสุทธิ์ซึ่งได้รับจากพืชกัญชา

4.1.3.2 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 (The Convention on Psychotropic Substances, 1971) จัดทำขึ้น ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1971 (พ.ศ. 2514) อนุสัญญาฉบับนี้มุ่งเน้นการควบคุมและจำกัดการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสำหรับใช้ในทางการแพทย์และในทางวิทยาศาสตร์โดยการกำหนดชื่อสารควบคุม กำหนดมาตรการบังคับให้มีการออกกฎหมายภายในประเทศ การร่วมมือระหว่างประเทศภาคีในการควบคุมและจำกัดการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ รวมถึงการมอบให้คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (INCB) เป็นองค์กรในการควบคุมการผลิต การนำเข้ายาเสพติด เป็นต้น

4.1.3.3 อนุสัญญาเดี่ยวต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติ แห่งปี ค.ศ.1988

อนุสัญญาเดี่ยวต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติ แห่งปี ค.ศ.1988 (UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) อนุสัญญาฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือกันระหว่างภาคีเพื่อว่าภาคีอาจจัดการอย่างมีประสิทธิผลของการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และดำเนินการมาตรการที่จำเป็นทั้งด้านนิติบัญญัติและด้านบริหารโดยสอดคล้องกับบทบัญญัติพื้นฐานกับกฎหมายภายในของตน เป็นต้น และให้คำนิยามที่เกี่ยวข้องกับกัญชาว่า (ข) พืชกัญชา หมายถึง พืชใด ๆ ในสกุลคานาบิส (Cannabis)[313]

4.1.4 การนำกฎหมายระหว่างประเทศมาใช้บังคับในประเทศไทย

ในปี ค.ศ.1961 (พ.ศ.2504) องค์การสหประชาชาติได้รวบรวมอนุสัญญาและพิธีสารต่างๆที่มีอยู่ในขณะนั้นมาประมวลไว้เป็นฉบับเดียวกัน คือ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และประกาศให้ภาคีสมาชิกถือปฏิบัติตามซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีในอนุสัญญาดังกล่าว ด้วยประเทศไทยถือตามทฤษฎีทวินิยม (Dualism Theory) โดยถือว่ากฎหมายระหว่างประเทศกับกฎหมายภายในต่างเป็นกฎหมายด้วยกันทั้งคู่แต่อยู่ต่างระบบกันมิได้ขึ้นต่อกันดังนั้นจึงไม่มีกฎหมายใดอยู่ในฐานะที่เหนือกว่า แต่เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศหรือหากจะให้กฎเกณฑ์ใดของกฎหมายระหว่างประเทศมีผลบังคับใช้ได้ตรงกันกับกฎหมายภายในก็ต้องมีการแปลงรูป (Transformation)[314] นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้สนธิสัญญาจะไม่มีผลเป็นกฎหมายโดย

---

[313] สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, กองนิติการ, **รวมกฎหมายยาเสพติด,** ค้นวันที่ 20 มกราคม 2561 จาก https://www.oncb.go.th/Home/DocLib3/รวมกฎหมายยาเสพติด/กฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติด/19law.pdf

[314] การแปลงรูป คือ กฎหมายระหว่างประเทศกับกฎหมายภายในเป็นกฎหมายคนละระบบจึงไม่อาจนำกฎหมายระหว่างประเทศมาใช้เป็นกฎหมายภายในได้โดยตรง หากต้องการนำมาทำการแปลงรูปให้กลายเป็นกฎหมายภายในเสียก่อนด้วยการประกาศใช้ (Promulgation) หรือทำด้วยวิธีการออกกฎหมาย (Legislative Act)

อัตโนมัติเว้นแต่จะได้ออกเป็นกฎหมายโดยรัฐสภาหรือที่เรียกว่ามีการแปลงรูป/แปรสภาพกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศ (Transformation/Implementation) มาเป็นกฎหมายภายในด้วยการตรากฎหมายโดยฝ่ายนิติบัญญัติเสียก่อนจึงจะสามารถนำกฎเกณฑ์นั้นมาบังคับเป็นกฎหมายภายในได้ ดังนั้นประเทศไทยจึงปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณีของไทยตามอนุสัญญาดังกล่าวและยกเลิกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับก่อนด้วยเหตุผลที่ว่ากฎหมายไม่เหมาะสมกับสภาพของปัญหาซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน จึงได้ตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 อันเป็นกฎหมายที่มีความสมบูรณ์ประกอบด้วยมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ในเชิงนโยบายประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือกับต่างประเทศด้วยดีมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากการที่ประเทศไทยได้ยอมรับเอาปฏิญญาทางการเมือง (Political Declaration) ซึ่งเป็นผลมาจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยยาเสพติด ระหว่างวันที่ 8 – 10 มิถุนายน 2546 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นปีที่ประชาคมโลกออกมาตรการด้านต่างๆเพื่อใช้แก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างเหมาะสม

4.2 แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายในต่างประเทศ

ผู้เขียนได้ศึกษาแนวคิดและมาตรการทางกฎหมายโดยจำแนกหัวข้อกัญชาและกัญชงออกจากกันดังนี้

4.2.1 แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายของกัญชา

ในข้อนี้ผู้เขียนได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศพบว่าในปัจจุบันต่างประเทศนิยมใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาเป็นเบื้องหลังในการออกกฎหมายหรือแนวนโยบายควบคุมยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น การลดทอนความเป็นอาชญากรรมที่นำมาประยุกต์ใช้กับยาเสพติดทั้งกัญชาและยาเสพติดชนิดอื่น ได้แก่ การทำให้ไม่เป็นความผิด อันประกอบด้วย 2 วิธีการ คือ การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De Jure Decriminalisation) และการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De Facto Decriminalisation) ดังนี้

1) การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De Jure Decriminalisation) คือการนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย เช่น การเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในความครอบครองและการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล ตลอดจนการครอบครองอุปกรณ์การเสพยาเสพติด ตัวอย่างของการนำวิธีการนี้มาใช้ในการทำให้ไม่เป็นความผิดอาจแบ่งเป็น 2 แบบจำลอง[315] คือ

แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยไม่มีวิธีการบังคับ เช่น ประเทศอุรุกวัย มิได้กำหนดวิธีบังคับทั้งทางอาญาและปกครองสำหรับการเสพยาเสพติดหรือการครอบครองยาเสพติดใน

[315] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, *เรื่องเดิม*, หน้า 71-74.

ปริมาณที่มีเหตุผลเพื่อการเสพส่วนบุคคล แต่ใช้วิธีการบังคับทางอาญากับผู้ผลิตยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นการผลิตเพื่อใช้เสพส่วนบุคคลก็ตาม เป็นต้น

แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง คือการใช้วิธีการบังคับที่มิใช่การบังคับทางอาญา เช่น ค่าปรับ คำสั่งบริการสังคม คำเตือนให้ระมัดระวังอันตราย คำเตือน การบังคับรักษาหรือการเข้าอบรมความรู้ การพักใบอนุญาตขับขี่ หรือพักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นต้น ซึ่งประเทศที่ใช้แบบจำลองนี้ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส สาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี สเปน และสวิตเซอร์แลนด์ ส่วนประเทศที่ปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดด้วยบทลงโทษทางปกครองเพื่อทดแทนวิธีการบังคับทางอาญาสำหรับกัญชา เช่น บางรัฐของประเทศออสเตรเลีย

ตัวอย่างประสบการณ์ของต่างประเทศที่ใช้วิธีการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย มีดังนี้

(1) การกำหนดให้การเสพหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด: ประเทศอุรุกวัย โดยกำหนดกรอบทางกฎหมายไว้ว่าการเสพหรือการมีไว้ในความครอบครองไม่เป็นความผิดแต่กฎหมายจะแยกแยะระหว่างการเสพหรือครอบครองส่วนบุคคลกับเจตนาจัดหาโดยให้อำนาจของตำรวจในการคุมขังกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าเจตนาจัดหาเท่านั้นอันมีผลต่อกระบวนการทางศาลหรือทางปกครองว่าจะมีการปฏิบัติต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีเจตนาจัดหายาเสพติด สำหรับวิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด คือ การริบยาเสพติดที่เกินปริมาณที่ต้องใช้อย่างมีเหตุผลเพื่อการเสพส่วนบุคคล (A Reasonable Quantity)[316]

(2) การกำหนดดุลยพินิจของตำรวจ: ประเทศสเปน กล่าวคือ การมีไว้ในความครอบครองกัญชาไม่ใช่อาชญากรรมแต่เป็นความผิดทางปกครองโดยตำรวจมีอำนาจระบุลักษณะของความผิดได้ หากเป็นกรณีมีไว้ในครอบครองเท่านั้นก็จะสามารถใช้วิธีการบังคับ ณ สถานที่เกิดเหตุได้ หากเป็นกรณีอื่นเช่น มีข้อบ่งชี้ว่ามีเจตนาจัดหาก็จะนำเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมของศาล สำหรับวิธีการบังคับกรณีการเสพกัญชา เช่น การริบ การตักเตือน ค่าปรับ เป็นต้น[317]

(3) การตัดสินทางปกครอง: โปรตุเกส กำหนดกรอบทางกฎหมายไว้ว่าการมีไว้ในครอบครองไม่ใช่อาชญากรรมแต่เป็นความผิดทางปกครองและตำรวจมีอำนาจคุมขังและส่งต่อบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองไปยังคณะกรรมการทางปกครองและจะเข้าสู่กระบวนยุติธรรมของศาลต่อเมื่อมีข้อสงสัยว่ามีเจตนาจัดหาโดยจะมีคณะกรรมการทางแพ่งหรือทางปกครองจะระบุการแทรกแซงด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม สำหรับวิธีการบังคับกรณีการเสพกัญชา เช่น การริบ การตักเตือน/ค่าปรับ การส่งต่อไปรับการรักษา วิธีการบังคับทางปกครองอื่น ๆ เป็นต้น[318]

(4) การตัดสินใจในงานยุติธรรม: ประเทศเยอรมนี มีกรอบทางกฎหมายว่าการมีไว้ในครอบครองไม่ใช่อาชญากรรมแต่เป็นความผิดทางปกครองโดยตำรวจสามารถคุมขังบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในความครอบครองได้แต่ไม่มีอำนาจระบุลักษณะของความผิดซึ่งตำรวจจะต้องส่งคดีต่อไปยัง

---

[316] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 76.

[317] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 77.

[318] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 78.

อัยการหรือศาล เมื่อเข้าสู่กระบวนการของศาลเจ้าหน้าที่ศาลตลอดจนอัยการจะระบุว่าเป็นการเสพส่วนบุคคลหรือไม่ สำหรับวิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด ได้แก่ การริบ การเตือนหรือค่าปรับ การส่งต่อไปรับการรักษา วิธีการบังคับทางปกครองอื่น ๆ เป็นต้น[319]

2) การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De Facto Decriminalisation) คือ มิได้มีการนำบทลงโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติมิได้บังคับใช้บทลงโทษในทางอาญา แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยมีลักษณะเฉพาะ ดังนี้[320]

(1) การเสพยาเสพติดและ/หรือการมียาเสพติดไว้ในความครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดแต่รัฐกำหนดนโยบายให้นำไปสู่การปฏิบัติของตำรวจทำให้ผู้เสพยาเสพติดหลีกเลี่ยงการลงโทษทางอาญาและบทลงโทษทางอาญาได้

(2) วิธีการลงโทษอื่นมาแทนการลงโทษในทางอาญา เช่น ไม่ใช้การลงโทษ หรือใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครองสถานเบา และ/หรือผันตัวบุคคลไปรับการรักษาด้านสุขภาพหรือด้านสังคม หรือการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้

ประสบการณ์ของต่างประเทศของการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยสามารถกำหนดแบบจำลองต่าง ๆ ได้ ดังนี้

แบบไม่มีวิธีการบังคับได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ (เฉพาะกัญชา) คือ การมีไว้ในความครอบครองเป็นความผิดอาญาแต่ตำรวจหรืออัยการได้รับคำสั่งไม่ให้มีการแทรกแซงโดยอิงอำนาจการใช้ดุลยพินิจ ซึ่งตำรวจไม่มีอำนาจคุมขังบุคคลมีเพียงอำนาจริบยาเสพติด ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ว่ามีเจตนาจัดหาสารเสพติด[321]

แบบการผันตัวโดยตำรวจได้แก่ บางเมืองในสหรัฐอเมริกาและบางรัฐในประเทศออสเตรเลีย คือ การมีไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญาแต่ออกนโยบายใช้วิธีการบังคับทางเลือกอื่นแทนการจำคุก ตำรวจสามารถใช้ดุลยพินิจระบุลักษณะความผิดและตัดสินใจเลือกวิธีการบังคับหรือส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่อาวุโสเพื่อการประเมินเฉพาะทาง ณ สถานีตำรวจได้ วิธีการบังคับจะไม่ใช้กระบวนการทางศาลแต่จะใช้วิธีอื่น เช่น ริบทรัพย์ ตักเตือน ค่าปรับ วิธีทางปกครองอื่น เสนอให้เข้าสถานบำบัดรักษา การลดอันตรายและการบริการทางสังคม[322]

แบบการผันตัวโดยงานยุติธรรมได้แก่ บางมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย คือ การมีไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญาแต่ออกนโยบายหรือมาตรการทางกฎหมายให้ทางเลือกใช้วิธีการอื่นบังคับแทนการจำคุก โดยตำรวจสามารถจับกุมบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองได้แต่ในกระบวนการของศาล เจ้าหน้าที่ศาลมีดุลยพินิจส่งต่อบุคคลไปรับการรักษาหรือใช้วิธีบังคับอื่นที่มิใช่ทางอาญาในเฉพาะกรณีการเสพยาเสพติด เช่น การริบ ตักเตือน ค่าปรับ เสนอส่งต่อไปรับบริการด้านการรักษา ด้านการลดอันตรายและด้านสังคม[323]

---

[319] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 79.

[320] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 83-84.

[321] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 90.

[322] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 91.

[323] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 92.

ในข้อนี้ผู้เขียนเลือกศึกษาแบบจำลองแนวคิดว่าด้วยยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์จากกัญชาจากแนวนโยบายของรัฐและมาตรการทางกฎหมายจากประเทศตัวแทนแบบจำลองแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด ดังนี้

4.2.1.1 แบบจำลองการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย: บางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา (United State of America)

เหตุผลในการเลือกศึกษาแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของสหรัฐอเมริกาเนื่องมาจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีประวัติการปราบปรามยาเสพติดมานานซึ่งมีกฎหมายยาเสพติดคือ Control Substance Act (CSA) ที่ระบุให้กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ และเป็นประเทศที่มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหลายรูปแบบโดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขให้บุคคลธรรมดา/นิติบุคคลเข้าถึงพืชกัญชา เช่น การลดทอนความเป็นอาชญากรรม การทำให้ถูกกฎหมายแบบมีเงื่อนไขในบางฐานความผิดเช่นการเสพ การครอบครองเพื่อเสพ การเสพเพื่อผ่อนคลาย และการออกกฎหมายเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ สหรัฐอเมริกาปกครองด้วยระบบสพันธรัฐ (Federation) คือการที่หลาย ๆ รัฐรวมกันเป็นรัฐใหม่ที่มีการปกครองส่วนกลางที่เรียกว่า Feudal Government ส่วนการปกครองในแต่ละมลรัฐเรียกว่า State Government[324] ดังรายละเอียด ดังนี้

1) นโยบายการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา

ในการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาผู้เขียนศึกษาถึงโครงสร้างของรัฐและระบบกฎหมายของสหรัฐอเมริกาเพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา/กัญชงให้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

โครงสร้างของรัฐ สหรัฐอเมริกามีการปกครองในรูปแบบสาธารณรัฐ (Replublic) ซึ่งประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ โครงสร้างแบบระบบสหรัฐ (Federalism)[325] และโครงสร้างแบบมลรัฐ[326] โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาและรัฐธรรมนูญของแต่ละมลรัฐต่างยึดมั่นในหลักการแบ่งแยกอำนาจซึ่งมีการถ่วงดุลอำนาจระหว่างองค์กรที่ใช้อำนาจอธิปไตยทั้งสามฝ่ายกล่าวคือ ทั้งรัฐบาลกลางและมลรัฐมีโครงสร้าง 3 ส่วน ได้แก่ ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหารและฝ่ายตุลาการ รัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดโครงสร้างการเมือง การปกครองของประเทศตลอดจนกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางและมลรัฐซึ่งแต่ละมลรัฐก็จะมีรัฐธรรมนูญเป็นของตนเองซึ่งกำหนดโครงสร้างการเมืองการปกครองของแต่ละมลรัฐไว้ มลรัฐมีอิสระในการขยายสิทธิที่รับรองไว้ใน

---

[324] กำธร กำประเสริฐ และสาคริน์ทร์ ยุวะพุกกะ, **เอกสารประกอบคำบรรยายกระบวนวิชาภาษาอังกฤษสำหรับการศึกษากฎหมาย (English for Legal Study) LA 503** (กรุงเทพมหานคร: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2552), หน้า 30.

[325] โครงสร้างแบบระบบสหรัฐ (Federalism) คือ การบริหารกิจการส่วนกลางของประเทศโดยรัฐบาลกลาง(Central Government) ซึ่งมีอำนาจเฉพาะเจาะจงและจำกัดเท่าที่รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้

[326] โครงสร้างแบบมลรัฐ คือ การบริหารกิจการอื่น ๆ นอกเหนือจากการบริหารกิจการของรัฐบาลกลาง; มานิตย์ จุมปา, **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสหรัฐอเมริกา (Introduction to American Law)**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร; วิญญูชน, 2553), หน้า 27.

รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาให้แก่ประชาชนในมลรัฐของตนได้ กล่าวคือ การให้สิทธิเสรีภาพของประชาชนในมลรัฐมากกว่าที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาได้แต่จะถูกจำกัดว่าจะเพิกถอนหรือลดสิทธิที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาไม่ได้โครงสร้างพื้นฐานของสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยหลักการ 3 หลักการ ดังนี้[327]

(1) หลักการแบ่งแยกอำนาจ (Separation of Power) ประกอบด้วยองค์กรที่ใช้อำนาจอธิปไตย 3 องค์กร ได้แก่ องค์กรนิติบัญญัติ องค์กรบริหาร และองค์กรตุลาการซึ่งถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน

(2) การปกครองแบบสหรัฐหรือสมาพันธรัฐ (Federalism) การปกครองของประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การปกครองในระดับสหรัฐ คือ รัฐบาลกลาง (Federal) กับการปกครองระดับมลรัฐ (State) ซึ่งมีจำนวน 50 มลรัฐ แต่ละมลรัฐมีอำนาจและมีอิสระในการปกครองตนเองภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา

(3) หลักอำนาจรัฐที่มีอำนาจจำกัด (Limited Government) คือ การปกครองแบบให้รัฐธรรมนูญเป็นใหญ่โดยถือว่าอำนาจของรัฐได้รับมาจากประชาชน รัฐบาลได้เข้ามาบริหารประเทศโดยความยินยอมของประชาชน

ด้วยรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยหลักการแบ่งแยกอำนาจออกเป็น 3 สถาบัน (Separation of Power) จึงส่งผลให้ประเทศสหรัฐอเมริกาแบ่งระดับสถาบันออกเป็น สถาบันภายใต้ระบบสหรัฐและสถาบันภายใต้ระบบมลรัฐ สถาบันภายใต้ระบบสหรัฐคือมลรัฐจะมีรัฐธรรมนูญเป็นของตนเองโดยแบ่งสถาบันภายในแต่ละมลรัฐออกเป็น 3 สถาบันเช่นเดียวกับสถานบันภายใต้สหรัฐ สำหรับกฎหมายที่ตราขึ้นโดยมลรัฐจะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาของมลรัฐและลงนามประกาศโดยผู้ว่าการมลรัฐซึ่งผู้ว่าการมลรัฐมีอำนาจในการยับยั้งร่างกฎหมายได้ อย่างไรก็ตามกฎหมายที่มลรัฐประกาศใช้แล้วอาจถูกศาลสูงสุดของมลรัฐวินิจฉัยได้ว่ากฎหมายดังกล่าวใช้บังคับไม่ได้อันเนื่องมาจากเหตุที่กฎหมายนั้นขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาหรือรัฐธรรมนูญของมลรัฐ[328] ประกอบด้วย

1. ฝ่ายนิติบัญญัติ ตามรัฐธรรมนูญมาตรา 1 ข้อ 1 กำหนดให้รัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกา (The United States Congress) มีอำนาจและหน้าที่ในการตรากฎหมายรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาแบ่งออกเป็น 2 สภา ได้แก่ สภาผู้แทนราษฎร (The House of Representatives) และวุฒิสภา (The United States Senate) ซึ่งการประกาศใช้กฎหมายที่จะต้องได้รับความเห็นชอบจากทั้งสองสภา ส่วนการตรากฎหมายเป็นอำนาจที่มีอยู่อย่างจำกัด กล่าวคือ ถ้ารัฐธรรมนูญไม่ได้กำหนดโดยเฉพาะเจาะจงให้อำนาจใดเป็นอำนาจของรัฐสภาย่อมแสดงว่าอำนาจนั้นเป็นของมลรัฐ

2. ฝ่ายบริหาร มีหน้าที่ในการบริหารประเทศและการบังคับใช้กฎหมายโดยมีผู้บริหารสูงสุดคือ ประธานาธิบดีซึ่งตามรัฐธรรมนูญ ตามมาตรา 2 ข้อ 1 กำหนดให้ประธานาธิบดีมีอำนาจในการบริหารกิจการของประเทศ นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการเข้าทำสนธิสัญญากับต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันประเทศสหรัฐอเมริกาได้แต่จะต้องได้รับความเห็นชอบด้วย

---

[327] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 32-33.

[328] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 40-41.

คะแนนเสียง 2 ใน 3 ของสมาชิกวุฒิสภา ตลอดจนมีอำนาจในการแต่งตั้งผู้พิพากษาศาลในระดับสหรัฐ

3. ฝ่ายตุลาการ มีอำนาจหน้าที่ในการอำนวยความยุติธรรมซึ่งตัดสินชี้ขาดข้อพิพาทคดีที่ขึ้นสู่ศาล ศาลฎีกาแห่งสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นผู้พิพากษาศาลในระดับสหรัฐซึ่งประกอบไปด้วยผู้พิพากษาจำนวน 9 คน ศาลฎีกาแห่งสหรัฐอเมริกาคือศาลสูงสุดที่มีอำนาจตัดสินในคดีที่มีข้อพิพาทเกี่ยวเนื่องกับกฎหมายสหรัฐ หลักประกันความเป็นอิสระคือ สามารถดำรงตำแหน่งไปจนตลอดชีวิตตราบเท่าที่ยังคงมีความประพฤติที่ดี คดีที่พิพาทอยู่ในอำนาจของศาลมลรัฐก็อาจขึ้นสู่การพิจารณาของศาลฎีกาได้หากในคดีนั้นเกี่ยวพันถึงกฎหมายในระดับสหรัฐแต่จะต้องรอให้ศาลสูงของมลรัฐมีคำตัดสินเสียก่อน

ระบบกฎหมายของสหรัฐอเมริกา ใช้ระบบคอมมอนลอว์ในกรณีที่ไม่กฎหมายลายลักษณ์อักษรผู้พิพากษาจะเป็นผู้สร้างกฎหมายโดยปรับใช้แนวบรรทัดฐานของคำพิพากษาในคดีก่อนเพื่อนำมาใช้ตัดสินในคดี (Case Law) รัฐธรรมนูญของมลรัฐเป็นกฎหมายสูงสุดภายในแต่ละมลรัฐ โดยมลรัฐต้องตรากฎหมายภายในขึ้นภายใต้ขอบเขตที่มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญของมลรัฐนั้นซึ่งมีศักดิ์ต่ำกว่ารัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาและกฎหมายที่ตราขึ้นโดยรัฐบาลกลางตามลำดับ รัฐธรรมนูญมลรัฐเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดโครงสร้างของมลรัฐและอำนาจของรัฐบาลมลรัฐ ศาลฎีกาหรือศาลสูงสุดแต่ละมลรัฐเป็นศาลที่มีอำนาจสูงสุดในการตีความรัฐธรรมนูญในแต่ละมลรัฐ สหรัฐอเมริกามีการปกครองในรูปแบบสหรัฐซึ่งรัฐบาลกลางมีอำนาจในการตรากฎหมายขึ้นใช้ในเมืองหลวง คือ วอชิงตันดีซี และมลรัฐทั้ง 50 มลรัฐภายใต้เงื่อนไขอำนาจที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยมลรัฐมีระบบกฎหมาย ศาลและระบบการบังคับใช้กฎหมายเป็นของตนเองถึงแม้ว่ากฎหมายในแต่ละมลรัฐอาจมีความคล้ายคลึงกันแต่ละมลรัฐก็อาจมีอำนาจในการตัดสินเป็นของตนเอง ดังนั้นกฎหมายเรื่องเดียวกันเมื่อเกิดข้อพิพาทขึ้นต่างมลรัฐการตัดสินของศาลอาจออกมาแตกต่างกันได้ การแบ่งประเภทกฎหมายมีความสำคัญในการปรับใช้กฎหมายและศาลที่มีเขตอำนาจในการพิจารณาคดีเนื่องจากหากข้อพิพาทเรื่องใดเกี่ยวข้องกับกฎหมายระดับสหรัฐจะต้องปรับใช้กฎหมายในระดับสหรัฐซึ่งศาลที่มีเขตอำนาจคือ ศาลในระดับสหรัฐ แต่ถ้าหากข้อพิพาทใดเกี่ยวข้องกับกฎหมายในระดับมลรัฐจะต้องปรับใช้กฎหมายของมลรัฐซึ่งศาลที่มีเขตอำนาจคือศาลของมลรัฐนั้น ๆ ซึ่งกฎหมายในระดับสหรัฐ มีการตราขึ้นใน 3 รูปแบบ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา รัฐบัญญัติที่ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภาและประธานาธิบดีลงนามประกาศใช้ และกฎเกณฑ์ที่ตราขึ้นโดยหน่วยงานหรือองค์กรของรัฐบาลกลาง

รัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยหลักการสำคัญ คือ การจำกัดอำนาจในการตรากฎหมายของรัฐสภาโดยรัฐสภาจะตรากฎหมายขึ้นใช้บังคับได้ก็ต่อเมื่อรัฐธรรมนูญให้อำนาจรัฐสภาตรากฎหมายในเรื่องนั้นได้ อำนาจใดที่รัฐธรรมนูญไม่ได้ให้อำนาจไว้เป็นการเฉพาะแก่รัฐสภาอำนาจนั้นย่อมเป็นของประชาชนหรือมลรัฐ ตัวอย่างเรื่องอำนาจของรัฐสภาที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น ศาลวางบรรทัดฐานเรื่องอำนาจในการตรากฎหมายของรัฐสภาไว้ว่า แม้รัฐธรรมนูญไม่ได้บัญญัติไว้โดยแจ้งชัดว่ารัฐสภามีอำนาจในการตรากฎหมายเพื่อจัดตั้งธนาคารแต่รัฐสภาก็มีอำนาจนี้เนื่องจากถือเป็นส่วนหนึ่งของการใช้อำนาจของรัฐสภาที่เกี่ยวกับการจัดเก็บภาษีและการกู้ยืมเงินตามที่รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้อำนาจไว้ใน มาตรา 1 ข้อ 8 วรรคสุดท้าย ในเรื่องอำนาจที่จะตรา

กฎหมายที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อให้เป็นไปตามอำนาจหน้าที่ของรัฐสภา การที่ศาลตัดสินเช่นนี้เป็นที่รู้จักกันในนามหลักการตีความอำนาจของรัฐสภาโดยปริยาย[329] นอกจากนี้ มลรัฐมีอำนาจในการตรากฎหมายที่ตนเห็นว่ามีความเหมาะสมตราบเท่าที่เรื่องนั้นไม่ถูกห้ามไว้โดยรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งอำนาจในการตรากฎหมายของรัฐสภาสหรัฐเพื่อใช้บังคับทั้งประเทศนั้นต้องอิงอยู่กับบทบัญญัติเฉพาะเจาะจงในรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจไว้ แต่อย่างไรก็ตามสหรัฐอเมริกาพยายามที่จะตรากฎหมายภายในของแต่ละมลรัฐให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั้งประเทศ ตัวอย่างเช่น กฎหมายพาณิชย์โดยการนำเสนอประมวลกฎหมายพาณิชย์ต้นแบบขึ้นเพื่อให้มลรัฐรับไปตราขึ้นเป็นกฎหมายภายในเพื่อให้การทำธุรกิจไม่ต้องกังวลกับความแตกต่างของกฎหมายในของแต่ละมลรัฐ

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีกฎหมายเข้มงวดในการปราบปรามยาเสพติดและมีประวัติศาสตร์ยาวนานเกี่ยวกับมาตรการควบคุมกัญชา ปัจจุบันถือได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีความหลากหลายของมาตรการควบคุมกัญชาซึ่งแตกต่างไปตามแต่ละมลรัฐ ข้อนี้จะอธิบายนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของการควบคุมกัญชา ลักษณะการใช้ประโยชน์ของกัญชาและสรุปผลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ตามรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นแหล่งที่มาของกฎหมายกำหนดโครงสร้างการปกครองและสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ประธานาธิบดีมีอำนาจในการเสนอสนธิสัญญาและแต่งตั้งตุลาการภายใต้การเห็นชอบของฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายนิติบัญญัติหรือสภาคองเกรสประกอบด้วยสองสภา ได้แก่ สภาซีเนตและสภาผู้แทนราษฎร ฝ่ายนิติบัญญัติมีอำนาจในการจัดเก็บภาษีและการจ่ายเงิน ยืมเงิน ควบคุมการค้าเนื่องจากทุกมลรัฐอาศัยการจ่ายเงินของรัฐบาลกลางและการค้าเกือบทั้งหมดซึ่งจะต้องได้รับการตรวจสอบโดยสภาคองเกรสผ่านรัฐบาลกลาง (Federal) ทั้งสิ้น รวมทั้งการออกกฎหมายต่าง ๆ เช่น กบฏ, การปลอมหรือแปลง, การกระทำผิดเกี่ยวกับสิทธิสภานอกอาณาเขต, การละเมิดลิขสิทธิ์, อาชญากรรมที่เกิดขึ้นในทะเลหลวง รวมทั้งกำหนดให้การกระทำเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นความผิดอาญา เป็นต้น ถึงแม้ว่ามลรัฐจะมีอธิปไตยในการตรากฎหมายเองและบังคับใช้ภายในมลรัฐซึ่งชอบด้วยรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตามมลรัฐมักถูกบังคับให้ตรากฎหมายตามความประสงค์ของรัฐบาลกลางโดยหากไม่ปฏิบัติตามจะมีผลต่อเงินงบประมาณ/ทุนอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง[330]

สำหรับประวัติศาสตร์การใช้ประโยชน์จากกัญชาในสหรัฐอเมริกานั้นเริ่มต้นจากการที่สหรัฐอเมริกาได้อนุญาตให้มีการใช้ยาเสพติดประเภทอื่นได้อย่างถูกกฎหมายเช่น ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน นับตั้งแต่การเกิดสงครามกลางเมืองใน ค.ศ.1861-1865 จนถึงศตวรรษที่ 19 ฝิ่นถูกนำไปเป็นส่วนผสมหลายอย่างที่มีการจดสิทธิบัตร เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ เป็นต้น

ต่อมาในปี ค.ศ.1906 สภาคองเกรสแห่งสหรัฐอเมริกาได้ผ่านกฎหมายอาหารและยา โดยการกำหนดชนิดยาที่มีการแสดงปริมาณของยาเสพติดซึ่งประชาชนสามารถซื้อได้เอง และได้ผ่านกฎหมายฝิ่นใน ค.ศ.1909 แก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1914 ห้ามการนำเข้ายาเสพติดที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการรักษา/ในทางการแพทย์ ต่อมาในปี ค.ศ.1906 สภาคองเกรสออกกฎหมาย The

---

[329] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 63.

[330] กำธร กำประเสริฐและ สาครินทร์ ยุวะพุกะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 18.

Harrison Narcotic Act of 1914 ซึ่งกำหนดนโยบายยาเสพติด เช่น ห้ามการนำเข้าฝิ่น กำหนดให้สามารถนำโคเคนและเฮโรอีนมาใช้ในทางการแพทย์โดยต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์เป็นต้น อย่างไรก็ตามกฎหมาย Harrison Narcotic Act ถือว่าเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรายได้ของรัฐหรือมาตรการภาษีจากผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ขายยาเสพติดจากรัฐ

ในปี ค.ศ.1930 นาย Henry J. Anslinger ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสำนักงานยาเสพติดแห่งชาติ (Federal Bureau Of Narcotic, FBN) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับประวัติศาสตร์กฎหมายยาเสพติดในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากออกนโยบายควบคุมกัญชาโดยสนับสนุนให้กำหนดมาตรการลงโทษทางอาญาโดยไม่สนับสนุนวิธีการด้านสาธารณสุขต่อความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและนาย Henry J. Anslinger ยังสนับสนุนการออกกฎหมายภาษีกัญชา (Marihuana Tax Act) โดยผ่านสภาคองเกรสในค.ศ.1937 รวมถึงการที่สภาคองเกรสได้ใช้กฎหมาย Harrison Narcotie Act มาควบคุมการใช้กัญชาโดยใช้มาตรการทางภาษีแม้จะมีการต่อต้านจากสมาคมการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (American Medical Association) ก็ตามซึ่งนาย Henry J. Anslinger ได้ให้ความเห็นว่ายาเสพติดเป็นสิ่งที่บ่อนทำลายชาวอเมริกันในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2[331] นับตั้งแต่นั้นมากัญชาจึงถูกจำกัดการใช้ประโยชน์ในสหรัฐอเมริกา

2) มาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา

ข้อนี้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชากฎหมายของรัฐบาลกลางและกฎหมายในระดับมลรัฐถึงแม้ว่ารัฐบาลกลางจะออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด Control Substance Act (CSA) โดยระบุให้กัญชาเป็นยาเสพติดที่ต้องควบคุม แต่มลรัฐยังคงมีอำนาจตรากฎหมายยาเสพติดได้เองและบังคับใช้เฉพาะภายในรัฐของตน ดังนี้

(1) กฎหมายยาเสพติดของรัฐบาลกลาง (Federal Government)

รัฐบาลกลางมีอำนาจออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด ในปีค.ศ.1970 สภาคองเกรสได้บัญญัติกฎหมายควบคุมยาเสพติดที่เรียกว่า Controlled Substances Act (CSA) มีผลยกเลิกกฎหมาย Harrison Act และ Marihuana Tax Act ซึ่งควบคุมสารเสพติดโดยการจัดบัญชีกลุ่มยาเสพติด เช่น

ยาเสพติดกลุ่มที่หนึ่ง ได้แก่ เฮโรอีน กัญชา เป็นต้น กำหนดให้ไม่สามารถมีไว้ในครอบครองได้ยกเว้น ครอบครองเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยและต้องได้รับอนุญาตจากรัฐบาลกลางซึ่งยาเสพติดในบัญชีกลุ่มที่หนึ่งได้รับการพิจารณาว่าไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์และมีความเสี่ยงในการใช้ในทางที่ผิดสูง

ยาเสพติดในบัญชีกลุ่มที่สอง ได้แก่ ฝิ่น โคเคน และโคเดอีน ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ในทางการแพทย์และมีความเสี่ยงในการใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าบัญชีกลุ่มที่หนึ่ง อย่างไรก็ตามยาเสพติดกลุ่มที่สองต้องอยู่ในกรอบการควบคุมอย่างเคร่งครัดด้วยเช่นเดียวกัน

การกระทำความผิดและการลงโทษฐานจำหน่ายที่ผิดกฎหมาย มีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้าและส่งออกกัญชา ดังนี้

---

[331] ศักดิ์ชัย เลิศพาณิชพันธุ์, *เรื่องเดิม*, หน้า 264.

ถ้ากระทำความผิดครั้งแรกมีกัญชาปริมาณ 1,000 กิโลกรัมหรือมากกว่า หรือ 1,000 ต้นหรือมากกว่า ปรับ 4-10 ล้านเหรียญสหรัฐ และจำคุก 10 ปีถึงตลอดชีวิต หากปริมาณน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ปรับ 250,000 – 1ล้านเหรียญสหรัฐ โทษจำคุกสูงสุด 5 ปี

ถ้ากระทำความผิดครั้งที่สอง มีกัญชาปริมาณ 1,000 กิโลกรัมหรือมากกว่า หรือ 1,000 ต้นหรือมากกว่า ปรับ 8-20 ล้านเหรียญสหรัฐ และจำคุก 20 ปีถึงตลอดชีวิต หากมีปริมาณน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ปรับ 500,000 – 2 ล้านเหรียญสหรัฐ โทษจำคุกสูงสุด 10 ปี

มีข้อสังเกตว่าความผิดและการลงโทษการละเมิดกฎหมายรัฐบาลกลางกรณีกัญชาซึ่งจัดอยู่ในประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน มีอัตราโทษสูงหากกระทำความผิดซ้ำอัตราการลงโทษจะเพิ่มเป็นสองเท่าจากเดิมและมีอัตราโทษขั้นสูงถึงจำคุกตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตามในสมัยประธานาธิบดี Ronald Regan การควบคุมกัญชาได้ผ่อนคลายความเข้มงวดลงโดยในปี ค.ศ.1982 ได้แต่งตั้งที่ปรึกษานโยบายยาเสพติดแห่งทำเนียบขาวและในปี ค.ศ.1984 ออกกฎหมาย The Comprehensive Crime control Act of 1984 ต่อมาใน ปี ค.ศ.1986 ออกกฎหมาย The Anti Drug Abuse Act 1986 และในปี ค.ศ.1988 ได้ออกกฎหมาย The Anti Drug Abuse Amendment Act of 1988 กฎหมายได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมยาเสพติดโดยการเพิ่มการลงโทษสำหรับการกระทำผิดรวมถึงกัญชาและเพิ่มงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมต่อต้านยาเสพติด ต่อมาในปี ค.ศ.1988 ได้จัดตั้งสำนักงานนโยบายควบคุมยาเสพติดแห่งชาติโดยมีผู้อำนวยการสำนักงานเรียกว่า Drug Czar ซึ่งการออกกฎหมายดังกล่าวเป็นการรองรับการแพร่ระบาดของ Crack Cocaine[332] ซึ่งเป็นการตื่นตระหนกโดยการโฆษณาจากนักการเมืองและจากสื่อสารมวลชนจนทำให้เกิดสงครามต่อต้านยาเสพติดในยุคนี้

นอกจากนี้ได้เกิดข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการจัดกลุ่มบัญชีภายใต้กฎหมายควบคุมสารเสพติด (CSA) กรณีกัญชาซึ่งมีการร้องเรียนในเรื่องดังกล่าวและให้มีการตรวจสอบข้อร้องเรียนต่อหน่วยงาน The Drug Enforcement Administration (DEA) เพื่อให้จัดกลุ่มบัญชีกัญชาใหม่เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มภายใต้กฎหมายควบคุมสารเสพติด (CSA) ในการสรุปว่ากัญชาควรอยู่ในกลุ่มที่ 1 หรือไม่ซึ่งกระทรวงยุติธรรมได้พิจารณาจากปัจจัย ดังนี้[333]

1. ศักยภาพที่แท้จริงหรือที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด
2. หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงผลข้างเคียงของยา
3. สภาวะปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับยาเสพติด
4. ประวัติและรูปแบบการใช้ยาประเภทนั้นในทางที่ผิด
5. ขอบเขต ระยะเวลา และความสำคัญของการใช้ยาในทางที่ผิด
6. มีความเสี่ยงต่อการสาธารณสุขหรือไม่
7. คุณสมบัติของยาที่มีความเป็นไปได้ในการติดยาทางด้านจิตใจและร่างกาย

---

[332] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 266.

[333] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 266.

8. พิจารณาดูว่ายาเป็นต้นตอของสารที่ควบคุมภายใต้ CSA หรือไม่

อีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการวิเคราะห์ที่ไม่ให้มีการอนุญาตกำหนดกลุ่มกัญชาใหม่ คือ ข้อเท็จจริงที่ว่ายาเสพติดไม่มีการยอมรับเพื่อใช้งานทางการแพทย์ สำนักงานอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Food and Drug Administration) กำหนดว่าสารใดจะได้รับอนุญาตให้ประชาชนบริโภคจะต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้[334]

1. สารเคมีของยาจะต้องเป็นที่รู้จักและผลิตได้
2. ต้องมีการศึกษาความปลอดภัยที่เพียงพอ
3. ต้องมีการศึกษาอย่างเพียงพอและมีการควบคุมด้านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ
4. ยาเสพติดจะต้องรับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติ
5. ต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างกว้างขวาง

(2) กฎหมายระดับมลรัฐในที่นี้จะกล่าวถึงแนวคิด นโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการใช้กัญชาระดับมลรัฐ ดังนี้

(2.1) แนวคิดและนโยบายที่เกี่ยวกับการใช้กัญชา

แนวคิดในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายการใช้กัญชาในระดับมลรัฐ จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในแต่ละมลรัฐของสหรัฐอเมริกาจะมีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางประเด็นโดยแบ่งประเภทของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ดังนี้

1. แนวคิดว่าด้วยกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย (Illegal) กล่าวคือ มลรัฐที่กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและผิดกฎหมายฐานครอบครอง การจำหน่าย ขนส่ง และการเพาะปลูก เช่นเดียวกับรัฐบาลกลางเช่น South Carolina, Wisconsin เป็นต้น

2. แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับการใช้ในทางการแพทย์ (Decriminalizationfor Medical Use Only) กล่าวคือ มลรัฐที่มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ เช่น ลดทอนความผิดฐานครอบครอง การจำหน่าย ขนส่ง และการเพาะปลูกสำหรับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้แก่รัฐ Arizona, Georgia, Hawaii. Illinois, Michigan เป็นต้น

3. แนวคิดการทำให้กัญชาถูกกฎหมายโดยการควบคุมของรัฐ (Legalization for Recreation Use and Medical Use) คือ มลรัฐที่กำหนดให้กัญชาถูกกฎหมายในความผิดฐานครอบครอง จำหน่าย ขนส่ง และการเพาะปลูก ได้แก่รัฐ Colorado, Alaska, Oregon, Washington

จากข้อมูลเบื้องต้น กฎหมายของรัฐบาลกลางกำหนดให้กัญชาผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมสารเสพติด ค.ศ.1970 (Controlled Substances Act of 1970) โดยกฎหมายดังกล่าวจัดกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท1 (Schedule I) กล่าวคือเป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรงซึ่งมีความเสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิดสูงและไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในบางมลรัฐได้ผ่านกฎหมายโดยการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของ

---

[334] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 267.

กัญชา (Decriminalize) โดยมีการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาในลักษณะเพื่อผ่อนคลาย (Recreation use) หรือใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use) ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมของแต่ละมลรัฐ มลรัฐที่อนุญาตให้บริโภคกัญชาทั้งเพื่อผ่อนคลายและใช้ในทางการแพทย์ (Recreational and Medicinal Marijuana) คือโคโลราโด (Colorado), โอเรกอน (Oregon), อลาสก้า (Alaska) และวอชิงตัน (Washington) รวมไปถึงเขตปกครองโคลัมเบีย (The District of Columbia) เป็นต้น

(2.2) มาตรการทางกฎหมาย

กฎหมายที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาในระดับมลรัฐสามารถแบ่งประเภทของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้เป็น 3 รูปแบบคือ การกำหนดให้กัญชาผิดกฎหมาย (Illegal)เช่นเดียวกับรัฐบาลกลางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมและการทำให้ถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไขในบางฐานความผิด ในข้อนี้จึงศึกษากฎหมายระดับมลรัฐในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกัญชาที่มีมาตรการทางกฎหมายกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดแต่มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ได้แก่การอนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เท่านั้น (Medical Use Only) และการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล (Recreation Use and Medical Use)

(2.2.1) มาตรการทางกฎหมายในการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล ได้แก่มลรัฐที่ใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยทำให้กัญชาถูกกฎหมายในความผิดบางฐานเช่น อนุญาตให้ใช้กัญชาทั้งในทางการแพทย์และการครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล (Recreation Use and Medical Use) ตัวอย่างเช่น อลาสก้า (Alaska), แคลิฟอร์เนีย (California), โคโลราโด (Colorado), โอเรกอน (Oregon), วอชิงตัน (Washington) อนุญาตให้ประชาชนภายในรัฐของตนใช้กัญชาในทางการแพทย์และใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลายได้ (Medical and Recreational Use) สาระสำคัญของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ดังนี้

1. มลรัฐอลาสก้า (Alaska) อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยถูกต้องตามกฎหมายด้วยการลงคะแนนเสียงของประชาชนภายในรัฐเห็นชอบด้วยคะแนน 58% เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน ค.ศ.1998 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 4 มีนาคม ค.ศ.1999[335] โดยให้ความคุ้มครองผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับรัฐซึ่งต้องแสดงเอกสารเกี่ยวกับคำสั่งแพทย์ลงนามยืนยันว่าได้ตรวจผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนแอ (Debilitating Medical Condition) และจากการสอบถามประวัติการรักษาด้วยยาต่าง ๆ

2. มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยถูกต้องตามกฎหมายเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน ค.ศ.1996 โดยยกเว้นจากการถูกดำเนินคดีถ้าครอบครองกัญชาหรือปลูกกัญชาเพียงเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยซึ่งต้องได้รับการอนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางวาจาโดยแพทย์ซึ่งเป็นผู้พิจารณาว่าสุขภาพของผู้ป่วยว่าจะดีขึ้นหากได้รับประโยชน์จากการใช้กัญชารักษาโรค

---

[335] **Alaska NORML**, Retrieved September 5 2016 from http://norml.org2legal2item2alaska-medical-marijuana?category_id=835

3. วอชิงตัน (Washington) อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยถูกต้องตามกฎหมายเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน ค.ศ.1998 โดยยกเว้นจากการถูกดำเนินคดีสำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติโดยครอบครองกัญชาไม่เกินกว่าที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อเป็นยาส่วนบุคคล และแสดงเอกสารที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้กฎหมายจะได้รับการคุ้มครองหากปฏิบัติตามกฎหมาย คำสั่งของแพทย์ที่มีการลงนามหรือบันทึกในเวชระเบียนที่แสดงว่าแพทย์มีความเห็นว่าประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาจะมีความสำคัญมากกว่าความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย

4. มลรัฐโอเรกอน (Oregon) อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยถูกต้องตามกฎหมายเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน ค.ศ.1998 โดยยกเว้นจากการถูกดำเนินคดีหากมีบัตรลงทะเบียนผู้ป่วยและยังได้รับการคุ้มครองในกรณีที่ไม่มีบัตรแต่ได้ปฏิบัติตามข้อบังคับของกฎหมายและข้อโต้แย้ง “Choice of Evil” การวินิจฉัยภายใน 12 เดือนของการจับกุม พร้อมทั้งมีสภาพที่มีคุณสมบัติและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่ดูแลว่ากัญชาอาจบรรเทาอาการได้

5. มลรัฐโคโลราโด (Colorado) อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยถูกต้องตามกฎหมายเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายนค.ศ. 2000 ให้ยกเว้นจากการถูกดำเนินคดีอาญากับผู้ที่มีบัตรลงทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยและกรณีที่ไม่มีบัตรลงทะเบียนก็ยังได้รับการคุ้มครองแต่ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับของกฎหมายซึ่งได้รับการวินิจฉัยก่อนการจับกุมว่าผู้ถูกจับกุมเป็นผู้มีสภาพร่างกายอ่อนแอและได้รับคำแนะนำโดยแพทย์ว่ากัญชาอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้

ในที่นี้ผู้เขียนได้ศึกษากฎหมายระดับมลรัฐที่มีการนำหลักการทำให้ถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไขของมลรัฐโคโรลาโดซึ่งเป็นรัฐที่มีทั้งกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการครอบครองกัญชาส่วนบุคคล กล่าวคือ ทำการแก้ไขกฎหมายที่รัฐบาลกลางที่กำหนดให้กัญชาเป็นสารเสพติดโดยรัฐแก้ไขรัฐธรรมนูญของมลรัฐ (The Constitution of the State of Colorado) ได้แก่ Amendment 64 ซึ่งอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) และการแก้ไขกฎหมายที่ 20 (Initiative 20 หรือ Amendment 20) ซึ่งอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use) มีสาระสำคัญ ดังนี้

1) Colorado Amendment 64 คือ กฎหมายที่วางหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ผ่านการลงประชามติซึ่งเกิดจากการลงคะแนนเสียงของประชาชนในมลรัฐโคโลราโดผ่านกฎหมายเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน ค.ศ.2012 (พ.ศ.2555) กล่าวคือผู้เห็นชอบตามกฎหมาย 55.32% และผู้ไม่เห็นชอบตามกฎหมาย 44.68% แนวคิดพื้นฐานของกฎหมายเป็นการใช้หลักการทำให้กัญชาถูกกฎหมายแบบมีเงื่อนไข (Legalization) สำหรับการใช้กัญชาที่มิได้มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ (Non Medical Use) เช่น ความผิดฐานครอบครองเพื่อใช้ส่วนบุคคล อนุญาตให้ประชาชนของรัฐสามารถขายและเสพกัญชาเพื่อผ่อนคลายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข (Recreation Use/Personal Use) และจ่ายเงินเข้ารัฐผ่านระบบจัดเก็บภาษีสรุปสาระสำคัญของกฎหมายได้ดังนี้[336]

---

[336] **Amendment64 Use and Regulation of Marijuana**, Retrieved April 25, 2016 from http://www.fcgov.com/mmj/pdf/amendment64

(1) ความผิดฐานครอบครอง คือ การครอบครองกัญชาถูกกฎหมายสำหรับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป สามารถปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 6 ต้น โดยมีต้นที่เจริญเติบโตเต็มที่ไม่เกิน 3 ต้น สำหรับใช้ส่วนบุคคล และสามารถครอบครองกัญชาที่ปลูกเพื่อใช้ส่วนบุคคลได้กล่าวอย่างถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามการครอบครองกัญชาขณะเดินทางได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ และการแจกจ่ายกัญชาให้กับบุคคลอื่นได้ครั้งละไม่เกิน 1 ออนซ์ ซึ่งผู้รับกัญชาจะต้องมีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกัน

(2) การอนุญาตให้จำหน่ายคือ อนุญาตให้จำหน่ายกัญชาทั้งในทางการแพทย์และกัญชาที่มีวัตถุประสงค์อื่นที่มิใช่ในทางการแพทย์ (Medical and Recreational Use)

(3) การอนุญาตให้ขนส่ง คือ อนุญาตให้ขนส่งกัญชาที่ถูกกฎหมายโดยไม่เกิน 1 ออนซ์ (28 กรัม)

(4) การอนุญาตให้ปลูก คือ อนุญาตให้ปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 6 ต้นซึ่งต้องมีไม่เกิน 3 ต้นที่เจริญเติบโตเต็มที่สำหรับใช้ประโยชน์ส่วนตัว และอนุญาตปลูกกัญชาเพื่อจำหน่ายได้แต่ต้องได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องจากมลรัฐ

2) ColoradoBallotInitiative 20 หรือ Amendment 20[337] หรือที่รู้จักในนาม The Colorado Medical Use of Marijuana Initiative เป็นกฎหมายที่เกิดจากการลงคะแนนเสียงจากประชาชนของมลรัฐโคโลราโด (Ballot) เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญแห่งมลรัฐโคโลราโด (Colorado Amendment 20 (2000)) ซึ่งเกิดจากการลงคะแนนเสียงของประชาชนในมลรัฐโคโลราโดผ่านกฎหมายกล่าวคือมีผู้เห็นชอบตามกฎหมาย 53.53 % และผู้ไม่เห็นชอบตามกฎหมาย 46.47% แนวคิดพื้นฐานของกฎหมายเป็นการใช้แนวคิดการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย (Legalization) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์ (Medical Use) ซึ่งมีสาระสำคัญคือ การอนุญาตให้ใช้กัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ (Medical Purpose) รวมทั้งกำหนดให้มีบัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ซึ่งได้รับอนุญาตให้ครอบครองกัญชาตามกฎหมายด้วย

ในการแก้ไขรัฐธรรมนูญของมลรัฐโคโลราโด (The Colorado Constitution) เป็นการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาตามข้อ 18 มาตรา 14 คือ มาตรการทางกฎหมายของมลรัฐโคโลราโดในการควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ซึ่งกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญมลรัฐโคโลราโดเป็นการใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกล่าวคือ ต้องมีคำสั่งแพทย์ลงนามยืนยันว่าได้ตรวจสอบผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนแอ (Debilitating Medical Condition) สาระสำคัญของกฎหมายสรุปได้ดังนี้

---

[337] **Article XVIII, section 14: Medical Use of Marijuana for Persons Suffering from Debilitating Medical Conditions, Colorado Constitution**, Retrieved April 25, 2016 from http://www.colorado.gov/pacific/enforcement/laws-constitution-statues-and-regulations

1. คำจำกัดความ ตามมาตรา 14 (1) (a) ได้อธิบายความหมายของคำว่า Debilitating Medical Condition คือ ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนแอซึ่งเป็นโรคหรืออาการที่มีลักษณะดังนี้[338]

1) โรคมะเร็ง, ต้อหิน, HIV Positive[339] หรือโรคเอดส์ หรือการรักษาอาการ หรือ

2) โรคเรื้อรังหรืออาการที่มีเหตุผลที่จะต้องใช้กัญชาเพื่อรักษา ได้แก่ Cachexia[340], อาการปวดรุนแรง, อาเจียนอย่างรุนแรง, อาการชัก (Seizures)[341] รวมถึงอาการที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะของโรคลมชัก (Characteristics of Epilepsy), อาการกล้ามเนื้อบีบเกร็งตลอดเวลา (Persistent Muscle Spasms), คุณลักษณะเฉพาะของโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือเอ็มเอส (Characteristics of Multiple Sclerosis) หรือ

3) อาการของโรคอื่นหรือการบำบัดรักษาอาการที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐหรือผู้ที่มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมายหรือได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือแพทย์ให้ดำเนินการตามมาตรานี้

นอกจากนี้กฎหมายยังได้ให้คำนิยามในส่วนที่เกี่ยวข้องโดย การใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use) กล่าวคือ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ ตามมาตรา 14(1) (b) หมายถึง การได้รับ, การครอบครอง, การผลิต,การใช้/บริโภค, การขนส่งกัญชาหรืออุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพื่อบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาสำหรับอาการหรือผลกระทบของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่กำหนดไว้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการ Debilitating Medical Condition โดยแพทย์หรือแพทย์ตามกฎหมายนี้ กล่าวคือ ในมาตรา 14(1) (e) ได้ให้คำนิยามของคำว่า Physician คือ แพทย์ผู้ซึ่งทำการรักษา, ผู้ที่มีความประพฤติที่ดีและได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมลรัฐโคโลราโด ส่วนผู้ป่วย (Patient) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Debilitating Medical Condition ตามมาตรา 14 (1) (d) ในผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์กฎหมายได้ให้คำนิยามของคำว่า “Parent” ตามกฎหมายนี้คือมารดาหรือบิดาของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือบุคคลผู้ซึ่งดูแลหรือผู้พิทักษ์ตามกฎหมายของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดผู้ให้การดูแลเบื้องต้น (Primary Care-Giver) ตามมาตรา 14 (1) (f) คือ บุคคลที่มิใช่ผู้ป่วยหรือแพทย์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีหน้าที่สำคัญในการจัดการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ Debilitating Medical Condition มีอาการดีขึ้นโดยส่วนของกัญชาที่สามารถใช้ในทาง

---

[338] Colorado Ballot Initiative 20, Section 14 (a)

[339] Positive Status for Human Immunodeficiency Virus

[340] Cachexia คือ ภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน

[341] Seizures คือ อาการที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งและคลายตัวอย่างรวดเร็วติดต่อกันจึงส่งผลให้เกิดเป็นอาการชักกระตุกอย่างรวดเร็วซึ่งอาการชักเกิดจากสมองส่วนที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ เช่น อุบัติเหตุที่สมอง การติดเชื้อที่สมอง ไข้สูง ยาเสพติด เป็นต้น

การแพทย์(Usable from of Marijuana) ได้แก่ เมล็ด, ใบ, ก้านและดอกของพืชตระกูลกัญชา (Genus Cannabis) และสิ่งผสมหรือสิ่งตระเตรียมเพื่อใช้สำหรับการใช้ในทางการแพทย์เช่นการจัดหาตามกฎหมายนี้แต่ไม่รวมถึงส่วนของลำต้น, ก้านใบและรากกัญชา

2. มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) ระบบการลงทะเบียน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะขออนุญาตใช้กัญชารักษาโรคจะต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐหรือที่เรียกว่า State Health Agency ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้นให้มีอำนาจอนุมัติการใช้กัญชาในทางการแพทย์และเป็นผู้บังคับใช้กฎระเบียบเพื่อบริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมาย และเป็นผู้ออกบัตรประจำตัวผู้ป่วย (Registry Identification Card) ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียน ตามข้อ 1 (g) อย่างไรก็ตามการลงทะเบียนของผู้ป่วยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ของผู้ป่วยว่าเป็นผู้สมควรได้รับการรักษาด้วยกัญชาโดยแพทย์จะต้องออกใบรับรองและลงนามในเอกสารที่เรียกว่า Written Documentation ตามข้อ 1 (j)

2) การใช้กัญชาในทางการแพทย์ของผู้ป่วย ในข้อ 4(a),(b)กำหนดให้การใช้กัญชาของผู้ป่วยจะต้องมีปริมาณไม่มากเกินไปกว่าความจำเป็นสำหรับการรักษาอาการ Debillitating Medical Condition โดยกำหนดให้มีปริมาณไม่เกิน 2 ออนซ์ และครอบครองกัญชาได้ไม่เกิน 6 ต้นซึ่งประกอบด้วย ต้นกัญชาที่กำลังเจริญเติบโตเต็มที่ 3 ต้น,กัญชาระยะออกดอกที่ให้ผลิตผลเป็นส่วนของกัญชาที่สามารถใช้ในทางการแพทย์ได้ (Usable from of Marijuana) สำหรับการใช้กัญชาเกินปริมาณที่กำหนดนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจยกเหตุผลยืนยันเพื่อป้องกันการเรียกค่าปรับจากการละเมิดกฎหมายของรัฐว่าปริมาณที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความจำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย Debillitating Medical Condition

3) ข้อห้ามของผู้ป่วย ตามข้อ (5)(a), (b) คือการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในทางที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือการใช้ในบุคคลที่มีสุขภาพดี หรือการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในสถานที่เปิดหรือสถานที่สาธารณะ

4) การจำกัดอายุผู้ป่วยในข้อ (6) ภายใต้ข้อ (2)(a) และ (3)(d) ของมาตรานี้ห้ามผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ใช้กัญชาในทางการแพทย์ เว้นแต่ในกรณี ดังนี้

(1) ต้องมีแพทย์จำนวน 2 คน วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการ Debillitating Medical Condition

(2) แพทย์จำนวน 1 คนตามข้อ (6)(b) ได้อธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ในทางการแพทย์ของการใช้กัญชาและต้องมีผู้ปกครองของผู้ป่วยแต่ละคนจะต้องพำนักในมลรัฐโคโลราโด

(3) แพทย์ตามข้อ (6)(b) จัดให้ผู้ป่วยได้รับเอกสารใบรับรองทางการแพทย์ (Written Documentation) ที่ระบุไว้ในข้อ (3)(b)(1)

(4) ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่อาศัยในรัฐโคโลราโดยินยอมเป็นหนังสือถึงหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ (State Health Agency) อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชาในทางการแพทย์

(5) ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่อาศัยในรัฐโคโลราโดยินยอมเป็นหนังสือเพื่อรับบริการจากผู้ดูแลเบื้องต้น (Primary Care-Giver)

(6) ผู้ปกครองของผู้ป่วยต้องช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์และยินยอมในการขออนุญาตให้มีบัตรประจำตัวผู้ป่วยตามข้อ (3)(b) ของมาตรานี้และเขียนใบยินยอมตามข้อ (6)(d) เสนอหน่วยงาน State Health Agency

(7) หน่วยงาน State Health Agency เป็นผู้อนุมัติผู้ป่วยและส่งบัตรประจำตัวผู้ป่วยให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

(8) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องเลือกปริมาณการครอบครองกัญชาไม่ให้มากเกินกว่าที่กำหนดไว้ในข้อ (4)(a)(I) และ (II) และ

(9) ผู้ดูแลเบื้องต้นจะควบคุมการได้มาของกัญชา, ขนาดยาและความถี่ของการใช้ยาของผู้ป่วย

3. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ หน่วยงาน State Health Agency ซึ่งเป็นหน่วยบริการทางสุขภาพของรัฐที่มีหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้ป่วยและบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้[342]

(2.2.2) มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use)

ในบางมลรัฐอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยไม่ได้ใช้หลักการลดทอนโทษกรณีเสพกัญชาเพื่อผ่อนคลาย สำหรับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ของมลรัฐต่างๆจะมีรูปแบบของการอนุญาตแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ บางมลรัฐอาจอนุญาตให้ใช้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล/ทีเอชซี (THC) ร่วมกับสารแคนนาบิไดออล/สารซีบีดี (CBD) ซึ่งสารทั้งสองชนิดเป็นสารที่ได้จากกัญชาดังที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 2 ว่ากัญชามีสารเคมีหลายชนิดซึ่งหนึ่งในสารดังกล่าวคือสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ประกอบด้วยสารต่าง ๆ หลายชนิดแต่ที่พบมากที่สุด 4 ชนิด ได้แก่ Cannabinoidol (CBD), delta- 9 – Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabinol (CBN) และ Cannabigerolic Acid อย่างไรก็ตามในบางมลรัฐอาจจะอนุญาตให้ใช้เฉพาะสารแคนนาบิไดออล/สารซีบีดี (CBD) เท่านั้นเนื่องจากสารทีเอชซี (THC) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. มลรัฐที่ออกกฎหมายอนุญาตให้ครอบครองกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์โดยอนุญาตให้ใช้กัญชาทั้งสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล/ทีเอชซี (THC) ร่วมกับสารแคนนาบิไดออล/สารซีบีดี (CBD) ประกอบด้วยสาระสำคัญดังแสดงในตารางที่ 4.2

---

[342] Colorado Ballot Initiative 20, Section 14 (h)

ตารางที่ 4.2 กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ในระดับมลรัฐ[343]

มลรัฐ	ปี	กฎหมาย	การครอบครองกัญชา
1. Alaska	1998	Ballot Measure 8 (58%)	ไม่เกิน 1 ออนซ์, 6 ต้น(3 mature, 3 immature)
2. Arizona	2010	Proposition 203 (50.13%)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์, 12 ต้น
3. California	1996	Proposition 215 (56%)	ไม่เกิน 8 ออนซ์, 6 ต้น/12 ต้น(immature)
4. Colorado	2000	Ballot Amendment 20 (54%)	ไม่เกิน 2 ออนซ์,6 ต้น(3 mature, 3 immature)
5. Connecticut	2012	House Bill 5389 (96-51 H,21-13 S)	2.5 ออนซ์
6. Dc	2010	Amendment Act B18-622(13-0 vote)	ไม่เกิน 2 ออนซ์ (dried)
7. Delaware	2011	Senate Bill 17 (27-14 H,17-4 S)	ไม่เกิน 6 ออนซ์
8. Hawaii	2000	Senate Bill 862 (32-18 H,13-12 S)	ไม่เกิน 4 ออนซ์,7 ต้น
9. Illinois	2013	House Bill 1 (61-57 H;35-21 S)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์(ใช้ในระยะเวลา 14วัน/รอบ)
10. Maine	1999	Ballot Question 2 (61%)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์,6 ต้น
11. Maryland	2014	House Bill 881 (125-11 H;44-2 S)	จ่ายไม่เกิน 30 วัน
12. Massachusetts	2012	Ballot Question 3 (63%)	จ่ายไม่เกิน 60 วัน
13. Michigan	2008	Proposal 1(63%)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์, 12 ต้น
14. Minnesota	2014	Senate Bill 2470 (46-16 S;89-40 H)	จ่ายไม่เกิน 30 วัน (ไม่ใช้วิธีการสูบ)
15. Montana	2004	Initiative 148 (62%)	ไม่เกิน 1 ออนซ์,4 ต้น(mature,), 12 เมล็ดพันธุ์
16. Nevada	2000	Ballot Question 9 (65%)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์, 12 ต้น

[343] ProCon.org, **24 Legal Medical Marijuana States and DC Laws, Fees and Possession Limits**, Retrieved April 27, 2016 from http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

มลรัฐ	ปี	กฎหมาย	การครอบครองกัญชา
17. New Hampshire	2013	House Bill 573 (284-66 H;18-6 S)	2 ออนซ์ (ในระยะเวลา 10วัน/รอบ
18. New Jersey	2010	Senate Bill 119 (48-14 H;25-13 S)	ไม่เกิน 2 ออนซ์
19. New Mexico	2007	Senate Bill 523 (36-31 H;32-3 S)	ไม่เกิน 6 ออนซ์,16 ต้น(4 mature, 12 immature)
20. New York	2014	Assembly Bill 6357 (117-13 A; 49-10 S)	สั่งจ่ายไม่เกิน 30 วัน (ไม่ใช้วิธีการสูบกัญชา)
21. Oregon	1998	Ballot Measure 67 (55%)	ไม่เกิน 24 ออนซ์, 24 ต้น(6 mature, 18 immature)
22. Pennsylvania	2016	Senate Bill (149-46 H; 42-7 s)	จ่ายไม่เกิน 30 วัน
22. Rhode Island	2006	Senate Bill 0710 (52-10 H; 33-1 S)	ไม่เกิน 2.5 ออนซ์, 12 ต้น
23. Vermont	2004	Senate Bill 76 (22-7) HB 645 (82-59)	ไม่เกิน 2 ออนซ์, 9 ต้น(2 mature, 7 immature)
24. Washington	1998	Initiative 692 (59%)	ไม่เกิน 24 ออนซ์, 15 ต้น

2. มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ซึ่งอนุญาตเฉพาะสารแคนนาบิไดออล/ซีบีดี

มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์โดยกำหนดปริมาณสารแคนนาบินอยด์ในแต่ละมลรัฐแตกต่างกันซึ่งอนุญาตเฉพาะสารแคนนาบิไดออล (CBD) โดยมุ่งเน้นเพื่อควบคุมสารสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทมลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เฉพาะกรณีใช้สารแคนนาบิไดออล (CBD) โดยสรุปสาระสำคัญตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 หลักเกณฑ์การอนุญาตใช้กัญชาเฉพาะสารแคนนาบิไดออล(Cannabidiol, CBD) ในระดับมลรัฐ สรุปได้ดังนี้[344]

มลรัฐ	กฎหมาย	โรค/อาการ	หลักเกณฑ์การอนุญาต
1. Alabama	SB 174 1 เมษายน 2014	กลุ่มอาการชักรุนแรง	การครอบครองหรือใช้สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) จะต้องมีใบสั่งยาที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายจากมหาวิทยาลัยAlabama (University of Alabama at Birmingham)
2. Delaware	SB 90 23 มิถุนายน 2014	กลุ่มอาการชัก	ผู้ป่วยที่มีอาการชักและอาการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดจะต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยกับรัฐซึ่งมีอายุน้อยกว่า 18 ปี โดยวิธีการใช้น้ำมันกัญชาเท่านั้น (Marijuana Oil) และให้จำกัดปริมาณสารทีเอชซีผสมไม่เกิน 7%
3. Florida	SB 1030 16 มิถุนายน 2014	โรคมะเร็ง(cancer), อาการชัก(chronic seizure, severe muscle spasms)	อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชา (Cannabis Oil) ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) 0.8% -10%
4. Georgia	HB 1 (Haleigh's Hope Act) 16 เมษายน 2015	อาการชัก, โลหิตจาง, มะเร็ง, Crohn's disease, ALS Lou Gehrig's disease, multiple sclerosis, mitochondrial disease,พาร์คินสัน	อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชา (Cannabis Oil) ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 5%
5. Lowa	SF 2360 30 พฤษภาคม 2014	กลุ่มอาการชัก	การครอบครอง/ใช้สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 3% จะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง (Neurologist) ในรูปแบบรับประทาน (Oral) หรือยาฉีดผ่านผิวหนัง (Transdermal)
6. Kentucky	SB 124 10 เมษายน 2014	-	การจ่ายยาที่มีสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) จะต้องเป็นคำสั่งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ประจำในโรงพยาบาล/คลินิกซึ่งเป็นเครือข่ายของ

[344] *Ibid.*

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มลรัฐ	กฎหมาย	โรค/อาการ	หลักเกณฑ์การอนุญาต
			มหาวิทยาลัยของรัฐที่เป็นวิทยาลัยแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์
7.Mississippi	HB 1231 17 เมษายน 2014	กลุ่มอาการชักรุนแรง	อนุญาตให้ใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (Oil) หรือยาง(resin)ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) มากกว่า15% ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 0.5% โดยจะต้องได้รับการทดสอบและผลิตจากศูนย์วิจัยผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติของมหาวิทยาลัยMississippi (National Center for Natural Product Research) และต้องจ่ายยาโดยฝ่ายเภสัชกรรมของศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัย Mississippi
8. Missouri	HB 2238 14 กรกฎาคม 2014	กลุ่มอาการชัก	อนุญาตให้ใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล(Cannabidiol, CBD) อย่างน้อย 5% ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี(THC)ไม่เกิน 0.3%โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง (Neurologist)เป็นผู้ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นอย่างน้อยสามครั้งจึงจะอนุญาตให้ใช้สารสกัดจากกัญชาดังกล่าวได้
9. North Carolina	HB 1220 3 กรกฎาคม 2014	กลุ่มอาการชัก	อนุญาตให้มหาวิทยาลัยทำการทดลองระดับคลินิก (Clinical Trial) ในผู้ป่วยโรคลมชักโดยใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) อย่างน้อย 10% ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี(THC) ไม่เกิน 0.3%
10. Oklahoma	HB 2154 30 เมษายน 2015	อาการชักแบบรุนแรง (Severe forms of epilepsy)	อนุญาตให้ใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 0.3%

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มลรัฐ	กฎหมาย	โรค/อาการ	หลักเกณฑ์การอนุญาต
11. South Carolina	S 1035 2 มิถุนายน 2014	แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็น Lennox-Gastaut Syndrome, Dravet Syndrome หรือกลุ่มอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกในทารกหรือกลุ่มอาการชักแบบรุนแรง	อนุญาตให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามอาการที่ระบุไว้ใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ในปริมาณที่มากกว่า 15% ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 0.9% โดยจะต้องได้รับยาจาก The Medical University of South Carolina ซึ่งทำการศึกษาผลของสารแคนนาบิไดออล (CBD) ต่อการควบคุมอาการชัก
12. Tennessee	SB 2531 16 พฤษภาคม 2014	กลุ่มอาการชัก	- อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน(CBD oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี(THC) ไม่เกิน 0.9% - การศึกษาวิจัยระดับคลินิกกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ประจำในโรงพยาบาล/คลินิกซึ่งเป็นเครือข่ายของมหาวิทยาลัยของรัฐที่เป็นวิทยาลัยแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์
13. Texas	SB 339 1 มิถุนายน 2015	กลุ่มอาการชัก	อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) อย่างน้อย10% ที่มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 0.5%
14. Utah	HB 105 21 มีนาคม 2014	กลุ่มอาการชัก	- อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้รักษากลุ่มอาการชักโดยต้องมีรับรองแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง (Neurologist) - กัญชาที่นำมารักษาโรคต้องมีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน3% และต้องมีสารแคนนาบิไดออล (CBD) อย่างน้อย 15% โดยน้ำหนักและต้องผลิตจากห้องทดลองที่ได้รับการอนุญาตจากรัฐซึ่งต้องมีฉลากผลิตภัณฑ์แสดงส่วนผสมและแหล่งผลิตตลอดจนส่งผลิตภัณฑ์ให้ The Utah Department of Health เป็นผู้พิจารณาในการรับลงทะเบียนอนุญาต

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มลรัฐ	กฎหมาย	โรค/อาการ	หลักเกณฑ์การอนุญาต
15. Virginia	HB 1445 26 กุมภาพันธ์ 2015	กลุ่มอาการชัก	กัญชาที่นำมารักษาโรคต้องมีรูปแบบน้ำมัน (Oil) ประกอบด้วยสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 5% และต้องมีสารแคนนาบิไดออล (CBD) อย่างน้อย 15% โดยน้ำหนัก
16. Wisconsin	AB 726 16 เมษายน 2014	อาการชัก	- อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้และครอบครองสารแคนนาบิไดออล (CBD) รักษาโรคกลุ่มอาการชักโดยต้องมีใบรับรองแพทย์ - กัญชาที่นำมารักษาโรคต้องไม่มีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychoactive Drug)

ข้อสังเกตของกฎหมายจากตารางการบังคับใช้กฎหมายและการอนุญาตให้ใช้สารจากพืชกัญชา/กัญชง เฉพาะกรณีสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ทั้ง 16 มลรัฐสรุปได้ ดังนี้

1) โรค/อาการที่มลรัฐอนุญาตให้ใช้กัญชาได้แก่โรคในกลุ่มอาการชัก เช่นกลุ่มอาการชักแบบรุนแรง (Severe forms of Epilepsy), กลุ่มอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยยากันชัก (Intractable Epilepsy), การหดตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ (Involuntary Muscle Contractions), การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแบบหดเกร็งอย่างต่อเนื่อง (Dystonia), อาการชักเรื้อรัง (Chronic Seizure), กล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างรุนแรง (Severe Muscle Spasms), Multiple Sclerosis, Mitochondrial Disease, โรคพาคินสัน (Parkinson's Disease) และในการรักษาโรคอื่นเช่น โรคมะเร็ง (Cancer), โรคลำไส้อักเสบโครห์น (Crohn's Disease), โรคโลหิตจางแบบซิกเคิลเซลล์ (Sickle Cell Anemia), โรคเซลล์ประสาทในสมองและไขสันหลังที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ (ALS Lou Gehrig's Disease) เป็นต้น

2) หลักการขออนุญาตครอบครอง/ใช้สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) จะเห็นว่าในแต่ละมลรัฐมีหลักการเดียวกันคือ การได้รับอนุญาตโดยรัฐผ่านการขออนุญาตจากหน่วยงานต่าง ๆ ตามที่มลรัฐกำหนดซึ่งมีรูปแบบแตกต่างกันดังนี้

(1) การครอบครอง/ใช้สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) เช่น มลรัฐ Alabama จะต้องมีใบสั่งยาที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายโดยจะต้องได้รับจากมหาวิทยาลัยของรัฐ, ในมลรัฐ Missouri จะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง (Neurologist) เป็นต้น

(2) รูปแบบวิธีการใช้กัญชาโดยส่วนใหญ่กำหนดให้ใช้เฉพาะน้ำมันกัญชา (Cannabis Oil) เท่านั้นแต่ในบางมลรัฐ เช่น Missisippy อนุญาตให้ใช้กัญชาในรูปยางกัญชา (Resin)

(3) กำหนดวิธีการรักษาด้วยการรับประทานยา (Oral) หรือยาฉีดผ่านผิวหนัง (Transdermal) จากข้อเท็จจริงรัฐยังไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาด้วยวิธีการสูบ

(4) ปริมาณสารที่อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชา (cannabis Oil) ในแต่ละรัฐก็จะกำหนดปริมาณสารแคนนาบินอยด์แตกต่างกันโดยจะมุ่งเน้นควบคุมสารทีเอชซี (THC) ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทมากกว่าการควบคุมสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) เช่น มลรัฐ Lowa อนุญาตให้ใช้กัญชาในรูปแบบน้ำมัน (CBD Oil) ที่ประกอบด้วยสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) อย่างน้อย 5% มีส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC)ไม่เกิน 0.3% เป็นต้น

3) สรุปมาตรการทางกฎหมายของกัญชา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหลายรูปแบบและค่อนข้างซับซ้อนเนื่องจากเป็นกฎหมายระดับมลรัฐโดยแต่ละรัฐจะกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการปฏิบัติให้บุคคลธรรมดา/นิติบุคคลเข้าถึงพืชกัญชาโดยมีพื้นฐานจากแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมและการทำให้ถูกกฎหมายแบบมีเงื่อนไขในบางฐานความผิดเช่นการเสพ การครอบครองเพื่อเสพ การเสพเพื่อผ่อนคลาย และการออกกฎหมายเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์

(1) นโยบายการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา

สหรัฐอเมริกาปกครองด้วยระบบสพันธรัฐ (Federation) คือการที่หลายๆรัฐรวมกันเป็นรัฐใหม่มีการปกครองส่วนกลางที่เรียกว่า Feudal Government ส่วนการปกครองในแต่ละมลรัฐเรียกว่า State Government[345] ตามรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นแหล่งที่มาของกฎหมายกำหนดโครงสร้างการปกครองและสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มลรัฐมีอธิปไตยในการตรากฎหมายเองและบังคับใช้ภายในมลรัฐซึ่งชอบด้วยรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตามมลรัฐมักถูกบังคับให้ตรากฎหมายตามความประสงค์ของรัฐบาลกลางโดยหากไม่ปฏิบัติตามจะมีผลต่อเงินงบประมาณ/ทุนอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง[346] ปัจจุบันสหรัฐอเมริกาควบคุมการใช้สารเสพติดโดยกฎหมาย Control Substance Act (CSA) ซึ่งรวมถึงกัญชา/กัญชงด้วย

(2) มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการใช้ประโยชน์

รัฐบาลกลางจะออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด Control Substance Act (CSA) โดยระบุให้กัญชาเป็นยาเสพติดที่ต้องควบคุม แต่มลรัฐยังคงมีอำนาจตรากฎหมายยาเสพติดได้เองและบังคับใช้เฉพาะภายในรัฐของตน ดังนี้

1. กฎหมายยาเสพติดของรัฐบาลกลาง(Federal Government)

รัฐบาลกลางมีอำนาจออกกฎหมายควบคุมยาเสพติดในปี ค.ศ.1970 สภาคองเกรสได้บัญญัติกฎหมายควบคุมยาเสพติดที่เรียกว่า Controlled Substances

---

[345] กำธร กำประเสริฐ และ สาคริน์ทร์ ยุวะพุกะ, *เรื่องเดิม,* หน้า 30.

[346] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 18.

Act (CSA) ซึ่งควบคุมสารเสพติดโดยการจัดบัญชีกลุ่มยาเสพติด โดยกัญชาคือยาเสพติดกลุ่มที่หนึ่ง เช่นเดียวกับ เฮโรอีน เป็นต้น กำหนดให้ไม่สามารถมีไว้ในครอบครองได้ยกเว้นการครอบครองเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยและต้องได้รับอนุญาตจากรัฐบาลกลางซึ่งยาเสพติดในบัญชีกลุ่มที่หนึ่งได้รับการพิจารณาว่าไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์และมีความเสี่ยงในการใช้ในทางที่ผิดสูงนอกจากนี้เกิดข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการจัดกลุ่มบัญชีภายใต้กฎหมายควบคุมสารเสพติด (CSA) กรณีกัญชาซึ่งมีการร้องเรียนในเรื่องดังกล่าวและให้มีการตรวจสอบข้อร้องเรียนต่อหน่วยงาน The Drug Enforcement Administration (DEA) เพื่อให้จัดกลุ่มบัญชีกัญชาใหม่เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มภายใต้กฎหมายควบคุมสารเสพติด (CSA) อย่างไรก็ตามปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา The Food and Drug Administration ยังไม่ได้อนุญาตให้ใช้กัญชารักษาโรคเนื่องจากการที่สารใดจะได้รับอนุญาตจะต้องมีองค์ประกอบ คือ สารเคมีของยาจะต้องเป็นที่รู้จักและผลิตได้, ต้องมีการศึกษาความปลอดภัยที่เพียงพอ, ต้องมีการศึกษาอย่างเพียงพอและมีการควบคุมด้านการพิสูจน์ประสิทธิภาพ, ยาเสพติดจะต้องรับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติและต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างกว้างขวางอย่างไรก็ตามในระดับมลรัฐมีอำนาจออกกฎหมายภายในรัฐเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้

2. กฎหมายยาเสพติดระดับมลรัฐประกอบด้วยรูปแบบการอนุญาตและแนวคิดการอนุญาตให้ใช้กัญชา ดังนี้

1) รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาจากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในระดับมลรัฐของสหรัฐอเมริกาจะมีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางประเด็น โดยแบ่งประเภทรูปแบบของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

(1) การใช้กัญชาเป็นความผิดตามกฎหมาย (Illegal) คือ มลรัฐที่กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและผิดกฎหมาย (Illegal) เช่นเดียวกับรัฐบาลกลาง

(2) การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา (Decriminalization) คือ มลรัฐที่มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ (Decriminalization for medical use)

(3) การทำให้กัญชาถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไข (Legalization) คือ มลรัฐที่กำหนดให้กัญชาถูกกฎหมายโดยมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการปฏิบัติที่ควบคุมโดยรัฐ (Legalization Forrecreation Use and Medical Use)

ด้วยรัฐบาลกลางกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามพระราชบัญญัติควบคุมสารเสพติด (Controlled Substonces Act of 1970) ค.ศ.1970 โดยกฎหมายดังกล่าวจัดกัญชาเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 (Schedule I) กล่าวคือเป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิดสูง และไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในบางมลรัฐได้ผ่านกฎหมายโดยการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา (Decriminalize) ได้แก่ การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation use) และการใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical use) โดยอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมของรัฐซึ่งแต่ละมลรัฐบัญญัติขึ้นใช้ภายในรัฐของตน สำหรับมลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาด้วยแนวคิดกัญชาถูก

กฎหมาย (Legalized) คือ การทำให้ไม่เป็นความผิดในฐานการใช้/เสพ/ครอบครองกัญชาเพื่อผ่อนคลายและการใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Recreational and Medicinal Marijuana) ได้แก่มลรัฐโคโลราโด (Colorado), มลรัฐโอเรกอน (Oregon), มลรัฐ อลาสก้า (Alaska) และมลรัฐวอชิงตัน (Washington) รวมไปถึงเขตปกครองโคลัมเบีย (The District of Columbia)

2) แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาในระดับมลรัฐ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้เป็น 2 รูปแบบคือ การกำหนดให้กัญชาผิดกฎหมาย(Illegal)เช่นเดียวกับรัฐบาลกลางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมและการทำให้ถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไขในบางฐานความผิด ในที่นี้ผู้เขียนจะอธิบายเฉพาะมลรัฐที่ใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมเป็นพื้นฐานในการออกกฎหมาย คือ การอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use) และมลรัฐที่กำหนดอนุญาตให้ใช้กัญชาโดยมีเงื่อนไขกล่าวคืออนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และให้ครอบครองเพื่อเสพ/ใช้ส่วนบุคคล (Legalization/Recreation Use and medical Use) จากการศึกษากฎหมายระดับมลรัฐในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกัญชา มีข้อสังเกตรูปแบบมาตรการทางกฎหมาย ดังนี้

(1) กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและผิดกฎหมาย (Illegal)

(2) กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดแต่มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ได้แก่ การอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์เท่านั้น (Medical Use Only) และการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล (Decriminalization/ Recreation Use and Medical Use) ตัวอย่างมลรัฐที่ใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยทำให้กัญชาถูกกฎหมายในความผิดบางฐาน เช่น อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล (Recreation Use and Medical Use) ได้แก่ มลรัฐอลาสก้า (Alaska) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) มลรัฐโคโลราโด (Colorado) มลรัฐโอเรกอน (Oregon) และวอชิงตัน (Washington) ส่วนตัวอย่างกฎหมายระดับมลรัฐที่มีการนำหลักการทำให้ถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไขมาเป็นพื้นฐานในการออกกฎหมาย ได้แก่ มลรัฐโคโรลาโดเป็นรัฐที่ทั้งอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์และครอบครองกัญชาส่วนบุคคลเพื่อผ่อนคลาย ดังนี้

1. การใช้หลักการทำให้กัญชาถูกกฎหมายแบบมีเงื่อนไข (Legalization) สำหรับการใช้กัญชาที่มิได้มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ (Non Medical Use) เช่น ความผิดฐานครอบครองกัญชาเพื่อใช้ส่วนบุคคล (Recreation Use/personal Use)

2. การใช้กัญชาในทางการแพทย์

มาตรการทางกฎหมายของมลรัฐโคโลราโดในการควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญมลรัฐโคโลราโด ตามข้อ. 18 มาตรา 14 กำหนดให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอ (Debilitating Medical Condition)

อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในบางมลรัฐก็จำกัดการใช้สารที่สกัดได้จากกัญชาเป็นเกณฑ์ กล่าวคือ บางรัฐให้ใช้กัญชาในรูปแบบของสารทีเอชซีและสารแคนนาบินอล บางมลรัฐให้ใช้เฉพาะสารแคนนาบิไดออลเนื่องจากไม่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเช่นเดียวกับสารทีเอชซี ดังนี้

1) มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ (Medical Use Only) การอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวซึ่งไม่ได้ใช้หลักการลดทอนโทษกรณีเสพเพื่อผ่อนคลาย การใช้กัญชาในทางการแพทย์ของมลรัฐต่าง ๆ จะอนุญาตให้ใช้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล/ทีเอชซี (THC) ร่วมกับสารแคนนาบิไดออล/สารซีบีดี (Cannabidiol, CBD) อย่างไรก็ตามในบางมลรัฐจะอนุญาตเฉพาะสารแคนนาบิไดออล/สารซีบีดี (CBD) เท่านั้นเนื่องจากสารทีเอชซีเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทรัฐจึงต้องควบคุมการใช้สารดังกล่าว

2) มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ เฉพาะกรณีสารแคนนาบิไดออล/ซีบีดีเท่านั้น (Cannabidiol, CBD) หลักเกณฑ์การอนุญาตใช้กัญชาในทางการแพทย์เฉพาะกรณีสารแคนนาบิไดออล/ซีบีดี (Cannabidiol, CBD) มีข้อสังเกตของกฎหมายจากตารางการบังคับใช้กฎหมายและการอนุญาตให้ใช้สารจากพืชกัญชา/กัญชง เฉพาะกรณีสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) ดังที่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ข้างต้น

4.2.1.2 แบบจำลองการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณและสถานที่เสพ: ประเทศเนเธอร์แลนด์ (Netherlands)

เหตุผลที่ผู้ศึกษาเลือกศึกษาแบบจำลองของประเทศเธอแลนด์เนื่องจากเป็นภาคีในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โดย ค.ศ.1972 (The 1972 Protocol Amending The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) เช่นเดียวกับประเทศไทยซึ่งเป็นแบบอย่างของการใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติดในกรณีการทำให้กัญชาไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De Facto Decriminalisation) กล่าวคือ มิได้มีการนำบทลงโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติมิได้บังคับใช้บทลงโทษในทางอาญา อีกทั้งประเทศเนเธอร์แลนด์ยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดโดยมีเงื่อนไขตามแบบจำลองการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชา เช่น จำกัดปริมาณและสถานที่ ก่อนการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ผู้เขียนศึกษาถึงโครงสร้างของรัฐและระบบกฎหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะการปกครองของเนเธอร์แลนด์มีการปกครองแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญ (Constitutional Monarchy) และมีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้ารัฐบาลโดยมีรัฐสภาเป็นฝ่ายนิติบัญญัติซึ่งมีลักษณะคล้ายการปกครองของไทยการแบ่งเขตการปกครองประกอบด้วย 12 เขตปกครอง (Administrative Regions หรือ Provinces) ได้แก่ Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Flevoland, Utrecht, North

Holland, South Holland, Zeeland, North Brabant และ Limburg และองค์กรปกครองท้องถิ่น 408 แห่ง นอกจากนี้เนเธอร์แลนด์ยังมีเขตแดนนอกอาณาจักร (Overseas Territories and Islands) ได้แก่ Aruba, Curaçaoและ St. Martin และ Overseas Islands ได้แก่ Bonaire, Saba และ St. Eustatius ซึ่ง เป็นเกาะที่อยู่ในบริเวณ Caribbean โดยถือเป็นเขตปกครองพิเศษของเนเธอร์แลนด์ (Special Municipalities of the Netherlands) ตั้งแต่ 10 ตุลาคม 2010 และแบ่งแยกอำนาจออกเป็น 3 ฝ่าย ดังนี้[347]

1. ฝ่ายบริหาร คือรัฐบาลประกอบด้วยคณะรัฐมนตรี (Council of Ministers) เป็นผู้กำหนดและดำเนินนโยบายบริหารประเทศตามความไว้วางใจของรัฐสภา

2. ฝ่ายนิติบัญญัติรัฐสภาเนเธอร์แลนด์ ประกอบด้วย 2 สภา คือวุฒิสภา (First Chamber หรือ Senate) มีสมาชิกจำนวน 75 คน มาจากการเลือกตั้งทางอ้อมโดยสภาจังหวัด 12 แห่ง มีวาระการดำรงตำแหน่ง 4 ปีและสภาผู้แทนราษฎร (Second Chamber หรือ House of Representative) มีสมาชิกจำนวน 150 คน มาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชนมีวาระการดำรงตำแหน่ง4 ปีสภาผู้แทนราษฎรมีอำนาจในการเสนอร่างกฎหมาย ส่วนวุฒิสมาชิกมีหน้าที่พิจารณาร่างกฎหมายซึ่งเสนอโดยสภาผู้แทนราษฎรโดยจะมีอำนาจให้ความเห็นชอบหรือยับยั้งกฎหมายที่เสนอโดยสภาผู้แทนฯ เท่านั้น

3. ฝ่ายตุลาการระบบศาลมี 4 ระดับ แบ่งเป็น ศาลฎีกา (High Court) ศาลอุทธรณ์ศาลประจำเขตและ ศาลประจำจังหวัด (Canton) ตำแหน่งผู้พิพากษามาจากการแต่งตั้งโดยพระราชินี อยู่ในตำแหน่งจนกระทั่งเสียชีวิตทั้งนี้ระบบกฎหมายมี 3 ระบบ คือ กฎหมายแพ่ง (Civil Law) กฎหมายอาญา (Criminal Law) และกฎหมายปกครอง (Administrative Law)

นโยบายและแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด และมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์ มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องการควบคุมการใช้กัญชาดังนี้

1. นโยบายและแนวคิดว่าด้วยยาเสพติดประเทศเนเธอร์แลนด์กำหนดนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดโดยใช้นโยบาย Toleration Policy ผ่านพระราชบัญญัติฝิ่น ค.ศ.1928 (Opium Act, 1928) ซึ่งเป็นกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดของประเทศการครอบครองและการค้ายาเสพติดถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายซึ่งกฎหมายได้จำแนกความแตกต่างระหว่างยาเสพติดชนิดร้ายแรงหรือยาสพติดประเภท 1 (Hard Drugs, Schedule I) และยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรงหรือยาเสพติดประเภท 2 (Soft Drugs, Schedule II) ซึ่งกัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดประเภท 2 โดยกฎหมายกำหนดให้ยาเสพติดชนิดร้ายแรงมีบทลงโทษสูงกว่า อัยการสูงสุดจะกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อนโยบายความอดทนในคดียาเสพติด (Dutch Tolerance Policy) ซึ่งหมายความว่าแม้ว่ามีข้อเท็จจริงว่าการกระทำนั้นจะเป็นความผิดตามกฎหมายยาเสพติดก็ตามผู้กระทำความผิดจะไม่ถูกดำเนินคดีตราบเท่าที่เข้าเงื่อนไขบางประการเช่น การดำเนินการของร้านกาแฟที่สามารถหาซื้อและใช้ยาเสพติดประเภทไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) และการใช้ยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยสำหรับใช้ส่วนบุคคลนอกจากนี้ศาลมีทางเลือกที่จะระงับการคุมขังผู้ติดยาเสพติดที่มีประวัติอาชญากรรมด้วยเงื่อนไขให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในสถาน

---

[347] **เนเธอร์แลนด์,** ค้นวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2561 จาก http://ditp.go.th/contents _attach/89193/89193.pdf

บำบัดพิเศษ ตลอดจนคำชี้ขาดของอัยการที่กำหนดนโยบายการดำเนินคดียาเสพติด ได้แก่ เงื่อนไขในการดำเนินงานของร้านกาแฟวิธีการจำแนกความแตกต่างของยาเสพติดประเภทร้ายแรงและยาเสพติดประเภทไม่ร้ายแรง และเกณฑ์ที่ถือว่าเป็นปริมาณเล็กน้อยสำหรับการใช้เสพส่วนบุคคลของยาเสพติดกล่าวคือในทางเทคนิคการซื้อและขายยาเสพติดประเภทไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) เป็นเรื่องผิดกฎหมายแต่รัฐบาลอนุญาตให้จำหน่ายในร้านกาแฟได้โดยห้ามการซื้อขายยาเสพติดประเภทร้ายแรง (Hard Drugs)[348] อีกทั้งร้านกาแฟเป็นสถานประกอบการที่อาจขายและเสพกัญชาได้แต่ไม่รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[349] ซึ่งร้านกาแฟจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่รัฐกำหนดไว้จึงจะได้รับการพิจารณาจากสำนักงานอัยการกล่าวคือ อัยการจะไม่ดำเนินคดีภายใต้นโยบายความอดทนต่อยาเสพติด (Toleration Policy) นอกจากนี้หากผู้ถูกจับฐานครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ส่วนตัวภายนอกร้านกาแฟก็จะไม่ถูกดำเนินคดีเช่นเดียวกัน

ในปี 1960 รัฐบาลมีนโยบายลดทอนความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดโดยจัดให้กัญชาอยู่ในประเภทเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อมาในปี ค.ศ.1976 รัฐอนุญาตให้จำหน่ายและเสพกัญชาในร้านกาแฟ ณ กรุงอัมสเตอร์ดัม (Coffee Shop) อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ.2008 ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการจำหน่ายกัญชาและเสพกัญชาในร้านกาแฟ ผลการสำรวจพบว่าประชาชนสนับสนุนให้การจำหน่ายและเสพกัญชาในร้านกาแฟเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายแต่ประชาชน ร้อยละ 85% สนับสนุนให้ปิดร้านกาแฟที่ต้องอยู่ห่างจากโรงเรียนในรัศมีไม่เกิน 250 เมตร ต่อมาเกิดปัญหานักท่องเที่ยวเข้าไปใช้บริการร้านกาแฟและเสพกัญชาเพิ่มมากขึ้นประกอบกับรัฐบาลเนเธอร์แลนด์ถูกวิพากษ์วิจารณ์จากนานาประเทศ รัฐจึงได้ประกาศห้ามจำหน่ายกัญชาให้กับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในปี ค.ศ.2010 และรัฐมีอำนาจพิจารณาอนุญาตให้ร้านกาแฟ จำหน่ายกัญชาและมีอำนาจออกกฎระเบียบเพิ่มเติมเพื่อควบคุมการดำเนินการของร้านกาแฟได้ ต่อมาในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ.2013 รัฐยกเลิกนโยบายการเปิดเสรีของร้านกาแฟโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะลดความเดือดร้อนรำคาญและลดอาชญากรรมที่เกิดจากการขายยาเสพติดในร้านกาแฟอีกทั้งจำกัดเฉพาะตลาดภายในประเทศ ดังนั้นรัฐจึงออกกฎเกณฑ์สำหรับร้านกาแฟใหม่โดยจำกัดให้จำหน่ายเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอแลนด์เท่านั้นที่มีสิทธิเข้าร้านกาแฟและซื้อกัญชาได้[350] กล่าวคือผู้อาศัย (Residents) ได้แก่ บุคคลที่อาศัยของในเขตเทศบาลและจะต้องลงทะเบียนกับรัฐเท่านั้น โดยเจ้าของร้านกาแฟที่ได้รับอนุญาตจากรัฐมีหน้าที่ตรวจสอบลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการที่ร้านโดยการพิจารณาว่า

---

[348] Government of the Netherlands, **Why Are Coffee Shops Allowed to Sell Soft Drugs in the Netherlands?**, Retrieved April 27, 2016 from https://www.government.nl/topics/ drugs/contents/why-are-coffee-shops-allowed-to-sell-soft-drugs-in-the-netherlands

[349] Jenny Gesley, **Decriminalization of Narcotics: Netherlands,** Retrieved October 20, 2016 from https:www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/Netherlands.php

[350] Government of the Netherlands, **Toleration Policy Regarding Soft Drugs and Coffee Shops**, Retrieved October 17, 2017 from https://www.government.nl/topics/drugs/ toleration-policy-regaeding–solf-drugs-and –coffee- shops.

ต้องเป็นผู้อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอแลนด์และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยการขอตรวจสอบเอกสารจากลูกค้า เช่น ใบอนุญาตให้ซื้อ เอกสารประจำตัว เอกสารอนุญาตให้พักอาศัย และเอกสารเกี่ยวกับทะเบียนราษฎร เป็นต้น อย่างไรก็ตามการจำหน่ายกัญชาในร้านกาแฟ (coffee shop)จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของนโยบาย Toleration criteria โดยเคร่งครัด

2. มาตรการทางกฎหมาย

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ พระราชบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 (Opium Act 1928) และแก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1976 ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการออกมาตรการควบคุมยาเสพติดในประเทศ โดยกฎหมายมีเนื้อหากำหนดให้การค้ายาเสพติด การเพาะปลูก การผลิต การซื้อขายยาเสพติด และการครอบครองยาเสพติดถือเป็นความผิดอาญา

1) การจำกัดสิทธิการใช้กัญชาประเทศเนเธอร์แลนด์กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามกฎหมายควบคุมยาเสพติดอันเป็นการจำกัดสิทธิการใช้กัญชาของประชาชน แต่รัฐกำหนดนโยบายควบคุมยาเสพติดโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด ในกรณีการครอบครองเพื่อใช้หรือเสพส่วนบุคคล (Decriminalize for Personal Use) กล่าวคือ การครอบครองใช้ประโยชน์จากกัญชาเฉพาะส่วนบุคคลในปริมาณที่ไม่เกินกำหนด และอนุญาตให้เสพกัญชาโดยจำกัดพื้นที่ (Legal in Smoking Area) กฎหมายควบคุมยาเสพติดของประเทศกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามกฎหมายบนพื้นฐานความคิดที่ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรงซึ่งอยู่ในบัญชีที่ 2 (Soft Drugs) ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้เสพน้อยกว่ายาเสพติดชนิดร้ายแรง (Hard Drugs) ดังนั้นรัฐจึงผ่อนปรนและอนุญาตให้ร้านกาแฟ (Coffee Shop) จำหน่ายกัญชาได้ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดซึ่งรัฐจะไม่ดำเนินคดีกับประชาชนที่ครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs ในปริมาณน้อย ได้แก่ การอนุญาตให้ครอบครองกัญชา (Marijuana or Hash) ไม่เกิน 5 กรัมและปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 5 ต้น โดยพระราชบัญญัติฝิ่นค.ศ.1928 (Opium Act 1928) กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไว้ ดังนี้

ยาเสพติด หมายความรวมถึงสารและการเตรียมการผลิตสารเสพติด[351] กล่าวคือ สารที่มีต้นกำเนิดจากมนุษย์สัตว์พืชหรือสารเคมีรวมถึงสัตว์พืชสัตว์หรือส่วนต่าง ๆ ของพืช เช่นเดียวกับสิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก[352]

การเตรียมสาร (Preparations) ได้แก่ ของแข็งหรือของเหลวซึ่งใช้เป็นส่วนผสมของสารเสพติด[353]

การจำกัดสิทธิการใช้กัญชาตามกฎหมายว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 ได้แบ่งประเภทของยาเสพติดไว้เป็น 2 ประเภท[354] คือ

1. ยาเสพติดประเภท 1 (List I Drugs/hard Drug) เช่น เฮโรอีน โคเคน เอ็กตาซี ซึ่งผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทร้ายแรงจะได้รับการลงโทษทางอาญาที่รุนแรง

---

[351] มาตรา 1 d แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 1 d of Opium Act 1928)

[352] มาตรา 1 b แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 1 b of Opium Act 1928)

[353] มาตรา 1 c แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 1 c of Opium Act 1928)

[354] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Netherlands Country Drugs Report 2017

2. ยาเสพติดไม่ร้ายแรง (List II Drugs /solf Drug) เช่น กัญชา เห็ดที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท ผู้กระทำความผิดในประเภทนี้จะไม่ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับการดำเนินคดีอาญาโดยรัฐจะกำหนดให้รับการบำบัดรักษา

อย่างไรก็ตามการครอบครอง การผลิต การซื้อขายยาเสพติดถือเป็นความผิดทางอาญาทั้งยาเสพติดชนิดร้ายแรงและชนิดไม่ร้ายแรง หน่วยงานเทศบาลมีอำนาจออกข้อบัญญัติทั่วไปของเทศบาลในการห้ามใช้ยาเสพติดในพื้นที่ที่กำหนดได้หากมีผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่กำหนดอาจถูกจับกุมหรือสั่งให้ชำระค่าปรับได้สำหรับการใช้กัญชาในประเทศเนเธอร์แลนด์เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นบางแห่งได้จัดตั้ง “ห้องสำหรับผู้เสพยาเสพติด” (User Room) ขึ้นเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดใช้ยาเสพติดของตนเองในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและจะไม่ก่อให้เกิดความรำคาญแก่สาธารณชน สถานประกอบการไม่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือขายยาเสพติด โดยทั่วไปและนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้เสนอทางเลือกในการบำบัดแก่ผู้เสพ/ติดยาเสพติด

2) การกระทำความผิดและการลงโทษตามกฎหมายว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 ได้แบ่งการลงโทษตามประเภทของยาเสพติดไว้เป็น 2 ประเภทดังนี้

(1) ยาเสพติดไม่ร้ายแรงหรือยาเสพติดประเภท 2 (Soft Drugs)

การดำเนินคดีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติดภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 กำหนดให้ลดทอนความผิดฐานครอบครองยาเสพติดประเภท 2 หรือ Soft Drugs ที่มีปริมาณเล็กน้อยเป็นจำนวนไม่เกิน 5 กรัม สำหรับใช้ส่วนบุคคล ในทำนองเดียวกันการเพาะปลูกพืชกัญชาไม่เกิน 5 ต้นให้สันนิษฐานว่าเป็นเพียงเพื่อการใช้เสพส่วนบุคคล ผู้ที่ครอบครองหรือค้ายาจำนวนน้อยเพื่อใช้ส่วนบุคคลดังกล่าวจะไม่ถูกดำเนินคดี สำหรับการครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs จำนวนมากเกินที่กฎหมายกำหนด ถ้าผู้กระทำผิดครั้งแรกจะต้องเสียค่าปรับ ผู้ถูกจับได้ครั้งที่สองอาจได้รับค่าปรับหรือค่าบริการชุมชน และผู้กระทำผิดที่กระทำผิดหลายครั้งจะต้องเสียค่าปรับ ทำบริการชุมชนหรือรับโทษจำคุก

(2) ยาเสพติดร้ายแรงหรือยาเสพติดประเภท 1 (Hard Drugs)

การครอบครองยาเสพติดประเภท 1 หรือ Hard Drugs ในปริมาณเล็กน้อย 0.5 กรัม / 1 เม็ดสำหรับใช้ส่วนบุคคลจะไม่ถูกดำเนินคดี เช่นเดียวกับยาเสพติดประเภท 2 ผู้กระทำผิดจะต้องสละยาเสพติดและพวกเขาจะถูกนำออกจากระบบ การดำเนินคดีสำหรับความผิดฐานการครอบครองจำนวนมากใช้เป็นหลักการเดียวกับการฟ้องร้องให้มีการครอบครองยาเสพติดประเภท 2 แต่ค่าปรับยาเสพติดประเภท 1 จะสูงกว่าค่าปรับของยาเสพติดประเภท 2 และการให้บริการชุมชนตลอดจนระยะเวลาอยู่ในเรือนจำนานกว่ายาเสพติดประเภท 2

3) การใช้กัญชา

โดยทั่วไปการนำเข้าหรือส่งออก การเตรียมการผลิต การรักษาการแปรรูปการขายการจัดหาการขนส่งการมีไว้ในครอบครองและการผลิตยาเป็นสิ่งต้องห้ามในเนเธอร์แลนด์[355] อย่างไรก็ตามกฎหมายกำหนดข้อยกเว้นสำหรับการปฏิบัติงานตามปกติของวิชาชีพเภสัชกร แพทย์

[355] มาตรา 2, 3 แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 2, 3 of Opium Act 1928)

ทันตแพทย์สัตวแพทย์และศัลยแพทย์[356] เว้นแต่การยื่นคำร้องขออนุญาตสำหรับการใช้กัญชาและยางกัญชาจากสำนักงานวิจัยกัญชาทางการแพทย์ (Bureau VoorMedicinale Cannabis) ด้วยเหตุผลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสาธารณสุขสุขภาพสัตว์การศึกษาหรือการวิจัยทางเคมีการฝึกอบรมหรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องทางการค้า[357]

อย่างไรก็ตามนโยบายของรัฐในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติดภายใต้พระราชบัญญัติฝิ่น นำไปสู่การอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้แบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ มิได้ให้ประชาชนใช้กัญชาโดยเสรีเนื่องจากกัญชายังมีสถานะเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 หรือ Solf Drugs ตามพระราชบัญญัติฝิ่นแต่ในทางปฏิบัติรัฐจะออกมาตรการในการควบคุมการใช้กัญชาในเรื่องต่างๆ ดังนี้

(1) ร้านกาแฟ (Coffee Shop) การจำหน่ายกัญชาในร้านกาแฟ (Coffee Shop) จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของนโยบาย Toleration Criteria โดยเคร่งครัด ดังนี้[358]

1. การห้ามโฆษณา
2. ห้ามครอบครองหรือขายยาเสพติดชนิดร้ายแรง (Hard Drugs)
3. ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ
4. ห้ามอนุญาตให้ผู้เยาว์เข้ามาในสถานที่หรือขายยาเสพติดประเภทไม่ร้ายแรง (Soft Drugs)
5. ห้ามจำหน่ายยาเสพติดชนิด Soft Drugs ในแต่ละรายการเกินปริมาณที่กำหนด(กัญชาเกินกว่า 5 กรัม) และครอบครองเกินกว่า 500 กรัมและ
6. ห้ามอนุญาตให้ผู้ไม่ได้อาศัยอยู่ในเนเธอร์แลนด์เข้ามาในสถานที่และซื้อยาเสพติดประเภทไม่ร้ายแรง (Soft Drugs)

ดังนั้นร้านกาแฟจำเป็นต้องยึดตามนโยบาย Toleration Criteria ต่อมามีการเพิ่มเติมเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ของร้านกาแฟหรือที่เรียกว่า “AHOJGI-Criteria” โดยมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2013 อันมีสาเหตุมาจากอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นและความเดือดร้อนรำคาญที่เกิดจากผู้ค้ายาเสพติดและผู้เสพยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เสพชาวต่างชาติ[359] อย่างไรก็ตามภายใต้กรอบนโยบายของรัฐบาลแห่งชาติแล้วรัฐบาลท้องถิ่นสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวและยังได้รับอนุญาตให้เพิ่มเติมหลักเกณฑ์สำหรับการดำเนินงานของร้านกาแฟเพิ่มเติมได้[360] กล่าวคือ นายกเทศมนตรีมีอำนาจและหน้าที่ในการบังคับใช้หลักเกณฑ์ดังกล่าว[361] นายกเทศมนตรีมีอำนาจในการปิดกิจการร้านกาแฟได้ถ้าหากร้านกาแฟไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์

---

[356] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 2, 3 of Opium Act 1928)

[357] มาตรา 8 วรรคแรกแห่งพระราชบัญญัติฝิ่น (Article 2,3 of Opium Act 1928)

[358] Government of the Netherlands, **Toleration Policy Regarding Soft Drugs and Coffee Shops**.

[359] *Ibid*.

[360] Opium Act Directive, at 6, § 3.4.

[361] Id. at 3, § 1.

AHOJGI[362] ในบางเมืองเช่นอัมสเตอร์ดัมเลือกที่จะไม่บังคับใช้ข้อกำหนดด้านที่พักอาศัยในร้านกาแฟ เนื่องจากรายได้ของร้านกาแฟส่วนใหญ่มาจากนักท่องเที่ยว ต่อมานายกเทศมนตรีเมืองอัมสเตอร์ดัมได้ตัดสินใจดำเนินการตามข้อเสนอใหม่ของรัฐบาลแห่งชาติในตุลาคม พ.ศ.2555[363] ในส่วนของการเพิ่มเติมหลักเกณฑ์เรื่องสถานที่ตั้งร้านกาแฟนั้น รัฐบาลแห่งชาติตัดสินใจที่จะเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ AHOJGI คือ ระยะห่างระหว่างร้านกาแฟกับโรงเรียนกล่าวคือที่ตั้งร้านกาแฟควรห่างจากโรงเรียนอย่างน้อย 350 เมตรเนื่องจากมีนักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2014[364]อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดซึ่งเมืองต่างๆส่วนใหญ่ต้องการกำหนดที่ตั้งร้านกาแฟให้ห่างจากโรงเรียนเพียงระยะ 250 เมตรนอกจากนี้ในปี ค.ศ.2004 (พ.ศ.2547) รัฐบาลได้จัดตั้งสถาบันเพื่อการนิรโทษกรรมตามกฎหมาย (Institution for Habitual Offenders Act) ซึ่งประกอบด้วยกฎหมายว่าด้วยการดูแลด้านอาญาสำหรับผู้ติดยาเสพติดซึ่งระบุว่าผู้ติดยาเสพติดที่มีประวัติอาชญากรรมหรือผู้กระทำความผิดโดยทั่วไปอาจเข้ารับการรักษาอย่างเข้มข้นในสถาบันบำบัดพิเศษรวมเป็นระยะเวลาไม่เกินสองปี กล่าวคือ การกักขังจะถูกระงับไปโดยมีเงื่อนไขว่าผู้กระทำความผิด (ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด) ได้เข้ารับการรักษาในสถาบันดังกล่าว[365]

(2) ห้องสำหรับผู้เสพยาเสพติด (User Rooms)

สถานที่บางแห่งอาจได้รับอนุญาตให้จัดตั้งเป็นห้องสำหรับเสพยาเสพติด (User Rooms) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดใช้ยาเสพติดในสถานที่ส่วนตัวในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่สาธารณชนซึ่งสถานที่ดังกล่าวมิได้รับอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดแต่อย่างใดโดยทั่วไปจะเป็นหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในการนำเสนอทางเลือกเพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด[366]

กล่าวโดยสรุปภาครัฐมีนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับยาเสพติดที่กำหนดไว้ในกฎหมายควบคุมยาเสพติดหลักของประเทศ เช่น กัญชาเป็นยาเสพติดประเภท Solf Drugs สามารถจำหน่ายในร้านกาแฟกล่าวคือ การซื้อขายกัญชาในร้านกาแฟเป็นสิ่งผิดกฎหมายแต่รัฐจะไม่ลงโทษผู้เสพ/ใช้กัญชาในร้านกาแฟที่ได้รับอนุญาตจากรัฐ สำหรับความผิดฐานครอบครองยาเสพติดประเภท Solf Drugs ในปริมาณเล็กน้อยซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไขการครอบครองกัญชาไม่เกิน 5 กรัม หรือครอบครองกัญชาไม่เกิน 5 ต้น (Marijuana or Hash) ส่วนการปลูกกัญชาสำหรับใช้

---

[362] Opium Act art. 13b.

[363] **Coffeeshops: Toeristenkunnen Nog Steeds in coffeeshopsgebruiken in Amsterdam [Coffeeshops: Tourists Can Still Use in Coffee Shops in Amsterdam**, Retrieved from http://perma.cc/R9M3-9ZSS quoted in Jenny Gesley, *op. cit.*

[364] Bert Bieleman et al., **Coffeeshops in Nederland 2014,** Retrieved May 5, 2015 from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/ rapporten/2015/ 05/01/coffeeshops-in-nederland-2014/coffeeshops-in-nederland-2014.pdf

[365] Jenny Gesley, *op. cit.*

[366] Opium Act Directive, at 3, § 2; *Ibid.*

ประโยชน์ส่วนบุคคลถือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายแต่โดยทั่วไปการปลูกพืชกัญชาเพื่อใช้ส่วนบุคคลไม่เกิน 5 ต้น[367] เจ้าหน้าที่ตำรวจจะไม่ดำเนินคดีแต่หากปลูกเกินกว่ากฎหมายกำหนดตำรวจจะยึดและอาจจะดำเนินคดีต่อไป

3. สรุปแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชา

มาตรการควบคุมกัญชาของประเทศเนเธอร์แลนด์ใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา (Decriminalize for Personal Use) โดยอนุญาตให้ครอบครองใช้ประโยชน์จากกัญชาเฉพาะส่วนบุคคลและอนุญาตให้เสพกัญชาโดยจำกัดพื้นที่ (Legal in Smoking Area) กฎหมายควบคุมยาเสพติดของประเทศกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามกฎหมายบนพื้นฐานความคิดที่ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) จะก่อให้เกิดความเสียหายน้อยกว่ายาเสพติดชนิดร้ายแรง (Hard Drugs) ดังนั้นรัฐจึงผ่อนปรนให้การใช้กัญชา เช่นอนุญาตให้ร้านกาแฟ (Coffee Shop) จำหน่ายกัญชาได้ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดซึ่งรัฐจะไม่ดำเนินคดีกับประชาชนที่ครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs ในปริมาณเล็กน้อย ดังนั้นรัฐจึงอนุญาตแบบมีเงื่อนไขกล่าวคือ ร้านกาแฟเป็นสถานที่จำหน่ายและเสพยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) และการใช้ยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) ในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ส่วนบุคคลตามที่รัฐกำหนด เช่น บุคคลครอบครองกัญชา (Marijuana or Hash) ไม่เกิน 5 กรัมและปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 5 ต้นเป็นต้น

4.2.1.3 เงื่อนไขตามแบบจำลองการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล: ประเทศโปรตุเกส

เหตุผลที่เลือกศึกษาแนวความคิด นโยบายและหลักกฎหมายของประเทศโปรตุเกส เนื่องจากเป็นประเทศภาคีสมาชิกของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 เช่นเดียวกับประเทศไทยและเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ในการนำแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในคดียาเสพติดในการยกเลิกความผิดอาญาของการครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพส่วนบุคคลซึ่งเป็นเงื่อนไขตามแบบจำลองการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล และเป็นนโยบายที่ได้ผลดีด้วยการจำแนกผู้เสพยาเสพติดออกจากผู้ค้ายาเสพติดเพื่อให้ผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษาและส่งเสริมให้กลับคืนสู่สังคมโดยดำเนินคดีกับผู้ค้ายาเสพติดเท่านั้น

การศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของสาธารณรัฐโปรตุเกสผู้เขียนขอเกริ่นนำเรื่องโครงสร้างรัฐและโครงสร้างระบบกฎหมายของสาธารณรัฐโปรตุเกสเพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการปกครองของรัฐ คือ ปกครองแบบสาธารณรัฐประชาธิปไตยแบบรัฐสภา (Parliamentary Republic) ซึ่งแบ่งการปกครองออกเป็น 18 เขต และมีเขตปกครองตนเอง 2 แห่ง คือ เกาะมาไดย์ร่า และหมู่เกาะอะซอรีชโดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศ[368]และ

---

[367] Government of the Netherlands, **Toleration Policy Regarding Soft Drugs and Coffee Shops**.

[368] **สาธารณรัฐโปรตุเกส (The Republic of Portugal),** ค้นวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 จาก http://www.thaiembassy.org/lisbon/th/thai-peopleน

นายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้ารัฐบาลซึ่งมาจากการเลือกตั้งทั้งสองตำแหน่ง โดยแบ่งแยกอำนาจออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. อำนาจนิติบัญญัติ รัฐสภาแบบสภาเดียว (The Assembly of the Republic หรือ Assembleia da Republica) ประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 230 คน อยู่ในตำแหน่งคราวละไม่เกิน 4 ปี เป็นการเลือกตั้งระบบพรรคโดยกำหนดให้มีการเลือกตั้งนอกประเทศและการออกเสียงทางไปรษณีย์[369]

2. อำนาจบริหารประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรง มีวาระการดำรงตำแหน่ง 5 ปี และจะดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 สมัยติดต่อกัน มีอำนาจในการแต่งตั้งนายกรัฐมนตรีหรือยุบรัฐบาลหากเห็นว่ากระทำผิดรัฐธรรมนูญ กฎหมายทุกฉบับต้องได้รับความเห็นชอบจากประธานาธิบดีซึ่งมีสิทธิยับยั้งร่างกฎหมายที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ

3. อำนาจตุลาการ ศาลมีอิสระในการพิพากษาคดีโดยศาลฎีกาเป็นศาลสูงสุดของประเทศ

ระบบกฎหมายของรัฐ คือ ระบบกฎหมายซิวิลอว์หรือการบัญญัติกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งได้รับอิทธิพลจากประมวลกฎหมายนโปเลียนและภายหลังได้รับอิทธิพลจากระบบกฎหมายแพ่งของเยอรมัน กฎหมายทุกฉบับต้องได้รับความเห็นชอบจากประธานาธิบดีซึ่งมีสิทธิยับยั้งร่างกฎหมายที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ[370] ดังที่กล่าวในตอนต้นว่าโปรตุเกสเป็นตัวอย่างประเทศของการใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย กล่าวคือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมายในการกระทำความผิดบางฐานโดยใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครองเป็นวิธีการบังคับแทนการบังคับทางอาญา เช่น ค่าปรับ คำสั่งบริการสังคม เป็นต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นโยบายและแนวคิดว่าด้วยยาเสพติด

นโยบายของประเทศโปรตุเกสที่เกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการใช้กัญชามีพื้นฐานมาจากแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม กล่าวคือ เป็นการทำให้ไม่เป็นความผิดมาประยุกต์ใช้กับยาเสพติดที่เป็นกัญชา[371] ประเทศโปรตุเกสดำเนินนโยบายยาเสพติดด้วยการทำให้การเสพ การซื้อและการครอบครองยาเสพติดทุกประเภทเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายเฉพาะในกรณีการใช้/การเสพยาเสพติดส่วนบุคคล[372]การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De Jure Decriminalisation) คือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูป

---

[369] **สาธารณรัฐโปรตุเกส,** ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2560 จาก https://www.cia.gov/library/publications/resources/world-leaders-1/pdfs/PO.pdf

[370] สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงลิสบอน, **คู่มือคนไทยในโปรตุเกส**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: หจก.ภาพพิมพ์, 2555), หน้า 31.

[371] แนวคิดนี้ประกอบด้วย 2 วิธีการ คือ การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De jure Decriminalisation) และการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De facto decriminalisation)

[372]การเสพยาเสพติดส่วนบุคคลในที่นี้คือหากผู้กระทำความผิดครอบครองยาเสพติดในปริมาณที่ไม่เกินที่ใช้เสพในระยะเวลา 10 วันของผู้กระทำความผิด เช่น กัญชาไม่เกิน 2.5 กรัม เป็นต้น

กฎหมาย เช่น การเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในความครอบครองและการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล เป็นต้น ประเทศโปรตุเกสใช้แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง กล่าวคือ การใช้วิธีการบังคับที่มิใช่การบังคับทางอาญา เช่น ค่าปรับ คำสั่งบริการสังคม คำเตือนให้ระวังอันตราย การบังคับรักษาหรือการเข้ารับความรู้ การพักใบอนุญาตขับขี่ หรือพักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นต้น ประเทศโปรตุเกสใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดโดยการใช้วิธีทางปกครองโดยการมีไว้ในครอบครองไม่ใช่อาชญากรรมแต่เป็นความผิดทางปกครองและตำรวจมีอำนาจในการคุมขังและส่งต่อบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองไปยังคณะกรรมาธิการทางปกครองซึ่งจะเป็นผู้กำหนดวิธีการปฏิบัติด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมต่อไป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่านโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสประกอบด้วยนโยบายด้านการแยกแยะผู้เสพยาเสพติดออกจากผู้ค้ายาเสพติดโดยการนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและพยายามที่จะนำผู้ติดยาเสพติดกลับคืนสู่สังคม นอกจากนี้นโยบายว่าด้วยยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสยังประกอบด้วยนโยบายหลักสำคัญ 4 ด้าน คือ การป้องกัน การบำบัดรักษา การลดอันตรายจากยาเสพติดและการนำผู้ติดยาเสพติดกลับสู่สังคมและการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของประเทศโปรตุเกสไม่ใช้การทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมายเนื่องจากยังเน้นนโยบายปราบปรามยาเสพติดในส่วนการค้ายาเสพติด เช่น องค์กรอาชญากรรม ผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่ เช่นเดิม

2. มาตรการทางกฎหมาย

ประเทศโปรตุเกสใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดด้วยการบัญญัติกฎหมายที่ 30/2000 (Law No. 30/2000) เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน ค.ศ.2000 คือ กฎหมายที่กำหนดกรอบทางกฎหมายเพื่อบังคับใช้กับการบริโภค/เสพยาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตลอดจนการบริการทางการแพทย์และสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้เสพสารเสพติดดังกล่าวโดยปราศจากการสั่งจ่ายยาโดยวัตถุประสงค์ของกฎมายฉบับนี้ได้บัญญัติไว้ตามข้อ 1 ประกอบด้วย[373]

1) กฎหมายฉบับนี้กำหนดกรอบกฎหมายที่บังคับใช้กับการบริโภค/ใช้ยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทควบคู่ไปกับการแพทย์และสังคมสวัสดิการของผู้บริโภค/เสพสารดังกล่าวโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์

2) พืชสารเสพติดและการเตรียมสารเสพติด ตามรายการที่ระบุไว้ในตาราง I ถึง IV ที่ได้อ้างถึงไว้ในกฎหมายต่อต้านยาเสพติดที่ 15/93 (Decree-Law No. 15/93 of 22 January)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดวิธีการปฏิบัติต่อผู้เสพยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทด้วยวิธีการทางแพทย์และทางสังคมสงเคราะห์ของผู้ใช้สารโดยปราศจากใบสั่งยาจากแพทย์ ตามมาตรา 1 กฎหมายฉบับนี้บังคับใช้กับพืชเสพติด, สารเสพติดและการเตรียมสารเสพติดที่ถูกจัดอยู่ในบัญชีรายชื่อตามตารางที่ 1-4 ซึ่งอยู่ภายใต้การบังคับของกฎหมายที่ 15/93 (Decree-Law No. 15/93 of 22 January)

---

[373] Law No 30/2000, Article 1

สำหรับการจำกัดสิทธิการใช้กัญชาตามหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติดตามกฎหมาย Law No. 30/2000 มีข้อยกเว้นให้ผู้เสพที่มีการครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคลในปริมาณไม่เกินอัตราเฉลี่ยของการใช้ยาเสพติดใน 10 วันของบุคคลนั้น ๆ โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญาโดยกฎหมายนี้ครอบคลุมสารเสพติดทุกประเภทรวมทั้งกัญชาซึ่งมาตรการทางกฎหมายของประเทศโปรตุเกสที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา มีดังนี้

1) การจำกัดสิทธิการบริโภค/เสพกัญชาการจำกัดสิทธิการใช้กัญชาได้บัญญัติไว้ในข้อ 2 ว่าด้วยการบริโภค/การเสพซึ่งมีสาระสำคัญว่าการบริโภคการซื้อและการครอบครองสำหรับการบริโภคส่วนบุคคลของพืชสารเสพติด หรือสารเสพติดที่ระบุไว้ในตารางที่อ้างถึงในข้อก่อนนี้ถือเป็นความผิดทางปกครองซึ่งวัตถุประสงค์ของการได้มาและครอบครองเพื่อการใช้ส่วนบุคคลของสารเสพติดที่กล่าวถึงในหมวดก่อนหน้าจะต้องไม่เกินอัตราเฉลี่ยปริมาณความต้องการสำหรับการบริโภคส่วนบุคคลในช่วงระยะเวลา 10 วันของบุคคลนั้น

ด้วยกฎหมายฉบับนี้มีแนวคิดมาจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังนั้นกฎหมายจึงให้ความสำคัญในเรื่องการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจะดำเนินการโดยระบบสมัครใจตาม ข้อ 3 ของกฎหมายจะไม่บังคับจนกว่าผู้บริโภค/เสพ ผู้ที่ผ่านการรับรองหรือถูกตัดสิทธิผู้เยาว์/ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย จะขอความช่วยเหลือเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพต่อหน่วยบริการภาครัฐหรือภาคเอกชน ตลอดจนแพทย์ทุกคนสามารถแจ้งหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในกรณีพบเห็นการใช้พืชสารเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในทางที่ผิดในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพเมื่อมีเหตุผลอันสมควรว่าการรักษาหรือมาตรการด้านการรักษาพยาบาลเหมาะสมกับผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่ขาดทรัพยากรโดยข้อมูลของผู้บริโภค/เสพยาเสพติดจะต้องได้รับการรับรองว่าเป็นความลับจากแพทย์พนักงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นที่ดูแลผู้บริโภค/เสพยาเสพติด และบุคคลดังกล่าวจะไม่มีหน้าที่ให้การเป็นพยานในการสอบสวนหรือการพิจารณาคดีทั้งเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติและพัฒนาการของกระบวนการบำบัดหรือเกี่ยวกับข้อมูลของผู้บริโภค/ผู้เสพยาเสพติด

การจับกุมและการตรวจสอบตามข้อ 4 กำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจมีอำนาจตรวจค้น ตรวจสอบผู้บริโภค/ผู้เสพและอาจดำเนินการต่อเพื่อสอบสวนหาบุคคลและยึดพืช,สารเสพติดหรือการตระเตรียมการต่างๆตามที่อ้างถึงในหมวด 1 ซึ่งอยู่ในความครอบครองของผู้บริโภค/ผู้เสพโดยให้ริบของกลางให้กับรัฐและจัดทำรายงานเพื่อส่งต่อไปยังคณะกรรมาธิการเขตปกครองที่เกี่ยวข้องและเมื่อใดก็ตามที่ไม่สามารถตรวจค้นผู้บริโภค/เสพในสถานที่และช่วงเวลาที่เกิดเหตุได้ ในเฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้นที่เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะเข้าควบคุมผู้บริโภค/เสพเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลดังกล่าวจะไปปรากฏตัวต่อคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดซึ่งการดำเนินการจะต้องเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุม กักขังเพื่อวัตถุประสงค์ในการสอบสวน

หน่วยงานที่มีอำนาจในการดำเนินการและการบังคับใช้ ตามข้อ 5 กล่าวไว้ว่าความผิดและบทลงโทษที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการโดยคณะกรรมาธิการที่เรียกว่า “คณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด” ซึ่งแต่งตั้งขึ้นเพื่อมีวัตถุประสงค์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อพิจารณาตัดสินและกำหนดมาตรการต่อผู้บริโภค/ผู้เสพยาเสพติดเป็นการเฉพาะรายและดำเนินงานในสถานที่ของรัฐบาลส่วนหน่วยงานที่มีอำนาจในการบังคับใช้การชำระค่าปรับและ

บทลงโทษทางเลือกอื่น คือ Governo Civil ซึ่งThe Governo Civil และ IPDT (Portuguese Institute on Drug and Drug Addiction) จะให้การสนับสนุนคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดในด้านการบริหารและด้านเทคนิคตามลำดับ

คณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดจะต้องรับฟังและรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นของผู้บริโภค/ผู้เสพเพื่อประกอบการตัดสินว่าผู้เสพเป็นผู้ติดยาหรือไม่เสพสารชนิดใด สถานการณ์ของการบริโภค/เสพยาเสพติดสถานที่ของการบริโภค/เสพยาเสพติดสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้บริโภค/ผู้เสพดังที่บัญญัติไว้ในข้อ 10 โดยคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดจะระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราวเมื่อผู้บริโภค/ผู้เสพที่ไม่มีประวัติการกระทำความผิดตามกฎหมายฉบับนี้ถือว่าเป็นผู้เสพที่ไม่ใช้ผู้ติดยาเสพติดและระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราวเมื่อผู้ติดยาเสพติดที่ไม่มีประวัติกระทำความผิดภายใต้กฎหมายฉบับนี้และสมัครใจบำบัดรักษา

การส่งผู้เสพไปรักษาตามข้อ 12 หากผู้ติดยาเสพติดตกลงที่จะรับการรักษา คณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดจะแจ้งให้ทราบถึงบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนหรือทางเลือกอื่นๆเพื่อให้ผู้บริโภค/ผู้เสพเป็นผู้เลือกรับบริการ ถ้าผู้บริโภคเลือกใช้บริการสุขภาพส่วนตัวให้เป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานบริการสุขภาพจะต้องแจ้งผลให้คณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดทราบผลการรักษาทุกสามเดือน

ในข้อ 13 กำหนดระยะเวลาในการระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราวได้ไม่เกินสองปีซึ่งอาจขยายได้อีกหนึ่งปีโดยการตัดสินใจด้วยเหตุผลอันสมควรโดยคณะกรรมาธิการ

2) การกระทำความผิดและการลงโทษ การลงโทษถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 15[374] ผู้เสพที่มิได้ติดยาอาจได้รับโทษด้วยการจ่ายค่าปรับหรือการลงโทษโดยทางเลือกอื่นที่มิใช่โทษที่เกี่ยวกับการเงิน การลงโทษที่ไม่เกี่ยวกับการเงินจะนำมาใช้ในกรณีผู้เสพที่เป็นผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมาธิการการจะเป็นผู้กำหนดโทษให้มีความสอดคล้องกับความจำเป็นในการป้องกันการ

---

[374] การกระทำความผิดและการลงโทษตามกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดบทลงโทษไว้ใน ข้อ 15 ดังนี้

1. ผู้เสพที่ไม่ติดยาเสพติดอาจถูกตัดสินให้จ่ายเงินค่าปรับหรือหรือการลงโทษที่มิใช่ตัวเงิน
2. การลงโทษที่มิใช่ตัวเงินจะใช้กับผู้บริโภคที่ติดยาเสพติด
3. คณะกรรมาธิการกำหนดค่าปรับตามความจำเป็นป้องกันการบริโภคยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
4. ในการใช้บทลงโทษคณะกรรมาธิการจะต้องคำนึงถึงสถานการณ์ของผู้บริโภค/ผู้เสพและลักษณะและสภาพแวดล้อมของการบริโภค/เสพ ได้แก่ ความรุนแรงของการกระทำระดับของความผิดประเภทของพืชสารเสพติดหรือการเตรียมการบริโภค/เสพลักษณะการเสพในที่สาธารณะหรือส่วนตัว ในกรณีของการบริโภค/เสพในที่สาธารณะต้องระบุสถานที่ที่บริโภค/เสพ ในกรณีที่ผู้บริโภคที่ไม่ใช่ผู้ติดเสพติดพิจารณาว่าเสพเป็นครั้งคราวหรือการเสพเป็นนิสัยสถานการณ์ส่วนบุคคลได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและการเงินของผู้บริโภค/ผู้เสพ เป็นต้น

บริโภค/เสพยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ในการลงโทษคณะกรรมการจะพิจารณาจากตัวผู้เสพ/ผู้ใช้สารเสพติดและพฤติการณ์แวดล้อมของการบริโภค ประกอบด้วย

1. ความร้ายแรงของการกระทำ
2. ระดับความของความผิด
3. ชนิดของพืชเสพติด สารเสพติดหรือส่วนประกอบของสารเสพติดที่ใช้เสพหรือบริโภค
4. สถานที่ที่ใช้บริโภค/เสพเช่น สาธารณสถานหรือสถานที่ส่วนบุคคล
5. เป็นกรณีของผู้ติดยาเสพติดหรือใช้เสพเป็นบางครั้งหรือเสพติดเป็นนิสัย
6. สภาพแวดล้อมส่วนบุคคล สภาพเศรษฐกิจและสถานะทางการเงินของผู้เสพ/ผู้บริโภค

นอกจากนี้ การพิจารณาความผิดทางอาญาและการใช้มาตรการลงโทษจะขึ้นอยู่กับคณะกรรมาธิการยาเสพติดซึ่งได้รับการแต่งตั้งขึ้นเป็นพิเศษเพื่อทำหน้าที่ภายในศูนย์บริการผู้ติดยาเสพติดและยาเสพติดของสถาบันวิจัยยาเสพติดในแต่ละเขต (Instituto da Droga e Toxicodependência) ส่วนการใช้มาตรการทางปกครองโดย เมื่อพบเห็นผู้บริโภค/เสพยาเสพติดจะต้องแจ้งผู้เสพยาเสพติดให้มารายงานตัวต่อคณะกรรมาธิการยาเสพติดเพื่อชำระค่าปรับหรือมาตรการลงโทษคณะกรรมาธิการจะต้องสอบถามและรับฟังผู้ใช้/เสพยาเสพติดและรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นในการตัดสินใจว่าผู้ใช้เป็นผู้ติดยาหรือไม่โดยพิจารณาตามสถานการณ์ และสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ใช้/ผู้เสพยา

การบำบัดรักษาหากผู้ใช้ยาเสพติดที่สมัครใจจะรับการรักษา คณะกรรมาธิการจะติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐหรือเอกชนที่ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดเลือก โดยผู้ใช้/ผู้เสพจะต้องได้รับแจ้งถึงทางเลือกที่มีอยู่ ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยบริการสุขภาพส่วนตัว หน่วยบริการด้านสุขภาพจะต้องแจ้งคณะกรรมาธิการทุกสามเดือนว่าจะดำเนินการรักษาต่อหรือไม่

คณะกรรมาธิการอาจระงับการดำเนินการทางปกครอง/การลงโทษชั่วคราวเมื่อใดก็ตามที่ผู้ใช้ยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาแล้วส่งตัวไปยังทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ในการบำบัดรักษาซึ่งหากผู้เสพยาเสพติดเลิกยาได้ถือว่าการลงโทษสิ้นสุดลง การดำเนินการระงับการลงโทษชั่วคราวได้ถึงสองปีและอาจขยายไปอีกหนึ่งปีขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและเหตุผลของคณะกรรมาธิการซึ่งระยะเวลาการระงับการลงโทษชั่วคราวอาจใช้เวลาถึงสามปี

3. บทสรุปแนวนโยบายและมาตรการควบคุม

กฎหมายที่ 30/2000 (Law No. 30/2000) ตามมาตรา 2 ถือว่าการได้มาและการครอบครองส่วนบุคคลของพืชเสพติด สารหรือการเตรียมสารเสพติดซึ่งอยู่ในบัญชีสารเสพติดตามกฎหมายให้ใช้วิธีการทางปกครอง อย่างไรก็ตามการได้มาและการครอบครองสารเสพติดส่วนบุคคลจะต้องมีปริมาณไม่เกินไปกว่าค่าเฉลี่ยความต้องการใช้/บริโภคสารเสพติดส่วนบุคคลในช่วงระยะเวลา 10 วันหากตำรวจไม่สามารถที่จำแนกหรือตรวจสอบผู้เสพ/ผู้บริโภคได้ ณ สถานที่เกิดเหตุ ตำรวจก็มีอำนาจดำเนินการตามความจำเป็นที่จะควบคุมหรือกักขังผู้เสพ/ผู้บริโภคไว้ก่อนเพื่อตรวจสอบให้ชัดเจนก่อนส่งต่อไปยังคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดที่เกี่ยวข้องต่อไปตามมาตรา 4 ส่วนผู้มีอำนาจและหน้าที่บังคับใช้กฎหมายด้วยการปรับและการลงโทษทางปกครองคือ

The Governo Civil และหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการดำเนินการลงทะเบียนตามกฎหมายฉบับนี้คือ Portuguese Institute on Drug and Drug Addiction หรือ IPDT ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดที่มีเงื่อนไขตามกฎหมายนี้และให้มีความสอดคล้องกับกฎระเบียบที่ออกโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมและคณะรัฐมนตรี โดยมีหน้าที่ประสานงานเกี่ยวกับยาเสพติดและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดตามมาตรา 6 ผ่านคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดกล่าวโดยสรุปแนวคิด นโยบาย และมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชา มีดังนี้

1) แนวคิดในการกำหนดนโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส คือ แบบจำลองการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล หน่วยงานของรัฐคือตำรวจสามารถใช้ดุลพินิจหันเหคดีออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาหรือการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) เป็นกลไกส่งเสริมให้มีการลดทอนความผิดอาญา การเบี่ยงเบนคดีในประเทศโปรตุเกสเป็นการเบี่ยงเบนคดีในชั้นพนักงานสอบสวนซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงการสร้างภาระแก่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาในฐานความผิดเล็กน้อยเพื่อจัดให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การยกฟ้องคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พิจารณาให้รอลงอาญา หรือกระทำการอื่นใด เช่น ผู้ต้องที่ถูกจับกุมในกรณีของการครอบครองและใช้/เสพแต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมก็จะไม่ถูกนำตัวไปดำเนินคดีแต่จะถูกส่งตัวไปยังคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแทน กฎหมายให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการลงโทษโดยมีมุมมองว่าผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดรักษา ดังนั้นรัฐจึงกำหนดรูปแบบที่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยเน้นองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจและสังคมและช่วยในผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ทำให้ผู้เสพยาไม่ถูกตีตราจากสังคมและส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม เนื่องจากไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากรรม อนุญาตให้มีการใช้ยาได้ในปริมาณที่เหมาะสมโดยไม่สนับสนุนให้มีการเสพติดซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุปสงค์และอุปทานของยาเสพติด

2) มาตรการทางกฎหมายของประเทศโปรตุเกส นโยบายของประเทศโปรตุเกสมีลักษณะสำคัญคือ มิใช่เป็นการทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย (Drug Legalization) แต่อย่างใด เนื่องจากการกระทำความผิดในลักษณะการค้ายาเสพติดยังคงเป็นการกระทำความผิดทางอาญาอยู่ การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวไม่เป็นความผิดทางอาญา โดยผู้ใช้ยาเสพติดต้องรายงานตัวกับคณะผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีอำนาจในการส่งตัวไปบำบัดรักษาโดยไม่ต้องโทษจำคุก มาตรการทางกฎหมายตามแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) คือ การกำหนดกรอบของกฎหมายที่จะนำไปใช้กับการเสพยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมทั้งกรณีครอบครองสารเสพติดในปริมาณน้อยเพื่อการใช้ส่วนตัวโดยเจ้าพนักงานตำรวจจะนำผู้กระทำความผิดในข้อหาเสพหรือครอบครองไปยังคณะกรรมาธิการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดซึ่งประกอบด้วยนักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยจะมีการสอบสวนถึงแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพหรือผู้ครอบครอง เพื่อให้มีคำสั่งลงโทษที่เหมาะสม รวมทั้งการสั่งให้ผู้นั้นบริการชุมชน การปรับ การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือการห้ามไม่ให้เข้าไปในสถานที่ที่กำหนดไว้ วัตถุประสงค์หลักเพื่อยับยั้งไม่ให้กลับไปเสพยาและเป็นการส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดต่อไป

3) การลงโทษและการดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ด้วยการใช้นโยบายแยกแยะและการยกเลิกความผิด กล่าวคือ การจำแนกผู้เสพ/ติดยาเสพติดออกจากผู้ค้ายาเสพติดและยกเลิกความผิดให้แก่ผู้เสพ/ติดยาเสพติด หรือครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยด้วยการบังคับทางปกครองแทนการบังคับทางอาญา โดยมีลักษณะ ดังนี้

(1) การไม่ต้องดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด มีลักษณะสำคัญ คือ การใช้เพื่อเป็นการส่วนตัวทั้งการเสพ การซื้อ และการครอบครองยาเสพติด และการครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินที่ใช้เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น หรือในทางปฏิบัติปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครองค่อนข้างต่ำ เช่น การครอบครองกัญชา 2.5 กรัม เป็นต้น ตลอดจนการบริโภค การได้มา และการครอบครองเพื่อการบริโภคพืช หรือสารเสพติดส่วนบุคคลหรือการเตรียมการต่าง ๆ ตามรายชื่อที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นการละเมิดกฎหมายปกครอง

(2) การดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด มีลักษณะสำคัญ คือ ผู้ค้าและผู้ลักลอบค้ายาเสพติดและการกระทำในลักษณะเครือข่ายค้ายาเสพติดหรือกลุ่มอาชญากรรม

4.2.1.4 แบบจำลองการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: บางรัฐของประเทศออสเตรเลีย (Australia)

เหตุผลที่ผู้เขียนได้เลือกศึกษาแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาของประเทศออสเตรเลียเนื่องจากเป็นประเทศที่มีกฎหมายยาเสพติดคือ Narcotic Drugs Act 1967 ซึ่งจำกัดการใช้/ครอบครองกัญชาและประเทศออสเตรเลียเป็นภาคีสมาชิกในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 เช่นเดียวกับประเทศไทย อีกทั้งประเทศออสเตรเลียกำลังพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา คือ Narcotic Drugs Regulation 2016 เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2016 ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายยาเสพติด (Narcotic Drugs Act 1967) สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้กำหนดใบอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการวิจัย (Medical Cannabis Licences and Permit and Cannabis Research Licences and Permit) นอกจากนี้บางรัฐยังจัดทำโครงการอนุญาตให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตใช้กัญชารักษาอาการได้ ตลอดจนมีนโยบายให้เอกชนปลูกกัญชาเพื่อวิจัยอันมีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้ผลิตยารักษาอาการป่วยรุนแรงภายในประเทศ เป็นต้น

ประเทศออสเตรเลียหรือเครือรัฐออสเตรเลียมีรูปแบบการปกครองแบบสหพันธรัฐซึ่งเป็นรัฐอธิปไตยประเภทหนึ่งอันมีลักษณะของสหภาพรัฐหรือภูมิภาคที่ปกครองตนเองและรวมเข้าด้วยกันโดยรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลสหพันธรัฐซึ่งรัฐในประเทศออสเตรเลียประกอบด้วย 6 รัฐ ได้แก่ รัฐนิวเซาท์เวลส์, รัฐควีนส์แลนด์, รัฐออสเตรเลีย, รัฐแทสมาเนีย, รัฐวิกตอเรีย และรัฐเวสเทิร์นออสเตรเลีย นอกจากนี้ยังประกอบด้วย 2 ดินแดน ได้แก่ นอร์ทเทิร์นเทร์ริทอรี และออสเตรเลียนแคพิทอลเทร์ริทอรี หรือเขตเมืองหลวง ซึ่งการปกครองตนเองของแต่ละรัฐจะอยู่ภายใต้ของรัฐธรรมนูญซึ่งเครือรัฐออสเตรเลียถูกจัดตั้งเป็นสหพันธรัฐโดยรวมอาณานิคมทั้ง 6 อาณานิคม (รัฐ) เข้าด้วยกันเมื่อวันที่ 1 มกราคม ค.ศ.1901 นอกจากนี้ประเทศออสเตรเลียมีการปกครองระบอบราชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญโดยมีประมุขแห่งรัฐคือสมเด็จพระราชินีนาถอลิซาเบธที่ 2 ซึ่งเป็นพระมหากษัตริย์แห่ง

สหราชอาณาจักร[375] ซึ่งใช้อำนาจบริหารผ่านข้าหลวงต่างพระองค์[376] ซึ่งนอกจากจะมีฐานะเป็นผู้แทนพระองค์แล้วยังมีอำนาจแต่งตั้งรัฐมนตรี ผู้พิพากษา การยุบสภาและการลงนามบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น การใช้อำนาจบริหารของข้าหลวงต่างพระองค์จะเป็นการใช้อำนาจผ่านคำแนะนำของคณะรัฐมนตรีและสภาบริหารสหพันธรัฐ (Federal Executive Council) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ข้าหลวงต่างพระองค์[377] นอกจากนี้สภานิติบัญญัติของออสเตรเลียใช้ระบบ 2 สภา ประกอบด้วย สภาผู้แทนราษฎร (House of Representative) และวุฒิสภา (Senate) ในแต่ละรัฐจะมีสภานิติบัญญัติเป็นของตนเอง

1) นโยบายและแนวคิดว่าด้วยยาเสพติดของรัฐ

ประเทศออสเตรเลียหรือเครือรัฐออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีประชากรใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดเป็นจำนวนมากและจากการสำรวจผู้ใช้กัญชาในประเทศออสเตรเลียพบว่าประชากรประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรที่มีอายุ 22 ปีขึ้นไป เคยทดลองใช้กัญชา (ประมาณ 5.8 ล้านคน)[378] และมีผู้ใช้กัญชาเป็นประจำในทุกสัปดาห์ จำนวนประมาณ 75,000 คน อีกทั้งมีผู้สูบกัญชาทุกวันประมาณ 300,000 คน[379] ตั้งแต่ปี ค.ศ.1985 ประเทศออสเตรเลียมีนโยบายยาเสพติดโดยถือว่ายาเสพติดเป็นอาชญากรรม (Criminalisation) และมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation Strategies) ควบคู่กัน ในปัจจุบันประเทศออสเตรเลียมีนโยบายหลีกเลี่ยงการลงโทษในคดียาเสพติดโดยเน้นพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm-Minimisation Strategies) และกระบวนการบำบัดรักษา (Treatment Framework) อย่างไรก็ตามการนำเข้าหรือส่งออกกัญชาในทางการค้ายังคงเป็นสิ่งผิดกฎหมาย สำหรับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation Strategies) มุ่งหมายที่จะจัดการปัญหาการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดชนิดอื่นเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดของปัจเจกชนและสังคม ซึ่งมาตรการนี้จะพิจารณาในเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจทั้งหมดของผู้ใช้ยาเสพติด กล่าวคือมาตรการลดอันตรายประกอบด้วยยุทศาสตร์ 3 ประการ ดังนี้[380]

---

[375] **Queen and Commonwealth**, ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2560 จาก th.m.wikipedia.org

[376] มีฐานะผู้แทนพระองค์ของสมเด็จพระราชินีนาถซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกัน กล่าวคือในแต่ละรัฐเรียกว่า Governor ส่วนในนอร์ทเทิร์นเทร์ริทอรีมีผู้แทนพระองค์เรียกว่า Administrator นอกจากนี้ในออสเตรเลียนแคพิทอลเทร์ริทอรีหรือในเขตเมืองหลวงมีผู้แทนพระองค์ของเครือรัฐเรียกว่า Governor-General

[377] **Federal Executive Council Secretariat, Federal Executive Council Handbook**, ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2560 จาก th.m.wikipedia.org

[378] The Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, **2007 National Drug Strategy Household Survey**, Retrieved August 23, 2017 from https://en.wikipedia.org/wiki/cannabis_in_Australia

[379] Copeland Jan, **Torch the Joint**, Retrieved October 25, 2017 from http://www.abc.net.au/unleashed/stories/s2230262.htm

[380] The Department of Health, **Harmminimisation-What is It?**, Retrieved November 2, 2017 จาก http://www.health.gov.au

1. Harm Reduction เป็นยุทธศาสตร์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของบุคคลและสังคมซึ่งมิใช่การมุ่งหมายให้หยุดใช้ยาเสพติด ตัวอย่างเช่น โครงการบริการเข็มฉีดยาเสพติด, การใช้เมทาโดนทดแทนและการให้คำแนะนำและการศึกษาอบรม เป็นต้น

2. Supply Reduction เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งหมายจะลดการผลิตและอุปทานของการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด เช่น การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น

3. Demand Reduction เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งหมายเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เช่น โครงการพัฒนาชุมชนและการสื่อสารมวลชน เป็นต้น

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายออกใบอนุญาตให้เอกชนปลูกกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้ผลิตยารักษาอาการป่วยรุนแรงภายในประเทศ กล่าวคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงผลิตภัณฑ์จากกัญชาได้ง่ายมากขึ้นโดยมีมาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยของชุมชนไว้อย่างเข้มงวด[381] อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาเพื่อความหย่อนใจ (Recreation Use) ยังคงผิดกฎหมายเช่นเดิม

2) มาตรการทางกฎหมาย

ประเทศออสเตรเลียเป็นรัฐภาคีและลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drug 1961) ซึ่งตามอนุสัญญานี้มีข้อผูกพันให้ภาคีสามารถใช้กัญชาได้เฉพาะในทางการแพทย์เท่านั้น ในที่นี้ผู้เขียนได้ศึกษามาตรการทางกฎหมาย/กฎเกณฑ์การใช้กัญชาของมลรัฐนิวเซาท์เวลส์เนื่องจากเป็นรัฐที่มีนโยบายอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชาในทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการในการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาของประเทศไทยต่อไป ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales, Australia) ซึ่งเป็นรัฐหนึ่งของออสเตรเลีย การใช้และการเพาะปลูกกัญชาที่ไม่ได้รับอนุญาตเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศออสเตรเลียตามกฎหมายยาเสพติด (Narcotic Drugs Act 1967) ต่อมาเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม ค.ศ. 2013 คณะกรรมาธิการรัฐสภาของรัฐนิวเซาธ์เวลส์ (NSW) เสนอให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและสนับสนุนให้การใช้กัญชากัญชาที่มีพื้นฐานตามหลักเภสัชวิทยาเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย คณะกรรมาธิการได้ขอความเห็นชอบจากรัฐบาลกลางออสเตรเลียเพื่อเสนอโครงการอนุญาตให้ผู้ป่วยครอบครองกัญชาได้ 15 กรัม ต่อมารัฐบาลกลางเห็นชอบตามโครงการดังกล่าวแต่ไม่เห็นชอบกับการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) หรือการปลูกกัญชาเพื่อใช้ส่วนบุคคล นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับใบรับรองจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และลงทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนต้องพกบัตรประจำตัวผู้ป่วย[382]

---

[381] “ออสเตรเลียออกใบอนุญาตไร่กัญชาทางการแพทย์,” **กรุงเทพธุรกิจ** (28 มีนาคม 2560), ค้นวันที่ 8 มีนาคม 2560 จาก http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/744135

[382] Mark Coultan, **Medical-Use Marijuana Backed**, Retrieved May 16, 2018 from https://www.theaustralian.com.au/national-affairs/state-politics/medical-use-marijuana-backed/news-story/6611ae617c82a29af94545c3cf9e6b29

อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม ค.ศ.2015 รัฐบาลกลางออสเตรเลียประกาศว่าจะทำให้การปลูกกัญชาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์และด้านวิทยาศาสตร์เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายต่อมารัฐสภาออสเตรเลียได้มีการแก้ไขกฎหมายยาเสพติดที่ทำให้การปลูกกัญชาที่มีวัตถุประสงค์ด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์ขึ้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ค.ศ.2016 หลังจากนั้นการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้รับการรับรองในระดับรัฐบาลกลางเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ.2016 และสามารถจำหน่ายกัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ได้ในรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐเวสเทิร์นออสเตรเลียและต่อมารัฐและเขตปกครองอื่นจึงเริ่มทยอยจำหน่ายกัญชาภายในรัฐของตน ต่อมาสำนักงานควบคุมยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุขได้ออกใบอนุญาตให้วิจัยกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เป็นครั้งแรกภายใต้บทบัญญัติตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1967 (Narcotic Drugs Act 1967) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ ค.ศ.2017[383]

ในที่นี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงเงื่อนไข หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) คือ Medical Cannabis Compassionate Use Scheme: Fact Sheet for Adults with a Terminal Illness and their Carers ซึ่งรัฐบาลของมลรัฐได้กำหนดแนวทางในการใช้ดุลพินิจที่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่จะไม่แจ้งข้อกล่าวหาหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) ผู้ซึ่งใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเองและผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Carers) ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

(1) คุณสมบัติ (Eligibility) ได้แก่ บุคคลที่อาศัยอยู่ในมลรัฐนิวเซาท์เวลส์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของชีวิตและได้ลงทะเบียนตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด และบุคคลที่บรรลุนิติภาวะที่อาจจะได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลโดยจะต้องลงทะเบียนภายใต้ข้อกำหนดของรัฐและผู้ดูแลอาจได้รับคัดเลือกให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนสูงสุดไม่เกิน 3 ราย

(2) การรับรอง (Certification) การขึ้นทะเบียนภายใต้กฎเกณฑ์นี้ คือการที่แพทย์เวชปฏิบัติผู้ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศออสเตรเลียและเป็นแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแลจะต้องเป็นผู้รับรองว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย(terminal illness)ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิตในการรักษาด้วยวิธีธรรมดาที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษหรือการรักษาที่ไม่ได้การยอมรับจากผู้ป่วย[384]

(3) การลงทะเบียน (Registration) ผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนโดยการกรอกรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวลงในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ (Part A) ให้สมบูรณ์ พร้อมกับข้อมูลของ

---

[383] **Office of Drug Control Grants First Cannabis Licence**, Retrieved May 16, 2018 from http://www.odc.gov.au

[384] An illness which, in reasonable medical judgement will, in the normal course, without the application of extraordinary measures or of treatment unacceptable to the patient, result in the death of the patient

ผู้ดูแลโดยผู้ดูแลจะต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการเสนอชื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไม่เกิน 3 ราย เมื่อผู้ป่วยได้ลงทะเบียนตามแบบฟอร์มการลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วให้ส่งแบบลงทะเบียนทั้ง Part A และ Part B ไปให้หน่วยงานของรัฐต่อไป (NSW Department of Justice) ภายหลังการลงทะเบียนเรียบร้อยรัฐก็จะส่งเอกสารการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยและเอกสารการขึ้นทะเบียนของผู้ดูแลกลับมาเพื่อให้ใช้แสดงตนเมื่อได้รับการร้องขอจากเจ้าหน้าที่ตำรวจต่อไป

(4) ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจ (Police Discretion) เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจพิจารณาไม่ดำเนินคดีหรือแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Adults with a Terminal Illness) ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำการลงทะเบียน
2. ผู้ที่ครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางที่ 1 และ
3. เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้ใช้กัญชารักษาในสถานที่พักอาศัยหรือในที่พักอาศัยส่วนบุคคล

เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจพิจารณาไม่ดำเนินคดีหรือแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Carers of Adults with a Terminal Illness) ดังนี้

1. ผู้ดูแลได้ทำการลงทะเบียน
2. ผู้ดูแลได้ครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางที่ 1 และ
3. ผู้ดูแลเป็นผู้บริหารจัดการ/เก็บรักษากัญชาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนในสถานที่พักอาศัยหรือในที่พักอาศัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.4 ตารางกำหนดปริมาณการครอบครองกัญชา (Maximum Amounts are Listed in Table 1 Below) มีดังนี้[385]

Cannabis Form	Specified Maximum Amount
ใบกัญชา (Cannabis Leaf)	15 กรัม
น้ำมันกัญชา (Cannabis Oil)	1 กรัม
เรซิน/ยางกัญชา (Cannabis Resin)	2.5 กรัม

[385] NSW Government, **Medical Cannabis Compassionate Use Scheme Fact Sheet for Adults with a Terminal Illness and Their Carers**, Retrieved August 8, 2017 from http://www.medicinalcannabis.nsw.gov.au/regulation/medicinal-cannabis-compasssionate-use-scheme

(5) ขอบเขตการบังคับใช้ประกอบด้วย

1. การเก็บสำรองกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาของบุคคลผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนภายใต้นโยบายนี้

2. การปลูกกัญชา

3. การใช้กัญชาในสถานที่สาธารณะ

4. การครอบครองกัญชาในปริมาณที่เกินกำหนด

5. การขับรถ คือ ไม่สามารถขับรถได้เมื่อใช้กัญชาเนื่องจากกัญชาจะยังคงอยู่ในร่างกายภายหลังจากใช้กัญชาแล้วซึ่งอาจจะได้รับการสุ่มตรวจหากัญชาจากเจ้าหน้าที่ตำรวจในระหว่างการเดินทางได้

3) บทสรุปแนวนโยบายและมาตรการควบคุม

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีการปกครองแบบสหพันธรัฐซึ่งประกอบด้วยมลรัฐ 6 มลรัฐและดินแดน 2 ดินแดน โดยประเทศออสเตรเลียเป็นรัฐภาคีและลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 ซึ่งรัฐมีนโยบายว่ายาเสพติดเป็นอาชญากรรม (Criminalisation) และออกมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation Strategies) นับตั้งแต่ปี ค.ศ.1985 เป็นต้นมา ในปัจจุบันประเทศออสเตรเลียมีนโยบายหลีกเลี่ยงการลงโทษในคดียาเสพติดโดยเน้นพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm-Minimisation Strategies) และกระบวนการบำบัดรักษา (Treatment Framework) สำหรับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-minimisation Strategies) มุ่งหมายที่จะจัดการปัญหาการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดชนิดอื่นเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดของปัจเจกชนและสังคม ซึ่งมาตรการนี้จะพิจารณาในเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจทั้งหมดของผู้ใช้ยาเสพติด กล่าวคือมาตรการลดอันตรายประกอบด้วยยุทศาสตร์ 3 ประการ สำหรับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกัญชานั้นรัฐเริ่มมีการผ่อนคลายเกี่ยวกับการควบคุมกัญชามากขึ้น ดังเช่น มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales, Australia) ซึ่งเป็นรัฐหนึ่งของออสเตรเลีย รัฐบาลได้มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เท่านั้น คือ Medical Cannabis Compassionate Use Scheme: Fact Sheet for Adults with a Terminal Illness and their Carers ซึ่งรัฐบาลของมลรัฐได้กำหนดแนวทางในการใช้ดุลพินิจที่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่จะไม่แจ้งข้อกล่าวหาหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) ผู้ซึ่งใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเองและผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Carers) เป็นต้น นอกจากนี้ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายออกใบอนุญาตให้เอกชนปลูกกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ ในทางการแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้ผลิตยารักษาอาการป่วยรุนแรงภายในประเทศ

4.2.2 มาตรการทางกฎหมายของกัญชง/เฮมพ์

ในข้อนี้ผู้เขียนได้ศึกษาเกี่ยวกับกัญชงซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ประโยชน์เพื่ออุตสาหกรรมของกัญชงในประเทศไทย โดยศึกษาจากประวัติความเป็นมาของการใช้ประโยชน์จากกัญชงหรือที่เรียกโดยทั่วไปว่าเฮมพ์ (Hemp) ในที่นี้ใช้คำว่าเฮมพ์แทนกัญชง การใช้ประโยชน์นั้นในต่างประเทศมีการใช้เฮมพ์มาเป็นเวลานานแต่เนื่องจากเฮมพ์มีสารเสพติดเช่นเดียวกับ

กัญชา (Marihuana) ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์จึงต้องกำหนดหลักเกณฑ์ในการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์นี้ จากการศึกษาประเทศที่สนับสนุนเฮมพ์เป็นพืชอุตสาหกรรมจะใช้หลักเกณฑ์ควบคุมสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือ สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinal, THC) โดยส่วนใหญ่กำหนดไม่เกินร้อยละ 0.3 แต่ความเข้มข้นของสารทีเอชซี ในแต่ละพื้นที่ปลูกแตกต่างกันด้วยปัจจัยทั้งทางด้านภูมิประเทศ ภูมิอากาศ และดิน ทำให้การกำหนดปริมาณความเข้มข้นในแต่ละประเทศจึงแตกต่างกันด้วย ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนากฎหมายของประเทศไทยให้เหมาะสมจึงศึกษานโยบายและมาตรการควบคุมการปลูกเฮมพ์ในประเทศที่ประสบความสำเร็จรวมถึงประเทศที่ริเริ่มการปลูกเฮมพ์เป็นพืชเศรษฐกิจ ดังนี้

4.2.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่รัฐบาลกลางมีนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวดแต่ในระดับมลรัฐเริ่มผ่อนคลายนโยบายและมาตรการทางกฎหมายลงรวมทั้งได้ออกระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้เกษตรกรปลูกกัญชง/เฮมพ์เป็นพืชเศรษฐกิจซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยที่กัญชา/กัญชงเป็นพืชเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่ภาครัฐเริ่มผ่อนคลายมาตรการทางกฎหมายลงเพื่อสนับสนุนให้เป็นพืชเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้เขียนเห็นควรศึกษาแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของกัญชงของประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อนำมาพัฒนากฎหมายของไทยต่อไป

1) นโยบายเกี่ยวกับกัญชง

นโยบายการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชงหรือเฮมพ์ โดยสภานิติบัญญัติของหลายรัฐในสหรัฐอเมริกาได้สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์ รวมทั้งพัฒนาการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์ในเชิงอุตสาหกรรมมากขึ้น เช่น อาหาร, น้ำมัน, พลาสติก, วัสดุก่อสร้าง, สิ่งทอ และผลิตกระดาษ เป็นต้น การสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์ในทางอุตสาหกรรมจะมุ่งเน้นไปที่เกษตรกรที่ทำการเกษตรแต่เนื่องจากเฮมพ์ประกอบไปด้วยสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinal, THC) ซึ่งมีฤทธิ์หลอนประสาทเช่นเดียวกับกัญชา (Marihuana) จึงจัดให้เฮมพ์เป็นยาเสพติดภายใต้กฎหมายยาเสพติดของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา (Controlled Substance Act) หากมลรัฐจะกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์จะต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 4.5 นโยบายและมาตรการในการควบคุมกัญชงหรือเฮมพ์ของสหรัฐอเมริกา

องค์ประกอบของการควบคุม	รายละเอียด
สถานะทางกฎหมาย	กำหนดให้เฮมพ์เป็นพืชทางการเกษตรของรัฐ
ปริมาณของสารทีเอชซี	กฎหมายของรัฐส่วนใหญ่กำหนดความเข้มข้นของสารทีเอชซีไม่เกินร้อยละ 0.3 โดยน้ำหนักแต่บางรัฐ เช่น รัฐเวสเวอร์จิเนีย กำหนดให้เพาะปลูกเฮมพ์จะต้องมีความเข้มข้นของสารทีเอชซีได้ไม่เกินร้อยละ 1 โดยน้ำหนัก
ออกใบอนุญาต/การลงทะเบียน	จัดทำโครงการเพื่อออกใบอนุญาตหรือทำการลงทะเบียนสำหรับผู้เพาะปลูกโดยผู้ลงทะเบียนต้องดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของเฮมพ์ที่จะทำการเพาะปลูก พื้นที่เพาะปลูก และวิธีการที่ใช้ในการเพาะปลูกโดยต้องตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติอาชญากรรมของผู้ปลูกด้วย
การตรวจสอบ	จัดให้มีการตรวจสอบและสร้างการทดสอบที่เป็นมาตรฐานของเมล็ดพันธ์ และพันธุ์พืช
ค่าธรรมเนียมการอนุญาต	ค่าธรรมเนียมการอนุญาตเพื่อสนับสนุนโครงการ ในบางรัฐจะมีการอนุญาตใช้เฮมพ์จากการบริจาค บางรัฐจะอนุญาตเฉพาะที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือแหล่งเงินทุนจากภาคเอกชนเพื่อสนับสนุนโครงการเฮมพ์ของรัฐ
อำนาจหน้าที่ของมลรัฐ	- กำหนดให้แสดงพยานหลักฐานสำหรับผู้ปลูกเฮมพ์เพื่อไม่ให้รับโทษภายใต้กฎหมายควบคุมสารเสพติด - กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนกฎหมายควบคุมเฮมพ์ - กำหนดคณะที่ปรึกษาสำหรับให้คำแนะนำและพัฒนากฎเกณฑ์ การบังคับใช้กฎหมายและงบประมาณ - การออกใบอนุญาตสำหรับผู้ปลูกเฮมพ์กระทำโดยรัฐ - สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในด้านการตลาดของเฮมพ์ - การนำเฮมพ์ออกจากกฎหมายควบคุมสารเสพติดของรัฐ - กำหนดมาตรการป้องกันเพื่อควบคุมโทษที่เกิดจากการครอบครองยาเสพติดหรือการเพาะปลูก

อย่างไรก็ตามการกำหนดกฎหมายภายในของแต่ละรัฐจะต้องได้รับการผ่อนผันหรือแจ้งการเปลี่ยนแปลงกฎหมายให้รัฐบาลกลางทราบภายใต้การดูแลจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของสหรัฐอเมริกา (DEA) ก่อนการจัดทำโครงการรัฐต่อไป

2) มาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์

ในปี ค.ศ.2014 รัฐบาลกลางได้ออกมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์หรือเรียกว่า “ฟาร์มบิล”(Farm Bill) ซึ่งเป็นการริเริ่มเปิดโอกาสให้กับ

มหาวิทยาลัยและภาคการเกษตรของแต่ละรัฐสามารถทำการเพาะปลูกเฮมพ์เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรมได้ในกรณีดังนี้[386]

(1) การเพาะปลูกหรือทำเกษตรกรรมเกี่ยวกับเฮมพ์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยภายใต้โครงการนำร่องทางการเกษตรหรือการวิจัยทางการเกษตรอื่นๆ และ

(2) การเพาะปลูกหรือทำการเกษตรกรรมเกี่ยวกับเฮมพ์ต้องได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐซึ่งหน่วยงานการศึกษาหรือสถาบันวิจัยหรือหน่วยงานทางการเกษตรของรัฐนั้นตั้งอยู่และทำการวิจัยดังกล่าว

กฎหมายกำหนดให้การเพาะปลูกเฮมพ์จะต้องได้รับอนุญาตและต้องลงทะเบียนจากรัฐรวมทั้งกฎหมายยังกำหนดให้การใช้ประโยชน์จากเฮมพ์โดยสถาบันการศึกษาและภาคการเกษตรจะต้องได้รับอนุญาตและต้องลงทะเบียนจากรัฐเช่นเดียวกันมลรัฐที่ออกกฎหมายเพื่อใช้ประโยชน์จากเฮมพ์มี 22 มลรัฐ โดยทั่วไปแล้วในแต่ละรัฐจะต้องดำเนินการได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) จัดตั้งโครงการเฮมพ์ในเชิงพาณิชย์ 2) จัดตั้งโครงการวิจัยเฮมพ์ในเชิงอุตสาหกรรม และ 3) ศึกษากฎหมายเกี่ยวข้องกับเฮมพ์หรืออุตสาหกรรมเฮมพ์มลรัฐตัวอย่างที่ดำเนินโครงการเฮมพ์ในเชิงพาณิชย์ได้แก่ แคลิฟอร์เนีย, โคโลราโด, อินเดียน่า, เคนตักกี้, เมน, มอนแทนา, นอร์ทดาโคตา, โอเรกอน, เซาท์แคโรไลนา, แทนเนสซี, เวอร์มอนต์, เวอร์จิเนีย, เวสต์เวอร์จิเนีย และมี 7 รัฐผ่านกฎหมายเพื่อจัดตั้งโครงการศึกษาวิจัยเฮมพ์ในทางการเกษตรหรือเพื่อวัตถุประสงค์ในเชิงวิชาการเกษตรคือ รัฐแดลาแว, รัฐฮาวาย, รัฐอิลลินอยส์, รัฐมิชิแกน, รัฐเนบลาสก้า, นิวยอร์ก, รัฐยูทา ปัจจุบันมีมลรัฐคอนเนตทิกัสและมลรัฐนิวแฮมป์เชียร์ได้ผ่านกฎหมายใหม่เพื่อศึกษาพัฒนาการผลิตเฮมพ์ให้มีศักยภาพภายในรัฐ เป็นต้นจะเห็นได้ว่ารัฐบาลกลางควบคุมการเพาะปลูกและแปรรูปเฮมพ์ (Hemp) ส่วนกฎหมายในระดับมลรัฐนั้นถือเป็นเรื่องที่แต่ละมลรัฐจะต้องออกกฎหมายภายในเองเพื่อการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์ เช่นวอชิงตันได้ออกกฎหมายเพื่อการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์โดยการแก้ไขปรับปรุงคำนิยามของเฮมพ์ (Industrial Hemp) และกัญชา (Marijuana) ใหม่ซึ่งมีสาระสำคัญในการควบคุมเฮมพ์ ดังนี้

---

[386] **State Industrial Hemp Statutes**, Retrieved October 20, 2015 from http://www.ncsl.org/research/agriculture-and-rural-development/state-industrial-hemp-statutes.aspx

ตารางที่ 4.6 กฎหมายควบคุมกัญชงหรือเฮมพ์รัฐวอชิงตัน

มาตรการควบคุม	รายละเอียด
คำนิยาม	1) Hemp หมายถึงส่วนประกอบของพืชกัญชา (Cannabis) รวมทั้งใบ ดอก ลำต้น ก้านเมล็ดและยาง (Resin) โดยทั่วไป Hemp หมายถึงกัญชา(Marijuana) 2) Industrial Hemp หมายถึง Hemp ที่มีสารทีเอชซี ร้อยละ 1 หรือน้อยกว่า รวมทั้งยังมีการแก้ไขกฎหมายบางมาตราเพื่อให้สอดคล้องกับคำจำกัดความข้างต้นและยกเว้น Industrial Hemp ออกจากการเป็นสารเสพติด (Controlled Substance)
การขออนุญาต	การขออนุญาตปลูกเฮมพ์เชิงอุตสาหกรรม ผู้ขออนุญาตจะต้องแจ้งรายละเอียดเทคนิค วิธีการในการผลิตเส้นใยเพื่อผลประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม และจะต้องตรวจสอบประวัติของผู้ขอรับอนุญาตว่ามีประวัติเคยกระทำผิดกฎหมายหรือไม่ รวมทั้งองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด(Drug Enforcement Administration (DEA)) กำหนดเงื่อนไข ดังนี้[387] 1) ผู้ประกอบการต้องดูแลกระบวนการผลิตอย่างเข้มงวด 2) ผู้ผลิตต้องแจ้งค่าปริมาณสารเสพติดและขั้นตอนการผลิตให้หน่วยงานราชการทราบ 3) การเพาะปลูกเฮมพ์จะต้องแจ้งรายละเอียด เทคนิค วิธีการในการผลิตเส้นใยเพื่อประโยชน์ในอุตสาหกรรม 4) การผลิต การจำหน่าย การแจกจ่ายเส้นใยต้องดำเนินการตามกฎหมาย 5) ผู้ผลิตหรือผู้ขออนุญาตต้องได้รับการตรวจสอบประวัติอาชญากรรม 6) องค์ประกอบอื่นๆที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

3) บทสรุปผลการศึกษา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายควบคุมยาเสพติดหลักคือ Controlled Substance Act ซึ่งกำหนดให้การใช้กัญชารวมถึงกัญชง(Hemp)ผิดกฎหมาย ในปัจจุบันรัฐบาลกลาง

[387] สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน), **รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาเฮมพ์บนพื้นที่สูงภาคเหนือ (แผนปฏิบัติการพัฒนาเฮมพ์บนพื้นที่สูงภาคเหนือ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2553-2557)**, หน้า 134, ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก https://web2012.hrdi.or.th/public/files/studyreport/1-Final-Report.pdf

ได้เปิดโอกาสให้มลรัฐออกระเบียบเพื่อให้ใช้ประโยชน์จากกัญชงในเชิงอุตสาหกรรมเพื่อการศึกษาวิจัย ได้เรียกว่า Farm Bill ซึ่งในบางรัฐเช่น วอชิงตันกำหนดให้ Hemp หมายถึงส่วนประกอบของพืชกัญชา (Cannabis) รวมทั้งใบ ดอก ลำต้น ก้านเมล็ดและยาง (Resin) โดยทั่วไป Hemp หมายถึงกัญชา (Marijuana) โดย Industrial Hemp หมายถึง Hemp ที่มีสารทีเอชซี ร้อยละ 1 หรือน้อยกว่า รวมทั้งยังมีการแก้ไขกฎหมายบางมาตราเพื่อให้สอดคล้องกับคำจำกัดความข้างต้นและยกเว้น Industrial Hemp ออกจากการเป็นสารเสพติดตามกฎหมาย(Controlled Substance) เป็นต้น อย่างไรก็ตามการออกกฎหมายควบคุมการใช้ประโยชน์จากเฮมพ์ในระดับมลรัฐจะต้องวางหลักเกณฑ์การควบคุมไว้ภายใต้เงื่อนไขของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด(DEA) ของรัฐบาลกลาง

4.2.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีกฎหมายยาเสพติด (Narcotic Drugs Act 1967) ซึ่งจำกัดการใช้/ครอบครองกัญชารวมถึงเฮมพ์และประเทศออสเตรเลียเป็นภาคีสมาชิกในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ.1961 เช่นเดียวกับประเทศไทย อีกทั้งประเทศออสเตรเลียได้พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ดังเช่นNarcotic Drugs Regulation 2016 เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2016 ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายยาเสพติด (Narcotic Drugs Act 1967) นอกจากนี้รัฐอนุญาตให้ปลูกกัญชงหรือเฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ในเชิงอุตสาหกรรมและเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ยาวนานในการปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ จึงเห็นควรศึกษาแนวนโยบายและมาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชง ดังนี้

1) นโยบายของรัฐในการใช้ประโยชน์ของกัญชง/เฮมพ์

ในปี ค.ศ.1971 ประเทศออสเตรเลียได้แต่งตั้งกรรมการที่ปรึกษาเกี่ยวกับอุตสาหกรรมกัญชง/เฮมพ์โดยศึกษาถึงศักยภาพและแนวทางการเพาะปลูกให้กับเกษตรกรโดยการแก้ไขกฎหมายเพื่อการวิจัยหาพันธุ์กัญชง/เฮมพ์ที่มีสารทีเอชซีต่ำก่อนแล้วจึงอนุญาตให้เกษตรกรปลูกเฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ในเชิงอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมเส้นใย ดังนี้

(1) มลรัฐควีนแลนด์ มีกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ Drugs Misuse Act 1986 and the Drugs Misuse Regulation 1987 ซึ่งตามกฎหมายถือว่ากัญชง/เฮมพ์เป็นยาเสพติด[388] ในปี ค.ศ.1998 รัฐได้ออกกฎหมายให้ใช้กัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัยเท่านั้นจนกระทั่งใน ปี ค.ศ.2002 รัฐได้ออกกฎหมายอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์เพื่อประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม และได้ดำเนินการอย่างจริงจังโดยมีบริษัทเอกชนได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการโดยต้องขออนุญาตจากกระทรวงเกษตรซึ่งเป็นผู้ออกใบอนุญาตและควบคุมดูแลให้ใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวงยุติธรรมร่วมกันพิจารณามาตรการทางกฎหมาย

(2) มลรัฐทัสมาเนีย ออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ Poisons Act 1971 อนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์เชิงอุตสาหกรรมขนาดเล็กในครัวเรือนโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ออกใบอนุญาต นอกจากนี้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงอุตสาหกรรมเป็นหน่วยงานที่ร่วมกันพิจารณามาตรการทางกฎหมาย

(3) มลรัฐออสเตรเลีย ออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ Poisons Act 1964 and the Missuse of drugs Act 1981 ในปี ค.ศ.2003 สาระสำคัญของกฎหมาย คือ

---

[388] Drugs Misuse Regulation 1987

การอนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์ ในเชิงอุตสาหกรรมได้แต่ต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มงวด

(4) มลรัฐวิกตอเรีย ออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ Drugs Poisons and Controlled Substances Act 1981 ในปี ค.ศ.1997 มลรัฐได้ออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกเฮมพ์เป็นพืชอุตสาหกรรมได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานผู้ควบคุมดูแลด้านกฎหมายสำหรับการครอบครอง การปลูก การจำหน่ายของผู้ขออนุญาต โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นหน่วยงานผู้ตรวจสอบรายละเอียดประวัติเพื่อประกอบการขออนุญาตและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นผู้ออกใบอนุญาต

(5) มลรัฐนิวเซาธ์เวลออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด คือ Drugs Misuse and Trafficking Act 1985 เมื่อปี ค.ศ.1995 มลรัฐอนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัย ผลิตเมล็ดพันธุ์และเส้นใย โดยกำหนดปริมาณสารทีเอชซี ในกัญชง/เฮมพ์ไม่เกินร้อยละ 0.3 โดยกระทรวงสาธารณสุขกำกับดูแลด้านกฎหมายและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นผู้ให้คำแนะนำในการวิจัย

2) มาตรการทางกฎหมาย

มาตรการทางกฎหมายในการปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อประโยชน์เชิงเศรษฐกิจของประเทศออสเตรเลียในที่นี้จะกล่าวถึงกฎหมายควบคุมการปลูกเฮมพ์เพื่อการวิจัยและปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการอุตสาหกรรมของมลรัฐควีนแลนด์ เนื่องจากเป็นรัฐที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการใช้เฮมพ์เพื่อประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจโดยมีรายละเอียดมาตรการควบคุม ดังนี้[389, 390]

ตารางที่ 4.7 มาตรการในควบคุมการปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัยและอุตสาหกรรมของมลรัฐควีนแลนด์

มาตรการควบคุม	สาระสำคัญ
ปริมาณสารทีเอชซี (THC)	รัฐได้ออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์โดยกำหนดปริมาณสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 1% แต่เนื่องจากรัฐควีนแลนด์อยู่ในเขตร้อนหากปลูกกัญชงจะทำให้สารเสพติดมีปริมาณสูงขึ้นกว่าปลูกในเขตหนาวและหากปลูกในภูมิอากาศที่ไม่สามารถควบคุมได้ปริมาณสารเสพติดจะสูงขึ้น
เมล็ดพันธุ์รับรอง (Certified Seed)	เมล็ดกัญชง/เฮมพ์ (Hemp Seed) ที่ถูกกฎหมายจะต้องมีสารทีเอชซี (THC) ในปริมาณต่ำ (Low THC Cannabis Sativa Plants)[391] กล่าวคือพิจารณาจากใบและยอดดอกของพืชจะต้องมีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 1%[392]

[389] Queensland Government Business Queensland, **Industrial Cannabis Production,** Retrieved April 20, 2017 จาก https://www.business.QLD.gov.au/industry/agric

[390] Under Part 5 of the Drugs Misuse Act 1986 and Part 4 of the Drugs Misuse Regulation 1987. (Current as at 5 September 2014)

[391] Queensland Health, **Low THC Hemp Seed Food**, Retrieved December 5, 2017 from https://www.health.qld.gov.au

[392] Food Standards Code, Section 1.4.4-6.

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

มาตรการควบคุม	สาระสำคัญ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	Biosecurity Queenland ซึ่งสังกัดกระทรวงอุตสาหกรรมขั้นพื้นฐานและการประมง(Department of Primary Industries & Fisheries)ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตและตรวจสอบสารทีเอชซี (THC)
การออกใบอนุญาต (Licence)	แบ่งประเภทของใบอนุญาตสำหรับเพาะปลูกและการอนุญาตสำหรับการวิจัย สำหรับหลักเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ขอรับใบอนุญาตการปลูกกัญชง/เฮมพ์ดังนี้ 1) Grower Licenceคือ ใบอนุญาตสำหรับผู้ปลูก สามารถซื้อขายต้นกัญชง/เฮมพ์และเมล็ดพันธุ์รับรองได้โดยผู้ขออนุญาตต้องไม่เป็นผู้ล้มละลายและไม่เคยต้องโทษในคดีร้ายแรงภายใน 10 ปี 2) Researcher Licenceคือใบอนุญาตสำหรับนักวิจัย ซึ่งมี 2 ประเภท (1) ประเภทที่1 สามารถวิจัยได้ทั้ง Class A และ Class B ซึ่งสามารถวิจัยกัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณสารทีเอชซี ร้อยละ 3 ขึ้นไป (2) ประเภทที่ 2 สามารถวิจัยได้เฉพาะ Class B ซึ่งสามารถวิจัยกัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณสารทีเอชซี ร้อยละ 1-3 ซึ่งผู้วิจัยต้องเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการวิจัยขยายพันธุ์พืชและไม่เคยต้องโทษคดีร้ายแรงภายใน 10 ปี
การวิจัย	กำหนดให้การปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัยมี 2 แบบคือ 1) Class A Research คือการวิจัยเฮมพ์จากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งไม่ทราบปริมาณสารเสพติดและกำหนดให้วิจัยกัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณสารทีเอชซีตั้งแต่ ร้อยละ3 ขึ้นไปเพื่อหาสายพันธุ์ที่มีสารเสพติดน้อยลง 2) Class B Research การอนุญาตให้วิจัยพันธุ์ กัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณสารทีเอชซี ร้อยละ 1 แต่ไม่เกินร้อยละ 3เพื่อวิจัยหาเมล็ดพันธุ์รับรองที่มีปริมาณสารทีเอชซี ไม่เกินร้อยละ 0.5
ระยะเวลาของการอนุญาต	อายุใบอนุญาตมีระยะเวลา 3 ปีและสามารถต่ออายุการอนุญาตได้ครั้งละไม่เกิน 3 ปี ในการขออนุญาตทุกครั้งจะต้องมีการตรวจสอบทะเบียนประวัติโดยสำนักงานตำรวจของรัฐ
ขั้นตอนการควบคุม	1) หน่วยงาน Biosecurity Queenland พิจารณาคุณสมบัติความเหมาะสมของผู้ขอออกใบอนุญาต ผู้ขออนุญาตจะต้องส่งรายชื่อผู้เกี่ยวข้องในการผลิตกัญชง/เฮมพ์เพื่ออุตสาหกรรมทั้งหมด เช่น หุ้นส่วนบริษัท รายชื่อนักวิจัย คนงาน ผู้ขนส่งเมล็ดพันธุ์ เป็นต้น

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

มาตรการควบคุม	สาระสำคัญ
	2) เจ้าหน้าที่จาก DPI เป็นผู้ตรวจสอบแปลงปลูกเฮมพ์และวิเคราะห์สารเสพติดโดยสุ่มตัวอย่างจากใบ ดอก เพื่อวิเคราะห์หาสารเสพติดหากพบว่ามีสารทีเอชซี (THC) เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดก็จะเป็นผู้ทำลายต้นกัญชง/เฮมพ์ ออกจากแปลงปลูกนั้น 3) การปลูกเฮมพ์ต้องใช้เมล็ดพันธุ์รับรองเท่านั้นและต้องติดฉลากถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์ การซื้อขาย ขนส่งระหว่างรัฐต้องได้รับอนุญาตทั้งผู้ซื้อและผู้ขายและต้องเก็บข้อมูลผู้ส่งของและผู้รับของ 4) ผู้ปลูกจะต้องติดฉลากที่ป้ายแปลงปลูกแสดงพื้นที่ปลูก รวมถึงถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์รับรองต้องแสดงชื่อพันธุ์ ผู้จำหน่าย แหล่งผลิต ปริมาณให้ชัดเจน 5) การลงทะเบียนบันทึกข้อมูล แหล่งที่มา ชนิด จำนวนเมล็ดกัญชง/เฮมพ์ ข้อมูลการขนส่ง การรับเมล็ดพันธุ์รับรองหรือต้นกัญชง/เฮมพ์ เพื่อให้สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาได้ 6) การรักษาความปลอดภัย กฎหมายกำหนดแปลงปลูกให้มีรั้วรอบบริเวณ และต้องเก็บรักษาเมล็ดพันธุ์ที่ใช้วิจัยและที่ใช้ปลูกไว้ในที่ปลอดภัย หากมีถุงบรรจุพันธุ์ถูกเปิดโดยไม่ถูกต้องเจ้าของจะต้องแจ้งตำรวจตรวจสอบทันที

3) บทสรุปผลการศึกษา

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ทางอุตสาหกรรม สิ่งที่สำคัญในการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์ คือ ภาครัฐจะต้องออกกฎหมายควบคุมด้วยการออกใบอนุญาตสำหรับการเพาะปลูกและการอนุญาตสำหรับการวิจัย โดยกำหนดปริมาณสารเสพติด (THC) ที่อยู่ในต้นกัญชง/เฮมพ์ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 อย่างไรก็ตามปริมาณสารเสพติดหรือสารทีเอชซีจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นรัฐอาจกำหนดปริมาณสารทีเอชซีเกินกว่าร้อยละ 0.5 ได้ขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่นั้น ๆ ดังนั้นประเทศไทยควรออกมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมปริมาณสารทีเอชซีในต้นกัญชง/เฮมพ์ และภาครัฐควรเป็นผู้พัฒนาเมล็ดพันธุ์รับรองที่เหมาะสมกับพื้นที่ปลูกและภูมิอากาศในประเทศไทยก่อนเพื่อควบคุมปริมาณของสารทีเอชซีแล้วจึงออกมาตรการควบคุมการเพาะปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่ออุตสาหกรรมให้กับเกษตรกรต่อไป

4.2.2.3 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนนาดาเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ในการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์ในเชิงอุตสาหกรรมที่น่าสนใจโดยคล้ายกับประเทศไทยที่กำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย คือ Controlled Drug and Substances แต่ภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญของกัญชง/

เฮมพ์ว่ามีศักยภาพที่พัฒนาในเชิงอุตสาหกรรมได้ต่อมาจึงได้ออกกฎระเบียบควบคุมกัญชง/เฮมพ์ในเชิงอุตสาหกรรมแนบท้ายกฎหมายควบคุมยาเสพติดหลัก ดังนั้นจึงเห็นควรศึกษามาตรการทางกฎหมายของประเทศแคนนาดาเพื่อนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์ในประเทศไทย

1) นโยบายเกี่ยวกับกัญชง ประเทศแคนาดามีกฎหมายควบคุมยาเสพติดคือ Controlled Drug and Substances ซึ่งบัญญัติให้กัญชา (Cannabis) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (Schedule II) ซึ่งประกอบด้วย ยางกัญชา (Cannabis Resin), พืชกัญชา(Marihuana), สารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol), สารแคนนาบินอล (Cannabinol), สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol) ตลอดจนสารสังเคราะห์ที่ได้จากพืชกัญชา[393] เห็นได้ว่ากัญชง/เฮมพ์ มีสารเสพติดคือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลแต่รัฐบาลแคนาดาได้สนับสนุนการปลูกเฮมพ์เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม(Industrial Hemp) โดยออกระเบียบว่าด้วยกัญชง/เฮมพ์ คือ Industrial Hemp Regulations (SOR/98-156)

2) มาตรการควบคุม

ประเทศแคนาดามีกฎหมายควบคุมยาเสพติดคือ Controlled Drug and Substances Act ต่อมาได้ออกระเบียบแนบท้ายกฎหมายว่าด้วย Industrial Hemp Regulations ระเบียบได้ระบุแนวทางสำหรับผู้ประสงค์จะปลูกกัญชง/เฮมพ์ (Industrial Hemp)[394] ในทางอุตสาหกรรมของแคนาดาโดยให้ความหมายของ Industrial Hemp ไว้ว่าคือพืชและทุกส่วนของต้นในวงศ์ Cannabis รวมถึงใบและช่อดอกซึ่งมีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 0.3% (0.3% THC w/w)ดังตารางที่ 4.8

---

[393] **Controlled Drug and Substances Act**, Retrieve April 20, 2017 from http://laws-lois.justice.gc.ca

[394] Industrial hemp means the plants and plant parts of the genera Cannabis, the leaves and flowering heads of which do not contain more than 0.3% THC w/w, and includes the derivatives of such plants and plant parts. It also includes the derivatives of non-viable cannabis seed. It does not include plant parts of the genera Cannabis that consist of non-viable cannabis seed, other than its derivatives, or of mature cannabis stalks that do not include leaves, flowers, seeds or branches, or of fibre derived from those stalks.

ตารางที่ 4.8 แนวทางสำหรับผู้ประสงค์จะปลูกกัญชง/เฮมพ์ (Industrial Hemp) สรุปได้ดังนี้[395]

มาตรการควบคุม	รายละเอียด
คำนิยาม	Industrial Hemp หมายถึงพืชตระกูล Cannabis หรือส่วนของต้น ได้แก่ ใบและดอกที่มีสารทีเอชซี(THC) ไม่เกินร้อยละ 0.3 รวมทั้งสิ่งที่ได้จากต้นดังกล่าวแต่ไม่รวมถึงเปลือกของต้นที่ลอกแล้วหรือเส้นใยที่ผลิตจากเปลือกของลำต้นที่ลอกแล้ว
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การปลูก Industrial Hemp กระทรวงสาธารณสุขประเทศแคนาดาจะเป็นผู้กำหนดสายพันธุ์ โดยผู้ปลูกต้องระบุสถานที่ สถานที่เก็บรักษาให้ชัดเจนและมีมาตรการเก็บเกี่ยวหรือทำลายในทันทีที่พบว่าต้นกัญชง/เฮมพ์มีสารทีเอชซี (THC) สูงเกินที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งห้ามปลูกห่างจากโรงเรือนเกิน 1 กิโลเมตร
มาตรการควบคุม	การนำเข้า ส่งออก ครอบครอง จำหน่าย แจกจ่าย ขนส่ง ส่งมอบหรือเสนอเพื่อขาย Industrial Hemp ต้องได้รับอนุญาตก่อน
ปริมาณสารทีเอชซี (THC)	การทำศึกษา วิจัย หรือวิเคราะห์เกี่ยวกับสารทีเอชซี (THC) จะต้องได้รับอนุญาตภายใต้ระเบียบว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดให้โทษก่อน
เมล็ดพันธุ์	การเพาะปลูกการนำเข้า ส่งออกเมล็ดพันธุ์จะต้องได้รับอนุญาตให้นำเข้า ส่งออกจะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐก่อนทุกครั้ง
การวิจัยเมล็ดพันธุ์	การวิจัยเมล็ดพันธุ์จะไม่อนุญาตให้นำเข้า จำหน่าย หรือนำไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ต่อเนื่องซึ่งต้น Industrial Hemp รวมทั้งต้นอ่อน ใบ ดอกหรือใบประดับ Industrial Hemp
การลงทะเบียนการส่งออก	การเพาะพันธุ์หรือปรับปรุงสายพันธุ์จะต้องขึ้นทะเบียนและแจ้งสถานที่ให้ชัดเจน กำหนดข้อยกเว้นที่ไม่ต้องอยู่ในกฎระเบียบนี้ คือ น้ำมัน ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเฮมพ์ เช่น อาหารที่มีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกิน 10 ไมโครกรัมต่อกรัม
ปริมาณสารทีเอชซี (THC) ของเมล็ดพันธุ์	การครอบครองเมล็ดพันธุ์กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กำหนดมาตรฐานสำหรับการตรวจวิเคราะห์หาสารทีเอชซี (THC) ในใบหรือเมล็ดเฮมพ์

[395] **Industrial Hemp Regulations**, Retrieve April 20, 2017 from http://laws-lois.justice.gc.ca

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

มาตรการควบคุม	รายละเอียด
บทลงโทษ	การครอบครอง (Cannabis/Industrial Hemp) โดยไม่ได้รับอนุญาตจะมีความผิดอาญา ตามกฎหมาย Controlled Drug and Substances Act หากพบว่าปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในกัญชง/เฮมพ์ที่ปลูกเกินร้อยละ 0.3 โดยน้ำหนักจะต้องเก็บเกี่ยวทำลายทันทีตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

3) บทสรุปผลการศึกษา

ประเทศแคนาดา มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษ คือ กฎหมาย Controlled Drug and Substances Act ต่อมาได้ออกระเบียบแนบท้ายกฎหมายว่าด้วย Industrial Hemp Regulations โดยกำหนดให้ Industrial Hemp หมายถึง พืชตระกูล Cannabis หรือส่วนของต้น ได้แก่ ใบและดอกที่มีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.3 รวมทั้งสิ่งที่ได้จากต้นดังกล่าวแต่ไม่รวมถึงเปลือกของต้นที่ลอกแล้วหรือเส้นใยที่ผลิตจากเปลือกของลำต้นที่ลอกแล้ว และกำหนดหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ควบคุมดูแลคือ กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 5

บทวิเคราะห์แนวนโยบายของรัฐและมาตรการทางกฎหมาย ในการใช้กัญชา/กัญชง

ในส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลแนวนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกัญชา/กัญชงแล้วนำมาวิเคราะห์หาสภาพปัญหาของข้อกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดในกรณีการอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงกัญชา/กัญชงในแง่ของประโยชน์จากคุณสมบัติของพืชที่มีอยู่โดยอาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์และนิติศาสตร์ ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนได้แบ่งแยกการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน เพื่อศึกษาวิเคราะห์โดยใช้แนวนโยบายรัฐและกรอบแนวคิดทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดของต่างประเทศเป็นเกณฑ์ในการพัฒนากฎหมายของไทย ตลอดจนสรุปแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของไทยต่อการควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 ปัญหาสถานะทางกฎหมาย

กรณีมีข้อโต้แย้งในประเด็นการถอดถอนกัญชา/กัญชงออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดได้หรือไม่เป็นปัญหาเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของกัญชา/กัญชง ผู้เขียนพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ได้ศึกษาในบทที่ 2 พบว่าพืชกัญชา/กัญชงเป็นพืชในตระกูลแคนนาบิส[396] เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 จากการศึกษาพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์เนื่องจากกัญชา/กัญชงมีสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยกัญชายังไม่ได้รับการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์โดยหน่วยงานภาครัฐมาก่อนซึ่งแตกต่างจากกัญชงที่ภาครัฐให้ความสนใจทดลองปลูกและวิจัยเพื่อหาสายพันธุ์ที่เหมาะสมกับประเทศไทยโดยความร่วมมือระหว่างโครงการหลวงร่วมกับสถาบันวิจัยในพื้นที่สูงและหน่วยงานอื่นของรัฐมาเป็นระยะเวลาพอสมควร ดังนั้นบทวิเคราะห์นี้จึงมุ่งเน้นศึกษากรณีปัญหาสถานะทางกฎหมายของพืชกัญชา

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชาที่เหมาะสมของประเทศไทยตามประวัติศาสตร์ของประเทศไทยและสากลมีการใช้กัญชาในลักษณะเป็นทั้งยารักษาโรคและยาเสพติด กล่าวคือกัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่บรรจุอยู่ในตำรับยาแพทย์แผนไทยหลายตำรับ ดังเช่น ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กรุงศรีอยุธยาหรือโอสถพระนารายณ์ ตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ และตำราของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยา

---

[396] กัญชามีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. indica ส่วนกัญชงมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Sativa

ปวเรศวริยาลงกรณ์ พระมหาสมณเจ้า ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากัญชาถือเป็นสมุนไพรที่ได้รับการยอมรับในคุณสมบัติตั้งแต่อดีต เช่น ตำรายาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ได้บรรจุกัญชาเป็นหนึ่งในส่วนผสมยารักษาโรคเช่นยาทิพกาศเพิ่มความอยากอาหาร นอนไม่หลับ แก้อาเจียน เพิ่มรสชาติอาหารเพิ่มกำลังและยาสุขไสยาสน์เพิ่มความอยากอาหารและนอนหลับซึ่งสอดคล้องกับการค้นพบแพทย์แผนปัจจุบันที่ยอมรับคุณสมบัติของกัญชาว่าใช้รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน (Anti-Nauseant) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่าสารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) ในกัญชามีประสิทธิผลในการต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งและตำรายาของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ พระมหาสมณเจ้าใช้สำหรับเพิ่มความอยากรับประทานอาหารเช่นกัน ส่วนตำรับยาเกร็ดตำรายาเกร็ดของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ ใช้กัญชาเป็นยาสำหรับอดฝิ่น และแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์พบว่ายาหลายตำรับมีกัญชาเป็นส่วนผสมอยู่ซึ่งสอดคล้องกับแพทย์แผนปัจจุบันเช่นกัน อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาในบางโรคหรืออาการไม่ได้ถูกกล่าวถึงในแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น แก้ไอ ไข้ ลมจุกเสียด อุจจาระปนเสมหะโลหิตอาการจุกเสียด ริดสีดวงทวาร โรคกาฬและยาแก้ลงบิดให้ปวดให้มวนท้อง ยาแก้โรคสำหรับบุรุษ โรคลมต่าง ๆ เป็นต้น ผู้เขียนเห็นว่าในอดีตถึงปัจจุบันกัญชาถือเป็นพืชสมุนไพรที่มีคุณสมบัติรักษาอาการและโรคหลายอย่างซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิผลสอดคล้องกันระหว่างการรักษาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ อีกทั้งยังมีอาการหรือโรคหลายอย่างที่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ได้มีการทดลองถึงประสิทธิผล ดังนั้นหากจะใช้ประโยชน์จากคุณสมบัติของกัญชารัฐจะต้องเปิดช่องทางให้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนหรือภาคประชาชนได้ศึกษาวิจัยเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลของการจำกัดสิทธิการใช้ประโยชน์ของกัญชาของไทยเกิดจาก ในปี พ.ศ.2504 องค์การสหประชาชาติจัดทำอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และประกาศให้ภาคีสมาชิกถือปฏิบัติตามซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาดังกล่าว ประเทศไทยถือตามทฤษฎีทวินิยม (Dualism Theory)[397] ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้สนธิสัญญาจะไม่มีผลเป็นกฎหมายโดยอัตโนมัติเว้นแต่จะได้ออกเป็นกฎหมายโดยรัฐสภาผ่านการแปลงรูปกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศมาเป็นกฎหมายภายในด้วยการตรากฎหมายโดยฝ่ายนิติบัญญัติเสียก่อนจึงจะสามารถนำกฎเกณฑ์นั้นมาบังคับเป็นกฎหมายภายในได้ ประเทศไทยจึงได้ตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 อันเป็นกฎหมายที่กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในข้อ 28 ของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 กำหนดให้ภาคีออกมาตรการควบคุมกัญชา หากภาคีจะอนุญาตให้ปลูกพืชกัญชาเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์กัญชาหรือยางกัญชาจะต้องปฏิบัติตามข้อ 23 มาตรการควบคุมฝิ่นแห่งอนุสัญญานี้และภาคีจะต้องรับเอามาตรการควบคุมเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดและการค้ากัญชาโดยผิดกฎหมายในส่วนของใบกัญชา อย่างไรก็ตามอนุสัญญานี้ไม่ครอบคลุมถึงการปลูกพืชกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางอุตสาหกรรม (เส้นใยและเมล็ด) หรือเพื่อเป็นพืชสวน (Horticultural) ซึ่งกรณีนี้น่าจะหมายถึงการอนุญาตให้ปลูกพืชกัญชงหรือเฮมพ์เพื่อให้ได้เส้น

---

[397] กฎหมายระหว่างประเทศกับกฎหมายภายในต่างเป็นกฎหมายแต่อยู่ต่างระบบกันมิได้ขึ้นต่อกัน ดังนั้นจึงไม่มีกฎหมายใดอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าแต่เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศให้มีผลบังคับใช้ได้ตรงกันกับกฎหมายภายในจึงต้องแปลงรูป (Transformation)

ใยและเมล็ดมาใช้ในทางอุตสาหกรรมได้ จะเห็นได้ว่าในการบัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายไทยเกิดจากการรับเอามาตรการควบคุมกัญชาเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศ

ดังนั้นในพิจารณาประเด็นปัญหาสถานะกฎหมายในเรื่องการถอดถอนกัญชา/กัญชงออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้หรือไม่จะต้องพิจารณาความเป็นยาเสพติดของกัญชาโดยพิจารณาความหมายของยาเสพติดบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ผ่านหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสารเสพติดว่ากัญชาเป็นยาเสพติดหรือไม่ ผู้เขียนเห็นว่าการถอดถอนกัญชาออกจากกฎหมายยาเสพติดให้โทษนั้นจะต้องพิสูจน์ได้ว่ากัญชาไม่มีความเป็นยาเสพติดซึ่งอยู่บนพื้นฐานเหตุผลทางด้านวิทยาศาสตร์โดยพิจารณาการออกฤทธิ์ของสารที่ได้จากพืชกัญชาว่ามีลักษณะตรงกับหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร จากการทบทวนความหมายของยาเสพติดในบทที่ 2 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ประกอบกับชุดรายงานทางเทคนิคขององค์กรอนามัยโลก (WHO Technical Report Series) กัญชามีสถานะเป็นยาเพติดหรือไม่จะต้องมีครบองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

1. สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท คือ เมื่อสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ สารทีเอชซีในกัญชาจะออกฤทธิ์ในสมองส่วนควบคุมความพอใจ กล่าวคือ สารออกฤทธิ์ของกัญชาจับกับโปรตีนที่ผิวเซลล์ประสาทและส่งผลต่อเนื่องไปยับยั้งการหลั่งสารกาบา (GABA) จนเป็นผลให้ปมประสาทหลั่งโดปามีนออกมามากขึ้น เมื่อสมองหลั่งสารโดปามีนออกมามากเกินกว่าปกติจนสมองเสียความสมดุลของการทำงานปกติ ภายหลังสมองจะทำงานได้ตามปกติก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นให้หลั่งโดปามีนในระดับสูงเท่านั้น หากสารโดปามีนลดลงก็จะเกิดอาการถอนยา ผู้เสพจึงต้องแสวงหาสารเสพติดมาเสพอีกสำหรับฤทธิ์ของสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1. ฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulants) 2. ฤทธิ์กดประสาท (Depressant) และ 3. ฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogens)

2. ภาวะพึ่งพา[398] คือ สภาวะต้องการหรือพึ่งพาสิ่งของบางสิ่งเพื่อสนับสนุนหรือเพื่อให้สามารถดำเนินการต่างๆหรือเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ ภาวะพึ่งพาของยาเสพติดหมายถึงความต้องการใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อให้ผู้เสพรู้สึกดีหรือเพื่อหลบหนีความรู้สึกไม่ดีของตน การพิจารณาหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะพึ่งพาของระบบ ICD-10 และ ระบบ DSM-IV สามารถอธิบายหลักเกณฑ์ของภาวะพึ่งพาได้ว่าประกอบด้วยกลุ่มอาการแสดง อย่างน้อย 3 กลุ่มอาการ ดังต่อไปนี้

1) ความต้องการเสพ กล่าวคือ พฤติกรรมหรือปฏิกิริยาของระบบประสาทที่มีความต้องการหรือความรู้สึกรุนแรงในการเสพซ้ำ ๆ เป็นระยะหรืออย่างเรื้อรังและบางครั้งก็ไม่สามารถต้านทานได้เพื่อให้รู้สึกดีหรือเพื่อหลบหนีความรู้สึกไม่ดี ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้สารและยากลำบากในการหยุดใช้สาร ชีวิตต้องใช้เวลาในการหาสารมาเสพจนทำให้บกพร่องต่อภาระหน้าที่และลดกิจกรรมทางสังคม ถึงแม้ว่าจะทราบสารจะทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกายและจิตใจก็ยังคงจะใช้สารเสพติดต่อไป

---

[398] World health Organization (WHO), *op. cit.*

2) อาการถอนยาหรืออาการขาดยา (Withdrawal) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีการผันแปรซึ่งเกิดขึ้นเมื่อหยุดหรือลดการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทซึ่งมักเกิดกับการใช้ยาในขนาดสูงเป็นระยะเวลานานเมื่อหยุดหรือลดปริมาณสารระบบประสาทจะขาดสารสื่อประสาทมากระตุ้นทำให้เกิดอาการเรียกร้องทางร่างกายโดยทั่วไปจะแสดงอาการทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น อาการถอนยาจากสารกระตุ้นประสาทจะทำให้นอนไม่หลับ ซึมเศร้า อ่อนล้า เซื่องซึม เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาจเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

3) อาการดื้อยา (Tolerance) คือ การที่ใช้สารอย่างต่อเนื่องจะเกิดการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อปริมาณของสาร ดังนั้นจึงต้องเพิ่มขนาดหรือปริมาณของสารเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าที่ได้จากขนาดหรือปริมาณของสารเดิมที่ใช้น้อยกว่า หากเกิดการดื้อยาที่เซลล์ประสาทความไวต่อสารที่บริเวณตัวรับ (Receptor) ของระบบส่วนกลางจะลดลง กล่าวคือเมื่อสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกระตุ้นให้สารสื่อประสาทหลั่งออกมาจำนวนมากทำให้ตัวรับ (Receptor) เคยชินกับสภาวะเช่นนั้น ตัวรับ (Receptor) จะไม่ทำงานจนกว่าจะมีสารสื่อประสาทจำนวนมากมากระตุ้นเสียก่อน ดังนั้นผู้เสพจึงต้องเพิ่มขนาดหรือปริมาณของสารให้มากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อจะได้ฤทธิ์ตามที่ผู้เสพต้องการ

3. สารก่อให้เกิดอันตรายต่อปัจเจกชนและสังคมลักษณะของสารเสพติดคือต้องก่อให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิตและปัญหาทางสังคม[399]

เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์ของความเป็นยาเสพติดองค์การอนามัยโลก ความหมายของยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายไทย ประกอบกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสารเสพติด จึงวินิจฉัยได้ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดตามความหมายข้างต้นด้วยเหตุผลดังนี้

1) กัญชา/กัญชงเป็นพืชที่ให้สารเสพติด คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพาแต่กัญชงมีปริมาณสารดังกล่าวน้อยกว่ากัญชาจึงทำให้ผู้เสพไม่นิยมเสพกัญชง

2) กัญชาเป็นพืชที่มีสารแคนนาบินอยด์ซึ่งประกอบไปด้วยสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลหรือสารทีเอชซี สารชนิดนี้จะออกฤทธิ์บริเวณของสมองที่มีตัวจับสารของกัญชา (Cannabiniod Receptor) ได้แก่ สมองส่วนควบคุมความพอใจ (Brain's Reward System) บริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความจำและบริเวณสมองส่วนเซเรเบลลัม (Cerebellum) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการประสานงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ

3) การออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเมื่อเสพกัญชาหรือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) เข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพ เกิดอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลาและสุขภาพทรุดโทรมลง กล่าวคือ สารทีเอชซีจะออกฤทธิ์ในร่างกายพบมากที่สุดคือออกฤทธิ์ในสมองส่วนต่าง ๆ เช่น Substantial Nigra, Globus, Pallidus, Hippocampus, Cerebellum และสมองส่วนหน้า (Forebrain) ในระยะแรกจะเกิดอาการเคลิ้มสุข (High) ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกเคลิบเคลิ้มและเป็นสุข (Euphoria) ในปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์เชื่อว่ากัญชาออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพึงพอใจเช่นเดียวกับสารประเภทฝิ่น

---

[399] WHO Expert Committee on Drug Dependence, *op. cit.*, pp. 25-26.

และเฮโรอีน กล่าวคือสารทีเอชซีในกัญชาจะจับกับโปรตีนที่ผิวเซลล์ประสาทและส่งผลให้ปมประสาทหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจคือเกิดอาการเคลิ้มสุข (High) ดังนั้นเมื่อสิ่งเร้าคือสารทีเอชซีหมดไประดับโดปามีนในสมองจะลดลงทำให้ความรู้สึกพึงพอลดลงด้วยจนเกิดความไม่สบายใจและเกิดความกระวนกระวายใจจนผู้เสพจะต้องแสวงหาสิ่งเร้าคือกัญชามาเสพอีกเพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้ (Rewarding Behaviors) เพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจขึ้นอีก ดังนั้นผู้เสพจะมีความต้องการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะพึ่งพา[400] และหากเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้น (High Dose) อาจทำให้ผู้เสพเกิดอาการประสาทหลอนได้(hallucination)

จากการพิจารณาหลักเกณฑ์ความเป็นยาเสพติดของกัญชาบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และนิติศาสตร์แล้วผู้เขียนเห็นว่ากัญชายังมีสถานะทางกฎหมายเป็นยาเสพติดของพระราชบัญญัติว่ายาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสารเสพติดขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการกำหนดให้กัญชาอยู่ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เช่นเดิมแต่ควรกำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการใช้ประโยชน์จากกัญชาโดยเฉพาะไว้ในกฎหมายลำดับรองในกรณีใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ (Medical Use) และการวิจัยทางการแพทย์

การพิจารณาประเด็นต่อมาคือ ขอบเขตการอนุญาตให้ใช้กัญชาของรัฐเป็นไปในลักษณะเสรีหรือไม่เนื่องจากในปัจจุบันภาคประชาชนมีการเรียกร้องให้ภาครัฐมีนโยบายเปิดเสรีในการใช้กัญชา (Legalization) เช่นการเสพกัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) เช่นเดียวกับในต่างประเทศได้หรือไม่ ในกรณีการนำนโยบายว่าด้วยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในกรณีการเสพกัญชาส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อย เช่น บางมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เนเธอร์แลนด์กำหนดให้กัญชาอยู่ในประเภทยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง (Solf Drug) และอนุญาตให้เสพกัญชาโดยกำหนดเงื่อนไขจำกัดปริมาณ อายุและสถานะของผู้เสพ สถานที่ขายและเสพ เป็นต้น

การพิจารณาถึงความเหมาะสมในการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) โดยมีข้อสังเกตจากประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับนโยบายของรัฐในการควบคุมฝิ่นและมาตรการทางกฎหมายของการอนุญาตให้สูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ กล่าวคือตามประวัติศาสตร์ในอดีตกัญชาถือเป็นพืชชนิดหนึ่งที่ไม่ได้ถูกควบคุมหรือถูกจำกัดการใช้ประโยชน์แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการใช้/บริโภคกัญชาในฐานะสมุนไพร ในตำรับยาสมุนไพรไทยหลายตำรับที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบที่ได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลายจนกระทั่งในปี พ.ศ.2477 ภาครัฐได้จำกัดการใช้ประโยชน์จากกัญชาโดยออกพระราชบัญญัติกันชา พ.ศ.2477 ถือเป็นครั้งแรกในการควบคุมการใช้/บริโภคกัญชาในประเทศไทย หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2504 ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นรัฐสมาชิกและรับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ.1961 และพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาดังกล่าวในปี ค.ศ.1972 ซึ่ง สาระสำคัญของอนุสัญญาดังกล่าวคือการกำหนดให้กัญชาเป็นสารเสพติดในบัญชี 1โดยอยู่ในกลุ่มของยาเสพติดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน, ฝิ่น, พืชฝิ่น, สารสกัดเข้มข้นของต้นฝิ่นแห้ง, มอร์ฟีน, พืชโคคา เป็นต้น ในส่วน

---

[400] ประกอบด้วยอาการถอนพิษ คือ สภาวะที่ร่างกายจะทำงานตามปกติเฉพาะเมื่อมีสารเสพติดในร่างกายและร่างกายจะทำงานแปรปรวนเมื่อขาดยาอาการดื้อยา คือ ภาวะที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อสารเสพติดในปริมาณเดิมที่เคยได้รับจนต้องเพิ่มปริมาณสารเสพติดมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิม

ของยางกัญชา (Hashish) ถูกจัดเป็นสารเสพติดในบัญชี 4 ซึ่งหลักเกณฑ์ในการกำหนดบัญชียาเสพติดของอนุสัญญานี้จัดทำและแก้ไขโดยคณะกรรมการสารเสพติดภายใต้การแนะนำขององค์กรอนามัยโลก

ต่อมาในปี ค.ศ.1971 (พ.ศ.2514) องค์การสหประชาชาติได้รับร่างอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 ซึ่งประเทศไทยเป็นรัฐสมาชิกที่ร่วมลงมติรับและเข้าผูกพันตามอนุสัญญาดังกล่าว โดยได้จัดประเภทของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทออกเป็น 4 บัญชี (Schedules) และในปี 2518 ภาครัฐได้ออกพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 กำหนดให้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลที่สังเคราะห์จากพืชกัญชาจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 1 ต่อมาภาครัฐได้ออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยให้เหตุผลว่ากฎหมายเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับมานานแล้วไม่เหมาะสมกับกาลสมัยสมควรปรับปรุงกฎหมายและเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่โดยกำหนดนิยามยาเสพติดให้โทษไว้ในมาตรา 4 และได้แบ่งประเภทของยาเสพติดออกเป็น 5 ประเภทซึ่งกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 7 และกำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับกัญชาไว้ 6 ฐานความผิดคือการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย, การครอบครองเพื่อจำหน่าย, การครอบครอง, เสพ, ใช้กลอุบายหลอกลวง ขู่เข็ญ/ใช้กำลังประทุษร้ายให้ผู้อื่นเสพ, ยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพ

ต่อมาในปี พ.ศ.2539 ภาครัฐได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) ระบุชื่อสารเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยระบุว่ากัญชา (Cannabis) ซึ่งหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L และ Cannabis Sativa IndicaAuth) และวัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในกัญชาเป็นสาเหตุให้ทั้งกัญชาและกัญชงเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย ต่อมาในปี พ.ศ.2556 คณะรัฐมนตรีมีนโยบายสนับสนุนให้กัญชงหรือเฮมพ์เป็นพืชเศรษฐกิจโดยมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ.2556 และให้จัดทำร่างกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การอนุญาตและควบคุมการปลูกพืชกัญชงหรือเฮมพ์ให้แล้วเสร็จและเสนอคณะรัฐมนตรีภายในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2556 ซึ่งในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2556 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 12) ในราชกิจจานุเบกษาให้แก้ไขรายชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ลำดับ 1 โดยเพิ่มเติมเงื่อนไขการใช้กัญชง ตามความหมายที่กำหนดไว้เดิมว่ายกเว้นเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง เพื่อเปิดช่องให้ใช้ประโยชน์จากเส้นใยกัญชงเพื่อผลักดันให้เป็นพืชเศรษฐกิจ โดยมีข้อสังเกตว่าเปลือกสด แกนลำต้นสด เส้นใยสด ยังถือเป็นยาเสพติดตามเดิม อย่างไรก็ตามการขออนุญาตปลูกกัญชงซึ่งถือเป็นการผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในความครอบครองต้องได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษเป็นรายๆไปเช่นเดิมและในปัจจุบันรัฐได้ออกกฎกระทรวงขออนุญาตและการใบอนุญาตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 ซึ่งอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์เป็นการเฉพาะไว้แล้ว

เมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงในอดีตเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดชนิดอื่น เช่น การใช้ฝิ่นในประเทศไทยพบว่ารัฐเคยประกาศใช้นโยบายห้ามปรามการใช้ฝิ่น (Zero Tolerance) เช่น กฎหมายลักษณะโจรในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) ได้

บัญญัติการห้ามซื้อขายและเสพฝิ่นแต่ยังมีการลักลอบการขายฝิ่นตามหัวเมืองและเมืองขึ้นแม้แต่ผู้ปกครองเมืองบางแห่งก็ติดฝิ่น ดังนั้นปัญหาการขายฝิ่น เสพฝิ่นจึงเลิกไม่ได้ตลอดสมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ได้ออกกฎหมายห้ามปรามการสูบฝิ่นได้แก่กฎหมายป่าวร้องห้ามปรามผู้ขายและผู้สูบฝิ่นในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ต่อมาในสมัยสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงตราพระราชกำหนดโทษสูงขึ้นต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งเป็นช่วงที่ชาวจีนลักลอบนำฝิ่นเข้ามาในประเทศไทยจนเป็นเหตุให้ฝิ่นระบาดเพิ่มมากขึ้นจะเห็นได้ว่านโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่ห้ามปรามโดยเด็ดขาดยังไม่ได้ประสิทธิผลเท่าที่ควร

นอกจากนี้ประเทศไทยเคยมีนโยบายทำให้ฝิ่นถูกกฎหมาย (Legalization) และเก็บภาษีในบางกรณี เช่น ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นว่าการปราบปรามไม่สามารถขจัดปัญหาการสูบและขายฝิ่นได้จึงทรงเปลี่ยนนโยบายใหม่ยอมให้คนจีนเสพและขายฝิ่นได้ตามกฎหมายโดยการเสียภาษีตลอดจนเปิดโรงสูบฝิ่นซึ่งเน้นให้บริการแก่ชาวจีนและห้ามคนไทยมิให้เสพฝิ่นแต่ก็ไม่ได้ผลเนื่องจากคนไทยลักลอบเสพฝิ่นเช่นเดียวกับชาวจีน ต่อมาใน พ.ศ.2501 คณะปฏิวัติโดยจอมพลสฤษฎ์ธนะรัชต์ ได้ออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 ให้เลิกการเสพฝิ่นและจำหน่ายฝิ่นทั่วราชอาณาจักรและกำหนดดำเนินการให้เสร็จสิ้นเด็ดขาด ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2502 นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาการเสพและจำหน่ายฝิ่นจึงถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยภาครัฐจัดให้ผู้ติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม ปัญหายาเสพติดก็มิได้ลดลงโดยผู้ผลิตเปลี่ยนวิธีการจำหน่ายด้วยวิธีการทางเคมีเปลี่ยนรูปเป็นเฮโรอีนและมอร์ฟีน ซึ่งมีฤทธิ์ร้ายแรงกว่าฝิ่นและพบการระบาดของสารดังกล่าวในประเทศไทย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายการปราบปรามยาเสพติดของประเทศไทยมีการนำแนวคิดการห้ามปรามยาเสพติดตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ถึงตอนต้นกรุงรัตนโกสินทร์ในสมัยรัชกาลที่ 3 และสมัยจอมพลสฤษฎ์ธนะรัชต์โดยใช้แนวคิดแบบ Zero Tolerance เพื่อแก้ปัญหายาเสพติดแต่ก็มิได้ผลดีแต่อย่างใด ยังมีการลอบผลิตและจำหน่ายยาเสพติด ผู้เสพสามารถลักลอบเสพได้เช่นเดิม และในสมัยรัชกาล 4 ได้นำหลักการทำให้ฝิ่นถูกกฎหมาย (Legalization) มาบังคับใช้โดยอนุญาตให้มีผู้ประมูลนำฝิ่นเข้ามาจากต่างประเทศและเปิดโรงสูบฝิ่นให้แก่ชาวจีนและเก็บภาษีฝิ่น ถึงแม้ว่าภาครัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการเก็บภาษีแต่ก็ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของประชาชนเนื่องจากพบว่าคนไทยติดฝิ่นมากขึ้นเช่นกัน

จากข้อเท็จจริงเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าการควบคุมและปราบปรามยาเสพติดอย่างสุดโต่ง คือการประกาศสงครามยาเสพติดโดยการใช้แนวคิด Zero Tolerance และหลักการทำให้ถูกกฎหมาย (Legalization) ซึ่งยังมิใช่แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้ผลดีดังนั้นการที่ประเทศไทยกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและภาคประชาชนมีการเรียกร้องให้ภาครัฐเปิดเสรีในการใช้กัญชา (Legalization) ให้กลับมาใช้ประโยชน์จากกัญชาได้โดยเสรีจึงยังมิใช่ทางออกของปัญหาที่แท้จริง ประกอบกับปัจจุบันในต่างประเทศมีการนำแนวคิดยุติธรรมทางเลือก/การยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Alternative Justice) และการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) มาปรับใช้เพื่อให้บุคคลที่กระทำผิดไม่ร้ายแรงมีโอกาสกลับตัวและไม่ต้องถูกดำเนินคดีอาญาหรือถูกจำคุก เพื่อลดจำนวนคดีขึ้นสู่ศาลและแก้ไขปัญหานักโทษล้นคุก จนกระทั่งปัจจุบันมีแนวคิดลดทอนความผิดทางอาญาของยาเสพติด (Decriminalization) ดังเช่นประสบการณ์การดำเนินนโยบายของประเทศโปรตุเกสปรากฏผลว่าการ

ลดโทษไม่ได้ทำให้คดียาเสพติดเพิ่มขึ้น เช่น สถิติการรายงานตำรวจส่งตัวผู้กระทำความผิดไปยังคณะกรรมการยาเสพติดประมาณ 1,500 รายต่อปีเท่านั้น ซึ่งคดีร้อยละ 70 คือ การครอบครองกัญชา ซึ่งมิใช่สารเสพติดร้ายแรง ในปัจจุบันโปรตุเกสมีการใช้ยาเสพติดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในทวีปยุโรป การใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนลดลงและอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์จากการใช้ยาเสพติดก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกัน[401]

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่าการใช้หลักลดทอนความผิดทางอาญาในกัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งได้รับการพิสูจน์จากประสบการณ์ของประเทศตัวอย่างดังกล่าว เนื่องจากประเทศไทยได้มีการนำหลักการ Legalization และ Zero Tolerance มาใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในช่วงเวลาต่างๆ แต่ไม่ได้ผล อย่างไรก็ตามการจะใช้หลักการลดทอนความผิดอาญาของกัญชามาใช้ในประเทศไทยควรเป็นไปในลักษณะการเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยซึ่งสมควรได้รับการบำบัดรักษาและในช่วงแรกควรนำหลักการลดทอนความผิดอาญามาใช้ในกรณีการครอบครองเพื่อใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และการศึกษาทดลองวิจัยเท่านั้น (Medical and Research Purpose) สำหรับการครอบครองและเสพกัญชาในปริมาณเล็กน้อยเพื่อการผ่อนคลาย (Recreation Purpose) มีความเหมาะสมกับสังคมไทยในปัจจุบันหรือไม่นั้นมีข้อสังเกตจากนโยบายของภาครัฐได้ออกกฎหมายควบคุมการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกำหนดอายุการเข้าถึงผลิตภัณฑ์บุหรี่และแอลกอฮอล์แต่จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประจำปีพ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7[402] สำหรับการสำรวจการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่าอัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.3[403] ดังนั้น จากสถิติดังกล่าวเป็นช่องทางที่ชี้ให้เห็นว่ากฎหมายควบคุมการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[404] โดยการกำหนดอายุการเสพยังใช้ไม่ได้ผลกับสังคมไทยเท่าที่ควร ดังนั้นเมื่อเทียบเคียงกับการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์เพื่อการผ่อนคลายจึงยังไม่เหมาะสมกับประเทศไทยในปัจจุบันเนื่องจากข้อกังวลที่อาจก่อให้เกิดปัญหาเช่นเดียวกันอีกทั้งการที่ภาครัฐได้อนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงยาเสพติดบางประเภทได้ เช่น บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดโทษต่อร่างกายของผู้เสพและส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นสังคมและประเทศชาติจากข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนและถือว่าบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ก่อให้ผู้ใช้เกิดอาการติดบุหรี่และติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เช่นเดียวกับยาเสพติดชนิดอื่นแต่ภาครัฐมิได้บัญญัติยาเสพติดทั้ง 2 ชนิดนี้ไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษแต่อย่างใด จาก

---

[401] ภัควดี วีระภาสพงษ์, “โลกใบใหม่-การแก้ปัญหายาเสพติด: การทดลองที่โปรตุเกส,” **นิตยสารสารคดี** 362 (เมษายน 2558).

[402] โดยกลุ่มเยาวชนมีการสูบบุหรี่ต่อวันเพิ่มขึ้นจากวันละ 9.1 มวน เป็น 10.2 มวน และกลุ่มเยาวชนมีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ 409 บาทต่อเดือน

[403] “ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2557 ใช้วิธีตามมาตรฐานสากล ‘สัมภาษณ์การไม่ใช้ตัวแทน’ ชี้คนสูบบุรี่-ดื่มเหล้าสูงขึ้น,” **ไทยพับลิกา** (8 กุมภาพันธ์ 2559). ค้นวันที่ 5 พฤษภาคม 2559 จาก https://thaipublica.org/2016/02/thaihealth-8-2-2557/

[404] ซึ่งตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ถือเป็นสารเสพติด

ข้อเท็จจริงของการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น การเพิ่มจำนวนผู้เสพที่เป็นผู้เยาว์

กล่าวโดยสรุปผู้เขียนเห็นว่ากัญชาเป็นยาเสพติดตามความหมาย/หลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการเสพกัญชาและตามความหมายของคำว่ายาเสพติดให้โทษของกฎหมายไทยผู้เขียนเห็นว่ามีความจำเป็นในการจัดกัญชาให้อยู่ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ส่วนอยู่ในประเภทใดนั้น เนื่องจากพืชกัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) เป็นพืชที่มีสารเสพติดซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของสารเคมีที่มีลักษณะเฉพาะของกัญชาที่เรียกว่ากลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) อนุพันธ์หนึ่งในสารเคมีดังกล่าวมีสารที่ชื่อเตตราไฮโดรแคนนาบินอล หรือทีเอชซี (Delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC) อนุพันธ์ดังกล่าวเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและอารมณ์ กัญชาจะออกฤทธิ์ผสมผสาน กล่าวคือกดประสาทกระตุ้นประสาท หรือหลอนประสาทเห็นว่าควรจัดเป็นพืชเสพติดประเภท 5 เช่นเดิมแต่ควรกำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการใช้ประโยชน์จากกัญชาโดยเฉพาะไว้ในกฎหมายลำดับรองในกรณีใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ (Medical Use) ส่วนในประเด็นการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายกรณีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) ของไทยผู้เขียนเห็นว่าการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายกรณีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลายของไทยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในโอกาสต่อไปโดยนำกรอบคิดแนวนโยบายและมาตรการควบคุมจากประสบการณ์ของต่างประเทศ เช่น มลรัฐโคโลราโดและประเทศอุรุกวัย เนื่องจากเป็นตัวอย่างของการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายโดยการกำกับดูแลของภาครัฐทั้งหมด

5.2 การวิเคราะห์แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายต่างประเทศกรณีกัญชา

จากการสำรวจแนวคิดว่าด้วยการจำกัดสิทธิ การกระทำความผิดและการลงโทษและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดในหลายประเทศ พบว่ามีการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาโดยมีลักษณะแตกต่างกันไปซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

5.2.1 รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย: บางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายควบคุมสารเสพติดโดยรัฐบาลกลางกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดเช่นเดียวกับประเทศไทย แต่บางมลรัฐได้ออกนโยบายเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และในทางเศรษฐกิจได้โดยผ่านแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้แก่ บางมลรัฐในสหรัฐอเมริกา เช่น โคโลราโด แคลิฟอร์เนีย อลาสกา เป็นต้น การออกกฎหมายในระดับมลรัฐของกัญชาในทางการแพทย์โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขออนุญาตที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมและทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาได้ อีกทั้งบางมลรัฐมีนโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาในทางเศรษฐกิจโดยการจำหน่ายกัญชาผ่านร้านขายยาที่ควบคุมโดยรัฐ และประชาชนสามารถซื้อและครอบครองกัญชาเพื่อเสพส่วนบุคคลได้ ดังนั้นผู้เขียนจึง

เลือกกฎหมายของสหรัฐอเมริกามาศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์จากกัญชาของประเทศไทย ผู้เขียนสรุปหลักเกณฑ์ในการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาได้การออกกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาอันมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่จะออกกฎหมายด้วยวิธีการลงคะแนนเสียงจากประชาชนภายในรัฐโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักความเสมอภาค เช่นมลรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกที่มีการลงคะแนนเสียงผ่านกฎหมาย Ballot Proposition 215 ด้วยคะแนนเสียงสนับสนุนจากประชาชนให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน ค.ศ.1996 และกฎหมายมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน ค.ศ.1996 เป็นต้นมา จะเห็นได้ว่าการลงคะแนนเสียงเพื่อผ่านกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาถือเป็นการเคารพสิทธิเสรีภาพของประชาชนที่มีความรู้ทั้งด้านทั้งผลดีและผลเสียของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจตามสิทธิของตน

มลรัฐโคโลราโดเป็นตัวอย่างของการนำแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ทั้งการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเสพกัญชาเพื่อสันทนาการเช่นเดียวกับบุหรี่แต่กัญชายังเป็นยาเสพติดตามกฎหมายควบคุมสารเสพติดของรัฐบาลกลางอยู่เช่นเดิม ในส่วนของมาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของกัญชากระทำโดยการกำหนดอาการหรือโรคที่ระบุให้ใช้กัญชารักษาได้ซึ่งในแต่ละมลรัฐจะมีมาตรการควบคุมที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือ อนุญาตเฉพาะที่มีการยอมรับด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่ากัญชาสามารถใช้กับโรคและอาการนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาตรการควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ของมลรัฐต่าง ๆ เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) โคโลราโด (Colorado) และเขตปกครองพิเศษโคลัมเบีย (District of Columbia) มีข้อสังเกตว่ามิได้อนุญาตให้ใช้กัญชากับทุกโรค/อาการ แต่กฎหมายจะระบุโรคและอาการที่อนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชารักษาได้ไว้ในกฎหมายซึ่งเป็นโรคที่สามารถใช้กัญชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ โรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอช.ไอ.วี (AIDS, HIV) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคต้อหิน (Glaucoma) กลุ่มอาการที่เกิดการกระตุกของกล้ามเนื้อชนิดรุนแรงและแบบเรื้อรัง เช่น โรคมัลติเปิลสเคอโรสีส หรือโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือโรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (Chemotherapy) โรคกลัวความอ้วน (Anorexia) โรคข้ออักเสบ (Artitis) อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาการปวดเรื้อรัง ไมเกรน อาการชักอาเจียนชนิดรุนแรง และกลุ่มอาการเรื้อรังอื่นๆที่รัฐกำหนดดังนั้นการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ของประเทศไทยจึงควรระบุโรคและกลุ่มอาการของโรคที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์ด้วยเนื่องจากเป็นโรคหรืออาการที่ใช้กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการวิจัยและพัฒนาที่ได้รับมาตรฐานสากล สำหรับการอนุญาตให้ใช้รักษาโรคควรอนุญาตเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเท่านั้นการอนุญาตให้ปลูกและครอบครองกัญชาในทางการแพทย์เฉพาะผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียนไว้กับรัฐและต้องเป็นพลเมืองของรัฐนั้นๆ

ผู้เขียนได้ศึกษาการใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชงในบทที่ 2 แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ของการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงคือ การใช้ประโยชน์ในด้านการแพทย์และในฐานะเป็นสมุนไพร การใช้ประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจและในบางประเทศอาจใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย อย่างไรก็ตามเนื่องจากกัญชา/กัญชงมีสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้กัญชาได้ การใช้ประโยชน์จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อประชาชนเป็นสำคัญ การที่จะใช้ประโยชน์จะต้องศึกษาพิจารณาทั้งคุณประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้เขียนได้นำข้อมูลสารในกัญชาที่สามารถ

นำมาใช้ประโยชน์ได้เพื่อมาวิเคราะห์ว่าสารแต่ละชนิดมีผลดีและผลเสียอย่างไร การที่จะใช้ประโยชน์จากสารชนิดนั้นในกัญชา/กัญชงโดยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไร อันจะนำมาเป็นพื้นฐานการพัฒนากฎหมายที่เหมาะสมต่อไป การใช้กัญชา/กัญชงในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคหรืออาการของมนุษย์จึงจะต้องผ่านการศึกษาวิจัยและทดลองทดสอบประสิทธิภาพของยาตามหลักสากลว่าด้วยตำรับยาซึ่งเกี่ยวข้องกับกฎหมายยาและอาจพิจารณาถึงการใช้ประโยชน์จากกัญชาในฐานะพืชสมุนไพรจึงต้องศึกษาควบคู่กับกฎหมายที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้การศึกษาถึงผลวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สามารถแบ่งระดับประสิทธิภาพของการใช้กัญชาในทางการแพทย์เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานการกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการออกกฎหมายของประเทศไทยได้ ดังนี้

1. โรคหรืออาการที่สามารถใช้กัญชารักษาโรคหรืออาการได้อย่างมีประสิทธิผล (Effective) ได้แก่โรคต้อหิน (Glaucoma) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/vomiting) โรค Anorexia เป็นต้น ผู้เขียนเห็นว่ากฎหมายควรกำหนดโรคหรืออาการที่อนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าถึงกัญชาได้เช่นเดียวกับกฎหมายของมลรัฐโคโลราโด

2. โรคหรืออาการที่มีผลการศึกษาหรือผลวิจัยเกี่ยวกับกัญชาที่แสดงให้เห็นว่ากัญชาอาจจะใช้รักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วย เช่น กลุ่มของโรคหรืออาการที่มีโอกาสที่จะใช้กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Possibly Effective) ได้แก่ กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety), โรคหอบหืดหรือหลอดลมขยายตัว (Asthma, Bronchodilation), อาการปวดศีรษะ (Headache), อาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant)

3. กลุ่มของโรคหรืออาการที่ยังไม่มีผลสรุปแน่ชัดเกี่ยวกับการใช้กัญชารักษา (Inconclusion) ได้แก่โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism), โรคมะเร็ง (Cancer), โรคซึมเศร้า (Depression), อาการปวด (Pain), ยานอนหลับและยาคลายกังวล (Sedative, Hipnotic) ดังนั้นการรักษาโรคหรืออาการดังกล่าวผู้เขียนเห็นควรให้ออกมาตรการทางกฎหมายควบคุมเป็นพิเศษและให้อยู่ในการควบคุมของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ

4. กลุ่มของโรคหรืออาการที่มีผลการทดลองว่าสามารถใช้กัญชารักษาได้ (In Vitro Data) ได้แก่การรักษาโรคเชื้อรา (Fungus), ภาวะติดเชื้อ (Infection) และกลุ่มของโรคหรืออาการที่มีข้อมูลจากการทดลองในสัตว์ว่าใช้กัญชารักษาอาการได้ (Animal Data) ได้แก่ อาการอักเสบ (Imflamation), ลดอาการติดมอร์ฟีน (Morphine Abstinence), โรคประสาทแบบหวาดกลัว (Phobic State) เนื่องจากโรคหรืออาการอยู่ในระหว่างการวิจัยในห้องทดลองและการวิจัยทดลองกับสัตว์ซึ่งยังไม่ได้มีการทดลองในมนุษย์ ตราบใดที่กัญชาไม่ได้ผ่านการทดลองระดับคลินิกก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่าการใช้กัญชาจะปลอดภัยต่อชีวิตประชาชนได้

อย่างไรก็ตามมาตรการควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ควรกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เช่น ระบบการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย การได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ให้ใช้การรักษาด้วยกัญชาหรือกัญชงได้ และสำหรับการครอบครองกัญชาในช่วงแรกผู้ป่วยควรจะต้องได้รับพืชกัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาจากหน่วยงานของภาครัฐตลอดจนออกมาตรการควบคุมการทดลองวิจัยกัญชาในปัจจุบันของประเทศไทยมีการอนุญาตให้ทดลองเกี่ยวพืชกัญชง เช่น โครงการหลวงแต่ภาคประชาชนยังไม่มีการศึกษาวิจัยทดลองพัฒนายาแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการพยายามที่จะผลักดันให้ปลูกกัญชาและใช้กัญชาโดยเสรีจากภาคประชาชนรวมถึง

นักวิชาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ภาครัฐจึงจำเป็นจะต้องกำหนดมาตรการควบคุมการปลูกและครอบครองกัญชาตลอดจนกัญชงเพื่อการศึกษาวิจัยและทดลองผู้เขียนเห็นว่าประเทศไทยควรนำหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของบางรัฐประเทศสหรัฐอเมริกาดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 4 ด้วยการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในปัจจุบันซึ่งกฎหมายยังมิได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้กัญชาในทางการแพทย์ กฎหมายเพียงกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้กัญชาจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายๆไปเท่านั้น ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าควรกำหนดไว้ในกฎกระทรวงท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ว่าด้วยเรื่องการขออนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับรองให้ใช้กัญชารักษาอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อยาชนิดอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกด้วยการนำกัญชามาใช้ในลักษณะของสมุนไพรหรือในลักษณะของยารักษาโรคที่ผลิตขึ้นโดยบริษัทยา เป็นต้น

5.2.2 รูปแบบการอนุญาตให้เสพและครอบครองกัญชาโดยจำกัดปริมาณและสถานที่เสพ: ประเทศเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นภาคีของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1972 และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1971 ตลอดจนเข้าร่วมกับคณะมนตรีแห่งสภาพยุโรปในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การจัดการความเสี่ยงและมาตรการควบคุมสารเสพติดชนิดใหม่ และกำหนดนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดโดยใช้นโยบาย Toleration Policy ประเทศเนเธอร์แลนด์ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 (Opium Act 1928) และแก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1976 ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการออกมาตรการควบคุมยาเสพติดในประเทศโดยกฎหมายมีเนื้อหากำหนดให้การค้ายาเสพติด การเพาะปลูก การผลิต การซื้อขายยาเสพติด และการครอบครองยาเสพติดถือเป็นความผิดอาญาโดยกฎหมายแบ่งประเภทยาเสพติดเป็น 2 ประเภท คือ Soft Drugs และ Hard Drugs โดยยาเสพติดประเภท Soft Drugs จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้เสพน้อยกว่ายาเสพติดประเภท Hard Drugs รัฐใช้แนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมด้วยการลดทอนความผิดของคดียาเสพติดโดยจัดให้กัญชาอยู่ในประเภทSoft drugs เช่น รัฐอนุญาตให้จำหน่ายและเสพกัญชาในร้านกาแฟ (Coffee Shop) ในกรุงอัมสเตอร์ดัมโดยจำกัดการจำหน่ายเฉพาะบุคคลผู้ซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศเนเธอแลนด์จึงจะมีสิทธิเข้าร้านกาแฟและซื้อกัญชาได้ กล่าวคือผู้อาศัย (Residents) หมายถึงบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและจะต้องลงทะเบียนกับรัฐเท่านั้นโดยเจ้าของร้านกาแฟที่ได้รับอนุญาตจากรัฐมีหน้าที่ตรวจสอบลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการโดยการพิจารณาว่าเป็นผู้อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอแลนด์หรือไม่ และจะต้องตรวจสอบเอกสารจากลูกค้าว่ามีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปหรือไม่ เช่น เอกสารประจำตัว เอกสารอนุญาตให้พักอาศัย ใบอนุญาตให้ซื้อ และเอกสารเกี่ยวกับทะเบียนราษฎร เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาครัฐมีนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับกัญชาแม้ว่าจะกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดประเภท Solf Drugs ก็ตาม กล่าวคือการขายกัญชาในร้านกาแฟเป็นสิ่งผิดกฎหมายแต่รัฐจะไม่ลงโทษผู้ใช้หรือเสพกัญชาในร้านกาแฟฐานครอบครองยาเสพติดประเภท Solf Drugs แต่จะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขการครอบครองกัญชาไม่เกิน 5 กรัม (Marijuana or Hash) หรือครอบครองกัญชาไม่เกิน 5 ต้น ส่วนการปลูกกัญชาสำหรับใช้

ประโยชน์ส่วนบุคคลถือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายแต่โดยทั่วไปตำรวจจะไม่ดำเนินคดีกับการปลูกพืชกัญชาเพื่อใช้ส่วนบุคคลไม่เกิน 5 ต้นเว้นแต่การปลูกเกินกำหนดตำรวจจึงจะดำเนินคดีต่อไป

ผู้เขียนเห็นว่าประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศที่ใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในความผิดฐานครอบครองและเสพกัญชา (Decriminalize for Personal Use) กฎหมายควบคุมยาเสพติดของประเทศกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดตามกฎหมายบนพื้นฐานความคิดที่ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) และก่อให้เกิดความเสียหายน้อยกว่ายาเสพติดชนิดร้ายแรง (Hard Drugs) โดยอนุญาตให้ครอบครองกัญชาเฉพาะส่วนบุคคลและอนุญาตให้เสพกัญชาโดยจำกัดพื้นที่ (Legal in Smoking Area) ดังนั้นรัฐจึงผ่อนปรนในเรื่องการครอบครองและจำหน่ายกัญชาได้ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดเช่นร้านกาแฟ (Coffee Shop) และห้องสำหรับเสพยาเสพติด (User Room) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดใช้ยาเสพติดของตนเองในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและจะไม่ก่อให้เกิดความรำคาญแก่สาธารณชน อีกทั้งรัฐจะไม่ดำเนินคดีกับประชาชนที่ครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs ในปริมาณเล็กน้อยโดยอนุญาตให้บุคคลครอบครองกัญชา (Marijuana or Hash) ไม่เกิน 5 กรัมและปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 5 ต้น อย่างไรก็ตามการครอบครอง การผลิต การซื้อขายยาเสพติดถือเป็นความผิดทางอาญาทั้งยาเสพติดชนิดร้ายแรงและชนิดไม่ร้ายแรง หน่วยงานท้องถิ่นเช่นเทศบาลมีอำนาจออกข้อบัญญัติทั่วไปของเทศบาลในการห้ามใช้ยาเสพติดในพื้นที่ที่กำหนดได้หากมีผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่กำหนดอาจถูกจับกุมหรือสั่งให้ชำระค่าปรับได้

นอกจากนี้ผู้เขียนเห็นว่าประเทศไทยสามารถนำมาตรการควบคุมกัญชาของประเทศเนเธอร์แลนด์มาปรับใช้กับการอนุญาตให้บริโภคหรือเสพกัญชาได้โดยจำกัดพื้นที่เสพและจำกัดคุณสมบัติของบุคคลได้เช่นห้องสำหรับผู้ติดยาเสพติดเพื่อบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดภายใต้การดูแลของรัฐ โดยใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา (Decriminalize for Personal Use) ร่วมกับหลักการลดอันตราย (Harm Reduction) ส่วนการอนุญาตให้ครอบครองใช้ประโยชน์จากกัญชาเฉพาะส่วนบุคคลและอนุญาตให้เสพกัญชาโดยจำกัดพื้นที่ (Legal in Smoking Area) เช่น ร้านกาแฟ ผู้เขียนเห็นว่ายังไม่เหมาะสมกับสังคมไทยโดยมีข้อกังวลเช่นเดียวกับการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายกรณีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย (Recreation Use) ตามที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 5.1

5.2.3 รูปแบบการใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล: ประเทศโปรตุเกส

ประเทศโปรตุเกสมีนโยบายที่เกี่ยวกับการกระทำความผิด การลงโทษ และการใช้กัญชาโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม กล่าวคือ เป็นการทำให้ไม่เป็นความผิดมาประยุกต์ใช้กับยาเสพติดที่เป็นกัญชาด้วยการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De Jure Decriminalisation) คือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย เช่น การเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในความครอบครองและการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นต้น ประเทศโปรตุเกสใช้แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง กล่าวคือ การใช้วิธีการบังคับที่มิใช่การบังคับทางอาญา เช่น ค่าปรับ

คำสั่งบริการสังคม คำเตือนให้ระวังอันตราย การบังคับรักษาหรือการเข้ารับความรู้ การพักใบอนุญาตขับขี่ หรือพักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เป็นต้น

มาตรการทางกฎหมายของประเทศโปรตุเกสได้ออกกฎหมาย ที่ 30/2000 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน ปี ค.ศ.2000 โดยกำหนดให้ผู้เสพที่มีการครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคลในปริมาณไม่เกินอัตราเฉลี่ยของการใช้ยาเสพติดใน 10 วันของบุคคลนั้นๆ จะไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญา โดยกฎหมายนี้ครอบคลุมสารเสพติดทุกประเภทรวมทั้งกัญชาสำหรับขั้นตอนการดำเนินการกับบุคคลที่ใช้ยาเสพติด,สารเสพติด หรือครอบครองยาเสพติดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค/เสพกัญชาหรือสารเสพติดอื่นและการลงโทษดังนี้

1. การจำกัดสิทธิการบริโภค/เสพกัญชาการได้มาและการครอบครองส่วนบุคคลของพืชเสพติด สารหรือการเตรียมสารเสพติดซึ่งอยู่ในบัญชีสารเสพติดตามกฎหมายให้ใช้วิธีการทางปกครอง อย่างไรก็ตามการได้มาและการครอบครองสารเสพติดส่วนบุคคลจะต้องมีปริมาณไม่เกินไปกว่าค่าเฉลี่ยความต้องการใช้/บริโภคสารเสพติดส่วนบุคคลในช่วงระยะเวลา 10 วัน

2. การกระทำความผิดและการลงโทษ การลงโทษถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 15 ผู้เสพที่มิได้ติดยาอาจได้รับโทษโดยการชำระค่าปรับหรือการลงโทษโดยทางเลือกอื่นที่มิใช่โทษที่เกี่ยวกับการเงิน การลงโทษที่ไม่เกี่ยวกับการเงินจะนำมาใช้ในกรณีผู้เสพที่ติดยาเสพติด คณะกรรมการจะเป็นผู้กำหนดโทษให้มีความสอดคล้องกับความจำเป็นในการป้องกันการบริโภค/เสพยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ในการลงโทษคณะกรรมการจะพิจารณาจากตัวผู้เสพ/ผู้ใช้สารเสพติดและพฤติการณ์แวดล้อมของการบริโภค

ผู้เขียนเห็นว่าแบบจำลองการนำมาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับกัญชาในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล หน่วยงานของรัฐสามารถใช้ดุลพินิจหันเหคดีออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาหรือการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) เป็นกลไกส่งเสริมให้มีการลดทอนความผิดอาญา การเบี่ยงเบนคดีในประเทศโปรตุเกสเป็นการเบี่ยงเบนคดีในชั้นพนักงานสอบสวนซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงการสร้างภาระแก่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาในฐานความผิดเล็กน้อยเพื่อจัดให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การฟ้องคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การพิจารณาให้รอลงอาญาหรือกระทำการอื่นใด เช่น ผู้ต้องที่ถูกจับกุมในกรณีของการครอบครองและใช้/เสพแต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมก็จะไม่ถูกนำตัวไปดำเนินคดีแต่จะถูกส่งตัวไปยังคณะกรรมาธิการป้องกันยาเสพติดแทน กฎหมายให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการลงโทษโดยมีมุมมองว่าผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อส่งเสริมให้กลับสู่สังคมและไม่เป็นการตีตราว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นอาชญากรเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดร้ายแรงอื่น ๆ ดังนั้นเห็นควรให้รัฐกำหนดรูปแบบที่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจโดยเน้นองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจและสังคมและช่วยในผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทำให้ผู้เสพยาไม่ถูกตีตราจากสังคมเนื่องจากไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากรรมเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดกลับคืนสู่สังคมได้และข้อดีของการปฏิบัติตามนโยบายของประเทศโปรตุเกสคือ การไม่ได้เป็นการทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย (drug legalization) แต่อย่างใด เนื่องจากการค้ายาเสพติดยังคงเป็นการกระทำความผิดทางอาญาอยู่เพียงแต่รัฐใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยการกำหนดกรอบของกฎหมายที่จะนำไปใช้กับการเสพยาเสพติดและวัตถุ

ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมทั้งกรณีครอบครองสารเสพติดในปริมาณน้อยเพื่อการใช้ส่วนตัวโดย ตำรวจจะนำผู้กระทำความผิดในข้อหาเสพหรือครอบครองไปยังคณะกรรมาธิการที่ประกอบด้วยนักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยจะมีการพูดคุยถึงแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพหรือผู้ครอบครองเพื่อให้มีคำสั่งลงโทษที่เหมาะสม รวมทั้งการสั่งให้ผู้นั้นบริการชุมชน การปรับ การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือการห้ามไม่ให้เข้าไปในสถานที่ที่กำหนดไว้ วัตถุประสงค์หลักเพื่อยับยั้งไม่ให้กลับไปเสพยาและเป็นการส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดต่อไปมาตรการทางกฎหมายของประเทศโปรตุเกส มีลักษณะสำคัญ กล่าวคือ การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวไม่เป็นความผิดทางอาญาโดยผู้ใช้ยาเสพติดต้องมีการรายงานกับคณะผู้เชี่ยวชาญที่มีอำนาจในการส่งตัวไปบำบัดรักษาได้โดยไม่ต้องโทษจำคุก อีกทั้งควรนำนโยบายแยกแยะการดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดเช่นเดียวกับโปรตุเกสโดยแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ 1) การไม่ต้องดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดเช่น การใช้เพื่อเป็นการส่วนตัวทั้งการเสพ การซื้อ และการครอบครองยาเสพติด และการครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินที่ใช้เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น หรือในทางปฏิบัติปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครองค่อนข้างต่ำ เช่น การครอบครองกัญชา 2.5 กรัม เป็นต้น ส่วนการบริโภค การได้มา และการครอบครองเพื่อการบริโภคพืช หรือสารเสพติดส่วนบุคคลหรือการเตรียมการต่าง ๆ ตามรายชื่อที่กฎหมายกำหนดไว้ถือเป็นการละเมิดกฎหมายปกครอง 2) การดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ การเน้นการปราบปรามผู้ค้าและผู้ลักลอบค้ายาเสพติดและการกระทำในลักษณะเครือข่ายค้ายาเสพติดหรือกลุ่มอาชญากรรม

5.2.4 รูปแบบการอนุญาตให้ใช้กัญชาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: บางรัฐของประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีนโยบายยาเสพติดโดยถือว่ายาเสพติดเป็นอาชญากรรม (Criminalisation) และมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation Strategies) ควบคู่กัน ในปัจจุบันประเทศออสเตรเลียมีนโยบายหลีกเลี่ยงการลงโทษในคดียาเสพติดโดยเน้นพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm-Minimisation Strategies) และกระบวนการบำบัดรักษา (Treatment Framework) อย่างไรก็ตามการนำเข้าหรือส่งออกกัญชาในทางการค้ายังคงเป็นสิ่งผิดกฎหมาย สำหรับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation Strategies) มุ่งหมายที่จะจัดการปัญหาการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดชนิดอื่นเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดของปัจเจกชนและสังคม ซึ่งมาตรการนี้จะพิจารณาในเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจทั้งหมดของผู้ใช้ยาเสพติด ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายออกใบอนุญาตให้เอกชนปลูกกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ ในทางการแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้ผลิตยารักษาอาการป่วยรุนแรงภายในประเทศ กล่าวคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงผลิตภัณฑ์จากกัญชาได้ง่ายมากขึ้นโดยมีมาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยของชุมชนไว้อย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตามการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ (Recreation Use) ยังคงผิดกฎหมายเช่นเดิม มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales, Australia) ออกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ คือ Medical Cannabis Compassionate Use Scheme: Fact Sheet for Adults with a Terminal Illness and their

Carers ซึ่งรัฐบาลของมลรัฐได้กำหนดแนวทางในการใช้ดุลพินิจที่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่จะไม่แจ้งข้อกล่าวหาหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย(terminal illness)ผู้ซึ่งใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Carers)

ผู้เขียนเห็นว่ามาตรการทางกฎหมายของประเทศออสเตรเลียสามารถนำมาพัฒนากฎหมายของประเทศไทยได้ในส่วนของการอนุญาตให้ใช้กัญชาแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการของโรค เช่น เพิ่มความอยากอาหาร เพิ่มน้ำหนัก หรือเพื่อการผ่อนคลายภาวะเครียดที่เกิดจากโรคระยะสุดท้ายของผู้ป่วย เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรูปแบบนี้และก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียต่อประชาชนตามหลักอรรถประโยชน์นิยมโดยมีการควบคุมมิใช่ให้ใช้โดยเสรีซึ่งแนวทางการออกกฎหมายควรประกอบด้วยสาระสำคัญเช่นเดียวกับแนวทางการควบคุมของมลรัฐนิวเซาท์เวลส์ ดังนี้

1. คุณสมบัติ (Eligibility) ได้แก่ บุคคลที่อาศัยอยู่ในมลรัฐนิวเซาท์เวลส์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของชีวิตและได้ลงทะเบียนตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด และบุคคลที่บรรลุนิติภาวะที่อาจจะได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลโดยจะต้องลงทะเบียนภายใต้ข้อกำหนดของรัฐและผู้ดูแลอาจได้รับคัดเลือกให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนสูงสุดไม่เกิน 3 ราย

2. การรับรอง (Certification) การขึ้นทะเบียนภายใต้กฎเกณฑ์นี้ คือ การที่แพทย์เวชปฏิบัติผู้ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศออสเตรเลียและเป็นแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแลจะต้องเป็นผู้รับรองว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิตในการรักษาด้วยวิธีธรรมดาที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษหรือการรักษาที่ไม่ได้การยอมรับจากผู้ป่วย

3. การลงทะเบียน (Registration) ผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนโดยการกรอกรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวลงในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ (Part A) ให้สมบูรณ์ พร้อมกับข้อมูลของผู้ดูแลโดยผู้ดูแลจะต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการเสนอชื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไม่เกิน 3 ราย เมื่อผู้ป่วยได้ลงทะเบียนตามแบบฟอร์มการลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วให้ส่งแบบลงทะเบียนทั้ง Part A และ Part B ไปให้หน่วยงานของรัฐต่อไป (NSW Department of Justice) ภายหลังการลงทะเบียนเรียบร้อยรัฐก็จะส่งเอกสารการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยและเอกสารการขึ้นทะเบียนของผู้ดูแลกลับมาเพื่อให้ใช้แสดงตนเมื่อได้รับการร้องขอจากเจ้าหน้าที่ตำรวจต่อไป

4. ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจ (Police Discretion) เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจพิจารณาไม่ดำเนินคดีหรือแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Adults with a Terminal Illness) คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำการลงทะเบียนและครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางที่ 1 และเป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้ใช้กัญชารักษาในสถานที่พักอาศัยหรือในที่พักอาศัยส่วนบุคคล

เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจพิจารณาไม่ดำเนินคดีหรือแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Carers of Adults with a Terminal Illness) คือ ผู้ดูแลที่ได้ทำการลงทะเบียนซึ่งได้ครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางที่ 1 และเป็นผู้บริหารจัดการ/เก็บรักษากัญชาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนในสถานที่พักอาศัยหรือในที่พักอาศัยส่วนบุคคล

5. ขอบเขตการบังคับใช้ เช่น ผู้ป่วยต้องลงทะเบียนภายใต้นโยบายนี้ ไม่อนุญาตให้ปลูกกัญชาและใช้กัญชาในสถานที่สาธารณะ ห้ามครอบครองกัญชาในปริมาณที่เกินกำหนด เช่น ใบกัญชา (Cannabis Leaf) 15 กรัม น้ำมันกัญชา (Cannabis Oil) 1 กรัมเรซิน/ยางกัญชา (Cannabis Resin) 2.5 กรัม และไม่อนุญาตให้ขับรถเมื่อใช้/เสพกัญชา

5.3 การวิเคราะห์แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชาดังนี้

5.3.1 การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization)

ในข้อนี้วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา/กัญชงจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดในบทที่ 2 แนวคิดนี้ถือเป็นแนวคิดเบื้องหลังของการอนุญาตให้ใช้กัญชา/กัญชงและเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของการที่ภาครัฐใช้เป็นแนวทางในการออกนโยบายและมาตรการทางกฎหมายอนุญาตให้ประชาชนใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงได้แนวคิดการลดทอนอาชญากรรมหรือการยกเลิกความผิดอาญา คือ การลดทอนความผิดทางอาญาหรือบทลงโทษโดยรัฐซึ่งการลงโทษนั้นจะใช้วิธีการอื่นที่แทนลงโทษด้วยการจำคุกในความผิดที่ไม่ร้ายแรง หลักการนี้อยู่ระหว่างหลักการห้ามปรามมิให้กระทำ (Prohibition) กับหลักการทำให้ถูกต้องตามกฎหมาย (Legalization) ซึ่งแนวคิดนี้มีที่มาจากแนวคิดการทำให้ถูกกฎหมายโดยทำให้การกระทำผิดในคดียาเสพติดกลายเป็นการกระทำที่ไม่ละเมิดกฎหมายและแนวคิดการลดการลงโทษจำคุก (Depenalization) กล่าวคือ ผู้เสพ/ติดยาเสพติดยังคงมีความผิดแต่ลงโทษด้วยวิธีการอื่น เช่น การปรับ การลงบันทึกประจำวันของตำรวจ การคุมประพฤติ อีกทั้งหลักการนี้ทำให้ปรับทัศนคติความผิดฐานเสพยาเสพติดว่าผู้กระทำผิดคือผู้ป่วยมิใช่อาชญากรกล่าวคือเมื่อใดที่บุคคลใดถูกตีตราว่าเป็นอาชญากรแล้วสังคมจะมองบุคคลนั้นในบริบทของการเบี่ยงเบนเสมอและบุคคลนั้นจำต้องยอมรับสภาพเช่นนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดตัวตนของบุคคลนั้นและนำไปสู่การเบี่ยงเบนอย่างถาวรซึ่งจะทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลายเป็นอาชญากรโดยถาวรโดยทั่วไปการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดที่ได้ผลดีจะต้องใช้ควบคู่กับแนวคิดอื่นร่วมด้วย เช่นการหันเหคดีออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในทุกขั้นตอน (Diversion) กล่าวคือ ก่อนการจับกุม ระหว่างพิจารณาคดี และหลังการพิจารณาคดี และแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)[405] เป็นต้น

---

[405] คือ นโยบายที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากการใช้ยาเสพติดโดยเน้นการให้บริการสาธารณสุขโดยลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เช่น การให้ผู้ใช้สารเสพติดมารับการบำบัดหรือมารับการใช้ยาที่ถูกต้องในสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดของรัฐ (Public Health) ซึ่งทำให้การติดเชื้อ HIV จากการใช้เข็มฉีดยาลดลง เป็นต้นเป็นนโยบายที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติดโดยมุ่งเน้นการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบและป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ประเทศที่ใช้หลักการนี้ เช่น เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย บราซิล สเปน สหรัฐอเมริกา เบลารุส เป็นต้น

หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับทัศนคติต่อตัวผู้เสพ/ติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรตามทฤษฎีตราที่ผู้เสพ/ติดยาเสพติดได้รับคือการที่สังคมมองว่าเป็นอาชญากรแต่การที่จะนำหลักการดังกล่าวมาใช้จะต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายมารองรับซึ่งในต่างประเทศมีการสนับสนุนนโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังเช่นในปี ค.ศ.2013 ผู้อำนวยการบริหารของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรรม (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) กล่าวว่าไม่ควรปฏิบัติกับผู้เสพยาเสพติดในฐานะอาชญากร ในปี ค.ศ. 2015 ผู้แทนระดับภูมิภาคของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมเรียกร้องให้เปลี่ยนจากวิธีการที่เน้นวิธีการบังคับไปเป็นวิธีการที่เน้นสุขภาพในการจัดการกับการเสพและการติดยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board, INCB) ได้เน้นความจำเป็นต้องมีวิธีการที่ไม่ลงโทษการเสพยาเสพติดและทำให้อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติกระจ่างขึ้นเมื่อประธานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ประกาศเมื่อปี ค.ศ.2015 ว่า “สนธิสัญญาไม่ได้กำหนดให้มีการคุมขังผู้เสพยาเสพติดแต่ให้ทางเลือกอื่นแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษผู้ที่ได้รับผลจากการใช้ยาเสพติดโดยมิชอบมากกว่าซึ่งรวมถึงการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากบริบาล การฟื้นฟูและการกลับเข้าสู่สังคม การที่บางประเทศได้เลือกการคุมขังมากกว่าการรักษาถือเป็นการที่รัฐบาลปฏิเสธความยืดหยุ่นที่สนธิสัญญาบัญญัติไว้”และในหลายประเทศได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมไปกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการลงโทษความผิดฐานเสพยาเสพติด เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก อาร์เจนติน่า โคลัมเบีย เป็นต้น

ในประเทศไทยได้นำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาใช้ในความผิดตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติด/ผู้เสพยาเสพติดในกรณี การครอบครองกัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 และกำหนดกัญชาที่มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม ในความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครอง ความผิดฐานเสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติดในต่างประเทศเริ่มมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยถอดถอนบทลงโทษทางอาญาในความผิดฐานครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพส่วนบุคคล บางประเทศได้อนุญาตให้เสพกัญชาได้โดยมีเงื่อนไข เช่น มลรัฐโคโลราโดอนุญาตให้ประชาชนของรัฐสามารถจำหน่าย/เสพกัญชาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation Use) ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข เป็นต้น

การจำแนกการเสพยาเสพติดกับการค้ายาเสพติดในทางอาชญากรรม เนื่องจากปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่ทางสังคมซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาชญากรรมในทางสังคมวิทยาได้อธิบายสาเหตุของการเสพยาเสพติดคือความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์และความเชื่อที่ว่ายาเสพติดจะสามารถปลดเปลื้องทุกข์ดังกล่าวได้ สำหรับในทางการแพทย์ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเสพยาเสพติดว่าเกิดจากบุคลิกภาพผิดปกติประกอบกับต้องการหนีจากทุกข์ซึ่งถือว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับผู้ติดสุราการพิจารณาสถานะของผู้เสพในมุมมองของอาชญากรรมเหยื่ออาชญากรรม หมายถึง บุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการก่ออาชญากรรมของผู้กระทำความผิดไม่ว่าจะเป็นความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน รวมทั้งเสรีภาพหรือสิทธิ์อื่นใดซึ่งผู้เสียหายอาจเกิดจากการ

กระทำความผิดของตนเอง เช่น ยาเสพติด การพนัน การทำแท้ง เป็นต้น[406] ซึ่งผู้เสพ/ติดยาเสพติดถือเป็นเหยื่อของตนเองหรือที่เรียกว่าอาชญากรที่ปราศจากเหยื่อ (Self-Victimizing Victims) โดยเหยื่อประเภทนี้ต้องรับผิดชอบต่อผลของการกระทำผิดของตนเอง เช่นเดียวกับนักการพนัน เป็นต้น สำหรับอาชญากรแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. อาชญากรอาชีพซึ่งเลี้ยงชีพด้วยการประกอบอาชญากรรม

2. องค์กรอาชญากรซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานที่มีแบบแผน การประกอบอาชญากรรมประเภทนี้มักทำความเสียหายให้แก่สังคมและเศรษฐกิจอย่างร้ายแรง องค์กรอาชญากรรมมีลักษณะร่วมกันกระทำความผิดโดยมีการบริหารงานของกลุ่มอาชญากรเป็นลำดับขั้นตอน และการวางแผนเพื่อกระทำความผิดตลอดจนการแบ่งหน้าที่การทำ เช่น การค้าของเถื่อน การค้ายาเสพติด การเปิดบ่อนการพนัน เป็นต้น

3. อาญากรคอปกขาวหรืออาชญากรผู้ซึ่งจะกระทำความผิดโดยอาศัยอิทธิพลที่มีอยู่ในการประกอบอาชีพโดยเป็นการกระทำความผิดต่อความไว้วางใจ จะใช้ความรู้ ความสามารถ หรือแสวงหาประโยชน์จากวิชาชีพ เช่น ข้าราชการคอรัปชั่น การโกงภาษี การขายสินค้าควบคุมในตลาดมืด เป็นต้น

4. อาชญากรติดนิสัยคืออาชญากรที่กระทำความผิดซ้ำไม่เข็ดหลาบกระทำผิดหลายครั้งก็จะเกิดความเคยชิน

5. อาชญากรครั้งคราวไม่ใช่อาชญากรโดยสันดานโดยกระทำความผิดแบบไม่ได้เจตนา เช่น การกระทำความผิดโดยประมาทเลินเล่อ การกระทำผิดเพราะจำเป็น การกระทำความผิดเพื่อป้องกันชื่อเสียงของตนเอง บันดาลโทสะ เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจากการแบ่งประเภทของอาชญากรดังกล่าวทำให้ทราบว่าผู้เสพยาเสพติดมิใช่อาชญากรแต่เป็นเหยื่อซึ่งต้องรับผิดชอบต่อผลของการกระทำผิดของตนเอง

5.3.2 หลักเกณฑ์การกำหนดความผิดอาญา

ความหมายของกฎหมายอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติว่าการกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำหรือไม่กระทำความผิดไว้ด้วย โดยการกระทำที่เป็นความผิดอาญาจะมีกระบวนพิจารณาความเฉพาะตน[407] โครงสร้างของความผิดอาญาออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนภาวะวิสัย (Objective) คือ โครงสร้างในส่วนขององค์ประกอบและส่วนของความผิดและส่วนอัตตะวิสัย (Subjective) คือ ส่วนของความชั่วโครงสร้างของความผิดอาญาประกอบด้วย 3 ประการดังนี้

5.3.2.1 การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติเป็นการพิจารณาถึงข้อสาระสำคัญตามรูปแบบของความผิดอาญา ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ในความผิดแต่ละฐาน กล่าวคือเป็นการพิจารณาว่า การกระทำที่ครบองค์ประกอบของความผิดก็คือการกระทำที่ครบองค์ประกอบ

---

[406] อัจฉรียา ชูตินันทน์, *เรื่องเดิม*, หน้า 90.

[407] H.L.A. Hart, **The Concept of Law**, 3rd ed. (Oxford: Oxford University Press, 2012), p. 27; Jonathan Herring, **Criminal Law**, 7th ed. (New York: Palgrave Macmillan 2011), p. 4 อ้างถึงใน เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, *เรื่องเดิม,* หน้า 4.

ของความผิดฐานใดฐานหนึ่งตามที่กฎหมายบัญญัติไว้และโดยที่การพิจารณาในส่วนขององค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัตินั้นเป็นการพิจารณาในข้อสาระสำคัญตามรูปแบบของความผิดอาญาผลจึงมีว่าการพิจารณาดังกล่าวเป็นการพิจารณาเบื้องต้นเท่านั้น โดยยังไม่ได้วินิจฉัยว่าการกระทำนั้นจะเป็นความผิดอาญาหรือไม่

5.3.3.2 ความผิดกฎหมาย (Rechtswidrigkeit) เป็นส่วนที่พิจารณาต่อมาหลังจากพิจารณาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นว่าการกระทำนั้นได้ครบในส่วนขององค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติแล้วโดยการพิจารณาถึงเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ซึ่งมีผลทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดอาญาและเป็นเรื่องเดียวกับเหตุยกเว้นความผิดสำหรับการกระทำนั้น ส่วนเหตุที่ทำให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ การป้องกันความจำเป็นที่ชอบด้วยกฎหมาย ความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย ความยินยอมที่พึงสันนิษฐานได้และหลักการชั่งน้ำหนักประโยชน์ของสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง

5.3.3.3 ความชั่ว (Schuld) ความชั่วตามกฎหมายอาญาหมายถึง การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติที่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายโดยความชั่ว หมายถึง การตำหนิได้ของการกำหนดเจตจำนง[408] เนื่องจากการพิจารณาว่าการกระทำใดเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายหรือไม่จึงเป็นเพียงการพิจารณาว่าการกระทำกับข้อห้ามไม่ให้กระทำหรือข้อบังคับให้กระทำที่กำหนดในฐานความผิดเท่านั้นแต่ควรจะต้องพิจารณาต่อมาว่าการกระทำนั้นผู้กระทำความผิดสามารถแยกแยะว่าการกระทำของตนถูกหรือผิดได้หรือไม่โดยการพิจารณาความชั่ว (Schuld) หรือการตำหนิได้ของการกระทำซึ่งพิจารณาตามมาตรฐานของวิญญูชนที่อยู่ในฐานะเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดทั้งความผิดโดยเจตนาและกระทำโดยประมาท ตัวอย่างความชั่วของบุคคลบางคนอาจมีความบกพร่องอันเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นขาดความรู้ผิดชอบหรือขาดความสามารถในการบังคับตนเองได้จึงกระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย เช่น เด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปีในขณะกระทำความผิด บุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรคจิตเป็นต้น ในทางกฎหมายถือว่าบุคคลดังกล่าวไม่มีความสามารถในการกระทำความชั่วซึ่งการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายของเขาย่อมเป็นการกระทำที่ปราศจากความชั่ว ดังนั้นเห็นได้ว่ากฎหมายอาญากำหนดการพิจารณาความสามารถในการทำชั่วของบุคคลไว้ 2 ลักษณะ คือ การพิจารณาความเจริญวัยหรืออายุของบุคคล และการพิจารณาที่ความสมบูรณ์แห่งจิตของบุคคล[409] นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดความสามารถในการทำชั่วจากความสมบูรณ์ของจิต กล่าวคือการกระทำความผิดของบุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนเป็นการกระทำที่ปราศจากความชั่ว[410]

---

[408] คณิต ณ นคร, *เรื่องเดิม,* หน้า 293.

[409] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 73 บัญญัติไว้ว่า “เด็กอายุไม่เกินสิบปีกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ . . .” และมาตรา 74 บัญญัติไว้ว่า “เด็กอายุกว่าสิบปีแต่ยังไม่เกินสิบห้าปีกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ . . .”

[410] ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับวามผิดนั้น”

เมื่อพิจารณาการใช้ยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ถึงแม้ว่าจะเป็นการครอบครองและเสพ ซึ่งเป็นความผิดตามกฎหมายยาเสพติดและเป็นการกระทำที่ครบองค์ประกอบภายนอกของความผิดตามกฎหมายยาเสพติดซึ่งมีโทษทางอาญา แต่เมื่อพิจารณาส่วนอัตตะวิสัย (Subjective) การครอบครองและเสพยาเสพติดที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ไม่ถือว่าเป็นความชั่วเนื่องจากเป็นการกระทำที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองไม่ใช่การกระทำที่สามารถตำหนิได้ อีกทั้งเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงทางภาวะวิสัย (Objective) ในส่วนความผิดกฎหมายของการเสพกัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์จึงเป็นเรื่องของการพิจารณาถึงเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ซึ่งมีผลทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดอาญาและอาจเป็นเรื่องเดียวกับเหตุยกเว้นความผิดสำหรับการกระทำนั้น ส่วนเหตุที่ทำให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมายอาจอ้างความจำเป็นที่ชอบด้วยกฎหมายที่ต้องเสพกัญชาเพื่อรักษาชีวิตหรือบรรเทาอาการหรือความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และการเสพกัญชาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคเกิดจากความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เสพกัญชาเองซึ่งการเสพกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์จึงเป็นการใช้หลักการชั่งน้ำหนักประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง

5.3.3 มาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชา

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็นกฎหมายควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน จากการศึกษาพัฒนาการของการใช้ประโยชน์จากกัญญาในอดีตจนถึงปัจจุบันภาครัฐมีนโยบายที่เน้นมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด (Zero Tolerance) ตลอดจนการประกาศสงครามกับยาเสพติด และออกมาตรการทางกฎหมายให้ควบคุมการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ในข้อนี้ผู้เขียนสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ดังนี้

1. เหตุผลของการออกกฎหมายเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่

2. ข้อสังเกต ของกฎหมายฉบับนี้ มีดังนี้

1) การกำหนดประเภทของยาเสพติด ตามมาตรา 7 กำหนดให้ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท โดยกำหนดให้กัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เนื่องจากมิได้จัดเข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 ซึ่งตามกฎหมายระบุพืชเสพติด เช่น กัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย ทั้งนี้ ตามรัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 8 (1) ซึ่งรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศ ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษว่ายาเสพติดให้โทษชื่อใดอยู่ในประเภทใดตามมาตร 7 และมาตรา 8 (3) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองได้

2) ข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชงจากข้อสังเกตพบว่ากัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดประเภท 5 ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มพืชเสพติด และถูกจำกัดการใช้ประโยชน์ตามมาตรา 26 โดยมีข้อยกเว้นในการขออนุญาตให้ใช้ประโยชน์ได้จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะรายถึงแม้ว่าปัจจุบันรัฐสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากกัญชงและออกมาตรการควบคุมกันชงแล้วใน

กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559 แต่กัญชายังไม่มีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากภาครัฐแต่อย่างใด และมาตรการควบคุมในปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอดังที่กล่าวไว้ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ.2522 โดยกฎกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

3) บทกำหนดโทษ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษบัญญัติ เช่น บทลงโทษฐานครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76เป็นการลงโทษขั้นต่ำในอัตราที่สูง

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา/กัญชงในปัจจุบันของประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งมีแนวคิดการทำให้กัญชาผิดกฎหมาย (Illegal)การควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยภาครัฐมีนโยบายที่เน้นมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด (zero tolerance) ตลอดจนการประกาศสงครามกับยาเสพติดกำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่องออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 26 และการมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76 ซึ่งสรุปโดยรวม ดังที่แสดงตามตารางที่ 5.1 ดังนี้

ตารางที่ 5.1 นโยบายและกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาของประเทศไทย

ประเด็น	นโยบายและมาตรการทางกฎหมายของไทย
กฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 - พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด	- การควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยภาครัฐมีนโยบายที่เน้นมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด (Zero Tolerance) ตลอดจนการประกาศสงครามกับยาเสพติด
แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด	- เป็นสิ่งผิดกฎหมาย (Illegal) - แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
บทลงโทษ	- ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 50 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75 - ผู้ใดมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

ประเด็น	นโยบายและมาตรการทางกฎหมายของไทย
การจำกัดสิทธิและแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชา	- กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 26 แต่มีข้อยกเว้นไว้ว่าต้องขออนุญาตจากรัฐมนตรี และรัฐมนตรีจะอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป - ผู้ติดยาเสพติดไม่ใช่อาชญากรโดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติดยาเสพติด และผู้เสพยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 - กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ. 2559 - กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559

ปัจจุบันในต่างประเทศได้ใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในยาเสพติดมากขึ้นโดยใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาเป็นเบื้องหลังในการออกกฎหมายหรือแนวนโยบายควบคุมยาเสพติด การลดทอนความเป็นอาชญากรรมเป็นการทำให้ไม่เป็นความผิดมาประยุกต์ใช้กับยาเสพติด เช่น กัญชารวมถึงยาเสพติดชนิดอื่นด้วย ประกอบด้วย 2 วิธีการ คือ

1. การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย(De Jure Decriminalisation) คือการนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย เช่น ความผิดฐานเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในความครอบครองและการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล

2. การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De Facto Decriminalisation) คือ มิได้มีการนำบทลงโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติมิได้บังคับใช้บทลงโทษในทางอาญา

ดังนั้นแนวคิดและมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชาจึงสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
ชื่อกฎหมาย	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545	อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1972	Control Substance Act of 1970 (CSA) ระดับมลรัฐ โคโลราโด คือ Amendment 64 และ Initiative 20 (Amendment 20)	กฎหมายว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 (Opium Act 1928)และแก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ.1976	Law No 30/2000 ภายใต้บังคับของ Decree-Law no.15/93	Narcotic Drugs Regulation 2016 ออกภายใต้บังคับของNarcotic Drugs Act 1967
แนวคิดเกี่ยวกับกระทำความผิด	-ภาครัฐมีนโยบายที่เน้นมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด (Zero Tolerance) ตลอดจนการประกาศสงครามกับยาเสพติด	-ควบคุมและจำกัดการใช้ยาเสพติดให้โทษเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น โดยการกำหนดรายชื่อสารที่จะต้องควบคุม	1. ผิดกฎหมาย (Illegal) ของรัฐบาลกลาง 2. การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาเฉพาะการใช้ในทางการแพทย์ (Medical Use) 3. บางรัฐทำให้กัญชาถูกกฎหมายโดยมีเงื่อนไข (Legalization for Recreation Use and Medical Use)	การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา (Decriminalize for Personal Use) โดยอนุญาตให้ครอบครองกัญชาเฉพาะส่วนบุคคล และจำกัดอายุ พื้นที่เสพ	ใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับในกรณี การเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคลคือ การใช้วิธีการบังคับที่มิใช่การบังคับทางอาญา	ยาเสพติดถือเป็นอาชญากรรม (Criminalisation) ควบคู่กับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm-Minimisation)

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
แนวคิดเกี่ยวกับบทลงโทษ	ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 ตามมาตรา 26 แต่มีข้อยกเว้นไว้ว่าต้องขออนุญาตจากรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป	กำหนดมาตรการบังคับให้สมาชิกออกกฎหมายควบคุมยาเสพติด ตามมาตรา 35 ดังนี้ 1. จัดให้มีการร่วมมือในระดับชาติ 2. ให้ความช่วยเหลือในการรณรงค์ ต่อต้านการค้ายาเสพติด 3. ให้ความร่วมมือโดยใกล้ชิดกับประเทศอื่นและองค์การระหว่างประเทศ 4. ให้หลักประกันความร่วมมือระหว่างชาติ 5. ให้หลักประกันให้มีการดำเนินการตามกฎหมาย/เอกสารโดยรวดเร็ว 6. แจ้งข้อมูลต่อคณะ	รัฐบาลกลางกำหนดให้กัญชาผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติการควบคุมสารเสพติดโดยจัดกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท1(Schedule I) กล่าวคือเป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรงซึ่งมีความเสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิดสูง และไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์	-การครอบครองยาเสพติดประเภท 2 หรือ Soft Drugs ที่มีปริมาณเล็กน้อยไม่เกิน 5 กรัม สำหรับใช้ส่วนบุคคลจะไม่ถูกดำเนินคดี -การเพาะปลูกพืชกัญชาไม่เกินห้าต้นให้สันนิษฐานว่าเป็นเพียงเพื่อการใช้เสพส่วนบุคคลจะไม่ถูกดำเนินคดี -การครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs จำนวนมากเกินที่กฎหมายกำหนด - ถ้ากระทำผิดครั้งแรกจะต้องเสียค่าปรับ - ครั้งที่สองเสียค่าปรับหรือค่าบริการชุมชน -กระทำผิดหลายครั้งจะต้องเสียค่าปรับทำบริการชุมชนหรือจำคุก	ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) โดยผู้ใช้ยาเสพติดต้องรายงานตัวกับคณะกรรมาธิการยาเสพติดที่มีอำนาจในการส่งตัวไปบำบัดรักษาโดยไม่ต้องโทษจำคุกดังนี้ 1) การดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้ 1.1) การไม่ต้องดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด มีลักษณะสำคัญ ดังนี้ 1.1.1) การใช้เพื่อเป็นการส่วนตัวทั้งการเสพ การซื้อและการครอบครองยาเสพติด 1.1.2) การครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินที่ใช้	เป็นดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจ (Police Discretion) ในการพิจารณาไม่ดำเนินคดีหรือแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Adults with a Terminal Illness) และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้กัญชา

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
		กรรมาธิการผ่านทางเลขาธิการใหญ่ เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวของยาเสพติด ที่ชายแดนของประเทศทั้งหลาย รวมทั้งรายงานเกี่ยวกับการเพาะปลูก ผลิตผล การผลิต การใช้ และการค้าผิดกฎหมายซึ่งยาเสพติดเพิ่มเติมจากข้อรายงานซึ่งกำหนดตามมาตรา 18 7.แจ้งข้อมูลตามที่คณะกรรมการร้องขอ		- การครอบครองยาเสพติดประเภท 1 (hard drugs)ในปริมาณเล็กน้อย 0.5 กรัม / 1 เม็ดสำหรับใช้ส่วนบุคคลจะไม่ถูกดำเนินคดี	เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น หรือในทางปฏิบัติปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง เช่น การครอบครองน้ำมันกัญชา 2.5 กรัม ยางกัญชา 5 กรัม ใบกัญชา 25 กรัม เป็นต้น 1.1.3) การบริโภค การได้มาและการครอบครองเพื่อการบริโภคพืช หรือสารเสพติดส่วนบุคคลหรือการเตรียมการต่าง ๆ ตามรายชื่อที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นการละเมิดกฎหมายปกครอง 1.2) การดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด มีลักษณะสำคัญ ดังนี้ 1.2.1) ผู้ค้าและผู้ลักลอบค้า	

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
					ยาเสพติด 1.2.2) การกระทำในลักษณะเครือข่ายค้ายาเสพติดหรือกลุ่มอาชญากรรม	
การจำกัดสิทธิของการใช้ประโยชน์จากกัญชา	-ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26 ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปีถึง 50 ปี และปรับตั้งแต่ 200,000 บาทถึง 1,500,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75 -ผู้ใดมีไว้ครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืน	กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board: INCB) กำหนดให้ประเทศภาคีรายงานปริมาณการใช้ยาเสพติดต่อ INCB	- มลรัฐโคโลราโดอนุญาตให้การใช้กัญชาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของโรค/ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีอาการ Debilitating Medical Condition - อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1. การครอบครองกัญชาของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป และปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 6 ต้น สำหรับใช้ส่วนบุคคลถูกกฎหมาย	-กฎหมายว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 ได้แบ่งประเภทของยาเสพติดเป็น 2 ประเภท คือ 1) ยาเสพติดประเภท 1 (List I Drugs/Hard Drug) เช่น เฮโรอีน โคเคน เอ็กตาซี 2) ยาเสพติดไม่ร้ายแรง (List II Drugs/Solf Drug) เช่น กัญชา -การครอบครอง การผลิต การซื้อขายยาเสพติดถือเป็นความผิดทางอาญาทั้งยาเสพติดชนิดร้ายแรงและชนิดไม่ร้ายแรง	-การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวไม่เป็นความผิดทางอาญา โดยการรายงานกับคณะกรรมาธิการยาเสพติดที่มีอำนาจในการส่งตัวไปบำบัดรักษาได้โดยไม่ต้องโทษจำคุก -ไม่ได้เป็นการทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย (Drug Legalization) การค้ายาเสพติดยังคงเป็นการกระทำความผิดทางอาญาอยู่	จำกัดการใช้กัญชาโดยมีเงื่อนไขให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำการลงทะเบียน 2) ผู้ที่ครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางที่ 1 และ 3) เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้ใช้กัญชารักษาในสถานที่พักอาศัยหรือในที่พักอาศัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
	มาตรา 26 ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 76		2. การจำหน่ายกัญชาทั้งในทางการแพทย์และวัตถุประสงค์อื่นที่มิใช่ในทางการแพทย์ (Medical and Recreational Use) 3. ขนส่งกัญชาที่ถูกกฎหมายโดยไม่เกิน 1 ออนซ์ (28 กรัม) 4. ปลูกกัญชาไม่เกิน 6 ต้น ซึ่งประกอบด้วยต้นเจริญเติบโตเต็มที่ไม่เกิน 3 ต้น สำหรับใช้ประโยชน์ส่วนตัว และอนุญาตปลูกกัญชาเพื่อจำหน่ายได้แต่ต้องได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องจากมลรัฐ			

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
แนวทางการใช้ประโยชน์	-ผู้ติดยาเสพติดไม่ใช่อาชญากร โดยกำหนดนโยบายการบังคับบำบัดรักษาอาการของผู้ติดยาเสพติด และผู้เสพยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 -กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 เฉพาะ	การใช้ยาเสพติดให้โทษเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์	มลรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชากัญชาในทางการแพทย์และให้ครอบครองเพื่อเสพ/ใช้ส่วนบุคคล (Legalization/Recreation Use and Medical Use) มลรัฐโคโลราโดกำหนดรัฐธรรมนูญมลรัฐโคโลราโด ในข้อ.18 มาตรา 14 กำหนดให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย (Debilitating Medical Condition)	-การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา เฉพาะกรณีครอบครองกัญชาส่วนบุคคลและอนุญาตให้เสพกัญชาโดยจำกัดพื้นที่ (Legal in Smoking Area) เช่น - ร้านกาแฟ (Coffee Shop) จำหน่ายกัญชาได้ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวด -รัฐจะไม่ดำเนินคดีกับบุคคลที่บรรลุนิติภาวะที่ครอบครองยาเสพติดชนิด Soft Drugs ในปริมาณเล็กน้อย	- การครอบครองส่วนบุคคลในปริมาณไม่เกินที่ใช้เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น หรือในทางปฏิบัติกำหนดปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง เช่น การครอบครองกัญชา 2.5 กรัม จะไม่ถูกดำเนินคดีอาญา	- การปลูกกัญชาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์เป็นเรื่องถูกกฎหมาย - การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของ Medical Cannabis Compassionate Use Scheme: Fact sheet for adults with a terminal illness and their carers

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศ/กลุ่มประเทศ					
	กฎหมายไทย	**ระหว่างประเทศ**	**สหรัฐอเมริกา**	**เนเธอร์แลนด์**	**โปรตุเกส**	**ออสเตรเลีย**
	เฮมพ์ พ.ศ.2559 -กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559					
แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด	-ผิดกฎหมาย (Illegal) -การลดทอนความเป็นอาชญากรรม กัญชาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545	-ผิดกฎหมาย (Illegal) ยกเว้นการใช้เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์	ผิดกฎหมาย และการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ทั้งในทางการแพทย์และการครอบครองกัญชาส่วนบุคคลเพื่อสันทนาการ	การลดทอนความเป็นอาชญากรรม	การลดทอนความเป็นอาชญากรรมเฉพาะการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล	แนวคิดการทำให้ถูกกฎหมายเฉพาะกัญชาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์และการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

จากการเปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษของกฎหมายไทย องค์กรระหว่างประเทศประเทศสหรัฐอเมริกาเนเธอร์แลนด์โปรตุเกสและออสเตรเลียพบว่ารูปแบบการใช้กัญชา/กัญชงจะใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดซึ่งผู้เขียนได้จำแนกลักษณะรูปแบบได้เป็น 4 รูปแบบซึ่งจะมีความคล้ายกันในบางประการและมีความแตกต่างกันในบางประเด็นแต่เป็นทางออกให้กับปัญหาและอุปสรรคของการใช้กัญชาของประเทศไทยต่อไป สรุปได้ดังนี้

1. การใช้กัญชา/กัญชงในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย ได้แก่ บางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ เป็นการกระทำที่ไม่ครบองค์ประกอบของความผิดอาญาเนื่องจากขาดองค์ประกอบของความผิดในส่วนของความชั่ว แต่เนื่องจากกัญชายังมีสถานะทางกฎหมายเป็นยาเสพติดจึงเป็นการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (de Jure Decriminalisation) คือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย เช่น การแก้ไขกฎหมายภายในรัฐให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้แต่กฎหมายของรัฐบาลกลางกัญชายังคงเป็นยาเสพติดเช่นดิม

2. การใช้เสพและครอบครองกัญชาโดยมีเงื่อนไข ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ กล่าวคือ เป็นการใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (de Facto Decriminalisation) คือ การมิได้นำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติมิได้บังคับใช้บทลงโทษในทางอาญา เช่น การจำกัดปริมาณการเสพ สถานที่เสพ อายุผู้เสพ ในร้านกาแฟ (Coffee Shop) หรือห้องสำหรับเสพยาเสพติด (User Room) ที่ดำเนินการภายใต้การดูแลของรัฐ

3. การใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับการใช้กัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล ได้แก่ ประทศโปรตุเกส กล่าวคือ เป็นการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย คือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมายโดยใช้ควบคู่กับหลักมาตรการทางเลือกอื่น เช่น การเบี่ยงเบนคดีหรือการผันตัว (Diversion) การรักษาการติดยาเสพติด (Drug Dependence Treatment) มาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) เพื่อแยกแยะผู้ติดยาเสพติดออกจากผู้ค้ายาเสพติดซึ่งถือเป็นอาชญากรอย่างแท้จริง

4. การเสพและการครอบครองกัญชาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ บางรัฐของประเทศออสเตรเลียกล่าวคือ เป็นการใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมควบคู่กับหลักการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) ในชั้นเจ้าพนักงานตำรวจซึ่งมีอำนาจในการใช้ดุลยพินิจในการไม่ดำเนินคดีกับป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ลงทะเบียนกับรัฐ

อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสติดตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ซึ่งมีหลักการที่คล้ายกับประเทศโปรตุเกสที่เน้นการแยกแยะผู้เสพ/ติดยาเสพติดออกจากผู้ค้ายาเสพติดซึ่งถือเป็นอาชญากรที่แท้จริงในคดียาเสพติด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการนำหลักการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนยุติธรรมทางเลือกมาใช้ควบคู่กับการนำแนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรม กล่าวคือนำหลักการที่ผู้เสพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรและผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรา 19 โดยการขยายขอบเขตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้เสพและมีไว้ในความ

ครอบครองยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย ผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยและการนำหลักการชะลอฟ้องมาใช้เพื่อให้ระบบแทนการดำเนินคดีอาญา (Diversion) มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามประเทศไทยควรเน้นนโยบายให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดมากกว่าใช้ระบบบังคับบำบัดโดยจัดสภาพแวดล้อมและดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตวิญญาณเช่นเดียวกับประเทศโปรตุเกส

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับกระทำความผิด การลงโทษและการจำกัดสิทธิของการใช้ประโยชน์จากกัญชาจะเห็นได้ว่าการควบคุมยาเสพติดของประเทศไทยภาครัฐมีนโยบายที่เน้นหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาปรับใช้ในคดียาเสพติดโดยดำเนินการควบคู่กับหลักการยุติธรรมทางเลือกอื่นในกรณีการครอบครองและเสพในปริมาณเล็กน้อยและการใช้กัญชาในทางการแพทย์ ควบคู่กับมาตรการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาดในกรณีที่ผู้กระทำความผิดที่เป็นอาชญากร (Zero Tolerance)

สำหรับแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชาผู้เขียนเห็นว่าควรพัฒนากฎหมายระดับรอง คือ กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในความครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะเฮมพ์ พ.ศ.2559 และกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ. 2559 ให้เป็นรูปธรรมโดยพิจารณาจากกฎหมายต่างประเทศที่มีประสบการณ์

5.4 การวิเคราะห์แนวคิด นโยบาย และมาตรการทางกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดในระบบกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศกรณีกัญชง

ผู้เขียนเห็นว่าการใช้กัญชงในประเทศไทยควรนำนโยบายของประทศสหรัฐอเมริกามาปรับใช้เป็นแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์ โดยในช่วงแรกรัฐควรออกนโยบาย เช่นเดียวกับรัฐบาลกลางของสหรัฐอมเริกาที่ได้ออกมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์หรือเรียกว่า “ฟาร์มบิล” (Farm Bill) ซึ่งเป็นการริเริ่มเปิดโอกาสให้กับมหาวิทยาลัยและภาคการเกษตรของแต่ละรัฐสามารถทำการเพาะปลูกเฮมพ์เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม ดังนี้

1. การเพาะปลูกหรือทำเกษตรกรรมเกี่ยวกับกัญชง/เฮมพ์เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยภายใต้โครงการนำร่องทางการเกษตรหรือการวิจัยทางการเกษตรอื่น ๆ
2. การเพาะปลูกหรือทำการเกษตรกรรมเกี่ยวกับกัญชง/เฮมพ์ต้องได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐซึ่งหน่วยงานการศึกษาหรือสถาบันวิจัยหรือหน่วยงานทางการเกษตรของรัฐนั้นตั้งอยู่และทำการวิจัยดังกล่าว

จากการศึกษาแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์จะเห็นได้ว่ารัฐบาลกลางควบคุมการเพาะปลูกและแปรรูปกัญชง/เฮมพ์ (Hemp) ส่วนกฎหมายในระดับมลรัฐนั้นถือเป็นเรื่องที่แต่ละมลรัฐจะต้องออกกฎหมายภายในเองเพื่อการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์กฎหมายกำหนดให้การเพาะปลูกกัญชง/เฮมพ์จะต้องได้รับอนุญาตและต้องลงทะเบียนจากรัฐรวมทั้งกฎหมายยังกำหนดให้การใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์โดยสถาบันการศึกษาและภาคการเกษตรจะต้องได้รับอนุญาตและต้องลงทะเบียนจากรัฐเช่นเดียวกันซึ่งรัฐจะต้องดำเนินการใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. จัดตั้งโครงการวิจัยกัญชง/เฮมพ์ในเชิงพาณิชย์
2. จัดตั้งโครงการวิจัยกัญชง/เฮมพ์ในเชิงอุตสาหกรรม
3. ศึกษากฎหมายเกี่ยวข้องกับกัญชง/เฮมพ์หรืออุตสาหกรรมของกัญชง/เฮมพ์

ต่อมาการใช้ประโยชน์จากกัญชง/เฮมพ์ รัฐจะต้องออกกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์ ซึ่งทั้งนโยบายและมาตรการควบคุมกัญชงทั้ง 3 ประเทศที่มีประสบการณ์ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลียและประเทศแคนนาดาจะมีความคล้ายคลึงกันโดยการกำหนดคำนิยามของเฮมพ์เพื่อป้องกันและจำแนกไม่ให้มีการปะปนกับพืชกัญชา การกำหนดค่าปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลหรือสารทีเอชซีในพืชกัญชง/เฮมพ์เพื่อป้องกันไม่ให้มีการผลิตเพื่อใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงเกินควรซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค การกำหนดเมล็ดพันธุ์รับรองของพืชกัญชง/เฮมพ์เพื่อให้เกษตรกรได้เมล็ดพันธุ์ที่ปลอดภัยเพื่อเพาะปลูกจากรัฐเท่านั้น การออกใบอนุญาตสำหรับการเพาะปลูกและการวิจัย การกำหนดคุณสมบัติผู้ประกอบการและเกษตรกร การกำหนดแปลงปลูกและการรักษามาตรฐานความปลอดภัย การกำหนดผู้ตรวจสอบสารเสพติดในกัญชง การกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบ เป็นต้น ส่วนมาตรการทางกฎหมายจะกล่าวต่อไปใน ข้อ 5.5

5.5 วิเคราะห์รูปแบบหรือแนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงที่เหมาะสมของประเทศไทย

ปัญหานี้เกิดจากข้อโต้แย้งเรื่องการนำกัญชา/กัญชงมาใช้ประโยชน์ว่าควรให้สิทธิประชาชนอย่างเสรีได้หรือไม่หรือควรกำหนดหลักเกณฑ์ให้มีรูปแบบการใช้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างไร การวิเคราะห์ในข้อนี้เพื่อเสนอแนะต้นแบบ/แนวทางในการพัฒนากฎหมายและมาตรการควบคุมกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ โดยศึกษาจากแนวทางหรือหลักเกณฑ์จากต่างประเทศอาทิเช่นการดำเนินการวิจัยทางการแพทย์เพื่อผลิตยา การกำหนดพื้นที่ปลูกเพื่อการวิจัย แนวทางการปฏิบัติในการขออนุญาตเพื่อใช้กัญชารักษาโรคจากการวิเคราะห์แนวทางการใช้ประโยชน์จากกัญชาและหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมของประเทศไทยจากการศึกษาทบทวนกฎหมายในต่างประเทศเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง การใช้ประโยชน์จากกัญชาในต่างประเทศมีลักษณะการใช้ประโยชน์หลายรูปแบบ ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดและจัดประเภทให้กัญชาให้อยู่ในบัญชีที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามกฎหมายรัฐบาลกลางคือกฎหมาย Controlled Substance Act ในปี ค.ศ.1970 อย่างไรก็ตามถึงแม้กัญชาจะเป็นยาเสพติดแต่กฎหมายระดับมลรัฐของสหรัฐอเมริกาก็มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากกัญชาเช่นกัน โดยในแต่ละรัฐจะออกกฎหมายแตกต่างกัน เช่นในบางรัฐออกกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้เท่านั้น (Medical Use Only) ในบางรัฐเช่นมลรัฐโคโลราโดได้ออกกฎหมายที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อความผ่อนคลาย (Recreation Use) และอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ด้วย (Medical Use) ในบางรัฐใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาโดยให้ครอบครองกัญชาในปริมาณเล็กน้อยไม่เป็นความผิด เป็นต้น สำหรับที่มาของกฎหมายในแต่ละรัฐจะแตกต่างกันไปแต่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการที่ภาครัฐรับฟังความคิดเห็นของประชาชนภายในรัฐและให้ประชาชนของรัฐนั้นๆได้ตัดสินใจลงคะแนนเสียงว่าให้ผ่านกฎหมาย

อนุญาตให้ใช้กัญชาหรือไม่อย่างไร ผู้เขียนได้สรุปลักษณะและหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชงจากกฎหมายต่างประเทศได้ดังนี้

5.5.1 การใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ (Medical Purpose)

เหตุผลที่เลือกใช้รูปแบบของสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีกฎหมายควบคุมสารเสพติดที่กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดเช่นเดียวกับประเทศไทยสหรัฐอเมริกาในระดับมลรัฐมีการออกกฎหมายการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์จากกัญชาซึ่งเป็นกฎหมายมีหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขออนุญาตที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากที่สุดและทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาได้ อีกทั้งบางมลรัฐมีนโยบายทำให้เสพกัญชาเพื่อผ่อนคลายได้ ดังนั้นผู้เขียนจึงเลือกกฎหมายของสหรัฐอเมริกามาศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์จากกัญชาของประเทศไทย ผู้เขียนสรุปหลักเกณฑ์ในการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาได้ ดังนี้

1. ที่มาของกฎหมาย

การออกกฎหมายให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะออกกฎหมายโดยการลงคะแนนเสียงจากประชาชนภายในรัฐ เช่นมลรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกที่มีการลงคะแนนเสียงผ่านกฎหมาย Ballot Proposition 215 ด้วยคะแนนเสียงสนับสนุนจากประชาชนให้อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ 56 % จากผู้ลงคะแนนเสียงทั้งหมด ในวันที่ 5 พฤศจิกายน ค.ศ.1996 และกฎหมายมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน ค.ศ.1996 เป็นต้นมา ซึ่งการลงคะแนนเสียงเพื่อผ่านกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดจากการเคารพสิทธิเสรีภาพของประชาชนที่มีความรู้รอบด้านทั้งผลดีและผลเสียของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ หากประเทศไทยจะแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ก็ควรจะให้ความรู้กับประชาชนให้รอบด้านทั้งประโยชน์และโทษที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดจนความรู้เรื่องการจำแนกพืชกัญชาออกจากกัญชง แล้วจึงให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจใช้ประโยชน์ตามสิทธิของตน

2. การกำหนดอาการ/โรคที่อนุญาตให้ใช้กัญชารักษาโรค (Approve Conditions)

การอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์โดยการกำหนดอาการหรือโรคที่ระบุให้ใช้กัญชารักษาได้ของแต่ละมลรัฐจะคล้ายคลึงกันซึ่งมีการยอมรับในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกัญชาว่าสามารถใช้กับโรคและอาการนั้นได้ดี สำหรับกฎหมายการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของมลรัฐ ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ของประเทศไทยจึงควรระบุโรคและกลุ่มอาการของโรคที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์ด้วยเนื่องจากเป็นโรคหรืออาการที่ใช้กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการวิจัยและพัฒนาที่ได้รับมาตรฐานสากล สำหรับการอนุญาตให้ใช้รักษาโรคควรอนุญาตเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

3. การอนุญาตให้ปลูกและการครอบครอง

การอนุญาตให้ปลูกและครอบครองกัญชาในทางการแพทย์เฉพาะผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียนไว้กับรัฐและต้องเป็นพลเมืองของมลรัฐ เป็นต้น

4. รูปแบบการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์

ผู้เขียนได้ศึกษาการใช้ประโยชน์ของกัญชา/กัญชงในบทที่ 2 แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ของการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงคือ การใช้ประโยชน์ในด้านการแพทย์ การใช้ประโยชน์ในด้าน

เศรษฐกิจและในบางประเทศอาจใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย อย่างไรก็ตามเนื่องจากกัญชา/กัญชงมีสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้กัญชาได้การใช้ประโยชน์จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อประชาชนเป็นสำคัญ การที่จะใช้ประโยชน์จะต้องศึกษาพิจารณาทั้งคุณประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้เขียนได้นำข้อมูลสารในกัญชาที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เพื่อมาวิเคราะห์ว่าสารแต่ละชนิดมีผลดีและผลเสียอย่างไร การที่จะใช้ประโยชน์จากสารชนิดนั้นในกัญชา/กัญชงโดยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไร อันจะนำมาเป็นพื้นฐานการพัฒนากฎหมายที่เหมาะสมต่อไป

ในลำดับแรกผู้เขียนได้ศึกษาการจำแนกสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ที่ได้จากกัญชาเนื่องจากการศึกษาในวิทยานิพนธ์นี้เป็นการศึกษาการใช้ประโยชน์และสารแคนนาบินอยด์เป็นสารสำคัญที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ได้

ลำดับต่อมาผู้เขียนได้สรุปและวิเคราะห์สารเคมีในกัญชาที่มีข้อมูลผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ได้รับรองว่าสารดังกล่าวมีประโยชน์ต่อประชาชนหรืออาจจะให้ประโยชน์ต่อประชาชนในอนาคต คือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetra Hydro Cannabinol, THC) และสารแคนนาบิไดออล (Cannabidiol, CBD) สารทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) เป็นสารที่จัดอยู่ในกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabiniods) ซึ่งพบมากที่ใบและยอดดอกของกัญชาตัวเมียในรูปแบบยางกัญชา (Resin) ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยการออกฤทธิ์ที่ตัวรับจำเพาะ(receptor)ที่อยู่ในสมอง คือ ตัวรับ CB1 และตัวรับ CB2 (Cannabinoid Receptor) ตัวรับดังกล่าวจะพบในสมองส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความคิด ความจำ สมาธิ, การควบคุมอารมณ์ความรู้สึก, ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย, สมองส่วนควบคุมความเจ็บปวด, การรับรู้ความรู้สึก เป็นต้น ในส่วนของตัวรับ CB2 เป็นตัวรับที่พบอยู่ในระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายรวมทั้งเส้นประสาทส่วนปลาย เป็นต้น การออกฤทธิ์ของสารทีเอชซี (THC) จะเริ่มจากการออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้เสพรู้สึกสนุกสนานและตื่นเต้น ช่างพูด หัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะออกฤทธิ์กดประสาททำให้เกิดอาการง่วงซึมและหากเสพในปริมาณมากจะทำให้เกิดหลอนประสาทเช่น การเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ สำหรับการเสพกัญชาที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้เสพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณสารทีเอชซี (THC) ในอดีตมีรายงานว่าการเสพกัญชาด้วยบุหรี่ยัดไส้กัญชามีปริมาณสารทีเอชซีประมาณ 10 มิลลิกรัมแต่ในปัจจุบันมีปริมาณสารทีเอชซีที่เป็นส่วนประกอบเพิ่มมากขึ้นประมาณ 60-150 มิลลิกรัมจะเห็นได้ว่าการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสารทีเอชซี (THC) เป็นการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนสำคัญ ดังนั้นหากการใช้กัญชาในทางที่ผิดจะก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพและการใช้ประโยชน์เพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ก็อาจเกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน ในส่วนนี้ประเด็นปัญหาคือจะกำหนดรูปแบบการใช้ประโยชน์จากสารเสพติดที่ให้ทั้งคุณประโยชน์และควบคุมโทษจากกัญชาได้อย่างไร

5. มาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์ทางด้านการแพทย์ของกัญชาบทสรุปเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ ดังนี้

1) การใช้กัญชา/กัญชงในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคหรืออาการของมนุษย์จะต้องผ่านการศึกษาวิจัยและทดลองทดสอบประสิทธิภาพของยาตามหลักสากลว่าด้วยตำรับยาซึ่งเกี่ยวข้องกับ

กฎหมายยา และอาจพิจารณาถึงการใช้ประโยชน์จากกัญชาในฐานะพืชสมุนไพรจึงต้องศึกษาควบคู่กับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2) การศึกษาถึงผลวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์แสดงให้เห็นว่ากัญชามีใช้รักษาโรคหรืออาการได้อย่างมีประสิทธิผล (Effective) ได้แก่โรค Anorexia, โรคต้อหิน (Glaucoma), อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/Vomiting) เป็นต้น ผู้เขียนเห็นว่าการใช้กัญชาในการรักษาโรคหรืออาการดังกล่าวมากำหนดเป็นโรคที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ใช้กัญชาได้เช่นเดียวกับกฎหมายต่างประเทศตัวอย่างที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 4

3) การศึกษาผลวิจัยเกี่ยวกับกัญชาที่แสดงให้เห็นว่ากัญชาอาจจะใช้รักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วย เช่นกลุ่มของโรคหรืออาการที่มีโอกาสที่จะใช้กัญชารักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Possibly Effective) เช่นกลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety), โรคหอบหืดหรือหลอดลมขยายตัว (Asthma, Bronchodilation), อาการปวดศีรษะ (Headache), อาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant) และกลุ่มของโรคหรืออาการที่ยังไม่มีผลสรุปแน่ชัดเกี่ยวกับการใช้กัญชารักษา (Inconclusion) ได้แก่ โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism), โรคมะเร็ง (Cancer), โรคซึมเศร้า (Depression), อาการปวด (Pain), ยานอนหลับ และยาคลายกังวล (Sedative, Hipnotic) เป็นกลุ่มโรคหรืออาการที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ ผู้เขียนเห็นควรให้กฎหมายควบคุมเป็นพิเศษและให้อยู่ในการควบคุมของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ

4) กลุ่มของโรคหรืออาการที่มีผลการทดลองว่าใช้กัญชารักษาได้ (in vitro data) ได้แก่ การรักษาโรคเชื้อรา (Fungus), ภาวการณ์ติดเชื้อ (Infection) และกลุ่มของโรคหรืออาการที่มีข้อมูลจากการทดลองในสัตว์ว่าใช้กัญชารักษาอาการได้ (Animal Data) ได้แก่ อาการอักเสบ (Imflamation), ลดอาการติดมอร์ฟีน (Morphine Abstinence), โรคประสาทแบบหวาดกลัว (Phobic state) เนื่องจากโรคหรืออาการอยู่ในระหว่างการวิจัยในห้องทดลองและการวิจัยทดลองกับสัตว์ซึ่งยังไม่ได้มีการทดลองในมนุษย์ ตราบใดที่กัญชาไม่ได้ผ่านการทดลองระดับคลินิกก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่าการใช้กัญชาจะปลอดภัยต่อชีวิตประชาชนได้

5) มาตรการควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ควรกำหนดรายละเอียด เช่นระบบการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย การได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ให้ใช้การรักษาด้วยกัญชาหรือกัญชงได้ และสำหรับการครอบครองกัญชาในช่วงแรกผู้ป่วยควรจะต้องได้รับพืชกัญชา กัญชง หรือผลิตภัณฑ์กัญชาจากหน่วยงานของภาครัฐก่อน

6) มาตรการควบคุมการทดลองวิจัยกัญชาในปัจจุบันมีการอนุญาตให้ทดลองเกี่ยวพืชกัญชงและกัญชาในโครงการหลวงแต่ภาคประชาชนยังไม่มีการทดลองแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการพยายามที่จะผลักดันให้ปลูกกัญชาและใช้กัญชาโดยเสรีจากนักวิชาการและภาคประชาชนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ภาครัฐจึงจะต้องกำหนดมาตรการควบคุมการปลูกและครอบครองกัญชาและกัญชงเพื่อการศึกษาวิจัยและทดลอง

จากการวิเคราะห์ผู้เขียนเห็นว่าหากประเทศไทยจะอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์จะต้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้เป็นรูปธรรมเนื่องจากในปัจจุบันซึ่งกฎหมายยังมิได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้กัญชาในทางการแพทย์ กฎหมายเพียงกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้กัญชาจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นราย ๆ ไปเท่านั้น ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าควรกำหนดไว้ใน

กฎกระทรวงท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ว่าด้วยเรื่องการขออนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับรองให้ใช้กัญชารักษาอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อยาชนิดอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกด้วยการนำกัญชามาใช้ในลักษณะของสมุนไพรหรือในลักษณะของยารักษาโรคที่ผลิตขึ้นโดยบริษัทยา เป็นต้น

5.5.2 การใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางสันทนาการหรือเพื่อผ่อนคลาย (Non Medical Purpose/Recreation Use)

มลรัฐโคโลราโดออกกฎหมาย Amendment 64 เป็นการใช้หลักการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย (legalization) สำหรับการใช้กัญชาที่มิได้มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ได้ กล่าวคือการใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ (Recreational Use) โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

1) การครอบครองกัญชาสำหรับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปสามารถปลูกกัญชาสำหรับใช้ส่วนบุคคลได้ไม่เกิน 6 ต้นโดยมีต้นที่เจริญเติบโตเต็มที่ไม่เกิน 3 ต้น และสามารถครอบครองกัญชาที่ปลูกส่วนบุคคลดังกล่าวอย่างถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามการครอบครองกัญชาขณะเดินทางได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ และการส่งมอบกัญชาให้กับบุคคลอื่นครั้งละไม่เกิน 1 ออนซ์ซึ่งผู้ให้และผู้รับต้องมีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกัน

2) การจำหน่ายกัญชาถูกกฎหมายทั้งกัญชาในทางการแพทย์และที่มิใช่วัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ (Medical and Recreational Use)

3) อนุญาตให้ขนส่งกัญชาไม่เกิน 1 ออนซ์ (28 กรัม)

4) อนุญาตให้ปลูกกัญชาสำหรับใช้ประโยชน์ส่วนตัวได้ไม่เกิน 6 ต้นซึ่งประกอบด้วยต้นที่เจริญเติบโตเต็มที่ ไม่เกิน 3 ต้น และอนุญาตปลูกกัญชาเพื่อจำหน่ายได้แต่ต้องได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องจากรัฐ

อย่างไรก็ตามมลรัฐโคโลราโดยังมีกฎหมาย The Colorado Medical Use of Marijuana Initiative (Initiative 20 หรือ Amendment 20) เป็นกฎหมายที่เกิดจากการลงคะแนนเสียงจากประชาชนของมลรัฐโคโลราโด (Ballot) เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญแห่งมลรัฐโคโลราโด (Colorado Amendment 20 (2000)) ซึ่งสาระสำคัญของกฎหมาย คือ อนุญาตให้ใช้กัญชาที่มีวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์ถูกกฎหมาย (Medical Purpose) เป็นการใช้แนวคิดการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย (Legalization) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในทางการแพทย์ (Medical Use) เช่นกำหนดให้มีบัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตให้ครอบครองกัญชาตามกฎหมายเมื่อพิจารณาการใช้ยาเสพติดเพื่อสันทนาการเป็นการครอบครองและเสพกัญชาเป็นการกระทำที่ครบองค์ประกอบภายนอกของความผิดตามกฎหมายยาเสพติดซึ่งมีโทษทางอาญาในส่วนอัตตะวิสัย (Subjective) การครอบครองและเสพยาเสพติดที่มีวัตถุประสงค์สันทนาการถือว่าเป็นความชั่ว (Schuld) เนื่องจากเป็นการกระทำที่สามารถตำหนิได้ อีกทั้งเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงทางภาวะวิสัย (Objective) ในส่วนความผิดกฎหมายของการเสพกัญชายังไม่เข้าเหตุยกเว้นความผิด (Rechtfertigungsgrund หรือ Justtification) สำหรับการกระทำนั้นและไม่อาจอ้างความจำเป็นที่ชอบด้วยกฎหมายที่ต้องเสพกัญชาเพื่อรักษาชีวิตหรือบรรเทาอาการหรือความทุกข์ทรมานจากความ

เจ็บป่วยแต่อย่างใดแม้ว่าการเสพกัญชาจะเกิดจากความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เสพกัญชาเองก็ตาม ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าการใช้กัญชาในทางสันทนาการ (Recreation Use)ยังไม่เหมาะสมกับสังคมไทย

5.5.3 การใช้พืชกัญชา/กัญชงในเชิงพาณิชย์ (Commercial Purpose)

การวิเคราะห์ในหัวข้อนี้ผู้เขียนเห็นว่าควรนำแนวคิดเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) มาปรับใช้เพื่ออนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชงซึ่งเป็นพืชที่มีสารเสพติดมาใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ทั้งในด้านอุตสาหกรรมและด้านเกษตรกรรมบนพื้นฐานหลักแนวคิดอรรถประโยชน์นิยม กล่าวคือเป็นการใช้กัญชงเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและประเทศชาติด้วย ภาครัฐในฐานะที่มีบทบาทในการกำกับควบคุม (Regulation) ด้วยการควบคุมสังคม (Social Regulation) เพื่อบรรลุเป้าหมายคือประโยชน์สาธารณะ(social goals) ในการใช้ประโยชน์จากกัญชงในด้านเศรษฐกิจดังนี้

1. บทบาทของภาครัฐในการกำกับควบคุม (Regulation)

บทบาทของภาครัฐกับความสัมพันธ์ในเชิงธุรกิจเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงภารกิจการควบคุมของภาครัฐมีผลต่อการควบคุมสังคม (Social Regulation) เช่นการที่ภาครัฐอนุญาตให้ซื้อขายสินค้าและบริการที่ขัดกับมาตรฐานทางจริยธรรมของผู้บริโภค ได้แก่ ภาครัฐอนุญาตให้จำหน่ายบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสินค้าดังกล่าวเป็นสินค้ากึ่งถูกและกึ่งผิดตามมาตรฐานจริยธรรมคือเป็นสินค้าเสพติดและก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภคและอันตรายต่อสังคม การที่ภาครัฐไม่ห้ามปรามแต่ออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แทน ดังนี้การอนุญาตให้จำหน่ายและออกมาตรการควบคุมสารดังกล่าวถือเป็นบทบาทของภาครัฐในการควบคุมสังคมซึ่งภาครัฐจะต้องคำนึงถึงเป้าหมายทางสังคมมากกว่าเป้าหมายทางด้านเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว

2. บทบาทของภาครัฐกับการควบคุมใบยาสูบในฐานะพืชเศรษฐกิจ

บทบาทของรัฐกับอุตสาหกรรมพืชยาสูบในฐานะพืชเศรษฐกิจของประเทศไทยซึ่งถือว่าอุตสาหกรรมดังกล่าวเป็นแหล่งรายได้สำคัญของภาครัฐในรูปแบบการจัดเก็บภาษี จากการสำรวจพบว่ารายได้จากอุตสาหกรรมบุหรี่สามารถสร้างอาชีพและรายได้จำนวนมากให้กับชาวไร่ยาสูบและผู้ที่เกี่ยวข้องในประเทศปีละหลายล้านบาทดังเช่นสถิติปริมาณและการส่งออกใบยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ประจำปี 2558 รวม 8,177,168 ตัน มีมูลค่า 1,120,081,052 บาท สำหรับการสถิติการส่งออกใบยาสูบพันธุ์เวอร์จิเนียประจำปี 2558 รวม 4,177,208 ตัน มีมูลค่า 371,791,144 บาท[411] ซึ่งทำให้เกิดการจ้างงานและสร้างรายได้ในภาคการเกษตรจากการผลิตใบยาสูบ อย่างไรก็ตามใบยาสูบจะนำมาผลิตบุหรี่ซึ่งเป็นสินค้าที่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบเนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งถือว่าเป็นสารเสพติดทำให้ผู้สูบเกิดภาวะพึ่งพาประกอบกับควันบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเองรวมทั้งบุคคลที่อยู่รอบข้าง ดังนั้นการควบคุมการบริโภคยาสูบจึงเป็นบทบาทของภาครัฐในการควบคุมทางสังคมด้วยการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยเช่นกัน

---

[411] สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร และกรมศุลกากร, *เรื่องเดิม.*

ดังนั้นภาครัฐจึงต้องควบคุมการบริโภคบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจให้เกิดความสมดุล กล่าวคือภาครัฐมีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่เช่นเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายทั้งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2555 ให้มีการจำกัดพื้นที่การใช้บุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่, การบรรจุการเรียนการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่, การห้ามโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่, การจำกัดสถานที่ขายบุหรี่เช่นบริเวณสถานศึกษา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการควบคุมของภาครัฐเรื่องการจำกัดเรื่องการใช้บุหรี่ซึ่งเป็นการควบคุมทางสังคมแต่ภาครัฐจะต้องมีมาตรการเยียวยาภาคการเกษตรผู้ปลูกยาสูบด้วยเช่นเดียวกันโดยการจัดสรรงบประมาณจากการเก็บภาษีสรรพาสามิตรมาส่งเสริมกระจายการผลิตทางการเกษตรเพื่อสนับสนุนให้ภาคการเกษตรมีการปลูกพืชทดแทนอื่นและควรมีการวิจัยทางพันธุวิศวกรรมเพื่อแสวงหาแนวทางการใช้ประโยชน์จากใบยาสูบเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสังคม

หากนำกรณีบทบาทของภาครัฐในการควบคุมสังคมและการควบคุมทางด้านเศรษฐกิจในอุตสาหกรรมยาสูบซึ่งถือเป็นพืชเศรษฐกิจไทยมาปรับใช้กับกัญชง/เฮมพ์ (Hemp) กล่าวคือภาครัฐให้การสนับสนุนเกษตรเพาะปลูกกัญชงภายใต้การควบคุมของภาครัฐเช่นเดียวกับอุตสาหกรรมยาสูบที่กฎหมายกำหนดให้กรมสรรพสามิตร กระทรวงการคลังเป็นผู้ควบคุมดูแลทั้งการเพาะปลูก การผลิต การแปรรูปใบยาสูบซึ่งเป็นพืชที่ให้ค่าตอบแทนสูงและเหมาะสมกับสภาพอากาศของประเทศไทยเช่น ภาคเหนือหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น พืชกัญชงเป็นพืชเส้นใยที่มีคุณภาพสูงเนื่องจากมีความเหนียวทนทานและยืดหยุ่นสามารถใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตภัณฑ์จากเส้นใยได้หลายชนิด ดังนั้นกัญชงจึงมีบทบาทสำคัญต่ออุตสาหกรรมสิ่งทอ ในปัจจุบันตลาดหลักของเส้นใยกัญชงคือ การใช้เส้นใยกัญชงเป็นวัตถุดิบในการผลิตผ้าและการนำเส้นใยมาใช้เป็นวัตถุดิบผลิตกระดาษ อีกทั้งผ้าที่ผลิตจากเส้นใยกัญชงจะมีคุณสมบัติเด่นคือการที่โครงสร้างของเส้นใยทำให้ผ้าที่ได้สวมใส่เย็นสบายในฤดูร้อนและอบอุ่นในฤดูหนาว เส้นใยกัญชงมีความแข็งแรงกว่าฝ้าย ดูดซับความชื้นได้ดีกว่าไนล่อนและอบอุ่นมากกว่าลินิน ข้อดีดังกล่าวทำให้เส้นใยกัญชงเริ่มเข้ามาเป็นคู่แข่งที่สำคัญในตลาดเส้นใยธรรมชาติได้ สำหรับเมล็ดกัญชงซึ่งให้น้ำมันจากเมล็ดกัญชงมีไขมันโอเมก้า 3 (Omega 3) ที่ได้จากปลาและเมล็ดกัญชงเท่านั้นซึ่งโอเมก้า 3 จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจรวมทั้งจากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยอริโซนาประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการบริโภคโอเมก้า 3 ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอีกด้วย อีกทั้งเมล็ดกัญชงประกอบไปด้วยโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงกว่าโปรตีนจากถั่วเหลืองสามารถนำมาใช้ทดแทนผลิตภัณฑ์จากถั่วได้ เช่นเต้าหู้ เนย เนยแข็ง ไอศกรีมและนม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อมในการเปรียบเทียบปริมาณเส้นใยกัญชงและการปลูกฝ้ายในระยะเวลา 1 ปีเท่ากันพบว่าการปลูกกัญชง 10 ไร่จะให้ผลิตเส้นใยเท่ากับการปลูกฝ้าย 20-30 ไร่ เส้นใยกัญชงยังมีคุณสมบัติดีกว่าฝ้ายเนื่องจากเส้นใยกัญชงยาวกว่าเส้นใยฝ้าย 2 เท่าอีกทั้งมีความแข็งแรงและความเหนียวมากกว่าของเส้นใยฝ้าย นอกจากนี้ฝ้ายยังต้องการอุณหภูมิที่เหมาะสมและน้ำในปริมาณที่มากกว่ากัญชง ฝ้ายยังต้องการสารป้องกันศัตรูพืชในปริมาณที่สูงซึ่งการปลูกกัญชงไม่จำเป็นต้องใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชจะใช้เพียงปุ๋ยและน้ำที่เหมาะสมเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่ากัญชงยังช่วยปรับปรุงคุณภาพของดินที่ใช้เพาะปลูกอีกด้วย จะเห็นได้ว่ากัญชงแม้จะเป็นพืชที่มีสารเสพติดอยู่แต่มีในปริมาณน้อยกว่ากัญชาและไม่นิยมนำมาใช้สูบเพื่อสันทนาการเช่นเดียวกับกัญชาแต่กัญชงกลับมีประโยชน์ในแง่เศรษฐกิจ หากภาครัฐเพิกเฉยต่อประโยชน์จากกัญชงประเทศไทยจะเสียโอกาสของการใช้ประโยชน์จากกัญชงไป ผู้เขียนจึงสนับสนุนการใช้ประโยชน์

จากกัญชงในภาคการเกษตรและอุตสาหกรรมและควบคุมโดยหน่วยงานภาครัฐโดยนำกฎหมายต่างประเทศที่มีมาตรการควบคุมกัญชง/เฮมพ์และกฎหมายการควบคุมยาสูบเป็นแบบอย่างในการกำหนดมาตรการควบคุม ดังนี้

1. กำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบให้ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตและตรวจสอบสารทีเอชซี (THC)

2. กำหนดปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ให้เหมาะสมกับประเทศไทย

3. กำหนดเมล็ดพันธุ์รับรอง (Certified Seed) ซึ่งมีค่าปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ให้เหมาะสมกับประเทศไทย

4. การออกใบอนุญาต (Licence) แบ่งประเภทของใบอนุญาตสำหรับเพาะปลูกและการอนุญาตสำหรับการวิจัย สำหรับหลักเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ขอรับใบอนุญาตการปลูกกัญชง/เฮมพ์ประกอบด้วย

   1) ใบอนุญาตสำหรับผู้ปลูก (Grower Licence) ต้องมีคุณสมบัติตามที่รัฐกำหนด

   2) ใบอนุญาตสำหรับนักวิจัย (Researcher Licence)

5. กำหนดให้การปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัย

6. กำหนดระยะเวลาของการอนุญาต

7. กำหนดมาตรการควบคุม

   1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาคุณสมบัติความเหมาะสมของผู้ขอออกใบอนุญาต

   2) เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ตรวจสอบแปลงปลูกกัญชง/เฮมพ์และวิเคราะห์สารเสพติดโดยสุ่มตัวอย่างจากใบ ดอก เพื่อวิเคราะห์หาสารเสพติด คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ว่าเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดหรือไม่

   3) กำหนดใช้เกษตรกรใช้เมล็ดพันธุ์รับรองเท่านั้นและต้องติดฉลากถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์การซื้อขาย ขนส่งระหว่างรัฐต้องได้รับอนุญาตทั้งผู้ซื้อและผู้ขายและต้องเก็บข้อมูลผู้ส่งของและผู้รับของ

   4) ผู้ปลูกจะต้องติดฉลากที่ป้ายแปลงปลูกแสดงพื้นที่ปลูก รวมถึงถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์รับรองโดยต้องแสดงชื่อพันธุ์ ผู้จำหน่าย แหล่งผลิต ปริมาณให้ชัดเจน

   5) การลงทะเบียนบันทึกข้อมูลเมล็ดกัญชง/เฮมพ์เพื่อสามารถตรวจสอบแหล่งที่มาได้

   6) การรักษาความปลอดภัยของแปลงปลูกเมล็ดพันธุ์ที่ใช้วิจัยและที่ใช้ปลูกไว้ในที่ปลอดภัย

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้ผู้เขียนได้สรุปแนวความคิดในการแก้ไขกฎหมายของไทยเรื่องการใช้ประโยชน์จากกัญชาโดยวางหลักเกณฑ์ตามรูปแบบ (Model) ทั้ง 4 รูปแบบ และกัญชงทั้ง 3 รูปแบบ รวมทั้งได้นำเสนอหลักเกณฑ์อันเป็นสาระสำคัญในการร่างกฎกระทรวงอันเป็นหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีปฏิบัติในการใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง อันเป็นเหตุยกเว้นความผิดหรือโทษในทางอาญาให้กับการกระทำดังกล่าว ตามเงื่อนไขที่ได้วิเคราะห์ได้ในบทที่ 5 ดังจะได้นำเสนอต่อไปเป็นลำดับ ดังนี้

6.1 บทสรุป

จากการศึกษา วิเคราะห์ เปรียบเทียบถึงประเด็นการใช้กัญชา/กัญชงในมุมมองต่าง ๆ ในส่วนของแนวความคิดและหลักกฎหมายว่าด้วยการใช้/เสพกัญชาส่วนบุคคลทั้งการใช้เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การเสพเพื่อผ่อนคลาย การใช้เพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจของต่างประเทศ ระหว่างประเทศและของประเทศไทย ถึงแม้ว่าการศึกษาแนวคิดว่าด้วยเรื่องยาเสพติดพบว่ากัญชามีสถานะทางกฎหมายคือยาเสพติดซึ่งมีโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 กล่าวคือ พืชกัญชา/กัญชงเป็นยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) และจัดเป็นกลุ่มพืชที่มีสารเสพติดเช่นเดิม แต่หากเป็นกรณีที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขอันจำกัดตามกฎหมายที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า การใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชงย่อมเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายและผู้กระทำต้องไม่มีความรับผิดทางอาญา เช่น การใช้กัญชารักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่ครบองค์ประกอบของความผิดในส่วนของการกระทำที่ไม่ใช่ความชั่ว (Schuld) หรือมิได้เป็นการกระทำที่ตำหนิได้ หรือการกระทำความผิดดังกล่าวได้ถูกลดทอนความผิดหรือโทษทั้งโดยนิตินัยหรือพฤตินัย เช่น การครอบครองหรือเสพเพื่อใช้ส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อยซึ่งไม่ถือว่าผู้เสพเป็นอาชญากร เป็นต้น ส่วนรูปแบบการใช้กัญชาในต่างประเทศที่ผู้เขียนได้ศึกษาวิเคราะห์ในบทที่ 5 ซึ่งเป็นตัวอย่างรูปแบบการใช้กัญชาของประเทศที่มีประสบการณ์ในการดำเนินนโยบายยาเสพติดและพัฒนากฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย ดังกรณีต่อไปนี้

1. การใช้กัญชาในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย กล่าวคือ เป็นการกระทำที่ไม่ครบองค์ประกอบของความผิดอาญาเนื่องจากขาดองค์ประกอบของความผิดในส่วนของความชั่ว แต่เนื่องจากกัญชายังมีสถานะทางกฎหมายเป็นยาเสพติดจึงเป็นการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (de Jure Decriminalisation) คือ การนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย

2. การใช้เสพและครอบครองกัญชาโดยมีเงื่อนไข กล่าวคือ เป็นการใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (de Facto Decriminalisation) คือ การมิได้นำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติมิได้บังคับใช้บทลงโทษในทางอาญา เช่น การจำกัดปริมาณการเสพ สถานที่เสพ อายุผู้เสพ เป็นต้น

3. การใช้มาตรการทางปกครองมาใช้บังคับกับการใช้กัญชาในกรณีการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล กล่าวคือ เป็นการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย คือการนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมายโดยใช้ควบคู่กับหลักมาตรการทางเลือกอื่น เช่น การเบี่ยงเบนคดีหรือการผันตัว (Diversion) การรักษาการติดยาเสพติด (Drug Dependence Treatment) มาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)

4. การเสพและการครอบครองกัญชาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ เป็นการใช้หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมควบคู่กับหลักการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) ในชั้นเจ้าพนักงานตำรวจซึ่งมีอำนาจในการใช้ดุลยพินิจในการไม่ดำเนินคดีกับป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ลงทะเบียนกับรัฐ

นอกจากนี้การใช้กัญชาในต่างประเทศซึ่งเป็นตัวอย่างรูปแบบการใช้กัญชงของประเทศที่มีประสบการณ์ในการพัฒนากฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศไทยเป็น 3 รูปแบบ คือ การจัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับกัญชงของภาครัฐซึ่งประกอบด้วยการวิจัยในทางเกษตรศาสตร์และในทางการแพทย์ การออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกกัญชงเพื่อการวิจัยและเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ การออกกฎหมายอนุญาตให้ปลูกกัญชงโดยกำหนดปริมาณสารเสพติด

6.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง โดยใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมโดยนิตินัยด้วยการออกกฎหมายลำดับรอง คือ ออกกฎกระทรวงตามกฎหมายในปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 26 วรรคสาม หรือตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดที่กำลังดำเนินยกร่างกฎหมาย อันเป็นหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีปฏิบัติในการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดประเภท 5 กรณีกัญชา/กัญชง อันเป็นเหตุยกเว้นความผิดหรือโทษในทางอาญาให้กับการกระทำดังกล่าว โดยผู้เขียนแยกมาตรการควบคุมการใช้ประโยชน์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กัญชาและกัญชง ดังนี้

6.2.1 กัญชา

เห็นควรออกกฎกระทรวงการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 เฉพาะกัญชา โดยกำหนดสาระสำคัญของการใช้ประโยชน์จากกัญชาตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์การปฏิบัติได้ในกรณี ดังนี้

1. การใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ควรนำหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดมาใช้กับกัญชาในกรณีการ

ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ เป็นการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในรูปแบบการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัยโดยการนำโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย โดยการกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติให้ครอบคลุมโดยการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อคุ้มครองบุคคลผู้ใช้กัญชาในการวิจัยในทางการแพทย์ซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลอื่นที่ได้รับการอนุญาตตามกฎหมาย โดยการกำหนดขอบเขตของการใช้กัญชาเพื่อการวิจัยอันมีวัตถุประสงค์ในการบำบัดรักษาเท่านั้นและเพื่อป้องกันมิให้มีบุคคลนำกัญชาไปใช้ในการกระทำความผิด โดยกำหนดสาระสำคัญของกฎหมายอันประกอบด้วย

1) คำจำกัดความ ประกอบด้วย การระบุโรคหรืออาการของผู้ป่วยที่ใช้กัญชารักษาได้ผล เช่น โรคมะเร็ง, ต้อหิน, โรคเอดส์ โรคเรื้อรังหรืออาการอื่นซึ่งเหตุผลที่จะต้องใช้กัญชาเพื่อรักษา เช่น อาการปวดรุนแรง, อาเจียนอย่างรุนแรง, อาการชัก โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง หรืออาการของโรคอื่นที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ และกำหนดคำนิยามที่สำคัญ เพื่อกำหนดขอบเขตการใช้ประโยชน์ ได้แก่ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ แพทย์ ผู้ป่วย ผู้ให้การดูแลเบื้องต้น และส่วนของกัญชาที่สามารถใช้ในทางการแพทย์ เป็นต้น

2) มาตรการทางกฎหมาย ประกอบด้วย ระบบการลงทะเบียนของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะขออนุญาตใช้กัญชารักษาโรคโดยจะต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐซึ่งมีอำนาจอนุมัติการใช้กัญชาในทางการแพทย์และเป็นผู้บังคับใช้กฎระเบียบเพื่อบริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมายและเป็นผู้ออกบัตรประจำตัวผู้ป่วย(Registry Identification card) ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียน อย่างไรก็ตามการลงทะเบียนของผู้ป่วยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นผู้สมควรได้รับการรักษาด้วยกัญชาด้วยการออกใบรับรองแพทย์และลงนามในเอกสาร และกำหนดปริมาณการใช้กัญชาของผู้ป่วย และกำหนดข้อห้ามของผู้ป่วย เช่น การใช้ในสถานที่สาธารณะ การจำกัดอายุผู้ป่วยให้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นต้น

3) หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้มีอำนาจอนุมัติการใช้กัญชาในทางการแพทย์และเป็นผู้บังคับใช้กฎระเบียบเพื่อบริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมายและเป็นผู้ออกบัตรประจำตัวผู้ป่วยให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียน

2. การใช้กัญชาของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมีความประสงค์จะใช้กัญชาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการของตนจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการปฏิบัติประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

1) ผู้ป่วยจะต้องมีคุณสมบัติตามที่รัฐกำหนด ได้แก่ บุคคลที่บรรลุนิติภาวะและเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายของชีวิตและได้ลงทะเบียนตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด และผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนภายใต้ข้อกำหนดของรัฐเช่นเดียวกัน

2) ผู้ป่วยได้รับการรับรองโดยแพทย์เวชปฏิบัติผู้ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศและเป็นแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและรับรองว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนด

3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐ และเก็บหลักฐานเอกสารการขึ้นทะเบียนเพื่อใช้แสดงตนกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

4) เจ้าหน้าที่ตำรวจใช้ดุลพินิจในการพิจารณาไม่ดำเนินคดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ทำการลงทะเบียนซึ่งครอบครองกัญชาไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ และได้ใช้กัญชาในสถานที่พักอาศัยส่วนบุคคล

5) ขอบเขตการใช้กัญชาไม่รวมถึงการเก็บสำรองกัญชาตลอดจนผลิตภัณฑ์จากกัญชาของบุคคลผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียน การปลูกกัญชา การใช้กัญชาในสถานที่สาธารณะ การครอบครองกัญชาในปริมาณที่เกินกำหนดและการใช้กัญชาขณะขับรถ

6) กำหนดปริมาณการครอบครองกัญชาโดยรัฐ เช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยครอบครองใบกัญชา 15 กรัม น้ำมันกัญชา 1 กรัม เรซิน/ยางกัญชา 2.5 กรัม เป็นต้น

6.2.2 กัญชง/เฮมพ์

เห็นควรสร้างแนวทางในการจัดการเพื่อผลิตและใช้กัญชง/เฮมพ์ แยกต่างหากจากกัญชา เนื่องจากกัญชง/เฮมพ์มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลน้อยกว่ากัญชาและมีศักยภาพที่จะนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในทางการแพทย์และในทางเศรษฐกิจ ด้วยการออกกฎกระทรวงการขออนุญาตผลิต จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภท 5 เฉพาะกัญชง/เฮมพ์ โดยกำหนดสาระสำคัญของการขออนุญาตใช้ประโยชน์ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

1. กำหนดหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตและตรวจสอบสารทีเอชซี (THC)

2. กำหนดปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.5 หรือร้อยละ 1 โดยรัฐควรพิจารณากำหนดปริมาณสารเสพติดในแต่ละพื้นที่เพาะปลูกเนื่องจากปริมาณสารเสพติดจะแตกต่างกัน เช่น การปลูกกัญชง/เฮมพ์ในเขตร้อนจะทำให้สารเสพติดมีปริมาณสูงกว่าการปลูกในเขตหนาว

3. กำหนดเมล็ดพันธุ์ที่รัฐรับรอง (Certified Seed) ซึ่งมีค่าปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ไม่เกิน 0.5% แต่อนุญาตให้ไม่เกิน 1% ในกรณีปลูกในพื้นที่ที่ไม่สามารถควบคุมสภาพภูมิอากาศได้

4. การออกใบอนุญาต (Licence) แบ่งประเภทของใบอนุญาตสำหรับเพาะปลูกและการอนุญาตสำหรับการวิจัย สำหรับหลักเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ขอรับใบอนุญาตการปลูกกัญชง/เฮมพ์ประกอบด้วย

1) ใบอนุญาตสำหรับผู้ปลูก (Grower Licence) สามารถซื้อขายต้นกัญชง/เฮมพ์และเมล็ดพันธุ์รับรองได้โดยผู้ขออนุญาตต้องมีคุณสมบัติตามที่รัฐกำหนด เช่น ไม่เป็นผู้ล้มละลายและไม่เคยต้องโทษในคดีร้ายแรงภายใน 10 ปี เป็นต้น

2) ใบอนุญาตสำหรับนักวิจัย (Researcher Licence) ซึ่งมี 2 ประเภท

(1) ประเภทที่ 1 สามารถวิจัยกัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ร้อยละ 3 ขึ้นไป

(2) ประเภทที่ 2 สามารถวิจัยได้เฉพาะ กัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ร้อยละ 1-3 ซึ่งผู้วิจัยต้องมีคุณสมบัติตามที่รัฐกำหนด เช่น เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการวิจัยขยายพันธุ์พืชและไม่เคยต้องโทษคดีร้ายแรงภายใน 10 ปี

5 การวิจัยกำหนดให้การปลูกกัญชง/เฮมพ์เพื่อการวิจัยมี 2 แบบ คือ

1) การวิจัยประเภท 1 คือ การอนุญาตให้วิจัยพันธุ์กัญชง/เฮมพ์จากแหล่งต่างๆซึ่งไม่ทราบปริมาณสารเสพติดและกำหนดให้วิจัยกัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ตั้งแต่ ร้อยละ 3 ขึ้นไปเพื่อตรวจหาสายพันธุ์ที่มีสารเสพติดน้อยลง

2) การวิจัยประเภท 2 คือ การอนุญาตให้วิจัยพันธุ์กัญชง/เฮมพ์ที่มีปริมาณปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ร้อยละ 1 แต่ไม่เกินร้อยละ 3 เพื่อวิจัยหาเมล็ดพันธุ์รับรองที่มีปริมาณสารปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.5

6. ระยะเวลาของการอนุญาต อายุใบอนุญาตมีระยะเวลา 3 ปีและสามารถต่ออายุการอนุญาตได้ครั้งละไม่เกิน 3 ปี ในการขออนุญาตทุกครั้งจะต้องมีการตรวจสอบทะเบียนประวัติโดยเจ้าพนักงานตำรวจ

7. ขั้นตอนมาตรการควบคุม

1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาคุณสมบัติความเหมาะสมของผู้ขอออกใบอนุญาต ผู้ขออนุญาตจะต้องส่งรายชื่อผู้เกี่ยวข้องในการผลิตกัญชง/เฮมพ์เพื่ออุตสาหกรรมทั้งหมด เช่น รายชื่อนักวิจัย หุ้นส่วนบริษัท คนงาน ผู้ขนส่งเมล็ดพันธุ์ เป็นต้น

2) เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ตรวจสอบแปลงปลูกกัญชง/เฮมพ์และวิเคราะห์สารเสพติดโดยสุ่มตัวอย่างจากใบ ดอก เพื่อวิเคราะห์หาสารเสพติด หากพบว่ามีปริมาณเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดก็จะเป็นผู้ทำลายต้นกัญชง/เฮมพ์ ออกจากแปลงปลูกนั้น

3) การปลูกเฮมพ์ต้องใช้เมล็ดพันธุ์รับรองเท่านั้นและต้องติดฉลากถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์การซื้อขาย และขนส่งระหว่างเมืองจะต้องได้รับอนุญาตทั้งผู้ซื้อและผู้ขายและต้องเก็บข้อมูลผู้ส่งของและผู้รับของ

4) ผู้ปลูกจะต้องติดฉลากที่ป้ายแปลงปลูกแสดงพื้นที่ปลูก รวมถึงถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์รับรองโดยจะต้องแสดงชื่อพันธุ์ ผู้จำหน่าย แหล่งผลิต และปริมาณให้ชัดเจน

5) การลงทะเบียนบันทึกข้อมูล แหล่งที่มา ชนิด จำนวนเมล็ดกัญชง/เฮมพ์ ข้อมูลการขนส่ง การรับเมล็ดพันธุ์รับรองหรือต้นกัญชง/เฮมพ์ เพื่อให้สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาได้

6) มาตรการรักษาความปลอดภัย กฎหมายควรกำหนดแปลงปลูกให้มีรั้วรอบและต้องเก็บรักษาเมล็ดพันธุ์ที่ใช้วิจัยและที่ใช้ปลูกไว้ในที่ปลอดภัย หากพบถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์ถูกเปิดโดยไม่ถูกต้องเจ้าของแปลงปลูกจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าตรวจสอบทันที

บรรณานุกรม

กฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด (ฉบับที่ 2). **ราชกิจจานุเบกษา.** 125, 84 ก (1 กรกฎาคม 2551).

กฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด พ.ศ.2546. **ราชกิจจานุเบกษา**. 120, 17 ก (2 มีนาคม 2546).

กรพันธุ์ ณ ระนอง. **คุณสมบัติในการบำบัดรักษาของกัญชา**. ค้นวันที่ 19 เมษายน 2556 จาก http://elib.fda.moph.go.th/library/fulltext1/private/picture.asp?temp=3685

กระทรวงยุติธรรม. **รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิจัยเพื่อหาวิธีลดปริมาณคดีที่มาสู่ศาลและความรวดเร็วในการดำเนินคดี**. รายงานการวิจัย เสนอต่อกระทรวงยุติธรรม, 2542.

กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. **หนังสือชุดวรรณกรรมหายาก แพทยศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สกสค., 2554.

กอบกูล จันทวโร. **กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ในมิติของการปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล**. ค้นวันที่ 17 เมษายน 2558 จาก http://elib.coj.go.th/Article/drug1.pdf

กำธร กำประเสริฐ และสาคริน ยุวะพุกกะ. **เอกสารประกอบคำบรรยายกระบวนวิชาภาษาอังกฤษสำหรับการศึกษากฎหมาย (English for Legal Study) LA 503**. กรุงเทพมหานคร: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2552.

กำธร กำประเสริฐ และสุเมธ จานประดับ. **ประวัติศาสตร์กฎหมายไทยและระบบกฎหมายหลัก (Thai Legal History and Major Legal System).** ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://e-book.ram.edu/e-book/l/LW103(50)/LW103-7.pdf

เกรย์, เจมส์ พี. **ทำไมกฎหมายยาเสพติดของเราจึงล้มเหลวและเราสามารถทำอะไรได้บ้าง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. **คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือเนติบัณฑิตยสภา, 2551.

คณพล จันทน์หอม. **รากฐานกฎหมายอาญา**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2558.

คณะกรรมาธิการยาเสพติดแห่งภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก. **มิใช่เพียงแค่การขนส่งผ่านภูมิภาค: ยาเสพติด รัฐ และสังคมในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก (Not Just in Transit Drugs the State and Society in West Africa).** กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำหริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2557.

คณะกรรมาธิการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติด. **เข้าควบคุม: เส้นทางสู่นโยบายยาเสพติดที่มีประสิทธิผล (Taking Control: Pathways to Drug Policies that Work)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

คณิต ณ นคร. **กฎหมายอาญาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2551.

คณิต ณ นคร. **กฎหมายอาญาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2560.

โครงการเผยแพร่ข้อมูลทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นบนพื้นที่สูง. ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก http://eherb.hrdi.or.th/search_result_details.php?herbariumID=969&name=Tobacco

จิตติ ติงศภัทิย์. **กฎหมายอาญา ภาค 1**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: เนติบัณฑิตยสภา, 2555.

จิตรลดา อารีย์สันติชัย. **ยางกัญชา (Hashish).** กรุงเทพมหานคร: สถาบันการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.

จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์: ทางเลือกในการยุติข้อขัดแย้งทางอาญาสำหรับสังคมไทย. **ดุลพาห**. 51, 2 (2547): 122-142.

ชาญชัย แสวงศักดิ์. **กฎหมายมหาชน ความเป็นมา ทฤษฎี และหลักการที่สำคัญ.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2553.

ชาย เสวิกุล. **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2511.

ชุติมา อธิคมธร. **มารู้จักกัญชงกันเถอะ**. ค้นวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 จาก http://www.tak.doae.go.th/KM Pobpra01.pdf

ไชยยศ เหมะรัชตะ. **รายงานผลการวิจัย ปัญหายาเสพติด: การศึกษาและวิเคราะห์ในแง่กฎหมาย.** รายงานการวิจัย เสนอต่อจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

แซนเดล, ไมเคิล. **ความยุติธรรม (Justice What's the Right Thing to Do?).** แปลโดย สกุณี อาชวานันทกุล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮาส์, 2557.

ณรงค์ ใจหาญ และคณะ. **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญา: ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

ณัฐเมธี สัยเวช. **แนวทางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดว่าด้วยผลการศึกษาจาก 5 ประเทศในยุโรป**. ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 จาก http://thaipuplica.org/2017/01/natmaytee-01

เดลินิวส์. ถอดกัญชาออกจากยาเสพติด แพทย์ยันรักษามะเร็งได้จริง (2 กรกฎาคม 2559). ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2560 จาก https://www.dailynews.co.th/regional/506419

ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

ถนอมหวัง อมาตยกุล. กัญชา. **วารสารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**. 1, 4 (ตุลาคม 2502): 242-248.

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ์. **คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555.

ทองหล่อ วงษ์ธรรมา. **จริยศาสตร์เบื้องต้น: มนุษย์กับอุดมคติและมาตรการทางศีลธรรม.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2554.

ไทยพับลิกา. ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2557 ใช้วิธีตามมาตรฐานสากล 'สัมภาษณ์การไม่ใช้ตัวแทน' ชี้คนสูบบุรี่-ดื่มเหล้าสูงขึ้น (8 กุมภาพันธ์ 2559). ค้นวันที่ 5 พฤษภาคม 2559 จาก https://thaipublica.org/2016/02/thaihealth-8-2-2557/

ธรรมนิตย์ สุมันตกุล. **กฎหมายมหาชนทางเศรษฐกิจช ทฤษฎี "กฎ" ในทางเศรษฐศาสตร์ (Theory of Regulation)**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2560.

ธีรธร มโนธรรม. กัญชา: มิติใหม่ทางการแพทย์. **วารสารอาหารและยา**. 14, 1 (มกราคม-เมษายน 2550): 23-31.

ธีรธร มโนธรรม. **เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับกัญชา**. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2549.

ธีรัตน์ เหลืองมั่นคง. **กว่าจะมาเป็นยา**. ค้นวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/khowledge/article/105/กว่าจะมาเป็นยา

นัทท์, เดวิด และคณะ. **การพัฒนามาตรวัดที่มีเหตุผลเพื่อประเมินอันตรายของยาเสพติดที่อาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด (Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse, 2007): โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง 19 ปี (เมท) แอมเฟตามีนกับนโยบายทางกฎหมาย: ผลลัพธ์และทางออกที่เป็นธรรม.** วันที่ 6-7 กรกฎาคม 2558. หน้า 56.

นันท์รพัช ไชยอัครพงษ์. การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด: กรณีศึกษานโยบายและมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ (Decriminalization of Drug Case: A Case Study of Policy and Alternative Measure from Foreign Countries. **วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย.** 5, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2556).

นิตยา แย้มพยัคฆ์. **การศึกษาแนวทางและมาตรการในการควบคุมพืชกัญชงเป็นพืชเศรษฐกิจ**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานอาหารและยา, 2548.

นิวัตร ธาตุอินจันทร์. เฮมพ์ พืชเศรษฐกิจชาวไทยภูเขาปลูกได้ถูกต้องตามกฎหมายแต่ต้องควบคุมใกล้ชิด. **บ้านเมือง** (10 ตุลาคม 2558): 1. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2558 จาก http://www.ryt9.com/s/bmnd/2271062

บรรเจิด สิงคะเนติ. **หลักกฎหมายมหาชน หลักนิติธรรม/นิติรัฐ ในฐานะ "เกณฑ์" จำกัดอำนาจรัฐ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2560.

บรรเจิด สิงคะเนติ. **หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2558.

ปกป้อง ศรีสนิท. **กฎหมายอาญาชั้นสูง อาชญากรรม ความรับผิดและโทษทางอาญา.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. **ราชกิจจานุเบกษา**. 113, ตอนพิเศษ 3 ง (16 สิงหาคม 2534).

ประธาน วัฒนวาณิชย์. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาชญาวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: ประกายพรึก 2546.

ประภัสสร ทิพยรัตน์, พิภพ ชำนิวิกัยพงศ์ และสิโรตม์ ชูติวัตร. **ปริมาณสารสำคัญในกัญชง (Cannabinoids Content in Cannabis).** ค้นวันที่ 5 สิงหาคม 2559 จาก http//www.sri.cmu.ac.th

ประมวลตำรับยาไทย. กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์, 2554.

ประเสริฐ ตัณศิริ และสถาพร สระมาลี. **เอกสารประกอบคำบรรยายวิชานิติปรัชญา หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ม.ป.ป.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. **กัญชารักษาโรค**. ค้นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.gotoknow.org/posts/474420

ปานจิต ชุณหบัณฑิต. **กายวิภาคศาสตร์: SUBTALAMUS**. ค้นวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://elearning.dt.mahidol.ac.th/departments/anatomy/pdf/DTAN311/SUBTALAMUS.pdf

ปาลญ์ ชญา. ครม. เห็นชอบแก้กฎหมายยาเสพติด เปิดให้วิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์ได้. **MThai** (22 เมษายน 2559). ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2560 จาก http://news.mthai.com/hot-news/general-naw/491349.html

ปิยเนตร ไล้เลิศ. **บทนิยามและการจัดแบ่งประเภทสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสารเสพติด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.

ผจงจิตต์ อธิคมนันทะ. **สังคมวิทยาว่าด้วยอาชญากรรมและการลงโทษ**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2525.

ผู้จัดการออนไลน์. รบ. อุรุกวัยเตรียมเปิดลงทะเบียนผู้เสพ “กัญชา” ก่อนเริ่มขายผ่านร้านขายยาครั้งแรกในโลก ส.ค. นี้ (7 กรกฎาคม 2559). ค้นวันที่ 7 กรกฎาคม 2559 จาก https://mgronline.com/around/detail/9590000067557

ผู้จัดการออนไลน์. สเปนพบสารออกฤทธิ์ในกัญชา ต้านเซลล์มะเร็งในสมองได้ (7 เมษายน 2552). ค้นวันที่ 7 มกราคม 2557 จาก https://mgronline.com/science/detail/9520000038895

พรชัย ขันตี และคณะ. **ทฤษฎีอาญาวิทยา: หลักการ งานวิจัยและนโยบายประยุกต์ (Criminological Theory: Principle, Research and Policy Implication)**. กรุงเทพมหานคร: ส. เจริญการพิมพ์, 2558.

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551. **ราชกิจจานุเบกษา.** 125, 33 ก (13 กุมภาพันธ์ 2551).

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. **ราชกิจจานุเบกษา**. 119, 96 ก (30 กันยายน 2545).

พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509. **ราชกิจจานุเบกษา.** 83, 117 (27 ธันวาคม 2509).

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. **ราชกิจจานุเบกษา**. 96, 63 ก (27 เมษายน 2522).

พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518. **ราชกิจจานุเบกษา**. 117, 111 ก (29 พฤศจิกายน 2543).

พระราชบัญญัติส่วนป่า พ.ศ.2535. **ราชกิจจานุเบกษา.** 109, 20 (13 มีนาคม 2535).

พระราชบัญญัติสวนป่า (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558. **ราชกิจจานุเบกษา**. 132, 44 ก (26 พฤษภาคม 2558).

พวงทอง ไกรพิบูลย์. **กายวิภาคและสรีรวิทยาระบบประสาท**. ค้นวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://haamor.com/th/

ภัควดี วีระภาสพงษ์. โลกใบใหม่-การแก้ปัญหายาเสพติด: การทดลองที่โปรตุเกส. **นิตยสารสารคดี**. 362 (เมษายน 2558).

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. **เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารงานควบคุมอาหารละยา หน่วยที่ 1-7**. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

มานิตย์ จุมปา. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสหรัฐอเมริกา (Introduction to American Law)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร; วิญญูชน, 2553.

มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด. **การยุติสงครามยาเสพติด ทำอย่างไรจึงจะชนะการอภิปรายว่าด้วยนโยบายยาเสพติดโลก**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

ยาใจ อภิบุญโยภาส และวินัย วนานุกูล. ภาวะพิษจากกัญชา (Cannabinoids Poisoning). **จุลสารพิษวิทยา**. 17, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2552): 3-4.

ยาสูบ อีกหนึ่งพืชเศรษฐกิจของเกษตรกรไทย. ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก http://travel.sanook.com/1009004/

รณชัย โตสมภาคม. **กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและการสร้างเสริมสุขภาพในทุกนโยบายของรัฐ(การปฏิรูปด้านสาธารณสุข)**. ค้นวันที่ 20 สิงหาคม 2559 จาก http://library2.parliament.go.th/ebook/content-issue/2558/hi2558-007.pdf

รวินท์ ลีละพัฒนะ. **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกฎหมาย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา. 134, 1 ก (6 มกราคม 2560).

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525**. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, 2539.

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์, 2546.

โรคจากการเสพติดกัญชา อาการแสดงเมื่อเสพติดกัญชา ภาวะเสพติดกัญชา. ค้นวันที่ 1 กันยายน 2560 จาก https://www.honestdocs.co/cannabis-use-disorder

ไลน์, กรอเรีย. **การวิเคราะห์ความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กรณี "นำเข้า"การนำหลักกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับการลงโทษอย่าง ได้สัดส่วนมาปรับใช้กับความผิดกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิการเมือง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำหริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2555.

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2538.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. **Hemp**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2558 จาก http://www.wikipedia.org

วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม และเกษม เที่ยงบูรณธรรม. **พจนานุกรมโรคและการบำบัด (Dictionary of Diseases and Therapies)**. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา, 2543.

วิภาวรรณ กิติวัชระเจริญ. **ยาสูบพืชเศรษฐกิจของไทย**. ค้นวันที่ 30 สิงหาคม 2559 จาก http://www.aglib.doa.go.th/lib/images/Downloads/2551/EB00010.pdf

วีระชัย ณ นคร. **กัญชา-กัญชง.** กรุงเทพมหานคร: องค์การสวนพฤกศาสตร์สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, 2542.

ศักดิ์ชัย เลิศพาณิชพันธุ์ และคณะ. **การสร้างทางเลือกที่เหมาะสมด้วยมาตรการไม่คุมขังกับผู้ต้องขังหญิงและหลีกเลี่ยงการใช้โทษจำคุกและการสร้างความฉลาดรู้ทางกฎหมายตามข้อกำหนดกรุงเทพ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.

ศักดิ์ชัย เลิศพาณิชพันธุ์. **การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ:ศึกษาเฉพาะกรณีประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 (นครสวรรค์). **การพัฒนาวิธีการตรวจหาสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลของกัญชาในปัสสาวะโดยวิธีแก๊สโครมาโตกราฟฟี แมสสเปคโตรมิเตอร์**. ค้นวันที่ 6 ธันวาคม 2557 จาก http://rmscns.dmsc.moph.go.th

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 (เชียงใหม่). **กรมวิทย์พัฒนาชุดทดสอบกัญชา-กัญชง สำเร็จรายแรกในประเทศ**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.oncb.go.th

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี. **องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ความหมายของยาเสพติด**. ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2557 จาก http://www.udon-nccd.com

สง่า ลีนะสมิต. **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยาพิสดาร**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2513.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. **การใช้กัญชาในทางการแพทย์ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2558 จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com

สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, ฝ่ายเภสัชกรรม. **กัญชง**. ค้นวันที่ 30 มกราคม 2560 จาก http://www.thanyarak.go.th

สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงลิสบอน. **คู่มือคนไทยในโปรตุเกส**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.ภาพพิมพ์, 2555.

สถาบันวิจัยยาเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา. **สมองและกลไกการเสพติด**. แปลโดย วิชัย โปษยะจินดา. ค้นวันที่ 2 ตุลาคม 2559 จาก http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf

สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน). **รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาเฮมพ์บนพื้นที่สูงภาคเหนือ (แผนปฏิบัติการพัฒนาเฮมพ์บนพื้นที่สูงภาคเหนือ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2553-2557)**. ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก https://web2012.hrdi.or.th/public/files/studyreport/1-Final-Report.pdf

สมยศ กิตติมั่นคง. **กัญชาคือยารักษามะเร็ง.** กรุงเทพมหานคร: โกกรีน โซเชียล เวนเจอร์, 2559.

สมยศ เชื้อไทย. **หลักกฎหมาย (Principles of Law) กฎหมายมหาชนเบื้องต้น (Introduction to Public Law).** พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. **เกร็ดความรู้เรื่องฮิปโปแคมพัส (Hippocampus)**. ค้นวันที่ 1 กันยายน 2558 จาก http://haamor.com/th/

สาธารณรัฐโปรตุเกส (The Republic of Portugal). ค้นวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 จาก http://www.thaiembassy.org/lisbon/th/thai-people

สำนักกิจการในพระดำหริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา. **การเปรียบเทียบอันตรายของสารเสพติดชนิดต่าง ๆ และโมดาฟินิล (Modafinil): ทางเลือกแทน (เมท) แอมเฟตามีนกับข้อพิจารณาทางวิทยาศาสตร์และกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **วิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย (Public Health Approach to Drug Use in Asia) หลักการและ การปฏิบัติในการทำให้ไม่เป็นความผิด (Principle and Practices for Decriminalization)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2559.

สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. **เอกสารประกอบบันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง หลักในการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย, ม.ป.ป.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **กัญชงและกัญชา.** ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2559 จาก https://www.oncb.go.th.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วยกฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.** พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก, 2556.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **สถานการณ์เฝ้าระวังปัญหายาเสพติดช่วงไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 (ต.ค.-ธ.ค. 2557).** ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.oncb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, กองนิติการ. **รวมกฎหมายยาเสพติด.** ค้นวันที่ 20 มกราคม 2561 จาก https://www.oncb.go.th/Home/DocLib3/รวมกฎหมายยาเสพติด/กฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติด/19law.pdf

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กองควบคุมวัตถุเสพติด. **วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2560 จาก http://www.newsser.fda.moph.go.th

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ศูนย์วิทยบริการ. **ความรู้เรื่องยาเสพติด.** ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.fda.moph.go.th

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด **เอกสารวิชาการด้านยาเสพติด.** ค้นวันที่ 5 มีนาคม 2557 จาก http://www.nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/ini_final.pdf

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาคเหนือ, ส่วนสำรวจและรายงาน. **กัญชา**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก http://www.oncb.go.th

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาคเหนือ, ส่วนสำรวจและรายงาน. **กัญชา-กัญชง.** ค้นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2559 จาก https://www.oncb.go.th/ncsmi/hemp7/กัญชา-กัญชง.pdf

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร และกรมศุลกากร. **สถิติการนำเข้า-ส่งออกสินค้าสำคัญ ประจำปี 2558.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2558.

สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC). **หนึ่งศตวรรษแห่งการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (รายงานขยายบทที่ 2 ของรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ค.ศ.2008 (World Drug Report 2008))**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

สุภาวดี วัจนะพรสิทธ์. **คุณสมบัติในการบำบัดรักษาของกัญชา.** นนทบุรี: กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2540.

สุริยา ปานแป้น และอนุวัฒน์ บุญนันท์. **คู่มือสอบกฎหมายรัฐธรรมนูญ**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ไอเดียพริ้นติ้ง (2013), 2560.

เสกสัณ เครือคำ. **อาชญากรรม อาชญาวิทยาและงานยุติธรรมทางอาญา (Crime, Criminology and Criminal Justice)**. กรุงเทพมหานคร: เพชรเกษมการพิมพ์, 2558.

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (IDPC). **คู่มือนโยบายยาเสพติด.** กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

หยุด แสงอุทัย. **การศึกษาวิชากฎหมาย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ประกายพรึก, 2546.

หยุด แสงอุทัย. **ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป.** กรุงเทพมหานคร: ประกายพรึก, 2545.

อ้อมบุญ วัลลิสุตี. **บทความการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์ทางเลือก**. ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2560 จาก http://www. phamacy.mahidol.ac.th

อัจฉรียา ชูตินันท์. **อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2561.

อัมมาร สยามวาลา และชัยยุทธ ปัญญสวัสดิ์สุทธิ์. บทบาทของการลักลอบค้ายาเสพติดในเศรษฐกิจไทย. **วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์.** 10, 1 (มีนาคม 2535): 1-41.

อาคม กาญจนประโชติ. กัญชง-กัญชา. **วารสารแม่โจ้ปริทัศน์.** 6, 6 (2548): 23-25.

อิสริยา เตชะธนะวัฒน์. การศึกษาชีวสมมูล (Bioequivalence Study). **วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม.** 16, 2 (เมษายน-มิถุนายน 2552).

อุกฤษฎ์ แพทย์น้อย. **ทฤษฎีประโยชน์นิยม (ภาควิชาปรัญชา)**. ค้นวันที่ 9 กันยายน 2559 จาก http://pioneer.chula.ac.th/-pukrit/2207102/utility.html

อุทัย อาทิเวช. **ทฤษฎีอาชญาวิทยากับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา (Criminology Theory and Criminal Justice System)**. กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง, 2558.

เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์. **การออกฤทธิ์ของยาเสพติดในสมอง (The Action of Drug of Addiction in Brain)**. ค้นวันที่ 30 เมษายน 2559 จาก http//nctc.oncb.go.th

ABC News. **Marijuana Compound May Flight Lung Cancer**. Retrieved December 6, 2014 from http://abcnews.go.com/heath/healthday/story?id=4506595

Abramovici, Hanan. **Cannabis (Marihuana, Marijuana) and the Cannabinoids**. Retrieved October 20, 2014 from http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-eng.php

Abrams, D. I. et al. Cannabis in Painful HIV-Associated Sensory Neuropathy: A Randomized Placebo-Controlled Trail. **Neurology**. 68, 7 (13 February 2007): 515-521.

Alaska NORML. Retrieved September 5 2016 from http://norml.org2legal2item 2alaska-medical-marijuana?category_id=835

Alexander, Amy; Smith, Paul F. and Rosengren, Rhonda J. **Cannabinoids in the Treatment of Cancer**. Retrieved October 20, 2017 from http://www.elsevier.com/locate/canlet

Amendment 64 Use and Regulation of Marijuana. Retrieved April 25, 2016 from http://www.fcgov.com/mmj/pdf/amendment64

Antonelli, Tiziana et al. Prenatal Exposure to the CB1 Receptor Agonist WIN 55,212-2 Causes Learning Disruption Associated with Impaired Cortical NMDA Receptor Function and Emotional Reactivity Changes in Rat Offspring. **Cereb Cortex.** 15, 12 (December 2005): 2013-2020.

Article XVIII, Section 14: Medical Use of Marijuana for Persons Suffering from Debilitating Medical Conditions, Colorado Constitution. Retrieved April 25, 2016 from http://www.colorado.gov/pacific/enforcement/laws-constitution-statues-and-regulations

The Australian Institute of Health and Welfare, Canberra. **2007 National Drug Strategy Household Survey**. Retrieved August 23, 2017 from https://en.wikipedia .org/wiki/cannabis_in_Australia

Backers, Michae L. **Cannabis Phamarcy.** New York: Blackdog & Leventhal, 2014.

Barros, Marina Carvalho de Moraes; Guinsburg, Ruth; Mitsuhiro, Sandro; Chalem, Elisa and Laranjeira, Ronaldo Ramos. Neurobehavioral Profile of Healthy Full-Term Newborn Infants of Adolescent Mothers. **Early Human Development.** 84, 5 (May 2008): 281-287.

Bieleman, Bert et al. **Coffeeshops in Nederland 2014.** Retrieved May 5, 2015 from https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/ 2015/ 05/01/coffeeshops-in-nederland-2014/coffeeshops-in-nederland-2014.pdf

Bowles, Daniel W.; O'Bryant, Cindy L.; Camidge, D. Ross and Jimeno, Antonio. The Intersection between Cannabis and Cancer in the United States. **Critical Review in Oncology/Hematology**. 83, 1 (July 2012): 1-10.

Brady, Joanne E. and Li, Guohua. Trends in Alcohol and Other Drugs Detected in Fatally Injured Drivers in The United States, 1999-2010. **American Journal of Epidemiology**. 179, 6 (March 2014): 692-699.

Budney, Alan J. and Hughes, John R. The Cannabis Withdrawal Syndrome. **Current Opinion in Psychiatry.** 19, 3 (May 2006): 233-238.

California Department of Public Health. **Proposition 215**. Retrieved November 14, 2015 from http://www.cdph.ca.gov

Campolongo, Patrizia et al. Preclinical Study: Perinatal Exposure to Delta-9-Tetrahydrocannabinol Causes Enduring Cognitive Deficits Associated with Alteration of Cortical Gene Expression and Neurotransmission in Rats. **Addiction Biology**. 12 (2007): 485-495.

Cannabis (Marihuana, Marijuana) and the Cannabinoid Dried Plant for Administration by Ingestion or Other Means Psychoactive Agent. Retrieved October 20, 2016 from http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-eng.php

Cannabis Timeline. Retrieved August 5, 2016 from http://www.erowid.org/plants/cannabis/cannabis_timeline.php

Caulkins, Jonathan P.; Hawken, Angela; Kilmer, Beua and Kleiman, Mark A. R. **Marijuana Legalization What Everyone Needs to Know.** Oxford: Oxford University Press, 2012.

Coffeeshops: Toeristenkunnen Nog Steeds in coffeeshopsgebruiken in Amsterdam [Coffeeshops: Tourists Can Still Use in Coffee Shops in Amsterdam. Retrieved from http://perma.cc/R9M3-9ZSS quoted in Gesley, Jenny. **Decriminalization of Narcotics: Netherlands.** Retrieved October 20, 2016 from https:www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/ Netherlands.php

Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988. Retrieved October 20, 2016 from https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime /Drug convention/Commentary on the_united_nations_con-vention _1988_E.pdf อ้างถึงใน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **วิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย (Public Health Approach to Drug Use in Asia) หลักการและ การปฏิบัติในการทำให้ไม่เป็นความผิด (Principle and Practices for Decriminalization)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2559.

Controlled Drug and Substances Act. Retrieve April 20, 2017 from http://laws-lois.justice.gc.ca

Coultan, Mark. **Medical-Use Marijuana Backed**. Retrieved May 16, 2018 from https://www.theaustralian.com.au/national-affairs/state-politics/medical-use-marijuana-backed/news-story/6611ae617c82a29af94545c3cf9e6b29

Decriminalization. Retrieved October 20, 2016 from http://en.m.wikipedia.org

The Department of Health, **Harmminimisation-What is It?**, Retrieved November 2, 2017 จาก http://www.health.gov.au

Doug Fine. **Hemp Bound**. New York: Chelsea Green, 2014.

E., Small and Marzus, D. **Hemp: A New Crop with New Use for North America**. Alexandria: ASHS, 2002.

Endocannabinoid System. **Thai Pharmaceutical and Health Science Journal**. 4, 1 (January-March 2009): 84-92.

Federal Executive Council Secretariat, Federal Executive Council Handbook. ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2560 จาก th.m.wikipedia.org

The Future of Weed to Stop Cancer. Retreived February 14, 2015 from http:// www.tempobkk.com/Magazine/the-future-of–weed-to-stop–cancer

G., Greenwald. **Drug Decriminalization in Portugal: Lesson for Creating Fair and Successful Drug Policies**. United States of America: Cato institute, 2009.

G., Murkin. **Drug Decriminalization in Portugal: Setting the Record Straight**. Retrieved from http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight อ้างถึงใน มูลนิธิเพื่อการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด. **การยุติสงครามยาเสพติด ทำอย่างไรจึงจะชนะการอภิปรายว่าด้วยนโยบายยาเสพติดโลก**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2558.

Gesley, Jenny. **Decriminalization of Narcotics: Netherlands.** Retrieved October 20, 2016 from https:www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/ Netherlands.php

Government of the Netherlands. **Toleration Policy Regarding Soft Drugs and Coffee Shops**. Retrieved October 17, 2017 from https://www.government.nl/ topics/drugs/ toleration-policy-regaeding–solf-drugs-and –coffee- shops

Government of the Netherlands. **Why Are Coffee Shops Allowed to Sell Soft Drugs in the Netherlands?**. Retrieved April 27, 2016 from https://www. govern ment.nl/topics/ drugs/contents/why-are-coffee-shops-allowed-to-sell-soft-drugs-in-the-netherlands

Hart, H. L. A. **The Concept of Law**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Hartman, Rebecca L. and Huestis, Marilyn A. Cannabis Effect on Driving Skills. **Clinical Chemistry.** 59, 3 (March 2013): 478-492.

Hashibe, Mia et al. Marijuana Use and the Risk of Lung and Upper Aerodigesstive Tract Cancers: Results of a Population-Based Cas-Control Study. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**. 15, 10 (October 2006): 1829-1834. http://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/marijuana/lawc-loic.html

Herring, Jonathan. **Criminal Law**. 7th ed. New York: Palgrave Macmillan, 2011 อ้างถึงใน เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. **คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือเนติบัณฑิตยสภา, 2551.

Indica vs. Sativa: What's the Difference?, Retrived July 13, 2018 from http://truthonpot.com/2016/03/14/indica-vs-sativa-whats-the-difference/

Industrial Hemp Regulations. Retrieve April 20, 2017 from http://laws-lois.justice.gc.ca

Jampel, Henry. American Gluacoma Society Position Statement: Marijuana and Treatment of Glaucoma. **Journal of Ophthalmology Journal Canadien d' Opthalmologie.** 45, 4 (2010): 324-326.

Jan, Copeland. **Torch the Joint**. Retrieved October 25, 2017 from http://www.abc.net.au/unleashed/stories/s2230262.htm

Jones, Jeffrey M. **Vast Majority of Americans Opposed to Reinstating Military Draft Fewer than on in Five Favor Return to the Draft**. Retrieved September 7, 2017 from http://www.gallup.com/poll/28642/Vast-Majority-Americans-Opposed-Reinstituting-Military-Draft.aspx

Macdonald, Scott; Hall, Wayne; Roman, Paul; Stockwell, Tim; Coghlan, Michelle and Nesvaag, Sverre. Testing for Cannabis in the Work-Place: A Review of the Evidence. **Addiction.** 105, 3 (2010): 408-416.

Marihuana Users and 10 Controls – Gained Weight in Hospital Ward: Greenberg et All Effects of Marihuana Use on Body Weight and Caloric Intake in Humans. **Journal of Psychopharmacology (Berlin)**. 49 (1976): 79-184.

Martin, Mickey; Rosenthal, Ed and Carter, Gregory T. **Medical Marijuana 101**. Oakland, California: Quick American, 2011.

Marzo, Vincenzo Di; Piscitelli, Fabiana and Mechoulam, Raphael. Cannabinoids and Endocannabinoids in Metabolic Disorders with Focus on Diabetes. In **Hanbook of Experimental Pharmacology Volume 203**. Berlin: Springer, 2017. Pp. 75-104.

Mathers, Bradley M. et al. Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV Among People Who Inject Drugs: A Systemic Review. **The Lancet**. 372, 9651 (15-21 November 2008): 1733-1745.

Mittleman, M. A.; Lewis, R. A.; Maclure, M.; Sherwood, J. B. and Muller, J. E. Triggering Myocardial Infarction by Marijuana. **Circulation.** 103, 23 (12 June 2001): 2805-2809.

Nabiximols (Sativex). In **Clinical Studies and Case Reports.** Retrieved August 24, 2016 from http://www.cannabis-ed.org/studies/ww_en_db_study_show. php?s_id =540

National Cancer Institute at the National Cancer Institute of Health. **Cannabis and Cannabinoids (PDQ).** Retrieved May 13, 2014 from http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/carn/cannabis/health professional/page4

National Cancer Institute at the National Cancer Institute of Health. **Cannbis and Cannabinoids (PDQ®).** Retrieved October 20, 2016 from http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/canabis/healthprofessional/page

National Conference of State Legislaters (NCSL). **State Medication Marijuana Laws**. Retrieved July 13, 2016 from http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx

National Institute on Drug Abuse. **Research Report Series Marijuana**. Retrieved April 20, 2017 from http://www.drugabuse.gov>mjrrs_2

National Research Council. **Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base**. Washington, DC.: The National Academies Press, 1999.

Note. Public Torts. **Harvard Law Review**. 35 (1922): 462.

Noyes, R. J., Jr and Baran, D. A. Cannabis Analgesia. **Comprehensive Psychiatry.** 15, 531 (1973).

Noyes, R. J., Jr et al. The Anlgesic Effect of Delta-9-Thc. **Journal of Clinical, Clinical Phamacology and Therapeutics**. 18 (1975): 139-143.

NSW Government. **Medical Cannabis Compassionate Use Scheme Fact Sheet for Adults with a Terminal Illness and Their Carers**. Retrieved August 8, 2017 from http://www.medicinalcannabis.nsw.gov.au/regulation/medicinal-cannabis-compasssionate-use-scheme

O'Shaughnessy, W. B. On the Preparation of the Indian Hemp or Ganja (1839), In **Report of Ohio State Medical Committee on Cannabis Indica** (1860).

Office of Drug Control Grants First Cannabis Licence. Retrieved May 16, 2018 from http://www.odc.gov.au

Packer, Herbert L. **The Limit of the Criminal Sanctions**. California: Stanford University Press, 1968.

Pompam. **Omega 3 คืออะไรและมีความสำคัญอย่างไร**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2559 จาก https://healthgossip.co/what-is-omega-3/

ProCon.org. **24 Legal Medical Marijuana States and DC Laws, Fees and Possession Limits**. Retrieved April 27, 2016 from http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881

Procon.org. **29 Legal Medical Marijuana States and DC**. Retrieved June 26, 2017 from http://medicalmarijuana.procon.org/

Queen and Commonwealth. ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2560 จาก th.m.wikipedia.org

Queensland Government Business Queensland. **Industrial Cannabis Production.** Retrieved April 20, 2017 from https://www.business.QLD.gov.au/industry/agric

Queensland Health. **Low THC Hemp Seed Food**. Retrieved December 5, 2017 from https://www.health.qld.gov.au

Randall, Robert, ed. The Lynn Pierson Therapeutic Research Program, The Behavioral Health Sciences Division, Health and Environment Department, March 1983 and 1984. In **Marijuana, Medicine and the Law Vol. 1.** Washington, DC.: Galen, 1988. Pp. 125-133.

Randall, Robert, ed. The Lynn Pierson Therapeutic Research Program, The Behavioral Health Sciences Division, Health and Environment Department, March 1983 and 1984. In **Marijuana, Medicine and the Law Vol. 2.** Washington, DC.: Galen, 1988. Pp. 36-38.

Reynolds, J. R. Therapeutic Uses and Toxic Effects of Cannabis Indica. **Lancet.** i: 637-368.

Rosenberg, Chaim. The Use of Marihuana in the Treatment of Alcoholism. **Alcohol.** 39 (1978): 1995-1998.

Rubino, Tiziana et al. Changes in Hippocampal Morphology and Neuroplasticity Induced by Adolescent THC Treatment are Associated with Cognitive Impairment In Adulthood. **Hippocampus.** 19, 8 (2009): 763-772.

Russo, Ethan B. and Guy, Geoffrey W. A Tale of Two Cannabinoids: The Therapeutic Rationale for Combinningerahydrocannabinl and Cannabidiol. **Medical Hypothesis**. 66, 2 (2006): 234-246.

Sallan, Stephen E.; Zinberg, Norman E. and Frei, Emil, III. Antiemetic Effect of Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. **The New England Journal of Medicine.** 293, 16 (16 October 1975): 795-797.

Schafer, Stephen. **Victimology: The Victim and His Criminal**. Reston, VA.: Reston, 1997.

Shavell, Steven. Criminal Law and the Optimal Use of Nonmonetary Sanctions as a Deterrent. in **Jules Coleman and Jeffrey Lange, Laws and Economics, volume 1.** Aldershot: Dartmouth, 1992 อ้างถึงใน ปกป้อง ศรีสนิท. **กฎหมายอาญาชั้นสูง อาชญากรรม ความรับผิดและโทษทางอาญา.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

Sutherland, E. H. and Cressy, D. R. **Principles of Criminology.** 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1966.

State Industrial Hemp Statutes. Retrieved October 20, 2015 from http://www.ncsl.org/research/agriculture-and-rural-development/state-industrial-hemp-statutes.aspx

Tappan, Paul. **Crime, Justice and Correction**. New York, N.Y.: McGraw-Hill, 1960.

Thomas, Grace; Kloner, Robert A. and Rezkalla, Shereif. Adverse Cardiovascular, Cerebrovascular and Peripheral Vascular Effects of Marijuana Inhalation: What Cardiologists Need to Know. **The American Journal of Cardiology** 113, 1 (January 2014): 187-190.

Transnational Institute/Washington Office on Latin America. **System Overloaded: Drugs Laws and Prisons in Latin America.** Retrieved April 30, 2017 from http://drogassyderecho.org/assets/so-completo.pdf

United Nations. **Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961**. Retrieved October 20, 2016 from http://www.unodc.org

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2016: Cannabis**. Retrieved April 5, 2017 from http://www.unodc.org

WHO Expert Committee on Drug Dependence. **World Health Organization Technical Report Series Number 618 (Twenty-First Report).** Geneva: World Health Organization, 1978.

Wikipedia. **Legal History of Cannabis in the United States**. Retrieved April 16, 2017 from http://en.Wikipedia.org/Wiki/Legal_history_of_cannabis_in_the_United_states

World Health Organization (WHO). **Lexicon of Alcohol and Drug Terms**. Retrieved December 1, 2015 from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/print.html

Zajicek, John P. Role of Cannabinoids in Multiple Sclerosis. **CNS Drugs.** 25, 3 (March 2011): 187-201.

Zeese, Kevin B. **Research Finding on Medicinal Properties of Marijiuna**. Retrieved October 20, 2016 from http://www.lindesmith.org/mmjcsdp.html

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ ชื่อสกุล พันตำรวจโทหญิง ชลิดา อุปัญญ์

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2546

นิติศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2550

นิติศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2553

เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 66
เนติบัณฑิตยสภา ในพระบรมราชูปถัมภ์
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2556

ประสบการณ์ทำงาน

ปัจจุบัน
สารวัตรฝ่ายกฎหมายและวินัย
กองบังคับการอำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ