



Press ข่าว/บทความ

1. บทนำ

จากข้อมูลสถิติขององค์การสหประชาชาติ ประเทศไทยมีพลเมืองมากเป็นอันดับที่ 20 ของโลก เมื่อพิจารณากับสถิติผู้ต้องขังทั่วโลก พบว่าไม่ว่าจะพิจารณาจากจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด หรือจากอัตราผู้ต้องขังต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก นับเป็นข้อเท็จจริงที่น่าตกใจยิ่ง และเมื่อทำการศึกษาเข้าไปในสถิติผู้ต้องขังในประเทศไทย พบว่าผู้ต้องขังกว่าร้อยละ 80 เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

นับตั้งแต่ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ประกาศใช้ ในเวลา 1 ปี ถึง 2546 ปริมาณคดีและปริมาณผู้ต้องขังในเรือนจำได้ลดลงไปมาก เพราะมีการบังคับบำบัด อันเป็นการดึงประชากรกลุ่มเสพที่จะต้องถูกพิพากษาออกไปเพื่อเข้าสู่ระบบแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ปรากฏข้อเท็จจริงว่าการแก้ไขฟื้นฟูมิได้กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ “หลักการทางการแพทย์และสาธารณสุข” แต่ใช้การเข้าค่ายวิวัฒน์พลเมือง ซึ่งเป็นค่ายทหาร จึงทำได้เพียงแก่ผู้เสพหยุดเสพยาเสพติดได้เพียงชั่วคราว ดังนั้น ในปี 2547 เป็นต้นมา ผู้เสพที่เข้าระบบการฟื้นฟูใน 2 ปีที่ผ่านมา เมื่อกลับบ้านกลับสู่บ้านหรือชุมชนเดิม สภาพแวดล้อมอย่างขาดการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง และสภาพชุมชน สังคม ก็ขาดความเข้าใจและระบบ (Social system) กลไก (Social Mechanism) ทางสังคมของการร่วมมือร่วมแรงร่วมใจกันในการช่วยเหลือและการยอมรับที่จะทำให้สังคมเข้มแข็งปลอดภัย การใช้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถูกต้องกับเขา ก็ทำให้เขาไม่มีเหลือพื้นที่ในสังคม ต้องถูกสิ่งแวดล้อมผลักเขาออกจากสังคม จึงต้องหวนกลับไปคบหาสมาคมกับคนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีกครั้ง กลับมาเสพอีกครั้ง การกระทำผิดซ้ำก็เกิดขึ้นตามมา และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นปรากฏการณ์ของ “การกระทำผิดซ้ำซ้อนเรื้อรัง” ซึ่งเมื่อมารวมกับผู้เสพรายใหม่ๆ จึงส่งผลทำให้ปริมาณคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นและปริมาณผู้ต้องขังก็เพิ่มขึ้นตามมา และเพิ่มขึ้นต่อๆ กันมาอย่างไม่หยุดยั้งในอัตราก้าวหน้าจนถึงปัจจุบัน ไหลวนไปวนมาและเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดสภาพ “ผู้ต้องขังล้นเรือนจำเรื้อรัง” (Chronic prisoners overflow) ส่งผลความเสียหายแบบลูกโซ่ตามมาอีกมากกับประเทศไทย

ประเทศไทยจึงต้องการมาตรการที่จะเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหายาเสพติด แม้ว่าปัญหายาเสพติดจะแก้ไขต้องแก้ไขแบบองค์รวม แต่มาตรการหนึ่งที่สามารถเป็นส่วนหนึ่งขององค์รวมได้ คือ มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดหรือจากการใช้ยาเสพติด

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศโปรตุเกส
3. เพื่อเสนอแนะนโยบายและมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่เหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทย

3. รูปแบบการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงเอกสาร ทำการวิจัยเอกสาร รวบรวมเอกสารกฎหมายต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญหรือเป็นส่วนหลักของการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการต่าง ๆ ในทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้ได้ข้อสรุปทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ศึกษามุ่งเน้นในการเปรียบเทียบนโยบายและกฎหมายโดยเฉพาะ

ส่วนที่ 2 การศึกษาภาคสนาม เพื่อสนับสนุนการศึกษวิเคราะห์ในส่วนที่ 1 ดังนี้ การเข้าศึกษาดูงานและสัมภาษณ์พื้นที่ที่มีการบำบัดยาเสพติด 5 แห่ง ดังนี้

- 1.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลชัยภูมิขอนแก่น
- 2.ภาคกลางและภาคตะวันออก ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- 3.ภาคเหนือ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์)
- 4.ภาคใต้ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 5.กรุงเทพมหานคร ได้แก่ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ส่งเสริมนโยบายการนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน สังคมและประชาชนเกิดความเข้าใจการช่วยเหลือบำบัดผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ชุมชนและพื้นที่ได้บุคคลหรือประชากรที่มีคุณภาพมากขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดลดน้อยลง สามารถนำไปแก้ไข พัฒนาและเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถมีการใช้ประโยชน์และผลกระทบจากการศึกษาวิจัยในระดับประเทศซึ่งสามารถกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากการเสพยาหรือติดยาเสพติดนั้นเป็นปัญหาระดับประเทศที่มีการแก้ไขปัญหามาอย่างยาวนาน แต่

เนื่องจากทิศทางของการแก้ไขปัญหานั้น มิได้สะท้อนความเป็นจริงของการแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง เนื่องจากมิได้มุ่งเน้นไปที่หน่วยงานทางสาธารณสุขและชุมชนเท่าที่ควร จึงเห็นว่า ผลสรุปที่คาดว่าจะได้รับของงานวิจัยมีทิศทางการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหลัก อีกทั้งโครงการวิจัยนี้จะช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางนโยบายด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้เสพหรือติดยาเสพติด มีทิศทางที่ถูกต้องในการบำบัดการเสพหรือยาเสพติด สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนมีการให้ความรู้ความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อที่หน่วยงานจะสามารถทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดได้อย่างเป็นระบบ เสริมสร้างการกระทำของชุมชนมีการให้ความรู้ความเข้าใจกับชุมชนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่ชุมชนจะสามารถเข้าใจความต้องการของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด พัฒนาทักษะส่วนบุคคลซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้จะช่วยพัฒนาทักษะการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพหรือติดยาเสพติดกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ การบริการสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพหรือติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและก้าวไปสู่อนาคตที่รัฐมีความเข้าใจปัญหาเสพติดมากขึ้น

ทั้งนี้งานวิจัยจะส่งเสริมด้านสุขภาพของประเทศ ดังนี้

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน คือ งานวิจัยส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์และผู้เสพหรือติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยตามหลักการสิทธิมนุษยชน
2. ให้กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ งานวิจัยชิ้นนี้นำไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด มีการวางระบบกระบวนการก่อนและหลังการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ
3. ให้สร้างหรือเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ คือ งานวิจัยฉบับนี้มีแนวทางการสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และตัดเทียมหลักสากลทั้งด้านกฎหมายและด้านสาธารณสุข
4. ให้สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐบาล องค์กรภาคเอกชน และองค์กรภาคเอกชน สาธารณประโยชน์ ในการที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน คือ หากมีการวางนโยบายตามผลการศึกษาวินิจฉัยคาดว่าจะได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน เนื่องจากการบำบัดยาเสพติดมีอาจเป็นภาระหน้าที่แก่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ
5. ให้มีการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย และการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี คือ มิเพียงแต่จะนโยบายบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพและติดยาเสพติดเท่านั้น ยังมีการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจและวิธีการป้องกันมิให้เกิดปัญหาที่มากขึ้นอีกด้วย

5. ผลการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบทางทฤษฎีอาญาที่เกี่ยวข้องกับการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด (Harm Reduction) พบว่าประกอบไปด้วยแนวคิดทฤษฎีทางอาญาที่เกี่ยวข้องอีกหลายเรื่อง ได้แก่

(1) การลดความรุนแรงหรือลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction on Narcotic Drugs) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความเป็นอาชญากรรมของการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เล็กน้อย เพื่อลดการใช้มาตรการบังคับโทษ รวมถึงหันไปใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุก เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในคดียาเสพติดให้ไม่ต้องจองจำ เข้าถึงมาตรการบำบัดรักษา และมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง

(2) การไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หมายถึง การที่จะไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ หรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ยาเสพติด เสพยาเสพติดเพื่อความบันเทิงในบางประเทศในยุโรป การครอบครองยาเสพติดบางประเภทที่ไม่มีความร้ายแรงหรือสามารถใช้ในทางการแพทย์ได้ในปริมาณไม่เกินที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการนำยาเสพติดไปใช้ประโยชน์อื่นคว้าวินิจฉัยทางการแพทย์ การกระทำเหล่านี้ไม่ให้ถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาหรือความผิดทางปกครองเกี่ยวกับยาเสพติด

(3) การเปิดเสรียาเสพติด (Drug Liberalization) หมายถึง การกำจัดหรือลดการบังคับตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ โดยการบัญญัติกฎหมายทำให้การใช้และครอบครองยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (Re-legalization) และไม่ถือว่าการกระทำเหล่านั้นเป็นอาชญากรรม

(4) การทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (Drug Legalization) หมายถึง การต้องไม่มีมาตรการห้ามการแจกจ่าย การขายและการใช้ยาเสพติดให้โทษทั้งหมดที่ระบุในกฎหมายปัจจุบัน ลบการควบคุมของรัฐบาลทุกรูปแบบ และหันมาใช้มาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่ทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมายภายใต้ระบบการควบคุมของรัฐบาล ซึ่งมาตรการดังกล่าวมักจะเป็นมาตรการของฝ่ายปกครองมากกว่ามาตรการทางอาญา เช่น ให้อายุขัยเป็นสินค้าควบคุมหลากหลาย การกำหนดอายุของผู้ใช้ยา การขอใบอนุญาตในการจำหน่ายยาเสพติด หรือการอนุญาตให้เสพยาภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือเภสัชกร เป็นต้น

(5) การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด (Harm Minimization) หมายถึง แนวนโยบายการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดให้น้อยที่สุด เป็นการผันคดียาเสพติดระดับเล็กออกมาจากความผิดจากเสพติดระดับสูง โดยใช้มาตรการทางสาธารณสุขเป็นตัวหลัก เพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพาอาศัยยาเสพติด อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวยังถือว่าการครอบครองยาเสพติดทุกประเภทก็ยังคงเป็นความผิดที่ต้องดำเนินคดีอยู่ แต่ได้นำเสนอมาตรการคู่ขนานเพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยเป็นหลัก

ผลการศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายเพื่อลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดในประเทศต่างๆ ปรากฏดังต่อไปนี้

(1) สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของเยอรมนีว่าถูกแบ่งออกเป็นสี่แนวทาง ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด และการดำเนินคดี¹

ความสำคัญของการป้องกัน ได้แก่ การใช้มาตรการใดๆ ก็แล้วแต่ เพื่อไม่ให้บุคคลเข้าไปสู่ขั้นตอนของการดำเนินคดี กล่าวคือ บุคคลนั้นเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาเสพติดอย่างหนัก (Drugs Dependencies) และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงต้องเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีในที่สุด อนึ่ง เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และภาคสังคมต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับทำให้ความรู้กับประชาชน โดยเฉพาะที่เป็นเด็กและเยาวชน ไม่ให้ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และอธิบายให้รู้ถึงพิษภัยเกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงอธิบายถึงสารเสพติดตัวไหนที่เสพได้หรือเสพไม่ได้ตามกฎหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดความประสงค์และต้องการยาเสพติด

การป้องกัน และการฟื้นฟูบำบัด ถือว่าเป็นกระบวนการลดทอนอาชญากรรม (Crime Reduction) ในเยอรมนี มาตรการที่เป็นไปในแนวทางดังกล่าวได้แก่ การที่รัฐให้ยาเสพติดแก่บุคคลเพื่อรักษา หรือ Drugs Substitute Treatment เช่น Methadone Program โครงการก่อตั้ง “ห้องเสพยา” หรือ Injection Room หรือการอนุญาตให้เสพ Heroin ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐ²

เฉพาะในแนวทางที่ 4 การดำเนินคดีอาญากับผู้เสพยาเสพติด กฎหมายยาเสพติดของเยอรมนี หรือ "Betäubungsmittelgesetz", BtMG เป็นมาตรการทางกฎหมายที่มีบทลงโทษสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทที่ผิดกฎหมายทุกประเภท ยกเว้นแต่ การเสพ วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับดังกล่าวได้แก่ การจัดการเคลื่อนย้ายและจำหน่ายยาเสพติดทุกรูปแบบอย่างสมบูรณ์ โดยการดำเนินคดีกับผู้นำเข้าและจำหน่าย และการดำเนินคดีกับผู้ครอบครองยาเสพติดโดยคำนึงถึงปริมาณยาในครอบครอง อย่างไรก็ตาม กฎหมายของเยอรมนีไม่ได้อนุญาตให้บุคคลปลูกและใช้ยาเสพติดบางประเภท อย่างเช่น กัญชา (Cannabis) และมาตรการบังคับทางอาญา จะไม่นำมาใช้ในการครอบครอง และส่งมอบยาเสพติด ในปริมาณที่พิสูจน์ฐานว่าจะใช้เพื่อการเสพ และในบางกรณีอาจมีการลดทอนอัตราส่วนการลงโทษหรือหยุดการบังคับโทษได้ เมื่อบุคคลได้ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว เช่นนี้เป็นการใช้มาตรการบำบัดรักษา แทนการดำเนินคดี³

(2) สาธารณรัฐฝรั่งเศส

¹ Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

² กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.

³ กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

ประเทศฝรั่งเศสมีการยุทธศาสตร์และงบประมาณแห่งชาติในการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติของฝรั่งเศส ในปี ค.ศ.2011 ซึ่งเป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ในรายงานประจำปี ค.ศ.2011 ของ MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie หรือภารกิจระหว่างประเทศของฝรั่งเศสเพื่อการต่อสู้กับยาเสพติดและยาเสพติด

แผนปฏิบัติการต่อต้านความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติด เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1983 แผนปฏิบัติการต่อต้านความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติด ปี ค.ศ.2008-2011 ประกอบด้วยมาตรการป้องกันการบังคับใช้การดูแลสุขภาพ การวิจัยการสังเกตการฝึกรอบรม และความร่วมมือระหว่างประเทศการให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยแผนงานดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศส⁴

ในการดำเนินคดี พนักงานอัยการต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าการผู้ถูกกล่าวหาได้กระทำความผิดตามที่ถูกกล่าวหาจริง และได้รับการสืบสวนของตำรวจอย่างถูกต้อง และถ้าเป็นกรณีความผิดเล็กน้อยจะกำหนดว่าอาจไม่จำเป็นต้องสั่งให้จำคุก แต่ปรับเป็นจำนวนเงินไม่เกิน 3,750 ยูโร ตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยสุขภาพของฝรั่งเศสฉบับที่ L.3421-1 แต่ในกรณีที่การกระทำความผิดที่น้อยกว่า บุคคลที่ถูกจับอาจถูกสั่งให้จ่ายค่าปรับได้ถึง 1,875 ยูโร ตามมาตรา 495-1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศฝรั่งเศส⁵

มาตรการการป้องกันและการบำบัดรักษาในฝรั่งเศส ได้แก่ การแจกเข็มฉีดยาที่ไม่จำกัด ได้รับการอนุมัติในร้านขายยา สถานประกอบการด้านการรักษาพยาบาล และสถานประกอบการที่ขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ ศัลยกรรมและทันตกรรม เป็นไปตามข้อกำหนดกระทรวงสาธารณสุขของฝรั่งเศสที่ระบุไว้ใน มาตรา D 3121-27 แห่งประมวลกฎหมายสาธารณสุขฝรั่งเศส) การให้เข็มฉีดยาและเข็มแก้วเข้าไว้ได้รับอนุญาตตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น⁶

(3) ประเทศเนเธอร์แลนด์

นโยบายยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์มีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการคือ เพื่อการรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด เพื่อลดอันตรายต่อผู้ใช้ เพื่อลดความรำคาญของประชาชน โดยผู้ใช้ยาเสพติด และเพื่อต่อสู้กับการผลิตและการค้ายาเสพติดเพื่อการสันตินาการ⁷

มาตรการลดความรุนแรงของการดำเนินคดียาเสพติดในประเทศเนเธอร์แลนด์ ใช้หลักการ **การไม่บังคับใช้กฎหมายยาเสพติด (Non-enforcement)** โดยมีตัวชี้วัดในการเลือกใช้มาตรการคือ ความรุนแรงของสารเสพ

⁴ Ibid. p.18-19.

⁵ Ibid. p. 20.

⁶ Ibid. p. 81.

⁷ EMCDDA. National report 2007: Netherlands

ติดที่ครอบครอง⁸ กล่าวคือ กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้แก่ รัฐบัญญัติฝิ่น ค.ศ.1919 Opium Act of 1919 และได้มีการแก้ไขรัฐบัญญัติดังกล่าวในปี ค.ศ.1976 โดยมีใจความสำคัญในการแก้ไขคือ จำแนกยาเสพติดให้โทษ (Hard Drugs) ออกจากยาเสพติดเพื่อเสพหรือรักษา (Soft Drugs) และกำหนดระดับ ความเสี่ยงของการใช้ยาแต่ละประเภท โดยในรัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ฉบับปี 1976 จำแนกว่า ยาเสพติดประเภทใด ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สังคมรับไม่ได้ จะเรียกว่า Hard Drugs ส่วนยาเสพติดที่สามารถใช้ในการบำบัดและใน การทดลองได้ เช่น กัญชา เรียกว่า Soft Drugs⁹

นโยบายของรัฐยินยอมขายยาเสพติดชนิดอ่อน ในขณะที่ให้ระงับการขาย การไหลเวียน และการใช้ยา เสพติดชนิดหนัก แยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน มีประสิทธิภาพ และสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ขาย ยาประเภทอ่อนภายใต้การควบคุมจากรัฐ เรียกว่า ร้านกาแฟ¹⁰ กฎหมายที่บัญญัติขึ้นในเดือนมกราคม 2013 บังคับ ควบคุมร้านกาแฟที่ค้ายาเสพติดประเภทอ่อน¹¹ การครอบครองยาชนิดอ่อนสำหรับการใช้ส่วนตัวในปริมาณที่ต่ำ กว่าเกณฑ์บางอย่าง เช่น ครอบครองกัญชาจำนวน 5 ต้นกัญชา เป็นที่ยอมรับได้ แต่ปริมาณที่มากขึ้นหรือการ ครอบครองยาเสพติดชนิดแข็งอาจนำไปสู่การดำเนินคดียาเสพติดฐานครอบครองเพื่อจำหน่าย¹² และรัฐบาลได้ อนุมัติให้ออกกฎหมายเพื่อให้บริการปลูกพืชเสพติด ปลายปี 2017 รัฐบาลประกาศว่าจะพยายามที่จะทดลอง ใช้ระบบใหม่ในบางเมืองที่ร้านกาแฟจะถูกกฎหมายได้รับพืชเสพติดจากผู้ปลูกที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐ¹³

(4) ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

ในปี ค.ศ.1990, สวิตเซอร์แลนด์นำมาตรการใหม่มาใช้เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด และ นำกัญชวยาสเสพติดแห่งชาติใหม่ ได้แก่ การลดอันตราย Harm Reduction ซึ่งนำไปสู่การสร้างแนวทางในการ บูรณาการการทำงานในการแก้ไขปัญหาเสพติดร่วมกันระหว่าง รัฐและเอกชน และเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 1991 รัฐบาลกลางสวิสได้ประกาศใช้มาตรการ "ProMeDro" เพื่อดำเนินการตามนโยบายลดความรุนแรงของ อาชญากรรมยาเสพติด โดยโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อลดจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด และเพื่อ ป้องกันไม่ให้คนติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น (2) ผลักดันให้ผู้ใช้ยาเสพติดเอาชนะตนเอง จากการผ่านการบำบัดและการ

⁸ "Alcohol, tobacco among riskiest drugs". MSNBC. 2007-03-24. Retrieved 2011-04-20.

⁹ The Netherlands Drug Control Data and Policies : Drugs War Facts. (2015). Get The Facts Drug War Facts.org. Retrieved from <http://www.drugwarfacts.org/cms/The+Netherlands#sthash.nnTgae4S.dpbs> .

¹⁰ Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops, *Ministry of Security and Justice*

¹¹ "Amsterdam ditches controversial 'weed pass' law". Daily News. New York. November 21, 2012.

¹² Drugsbezit en drugshandel (in Dutch, "Possession and trade of drugs", *Wet & Recht*

¹³ Nieuw kabinet staat proef met legale wietteelt toe (in Dutch, "New cabinet allows experiment with legal weed cultivation", *RTL News*

กลับคืนสู่สังคม และ (3) ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อลดอันตรายและเพื่อรักษาบูรณาการทางสังคม¹⁴

รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด ค.ศ.1996 โดยกำหนดให้มีมาตรการควบคุมวัตถุที่เป็นสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด ตั้งแต่นั้นสารตั้งต้นในการผลิตและการเตรียมการที่มีได้รับผลกระทบได้แก่ มอร์ฟีน โคเคน และ กัญชา (รัฐบัญญัติยาเสพติด มาตรา 1)¹⁵ และได้มีการอนุมัติให้กำหนดให้ผู้บริโภคใช้กัญชาจำนวนน้อยแทนการเปิดคดีอาญาอย่างเป็นทางการดังนั้นสวีเดนจึงเข้าร่วมกับประเทศที่กำลังเติบโตขึ้นโดยใช้รูปแบบการยกเลิกการบังคับใช้กฎหมายบางส่วน (Decriminalization)¹⁶

(5) ประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐบัญญัติสารควบคุมแม่แบบ ค.ศ.2016 (TITLE 18 Criminal Code ARTICLE 18) หรือ Uniform Controlled Substances Act of 2013 ของมลรัฐโคโลราโด ได้บัญญัติกฎหมายที่เป็นการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับพืชกัญชา หรือความผิดเล็กน้อยในคดียาเสพติด (Misdemeanors)

Criminal Code มาตรา 18-18-404 กำหนดการใช้สารควบคุมที่ผิดกฎหมาย (1) (a) ยกเว้นตามที่ระบุไว้เป็นอย่างอื่นสำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและสารสกัดจากกัญชา ในมาตรา 18-18-406 และ 18-18-406.5 บุคคลใด ๆ ที่ใช้สารควบคุมโดยมิชอบจากหน่วยงานรัฐหรือภายใต้การอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ จะถือว่าเป็นการใช้สารเสพติดเพื่อประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ และถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาละดับ 2 และ มาตรา 18-18-406 (III) (E) ความผิดเกี่ยวกับพืชกัญชาและสารสกัดจากกัญชา บัญญัติไว้ว่า ยาเสพติดระดับ 1 ละหุโทษถ้าความผิดเกี่ยวข้องกับพืชกัญชาไม่เกินหกเดือน ถือเป็นความผิดละหุโทษระดับ 1

(6) ประเทศนิวซีแลนด์

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศนิวซีแลนด์ เป็นตัวอย่างหนึ่งของมาตรการทางกฎหมายที่ขึ้นอยู่กับหลักฐานการปฏิบัติงานและการวิจัย ทั้งจากนิวซีแลนด์และทั่วโลกเกี่ยวกับวิธีที่ดีที่สุดในการลดอันตรายที่เกิดจากทั้งยาเสพติด¹⁷ นโยบายทางกฎหมายยาเสพติดที่ได้รับการเสนอ ได้แก่ (1) ลดบทลงโทษทางอาญาสำหรับการครอบครองการใช้งาน และการจัดหาของยาเสพติดเพื่อประโยชน์ทางสังคมทั้งหมด (2) การพัฒนา

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opiolbid addicts: a follow-up study

¹⁷ NZ Drug Foundaion : Drugs Law Reform. <https://www.drugfoundation.org.nz/policy-and-advocacy/drug-law-reform/>

ตลาดกัญชาภายใต้การควบคุมอย่างเคร่งครัด และ (3) เพิ่มทรัพยากรในการป้องกัน การศึกษา และการบำบัดรักษา¹⁸

Misuse of Drugs Act 1975 มาตรา 7 กำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่สามารถดำเนินการปรับได้ถ้าเป็นการครอบครองของยาเสพติดระดับ C เช่น กัญชา ถ้าไม่ได้กระทำความผิดอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน แต่ถ้ากระทำความผิดอย่างอื่นด้วย เช่น ชัดขวางการจับกุมหรือลักทรัพย์ จะมีการบังคับการปรับตามกฎหมายด้วย เมื่อไม่มีการกระทำความผิดอื่น ๆ ตำรวจมีแนวโน้มที่จะใช้มาตรการกับผู้ครอบครองของยาเสพติดระดับ C ด้วยคำเตือน เปรียบเทียบปรับ อาจมีสิทธิ์ได้รับการ "เบี่ยงเบน" หรืออาจได้รับการปล่อยตัวโดยไม่มีภาระลงโทษ ผู้กระทำความผิดต้องถูกตัดสินว่ามีการตัดสินว่ายาเสพติดในครอบครองในปริมาณที่สามารถใช้ประโยชน์ได้เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถถูกตัดสินว่ามีการครอบครองได้¹⁹ ถ้าเป็นการกระทำครั้งแรก ผู้กระทำความผิดอาจมีสิทธิ์ได้รับคำสั่ง "การเบี่ยงเบน" กล่าวคือ ตำรวจยินยอมที่จะยกเลิกข้อกล่าวหา เมื่อยอมรับสารภาพและปฏิบัติตามเงื่อนไขบางประการ ซึ่งอาจรวมถึงการเข้าโปรแกรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาเสพติด และเครื่องเคมแอลกอฮอล์ หรือการทำงานบริการสังคมบางส่วน²⁰ โดยถือว่าเป็นการกระทำความผิดเล็กน้อย²¹

(7) ประเทศโปรตุเกส

นโยบายด้านยาเสพติดของโปรตุเกสมีขึ้นในปี 2001 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2001 กฎหมายฉบับใหม่ยังคงรักษาสถานะผิดกฎหมายในการใช้หรือครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต การกระทำความผิดกฎหมายก็เปลี่ยนไปจากความผิดทางอาญาการลงโทษที่เป็นไปได้กับเรือนจำคุกผู้บริหารถ้าจำนวนไม่เกินสิบวัน²²

João Goulão ผู้อำนวยการโครงการออกแบบมาตรการเพื่อแทรกแซงพฤติกรรมและแก้ปัญหาการติดยาเสพติดของโปรตุเกส ได้ทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้นำองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ใช้ยา และผู้ที่ถูกจองจำเพราะใช้ยา กลุ่มเยี่ยมชมศูนย์บำบัดยาที่ใหญ่ที่สุดในลิสบอน และไปเยี่ยมรถตู้จ่ายยาเมทาโดน ซึ่งตั้งอยู่ทั่วเมือง เพื่อแสวงหามาตรการลดอันตราย และลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางยาในโปรตุเกส โดยชูประเด็นการเรียนรู้จากวิธีการที่คำนึงถึงสุขภาพและมนุษย์เป็นหลัก²³

¹⁸ Ibid

¹⁹ CASE: [1990] 2 NZLR 275 (CA) - (1993) 10 CRNZ 61 (CA) - [1986] 1 NZLR 488 (CA)

²⁰ CASE: [1976] 2 NZLR 476 (CA);

²¹ New Zealand Police, Police Adult Diversion Scheme Policy 13 (Jan. 2016), <http://www.police.govt.nz/sites/default/files/publications/adult-diversion-scheme-policy.pdf>, archived at <https://perma.cc/X7F6-P6BW>.

²² "EMCDDA: Drug policy profiles, Portugal, June 2011". emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.

²³ Ibid. page 2-3.

กฎหมายยาเสพติดหลักในโปรตุเกสคือกฎหมายกฤษฎีกา 15/93 ของวันที่ 22 มกราคม 1993 ซึ่งกำหนดขอบเขตของกฎหมายที่ใช้บังคับกับการค้ามนุษย์และการบริโภคยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ทางจิต²⁴ นอกจากนี้ ยังมีกฤษฎีกาฉบับที่ 30/2000 บัญญัติเรื่องการลดการบริโภคยาเสพติดและการลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับการได้มาและการครอบครองยาเสพติดส่วนบุคคล²⁵ จุดมุ่งหมายของกฎหมายฉบับดังกล่าวเพื่อลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการบริโภคการได้มาและการครอบครองเพื่อการใช้งานส่วนตัว อย่างไรก็ตาม ใดๆก็ดี กฎหมายฉบับดังกล่าวก็ไม่ได้รับรองว่ายาเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่างๆ ทั้งหลายเหล่านี้ถูกต้องตามกฎหมายแต่อย่างใด ผู้ครอบครองยังคงถูกลงโทษด้วยค่าปรับทางปกครอง (coimas) จากการดำเนินคดีละเมิดทางปกครอง²⁶ และในปี 2014 ผลการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินนโยบายยาเสพติดในโปรตุเกสซึ่งกำหนดให้การครอบครองยาเสพติดเพื่อการเสพหรือเพื่อบำบัดทางการแพทย์ส่วนบุคคลไม่ถือว่าเป็นการกระทำความผิดทางอาญา²⁷

ผู้เข้ายาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตจะถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการคดียาเสพติด (comissão para a dissuasão da toxicoddependiancia) เพื่อพิจารณาว่าผู้นั้นเป็นผู้มีปัญหาติดยาเสพติดหรือไม่ คณะกรรมการจะมีความเห็นให้ดำเนินคดีตามปกติ ต่อเมื่อผู้เข้ามีปัญหาพฤติกรรมที่ถือเป็นละเมิดต่อกฎหมายของฝ่ายบริหาร ไม่มีปัญหาเรื่องการติดยาเสพติดหรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่แท้จริง หรือพิจารณาแล้วไม่เชื่อว่าไม่มีประวัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดก่อนหน้านี้ หรือมีพฤติกรรมไม่ยอมรับการวินิจฉัยเพื่อการบังคับบำบัด ในทางกลับกัน คณะกรรมการคดียาเสพติดอาจมีคำสั่งยุติคดีและการส่งไปบังคับบำบัด หากบุคคลนั้นติดและมีประวัติการใช้งานยาเสพติดมาก่อน แต่ยอมรับคำแนะนำเพื่อขอการรักษา โดยอาจถูกยุติการดำเนินคดีเป็นเวลาไม่เกินสองปี หลังจากการตัดสินใจโดยคณะกรรมการ หลังจากนั้นจะมีการยุติการดำเนินคดีถาวร ถ้าหากบุคคลนั้นไม่ทำความผิดซ้ำ และไม่มีปัญหาการติดยาเสพติดอีก หรือหากผู้ใช้ที่ติดยาเสพติดได้ดำเนินการบำบัดรักษาสำเร็จแล้ว²⁸

²⁴ Portugal Country Drug Report 2018, (2018). EMDDCA. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences_en

²⁵ Ibid.

²⁶ Tiago S Cabral.(2017), The 15th anniversary of the Portuguese drug policy: Its history, its success and its future. SAGE, January 1, 2017 .
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050324516683640>

²⁷. The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts.
<https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

²⁸ Dias, 2012: 43–48; Garcia, 2012: 33–36; Monteiro, 2015: 31–35; Roxin, 1997: 81–95

(8) ประเทศญี่ปุ่น

หน่วยงานของรัฐบาลญี่ปุ่นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงการกำหนดมาตรการลดความรุนแรงของการดำเนินคดียาเสพติด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ (Organization and Function of the Ministry of Health, Labour and Welfare หรือ Koseirodosho in Japanese)²⁹ ความสำคัญของแนวนโยบาย คือ ความสำคัญของวิธีการที่สมดุลในการแก้ปัญหาการละลายพฤติกรรม ประเทศญี่ปุ่นได้นำ "ยุทธศาสตร์การป้องกันการใช้ยาเสพติดห้าปี" ที่นำโดยรัฐบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการด้านการท่องเที่ยวที่จำเป็นในการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด³⁰

ในการลดอันตราย (Harm Reduction) ญี่ปุ่นกังวลว่าการใช้มาตรการลดหย่อน เช่น การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเข็มสำหรับผู้ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสังคมที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เชื่อว่าวิธีการแบบนี้ไม่ได้ช่วยลดการใช้ยาเสพติด แต่อาจนำไปสู่การยอมรับการเสพยาเสพติดได้จริง มีมาตรการและแนวคิดต่างๆ เพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพและสังคมที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดซึ่งต้องปรับให้เข้ากับสถานการณ์ในแต่ละประเทศและภูมิภาค และญี่ปุ่นคัดค้านการประยุกต์ใช้มาตรการลดอันตรายที่แบบปูพรม³¹

ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในระดับหนึ่งเนื่องจากสถานะอุปสรรคต่ออุปทานและอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น ญี่ปุ่นกำลังดำเนินการแก้ไขปัญหาละเมิด และในการควบคุมยาเสพติดที่ผิดกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศญี่ปุ่นยังเชื่อมั่นว่าการป้องกันยาเสพติดควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญมากที่สุดในประเทศญี่ปุ่น เน้นว่ามาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการลดความต้องการยาเสพติดควรได้รับการพิจารณาและปฏิบัติการให้เหมาะสมตามสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ปฏิบัติงาน³²

อนึ่ง เนื่องจากปัญหาอาชญากรรมยาเสพติดไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่สุดของญี่ปุ่น อัตราผู้กระทำความผิดหรือผู้ติดยาเสพติดมีอัตราส่วนไม่มากนัก จึงส่งผลให้เกิดการขาดความสนใจในการรักษาติดยาเสพติดระหว่างวิชาชีพทางการแพทย์ กล่าวคือ ญี่ปุ่นมีปัญหาการขาดแคลนนักบำบัดโรคที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อรักษาติดยาเสพติด สิ่งอำนวยความสะดวก

²⁹ Pharmaceutical Administration and Regulations in Japan : Organization and Function of the Ministry of Health, Labour and Welfare (2015), Japan Pharmaceutical Manufacturers Association. retrieved from <http://www.jpma.or.jp/english/parj/whole.html>. P.1-2.

³⁰ Statement by Mr Masatoshi Narita, Councillor, MHLW at the General Debate in the 57th CND <Japan>

³¹ Ibid.

³² Ibid.

ความสะดวกทางการแพทย์ การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ได้เฉพาะในโรงพยาบาลและคลินิกที่มีอยู่อย่างจำกัด³³

(9) ประเทศแคนาดา

นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการติดยาเสพติดของประเทศแคนาดา ปรากฏใน “กลยุทธ์ยาเสพติดระดับประเทศของแคนาดา” ในปี 1997 ได้มีการกำหนดกลยุทธ์ในการบังคับใช้เกี่ยวกับยาเสพติดของแคนาดา โดยมีรูปแบบเป็นเสาหลักสี่เสาหลัก ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา การใช้มาตรการลดความรุนแรง และมาตรการปราบปรามเป็นลำดับสุดท้าย

ประเทศแคนาดากำหนดกลยุทธ์ในการลดอันตรายโดยมีหลักฐานในการดำเนินการ ได้แก่ การอ้างอิงถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยการช่วยให้ผู้ติดยาจะต้องได้รับการดูแลอย่างเพียงพอและสนับสนุนให้ผู้ให้บริการได้เข้าถึงและดูแลโดยไม่เลือกปฏิบัติ อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ถือเป็นหนึ่งในหลักการพื้นฐานของการลดอันตรายคือสิทธิในการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ใช้วิธีการบังคับบำบัด³⁴ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดยาเสพติด เข้ารับบริการการรักษาเมื่อพวกเขาพร้อม การติดต่ออย่างต่อเนื่องกับผู้ให้บริการช่วยให้เกิดความไว้วางใจ ในขณะที่ข้อกำหนดขั้นต่ำให้ออกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมดีและสร้างความพร้อมเพื่อกลับสู่สังคม มากกว่าตอกย้ำว่าเป็นผู้กระทำความผิด³⁵

แนวทางการลดอันตรายจากการบังคับใช้กฎหมายอีกทางหนึ่งได้แก่ การใช้ดุลพินิจของตำรวจที่ผ่านการฝึกอบรมการลดอันตราย ร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพ³⁶ ผู้ติดยาเกินขนาดของตำรวจ กรณีที่เป็นยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง ตำรวจอาจพิจารณาส่งผู้เสพไปโรงพยาบาลแทนการดำเนินคดี เช่นนี้ ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตน้อยลง³⁷ โดยอ้างอิงถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมเป็นทางเลือกในการจับกุมและริบอุปกรณ์ผิดแทน³⁸

(10) ประเทศเดนมาร์ก

³³ Sookja Suh and Mitsuho Ikeda (2018). Compassionate Pragmatism on the Harm Reduction Continuum : Expanding the Options for Drug and Alcohol Addiction Treatment in Japan .Niigata College of Nursing; Center for the Study of Communication-Design : CSCD Osaka University

³⁴ Harm Reduction: A British Columbia Community Guide page 6

³⁵ Ibid. page 7.

³⁶ Maher, L. and Dixon, D. (1999). Policing and Public Health: Law Enforcement and Harm Minimization in a Street Level Drug Market. *British Journal of Criminology*. 39(4), 488 – 512.

³⁷ Spooner, C. et al. (2002). *The Role of Police in Illicit Drug Harm Minimization: An Overview. Presentation for the 2nd Australian Conference on Drug Strategy*. Perth, Australia.

³⁸ Maher, L. and Dixon, D. (1999). Ibid., 488 – 512.

นโยบายยาเสพติดแห่งชาติของเดนมาร์ก (National Drugs Strategy) นั้นครอบคลุมและครอบคลุมการป้องกันและการใช้มาตรการการรักษาการลดอันตรายและการบังคับใช้กฎหมาย แม้ว่าเดนมาร์กจะไม่มีเอกสารยุทธศาสตร์ยาเสพติดแห่งชาติ แต่นโยบายยาเสพติดแห่งชาติได้กำหนดไว้ในเชิงกลยุทธ์³⁹ เดนมาร์กไม่มีหน่วยงานพิเศษที่มีหน้าที่ประสานงานนโยบายด้านยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบการประสานงานในด้านยาเสพติด การประสานงานขึ้นอยู่กับความคิดต่ออย่างไม่เป็นทางการระหว่างหน่วยงานระดับชาติที่เกี่ยวข้อง⁴⁰ และมีความรับผิดชอบโดยรวมสำหรับความคิดริเริ่มในการลดอันตรายในระดับชาติในขณะที่เทศบาลมีบทบาทสำคัญในองค์กรและการระดมทุนเพื่อนำไปดำเนินโครงการลดอันตรายทั้งหลาย⁴¹

กิจกรรมการลดอันตรายรวมถึงการรักษาทางการแพทย์และสังคมของผู้ใช้ยาเสพติดในเดนมาร์ก การตอบสนองต่อการลดอันตรายรวมถึงการจัดหาแผนการแจกจ่ายเข็ม โดยดำเนินการผ่านทาง การแจกจ่ายเข็มฉีดยาฟรี และการขายเข็มฉีดยาในร้านขายยา ผ่านสถาบันการบำบัด ในศูนย์รีโอปอินและผ่านเครื่องการจ่ายเข็มฉีดยาในที่สาธารณะ เทศบาลบางแห่งมีการแจกจ่ายเข็มและหลอดฉีดยาในที่พักอาศัยและหอพัก⁴²

ตามพระราชบัญญัติรวมเรื่องสารควบคุมปี 2016 การนำเข้า ส่งออก ขาย ซื้อม จัดส่ง ผลิต แปรรูปและครอบครองยาเสพติด ล้วนเป็นความผิดทางอาญา การลงโทษตามพระราชบัญญัตินี้เป็นโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกินสองปี ส่วนการใช้ยาเสพติดไม่มีบทบัญญัติส่วนใดกล่าวถึงว่าเป็นความผิด การครอบครองยาเสพติดผิดกฎหมายสำหรับการใช้งานส่วนตัว อาจต้องโทษปรับในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทและปริมาณของยาเสพติดที่เกี่ยวข้องและการกระทำความผิดครั้งก่อน ในบางกรณีการครอบครองยาอันตรายเพื่อการใช้งานส่วนตัวอาจส่งผลให้ต้องโทษจำคุกระยะสั้น ตั้งแต่ปี 2004⁴³

6.อภิปรายผล

จากการศึกษาทั้งหมดข้างต้น สามารถอภิปรายผลถึงประสิทธิภาพในการนำนโยบายลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ในแต่ละประเทศที่ทำการศึกษารวมทั้งประเทศไทย เป็นประเด็นทางกฎหมายที่สำคัญต่างๆ ดังนี้

6.1 นโยบายและแนวการปฏิบัติของรัฐ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการลดความรุนแรงในคดี ยาเสพติด

³⁹ Denmark Drug Report 2018, (2018). EMCDDA, page 2

⁴⁰ Ibid. page 3.

⁴¹ Ibid. page 14.

⁴² Ibid. page 14.

⁴³ Ibid. page 18.

ผลการวิเคราะห์นโยบายและแนวปฏิบัติของรัฐเพื่อตอบสนองการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด พบว่า แนวความคิดเรื่องการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดเป็นนโยบายที่มีมานานแล้ว และสหประชาชาติได้เน้นย้ำการใช้มาตรการดังกล่าวผ่านการประชุมของคณะกรรมการยาเสพติดและอาชญากรรม (UNDCP) เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา เพื่อรณรงค์ให้รัฐบาลแต่ละประเทศให้ความสำคัญกับผลเสียที่ได้จากการใช้นโยบายทำสงครามกับยาเสพติดต่อสังคม และการแก้ไขปัญหาผู้ต้องขังคดียาเสพติดล้นเรือนจำ เมื่อพิจารณาถึงมาตรการทางกฎหมายของแต่ละประเทศที่ได้ศึกษาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถแบ่งประเทศที่นำมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดมาใช้ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) ประเทศที่มีการบัญญัติมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดไว้ในกฎหมายอย่างชัดเจน

ประเทศที่สามารถมีการกำหนดนโยบายและบทบัญญัติแห่งกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด ได้แก่ ประเทศที่ได้มีโครงการนำร่องต่างๆ เพื่อลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติด รวมถึงการดำเนินการจำแนกผู้กระทำความผิดรุนแรงออกจากผู้กระทำความผิดเล็กน้อยหรือผู้ป่วย และปรากฏมาตรการรองรับการอบรมเรื่องยาเสพติด การบังคับบำบัดรักษา การนำสารเสพติดไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ รวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานภาคประชาชนในการประสานการบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยอย่างมีบูรณาการ ประเทศดังกล่าวได้แก่

1. ประเทศโปรตุเกส และแคนาดา ที่ได้มีการนำร่องมาตรการแจกเข็มฉีดยา และให้รัฐจัดสรรยาเสพติดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้กระทำความผิดเข้ามาอยู่ในระบบการดูแลของรัฐทั้งหมด

2. ประเทศสวีเดน เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ที่มีกฎหมายกำหนดจำแนกกระบวนกรดำเนินคดีกับความผิดยาเสพติดที่อยู่ในบัญชีชั้นสูง ออกจากยาเสพติดบัญชีชั้นต่ำ ที่อาจใช้สพเพื่อการสันทนการ ใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ และนำบุคคลที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กน้อยให้ไปใช้มาตรการทางเลือกแทนเพื่อลดความรุนแรง เช่น การอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดภายใต้การควบคุม การเข้าสู่มาตรการเบี่ยงเบนเพื่อบังคับบำบัด การใช้ห้องเสพยา การออกใบอนุญาตเสพยาให้ผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วย หรือการลงโทษอย่างอื่นนอกจากการจำคุกกับเขาเหล่านั้น และมาตรการทั้งหลายได้ปรากฏในนโยบายของรัฐและบทบัญญัติแห่งกฎหมายภายในอย่างชัดเจน

(2) ประเทศที่มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายกำหนดมาตรการลดความรุนแรงแต่ยังไม่แสดงประสิทธิภาพของการใช้มาตรการ

สาธารณรัฐฝรั่งเศส และนิวซีแลนด์ สองประเทศนี้ปรากฏการกำหนดนโยบายลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด ผ่านแผนยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดของประเทศ และมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาไม่พบข้อมูลที่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนว่าการนำมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดประสบความสำเร็จในระดับสูงเช่นเดียวกับประเทศในกลุ่มแรก

(3) ประเทศที่กำลังพัฒนานำมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดมาใช้

สหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น สองประเทศนี้ไม่ได้ระบุแนวนโยบายทางกฎหมายและบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่รองรับมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดไว้โดยตรง กล่าวคือ ในสหรัฐอเมริกาแนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศ ได้แก่ การประกาศสงครามกับยาเสพติด หรือเน้นการปราบปรามคดียาเสพติดเป็นหลัก อันเนื่องจากยาเสพติดสร้างปัญหารุนแรงแก่สังคมสหรัฐฯ และจำนวนผู้ต้องขังคดียาเสพติดมีอยู่เป็นจำนวนมาก เว้นแต่มลรัฐโคโลราโด ที่ได้ปลดปล่อยชาวออกจากบัญชื่อยาเสพติดระดับสูง และประชาชนสามารถปลูกเพื่อตนเองได้ โดยต้องขอใบอนุญาตในการปลูกและครอบครองจากรัฐบาล และเปิดทางให้สหรัฐฯ ได้พัฒนาพืชกัญชาไปสู่การพัฒนาการรักษาโรคเป็นประโยชน์แก่วงการสาธารณสุข แต่สำหรับประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากปัญหายาเสพติดไม่ใช่ปัญหาที่รุนแรงระดับต้นๆของประเทศ และมีมาตรการทางกฎหมายควบคุมปัญหาเสพติดเป็นอย่างดี จึงปรากฏว่ามีจำนวนผู้กระทำความผิดที่ต้องโทษจำคุกและอยู่ในเรือนจำหรือบุคคลที่ต้องถูกบังคับบำบัดจำนวนไม่มากจนเป็นนัยสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขปัญหาดังนั้น แม้ญี่ปุ่นจะรับรองแนวคิดในการลดความรุนแรงการดำเนินคดียาเสพติดของสหประชาชาติแล้ว แต่ไม่ได้นำมาใช้กำหนดมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศอย่างชัดเจน เนื่องจากปัญหาเสพติดในญี่ปุ่นไม่รุนแรง กอปรกับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยังมีจำนวนน้อย จึงประเมินว่ายังไม่เห็นประสิทธิภาพของการใช้มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดในประเทศญี่ปุ่นนั่นเอง

สำหรับประเทศไทย ถือว่าเป็นประเทศที่ได้นำหลักการของสหประชาชาติว่าด้วยการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดมาใช้ในลักษณะของการกำหนดนโยบายและหลักการ แต่ทว่าหลักการดังกล่าวยังไม่ได้มีการบังคับใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่ได้มีการประกาศใช้ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ซึ่งได้แก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีอยู่เดิม ให้จำแนกประเภทของผู้กระทำความผิดระหว่างผู้เสพ ผู้ป่วย กับผู้จำหน่ายอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญมากขึ้นในกระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งการเปิดช่องทางให้สามารถทำการค้นคว้าวิจัยสารเสพติดที่อาจนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ได้ เช่น กัญชา กัญชง เป็นต้น แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องขอบเขตของวัตถุที่สามารถดำเนินการวิจัยได้ ว่าเป็นพืชเสพติด สารตั้งต้น หรือสารสกัดจากสิ่งเสพติดนั้นๆ และการขอรับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาจากผลงานวิจัยเหล่านั้น

6.2 การคัดกรองคดียาเสพติดที่สามารถลดความรุนแรงได้

การคัดกรองคดียาเสพติดที่สามารถลดความรุนแรงได้ ได้แก่ การจัดลำดับของความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติด โดยควรแบ่งเป็น 3 กลุ่มระดับความผิดดังต่อไปนี้

กลุ่มแรก ความผิดรุนแรง หรือความผิดที่มีความเป็นอาชญากรรมสูง ส่งผลเสียหายต่อสังคมและความสงบเรียบร้อยสูง ซึ่งประกอบไปด้วย ความผิดฐานครอบครองเพื่อจำหน่าย ครอบครองยาเสพติดปริมาณมาก

ความผิดฐานผลิตและนำเข้า ความผิดในระดับนี้ผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับการลดความรุนแรงของการดำเนินคดี และควรต้องดำเนินคดีอย่างเต็มที่โดยไม่ละเว้น แต่การจะจำแนกผู้กระทำความผิดให้อยู่ในระดับความผิดรุนแรงนั้น จะต้องผ่านมาตรการคัดกรองและกระบวนการดำเนินคดีที่ถูกต้องตามหลักนิติธรรมอย่างเคร่งครัด

กลุ่มที่สองได้แก่ ความผิดเล็กน้อย หรือเป็นความผิดที่มีความเป็นอาชญากรรมน้อย ซึ่งประกอบไปด้วย การครอบครองยาเสพติดปริมาณน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด การครอบครองเพื่อเสพ การปลูกพืชเสพติดเพื่อเสพเองโดยไม่มีใบอนุญาต การใช้ยาเสพติดเพื่อความบันเทิง หรือการเสพยาขายมา การกระทำเหล่านี้ล้วนเป็นความผิดทางกฎหมาย แต่ไม่ได้เป็นความผิดที่รุนแรงดังเช่นความผิดในกลุ่มแรก การกำหนดโทษสำหรับความผิดกลุ่มนี้ควรกำหนดให้มีความรุนแรงน้อยลงมาจากกลุ่มแรก โดยพิจารณาจากปริมาณการครอบครองซึ่งจะไม่เท่ากันตามความรุนแรงของสารเสพติดแต่ละประเภท วัตถุประสงค์การใช้ยา หรือการฝ่าฝืนมาตรการทางปกครองอื่นๆ ผู้กระทำความผิดในกลุ่มนี้ควรแยกออกจากผู้กระทำความผิดในกลุ่มแรก และไม่ควรต้องรับโทษอย่างเต็มที่เท่ากับกลุ่มแรก แต่ยังคงต้องรับโทษอยู่เพื่อให้ผู้กระทำสำนึกว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด

ส่วนความผิดกลุ่มที่สาม ได้แก่ ความผิดที่ไม่ควรถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญา ตามหลักการลดความรุนแรงของคดียาเสพติด อันได้แก่ การครอบครองยาเสพติดในปริมาณต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด หรือผู้เสพยาเสพติดที่ถือว่าเป็นผู้ป่วย หรือผู้ต้องพึ่งพายาเสพติด การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดรักษาทางการแพทย์ การวิจัยสารเสพติดเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ รวมถึงการปลูก ครอบครอง หรือจำหน่ายสารเสพติดหรือยาเสพติดโดยมีใบอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐ การกระทำเหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลหรือสังคม หรือเป็นอาชญากรรมทางเศรษฐกิจแต่อย่างใด สิ่งที่ควรกระทำคือ จำแนกผู้กระทำความผิดในส่วนนี้ออกมาจากผู้กระทำความผิดกลุ่มอื่นอย่างเด็ดขาด และควรนำมาตรอื่นแทนการลงโทษจำคุกมาใช้ เช่น บังคับบำบัด ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้เข้าโครงการผันคดีอาญา (Diversion) และถ้าเป็นการปลูก จำหน่าย หรือครอบครองยาเสพติดโดยมีใบอนุญาตจากรัฐ มิให้ถือว่าเป็นความผิดตามกฎหมายแต่อย่างใด

6.3 รูปแบบของมาตรการต่างๆ ที่สามารถลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

ประเภทต่างๆ ของมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดที่มีใช้ในทั่วโลก โดยสรุปสามารถจำแนกได้โดยสรุปดังต่อไปนี้

1. การจำแนกประเภทของยาเสพติด ให้แยกออกจากกันระหว่างยาเสพติดระดับสูงหรือยาเสพติดหนัก (Hard Drugs) ยาเสพติดระดับเล็กหรือยาเสพติดเบา (Soft Drugs) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาปรากฏว่ากฎหมายของประเทศในภูมิภาคยุโรป ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้มีนโยบายในการใช้มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็ก (Soft Drugs Offender) เพื่อลดอัตราส่วนโทษ Harm Reduction และหันไปใช้มาตรการบังคับโทษทางเลือก

นอกจากจำคุก เช่น ฟันฟูบำบัดรักษา คุมประพุดติ ผีอกบวม พักการลงโทษ หรือโทษอื่นๆทำนองเดียวกัน เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ ให้เหลือเฉพาะผู้กระทำความผิดโทษหนัก (Hard Drugs Offender) เท่านั้น

2.การแจกเข็มฉีดยาในแผนปฏิบัติการ (Needle Supply Program (NSPs)) เมื่อพิจารณาจากรายงานของ Harm Reduction International ฉบับนี้ ทุกประเทศเว้นแต่ประเทศญี่ปุ่น มีนโยบายในการแจกเข็มฉีดยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด หลายประเทศในสหภาพยุโรปกำหนดให้การแจกเข็มฉีดยาเป็นนโยบายมาตรฐานที่สามารถกระทำตามกฎหมายได้ในที่สาธารณะ กล่าวคือ สามารถจำหน่ายหรือแจกได้ตามสถานพยาบาล ร้านขายยา ห้องบริโภคนยาเสพติด และแม้แต่การจ่ายเข็มผ่านตู้หยอดเหรียญสาธารณะ แต่บางประเทศกำหนดในจ่ายเข็มฉีดยาเฉพาะในสถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติดที่ผ่านกระบวนการผันคดีออกจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion) หรือผู้ต้องถูกคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น ประเทศเหล่านี้ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และ ไทย

3.การบำบัดรักษาด้วยฝิ่น (Opioid Substitution Treatment (OST)) ในสภายุโรป ได้รับการบัญญัติให้เป็นมาตรการทางเลือกแทนการจำคุก ที่ศาลในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปสามารถพิจารณาให้ผู้ที่ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด ให้ได้รับการบำบัดรักษาทันทีในสถานพยาบาล โดยไม่ต้องโทษจำคุกหรือปรับ สำหรับประเทศไทย ปรากฏในรายงานฉบับดังกล่าวว่า มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่น นั้นหมายถึง เมื่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดได้รับคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัด ตามแนวทางของพระราชบัญญัติฝิ่นผู้สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแล้ว เขาเหล่านั้นก็จะได้รับการบำบัด โดยการใช้ฝิ่นหรือสารเสพติดเทียบเท่าในสถานพยาบาลที่เข้ารับการบังคับบำบัด

4.การจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติด (Drug Consumption Room (DCRs)) อย่างน้อย 1 ห้อง ประเทศในสหภาพยุโรปที่ทำการศึกษามากที่สุด รวมทั้งประเทศแคนาดา มีการบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าให้มีห้องบริโภคนยาเสพติด ภายใต้การควบคุมดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ หรือภาคเอกชนที่ได้รับการมอบหมาย โดยผู้ที่จะมาใช้บริการห้องเสพยาเสพติด จะต้องเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด ที่ได้ทำการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐ หรือบางประเทศอาจขยายความไปถึงประชาชนทั่วไปที่ต้องการเสพยาเสพติดที่เป็นอันตรายน้อย เช่น กัญชา ให้สามารถเข้าถึงห้องบริโภคนยาเสพติดได้ อย่างไรก็ดี ประเทศสหรัฐอเมริกา โปรตุเกส นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น และไทย จากรายงานไม่พบว่ามีการจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติดตามกฎหมาย

5.การแจกยาสูดดม Naloxone เพื่อการบำบัด จากรายงานฉบับนี้มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าให้สามารถใช้ยาสูดดม Naloxone ในกระบวนการบำบัดรักษาได้ เช่น ประเทศเดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา และแคนาดา และบางกรณียังมีการแจกสารดังกล่าวให้ไปสูดดมที่บ้านเพื่อบำบัดความเจ็บปวดอีกด้วย ส่วนประเทศอื่นมิได้บัญญัติรับรองการรักษาแบบดังกล่าว อาจเป็นเพราะไม่มีการปลูกหรือผลิตสาร Naloxone ในภูมิภาคหรือประเทศดังกล่าวก็ได้

6. การบำบัดรักษาด้วยฝิ่นในเรือนจำ นโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นในประเทศที่มีการประกาศให้มีการบำบัดรักษาตามกฎหมายด้วยฝิ่นได้ และใช้การแจกเข็มฉีดยาตามกฎหมาย (NSPs) ไปด้วยแล้ว กล่าวคือ มีเรือนจำของประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดในเรือนจำจำนวนมาก จึงได้จัดให้มีนโยบายแจกเข็มฉีดยาในเรือนจำ เพื่อลดปัญหายาเสพติดในเรือนจำได้ทางหนึ่ง ซึ่งทุกประเทศที่ทำการศึกษายกเว้นประเทศไทยญี่ปุ่น จัดให้มีกระบวนการแจกเข็มฉีดยาในเรือนจำ ทั้งนี้ที่ประเทศไทยและญี่ปุ่นไม่มีการแจกเข็มฉีดยาดังกล่าวอาจเป็นเพราะปัญหาเรื่องสารเสพติดในบรรจุภัณฑ์เข็มฉีดยาที่แจกนั้นจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษระดับต้นๆ เช่น ฝิ่น โคเคน หรือแม้แต่กัญชาในประเทศไทยก็ยังอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 และความกังวลในปัญหากระบวนการค้ายาเสพติดในเรือนจำที่อาจเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดประเด็นข้อโต้แย้งทางกฎหมายจึงไม่แจกเข็มฉีดยาในเรือนจำในที่สุด

7. ห้องบริโภคนยาเสพติดในเรือนจำ จากรายงานฉบับนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่จัดให้มีห้องบริโภคนยาเสพติด (DCRs) ในเรือนจำ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ และแคนาดา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอุปสรรคในเรื่องประเภทของยาเสพติดหรือสารเสพติดที่ใช้บำบัดในห้องบริโภคนยาเสพติดว่าจะเสี่ยงต่อการเข้าไปส่งเสริมการบริโภคนยาเสพติดของนักโทษในเรือนจำให้มากขึ้นหรือไม่

6.4. บทสรุปแนวทางการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดในประเทศไทย

บุคลากรในกระบวนการยุติธรรมทุกชั้นตอนจะต้องให้ความสำคัญต่อการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา ความประพฤติ สถิติปัญหา สุขภาพ นิสัย อาชีพ สภาพแวดล้อม ข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับผู้ต้องหาหรือจำเลยโดยละเอียด ตั้งแต่ ขั้นตอนสอบสวน เพื่อเสนอให้พนักงานอัยการและศาลได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการใช้มาตรการทางเลือกแทนการคุมขังในเรือนจำและเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาวินิจฉัยของศาลในการใช้มาตรการทางเลือก แทนการคุมขังสำหรับผู้หญิงที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามมติการใช้มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดของสหประชาชาติจากการประชุม UNGASS 2016 ภูมิมันเดล่า (Mandela Rule) กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อนักโทษหรือผู้ถูกควบคุมตัวโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rule) ว่าด้วยมาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง และอนุสัญญาสหประชาชาติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

นอกเหนือจากมาตรการทางกฎหมายที่กล่าวมาแล้วหากจะมีการทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการทางกฎหมายให้สามารถนำเอามาตรการใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีลักษณะเป็นความผิดเล็กน้อย เช่น ความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้เสพสำหรับตนเอง หรือผู้ติดยาเสพติดรุนแรงที่มีได้ส่งผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากำหนดให้เป็นการไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หรือการลดความรุนแรงหรือลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการใช้มาตรการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)

ในเรื่องการปฏิบัติการใช้เป็นไปตามหลักการไม่กำหนดคดีอาญา (Decriminalization) ประเทศไทยได้ดำเนินการต่างๆ ไปแล้วดังต่อไปนี้

1. จำแนกความผิดผู้ผลิต นำเข้า ครอบครองเพื่อจำหน่าย ออกจากผู้เสพ ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มาตรา 9 ซึ่งแก้ไขมาตรา 26 ของพระราชบัญญัติฉบับเดิม

2. จำแนกการครอบครองยาเสพติดให้โทษชั้นสูง ออกจากยาเสพติดชั้นต่ำ ยาที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และพืชเสพติด ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไข พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มาตรา 17 ซึ่งแก้ไขมาตรา 75, 76 และ 76/1 ของพระราชบัญญัติฉบับเดิม

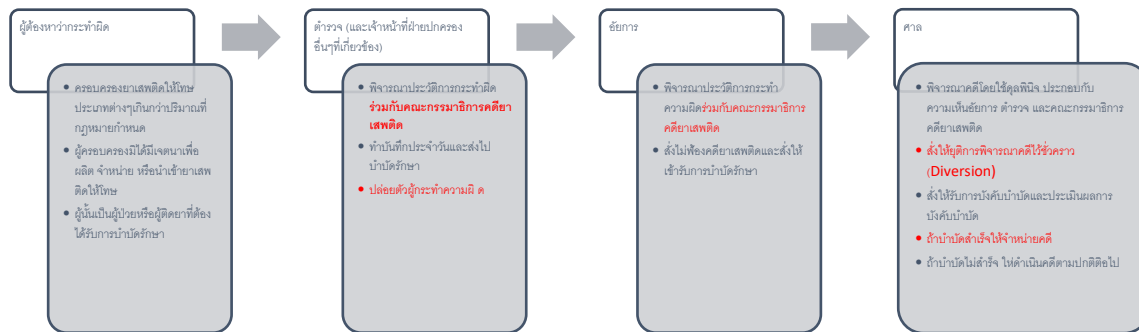
3. กำหนดปริมาณการครอบครองสารเสพติดแต่ละชนิดชั้นต่ำที่ไม่เป็นความผิด ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไข พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มาตรา 17 ซึ่งแก้ไขมาตรา 75, 76 และ 76/1 ของพระราชบัญญัติฉบับเดิม

4. ออกกฎหมายรับรองการนำยาเสพติดไปพัฒนาเพื่อการแพทย์ ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มาตรา 9 มาตรา 12 และมาตรา 13 ที่กำหนดให้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 บางประเภทใช้ได้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ได้แก่ โคลเคน โคดีอีน ไดฟีนอกซิเลต เฟนทานิล ผื่นที่ใช้ทางการแพทย์ เมทาโดน มอร์ฟิน และเพทิดีน ส่วนยาเสพติดประเภท 3 ยาน้ำแก้ไอที่มีโคดีอีนหรือผื่นเป็นส่วนผสม ยาแก้ปวดหัวผสมโคดีอีน ยาแก้ท้องเสียที่มีไดฟีนอกซิเลต และยาเสพติดประเภท 5 ได้แก่ กัญชา และกระท่อม

ส่วนมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่สนับสนุนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งได้แก่ ให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยที่ท้องฟังกายาเสพติดเข้าสู่อุปกรณ์ทางการแพทย์ทางเลือกแทนการสูบบุหรี่ ให้ผู้ป่วยที่ต้องฟังกายาได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ NSPs OSTs DCPs มีห้องบริโภคนยาเสพติด และจุดจ่ายยาเสพติดเพื่อการบำบัดให้สาธารณะเข้าถึงได้ การออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดเพื่อบริโภคส่วนตัวหรือเพื่อผลิตยารักษาโรค คงเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถกระทำต่อไปในอนาคต ภายใต้กรอบของการดำเนินการต่อไปตามแนวทางของ ประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การเภสัชกรรม หรือร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษ รวมถึงกำหนดกฎเกณฑ์ในการออกใบอนุญาต เพื่อการควบคุมปริมาณการนำสารเสพติด ไปใช้ในการวิจัยทางการแพทย์

มาตรการทางเลือกแทนการดำเนินคดียาเสพติดรูปแบบต่างๆ สามารถกระทำได้ตั้งแต่ชั้นเจ้าพนักงานตำรวจ อัยการ ศาล โดยมีเป้าหมายคือ การใช้มาตรการบังคับคดียาเสพติดให้ได้สัดส่วนกับการทำความผิด การลงโทษให้ได้สัดส่วน และการให้โอกาสผู้ที่ไม่ใช่ผู้กระทำความผิดยาเสพติดระดับสูง สามารถได้รับการพิจารณาใช้มาตรการชะลอการฟ้อง การสั่งให้ไปรับการบำบัดรักษา หรือมาตรการทางเลือกอื่นใดเพื่อทดแทนการลงโทษจำคุก ระยะเวลาที่ควรใช้มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดเป็นไปตามแผนภาพดังต่อไปนี้

แผนภาพแสดงเส้นทางการดำเนินคดีและระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดมาใช้ ตั้งแต่ชั้นตำรวจจนถึงชั้นศาล



จากแผนผังข้างต้น แสดงให้เห็นถึงเส้นทางการดำเนินคดียาเสพติดระหว่างกระบวนการชั้นตำรวจจนถึงชั้นศาล จะเห็นได้ว่าโอกาสที่จะใช้มาตรการเพื่อลดความรุนแรงในคดียาเสพติดมีตั้งแต่ชั้นตำรวจ กล่าวคือ ตำรวจควรต้องใช้ดุลพินิจในการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดแต่ละราย โดยพิจารณาจากพฤติการณ์แห่งคดี ประกอบกับข้อมูลประวัติอาชญากรรมหรือประวัติการกระทำความผิดใจของผู้นั้น เมื่อเห็นว่าบุคคลใดควรลดความรุนแรงในการดำเนินคดีให้ส่งความเห็นให้กับพนักงานอัยการ พิจารณาร่วมกับคณะกรรมการคดียาเสพติด (Drug Offence Committee) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามแนวทางของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด ได้แก่ โปรตุเกส เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และแคนาดา เป็นต้น

เมื่อคณะกรรมการคดียาเสพติดมีความเห็นร่วมกับกับตำรวจและอัยการว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยหรือกระทำความผิดเล็กน้อยควรได้รับการลดอัตราส่วนโทษ หรือส่งไปบำบัด หรือให้ปล่อยตัวไปเนื่องจากเห็นว่าการกระทำนั้นไม่เป็นความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ก็ให้ทำบันทึกความเห็นให้กับการพิจารณาสั่งให้ปล่อยตัวผู้นั้น ชะลอการฟ้องส่งไปควบคุมตัวเพื่อการบำบัด หรือลงโทษน้อยลง แล้วแต่กรณี อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการคดียาเสพติดเห็นว่าบุคคลนั้น ไม่เป็นผู้ป่วย หรือเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษระดับสูง ผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือครอบครองจำนวนมาก หรือเป็นการกระทำความผิดซ้ำหรือฝ่าฝืนมาตรการบำบัดรักษาและคุมประพฤติ ก็ให้คณะกรรมการคดียาเสพติดมีมติร่วมกันกับตำรวจและอัยการขอให้ศาลสั่งดำเนินคดีอย่างเต็มที่กับผู้นั้นต่อไป

อย่างไรก็ดี ประเทศโปรตุเกส และแคนาดาให้อำนาจตำรวจ ร่วมกับคณะกรรมการคดียาเสพติด ในการวินิจฉัยปล่อยตัวผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยหรือกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กน้อย และให้ต้องโทษปรับทางปกครองแทน เห็นว่าแนวทางดังกล่าวไม่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย กล่าวคือ เราไม่ควรให้อำนาจวินิจฉัยความผิดทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้ตำรวจกับคณะกรรมการคดียาเสพติดโดยลำพัง โดยไม่มีการพิจารณาร่วมของพนักงานอัยการและศาลยุติธรรม เพราะอาจเป็นช่องทางในการใช้อำนาจโดยมิชอบ

เพื่อเรียกร้องประโยชน์จากผู้กระทำความผิดในคดีได้ และควรต้องดำเนินการพิจารณาเรื่องนี้ร่วมกันระหว่าง ตำรวจ พนักงานอัยการ ศาล ร่วมกับคณะกรรมการกฤษฎีกาเสพติด จะทำให้สำนวนคดีได้รับการตรวจสอบความ ถูกต้อง และมีความแม่นยำในการใช้ข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการใช้ดุลพินิจในการลดความรุนแรงในการ ดำเนินคดียาเสพติดกับผู้กระทำความผิดแต่ละรายอย่างเหมาะสม

13. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดทั้งหมดนี้ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะบาง ประการเพื่อให้นโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติดประสบความสำเร็จในประเทศไทยดังต่อไปนี้

(1) การดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดจะต้องพิจารณาถึงหลักการดำเนินคดีอาญาที่เป็นธรรม (Fair Trial) หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการคุ้มครองสังคม หลักป้องกันปัญหาเสพติด โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม โดยการสร้างความเข้มแข็งให้สังคม โดยต้องได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ในการป้องกันปัญหาเสพติด รวมถึงรัฐบาลต้องสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลไกประชาสังคมขึ้นมาเพื่อรองรับการทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างมีบูรณา การเพื่อนำไปสู่ความเป็นอิสระจากปัญหาเสพติด (Drug Liberalization)

(2) ควรต้องมีการบัญญัติมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจน เพื่อจำแนกแยกแยะผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ระหว่าง ผู้เสพ ผู้ติดยา ผู้ครอบครองเพื่อเสพ กลุ่มของผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้รับจ้างขนยาเสพติด ผู้จำหน่ายราย ย่อย ผู้จำหน่ายรายใหญ่ หรือองค์กรอาชญากรรม ออกจากกัน เพื่อการดำเนินคดีที่เป็นธรรมเหมาะสมกับระดับ ความผิดที่ผู้กระทำความผิดได้กระทำ ตามหลัก Individualization of Punishment

(3) การพิจารณาหลักการไม่กำหนดความผิดอาญาและโทษทางอาญา (Decriminalization and Penalization) ต้องประกอบไปด้วยการได้สัดส่วนระหว่างความผิดและโทษ หลักการ “ผู้ผิด คือ ผู้ป่วย” การนำ มาตรการอื่นเพื่อทดแทนการลงโทษอาญามาใช้กับกรณีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด และศาลควรใช้ดุลพินิจในการ พิจารณามาตรการที่เหมาะสมกับแต่ละราย โดยอาศัยข้อมูลจากการพิจารณาประวัติการกระทำความผิด พฤติการณ์แห่งการกระทำความผิด และความเห็นร่วมกันระหว่างตำรวจ พนักงานอัยการ และคณะกรรมการ กฤษฎีกาเสพติด (ถ้ามี)

(4) การพิจารณาว่าลักษณะใดบ้างที่ควรเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย ต้องมีการทบทวนบัญญัติยา เสพติด เช่น ควรมีการกำหนดการควบคุมสารที่อยู่ในพืชเสพติดมากกว่าการควบคุมทุกส่วนของพืช เพราะสิ่งนี้ จะมีผลกระทบต่อโอกาสที่จะนำยาเสพติดไปค้นคว้าวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการบำบัดรักษา โดยตรง รวมถึงการกำหนดประเภทของยาเสพติดต้องมีหลักเกณฑ์หรือแนวทางทางการแพทย์ ข้อมูล วิทยาศาสตร์ และแนวทางตามข้อกำหนดของสหประชาชาติ มาเป็นฐานในการพิจารณา และแม้ว่าประเทศไทย

จะได้มีการยกร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด และได้มีการแก้ไขตัวบ่งชี้ความเป็นผู้กระทำความผิดระดับสูง กับการกระทำความผิดเล็กน้อย โดยการกำหนดปริมาณการครอบครองยาเสพติดขั้นต่ำ จำแนกตามความร้ายแรงของยาเสพติดแต่ละประเภทที่สมจริงมากขึ้น จากการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ไปบ้างแล้ว แต่ยังคงต้องมีการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายในเรื่องอื่นอีก ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และกฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุขอีกหลายฉบับ

(5) การกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ต้องดำเนินคดีอย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องลดความรุนแรง ได้แก่ การกระทำความผิดที่มีเป้าประสงค์คือค่าตอบแทนและผลกำไรจากการค้ายาเสพติดเป็นสำคัญ ได้แก่ การผลิตจำหน่าย นำเข้า ครอบครองยาเสพติดให้โทษจำนวนมาก โดยจะต้องพิจารณาจากเจตนาและมูลเหตุจูงใจในการกระทำความผิด และการกระทำใดๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ แต่หากเป็นการกระทำความผิดเพื่อเสพ หรือเป็นผู้ป่วย จะต้องเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูบำบัดด้วยกระบวนการสาธารณสุข

(6) การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถนำวิธีการที่พิเศษกว่าบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาใช้ในการสืบสวนสอบสวนและดำเนินคดีแก่ผู้กระทำความผิด จะกระทำได้โดยชอบเมื่อมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนแน่นอนไว้ในบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ได้แก่ ต้องมีการขออนุญาตจากศาลในการใช้มาตรการแต่ละครั้ง จะต้องมีข้อสันนิษฐานว่าเขาเหล่านั้นได้ผู้กระทำความผิดมาตั้งแต่แรก (Pre-Disposition) ต้องพิสูจน์ให้เห็นไม่มีมาตรการทางอาญาอย่างอื่นที่ใช้ในการแสวงหาพยานหลักฐานจากผู้กระทำความผิดได้อีก (Last Resort) รวมถึงจะต้องมีขั้นตอนการตรวจสอบและถ่วงดุลการใช้อำนาจพิเศษดังกล่าวได้

(7) ควรยกเลิกกระบวนการบังคับบำบัด ที่ต้องควบคุมตัวผู้กระทำความผิดไว้ในอำนาจรัฐเป็นระยะเวลาอันยาวนาน สำหรับผู้กระทำความผิดที่ศาลตีความแล้วว่าเป็นผู้ป่วย และใช้มาตรการอื่นแทนการบังคับบำบัด ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดยา ให้ไปใช้มาตรการคุมประพฤติ และเข้ารับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนด หรือใช้บริการห้องเสพยา หรือผู้จำหน่ายยาที่รัฐจัดให้ และหลังจากบำบัดรักษาเป็นผลสำเร็จ จะต้องไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากร และต้องไม่ดำเนินคดีกับผู้นั้นเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดประเภทอื่นๆ

(8) ควรมีมาตรการทางกฎหมายกำหนดกระบวนการจำแนกกลุ่มผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้ชัดเจนว่า มีลักษณะอาการของการใช้ยาเสพติดระดับใด โดยใช้หลักวิชาการแพทย์ในการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้กระทำความผิดนั้นเป็นผู้ป่วยที่ต้องแยกออกมาบำบัดจริงหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การพิจารณาเลือกรูปแบบในการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งคณะบุคคลที่สามารถให้ความเห็นในการจำแนกผู้กระทำความผิดได้ ได้แก่ คณะกรรมการคดียาเสพติด (Drug Committee) ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าพนักงานจากหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมกับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องประเภทของยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งวิธีการดังกล่าว หลายประเทศที่มีโครงการนำร่องในการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดได้จัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้ และประสบความสำเร็จในการจำแนกผู้กระทำความผิดเป็นอย่างดี

(9) เสนอให้ประเทศไทยมีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการคดียาเสพติด (Drugs Committee) ในประเทศไทย โดยการรวมคณะกรรมการคดียาเสพติด ซึ่งเป็นคณะกรรมการร่วมระหว่างสำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 เข้าด้วยกัน เพื่อประสานการทำงานกับเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรม เพื่อจำแนกผู้กระทำความผิด จำแนกประเภทของยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และเพื่อวินิจฉัยมาตรการทางอาญาหรือทางปกครองที่เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละประเภท เพื่อดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติด