

กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์: สถานการณ์ ผลกระทบ  
แนวทางการจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย  
รายงานฉบับสมบูรณ์



รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

รายงานวิจัยฉบับนี้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ ครอบคลุมสถานการณ์ ผลกระทบ และกลไกควบคุมกำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2563) เพื่อให้เห็นขอบเขตองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสามารถนำมาประเมินความเป็นเหตุเป็นผลของการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ทั้งนี้ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในหลายต่อหลายประเทศได้รับการผลักดันด้วยเหตุผลหลักสามประการ ได้แก่ 1) สรรพคุณทางการแพทย์ 2) ผลเสียที่ได้รับการอ้างว่าน้อยกว่ายาเสพติดประเภทอื่นและผลพลอยได้ในแง่การใช้เพื่อทดแทนและลดปัญหาจากยาเสพติดอื่น และ 3) ประโยชน์ในแง่รายได้จากการพาณิชย์ของห่วงโซ่การผลิตกัญชาทางการแพทย์ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่างๆ

งานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าเหตุผลหลักทั้งสามประการนั้นเป็นจริงหรือไม่ และได้วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย และได้นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาดำเนินการ เพื่อให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้นมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังที่มุ่งหวัง

รศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10 มิถุนายน 2563

## สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
รายละเอียดโครงการโดยย่อ	1
ผลการศึกษา	9
สถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์	10
ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์	27
แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์	55
อภิปรายผลการศึกษา	87
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย	93

## สารบัญรูปร่างและตาราง

หัวข้อ	หน้า
<b>รูปที่ 1:</b> จำนวนงานวิจัยภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่ได้จากการสืบค้นจนถึง 31 มีนาคม 2563	10
<b>ตารางที่ 1:</b> สถานการณ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของ 56 ประเทศทั่วโลก	11
<b>ตารางที่ 2:</b> ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชา	34
<b>ตารางที่ 3:</b> ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์	40
<b>ตารางที่ 4:</b> ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้สารเสพติดประเภทอื่น	42
<b>ตารางที่ 5:</b> ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการสูบบุหรี่	45

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ ครอบคลุมสถานการณ์ ผลกระทบ และกลไกควบคุมกำกับกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2563) เพื่อให้เห็นขอบเขตขององค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสามารถ นำมาประเมินความเป็นเหตุเป็นผลของการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ทั้งนี้ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในหลายประเทศได้รับการผลักดันด้วยเหตุผลหลักสามประการ ได้แก่ 1) สรรพคุณทางการแพทย์ 2) ผลเสียที่ได้รับการอ้างว่าน้อยกว่ายาเสพติดประเภทอื่นและผลพลอย ได้ในแง่การใช้เพื่อทดแทนและลดปัญหาจากยาเสพติดอื่น และ 3) ประโยชน์ในแง่รายได้จากการพาณิชย์ ของห่วงโซ่การผลิตกัญชาทางการแพทย์ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่างๆ

จากผลการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกนั้น หากว่า กันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คงไม่สามารถตอบได้เต็มปากว่าเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนด้วย เหตุผลที่ดีพอตามที่กล่าวอ้าง และมีแนวโน้มที่กระแสวิพากษ์วิจารณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์จะถูก นำไปใช้เป็นสะพานไปสู่การเรียกร้องให้เกิดนโยบายเสรีกัญชาในอนาคต

นอกจากนี้ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่แต่ละประเทศดำเนินการล้วนมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยสามารถจำแนกตามลักษณะสำคัญ ดังนี้

- 1. Population:** มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีความ หลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีโรคที่เฉพาะเจาะจง ไปจนถึงการใช้เพื่อบรรเทาอาการสำหรับ ประชาชนในวงกว้าง
- 2. Procurement:** มีการกำหนดแหล่งที่มาของกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่แตกต่างกันมากใน แต่ละประเทศ มีทั้งแบบที่ให้ปลูกใช้เองที่บ้าน ให้ผลิตในประเทศ หรือให้เฉพาะนำเข้าผลิตภัณฑ์ จากต่างประเทศ หรือหลายรูปแบบร่วมกัน
- 3. Products:** มีการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายลักษณะแตกต่างกันไป ตั้งแต่การใช้ใน รูปแบบส่วนของสมุนไพรมาเป็นยารักษาบรรเทาอาการ การใช้ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชา เช่น น้ำมัน ยาง หรือแม้แต่การอนุญาตให้ใช้เฉพาะสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการพิสูจน์ตามมาตรฐาน ทางทางการแพทย์แผนปัจจุบันและขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนปัจจุบันสำหรับรักษาเฉพาะโรคเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีทั้งในลักษณะที่จำกัดปริมาณสาร THC, CBD และที่ไม่จำกัดปริมาณ

4. **Platform:** ลักษณะการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แบ่งออกเป็น กลุ่มประเทศที่ควบคุมให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานพยาบาล กลุ่มประเทศที่ใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาล และกลุ่มประเทศที่ไม่ระบุ
5. **Prescription:** หากมองในภาพรวมจะพบว่า ประเทศที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นจะกำหนดให้มีการสั่งจ่ายโดยแพทย์ มีบางส่วนที่กำหนดคุณสมบัติเฉพาะของผู้สั่งจ่ายที่ต้องผ่านการอบรม หรือเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีส่วนน้อยที่ให้จ่ายได้เองผ่านทางร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐ และส่วนน้อยที่จะให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เองโดยเสรีโดยไม่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์
6. **Professional responsiveness:** ประเทศส่วนใหญ่ที่ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้น มักมีลักษณะการผลักดันและขับเคลื่อนผ่านกลไกราชการ ผ่านทางกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุขโดยมิได้มีหลักฐานที่ชัดเจนของสภาวิชาชีพทางการแพทย์ และมีบางประเทศที่มีหลักฐานเรื่องการไม่ยอมรับในสรรพคุณของกัญชาและความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ จนเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างรัฐกับหน่วยงานสุขภาพ หรือองค์กรวิชาชีพ
7. **Permission and regulation:** ระบบการควบคุมกำกับ และเฝ้าระวังของแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มักใช้กลไกของกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บางประเทศตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อดูแลงานกัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ และมีบางประเทศที่ให้หน่วยงานด้านอื่นๆ เป็นผู้ดูแล เช่น หน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยเรานั้น การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน แม้จะมีความก้าวหน้าตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย แต่ยังมีประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา 6 เรื่องหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์, ผลกระทบต่อระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์, การแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง, การขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา, ปัญหาด้านระบบการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชา และปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่ พัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูล

ข่าวสารด้านสุขภาพในเรื่องกัญชาและสารสกัดจากกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์, วิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพทั้งในรูปแบบแผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก และวางแผนให้เกิดมาตรฐานการดูแลรักษา และ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์สำหรับการแพทย์โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล, นุรณการการทำงาน และพัฒนาแผนเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่นๆ, พัฒนานโยบาย และระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ และสังคม จากการดำเนินนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย และวางแผนการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ โดยยึดตามมาตรฐานสากล

---

# กรณีศึกษา นโยบายกัญชาทางการแพทย์: สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

(Case Studies of Medical Cannabis Policy: Situation, Impact, Management, and Policy  
Recommendation for Thailand)

## หลักการและเหตุผล

การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Cannabis Use in Medicine หรือ Medical cannabis) หมายถึง การนำกัญชา และ/หรือสารสกัดจากกัญชาไปใช้ทางการแพทย์เพื่อรักษาโรค และบรรเทาอาการต่าง ๆ

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีความพยายามที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคและบรรเทาอาการต่าง ๆ มายาวนาน ปรากฏในตำราจำนวนมาก ช่วงที่กัญชาได้รับการจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดนั้นทำให้ขัดขวางการผลิต และการศึกษาวิจัยทางการแพทย์อย่างมาก อย่างไรก็ตาม ตามฐานข้อมูลการแพทย์แผนปัจจุบัน มีหลักฐานค่อนข้างจำกัดที่บ่งบอกว่ากัญชาสามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด หรือเพื่อเพิ่มความอยากอาหารในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรัง และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่วนการใช้ทางการแพทย์อื่น ๆ นั้นยังไม่มีข้อมูลเพียงพอในเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผลของกัญชา

สำหรับการแพทย์แผนไทยนั้น มีตำราการแพทย์แผนไทยหลากหลายที่กล่าวถึงสรรพคุณของกัญชา อาทิ คัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์ 3 ตำรับ ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 ตำรับ จารึกวัดโพธิ์ 14 ตำรับ ตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงษาธิราชสนิท 3 ตำรับ รวม 22 ตำรับ และมีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำราชั้นหลังอีก รวมทั้งสิ้น 90 ตำรับ (จากตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ประกาศแล้วราว 23,000 ตำรับ) ในจำนวนนี้มีส่วนหนึ่งที่เข้าฝันและตัวยาห้ามใช้บางชนิด เมื่อมีการผ่อนผันให้ใช้กัญชาเป็นยาได้ จึงมีเพียง 16 ตำรับ ที่ประกาศกำหนดให้เป็นตำรับยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่อนุญาตให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือศึกษาวิจัยได้ โดยจัดอยู่ในกลุ่ม “ตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตัวยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณที่แก้ปัญหาสาธารณสุข”

ในขณะที่การแพทย์แผนโบราณของประเทศอินเดียนั้นมี 6 ระบบ ได้แก่ อายุรเวท โยคะ สิทธา ยูนา นิ ธรรมชาติบำบัด และโฮมิโอพาที จากการทบทวนตำรับยาทางการแพทย์ทั้ง 6 ระบบ พบว่ามี 1,092,000 ตำรับ โดยมีกัญชาปรากฏเป็นส่วนประกอบอยู่ในตำรับยาอายุรเวท 191 ตำรับ ใน 13 รูปแบบ/ขนาด (dosage form) เพื่อใช้รักษาและบรรเทาอาการรวม 29 โรค/อาการ แสดงว่ากัญชาเป็นส่วนผสมในตำรับยาจำนวนมากนัก<sup>๑</sup> กัญชาได้รับการจัดให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ในมอริเชียสซึ่งเป็นอาณานิคมของประเทศอังกฤษ ซึ่งพบปัญหาในหมู่กรรมกรชาวอินเดีย จึงห้ามใช้กัญชาตั้งแต่ค.ศ. 1840 ต่อมาสิงคโปร์ก็ออกกฎหมายห้ามในปีค.ศ. 1870 ตามมาด้วยประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยมีการประชุมนานาชาติในปีค.ศ. 1925 ณ กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ ออกอนุสัญญาระหว่างประเทศเรื่อง



ฝิ่น และการนำเข้ากัญชาจะต้องใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น นอกจากนี้ บางประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา มีการออกรัฐบัญญัติภาษีกัญชา ห้ามผลิตกัญชงและกัญชาอีกด้วย ทั้งนี้ นโยบายการเข้มงวดในการควบคุมและปราบปรามกัญชานั้นคงอยู่อย่างยาวนานกว่า 3 ทศวรรษ

ประเทศแรกที่นำร่องผ่อนคลายการควบคุมคือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเริ่มแบ่งยาเสพติดเป็นกลุ่มอันตรายมากกว่า และอันตรายน้อยกว่า โดยจัดกัญชาอยู่ในกลุ่มที่อันตรายน้อยกว่าในปีค.ศ. 1972 โดยกำหนดว่าการครอบครองกัญชาไม่เกิน 30 กรัมเป็นความผิดอาญาไม่ร้ายแรง และยอมให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในคอฟฟี่ชอปตั้งตั้งแต่ปีค.ศ. 1976

อุรุกวัยเป็นประเทศแรกที่เปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างกว้างขวาง โดยออกกฎหมายเมื่อเดือนธันวาคม 2013 และสิงหาคม 2014 ให้ประชาชนปลูกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น โดยให้รวมกลุ่มเป็นสโมสรผู้ปลูกกัญชา และมีร้านขายกัญชาได้โดยรัฐเป็นผู้ควบคุม ในขณะที่ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่สอง ที่เปิดให้ใช้กัญชาอย่างเสรีได้เมื่อ 17 ตุลาคม 2018 โดยมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมได้ทั้งในคนและในสัตว์ แต่กำหนดให้มีสารสกัด THC ไม่เกิน 10 ส่วนในล้านส่วน และอนุญาตให้ใช้ยา Nabiximols (Sativex<sup>®</sup>) เป็นยาสารสกัดกัญชาที่จำหน่ายในแคนาดาได้ในสถานะของยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์

ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นมี 7 มลรัฐที่แก้ไขกฎหมายลดความเข้มงวดในการควบคุมลงในช่วงปีค.ศ. 1972-1978 และมลรัฐวอชิงตันเป็นรัฐแรกที่เปิดให้กัญชาถูกกฎหมายในปีค.ศ. 2014 และมลรัฐโคโลราโดเป็นรัฐที่สอง ซึ่งเปิดให้กัญชาถูกกฎหมาย และมีการเปิดสโมสรกัญชาในปีค.ศ. 2015 เพื่อให้คนไปสูบกัญชา แต่ไม่อนุญาตให้มีการซื้อขายกัญชาในสโมสร อย่างไรก็ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา (Federal law) ยังจัดว่ากัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ความแตกต่างของกฎหมายระหว่างของมลรัฐและของประเทศส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ในปีค.ศ. 2013 มลรัฐแคลิฟอร์เนียมีกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ และมีการขายกัญชาในร้านยาจำนวนมากจนเกิดปัญหาการใช้ในทางที่ผิดทั้งโดยผู้ใช้กัญชา และบุคลากรทางการแพทย์ ศาลสูงสุดของมลรัฐแคลิฟอร์เนียได้ตัดสินว่า รัฐบาลท้องถิ่นสามารถสั่งห้ามร้านยามีให้จำหน่ายกัญชาได้ แม้กฎหมายของรัฐจะอนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ได้ก็ตาม ทำให้มีการสั่งห้ามขายกัญชาในร้านยาอย่างน้อย 180 เมืองในมลรัฐแคลิฟอร์เนียในระยะเวลาดังกล่าว

รายงานยาเสพติดโลก (World Drug Report) ปีค.ศ. 2019 ของสหประชาชาติ ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่มีการผลิต ลักลอบ และบริโภคมากที่สุดในโลก และประมาณว่ามีคนเสพกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ ราว 188 ล้านคนทั่วโลกในปีค.ศ. 2017 และอัตราการเสพเพิ่มขึ้นมากในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย<sup>๒</sup>

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดนานาชาติ หรือ International Narcotics Control Board (INCB) ซึ่งเป็นกลไกหลักด้านนโยบายและวิชาการเกี่ยวกับยาเสพติดของสหประชาชาติ ได้ออกรายงานในเดือนมีนาคม 2019 โดยเตือนว่า การปลดล็อกกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์นั้น มีประโยชน์ที่พิสูจน์ได้จริงจำกัดมาก หลักฐานทางวิชาการตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีอยู่นั้นมีน้อย โดยงานวิจัยที่อ้างอิงเพื่อ

สนับสนุนการใช้ทางการแพทย์นั้นยังไม่เข้มแข็ง มีจุดอ่อนจากวิธีการวิจัยอยู่มาก และระบุว่า กัญชานั้นไม่สามารถนำมาทดแทนการรักษามาตรฐานได้ ไม่ว่าจะ เป็นโรคใดก็ตาม อัตราการเกิดผลข้างเคียงหรือผลไม่พึงประสงค์มีสูง และหากไปประเมินผลกระทบจากการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ในประเทศต่าง ๆ มาแล้ว พบว่า ประเทศเหล่านั้นเกิดปัญหาสาธารณสุข และทางสังคมตามมาหลายเรื่อง ไม่สามารถควบคุมกระบวนการต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดการผลิต ค้าขาย และแอบใช้ผิดวัตถุประสงค์มากมาย จนยากที่จะแก้ไข เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา เป็นต้น<sup>๓</sup>

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการผลักดันให้เกิดการแก้ไขพรบ.ยาเสพติดให้โทษ โดยเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ตั้งแต่ 27 ก.ย.2561 และผ่านกระบวนการต่าง ๆ จนผ่านการรับรองทั้ง 3 วาระ และประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อ 25 ธ.ค.2561 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 ก.พ.2562 เจตนารมณ์ของพรบ.ยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ.2562 มีใจความสำคัญเพื่อเปิดช่องให้นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย แต่ยังคงไม่อนุญาตให้เสพเพื่อความบันเทิงหรือนันทนาการ นอกจากพรบ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ.2562 แล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขอีก 2 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 26 ก.พ. 2562 เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วยตามมาตรา 22(2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ.2562 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2562 เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญสอดคล้องกับพรบ.ยาเสพติดให้โทษ และกำหนดข้อยกเว้นสำหรับสารสกัดจากกัญชา CBD ที่มีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99 และ THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก รวมถึงเปลือกแห้ง แก่นลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แก่นลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

แม้ประเทศไทยจะเพิ่งดำเนินการปลดล็อกให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในปี 2019 นี้ แต่ปรากฏการณ์ทางสังคมหลายเรื่องก็เริ่มสังเกตได้ชัดเจนมากขึ้นจากการนำเสนอข่าวต่าง ๆ ผ่านทางสื่อมวลชน และเครือข่ายสังคม เช่น ความเชื่อและงมงายว่ากัญชารักษาได้ทุกโรค การเติบโตของธุรกิจซื้อขายกัญชาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างผิดกฎหมายผ่านทางสื่อออนไลน์ การสร้างระบบการตลาดด้านกัญชาโดยมีตัวแทนและ/หรือการประยุกต์วิธีทางการตลาดเช่น Multi-level marketing ตลอดจนผลกระทบที่เกิดต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ภาระงานจากจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาจากผลไม่พึงประสงค์จากกัญชา ทั้งเด็ก เยาวชน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ<sup>๔</sup>

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมานั้นยังไม่มีการศึกษาเพื่อรวบรวมบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย รวมถึงกรอบการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการทบทวนข้อมูลวิชาการ

เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ และผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว เพื่อสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศไทย และแวดวงวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้พิจารณาวางแผนดำเนินนโยบาย ติดตาม กำกับ ประเมินผล รวมถึงการจัดการกลไกเพื่อเตรียมรับมือกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ทบทวนสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของต่างประเทศและประเทศไทย
2. ทบทวนผลการศึกษาวิจัยและข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศและประเทศไทย
3. ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดการนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าจะดำเนินการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลหลักทางด้านทางการแพทย์และด้านสุขภาพระดับนานาชาติ ได้แก่ PubMed และ SCOPUS ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และดึงงานวิจัยและ/หรือข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกรอ้างอิงจากงานวิจัยที่ค้นหาได้ (Cross reference) ส่วนข้อมูลงานวิจัยภาษาไทยจะดำเนินการค้นหาจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre)

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รายงานภาพรวมของสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของต่างประเทศและประเทศไทย และผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศและประเทศไทย
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

## กรอบแนวคิด



## ตัวแปรที่ศึกษา/นิยามคำศัพท์

**กัญชา** หมายถึง พืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท นำมาใช้ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และนันทนาการ สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทคือ สาร Tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งเป็นหนึ่งในสารประกอบ 483 ชนิดที่เป็นที่รู้จักแล้วจากกัญชา รวมทั้งสารในกลุ่ม Cannabinoids อื่นอีกอย่างน้อย 65 ชนิด ทั้งนี้กัญชาอาจใช้ได้โดยการสูบ การสูดดมสารระเหย (vaporizing) ผสมในอาหาร หรือทำเป็นสารสกัด กัญชามีผลต่อสมองและร่างกาย ทำให้เกิดอาการ “เมา” (high หรือ stoned) เบิกบาน เจริญอาหาร ฤทธิ์ของกัญชาอาจเกิดขึ้นในเวลาเป็นนาทีหลังสูบ หรือราว 30-60 นาทีหลังรับประทาน และจะคงอยู่ราว 2-6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงระยะสั้นได้แก่ ปากแห้ง หงุดหงิด ตาแดง ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลดลง หวาดระแวง และวิตกกังวล ผลข้างเคียงระยะยาวได้แก่ อาการเสพติด สติปัญญาเสื่อมลงโดยเฉพาะผู้ที่เริ่มเสพตั้งแต่วัยรุ่น และปัญหาด้านพฤติกรรมในเด็กที่แม่เสพกัญชา ระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างการใช้กัญชากับการเกิดโรคจิต<sup>๑</sup>

**การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Cannabis Use in Medicine หรือ Medical cannabis)** หมายถึง การนำกัญชา และ/หรือสารสกัดจากกัญชาไปใช้ทางการแพทย์เพื่อรักษาโรค และบรรเทาอาการต่างๆ

**นโยบายสาธารณะ (public policy)** ในอดีตนั้น หมายถึง แนวทางกิจกรรม การกระทำ หรือการเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้ให้มีกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ

วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชน ผู้ใช้บริการในแต่ละเรื่อง ทั้งนี้ในทางปฏิบัติแล้ว นโยบายสาธารณะส่วนใหญ่ได้รับการประกาศโดยรัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐ อันครอบคลุมถึง 1. สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกจะทำหรือไม่ทำ 2. กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐจัดทำขึ้นเช่น การจัดการบริการสาธารณะ (public services), การจัดทำสินค้าสาธารณะ (public goods), การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย 3. แนวทางปฏิบัติที่ดีที่กำหนดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือแนวทางที่รัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา 4. ความคิดของรัฐที่กำหนดว่าจะทำอะไรหรือไม่ อย่างไร เพียงไร เมื่อไร 5. แนวทางที่รัฐบาล และ/หรือหน่วยงานรัฐ (ไม่ว่าจะระดับใด) กำหนดขึ้นเพื่อล่วงหน้า เพื่อเป็นการชี้้นำให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ตามมา อย่างไรก็ตาม แนวคิดด้านนโยบายสาธารณะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยมีความเชื่อว่านโยบายสาธารณะสามารถเกิดจากภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชนและสังคมได้ด้วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดคำนิยามใหม่ของนโยบายสาธารณะว่าเป็น “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น” หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศ หรือข้อเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นทางการ แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ที่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็น “นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม”<sup>๕</sup>

## รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนแรกใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยทำการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศและในประเทศ เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และแนวทางการควบคุมติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายฯ และขั้นตอนที่สองใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายฯ ระหว่างกรณีศึกษา และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย (Policy recommendation)

## พื้นที่ ประชากร จำนวนขนาดตัวอย่าง และการเลือกตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลหลัก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยครอบคลุมกรณีศึกษาต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก

การดำเนินนโยบาย แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบาย และข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยเท่าที่มีอยู่และเข้าถึงได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการสืบค้นข้อมูล: ใช้เว็บไซต์ของฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov), [www.scopus.com](http://www.scopus.com), [https://www.kmutt.ac.th/jif/public\\_html/search.html](https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/search.html)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลหลัก PubMed, SCOPUS, TJCI ได้แก่ cannabi\*, marijuana, CBD, THC, policy, medical cannabi\*, impact, consequence\*, evaluat\*, regulat\*, กัญชา, นโยบาย, กัญชาทางการแพทย์, ผลกระทบ

### ขั้นตอนการดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน)						
	ธ.ค.62	ม.ค.63	ก.พ.63	มี.ค.63	เม.ย.63	พ.ค.63	มิ.ย.63
1. สืบค้นวรรณกรรม	X	X	X				
2. เรียบเรียง/วิเคราะห์ข้อมูล/ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	X	X	X	X	X	X	
3. พัฒนารายงานฉบับที่ 1 (สถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์และผลกระทบจากการใช้นโยบายกัญชาทางการแพทย์: บทเรียนจากต่างประเทศและประเทศไทย)	X	X					
4. พัฒนารายงานฉบับที่ 2 (นโยบายกัญชาทางการแพทย์: กรณีศึกษา แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย)		X	X	X	X	X	X

## เอกสารอ้างอิง

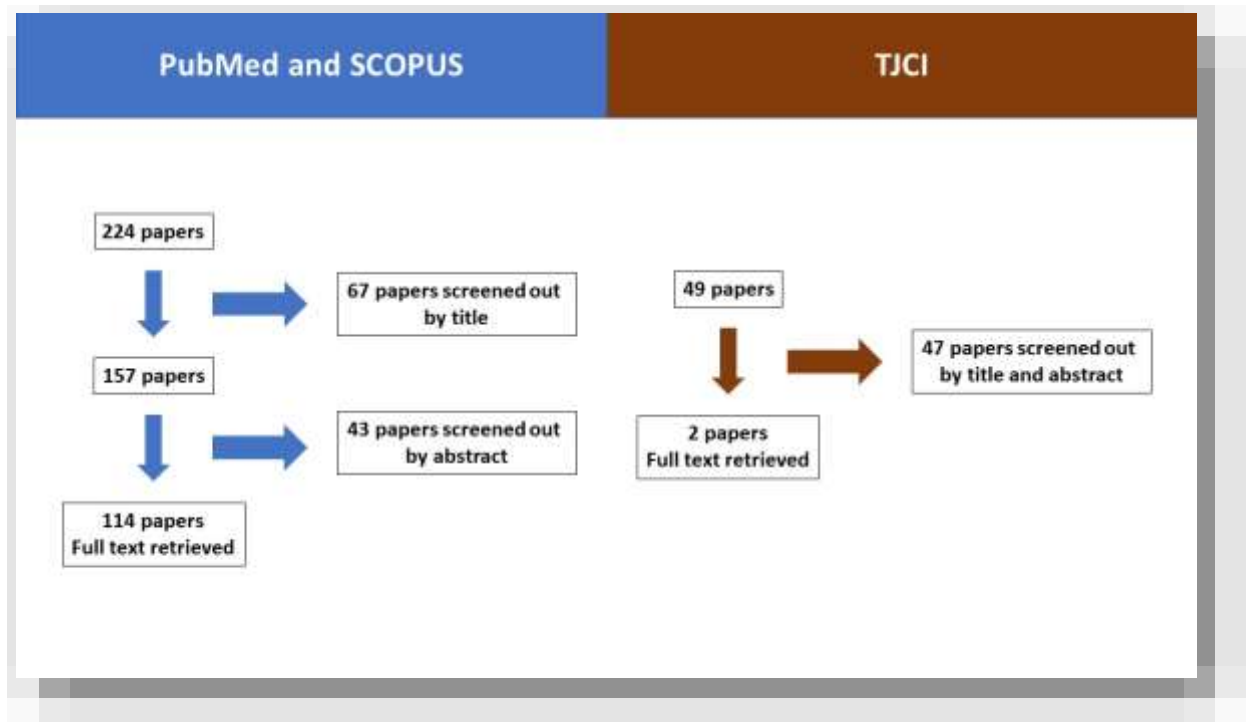
1. วิชัย โชควิวัฒน์. กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562 หน้า 382-340.
2. World Drug Report 2019. United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>
3. Report of the International Narcotics Control Board 2018. International Narcotics Control Board (INCB). United Nations. Available at: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>
4. ธีระ วรรณรัตน์. บทเรียนสังคมไทยจากเรื่องกัญชา. สำนักข่าว Hfocus. 12 มิถุนายน 2562.
5. นโยบายสาธารณะ ใน นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เข้าถึงได้ที่: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/119>

## ผลการศึกษา



## จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์

จากการสืบค้นในฐานข้อมูล PubMed, SCOPUS และ TCIJ ตั้งแต่อดีตจนถึง 31 มีนาคม 2563 และคัดกรองโดยการอ่านหัวเรื่องและบทคัดย่อ พบว่ามีจำนวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 114 ชิ้น และงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย จำนวน 2 ชิ้น ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1: จำนวนงานวิจัยภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่ได้จากการสืบค้นจนถึง 31 มีนาคม 2563

## สถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์

หากสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกจะพบว่ามี 56 ประเทศที่มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (Medical cannabis หรือ Medical marijuana) ทั้งนี้มี 26 ประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นมี 33 รัฐ และ the District of Columbia ที่อนุญาตให้ใช้ได้แต่ยังคงขัดแย้งกับระดับประเทศ (Federal level) ที่ห้ามใช้กัญชาไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใดก็ตาม ส่วนประเทศอื่นๆ นั้นการใช้กัญชาทางการแพทย์จะต้องใช้ภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ที่ระบุไว้ในตัวกฎหมาย เช่น ต้องอยู่ในรูปแบบยาซึ่งมาจากสารสกัดจากกัญชาและได้รับการขึ้นทะเบียนตามสรรพคุณที่ได้ระบุ ได้แก่ Sativex, Marinol, Epidiolex เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันดีว่า สถานการณ์ของแต่ละประเทศเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในรายงานนี้ จึงนำเสนอภาพรวมของสถานการณ์ล่าสุดถึงเดือนมีนาคม 2563 เท่านั้น โดยมุ่งเน้นที่สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติมที่สำคัญของแต่ละประเทศ รายละเอียดของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของแต่ละประเทศมีดังตารางที่ 1

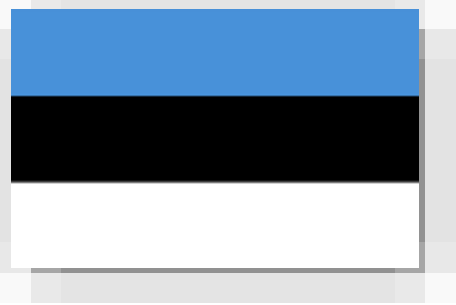

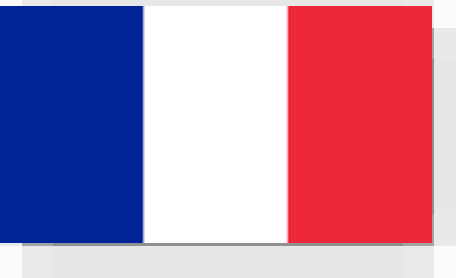
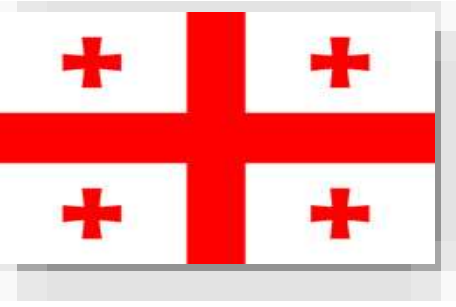
ตารางที่ 1: สถานการณ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของ 56 ประเทศทั่วโลก

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p>อาร์เจนตินา</p> 	<p>ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 21 กันยายน 2017</p>
<p>ออสเตรเลีย</p> 	<p>ถูกกฎหมายทั้งระดับประเทศ (Federal level) ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2016 และระดับรัฐ (State level) โดยรัฐวิกตอเรียเป็นรัฐแรกที่ประกาศอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ 12 เมษายน 2016 อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ</p>
<p>ออสเตรีย</p> 	<p>ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ 9 กรกฎาคม 2008</p>


ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="408 309 555 342">บาร์บาดอส</p> 	<p data-bbox="786 309 1257 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 27 พฤศจิกายน 2019</p>
<p data-bbox="424 696 539 730">เบลเยียม</p> 	<p data-bbox="786 696 1321 797">ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ปี 2015</p>
<p data-bbox="408 1084 555 1117">เบอร์มิวด้า</p> 	<p data-bbox="786 1084 1209 1128">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่พฤศจิกายน 2016</p>
<p data-bbox="440 1532 523 1565">บราซิล</p> 	<p data-bbox="786 1532 1385 1632">ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาอื่น ตั้งแต่ปี 2015</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="427 309 539 342">แคนาดา</p> 	<p data-bbox="786 309 1086 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2001</p>
<p data-bbox="459 712 507 745">ชิลี</p> 	<p data-bbox="786 712 1382 929">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2014 สามารถปลูกได้หากได้รับการอนุมัติจากหน่วยงาน The Chilean Agriculture Service (SAG) และการจ่ายเพื่อใช้เป็นยานั้นจะต้องมีใบสั่งยาผ่านร้านขายยา</p>
<p data-bbox="411 1137 555 1171">โคลอมเบีย</p> 	<p data-bbox="786 1137 1190 1182">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่กรกฎาคม 2016</p>
<p data-bbox="419 1579 547 1612">โครเอเชีย</p> 	<p data-bbox="786 1579 1362 1742">ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ได้แก่ มะเร็ง เอ็ดส์ และปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) ตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2015</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="432 304 528 344">ไซปรัส</p> 	<p data-bbox="783 304 1362 465">เริ่มอนุญาตให้ใช้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่มกราคม 2017 และขยายเป็นถูกกฎหมายตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2019</p>
<p data-bbox="384 725 580 766">สาธารณรัฐเชค</p> 	<p data-bbox="783 725 1091 766">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2013</p>
<p data-bbox="416 1189 549 1229">เดนมาร์ค</p> 	<p data-bbox="783 1189 1362 1290">ถูกกฎหมาย โดยทดลองนำร่องเป็นระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่มกราคม 2018</p>
<p data-bbox="400 1630 564 1671">เอกวาดอร์</p> 	<p data-bbox="783 1630 1171 1671">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่กันยายน 2019</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="416 309 544 342">เอสโตเนีย</p> 	<p data-bbox="783 309 1321 405">ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ปี 2005</p>
<p data-bbox="416 730 544 763">ฟินแลนด์</p> 	<p data-bbox="783 730 1385 887">ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอนุมัติ (Medical marijuana card) โดย Finnish Medicines Agency (FIMEA) เท่านั้น ตั้งแต่ปี 2014</p>
<p data-bbox="416 1142 544 1176">ฝรั่งเศส</p> 	<p data-bbox="783 1142 1321 1238">ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ปี 2013</p>
<p data-bbox="416 1536 544 1570">จอร์เจีย</p> 	<p data-bbox="783 1536 1385 1926">ตั้งแต่ 16 เมษายน 2015 สามารถใช้ได้เฉพาะน้ำมันกัญชาที่มี THC น้อยกว่า 5% โดยครอบครองได้ไม่เกิน 20 ออนซ์ และต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่กำหนดในกฎหมาย 10 โรค ได้แก่ Amyotrophic lateral sclerosis, Crohn's disease, มะเร็ง, อาการปวดรุนแรงจนทนไม่ได้, Mitochondrial disease, ปลูกประสาทเสื่อม, พาร์</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
	คินดั้น, Post-traumatic stress disorder, Sickle cell disease และโรคลมชัก
<p data-bbox="427 427 536 461">เยอรมัน</p> 	<p data-bbox="783 421 1374 584">ตั้งแต่ปี 2017 อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่อาการหนัก และแพทย์ลงความเห็นว่ามีวิธีการรักษาอื่นแล้ว</p>
<p data-bbox="443 837 520 871">กานา</p> 	<p data-bbox="783 837 1358 938">ถูกกฎหมาย หากใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีส่วนผสมของ THC น้อยกว่า 0.3% ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2020</p>
<p data-bbox="453 1240 510 1274">กรีซ</p> 	<p data-bbox="783 1240 1342 1341">ถูกกฎหมายตั้งแต่ปี 2018 ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยโดยแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย</p>
<p data-bbox="416 1646 547 1680">ไอร์แลนด์</p> 	<p data-bbox="783 1646 1358 1747">ถูกกฎหมาย โดยทดลองนำร่องเป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่มิถุนายน 2019</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="422 309 544 342">อิสราเอล</p> 	<p data-bbox="786 309 1366 353">ถูกกฎหมายตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา</p>
<p data-bbox="443 703 523 736">อิตาลี</p> 	<p data-bbox="786 703 1382 1272">ถูกกฎหมายตั้งแต่มกราคม 2013 โดยแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐานเพื่อลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ที่เป็โรคปลอกประสาทเสื่อม และไขสันหลังบาดเจ็บ, รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด ฉายแสงหรือจากอาการไม่พึงประสงค์ของการรักษาเอชไอวี, กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยเอดส์ มะเร็ง ผอมแห้ง และ anorexia, ลดความดันโลหิตในโรคต้อหิน, และลดอาการกระตุกในผู้ป่วยโรค Tourette syndrome</p>
<p data-bbox="432 1294 534 1328">จาไมกา</p> 	<p data-bbox="786 1294 1090 1339">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2018</p>
<p data-bbox="422 1666 544 1700">เกาหลีใต้</p> 	<p data-bbox="786 1666 1305 1767">ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่พฤศจิกายน 2018</p>



ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="416 309 544 342">เลบานอน</p> 	<p data-bbox="783 309 1166 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่เมษายน 2020</p>
<p data-bbox="424 723 536 757">ลิทัวเนีย</p> 	<p data-bbox="783 723 1206 768">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 11 ตุลาคม 2018</p>
<p data-bbox="400 1115 560 1149">ลักเซมเบิร์ก</p> 	<p data-bbox="783 1115 1174 1160">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่มิถุนายน 2018</p>
<p data-bbox="432 1507 528 1541">มาลาวี</p> 	<p data-bbox="783 1507 1238 1552">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ 2020</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="432 309 528 342">มอลตา</p> 	<p data-bbox="783 309 1158 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่มีนาคม 2018</p>
<p data-bbox="432 723 528 757">เม็กซิโก</p> 	<p data-bbox="783 723 1334 824">ตั้งแต่มิถุนายน 2017 สามารถใช้ได้เฉพาะน้ำมัน กัญชาที่มี THC น้อยกว่า 1%</p>
<p data-bbox="395 1115 571 1149">เนเธอร์แลนด์</p> 	<p data-bbox="783 1115 1086 1160">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2003</p>
<p data-bbox="416 1529 550 1563">นิวซีแลนด์</p> 	<p data-bbox="783 1529 1166 1574">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ธันวาคม 2018</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="371 309 587 342">มาเซโดเนียเหนือ</p> 	<p data-bbox="786 309 1090 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2016</p>
<p data-bbox="432 667 531 701">นอร์เวย์</p> 	<p data-bbox="786 667 1169 712">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ธันวาคม 2017</p>
<p data-bbox="456 1077 507 1111">เปรู</p> 	<p data-bbox="786 1077 1090 1122">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปี 2017</p>
<p data-bbox="419 1536 547 1570">ฟิลิปปินส์</p> 	<p data-bbox="786 1536 1377 1760">ตั้งแต่ปี 1992 ให้ได้เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ อาการรุนแรง ที่ได้รับอนุมัติจาก Dangerous Drugs Board โดยตั้งแต่อดีตถึงธันวาคม 2018 มีผู้ป่วย เพียง 1 รายที่เคยได้รับอนุมัติ</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="427 304 539 342">โปแลนด์</p> 	<p data-bbox="786 304 1185 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่กรกฎาคม 2017</p>
<p data-bbox="427 707 539 745">โปรตุเกส</p> 	<p data-bbox="786 707 1185 757">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่กรกฎาคม 2018</p>
<p data-bbox="427 1111 539 1149">โรมาเนีย</p> 	<p data-bbox="786 1111 1345 1211">ตั้งแต่ 2013 สามารถใช้ได้เฉพาะน้ำมันกัญชาที่มี THC น้อยกว่า 0.2%</p>
<p data-bbox="368 1503 595 1597">เซนต์วินเซนต์และ เกรนาดีนส์</p> 	<p data-bbox="786 1503 1169 1552">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ธันวาคม 2018</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="405 309 557 344">ซาน มาริโน</p> 	<p data-bbox="783 309 1070 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 2016</p>
<p data-bbox="416 734 545 770">สโลเวเนีย</p> 	<p data-bbox="783 734 1321 835">ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ปี 2013</p>
<p data-bbox="408 1133 553 1169">แอฟริกาใต้</p> 	<p data-bbox="783 1133 1070 1178">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 2018</p>
<p data-bbox="443 1554 518 1590">สเปน</p> 	<p data-bbox="783 1554 1385 1655">อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้นในบางแคว้น ตั้งแต่ตุลาคม 2005</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="427 309 534 342">ศรีลังกา</p> 	<p data-bbox="786 309 1369 353">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 1980 ภายใต้กฎหมายอายุระช</p>
<p data-bbox="379 734 582 768">สวีเดน</p> 	<p data-bbox="786 734 1380 958">ถูกกฎหมายตั้งแต่ปี 2011 ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายหรืออาการหนัก ผู้ป่วยโรคลมชัก โดยแพทย์เป็นผู้ส่งจ่าย ทั้งนี้มีการกำหนดให้จ่ายยาผ่านร้านขายยาเฉพาะแห่งที่ได้รับอนุญาต</p>
<p data-bbox="451 1254 510 1288">ไทย</p> 	<p data-bbox="786 1254 1385 1597">ถูกกฎหมาย ตั้งแต่ 2018 ภายใต้ข้อกำหนดการใช้ตำรับยาทางแพทย์แผนไทย และการใช้กัญชาสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันให้ทำตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้จ่ายยากัญชาจะต้องผ่านการอบรมระยะสั้นหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์</p>
<p data-bbox="371 1675 590 1709">สหราชอาณาจักร</p> 	<p data-bbox="786 1675 1364 1955">อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2018 โดยส่งจ่ายผ่านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้ในกรณีที่ไม่มีทางเลือกในการรักษามาตรฐานแล้ว และใช้สำหรับบางโรคที่มีหลักฐานวิชาการชัดเจนเท่านั้น เช่น คลื่นไส้อาเจียนจากเคมี</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="395 427 571 465">สหรัฐอเมริกา</p> 	<p data-bbox="783 309 1358 405">บำบัด อาการเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อม เป็นต้น</p> <p data-bbox="783 434 1385 703">ถูกกฎหมายใน 33 รัฐ 4 เขตการปกครอง และในกรุงวอชิงตันดีซี แต่กฎหมายระดับประเทศยังถือว่าผิดกฎหมาย โดยรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกที่เริ่มตั้งแต่ปี 1996 และในปัจจุบันมี 14 รัฐที่อนุญาตให้ใช้โดยกำหนดเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีสาร CBD สูง THC ต่ำ</p>
<p data-bbox="437 801 528 840">อุรุกวัย</p> 	<p data-bbox="783 801 1378 1249">ถูกกฎหมายตั้งแต่ธันวาคม 2013 โดยกำหนดโควตาการใช้คนละไม่เกิน 10 กรัมต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้จะต้องลงทะเบียนยืนยันตัวตนและที่อยู่กับหน่วยงานควบคุมกำกับ (Institution of Regulation and Control of Cannabis) เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้ร้านขายยาดำเนินการตรวจสอบผ่านระบบสแกนลายนิ้วมือ และสามารถเช็คปริมาณการใช้ของแต่ละคนได้</p>
<p data-bbox="427 1272 537 1310">วานูอาตู</p> 	<p data-bbox="783 1272 1374 1547">ถูกกฎหมายตั้งแต่ 20 กันยายน 2018 โดยรัฐมุ่งหวังที่จะใช้แก้ไขปัญหาเบาหวาน ในขณะที่ปัจจุบันยังมีการคัดค้านจากแพทย์ในประเทศด้วยเหตุผลเรื่องการขาดข้อมูลวิชาการที่เพียงพอ และกังวลต่อผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น</p>
<p data-bbox="427 1641 537 1680">แซมเบีย</p> 	<p data-bbox="783 1641 1337 1861">ถูกกฎหมายตั้งแต่ธันวาคม 2019 ทั้งนี้กระทรวงสุขภาพมีความไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว เพราะขาดข้อมูลวิชาการที่เพียงพอ และกังวลต่อผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น</p>

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="427 309 539 342">ซิมบับเว</p> 	<p data-bbox="786 309 1209 353">ถูกกฎหมายตั้งแต่ 27 เมษายน 2018</p>

### เอกสารอ้างอิง

1. Habibi, Roojin; Hoffman, Steven J. (March 2018). "Legalizing Cannabis Violates the UN Drug Control Treaties, But Progressive Countries Like Canada Have Options". *Ottawa Law Review*. 49 (2).
2. Cannabis Policy: Status and Recent Developments. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Available at: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/cannabis-policy/html\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/cannabis-policy/html_en)
3. Report of the International Narcotics Control Board for 2018. INCB. Available at: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>
4. State Medical Marijuana Laws. National Conference of State Legislatures. Accessed at 31 March 2020. Available at: <https://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>
5. Therapeutic Goods Administration. Department of Health. Australian Government. Available at: <https://www.tga.gov.au/>
6. Emmanuel Akyeampong; Allan G. Hill; Arthur Kleinman (1 May 2015). *The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa*. Indiana University Press. pp. 39–. ISBN 978-0-253-01304-0.
7. Areesantichai C, Perngpam U, Pilley C. Current cannabis-related situation in the Asia-Pacific region. *Curr Opin Psychiatry*. 2020 Jul;33(4):352-359.



8. Tomiyama KI, Funada M. [Present Conditions of Marijuana Regulation in USA: Medical and Recreational Use]. *Yakugaku Zasshi*. 2020;140(2):179-192. Japanese.
9. Tolmein O. Medizinische Versorgung mit Cannabis – die Rechtslage klärt sich [Medical prescription of cannabis-the legal situation becomes clarified]. *Schmerz*. 2019 Oct;33(5):443-448.
10. Knöss W, van de Velde M, Sandvos C, Cremer-Schaeffer P. Key elements of legal environments for medical use of cannabis in different countries. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Jul;62(7):855-860.
11. Pinkas J, Jabotonski P, Kidawa M, Wierzba W. Use of marijuana for medical purposes. *Ann Agric Environ Med*. 2016 Sep;23(3):525-8.
12. Singh D, Chawarski MC, Schottenfeld R, Vicknasingam B. Substance Abuse and the HIV Situation in Malaysia. *J Food Drug Anal*. 2013 Dec;21(4):S46-S51.
13. Shelef A, Mashiah M, Schumacher I, Shine O, Baruch Y. [Medical grade cannabis (MGC): regulation mechanisms, the present situation around the world and in Israel]. *Harefuah*. 2011 Dec;150(12):913-7, 935, 934.
14. Kiriike N. [Current situation of drug dependence and task against it]. *Nihon Rinsho*. 2010 Aug;68(8):1425-9. Japanese.
15. Wada K, Ozaki S, Kondo A. [Current situation of and the political measures for drug abuse/dependence]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2008 Apr;43(2):120-31.
16. วิชัย โชควิวัฒน์. กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562.
17. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561.
18. Kancha (Cannabis) Act, B.E. 2477 (1934), Thailand. *Government Gazette*, Vol. 52, Part 0A. Pages 339–43. Published 5 May 1935.

## ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่พยายามทำการศึกษาผลกระทบจากการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ 37 ชิ้น โดยจำแนกเป็นการประเมินผลกระทบต่อการใช้กัญชา (Cannabis use) 31 ชิ้น ผลกระทบต่อภาวะเสพติดกัญชา (Cannabis use disorder) 7 ชิ้น ผลกระทบต่อการดื่มแอลกอฮอล์ 5 ชิ้น ผลกระทบต่อการใช้สารเสพติดประเภทอื่น 17 ชิ้น และผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ 3 ชิ้น

### หลักการที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายและผลกระทบ

วงการวิชาการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ว่าจะออกหัวหรือก้อย ดีหรือไม่ดี และมักแบ่งออกเป็นสองฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายที่มองว่าจะเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยพิจารณาว่า หากทำให้คนเข้าถึงกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยมีหลักฐานยืนยันว่าไม่ก่อให้เกิดการใช้กัญชามากขึ้นเกินงาม และเป็นการทำให้กลุ่มที่ถูกลดใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้กลับเข้ามาสู่วงจรที่เป็นทางการ ถูกกฎหมายแล้ว น่าจะเป็นผลดีต่อทุกฝ่าย ทั้งในมุมมองของรัฐที่จะทราบปริมาณการใช้ กำหนดแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับได้ง่ายขึ้น ตลอดจนสามารถจัดเก็บภาษีเข้าสู่รัฐได้อีกทางหนึ่งในขณะที่ในมุมมองของผู้บริโภคก็ถือเป็นการดีที่จะได้ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและราคาเป็นธรรม ไม่ตกอยู่ในเงื้อมมือของตลาดมืด

ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่ง กังวลเรื่องผลที่อาจทำให้มีการหันมาใช้กัญชากันมากเกินไปเกินกว่าที่ควร ซึ่งหากอยู่ในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่นก็อาจส่งผลกระทบต่อทางลบตามมาอีกหลายมิติ ตลอดจนสุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดระยะยาวและปัญหาสุขภาพจิตชนิดอื่นๆ ที่รุนแรงในอนาคต<sup>1</sup>

แนวคิดที่ว่าด้วยการเปิดเสรีกัญชา รวมถึงการผลักดันให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ว่าจะส่งผลกระทบต่อการใช้กัญชามากขึ้นนั้น มักอธิบายด้วยเหตุผลว่า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับโทษของกัญชาที่น้อยลง ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมต่อการตอบรับกัญชา ผลต่อราคาที่ทำให้ถูกลงและเข้าถึงได้ง่าย ตลอดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตเพราะความไม่สอดคล้องกับตัวบทกฎหมายที่มีอยู่ในสังคมทั้งที่อาศัยอยู่และต่างถิ่น และแนวโน้มที่การใช้กัญชาจะยังคงถูกตีตราจากสังคมโดยรวม จนผลักดันให้ผู้ใช้กัญชาไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี สุ่มเสี่ยงต่อกิจกรรมอื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่จะฟันธงได้ว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นจะไปทิศทางใด เนื่องจากมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ และผลที่จะเกิดขึ้นมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมทางสังคมหลายปัจจัย รวมถึงเงื่อนไขของการดำเนินนโยบายที่แตกต่างกัน<sup>2-8</sup>

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พยายามตอบคำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายจึงเน้นเจาะเฉพาะประเด็นเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย และทำในระยะเวลาที่จำกัด โดยไม่ค่อยมีพื้นที่เปรียบเทียบในเงื่อนไขเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

### ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาของประชาชน

มีงานวิจัยทั้งสิ้น 22 ชิ้นที่ได้ทำการประเมินผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาของประชาชน ทั้งนี้ได้มีการประเมินโดยใช้ระยะเวลา กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป งานวิจัยทุกชิ้นประเมินประวัติการใช้กัญชาในช่วงหนึ่งเดือนและหนึ่งปีที่ผ่านมา มี 13 ชิ้นที่ประเมินความถี่ในการใช้กัญชา และกว่าครึ่งหนึ่งของงานวิจัยทั้งหมด (16 ชิ้น) ได้ทำการประเมินในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนที่เหลือทำการศึกษาที่คาบเกี่ยวกันระหว่างกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่

จากผลการศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่มีแนวโน้มสอดคล้องกันว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นอาจไม่ค่อยส่งผลต่ออัตราความชุกของการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่น แม้จะมีงานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ชี้ว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์กับความชุกของการใช้กัญชาในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>9,10-17</sup> แต่งานวิจัยนั้นมีจุดอ่อนด้านระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลที่ประเมิน อย่างไรก็ตามงานวิจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมานั้นมักเป็นการประเมินในภาพรวม มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่พยายามเจาะลึกดูรายละเอียดแต่ละมาตรการ ทั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดจุดแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้เข้าถึงง่าย การอนุญาตให้คนสามารถครอบครองในปริมาณมาก และการให้ขึ้นทะเบียนทั้งโดยสมัครใจและบังคับ ล้วนมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นในวัยรุ่น<sup>18-33</sup>

มีการศึกษา 2 ชิ้นที่ทำในคนอายุตั้งแต่ 12-20 ปี โดยงานแรกทำการศึกษาตั้งแต่ปี 2004-202 พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นส่งผลให้มีการเริ่มลองใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อีกงานวิจัยทำในช่วง 1997-2005 พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้มีจำนวนวันในการใช้กัญชามากขึ้น แต่ไม่ได้เพิ่มสัดส่วนผู้ใช้กัญชาในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา<sup>34-35</sup>

ในขณะที่งานวิจัยที่ทำในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีความชัดเจนมากกว่าภายหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปแล้วจะส่งผลให้มีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีงานวิจัยอยู่ 2 ชิ้นที่พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การที่มีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นนั้น หากวิเคราะห์แบบแยกกลุ่มอายุ จะพบว่าจะเห็นชัดเจนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 25 ปี ส่วนอายุ 18-25 ปีนั้นมักเห็นผลที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญหรือเพิ่มขึ้นไม่มากเท่ากับกลุ่มอายุมากกว่า 25 ปี นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า รัฐที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีการควบคุมกำกับไม่เข้มข้น

เช่น เปิดโอกาสให้มีจุดแจกจ่ายจำนวนมาก หรือกำหนดข้อบังคับที่ทางการแพทย์ที่ไม่ชัดเจน อาทิ ใช้สำหรับ  
อาการปวดโดยไม่จำกัดเฉพาะโรค จะส่งผลให้มีการใช้กัญชาในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นมากกว่ารัฐที่มีกฎระเบียบที่  
เข้มงวด<sup>28-38</sup>

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้มานั้น มีถึง 16 ชิ้นในกลุ่มวัยรุ่นที่ดึงข้อมูลมาจาก 3 แหล่งหลัก  
ได้แก่ ฐานข้อมูลการสำรวจโรงเรียน 2 แหล่ง และฐานข้อมูลการสำรวจครัวเรือน 1 แหล่ง โดยมักใช้  
ฐานข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมือนกัน ในขณะเดียวกัน งานวิจัยที่ศึกษากลุ่มวัยรุ่นผู้ใหญ่ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน  
คือการอิงฐานข้อมูลการสำรวจครัวเรือนเพียงแหล่งเดียว ดังนั้นลักษณะของผลการวิจัยแต่ละชิ้นจึงอาจ  
ไม่ได้เป็นอิสระต่อกันสักเท่าใดนัก

### **ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อภาวะเสพติดกัญชา**

มีงานวิจัย 7 ชิ้น ที่พยายามศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์  
กับภาวะเสพติดกัญชาของประชาชน รวมถึงจำนวนการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชา ทั้งใน  
ลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่วิธีการศึกษามีความหลากหลาย และผลที่ได้ก็มีความแตกต่างกันอย่าง  
มากทั้งเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง ไม่สามารถที่จะนำมาเป็นข้อสรุปได้ทางใดทางหนึ่ง

งานวิจัยในช่วงแรกๆ มักทำการศึกษาในพื้นที่ที่ประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ก่อนปี 2010  
พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชานั้นมีทั้งเพิ่ม ลด และไม่เปลี่ยนแปลง แตกต่าง  
กันไปในแต่ละพื้นที่<sup>25,39</sup>

ในขณะที่งานวิจัยในช่วงตั้งแต่ปี 2012 เป็นต้นมา พบว่า พื้นที่ที่มีการอนุญาตให้มีจุดแจกจ่ายกัญชา  
ทางการแพทย์ที่มีใช้สถานพยาบาลจะมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชา  
มากกว่าพื้นที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งภาพรวมทุกช่วงวัย และกลุ่มวัยรุ่น<sup>35</sup> นอกจากนี้งานวิจัยอื่นๆ ที่มีการ  
ให้กลุ่มเป้าหมายทำการประเมินภาวะเสพติดกัญชาด้วยตนเอง ก็พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้น  
มีความสัมพันธ์กับความชุกที่เพิ่มขึ้นของภาวะเสพติดกัญชาในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ และผลที่เกิดขึ้นนั้น  
ยิ่งมากในพื้นที่ที่อนุญาตให้มีจุดแจกจ่ายกัญชาที่มีใช้สถานพยาบาล และพื้นที่ที่อนุญาตให้มีการปลูก  
กัญชาเองเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์<sup>28,34,36,40</sup>

### **ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์**

มีงานวิจัย 5 ชิ้นที่พยายามตอบคำถามเกี่ยวกับผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่ม  
แอลกอฮอล์<sup>19,23,34,44-45</sup> โดยใช้วิธีให้ประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองในรอบเดือนที่ผ่านมา และดู  
ลักษณะการดื่มหนัก (Binge drinking)

งานวิจัย 2 ชิ้นได้ทำการประเมินในเด็กนักเรียนระดับมัธยม พบว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะการติ่มแอลกอฮอล์ของเด็กนักเรียนในรอบเดือนที่ผ่านมาและลักษณะการติ่มหนัก<sup>19,23</sup> ในขณะที่งานวิจัยอีกหนึ่งชิ้นได้ศึกษาในเยาวชนอายุน้อยกว่า 21 ปี ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน ทั้งในพื้นที่ที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์แบบเคร่งครัดและแบบที่เคร่งครัดน้อยกว่า<sup>34</sup>

ด้วยข้อมูลวิชาการที่มีในขณะนี้ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การประกาศให้มีการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จะช่วยทำให้ปัญหาเสพติดแอลกอฮอล์ลดลงได้

สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่ นั้น งานวิจัยก็ได้ผลคล้ายคลึงกัน โดยมีงานวิจัย 2 ชิ้นพบว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นไม่ได้ส่งผลให้ความชุกของการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่เปลี่ยนแปลงไป แต่จำนวนคนที่ติ่มหนักนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผลต่อการลดปริมาณการขายแอลกอฮอล์ และการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตนั้น งานวิจัยหลายชิ้นยังให้ผลที่ขัดแย้งกัน ไม่สามารถสรุปได้<sup>44-45</sup>

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยเชิงลึกโดยใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลตั้งแต่ปี 2004-2012 เปรียบเทียบพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับพื้นที่ที่ไม่มีนโยบาย พบว่าไม่ได้มีผลต่ออัตราการชุกของการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ในรอบเดือนที่ผ่านมา และไม่มีผลต่อปริมาณการติ่มโดยรวม แต่พบว่าพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เคร่งครัดจะส่งผลให้มีคนที่ติ่มหนักมากกว่า และมีอัตราการติ่มแอลกอฮอล์พร้อมกับการใช้กัญชามากขึ้นกว่าพื้นที่ที่ดำเนินการอย่างเคร่งครัด<sup>34</sup>

### **ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น**

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สารเสพติดประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยมีการตั้งสมมติฐานว่าสารสกัดจากกัญชาประเภท Cannabinoids จะสามารถนำมาใช้ทดแทนสารประเภทฝิ่น เพื่อลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม สมมติฐานดังกล่าวก็ยังคงค่อนข้างห่างไกลจากความเป็นจริง เพราะมีงานวิจัยที่ดำเนินการศึกษาแล้วพบว่า มีฤทธิ์ลดปวดได้ไม่ดีนัก ยังไม่สามารถนำมาใช้ทดแทนการรักษามาตรฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันได้<sup>1,46-51</sup>

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และการสั่งจ่ายยาแก้ปวดหลายงานวิจัยชี้ให้เห็นไปในทางเดียวกันว่า กลุ่มผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นกลับต้องรับการสั่งจ่ายยาแก้ปวด ทั้งสำหรับการแพทย์และไม่ได้เกี่ยวกับทางการแพทย์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญ<sup>52</sup>

ด้วยข้อมูลวิชาการที่มีอยู่ ยังไม่สามารถชี้ให้เห็นได้ว่าการผลักดันให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จะ

เกิดประโยชน์ในการลดอันตรายจากฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่นได้จริง โดยมีงานวิจัยนโยบายหลายชิ้นที่ศึกษาผลลัพธ์แตกต่างกันไป ตั้งแต่อัตราการเสียชีวิตจากฝิ่น (3 ชิ้น) ผลไม่พึงประสงค์ (5 ชิ้น) การใช้ผิดวัตถุประสงค์ (2 ชิ้น) และลักษณะการสั่งจ่าย (7 ชิ้น) เป็นต้น

เคยมีการวิจัยในปี 2014 ระบุว่ากรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ช่วยลดอัตราเสียชีวิตจากฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเป็นการศึกษาจากปี 1999 ถึง 2010 และได้รับความสนใจจากวงการศึกษาและวงการนโยบายสุขภาพทั่วโลก แต่ต่อมาหลังจากมีการติดตามระยะยาวขยายไปถึงปี 2013 พบว่าไม่ได้ช่วยลดอัตราเสียชีวิตอย่างที่เคยเชื่อ เจกเช่นเดียวกับสมมติฐานที่เชื่อว่าการจัดให้มีจุดแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้เข้าถึงง่ายขึ้นหรือมากขึ้นจะช่วยลดอัตราเสียชีวิตจากฝิ่นและอนุพันธ์ก็ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่เป็นจริง<sup>42-43</sup>

ในทางกลับกัน การวิจัยในระยะถัดมาติดตามตั้งแต่ปี 2011-2014 กลับพบว่ากรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กลับสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากฝิ่นมากขึ้น<sup>53</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยอีกชิ้นที่ดูผลตั้งแต่ปี 1999-2017 ก็สรุปผลออกมาในทางเดียวกัน จนมาการวิเคราะห์พบว่ากรณีวิจัยเดิมที่เคยได้ผลขัดแย้งกันนั้นเพราะไม่ได้นำปัจจัยต่างๆ เข้ามาพิจารณาอย่างครบถ้วน จึงไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนเหล่านั้น และได้ผลออกมาในลักษณะความสัมพันธ์ลวง<sup>54</sup>

สำหรับการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกรณีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับรายงานการใช้ฝิ่นหรืออนุพันธ์อย่างผิดวัตถุประสงค์นั้น พบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะบอกได้ว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์จะช่วยลดการใช้ฝิ่นหรืออนุพันธ์อย่างผิดวัตถุประสงค์ได้<sup>19,34</sup>

ส่วนผลต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาประเภทฝิ่นและอนุพันธ์นั้น มีงานวิจัยพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยใดที่มีคุณภาพมากเพียงพอที่จะครอบคลุมการสั่งจ่ายยาทั้งรัฐและเอกชน มักศึกษาเพียงบางส่วน บางระบบ โดยมีผลวิจัยชี้ว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องลักษณะการสั่งจ่าย และการกระจายของยาประเภทฝิ่นหรืออนุพันธ์<sup>57-66</sup>

### **ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการสูบบุหรี่**

จากข้อมูลวิชาการที่มีอยู่ พบว่าปัญหาการเสพติดกัญชาและบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอยู่มาก โดยเชื่อว่าเกิดจากระบบ Cannabinoid ในร่างกายมีส่วนในเรื่องการติดบุหรี่ โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีส่วนในการสนับสนุนการทำงานและฤทธิ์ของสาร THC ในกัญชา<sup>67-69</sup>

อย่างไรก็ตาม กลับมีงานวิจัยที่พยายามเจาะลึกเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีเพียง 3 ชิ้นที่พยายามหาความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้งานวิจัยชิ้นหนึ่งทำการสำรวจพบว่า พื้นที่ที่ประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์กลับพบอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในรอบเดือนที่ผ่านมาลดลง และในกลุ่มนักเรียนระดับเกรด 8 หรือประมาณมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลับมีอัตราการสูบบุหรี่และใช้กัญชาน้อยกว่าตอนก่อนประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ แต่หากเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุเยอะขึ้น จะพบว่าเพิ่มอัตราการสูบบุหรี่ แต่การใช้กัญชานั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลง<sup>19</sup> ในขณะที่อีกงานวิจัยหนึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2009-2014 พบว่าการมีนโยบายกัญชาสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ที่ลดลงในวัยรุ่น แต่ไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ จึงทำให้แปลผลได้ลำบาก<sup>73</sup>

สำหรับวัยรุ่นผู้ใหญ่ มีการศึกษาที่ทำการสำรวจ พบว่า การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความชุกของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันลดปริมาณการสูบลง ในขณะที่ปริมาณและความถี่ของการใช้กัญชากลับมากขึ้น ทำให้สรุปผลว่ากัญชาอาจถูกผู้เสพนำมาใช้ทดแทนบุหรี่<sup>37</sup>

ด้วยข้อมูลวิชาการเท่าที่มีอยู่จำกัด จึงยังไม่สามารถสรุปอย่างมั่นใจได้ว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์จะส่งผลในลักษณะใดต่อการสูบบุหรี่ของประชาชนในแต่ละช่วงวัย

### รายละเอียดงานวิจัยประเมินผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ตารางที่ 2-5 นำเสนอรายละเอียดงานวิจัยผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยสรุปผลการศึกษาด้วยสัญลักษณ์ (-), (0), (+) หมายถึงผลลัพธ์ที่ลดลง, ไม่เปลี่ยนแปลง, และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และตัวย่อของแหล่งข้อมูล ดังต่อไปนี้

MTF: Monitoring the Future

YRBSS: Youth Risk Behavioral Surveillance System

NSDUH: National Survey of Drug Use and Health

NLSY: National Longitudinal Survey of Youth

NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NAS: National Alcohol Study

**BRFSS:** Behavioral Risk Factor Surveillance System

**WONDER:** CDC's Wide-ranging Online Data for Epidemiological Research

**NVSS:** National Vital Statistics System

**TEDS:** Treatment Episode Data System

**SID:** State Inpatient Database

**FARS:** Fatal Accident Reporting System

**UCR:** Uniform Crime Reports

**ARCOS:** Automation of Reports and Consolidated Orders System

**SDUD:** Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) State Drug Utilization Data

**Medicare Part D:** CMS Medicare Part D Prescription Drug Event Analytic File

**NYTS:** National Youth Tobacco Survey

**CPS-TUS:** Current Population Survey Tobacco Use Supplements



ตารางที่ 2: ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชา

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
<b>วัยรุ่น</b>						
Keyes et al 2016	MTF (1992-2014)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10/12	
Hasin et al 2015	MTF (1991-2014)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้ในรอบปีที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10/12	
Cerda et al 2018	MTF (1991-2015)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10/12	
Lynne- Landsman et al 2013	YRBSS (2003-2009)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
Choo et al 2014	YRBSS (1991-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทุกชนิด	
Johnson et al 2017	YRBSS (1991-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) ทั้งหมด (0) คนที่ใช้มาก	

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
Johnson et al 2018	YRBSS (1991-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) แอลกอฮอล์ และกัญชา (0) กัญชา, ไม่ดื่ม (0) ใช้บ่อย	
Anderson et al 2015	YRBSS (1993-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
Coley et al 2019	YRBSS (1999-2015)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) ทั้งหมด (0) คนที่ใช้มาก	
Wall et al 2016	NSDUH (2002-2008)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Wall et al 2011	NSDUH (2002-2008)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	รัฐที่มีนโยบายจะ ใช้มากกว่าทั้งก่อน และหลังประกาศ นโยบาย	

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
Stolzenberg et al 2016	NSDUH (2002-2011)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด	
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
<b>วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น</b>						
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12-20 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้ ช่วงที่เริ่มใช้	(0) ทั้งหมด (+) ช่วงที่เริ่มใช้	
Pacula et al 2015	NLSY (1997-2005)	อายุ 12-20 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด (+) จำนวนวันที่ใช้	

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
Pacula et al 2015	NLSY (1997-2011)	อายุ 12-32 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
<b>ผู้ใหญ่ตอนต้น</b>						
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 18-25 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด	
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด (+) จำนวนวันที่ใช้: เพศชาย	

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
<b>ผู้ใหญ่</b>						
Hasin et al 2017	NLAES/NESARC (1991-1992, 2001/2002, 2012/2013)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบปีที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด	พบเฉพาะรัฐที่เริ่มเร็ว หรือเริ่มช้า
Chot et al 2019	NSDUH (2002-2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด	
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 21 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้ ช่วงที่เริ่มใช้	(+) ทั้งหมด (0) จำนวนวัน (0) ช่วงที่เริ่มใช้	
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(+) ทั้งหมด (0) ใช้มาก	
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด	

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา	หมายเหตุ
Kerr et al 2018	NAS (1984/1990/ 1995, 2000/2005/ 2010/2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบปีที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด	(0) แม้จะมีการให้ปลูก กัญชาที่บ้านหรือมีจุด จ่ายนอกโรงพยาบาล
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(+) ทั้งหมด	

ตารางที่ 3: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Cerda et al 2018	MTF (1991-2015)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10, 12
Johnson et al 2018	YRBSS (1991-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา	(-) ทั้งหมด
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12 ปีขึ้นไป	บุคคล	ปริมาณการดื่มในเดือนที่ผ่านมา จำนวนวันที่ดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้กัญชาในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา การใช้กัญชาพร้อมกับดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะติดแอลกอฮอล์	(-) อายุ 12-20 ปี (+) อายุ 21 ปีขึ้นไป ยกเว้นภาวะติด แอลกอฮอล์
Anderson et al 2013	BRFSS (1993-2010)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ปริมาณการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนัก	(0) ทั้งหมด
	Brewer's Almanac (1990-2010)	ข้อมูลการขาย ทั้งหมด	รัฐ	ปริมาณการขายเบียร์ต่อหัวประชากร ปริมาณการขายไวน์ต่อหัวประชากร ปริมาณการขายเหล้าต่อหัวประชากร	(-) เบียร์ (0) ไวน์ และเหล้า

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
	FARS (1990-2010)	อายุ 15 ปีขึ้นไป	บุคคล	จำนวนการเสียชีวิตที่ตรวจพบ ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด	(-) ทั้งหมด
Sabia et al 2017	BRFSS (1990-2012)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา	(0) การดื่ม ยกเว้น (-) สำหรับอายุ 18-24 ปี (-) การดื่มหนัก โดยยิ่งอายุมากยิ่งมีผลมาก



ตารางที่ 4: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
<b>การเสียชีวิตจากฝิ่น</b>					
Bachhuber et al 2014	WONDER (1999-2010)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตปรับตามอายุจากการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่นเกินขนาด	(-)
Phillips & Gazmararian 2017	WONDER (2011-2014)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตปรับตามอายุจากการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่นเกินขนาด	(+) (0) ถ้าให้ใช้เฉพาะ CBD สูง
Powell et al 2018	NVSS (1999-2013)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่น	(0)
<b>อาการไม่พึงประสงค์</b>					
Powell et al 2018	TEDS (1999-2012)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	จำนวนการเข้ารับการรักษาในรพ.	(0)
Shi 2017	SID (1997-2014)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	อัตราการจำหน่ายออกจากรพ.จากภาวะติดยาประเภทฝิ่น และใช้เกินขนาด	(-)
Kim et al 2016	FARS (1999-2013)	อายุ 15 ปีขึ้นไป	รัฐ	การเสียชีวิตจากการขับขี่และมีผลการตรวจเลือดพบสารประเภทฝิ่น	(0)

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Chu 2015	UCR (1992-2011)	ชายอายุ 18 ปี ขึ้นไป	เหตุการณ์/ รัฐ	จำนวนและอัตราการถูกจับกุมด้วยข้อหา โคเคนและเฮโรอีน	(0)
Chu 2015	TEDS (1992-2011)	ชายอายุ 18 ปี ขึ้นไป	เหตุการณ์/ รัฐ	จำนวนการเข้ารับการบำบัดในรพ.	(-)
<b>การใช้ผิดวัตถุประสงค์</b>					
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติใช้ยาแก้ปวดเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่ การแพทย์ในปีที่ผ่านมา	(0)
Cerda et al 2017	MTF (1991-2015)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติใช้ยาแก้ปวดเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่ การแพทย์ในเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10 (+) เกรด 12
<b>การสั่งจ่ายและการกระจาย</b>					
Bradford & Bradford 2016	Medicare Part D (2010-2013)	ผู้สมัครใน ระบบ Medicare	แพทย์	ปริมาณการสั่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อ คน	(-)
Bradford et al 2018	Medicare Part D (2010-2015)	ผู้สมัครใน ระบบ Medicare	รัฐ	ปริมาณการสั่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อ คน	(0) ภาพรวม (-) หากมีจุดแจกจ่ายนอกรพ. (-) หากมีการปลูกกัญชาใช้ที่บ้าน

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Liang et al 2018	SDUD (1993-2014)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน มูลค่ายาประเภทฝิ่นที่ระบบต้องจ่าย	(-) ภาพรวม (0) หากมีจุดแจกจ่ายนอกรพ.
Bradford & Bradford 2017	SDUD (2007-2014)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน	(-) สำหรับรักษาอาการคลื่นไส้, ชัก, ซึมเศร้า, ปวด, psychosis (0) สำหรับรักษาโรควิตกกังวล ต้อหิน นอนไม่หลับ และกล้ามเนื้อเกร็ง
Wen & Hockenberry 2018	SDUD (2011-2016)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	อัตราการส่งจ่ายยาประเภทฝิ่นต่อคน	(-)
Shah et al 2019	IMS Lifelink+ (2006-2014)	สมาชิกทั้งหมด	บุคคล	ประวัติการใช้ยาประเภทฝิ่นในปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยาประเภทฝิ่นเกินกว่า 90 วัน ในช่วง 180 วันที่ผ่านมา การใช้ที่มีความเสี่ยงสูง	(-) ทั้งหมด
Powell et al 2018	ARCOS (1999-2013)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	ปริมาณการแจกจ่ายยาประเภทฝิ่นเพื่อใช้ทางการแพทย์	ไม่มีผล

ตารางที่ 5: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการสูบบุหรี่

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Cerda et al 2018	MTF (1991-2015)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการสูบในเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10 (+) เกรด 12
Dutra et al 2018	NYTS (1999-2014)	เกรด 6-12	บุคคล	ประวัติการสูบในเดือนที่ผ่านมา	(-)
Choi et al 2019	NSDUH (2002-2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการสูบในเดือนที่ผ่านมา	(0) 2 ปีแรก (-) หลังประกาศนโยบายไป 2 ปี
	BRFSS (1990-2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการสูบในเดือนที่ผ่านมา การสูบทุกวัน	(-) การสูบในเดือนที่ผ่านมา (0) การสูบทุกวัน
	CPS-TUS (1992-2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ปริมาณการสูบต่อวัน จำนวนวันที่สูบบุหรี่	(-) ทั้งหมด ยกเว้น (0) จำนวนวันที่สูบ

## ผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อสังคมและเศรษฐกิจ

จากการสืบค้นวรรณกรรมในฐานข้อมูลนั้น ไม่พบงานวิจัยที่ทำการประเมินผลกระทบโดยตรงของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพัฒนาการของนโยบายปลดล็อกกัญชานั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่องและคาบเกี่ยวกับการปลดล็อกกัญชาเสรี ทำให้ยากต่อการออกแบบการประเมินอย่างจำเพาะเจาะจงได้

ทั้งนี้ จากการสืบค้นเพิ่มเติมบนฐานข้อมูลทางการแพทย์ พบว่ามีรายงานการประเมินผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากการปลดล็อกกัญชาในปี 2018 ของมลรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>74</sup> ช่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความคุ้มค่าของนโยบายกัญชาในภาพรวม โดยพบว่า การผลักดันให้เกิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ และเสรีกัญชาเพื่อค้าขายผลิตภัณฑ์จากกัญชาในลักษณะธุรกิจอุตสาหกรรมในมลรัฐโคโลราโดได้นั้น แต่ละครึ่งที่รัฐเก็บภาษีได้ 1 ดอลลาร์จากการขายกัญชาได้ ชาวโคโลราโดจะต้องเสียเงิน 4.5 ดอลลาร์เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกัญชา ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ต้องนำไปใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากกัญชาทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงใช้เพื่อชดเชยและแก้ปัญหาจากเด็กเยาวชน ซึ่งต้องออกจากระบบการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับชั้นมัธยม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้กัญชาร้อยละ 27 ยอมรับว่าเสพติดแล้วไปเข้ารับทุกวันนี้ขณะที่มีอาการเคลิบเคลิ้ม และร้อยละ 67 ยอมรับว่าเคยเข้ารับรถขณะเคลิบเคลิ้มอย่างน้อยหนึ่งครั้ง แม้จะไม่ทำทุกวันก็ตาม ภาษีที่สังคมต้องจ่ายเพื่อจัดการค่าเสียหายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นในเรื่องอุบัติเหตุจากรากรกัญชาของรัฐโคโลราโดในปีค.ศ.2016 สูงราว 25 ล้านดอลลาร์ ในขณะที่ผลกระทบด้านพลังงานและสิ่งแวดล้อมจากธุรกิจผลิตภัณฑ์กัญชาในรัฐโคโลราโดนั้นพบว่า ต้องใช้พลังงานไฟฟ้าแต่ละปีในปริมาณเทียบเท่ากับบ้านเรือนจำนวน 32,355 หลัง ก่อให้เกิดมลภาวะโดยปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ 400,000 ปอนด์ต่อปี และทำให้เกิดขยะพลาสติกราว 18.78 ล้านชิ้นต่อปี และจากการคำนวณมูลค่าทางเศรษฐกิจในภาพรวม พบว่า แต่ละครึ่งกัญชานั้นทำให้เกิดเงินหมุนเวียนได้ราว 1,400 ล้านดอลลาร์ โดยประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อรัฐจะอยู่ในรูปภาษีเงินได้ และมูลค่าที่ดินที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีประมาณ 400 ล้านดอลลาร์ แต่ต้องแลกมาด้วยค่าเสียหายกว่า 1,100 ล้านดอลลาร์ ตอกย้ำให้เห็นถึงความไม่คุ้มค่าทางเศรษฐกิจจากการดำเนินนโยบายกัญชาในรัฐโคโลราโดได้

## เอกสารอ้างอิง

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017.
2. Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Ethier KA. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013; 2014.
3. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am J Prev Med.* 2015;49:e73–e9.
4. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet.* 2014;384:45–52. doi:10.1016/S0140-6736(14)60648-6.
5. Florence CS, Zhou C, Luo F, Xu L. The economic burden of prescription opioid overdose, abuse, and dependence in the United States, 2013. *Med Care.* 2016;54:901–06.
6. Pacula RL, Grossman M, Chaloupka FJ, O’Malley PM, Johnston L, Farrelly MC. Marijuana and youth. In: Gruber J, editor. *Risky behavior among youths: an economic analysis.* Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001. p. 271–326.
7. Pacula RL, Kilmer B, Grossman M, Chaloupka FJ. Risks and prices: the role of user sanctions in marijuana markets. *B E J Econom Anal Policy.* 2010;10. Article 11.
8. Rhodes T. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *Int J Drug Policy.* 2009;20:193–201.
9. Pacula RL, Smart R. Medical marijuana and marijuana legalization. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017;13:397–419.

10. Leung J, Chiu CYV, Stjepanović D, Hall W. Has the legalisation of medical and recreational cannabis use in the USA affected the prevalence of cannabis use and cannabis use disorders? *Curr Addict Rep.* 2018;5:403–17.
11. Chadi N, Weitzman ER, Levy S. Understanding the impact of national and state medical marijuana policies on adolescents. *Curr Addict Rep.* 2018;5:93–101.
12. Sarvet AL, Wall MM, Fink DS, Greene E, Le A, Boustead AE, Pacula RL, Keyes KM, Cerdá M, Galea S, et al. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2018;113:1003–16.
13. Kilmer B, MacCoun RJ. How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States. *Annu Rev Law Social Sci.* 2017;13:181–202.
14. Carliner H, Brown QL, Sarvet AL, Hasin DS. Cannabis use, attitudes, and legal status in the US: a review. *Prev Med.* 2017;104:13–23.
15. Sznitman SR, Zolotov Y. Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review. *Int J Drug Policy.* 2015;26:20–29.
16. Choo EK, Emery SL. Clearing the haze: the complexities and challenges of research on state marijuana laws. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1394:55–73.
17. Melchior M, Nakamura A, Bolze C, Hausfater F, El Khoury F, Mary-Krause M, Da Silva MA. Does liberalization of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9:e025880.
18. Keyes KM, Wall M, Cerdá M, Schulenberg J, O'Malley PM, Galea S, Feng T, Hasin DS. How does state marijuana policy affect US youth? Medical marijuana laws, marijuana use and perceived harmfulness: 1991-2014. *Addiction.* 2016;111:2187–95.
19. Cerdá M, Sarvet AL, Wall M, Feng T, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. Medical marijuana laws and adolescent use of marijuana and other substances: alcohol, cigarettes, prescription drugs, and other illicit drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2018;183:62–68.

20. Lynne-Landsman SD, Livingston MD, Wagenaar AC. Effects of state medical marijuana laws on adolescent marijuana use. *Am J Public Health*. 2013;103:1500–06.
21. Wall MM, Mauro C, Hasin DS, Keyes KM, Cerdá M, Martins SS, Feng T. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass medical marijuana laws: commentary on and reanalysis of US national survey on drug use in households data 2002-2011. *Int J Drug Policy*. 2016;29:9–13.
22. Choo EK, Benz M, Zaller N, Warren O, Rising KL, McConnell KJ. The impact of state medical marijuana legislation on adolescent marijuana use. *J Adolesc Health*. 2014;55:160–66.
23. Johnson JK, Johnson RM, Hodgkin D, Jones AA, Matteucci AM, Harris SK. Heterogeneity of state medical marijuana laws and adolescent recent use of alcohol and marijuana: analysis of 45 states, 1991-2011. *Subst Abus*. 2018;39:247–54.
24. Johnson J, Hodgkin D, Harris SK. The design of medical marijuana laws and adolescent use and heavy use of marijuana: analysis of 45 states from 1991 to 2011. *Drug Alcohol Depend*. 2017;170:1–8.
25. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws and teen marijuana use. *Amer Law Econ Rev*. 2015;17:495–528.
26. Harper S, Strumpf EC, Kaufman JS. Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension. *Ann Epidemiol*. 2012;22:207–12.
27. Martins SS, Mauro CM, Santaella-Tenorio J, Kim JH, Cerdá M, Keyes KM, Hasin DS, Galea S, Wall M. State level medical marijuana laws, marijuana use and perceived availability of marijuana among the general U.S. population. *Drug Alcohol Depend*. 2016;169:26–32.
28. Williams AR, Santaella-Tenorio J, Mauro CM, Levin FR, Martins SS. Loose regulation of medical marijuana programs associated with higher rates of adult marijuana use but not cannabis use disorder. *Addiction*. 2017;112:1985–91.



29. Wall MM, Poh E, Cerdá M, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. Adolescent marijuana use from 2002 to 2008: higher in states with medical marijuana laws, cause still unclear. *Ann Epidemiol.* 2011;21:714–16.
30. Coley RL, Hawkins SS, Ghiani M, Kruzik C, Baum CF. A quasi-experimental evaluation of marijuana policies and youth marijuana use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2019;45:292–303.
31. Hasin DS, Wall M, Keyes KM, Cerdá M, Schulenberg J, O'Malley PM, Galea S, Pacula R, Feng T. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry.* 2015;2:601–08.
32. Mauro CM, Newswanger P, Santaella-Tenorio J, Mauro PM, Carliner H, Martins SS. Impact of medical marijuana laws on state-level marijuana use by age and gender, 2004-2013. *Prev Sci.* 2019;20:205–14.
33. Stolzenberg L, D'Alessio SJ, Dariano D. The effect of medical cannabis laws on juvenile cannabis use. *Int J Drug Policy.* 2016;27:82–88.
34. Wen H, Hockenberry JM, Cummings JR. The effect of medical marijuana laws on adolescent and adult use of marijuana, alcohol, and other substances. *J Health Econ.* 2015;42:64–80.
35. Pacula RL, Powell D, Heaton P, Sevigny EL. Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details. *J Pol Anal Manage.* 2015;34:7–31.
36. Hasin DS, Sarvet AL, Cerdá M, Keyes KM, Stohl M, Galea S, Wall MM. US adult illicit cannabis use, cannabis use disorder, and medical marijuana laws: 1991-1992 to 2012-2013. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:579–88.
37. Choi A, Dave D, Sabia JJ. Smoke gets in your eyes: medical marijuana laws and tobacco cigarette use. *Am J Health Econ.* 2018;5:303–33.
38. Kerr WC, Lui C, Ye Y. Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984-2015 US national alcohol surveys. *Addiction.* 2018;113:473–81.

39. Chu Y-WL. The effects of medical marijuana laws on illegal marijuana use. *J Health Econ.* 2014;38:43–61.
40. Shi Y. Medical marijuana policies and hospitalizations related to marijuana and opioid pain reliever. *Drug Alcohol Depend.* 2017;173:144–50.
41. Wen H, Hockenberry JM. Association of medical and adult-use marijuana laws with opioid prescribing for Medicaid enrollees. *JAMA Intern Med.* 2018;178:673–79.
42. Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA Intern Med.* 2014;174:1668–73.
43. Powell D, Pacula RL, Jacobson M. Do medical marijuana laws reduce addictions and deaths related to pain killers? *J Health Econ.* 2018;58:29–42.
44. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *J Law Econ.* 2013;56:333–69.
45. Xuan Z, Blanchette J, Nelson TF, Heeren T, Oussayef N, Naimi TS. The alcohol policy environment and policy subgroups as predictors of binge drinking measures among US adults. *Am J Public Health.* 2015;105:816–22.
46. Nielsen S, Sabioni P, Trigo JM, Ware MA, Betz-Stablein BD, Murnion B, Lintzeris N, Khor KE, Farrell M, Smith A, et al. Opioid-sparing effect of cannabinoids: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42:1752.
47. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, Keurentjes JC, Lang S, Misso K, Ryder S, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;313:2456–73.
48. Stockings E, Campbell G, Hall WD, Nielsen S, Zagic D, Rahman R, Murnion B, Farrell M, Weier M, Degenhardt L. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain.* 2018;159:1932–54.

49. Reiman A. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduct J.* 2009;6:1.
50. Lucas P, Walsh Z. Medical cannabis access, use, and substitution for prescription opioids and other substances: a survey of authorized medical cannabis patients. *Int J Drug Policy.* 2017;42:30–35.
51. Reiman A, Welty M, Solomon P. Cannabis as a substitute for opioid-based pain medication: patient self-report. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2017;2:160–66.
52. Caputi TL, Humphreys K. Medical marijuana users are more likely to use prescription drugs medically and nonmedically. *J Addict Med.* 2018;12:295–99.
53. Phillips E, Gazmararian J. Implications of prescription drug monitoring and medical cannabis legislation on opioid overdose mortality. *J Opioid Manag.* 2017;13:229–39.
54. Shover CL, Davis CS, Gordon SC, Humphreys K. Association between medical cannabis laws and opioid overdose mortality has reversed over time. *P Natl Acad Sci USA.* 2019;116:12624–26.
55. Chu Y-WL. Do medical marijuana laws increase hard-drug use? *J Law Econ.* 2015;58:481–517.
56. Kim JH, Santaella-Tenorio J, Mauro C, Wrobel J, Cerdá M, Keyes KM, Hasin D, Martins SS, Li G. State medical marijuana laws and the prevalence of opioids detected among fatally injured drivers. *Am J Public Health.* 2016;106:2032–37.
57. Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana laws reduce prescription medication use in Medicare Part D. *Health Aff.* 2016;35:1230–36.
58. Shah A, Hayes CJ, Lakkad M, Martin BC. Impact of medical marijuana legalization on opioid use, chronic opioid use, and high-risk opioid use. *J Gen Intern Med.* 2019;34:1419–26.
59. Wen H, Hockenberry JM, Druss BG. The effect of medical marijuana laws on marijuana-related attitude and perception among us adolescents and young adults. *Prev Sci.* 2019;20:215–23.

60. Shi Y, Liang D, Bao Y, An R, Wallace MS, Grant I. Recreational marijuana legalization and prescription opioids received by Medicaid enrollees. *Drug Alcohol Depend.* 2019;194:13–19.
61. Liang D, Bao Y, Wallace M, Grant I, Shi Y. Medical cannabis legalization and opioid prescriptions: evidence on US Medicaid enrollees during 1993-2014. *Addiction.* 2018;113:2060–70.
62. Bradford AC, Bradford WD. Factors driving the diffusion of medical marijuana legalisation in the United States. *Drugs.* 2017;24:75–84.
63. Bradford AC, Bradford WD, Abraham A, Bagwell Adams G. Association between US State medical cannabis laws and opioid prescribing in the Medicare part D population. *JAMA Intern Med.* 2018;178:667–72.
64. Doctor JN, Nguyen A, Lev R, Lucas J, Knight T, Zhao H, Menchine M. Opioid prescribing decreases after learning of a patient's fatal overdose. *Science.* 2018;361:588–90.
65. Haegerich TM, Paulozzi LJ, Manns BJ, Jones CM. What we know, and don't know, about the impact of state policy and systems-level interventions on prescription drug overdose. *Drug Alcohol Depend.* 2014;145:34–47.
66. Franklin G, Sabel J, Jones CM, Mai J, Baumgartner C, Banta-Green CJ, Neven D, Tauben DJ. A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned. *Am J Public Health.* 2015;105:463–69.
67. Scherma M, Muntoni AL, Melis M, Fattore L, Fadda P, Fratta W, Pistis M. Interactions between the endocannabinoid and nicotinic cholinergic systems: preclinical evidence and therapeutic perspectives. *Psychopharmacology (Berl).* 2016;233:1765–77.
68. Kohut SJ. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2017;43:155–70.
69. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction.* 2012;107:1221–33.

70. Schauer GL, Berg CJ, Kegler MC, Donovan DM, Windle M. Assessing the overlap between tobacco and marijuana: trends in patterns of co-use of tobacco and marijuana in adults from 2003–2012. *Addict Behav.* 2015;49:26–32.
71. Schauer GL, Rosenberry ZR, Peters EN. Marijuana and tobacco co-administration in blunts, spliffs, and mulled cigarettes: a systematic literature review. *Addict Behav.* 2017;64:200–11.
72. Rabin RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: possible mechanisms to explain high rates of co-use. *Am J Addict.* 2015;24:105–16.
73. Dutra LM, Glantz SA, Arrazola RA, King BA. Impact of E-cigarette minimum legal sale age laws on current cigarette smoking. *J Adolesc Health.* 2018;62:532–38.
74. Economic and Social Costs of Legalized Marijuana. Centennial Institute, 18 November 2018.

## แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแต่ละประเทศทั่วโลกได้รับการผลักดันด้านนโยบายกัญชาทางการแพทย์และกัญชาเสรีแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มักเป็นขั้นเป็นตอนโดยเริ่มจากการมีคำเรียกร้องให้ ทบทวนกฎหมายภายในประเทศให้เกิดการปลดล็อกกัญชาเพื่อมาใช้ประโยชน์ทางด้านวิทยาศาสตร์ หรือ ทางด้านการแพทย์ ต่อจากนั้นก็จะมีการขยายขอบเขตไปสู่การปลูกระดับครัวเรือน การผลิตเชิง อุตสาหกรรมเพื่อใช้ในประเทศ และส่งออกต่างประเทศ และสุดท้ายจะเข้าสู่การปลดล็อกกัญชาเสรี

ทั้งนี้การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ พอจะ สรุปรูปแบบการควบคุมกำกับในแต่ละประเทศทั่วโลกได้ดังนี้

### ประเทศอาร์เจนตินา

กฎหมาย	Law 27,350 on medical and scientific research on the medicinal use of the cannabis plant and its derivatives
วันที่เริ่มบังคับใช้	19 เมษายน 2017
แนวทาง	ให้ใช้สำหรับการแพทย์และงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น
การผลิต	สามารถนำเข้าจากต่างประเทศได้จนกว่าจะมีอุตสาหกรรมการผลิตกัญชาในประเทศ และสามารถปลูกในประเทศได้หากขึ้นทะเบียนในระบบทะเบียนแห่งชาติ
ผลิตภัณฑ์	ยาที่ขึ้นทะเบียน และน้ำมันกัญชา
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ห้ามใช้ในวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือไปจากที่ระบุไว้
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ไม่ระบุ
เกณฑ์	แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจ่ายยาตามความเหมาะสม
ข้อห้าม	หากทำผิดกฎหมาย จำคุก 3-6 ปี
หน่วยงานกำกับ	National council of scientific and technical research และ National institute of agricultural technology
อื่น ๆ	ไม่มี

## ประเทศออสเตรเลีย

กฎหมาย	Narcotic drugs act 1967 as amended by the Narcotics drugs amendment act 2016
วันที่เริ่มบังคับใช้	30 ตุลาคม 2016
แนวทาง	- แพทย์เป็นผู้พิจารณาใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกรณี ภายใต้การอนุญาตของหน่วยงานรัฐที่ควบคุมกำกับ - ส่วนประกอบต่างๆ ของกัญชาสามารถนำมาใช้สำหรับการวิจัยทางคลินิกและสำหรับใช้รักษาผู้ป่วย
การผลิต	The Office of Drug Control (ODC) เป็นหน่วยงานรัฐภายใต้กระทรวงสุขภาพ ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตเพื่อปลูกกัญชา ส่วนการนำเข้าผลิตภัณฑ์กัญชาจากต่างประเทศเพื่อมาใช้ทางการแพทย์ก็ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐเช่นกัน
ผลิตภัณฑ์	กฎระเบียบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐและเขตปกครอง ทั้งนี้การอนุญาตนั้นครอบคลุมลักษณะที่หลากหลาย ตั้งแต่ส่วนประกอบต่างๆ ของต้นกัญชา รวมถึงน้ำมันกัญชา สเปร์ยสำหรับฉีด เข้าในปากหรือเยื่อเมือก เจล ครีม ผลิตภัณฑ์สำหรับแปะที่ผิวหนัง
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ผู้ป่วยไม่สามารถซื้อหามาใช้เองได้ ต้องได้รับการสั่งจ่ายจากแพทย์เท่านั้น
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	แพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย และไปรับที่ร้านขายยาหรือโรงพยาบาล
เกณฑ์	ดังรายละเอียดข้างต้น
ข้อห้าม	การปลูก แจกจ่าย หรือจำหน่ายนอกเหนือจากเกณฑ์ข้างต้น ผิดกฎหมายอาญา
หน่วยงานกำกับ	ODC เป็นหน่วยงานระดับประเทศ ทำหน้าที่กำกับดูแล ควบคู่ไปกับหน่วยงานระดับรัฐและเขตปกครองในแต่ละพื้นที่
อื่นๆ	ไม่มี

## ประเทศบราซิล

กฎหมาย	RDCs ANVISA/MS No17/2015 และ No 66/2016
วันที่เริ่มบังคับใช้	2014
แนวทาง	ให้ใช้สำหรับทางการแพทย์ โดยสามารถนำเข้า แจกจ่าย และสั่งจ่ายยาที่ผลิตจากกัญชาได้

<b>การผลิต</b>	นำเข้ายาที่ผลิตจากกัญชาจากต่างประเทศ
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ใช้ยา Mevatil และสารสกัดจากกัญชา
<b>ส่วนประกอบ</b>	Mevatil เป็นยาที่มีส่วนประกอบคล้ายกับ Sativex
<b>ข้อจำกัด</b>	ใช้สำหรับโรคที่กำหนดโดยหน่วยงานควบคุมกำกับเท่านั้น
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ยา Mevatil จะจำหน่ายได้ที่ร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ส่วนสารสกัดจากกัญชานั้นจะนำเข้ามาได้จากต่างประเทศโดยบุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
<b>เกณฑ์</b>	สั่งจ่ายยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
<b>ข้อห้าม</b>	ผิดกฎหมายหากฝ่าฝืนข้อปฏิบัติข้างต้น
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ
<b>อื่นๆ</b>	ห้ามแพทย์สั่งจ่ายกัญชาในรูปแบบวัตถุดิบตามธรรมชาติ เช่น ดอก เป็นต้น

#### ประเทศแคนาดา

<b>กฎหมาย</b>	Controlled drugs and substances act, Access to cannabis for medical purposes regulations (August 2016)
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	1999
<b>แนวทาง</b>	ใช้สำหรับทางการแพทย์และการวิจัย โดยกำหนดให้สามารถเข้าถึงกัญชาในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการรับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง ความรู้สึกไม่อยากอาหารและน้ำหนักน้อยในผู้ป่วยมะเร็งและโรคเอดส์ อาการปวดและกล้ามเนื้อเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อม อาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็ง อาการปวดรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็ง อาการนอนไม่หลับและซึมเศร้าจากโรคเรื้อรัง และอาการอื่นๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
<b>การผลิต</b>	การปลูกกัญชาและการผลิตจะต้องผ่านการอนุญาตจาก Health Canada
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	มีหลากหลาย ทั้งรูปแบบของกิน/ขบเคี้ยว ทิงเจอร์ น้ำมัน สารสกัดเข้มข้น แคปซูล สเปรย์ ดอกไม้แห้ง ฯลฯ
<b>ส่วนประกอบ</b>	ไม่ระบุ ขึ้นอยู่กับความต้องการใช้ของแต่ละคน



<b>ข้อจำกัด</b>	มีคำแนะนำว่า หญิงมีครรภ์ คนอายุน้อยกว่า 25 ปี ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวช ติดสารเสพติด หรือโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชา
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	นำส่งทางไปรษณีย์โดยหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
<b>เกณฑ์</b>	บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจะเป็นผู้ส่งจ่ายยาโดยระบุขนาดที่ควรใช้ให้แก่ผู้ป่วย
<b>ข้อห้าม</b>	การผลิต การแจกจ่าย และจำหน่ายนอกระบบจะผิดกฎหมาย มีโทษตั้งแต่ปรับไปจนถึงการจำคุก 14 ปี
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	Health Canada
<b>อื่นๆ</b>	ผลิตภัณฑ์กัญชาจะต้องเสียภาษีตามหมวด Taxes on goods and services

### ประเทศชิลี

<b>กฎหมาย</b>	Law 20,000, Decree 84
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	7 ธันวาคม 2015
<b>แนวทาง</b>	อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ระยะสั้น และมีการออกกฎระเบียบควบคุมการปลูกและการผลิตเชิงพาณิชย์ ตลอดจนการนำไปใช้วิจัยทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของ THC
<b>การผลิต</b>	อนุญาตให้ปลูกตามครัวเรือนได้ แต่หากรวมกลุ่มกันปลูกหรือผลิตเชิงอุตสาหกรรมเพื่อใช้ทางการแพทย์และทางการวิจัยจะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากหน่วยงานรัฐก่อน
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ดอกกัญชา ยาง สารสกัด ทิงเจอร์ น้ำมัน และครีม
<b>ส่วนประกอบ</b>	ไม่จำกัดปริมาณของ THC
<b>ข้อจำกัด</b>	ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็ก และไม่แนะนำให้สูบ
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	สามารถปลูกไว้ใช้เองที่บ้านได้ ไม่จำกัดจำนวนต้น แต่การใช้นั้นต้องอยู่ภายใต้การสั่งจ่ายทางการแพทย์ ระบุปริมาณที่ใช้เป็นจำนวนกรัม
<b>เกณฑ์</b>	ผู้ใช้กัญชาต้องมีใบรับรองจากแพทย์เก็บไว้ให้ตรวจสอบเสมอ
<b>ข้อห้าม</b>	หากละเมิดกฎเกณฑ์ข้างต้นถือว่าผิดกฎหมาย
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	SENDA (Ministry of Interior and Public Security)
<b>อื่นๆ</b>	ไม่มี

## ประเทศโคลอมเบีย

กฎหมาย	Decree 2467 and Resolution 1816
วันที่เริ่มบังคับใช้	22 ธันวาคม 2015
แนวทาง	ใช้สำหรับทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์
การผลิต	มีการจำแนกใบอนุญาตจากรัฐเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การผลิต การส่งออก การแปรรูป และการวิจัย ส่วนการปลูกไว้เองที่บ้านนั้นได้รับการอนุญาตตั้งแต่วันที่ 1986 ภายใต้กฎหมาย Estatuto Nacional de Estupefacientes
ผลิตภัณฑ์	ยางกัญชา ทิงเจอร์ สารสกัด และผลิตภัณฑ์แปรรูปอื่นๆ
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	จะไม่มี การส่งจ่ายให้แก่ผู้ติดยาเสพติด
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยา
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ โดยเด็กก็สามารถเข้าถึงยาได้หากมีแพทย์ดูแลและผู้ปกครองให้ความยินยอม
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้นถือว่าผิดกฎหมาย
หน่วยงานกำกับ	Office of control and oversight of chemical substances and drugs
อื่นๆ	ไม่ได้ช่วยให้รัฐจัดเก็บภาษีได้มากขึ้น

## ประเทศโครเอเชีย

กฎหมาย	ไม่มีการระบุไว้
วันที่เริ่มบังคับใช้	ตุลาคม 2015
แนวทาง	คณะกรรมการด้านการแพทย์ของกระทรวงสุขภาพได้แนะนำให้มีการปฏิรูปกฎหมายในเดือนมกราคม 2015
การผลิต	นำเข้าจากต่างประเทศโดยบริษัทฯ และทำการแจกจ่ายโดยสถาบันภูมิคุ้มกันวิทยา
ผลิตภัณฑ์	ยา ชา และซีบีง ซึ่งมีสาร THC เป็นส่วนประกอบ นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบสมุนไพรมักได้รับการอนุญาตให้ใช้เพื่อรักษาเนื้องอก เอดส์ โรคปลอกประสาทเสื่อม และลมชักในเด็ก
ส่วนประกอบ	ใช้ THC ได้ไม่เกิน 0.75 กรัมต่อเดือน
ข้อจำกัด	ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคพาร์คินสัน โรคลมชักทั่วไป โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่นๆ

จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	สั่งจ่ายโดยแพทย์ทั่วไปภายใต้คำแนะนำของแพทย์เฉพาะทาง และสั่งจ่ายได้ไม่เกิน 30 วัน
ข้อห้าม	ห้ามใช้สูบ และห้ามสูบโดยบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ยังห้ามปลุกไว้ใช้เองที่บ้าน
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะอนุญาตให้นำเข้ายาชนิดใดเข้ามาในประเทศ และอนุญาตให้ประชาชนใช้ชนิดใด
อื่นๆ	เริ่มมีการนำเข้ากัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่มิถุนายน 2016 และไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ

### สาธารณรัฐเชค

กฎหมาย	Criminal Code, Acts No.167/1998, 634/2004, and 378/2007
วันที่เริ่มบังคับใช้	2013
แนวทาง	อนุญาตให้มีการผลิต การจำหน่าย และการบริโภค แต่จำกัดเฉพาะโรคบางชนิด ส่วนการปลุกไว้ใช้เองที่บ้านนั้น อนุญาตให้ปลูกได้ไม่เกิน 5 ต้น โดยมีปริมาณรวมไม่เกิน 30 กรัมต่อเดือน
การผลิต	การผลิตในประเทศ และการนำเข้า สามารถกระทำได้
ผลิตภัณฑ์	ยาในรูปแบบสมุนไพรรักษาและยาแผนปัจจุบัน
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เฉพาะทางผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อใช้รักษาบางโรค
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยาซึ่งได้รับยาผ่านบริษัทยาที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลเท่านั้น
เกณฑ์	บริษัทต่างๆ ในประเทศสามารถผลิตได้หากได้รับใบอนุญาตจากรัฐ
ข้อห้าม	ยาต้องนำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์เท่านั้น เพราะผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมายนั้นผลิตโดย Bedrocan
หน่วยงานกำกับ	ไม่ระบุ
อื่นๆ	ในทางปฏิบัติแล้ว ยังไม่มีบริษัทใดในประเทศที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชาเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ ทำให้ยาที่มีใช้อยู่จึงมาจากเนเธอร์แลนด์ และไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ

## ประเทศฟินแลนด์

กฎหมาย	กัญชาได้รับการระบุในรายชื่อยา โดย FIMEA ใน section 83 ของ The Medicines Act (395/1987)
วันที่เริ่มบังคับใช้	2008
แนวทาง	ในปี 2012 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทสามารถสั่งจ่ายได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาต แต่ผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีกัญชานั้นจะต้องมีใบอนุญาตพิเศษจากรัฐ ซึ่งใบอนุญาตจะมีอายุ 1 ปี
การผลิต	นำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์ (บริษัท Bedrocan และ Bediol)
ผลิตภัณฑ์	Sativex (spray)
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	จะใช้กัญชาได้ก็ต่อเมื่อล้มเหลวจากการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ทั้งหมดแล้ว โดยจะใช้ในโรคปลอกประสาทเสื่อม พาร์กินสัน ไซข้ออักเสบรูมาตอยด์ มะเร็ง และไม่เกรนเรื้อรัง
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยาที่ได้รับการอนุญาตจาก FIMEA ทั้งนี้ปัจจุบันมีเพียง 2 แห่ง
เกณฑ์	สั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท
ข้อห้าม	ไม่ระบุ
หน่วยงานกำกับ	Finnish Medicines Agency (FIMEA) ภายใต้กระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพ
อื่นๆ	มีผู้ป่วยราว 220 คนที่ได้รับยา Sativex เพื่อรักษา โดยมีแพทย์ 20 คนที่สั่งจ่ายยานี้ ทั้งนี้กัญชายังไม่ได้รับการครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ

## ประเทศฝรั่งเศส

กฎหมาย	Decree No.2013-473 (modifying Article R.5132-86 of Public Health Code)
วันที่เริ่มบังคับใช้	5 มิถุนายน 2013
แนวทาง	อนุญาตให้ผลิต ขนส่ง นำเข้า ส่งออก ครอบครอง จัดเก็บ จัดหา และใช้ยาที่มีส่วนประกอบของกัญชาหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชาได้
การผลิต	หากได้รับอนุญาตจากรัฐ ก็สามารถผลิตยาที่มีกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาเป็นส่วนประกอบได้

<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ปัจจุบันมีเพียงยา Marinol เท่านั้นที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียน ในขณะที่ Sativex นั้นได้รับการรับรองจาก ANSM แต่ยังไม่บรรลุข้อตกลงด้านการจัดจำหน่าย
<b>ส่วนประกอบ</b>	Marinol
<b>ข้อจำกัด</b>	ใช้ได้เฉพาะยาที่ได้รับการอนุญาตจากรัฐบาลฝรั่งเศสหรือสหภาพยุโรปเท่านั้น ภายใต้ Regulation (EC) No.726/2004
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านสถานที่ที่กำหนด (ยังไม่ได้ระบุไว้ใน implementation authorisation)
<b>เกณฑ์</b>	ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีส่วนประกอบของกัญชานั้นจะใช้ได้เป็นครั้งคราว ภายใต้การสั่งจ่ายของแพทย์แต่ละครั้ง กำกับโดย The National Health Products Agency (ANSM)
<b>ข้อห้าม</b>	การละเมิดกฎระเบียบข้างต้นถือว่ามีผิดกฎหมาย 1970 Drug Law
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	National Agency for the Safety of Medicines and Health Products
<b>อื่นๆ</b>	มียาเพียงตัวเดียวคือ Marinol เพื่อใช้รักษาอาการปวดจากระบบประสาท

#### ประเทศเยอรมัน

<b>กฎหมาย</b>	Narcotics Law
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	19 มกราคม 2017
<b>แนวทาง</b>	อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ปลูกประสาทเสื่อม อาการปวดเรื้อรัง คลื่นไส้ และสำหรับการวิจัย
<b>การผลิต</b>	ไม่อนุญาตให้ปลูกเอง ส่วนยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบนั้นจะนำเข้ามาจากต่างประเทศได้จนกว่าอุตสาหกรรมการผลิตในประเทศจะสามารถผลิตได้เอง
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ สารสกัดกัญชา และดอกกัญชาแห้ง
<b>ส่วนประกอบ</b>	ตามที่ระบุไว้ในฉลากยาที่ขึ้นทะเบียน
<b>ข้อจำกัด</b>	ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีวิธีการรักษาอื่นแล้ว
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านทางร้านขายยา
<b>เกณฑ์</b>	แพทย์ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐจะเป็นผู้มีอำนาจสั่งจ่าย พร้อมระบุปริมาณที่ใช้
<b>ข้อห้าม</b>	จำกัดให้ใช้ได้เฉพาะที่ระบุในใบสั่งยา
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	National Ministry of Health and Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM)
<b>อื่นๆ</b>	กัญชาทางการแพทย์ได้รับการบรรจุอยู่ในระบบประกันสุขภาพ

## ประเทศกรีซ

กฎหมาย	Provisions for the production of end products of medicinal cannabis
วันที่เริ่มบังคับใช้	1 มีนาคม 2018
แนวทาง	ให้ธุรกิจที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐสามารถปลูกและดำเนินการผลิตและแปรรูปกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ได้
การผลิต	พื้นที่เพาะปลูกต้องมีขนาดอย่างน้อย 4,000 ตารางเมตร และมีรั้วกันอย่างชัดเจน ทั้งนี้กระบวนการแปรรูปต่างๆ ต้องดำเนินการในพื้นที่ดังกล่าวเท่านั้น เพื่อไม่ให้เกิดการลักลอบขนส่งกัญชาได้ และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตจะต้องมีรายละเอียดตัวตนที่ตรวจสอบได้ ผ่านการเช็คประวัติอาชญากรรม ไม่มีประวัติล้มละลาย และปฏิบัติตามกฎระเบียบว่าด้วยการเสียภาษี การทำประกัน ฯลฯ
ผลิตภัณฑ์	Cannabis Sativa L และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มี THC มากกว่า 0.2%
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมต่างๆ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต
เกณฑ์	ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาจะต้องมีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป
ข้อห้าม	หากมีการละเมิดกฎระเบียบข้างต้น รัฐมนตรีที่มีหน้าที่กำกับดูแลจะเพิกถอนใบอนุญาต และหากมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การลักลอบขนส่งยาเสพติดจะต้องรับโทษจำคุกตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไปและปรับเป็นจำนวนถึง 300,000 ยูโร
หน่วยงานกำกับ	Ministry of Health และ Ministry of Agricultural Development and Food
อื่นๆ	ไม่มี

## ประเทศอิสราเอล

กฎหมาย	Hazardous Substances Law
วันที่เริ่มบังคับใช้	1992
แนวทาง	ให้ใช้ทางการแพทย์และการวิจัยภายใต้การควบคุมกำกับอย่างเคร่งครัด โดยบริษัทที่ดำเนินการจะต้องมีเภสัชกรที่ดูแลและทำการส่งรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับงานวิจัยให้แก่หน่วยงานรัฐที่ได้รับมอบหมายปีละ 1 ครั้ง
การผลิต	การปลูกและการผลิตจะต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Israeli Agency on Medical Cannabis (IMCA)
ผลิตภัณฑ์	น้ำมัน แคปซูล และดอกกัญชา

<b>ส่วนประกอบ</b>	ปริมาณ CBD และ THC ที่จะอนุญาตให้ใช้ได้นั้นจะขึ้นอยู่กับโรคแต่ละชนิด และแตกต่างกันไประหว่างเด็กและผู้ใหญ่
<b>ข้อจำกัด</b>	จำกัดให้ใช้ได้ไม่เกิน 30-40 กรัมต่อเดือน กำหนดโดยกระทรวงสุขภาพ
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ายาที่กำหนดไว้ในแต่ละเดือนแบบ fixed price ไม่ว่าจะใช้ กัญชาขนาดเท่าใดก็ตาม การแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์จะผ่านตัวแทนที่ ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการส่งไปที่บ้าน อย่างไรก็ตามในอนาคตคาดว่าจะ มีการมอบหมายให้ทางร้านขายยาเป็นผู้ดำเนินการแทน
<b>เกณฑ์</b>	ผู้ป่วยจะต้องสมัครเข้าร่วมโครงการกัญชาทางการแพทย์ผ่านทางแพทย์ที่ดูแล หรือสามารถที่จะเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้โดยหากแพทย์คนนั้นได้รับการ ขึ้นทะเบียนกับโครงการอยู่แล้ว ทั้งนี้การสมัครจะต้องมีการระบุขนาดที่ จำเป็นต้องใช้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เช่นกัน หากรับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัยทางคลินิก อย่างไรก็ตาม การ เข้าถึงกัญชาในรูปแบบการรักษา นั้นจะจำกัดเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดรุนแรงและ เรื้อรังจากมะเร็ง แต่สำหรับโรคอื่นๆ นั้นจะต้องอยู่ในการวิจัย
<b>ข้อห้าม</b>	หากหน่วยงานที่ดำเนินการละเมิดกฎระเบียบข้างต้นจะถูกยกเลิกใบอนุญาต
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	IMCA ภายใต้กระทรวงสุขภาพ
<b>อื่นๆ</b>	อิสราเอลลงทุนไปหลายล้านดอลลาร์สหรัฐในเรื่องงานวิจัยกัญชาตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา โดยที่มหาวิทยาลัยต่างๆ ก็ได้เริ่มมีการวิจัยตั้งแต่ปี 1960

## ประเทศอิตาลี

<b>กฎหมาย</b>	Decree modifying Presidential Decree No.309 (Law 309/90) of 9 <sup>th</sup> October 1990 และการปรับปรุงในระยะเวลาถัดมา
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	23 มกราคม 2013
<b>แนวทาง</b>	กำหนดให้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบนั้นอยู่ในรายการของ soft drugs และ อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ภายใต้กฎหมาย Law No.390/90 นอกจากนี้ กระทรวงสุขภาพได้อนุญาตให้มหาวิทยาลัยต่างๆ และห้องทดสอบทาง ปฏิบัติการของรัฐสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยได้
<b>การผลิต</b>	กระทรวงสุขภาพให้หน่วยงานที่มีใบอนุญาต สามารถผลิต จำหน่าย ส่งออก ขนส่ง และจัดซื้อผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ ทั้งนี้ในระยะแรกมีการ นำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์โดย The Office of Medicinal Cannabis

	ต่อมาได้มีการผลิตภายในประเทศที่ The Military Chemical Pharmaceutical Establishment ในเมืองฟลอเรนซ์ ตั้งแต่ปี 2016
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ยาที่ผลิตจากกัญชา รวมถึงสารสกัดจากกัญชา, Dronabinol, Nabinol, Sativex
<b>ส่วนประกอบ</b>	กำหนดให้ใช้ THC ได้ไม่เกิน 500 มิลลิกรัม เทียบเท่ากับวัตุดิบจริง 5 กรัม (ซึ่งมี active ingredient ประมาณ 10%)
<b>ข้อจำกัด</b>	ใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่างๆ ตามมาตรฐานแล้วเท่านั้น โดยโรคที่อนุญาตให้ใช้ได้แก่ อาการปวดเรื้อรัง ปวดประสาทเสื่อม การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง อาการคลื่นไส้หลังได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี โรคเอดส์ ภาวะผอมรุนแรง โรค Anorexia nervosa โรคต้อหิน และโรค Tourette syndrome ทั้งนี้การสั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์นั้นสามารถให้ได้เฉพาะช่วงที่รักษาเท่านั้นและไม่เกิน 3 เดือน
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านทางร้านขายยาของรัฐ
<b>เกณฑ์</b>	ต้องมีใบสั่งยาที่ระบุขนาด ชนิดของผลิตภัณฑ์ และวิธีการใช้อย่างชัดเจน
<b>ข้อห้าม</b>	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะผิดกฎหมาย มีโทษปรับ และเพิกถอนใบอนุญาต นอกจากนี้ยังมีการตรวจจากกระทรวงสุขภาพเพื่อเช็คโคเวตการการผลิต หากผลิตเกินที่อนุญาต จะนำส่วนเกินไปหักลบจากโคเวตการปีถัดไป
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	แต่ละภูมิภาคและแต่ละจังหวัดจะมีการตรวจสอบการสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และสรุปยอดรายปีสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และนำส่งไปยัง The Superior Health Institute และ The State Cannabis Organization เพื่อทำประมาณการความต้องการรายปีสำหรับปีถัดไป
<b>อื่นๆ</b>	ไม่มี

## ประเทศจาไมกา

<b>กฎหมาย</b>	Dangerous Drugs (Amendment) Act
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	24 กุมภาพันธ์ 2015
<b>แนวทาง</b>	ผ่อนผันให้แต่ละบุคคลสามารถครอบครอง ปลูก และใช้กัญชาทางการแพทย์ และเพื่อจิตวิญญาณได้ (medical and spiritual purposes)
<b>การผลิต</b>	ต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Cannabis Licensing Authority
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	สารสกัดกัญชา ต้นกัญชาแห้ง ผลิตภัณฑ์สำหรับขบเคี้ยว และยา



ส่วนประกอบ	มีการจำแนกผลิตภัณฑ์ตามระดับของ THC สูงและต่ำ แต่อนุญาตให้ใช้ได้ทั้งคู่
ข้อจำกัด	กำลังอยู่ในช่วงกำหนดข้อจำกัด โดยมีข้อเสนอให้จำกัดวิธีการแจกจ่าย และไม่ให้การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์กัญชา
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา และโรงน้ำชา (Tea houses)
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์
ข้อห้าม	หากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดจะมีการเพิกถอนใบอนุญาต
หน่วยงานกำกับ	Cannabis Licensing Authority (CLA)
อื่นๆ	นักท่องเที่ยงที่มีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์สามารถรับยาได้

### ประเทศมาเลเซีย

กฎหมาย	Law on control of narcotic drugs and psychoactive substances
วันที่เริ่มบังคับใช้	มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2016-ธันวาคม 2017
แนวทาง	การใช้กัญชาทางการแพทย์จะได้รับการกำกับดูแลตั้งแต่การนำเข้า การส่งออก การวิจัย การผลิต และการสั่งจ่าย
การผลิต	มีทั้งการนำเข้าจากต่างประเทศ และการผลิตเชิงอุตสาหกรรมในประเทศ อย่างไรก็ตามมีการกำหนดกฎระเบียบไว้เข้มขึ้นสำหรับการผลิตในประเทศ ได้แก่ ต้องมีรั้วสูง 4 เมตร และมีลวดไฟฟ้าซึ่งอีก 3 ชั้นด้านบนของรั้ว และต้องจัดระบบรักษาความปลอดภัยพร้อมกล้องวงจรปิด และดูแลการผลิตด้วยผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่อนุญาตให้มีการปลูกเองในระดับครัวเรือน
ผลิตภัณฑ์	น้ำมัน ชีผึ้ง ยาเหน็บทวาร และยาเหน็บช่องคลอด
ส่วนประกอบ	ผลิตภัณฑ์ต่างๆ จะมีปริมาณของ CBD และ THC แตกต่างกันไป โดยไม่มีการจำกัดปริมาณของสารแต่ละชนิดในผลิตภัณฑ์
ข้อจำกัด	ผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC เกิน 0.2% จะใช้ได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อไปนี้เท่านั้น ได้แก่ มะเร็ง ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคลมชักในเด็ก และโรคเอดส์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	ผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC น้อยกว่า 0.2% ไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ แต่หากมีสาร THC เกิน 0.2% แพทย์จะต้องเป็นผู้สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย โดยที่ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ด้านระบบประสาท ด้านโรคติดเชื้อที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ พร้อมกับใบยินยอมอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย

<b>ข้อห้าม</b>	ยังคงมีความไม่สอดคล้องระหว่างกฎหมาย โดยที่มีการระบุว่าเจ้าหน้าที่ของแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาที่ลักลอบนำวัตุดิบหรือผลิตภัณฑ์ออกนอกแหล่งผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาตจะมีความผิด ซึ่งมีการพิจารณากันว่าอาจขัดแย้งบางประเด็นกับกฎหมายอีกฉบับที่ไม่มีการกำหนดฐานความผิดสำหรับการครอบครองกัญชาเพื่อใช้ส่วนตัว
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขึ้นอยู่กับตัวบทกฎหมาย ได้แก่ รัฐบาล, กระทรวงสุขภาพ, Agency of medicines and medical devices, กระทรวงเกษตร ป่าไม้ และน้ำ, กระทรวงมหาดไทย
<b>อื่นๆ</b>	มีการกำหนดสาขาเฉพาะทางของแพทย์ที่จะสามารถสั่งจ่ายกัญชาได้ไว้ในกฎหมาย ทำให้เกิดความยากลำบาก หากต้องการจะเปลี่ยนแปลงรายละเอียดเหล่านี้ เพราะต้องดำเนินการผ่านกระบวนการของรัฐสภา นอกจากนี้ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชานั้นสูงเกินกว่าที่ประชาชนส่วนใหญ่จะซื้อหาได้ ประกอบกับแพทย์จำนวนมากยังคงกังขา ไม่อยากสั่งจ่ายกัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วย ทำให้ตลาดมีดีเฟื่องฟู มีการลักลอบปลูกเองตามครัวเรือน และมีการแอบใช้ผิดวัตถุประสงค์อย่างมาก

## ประเทศเม็กซิโก

<b>กฎหมาย</b>	General Health Legislation and Federal Criminal Code
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	รับรอง 28 เมษายน 2017 และบังคับใช้ 10 มิถุนายน 2017
<b>แนวทาง</b>	ให้ใช้สำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ และการสั่งจ่ายโดยแพทย์เพื่อใช้รักษา
<b>การผลิต</b>	กำลังวางแผนพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตกัญชาทางการแพทย์ของประเทศ แต่ในปัจจุบันมีเพียงการอนุญาตให้แต่ละบุคคลสามารถนำเข้ายาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบได้
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	ยังไม่มีรายละเอียด
<b>ส่วนประกอบ</b>	ยังไม่มีรายละเอียด
<b>ข้อจำกัด</b>	ยังไม่มีรายละเอียด
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ยังไม่มีรายละเอียด
<b>เกณฑ์</b>	ต้องมีใบสั่งจ่ายยา และการจ่ายยาอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ
<b>ข้อห้าม</b>	ยังไม่มีรายละเอียด

หน่วยงานกำกับ	ยังไม่มีรายละเอียด
อื่นๆ	ยังไม่มีรายละเอียด

### ประเทศเนเธอร์แลนด์

กฎหมาย	Dutch Opium Act (Opiumwet)
วันที่เริ่มบังคับใช้	2001
แนวทาง	ให้สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ การวิจัย และสมุนไพรทางการแพทย์
การผลิต	หน่วยงาน Bedrocan อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ ทำหน้าที่ปลูก และแปรรูป
ผลิตภัณฑ์	Standardized cannabis flos of pharmaceutical quality
ส่วนประกอบ	มี THC ระหว่าง <1% และ 22% และมี CBD ระหว่าง <1% และ 9%
ข้อจำกัด	ให้ใช้เฉพาะยา Sativex และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากกัญชา 5 ชนิด
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ที่ได้รับการรับรอง
ข้อห้าม	ยังคงห้ามการปลูกไว้ใช้เอง แต่ให้คนซื้อหาจากหน่วยงานต่างๆ ที่รัฐอนุญาต หากไม่ปฏิบัติตาม ถือว่าผิดกฎหมาย มีโทษจำคุก
หน่วยงานกำกับ	Medical Cannabis Office ภายใต้กระทรวงสุขภาพ สวัสดิการ และกีฬา
อื่นๆ	คำรักษาไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ

### ประเทศนิวซีแลนด์

กฎหมาย	Regulation 22 of the Misuse of Drugs Regulations 1977
วันที่เริ่มบังคับใช้	1977
แนวทาง	อนุญาตให้สั่งจ่ายยา Sativex เพื่อใช้รักษาอาการเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมได้ และสั่งจ่าย CBD ได้ โดยให้เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาว่าด้วยการสั่งจ่าย การจัดหา และวิธีการใช้
การผลิต	ผลิตโดยบริษัท Emerge Health NZ Ltd ในนิวซีแลนด์
ผลิตภัณฑ์	ขณะนี้ มีเพียงยา Sativex ที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสุขภาพ
ส่วนประกอบ	สเปรย์ใช้สำหรับพ่นในปาก ขนาด 10 มิลลิลิตร
ข้อจำกัด	บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์กัญชาที่เป็น pharmaceutical grade ที่ต้องการให้มีการสั่งจ่ายในประเทศได้ จะต้องทำเรื่องขออนุญาตจากกระทรวงสุขภาพ โดย

	<p>ต้องมีรายละเอียดตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของบริษัทผู้ผลิตยา รายละเอียดของยาที่ต้องการส่งจ่าย พร้อมหลักฐานการศึกษาต่างๆ</p> <p>ในขณะที่ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ใช่ pharmaceutical grade นั้นก็ต้องทำเรื่องขออนุญาตจากกระทรวงสุขภาพเช่นกัน โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ภาวะหรือโรคของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานแล้ว หลักฐานด้านสรรพคุณที่ผ่านการพิจารณาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คำยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง ฯลฯ</p>
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านทางร้านขายยา
<b>เกณฑ์</b>	ต้องได้รับใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ตรวจอย่างละเอียดแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังและไม่สามารถควบคุมได้โดยวิธีการรักษามาตรฐานต่างๆ ที่มีอยู่ โดยอนุญาตให้ใช้ Sativex ระยะเวลา 4 สัปดาห์ หากประเมินแล้วว่าได้ผลดี จึงจะใช้ต่อไปได้
<b>ข้อห้าม</b>	ผลิตภัณฑ์กัญชายังคงถูกจัดอยู่ในยาควบคุม Class B1 ซึ่งต้องได้รับการอนุญาตจากรัฐมนตรีในการสั่งจ่าย จัดหา หรือใช้
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	กระทรวงสุขภาพ
<b>อื่นๆ</b>	ไม่มี

## ประเทศเปรู

<b>กฎหมาย</b>	Law No.30681 (regulates the medicinal and therapeutic use of cannabis and its derivatives)
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	16 พฤศจิกายน 2017
<b>แนวทาง</b>	ควบคุมการใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีส่วนประกอบของกัญชาทางการแพทย์ โดยอนุญาตให้ใช้ทั้งในการวิจัย การผลิต การนำเข้า การพาณิชย์ และทางการดูแลรักษา
<b>การผลิต</b>	มีใบอนุญาต 3 ประเภท ได้แก่ 1. สำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ 2. สำหรับการนำเข้าและ/หรือการพาณิชย์ 3. สำหรับการผลิต โดยให้เฉพาะหน่วยงานภาครัฐและห้องปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองจากกระทรวงสุขภาพ
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	กัญชา และผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีส่วนประกอบของกัญชา

ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ห้ามทำเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ได้รับการอนุญาตจากกระทรวงสุขภาพ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ไม่ระบุ
เกณฑ์	ผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาจะต้องลงทะเบียนกับกระทรวงสุขภาพ และมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โรคที่เป็น ขนาดที่จำเป็นต้องใช้ และแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษา โดยข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะได้รับการระงับใบอนุญาต หรือเพิกถอน
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสุขภาพ, General Office of Medications, Inputs and Drugs, National Institute of Health
อื่นๆ	ไม่มี

### ประเทศฟิลิปปินส์

กฎหมาย	Philippine Compassionate Medical Cannabis Act
วันที่เริ่มบังคับใช้	30 มิถุนายน 2016
แนวทาง	กฎหมายห้ามใช้กัญชาในรูปแบบวัตถุเสพติดตามธรรมชาติ และผู้ป่วยต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ โดยจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ และได้รับใบอนุญาตจากกระทรวงสุขภาพ การรักษาจะครอบคลุมโรคต่างๆ เช่น ไซซ็อกส์ โรคซึมเศร้า มะเร็ง เอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
การผลิต	ไม่ระบุ
ผลิตภัณฑ์	ห้ามใช้กัญชาในรูปแบบวัตถุเสพติดตามธรรมชาติ
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	การใช้กัญชาทางการแพทย์จะดำเนินการใน Medical Cannabis Compassionate Center ซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	Medical Cannabis Compassionate Center
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ที่ได้รับการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และต้องเป็นการตกลงยอมรับกันทั้งสองฝ่ายระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
ข้อห้าม	การครอบครองหรือสูบกัญชาถือว่าผิดกฎหมาย โดยมีโทษปรับ และเพิกถอนใบอนุญาต
หน่วยงานกำกับ	Department of Health

อื่นๆ	มีการจัดตั้งสถานที่สำหรับทำการศึกษาวิจัยสรรพคุณของกัญชาทางการแพทย์
-------	--

### ประเทศโปแลนด์

กฎหมาย	State Emergency Medical Service Act
วันที่เริ่มบังคับใช้	พฤศจิกายน 2017
แนวทาง	ไม่ได้ระบุชนิดของโรคอย่างจำเพาะเจาะจงทั้งหมด แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ โดยรวมถึงอาการปวดเรื้อรัง ผลข้างเคียงจากการรักษา มะเร็ง โรคปอดประสาทเสื่อม โรคลมชักรุนแรง เป็นต้น
การผลิต	ให้นำเข้าจากต่างประเทศเท่านั้น แต่ไม่อนุญาตให้ปลูกและผลิตเองในประเทศ
ผลิตภัณฑ์	ร้านขายยาสามารถดำเนินการแปรรูปทิงเจอร์ ยาง สารสกัดเข้มข้น น้ำมัน และอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในรูปแบบสมุนไพร ส่วนดอกกัญชาแห้งนั้นสามารถขายได้
ส่วนประกอบ	ไม่มีข้อจำกัดเรื่องปริมาณของ THC และ CBD
ข้อจำกัด	ยาที่ใช้ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนกับ The Office for the Registration of Medicinal Products
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียน หากผู้ป่วยในโปแลนด์ไม่สามารถเข้าถึงได้ ก็สามารถไปยังประเทศอื่นๆ ในทวีปยุโรป 13 ประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อไปรับยามาใช้เอง
เกณฑ์	ต้องสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสุขภาพ หรือ Regional pharmaceutical inspector
ข้อห้าม	ไม่ระบุ
หน่วยงานกำกับ	Office for the Registration of Medicinal Products ภายใต้กระทรวงสุขภาพ
อื่นๆ	ราคาประมาณกรัมละ 13-16 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือเฉลี่ยเดือนละ 550 ดอลลาร์สหรัฐฯ

### ประเทศเปอร์โตริโก

กฎหมาย	Law 42-2017
วันที่เริ่มบังคับใช้	9 กรกฎาคม 2017
แนวทาง	ควบคุมการศึกษาค้นคว้า การปลูก การผลิต ห้องปฏิบัติการ การขนส่ง และการแจกจ่ายกัญชา

การผลิต	ผู้ผลิตต้องได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ โดยกำกับทุกกิจกรรม
ผลิตภัณฑ์	ครอบคลุมทุกส่วนของกัญชา รวมถึงสารสกัด สารผสม และผลิตภัณฑ์แปรรูปทุกชนิด
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	การจ่ายกัญชาต้องกระทำโดยแพทย์ และเป็นไปตามกฎหมายของรัฐ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานรัฐ
เกณฑ์	การส่งจ่ายยาโดยแพทย์จะต้องสอดคล้องกับกฎระเบียบที่กำหนดไว้ใน Regulation 8766
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น มีโทษปรับสูงสุดถึง 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ
หน่วยงานกำกับ	Regulatory Board of Medicinal Cannabis
อื่นๆ	50% ของค่าปรับที่เก็บได้จากการละเมิดกฎระเบียบ จะได้รับการจัดสรรไปสนับสนุนมหาวิทยาลัยเปอร์โตริโก

## ประเทศโรมาเนีย

กฎหมาย	Law No.339/2005
วันที่เริ่มบังคับใช้	ตุลาคม 2013
แนวทาง	ให้สามารถใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาในการดูแลรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคลมชัก มะเร็ง และปลูกประสาทเสื่อม ภายใต้การควบคุมกำกับอย่างเคร่งครัด
การผลิต	การปลูกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์นั้นสามารถทำได้โดยต้องได้รับการอนุญาตจาก The Drugs Agency
ผลิตภัณฑ์	ไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของผลิตภัณฑ์กัญชาในกฎหมาย
ส่วนประกอบ	ต้องมีสาร THC ไม่เกิน 0.2%
ข้อจำกัด	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากกัญชาจะต้องได้รับการรับรองจาก The National Agency on Medicines
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ปัจจุบันยังไม่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศ
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายโดยแพทย์
ข้อห้าม	ไม่ระบุ
หน่วยงานกำกับ	National Agency on Medicines
อื่นๆ	กฎหมายยังมีรายละเอียดไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้จริง

## ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

<b>กฎหมาย</b>	The Federal Narcotics Act และ Law on Therapeutic Products
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	รับรองเมื่อ 20 มีนาคม 2008 และบังคับใช้เมื่อ 1 กรกฎาคม 2011
<b>แนวทาง</b>	Federal Office of Public Health (OFSP) จะเป็นหน่วยงานพิจารณาอนุญาตให้ปลูก นำเข้า ผลิต จำหน่าย วิจัย และพัฒนายาจากกัญชา เพื่อใช้ทางการแพทย์
<b>การผลิต</b>	ปัจจุบันมีการอนุญาตให้ปลูกภายในประเทศ หรือนำเข้ากัญชา เพื่อใช้ในการผลิตผลิตภัณฑ์สำหรับใช้ประโยชน์ด้านการรักษาสำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC เกิน 1% ในขณะที่ยา Dronabinol นั้นจะนำเข้าจากเยอรมัน โดยต้องได้รับอนุญาตจาก OFSP และ Swissmedic ส่วนการส่งออกดอกกัญชาตัวเมียแห้ง (Cannabis flos) และผลิตภัณฑ์กัญชาต่างๆ ที่ผลิตในประเทศนั้นสามารถทำได้
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	สารสกัดจากกัญชาธรรมชาติและสังเคราะห์, ยา Sativex สามารถนำมาใช้ได้ แต่ไม่อนุญาตให้ใช้ดอกกัญชา นอกจากนี้หากจะผลิตหรือจำหน่าย จะต้องขออนุญาตกับทาง OFSP ก่อน
<b>ส่วนประกอบ</b>	มีความหลากหลายของปริมาณ THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์ต่างๆ
<b>ข้อจำกัด</b>	การใช้กัญชาทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการสั่งจ่ายโดยแพทย์ และต้องระบุรายละเอียดผู้ป่วย โรคที่เป็น แพทย์ที่ทำการดูแลรักษา และได้รับการอนุญาตจากรัฐ
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านทางร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตจากรัฐ และทางไปรษณีย์
<b>เกณฑ์</b>	สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์นั้น จะต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจาก OFSP ส่วนการจ่ายยา Sativex นั้นจะใช้ได้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานแล้ว โดยจะต้องผ่านการประเมินช่วงระยะทดลองยาด้วยว่าได้ผลดีหรือไม่
<b>ข้อห้าม</b>	ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นๆ นอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ข้างต้น
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	OFSP และ Swissmedic
<b>อื่นๆ</b>	ระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศสวิสเซอร์แลนด์นี้ดำเนินไปอย่างช้ามาก ค่าใช้จ่ายสูง และมีขั้นตอนต่างๆ มาก แต่ลักษณะดังกล่าวกลับสร้างความ



	มั่นใจและยอมรับในวงการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ยกเว้นเกิดจากภาวะสุดวิสัย
--	---

**ประเทศไทย**

<b>กฎหมาย</b>	พรบ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 (2562) และกฎกระทรวงสาธารณสุข
<b>วันที่เริ่มบังคับใช้</b>	เริ่มดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ตามคำสั่งสธ. 11 พศคจิกายน 2562
<b>แนวทาง</b>	ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นยา หรือ ผลิตภัณฑ์ยา (unapproved drug) กัญชายังจัดเป็นยาเสพติด ที่ต้องควบคุมเพื่อความปลอดภัย แม้ว่าจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นการสกัดจากพืชกัญชา ไม่ใช่การสังเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ มีแนวโน้มที่จะใช้สารสกัดกัญชาเพิ่มขึ้นมา เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และการศึกษาวิจัย
<b>การผลิต</b>	องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในระบบการผลิตผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในแต่ละภูมิภาค
<b>ผลิตภัณฑ์</b>	น้ำมันกัญชา 3 สูตร ได้แก่ สูตร THC (0.5 mg/drop), สูตร CBD (100 mg/ml) และสูตร THC:CBD 1:1 (THC 27 mg/ml และ CBD 25 mg/ml)
<b>ส่วนประกอบ</b>	CBD และ THC
<b>ข้อจำกัด</b>	กัญชายังคงเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5: ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตในกรณีประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาวิจัย รวมถึงเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์
<b>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</b>	ผ่านทางคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และกระทรวงสาธารณสุข
<b>เกณฑ์</b>	ผู้ขออนุญาตที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ ได้แก่ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การสัตวแพทย์ชั้น 1 แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ หมอพื้นบ้าน ตามกฎหมาย
<b>ข้อห้าม</b>	ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่นๆ นอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ข้างต้น
<b>หน่วยงานกำกับ</b>	กระทรวงสาธารณสุข
<b>อื่นๆ</b>	1. วิธีการปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice) - ดำเนินการตาม “คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์” - กำหนดแผนการรักษา ชนิด และปริมาณผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้

	<p>2. การใช้ตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ (medical indications) และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับสารสกัดกัญชาให้ชัดเจน</p> <p>3. การอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถ สั่งใช้สารสกัดกัญชาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>4. การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย รูปแบบ และ ขั้นตอนการจัดบริการให้กับผู้ป่วย</p>
--	--

### สหราชอาณาจักร

กฎหมาย	Criminal Justice Act/Schedule 4
วันที่เริ่มบังคับใช้	2006
แนวทาง	ให้สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์โดยการส่งจ่ายยาที่ได้รับการรับรอง ได้แก่ Sativex
การผลิต	บริษัท GW Pharmaceuticals ได้รับอนุญาตให้ปลูกต้นกัญชาและผลิตยา Sativex และสารสกัดกัญชา
ผลิตภัณฑ์	Sativex
ส่วนประกอบ	Sativex
ข้อจำกัด	จำกัดให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านอาการปวด สั่งจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปลอกประสาทเสื่อม
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น และต้องทำการประเมินผล ณ 4 สัปดาห์ หากไม่ดีขึ้น ให้หยุด
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น ถือว่าผิดกฎหมาย
หน่วยงานกำกับ	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)
อื่นๆ	ปัจจุบันอนุญาตให้เพียงมีการนำเข้า ผลิต สั่งจ่าย และใช้ยา Sativex เท่านั้น

### สหรัฐอเมริกา

กฎหมาย	State regulations
วันที่เริ่มบังคับใช้	1996-2017
แนวทาง	อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ใน 33 รัฐ และ the District of Columbia

การผลิต	มีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ
ผลิตภัณฑ์	ยาง สารสกัด น้ำมัน ผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดขบเคี้ยว กัญชาแห้ง
ส่วนประกอบ	การกำหนดปริมาณของ THC และ CBD มีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ
ข้อจำกัด	ให้ทำการส่งจ่ายโดยแพทย์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกและร้านขายยา
เกณฑ์	ใบสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ ต้องระบุขนาดที่ใช้
ข้อห้าม	แพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบประเมินปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถครอบครองได้
หน่วยงานกำกับ	Food and Drug Administration (FDA)
อื่นๆ	กฎระเบียบมีความแตกต่างกันมากในแต่ละรัฐ

### ประเทศอูรุกวัย

กฎหมาย	Article 5 of Law 19172 และ Decree 46-015
วันที่เริ่มบังคับใช้	7 มกราคม 2014
แนวทาง	ให้ใช้กัญชาทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และสนับสนุนอุตสาหกรรมที่ดำเนินการเพื่อผลิตยารักษาโรค
การผลิต	ผู้ผลิตจะต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Institute for the Regulation and Control of Cannabis โดยจะอนุญาตให้ดำเนินการเพื่อผลิตยารักษาโรค และการวิจัย นอกจากนี้ยังอนุญาตให้มีการปลูกไว้ใช้เองที่บ้านด้วย
ผลิตภัณฑ์	ใช้ได้ทุกรูปแบบ
ส่วนประกอบ	กำหนดให้มีปริมาณ THC ไม่เกิน 9% และ CBD ห้ามต่ำกว่า 3%
ข้อจำกัด	จำกัดไม่ให้ใช้เกิน 40 กรัมต่อเดือน และห้ามไม่ให้โฆษณา ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการส่งเสริมการขายและดำเนินการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกและร้านขายยา สำหรับกัญชาทางการแพทย์ ในขณะที่การเสพเพื่อสันทนาการนั้นมีในลักษณะของการใช้เองที่บ้าน และตาม social clubs
เกณฑ์	การใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ โดยระบุชนิดและขนาด รวมถึงวิธีใช้ สำหรับ Sativex หรือ Marinol นั้นเป็นยาที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ โดยต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข และต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ด้วย

ข้อห้าม	หากมีการละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะมีโทษตัดเงินเดือน ปรับ หรือโทษทางอาญา
หน่วยงานกำกับ	Institute for the Regulation and Control of Cannabis
อื่นๆ	ไม่มี

รายละเอียดการควบคุมกำกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐ	ถูกต้องตามกฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
California	1996	ใช่	8	ใช่	Bureau of Medical Cannabis Regulation
Alaska	1998	ใช่	1	ใช่	Alaska Department of Health and Social Services
Oregon	1998	ใช่	24	ใช่	Oregon Department of Human Service
Washington	1998	ใช่	1	ใช่	Washington State Department of Health
Maine	1999	ใช่	2.5	ใช่	State of Maine, Department of Health and Human Services

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Colorada	2000	ใช่	2	ใช่	Colorado Department of Public Health and Environment
Hawaii	2000	ใช่	4	ใช่	State of Hawaii, Department of Health
Nevada	2000	ใช่	2.5	ใช่	Nevada Division of Public and Behavioral Health
Montana	2004	ใช่	1	ใช่	Montana Department of Health and Human Services
Vermont	2004	ใช่	2	ใช่	Department of Public Safety, Marijuana Registry
Rhode Island	2006	ใช่	2.5	ใช่	Rhode Island Department of Health

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
New Mexico	2007	ใช่	8	ใช่	New Mexico Department of Health
Michigan	2008	ใช่	2.5	ใช่	Department of Licensing and Regulatory Affairs
Arizona	2010	ใช่	2.5	ใช่	Arizona Department of Health Services
New Jersey	2010	ใช่	2	ใช่	State of New Jersey, Department of Health
Washington DC	2010	ใช่	2	ใช่	Government of The District of Columbia, DC Health
Delaware	2011	ใช่	6	ใช่	Delaware Department of Health and Social Services
Connecticut	2012	ใช่	2.5	ใช่	Connecticut State, Department of

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
					Consumer Protection
Massachusetts	2012	ใช่	10	ใช่	Department of Public Health of the Commonwealth of Massachusetts
Illinois	2013	ใช่	2.5	ใช่	Illinois Department of Public Health
New Hampshire	2013	ใช่	2	ใช่	New Hampshire Department of Health and Human Services
Maryland	2014	ใช่	4	ใช่	Maryland Medical Cannabis Commission
Minnesota	2014	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Minnesota Department of Health

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
New York	2014	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	New York Department of Health
Arkansas	2016	ใช่	2.5	ใช่	Arkansas Medical Marijuana Commission
Florida	2016	ใช่	2.5	ใช่	Florida Department of Health
North Dakota	2016	ใช่	3	ใช่	North Dakota Department of Health
Ohio	2016	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Ohio Medical Marijuana Control Program
Pennsylvania	2016	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Pennsylvania Department of Health
West Virginia	2017	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Department of Health and Human Services



รัฐ	ถูกต้องตามกฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาตให้ สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Missouri	2018	ใช่	4	ใช่	Department of Health and Senior Services
Oklahoma	2018	ใช่	3	ใช่	Oklahoma Medical Marijuana Authority
Utah	2018	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Utah Department of Health
Louisiana	2019	ใช่	ไม่ระบุ	ไม่	Louisiana Department of Health

รายละเอียดการควบคุมกำกับการใช้สาร Cannabidiol ในรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้องขึ้น ทะเบียน	ปริมาณของ สาร THC	ปริมาณของ สาร CBD	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Alabama	2014	ไม่	<3%	ปริมาณสูง	มหาวิทยาลัย Alabama at Birmingham
Kentucky	2014	ไม่	0%	ปริมาณสูง	รัฐ Kentucky
Mississippi	2014	ใช่	<0.5%	>15%	มหาวิทยาลัย Mississippi

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้องขึ้น ทะเบียน	ปริมาณของ สาร THC	ปริมาณของ สาร CBD	หน่วยงาน รับผิดชอบ
North Carolina	2014	ใช่	<0.3%	>10%	North Carolina Department of Health and Human Services
South Carolina	2014	ใช่	<0.9%	>15%	รัฐ South Carolina
Georgia	2015	ใช่	<5%	ปริมาณสูง	Georgia Department of Public Health
Tennessee	2015	ใช่	<0.9%	ปริมาณสูง	Tennessee Tech University
Texas	2015	ใช่	<0.5%	>10%	รัฐ Texas
Virginia	2015	ใช่	<5%	>15%	VA Board of Medicine
Wyoming	2015	ใช่	<0.3%	>15%	Department of Health
Indiana	2017	ใช่	<0.3%	>5%	รัฐ Indiana
Iowa	2017	ใช่	<3%	ปริมาณสูง	Iowa Department of Public Health
Wisconsin	2017	ใช่	ปริมาณต่ำ	ปริมาณสูง	Department of Safety and

รัฐ	ถูกต้องตาม กฎหมาย ตั้งแต่ (ปีค.ศ.)	ผู้ป่วยต้องขึ้น ทะเบียน	ปริมาณของ สาร THC	ปริมาณของ สาร CBD	หน่วยงาน รับผิดชอบ
					Professional Services

## เอกสารอ้างอิง

1. Tomiyama KI, Funada M. [Present Conditions of Marijuana Regulation in USA: Medical and Recreational Use]. *Yakugaku zasshi : Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*. 2020;140(2):179-92.
2. Seltenrich N. Cannabis Contaminants: Regulating Solvents, Microbes, and Metals in Legal Weed. *Environmental health perspectives*. 2019;127(8):82001.
3. Rehm J, Elton-Marshall T, Sornpaisarn B, Manthey J. Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? *The International journal on drug policy*. 2019;74:47-51.
4. Lake S, Kerr T, Werb D, Haines-Saah R, Fischer B, Thomas G, et al. Guidelines for public health and safety metrics to evaluate the potential harms and benefits of cannabis regulation in Canada. *Drug and alcohol review*. 2019;38(6):606-21.
5. Corli O, Davoli E, Medana C, Garattini S. Cannabis as a medicine. An update of the Italian reality. *European journal of internal medicine*. 2019;60:e9-e10.
6. Bowling CM, Glantz SA. Conflict of Interest Provisions in State Laws Governing Medical and Adult Use Cannabis. *American journal of public health*. 2019;109(3):423-6.
7. Balneaves LG, Alraja AA. "Guarding their practice": a descriptive study of Canadian nursing policies and education related to medical cannabis. *BMC nursing*. 2019;18:66.
8. Zarhin D, Negev M, Vulfsons S, Sznitman SR. Rhetorical and regulatory boundary-work: The case of medical cannabis policy-making in Israel. *Social science & medicine (1982)*. 2018;217:1-9.
9. Orenstein DG, Glantz SA. Regulating Cannabis Manufacturing: Applying Public Health Best Practices from Tobacco Control. *Journal of psychoactive drugs*. 2018;50(1):19-32.
10. Borodovsky JT, Budney AJ. Cannabis regulatory science: risk-benefit considerations for mental disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2018;30(3):183-202.

11. Belackova V, Shanahan M, Ritter A. Mapping regulatory models for medicinal cannabis: a matrix of options. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2018;42(4):403-11.
12. Klieger SB, Gutman A, Allen L, Pacula RL, Ibrahim JK, Burris S. Mapping medical marijuana: state laws regulating patients, product safety, supply chains and dispensaries, 2017. *Addiction (Abingdon, England)*. 2017;112(12):2206-16.
13. Williams AR, Olfson M, Kim JH, Martins SS, Kleber HD. Older, Less Regulated Medical Marijuana Programs Have Much Greater Enrollment Rates Than Newer 'Medicalized' Programs. *Health affairs (Project Hope)*. 2016;35(3):480-8.
14. Chapman SA, Spetz J, Lin J, Chan K, Schmidt LA. Capturing Heterogeneity in Medical Marijuana Policies: A Taxonomy of Regulatory Regimes Across the United States. *Substance use & misuse*. 2016;51(9):1174-84.
15. วิชัย โชควิวัฒน์. กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562.
16. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561.
17. Kancha (Cannabis) Act, B.E. 2477 (1934), Thailand. *Government Gazette*, Vol. 52, Part 0A. Pages 339–43. Published 5 May 1935.

อภิปรายผลการศึกษา

จากการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย และรูปแบบการควบคุมกำกับกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก จะพบว่ามีความเหมือนและแตกต่างกันหลายประการ

ในด้านความเหมือนกันนั้น เห็นได้จากการที่หลายประเทศมีก้าวอย่างขับเคลื่อนนโยบายกัญชาโดยเริ่มจากการปลดล็อกเพื่อใช้ทางการแพทย์และต่อเนื่องด้วยกัญชาเสรี ด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการ ได้แก่ การชูประเด็นสรรพคุณทางการแพทย์ ผลเสียของกัญชาที่น้อยกว่ายาเสพติดอื่นๆ และความหวังในการสร้างรายได้จากภาษีการค้าขายกัญชาและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ส่วนความแตกต่างของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกนั้น เป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของแต่ละประเทศดำเนินการล้วนมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยสามารถจำแนกตามลักษณะสำคัญ ดังนี้

**Population:** มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีโรคที่เฉพาะเจาะจง ไปจนถึงการใช้เพื่อบรรเทาอาการสำหรับประชาชนในวงกว้าง

**Procurement:** มีการกำหนดแหล่งที่มาของกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ ซึ่งมีทั้งในลักษณะที่ให้ปลูกใช้เองที่บ้าน ให้ผลิตในประเทศ หรือให้เฉพาะนำเข้าผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศ หรือหลายรูปแบบร่วมกัน

**Products:** มีการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายลักษณะแตกต่างกันไป ตั้งแต่การใช้ในรูปแบบส่วนของสมุนไพรมาเป็นยารักษาบรรเทาอาการ การใช้ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชา เช่น น้ำมัน ยาง หรือแม้แต่การอนุญาตให้ใช้เฉพาะสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการพิสูจน์ตามมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันและขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนปัจจุบันสำหรับรักษาเฉพาะโรคเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีทั้งในลักษณะที่จำกัดปริมาณสาร THC, CBD และที่ไม่จำกัดปริมาณ

**Platform:** ลักษณะการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แบ่งออกเป็น กลุ่มประเทศที่ควบคุมให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานพยาบาล กลุ่มประเทศที่ใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาล และกลุ่มประเทศที่ไม่ระบุ

**Prescription:** หากมองในภาพรวมจะพบว่า ประเทศที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นจะกำหนดให้มีการสั่งจ่ายโดยแพทย์ มีบางส่วนที่กำหนดคุณสมบัติเฉพาะของผู้สั่งจ่ายที่ต้องผ่านการอบรม หรือเป็น

แพทย์ที่เกี่ยวข้องเฉพาะด้าน มีส่วนน้อยที่ให้ง่ายได้เองผ่านทางร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐ และส่วนน้อยที่จะให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เองโดยเสรีโดยไม่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์

**Professional responsiveness:** ประเทศส่วนใหญ่ที่ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมักมีลักษณะการผลักดันและขับเคลื่อนผ่านกลไกราชการ ผ่านทางกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข โดยมีได้มีหลักฐานที่ชัดเจนของสภาวิชาชีพทางการแพทย์ และมีบางประเทศที่มีหลักฐานเรื่องการไม่ยอมรับในสรรพคุณของกัญชาและความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ จนเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างรัฐกับหน่วยงานสุขภาพ หรือองค์กรวิชาชีพ

**Permission and regulation:** ระบบการควบคุมกำกับ และเฝ้าระวังของแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มักใช้กลไกของกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บางประเทศตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อดูแลงานกัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ และมีบางประเทศที่ให้หน่วยงานด้านอื่นๆ เป็นผู้ดูแล เช่น หน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จะเห็นได้ชัดเจนว่า การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกนั้น หากว่ากันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คงไม่สามารถตอบได้เต็มปากว่าเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนด้วยเหตุผลที่ดีพอตามที่กล่าวอ้าง ด้วยเหตุและผลต่างๆ ดังนี้

1. เหตุผลด้านสรรพคุณของกัญชาในทางการแพทย์นั้น มีการพิสูจน์สรรพคุณตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่จำกัดมาก ทำให้มีข้อบ่งชี้ในการใช้จริงน้อย และไม่สามารถทดแทนยามาตรฐานที่มีอยู่ได้ ในขณะที่การแพทย์ทางเลือกนั้น ไม่มีข้อมูลที่ดีและเป็นระบบเพียงพอในฐานะข้อมูลทางการแพทย์ที่จะนำเสนอให้เชื่อถือได้ ดังนั้นการมีอยู่ของกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละประเทศด้วยเหตุผลข้อนี้ นั้นจึงดูจะมีน้ำหนักน้อย
2. เหตุผลด้านผลเสียของกัญชาที่น้อยกว่ายาเสพติดตัวอื่น รวมถึงความหวังที่จะนำมาบรรเทาผลกระทบจากปัญหาเสพติดหลักอื่นๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ ฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น ก็ดูจะมีน้ำหนักน้อยมาก และมีแนวโน้มที่จะเห็นผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในหลายเรื่อง เนื่องจากการวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นดังนี้
  - 2.1 ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นทำให้วัยรุ่นใช้กัญชามากขึ้นหากนโยบายไม่เคร่งครัด รวมถึงเพิ่มจำนวนวันในการใช้ และอายุเริ่มต้นที่ลองใช้เร็วขึ้นกว่าเดิม ในขณะที่ในผู้ใหญ่พบว่ามีปริมาณการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการมีนโยบายดังกล่าว และหากนโยบายไม่เคร่งครัดก็จะทำให้มีจำนวนผู้ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



- 2.2 ปัญหาการเสพติดกัญชามากขึ้น เห็นได้จากงานวิจัยในช่วงครึ่งทศวรรษที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นความชุกของปัญหาในประเทศต่างๆ มากขึ้น
- 2.3 ปัญหาแอลกอฮอล์ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าการมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ ไม่ได้ลดอัตราการดื่มหนักในผู้ใหญ่ นอกจากนี้พบว่าในพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เคร่งครัด กลับจะทำให้มีการดื่มหนักมากขึ้น และเพิ่มอัตราการดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับการใช้กัญชามากขึ้นด้วย ส่วนเรื่องอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนอันเป็นผลเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และยอดจำหน่ายแอลกอฮอล์นั้นยังไม่มีหลักฐานวิชาการเพียงพอที่จะพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อเรื่องดังกล่าวได้
- 2.4 ปัญหาเสพติดและผลกระทบจากยาประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น หลักฐานวิชาการพบว่ากัญชาทางการแพทย์แม้จะลดอาการปวดได้แต่ไม่ดีเท่าฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น และไม่สามารถนำมาทดแทนยามาตรฐานที่มีอยู่ได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชานั้นยังมีอัตราการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ในขณะที่อัตราการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับฝิ่นนั้นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นในพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ส่วนปัญหาการเสพติดยาประเภทฝิ่นนั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ส่วนผลต่อลักษณะการส่งจ่ายยาประเภทฝิ่นและการกระจายยานั้นยังไม่มีข้อมูลวิชาการเพียงพอ
- 2.5 ปัญหาเสพติดบุหรี่ยังไม่มีหลักฐานวิชาการเพียงพอที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์และการเสพติดบุหรี่ยังชัดเจน
3. ความหวังที่จะสร้างรายได้จากกัญชา และลดรายจ่ายด้านสุขภาพ จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างของรัฐโคโรลาโด สหรัฐอเมริกา ได้รับการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์แล้วชี้ให้เห็นว่า ได้ไม่คุ้มเสียทั้งในแง่รายได้ที่ได้จริงเมื่อเทียบกับรายจ่ายระดับบุคคลและระดับสังคมที่เกิดขึ้นจากผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่การลดรายจ่ายด้านสุขภาพรายบุคคลนั้นแม้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันชัดเจน แต่จากการที่กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถนำไปใช้ทดแทนยามาตรฐานได้เลยแม้แต่โรคเดียว จึงเป็นข้อมูลบ่งถึงความเป็นไปได้ว่าโอกาสจะลดรายจ่ายด้านสุขภาพรายบุคคลนั้นน่าจะเป็นไปได้ยาก

สำหรับประเทศไทยเวลานั้น การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน แม้จะมีความก้าวหน้าตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย แต่ยังมีประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา 6 เรื่องหลัก ได้แก่

## 1. ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ความเชื่อ ความมกมาย และความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์และโทษจากกัญชา และสารสกัดจากกัญชา ดังจะเห็นได้จากการสื่อสารและพฤติกรรมของประชาชนทั้งในชีวิตประจำวันและในเครือข่ายสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องทั้งด้านประโยชน์และโทษของกัญชา และสารสกัดจากกัญชาให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยและญาติ

## 2. ผลกระทบต่อระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์

จากมาตรการ กระบวนการ และการจัดระบบนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ดังจะเห็นได้จากความสับสนต่อทิศทางการประยุกต์ใช้กัญชาทางการแพทย์ของประเทศว่าจะไปทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ทางเลือก หรือทั้งสองทางพร้อมกัน เนื่องจากมาตรฐานการดูแลรักษาของแต่ละแผนนั้นมีความแตกต่างกัน ในแง่การประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และการพิสูจน์ผลก่อนจะนำมาใช้จริงกับผู้ป่วย ทั้งนี้จึงเห็นปรากฏการณ์ที่หน่วยงานระดับนานาชาติ ระดับชาติ รวมถึงราชวิทยาลัยแพทยสาขาต่างๆ และสมาคมวิชาชีพจำนวนมากต้องออกแถลงการณ์แสดงจุดยืนในการนำกัญชาไปใช้ทางการแพทย์ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทย จะต้องพิจารณา และวางแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ชัดเจน เพื่อลดผลกระทบต่อทั้งกระบวนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ ในอนาคต เช่น การฟ้องร้อง ฯลฯ

## 3. การแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง

ปัญหาข่าวลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่นๆ เกี่ยวกับกัญชา สารสกัดจากกัญชา และผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้งในเครือข่ายสังคม โลกออนไลน์ และในชีวิตประจำวัน ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการติดตาม ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและกลุ่มเปราะบาง

## 4. การขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา

ทั้งกัญชาในลักษณะของพืชสมุนไพร และสารสกัดจากกัญชาในรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย มีปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐาน จนส่งผลกระทบต่อผู้นำไปใช้อุปโภคบริโภค ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ที่ประชาชนจำนวนมากสามารถเข้าถึงกัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชาได้ผ่านการซื้อขายออนไลน์ เครือข่ายสังคม รวมถึงการได้รับจากเพื่อนฝูง และคนรู้จักโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุที่มาของแหล่งผลิต และ

เกิดผลกระทบจากการหลงเชื่อและนำไปใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือใช้โดยปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการควบคุมธุรกิจค้าขายกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับประชาชนให้ห่างไกลจากปัญหาดังกล่าว

## 5. ปัญหาด้านระบบการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชา

ความท้าทายของการจัดการระบบวิจัยกัญชาทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ทั้งด้านหลักจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ และ Good Clinical Practice ดังจะเห็นได้จากปัญหาการจัดการระบบวิจัยกัญชาทางการแพทย์ผ่านสถาบันต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยอาจยังไม่สมบูรณ์ เช่น การประกาศรับสมัครผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัยให้ทราบอย่างเพียงพอก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น ดังนั้นหากประเทศไทยต้องการจะแข่งขันกับเวทีโลกเพื่อพัฒนาความรู้ และผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับสำหรับสากลโลก จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบการจัดการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ โดยทำความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายวิจัยที่มีประสบการณ์และความเข้มแข็ง พร้อมไปกับการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

## 6. ปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นจากการผลิต จำหน่ายจ่ายแจก และใช้หรือเสพกัญชา หรือสารสกัดจากกัญชา เช่น อาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย ฆาตกรรม รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาจนทำให้ต้องมารับการรักษาที่สถานพยาบาลทั้งในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ดังที่เห็นจากทั้งข่าวในสื่อมวลชน และจากรายงานจากสถานพยาบาลและสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ที่นำเสนอผ่านเครือข่ายสังคม ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงปัญหาต่างๆ เหล่านี้ โดยอาศัยบทเรียนที่ต่างประเทศได้ประสบมาก่อน และวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย พร้อมประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้ดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามลกระทบอย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทาง การแพทย์สำหรับประเทศไทย

1. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมการแพทย์ ร่วมกับกรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแกนหลักในการประสานร่วมกับแพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกสาขา สมาชิวิชาชีพอื่นๆ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในเรื่องกัญชา และสารสกัดจากกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและกลุ่มเปราะบางเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาความเชื่อที่ไม่เหมาะสม และความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์และโทษจากกัญชาและสารสกัดจากกัญชา โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และปรับปรุงข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐานและทันต่อสมัย

2. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมการแพทย์ ร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทย เป็นแกนหลักร่วมกับแพทยสภา สมาเภัชกรรม สภาการแพทย์แผนไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งในรูปแบบแผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก และร่วมกันวางแผนให้เกิดมาตรฐานการดูแลรักษา และ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ สำหรับการแพทย์แต่ละรูปแบบโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล พัฒนามาตรการที่จำเป็นเพื่อลดปัญหาความสับสนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และมาตรการคุ้มครองทางกฎหมายในกรณีเกิดข้อพิพาทหรือเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาและ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์

3. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นหลักร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงพาณิชย์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ร่วมกันวางแผนบูรณาการการทำงาน และพัฒนาแผนเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของชาวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่นๆ เกี่ยวกับกัญชา สารสกัดจากกัญชา และผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้งในเครือข่ายสังคมโลกออนไลน์ และในชีวิตประจำวัน รวมถึงแผนการติดตาม ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของสินค้าหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์

4. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดย *สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค* เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ร่วมกัน ดำเนินการพัฒนานโยบาย และระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ และสังคม จากการดำเนินนโยบาย การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นเรื่องอาชญากรรม พฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดอื่นๆ อุบัติเหตุจลาจล อุบัติเหตุในสถานที่ทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนป้องกัน ควบคุม และจัดการปัญหาผลกระทบสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. ขอให้ *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* เป็นแกนหลักร่วมกับเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่วางแผนการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ โดยยึดตามมาตรฐานสากล ทั้งในด้านจริยธรรมการวิจัย และ Good Clinical Practice ทั้งนี้ให้ กำหนดแผนที่ทางเดินการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ของประเทศ (Medical Cannabis Research Roadmap) ในระยะยาว (10 ปี) พร้อมแผนการติดตามกำกับประเมินผล เพื่อให้แน่ใจว่าการวิจัยกัญชาทางการแพทย์จะสามารถเกิดผลผลิตและผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวัง