



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

นโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย  
Legal policies and measures harm reduction of drug use in Thailand

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภัทร์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วศิน สุวรรณรัตน์  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา จันทร์พรหมมา  
นายวิเชษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

วันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1. บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา	7
1.3 ขอบเขตการศึกษา	7
1.4 รูปแบบการศึกษา	8
1.5 พื้นที่ ประชากร	9
1.6 เครื่องมือการทำวิจัย	10
1.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	10
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
2. หลักคิด ทฤษฎีและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	12
2.1 หลักคิดและทฤษฎีว่าด้วยความผิดทางอาญาและยาเสพติด	12
2.1.1 นโยบายทางนิติบัญญัติเกี่ยวกับความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด	12
2.1.2 การกำหนดความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด	14
2.1.3 หลักการลดทอนความผิดทางอาญา	17
2.1.4 หลักการลดอันตรายจากกฎหมายยาเสพติด	20
2.2 ข้อมูลและประเภทของยาเสพติด	22
2.3 กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและการจัดการกับผู้ป่วยยาเสพติด	32
2.3.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522	32
2.3.2 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559	33
2.3.3 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545	34
2.3.4 ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติ ต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การ บำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู	35
2.3.5 ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด	36
2.3.6 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 กำหนดให้ใช้ ยาเสพติดประเภท 5 เพื่อการแพทย์ได้	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.4 ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายในประเทศไทย	47
3. มาตรการกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความอันตรายในปัญหา ยาเสพติด	50
3.1 สหประชาชาติ	50
3.1.1 หน่วยงานของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	50
3.1.2 ข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีผลบังคับในปัจจุบัน	53
3.1.3 มาตรการต่าง ๆ ของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง	55
3.1.4 การประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยยาเสพติด	58
3.1.5 แผนปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามปฏิญญาทางการเมืองและแผนความ ร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการรวมและสร้างแผนการอันสมดุลเพื่อแก้ไข ปัญหาเสพติดของโลก	66
3.1.6 บัญชียาเสพติดให้โทษของสหประชาชาติ	69
3.2 บทบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการลดความรุนแรงการบังคับคดียาเสพติด ในต่างประเทศ	71
3.2.1 สหภาพยุโรป (The European Union)	73
3.2.2 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	83
3.2.3 สาธารณรัฐฝรั่งเศส	98
3.2.4 ประเทศสวีตเซอร์แลนด์	109
3.2.5 ประเทศสหรัฐอเมริกา	119
3.2.6 ประเทศโปรตุเกส	129
4. มาตรการกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความอันตรายในปัญหา ยาเสพติด	148
4.1 สถานการณ์ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย	148
4.2 นโยบายเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด	149
4.3 ระดับของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด	153
4.4 ความเหมาะสมของมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	156
4.5 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการลดอันตรายใน ยาเสพติด	165

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5. สรุปและข้อเสนอแนะ	167
5.1 สรุป	167
5.1.1 ความหมายของการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด	167
5.1.2 ผลการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม	170
5.1.3 ประเมินประสิทธิภาพของการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด จากประเทศที่ทำการศึกษา	173
5.1.4 แนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด	174
5.1.5 อุปสรรคในใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด	176
5.1.6 แนวทางในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ในประเทศไทย	177
5.1.7 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำมาตรการลดความรุนแรงในการบังคับ ศตียาเสพติดแต่ละประเภทมาใช้	180
5.1.8 คณะกรรมาธิการศตียาเสพติด (Drugs Committee)	182
5.2 ข้อเสนอแนะ	183
บรรณานุกรม	187

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลสถิติขององค์การสหประชาชาติ ประเทศไทยมีพลเมืองมากเป็นอันดับที่ 20 ของโลก เมื่อพิจารณากับสถิติผู้ต้องขังทั่วโลก พบว่าไม่ว่าจะพิจารณาจากจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด<sup>1</sup> หรือจากอัตราผู้ต้องขังต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก นับเป็นข้อเท็จจริงที่น่าตกใจยิ่ง และเมื่อทำการศึกษาเข้าไปในสถิติผู้ต้องขังในประเทศไทย<sup>2</sup> พบว่าผู้ต้องขังกว่าร้อยละ 80 เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

นับตั้งแต่ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ประกาศใช้ ในช่วงเวลา 1 ปี ถึง 2546 ปริมาณคดีและปริมาณผู้ต้องขังในเรือนจำได้ลดลงไปมาก เพราะมีการบังคับบำบัด อันเป็นการดึงประชากรกลุ่มเสพติดที่จะต้องถูกพิพากษาออกไปเพื่อเข้าสู่ระบบแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ปรากฏข้อเท็จจริงว่าการแก้ไขฟื้นฟูมิได้กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ “หลักการทางการแพทย์และสาธารณสุข” แต่ใช้การเข้าค่ายวิวัฒน์พลเมือง ซึ่งเป็นค่ายทหาร จึงทำได้เพียงแค่ผู้เสพติดหายยาเสพติดได้เพียงชั่วคราว ดังนั้น ในปี 2547 เป็นต้นมา ผู้เสพติดที่เข้าระบบการฟื้นฟูใน 2 ปีที่ผ่านมา เมื่อกลับบ้านกลับสู่บ้านหรือชุมชนเดิม สภาพแวดล้อมเดิมอย่างขาดการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง และสภาพชุมชน สังคม ก็ขาดความเข้าใจและระบบ (Social system) กลไก (Social Mechanism) ทางสังคมของการร่วมมือร่วมแรงร่วมใจกันในการช่วยเหลือและการยอมรับที่จะทำให้สังคมเข้มแข็งปลอดภัย การใช้มาตรการทางแพทย์และสาธารณสุขอย่างถูกต้องกับเขา ก็ทำให้เขาไม่มีเหลือพื้นที่ยืนในสังคม ต้องถูกสิ่งแวดล้อมผลักเขาออกจากสังคม จึงต้องหวนกลับไปคบหาสมาคมกับคนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีกครั้ง กลับมาเสพติดอีกครั้ง การกระทำผิดซ้ำก็เกิดขึ้นตามมา และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นปรากฏการณ์ของ “การกระทำผิดซ้ำซ้อนเรื้อรัง” ซึ่งเมื่อมารวมกับผู้เสพรายใหม่ๆ จึงส่งผลทำให้ปริมาณคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นและปริมาณผู้ต้องขังก็เพิ่มขึ้นตามมา และเพิ่มขึ้นต่อๆ กันมาอย่างไม่หยุดยั้งในอัตราก้าวหน้าจนถึงปัจจุบัน<sup>3</sup> ไหลวนไปวนมา และเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดสภาพวะ “ผู้ต้องขังล้นเรือนจำเรื้อรัง” (Chronic prisoners overflow) ส่งผลความเสียหายแบบลูกโซ่ตามมาอีกมากกับประเทศไทย ปรากฏตามกราฟสถิติดังต่อไปนี้

<sup>1</sup> [www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?_region_taxonomy_tid=All)

<sup>2</sup> ธาณี วรภัทร์. “ผู้ต้องขังล้นคุก” วารสารกำลังใจ.ปีที่ 5 ฉบับที่ 1, 2 (1 มค-มีค 60, 2 เมย-มิย 60)

<sup>3</sup> ธาณี วรภัทร์. “ผลกระทบทางเศรษฐกิจของไทยในสถานะผู้เสพยาเสพติดประเภทกัญชา” คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2562.

## แผนภาพที่ 1 กราฟเส้นแสดงจำนวนสถิติผู้ต้องขังในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2517 ถึง 2561



จากภาพกราฟแสดงอัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้โทษจำคุก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 ถึง 2561 ทำให้เห็นอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ต้องขังในประเทศไทย ข้อมูลสถิติผู้ต้องขังสำรวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562 มียอดรวมผู้ต้องขังทั้งสิ้น 362,985 คนจำแนกตามเพศและประเภทผู้ต้องขังดังนี้

### ตารางที่ 1 แสดงสถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สำรวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562<sup>4</sup>

ประเภท	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
1.นักโทษเด็ดขาด	260,556	39,294	299,850	82.607
2.ผู้ต้องขังระหว่าง	53,373	7,836	61,209	16.863
2.1 อุทธรณ์-ฎีกา	24,740	3,626	28,366	7.815
2.2 ใต้สวน-พิจารณา	8,763	1,504	10,267	2.828
2.3 สอบสวน	19,870	2,706	22,576	6.220
3.เยาวชนที่ฝากขัง	65	2	67	0.018
4.ผู้ถูกกักกัน	23	4	27	0.007
5.ผู้ต้องกักขัง	1,662	170	1,832	0.505
<b>รวมผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น</b>	<b>315,679</b>	<b>47,306</b>	<b>362,985</b>	<b>100.000</b>

ความผิดส่วนใหญ่เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและสารระเหยจำนวน ร้อยละ 80.37 ลำดับรองลงมาคือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ร้อยละ 7.48 และความผิดต่อชีวิต ร้อยละ 5.32 ส่วนที่เหลือเป็นความผิดเกี่ยวกับเพศ ต่อร่างกาย ภัยอันตรายต่อประชาชน และอื่นๆ<sup>5</sup>

ความผิดที่คนไทยต้องติดคุกมากที่สุดคือ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและสารระเหยพบว่ามีสถิตินักโทษเด็ดขาดรวมทั้งสิ้น 241,004 คน แยกเป็นเพศชาย 207,157 คน เพศหญิง 33,847

<sup>4</sup> ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ รท.102(ก)สำรวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562

<sup>5</sup> ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์

คน เป็นสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 87.67 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 9.70 ที่เหลือเป็นเฮโรอีน กัญชา ผีน สารระเหย มอร์ฟีน โคเคน/โคเคอิน แต่ละประเภทไม่ถึงร้อยละ 1 และเมื่อพิจารณาลักษณะการกระทำ ความผิดปกติ กลุ่มที่มีลักษณะเสพติด ครอบครอง เสพและครอบครอง รวมกันทั้งสิ้นมีจำนวน 32,815 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.62 แยกเป็นเพศชาย 30,052 คน เพศหญิง 2,763 คน สำหรับในลักษณะความผิดฐานจำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย และอื่นๆ (ผลิต/นำเข้า/ส่งออก ฯลฯ) รวมกันทั้งสิ้นมีจำนวน 208,189 คน คิดเป็นร้อยละ 86.38 แยกเป็นเพศชาย 177,105 คน เพศหญิง 31,048 คน **ข้อสังเกตคือ ลักษณะการกระทำที่เป็นผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งเป็นพฤติกรรมของอาชญากรตามหลักการและทฤษฎีของกฎหมายอาญา มีจำนวนเพียง 6,819 คน แยกเป็นเพศชาย 5,762 คน เพศหญิง 1,057 คน คิดเป็นร้อยละ 2.83 เท่านั้น<sup>6</sup>**

ระยะเวลาที่รับโทษจำคุกนานที่สุดคือ ช่วง 25 ถึง 35 ปี อายุที่ติดคุกส่วนใหญ่คือ ช่วงระหว่าง 21 ถึง 40 ปี ตามที่กล่าวมาทั้งหมดจึงเป็นข้อมูลสถิติสถานการณ์ของความแออัดยัดเยียดของผู้ต้องขังในเรือนจำประเทศไทย ซึ่งเมื่อเทียบกับความจุหรือความสามารถในการรองรับผู้ต้องขังของเรือนจำไทยมีเพียงแสนกว่าคนเท่านั้น จากข้อเท็จจริงเมื่อเกินความจุที่เรือนจำจะรองรับได้ ภาวะในการแออัดยัดเยียดใช้พื้นที่ 1:3 เกิดขึ้นไม่ว่าที่นอน เรือนนอน ห้องน้ำ อาหาร การสุขอนามัย การใช้พื้นที่ต่างๆ ในการทำงาน อบรม กิจกรรมต่างๆ การพักผ่อน เป็นไปด้วยความแออัดยัดเยียดอย่างมาก กับทั้งราชทัณฑ์มีการปฏิบัติมานานมากแล้วให้ขึ้นเรือนนอนตั้งแต่เวลา 16.00 น. และลงจากเรือนนอน 70.00 น. สภาพการอัดคนเข้าไปในห้องนอนรวมลูกกรงเหล็กจึงได้เกิดขึ้น และต้องอยู่ในสภาพเช่นนั้นถึง 16 ชั่วโมง<sup>7</sup>

จากการสำรวจข้อมูลทางสถิติของกรมราชทัณฑ์<sup>8</sup> สำรวจ ณ วันที่ 1 มีนาคม 2561 พบว่าประเทศไทยมีความจุของพื้นที่เรือนจำที่รองรับผู้กระทำผิดได้เพียงหนึ่งแสนกว่าคน แต่ประเทศเรามีประชากรผู้รับโทษจำคุกถึง 362,985 คน ในเรือนจำ เมื่อพิจารณาเฉพาะความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

## ตารางที่ 2 แสดงสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดีตามพระราชบัญญัติยาเสพติดทั่วประเทศ<sup>9</sup>

ประเภท	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ร้อยละ เทียบกับผู้ต้องขังทั่วประเทศ
1.นักโทษเด็ดขาด	216,289	35,489	251,778	84.116	84.116
2.ผู้ต้องขังระหว่าง	37,728	5,819	43,547	14.549	14.549
3.เยาวชนที่ฝากขัง	31	0	31	0.010	0.010
4.ผู้ถูกกักกัน	3	0	3	0.001	0.001
5.ผู้ต้องกักขัง	3,380	583	3,963	1,324	1.324
รวมผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น	254,431	41,981	299,322	100.00	77.36

<sup>6</sup> ที่มา:ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สำรวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562

<sup>7</sup>ธานี วรภัทร์. “16 ชั่วโมงในลูกกรงเหล็กเรือนนอน 8 ชั่วโมงในกำแพงลวดหนาม กับการพัฒนาผู้ทำผิดอย่างยั่งยืน” วารสารกำลังใจ. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (กค.-กย.61)

<sup>8</sup> สำรวจ ณ วันที่ 1 มีนาคม 2561

<sup>9</sup> ที่มา:ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สำรวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562

จากตารางแสดงสถิติเฉพาะผู้ต้องราชทัณฑ์คดีตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดทั่วประเทศ เป็นนักโทษเด็ดขาด 251,778 คน คิดเป็นร้อยละ 84.116 เมื่อเทียบกับผู้ต้องขังทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราร้อยละ 84.116 ผู้ต้องขังระหว่างพิจารณา จำนวน 43,547 คน คิดเป็นร้อยละ 14.549 สถิติแสดงให้เห็นว่า “ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด” เป็นความผิดที่มีผู้ต้องราชทัณฑ์มากที่สุดในประเทศไทย เมื่อพิจารณาถึงประเภทของสารเสพติด ปรากฏตามตารางสถิติต่อไปนี้

### ตารางที่ 3 แสดงสถิตินักโทษเด็ดขาดพระราชบัญญัติยาเสพติดฯ แยกตามประเภทยา<sup>10</sup>

ประเภท	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
1.เมทแอมเฟตามีน(ยาบ้า)	182,647	28,640	211,287	87.67
2.ยาไอซ์	18,918	4,471	23,389	9.70
3.กัญชา	1,893	149	2,042	0.85
4.เฮโรอีน	949	134	1,083	0.45
5.พืชกระท่อม	1,077	44	1,121	0.47
6.แอมเฟตามีน	443	100	543	0.23
7.เมทิลีนออกซิเมทแอมเฟตามีน(ยาอี)	253	70	323	0.13
8.ฝิ่น	191	42	233	0.10
9.โคคาอีน(โคเคน)	106	92	198	0.08
10.มอร์ฟีน	247	37	284	0.12
11.อื่นๆ หรือไม่ระบุตัวยา	433	68	501	0.21
รวม	207,157	33,847	241,004	100.00

จากตารางประเภทของสารเสพติดที่ถูกดำเนินคดีและถูกลงโทษมากที่สุดคือเมทแอมเฟตามีน(ยาบ้า) ซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเภสัชศาสตร์ในระดับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเท่านั้น

### ตารางที่ 4 สถิตินักโทษเด็ดขาด พระราชบัญญัติยาเสพติดฯ แยกตามประเภทคดี

ประเภทคดี	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
เสพ	12,627	874	13,501	5.60
ครอบครอง	8,325	1,043	9,368	3.89
เสพและครอบครอง	9,100	846	9,946	4.13
<b>รวมประเภทเสพ</b>	<b>30,052</b>	<b>2,763</b>	<b>32,815</b>	<b>13.62</b>
จำหน่าย	19,468	3,281	22,749	9.44
ครอบครองเพื่อจำหน่าย	151,875	26,746	178,621	74.12
อื่นๆ (ผลิต/นำเข้า/ส่งออก ฯลฯ)	5,762	1,057	6,819	2.83

<sup>10</sup>ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สํารวจ ณ วันที่ 1 กันยายน 2562



รวมประเภทจำหน่าย	177,105	31,084	208,189	86.38
รวมทั้งสิ้น	207,157	33,847	241,004	100.00

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สํารวจ ณ วันที่ 1 เมษายน 2562

เมื่อพิจารณาลักษณะการกระทำความผิดพบว่า กลุ่มที่มีลักษณะเสพ ครอบครอง เสพและครอบครอง รวมกันทั้งสิ้นมีจำนวน 32,815 คน คิดเป็นร้อยละ 13.62 แยกเป็นเพศชาย 30,052 คน เพศหญิง 2,763 คน สำหรับในลักษณะความผิดฐานจำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย และอื่นๆ (ผลิต/นำเข้า/ส่งออก ฯลฯ) รวมกันทั้งสิ้นมีจำนวน 208,189 คน คิดเป็นร้อยละ 86.38 แยกเป็นเพศชาย 177,105 คน เพศหญิง 31,084 คน ข้อสังเกตคือ ลักษณะการกระทำที่เป็นผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งเป็นพฤติกรรมของอาชญากรตามกฎหมาย อาญา มีจำนวน 6,819 คน แยกเป็นเพศชาย 5,762 คน เพศหญิง 1,057 คน คิดเป็นร้อยละ 2.83

จากสถิติแสดงให้เห็นว่าผู้ต้องโทษจำคุกส่วนใหญ่เป็นคดียาเสพติดและสารระเหย ความผิดฐานเสพ ครอบครองเพื่อเสพ ร้อยละ 13.62 เป็นกลุ่มผู้ขายยาเสพติด หรือติดยาเสพติด ตามมาตรฐานสากลจัดอยู่ในประเภท “ผู้ป่วย” สำหรับในลักษณะจำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย รวมทั้งสิ้นมีจำนวน 178,621 คน คิดเป็นร้อยละ 74.12 เป็นกลุ่มที่อาจจะเสพร่วมอยู่ด้วยและเป็นกลุ่มที่ต้องการ “เงิน” เป็นพื้นฐาน ซึ่งน่าจะมาจากสาเหตุของความยากจน สำหรับกลุ่มที่สันนิษฐานว่าเป็นอาชญากรตัวจริงแท้ที่เป็นผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก มีจำนวน 6,819 คน คิดเป็นร้อยละ 2.83 เท่านั้น

จากข้อมูลกลุ่มแรก (เสพ ครอบครองเพื่อเสพ) ไม่ควรต้องรับโทษจำคุก แต่ควรใช้ระบบบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือทางสังคม กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดและทัศนคติเพื่อการดำรงชีวิตให้เป็น “พลเมือง” ปกติต่อไปในระหว่างต้องโทษ สำหรับกลุ่มที่สาม สันนิษฐานว่าเป็นกลุ่มที่ต้องใช้มาตรการบังคับโทษพิเศษ เพื่อการแก้ไขฟื้นฟูในฐานะเป็น “อาชญากร”

#### ตารางที่ 5 แสดงสถิตินักโทษเด็ดขาด แยกตามจำนวนครั้งที่ต้องโทษ

จำนวนครั้งที่ต้องโทษ	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
ต้องโทษครั้งที่ 1	171,104	30,205	201,309	67.14
ต้องโทษครั้งที่ 2	65,823	6,965	72,788	24.27
ต้องโทษครั้งที่ 3	16,742	1,472	18,214	6.07
ต้องโทษครั้งที่ 4	4,474	415	4,889	1.63
ต้องโทษ 5 ครั้งขึ้นไป	2,413	237	2,650	0.88
รวมต้องโทษ ครั้งที่ 2-5 ขึ้นไป	89,452	9,089	98,541	32.86
รวมทั้งสิ้น	260,556	39,294	299,850	100.00

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์ สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ สํารวจ ณ วันที่ 1 เมษายน 2562

จากตารางแสดงให้เห็นว่าผู้ต้องโทษครั้งแรก มีจำนวน 201,309 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 สำหรับผู้กระทำความผิดครั้งแรกในการแก้ไขฟื้นฟูปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีโอกาสประสบผลการแก้ไขได้ง่ายกว่า ผู้กระทำความผิดซ้ำ โดยเฉพาะครั้งที่ 3 เป็นต้นไป การแก้ไขจะทำได้ยากยิ่งขึ้น

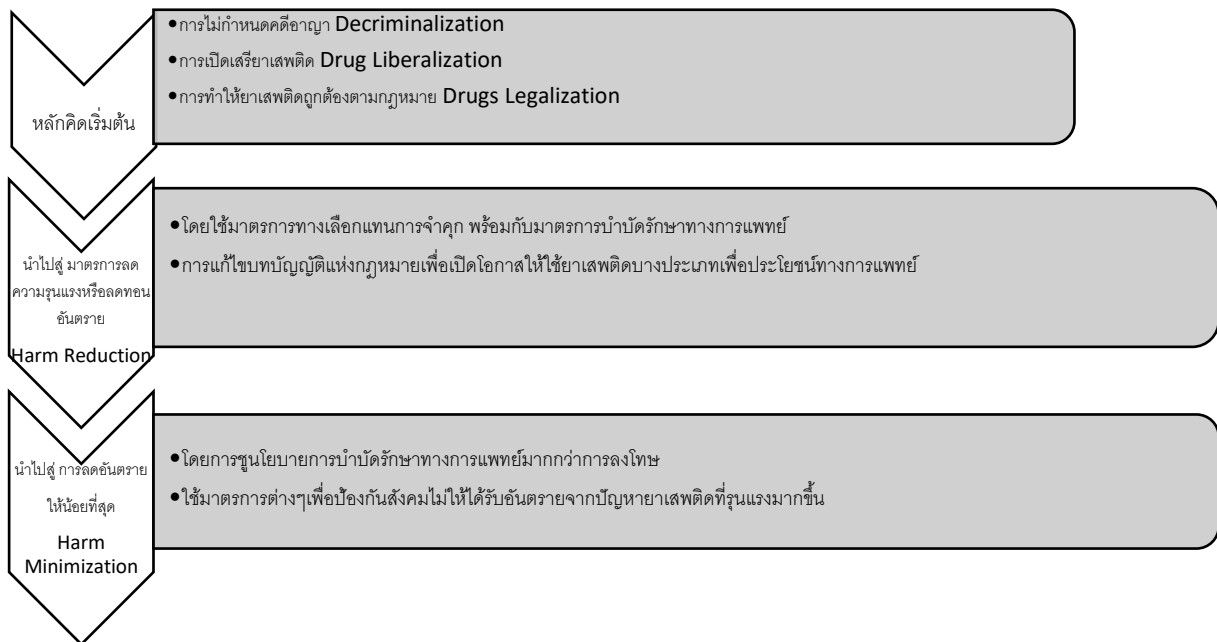
จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาก่อนหน้านี้ สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของประเทศไทย ในนโยบายการกำหนดความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด การใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาในการป้องกันและปราบปรามปัญหาเสพติดทางเดียว ตลอดทั้งความไม่เข้มแข็งของโครงสร้างทางสังคมหลัก คือ ครอบครัว วัด โรงเรียน/มหาวิทยาลัย ชุมชน ทำให้เกิดความเสียหายต่อการสร้าง “พลเมือง” ของประเทศ ทำให้สังคมพัฒนาต่อไปไม่ได้

งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาถึงการบริหารจัดการเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อันยังให้กลุ่มผู้ต้องขังในคดียาเสพติดที่เป็น ผู้เสพ ซื่อขายเพื่อเสพ และครอบครองเพื่อเสพ ไม่ต้องถูกใช้โทษจำคุกอีกต่อไป กล่าวคือ

นโยบายในทางกฎหมายอาญา ต้องมีการลดทอนความผิดอาญาลง (De-Criminalization) ให้หลักการและแนวคิดของ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” มีผลเป็นจริง กล่าวคือ รัฐต้องมีการกำหนดประเภท ชนิด และปริมาณ ของสิ่งเสพติดที่ทำให้ประชาชนสามารถใช้หรือเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมายอาญา ในการรักษาทางการแพทย์ การสาธารณสุข ตลอดทั้งในทางการบริโภคทั่วไปและสันตนาการ อย่างชัดเจน และกำหนด ประเภท ชนิดและปริมาณ ที่มีเกินกำหนดแล้วจะมีความผิดอย่างไรบ้าง

นโยบายในส่วนที่สอง คือการทำมาตรการทางกฎหมายเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นส่วนเชื่อมต่อกับข้อแรก เพื่อลดอันตรายจากการใช้หรือเสพของประชาชน เช่น มาตรการป้องกัน (Prevention) มาตรการบำบัดรักษา (Therapy) การบำบัดรักษาทางการแพทย์ การแจกเข็มฉีดยา การมีห้องเสพยา (Drug room) การบำบัดด้วยสารเสพติดอื่น การรักษาทางจิตแพทย์ การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug help) เป็นต้น

การจัดการยาเสพติดในต่างประเทศเพื่อลดอันตรายในการใช้ การเสพและเพื่อการลดปริมาณของผู้ต้องโทษจำคุก เช่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส ญี่ปุ่น เป็นต้น มีหลักการและแนวทางดังต่อไปนี้



ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบของกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีศักดิ์ของกฎหมายฝ่ายบริหารหรือกฎหมายมหาชน จึงต้องมีการตราออกมาบังคับใช้เพื่อรองรับมาตรการต่างๆ ให้เหมาะสม ถูกต้อง สอดคล้องต้องกัน โดยเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย มิใช่การการแก้ปัญหาโดยนำ “ผู้เสพ ซื่อขายเพื่อ

เสพ ครอบครองเพื่อเสพ” ไปซึ่งไว้ในเรือนจำโดยไม่มีการช่วยเหลือบำบัดรักษาอย่างถูกวิธีทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเพิ่มอันตรายและสร้างปัญหาให้กับสังคมมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

## 1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส ประเทศสวีตเซอร์แลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศโปรตุเกส
3. เพื่อเสนอแนวนโยบายและมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่เหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทย

## 1.3 ขอบเขตการศึกษา

1. พื้นที่ตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (สสจ.ขอนแก่น) และเครือข่ายบริการสุขภาพ มีพื้นที่ 953.4 ตร.กม. ประชากร 416,285 คน (พ.ศ. 2562)
  2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (สสจ.ชลบุรี) มีพื้นที่ 228.8 ตร.กม. ประชากร 339,600 คน (พ.ศ. 2562)
  3. ภาคเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พื้นที่ 2,281.2 ตร.กม. ประชากร 209,450 คน (พ.ศ. 2561) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์และโรงพยาบาลชุมชน
  4. ภาคใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พื้นที่ 231.1 ตร.กม. ประชากร 180,423 คน (พ.ศ. 2561) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (สสจ.สุราษฎร์ธานี) จังหวัดสุราษฎร์ธานี
  5. หน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พื้นที่ 1,568.737 ตร.กม. ประชากร 10,820,921 คน หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- พื้นที่เหล่านี้เป็นพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จหรือมีการดำเนินการในการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูยาเสพติดอย่างต่อเนื่องที่จะนำไปประยุกต์กับทฤษฎีทางกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขของต่างประเทศ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อไป

#### 1.4 รูปแบบการศึกษา

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

ส่วนที่ 2 การศึกษาภาคสนาม เพื่อสนับสนุนการศึกษาวิเคราะห์ในส่วนที่ 1 ดังนี้

การเข้าศึกษาดูงานและสัมภาษณ์พื้นที่ที่มีการบำบัดยาเสพติด 5 แห่ง ดังนี้

1.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดและได้ผลสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ภายใน 2 ปี สำหรับปัญหาเสพติดที่เกิดขึ้นในจังหวัดขอนแก่น

2.ภาคกลางและภาคตะวันออก ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จังหวัดชลบุรี สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการใช้โปรแกรม “KOCHAN MODEL” ในการดูแลรักษาเด็กเยาวชน และผู้ติดยาเสพติด ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดและมีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันการเสพยาเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ดังกล่าว และสอบถามถึงความเป็นไปได้ถึงการนำนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

3.ภาคเหนือ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์และโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการบำบัดยาเสพติดที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพโดยมีการใช้มาตรการหลักดังต่อไปนี้ มาตรการส่งเสริมและป้องกัน การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาและการพัฒนารูปแบบการบำบัด การใช้มาตรการหลักทั้งหมดนี้มีระดับความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ

4.ภาคใต้ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการดำเนินการบำบัดยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล และต่อเนื่องถึง 15 รุ่น สามารถทำให้ผู้เสพสามารถหยุดเสพได้มาก มีการกำหนดหลักสูตรต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ Harm reduction , To be Number One , Merit Maker , โครงการใครติดยากมือขึ้น การรับเข็มทูลกระหม่อมหญิงฯ และหมู่บ้านศีล 5

5.กรุงเทพมหานคร ได้แก่ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะเป็นหน่วยงานหลักของประเทศในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ

## 1.5 พื้นที่ ประชากร

1. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ 953.4 ตร.กม. จำนวนประชากร 416,285 คน (พ.ศ. 2562) ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดและได้ผลสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ภายใน 2 ปี สำหรับปัญหาเสพยาเสพติดที่เกิดขึ้นในจังหวัดขอนแก่น

2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีพื้นที่ 228.8 ตร.กม. ประชากร 339,600 คน (พ.ศ. 2562) สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการใช้โปรแกรม “KOCHAN MODEL” ในการดูแลรักษาเด็กเยาวชน และผู้ติดยาเสพติด ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดและมีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันการเสพยาเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ดังกล่าว และสอบถามถึงความเป็นไปได้ถึงการนำนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

3. ภาคเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พื้นที่ 2,281.2 ตร.กม. ประชากร 209,450 คน (พ.ศ. 2561) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์และโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการบำบัดยาเสพติดที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพโดยมีการใช้มาตรการหลักดังต่อไปนี้ มาตรการส่งเสริมและป้องกัน การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาและการพัฒนารูปแบบการบำบัด การใช้มาตรการหลักทั้งหมดนี้มีระดับความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ

4. ภาคใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พื้นที่ 231.1 ตร.กม. ประชากร 180,423 คน (พ.ศ. 2561) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะมีการดำเนินการบำบัดยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล และต่อเนื่องถึง 15 รุ่น สามารถทำให้ผู้เสพยาสามารถหยุดเสพยาได้มาก มีการกำหนดหลักสูตรต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ Harm reduction , To be Number One , Merit Maker , โครงการใครติดยายกมือขึ้น การรับเข็มทูลกระหม่อมหญิงฯ และ หมู่บ้านศีล 5

5. หน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พื้นที่ 1,568.737 ตร.กม. ประชากร 10,820,921 คน หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สาเหตุที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เพราะเป็นหน่วยงานหลักของประเทศในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ

หมายเหตุ : พื้นที่ตัวอย่างเป็นเพียงการคาดการณ์จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากมีพื้นที่ตัวอย่างที่ดีกว่าหรือเทียบเท่ากันในแต่ละภูมิภาคซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามการประสานงาน

## 1.6 เครื่องมือการทำวิจัย

1. ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรม กฎหมายไทย นโยบายของประเทศไทย และเปรียบเทียบกับกฎหมายและนโยบายต่างประเทศ
2. ทำการลงพื้นที่ศึกษาภาคสนามสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายตัวอย่างที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด

## 1.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ข้อมูลจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ได้ข้อมูลเชิงสถิติ ตัวเลข สภาพปัญหาในด้านต่าง ๆ กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน นโยบายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน กฎหมายต่างประเทศ นโยบายของต่างประเทศที่ประสบผลสำเร็จ และได้ข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายที่ประสบผลสำเร็จในระดับดีตามแนวทางที่คณะผู้วิจัยเลือก

## 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ส่งเสริมนโยบายการนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย พัฒนากฎหมาย เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน สังคมและประชาชนเกิดความเข้าใจ การช่วยเหลือบำบัดผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด ชุมชนและพื้นที่ได้บุคคลหรือประชากรที่มีคุณภาพมากขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดลดน้อยลง สามารถนำไปแก้ไข พัฒนาและเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถมีการใช้ประโยชน์และผลกระทบจากการศึกษาวิจัยในระดับประเทศซึ่งสามารถกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากการเสพยาหรือติดยาเสพติดนั้นเป็นปัญหาระดับประเทศที่มีการแก้ไขปัญหามาอย่างยาวนาน แต่เนื่องจากทิศทางของการแก้ไขปัญหานั้น มิได้สะท้อนความเป็นจริงของการแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง เนื่องจากมิได้มุ่งเน้นไปที่หน่วยงานทางสาธารณสุขและชุมชนเท่าที่ควร จึงเห็นว่า ผลสรุปที่คาดว่าจะได้รับของงานวิจัยมีทิศทางการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหลัก อีกทั้งโครงการวิจัยนี้จะช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางนโยบายด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้เสพยาหรือติดยาเสพติด มีทิศทางที่ถูกต้องในการบำบัดการเสพยาหรือยาเสพติด สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนมีการให้ความรู้ความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานจะสามารถทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดได้อย่างเป็นระบบ เสริมสร้างการกระทำของชุมชนมีการให้ความรู้ความเข้าใจกับชุมชนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่ชุมชนจะสามารถเข้าใจความต้องการของผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด พัฒนาทักษะส่วนบุคคลซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้จะช่วยพัฒนาทักษะการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ การบริการสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และก้าวไปสู่อนาคตที่รัฐมีความเข้าใจปัญหาเสพยาเสพติดมากขึ้น

ทั้งนี้งานวิจัยจะส่งเสริมด้านสุขภาพของประเทศ ดังนี้

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน คือ งานวิจัยส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์และผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยตามหลักการสิทธิมนุษยชน

2. ให้กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ งานวิจัยชิ้นนี้นำไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติต่อผู้เสพ หรือผู้ติดยาเสพติด มีการวางระบบกระบวนการก่อนและหลังการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ

3. ให้สร้างหรือเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรู้ทางด้านสุขภาพ คือ งานวิจัยฉบับนี้มีแนวทางการสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรู้ทางด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และตัดเทียมหลักสากลทั้งด้านกฎหมายและด้านสาธารณสุข

4. ให้สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐบาล องค์กรภาคเอกชน และองค์กรภาคเอกชน สาธารณประโยชน์ ในการที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน คือ หากมีการวางนโยบายตามผลการศึกษาวินิจฉัยคาดว่าจะได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน เนื่องจากการบำบัดยาเสพติดมีอาจเป็นภาระหน้าที่แก่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ

5. ให้มีการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย และการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี คือ มีเพียงแต่จะนโยบายบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพและติดยาเสพติดเท่านั้น ยังมี การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจและวิธีการป้องกันมิให้เกิดปัญหาที่มากขึ้นอีกด้วย

## บทที่ 2

### หลักคิด ทฤษฎี กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายในประเทศไทย

ในบทนี้คณะผู้วิจัยจะกล่าวถึงเนื้อหาเกี่ยวกับหลักคิด ทฤษฎี และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดรวมไปถึงกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติดรวมถึงประกอบกับผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายในประเทศไทย เพื่อนำไปพิจารณาประกอบกับบทที่ 3 อันเป็นบทที่ศึกษาถึงมาตรการกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความอันตรายในปัญหาเสพติด เพื่อให้มีความชัดเจนในประเด็นต่างๆ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการแก้ไขนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยต่อไป

#### 2.1 หลักคิดและทฤษฎีว่าด้วยความผิดทางอาญาและยาเสพติด

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดนั้นมักจะเกี่ยวข้องกับความผิดทางอาญาและโทษทางอาญาจึงมีความสำคัญที่จะต้องทบทวนหลักคิดและทฤษฎีว่าด้วยความผิดทางอาญาและยาเสพติดที่เกี่ยวข้องดังประเด็นสำคัญต่อไปนี้

##### 2.1.1 นโยบายทางนิติบัญญัติเกี่ยวกับความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด

ในทางนิติบัญญัติของประเทศไทยนั้น ไม่มีความชัดเจนในการกำหนดปริมาณของการลงโทษอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ที่ไม่สัมพันธ์ระหว่างปริมาณยาเสพติดที่ครอบครองกับการลงโทษ แม้มียาเสพติดจำนวนน้อยก็อาจได้รับโทษสูงสุดถึงจำคุกตลอดชีวิต และกระบวนการยุติธรรมทางอาญาไทยที่กฎหมายยังเปิดโอกาสให้ผู้กระทำความผิดมีโอกาสได้ต่อรองเพื่อลดอัตราส่วนโทษ เช่น กระบวนการรับสารภาพในชั้นสอบสวน และการยอมผิดตัวเองเป็นสายลับของพนักงานสอบสวน ทำให้ผู้กระทำความผิดได้ลดโทษกึ่งหนึ่งหรือมากกว่าโดยอัตโนมัติ และยังพบว่ามีปัญหาที่สำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการการดำเนินคดียาเสพติด ได้แก่ ความต้องการเงินเพียงเล็กน้อยจากการรับขนยา หรือจำหน่ายยาเสพติด เพื่อเยียวยาภาวะความยากจนของตนเอง และเขาเหล่านั้นก็เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพายา (Drugs Dependencies) อยู่แล้ว อีกประเด็นหนึ่งคือ โทษนำเข้ายาเสพติดในประเทศไทยนั้นสูงสุด แม้จะมียาเสพติดจำนวนน้อย ก็สามารถรับโทษได้สูงสุดคือ จำคุกตลอดชีวิต และผู้ต้องโทษในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้แก่ชาวต่างชาติ ซึ่งในบางกรณีไม่เข้าใจว่าการขนหรือเสพยาเสพติด โดยเฉพาะ เมทแอมเฟตา มีน จะต้องได้รับโทษสูงเช่นนี้ นอกจากนั้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีปรากฏการณ์ที่เจ้าพนักงานทำร้ายร่างกายผู้ต้องหา คดียาเสพติดเพื่อบีบให้รับสารภาพด้วย<sup>1</sup>

<sup>1</sup> กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.



ปัญหาอาชญากรรมเป็นปัญหาที่รุนแรงในประเทศไทย เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเพียงมุ่งที่จะกระทำการปราบปราม (Suppression) ยาเสพติดเท่านั้น ซึ่งเน้นกระบวนการบังคับใช้กฎหมายในชั้นตำรวจ หรือเจ้าพนักงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการปราบปรามยาเสพติด ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดสถานเบา ก็อาจถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดสถานหนักได้ เนื่องจากต้องประสบกับกระบวนการยุติธรรมที่ไม่ถูกต้องและการปฏิบัติต่อผู้ต้องหาที่ไม่เป็นธรรมในชั้นตำรวจ และพนักงานอัยการ นอกจากนี้ อัตราส่วนโทษของคดียาเสพติด ทั้งโทษจำคุกและโทษปรับ ก็เทียบเท่ากับโทษของความผิดอาญาแผ่นดินชั้นสูง (Treasons) อื่นๆ โดยสาเหตุที่ทำให้แม้บุคคลกระทำความผิดเพียงเล็กน้อยแต่ต้องได้รับโทษหนักหลังจากผ่านการกระบวนการยุติธรรม ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลผู้ที่เป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติดส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมักไม่รู้กฎหมายยาเสพติดและอัตราส่วนโทษที่ตนจะต้องได้รับจากกฎหมายยาเสพติด ประกอบการกระบวนการยุติธรรมในชั้นตำรวจ มีการบังคับให้รับสารภาพ แม้ว่าในบางกรณีเขาจะไม่ได้กระทำ เท่ากับว่าผู้ต้องหาคดียาเสพติดไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากรับโทษที่เจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมกำหนดไว้แล้ว<sup>2</sup>

นักวิชาการด้านกฎหมายบางกลุ่มและนักสิทธิมนุษยชนจึงมีดำริที่จะช่วยเหลือเหยื่อในกระบวนการยุติธรรมผู้ตกเป็นเหยื่อจากกระบวนการยุติธรรมที่ไม่ถูกต้อง และยกระดับความเป็นอยู่ของคนเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น “โครงการกำลังใจ”<sup>3</sup> สำหรับผู้หญิงที่อยู่ระหว่างการดำเนินคดี เพื่อมิให้มีการนำผู้หญิงเข้าคุกโดยวิธีการที่มีขอบด้วยกฎหมาย และในขณะนี้ ประเทศไทยยังไม่สามารถแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหากับผู้ที่ถูกกระทำความผิดดังกล่าวได้ และถือว่าเธอเหล่านั้นล้วนตกเป็นเหยื่อของกระบวนการยุติธรรมทั้งสิ้น และผลงานวิจัยในโครงการนี้จะนำไปกำหนดแนวทางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมของรัฐทั้งระบบ (Guidelines for All Judicial System) เพื่อให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น และเป็นไปตามข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rule) และกฎเกณฑ์อื่นที่กำหนดโดยสหประชาชาติ

อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ต้องขัง ทั้งชายและหญิง เกี่ยวกับคดียาเสพติดล้นเรือนจำ ก็เนื่องจากการดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ทั้งสามชั้นศาลอย่างรวดเร็วกว่าคดีสำคัญอื่นๆ เนื่องจากเมื่อผู้ต้องหารับสารภาพในชั้นสอบสวนเสียแล้ว ในชั้นอัยการก็ได้เรียกพนักงานสอบสวนมาสอบถามหาความจริงเพิ่มเติมและลงความเห็นสั่งฟ้องไปในทันที และเมื่อคดีขึ้นสู่ศาล โดยเฉพาะศาลชั้นต้น ศาลก็พิจารณาพิพากษาลงโทษไปตามที่สารภาพ เพราะอาจเป็นว่า คดีที่รับสารภาพแล้ว ย่อมไม่มีความจำเป็นจะต้องสืบอะไรอีก ศาลอุทธรณ์และศาลฎีกาก็ปฏิบัติเช่นเดียวกัน คดียาเสพติดที่ผู้ต้องหารับสารภาพจึงสามารถพิจารณาพิพากษาได้สำเร็จภายใน 1 ปี

นอกจากนั้น จากการศึกษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้าี้ ยังไม่ปรากฏหลักการที่ใช้ในการแบ่งผู้กระทำความผิดที่ร้ายแรง หรือผู้กระทำความผิดร้ายใหญ่ และผู้กระทำความผิดที่ยากจนหรือผู้กระทำความผิดร้ายเล็ก เท่าที่ผ่านมา

<sup>2</sup> กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>3</sup> สำนักกิจการในพระตำหนักเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา จัดตั้งโครงการกำลังใจ เพื่อประทานความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องการโอกาสในสังคมไทย

เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลไทยบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดและบังคับอัตราโทษตามตัวบทอย่างเคร่งครัด โดยมีได้พิจารณาถึงความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจของผู้กระทำความผิดแต่ละรายตั้งแต่แรก

ยาเสพติดที่เป็นปัญหาในการดำเนินคดีในประเทศไทยมากที่สุด ได้แก่ “ยาบ้า” หรือ “Methamphetamine” ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีการระบาดของเมทแอมเฟตามีน มากที่สุดแห่งหนึ่งในโลก สาเหตุไม่ใช่เพราะฤทธิ์ความแรงของตัวยา แต่เป็นเพราะความนิยมและราคาในท้องตลาดที่สูง นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่กำหนดโทษสำหรับการเสพและจำหน่ายเมทแอมเฟตามีน สูงที่สุดในโลก สาเหตุเนื่องจากประเทศอื่นกำหนดให้ เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดในบัญชี 2 ของกฎหมายยาเสพติดให้โทษ แต่ประเทศไทยกำหนดให้เมทแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดให้โทษในบัญชีแรกและสูงสุด โทษที่ได้รับสูงสุดจากการนำเข้า ผลิต หรือจำหน่าย คือประหารชีวิต และกรณีที่ได้รับการลดหย่อนผ่อนโทษจากศาล ค่าเฉลี่ยของโทษที่ผู้กระทำความผิดจะได้รับจากการค้าเมทแอมเฟตามีน คือ จำคุก 15-30 ปี

### 2.1.2 การกำหนดความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด

ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษรหรือระบบประมวลกฎหมายเป็นกฎเกณฑ์ในทางนิติบัญญัติและตุลาการ การลงโทษผู้กระทำความผิดอาญาจากการกระทำความผิดอาญาต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักสากลที่ว่า “nullum crimen, nulla poena sine lege” (No Punishment without law/ ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ โดยไม่มีกฎหมาย) ตัวอย่างปรากฏใน บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (The Basic Law of the Federal Republic of Germany/ Grundgesetz der Bundes Republik Deutschland) มาตรา 103 (2) และประมวลกฎหมายอาญาเยอรมนี (German Criminal Code/ Strafgesetzbuch) มาตรา 1 ซึ่งวางหลักว่า “บุคคลจักต้องรับโทษในทางอาญา ต่อเมื่อกระทำการอันกฎหมายที่ใช้อยู่ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและบัญญัติโทษไว้สำหรับความผิดนั้น”<sup>4</sup> หลักดังกล่าวนี้สอดคล้องกับบทบัญญัติมาตรา 39 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550<sup>5</sup> และบทบัญญัติมาตรา 2 ของประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย การลงโทษแก่ผู้กระทำความผิด จักต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมายเท่านั้น โทษ (Sanction/Strafe)<sup>6</sup>

การศึกษามาตรการบังคับทางอาญาที่อยู่บนฐานของหลักนิติธรรม จำเป็นต้องทำความเข้าใจมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มิติทางนิติบัญญัติ มิติของการใช้อำนาจตุลาการ มิติของการบังคับโทษ และมิติของการบริหารกระบวนการยุติธรรม เพื่อนักกฎหมายจะได้เห็นภาพรวมทั้งหมด

<sup>4</sup> Art. 103 (2) GG และ § 1 StGB (Keine Strafe ohne Gesetz) An act can be punished only if it was a punishable offense by law before the act was committed. [Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde.]

<sup>5</sup> มาตรา 39 บุคคลไม่ต้องรับโทษอาญา เว้นแต่ได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้อยู่ในเวลาที่กระทำการนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่บุคคลนั้นจะหนักกว่าโทษที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่ใช้อยู่ในเวลาที่กระทำความผิดมิได้

<sup>6</sup> See Bernd-Dieter Meier. *Strafrechtliche Sanktionen*. 3 Auflage. Springer Berlin, 2009.

โดยทั่วไปแล้วฝ่ายนิติบัญญัติเป็นผู้มีอำนาจกำหนด “ความผิดอาญา” ว่าการกระทำลักษณะใดเป็นความผิดอาญาบ้างและมีมาตรการบังคับอย่างไร ประกาศบังคับใช้กับประชาชนในรัฐนั้นๆ โดยเนื้อหาของกฎหมายจะกำหนดกรอบหรือขอบเขตของการลงโทษ เนื้อหาในส่วนบัญญัติส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยผ่านกระบวนการทางนิติบัญญัติซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการใช้อำนาจรัฐ

การออกแบบกฎหมาย (Law Design) หรือการจัดรูปแบบกฎหมาย (Form of Law) ต้องออกแบบให้นำไปสู่การนำไปใช้เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายอาญา ที่ต้องการคุ้มครองสังคมและการส่งเสริมการมีชีวิตที่ดีงามของคนในสังคม ต้องให้ความสำคัญกับระบบ (system) ของกระบวนการทางกฎหมายที่ต้องสอดคล้องกับนิติวิธี ตลอดทั้งทฤษฎีทางกฎหมาย และสภาพสังคมนั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการนำไปใช้ได้จริงในสังคม มีผลต่อพฤติกรรมของคนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เมื่อใช้กฎหมายแล้วจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางสังคมที่สำคัญอย่างไร บทบาทของภาคนิติบัญญัติสามารถออกแบบกฎหมายหรือแก้ไขกฎหมาย เพื่อให้ได้กฎหมายที่เหมาะสมกับสังคมนั้นๆ นำไปสู่การจัดการในเชิงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีให้กับคนที่กระทำผิดในสังคม<sup>7</sup>

กล่าวอีกนัยหนึ่ง มิติทางนิติบัญญัตินั้นต้องทำงานโดยคำนึงถึงพฤติกรรมของคนในสังคมนั้นๆ บริบทของสังคม การออกแบบกฎหมาย โดยจะต้องดูตัวชี้วัดจากความสัมพันธ์ของกฎหมายกับพฤติกรรมของคนในสังคม หรือความสัมพันธ์ของหลักวิชาทางกฎหมายกับข้อมูลที่ได้เชิงประจักษ์ในสังคมนั้นๆ

การกำหนด “ความผิดอาญา” มีความสำคัญมาก เพราะมีผลกระทบต่อเนื้อตัวร่างกาย สิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ การกำหนดความผิดอาญาจึงต้องใช้อย่างเฉพาะกับการกระทำที่เป็นอาชญากรรมเท่านั้น และ “เท่าที่จำเป็น” กล่าวคือ ถ้ากำหนดความผิดอาญาเกินความจำเป็น ก็จะมีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล หลักนิติธรรมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กระบวนการยุติธรรม สังคม ซึ่งจะก่อผลกระทบเสียหายมาก

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีหรือสาธารณรัฐฝรั่งเศส นอกจากจะมีการจำแนกความผิดอาญาตามลำดับความหนักเบาของความผิดแล้ว ความผิดบางอย่างไม่ได้เป็นความผิดอาญาที่แท้จริง ก็จะถูกแยกออกจากความผิดอาญา กำหนดเป็นความผิดในลักษณะใหม่ เช่น การละเมิดสาธารณะ (Public Tort) ความผิดในทางปกครอง (Administrative Misdemeanors) เป็นต้น

มิติทางนิติบัญญัติจึงมี “หลักการลดทอนการใช้มาตรการทางอาญา” (Decriminalization) เป็นหลักการที่ช่วยลดการนำเอามาตรการทางอาญามาใช้ในเรื่องที่ไม่จำเป็นหรือการลดทอนความเป็นอาชญากรรมลงในการกระทำที่ถูกบัญญัติเป็นความผิดทางอาญาไว้ที่เกินสมควร (Over criminalization) โดยใช้มาตรการอื่นๆ แทนในการระงับคดีนอกระบบยุติธรรมตามปกติ เช่น มาตรการทางปกครอง มาตรการปรับทางปกครองมาแทน มาตรการบังคับทางอาญา

<sup>7</sup>ดู ธานี วรภัทร์ มาตรการบังคับทางอาญา. กรุงเทพฯ:วิญญูชน,2557.

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการทบทวนแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อรองรับหลักการลดความรุนแรงการใช้มาตรการทางอาญาบ้างบางส่วน แต่อย่างไรก็ดี ยังคงรักษาการบังคับใช้มาตรการทางอาญาในเชิงการปราบปรามอาชญากรรมยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ในประเทศไทยควรมีความผิดที่ควรลดความรุนแรงของมาตรการทางอาญาลง ได้แก่ ความผิดลหุโทษ ความผิดฐานทำให้แจ้งลูก ความผิดเกี่ยวกับการพนันบางประเภท ความผิดเกี่ยวกับการใช้เช้ค ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางประเภท เช่น เสพกระท่อมหรือกัญชา จำนวนน้อยๆ และยังมีพระราชบัญญัติที่มีโทษทางอาญาอีกหลายฉบับ ยังไม่มีการนำมาทบทวนเพื่อการแก้ไข

ปัจจุบัน รัฐบาลได้มีการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2560 อยู่บางฉบับ ได้แก่ พรต/ระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2560 ในมาตราต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) มาตรา 15 วรรคสาม (3) ความว่า ห้ามการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 นอกจาก (1) แอลเอสดี และ (2) แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์แอมเฟตามีน ที่มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่สามกรัมขึ้นไป

(2) มาตรา 17 ได้บัญญัติว่า การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อย (100) กรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

(3) มาตรา 26 วรรคสอง บัญญัติว่า การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 ไว้ในครอบครองมีปริมาณตั้งแต่ สิบกิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

จากบทบัญญัติข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดฐานความผิดระหว่างผู้ครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้า กับผู้ครอบครองเพื่อเสพ ที่เคยได้มีการกำหนดปริมาณการครอบครองสารเสพติดแต่ละประเภทไว้ต่ำเกินไปจนอาจทำให้การพิจารณาให้ผู้กระทำความผิดยาเสพติดส่วนใหญ่ต้องโทษจำคุกจนเกิดปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำ ได้รับการแก้ไขจากการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ในปี พ.ศ.2560 ในลักษณะที่ผ่อนผันการพิจารณาปริมาณการครอบครองสารเสพติดแต่ละประเภทให้มากขึ้นเหมาะสมกับความรุนแรงของสารเสพติดแต่ละประเภทตามความเป็นจริงมากขึ้น

อย่างไรก็ดี การบังคับใช้กฎหมายฉบับแก้ไขดังกล่าวแม้จะเป็นไปตามการลดระดับความผิดและอัตราส่วนโทษเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับหลักการลงโทษให้สมกับระดับการกระทำความผิดของแต่ละบุคคล (Individualization of Punishment) แต่แนวทางดังกล่าวจะมีประสิทธิผลหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการใช้ดุลพินิจของศาล ว่าศาลจะต้องมีความคำนึงพอสมควรเกี่ยวกับหลักการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction on Narcotic Drugs) พอสมควร ที่จะไม่ตีความ มาตรา 15 วรรคสาม ว่าเป็นบทสันนิษฐานเด็ดขาด ซึ่งจะนำสืบหักล้างไม่ได้อันจะทำให้ผู้กระทำความผิดต้องรับโทษหนักขึ้นแต่อย่างเดียว ในอดีตใครก็ตามที่มีในครอบครองเพื่อเสพเกินปริมาณที่กำหนด ก็จะถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้จำหน่ายโดยผลของกฎหมายทันที ซึ่งตัดโอกาสในการที่ผู้นั้นจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และต้องถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมตามปกติ อันเป็น

การกระทำที่ขัดต่อหลักตรวจสอบความจริงแท้ตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และหลักสิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญด้วย<sup>8</sup>

ในเรื่องของภาพรวมของการใช้มาตรการบังคับทางอาญานั้น ประเทศไทยยังมีนโยบายมุ่งเน้นการลงโทษจำคุกอยู่ สังเกตได้จากในประมวลกฎหมายอาญากว่าร้อยละ 90 ของการกระทำผิดต่างๆ มาตรการบังคับที่กำหนดไว้คือ ต้องระวางโทษจำคุกเป็นหลัก บทบัญญัติทางกฎหมายที่ให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจลงโทษชนิดอื่นๆ แทนได้มีน้อยมาก ที่บัญญัติไว้บางเรื่องก็มีอุปสรรคในการบังคับใช้ ในกระบวนการยุติธรรมเมื่อเริ่มคดี จุดจบสุดท้ายปลายทางของผู้กระทำผิดอาญาก็คือ โทษจำคุก ต้องไปสู่วังจำ เป็นส่วนใหญ่ กรณีการบัญญัติความผิดทางอาญาและมาตรการบังคับจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งของสาเหตุในการเกิดภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำ (Over Crowding) ในประเทศไทย<sup>9</sup>

ในประเทศญี่ปุ่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และสหราชอาณาจักร ต่างพยายามเลี่ยงหรือลดการใช้โทษจำคุก เพราะมีผลเสียมากกว่าผลดีต่อตัวผู้กระทำความผิด และรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง กอปรกับยังให้ผลร้ายต่อสังคมมากถ้าไม่สามารถแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดได้<sup>10</sup>

กล่าวโดยสรุป มิติทางนิติบัญญัติในการกำหนดความผิดอาญาและการใช้มาตรการบังคับ เป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดความผิดในทางอาญา อันมีผลกระทบต่อเนื้อตัวร่างกายของคนในสังคม และความสงบเรียบร้อยของสังคม จะต้องกำหนดภายใต้กรอบของหลักนิติธรรม หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และใช้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น การฝ่าฝืนหลักข้อใดข้อหนึ่งย่อมขัดต่อหลักรัฐธรรมนูญและก่อผลเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

### 2.1.3 หลักการลดทอนความผิดทางอาญา (De-Criminalization)

การลดระดับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด (Drug decriminalization) หมายถึง การเรียกร้องให้มีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายต่างๆ และบทลงโทษให้ลดลง เมื่อเทียบกับกฎหมายที่มีอยู่ มีผู้สนับสนุนการใช้โทษปรับหรือการลงโทษอื่นๆ แทนการลงโทษจำคุก และเสนอให้ใช้มาตรการต่อผู้ใช้ยาเสพติดประเภทผู้เสพที่ถูกจับจะถูกปรับ แต่จะไม่ได้รับการบันทึกประวัติอาชญากรรมอย่างถาวร<sup>11</sup>

การลดระดับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้มาตรการปราบปรามยาเสพติดในรูปแบบเดิม ที่รู้จักในนาม “การทำสงครามกับยาเสพติด” (War on Drugs) ไม่ได้ทำให้ปัญหาเสพติดหมดไป เมื่อการขยายยาเสพติดทุกประเภทที่ยังคงเป็นสิ่งผิดกฎหมาย จึงถือเป็นการสร้างสถานการณ์เพิ่มมูลค่าให้ยาเสพติดและทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและจำหน่ายยาเสพติดยังคงอยู่และยิ่งขยายตัวมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการ

<sup>8</sup> ดู ธรรมรงค์ สุขไชยะ “ข้อสันนิษฐานความรับผิดในกฎหมายอาญา: ศึกษาเฉพาะบทสันนิษฐานเด็ดขาดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสาม อนุ 2” คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2557.

<sup>9</sup> ธาณี วรรักษ์. (2554). วิฤตราชทัณฑ์วิกฤตกระบวนการยุติธรรมทางอาญา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

<sup>10</sup> กอบกุล จันทโร และคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.

<sup>11</sup> Brian Vastag. "5 Years After: Portugal's Drug Decriminalization Policy Shows Positive Results". scientificamerican.com

ปราบปรามองค์กรอาชญากรรมยาเสพติดทำได้ยาก และบทลงโทษทางอาญาที่เป็นอยู่ไม่จูงใจให้คนตัดสินใจเลิกใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตามมีหลายคนแย้งว่าการลดระดับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดจะทำให้เกิดอุปสรรคกับการบังคับใช้กฎหมายของประเทศ ทำให้ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการจับกุมผู้ค้า เนื่องจากนโยบายดังกล่าวจะทำให้มีผู้จำหน่ายยาเสพติดรายย่อยเพิ่มมากขึ้น และการจับกุมแต่ละครั้งก็สาวไปไม่ถึงผู้ค้ารายใหญ่ กลับทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดจำหน่ายยาเสพติดมากขึ้น<sup>12</sup>

ประเทศโปรตุเกส (Portugal) เป็นประเทศแรกที่มีการใช้นโยบาย Decriminalized และเกิดผลในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาพรวมเป็นผลบวก<sup>13</sup> ทุกคนที่ติดยาเสพติดประเภทใดในประเทศโปรตุเกสถ้าเป็นเพื่อการบริโภคส่วนบุคคลจะไม่ถูกคุมขัง ต่อมา ประเทศสเปนและประเทศอิตาลีได้ทำตามตัวอย่างของประเทศโปรตุเกส<sup>14</sup>

การกำหนด “ความผิดอาญา” มีความสำคัญมาก เพราะมีผลกระทบต่อเนื้อตัวร่างกาย สิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ การกำหนดความผิดอาญาจึงต้องใช้เฉพาะกับการกระทำที่เป็นอาชญากรรมเท่านั้น และ “เท่าที่จำเป็น” กล่าวคือ ถ้ากำหนดความผิดอาญาเกินความจำเป็น ก็จะมีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล หลักนิติธรรมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กระบวนการยุติธรรม สังคม ซึ่งจะก่อผลกระทบเสียหายมาก

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีหรือสาธารณรัฐฝรั่งเศส นอกจากจะมีการจำแนกความผิดอาญาตามลำดับความหนักเบาของความผิดแล้ว ความผิดบางอย่างไม่ได้เป็นความผิดอาญาที่แท้จริง ก็จะถูกแยกออกจากความผิดอาญา กำหนดเป็นความผิดในลักษณะใหม่ เช่น การละเมิดสาธารณะ (Public Tort) ความผิดในทางปกครอง (Administrative Misdemeanors) เป็นต้น

มิติทางนิติบัญญัติจึงมี “หลักการลดทอนการใช้มาตรการทางอาญา” (Decriminalization) เป็นหลักการที่ใช้ลดการนำเอามาตรการทางอาญามาใช้ในเรื่องที่ไม่จำเป็นหรือการลดทอนความเป็นอาชญากรรมลงในการกระทำที่ถูกบัญญัติเป็นความผิดทางอาญาไว้ที่เกินสมควร (Over criminalization) โดยใช้มาตรการอื่นๆ แทนในการระงับคดีนอกระบบยุติธรรมตามปกติ เช่น มาตรการทางปกครอง มาตรการปรับทางปกครองมาแทนมาตรการบังคับทางอาญา

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการทบทวนแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อรองรับหลักการลดความรุนแรงการใช้มาตรการทางอาญาบ้างบางส่วน แต่อย่างไรก็ดี ยังคงรักษาการบังคับใช้มาตรการทางอาญาในเชิงการปราบปรามอาชญากรรมยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ ทั้งที่ในประเทศไทยควรมีความผิดที่ควรลดความรุนแรงของมาตรการทางอาญาลง ได้แก่ ความผิดลหุโทษ ความผิดฐานทำให้แท้งลูก ความผิดเกี่ยวกับการพนันบางประเภท ความผิดเกี่ยวกับการใช้เชื้อ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางประเภท เช่น เสพกระท่อมหรือกัญชาจำนวนน้อยๆ และยังมีพระราชบัญญัติที่มีโทษทางอาญาอีกหลายฉบับ ยังไม่มีการนำมาทบทวนเพื่อการแก้ไข

<sup>12</sup> Szalavitz, Maia (26 April 2009). "Drugs in Portugal: Did Decriminalization Work?". Time.

<sup>13</sup> Szalavitz, Maia (26 April 2009). "Drugs in Portugal: Did Decriminalization Work?". Time.

<sup>14</sup> Brian Vastag. "5 Years After: Portugal's Drug Decriminalization Policy Shows Positive Results". scientificamerican.com

ปัจจุบัน รัฐบาลได้มีการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2560 อยู่บางฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2560 ในมาตราต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) มาตรา 15 วรรคสาม (3) ความว่า ห้ามการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 นอกจาก (1) แอลเอสดี และ (2) แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์แอมเฟตามีน ที่มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่สามกรัมขึ้นไป

(2) มาตรา 17 ได้บัญญัติว่า การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อย (100) กรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

(3) มาตรา 26 วรรคสอง บัญญัติว่า การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 ไว้ในครอบครองมีปริมาณตั้งแต่ สิบกิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

จากบทบัญญัติข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดฐานความผิดระหว่างผู้ครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้า กับผู้ครอบครองเพื่อเสพ ที่เคยได้มีการกำหนดปริมาณการครอบครองสารเสพติดแต่ละประเภทไว้ต่ำเกินไปจนอาจทำให้การพิจารณาให้ผู้กระทำความผิดยาเสพติดส่วนใหญ่ต้องโทษจำคุกจนเกิดปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำ ได้รับการแก้ไขจากการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ในปี พ.ศ.2560 ในลักษณะที่ผ่อนผันการพิจารณาปริมาณการครอบครองสารเสพติดแต่ละประเภทให้มากขึ้นเหมาะสมกับความรุนแรงของสารเสพติดแต่ละประเภทตามความเป็นจริงมากขึ้น

อย่างไรก็ดี การบังคับใช้กฎหมายฉบับแก้ไขดังกล่าวแม้จะเป็นไปตามการลดระดับความผิดและอัตราส่วนโทษเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับหลักการลงโทษให้สมกับระดับการกระทำความผิดของแต่ละบุคคล (Individualization of Punishment) แต่แนวทางดังกล่าวจะมีประสิทธิผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับการใช้ดุลพินิจของศาล ว่าศาลจะต้องมีความคำนึงพอสมควรเกี่ยวกับหลักการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction on Narcotic Drugs) พอสมควร ที่จะไม่ตีความ มาตรา 15 วรรคสาม ว่าเป็นบทสันนิษฐานเด็ดขาดซึ่งจะนำสืบหักล้างไม่ได้อันจะทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้นแต่อย่างเดียว ในอดีตใครก็ตามที่มีในครอบครองเพื่อเสพเกินปริมาณที่กำหนด ก็จะถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้จำหน่ายโดยผลของกฎหมายทันที ซึ่งตัดโอกาสในการที่ผู้นั้นจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และต้องถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมตามปกติ อันเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักตรวจสอบความจริงแท้ตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และหลักสิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญด้วย<sup>15</sup>

ในเรื่องของภาพรวมของการใช้มาตรการบังคับทางอาญานั้น ประเทศไทยยังมีนโยบายมุ่งเน้นการลงโทษจำคุกอยู่ สังเกตได้จากในประมวลกฎหมายอาญากว่าร้อยละ 90 ของการกระทำผิดต่างๆ มาตรการบังคับที่กำหนดไว้คือ ต้องระวางโทษจำคุกเป็นหลัก บทบัญญัติทางกฎหมายที่ให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจลงโทษชนิดอื่นๆ

<sup>15</sup> ดู ธรรมรงค์ สุขไชยะ “ข้อสันนิษฐานความรับผิดในกฎหมายอาญา:ศึกษาเฉพาะบทสันนิษฐานเด็ดขาดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสาม อนุ 2” คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต,2557.

แทนได้มีน้อยมาก ที่บัญญัติไว้บางเรื่องก็มีอุปสรรคในการบังคับใช้ ในกระบวนการยุติธรรมเมื่อเริ่มคดี จุดจบสุดท้ายปลายทางของผู้กระทำผิดอาญาก็คือ โทษจำคุกต้องไปสู่วังเรือนจำเป็นจำนวนมาก กรณีการบัญญัติความผิดทางอาญาและมาตรการบังคับจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งของสาเหตุในการเกิดภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำ (Over Crowding) ในประเทศไทย<sup>16</sup>

ในประเทศญี่ปุ่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและสหราชอาณาจักร ต่างพยายามเลี่ยงหรือลดการใช้โทษจำคุก เพราะมีผลเสียมากกว่าผลดีต่อตัวผู้กระทำความผิด และรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง ประกอบกับยังให้ผลร้ายต่อสังคมมากถ้าไม่สามารถแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดได้<sup>17</sup>

กล่าวโดยสรุป มิติทางนิติบัญญัติในการกำหนดความผิดอาญาและการใช้มาตรการบังคับ เป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดความผิดในทางอาญา อันมีผลกระทบต่อเนื้อตัวร่างกายของคนในสังคมและความสงบเรียบร้อยของสังคม จะต้องกำหนดภายใต้กรอบของหลักนิติธรรม หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และใช้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น การฝ่าฝืนหลักข้อใดข้อหนึ่งย่อมขัดต่อหลักรัฐธรรมนูญ ก่อผลเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

#### 2.1.4 หลักการลดอันตรายจากกฎหมายยาเสพติด

นโยบายการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด (Harm Reduction) ถือได้ว่าเป็นศัพท์เทคนิคทางกฎหมายประการหนึ่ง ซึ่งเป็นผลผลิตของการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมทางอาญา เพื่อลดการเน้นการดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างเต็มที่กับผู้กระทำความผิดทุกรายอย่างเคร่งครัด และให้ไปใช้มาตรการทางเลือกแทน เช่น ให้เข้ารับการรักษา ลดอัตราส่วนโทษกรณีที่เป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็ก เช่น ครอบครองยาเสพติดหรือสารจำนวนน้อยสำหรับตนเอง หรือต้องอยู่ในสภาวะการพึ่งพายา หรือยาเสพติดที่ครอบครองเป็นชนิดที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตประสาทมากนัก หรือนำยาเสพติดหรือสารเสพติดไปใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ อนุญาตให้มีการปลูกพืชเสพติดที่อาจนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์หรือเสพเพื่อความบันเทิง (Drug for Recreation) ได้ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐ วัตถุประสงค์ของนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติดอีกประการหนึ่งคือ ลดจำนวนการตายเพราะการเสพยาเสพติดเกินขนาดหรือใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง และลดภาวะการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อผ่านการใช้เข็มฉีดยา เช่น HIV AIDS หรือไวรัสตับอักเสบ B เป็นต้น

อนึ่ง จากรายงานผลการปฏิบัติการตามนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติดของประเทศที่ทำการศึกษานั้น ได้ปรากฏคำจำกัดความอื่นๆ ที่มีความหมายและแนวคิดของการบังคับใช้กฎหมายใกล้เคียงกับคำว่า Harm Reduction อยู่หลายคำ ได้แก่

<sup>16</sup> ธาณี วรภัทร์. (2554). วิฤตราชทัณฑ์วิฤตกระบวนการยุติธรรมทางอาญา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

<sup>17</sup> กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.



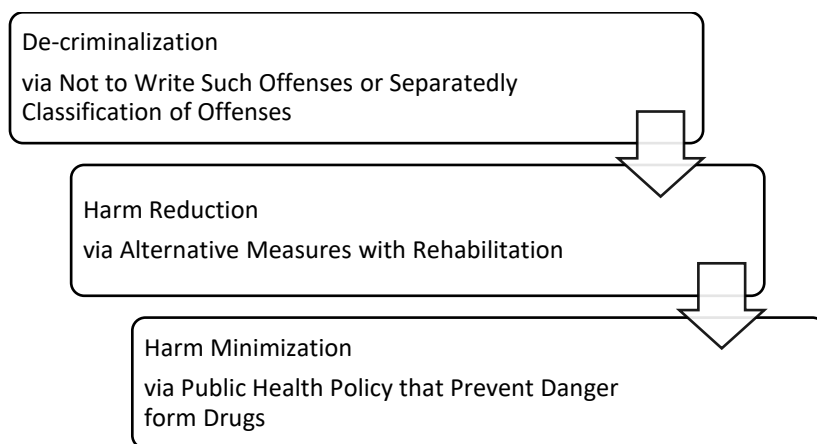
## 1. การลดอันตราย (Harm Reduction)

การลดอันตราย เป็นศัพท์ภาษาไทยที่แปลตรงตัวมาจากคำว่า Harm Reduction ปรากฏในเอกสารรายงานของสหภาพยุโรปและประเทศสมาชิกของสหภาพที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ เดนมาร์ก และโปรตุเกส เป็นต้น โดยเนื้อหาของรายงานของประเทศเหล่านั้นต้องการจะแสดงให้เห็นว่า มาตรการลดความรุนแรงที่มีวัตถุประสงค์หลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยในคดียาเสพติดให้มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง อาจเป็นการลดอันตรายที่ผู้นั้นจะได้รับจากยาเสพติดได้ทางหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ ในรายงานการปฏิบัติงานต่างๆ จึงใช้คำว่า การลดอันตราย อย่างแพร่หลาย

## 2. การไม่กำหนดความผิดอาญา De-criminalization

การไม่กำหนดความผิดอาญา เกิดจากแนวคิดการที่จะไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติด เสพยาเสพติดเพื่อความบันเทิง ประเภทของยาเสพติดที่ครอบครองไม่มีความร้ายแรงนัก หรือการปลูกพืชเสพติดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ ประเทศที่มีแนวคิดดังกล่าวนี้จะไม่กำหนดการกระทำเกี่ยวกับยาเสพติดดังกล่าวข้างต้นเป็นความผิดอาญาที่ต้องมีการบังคับโทษทางอาญาตั้งแต่แรกและแนวคิดเรื่องการไม่กำหนดความผิดอาญาจะต้องเกิดขึ้นก่อนการไม่ดำเนินคดีอาญาและมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดตามมา

แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง De-criminalization และ Harm Reduction



ตัวอย่างประเทศที่ที่มีการนำเสนอหลักการไม่กำหนดความผิดอาญาในคดียาเสพติดระดับเล็กน้อย ได้แก่ ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการนำนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติดไปใช้ เช่น แคนาดา ซึ่งได้แยกแยะผู้กระทำความผิดระดับเล็กของจากผู้กระทำความผิดระดับสูง กล่าวคือ ผู้นำเข้า ผลิต ครอบครองเพื่อจำหน่ายอย่างชัดเจน และมีกฎหมายบัญญัติให้ผู้กระทำความผิดระดับเล็กน้อยเหล่านั้น สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้หลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นให้เข้ารับการบำบัดด้วยเมธาโดน มอร์ฟิน เฮโรอีน หรือใช้บริการห้องบริโภคนยาเสพติด ส่วนประเทศในสหภาพยุโรปอย่าง สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส เยอรมนี และ

เดนมาร์ก แม้ประเทศเหล่านี้จะยังคงกำหนดให้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อร่างกายน้อยหรือพืชเสพติด การครอบครองยังเป็นความผิดตามกฎหมายยาเสพติดอยู่ แต่ประเทศเหล่านี้ได้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับจำนวนขั้นต่ำซึ่งผู้นั้นสามารถครอบครองยาได้เพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การจำหน่าย การเข้าร่วมองค์กรอาชญากรรมหรือการค้ามนุษย์ และมีมาตรการรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดอย่างเป็นระบบและหลากหลายทำนองเดียวกับที่ปฏิบัติการในประเทศแคนาดา ซึ่งประเทศแคนาดาและโปรตุเกสถือได้ว่าเป็นต้นแบบของการนำหลักการไม่กำหนดความผิดอาญา (De-criminalization) มาใช้เป็นประเทศแรกๆ

## 2.2 ข้อมูลและประเภทของยาเสพติด

### 1) ความหมายของการเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายของคำว่า “ยาเสพติด” หมายถึง ยา สาร หรือวัตถุใดที่เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีกิน สูบ ฉีด คม หรือวิธีอื่นๆ วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1. มีความต้องการอย่างแรงกล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะเสพยานั้นอีกเรื่อยๆ หรือต้องการเสพออยู่เสมอ
2. มีความต้องการที่จะเพิ่มปริมาณของยาเสพติดให้มากขึ้น
3. เมื่อถึงเวลาที่เกิดความต้องการเสพแล้ว ไม่ได้เสพจะเกิดอาการขาดยา และอยากยา โดยแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ กัน เช่น หาว อาเจียน มีน้ำมูก น้ำตาไหล ทรมานทุรนทุราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติ โมโห ฉุนเฉียว เป็นต้น
4. ยาเสพติดจะทำลายสุขภาพของผู้เสพทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม มีโรคแทรกซ้อน และทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาท

องค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สารใดๆ ที่เกิดขึ้นตาม ธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ที่มีผลต่อจิตใจและระบบประสาท"

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติดก่อให้เกิด พิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฟิน กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา”<sup>18</sup>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ ได้ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2515 ว่า ยาเสพติดให้ โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

<sup>18</sup> ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. (กรุงเทพฯ นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์, 2546). หน้า 500.

ให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและสารระเหยตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย<sup>19</sup>

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของยาเสพติดว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษผสมอยู่<sup>20</sup>

พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ได้ให้ความหมายของ วัตถุออกฤทธิ์ หมายความว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งที่ได้จากธรรมชาติหรือวัตถุ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา<sup>21</sup>

ประเภทของยาเสพติด ผู้วิจัยได้แบ่งยาเสพติดตามลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. การแบ่งตามแหล่งที่เกิด ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท<sup>22</sup> ได้แก่

1.1 ยาเสพติดตามธรรมชาติ (Natural Drugs) คือยาเสพติดที่ผลิตมาจากพืชหรือที่ กลั่นหรือสกัดได้จากพืชหรือพันธุ์ไม้บางชนิด โดยตรงที่เกิดอยู่แล้วตามธรรมชาติ เช่นฝิ่น กระท่อม กัญชา เป็นต้น

1.2 ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธี ทางเคมีในห้องปฏิบัติการทดลอง เช่น เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท เป็นต้น

2. การแบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เป็น 5 ประเภท ได้แก่

2.1 ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีนหรือ ยาบ้า ยาอี หรือ ยาเลิฟ

2.2 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้ เป็นยาเสพติดที่สามารถ นำมาใช้ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะกรณี ที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน หรือโคคาอีน โคเคอีน และเมทาโดน

<sup>19</sup> พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2515 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 5 3 ตอนที่ 14 (ฉบับพิเศษ), 13 พฤศจิกายน 2558, หน้า 1.

<sup>20</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4

<sup>21</sup> พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 4

<sup>22</sup> ประเภทของยาเสพติด” (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://dragonzoo.wordpress.com>, ๒๕๖๐



- 4.1 ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟิน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เพทิดีน
- 4.2 ประเภทยาพิฆูเรท รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ เซโคบาร์บิทัล อะโม่บาร์บิทัล พาราลดีไฮด์ เมโพรบาเมท ไดอาซีแพม เป็นต้น
- 4.3 ประเภทแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ วิสกี้
- 4.4 ประเภทแอมเฟตามีน ได้แก่ แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน
- 4.5 ประเภทโคเคน ได้แก่ โคเคน ไซโคคา
- 4.6 ประเภทกัญชา ได้แก่ ใบกัญชา ยางกัญชา
- 4.7 ประเภทใบกระท่อม
- 4.8 ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็นที เมสตาลิน เมล็ดมอนิ่งกลอรี ต้นลำโพง เห็ด  
เมาบางชนิด
- 4.9 ประเภทอื่นๆ นอกเหนือจาก 8 ประเภทข้างต้น ได้แก่ สารระเหยต่างๆ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน  
น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด และบุหรี่

### พฤติกรรมกรมเสพติด

พฤติกรรมเสพติด (addiction) เป็นพฤติกรรมที่มีมาอย่างยาวนาน ในระยะเวลาที่ผ่านมา นักวิชาการรวมถึงนักวิจัยหลากหลายสาขามีความพยายามอย่างยิ่ง ที่จะหาทฤษฎีรูปแบบต่างๆ มาอธิบายสาเหตุที่มาและกลไก โดยหวังว่าหากเกิด ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว จะนำไปสู่การจัดการแก้ไขที่มีประสิทธิภาพในที่สุด

ทั้งนี้ทฤษฎีที่ได้รับการพูดถึงกันอย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันและมีอิทธิพลต่อทัศนคติ นโยบายและการรักษาบำบัด ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดมีด้วยกัน 3 ทฤษฎีหลักได้แก่<sup>25</sup>

- 1) ทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรม (moral model)
- 2) ทฤษฎีชีวจิตสังคม (bio-psychosocial model, BPS)
- 3) ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (brain-disease model of addiction, BDMA)

#### 1) ทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรม (Moral model)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีแรกๆ ที่เริ่มมีมาอย่างยาวนาน โดยได้รับอิทธิพลจากศาสนาที่มองว่าพฤติกรรมเสพติดเป็น ความอ่อนแอ ทางจิตวิญญาณหรือศีลธรรมที่บกพร่องเป็นสิ่งที่ผู้เสพเลือกเอง ในปัจจุบันถึงแม้ว่าทฤษฎีที่ยึดหลัก

B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A7%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%9E%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94 , ๒๕๖๐

<sup>25</sup> วนิดา รัตนสุมาวงศ์ รัตมน กัลยาณศิริและพิชัย แสงชาญชัย. ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและข้อถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 295-306

ทางศีลธรรมจะไม่ได้รับการกล่าวถึงในทางวิชาการมากเท่าใดนัก หากแต่ยังส่งผลต่อทัศนคติต่อตัวผู้ที่มีพฤติกรรม การเสพติดเอง บุคคลรอบข้างผู้ที่มีพฤติกรรม ดังกล่าวรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคคลที่ สนับสนุนทฤษฎีนี้จะมีท่าทีต่อ พฤติกรรมเสพติดในเชิงตำหนิ นำไปสู่กฎหมายที่เน้นการลงโทษ ต่อบุคคลที่มี พฤติกรรมเสพติดมากกว่าให้การบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามข้อดีของทฤษฎีนี้ คือเป็นทฤษฎีที่ชักนำให้ผู้ที่มี พฤติกรรมเสพติดต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนและเน้นย้ำว่าทุกคน สามารถเลือกที่จะไม่ทำพฤติกรรม ดังกล่าวได้ นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบทางด้านจิตใจของการเสพติด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นคน ผิดบาปเนื่องจากทำพฤติกรรมไปตามอารมณ์โดยขาดความยับยั้งชั่งใจและในที่สุดจะขาดความเคารพนับถือตนเอง ทำให้ ผู้มีพฤติกรรมเสพติดกลับไปเสพยาเพื่อประชดตนเอง ติดอยู่ในวังวนของพฤติกรรมเสพติด ดังนั้นการฟื้นฟู สภาพ ทางจิตวิญญาณ (spiritual recovery) และศาสนบำบัดจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวเลิกยาเสพติด ได้

## 2) ทฤษฎีชีวจิตสังคม (Bio-psycho-social Model, BPS)

มีหลักการว่าพฤติกรรมเสพติดมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยแต่ละปัจจัยมีส่วนเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน อันได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological), ปัจจัย ทางด้านจิตใจ (psychological) รวมถึง ปัจจัยทางด้านสังคม (social) (ในบางตำราซึ่งได้กล่าวไว้รวมถึงปัจจัยทางจิตวิญญาณ (spiritual) ทฤษฎีชีวจิตสังคมให้ความสำเร็จเพิ่ม มากขึ้น เช่น โปรแกรมที่อิงหลัก 12 ขั้นตอน การฝึกเจริญสติสมาธิ การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนของศาสนาที่ ตนเคารพนับถือ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามข้อด้อยของทฤษฎีนี้คือ เกิดการตีตรา (stigma) ต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติด อีกทั้งยังไม่ได้ ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด นอกเหนือจากเป็นการกระทำที่ไม่ดี สำคัญกับ สาเหตุปัจจัยแต่ละอย่างเท่ากัน โดยอธิบายว่า บุคคลมีปัจจัยทางชีววิทยาเป็นพื้นฐานอันเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดความ เสี่ยง ปัจจัยอื่นๆ อันได้แก่ ปัจจัยทาง ด้านจิตใจและปัจจัยทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญให้บุคคลผู้ นั้นเข้าสู่กระบวนการเสพติด

รูปแบบการบำบัดที่มาจากแนวคิดของทฤษฎีชีวจิตสังคมจะมีลักษณะให้การรักษาพฤติกรรมเสพติด มากกว่า การลงโทษ เน้นให้ความสำคัญกับการมองพฤติกรรมเสพติดแบบองค์รวมมีสาเหตุจากหลายปัจจัยและใน การบำบัดรักษาจำเป็นต้องมองปัจจัยทุกส่วนร่วมกันเพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด การใช้ยาเพื่อช่วย รักษา หรือ Medication Assisted Treatment or Recovery (MAT or MAR) เป็นเพียงตัวช่วยในการรักษาหาก แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาอย่างมาก คือ การรักษาแบบจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment)<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Skewes MC, Gonzalez VM. Chapter 6 – The Biopsychosocial Model of Addiction A2 - Miller, Peter M. Principles of Addiction. San Diego: Academic Press; 2013: 61-70.

ความสัมพันธ์ที่กระหว่างผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติด ผู้ให้การบำบัดรักษาคนรอบข้างและครอบครัวของผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว เป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้มีพฤติกรรมเสพติดตระหนักในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเข้าสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้บำบัดรักษาจำเป็นต้องออกแบบการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ เพราะในบุคคลแต่ละคนมีสัดส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสพติดรวมถึงปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมเสติดยังคงอยู่แตกต่างกัน<sup>27</sup>

The American Society of Addiction Medicine's (ASAM)<sup>28</sup> ได้ให้หลักการบำบัดพฤติกรรมเสพติดโดยใช้ พื้นฐาน สำคัญของทฤษฎีชีวิตสังคมซึ่งมองการบำบัด เป็น 6 Dimension ดังนี้

Dimension 1: Acute intoxication/withdrawal potential

Dimension 2: Biomedical conditions/ complications

Dimension 3: Emotional/behavioral/ cognitive conditions and complications

Dimension 4: Readiness to change

Dimension 5: Relapse/continued used continued problem potential

Dimension 6: Recovery environment

ปัจจุบันทฤษฎีชีวิตสังคมได้รับการยอมรับว่า เป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาพฤติกรรมเสพติดและได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย<sup>29</sup> ข้อดีของทฤษฎีนี้คือมีหลักการบำบัดที่ให้ความสนใจกับปัจจัยทุกด้านไม่จำกัดเพียงแค่ผู้เสพติด (dependence) แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ใช้สารหรือผู้เสพ (users) ได้สามารถใช้ทฤษฎีนี้กับนโยบายการลดอันตรายในผู้มีพฤติกรรมเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้หรือผู้เสพติดที่ยังไม่พร้อมกับการเลิกการเสพติด อย่างเด็ดขาด ข้อด้อยของทฤษฎีนี้คือจำเป็นต้องมีข้อมูลจำนวนมาก เพราะมีหลายองค์ประกอบในการรักษาผู้ให้การบำบัดรักษาต้องใช้เวลาและทำความเข้าใจกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดเพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบในแต่ละส่วนเพราะในแต่ละบุคคลมีสัดส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน

### 3) ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-disease model of addiction, BDMA)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาความเจริญก้าวหน้าของ งานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมเป็นไปอย่างก้าวกระโดดนำมาซึ่ง แนวคิดใหม่ในเรื่องพฤติกรรมเสพติด ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับการค้นพบจากการศึกษาวิจัย

<sup>27</sup> Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. Patient Educ Couns 2013; 91: 265-70.

<sup>28</sup> 10. Mee-Lee D. Addiction: It Isn't All a Brain Disease Getting Back to Biopsychosocial. TAAP Conference; 2012 July 27; San Antonio, Texas.

<sup>29</sup> Jhanjee S. Evidence Based Psychosocial Interventions in Substance Use. Indian J Psychol Med 2014; 36: 112-8.

ในสัตว์ (animal study) การศึกษาวิจัยทางพันธุกรรม (genetic Study) รวมถึงการศึกษาวิจัยจากการสร้างภาพสมอง (neuroimaging study)

ข้อสรุปของงานวิจัยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาได้นำมาเป็นหลักฐานอ้างอิงว่าพฤติกรรมเสพติดเป็น ความเจ็บป่วยทางสมองที่ซับซ้อนเรื้อรังและเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ที่เรียกว่า ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (brain-disease model of addiction, BDMA)<sup>30 31</sup>ซึ่งมีมุมมองต่อพฤติกรรมเสพติดว่ามีปัจจัยที่สำคัญมาจากพันธุกรรมในครอบครัว (genetic vulnerabilities) ถึงแม้ว่าการเริ่มต้นใช้สารนั้นเกิดจากการเลือกเองของผู้ใช้แต่ผลจากพันธุกรรมทำให้เกิดความเปราะบางในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อันส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองความพึงพอใจต่อการเสพที่แตกต่างกันไป (the initial reinforcing effects) ผู้ที่มีการตอบสนองทางบวก (positive reinforce effect) ต่อสารมากจะมีแนวโน้มที่จะใช้สารต่อไปมากกว่าผู้ที่มีการตอบสนองทางบวกน้อยกว่าการใช้สารในช่วงนี้ ยังไม่ถือว่าเข้าสู่การเสพติด ในช่วงนี้ปัจจัย ทางด้านจิตสังคม การเลี้ยงดู กลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยร่วมในการส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการเสพยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจัยทางชีววิทยา สังคมและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน (complex interaction) เมื่อเกิดการเสพยาจะนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงในระดับสมองทั้งด้านโครงสร้าง (structure) และการทำงาน (function) จนในที่สุดจะเกิดรูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอันเรียกว่าพฤติกรรมเสพติด (addiction behavior)

เมื่อเกิดพฤติกรรมเสพติดแล้ว (addiction behavior) บุคคลนั้นจะมีความยากลำบากอย่างมากในการเลิกพฤติกรรม ดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเป็นอย่างมากก็ตาม เนื่องจากกระบวนการเสพติดได้ส่งผลกระทบต่อสมองเป็นอย่างมาก ต่อสมองการตัดสินใจ ความจำรวมถึงการมองเห็นผลกระทบที่ตามมาตามความเป็นจริง

ในปี ค.ศ. 1997 the US National Institute on Drug Abuse (NIDA) ออกมาให้การสนับสนุนรับรองว่าพฤติกรรมเสพติด (addiction) เป็นโรคเรื้อรังทางสมอง (chronic and complex relapsing brain disease) ตามทฤษฎี ความเจ็บป่วยทางสมอง โดยมีหลักฐาน ที่ให้การสนับสนุนมาจากงานวิจัยสี่ด้าน คือ <sup>32</sup>

- 1) การศึกษาในสัตว์ (animal study)
- 2) การศึกษาทางพันธุกรรม (genetic study)
- 3) ศึกษาจากการสร้างภาพสมอง (neuroimaging study)

<sup>30</sup> Leshner AL. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. Science 1997; 278(5335): 45-7.

<sup>31</sup> Heather N, Best D, Kawalek A, Field M, Lewis M, Rotgers F, et al. Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. Addiction Research & Theory 2018; 26: 249-55.

<sup>32</sup> วนิตา รัตนสุมาวงศ์ รัศมน กัลยาณศิริและพิชัย แสงชาญชัย. ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและข้อถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 295-306



4) ผลจากการศึกษาติดตามผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดที่เข้าสู่อารมณ์รักษา (clinical outcome studies treatment)

### การศึกษาวิจัยในสัตว์ (Animal Study)

เริ่มจากการศึกษาในหนูทดลองจากการศึกษา พบว่า เมื่อหนูทดลองมีการใช้สารเสพติดจะเกิดความ ต้องการใช้นั้นซ้ำอีกในปริมาณที่เพิ่มขึ้นและถี่มากขึ้น โดยความต้องการใช้นั้นจะยังคงอยู่ถึงแม้ว่า หนูจะ หยุดใช้สารไปเป็นเวลานาน นอกจากนี้เมื่อให้หนูทดลองหยุดใช้สารเสพติดแล้ว หากกระตุ้นด้วยตัวกระตุ้น อย่างอื่นก็สามารถทำให้ หนูทดลองกลับไปใช้สารเสพติดได้ พฤติกรรมของหนูมีความเกี่ยวข้องกับสมองส่วนอยากที่ เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดของหนูทดลองลดน้อยลงเมื่อใช้ไฟฟ้าที่สมอง ส่วนอยาก (brain reward pathway) ของหนูทดลองนั้น จากงานทดลองในหนูนี้สามารถค้นพบสมองส่วนอยากรวมถึงการ ระบุโครงสร้างและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอันเป็นที่มาของพฤติกรรมเสพติดได้ ผลจากการศึกษานี้สรุปได้อีกว่า ผู้ใช้หรือ ผู้เสพ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อเข้าสู่พฤติกรรมเสพติดจะส่งผลให้สมองเกิดความเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาวและถึงแม้ว่าจะหยุดการเสพติดนั้นแล้วก็ตาม

### การศึกษาทางพันธุกรรม (Genetic study)

การศึกษาทางพันธุกรรมพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสพติด ผลจากการศึกษาพบว่าช่องว่างระหว่างผู้ใช้หรือผู้เสพ (users) ไปสู่ผู้เสพติด (dependence) มีความเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยทางพันธุกรรมถึงร้อยละ 40-60 แล้วแต่ชนิดของการเสพติด การศึกษาทางพันธุกรรม ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ใช้หลักการการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลำดับเบสที่แตกต่างกันในจีโนมของกลุ่มประชากรหนึ่งๆ ต่อลักษณะฟี โนไทป์หนึ่งๆ ที่มีความแตกต่างกัน (large Scale genome wide association Studies (GWAS) รวมถึงวิธีการ ศึกษาในคู่แฝด (twin study) สามารถค้นพบลำดับเบสที่แตกต่างกันในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อ พฤติกรรมที่นำไปสู่การ เสพติด เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความอยากสารเสพติด ความรู้สึกดีที่มีต่อการใช้นั้น เสพติด เป็นต้น ในปัจจุบันแม้เรายังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโดยการเปลี่ยนพันธุกรรมได้ แต่เราสามารถให้ความรู้นี้ เพื่อการจูงใจและป้องกันพฤติกรรมเสพติดได้

### ศึกษาจากการสร้างภาพสมอง (Neuroimaging Study)

การศึกษาก่อสร้างภาพสมองให้ข้อมูลสนับสนุน และสามารถค้นหาภาพและวงจรที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมเสพติด (neurobiological model of brain addiction) ที่สามารถอธิบายกระบวนการของพฤติกรรม การเสพติด ได้แก่

ช่วงการใช้นั้นหรือเสพพฤติกรรมอย่างมาก (binge and intoxication) อธิบายถึงกระบวนการ เปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีน (dopamine) ในสมอง เมื่อมีการใช้นั้นหรือการเสพซ้ำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้เกิด

ความพึงพอใจการเปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีนนี้ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวรับสัญญาณ (receptor) ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้บางอย่าง (learning of conditioning)

ช่วงการถอน (withdrawal and negative effect) อธิบายถึงกระบวนการต่อเนื่องจากการเกิดกระบวนการเรียนรู้บางอย่าง (learning and conditioning) สมองจะเกิดการปรับตัวให้ปริมาณของสารที่เข้าร่างกายกระตุ้นโดปามีนได้ลดน้อยลงผลคือการใช้ หรือเสพไม่สามารถทำให้เกิดความสุขได้ในปริมาณเท่าเดิม จึงต้องเพิ่มการเสพยามากขึ้นและเพื่อพยายามหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบที่จะเกิดขึ้น เช่น ภาวะถอนยา (withdrawal and negative effect)

ช่วงหมกมุ่น (preoccupation and anticipation) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของสมองจะค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดจะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในสมองส่วนต่างๆ อันได้แก่ สมองส่วนคิด สมองส่วนอยาก รวมถึงสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองส่วนอารมณ์ สมอง ส่วนความทรงจำ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในสมองหลายส่วนนี้ส่งผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของผู้เสพติด เช่น ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจ อารมณ์หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดส่วนหนึ่งมีความต้องการที่จะเลิกพฤติกรรมการเสพ แต่ก็มีควมยากลำบากอย่างมากที่จะหยุดพฤติกรรมดังกล่าว

### **ผลจากการศึกษาติดตามผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดที่เข้าสู่การรักษา (clinical outcome studies treatment)<sup>33</sup>**

มีการทดลองตัวยาและการรักษาบำบัดหลาย อย่าง เช่น การใช้ เมธาโดน (Methadone) บัวพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine) นาสเทรกโซล (Naltrexone) สำหรับผู้ติดอนุพันธ์จากฝิ่น การใช้วาเรนิคลีน (Varenicline) สำหรับผู้ติดบุหรี่หรือแม้แต่การศึกษา ความเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดที่เข้ารับการรักษา บำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัด ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavioral therapy) ที่มีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในส่วนสมอง ส่วนคิด หรือการบำบัดความคิดและสติ (mindfulness therapy) ที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในส่วน สมองส่วนอารมณ์ สมองส่วนการตัดสินใจและสมอง ส่วนความรู้สึกตัว (awareness) เป็นต้น จากผลการติดตามพบว่ายาและกระบวนการบำบัดเหล่านี้มีส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางสมองนำไปสู่ การรักษา บำบัดผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการรักษาบำบัดผู้ที่มีพฤติกรรมเสพ ยังอยู่ในช่วงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองมีจุดเด่นในเรื่องชีววิทยา (biological factor) แต่ก็ไม่ได้ละทิ้งปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factor) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factor) ปัจจัยทางชีววิทยามีส่วนสำคัญและเป็น

<sup>33</sup> วนิดา รัตนสุมาวงศ์ รัศมน กัลยาณศิริและพิชัย แสงชาญชัย. ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและข้อถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 295-306

แกนหลัก แต่ก็มีความสัมพันธ์อันซับซ้อนละเอียดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมหลักการนี้ นำมาซึ่งการป้องกันผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงไม่ให้เกิดการใช้หรือการเสพยาการบำบัดรักษาและการวัดผลที่มีหลักฐานอย่าง ชัดเจน อีกทั้งยังเป็นพื้นฐาน การพัฒนารูปแบบการบำบัดทั้งด้านยาและการรักษาทางจิตสังคมต่อไปในอนาคต

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองยังเน้นเรื่องการลดการตีตราของสังคมต่อผู้มีพฤติกรรมเสพติด (stigma) ส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดกล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษามากขึ้นบุคคลรอบข้างมีท่าทีร่วมมือมากขึ้น รวมถึงก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย เช่น การช่วยเหลือที่มากขึ้นในการรักษาบำบัดเพิ่มเติมในกลุ่ม บุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติด เป็นต้น แต่ข้อด้อยของทฤษฎีดังกล่าว คือ ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นนอกเหนือจาก ชีวิตวัยเยาว์จนเกินไปนำไปสู่การรักษาที่เน้นในเชิงชีววิทยาเพราะเชื่อว่าเป็นความเจ็บป่วยทางสมองมากกว่าใน ด้านอื่น จนละเลยที่จะมองปัจจัยอื่นซึ่งอาจจะปัจจัยที่สำคัญอีกทั้งทฤษฎีดังกล่าวยังเหมาะสมกับผู้มี พฤติกรรมเสพติดที่อยู่ในระดับรุนแรง (dependence) เสพติดมานาน เลิกยาหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จมากกว่ากลุ่ม ใช้หรือผู้เสพทั่วไป (users) ซึ่งนักวิทยาศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ส่วนหนึ่งเชื่อว่าทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง เป็นการลด ผลกระทบในทางลบต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดจนอาจทำให้ผู้มีพฤติกรรมเสพยาสามารถใช้อย่างมี ข้ออ้างและไม่ต้องรับผิดชอบผลการกระทำดังกล่าว

## 2.3 กฎหมายไทยที่เกี่ยวกับยาเสพติดและการจัดการกับผู้ป่วยยาเสพติด

ในข้อมูลส่วนนี้คณะผู้วิจัยจะทำการอธิบายกฎหมายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งกฎหมายต่างๆ เป็นการนำมาใช้กับกรณีที่ใช้จัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

### 2.3.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

กฎหมายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีการแก้ไขเพิ่มเติมหลากหลายครั้ง คณะผู้วิจัยจะพอทำการอธิบายหลักกฎหมายที่สำคัญดังนี้ กฎหมายฉบับนี้ได้ให้คำนิยามคำว่า “การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาด้วย<sup>34</sup> และให้คำนิยามว่า “สถานพยาบาล” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานที่อื่นใดเฉพาะที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ<sup>35</sup> กฎหมายฉบับนี้ยังห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1<sup>36</sup> ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 17<sup>37</sup> และห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหอพักบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบอนุญาต หรือเป็นการเสพเพื่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ตำรับยาที่เสพได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด<sup>38</sup> อันแสดงให้เห็นว่า กฎหมายไทยในปัจจุบันไม่อนุญาตเสพยาเสพติดและมีโทษทางอาญาตามความผิดหากผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 57 หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 58 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสามปี หรือปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึงหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>39</sup> หากผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 58 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>40</sup> แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของดำเนินคดีอาญาเข้ามาเกี่ยวข้อง และหากเป็นกรณีดัง 4 กรณี ต่อไปนี้

#### 1. เสพยาเสพติดให้โทษ

<sup>34</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4

<sup>35</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4

<sup>36</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 57

<sup>37</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 58

<sup>38</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 58

<sup>39</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 91

<sup>40</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 92

2. เสพและมีไว้ในครอบครอง

3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

4. เสพและจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง

หากผู้กระทำความผิดข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น หากได้สมัครใจขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ อีกทั้งได้ปฏิบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษา และระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลดังกล่าว จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดแล้ว ให้พ้นจากความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่หากเป็นกรณีความผิดที่ได้กระทำไปภายหลังการสมัครใจเข้ารับการรักษาจะไม่ได้ประโยชน์ตามกฎหมาย<sup>41</sup>

กฎหมายฉบับนี้ยังมีการขั้นตอนของผู้กระทำผิดซ้ำ หากผู้ใดต้องโทษตามมาตรา 91 หรือมาตรา 92 เป็นครั้งที่สามเมื่อพ้นโทษแล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่โดยคำสั่งรัฐมนตรีนำไปควบคุมไว้ ณ สถานพยาบาลที่รัฐมนตรีประกาศจัดตั้งขึ้นโดยเฉพาะและให้ทำการบำบัดรักษาจนกว่าจะได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดว่าเป็นผู้ได้รับการบำบัดรักษาครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลดังกล่าวแล้ว<sup>42</sup> อันทำให้มีโอกาสนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา แต่นั้นหมายความว่า เขานั้นจะต้องโทษเสียก่อน หมายความว่า ยังคงมีการดำเนินคดีอาญากับบุคคลดังกล่าวอยู่นั่นเอง

### 2.3.2 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

การเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์เป็นความผิดทางอาญาเช่นกัน เนื่องจากกฎหมายห้ามผู้ใดเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ในประเภท 1<sup>43</sup> และห้ามเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นแต่เป็นการเสพตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้นั้น<sup>44</sup> ทำให้บุคคลดังกล่าวต้องรับโทษหากมีการเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ในประเภท 1 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 91 หรือผู้ใดเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ในประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 92 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>45</sup> ถือว่า มีโทษทางอาญาที่ค่อนข้างรุนแรง ไม่ได้แสดงให้เห็นการนำการบำบัดหรือการรักษาบังคับก่อนการดำเนินคดีอาญา การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามกฎหมายนี้จะคล้ายคลึงกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หากเป็นกรณีดัง 4 กรณี ต่อไปนี้

<sup>41</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94

<sup>42</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 98

<sup>43</sup> พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 91

<sup>44</sup> พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 92

<sup>45</sup> พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 141

1. เสพ
2. เสพและมีไว้ในครอบครอง
3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อขาย
4. เสพและขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ตามลักษณะ ชนิด ประเภทและปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง

ทั้ง 4 กรณีข้างต้นได้สมัครใจขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ และได้ปฏิบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลตามมาตรา 7 (15) จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลนั้น ให้พ้นจากความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีความผิดที่ได้กระทำภายหลังการสมัครใจเข้ารับการรักษา การรับเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา<sup>46</sup>

### 2.3.3 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัตินี้ได้นิยามความหมายคำว่า “ติดยาเสพติด” หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำ ติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ<sup>47</sup> และกรณีที่สามารถเข้าบำบัดฟื้นฟูได้ต้องเป็นกรณีดัง 4 กรณี ดังต่อไปนี้<sup>48</sup>

1. ความผิดฐานเสพยาเสพติด
2. เสพและมีไว้ในครอบครอง
3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย
4. เสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง

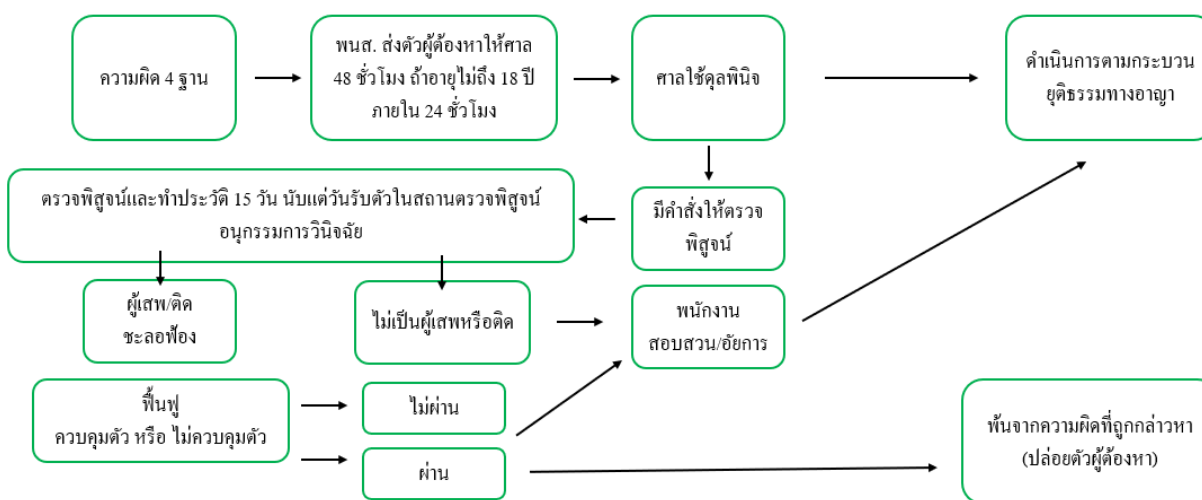
เพื่อความเข้าใจคณะผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูดังปรากฏตามแผนภาพขั้นตอนการฟื้นฟู

<sup>46</sup> พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 155

<sup>47</sup> พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 4

<sup>48</sup> พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 19

## แผนภาพขั้นตอนการฟื้นฟู



จะสังเกตได้ว่า กระบวนการฟื้นฟูแม้จะบัญญัติเพื่อประโยชน์ของการกระทำความผิดทั้ง 4 กรณีข้างต้นก็ตาม มีโอกาสพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา แต่เข้าลักษณะการบังคับให้หายจากการติดยาเสพติด ประหนึ่งการบังคับให้หายจากโรคหรืออาการป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่า ไม่ถูกต้อง หากมองหลักการผู้เสียหายหรือผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยจริง จะต้องไม่มีการบังคับให้หาย หากไม่หายจะถูกดำเนินคดีอาญาต่อไป

### 2.3.4 ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ประกาศดังกล่าวออกมาเพื่อลดปริมาณผู้ต้องขังและลดการดำเนินคดีอาญาลง มีหลักเกณฑ์ดังนี้ คือ ในกรณีที่ผู้ใดต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลและไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หากผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดดำเนินการให้ผู้นั้นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูและได้รับการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกหนังสือรับรองเพื่อเป็นหลักฐาน การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟูและการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้

เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประกาศกำหนด<sup>49</sup> จะเห็นว่า เป็นลักษณะการต่อรองให้ผู้เสพเข้ารับการฟื้นฟูมากกว่าที่จะมีสิทธิอย่างอื่นหรือทางเลือกอย่างอื่น

### 2.3.5 ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) กระทรวงยุติธรรม ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... พร้อมร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยเป็นการปรับปรุงกฎหมายที่มีจำนวนหลายฉบับและมีความซ้ำซ้อนทั้งการบังคับใช้กฎหมายและหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดความสับสนและเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ มาอยู่มารวมไว้ในฉบับเดียวกัน คือ พระราชบัญญัติ วัตถุประสงค์ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับ ยาเสพติด พ.ศ. 2534 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาศึดยาเสพติด พ.ศ. 2550 เหตุผลความจำเป็นที่สำคัญเพื่อ รวบรวมบทบัญญัติของกฎหมายยาเสพติดทั้งหมดที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีเนื้อหาที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ ของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้ง ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการค้นคว้า ศึกษา และวิจัยในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ทราบถึง ความจำเป็นในการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด<sup>50</sup>

ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เสนอโดยกระทรวงยุติธรรมนี้ มีหลักการสำคัญที่แตกต่างจากกฎหมายยาเสพติดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันหลายประการ เช่น การกำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด การปรับปรุงองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ โดยเฉพาะคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ รวมทั้งการบัญญัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และคณะกรรมการวิชาการและพัฒนา คุณภาพการบำบัดรักษา ยาเสพติด การกำหนดอำนาจเพิ่มเติมแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ทั้งการสะกดรอยติดตามและ การดำเนินการให้ได้มาซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐาน การปรับปรุงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการ เข้ารับการบำบัดรักษา การปรับปรุงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการปล่อยชั่วคราว การกำหนดแนวทางและ

<sup>49</sup> ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ข้อ 1]

<sup>50</sup> บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... (2558). สำนักงาน ป.ป.ส.



ผู้รับผิดชอบในการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มาตราการอื่นแทนการลงโทษ เป็นต้น<sup>51</sup>

ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดของสำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม เป็นการรวบรวมทั้งกฎหมายสารบัญญัติและกฎหมายวิธีสบัญญัติไว้ในฉบับเดียวกัน โดยมีเนื้อหาที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ภาค ดังนี้

ภาค 1 เกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด : บททั่วไป แนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ การควบคุมและความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งยาเสพติด ให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ และสารระเหย ความผิดและบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติด

ภาค 2 การดำเนินคดียาเสพติด : การสืบสวนและการสอบสวน การตรวจสอบทรัพย์สิน วิธีพิจารณาคดียาเสพติด

ภาค 3 การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และมาตรการอื่นแทนการลงโทษ : การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด<sup>52</sup>

ในการพิจารณาร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) มีบทบาทหน้าที่ตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย พ.ศ. 2553 ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามความเห็นหรือข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาของคณะกรรมการ โดยที่ผ่านมามีการศึกษา วิจัย และวิเคราะห์ทางวิชาการเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติด ซึ่งจัดทำเป็นบันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายทั้ง 4 เรื่อง<sup>53</sup> ดังนี้

1) บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง กฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อม (30 มกราคม 2558) : การปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อม โดยเห็นควรยกเลิกการกำหนดให้ “พืชกระท่อม” เป็นยาเสพติดให้โทษ แต่ควรมีการกำหนดควบคุมสารมิตราเจนีน (Mitragynine) ในพืชกระท่อมที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในเงื่อนไขที่ว่าไม่ให้กระทำในทางการค้า แต่หากเป็นการกระทำเพื่อเสพ มีไว้ในครอบครองในปริมาณเล็กน้อยหรือครอบครองเพื่อเสพที่ไม่ใช่เพื่อการค้าก็ไม่ใช่ความผิดอาญา และต้องมีการนำมาตรการในการบำบัดรักษาควบคู่ไปด้วย เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์การรับลงทะเบียนและจัดแจ้งผู้เสพพืชกระท่อมโดยสถานพยาบาล การให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ เป็นต้น

<sup>51</sup> บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... (2558). สำนักงานปปส.

<sup>52</sup> อ้างแล้ว

<sup>53</sup> ข้อเสนอทางวิชาการต่อคณะรัฐมนตรีและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... (2559). คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย.

2) **บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง แนวทางการปฏิรูปกฎหมายเพื่อพัฒนาระบบบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด (10 กรกฎาคม 2558)** : การทบทวนและกำหนดบทลงโทษใหม่ให้สอดคล้องเหมาะสมและได้สัดส่วนกับลักษณะของความผิด ภายใต้หลักการ “ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” ผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ที่ไม่ได้กระทำความผิดแต่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาบำบัดฟื้นฟู การกำหนดให้ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดมีความผิด และมีโทษทางอาญาจึงเป็นการกำหนดโทษที่ไม่เหมาะสมกับกรณี ทั้งไม่ได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด โดยกรณีที่เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดควรมีการกำหนดมาตรการทางเลือกแทนการลงโทษทางอาญาควบคู่กับกระบวนการทางการแพทย์ เช่น การตกเตียง การทำทัณฑ์บน การทำข้อตกลง การบำบัดฟื้นฟูประโยชน์ การกำหนดไม่ให้กระทำการใดๆ หรือไม่ให้เดินทางไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด เป็นต้น

3) **บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง หลักการในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด (17 สิงหาคม 2558)** : การกำหนดประเภทของยาเสพติดต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดต้องมีความชัดเจนโดย เฉพาะการพิจารณา นิยามคำว่า “ผลิต” “จำหน่าย” “นำเข้า” “ส่งออก” “เสพ” “ครอบครอง” ต้องมีความหมายที่ชัดเจนว่ามุ่งหมาย เพื่อดำเนินการกับการกระทำเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อผลประโยชน์ทางทรัพย์สินหรือในทางการค้า แต่หากเป็น กรณีเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดต้องถือว่าเป็นผู้ป่วยตามหลักการทางการแพทย์และไม่ถือว่าเป็นอาชญากร และการ ลงโทษต้องได้สัดส่วน รวมทั้งการใช้มาตรการบังคับทางอาญาต้องเหมาะสมกับบุคคล (Individualization of Punishment) ซึ่งกฎหมายจะต้องกำหนดให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจได้อย่างเหมาะสมในการกำหนดโทษ หรือ มาตรการอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมแก่กรณี

4) **บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง การดำเนินคดีที่เป็นธรรม : กรณีการดำเนินคดีความผิด เกี่ยวกับยาเสพติด (9 กันยายน 2558)** : การใช้มาตรการบังคับตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น การค้น บุคคลและยานพาหนะ ต้องมีการกำหนดรายละเอียดให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำการค้นจะต้องมีการแสดงความบริสุทธิ์ก่อน เข้าค้น และควรให้บุคคลอื่นนอกจากเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยในขณะตรวจค้นเท่าที่เป็นไปได้ หรือควรยกเลิกบทบัญญัติที่ให้อำนาจควบคุมตัวได้ไม่เกิน 3 วัน ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 มาตรา 15 รวมทั้ง การจับกุมและควบคุมตัวผู้ถูกจับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประมวล กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา รวมทั้ง การตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย ควรมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติให้ ชัดเจนเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชน

#### การครอบครองสารเสพติดเพื่อการค้นคว้าวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ.2561 ได้มีการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เพื่อพิจารณาร่าง พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด และร่างพระราชบัญญัติวิธี

พิจารณาคดียาเสพติด ฉบับที่... พ.ศ. รวม 3 ฉบับ โดยร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งหมดมาไว้ในฉบับเดียวอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการอนุญาตเพื่อให้การควบคุมและการใช้ยาเสพติดในทางการแพทย์ ทางวิทยาศาสตร์ และทางอุตสาหกรรม เน้นการป้องกันการแพร่กระจายยาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>54</sup>

สำหรับเนื้อหาของร่างกฎหมาย ได้แก่ การจัดทำนโยบายระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปรับปรุงส่วนประกอบหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ให้มีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด เพื่อรับผิดชอบกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการอนุญาตและการควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุประสงค์และสาระหาย

ร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวได้กำหนดให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจประกาศกำหนดพื้นที่ที่สามารถผลิต เสพหรือครอบครองยาเสพติดบางชนิดเพื่อศึกษาวิจัย หรือลดอันตรายจากยาเสพติดได้ ให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจออกประกาศ กำหนดมาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในสถานประกอบการ และกำหนดประเภทสถานประกอบการที่อยู่ภายใต้มาตรการดังกล่าว<sup>55</sup>

นอกจากนี้ยังให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจประกาศกำหนดยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่สามารถเสพเพื่อการรักษาโรค เพื่อการศึกษาวิจัยได้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจประกาศให้ท้องที่ใดเสพใบกระท่อมได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดโดยไม่เป็นความผิด ปรับปรุงองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สินในกรณีผู้ต้องหาหรือจำเลยหลบหนี หรือถึงแก่ความตาย เป็นต้น และยังกำหนดให้มีคณะกรรมการบำบัดรักษา ฟื้นฟูยาเสพติด มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดเป้าหมายและนโยบายเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้เสพยาเสพติด รวมถึงมีอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในส่วนที่เกี่ยวข้อง กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขกรณีผู้เสพสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา กำหนดหน้าที่และอำนาจของเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. และพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจในการดูแลผู้เสพ<sup>56</sup>

นอกจากนี้ยังกำหนด ให้มีศูนย์คัดกรองเพื่อทำหน้าที่คัดกรองประเมินความรุนแรงของยาเสพติด การส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ไปยังสถานบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งปรับปรุงบทกำหนดโทษคดียาเสพติดให้มีความเหมาะสมในสัดส่วนของความร้ายแรงของการกระทำผิด และสอดคล้องต่อบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ที่

<sup>54</sup> ข้อเสนอทางวิชาการต่อคณะรัฐมนตรีและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... (2559). คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย.

<sup>55</sup> อ้างแล้ว.

<sup>56</sup> อ้างแล้ว.

กำหนดให้โทษทางอาญาเฉพาะกรณีที่มีความผิดร้ายแรง ปรับปรุงการบังคับโทษปรับ ที่ผู้ต้องโทษปรับไม่ชำระค่าปรับ ให้เป็นไปตามคดีที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายอาญา<sup>57</sup>

ผลจากการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... และร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดโดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ผลปรากฏว่า ที่ประชุมมีมติเอกฉันท์รับหลักการ ด้วยคะแนนเสียง 194 ต่อ 0 งตออกเสียง 3 เสียง ไม่ลงคะแนน 1 เสียง และตั้งกรรมาธิการวิสามัญ 28 คนพิจารณาแปรญัตติภายใน 15 วัน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน 90 วัน และรับหลักการแห่งร่างพ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดียาเสพติด(ฉบับที่..) พ.ศ. ... ด้วยคะแนนเสียงเอกฉันท์ 190 ต่อ 0 เสียง งตออกเสียง 3 เสียง แปรญัตติภายใน 15 วัน มีระยะเวลาการดำเนินงาน 90 วันเช่นกัน นพ.เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข ระบุว่า ร่างกฎหมายนี้มีสาระที่เปลี่ยนไปคือให้อำนาจผู้พิพากษาศดตสินคดีกรณีผู้เสพหรือผู้ครอบครองว่า เป็นความผิดขั้นร้ายแรงหรือไม่ร้ายแรงแทนการนับเม็ดยาเหมือนในอดีต ที่หากมีปริมาณครอบครองเกินกำหนดจะกลายเป็นผู้ค้าทันที โดยที่อาจจะเป็นผู้เสพ เชื่อว่าจะทำให้ผู้ที่ถูกตัดสินจำคุกมีปริมาณลดลง

อีกทั้งยังไม่กำหนดให้กัญชาและกระท่อมเป็นยาเสพติดประเภท 5 ไว้ในพ.ร.บ.โดยจะให้ออกเป็นกฎกระทรวงแทนเพื่อสะดวกในการปรับแก้กรณีที่น่ากระท่อมและกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ซึ่งมีผลวิจัยของต่างประเทศ อาทิ แคนาดา ที่ปลูกกัญชาส่งออกใช้ทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้คำสั่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการป.ป.ส.

นอกจากนั้น นพ.โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม (บอร์ด อภ.) ในฐานะประธานคณะกรรมการพิจารณการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ กล่าวภายหลังการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ว่า มีการหารือถึงร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ ที่จะให้นำกัญชามาวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ได้ ซึ่งจากการที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) รับหลักการไปเมื่อวันที่ 14 มิ.ย. 2561 และมีเวลาให้คณะกรรมการพิจารณา 90 วัน จึงคาดว่า กฎหมายดังกล่าวจะประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาได้ ช่วง ต.ค.นี้ และจะมีผลบังคับใช้ใน 180 วัน คือช่วงเดือนเมษายน 2562 ดังนั้น คณะกรรมการฯ จึงวางกรอบระยะเวลาในการดำเนินงาน ว่า วันที่ 1 พ.ค. 2562 จะต้องสามารถนำกัญชามาใช้เป็นยาทางการแพทย์ หรือศึกษาวิจัยในมนุษย์ได้ ทั้งนี้ มีคณะทำงาน 4 คณะ ที่ต้องไปวางกรอบระยะเวลาในการทำงานให้ชัดเจน เช่น คณะทำงานเพื่อพัฒนาการสกัดฯ จะทำอย่างไรให้มีน้ำมันกัญชาหรือยากัญชาใช้ภายในวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 หรือคณะทำงานเพื่อวางระบบการควบคุมฯ ที่มีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหลัก ก็ต้องไปออกกติกาต่างๆ ทำอย่างไรให้มีผลิตภัณฑ์ใช้ ใช้ทางการแพทย์อย่างไร ใครจะเป็นคนสั่งจ่าย การศึกษาวิจัยทำ

<sup>57</sup> อ้างแล้ว.

อย่างไร ผลิตรระดับอุตสาหกรรมทำอะไร เป็นต้น โดยการประชุมครั้งหน้าแต่ละคณะทำงานต้องวางกรอบการทำงานที่ชัดเจนแล้ว เพื่อให้ทั้งหมดมีการใช้ได้ในวันที่ 1 พฤษภาคม. 2562

นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการ ออย. กล่าวว่า ย้ำว่า ขณะนี้ก็ยังไม่สามารถใช้กับมนุษย์ได้ ทำได้เพียงแค่ขออนุญาตปลูก นำเข้า และสกัด แต่จากที่คาดคือ พ.ศ. 2562 จะนำกัญชามาใช้ในมนุษย์ได้เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น และต้องใช้ตามข้อบ่งชี้ ซึ่งคณะทำงานเพื่อวางระบบการควบคุมฯ จะเสนอคณะกรรมการยาเสพติดว่า กัญชาทางการแพทย์ต้องมีข้อบ่งชี้อะไรบ้าง ส่วนแพทย์ที่จะส่งจ่ายต้องทำตามข้อบ่งชี้ มต้องมีมีการขออนุญาต โดยอยู่ระหว่างยกร่างเป็นกฎหมายลูก ซึ่งจะมีทั้งประเด็นการวิจัยในคน การเอาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และอุตสาหกรรมยา

สำหรับการขอรับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญากับการวิจัยกัญชาในประเทศไทยนั้น กรมทรัพย์สินทางปัญญาระบุว่า ขณะนี้ยังไม่ประกาศให้สิทธิบัตร เพียงแต่ที่ผ่านมาช่วงที่ยื่นขอและประกาศโฆษณาไม่มีการคัดค้าน จึงต้องเข้าสู่การพิจารณาตามกระบวนการ แต่หากเป็นการขอสิทธิบัตรสารสกัดจากพืช ซึ่งกฎหมายระบุว่า 'ไม่สามารถทำได้' ก็จะถูกตีตกไป ซึ่งกรมทรัพย์สินทางปัญญาก็เฝ้าระวังให้ในเรื่องนี้ โดยการสกัดขณะนี้คงใช้ของกลางไปก่อน ซึ่งก็จะมีมาตรา 101 ทวิ และ 102 ทวิ ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่กำหนดว่าเมื่อมีการตรวจพิสูจน์ชนิดและปริมาณยาเสพติดแล้ว กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำลายหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยไม่ต้องรอให้คดีสิ้นสุด ตอนนี้อย่าให้นำของกลางมาลองสกัด หากดีครั้งหน้าสามารถจับกัญชาแบบนี้ได้ก็ต้องเก็บในคลังไว้ให้ดี ส่วนการพัฒนาสายพันธุ์นั้น อย่างแพทย์แผนไทยก็ระบุเลยว่าต้องใช้กัญชาพันธุ์ไทย

วันที่ 10 พฤษภาคม ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดย นพ. โสภณ เมฆธน ประธานคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) ในฐานะประธานคณะกรรมการพิจารณาฯ กล่าวว่า ในการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างครบวงจร ตั้งแต่ 1. การพัฒนาสายพันธุ์จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่เคยพัฒนาของกัญชามาเป็นคณะกรรมการ 2. การสกัด โดย องค์การเภสัชกรรม. สวทช กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต และ 3. การนำมาใช้ประโยชน์ทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย ซึ่งจะร่วมกันระหว่างกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ก็จะ ศ.นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสมองมาช่วยด้วย 4. อย.จะทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการ รวมทั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) มาช่วยวางระบบเพื่อบูรณาการ และ 5. คณะกรรมการอาหารและยา จะเป็นผู้ดูแลเรื่องผลิตภัณฑ์ ที่จะออกมาในรูปแบบใดและจะอนุญาตให้ใช้อย่างไร

ดังนั้น ในการกำกับดูแลของคณะกรรมการอาหารและยานั้นก็ต้องกำกับดูแลตั้งแต่ต้นทางการขออนุญาต การปลูก การควบคุมการกระจายไม่ให้หลุดลอดไป และหากใช้สกัดก็ต้องนำไปใช้ประโยชน์ตามที่ร้องขอจริงๆ ไม่ใช่ไปใช้ประโยชน์ในทางที่ผิด โดยในช่วงแรกยังใช้วิจัยในมนุษย์ไม่ได้ แต่สามารถวิจัยและทดลองในสัตว์ได้ โดยในขณะนี้ได้มีการอนุญาตให้ มหาวิทยาลัยรังสิตนำไปสกัด และวิจัยในสัตว์ รวมผลิตเป็นยาออกมา แต่ยังไม่สามารถทดลองในคนได้

### 2.3.6 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 กำหนดให้ใช้ยาเสพติดประเภท 5 เพื่อการแพทย์ได้

เมื่อวันที่ 18 ก.พ. สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ลงในราชกิจจานุเบกษา โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ เนื่องจากมีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องตามหลักสากล ซึ่งการตราพระราชบัญญัตินี้สอดคล้องกับเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในมาตรา 26 ของรัฐธรรมนูญแล้ว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติ (พระราชบัญญัติ) ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ขึ้นไว้ และให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา (19 ก.พ.) เป็นต้นไป<sup>58</sup>

ส่วนเหตุผลในการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ เนื่องจาก พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน และมีบางบัญญัติที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ ปรากฏผลการวิจัยว่าสารสกัดจาก “กัญชา” และ “พืชกระท่อม” มีประโยชน์ทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เดิมกัญชาและพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามไม่ให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ให้ทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยา สมควรแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อเปิดโอกาสให้นำกัญชาและพืช

<sup>58</sup> ดู ประกาศแล้ว! พ.ร.บ.ยาเสพติดฉบับใหม่ ไฟเขียว “กัญชา-กระท่อม” เพื่อการแพทย์ แต่ลอบเสพ-ขาย คุณเหมือนเดิม 19 กุมภาพันธ์ 2562 โดย ผู้จัดการออนไลน์ <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9620000017303>

กระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และใช้รักษาโรคมายาใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้<sup>59</sup>

สาระสำคัญของกฎหมายฉบับดังกล่าว ได้แก่ มาตรา 3 เพิ่มคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ตามมาตรา 9 ของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 โดยให้ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายกแพทยสภา นายกสภาการแพทย์แผนไทย และนายกสภาเภสัชกรรม เป็นกรรมการเพิ่มเติมเฉพาะในวาระที่เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น เห็ดขี้ควาย)

มาตรา 9 พบว่าได้ปรับแก้มาตรา 26/2 ถึง 26/6 ของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 โดยมาตรา 26/2 ให้ยกเว้นผลิต นำเข้า หรือส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ในกรณีที่เป็นกัญชง (Hemp) ให้กระทำได้เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้าหรือออกนอกราชอาณาจักรไม่เกินปริมาณที่จำเป็น สำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ให้กระทำได้เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต<sup>60</sup>

ส่วนมาตรา 26/3 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การผลิต นำเข้า หรือส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่าเป็นการผลิต นำเข้า หรือส่งออกเพื่อจำหน่าย และห้ามห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต แต่ไม่ใช้บังคับแก่ผู้ที่ครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็น สำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรอง, ใช้ประจำในการปฐมพยาบาล หรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะอื่นใดที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่ไม่ได้จดทะเบียนในราชอาณาจักร แต่ถ้ายานพาหนะดังกล่าวจดทะเบียนในราชอาณาจักร ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาต<sup>61</sup>

ส่วนผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาตเป็น

<sup>59</sup> ดู ประกาศแล้ว! พ.ร.บ.ยาเสพติดฉบับใหม่ ไฟเขียว “กัญชา-กระท่อม” เพื่อการแพทย์ แต่ลอบเสฟ-ขาย คู่กเหมือนเดิม 19 กุมภาพันธ์ 2562 โดย ผู้จัดการออนไลน์ <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9620000017303>

<sup>60</sup> อ้างแล้ว.

<sup>61</sup> อ้างแล้ว.

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เภสัชกรรม ทันตกรรม การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย

(3) สถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(4) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมาย ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตามหน่วยงานของรัฐตาม (1) และสถาบันอุดมศึกษาเอกชนตาม (3) สามารถร่วมผลิตและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

(5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้าหรือออกนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว (7) ผู้ขออนุญาตอื่น โดยในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา ต้องมีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย และกรรมการของนิติบุคคล หุ่นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อย 2 ใน 3 ต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยและมีสำนักงานในไทย

ในกรณีที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษ อาจมีมติให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดเขตพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใด เพื่อทดลองเพาะปลูกพืชที่ให้ผลผลิต หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ผลิตและทดสอบ เสพหรือครอบครอง ในปริมาณที่กำหนด โดยให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา อย่างน้อยต้องมีมาตรการควบคุมและตรวจสอบการเสพและการครอบครอง ในเขตพื้นที่ที่กำหนด ซึ่งไม่เป็นความผิดตามพระราชบัญญัตินี้<sup>62</sup>

มาตรา 11 ให้ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้าหรือส่งออก จัดให้มีป้ายไว้ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่าย โดยผู้ผลิตต้องจัดให้มีการวิเคราะห์ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นก่อนนำออกจากสถานที่ผลิต โดยต้องมีการวิเคราะห์ทุกครั้ง และมีหลักฐานแสดงรายละเอียดซึ่งต้องเก็บรักษาไว้ ส่วนผู้นำเข้าหรือส่งออกจัดให้มีใบรับรองของผู้ผลิตแหล่งเดิม แสดงรายละเอียดผลการวิเคราะห์คุณภาพ รวมทั้งจัดให้มีฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาษาหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิตขึ้น และจัดให้มีการ

<sup>62</sup> อ้างแล้ว.



แยกเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เป็นสัดส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น และเก็บในที่ซึ่งมั่นคงแข็งแรงและมีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน<sup>63</sup>

ส่วนผู้รับอนุญาตนำเข้าหรือส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 จัดให้มีการแยกเก็บยาเสพติดเป็นสัดส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น และเก็บในที่ซึ่งมั่นคงแข็งแรงและมีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน ดูแลให้มีฉลากและเอกสารกำกับ หรือคำเตือน ข้อควรระวังการใช้ที่ภาษาชนะหรือหีบห่อบรรจุ มิให้ชำรุดบกพร่อง ในกรณีถูกโจรกรรม สูญหาย หรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบโดยมิชักช้า และจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการเป็นรายเดือนและรายปี บัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะที่เปิดทำการ ภายใน 5 ปีนับแต่วันที่ลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี<sup>64</sup>

มาตรา 12 ได้เพิ่มความในมาตรา 48 ของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 จากเดิมยกเว้นโฆษณายาเสพติดให้โทษได้เฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง และเฉพาะยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ยาบางชนิดที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น โคเคน โคดีอีน ไดฟีนอกซิเลต เฟนทานิล ผื่นที่ใช้ทางการแพทย์ เมทาโดน มอร์ฟิน และเพทิตีน) และยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 (ยาน้ำแก้ไอที่มีโคดีอีน หรือผื่นเป็นส่วนผสม ยาแก้ปวดหัวผสมโคดีอีน ยาแก้ท้องเสียที่มีไดฟีนอกซิเลต) ให้เพิ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา) และเพิ่มการโฆษณากับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย หรือเป็นฉลากหรือเอกสารกำกับ โดยต้องได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตก่อนจึงจะใช้โฆษณาได้<sup>65</sup>

มาตรา 13 ได้ปรับแก้ข้อความจาก พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 โดยมาตรา 57 เหลือเพียงแค่ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 (ยาเสพติดให้โทษร้ายแรง) ส่วนมาตรา 58 จากเดิมห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาต ได้เพิ่มวรรคสอง ให้ยกเว้นการเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (กัญชา) เฉพาะเพื่อรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย ที่ได้รับใบอนุญาต หรือเป็นการเสพเพื่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ดำรับยาที่เสพได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด<sup>66</sup>

<sup>63</sup> อ้างแล้ว.

<sup>64</sup> อ้างแล้ว

<sup>65</sup> อ้างแล้ว.

<sup>66</sup> อ้างแล้ว

มาตรา 17 ได้ปรับแก้ข้อความจาก พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 มาตรา 75, 76 และ 76/1 สำคัญ คือ มาตรา 75 ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยฝ่าฝืนมาตรา 26/2 (ที่ปรับแก้แล้วในมาตรา 9) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 500,000 บาท ถ้าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1-15 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000-1,500,000 บาท ถ้าเป็นพืชกระท่อม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท ส่วนมาตรา 76 ผู้ใดมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 26/3 (ที่ปรับแก้แล้วในมาตรา 9) โดยมีปริมาณไม่ถึง 10 กิโลกรัม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้ามีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1-15 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000-1,500,000 บาท ถ้าครอบครองพืชกระท่อม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท ในส่วนของผู้เสพ มาตรา 19 ระบุว่า ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 58 วรรคสอง (เสพยาเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งจากแพทย์ ที่ปรับแก้แล้วในมาตรา 13) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าเป็นพืชกระท่อม ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท<sup>67</sup>

มาตรา 18 ได้เพิ่มข้อความใน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 มาตรา 79/1 สำคัญ คือ ผู้รับอนุญาตผู้ใดฝ่าฝืน ไม่มีป้ายแสดงว่าเป็นสถานที่ผลิต สถานที่นำเข้าหรือส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ไม่มีการวิเคราะห์ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นก่อนนำออกจากสถานที่ผลิต ไม่มีใบรับรองของผู้ผลิตแหล่งเดิม แสดงรายละเอียดผลการวิเคราะห์คุณภาพยาเสพติดที่นำเข้าหรือส่งออก ไม่มีฉลากและเอกสารกำกับ คำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาษาหรือหีบห่อบรรจุ ไม่แยกเก็บยาเสพติดเป็นส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น ไม่เก็บในที่ซึ่งมั่นคง แข็งแรงและมีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน ไม่แจ้งผู้อนุญาตกรณียาเสพติดถูกโจรกรรม สูญหาย หรือถูกทำลาย ไม่จัดทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและไม่รายงานต่อเลขาธิการเป็นรายเดือน และรายปี ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท<sup>68</sup>

มาตรา 20 ให้คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ประเมินผลการดำเนินงาน เกี่ยวกับการอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองกัญชาทุก 6 เดือน ภายในระยะเวลา 3 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ มาตรา 21 ในวาระเริ่มแรกภายในระยะเวลา 5 ปี การขอรับใบอนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออกกัญชา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือการรักษาผู้ป่วย ให้อนุญาตได้เฉพาะกรณีที่เป็นหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานอื่นร่วมกับหน่วยงานของรัฐ แต่ไม่ใช้บังคับแก่กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์

<sup>67</sup> อ้างแล้ว

<sup>68</sup> อ้างแล้ว

แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย ซึ่งเป็นการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายที่ตนเองเป็นผู้ให้การรักษา หรือกรณีและผู้ขออนุญาตเป็นผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศ

และมาตรา 22 ผู้ใดมีไว้ในครอบครองกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย อยู่ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ เมื่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาภายใน 90 วันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีไม่ได้รับอนุญาต ให้ยาเสพติดให้โทษนั้นตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลาย<sup>69</sup>

## 2.4 ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายในประเทศไทย

นอกจากการศึกษาในเชิงเอกสารแล้วนั้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป้าหมายของประเทศไทยเกี่ยวกับประเด็นเรื่องมาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการเข้าสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิของแต่ละหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

1. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (สสจ.ขอนแก่น)
2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (สสจ.ชลบุรี)
3. ภาคเหนือ จังหวัดเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์)
4. ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (สสจ.สุราษฎร์ธานี)
5. หน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร คือ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามและได้ผลสรุปดังต่อไปนี้

1. มาตรการลดอันตราย คืออะไร และมีมาตรการอะไรบ้าง ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า การลดอันตราย คือ การลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตราย การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลงในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยืดความพร้อมของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด

ผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ดูแล และปกป้องด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกันตามสิทธิ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความเป็นผู้ป่วย ซึ่งเป็นนโยบายรัฐบาลโดยเป้าหมายสูงสุดตามอุดมคติในการบำบัดรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมนุษย์แต่ละคนมี

<sup>69</sup> อ้างแล้ว.

ความเป็นปัจเจกบุคคล ระยะเวลาในการบำบัดรักษา การเลิกเสพยา การเสพยาเสพติดซ้ำจนถึงการเสพยาซ้ำซาก แม้กระทั่งบางคนเสพยาตลอดชีวิตจุดจบสุดท้าย คือ ติดเชื้อโรคต่างๆ ที่มากับการเสพยาเสพติดหรือโรคฉวยโอกาส อยู่ในสถานบำบัด คุณ หรือความตาย การลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในขณะที่ยังเลิกเสพยาเสพติดไม่ได้ นั่นจึงเป็นการป้องกัน รักษา และดูแลสุขภาพ รักษาชีวิตของผู้เสพยาเสพติดรักษาสังคมส่วนรวม และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในฐานะที่เป็นคนๆ หนึ่งที่ยังมีชีวิตอยู่ และเพื่อนมนุษย์พึงปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นสังคมคุณธรรม เข้มแข็ง และไม่ทอดทิ้งกัน การทำงานเชิงรักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถหยุดยั้งอันตรายที่มากับการเสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันเวลาตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนมาตรการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในประเทศไทยจะมีความแตกต่างจากต่างประเทศอยู่บ้าง มาตรการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในประเทศไทยตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมี ดังนี้ การให้ความรู้ ความเข้าใจเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Information Education and communication: IEC) การคัดกรอง และตรวจรักษาโรคร่วม การบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy) การสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์ที่สะอาดและการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

2. ท่านมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสถานการณ์และนโยบายเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในประเทศไทย ? สอดคล้องกับหลักการสากลหรือไม่ เพียงใด ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า สถานการณ์และนโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดของประเทศไทยนั้น ยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติที่แน่นอนของแนวทางต่างๆ แม้จะมีเอกสารของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทางแล้ว แต่เห็นว่า แนวทางในประเทศไทยปัจจุบันเป็นแนวทางที่ถูกต้องตามหลักสากลทั้งสิ้น

3. หน่วยงาน/องค์กรของท่านใช้มาตรการลดอันตรายใดในการแก้ไขปัญหาการเสพยาเสพติด เช่น มาตรการป้องกัน มาตรการการบำบัดด้วยสารเสพติดอื่น การแจกเข็มฉีดยา การมีห้องเสพยา หรือวิธีการอื่นใด ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า การลดอันตรายของหน่วยงานต่างๆ สามารถทำตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้เท่านั้น คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจเพื่อสร้างความตระหนักเรื่อง การลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด มีการคัดกรอง และตรวจรักษาโรคร่วม ส่วนการบำบัดด้วยสารอื่นมีเพียงการบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาว รวมถึงมีการสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์ที่สะอาดมากขึ้น สุดท้ายสร้างความเข้าใจให้กับสังคมเพื่อให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม และปัญหาในทางปฏิบัติหน่วยงานยังไม่มีมาตรการลดอันตรายเท่าที่ควร เนื่องจากใช้ทรัพยากรบุคคลและงบประมาณมาก

4. เมื่อมีการใช้มาตรการลดอันตราย หน่วยงาน/องค์กรของท่านมีขั้นตอนวิธีการการดำเนินงานเกี่ยวกับ มาตรการลดอันตรายดังกล่าว อย่างไรบ้าง ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า ในทางปฏิบัติไม่มีสถานที่และบุคลากรที่เพียงพอสำหรับการ ปฏิบัติงานที่จะดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบ ส่วนมากทำได้ ตามรูปแบบที่แต่ละหน่วยงานสามารถดำเนินการและสนับสนุนเท่าที่แต่ละหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ ไปในทางให้คำแนะนำต่างๆ ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยไม่ต้องพึ่งพาขั้นตอนหรือวิธีการที่ใช้ งบประมาณ

5. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย มีอะไรบ้าง ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า อุปสรรคเกิดจากปัญหาทางปฏิบัติ 2 ปัญหาใหญ่ 1. ปัญหา บุคลากร เนื่องจากการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีหลากหลายวิธีมากในการลดอันตรายหากจะใช้ได้ผล ต้อง ใช้บุคลากรที่มีความสามารถจำนวนมากในการดำเนินการขั้นตอนเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 2. ปัญหาด้านงบประมาณ เนื่องจากการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะต้องมีสถานที่ที่เป็นสถานที่เฉพาะสำหรับ วิธีการต่างๆ หากได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดการพัฒนาด้านการลด อันตรายให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทยมากขึ้น

6. หน่วยงาน/องค์กรของท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนามาตรการลดอันตรายในประเทศไทย อย่างไร ทั้งด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางปฏิบัติ ?

ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ มีความเห็นว่า ด้านข้อกฎหมายคิดว่า ควรมีข้อกฎหมายที่ให้ความมั่นใจกับ ผู้ปฏิบัติงานสำหรับการปฏิบัติงานในการลดอันตรายในวิธีต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดกฎหมายโดยพลาดไป สำหรับข้อเท็จจริงทางปฏิบัติเห็นว่า ควรมีการสนับสนุนกำลังคน สถานที่และงบประมาณในการพัฒนาระบบการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและเป็นวิธีการหนึ่งที่ดีช่วยเหลือประชาชนผู้มี ปัญหาด้านยาเสพติดต่อไป

ฉะนั้น การลดอันตรายจึงเป็นมาตรการหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลผู้มีปัญหาหายาเสพติด ซึ่งคณะผู้วิจัยจะ ทำการศึกษามาตรการกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความอันตรายในปัญหาหายาเสพติดที่มีความ น่าสนใจในบทที่ 3 ในเนื้อหาบทถัดไป

### บทที่ 3

#### มาตรการกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับความอันตรายในปัญหายาเสพติด

ในบทนี้จะได้นำเสนอถึงกฎเกณฑ์แห่งกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้กระทำ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด มาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ต้องขังของสหประชาชาติ ข้อกำหนดระหว่างประเทศว่าด้วยการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้กระทำความผิด หน่วยงานและข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายลดความอันตรายในปัญหายาเสพติดรวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดและการ บังคับโทษในคดียาเสพติดของประเทศต่างๆ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศโปรตุเกส รวมทั้งอธิบายว่าแต่ละประเทศมีมาตรการ ทางเลือกในการไม่ต้องบังคับโทษจำเริญจำและใช้มาตรการลดทอนการบังคับโทษทางอาญากับผู้กระทำ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างไร ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

#### 3.1 สหประชาชาติ

สหประชาชาติเป็นองค์กรระหว่างประเทศหลักในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ เป็นหน่วยงานที่ทำงานเชิงรุกให้แต่ละประเทศสมาชิกของสหประชาชาติได้อนุวัติการ อนุสัญญาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดียาเสพติดและมาตรการอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเป็นรูปธรรมในการ ปฏิบัติ ให้เกิดการใช้มาตรการทางกฎหมายที่เป็นไปตามหลักนิติธรรม พิทักษ์หลักสิทธิมนุษยชน และกำหนด แนวทางที่เหมาะสมในการใช้มาตรการทางกฎหมายให้เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ทุกระดับ สหประชาชาติมีการจัดระบบงานเกี่ยวกับยาเสพติดดังต่อไปนี้

##### 3.1.1 หน่วยงานของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

หน่วยงานภายใต้สังกัดของสหประชาชาติที่มีภารกิจหน้าที่เกี่ยวข้องกันโยบายยาเสพติดมีดังนี้

(1) คณะกรรมาธิการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (The Commission on Narcotic Drugs : CND) ปัญหา ยาเสพติดมีประวัติความเป็นมาอันยาวนาน ต่อมาเมื่อได้มีการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ขึ้นมาในปี ค.ศ. 1945 คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม (The Economic and Social Council) ซึ่งเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญของสหประชาชาติได้จัดตั้งคณะกรรมาธิการยาเสพติด (CND) ขึ้นมาแทน คณะกรรมาธิการที่จัดตั้งโดยสันนิบาตชาติ CND จึงเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมยาเสพติดในช่วง ต่อมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมระหว่างประเทศในการผลิตฝิ่น การขาย การควบคุมการใช้ฝิ่น ตามพิธีสารฝิ่น ค.ศ. 1943 (Opium Protocol,1943)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> B. R. Aune. Maritime drug trafficking: An Underrated Problem. (London: School of Economics and Politics Science, 1990). P.63.

คณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (United Nations Commission on Narcotic Drugs : CND) เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมระบบยาเสพติดขององค์การสหประชาชาติ โดยคณะกรรมการยาเสพติดฯ มีอำนาจหน้าที่ในการวิเคราะห์ ติดตามสถานการณ์ยาเสพติดของโลก และพัฒนาข้อเสนอแนะต่างๆ ในการจัดการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยาเสพติด รวมทั้งมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนประเทศสมาชิกต่างๆ ให้มีการปฏิบัติตามข้อตกลงของสนธิสัญญาระหว่างประเทศในการควบคุมยาเสพติด ปี ค.ศ. 1961, 1971 และ 1988 คณะกรรมการจะมีการประชุมประจำปี โดยปกติจะจัดขึ้น ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยผลการประชุมของคณะกรรมการจะถูกรวบรวมเป็นมติที่ประชุมซึ่งได้ผ่านกระบวนการเจรจาจากตัวแทนประเทศสมาชิกต่างๆ<sup>2</sup>

คณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติประกอบด้วย 53 ประเทศสมาชิกของสหประชาชาติที่ได้รับเลือกจากคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (ECOSOC) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกของคณะกรรมการที่จะสิ้นสุดวาระในปี ค.ศ.2015 คณะกรรมการจะเป็นผู้กำหนดมาตรการต่างๆ ที่จะนำไปใช้ควบคุมยาเสพติดผิดกฎหมาย ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด บนพื้นฐานข้อเสนอแนะที่ได้จากองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (INCB) ดังนั้น คณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ ทั้งนี้ โดนมมีสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คอยสนับสนุนการทำงานในส่วนต่างๆ<sup>3</sup>

การที่ผู้แทนของประเทศสมาชิกต่างๆ ที่เข้าร่วมในการประชุมของคณะกรรมการยาเสพติด ส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานด้านการบังคับใช้กฎหมายและด้านกิจการต่างประเทศ ส่งผลให้การกำหนดนโยบายยาเสพติดเน้นหนักไปตามแนวคิดและมุมมองของฝ่ายการเมืองและการบังคับใช้กฎหมาย มากกว่าทางสังคม สุขภาพและสิทธิมนุษยชน อีกประการหนึ่งคือ การจำกัดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการพิจารณาวาระต่างๆ จนถึงขั้นตอนสุดท้ายในการยื่นแถลงการณ์ซึ่งเป็นที่มาของมติการประชุม ภายใต้ดุลพินิจในการพิจารณาของประธาน อย่างไรก็ตาม มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของภาคประชาสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นการจัดกิจกรรมนอกรอบการพิจารณาอย่างเป็นทางการของคณะกรรมการยาเสพติด ตัวอย่างเช่น การจัดกิจกรรมเจรจาพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการและการจัดกิจกรรมรับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นระหว่งประเทศสมาชิก หน่วยงานขององค์การสหประชาชาติและหน่วยงานภาคประชาสังคม เป็นต้น<sup>4</sup>

(2) คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board : INCB) คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ เป็นองค์กรอิสระกึ่งตุลาการที่ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จัดตั้งขึ้นโดยอนุสัญญาเดี่ยวยาเสพติดของปี ค.ศ.1961 โดยการรวมกันของสองหน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการกลางถาวรว่าด้วยยาเสพติด (Permanent Central Narcotics Board) ที่

<sup>2</sup> ดู เอกสารสรุป การประชุมของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ปี 2014 โดย คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

<sup>3</sup> ดู เอกสารสรุป การประชุมของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ปี 2014 โดย คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

<sup>4</sup> ดู เอกสารสรุป การประชุมของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ปี 2014 โดย คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1925 ในการประชุมนานาชาติว่าด้วยฝิ่น (International Opium Convention)และ คณะกรรมการกำกับยา (Drug Supervisory Body) ที่ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1931 ตามอนุสัญญาเพื่อการจำกัด การผลิตและการควบคุมการแพร่กระจายของยาเสพติด (Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs)<sup>5</sup>

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศมีตัวแทนจากประเทศสมาชิกจำนวน 13 คน ที่ได้รับการเลือกตั้งจากสภาเศรษฐกิจและสังคม ให้มาปฏิบัติหน้าที่เป็นระยะเวลาห้าปี ประเทศสมาชิกใน คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ที่เคยได้รับเลือกตั้งมาแล้ว อาจได้รับเลือกตั้งใหม่เป็นครั้งที่ 2 ทั้งนี้ สมาชิกจำนวน 10 คน จาก 13 คน จะได้รับเลือกจากรายชื่อของบุคคลที่เสนอชื่อเข้าชิงโดยรัฐบาลของประเทศสมาชิกและ 3 คนจะได้รับการเลือกตั้งจากรายชื่อของบุคคลที่เสนอชื่อเข้าชิงโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และมีประสบการณ์อย่างสูงเกี่ยวกับยาเสพติด บุคคลที่เป็นสมาชิก ของคณะกรรมการจะต้องเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและมีจริยธรรมในวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่น ของคณะกรรมการให้เป็นการทั่วไป เมื่อได้รับการเลือกตั้งสมาชิกของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่าง ประเทศจะปฏิบัติหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมระหว่างประเทศในฐานะส่วนตัวโดยเป็นอิสระจากรัฐบาลของประเทศสมาชิก<sup>6</sup>

(3) แผนงานสหประชาชาติเพื่อควบคุมยาเสพติดในนานาประเทศ (United Nations Office of Drugs and Crimes : UNODC) แผนงานสหประชาชาติเพื่อควบคุมยาเสพติดในนานาประเทศ (The United Nations International Drug Control Programme-UNDCP) เริ่มต้นขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2534 (ค.ศ. 1991) โดยรวมหน่วยงานเดิมของสหประชาชาติ สามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามยาเสพติดเข้าด้วยกัน วัตถุประสงค์หลักของแผน งานนี้คือ การช่วยเหลือประเทศสมาชิกรณรงค์ เพื่อกำจัดการลักลอบค้ายาเสพติด การผลิตยา เสพติดและควบคุมการใช้ยาเสพติดทั่วโลก ใน ภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิกมีสำนักงานภูมิภาคย่อย สองแห่ง คือ ในประเทศไทยสำหรับดำเนินกิจการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และที่อินเดียสำหรับดำเนินงานใน เอเชียใต้ นอกจากนี้ยังมีสำนักงานย่อยประจำประเทศอีกหลายประเทศ<sup>7</sup>

กิจกรรมหลักของแผนงานนี้ได้แก่ การลดการผลิตยาเสพติดและการปลูกพืช ซึ่งนำมาใช้ในการผลิตยา เสพติด พัฒนาชนบท เพื่อขจัดการปลูกพืช ที่เป็นยาเสพติด เช่น ฝิ่น กัญชา หาทางป้องกันการใช้ยาเสพติด พิ้นฟูสภาพจากการติดยา ช่วยเหลือผู้เลิกเสพยาให้ปรับตัวเข้าสู่สังคมปกติได้ ช่วยรัฐต่างๆ ในการร่างกฎหมายต่อต้านการผลิต การใช้และการลักลอบนำยาเสพติดจากแหล่งผลิตไปสู่ประเทศอื่น นอกจากนี้ยังได้จัดการ ประชุมและสัมมนาในระดับภาคพื้นเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขการใช้ยาเสพติด สำหรับเอเชียที่นั้น แผนงานยังได้ช่วยเหลือรัฐบาลให้แก้ปัญหา "การฟอกเงินทุจริต" ที่ได้มาจากการจำหน่ายยาเสพติด<sup>8</sup>

<sup>5</sup> ดู <https://www.incb.org/incb/en/about.html>

<sup>6</sup> ดู <https://www.incb.org/incb/en/about.html>

<sup>7</sup> ดู <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=21&chap=9&page=t21-9-infodetail06.html>

<sup>8</sup> ดู <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=21&chap=9&page=t21-9-infodetail06.html>



### 3.1.2 ข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีผลบังคับในปัจจุบัน

องค์การสหประชาชาติได้มีการจัดทำอนุสัญญาด้านยาเสพติด เพื่อให้สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือทางกฎหมาย (Legal instruments) ในการควบคุมยาเสพติด โดยได้มีอนุสัญญาที่สำคัญรวม 3 ฉบับ คือ

1. อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) มีผลบังคับใช้เมื่อ 13 ธันวาคม 1964 มีประเทศต่างๆ เข้าเป็นภาคีแล้ว 154 ประเทศ อนุสัญญาฉบับนี้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยพิธีสารฯ ค.ศ. 1972 (Protocol Amending the Single Convention of Narcotic Drugs, 1972) มีผลบังคับใช้เมื่อ 8 สิงหาคม 1975 มีประเทศต่างๆ เข้าเป็นภาคีแล้ว 125 ประเทศ

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971) มีผลบังคับใช้เมื่อ 16 สิงหาคม 1976 มีประเทศต่างๆ เข้าเป็นภาคีแล้ว 183 ประเทศ

3. อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988) มีผลบังคับใช้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 1990 มีประเทศต่างๆ เข้าเป็นภาคีแล้ว 189 ประเทศ

อนุสัญญาทั้ง 3 ฉบับ มีประเทศต่างๆ ได้รับการยอมรับและเข้าเป็นภาคีแล้ว โดยการให้สัตยาบัน (ratification) หรือ การภาคยานุวัติ (accession)<sup>9</sup> จำนวนมาก เนื่องจากต่างก็ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาเสพติดที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในทุกประเทศ

การเข้าเป็นภาคีอนุสัญญา ก่อให้เกิดพันธกรณีที่รัฐภาคีจะต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับอนุสัญญาสำหรับกรณีประเทศไทยนั้นการเป็นภาคีอนุสัญญาหรืออนุสัญญาใดๆ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาก่อน สนธิสัญญาหรืออนุสัญญานั้นจึงจะมีความผูกพันประเทศไทยซึ่งเป็นไปตามหลักการที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ ส่วนราชการที่รับผิดชอบในการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ จะต้องจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องเสนอต่อคณะรัฐมนตรี จากนั้นคณะรัฐมนตรีจะเป็นผู้เสนอขอความเห็นชอบต่อรัฐสภา ในกรณีที่ได้รับความเห็นจากรัฐสภาแล้ว จึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ ในกรณีจะต้องตรากฎหมายภายในรองรับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาหรืออนุสัญญานั้น ส่วนราชการผู้รับผิดชอบต้องดำเนินการจัดทำร่างกฎหมายภายในก่อน หลังจากนั้นจึงเสนอขอความเห็นชอบต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีจะส่งเรื่องให้สำนักคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา เมื่อพิจารณาเสร็จแล้ว สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจะส่งเรื่องกลับไปให้คณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบต่อรัฐสภาต่อไป อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยในฐานะที่เป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติและตระหนักถึงความสำคัญในความร่วมมือกับนานาประเทศในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาดังกล่าวข้างต้นทั้ง 3 ฉบับ โดยการ

<sup>9</sup> การภาคยานุวัติ (accession) หมายถึง การที่รัฐซึ่งมิได้เข้าร่วมในการเจรจาทำอนุสัญญาหรือมิได้ลงนามในอนุสัญญานั้นมาก่อน แต่อนุสัญญาหรือรัฐที่ทำการเจรจามาก่อนเปิดโอกาสให้รัฐซึ่งมิได้เข้าร่วมในการเจรจาหรือลงนามในอนุสัญญาสามารถให้ความยินยอมเพื่อเข้าผูกพันตามอนุสัญญาในภายหลังได้โดยการแสดงเจตนาของประเทศฝ่ายเดียวและแจ้งต่อเลขาธิการสหประชาชาติเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้ทำการการภาคยานุวัติแล้วถือว่ารัฐที่ทำการภาคยานุวัติเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาและมีสิทธิหน้าที่ตามอนุสัญญานั้นกำหนดไว้

ภาคยานุวัติ ส่งผลให้ประเทศไทยต้องมีพันธกรณีในการปฏิบัติโดยได้ตรากฎหมายภายในออกมารองรับ เช่น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังจะเห็นได้จากเหตุผลของการตราพระราชบัญญัติดังกล่าว<sup>10</sup>

หลักการที่สำคัญทางอนุสัญญาด้านยาเสพติดแต่ละฉบับมีดังนี้

1) อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพิธีสารฯ ค.ศ. 1972 เนื้อหา รวม 51 ข้อ ประกอบด้วยบทนิยามที่สำคัญ วัตถุประสงค์ภายใต้การควบคุม การเปลี่ยนแปลงในขอบเขต การควบคุม ข้อผูกพันทั่วไป องค์การควบคุมระหว่างประเทศ ค่าใช้จ่ายขององค์การระหว่างประเทศ การวินิจฉัยตกลงและข้อเสนอของคณะกรรมการ หน้าที่ของคณะกรรมการ การ องค์ประกอบและหน้าที่ของ คณะกรรมการ วาระและเงินทดแทนสำหรับกรรมการ หลักเกณฑ์การดำเนินงานของคณะกรรมการ การ บริหารระบบประมาณการ การบริหารระบบข้อมูลรายงานทางสถิติ ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคและด้าน การเงิน รายงานต่างๆ ของคณะกรรมการ เลขานุการ การบริหารงานพิเศษ ข้อมูลที่ภาคีประเทศต้องส่งให้ เลขาธิการ ประมาณการความต้องการยาเสพติดให้โทษ สถิติที่ต้องทำส่งกลับไปยังคณะกรรมการ การจำกัด การผลิตและการนำเข้า บทบัญญัติพิเศษสำหรับการเพาะปลูก สถาบันแห่งชาติ การจำกัดผลผลิตฝิ่น เพื่อ การค้าระหว่างประเทศ มาตรการควบคุมฝิ่น ต้นโคคาและใบโคคา บทบัญญัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับโคคา มาตรการควบคุมกัญชา การผลิตกัญชา การค้าและการจำหน่าย บทบัญญัติพิเศษเกี่ยวกับการค้าระหว่าง ประเทศ บทบัญญัติพิเศษเกี่ยวกับการนำยาเสพติดให้โทษในการปฐมพยาบาลของเรือหรือเครื่องบินฯ การมีไว้ ครอบครองซึ่งยาเสพติด มาตรการควบคุมและตรวจตรา การดำเนินการต่อต้านการค้าผิดกฎหมาย บทกำหนด โทษ การยึดและอายัด มาตรการต่อต้านการใช้ยาเสพติดให้โทษในทางที่ผิด ข้อตกลงในศูนย์เขต การประยุกต์ มาตรการควบคุมแห่งชาติที่เข้มงวดกว่าข้อกำหนดในอนุสัญญา เป็นต้น<sup>11</sup>

2) อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 เนื้อหา รวม 33 ข้อ ประกอบด้วย บทนิยาม ขอบเขตของการควบคุมซึ่งวัตถุต่างๆ ข้อกำหนดพิเศษเกี่ยวกับการควบคุมยาตำรับ ข้อกำหนดพิเศษ อื่นๆ เกี่ยวกับขอบเขตของการควบคุม ข้อจำกัดในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ หน่วยบริหารพิเศษ ข้อกำหนดพิเศษเกี่ยวกับวัตถุหมวดที่ 1 ใบอนุญาต ใบสั่งยาของแพทย์ คำเตือนหีบห่อและคำโฆษณา บัญชี (ประเภทวัตถุออกฤทธิ์) ข้อกำหนดเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศ การห้ามและการจำกัดในการส่งออกหรือ นำเข้าซึ่งวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ข้อกำหนดพิเศษสำหรับการนำวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ไปในกระเปาะปฐมพยาบาลของเรือ เครื่องบินฯ ที่ใช้ในกิจการค้าระหว่างประเทศ การตรวจตรา การเสนอ รายงานของภาคีต่างๆ หน้าที่ของคณะกรรมการ การรายงานและมาตรการในการที่จะทำให้สามารถ ปฏิบัติงานตามข้อกำหนดในอนุสัญญาฯ มาตรการที่จะป้องกันมิให้มีการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในทางที่ผิด การต่อต้านการค้าที่ผิดกฎหมาย บทกำหนดโทษ การใช้มาตรการควบคุมที่เข้มงวดยิ่งกว่า มาตรการที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาฉบับนี้ เป็นต้น<sup>12</sup>

<sup>10</sup> กอบกุล จันทโรและคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอใน การประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.

<sup>11</sup> กอบกุล จันทโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>12</sup> กอบกุล จันทโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

3) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบด้านยาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 เนื้อหารวม 34 ข้อ ประกอบด้วยบทนิยามต่างๆ ขอบเขตของอนุสัญญา ความผิดและบทลงโทษ เขตอำนาจ การริบทรัพย์สิน การส่งผู้ร้ายข้ามแดน ความช่วยเหลือทางกฎหมายซึ่งกันและกัน การโอนการดำเนินคดี ความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างประเทศสำหรับรัฐผ่านแดน การส่งมอบยาเสพติดภายในการควบคุม สารที่ใช้บ่อยครั้งในการลักลอบผลิตยาเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท วัสดุและอุปกรณ์เพื่อการลักลอบค้าหรือผลิตยาเสพติด มาตรการทำลายการลักลอบปลูกพืชเสพติดและขจัดความต้องการที่ผิดกฎหมายสำหรับยาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ผู้ประกอบการขนส่ง เอกสารทางการค้าและการปิดฉลากสินค้าที่ส่งออก การลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล เขตการค้าเสรีและเมืองท่าปลอดภาษี การใช้ประโยชน์ ข้อมูลที่ภาคีจะต้องให้ หน้าที่ของคณะกรรมการการ รายงานของคณะกรรมการ การนำมาตราการที่เข้มงวดกว่ามาตรการที่อนุสัญญานี้กำหนดไว้มาใช้ การไม่ลิดรอนสิทธิและพันธกรณีของสนธิสัญญาที่มีอยู่ก่อน การลงนาม การให้สัตยาบัน เป็นต้น อนุสัญญานี้จึงเน้นมาตรการควบคุมยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อปราบปรามค่อนข้างมากกว่าอนุสัญญาทั้งสองฉบับที่มีมาก่อน<sup>13</sup>

จะเห็นได้ว่ามาตรการในการควบคุมยาเสพติดเป็นมาตรการที่มีประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญโดยให้การรับรองและเข้าเป็นภาคีเป็นจำนวนมากและเป็นที่มาของมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติดของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศไทยมาเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 30 ปี โดยที่มิได้มีการเปลี่ยนแปลงในหลักการและสาระสำคัญแต่อย่างใด

### 3.1.3 มาตรการต่างๆ ของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง

ตามหลักสิทธิมนุษยชน บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพซึ่งถือเป็นหลักสากล แต่ในส่วนของผู้ต้องขังนั้นด้วยเงื่อนไขทางกฎหมายทำให้สิทธิเสรีภาพบางประการถูกจำกัดเพื่อให้เป็นไปตามคำพิพากษาของศาล แต่เพื่อให้การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังเป็นมาตรฐานและมีแนวทางที่เป็นสากล องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้มีมาตรการเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังและมาตรการที่ไม่ใช่การคุมขัง รวม 3 ฉบับ<sup>14</sup> คือ

(1) มาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (The Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoner) หรือ เรียกโดยย่อว่า SMR โดยที่ประชุมองค์การสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันอาชญากรรมและการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดครั้งที่ 1 ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ เมื่อปี ค.ศ.1955และคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ ได้เห็นชอบแล้วโดยมีมติที่ 663 C(24) เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 1957และมติที่ 2076(62) เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 1977 ได้กำหนดหลักการและวิธีปฏิบัติที่ดีในการดูแลนักโทษและการบริหารทั่วไปของหน่วยงานราชทัณฑ์ แม้ข้อกำหนดดังกล่าวจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายแต่หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานขั้นต่ำดังกล่าวก็ได้มีการนำไปสู่การปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

<sup>13</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>14</sup> นที จิตสง่า. (ม.ป.พ.). แนวทางการขับเคลื่อนข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) ไปสู่การปฏิบัติในทางราชทัณฑ์ของไทย. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.

ทั้งในลักษณะของกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายหรือระเบียบภายในประเทศ อย่างไรก็ตามมาตรฐานขั้นต่ำดังกล่าวเป็นแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังโดยรวมมิใช่แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ต้องขังหญิงเป็นการเฉพาะแต่อย่างใด

(2) มาตรฐานขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการบริหารงานยุติธรรมเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน (The Standard Minimum Rules for the Administration on Juvenile Justice) หรือที่เรียกว่า “ข้อกำหนดปักกิ่ง” หรือ (The Beijing Rules) ในปี ค.ศ. 1985 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติต่อบุคคลที่เป็นผู้ต้องขังซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่เป็นเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ ข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ มติที่ 40/33 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน ค.ศ. 1985<sup>15</sup>

(3) มาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติว่าด้วยมาตรการที่มีใช้การคุมขัง (The Standard Minimum Rules for Non-Custodial Measures) หรือ “ข้อกำหนดโตเกียว” (The Tokyo Rules) การบังคับโทษจำเรือนจำตามคำพิพากษาของศาลแม้จะมีข้อกำหนดว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังตามแนวปฏิบัติของสหประชาชาติดังกล่าวแล้วก็ตามแต่ก็ยังคงก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกหลายประการและในบางกรณีก็ได้ส่งผลกระทบต่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหอาชญากรรมได้เหมาะสมกับสภาพของบุคคลที่กระทำความผิด ดังนั้นในปี ค.ศ. 1990 องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดแนวทางสำหรับทางเลือกแทนการคุมขัง ซึ่งข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ โดยมติที่ 45/110 เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม ค.ศ. 1990

(4) ข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงและมาตรการที่มีใช้การคุมขังสำหรับผู้กระทำความผิดหญิง (United Nations Rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders) หรือ “ข้อกำหนดกรุงเทพฯ” (Bangkok Rules) เนื่องจากข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติทั้งสามฉบับแม้ช่วยทำให้การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังได้รับการคุ้มครองโดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้น รวมถึงมีแนวทางที่เป็นทางเลือกโดยมาตรการที่มีใช้การคุมขัง แต่ก็ถือได้ว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ใช้สำหรับผู้ต้องขังหรือผู้กระทำความผิดโดยทั่วไป โดยมีได้ให้ความสำคัญกับผู้หญิงอย่างเหมาะสมที่ควรจะมีข้อกำหนดสำหรับผู้ต้องขังหรือผู้กระทำความผิดหญิงเป็นการเฉพาะ เนื่องจากโดยลักษณะของเพศสภาพความรับผิดชอบและความต้องการพิเศษของผู้หญิงแตกต่างไปจากผู้ต้องขังชายสิทธิมนุษยชนที่ผู้ต้องขังหญิงในฐานะมนุษย์คนหนึ่งจึงควรจะได้รับปัจจัยพื้นฐานและได้รับการคุ้มครองอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อไม่ให้เป็นการลงโทษซ้ำซ้อนจากสังคมและสามารถกลับคืนไปอยู่รวมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป จึงได้มีการทบทวนมาตรการในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงหรือผู้กระทำความผิดหญิงโดยตระหนักถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในกระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) สำหรับผู้หญิงอย่างเหมาะสมในระยะต่อมา<sup>16</sup>

<sup>15</sup> นที จิตสว่าง. (ม.ป.พ.). แนวทางการขับเคลื่อนข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) ไปสู่การปฏิบัติในงานราชทัณฑ์ของไทย. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.

<sup>16</sup> นที จิตสว่าง. (ม.ป.พ.). อ้างแล้ว.

เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยที่ 65 ได้รับรองร่างมติเรื่องข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำและมาตรการที่มีใช้การคุมขังสำหรับผู้กระทำความผิดที่เป็นหญิง (United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non - Custodial Measures of Women Offenders) โดยฉันทามติ<sup>17</sup>และหรือ เรียกเพื่อเป็นเกียรติกับประเทศไทยว่า “ข้อกำหนดกรุงเทพฯ” (Bangkok Rules) ทำให้ข้อกำหนดดังกล่าวมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการ ถึงแม้จะไม่มีฐานะเป็นกฎหมายที่มีสภาพบังคับที่ประเทศต่างๆ ต้องปฏิบัติตามแต่ก็เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงที่ยอมรับกันในระดับสากลและประเทศต่างๆ ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับข้อกำหนดกรุงเทพฯ เพื่อยกระดับมาตรฐานของการราชทัณฑ์ของประเทศให้สูงขึ้นโดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน<sup>18</sup>

การที่ข้อกำหนดดังกล่าว ถูกเรียกชื่อตามเมืองหลวงของไทยนั้น เป็นเพราะว่าข้อกำหนดนี้เป็นความริเริ่มของประเทศไทย ภายใต้โครงการ “Enhancing Lives of Female Inmates: ELFI” ในพระดำริพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา ที่ทรงเล็งเห็นว่าปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานการดูแลผู้ต้องขังหญิงเป็นการเฉพาะ สตรีเหล่านี้ควรได้รับการคุ้มครองและปฏิบัติอย่างเหมาะสมด้วยมาตรฐานที่สมควรทั้งก่อนมีคำพิพากษาและขณะถูกคุมขัง จึงมีพระดำริให้มีการยกร่างข้อกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังและผู้กระทำความผิดหญิงและต่อมาได้เสนอให้องค์การสหประชาชาติ โดยสมัชชาใหญ่รับรองใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ต้องขังหญิงทั่วโลก<sup>19</sup>

(5) ข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อนักโทษหรือ “ข้อกำหนดแมนเดลา” United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules) มาตรฐานขั้นต่ำการปฏิบัติต่อนักโทษ (Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners : SMR) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากประชาคมโลกให้เป็นหลักการมาตรฐานในการปฏิบัติต่อนักโทษภายในแต่ละประเทศ โดยเริ่มพัฒนามาตรการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 อย่งไรก็ตาม สมัชชาใหญ่สหประชาชาติได้กำหนดขอบเขตบางประการของมาตรฐานขั้นต่ำดังกล่าวที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาศาสตร์ด้านราชทัณฑ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดี ซึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดเดิมซึ่งไม่ทันสมัยและเป็นมาตรฐานอีกต่อไปในปี ค.ศ.2011 ภายใต้ข้อเสนอแนะของสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ ร่วมกับคณะกรรมการป้องกันอาชญากรรม (The Commission on Crime Prevention and Criminal Justice (CCPCJ)) เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรที่เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญได้กระทำการแก้ไขปรับปรุงข้อกำหนดดังกล่าว<sup>20</sup>

<sup>17</sup> สมัชชาสหประชาชาติสมัยที่ 65 รับรองร่างข้อมติเรื่อง ข้อกำหนดของสหประชาชาติสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำและมาตรการที่มีใช้การคุมขังสำหรับผู้กระทำความผิดหญิง. กองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ

<sup>18</sup> นที จิตสง่าง. แนวทางการขับเคลื่อนข้อกำหนดกรุงเทพฯ (Bangkok Rules) ไปสู่การปฏิบัติในงานราชทัณฑ์ของไทย.

<sup>19</sup> ยูเอ็นรับข้อมติ ‘พระองค์ภาฯ’ ตั้งมาตรฐานดูแลนักโทษหญิง

<sup>20</sup> See : “High level presentation of The United Nations Standard Minimum of Treatment of Prisoners (The Nelson Mandela Rules) : An updated blueprint for the 21th century”. Press Release : UN News Centre, 7 October 2015. Retrieved from <http://www.un.org/webcast/pdfs/151007am-mandela-rules>

ภายใต้ความสามารถของผู้นำแอฟริกาใต้ การประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 4 เพื่อแก้ไขข้อกำหนดดังกล่าว จึงเริ่มขึ้นและ คณะกรรมาธิการป้องกันอาชญากรรมได้ดำเนินการทบทวนแก้ไขข้อกำหนดทั้งหมด เพื่อให้ คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมสหประชาชาติให้การรับรองและต่อด้วยการประกาศใช้ของสมัชชาใหญ่ สหประชาชาติและกำหนดชื่อ “ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อนักโทษหรือข้อกำหนดแมนเดลา” เป็นชื่ออย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นเกียรติแก่ Nelson Rolihlahla Mandela อดีตผู้นำแอฟริกาใต้ผู้ล่วงลับ<sup>21</sup>

นอกจากนั้น ยังถือว่่าวันที่ 18 กรกฎาคม เป็นวันรณรงค์ในเรื่องการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรมกับผู้ ต้องโทษจำเริญจำและให้ความสำคัญในการที่ผู้ต้องขังจะได้มีส่วนร่วมในการทำงานบริการสังคมหรือทำงาน ภายในเรือนจำ การทบทวนมาตรฐานขั้นต่ำดังกล่าวต้องการความร่วมมือและสนใจจากประเทศสมาชิก สหประชาชาติ ทั้งเป็นความร่วมมือระดับนานาชาติและระดับท้องถิ่น โดยระยะเวลาของการดำเนินการในเรื่อง ดังกล่าวคือภายในห้าปี ข้อท้าทายไม่ได้อยู่ที่ว่าประเทศสมาชิกจะรับมาตรการดังกล่าวได้หรือไม่เท่านั้น แต่อยู่ที่ ความเป็นจริงในการดำเนินการนำหลักการดังกล่าวไปปรับความเข้าใจ ในการปฏิบัติงานในเรือนจำทั่วโลก<sup>22</sup>

จากเหตุที่ได้กล่าวมาข้างต้น องค์การปราบปรามยาเสพติดของสหประชาชาติ (UNODC) และรัฐบาล ของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ จึงได้ร่วมมือกันในการจัดการประชุม เพื่อนำเสนอข้อกำหนดแมนเดลา โดยมี วัตถุประสงค์ประการแรกคือ เพื่อให้เกิดข้อกำหนดความร่วมมือร้กวางหน่วยงานระดับสูงในการกำหนด แผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้เพื่อให้มาตรฐานการปฏิบัติต่อนักโทษได้รับการนำไปใช้ ประการที่สอง ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคในการทบทวนเพื่อแก้ไขกฎหมายกำหนดมาตรการของแต่ละ ประเทศให้เป็นไปตามเป้าประสงค์<sup>23</sup>

### 3.1.4 การประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยยาเสพติด

ในส่วนนี้จะได้นำเสนอการประชุมระดับระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการอาชญากรรมยาเสพติดและ การพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติที่ดีต่อนักโทษ ดังต่อไปนี้

#### (1) การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันอาชญากรรมและความยุติธรรมทางอาญา สมัยที่ 13 (13<sup>th</sup> United Nations Congress on Crime Prevention and Criminal Justice) ที่ DOHA

การประชุมดังกล่าวจัดขึ้นระหว่างวันที่ 12-19 เมษายน 2558 ณ กรุงโดฮา รัฐกาตาร์ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ สภาพปัญหา กำหนดทิศทางและนโยบายและแนว ทางการปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันอาชญากรรมและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา<sup>24</sup> โดยการประชุมครั้งนี้ เป็นการฉลองครบรอบ 60 ปี ของการก่อตั้งคณะกรรมาธิการอาชญากรรม (Crime Congress) และการ ประชุมมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวทางหรือวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> ดู TIJ เข้าร่วมการประชุม 13th UN Crime Congress กรุงโดฮา รัฐกาตาร์. Retrieved from

ภายใต้กรอบของสหประชาชาติและกำหนดนโยบายเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความร่วมมือระหว่างประเทศในการปราบปรามอาชญากรรมที่กระทำในลักษณะองค์กร<sup>25</sup>

อนึ่ง การประชุมระหว่างประเทศทุกๆ 5 ปีรูปแบบดังกล่าวได้มีการกระทำอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1872 โดยแต่เดิมใช้ชื่อกรรมาธิการว่า คณะกรรมาธิการระหว่างประเทศว่าด้วยเรือนจำ (International Prison Commission) ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น คณะกรรมาธิการระหว่างประเทศว่าด้วยการบังคับโทษและทัณฑสถาน (International Penal and Penitentiary Commission (IPPC)) จนกระทั่งสหประชาชาติเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1955 ณ Geneva Switzerland<sup>26</sup>

โดยสรุปแล้วเนื้อหาหลักการประชุม Doha 2015 มีดังนี้<sup>27</sup>

1) ดำเนินการให้สำเร็จในการนำแนวทางเกี่ยวกับการป้องกันอาชญากรรมและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา รวมถึงการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักนิติธรรม รวมถึงกระบวนการสร้างความร่วมมืออย่างมีบูรณาการทั้งในระดับระหว่างประเทศและระดับภูมิภาค (Successes and challenges in implementing comprehensive crime prevention and criminal justice policies and strategies to promote the rule of law nationally and internationally and to support sustainable development)

2) กำหนดความร่วมมือระหว่างประเทศและระดับภูมิภาค เพื่อปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติที่กระทำในลักษณะองค์กร (International cooperation, including regionally, to combat transnational organized crime)

3) กำหนดแนวทางที่ชัดเจนและแนวทางในการสร้างความสมดุลระหว่างการป้องกันอาชญากรรมและมาตรการปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติ (Comprehensive and balanced approaches to prevent and adequately respond to new and emerging forms of transnational crime)

4) ก่อให้เกิดแนวทางระบับชาติเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งของมาตรการป้องกันอาชญากรรมและกระบวนการยุติธรรม (National approaches to public participation in strengthening crime prevention and criminal justice)

**(2) การประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติวาระพิเศษว่าด้วยยาเสพติด (UNGASS)** การประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติวาระพิเศษเกี่ยวกับยาเสพติด (UNGASS) ที่เกิดขึ้นในปี 2016 เป็นการประชุมสำคัญที่จะกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานตาม ปฏิญญาการเมืองและการปฏิบัติในความร่วมมือระหว่างประเทศในการรวมตัวและประสานแผนการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับโลก (Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem)<sup>28</sup> และ จากการประชุมของสมัชชาใหญ่สหประชาชาติดังกล่าวทำให้

<sup>25</sup> See : “About DOHA” . United Nations. Retrieved from <http://www.un.org/en/events/crimecongress2015/about.shtml>

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> See : “About DOHA” . United Nations. from <http://www.un.org/en/events/crimecongress2015/about.shtml>

<sup>28</sup> See “About UNGASS” . Retrieved from [www.ungass2016.org](http://www.ungass2016.org).

เกิดปัญหาทางารเมืองและแผนปฏิบัติการเพื่อกำจัดความต้องการและลดประมาณยาเสพติด ค.ศ.2009 (2009 Political Declaration and Action Plan for the achievement of a significant reduction in the elimination of the demand and supply of drugs)<sup>29</sup>

การดำเนินการดังกล่าวกำหนดไว้ว่าจะต้องทำให้สำเร็จภายในปี ค.ศ.2019 ในเดือนมีนาคม 2014 คณะกรรมาธิการเกี่ยวกับยาเสพติด (CND) ได้จัดการประชุมระดับสูงระยะปานกลางเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดร่วมกันระหว่างรัฐมนตรี Joint Ministerial Statement ที่ได้ทำกันไว้ ส่วนสมัชชาใหญ่สหประชาชาติได้เรียกร้องให้ CND ดำเนินการเตรียมการประชุม UNGASS โดยได้ออกเป็นมติResolution ของ CND ฉบับที่ 57/5 ตั้งชื่อการประชุมว่า “การประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติวาระพิเศษเพื่อแก้ปัญหาเสพติดของโลก” "Special session of the General Assembly on the world drug problem” ที่จะจัดขึ้นในปี 2016<sup>30</sup>

กระบวนการเตรียมการประชุมวาระพิเศษดังกล่าวเริ่มขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ของสหประชาชาติเอง องค์กรระดับระหว่างประเทศและองค์กรระดับภูมิภาคและรวมถึงองค์กรเอกชนที่ไม่ค้ากำไร (NGO) โดยข้อมติฉบับที่ 69/200 และ 69/201 สมัชชาใหญ่สหประชาชาติได้กำหนดให้คณะกรรมาธิการเกี่ยวกับยาเสพติด CND เตรียมจัดการประชุมและเชิญองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในลักษณะที่เป็นเวทีเปิดอย่างกว้างขวาง รวมทั้งความร่วมมือจากภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมกำหนดกฎเกณฑ์ วิธีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับโลกต่อไป<sup>31</sup>

ประเด็นสำคัญที่จะมีการพิจารณาในการประชุม UNGASS ได้แก่

(1) ประเด็นด้านสุขภาพอนามัย บุคคลที่ใชยาเสพติดเกินขนาดย่อมมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการติดเชื้อทางกระแสเลือด เช่น HIV-AIDS Hepatitis B, C เป็นต้น โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียและยุโรปตะวันออก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างรวดเร็วระหว่างผู้ใช้เข็มฉีดยาเสพติดและกระจายไปทั่วโลก ทำให้เกิดสภาวะอันตรายต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของมวลมนุษยชาติ (Danger to Health and Welfare of Mankind) จึงต้องพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยดังกล่าว<sup>32</sup>

(2) ประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน ในปัจจุบันปรากฏข้อขัดแย้งและปัญหาจากการบังคับใช้มาตรการปราบปรามยาเสพติดตามกฎหมาย ที่กระทบต่อหลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นดังต่อไปนี้

a. การทำลายสิทธิแห่งการมีชีวิตอยู่จากการลงโทษประหารชีวิตหรือการใช้กำลังของเจ้าหน้าที่เกิดกว่าเหตุจนทำให้เสียชีวิต

b. การทำลายสิทธิและเสรีภาพของผู้กระทำความผิดโดยการใช้อำนาจบังคับเอากับบุคคลอย่างโหดร้ายหรือลดทอนความเป็นมนุษย์ ในขณะที่ถูกคุมขังหรือขณะเข้ารับการบำบัด

<sup>29</sup> See <http://ibidpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>

<sup>30</sup> See “About UNGASS”. Retrieved from [www.ungass2016.org](http://www.ungass2016.org).

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> See <http://ibidpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>



c. การทำลายสิทธิที่จะได้รับการรักษาสุขภาพ เนื่องมาจากสถานที่บังคับใช้กฎหมายห่างไกลหรือขาดการติดต่อกับสถานรักษาพยาบาล

d. การทำลายสิทธิในทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากตกเป็นจำเลยของสังคมจากการใช้นโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างรุนแรงของรัฐ

e. การทำลายสิทธิเสรีภาพของบุคคลจากการเลือกปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคมทำนองเดียวกับชนกลุ่มน้อยหรือผู้พลัดถิ่น<sup>33</sup>

(3) การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เนื่องมาจากนโยบายในการปราบปรามยาเสพติด ได้แก่การใช้หลักการลงโทษที่สอดคล้องกับการกระทำความผิด (Deterrence) ดังนั้น แต่ละประเทศจึงมีการกำหนดโทษในการผลิต จำหน่าย นำเข้าหรือเสพยาเสพติดที่รุนแรง โดยคาดว่าจะทำให้จำนวนสถิติคดียาเสพติดลดลงได้ แต่ปรากฏว่า นโยบายในการทำสงครามกับยาเสพติดประสบความสำเร็จในหลายประเทศ เพราะไม่ได้ทำให้สถิติคดียาเสพติดลดลงเลย รวมถึงในบางกรณีการลงโทษไม่ได้เป็นไปตามหลักการบังคับโทษที่ได้สัดส่วน ดังปรากฏจากการลงโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิต สำหรับผู้กระทำความผิดที่มีจำนวนยาเสพติดน้อย เช่น 1-2 เม็ด เป็นต้นและปรากฏได้จากจำนวนนักโทษที่ล้นเรือนจำในแต่ละประเทศเนื่องจากกระบวนการยุติธรรมเน้นเอาผิดผู้กระทำโดยไม่พิจารณาถึงเหตุแวดล้อมในการกระทำความผิด<sup>34</sup>

(4) กระบวนการยุติธรรม เพื่อเป็นไปตามนโยบายประกาศสงครามกับยาเสพติด รัฐบาลของแต่ละประเทศจึงเน้นการดำเนินคดีอย่างเต็มที่กับผู้กระทำความผิดทุกรายและนำบุคคลเข้ามาไว้ในที่คุมขังเป็นจำนวนมาก จึงทำให้เกิดการจับกุมและคุมขังบุคคลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นการใช้อำนาจตามกฎหมายโดยมิชอบ ส่วนนโยบายผันโทษไปให้บุคคลได้รับการบังคับบำบัดหรือการชะลอการฟ้อง นโยบายดังกล่าวก็ไม่ประสบความสำเร็จในหลายประเทศ เนื่องจากผู้ได้รับการบังคับบำบัดแล้วก็กลับไปกระทำความผิดซ้ำอีกเนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจและการรักษาสถานภาพทางสังคมระหว่างผู้ค้ายาเสพติด

(5) ใช้นโยบายทางกฎหมายที่ทันสมัย เช่น การอนุญาตให้บุคคลสามารถปลูกสารเสพติดเพื่อตนเองหรือเพื่อประโยชน์ในทางสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากการทำสงครามกับยาเสพติด ทำให้จำนวนการผลิตสารเสพติดที่สามารถใช้ผลิตยารักษาโรคหรือเป็นประโยชน์ในทางสาธารณสุขลดจำนวนลงไปและส่งผลกระทบต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น จึงควรพัฒนามาตรการทางกฎหมาย เพื่อยกเว้นสารเสพติดที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น กระท่อม กัญชง กัญชา ให้สามารถครอบครองเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้<sup>35</sup>

นอกจากนั้น ในการประชุมดังกล่าวได้ยกประเด็นข้อถกเถียงในเรื่องต่างๆ อันเป็นผลสืบเนื่องจากการใช้นโยบายประกาศสงครามกับยาเสพติด (International War on Drugs) อาทิเช่น ประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุข (Public Health Crisis) ปัญหาผู้ต้องหาล้นเรือนจำ (Mass Incarceration) การทุจริต (Corruption) และปัญหาการสนับสนุนธุรกิจผิดกฎหมายขององค์กรอาชญากรรม (Black Market- Fueled

<sup>33</sup> See <http://ibidpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>

<sup>34</sup> See <http://ibidpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>

<sup>35</sup> See: <http://ibidpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>

Violence) จากจุดนี้ ได้เกิดความเปลี่ยนแปลงของนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศแถบละตินอเมริกาที่ประสบความล้มเหลวในการประกาศสงครามกับยาเสพติด จึงทำให้เกิดการประชุม UNGASS ขึ้น จากการริเริ่มของผู้นำประเทศกลุ่มละตินอเมริกาดังกล่าว<sup>36</sup>

ประเด็นข้อคัดค้านที่เกิดขึ้นในการประชุม UNGASS 2016 ซึ่งเป็นประเด็นที่มีได้กล่าวถึงในการประชุมสหประชาชาติเกี่ยวกับยาเสพติดในครั้งก่อนๆ ได้รับการยกขึ้นมาโดยรัฐบาลหลายๆประเทศที่แสดงความไม่พึงพอใจในประสิทธิภาพของการใช้มาตรการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศในเวลาที่ผ่านมาและได้ถือเอาการปฏิรูปกฎหมายแห่งกฎหมายที่เกี่ยวกับการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction) และการใช้ประโยชน์จากสารเสพติดที่สามารถเป็นยาเพื่อการสาธารณสุข (Health Benefit) เป็นวาระสำคัญระดับระหว่างประเทศและจากปัญหาที่ผ่านมา แต่ฝ่ายต่างหวังอย่างยิ่งว่า การประชุม UNGASS 2016 จะเป็นจุดเริ่มต้นของการยุติผลจากความรุนแรงจากการใช้นโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างสุดโต่ง<sup>37</sup>

ในการประชุม UNGASS จึงจะมีข้อเสนอสำคัญซึ่งเป็นประเด็นพิจารณาในการประชุมดังกล่าวดังต่อไปนี้

1) ด้านสิทธิมนุษยชน (Human Rights) สิทธิมนุษยชนและสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ . (Human Rights and the Right to Health) เป็นสิทธิที่มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกันเหมือนเหรียญที่มีสองหน้า<sup>38</sup> หลักสิทธิมนุษยชนได้กำหนดว่า บุคคลที่คนมีสิทธิได้รับการรักษาร่างกายและจิตใจอย่างมีมาตรฐานสูงสุดและเช่นเดียวกัน ผู้ติดยาเสพติดก็มีสิทธิในการรับบริการดังกล่าวเช่นเดียวกัน เขาย่อมมีสิทธิในการมีชีวิต สิทธิในการรับการดูแลสุขภาพ สิทธิในการได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เลือกปฏิบัติ สิทธิในการถูกควบคุมตัวหรือคุมขังด้วยเหตุอันเหมาะสม สิทธิในการไม่ถูกกระทำทารุณหรือทำให้เจ็บป่วย สิทธิในการรับบริการด้านสาธารณสุขสุขอนามัย อาหารที่เพียงพอ ที่อยู่อาศัยและสภาพการทำงานที่ดีในสถานที่คุมขังที่สะอาดแต่ในความเป็นจริงมิได้เป็นเช่นนั้น<sup>39</sup>

2) ด้านสาธารณสุข (Health) จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดของโลก ค.ศ.2015 (World Drugs Report 2015) รายงานว่า จำนวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เป็นผู้หญิงมีจำนวนกว่าหนึ่งในสามของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งหมดทั่วโลก แต่ผู้หญิงที่ได้รับมาตรการบังคับบำบัดรักษาจากรัฐกลับมีเพียงจำนวน 1 ใน 5 ของผู้บังคับบำบัดทั้งหมดเท่านั้นและมีคนกว่า 34 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องตายเพราะผลจากยาเสพติดโดยไม่มีโอกาสในการได้รับการทางการแพทย์จากรัฐ ดังนั้น จึงต้องพึงระลึกเสมอว่า นโยบายในการปฏิรูปกฎหมายแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างหนึ่ง ได้แก่ การป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและต้องไม่มีผู้ใดที่ไม่ได้รับการบริการ (No one is left behind)<sup>40</sup>

<sup>36</sup> See What is UNGASS 2016?. (2015) Open Society Foundation (OSF). Retrieved from

<sup>37</sup> See What is UNGASS 2016?. (2015) Open Society Foundation (OSF). Retrieved from

<sup>38</sup> See UNGASS : World Drugs Problem. (2015). Retrieved from <http://www.norway.un.org/StatementsOther-Statements/UNGASS-2016-World-Drug-Problem-People-public-health-and-human-rights/#.VscU8PI94dU>

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการจัดการสิทธิในการได้รับการบริการด้านสาธารณสุข แต่ละประเทศจะต้องปฏิรูประบบกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่เกี่ยวกับสาธารณสุขควบคู่ไปกับการพัฒนามาตรการปราบปรามความผิดยาเสพติดที่รุนแรงดังต่อไปนี้ เพื่อให้เป็นไปตามพันธกรณีในอนุสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับยาเสพติด

กรณีที่เป็นความผิดเกี่ยวกับการครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพ ให้ใช้กระบวนการพิจารณาการบังคับคดียาเสพติดโดยอาศัยหลักทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อพิจารณาในการบังคับใช้มาตรการควบคุมตัวหรือมาตรการบังคับบำบัดใดๆให้เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละราย

นอกจากนั้น แต่ละประเทศควรต้องนำมาตรการการอนุญาตให้ครอบครองยาเสพติดภายใต้การควบคุมของรัฐ เพื่อใช้ประโยชน์จากยาเสพติดเพื่อการแพทย์หรือการรักษาบำบัดมาใช้ให้มากขึ้น<sup>41</sup>

3) ด้านกระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับยาเสพติด (Drugs Criminal Justice) การพัฒนากระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับยาเสพติด ในมุมมองของประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากพระราชดำรัสในพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภาที่กล่าวในการประชุมเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2558 ณ การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันอาชญากรรมและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาครั้งต่อมาคือ ครั้งที่ 13 (13th Congress on Crime Prevention and Criminal Justice) ณ กรุงโตฮาร์ ประเทศกาตาร์ ตอนหนึ่งความสรุปได้ว่า สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งมีบทบัญญัติลงโทษรุนแรงเพราะได้รับอิทธิพลจากแนวคิดความไม่สามารถอดทนได้ต่อยาเสพติด (Zero Tolerance) ยังไม่ได้รับการแก้ไขและส่งผลที่ตามมาคือ ปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำต้องพยายามดำเนินการคือ

1. การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ให้แก่สังคมไทยและโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมให้มีความเข้าใจต่อปัญหาเสพติดอย่างถ่องแท้ เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษ

2. การให้หน่วยงานในกระบวนการยุติธรรม เช่น ศาลยุติธรรม ได้เข้าใจถึงมิติทางเพศสภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาพิพากษาคดี โดยศาลอาจใช้เครื่องมือต่างๆ ที่มีไว้ว่าจะเป็นการส่งเสริมและพินิจในกรณีที่มีผู้หญิงกระทำความผิด รวมทั้งทราบว่าในขณะนี้ศาลอุทธรณ์กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาปรับปรุงบัญชีมาตรฐานกำหนดโทษในคดียาเสพติด

3. การที่กระทรวงยุติธรรมอยู่ระหว่างการศึกษาระบบการศึกษาและพิจารณาปรับปรุงกฎหมายยาเสพติดให้มีความเลือกมากขึ้น ไม่ดำเนินการแบบที่เรียกว่า ตัดเสื้อแบบเหมาโหล ทั้งกับผู้ค้ารายใหญ่หรือ รายสำคัญและผู้กระทำความผิดที่เป็นเพียงผู้เสพยาเสพติด

4. ความพยายามพัฒนาทางเลือกเช่นเดียวกับในอดีตที่แก้ปัญหาการปลูกฝิ่นด้วยการหันมาปลูกพืชทดแทน โดยใช้แนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ร่วมกับการแพทย์วิถีธรรม ซึ่งได้ทดลองดำเนินการในเรือนจำ 2-3 แห่งและได้ผลดีระดับหนึ่ง<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Ibid

<sup>42</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติสมัยพิเศษ (UNGASS). กระทรวงยุติธรรม. หน้า 2-3.

4) การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด (Drugs Law Reform) จากผลการรายงานที่ว่า มีประเทศกว่า 33 ประเทศ กำหนดให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีโทษสูงสุดคือประหารชีวิตและมีผู้กระทำความผิดที่ถูกประหารในความผิดฐานนี้ละกว่า 1000 คนและในบางกรณีผู้ถูกตัดสินโทษประหารไม่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในฐานที่รุนแรง (Serious Crime) จริงๆ ดังนั้น จึงต้องพึงระลึกไว้เสมอว่า ตามหลักสิทธิมนุษยชน การลงโทษประหารชีวิตหรือการลงโทษจำเริญจำตลอดชีวิตผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำดังนั้น ถ้าเป็นกรณีพิสูจนได้ว่าผู้นั้นได้กระทำความผิดเพียงเล็กน้อย (Minor Offense) ก็ไม่ควรที่จะบังคับโทษประหารชีวิตหรือจำเริญจำตลอดชีวิต<sup>43</sup>

นอกจากนั้น การพิจารณาคดีอัตราส่วนโทษ โดยการใช้มาตรการทางเลือกอย่างอื่น (Alternative Measures) แทนการลงโทษจำเริญจำ ควรจะนำมาบังคับใช้กับกรณีที่เป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่มีความรุนแรง (Non-Violent Offenses) และอาจบังคับใช้มาตรการดังกล่าวกับผู้กระทำความผิดที่เป็นเด็ก สตรีหรือคนกลุ่มน้อยที่กระทำความผิดเล็กน้อย<sup>44</sup>

ความคืบหน้าของการปฏิบัติตามมติการประชุม UNGASS สืบเนื่องจากการประชุมระดับสูงของคณะกรรมการยาเสพติด (CND) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อปี ค.ศ.2009 เหล่าประเทศสมาชิกได้มีการรับรองปฏิญญาทางการเมืองและแผนความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการรวมและสร้างแผนการอันสมดุลเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดของโลก (Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem) เพื่อเป็นการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องจากการประชุมนัดพิเศษของคณะกรรมการใหญ่สหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดเมื่อปี ค.ศ.1998 โดยปฏิญญาดังกล่าวได้กำหนดแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเด็นดังต่อไปนี้

(1) มาตรการในการลดอุปสงค์เกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อลดจำนวนการกระทำความผิดยาเสพติดที่เป็นการเสพ

(2) มาตรการในการลดอุปทานเกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงการแก้ไขปัญหาการกำหนดประเภทของสารเสพติดสำหรับแอมเฟตามีนและความร่วมมือในการปราบปรามการปลูกสารเสพติดโดยไม่ได้รับอนุญาตเพื่อประโยชน์ในการค้ายาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

(3) การป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินที่ได้จากการค้ายาเสพติดและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่เกี่ยวข้อง

ข้อแถลงของเลขาธิการสหประชาชาติและผู้บริหารสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ Mr. Antonio Maria Costa ในการประชุมคณะกรรมการยาเสพติดครั้งที่ 55 ได้ให้ข้อความเห็นไว้ว่า สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการฝิ่น ค.ศ.1909 ณ กรุงเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน อันเป็นพื้นฐานของ

<sup>43</sup> See UNGASS : World Drugs Problem. (2015). Retrieved from <http://www.norway.un.org/StatementsOther-Statements/UNGASS-2016-World-Drug-Problem-People-public-health-and-human-rights/#.VscU8PI94dU>

<sup>44</sup> Ibid.

การประชุม UNGASS ในปี ค.ศ.1998 ที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและความปลอดภัยจากปัญหาเสพติด ให้ดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้

(1) จะต้องลดปริมาณอุปทานของยาเสพติด จากข้อมูลสถิติที่ว่าเฉพาะประเทศอัฟกานิสถานเป็นประเทศที่ปลูกสารเสพติด โคคา เพื่อผลิตและส่งออกจำนวนมากที่สุดในโลกตลอดเวลา 20 ปี ซึ่งการปลูกเช่นว่านั้นมีกำลังทหารคุ้มกันเพื่อให้การค้ายาเสพติดดำเนินไปได้ นอกจากนั้น ยังมีสามเหลี่ยมทองคำ (Golden Triangle) ที่มีการปลูกฝิ่นมากที่สุดในโลกและมีกองกำลังทหารคุ้มครองการปลูกเช่นกัน ดังนี้ เพื่อไม่ต้องการให้ภูมิภาคเหล่านั้นกระทำการปลูกยาเสพติดเพื่อแสวงหารายได้เข้าประเทศ จะต้องแก้ไขปัญหาคาความยากจนของประชากรในประเทศนั้นๆ เพื่อลดภาวะของการต้องแสวงหารายได้จากการปลูกสิ่งที่มีผิดกฎหมายต่างๆและให้ความช่วยเหลือรัฐบาลของประเทศผู้ปลูกยาเสพติดเหล่านั้น ในการออกมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดและลดจำนวนการปลูกยาเสพติดในลักษณะที่ผิดกฎหมายให้น้อยลง<sup>45</sup>

(2) ลดอุปสงค์เกี่ยวกับยาเสพติดโดยพิจารณาจากปัจจัยด้านสุขภาพ เมื่ออุปสงค์หรือความต้องการใช้ยาเสพติดยังคงสูงอยู่ การปลูก ผลิตและจำหน่ายยาเสพติดก็ยังคงดำเนินต่อไป ดังนั้น เราจึงต้องมีมาตรการใดๆที่จะช่วยให้สังคมลดความต้องการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการเสพ หนึ่ง ในรอบไม่กี่ปีที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้เสพยาเสพติดทั้งโลกมีจำนวนลดลงและจำนวนประเภทของยาเสพติดที่จัดอยู่ในประเภทของยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายระดับต้นๆ เริ่มลดน้อยลง เนื่องจากมีการนำยาเสพติดที่ไม่อันตรายน้อย เช่น กัญชา กัญชงและกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดที่มีโทษสูง แต่กระบวนการค้ายาเสพติดก็ยังคงอยู่เพราะความต้องการยาเสพติดที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน เมทแอมเฟตามีน ฯลฯ ยังคงอยู่ ดังนั้น การดำเนินมาตรการใดๆที่สามารถลดความต้องการใช้ยาเสพติดที่มากขึ้นยังคงดำเนินต่อไปและจากการประชุม UNGASS ได้กำหนดมาตรการในการเยียวยาผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้เสพ ให้ได้รับการบำบัดโดยหน่วยงานทางการแพทย์มากขึ้น แทนที่ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้ดำเนินคดีทั้งหมดทุกคดี โดยในการนี้ UNODC ได้ร่วมมือกับหน่วยงานสังกัดสหประชาชาติหน่วยงานอื่นๆ ด้วย อาทิ UNAIDS และ WHO<sup>46</sup>

(3) ผลกระทบจากการใช้มาตรการควบคุมยาเสพติด จากการประชุม UNGASS ในคราวก่อนพบว่า การใช้มาตรการควบคุมยาเสพติดที่ผ่านมาส่งผลกระทบต่อประเด็นต่างๆ ได้แก่ มีการพัฒนาความช่วยเหลือในการลดการผลิตยาเสพติดและการให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาเพื่อลดปริมาณความต้องการยาเสพติดต่อมา สองสิ่งนี้ส่งผลต่อการลดปริมาณการค้ายาเสพติด แต่อย่างไรก็ดี เนื่องจากธุรกิจการปลูก การผลิตและการค้ายาเสพติด ดำเนินการโดยผู้มีอิทธิพลและนักการเมืองของประเทศยากที่ต่อหารายได้เข้าประเทศหลักจากการค้ายาเสพติด ประกอบกับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดที่ซับซ้อนขึ้น ได้แก่ HIV AIDS เป็นต้น ขบวนการค้ายาเสพติดจึงยังไม่หมดไปและต้องหามาตรการทางกฎหมายป้องกันและปราบปรามกันต่อไป

(4) การหลีกเลี่ยงการใช้มาตรการขั้นเด็ดขาด การใช้มาตรการในการปราบปรามยาเสพติดขั้นเด็ดขาดแบบตาต่อตา ฟันต่อฟัน ย่อมทำให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนขึ้นพื้นฐานอันเกิดจากการกระทำของเจ้าหน้าที่

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Ibid.

ในกระบวนการยุติธรรมเสมอ ทำให้เกิดการฆ่าคนจำนวนมาก การคุมขังที่มีขอบและไม่เป็นไปตามมาตรการขั้นต่ำในการควบคุมตัวผู้กระทำความผิดที่สหประชาชาติได้กำหนดไว้ จึงทำให้ผลร้ายของการใช้มาตรการปราบปรามยาเสพติด มีความร้ายแรงกว่าอันตรายของยาเสพติดที่มีต่อมนุษย์เสียอีก ยาเสพติดไม่ได้ร้ายแรงเพราะมันต้องถูกควบคุมและที่่ต้องถูกควบคุมเนื่องจากมันเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ ดังนั้น การจะดำเนินการออกมาตรการทางกฎหมายใด เพื่อการควบคุมยาเสพติด ควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความสำเร็จจากการควบคุมปริมาณยาเสพติดและความสำเร็จจากที่มาตรการทางกฎหมายช่วยในการรักษาชีวิตและสุขภาพของมนุษย์<sup>47</sup>

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษาชีวิตและสุขภาพมนุษย์นั้น แนวทางต่อไปนี้ควรต้องนำมาใช้ด้วยได้แก่ การจำแนกความผิดในการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ออกจากการใช้ยาเพื่อการเสพเพื่อการบำบัดซึ่งควรถือว่าถูกต้องตามกฎหมายและไม่ควรใช้มาตรการปราบปรามจนถึงขั้นประกาศสงครามกับยาเสพติด

ดังนั้น ปฏิญญาทางการเมืองและแผนปฏิบัติงานระหว่างประเทศผ่านการรวมตัวและสร้างสมดุลในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงถือว่าเป็นมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญที่เป็นผลมาจากการประชุมครั้งที่ 20 ของคณะกรรมการใหญ่สหประชาชาติเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์การระหว่างประเทศและภาพประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ความปลอดภัยและทรัพย์สิน รวมทั้งเป็นภัยต่อความเป็นมนุษย์ในหลายมิติ นอกจากนี้ ปฏิญญาดังกล่าวยังได้กำหนดแผนการปฏิบัติงานเพื่อทำให้เกิดการแก้ไขปัญหายาอย่างยั่งยืนและยังคงเสถียรภาพทางการเมือง พร้อมทั้งจัดปัญหาความยากจนและการพิทักษ์กฎหมาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในสุขภาพเกียรติยศและสันติภาพ ภายใต้ความปลอดภัยและความมั่นคง<sup>48</sup>

3.1.5 แผนปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามปฏิญญาทางการเมืองและแผนความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการรวมและสร้างแผนการอันสมดุลเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดของโลก

ในส่วนของแผนปฏิบัติงาน (Plan of Action) เพื่อให้เป็นไปตามปฏิญญาทางการเมืองและแผนความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการรวมและสร้างแผนการอันสมดุลเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดของโลก ได้กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของปฏิญญาทางการเมือง ดังต่อไปนี้

(1) มาตรการที่ทำให้เกิดการลดอุปสงค์ของยาเสพติด (Demand reduction and related measures) มาตรการดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือระหว่างประเทศ ระหว่างหน่วยงานหลักๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ UNODC WHO UNDP UNAIDS และ INCB เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือที่แข็งแกร่งมากขึ้น ในการใช้นโยบายใดที่สามารถลดความต้องการใช้ยาเสพติด โดยที่แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องดำเนินการบังคับใช้นโยบายที่ต่ำเป็นเพื่อลดจำนวนอุปสงค์และอุปทานของยาเสพติด ดำเนินการให้เกิดการแก้ไขปัญหาระยะยาว ทั้งในด้านการเมืองและงบประมาณ นอกจากนี้ ควรดำเนินการให้เป็นไปตามปฏิญญาว่าด้วยแนวทางหลักการนำไปสู่

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> See first paragraph of Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem.

การลดความต้องการยาเสพติด (The Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction) และการดำเนินการใช้นโยบายใดๆ ให้คำนึงถึงปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม อันส่งผลต่อการเสพติดและการบำบัดรักษาเสพติดของภูมิภาคนั้นๆ คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและการเคารพสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการนำมาตรการตรวจสอบพยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการพิสูจน์สารเสพติดและเมื่อนำมาตรการบังคับบำบัดมาใช้จะต้องแน่ใจว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เพียงพอที่จะดำเนินการบำบัด ทั้งในเรื่องของบุคลากรสถานที่บำบัดและปริมาณสารเสพติดที่เพียงพอต่อการบำบัด นอกจากนี้จะต้องมีความร่วมมือจากภาคประชาสังคมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย รวมถึงต้องมีมาตรการติดตามและประเมินผลผลการบังคับบำบัดด้วย<sup>49</sup>

(2) การลดอุปทานเกี่ยวกับยาเสพติด นอกจากแต่ละประเทศสมาชิกจะต้องนำมาตรการใดๆ ที่ลดปริมาณอุปสงค์หรือความต้องการยาเสพติดมาใช้แล้ว ยังต้องพัฒนามาตรการเพื่อการลดอุปทานเกี่ยวกับยาเสพติดด้วย กล่าวคือ จะต้องแสวงหามาตรการในการลดปริมาณยาเสพติดที่อยู่ในการผลิตและในท้องตลาดลง ตามแนวทางของอนุสัญญาของสหประชาชาติต่อต้านการขนยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ผิดกฎหมาย ค.ศ. 1988 (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988)

นอกจากนั้น แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องร่วมสังเกตรูปแบบการขนยาเสพติดใหม่ที่เกิดขึ้น เพื่อแสวงหามาตรการป้องกันและปราบปรามให้ทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงแสวงหามาตรการที่ป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดจากกระบวนการขนยาเสพติด สืบเนื่องจากขบวนการขนยาเสพติดมักอยู่ในรูปแบบของกองกำลังติดอาวุธ เจ้าหน้าที่ของรัฐประเทศสมาชิกควรต้องหามาตรการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดังกล่าวและใช้มาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นเพื่อต่อสู้กับขบวนการขนยาเสพติด

และเนื่องจากขบวนการขนยาเสพติดมักมีความเกี่ยวพันโดยตรงกับนักการเมืองผู้มีอิทธิพลของแต่ละประเทศ ดังนั้น แต่ละประเทศจึงต้องพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ เพื่อตัดขาดความเกี่ยวพันระหว่างกลุ่มอิทธิพลการเมืองกับธุรกิจการขนและค้ายาเสพติด ภายใต้แนวทางที่กำหนดในอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติที่กระทำในลักษณะองค์กร ค.ศ. 1988 (United Nations Convention against Transnational Organized Crime 1988)<sup>50</sup>

(3) ให้ความสำคัญกับการควบคุมสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน เนื่องจากสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนแพร่ระบาดอย่างมากในท้องตลาด ดังนั้น กระบวนการควบคุมการผลิตหรือการขนย้ายสารตั้งต้นเพื่อการผลิตแอมเฟตามีนและการควบคุมการจำหน่ายสารเสพติดต่างๆ ที่เป็นผลจากการผลิตแอมเฟตามีนจึง

<sup>49</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>. Page 17-26.

<sup>50</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>. Page 17-33.

มีความจำเป็นอย่างมาก โดยจะต้องเป็นความร่วมมือด้านข้อมูลและประสานการปราบปรามระหว่าง UNODC INCB และหน่วยงานระหว่างประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการจำหน่ายแอมเฟตามีนและมาตรการป้องกันการแปลงสภาพทรัพย์สินที่ได้จากการค้าสารเสพติดเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม เมื่ออีกมิติหนึ่งของแอมเฟตามีนถือว่าเป็นสารเสพติดที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ดังนั้น จะต้องมีการออกมาตรการทางกฎหมายกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมในการใช้แอมเฟตามีนเพื่อประโยชน์ทางแพทย์และรวมถึงการใช้แอมเฟตามีนเพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นผู้ป่วยให้ชัดเจนมากขึ้น<sup>51</sup>

(4) ความร่วมมือระหว่างประเทศในการกวาดล้างการปลูกพืชซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดและการใช้มาตรการทางเลือก เนื่องจากสภาพปัจจุบันได้แก่ การให้ความร่วมมือในเรื่องข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การพัฒนามาตรการป้องกันการกระทำผิด รวมถึงข้อมูลที่ทันต่อสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการปลูกสารเสพติดประเภทต่างๆ ด้วยเหตุนี้ จึงไม่เกิดการบูรณาการข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อประโยชน์ในการปลูกพืชเสพติดที่เป็นประโยชน์ได้

ดังนั้น แต่ละประเทศควรจะดำเนินการดำเนินการค้นคว้าวิจัยเพื่อแสวงหามาตรการทางเลือกที่เหมาะสม รวมถึงการเก็บบันทึกฐานข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงศึกษาแหล่งเงินทุนของการปลูกพืชเสพติดประเภทสารตั้งต้นต่างๆ โดยเฉพาะใบโคคา ฝิ่นและกัญชา โดยพิจารณาในการควบคุมการผลิตและการนำไปใช้ เพื่อให้แน่ใจว่าการปลูกสารเสพติดดังกล่าวจะได้รับการควบคุมและพืชเสพติดที่ปลูกจะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ต้องประสานงานกับรัฐบาลของแต่ละประเทศเพื่อการกำจัดการปลูกสารตั้งต้นที่นำไปสู่การผลิตยาเสพติดให้โทษที่ไม่เป็นประโยชน์และส่งเสริมให้การสนับสนุนกับการปลูกสารเสพติดที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยต้องประสานข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานของสหประชาชาติที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งหลาย

ประการต่อมา จะต้องพัฒนาความร่วมมือในระดับระหว่างประเทศเพื่อให้เกิดการบังคับใช้มาตรการทางเลือกให้มากขึ้น โดยต้องเป็นความร่วมมือในการบังคับใช้ระหว่างภาครัฐกับกระบวนการยุติธรรมชุมชนด้วย เพื่อให้ควบคู่กับมาตรการกำจัดการปลูกสารเสพติดที่ผิดกฎหมายและมาตรการอนุญาตการปลูกพืชเสพติดภายใต้การควบคุม รวมทั้งแต่ละประเทศควรจัดทำแผนระยะสั้นและระยะยาว และการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อให้แผนปฏิบัติงานสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>. Page 34-40.

<sup>52</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>. Page 41-48.



(5) มาตรการเพื่อป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินผ่านนโยบายการตรวจสอบธุรกรรมทางการเงิน

เนื่องจากกระบวนการค้ายาเสพติดเป็นกระบวนการที่ใช้เป็นเส้นทางของการฟอกเงินมากที่สุด ตั้งแต่การซื้อขายในชั้นการปลูก การขนข้ามแดน จนกระทั่งถึงการจำหน่าย ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามอนุสัญญาว่าด้วยอาชญากรรมข้ามชาติในลักษณะองค์กร ค.ศ.1988 และอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการทุจริต ค.ศ.1988 และภายใต้ความร่วมมือระหว่างประเทศโดยมีองค์การ FATF : Financial Action Task Force on Money Laundering แต่ละประเทศจะต้องมีกฎหมายเพื่อควบคุมการฟอกเงินจากการทำธุรกรรมทางการเงินผ่านการปลูก ผลิต นำเข้า จำหน่ายยาเสพติด โดยให้เป็นภาระของสถาบันการเงินภายใต้กฎหมายว่าด้วยธนาคารของแต่ละประเทศ มีหน้าที่ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติของผู้ทำธุรกรรมทางการเงิน ตามหลักการรู้จักลูกค้าหรือ Know Your Customer Policy ของ FATF เมื่อปรากฏธุรกรรมทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับการปลูก ผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย สถาบันการเงินจะต้องรายงานการทำธุรกรรมเช่นว่านั้นให้สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินของแต่ละประเทศดำเนินการปราบปรามโดยใช้มาตรการต่างๆที่เกี่ยวข้องต่อไป<sup>53</sup>

### 3.1.6 บัญชียาเสพติดให้โทษของสหประชาชาติ

บัญชียาเสพติดให้โทษของสหประชาชาติ ได้กำหนดยาเสพติดประเภทต่างๆ ตามระดับความมีอันตรายและจำแนกระดับการใช้มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

#### (1) ยาเสพติดให้โทษ (Narcotic Drugs)

บัญชียาเสพติดให้โทษภายใต้อนุสัญญายาเสพติดให้โทษของสหประชาชาติ (Single Convention on Narcotic Drugs (New York, 1961, amended 1972) ได้กำหนดประเภทของยาเสพติดในบัญชีท้ายอนุสัญญาไว้กว่า 250 ชนิด ทั้งนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดระดับความรุนแรงของยาเสพติด เพื่อการกำหนดมาตรการในการควบคุมหรือจำกัดการใช้ยาเสพติด โดยอาศัยหลักการจำแนกคือ ความเสี่ยงในการใช้ยา ผลกระทบและอันตรายต่อสุขภาพและพิจารณาถึงยาเสพติดบางประเภทที่อนุญาตให้ใช้เพื่อการรักษาโรครวมถึงการควบคุมสารเสพติดที่ใช้ในการผลิตยาด้วย

ยาเสพติดให้โทษได้มีการจัดระดับในอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดให้โทษของสหประชาชาติ ทั้งนี้เพื่อกำหนดประเภทของตัวยาใดที่เป็นยาเสพติดให้โทษ ตัวยาใดที่สามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อการผลิตจำหน่าย นำเข้า ส่งออกหรือครอบครองได้ ตามแนวทางของมาตรา 4c

ตารางต่อไปนี้แสดงบางส่วนของบัญชีแนบท้ายอนุสัญญาเพื่อจำแนกระดับชั้นของสารเสพติดออกเป็น 4 ประเภท

<sup>53</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>. Page 49-54.

ตารางที่ 5 แสดงระดับของสารเสพติดจำแนกตามอันตรายและระดับการใช้มาตรการควบคุม

Schedules บัญชีประเภทที่	Harmfulness ความมีอันตราย	Degree of control ระดับการใช้มาตรการควบคุม	Examples ตัวอย่าง
I	สารเสพติดที่เสี่ยงต่อการเสพและติด	ใช้มาตรการที่เคร่งครัดมากและใช้มาตรการตาม มาตรา 2.1	กัญชา โคเคน เฮโรอีน เมธาโดน มอร์ฟิน ฟีน
II	สารเสพติดที่ใช้ในการรักษาโรคและให้ผล อันตรายต่อร่างกายน้อยที่สุด	มาตรการบังคับที่เคร่งครัดน้อยกว่า	Codecinehydride pophiram
III	สารเสพติดที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดในกลุ่ม ที่ 2	ไม่มีความเสี่ยงที่จะติดยา ไม่ต้องใช้มาตรการ	Codecinehydride pophiram
IV	สารเสพติดที่เป็นอันตรายที่สุด ที่อยู่ใน บัญชีที่ 1 หรือ ยาเสพติดให้โทษหรือใช้ ในการแพทย์เฉพาะกรณีเฉพาะเท่านั้น	ใช้มาตรการที่รุนแรงตอบโต้ ในความผิดฐานผลิต นำเข้า จำหน่าย รับชน เว้นแต่เป็นกรณีที่มี จำนวนยาน้อยหรือใช้ในการวิจัยหรือการแพทย์ ตามมาตรา 2.5 h	กัญชา เฮโรอีน

จากตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กรณีที่เป็นสารเสพติดตามบัญชีประเภทที่ II สารเสพติดที่ใช้ในการรักษาโรคและให้ผลอันตรายต่อร่างกายน้อยที่สุด อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1988 ของสหประชาชาติกำหนดว่า แต่ละประเทศสมาชิกควรกำหนดมาตรการในการดำเนินการกับผู้ขายยาเสพติดหรือครอบครองสารเสพติดประเภทดังกล่าวในลักษณะที่ลดความเคร่งครัดในการบังคับใช้ลงมา กล่าวคือ จะไม่เน้นการดำเนินคดีอย่างเต็มที่ แต่ก็ยังถือว่าการใช้หรือการครอบครองสารเสพติดประเภท II ยังคงเป็นความผิดตามกฎหมายอยู่ ส่วนสารเสพติดตามบัญชีประเภทที่ III สารเสพติดที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดในกลุ่มที่ 2 หรืออาจเรียกว่า สารตั้งต้น ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงที่จะทำให้ติดยาเสพติด จึงไม่ควรมีมาตรการทางกฎหมายที่รุนแรงกับผู้กระทำความผิด ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สารเสพติดที่สามารถนำไปผลิตหรือใช้เป็นประโยชน์ในการรักษาโรค แต่ละประเทศสมาชิกควรต้องลดความรุนแรงของมาตรการบังคับต่อผู้ขายยาเสพติดหรือครอบครองสารเสพติดตามความเหมาะสม

## (2) วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychotropic substances)

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้รับการกำหนดภายใต้อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 (United Nations Convention on Psychotropic Substances 1971). วัตถุประสงค์ของอนุสัญญาดังกล่าวคือ การกำหนดประเภทและจำกัดปริมาณการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการทดลองทางวิทยาศาสตร์ ตามมาตรา 5 และ 7 ในขณะที่วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทบางประเภทส่งผลต่อการบำบัดรักษาและบางตัวยากี่ส่งผลอันตรายต่อร่างกายเช่นกัน

บัญชีทำอนุสัญญาได้แบ่งประเภทของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทออกเป็นประเภทดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 6** แสดงระดับของสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จำแนกตามอันตรายและการใช้มาตรการควบคุม

Schedules บัญชีที่	Harmfulness ความมีอันตราย	Degree of control ระดับการใช้มาตรการควบคุม	Examples of listed drugs ตัวอย่าง
I	สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและไม่มีผลในการบำบัดรักษา	ใช้มาตรการควบคุมที่เคร่งครัดมาก เว้นแต่กรณีใช้ในวงการแพทย์และการทดลอง	LSD, MDMA (ecstasy), mescaline, psilocybin, tetrahydrocannabinol
II	สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลในการบำบัดรักษาปานกลางถึงต่ำ	ใช้มาตรการควบคุมที่เคร่งครัดน้อย	Amphetamines and amphetamine-type stimulants
III	สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลในการบำบัดรักษาปานกลางถึงสูง	สารเหล่านี้ล้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้	Barbiturates, including amobarbital, buprenorphine
IV	สารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ผลในการบำบัดรักษาในระดับสูง	สารเหล่านี้ล้วนสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้	Tranquillisers, analgesics, narcotics, including allobarbital, diazepam, lorazepam, phenobarbital, temazepam

จากตารางข้างต้น แสดงให้เห็นว่าวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามที่กำหนดในอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ. 1971 ได้รับการจัดแบ่งประเภทตามระดับการส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระดับของผลการบำบัดรักษา ซึ่งถ้าวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทดังกล่าวส่งผลต่อร่างกายรุนแรง ดังปรากฏในบัญชีที่ I และ II และส่งผลต่อการบำบัดรักษาน้อย ก็ควรใช้มาตรการทางกฎหมายต่อผู้ใช้ยาเสพติดหรือครอบครองอย่างเคร่งครัดมากขึ้น แต่ถ้าเป็นการใช้วัตถุออกฤทธิ์กลุ่มดังกล่าวเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์และการทดลองทางวิทยาศาสตร์ ก็ไม่ควรถูกใช้มาตรการใดๆ กับผู้ใช้ยาเสพติดหรือครอบครอง ส่วนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในบัญชีที่ III และ IV ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแต่มีผลในการบำบัดรักษาในระดับสูง อนุสัญญากำหนดว่าสารเหล่านั้นสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องมีมาตรการบังคับใดๆ กับผู้ใช้ยาเสพติดหรือครอบครอง

### 3.2 บทบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการลดความรุนแรงการบังคับคดียาเสพติดในต่างประเทศ

ในส่วนนี้จะได้อธิบายกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ ที่ใช้หลักการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งต้องเริ่มต้นจากการใช้แนวคิดในการไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หรือเรียกว่า การลดทอนความผิดอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด กรณีที่เป็นผู้เสพหรือผู้ครอบครองยาเสพติดเป็นปริมาณน้อย ก็ไม่ควรที่จะต้องรับโทษเท่ากับผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้จำหน่าย ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า จากการศึกษาปรากฏว่ากฎหมายของประเทศในภูมิภาคยุโรป ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศสวีเดนแลนด์ ได้มีนโยบายในการใช้มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็ก (Soft Drugs Offender) เพื่อลดอัตราส่วนโทษ Harm

Reduction และหันไปใช้มาตรการบังคับโทษทางเลือกลงจากจำเรือนจำ เช่น ฟื้นฟูบำบัดรักษา คุณสมบัติฝึกรบม พักการลงโทษหรือโทษอื่นๆทำนองเดียวกัน เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำให้เหลือเฉพาะผู้กระทำความผิดโทษหนัก (Hard Drugs Offender)

ยาบางชนิดที่ทำหน้าที่ในระบบประสาทบางครั้งอาจถูกจำแนกอย่างคร่าวๆ ตามหมวดหมู่ดังต่อไปนี้:

**ยาเสพติดประเภทหนักหรือรุนแรง (Hard Drugs)** คือ ยาที่นำไปสู่การเสพติดทางกายภาพได้ในระดับสูง หลายประเทศไม่อนุญาตให้กระทำการครอบครองหรือจำหน่ายหรือใช้งานบางอย่างนอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือ สารเสพติดรุนแรงที่อาจส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดหรือได้รับยาเสพติดประกอบอาชญากรรม<sup>54</sup> ตัวอย่างยาเสพติดประเภทหนัก ได้แก่ ฝิ่น (opiates) เฮโรอีน hydrocodone (Vicodin) oxycodone (Oxycontin, Percocet) morphine benzodiazepines diazepam (valium) alprazolam (Xanax) flunitrazepam methamphetamine cocaine GHB Alcohol และ nicotine กรณีที่กฎหมายอนุญาตให้ครอบครองหรือจำหน่ายยาเสพติดบางประเภทในกลุ่มนี้ กฎหมายก็จะกำหนดให้การจำหน่ายจะต้องเสียภาษีสรรพสามิตหรือภาษีสินค้าอื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์หรือ นิโคติน

**ยาเสพติดประเภทอ่อนหรือไม่รุนแรง (Soft Drugs)** คือ ยาเสพติดหรือสารเสพติดที่ไม่คิดว่าจะทำให้เสพติดทางกายภาพได้<sup>55</sup>หรือ ยาเสพติดที่เชื่อกันว่าปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่ายาเสพติดอย่างหนัก<sup>56</sup> ตัวอย่างยาเสพติดในกลุ่มนี้ ได้แก่ กัญชา cannabis mescaline psilocybin LSD ayahuasca iboga and DMT. แม้ว่าสารเสพติดประเภทนี้ไม่ทำให้ติดทางกายภาพ แต่ผู้ใช้อาจต้องนำไปสู่การพึ่งพาบำบัดรักษาทางจิตวิทยา

อนึ่งยาบางชนิดไม่สามารถจัดประเภทด้วยวิธีนี้ เนื่องจากมีลักษณะของยาทั้งแข็งและอ่อนอยู่ในยาชนิดเดียวกัน ตัวอย่างเช่น MDMA (Ecstasy / Molly), ketamine, MXE (methoxetamine), PCP (phencyclidine), DXM (dextromethorphan), กัญชาสังเคราะห์ (รู้จักกันในชื่อ Spice), ยาบ้าและคาเฟอีน

---

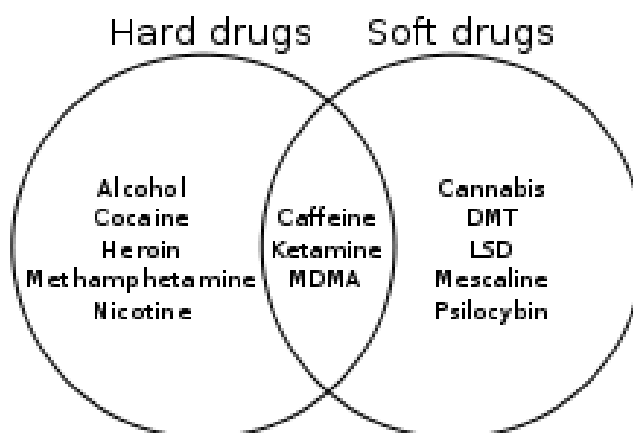
<sup>54</sup>Hard Drugs n. An intensely addictive substance of abuse that may compel its user to commit crimes to obtain the drug

Segen's Medical Dictionary. © 2012 Farlex, Inc and McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. © 2002 by The McGraw-Hill Companies

<sup>55</sup> soft drug n. Substance abuse Any illicit drug popularly perceived to have a relatively low abuse potential McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. © 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

<sup>56</sup> soft drug n. A drug that is believed to be nonaddictive and less damaging to the health than a hard drug. The American Heritage® Medical Dictionary 2007 Houghton Mifflin Company.

แผนภาพ เปรียบเทียบระหว่างยาเสพติดประเภทหนักกับประเภทอ่อน



การจำแนกประเภททั่วไปของยาเสพติดลงใน Hard drugs และ Soft drugs ยาบางตัวไม่สามารถจำแนกอย่างชัดเจนว่ายานี้เหล่านี้อยู่ที่จุดตัดของวงกลมทั้งสอง

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีการกำหนดเรื่องการลดความรุนแรงของการลงโทษ (Harm Reduction) และหลักการไม่ดำเนินคดีอาญา (De-criminalization) มีปรากฏในกฎหมายหลายประเทศและมาตรฐานระดับระหว่างประเทศดังต่อไปนี้

### 3.2.1 สหภาพยุโรป (The European Union)

ในส่วนนี้จะได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของสหภาพยุโรป และการนำมาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

สหภาพยุโรปได้บัญญัติมาตรการทางกฎหมายกำหนดระดับต่างๆ ของสารเสพติดที่ต้องจำกัด เพื่อให้สารเสพติดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีในสหภาพได้รับการควบคุมที่เหมาะสม บทบัญญัติดังกล่าวได้แก่ Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors, ที่กำหนดสารเสพติดที่สามารถค้าขายได้ภายในสหภาพ และ Council Regulation (EC) No 111/2005 of 22 December 2004 สำหรับการเคลื่อนย้ายสารเสพติดจากประเทศในสหภาพไปยังประเทศที่สามนอกสหภาพ.<sup>57</sup>

แม้ว่าสหภาพยุโรปจะไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการแบ่งระดับของยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยตรง แต่ก็มีบทบัญญัติ Council Decision 2005/387/JHA of 10 May 2005 ที่บัญญัติเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้และการควบคุมสารเสพติดเช่นว่านั้น อย่างไรก็ตาม

<sup>57</sup> Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors (Text with EEA relevance)

กฎหมายภายในประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปแม้ว่าจะไม่สอดคล้องกับกฎหมายของสหภาพดังกล่าว แต่ต้องสอดคล้องและเป็นไปตามมาตรฐานของอนุสัญญาสหประชาชาติ ค.ศ.1961และ 1971<sup>58</sup>

บทบัญญัติดังกล่าวได้ยกเลิกบัญญัติกฎหมายเดิม ได้แก่ Joint Action 97/396/JHA of 16 June 1997 adopted by the Council on the basis of Article K.3 of the Treaty on European Union ที่กำหนดให้สารสังเคราะห์บางอย่างอยู่ในความควบคุมของสภายุโรป ตามแนวทางของอนุสัญญาสหประชาชาติ ค.ศ.1971 บัญชีที่ 1 และ 2<sup>59</sup>

การเปรียบเทียบกฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับยาเสพติดในบางประเทศในสหภาพยุโรป ผลแสดงให้เห็นดังตารางต่อไปนี้

#### ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบกฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับยาเสพติดในบางประเทศในสหภาพยุโรป

ประเทศ	บทบัญญัติแห่งกฎหมายหลัก	การจำแนกมาตรการบังคับโทษ	หมายเหตุ
เดนมาร์ก Denmark	The Executive Order 698 of 1993 on Euphoric Substances	การครอบครองจำนวนน้อย อัตราโทษจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณการครอบครอง ไม่เกี่ยวกับประเภทของสารเสพติด ส่วนการครอบครองจำนวนมาก อัตราโทษจะมากหรือน้อย จะพิจารณาจากประเภทของสารเสพติด	อัตราโทษที่ได้รับจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับอันตรายที่อาจได้รับจากสารเสพติดนั้นๆและประกอบกับปริมาณสารเสพติดที่อยู่ในการครอบครองด้วย
เยอรมนี Germany	The Narcotics Act (BtMG)	อัตราโทษไม่ได้ขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติด กฎหมายฉบับนี้จะแยกการบังคับโทษสำหรับผู้มียาเสพติดปริมาณน้อยหรือครอบครองเพื่อเสพออกมต่างหาก เมื่อกรณีดังกล่าวไม่กระทบต่อสาธารณะหรือเป็นความผิดเกี่ยวกับผู้เยาว์ตาม Section 31a BtMG	เมื่อเดือนมีนาคม 1994 ศาลรัฐธรรมนูญได้วางหลักเกี่ยวกับการบังคับโทษในกรณีครอบครองยาเสพติดเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับหลักรัฐธรรมนูญ เพื่อให้การบังคับโทษของศาลทั่วประเทศตาม section 31a BtMG เป็นไปแนวทางเดียวกัน
ฝรั่งเศส France	Decrees of 22 February 1990	อัตราส่วนโทษไม่เกี่ยวกับประเภทของสารเสพติด	ไม่มีข้อมูล
เนเธอร์แลนด์ Netherlands	The Opium Act	อัตราส่วนโทษสัมพันธ์กับชนิดของสารเสพติด	ไม่มีข้อมูล

<sup>58</sup> Council Decision 2005/387/JHA of 10 May 2005 on the information exchange, risk-assessment and control of new psychoactive substances

<sup>59</sup> Ibid.

จากตารางเปรียบเทียบข้างต้น แสดงให้เห็นว่า มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับเสพติดภายในประเทศสมาชิก บางประเทศแยกยาเสพติดให้โทษออกจากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท บางประเทศก็ไม่แยกทั้งสองอย่างออกจากกัน แต่จำแนกตามอันตรายของสารเสพติดหรือการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทางการแพทย์แทน<sup>60</sup>

วัตถุประสงค์ในการที่บางประเทศได้จำแนกยาเสพติดให้โทษออกจากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้น เพื่อประโยชน์ในการจำแนกกระบวนการดำเนินคดีอาญากับความผิดหรือกิจกรรมที่ผิดกฎหมายที่เกี่ยวกับสารเสพติดทั้งสองประเภท ในมาตราเกี่ยวกับมาตรการที่ดำเนินการกับผู้ครอบครองสารเสพติด บางประเทศจำแนกการใช้มาตรการบังคับที่ต่างกันตามชนิดประเภทของสารเสพติด ส่วนบางประเทศให้ลงโทษตามความผิดที่กระทำเหมือนกันโดยไม่ต้องพิจารณาว่าด้วยอะไร<sup>61</sup>

ในประเทศเบลเยียม บัลแกเรีย สาธารณรัฐเชค สเปน ไอร์แลนด์ อิตาลี ไชปรัส ลักเซมเบิร์ก มอลต้า เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส โรมาเนียและ สหราชอาณาจักร จะมีการกำหนดโทษสำหรับความผิดยาเสพติดแตกต่างกันตามประเภทของสารเสพติดที่ใช้หรือครอบครอง เว้นแต่กฎหมายของประเทศมอลต้า จะแยกการกระทำความผิดฐานรับขนยาเสพติด (Drug Trafficking) ออกจากหมวดอื่นๆ และเบลเยียม สาธารณรัฐเชค ไอร์แลนด์และลักเซมเบิร์ก มีบทลงโทษเกี่ยวกับความผิดฐานครอบครองเพื่อเสพส่วนบุคคล แยกออกมาต่างหากและรวมถึงความผิดฐานครอบครองยาเสพติดจำนวนน้อยและบางประเภทด้วย เช่น ครอบครองกัญชา เป็นต้น<sup>62</sup>

ส่วนประเทศสมาชิกสหภาพที่เหลือนวมถึงโครเอเชียและนอร์เวย์ การกำหนดมาตรการบังคับโทษไม่ได้จำแนกตามประเภทของสารเสพติด แต่ใช้วิธีการจำแนกการบังคับโทษที่ต่างกันตามลักษณะของการกระทำความผิดมากกว่า แต่อย่างไรก็ดีในทางปฏิบัติในการตัดสินของศาลนั้น อัตราส่วนโทษจะเป็นเท่าไรนั้น ศาลจะคำนึงถึงเรื่องชนิดและปริมาณสารเสพติดที่ครอบครองเช่นเดียวกัน<sup>63</sup>.

## (2) นโยบายการลดอันตรายในยุโรปตะวันตก

สถานะของการใช้มาตรการทางกฎหมายในการลดความรุนแรงหรือ “การลดอันตราย” ในยุโรปตะวันตกยังคงมีเสถียรภาพ การลดอันตรายได้รายงานครั้งสุดท้ายในปี 2016 มีการลดการตอบสนองมาตรการทางกฎหมายต่อการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายอย่างกว้างขวาง เริ่มมีการกำหนดมาตรการที่เป็นบริการทางการแพทย์ปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้คน ซึ่งได้แก่ การจัดให้มีห้องเสพยา (DCR) การบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid (OST) และโปรแกรมเข็มและเข็มฉีดยา (NSP) มีให้บริการในทุกประเทศในยุโรปตะวันตก ยกเว้นตุรกี ในเรื่องนี้ ยุโรปตะวันตกเป็นหนึ่งในภูมิภาคในโลกที่มีความพร้อมมากที่สุดของการใช้มาตรการลดอันตราย ในสเปนและเนเธอร์แลนด์ จำนวนกระบอกฉีดยาที่กระจายลดลงตั้งแต่ 2016 สอดคล้องกับจำนวน

<sup>60</sup> Tom Blickman & Martin Jelsma (July 2009), Drug Policy Reform in Practice: Experiences with alternatives in Europe and the US, Transnational Institute..

<sup>61</sup> Ibid.

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> Ibid

ประชากรคนที่ฉีดยาที่ลดลงในประเทศเหล่านั้น<sup>64</sup> ขณะที่ในภูมิภาคอื่นๆ ตัวอย่างเช่นในไอร์แลนด์และสวีเดน มีการขยายโปรแกรมและมีการขยายตัวของโปรแกรม NSP<sup>65</sup> รวมถึงการเพิ่มการใช้เข็มฉีดยาเครื่องจ่าย ตัวอย่างเช่นในประเทศไซปรัสและสหราชอาณาจักร [9,35,36] ความกังวลที่เพิ่มขึ้นในยุโรปตะวันตกคือ จะมีผู้ใช้อาเสพติดยาเกินขนาดจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2016<sup>66</sup> ประมาณ 84% ของการใช้อาเกินขนาด เกี่ยวข้องกับ opioids<sup>67</sup> เป็นส่วนหนึ่งของการต้องมีมาตรการตอบสนองด้านสาธารณสุข ได้แก่ มีห้องบริโภคนยา (DCRs) ถึง 89 ห้องในปี 2016

ห้องบริโภคนยา (DCRs) ที่เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เปิดให้บริการเฉพาะในแปดประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก, ฝรั่งเศส, เยอรมนี, ไอร์แลนด์, อิตาลี, นอร์เวย์, สเปนและสหราชอาณาจักรและเครือข่ายการกระจายแบบเพียร์ได้รับอนุญาตเท่านั้น อันได้แก่ เดนมาร์ก, อิตาลี, นอร์เวย์และสหราชอาณาจักร ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นคือการเสียชีวิตจากการใช้อาเสพติดยาเกินขนาด ในอังกฤษและเวลส์<sup>68</sup> การบังคับมาตรการทางกฎหมายที่มุ่งเป้าไปที่การใช้อาบ้า stimulants (ATS) และ psychoactive ใหม่ NPS ก่อให้เกิดสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของบริการลดอันตรายในยุโรปตะวันตก นี้รวมถึงโปรแกรมเข็มและเข็มฉีดยาและ DCRs ซึ่งในบางพื้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษ สำหรับการบริโภค ATS แบบสูดดมหรือฉีด<sup>69</sup> การให้บริการตรวจยาเสพติดยาในงานปาร์ตี้และงานเทศกาลต่างๆ ได้ขยายอย่างมากตั้งแต่ปี 2016 และขณะนี้ให้บริการในเก้าประเทศอย่างน้อย ได้แก่ ออสเตรเลีย, ฝรั่งเศส อิตาลี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สเปน สวิตเซอร์แลนด์และสหราชอาณาจักร อย่างไรก็ตามในบริการตรวจยาเสพติดยาหลายประเทศยังคงดำเนินต่อไปโดยการขาดการสนับสนุนทางกฎหมายและทางการเงินจากรัฐ.

การตอบสนองต่อสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ๆ เช่น cannabinoids สังเคราะห์และ cathinones สังเคราะห์ ยังคงดำเนินการได้อย่างไม่เต็มที่ การควบคุมโรคติดเชื้อในกลุ่มคนที่ยาฉีดยังคงเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของการลดอันตรายในภูมิภาค อุบัติการณ์ของเฮปไอวี ในหมู่คนที่ฉีดยาลดลงครึ่งหนึ่งระหว่าง 2007 และ 2016 คนที่ยาฉีดยังคงเผชิญอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการอุปสรรคในการทดสอบและรักษาโรคที่เกิดจากเลือดโรค มลทินความอัปยศในตนเองและการทำให้เป็นอาชญากรรมทั้งหมดนำไปสู่การทดสอบที่ต่ำกว่าและการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มคนที่ฉีดยามากกว่าคนทั่วไปประชากร<sup>70</sup> และแรงงานข้ามชาติมีรายงานว่าเผชิญ

<sup>64</sup> EMCDDA (2018) *Netherlands Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>65</sup> EMCDDA (2018) *Sweden Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>66</sup> EMCDDA (2018) *Statistical Bulletin 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>67</sup> EMCDDA (2018) *Statistical Bulletin 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>68</sup> ONS (2018) *Deaths Related to Drug Poisoning in England and Wales: 2017 Registrations*. Office for National Statistics. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2017registrations>.

<sup>69</sup> Rovira Guardiola J (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>70</sup> Ronconi S, Camposeragna A, Stagnitta M, di Pino P, Fornero E (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.



กับการประสบอุปสรรค<sup>71</sup>.สภาพแวดล้อมของนโยบายมีความซับซ้อนอย่างต่อเนื่องที่ละน้อย อย่างน้อย 17 จาก 25 ประเทศในภูมิภาคมีการกำหนดนโยบายตามที่กำหนดในเอกสารที่สนับสนุนการลดอันตรายและสหภาพยุโรปได้กำหนดนโยบายลดอันตรายผ่านแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับภัยเสพติด 2017-2020

### (3) ประเภทของมาตรการลดความรุนแรงในภัยเสพติดของยุโรป

แผนปฏิบัติการเกี่ยวกับภัยเสพติด 2017-2020 ของสหภาพยุโรปได้กำหนดการใช้มาตรการเพื่อตอบสนองการลดความรุนแรงหรืออันตรายในภัยเสพติดไว้หลายประการ ดังนี้

#### 1. การดำเนินการแจกเข็มฉีดยา (Needle Supply Programme (NSP))

จำนวนประเทศในยุโรปตะวันตกที่ดำเนินการของการดำเนินการแจกเข็มฉีดยา ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่มีการประกาศนโยบายลดอันตรายตั้งแต่ปี 2016 โดยบริการดังกล่าวมีอยู่ในทุกๆ ประเทศยกเว้นตุรกี อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศในภูมิภาคมีการบังคับใช้มาตรการการดำเนินการแจกเข็มฉีดยา เพิ่มขึ้น ในออสเตรีย เบลเยียม ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ลักเซมเบิร์ก โปรตุเกสและสวีเดนมีจำนวนการดำเนินการแจกเข็มฉีดยา เพิ่มขึ้น ในปี 2015<sup>72</sup> เนื่องจากแต่ละประเทศได้มีการเปลี่ยนแปลงในกฎหมายจึงทำให้การดำเนินการแจกเข็มฉีดยา สามารถดำเนินการได้อย่างสะดวกขึ้นและในปี 2017 ปรากฏ NSPs ใหม่<sup>73</sup> ในลักเซมเบิร์กและไอร์แลนด์ การดำเนินการแจกเข็มฉีดยา ดำเนินการโดยขอด้วยกฎหมายโดยจ่ายเข็มฉีดยาผ่านสถานบริการสาธารณสุขและร้านขายยา

ข้อกังวลเพิ่มเติมจากนำมาตรการการดำเนินการแจกเข็มฉีดยา มาใช้ในสหภาพยุโรปคือ การดำเนินการแจกเข็มฉีดยาตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่มที่ฉีดยาเสพติดและสารอย่างอื่น ตัวอย่างเช่น ในโปรตุเกสและสหราชอาณาจักรก็ยังไม่ได้ทำการประเมินชัดเจนว่าความต้องการของประชาชนในเรื่องนี้ที่แท้จริงเป็นอย่างไร นโยบายการดำเนินการแจกเข็มฉีดยา นี้อาจมีประสิทธิภาพดีและภาพพจน์มีดีสำหรับผู้ฉีด opioids<sup>74</sup> ในทำนองเดียวกัน ผู้ชายผู้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายกำลังก่อตัวเพิ่มขึ้นสัดส่วนของคนที่ฉีดยาดังกล่าวและมีวิธีการใหม่ๆ ของการใช้ยาฉีด ตัวอย่างเช่น มีแนวโน้มที่จะฉีดยาบ้าหรือคีตามีนมากขึ้นในอังกฤษ และเวลส์การฉีดการโคเคนยังเป็นปรากฏการณ์ที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี 2004-2016<sup>75</sup>

#### 2. การบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid (Opioid Substantive Treatment (OST))

ในสหภาพยุโรปและนอร์เวย์มี 636,000 คนได้รับการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในปี 2559 ประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่ต้องพึ่งพา บอน opioids<sup>76</sup> ประเทศส่วนใหญ่สามารถนำมาตรการบำบัด

<sup>71</sup> Stöver H (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>72</sup> EMCDDA (2018) *Sweden Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>73</sup> EMCDDA (2018) *Sweden Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>74</sup> Carre Z (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>75</sup> Public Health England, Health Protection Scotland, Public Health Wales, Public Health Agency Northern Ireland (2017) *Shooting Up: Infections Among People Who Inject Drugs in the UK, 2016*. London: Public Health England.

<sup>76</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ทดแทนด้วย opioid อย่างคงที่ มีเสถียรภาพในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาโดยไม่มีควมร้ายแรงจากการใช้มาตรการประเทศที่มีความโดดเด่นในการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid เช่น โปรตุเกส เยอรมนี อิตาลี สเปน และฟินแลนด์. อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับผู้ป่วยจะสูงขึ้นในสเปนและให้บริการเฉพาะในกรณีผู้ป่วยร้ายแรง อนึ่ง มีการเปิดโอกาสให้ใช้ มอร์ฟิน ในการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในโปรตุเกส<sup>77</sup> ในเยอรมนีและสวิตเซอร์แลนด์เช่นกัน<sup>78</sup>

ส่วนการบำบัดด้วยเฮโรอีน (HAT) กำหนดให้แพทย์สามารถออกใบสั่งยาเพื่อบำบัดด้วยเฮโรอีนทางการแพทย์ (diamorphine) ซึ่งดำเนินการในหกประเทศในภูมิภาค ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์และสหราชอาณาจักร<sup>79</sup> โครงการนำร่องโปรแกรมที่ใช้ ไดอะมอร์ฟิน ก็เริ่มเมื่อไม่นานมานี้ ในลักเซมเบิร์ก<sup>80</sup>และในปี 2018 ในนอร์เวย์ รัฐบาลประกาศการทดลองใช้ไดอะมอร์ฟินที่จะเริ่มใน 2020<sup>81</sup> การใช้งานแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปแล้วการบำบัดด้วยเฮโรอีนนั้นสงวนไว้เช่นเดียวกับในเดนมาร์กสำหรับคนที่ใช้ opioids ซึ่งเคยได้รับการบำบัดแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ<sup>82</sup> มีการศึกษาและการทดลองในเบลเยียมรวมถึงที่อื่นๆ ในภูมิภาคและพบว่า การบำบัดด้วยเฮโรอีนสามารถสูงประสบความสำเร็จ โดยทำให้ลดการใช้จ่ายได้ดีกว่าการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ลดการใช้เฮโรอีนบนถนน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางอาญาและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น<sup>83</sup>

อย่างไรก็ดี มาตรการการบำบัดด้วยเฮโรอีน ดังกล่าวมีข้อบกพร่องเนื่องจากไดอะมอร์ฟินมีราคาสูง ทำให้บางประเทศที่ยากจนในภูมิภาคไม่อาจจ่ายยาดังกล่าวได้<sup>84</sup>และมีการรายงานว่าผู้บำบัดด้วยสารทดแทน Opioid บางรายถูกบังคับให้ทำลดปริมาณของพวกเขาให้อยู่ในการบำบัดที่เหมาะสมแล้วให้น้อยลง<sup>85</sup> อันเป็นผลของการขาดเงินทุนของคลินิกที่เปิดให้บริการ ในปี 2018 รัฐบาลสหราชอาณาจักรรายงานถึงความรุนแรงการเสียชีวิตชี้ให้เห็นว่าบทบาทของบำบัดด้วยปริมาณของเมธาโดนใน opioid ที่เกิดขนาดจนผู้นั้นตาย

ปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่ ความห่างไกลของสถานที่การบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในประเทศเยอรมนีผู้คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท มักถูกบังคับให้เดินทาง 30 ถึง 50 กม. เพื่อเข้าถึงการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid เนื่องจากแพทย์มีจำนวนน้อย ผู้สมัครจะได้รับอนุญาตให้กำหนดทดแทนยา

<sup>77</sup> Rovira Guardiola J (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>78</sup> Schäffer D (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>79</sup> Strang J, Groshkova T, Metrebian N (2012) *New Heroin-assisted Treatment*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>80</sup> Klein P (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>81</sup> Agence France-Presse (2018) 'Norway trials free heroin prescriptions for most serious addicts.' *The Guardian*. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2018/aug/10/norway-trials-free-heroinprescriptions-for-most-serious-addicts>.

<sup>82</sup> EMCDDA (2018) *Denmark Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>83</sup> Demaret I, Quertemont E, Litran G, Magoga C, Deblire C, Dubois N, et al. (2015) 'Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial.' *Eur Addict Res* 21(4):179-87.

<sup>84</sup> Carre Z (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>85</sup> Hicks C (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

การแก้ไขกรอบกฎหมายปี 2017 พยายามที่จะแก้ไขปัญหา<sup>86</sup> อีกตัวอย่างหนึ่งได้แก่ ประเทศไอร์แลนด์เหนือ เสรีภาพในการร้องขอข้อมูลไปยังไอร์แลนด์เหนือ รัฐบาลพบว่าเวลารอคอยข้อมูลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยสำหรับการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในเบลฟัสต์คือ 29 สัปดาห์<sup>87</sup> โดยเฉพาะผู้หญิงมีรายงานว่าต้องเผชิญกับข้อจำกัด มากกว่าผู้ชายรวมถึงการขาดการดูแลเด็กและประสบกับการให้บริการการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ที่ไม่เป็นมิตรและทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการตัดสินใจจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การศึกษาในสวีเดนที่ตีพิมพ์ในปี 2017 พบว่า ผู้คนผู้ที่ได้รับบริการการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid นั้นมีโอกาสมากกว่าที่จะเสียชีวิตมากกว่าถึงสี่เท่าเนื่องจากในช่วงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษานานมาก สิ่งนี้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องลดอุปสรรคให้กับการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid

### 3. ห้องบริโภคยาเสพติด (Drug Consumption Rooms (DCRs))

ศูนย์ตรวจสอบยาเสพติดและยาเสพติดของสหภาพยุโรป (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction หรือ EMCDDA) มีการเน้นถึงความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการลดอันตรายอันเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดและการจัดตั้งห้องบริโภค ยาเสพติด (DCRs) จากข้อมูลที่ครอบคลุมสหภาพยุโรป นอร์เวย์และตุรกี มีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,138 ในภูมิภาคในปี 2016 ประมาณ 84% ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากยา opioid เกินขนาด อย่างไรก็ตาม สถิติผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในบางประเทศ เช่น สเปน เดนมาร์กและโปรตุเกสและปรากฏสถิติผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในเยอรมนี ตุรกีและสหราชอาณาจักร

ในปี 2014 เครือข่ายลดอันตรายของยุโรป เผยแพร่รายงานการใช้งานเครือข่ายป้องกันยาเกินขนาดอย่างกว้างขวางหรือที่เรียกว่าห้องบริโภคยาเสพติด (DCRs) และการกระจาย Naloxone เพื่อตอบโต้การใช้ opioid เพิ่มขึ้นทั่วทั้งภูมิภาค<sup>88</sup> ซึ่งมีหลักฐานว่า เป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการมีผลอย่างดียิ่งสามารถช่วยในเรื่องการใช้ยาเกินขนาดได้ การให้ Naloxone กลับบ้านแก่ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นการรักษาที่เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดได้<sup>89</sup>

ตั้งแต่ปี 2018 การใช้งานห้องบริโภคยาเสพติดมีความหลากหลายสูง แปรประเทศในภูมิภาคนี้ ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปนและสวีเดนและไอร์แลนด์ ได้จัดตั้งที่มีห้องบริโภคยาเสพติด จำนวนรวมทั้งสิ้น 89 แห่ง ตั้งแต่รายงานสถานการณ์การลดอันตรายทั่วโลกครั้งล่าสุด ห้องบริโภคยาเสพติดได้เปิดในเบลเยียม ฝรั่งเศส สเปน สวีเดนและไอร์แลนด์และนอร์เวย์ โดยแต่ละประเทศเหล่านี้มีแผนดำเนินการและออกมาตรการทางกฎหมายสำหรับสถานประกอบการในการจัดตั้งห้องบริโภคยา<sup>90</sup>

<sup>86</sup> Schäffer D (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response.*

<sup>87</sup> Turner C (2018) *Substitute Prescribing Therapy.* Freedom of Information response.

<sup>88</sup> EHRN (2014) *Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations On Opioid Overdose.* Porto: European Harm Reduction Network.

<sup>89</sup> Julie G. Salvador (2020). Barriers to and recommendations for take-home Naloxone distribution: perspectives from opioid treatment programs in New Mexico.

<sup>90</sup> Klein P (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response.*

ห้องบริโภคนยาเสพติดทั้งหมดจะมีกฎหมายอนุญาตให้มีการบริโภคนยาเสพติดผ่านการสูดดมหรือการฉีด<sup>91</sup> โดยมีหลักการที่ว่า ผู้ที่เข้ามาใช้บริการห้องดังกล่าวจะต้องได้รับประโยชน์และความปลอดภัย และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐ มาตรการทางกฎหมายกำหนดรวมไปถึงแนวทางในการจัดหาอุปกรณ์ที่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับการใช้ในห้องบริโภคนยาเสพติด<sup>92</sup> ในประเทศสวีเดนเซอร์แลนดักำลังศึกษาความเป็นไปได้ ดำเนินการเพื่อให้มีบริการตรวจสอบยาเสพติดในห้องบริโภคนยาเสพติด<sup>93</sup>

เฉพาะในสหพันธ์รัฐเยอรมนี มีเพียงหกใน 16 รัฐของเยอรมนีเสนอให้มีห้องบริโภคนยาเสพติด<sup>94</sup> ในแคว้นบาวาเรียรัฐบาลของรัฐได้ปฏิเสธในการจัดตั้ง ห้องบริโภคนยาเสพติดเนื่องด้วยปรากฏมิจำนวนมากที่เสียชีวิตจากการเสพยาในเมืองใหญ่ๆ เช่น มิวนิค ออกสบูร์กและนูเรมเบิร์ก<sup>95</sup> ตามกฎหมายในลักเซมเบิร์กและบางภูมิภาคของเยอรมนี ห้องบริโภคนยาเสพติดไม่รับการบำบัดผู้ใช้นยาเสพติดการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid อย่างไรก็ตามตั้งแต่ 2016 รัฐเยอรมันสองรัฐ ได้แก่ Hesse and นอร์ทเวสต์ฟาเลีย ได้แก้ไขกฎหมายของรัฐเพื่อให้อนุญาตผู้คนที่เข้าถึงการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ใดๆก็ดี แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารและผู้อพยพ จะไม่สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้

ในประเทศเดนมาร์กจากการศึกษาเชิงคุณภาพปี 2016 เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เข้าบำบัดยาเสพติดในห้องบริโภคนยาเสพติดพบว่า เป็นมาตรการที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชน สถานที่บำบัดที่มีความปลอดภัย ได้รับความคุ้มครองจากหน่วยงานตำรวจและการสนับสนุนจากภาคสังคม ทำให้ได้รับความไว้วางใจ และเป็นมาตรการแม่แบบปูทางสำหรับการป้องกันปัญหาการใช้ยาเสพติดเกินขนาดและเข้าถึงการรักษาพยาบาลทั่วไปได้ดีขึ้น

นอกจากนั้นหลักฐานจากประเทศนอร์เวย์แสดงให้เห็นว่าการแจกจ่าย Naloxone กลับบ้าน มีประสิทธิภาพ รูปแบบสเปรย์จมูกของ Naloxone ได้รับการอนุมัติโดย คณะกรรมการยาโรยุโรปในเดือนพฤศจิกายน 2017 โดยมีประโยชน์ในการลดการบาดเจ็บและอาจถูกมองว่าใช้งานง่ายกว่าการใช้วิธีการอื่น ปัจจุบันโปรแกรมแจกจ่ายเพียร์ซของ Naloxone ดำเนินงานในสี่ประเทศในยุโรปตะวันตก ได้แก่ เดนมาร์ก อิตาลี นอร์เวย์และ สหราชอาณาจักร ดังนั้น เพื่อที่จะจัดการกับการเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ในการใช้ยาเกินขนาด การป้องกันการรวมกันวิธีการรวมถึง Naloxone, DCRs, OST และบริการตรวจยาเสพติดควรได้รับการสนับสนุนทั่วยุโรปตะวันตก

<sup>91</sup> National Infection Service (2018) *Unlinked Anonymous Monitoring Survey of People Who Inject Drugs: Data Tables*. London: Public Health England.

<sup>92</sup> Rigoni R, Breeksema J, Woods S (2018) *Speed Limits: Harm Reduction for People who use Stimulants*. Amsterdam: Mainline.

<sup>93</sup> Schori D (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>94</sup> EMCDDA (2018) *Germany Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>95</sup> Stöver H (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

#### 4. การลดอันตรายในเรือนจำ

ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดยังคงเป็นเรื่องสำคัญ ผู้สนับสนุนให้จำเรือนจำในยุโรปตะวันตก ในทั้งหมด ยกเว้นสี่ประเทศในภูมิภาคนี้ (ลักเซมเบิร์ก มอลตา, โปรตุเกสและสเปน), ครอบครองง่าย ๆ แม้แต่ยาผิดกฎหมายจำนวนเล็กน้อยก็สามารถนำไปสู่โทษจำเรือนจำ<sup>96</sup> สัดส่วนของนักโทษจองจำสำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดแตกต่างกันไปทั่วภูมิภาค<sup>97</sup> องค์กรทางสังคมทั่วทั้งภูมิภาคยังคงดำเนินต่อไปการรณรงค์เพื่อลดความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดส่วนบุคคล ใช้และครอบครองและทางระบบยุติธรรมทางอาญานำทางไปสู่การบำบัดรักษาและหลีกเลี่ยงการลงโทษ<sup>98</sup>

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาในเรือนจำทั่วยุโรปยังระบอบอย่างหนัก ตัวอย่างเช่น ข้อมูลจากปี 2010-2014 ปรากฏว่า 32.9% ของนักโทษในเบลเยียม 34% ในโปรตุเกสและ 42% ในนอร์เวย์ ได้รับรายงานว่ามีการใช้ยาผิดกฎหมายในช่วงเวลาจำคุก<sup>99</sup> โดยมีกัญชาเป็นสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดใเรือนจำยุโรปตะวันตก อย่างไรก็ตาม 13.3% ของ นักโทษเบลเยียม 9.4% ของนักโทษชาวโปรตุเกสและ 31.4% ของนักโทษสเปน ได้รับรายงานว่าใช้เฮโรอีนขณะถูกจำคุก นอกจากนี้ ยังปรากฏสถิติของการติดเชื้อ เช่น ตับอักเสบบจากไวรัสและเอชไอวี สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในหมู่นักโทษในเรือนจำ<sup>100</sup> ข้อมูลนี้ชัดเจนแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการบริการลดอันตรายในเรือนจำ

ตั้งแต่ปี 2016 เนื่องมาจากการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ๆ (NPS) ในเรือนจำ โดยเฉพาะการใช้กัญชาสังเคราะห์ในเรือนจำเป็นปัญหาสำคัญในเยอรมนี สวีเดนและสหราชอาณาจักร<sup>101</sup> ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 58 คนในเรือนจำอังกฤษ เหตุนี้ได้นำมาประกอบเป็นส่วนหนึ่งของการใช้งาน NPS<sup>102</sup> เรือนจำทั้งหลายยังคงมุ่งเน้นไปที่การลดการใช้ยาเสพติด การทดสอบและการห้ามสูบบุหรี่<sup>103</sup> การเข้าถึงบริการลดอันตรายในเรือนจำ

<sup>96</sup> EMCDDA (2018) *European Legal Database on Drugs: Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>.

<sup>97</sup> UNODC (2018) *World Drug Report 2018*. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.

<sup>98</sup> Release (2017) *Self-Representation Guide for Drug Possession Offences*. London: Release. Available from: <https://www.release.org.uk/publications/self-representation-guide-for-drug-possession-offences>.

<sup>99</sup> EMCDDA (2018) *Statistical Bulletin 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>100</sup> Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L, et al. (2018) 'Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.' *Lancet Infect Dis*.

<sup>101</sup> EMCDDA (2018) *New Psychoactive Substances in Prison*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>102</sup> PPO (2016) *New Psychoactive Substances Play a Part in Yet More Prison Deaths, says Ombudsman*. Prisons & Probation Ombudsman. Available from: <https://www.ppo.gov.uk/new-psychoactive-substances-play-a-part-in-yet-more-prison-deaths-says-ombudsman/>.

<sup>103</sup> EMCDDA (2018) *New Psychoactive Substances in Prison*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

มาตรการการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid สามารถใช้ได้สำหรับนักโทษในเรือนจำ อย่างไรก็ตามการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid มักมีให้บริการตามเงื่อนไขที่จำกัดมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในเบลเยียม จะส่งนักโทษไปรับการบำบัดนอกเรือนจำ<sup>104</sup> ในประเทศมอลตาและโปรตุเกสผู้ต้องขังในเรือนจำบางแห่งจะต้องถ่ายโอนไปยังสถานพยาบาลภายนอกก่อนที่จะสามารถเริ่มต้นการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ได้และพบอุปสรรคในการเข้าถึงสถานบำบัดเนื่องจากต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่เรือนจำเพื่อพานักโทษเดินทางไปบำบัด<sup>105</sup>

บทบัญญัติเกี่ยวกับเรือนจำยังมีความแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น 30% ของเรือนจำสวีเดนไม่ได้ให้บริการการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ที่ทั้งหมด<sup>106</sup> ในไอร์แลนด์มีเพียง 11 จาก 14 เรือนจำให้การบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid<sup>107</sup> ในสหราชอาณาจักรข้อบังคับระบุว่าควรมีการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid บนพื้นฐานเดียวกันกับในชุมชน<sup>108</sup> อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติแล้วความพร้อมใช้งานขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ เรือนจำแต่ละแห่งและความไม่พร้อมของข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้<sup>109</sup>

คำพิพากษาของศาลยุโรปประจำปี 2016 ระบุว่าสิทธิพิเศษการรักษาการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ถึงนักโทษคนหนึ่งที่ถูกควบคุมในเรือนจำ เป็นการฝ่าฝืนมาตรา 3 แห่งอนุสัญญายุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งห้ามการปฏิบัติที่ไร้มนุษยธรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรี<sup>110</sup> ดังนั้น ทุกๆ ประเทศในยุโรปตะวันตกอยู่ภายใต้สัญญาและจำเป็นต้องให้มีมาตรการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน Opioid ในเรือนจำ

### (3) การพัฒนาโยบายสำหรับการลดอันตราย

อย่างน้อย 17 จาก 25 ประเทศในตะวันตกยุโรปได้ใช้กลยุทธ์ที่แสดงการสนับสนุนสำหรับอันตราย harm reduction ในอย่างน้อยห้าประเทศเหล่านี้ ได้แก่ ไชปรัส เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกสและสวิตเซอร์แลนด์ การลดอันตรายเป็นเสาหลักของนโยบายยาเสพติดแห่งชาติ แยกจากการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>111</sup>

จากการหารือระหว่างประเทศในยุโรปตะวันตก รัฐบาลได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากวาระการลดอันตราย คณะผู้แทนชาวไอริชที่คณะกรรมการยาเสพติดขยายเสพติดในปี 2561 ได้ทำแถลงการณ์ที่สนับสนุน

<sup>104</sup> Windelinckx T (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>105</sup> EMCDDA (2018) *Malta Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>106</sup> Schori D (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>107</sup> EMCDDA (2018) *Ireland Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>108</sup> Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Group (2017) *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health.

<sup>109</sup> Carre Z (2018) *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*.

<sup>110</sup> ECHR (2016) *Domestic Authorities Failed to Thoroughly Examine Which Therapy was Appropriate for Long-term Drug Addict in Detention*. Strasbourg: European Court of Human Rights.

<sup>111</sup> EMCDDA (2018) *Cyprus Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

การลดอันตราย<sup>112</sup>และแถลงการณ์ร่วมของสหภาพยุโรป ในพอร์รัมเดียวกันภายหลังในปี 2018 คือ สนับสนุนอย่างยิ่งในการเปลี่ยนไปสู่สิทธิมนุษยชนและการตอบสนองต่อยาโดยคำนึงถึงสุขภาพเป็นหลัก<sup>113</sup> ประชาสังคมองค์กรในประเทศเยอรมนี อิตาลี เนเธอร์แลนด์และสเปนก็เน้นย้ำว่ารัฐบาลได้รับการสนับสนุนในการอันตรายลดยาเสพติดในการประชุมระหว่างประเทศ<sup>114</sup>

### 3.2.2 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ในส่วนนี้จะได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและการนำมาตราการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

นโยบายการบริหารจัดการคดียาเสพติดในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีความชัดเจน มีการจำแนกเป็นกระบวนการตั้งแต่ก่อนเป็นคดี การปราบปราม จนถึงการบำบัดผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วย ถึงเป็นนโยบายการบริหารจัดการคดียาเสพติดที่ครบวงจรและประสบความสำเร็จประเทศหนึ่ง แนวทางนโยบายการบริหารคดียาเสพติดเป็นไปดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพ แสดงนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของเยอรมนี



จากแผนภาพข้างต้น แสดงนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของเยอรมนีว่าถูกแบ่งออกเป็นสี่แนวทางดังต่อไปนี้<sup>115</sup>

แนวทางที่ 1 การป้องกัน

แนวทางที่ 2 การบำบัดรักษา

แนวทางที่ 3 การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดและ

<sup>112</sup> Hanney T (2018) *Ireland National Statement*. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.

<sup>113</sup> European Union (2018) Statement on the Occasion of the CND Intersessional Meeting. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.

<sup>114</sup> Stöver H (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.

<sup>115</sup> Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

#### แนวทางที่ 4 การดำเนินคดี

ความสำคัญของการป้องกัน ได้แก่ การใช้มาตรการใดๆ เพื่อไม่ให้บุคคลเข้าไปสู่ขั้นตอนของการถูกดำเนินคดี กล่าวคือ บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดนั้นเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติดอย่างหนัก (Drugs Dependencies) และไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ จึงต้องเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีในที่สุด อนึ่ง อีกทั้งเป็นหน้าที่ของนครออบคริวที่ต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและภาคสังคม ต้องมีการให้ความรู้กับประชาชน โดยเฉพาะที่เป็นเด็กและเยาวชน ไม่ให้ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและอธิบายให้รู้ถึงพิษภัยเกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงอธิบายถึงสารเสพติดตัวไหนที่เสพติดได้หรือเสพติดไม่ได้ตามกฎหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดความประสงค์และต้องการยาเสพติดที่มีความอันตราย ถ้ากระบวนการในขั้นตอนการป้องกันไม่ได้ผล บุคคลนั้นก็ต้องสู่กระบวนการฟื้นฟูบำบัด เพื่อแสวงหาแนวทางในการรักษาให้หายเป็นปกติ และกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติได้ แต่ก็ต้องยอมรับประการหนึ่งว่า บุคคลบางคนไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติขั้นตอนการบำบัดรักษาได้และไม่สามารถแสวงหาแนวทางในการรักษาได้ในเวลาจำกัด ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า สองขั้นตอนนี้ ได้แก่ การป้องกันและการฟื้นฟูบำบัด ถือเป็นกระบวนการลดทอนอาชญากรรม (Crime Reduction) ในเยอรมนี อีกทั้งยังมีมาตรการที่เป็นไปในแนวทางดังกล่าวได้แก่ การที่รัฐให้ยาเสพติดแก่บุคคลเพื่อรักษาหรือ Drugs Substitute Treatment เช่น Methadone Program โครงการก่อตั้ง “ห้องเสพยา” หรือ Injection Room หรือการอนุญาตให้เสพยา Heroin ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐ<sup>116</sup> เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีกด้วย

แต่กระบวนการดังกล่าวก็มีข้อโต้แย้งที่ว่า ไม่ได้เป็นมาตรการที่ทำให้บุคคลเลิกเสพยา แต่ยังคงให้เขายังคงเสพยาต่อไป อย่างไรก็ตามเราต้องยอมรับความจริงที่ว่า มาตรการที่ทำให้คนเลิกเสพยาด้วยการเสพยา จะได้ผลในการป้องปรามการกระทำความผิดได้อย่างสมบูรณ์

เฉพาะในแนวทางที่ 4 การดำเนินคดีอาญากับผู้เสพยาเสพติด กฎหมายยาเสพติดของเยอรมนีหรือ "Betäubungsmittelgesetz", BtMG เป็นมาตรการทางกฎหมายที่มีบทลงโทษสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทที่ผิดกฎหมายทุกประเภท ยกเว้นแต่ การเสพยา วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับดังกล่าวได้แก่ การจัดการเคลื่อนย้ายและจำหน่ายยาเสพติดทุกรูปแบบอย่างสมบูรณ์แบบ โดยเน้นไปที่การดำเนินคดีกับผู้นำเข้าและจำหน่ายและการดำเนินคดีกับผู้ครอบครองยาเสพติดโดยค้ำนึ่งถึงปริมาณยาในครอบครอง อย่างไรก็ตาม กฎหมายของเยอรมนีไม่ได้อนุญาตให้บุคคลปลูกและใช้ยาเสพติดบางประเภท อย่างเช่น กัญชา (Cannabis) เหมือนดังบางประเทศในทวีปอเมริกาและมาตรการบังคับทางอาญา จะไม่นำมาใช้ในการครอบครองและส่งมอบยาเสพติด ในปริมาณที่พิสูจน์หลักฐานว่าจะใช้เพื่อการเสพยาและในบางกรณีอาจมีการลดทอนอัตราส่วนการลงโทษหรือหยุดการบังคับโทษได้ เมื่อบุคคลได้ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว

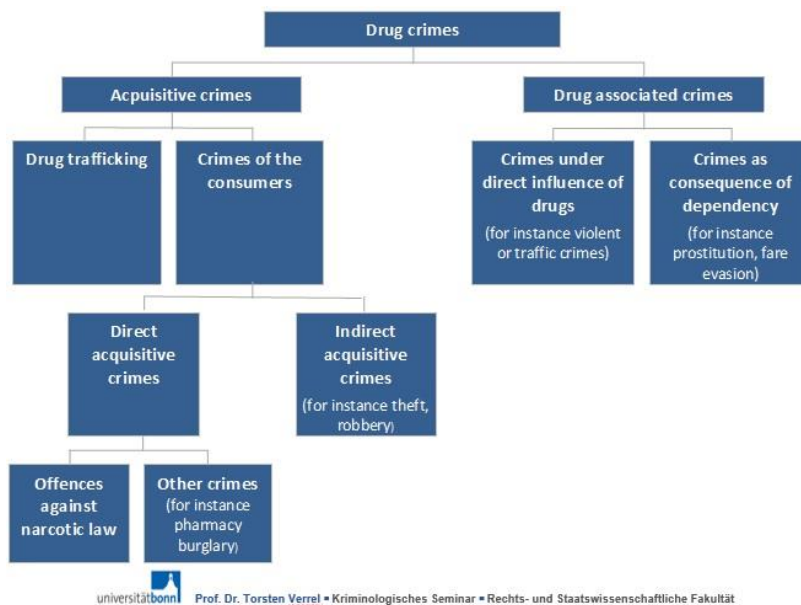
<sup>116</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำผิดคดียาเสพติด เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.



สิ่งนี้คือ การใช้มาตรการบำบัดรักษา แทนการดำเนินคดี อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวก็ยังคงแก้ไขปัญหากรณีผู้เสพยาอยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพายาเสพติดตลอดหรือ Drugs Dependency<sup>117</sup>

อีกสิ่งหนึ่งที่ควรคำนึง ได้แก่ ประสิทธิภาพในการดำเนินคดีของหน่วยงานภาครัฐและแม้กระทั่งศาล จะต้องเน้นการปราบปรามและลงโทษผู้กระทำความผิดฐานผลิตและจำหน่ายมากกว่าผู้เสพโดยสิ้นเชิง

แผนภาพ แสดงโครงสร้างของอาชญากรรมยาเสพติดในเยอรมนี<sup>118</sup>



จากแผนผังข้างต้น แสดงให้เห็นโครงสร้างของอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดในเยอรมนี โดยแบ่งอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ อาชญากรรมที่เกิดการกระทำความผิดโดยตรง (Acquisitive Crimes) และอาชญากรรมที่เป็นผลสืบเนื่องจากการกระทำความผิด (Drugs Related Crimes)

ในส่วนของอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำความผิดโดยตรง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทย่อย ได้แก่ การขนยาเสพติด (Drugs Trafficking) และการจำหน่ายยาเสพติด (Crimes of the Consumers)<sup>119</sup>

เฉพาะในประเภทของการจำหน่ายยาเสพติด ก็แบ่งออกเป็น 2 ประเภทย่อยได้แก่ การกระทำที่เป็นจำหน่ายยาเสพติดโดยตรง (Direct Acquisitive Crimes) และการกระทำที่เกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกับการจำหน่ายยาเสพติด (Indirect Inquisitive Crimes) โดยเป็นอาชญากรรมอื่นที่กระทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์จะนำเงินไปซื้อยาเสพติด เช่น ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินฐานลักทรัพย์ ยักยอกหรือ ฉ้อโกง

<sup>117</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

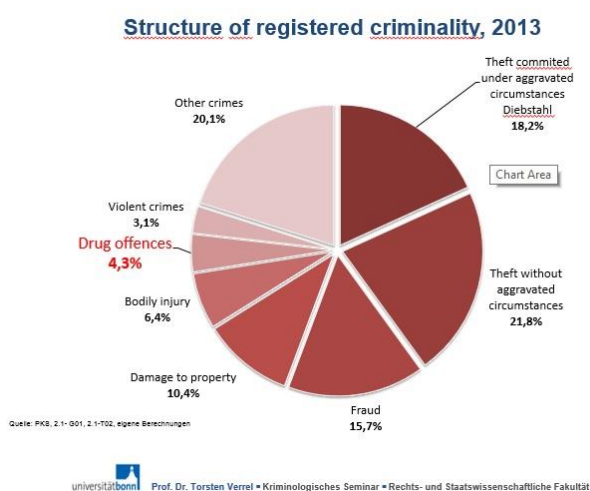
<sup>118</sup> Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

<sup>119</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

ในส่วนของการอาชญากรรมที่เป็นการกระทำความผิดโดยตรง แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทย่อยๆ อีก ได้แก่ การกระทำอันเป็นความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดโดยตรง (Crimes Against Narcotics Laws) และการกระทำที่เป็นความผิดตามกฎหมายเรื่องอื่น (Other Crimes) เช่น กฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุขหรือกฎหมายขอทาน เป็นต้น<sup>120</sup>

ส่วนอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติด (Drugs Associated Crimes) หมายถึง อาชญากรรมอื่นที่เป็นผลกระทบสืบเนื่องจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เป็นประธาน โดยแบ่งออกเป็น อาชญากรรมอื่นที่เป็นรับอิทธิพลโดยตรงจากความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด (Crimes under Influence of Drugs) เช่น อาชญากรรมรุนแรง (Violent Crimes) หรือ การขนของผิดกฎหมาย (Illicit Drugs Trafficking) และอาชญากรรมที่เป็นผลมาจากการการติดยาหรือต้องพึ่งยาเสพติด (Crimes as Consequence of Dependency) เช่น อาชญากรรมค้าหญิงและเด็ก โสเภณีหรือการเดินทางโดยไม่ชำระค่าตั๋ว เป็นต้น<sup>121</sup>

**แผนภาพ** แสดงสัดส่วนของคดีอาญาที่ได้รับรายงานในปี 2013 ในเยอรมนี<sup>122</sup>



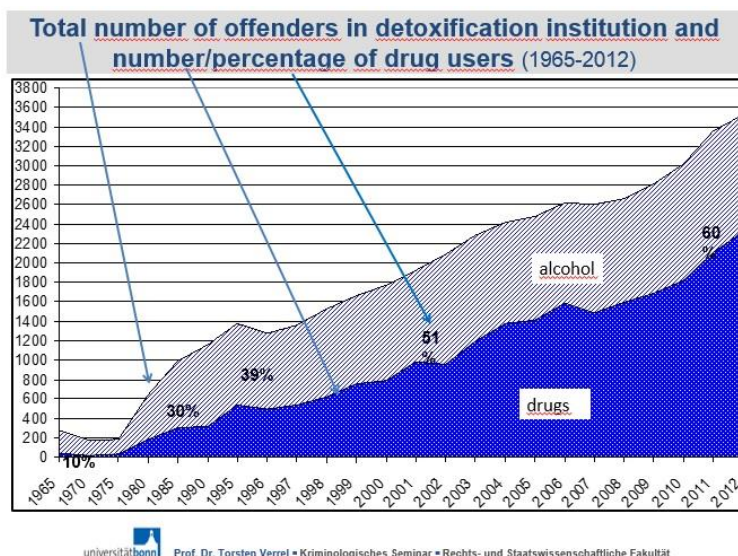
จากแผนผังข้างต้น แสดงถึงสัดส่วนร้อยละของปริมาณคดีอาญา ในปี 2013 จำแนกตามอาชญากรรมประเภทต่างๆ ที่ได้รับการรวบรวมในชั้นตำรวจของเยอรมนี โดยอาชญากรรมที่อัตราปริมาณคดีสูงสุดได้แก่ ลักทรัพย์หรือความผิดที่ใกล้เคียงกันที่ไม่มีพฤติการณ์ที่รุนแรงประกอบ มีถึงร้อยละ 21.8 รองลงมาได้แก่ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ที่มีพฤติการณ์รุนแรงประกอบ คิดเป็นร้อยละ 18.2 ส่วนอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดจะมีจำนวนไม่มากในเยอรมนี กล่าวคือ ร้อยละ 4.3 ของปริมาณคดีทั้งหมด

<sup>120</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>121</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>122</sup> Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

แผนภาพ แสดงจำนวนผู้กระทำความผิดที่ผ่านการบำบัดรักษาในเยอรมนี ตั้งแต่ปี 1965-2012<sup>123</sup>



แผนภูมิต่อไปนี้อาจแสดงถึงพัฒนาการของอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติด ในรอบ 40 ปี คือปี 1965 – 2012 จากสิ่งที่แสดงในแผนภูมิตั้งกล่าวพบว่า จำนวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของเยอรมนี มีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำแนกเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือที่เรียกว่า Soft Drugs หรืออาจเรียกว่า ผู้ต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependencies) มีจำนวนร้อยละ 40 ของผู้กระทำความผิดทั้งหมดประมาณ 3,500 คน ในปี 2012 ในขณะที่ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษหรือ Hard Drugs หรือ ผู้ต้องพึ่งพายาเสพติด (Drugs Dependencies) มีจำนวนร้อยละ 60 ของผู้กระทำความผิดทั้งหมด ซึ่งมากกว่าผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อมองภาพรวมแล้ว จำนวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับยาเสพติดรวมกันของเยอรมนี ยังน้อยกว่าผู้กระทำความผิดทั้งสองอย่างในประเทศไทยเป็นเท่าตัว

อย่างไรก็ดี สถิติที่ได้นำเสนอนี้ เป็นสถิติอัตราส่วนคดีที่เก็บรวบรวมในชั้นตำรวจ อาจไม่สะท้อนปริมาณคดียาเสพติดที่เกิดขึ้นจริงในเยอรมนีได้ทั้งหมด<sup>124</sup>

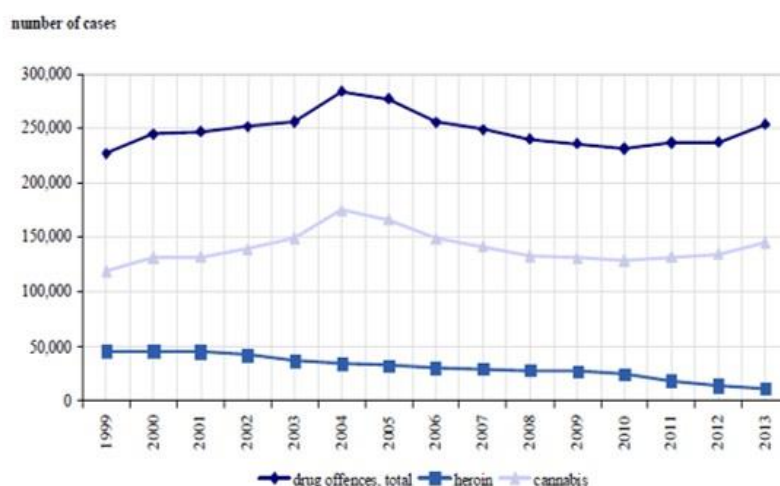
<sup>123</sup> Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

<sup>124</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

แผนภาพต่อไปนี้ แสดงสถิติการดำเนินคดียาเสพติดของศาลอาญาเยอรมนี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1999-2013  
 แผนภาพที่ แสดงแนวโน้มปริมาณของคดียาเสพติดในเยอรมนี ตั้งแต่ปี 1999-2013<sup>125</sup>

#### Development of drug offences

12 - G03



universität bonn Prof. Dr. Torsten Verrel = Kriminologisches Seminar = Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นแนวโน้มสถิติคดียาเสพติดในเยอรมนีในภาพรวมว่ามีแนวโน้มคงที่ สถิติจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี ค.ศ. 2004 แต่หลังจากนั้นก็กลับสู่สภาพปกติและเมื่อพิจารณาถึงปริมาณคดียาเสพติดจำแนกประเภทคดีความผิดเกี่ยวกับเฮโรอีน มีแนวโน้มคงที่และยังคงเป็นประเภทของสารเสพติดที่เป็นคดีมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาถึงความผิดเกี่ยวกับกัญชา ซึ่งมีปริมาณคดีไม่ถึง 50,000 คดีตั้งแต่แรก แผนภูมิดังกล่าวแสดงให้เห็นชัดเจนว่าปริมาณคดีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนใกล้ศูนย์ เช่นนี้อาจเป็นเพราะรัฐบาลเยอรมนีได้นำหลักการจำแนกคัดกรองผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดตั้งที่ได้กล่าวมาในตอนต้นมาใช้และมีการบังคับใช้นโยบายช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างจริงจังหรืออีกนัยหนึ่ง กัญชา อาจไม่ใช่สารเสพติดที่ก่ออันตรายจนต้องปราบปรามในเยอรมนีมากนัก

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการดำเนินคดียาเสพติดจำนวนหนึ่งในชั้นศาล แต่ปริมาณผู้กระทำความผิดที่ตัดสินให้จำเริญจำมีจำนวนเพียงหนึ่งในสามของจำนวนคดียาเสพติดเท่านั้น เพราะมีผู้กระทำความผิดที่ได้รับการตัดสินให้รับโทษอย่างอื่นนอกจากจำเริญจำถึง สองในสามส่วนของจำนวนคดีทั้งหมด ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าศาลอาญาเยอรมันเน้นการพิจารณาลงโทษอย่างอื่นนอกจากการจำเริญจำ เพื่อวัตถุประสงค์ในการนำไปบำบัดรักษานั้นเอง<sup>126</sup>

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับสถิติคดีอาญา ได้แก่ การบำบัดรักษาตามคำสั่งของศาลอาญาเยอรมนีเป็นจำนวนมากขึ้นทุกปี พิจารณาจากจำนวนผู้กระทำความผิด Soft Drugs ที่ต้องบำบัดเพียง 200 คนในปี 1965

<sup>125</sup> Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.

<sup>126</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

แต่ทุกวันนี้มีจำนวน 3,500 คนในปี 2012 กล่าวคือจากจำนวนที่ผู้ที่ต้องเข้ารับการบำบัดจากร้อยละ 20 สู้อยู่ร้อยละ 60 ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ดี ที่เยอรมนีก็มีปัญหาผู้ต้องขังเสพยาเสพติดในเรือนจำ ซึ่งเป็นปัญหาหลัก เพราะนอกจากจะทำให้การฟื้นฟูบำบัดรักษายาเสพติดไม่ประสบผลสำเร็จแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาด้านสุขอนามัยของชุมชนในโอกาสต่อไปด้วย แม้ว่าจะกำหนดให้แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดต้องห้ามในเรือนจำ และแม้ว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐจะกระทำการป้องปรามการเสพยาในเรือนจำแล้วก็ตาม ปริมาณคดีที่เป็นคดีความผิดยาเสพติดให้โทษยังมีปริมาณคดี ประมาณร้อยละ 15 คดีผู้เสพยาเสพติดให้โทษ ร้อยละ 30-40 ส่วนคดียาเสพติดที่มีผู้หญิงเข้ามาเกี่ยวข้องจนทำให้เกิดจำนวนผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ มากกว่าร้อยละ 50 <sup>127</sup>

## (2) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

การพัฒนาบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เริ่มต้นมาจากปัญหาอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดการเพิ่มขึ้นในประเทศเยอรมนีในตอนท้ายของทศวรรษที่ 1960 สถานการณ์ดังกล่าวทำให้รัฐบาลเยอรมนีออกกฎหมายเกี่ยวกับการติดยาเสพติดและการลักลอบค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่เดิม เยอรมนีใช้รัฐบัญญัติปี ค.ศ.1929 ในการควบคุมสารเสพติด แต่ในปัจจุบัน ใช้รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด (Betäubungsmittelgesetz : BtMG) นำมาใช้ในปี ค.ศ.1982 เป็นบทบัญญัติที่เป็นไปตามหลักการพื้นฐานของอนุสัญญาของสหประชาชาติเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1961 และอนุสัญญาของสหประชาชาติว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971<sup>128</sup>

วัตถุประสงค์สำคัญยิ่งของรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด คือ การป้องกันของสุขภาพของมนุษย์จากภัยของยาเสพติด รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด มีบทบัญญัติอยู่ห้าส่วนต่อไปนี้

1. รายการข้อสรุปประเภทชนิดของยาเสพติดทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ในในตาราง I ถึง III (ตารางที่กำหนดไว้ในมาตรา 1 หมวดย่อย 1);
2. การผลิต การค้าและการดำเนินงานและขั้นตอนการออกใบอนุญาต (มาตรา 3 ถึง 12, 14, 17, 18);
3. ใบสั่งยาเสพติดให้โทษ (มาตรา 13);
4. ความผิดทางอาญาและการบริหาร (มาตรา 29-34); และ
5. มาตรการทางเลือกสำหรับผู้ที่ทำให้กระทำความผิดติดยาเสพติด (มาตรา 34-38); มาตรการเหล่านี้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในปี 1982

นอกจากนี้ รัฐบาลออกกฎหมายบนพื้นฐานเพื่อการควบคุมการค้ายาเสพติดสี่ข้อบัญญัติ มีรายละเอียดต่อไปนี้<sup>129</sup>

1. ใบสั่งยาของยาเสพติดติดยาเสพติดโดยแพทย์ทันตแพทย์และสัตวแพทย์ (BtMVV)
2. การค้ายาเสพติดในประเทศ (BtMBinHV)

<sup>127</sup> กอบกุล จันทวโรและคณะ. (2559). อ้างแล้ว.

<sup>128</sup> Germany Drug Control Data and Policies : Drug War Facts. (2015) Get The Facts Drug War Facts.org. Retrieved from <http://www.drugwarfacts.org/cms/germany#sthash.Gpq89PU.dpbs> .

<sup>129</sup> Ibid.

3. การค้าต่างประเทศในการปราบปรามยาเสพติด (BtMAHV)

4. ค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียม สำหรับการกระทำอย่างเป็นทางการต่างๆ ที่ดำเนินการโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการใช้ยาและอุปกรณ์การแพทย์ (BfArM) เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายการค้าและเคลื่อนย้าย (BtMKostV)

กฎหมายยาเสพติดฉบับดังกล่าว บัญญัติเรื่องการตรวจสอบสารตั้งต้นและได้มีการแก้ไขรัฐบัญญัติฉบับดังกล่าวในปี 2008 เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบต่างๆ ที่ออกโดยสหภาพยุโรป นอกจากนี้ ยังมีบทบัญญัติประมวลกฎหมายอาญา (StGB) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (StPO) และ รัฐบัญญัติ ศาลเยาวชน (JGG) ที่นำมาใช้บังคับในการควบคุมยาเสพติดด้วย<sup>130</sup>

ภายใต้รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด มาตรา 13 หมวดย่อย 1 การลงโทษ 1 ได้บัญญัติแนวทางในการบังคับโทษ หลักการลดอันตราย (Harm Reduction) การบำบัดรักษาและเรื่องอื่นๆ ดังต่อไปนี้<sup>131</sup>

1) การขยายช่วงของการลงโทษสำหรับความผิดยาเสพติดขั้นพื้นฐานจาก "โทษจำเรือนจำไม่เกินสี่ปีหรือปรับ" กับ "โทษจำเรือนจำไม่เกินห้าปีหรือปรับ" (ส่วน CF 29 หมวดย่อย 1.)

2) แนวทางในการให้ยาเสพติดแก่บุคคลเพื่อการบำบัดโดยไม่ต้องดำเนินคดี (มาตรา 29 หมวดย่อย 1 การลงโทษ 2.);

3) มาตรการบังคับเลือก เพื่อลดทอนการลงโทษสำหรับกรณีของเล็กๆ น้อยๆ หรือการใช้ยาเสพติดเพื่อเสพเป็นส่วนตัว โดยการวินิจฉัยความผิดขึ้นอยู่กับการตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียวของอัยการ โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมของศาล (decriminalization ตามมาตรา 31a);

4) บทบัญญัติสำหรับผู้ที่กระทำผิดประเภทติดยาเสพติดที่จะผันไปใช้มาตรการยุติธรรมทางเลือกหรือไม่ โดยศาลอาจตัดสินว่าจะให้ดำเนินการรักษาด้วยการบำบัดยาเสพติดหรือให้จำเรือนจำตาม ข้อกำหนดในส่วน 35-38 ของรัฐบัญญัติ

5) การกำหนดบทลงโทษที่รุนแรงขึ้นต่ำในรัฐบัญญัติ ที่จะนำมาใช้ในกรณีการค้ายาเสพติดอย่างจริงจัง โดยอาศัยอำนาจตามรัฐบัญญัติการปราบปรามอาชญากรรมและรัฐบัญญัติเกี่ยวกับการต่อสู้กับอาชญากรรม (OrgKG);

6) การออกใบรับอนุญาตการเพาะปลูกกัญชาโดยจำกัดจำนวน เพื่อประโยชน์ในทางอุตสาหกรรมโดยสถานประกอบการที่จดทะเบียนในการเกษตร ตามระเบียบ (EEC) เลขที่ 1308-1370 ในองค์การร่วมกันของตลาดในผ้าลินินและป่าน (รายละเอียดในส่วน 24a และ "กัญชา");

7) การใช้งานการจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติด (มาตรา CF 10a และด้านล่างในบท "การป้องกัน, การดูแลรักษา")

<sup>130</sup> Germany Drug Control Data and Policies : Drug War Facts. (2015) Get The Facts Drug War Facts.org. Retrieved from <http://www.drugwarfacts.org/cms/germany#sthash.Gpq89PU.dpbs> .

<sup>131</sup> Ibid. .

8) ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในเรื่องคุณสมบัติของแพทย์ ที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

9) การแนะนำของการรักษาทดแทน

### (3) การจำแนกประเภทยาเสพติดให้โทษที่ต้องควบคุม

ยาเสพติดให้โทษหรือสารเสพติดที่ถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ; ได้รับการระบุในกฎหมายอย่างละเอียด ในตารางท้ายรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด (มาตรา 1 หมวดย่อย. 1 และ 2 ) ตารางเหล่านี้ไม่เพียง แต่รวมถึงสารทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเท่านั้น แต่ในนอกจากนั้นยังมีบัญชีสารเสพติดที่อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจของสหภาพยุโรป (EU)หรือรัฐบาลเยอรมัน ที่ได้รับการขึ้นบัญชีจัดเป็นยาเสพติด (เช่น สาร methadone phenpromethamine (PPMA) TMA-2, BZP ฯลฯ) รวมถึงข้อกำหนดขั้นตอนของการเตรียมยาเสพติดเพื่อใช้ในทางการแพทย์ (prescribable) ได้รับการยกเว้น ถ้ามีสารที่ใช้งานอยู่ที่ระดับความเข้มข้นต่ำ<sup>132</sup>

โดยสรุปแล้ว บัญชีรายชื่อยาเสพติดท้ายรัฐบัญญัติดังกล่าว ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 ระบุ "ยาเสพติดที่ไม่มีตลาดซื้อขาย" เป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายโดยไม่มีหลักฐานที่ใช้ในปัจจุบันได้รับประโยชน์ทางการแพทย์เช่น เฮโรอีนและยาเสพติดทุกประเภทอื่น

ตารางที่ 2 ระบุ "ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่สามารถใช้ได้เช่นยาพิเศษ" เช่น ยาเสพติดที่ใช้ในเชิงพาณิชย์สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์อื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา เหล่านี้รวมถึง tetrahydrocannabinol (THC)และ dexamphetamine

ตารางที่ 3 ระบุ "ยาเสพติดของตลาดที่มีอยู่ในใบสั่งยาพิเศษ" เหล่านี้เป็นยาเสพติดที่อาจจะกำหนดโดยแพทย์ทันตแพทย์และสัตวแพทย์เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ (เช่น ผื่น มอร์ฟินและเมธาโดน)

อนึ่ง บัญชียาเสพติดตามกฎหมายตารางเหล่านี้ จะแก้ไขเพิ่มเติมโดยบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ออกโดยรัฐบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ทำได้โดยสภานิติบัญญัติ (CF มาตรา 1 หมวดย่อย. 2 BtmG) ในกรณีเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม กระบวนการสาธารณสุขมีอำนาจแต่เพียงผู้เดียวที่จะกำหนดสารเสพติดและการเตรียมการที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการผลิตยา ลงในตารางในเวลาที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงความจำเป็น ขอบเขตของอันตรายและผลกระทบจากการใช้ตามความเป็นจริง<sup>133</sup>

### (4) การจำแนกความผิดทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด

มาตรา 29-34 ของรัฐบัญญัติ Narcotic Act (BtmG) ประกอบด้วยบทบัญญัติกำหนดมาตรการที่ครอบคลุมของความผิดทางอาญา ความผิดในการบริหารและบทบัญญัติเพิ่มเติมที่ใช้บังคับในการเชื่อมต่อการค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการกำหนดความผิดทางอาญาและมาตรการทางอาญาทั้งหมดที่ระบุไว้ในอนุสัญญากรุงเวียนนา 1988 โดยกำหนดมาตรการบังคับดังต่อไปนี้<sup>134</sup>

<sup>132</sup> Germany Drug Control Data and Policies : Drug War Facts. (2015) Get The Facts Drug War Facts.org. Retrieved from <http://www.drugwarfacts.org/cms/germany#sthash.Gpq89PU.dpbs> .

<sup>133</sup> Ibid.

<sup>134</sup> Ibid.

- 1) ความผิดทางอาญาโทษถึงจำเรือนจำห้าปีหรือปรับ ส่วน CF 29 หมวดย่อย 1 ซึ่งไม่ได้ระบุ 1-14
- 2) กรณีที่รุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งของความผิดทางอาญาโทษถึงจำเรือนจำไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและไม่เกิน 15 ปี ส่วน CF 29 ผู้ได้บังคับบัญชา 3 และมาตรา 29a และ
- 3) การก่ออาชญากรรมที่มีโทษถึงจำเรือนจำไม่น้อยกว่าสองปี (ในกรณีพิเศษ ไม่น้อยกว่าสามหรือห้าปี) และไม่เกิน 15 ปี ในบทบัญญัติส่วน CF 30 ถึง 30b

ในส่วนของการค้าที่ผิดกฎหมายและการลักลอบขน (นำเข้าส่งออกการขนส่ง) การเพาะปลูกและการผลิตที่ผิดกฎหมายของยาเสพติด ยาเสพติด จัดอยู่ในอันดับหมู่ความผิดที่ร้ายแรงที่สุดในคดียาเสพติด การจัดหมวดหมู่สามประเภทดังกล่าวข้างต้นพิจารณาจากสถานการณ์ของการกระทำความผิดที่มีอยู่จริง ในกรณีปริมาณยาเสพติด ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสภาพการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในคราวนั้น เช่น กรณีที่ผู้ใหญ่จับให้เด็กเสพยาเสพติด (aggravating) (มาตรา 29a) การเคลื่อนย้ายยาเสพติดในลักษณะของ "มืออาชีพ" หรือเป็นสมาชิกขององค์กรอาชญากรรม (ส่วน 30 30a) หรือเมื่อผู้ต้องหาคดียาเสพติดที่มีพฤติกรรมของการกระทำความผิดรุนแรงอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ใช้อาวุธทำอันตรายต่อร่างกายหรือแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย (มาตรา 30a)<sup>135</sup>

นอกจากนั้น แม้ว่าบทบัญญัติที่กำหนดมาตรการการบังคับโทษจะมากหรือน้อย ไม่ได้สัมพันธ์กับชนิดประเภทของยาเสพติดที่กำหนดไว้ในบัญชีตามกฎหมาย แต่ในความเป็นจริง เจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมที่จะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาโดยคำนึงถึงชนิดของยา ความเสี่ยงส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน พฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องในการกระทำความผิดทั้งปวง ในทางปฏิบัติ กรณีที่มีปริมาณยาเสพติดน้อย บทลงโทษก็จะรุนแรงน้อยกว่าที่กำหนดไว้กว่าที่กำหนดไว้ในบทบัญญัติ แต่บทลงโทษอาจสูงชันกว่ามาก เมื่อเป็นการกระทำความผิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์และการลักลอบขนหรือองค์กรอาชญากรรม<sup>136</sup>

#### (5) ความผิดฐานใช้ยาเสพติดและครอบครองยาเสพติด

รัฐธรรมนูญการควบคุมการค้ายาเสพติดนั้น ไม่ได้กำหนดเรื่องปริมาณเท่าใดของการใช้ยาเสพติดที่เป็นความผิดหนักเบาไว้อย่างชัดเจน แต่การครอบครองยาเสพติดดังกล่าวก็เป็นความผิดทางอาญา แต่ใครก็ตามที่ครอบครองยาเสพติดสำหรับการใช้งานส่วนบุคคลและไม่ได้มีการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรในการซื้อของยาเสพติด จะได้รับการพิจารณาตามความผิดตามมาตรา 29 อนุ 1 ของรัฐธรรมนูญการควบคุมการค้ายาเสพติดที่กำหนดให้ทุกคนที่ ปลูก, ผลิต, จำหาและจำหน่ายยาเสพติดในตลาดสถานที่อื่นๆ โดยไม่ได้รับการอนุญาตอย่างเป็นทางการใดๆ ส่วนขอบเขตของการใช้ดุลพินิจในการดำเนินคดีความผิดสำหรับการใช้งานส่วนบุคคล ได้รับการบัญญัติในปี 1992 ตั้งแต่นั้นพนักงานอัยการภายใต้การพิจารณาอย่างเคร่งครัดตามบทบัญญัติของมาตรา 31a อาจพิจารณาให้ส่งไม่ฟ้องคดีได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมของศาลหรือเมื่อเป็นกรณีที่ความผิดของ

<sup>135</sup> Ibid.

<sup>136</sup> Ibid.



ผู้กระทำผิดเป็นความผิดเล็กๆ น้อยๆ ไม่อยู่ในความสนใจของประชาชน ก็จะมีบทลงโทษตามกฎหมายที่กำหนดไว้สำหรับการใช้งานของผู้กระทำผิดในปริมาณที่น้อย<sup>137</sup>

ดังตัวอย่าง คำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญของสหพันธ์ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 1994 กำหนดมาตรฐานใหม่สำหรับการดำเนินคดีความผิดของใช้ส่วนบุคคล ศาลยืนยันว่าข้อห้ามการลงโทษการใช้กัญชา เป็นเป็นประเด็นเกี่ยวกับหลักรัฐธรรมนูญ โดยระบุว่าในขณะที่รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดไม่ได้ละเมิดหลักการของสัดส่วนของความเสมอภาคและเสรีภาพส่วนบุคคล เจ้าหน้าที่การดำเนินคดีของรัฐบาลกลาง (Lander) ควรพิจารณาในเรื่องการห้ามในการลงโทษที่มากเกินไป เป็นหลักพื้นฐานของกฎหมายในกรณีที่เป็นความผิดเล็กๆ น้อยๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ การใช้ส่วนตัวของกัญชา นอกจากนี้ก็ขอให้รัฐบาลกลาง (Lander) คำนึงถึงเรื่อง "การปฏิบัติสม่าเสมอโดยทั่วไปของการประยุกต์ใช้" และเป็นกฎที่จะละเว้นจากการฟ้องร้องหากเข้าข้อกำหนดเงื่อนไขที่ตามมาตรา 31a ของรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดใช้ จึงถือได้ว่า คำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญสหพันธ์ เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2004 ( Az: BVerfG 2 BvL 02/08) และ 30 มิถุนายน 2005 (Az: BVerfG 2 BVR 1772-1702) ถือเป็นการวางบรรทัดฐานของการลดอัตราส่วนโทษ กรณีที่เป็นการครอบครองที่มีปริมาณสารเสพติดน้อย<sup>138</sup>

ในการตอบสนองต่อการตัดสินใจของศาลรัฐธรรมนูญของรัฐบาลกลางของปี 1994 กระทรวงยุติธรรมได้กำหนดเกณฑ์สำหรับการปฏิบัติของการผันคดียาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมกระแสหลัก ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 31a แห่งรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด - โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดในเรื่องปริมาณสารเสพติดที่ไม่มีนัยสำคัญเช่นกัญชา สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลตามที่ระบุไว้ในกฎหมายฉบับนี้

#### (6) การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินคดีและการตัดสินของศาล

ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จะมีการพิจารณาว่า ผู้ต้องหาที่กระทำความผิด มีความเกี่ยวข้องกับองค์กรอาชญากรรมหรือเครือข่ายค้ายาเสพติดรายใหญ่หรือไม่ ก่อนจะดำเนินคดีในขั้นตอนต่อไป เพื่อเป็นการตรวจสอบ แยกผู้กระทำความผิดรายย่อยออกจากรายใหญ่ สิ่งหนึ่งที่สามารถนำไปพิจารณาประกอบได้ คือปริมาณยาเสพติดในครอบครองระหว่างการจับกุมและในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่รัฐจะต้องไม่เกิดประเด็นการเลือกปฏิบัติระหว่างชายหญิงหรือและการจำแนกผู้ค้ายาที่ยากจน ออกจากผู้ค้ายาที่ร่ำรวย<sup>139</sup>

โทษสูงสุดในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศเยอรมนี คือไม่เกิน 15 ปี โดยปกติ ผู้กระทำความผิดจะได้รับโทษจำเริญจำโดยเฉลี่ย 2-5 ปี ไม่เกินกว่านั้น หลายกรณีที่มีการพิพากษาจำเริญจำน้อยกว่า 2 ปีหรือแม้กระทั่งคดีฆ่าคนตาย ศาลเยอรมนีก็พิพากษาจำเริญจำสูงสุด 6-10 ปีเท่านั้น 1.13.00 และมีแนวโน้มที่จะมีนโยบายในการลดอัตราส่วนโทษในแต่ละความผิดลงมา<sup>140</sup>

สำหรับประเด็นความแตกต่างระหว่างผู้กระทำความผิดที่เป็นหญิงหรือชาย กระบวนการตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของเยอรมนี กำหนดวิธีปฏิบัติต่อหญิงที่กระทำความผิด ให้แตกต่างจากชายที่กระทำ

<sup>137</sup> Ibid.

<sup>138</sup> Ibid.

<sup>139</sup> Ibid.

<sup>140</sup> Ibid.

ความผิดหรือไม่ เพียงใดและมีมาตรการทางกฎหมายที่ดำเนินการเฉพาะกับผู้กระทำความผิดที่เป็นหญิงหรือไม่ คำตอบคือ กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาเยอรมัน ปฏิบัติต่อทั้งสองเพศอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีความแตกต่าง เพราะอาจเป็นการขัดต่อหลักกฎหมายพื้นฐาน (Grundgesetz) และเยอรมนีก็ไม่มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายอาญาที่แยกบังคับเฉพาะผู้กระทำความผิดด้วย<sup>141</sup>

เมื่อพบว่าตำรวจที่ดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดกระทำความผิด ตำรวจนายนั้นก็ต้องมีความผิดฐานละเมิดและประพฤตินิชอบต่อหน้าที่ แต่อาจรับโทษไม่เท่ากับกรณีทุจริตต่อหน้าที่อื่นๆ แต่เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้น้อยมากในเยอรมนี

อย่างไรก็ดี มีอีกปัญหาหนึ่งที่น่าจะเกิดขึ้นได้ คือการที่ตำรวจไม่ยอมเข้ามาเกี่ยวข้องกับคดี กล่าวคือ ตำรวจพยายามจะทำอะไรก็ได้ เพื่อให้ตนเองไม่มีชื่ออยู่ในสำนวนคดีหรือไม่อยากขึ้นศาล ทำนองเดียวกัน ศาลก็ไม่ถูกบังคับตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการเรียกให้ตำรวจต้องมาให้ปากคำในศาลทุกๆ คดี ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ได้พยานหลักฐานที่ใช้ในการดำเนินคดีในศาลมีปริมาณและน้ำหนักที่น้อย เนื่องจากตำรวจที่ทำความผิดมิได้มาปรากฏตัวในศาลเพื่อนำสืบพยานหลักฐานเช่นว่านั้น<sup>142</sup>

ในส่วนกฎหมายเยอรมันกำหนดกระบวนการในการรับสารภาพของผู้กระทำความผิดอย่างไร อัยการและศาลจะต้องตรวจสอบการใช้อำนาจของตำรวจและค้นหาความจริงแห่งคดีได้เพิ่มเติมหรือไม่ ตามทฤษฎีกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาเยอรมัน อัยการและศาลย่อมต้องมีอำนาจตามกฎหมายที่จะแสวงหาความจริงแห่งคดีเพิ่มเติมเพื่อความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย แม้ว่าผู้ต้องหาจะได้รับสารภาพในชั้นตำรวจแล้วก็ตาม เป็นสิ่งที่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาทุกระดับชั้นต้องทำ โดยเฉพาะในคดีโทษสูงหรือคดีสำคัญ แต่อย่างไรก็ดี การแสวงหาความจริงเพิ่มเติมของอัยการหรือศาลอาจไม่จำเป็น ถ้าเป็นคดีอาญาที่เป็นความผิดเล็กน้อย<sup>143</sup>

นอกเหนือจากบทบัญญัติประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่กำหนดบทลงโทษเกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด บทกำหนดโทษอีกส่วนหนึ่งอยู่ในรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดและรัฐบัญญัติว่าด้วยการตรวจสอบคดีเบื้องต้น (Grundstoff-Überwachungsgesetz) เป็นกฎหมายพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตรวจสอบความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและกำหนดกระบวนการในการฟ้องคดีโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ศาลและพนักงานอัยการ รวมไปถึงการตัดสินของศาล นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาควบคุมสิทธิและหน้าที่ของจำเลยและทนายจำเลยในระหว่างการดำเนินคดีอาญาทั้งหมด<sup>144</sup>

ตำรวจมีหน้าที่ในการรายงานการกระทำผิดกฎหมายต่อสำนักงานอัยการ (มาตรา 163 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา StPO) ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวเป็นไปตาม "หลักการของการฟ้องร้องบังคับ" "principle of mandatory prosecution" (มาตรา 152, 160 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) อย่างไรก็ตามกฎหมายอาญามีบทบัญญัติพิเศษที่ให้อำนาจพนักงานอัยการในกรณีพิเศษที่จะสั่งไม่ฟ้อง

<sup>141</sup> Ibid.

<sup>142</sup> Ibid.

<sup>143</sup> Ibid.

<sup>144</sup> Ibid.

คดี ("หลักการดุลพินิจในการฟ้องร้อง") "principle of discretionary prosecution" ซึ่งบทบัญญัติหลักเกี่ยวกับหลักการใช้ดุลพินิจในการดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติด บัญญัติไว้ในรัฐบัญญัติว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ Narcotics Act มาตรา 29 อนุ 5 และ 31a และในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 153, 153a 153E และ 154<sup>145</sup>

รัฐบาลกลางแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เป็นรัฐบาลที่ใช้นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดภายในประเทศอย่างเต็มที่ จากบทบัญญัติมาตรา 83 ของกฎหมายพื้นฐานของสหพันธ์รัฐ Basic Law บัญญัติให้อำนาจทุกหน่วยงานสังกัดรัฐบาลกลางสหพันธ์ จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและร่วมกันป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมถึงกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติดในวงการแพทย์และการควบคุมการเคลื่อนย้ายยาเสพติดเพื่อการพาณิชย์โดยชอบด้วยกฎหมาย ทั้งการผลิต จำหน่าย นำเข้าหรือส่งออก รวมถึงการออกใบอนุญาตต่างๆ ภายใต้การควบคุมโดยสถาบันยาเสพติดและยาทางการแพทย์ Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM)<sup>146</sup>

### (7) การป้องกันการดูแลและการรักษา

กระบวนการในการฟื้นฟูบำบัดผู้ติดยาเสพติดของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สัมพันธ์กับจำนวนผู้กระทำความผิดประเภทต้องพึ่งพายาเสพติด (Drug Dependencies) ทุกวันนี้เยอรมนียังได้เลี้ยงถึงกระบวนการที่ทำให้การควบคุมการแพร่กระจายของยาเสพติดมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการกำจัดผู้ค้ายาเสพติดและตลาดยาเสพติดออกไปจากสังคมได้และยังระลึกได้อีกว่า เพียงบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาไม่อาจใช้ในการดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดได้ทั้งหมด<sup>147</sup>

ในเรื่องจำของประเทศเยอรมนี นักโทษที่มีความสามารถในการเล่าเรียนในระบบสามัญหรือแม้แต่การฝึกอบรมอาชีพะ มีน้อยกว่า ร้อยละ 10 เพราะศักยภาพในการพัฒนาด้านสติปัญญาความคิดของคนกลุ่มนี้ต่ำกว่ามาตรฐานมากอยู่แล้ว ไม่สามารถสอบผ่านแม้กระทั่งการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการทำงานอยู่เสมอ จึงไม่อาจเข้าอบรมอะไรได้

นอกจากนั้น เยอรมนีมีสถานบำบัดผู้ติดยาที่ไม่ใช่เรือนจำ ที่แม้แต่ผู้ติดยาที่ไม่ใช่ผู้ต้องหาสามารถเข้าใช้บริการได้หรือไม่ สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่ภาคเอกชนเป็นผู้ดูแล ถ้ากรณีการบำบัดผู้ติดยาในเรือนจำ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดเอกชนจะถูกเรียกเข้ามาในเรือนจำเพื่อบำบัดรักษา ซึ่งเป็นหลักการเดียวกันกับการที่นักโทษจะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างอื่น เช่น การให้บริการทันตกรรม เป็นต้นและเมื่อการรักษาไม่ได้ผล ก็จำเป็นต้องนำนักโทษออกไปรักษาพยาบาลนอกเรือนจำ ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้คุมนักโทษได้<sup>148</sup>

เยอรมนีมีมาตรการบังคับโทษทางเลือกหรือไม่ในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ได้แก่ การคุมประพฤติ การบำบัดรักษาและการพักการลงโทษ สำหรับผู้กระทำความผิดยาเสพติดที่เป็นผู้เสพ ซึ่งส่วนใหญ่ที่ใช้

<sup>145</sup> Ibid.

<sup>146</sup> Ibid.

<sup>147</sup> Ibid.

<sup>148</sup> Ibid.

มาตรการนี้คือ ผู้กระทำความผิดยาเสพติดที่เป็นผู้เยาว์ อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้กระทำความผิดเหล่านี้ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาหรือฝ่าฝืนมาตรการทางเลือก เขาเหล่านั้นก็จะต้องเข้าไปสู่กระบวนการดำเนินคดีสายหลักต่อไป อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวจะเป็นการที่ศาลจะใช้ดุลพินิจในการบังคับบำบัดผู้กระทำความผิดแต่ละรายหรือไม่<sup>149</sup>

กรณีที่ต้องมีการนำบุคคลไปบำบัด กฎหมายเยอรมนีกำหนดให้นำผู้ต้องขังไปบำบัดนอกเรือนจำ จะเป็นสถานที่ใดก็ได้แล้วแต่ไม่ใช่เรือนจำ เพราะเรือนจำมีอำนาจทางกฎหมายเพียงการให้ยาเพื่อถอนพิษผู้ต้องขัง (Detoxification) เท่านั้น เรามีแผนถอนพิษอยู่ในเรือนจำ

สำหรับมาตรการเยียวยาผู้ตกเป็นเหยื่อจากกระบวนการยุติธรรมที่ผิดพลาด กฎหมายเยอรมนีกำหนดให้มีการอุทธรณ์ฎีกาในระบบศาลภายในประเทศและบางกรณี อาจนำขึ้นอุทธรณ์ต่อศาลสิทธิมนุษยชนแห่งสหภาพยุโรปได้และถ้าพบว่ามีการบวนการยุติธรรมมีความผิดพลาดจริง สามารถร้องขอให้รื้อฟื้นคดีเพื่อพิจารณาใหม่ได้ เมื่อมีหลักฐานใหม่ที่เพียงพอ<sup>150</sup>

ในประเทศเยอรมนีมีห้องสำหรับการบำบัด Drugs Room ที่บุคคลทั่วไปในสังคมสามารถเข้าไปบำบัดได้ ซึ่งประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าไปใช้บริการได้ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายลดทอนความรุนแรงของอาชญากรรมยาเสพติด (Harm Reduction) ของรัฐบาล แต่ห้องดังกล่าวมีได้มีในทุกเมืองในเยอรมนี มีเฉพาะเมืองใหญ่ๆเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ห้องดังกล่าวรัฐบาลไม่ได้ควบคุมดูแลเองทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่อยู่ในงบประมาณและการดูแลขององค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGOs) ทั้งนี้ การจะตั้งห้องบำบัดจะต้องขึ้นทะเบียนและเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้เฉพาะในกฎหมายยาเสพติดของเยอรมนี นอกจากนี้ ห้องบำบัดยังมีในประเทศเนเธอร์แลนด์และสวิตเซอร์แลนด์ด้วย

นอกจากนั้น ภาคประชาชนหรือยุติธรรมชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับการบังคับกฎหมายยาเสพติดในกระบวนการหลังการฟื้นฟู (After Care) เพื่อการบำบัดเพิ่มเติม เนื่องจากเฉพาะการบำบัดในเรือนจำอาจไม่เพียงพอและเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ฟื้นฟูปรับตัวกลับเข้าสู่สังคมได้อีกครั้ง ซึ่งหน่วยงานของรัฐในภาคสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ควบคุมดูแลงานในด้านนี้<sup>151</sup>

ในอดีต รัฐบาลยุติการควบคุมการค้ายาเสพติดไม่ได้เกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรง แต่เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่มุ่งในการควบคุมการค้ายาเสพติด วัตถุประสงค์ของรัฐบาลยุตินี้เพื่อเป็นหลักประกันในการจำกัดยาเสพติดในใช้ในการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในการบำบัดรักษาโรค ในขณะที่เดียวกันก็มีมาตรการป้องกันมิให้มีผู้ติดยาเสพติดเพิ่มจำนวนขึ้น (BtmG มาตรา 5 วรรค 1 (6)) ตั้งแต่ปี 1981 จำนวนที่เพิ่มขึ้นของการติดยาเสพติดและการกระทำความผิดยาเสพติดขึ้นได้นำไปสู่การเพิ่มบทบาทยุติรายละเอียดยกเกี่ยวกับการลดความต้องการและลดอันตราย (Harm Reduction) ลงในรัฐบาลยุติการควบคุมการค้ายาเสพติด จึงก่อให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับ "การรักษาด้วยการแทน

<sup>149</sup> Ibid.

<sup>150</sup> Ibid.

<sup>151</sup> Ibid.

การลงโทษ" (1981), การรักษาโดยลดจำนวนการให้ยาเพื่อลดการเสพ (1992), ห้องเสพยาเสพติด (2000)และการรักษาโดยใช้สาร Diamorphine (2009)

ตามบทบัญญัติที่เกี่ยวกับ "การรักษาแทนการลงโทษ" (ส่วน 35-38) ผู้มีอำนาจในการบังคับใช้ ปกติคือพนักงานอัยการ ภายใต้ความเห็นชอบของศาลและเลื่อนการดำเนินการพิพากษาจำเรือนจำออกไปหรือในกรณีที่เหลือระยะเวลาที่ต้องโทษไม่เกินสองปี ในกรณีที่บุคคลที่ถูกตัดสินว่าการกระทำความผิดเป็นผลจากการติดยาเสพติด ศาลอาจสั่งให้นักโทษดังกล่าวเข้ารับมาตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแทนการจองจำก็ได้และระหว่างระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษา ให้นำไปพักลดวันต้องโทษด้วย เมื่อเขาได้รับการบำบัดเป็นผลสำเร็จ ก็จะใช้มาตรการพักการลงโทษ อย่างไรก็ตาม สถานะที่บำบัดไม่ใช่ในทัศนสถานของรัฐ แต่เป็นสถานบำบัดของภาคเอกชนที่รัฐรับรองและหน่วยงานเอกชนดังกล่าวจะต้องรายงานมายังรัฐว่าการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดรายนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่<sup>152</sup>

ในส่วนของห้องเสพยาเสพติด (DCR) เป็นเรื่องที่ได้รับการถกเถียงกันมาเป็นเวลานาน แต่ในที่สุดก็ได้รับการบัญญัติรับรองไว้ในรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด มาตรา 10a) นอกจากนั้น กฎหมายฉบับดังกล่าวยังให้อำนาจสภาแห่งรัฐ Laender ให้อำนาจใช้ดุลยพินิจในการที่จะจัดตั้งให้มีห้องเสพยาเสพติดจำนวนเท่าใดหรือที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น รวมถึงการออกใบอนุญาตให้เสพยาเสพติด ห้องเสพยาเสพติดมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการหนัก ควบคุมการเสพยาและให้คำปรึกษาเป็นการเฉพาะรายในการบังคับบำบัด จากสถิติในปี 2008 รัฐจัดให้มีห้องเสพยาเสพติดจำนวน 27 แห่งและสถานที่บุคคลสามารถเสพยาได้ ไม่ต่ำกว่า 200 แห่ง อยู่ในเมือง 16 เมืองในเยอรมนี ซึ่งเมืองที่มีห้องเหล่านี้สามารถลดจำนวนคนตายจากการเสพยาเสพติดได้เป็นจำนวนมาก<sup>153</sup>

การใช้มาตรการรักษาทดแทนการลงโทษ จะต้องมีการกำหนดปริมาณยาที่อนุญาตให้เสพตามที่ใช้ในใบสั่งยา โดยเป็นไปตาม มาตรา 13 แห่งรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดและในมาตรา 5 แห่งกฎหมายว่าด้วยการออกใบสั่งยาเสพติด Narcotic Drugs Prescription Ordinance ( BtMVV) ควบคุมการจ่ายยาเสพติดเพื่อการรักษาบำบัดไม่ให้เกินปริมาณที่กฎหมายกำหนด นอกจากนั้น กฎหมายฉบับดังกล่าวยังกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้มาตรการอื่นๆประกอบด้วย เช่น มาตรการรักษาด้านจิตเวชจิตอายุรเวทหรือทางจิตสังคม

อย่างไรก็ดี รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด ไม่ครอบคลุมถึงบทบัญญัติใดๆ ที่เกี่ยวกับการบังคับบำบัดรักษาบุคคลผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 64และรัฐบัญญัติว่าด้วยศาเด็กและเยาวชน (มาตรา93a)หรือมาตรการอื่นใดที่ออกโดยรัฐบาลกลาง Laender ว่าด้วยการยกเลิกการบำบัดรักษาการบังคับใช้มาตรการในส่วนนี้จะมีข้อจำกัดมาก เพราะจะใช้ได้เฉพาะบุคคลที่ติดยาเสพติดอย่างแท้จริงเท่านั้น<sup>154</sup>

<sup>152</sup> Ibid.

<sup>153</sup> Ibid.

<sup>154</sup> Ibid.

### (8) ข้อสังเกตอื่นๆ

รัฐบัญญัติสารตั้งต้น Precursors Monitoring Act (GÜG) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2009 รัฐบัญญัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการผันคดีและดำเนินคดีที่ไม่เหมาะสม และการใช้สารตั้งต้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการผลิตยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เหตุผลในการแก้ไขรัฐบัญญัติฉบับดังกล่าวคือ การปรับปรุงกฎหมายให้เป็นไปตามกฎหมายของสหภาพยุโรป ที่บัญญัติเกี่ยวกับมาตรการที่จำเป็นในการควบคุมและตรวจสอบสารตั้งต้นเพื่อการผลิตยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่ด้วยการตั้งข้อหา Ordinance on Charges (GÜGKostV) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2009 ที่บัญญัติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการใช้ยาและอุปกรณ์การแพทย์ (BfArM) สำหรับการควบคุมสารตั้งต้น การออกใบอนุญาตสำหรับการผลิต การจัดซื้อและการค้าสารตั้งต้นที่ออกโดย BfArM นอกจากนี้ยังกำหนดมาตรการตรวจสอบการขาย การกำหนดอุปทานของสารตั้งต้นของบุคคลที่สามและการควบคุมการค้าในประเทศและต่างประเทศทั้งที่มีสารตั้งต้นของสารเคมี ผ่านการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ศุลกากร (GÜS) และตำรวจแห่งสหพันธ์ (BKA)<sup>155</sup>

#### 3.2.3 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

ในส่วนนี้จะได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในสาธารณรัฐฝรั่งเศส และการนำมาตราการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

สาธารณรัฐฝรั่งเศสเป็นประเทศที่มีสถานการณ์ความรุนแรงจากการมีผู้เสพยาเสพติดและยอดผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดจำนวนมาก จากการศึกษาปรากฏว่าสาธารณรัฐฝรั่งเศสได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตของประชาชนจากยาเสพติดและมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนลดปริมาณการเสพยาและพบว่าการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ดังกล่าวประสบความสำเร็จพอสมควร ที่จะนำมาเป็นแบบอย่างของแนวทางลดความรุนแรงในคดียาเสพติดได้

ประเทศฝรั่งเศสมีการกำหนดยุทธศาสตร์และงบประมาณในการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติของฝรั่งเศส ในปี ค.ศ.2011- นโยบายดังกล่าวได้รับการระบุไว้ในแผนปฏิบัติการของรัฐบาลปี ค.ศ.2008-2011 วัตถุประสงค์เพื่อต่อต้านความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติด ซึ่งเป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ในรายงานประจำปี ค.ศ.2011 ของ MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie หรือภารกิจระหว่างประเทศของฝรั่งเศสเพื่อการต่อสู้กับยาเสพติดและยาเสพติด "ค่าใช้จ่ายสาธารณะในการดำเนินการตามนโยบายด้านยาของรัฐบาลและการประกันสุขภาพแห่งชาติของฝรั่งเศสในปี 2010 อยู่ที่ประมาณ 1,510 ล้านยูโร การประมาณการนี้ไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการบริหารเรือนจำหรือการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหลักหรือการรักษาปฐมภูมิ ขอบเขตของการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Kopp และ Fénelio ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ 21.58 พันล้านยูโรในปี 2003 โดยค่าใช้จ่ายของเรือนจำอยู่ที่ 219.79 ล้านยูโร

<sup>155</sup> Ibid.

หลังจากอัตราเงินเฟ้อแล้วประมาณการเหล่านี้จะมีสัดส่วน 26.66 พันล้านยูโรและ 0.25 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2010 ตามลำดับ ถ้าเราพิจารณาการใช้จ่ายรายเดือนล่าสุดหลังเงินเฟ้อแล้ว การใช้จ่ายสาธารณะของนโยบายการป้องกันความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติดอยู่ในระดับใกล้เคียงกับ 28 พันล้านยูโรในปี 2010 ประมาณการนี้คิดเป็นประมาณ 1.5% ของ GDP ในปีนั้น คิดเป็นร้อยละ 6.6 ของงบประมาณของรัฐซึ่งคิดเป็นเงิน 435.37 ยูโรต่อคน<sup>156</sup>

แผนปฏิบัติการต่อต้านความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติด เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1983 แผนปฏิบัติการต่อต้านความรุนแรงจากสถานการณ์ยาเสพติด ปี ค.ศ.2008-2011 ประกอบด้วยมาตรการป้องกันการบังคับใช้ การดูแลสุขภาพ การวิจัยการสังเกตการฝึกอบรมและความร่วมมือระหว่างประเทศการให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นและรวมถึงความผิดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย โดยเน้นการรณรงค์ไปยังคนอายุน้อย มุ่งเป้าไปที่คนหนุ่มสาวและนักเรียน

ในท้ายที่สุดเกี่ยวกับแผนนโยบายระหว่างประเทศ ค.ศ. 2008-2011 มีวัตถุประสงค์หลักสามประการคือ เพื่อที่จะปิดกั้นแหล่งกักตุนและโคเคนในยุโรปและร้านเฮโรอีนในยุโรปตอนกลาง เสริมสร้างความเข้มแข็งภายใต้กรอบยุทธศาสตร์พหุภาคียุโรปและทวีภาคี นำไปใช้ในทุกระดับตามเส้นทางการค้ามนุษย์ และบอลข่าน รวมถึงการจัดทำข้อตกลงกับประเทศที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นเพื่อลดความซับซ้อนของการดำเนินการระหว่างประเทศ กับการเคลื่อนย้ายของสารตั้งต้นทางเคมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มาจากอัฟกานิสถาน โดยแผนงานดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศส<sup>157</sup> "

ภายใต้แนวทางดังกล่าว ผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อบริโภคส่วนบุคคลหรือใช้ยาเสพติดจำนวนน้อย เจ้าหน้าที่จะลดบังคับใช้กฎหมายลงโดยจะเปรียบเทียบความครอบครองของยาเสพติดจำนวนน้อยและนำไปใช้กับผู้ปลูกสารเสพติดเพื่อใช้เป็นประโยชน์ เช่นปลูกกัญชาเพื่อใช้บริโภคส่วนบุคคล

สถิติจำนวนประชากรที่มีการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในฝรั่งเศส ในปี ค.ศ.2010 ปรากฏดังนี้ **ตารางที่ 8** แสดงปริมาณคดียาเสพติดจำแนกตามประเภทของสารเสพติดในฝรั่งเศส ของผู้มีอายุระหว่าง 11-75 ปี ในปี 2010)<sup>158</sup>

	Illicit Substance Users (In Millions)				Licit Substance Users (In Millions)	
	Cannabis	Cocaine	Ecstasy	Heroin	Alcohol	Tobacco
Lifetime User	13.4	1.5	1.1	0.5	44.4	35.5
Past Year Use	3.8	0.4	0.15	**	41.3	15.8
"Regular" Use*	1.2	**	**	**	8.8	13.4

<sup>156</sup> Ibid. p. 6.

<sup>157</sup> Ibid. p.18-19.

<sup>158</sup> l'Observatoire francais des drogues et des toxicomanies (OFDT), "2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012), <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>

	Illicit Substance Users (In Millions)				Licit Substance Users (In Millions)	
	Cannabis	Cocaine	Ecstasy	Heroin	Alcohol	Tobacco
Daily Use	0.55	**	**	**	5.0	13.4

จากตารางข้างต้นเป็นการสำรวจสถิติประชากรทั่วไปให้ความเห็นเกี่ยวกับจำนวนผู้ใช้อาเสพติด พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้อาเสพติดเป็นข้อมูลที่มีกรอบและไม่ประมาณแน่นอน ในบรรดาอาเสพติดทั้งหลายในฝรั่งเศส กัญชาเป็นสารที่มีปริมาณการเสพสูงสุด ในปัจจุบันโดยมีคนประมาณ 13.4 ล้านคนที่ใช้กัญชาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ชาวฝรั่งเศสเกือบหนึ่งล้านคนใช้มันเป็นประจำ ส่วนโคเคนซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีปริมาณการใช้มากที่สุดเป็นอันดับสอง อยู่ในระดับต่ำกว่ามากและส่งผลกระทบต่อผู้น้อยกว่าสิบเท่า สถิตินี้รวมถึงผู้ใช้โคเคนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตหรืออย่างน้อยหนึ่งครั้งในปีที่ผ่านมา<sup>159</sup>

ส่วนสถิติการใช้อาในหมู่นักเรียนและเยาวชน จากผลการสำรวจของ HBSC, ESPAD และ ESCAPAD ในปี 2010 พบว่ากัญชาเป็นสารเสพติดที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-17 นอกจากนั้นจากการสำรวจของ ESPAD มีปริมาณการใช้กัญชากว่าร้อยละ 39 ในกลุ่มผู้มีอายุ 16 ปีขึ้นไปและพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ในฝรั่งเศสกว่าร้อยละ 41.5 ล้วนเคยเสพกัญชามาอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต ดังนั้น จึงอาจถือว่าการเสพกัญชาเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่นฝรั่งเศส

เมื่อพิจารณาถึงเพศ ผู้ชายช่วงอายุ 25-34 ปี จะมีปริมาณการเสพกัญชามากที่สุดหรือกว่าร้อยละ 64.3 แต่ปริมาณจะลดลงในผู้ชายอายุ 55-64 ปี คือร้อยละ 13.1 สำหรับผู้หญิงคิดเป็นสัดส่วนทั้งหมดร้อยละ 37 แบ่งเป็นผู้หญิงอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 16.4 ในปี 2010<sup>160</sup>

สถิติการใช้โคเคน ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 สารกระตุ้นโคเคนยาเสพติดสังเคราะห์อื่นๆ เช่น ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน เพิ่มขึ้นในฝรั่งเศสและการแพร่กระจายของรูปแบบ freebase บ้องสูบโคเคน (cocaine crack) ซึ่งหาได้ยากเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษเดียวกัน

โคเคน มีส่วนแบ่งการบริโภคและการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากกัญชา ผู้บริโภคอายุราว 1.5 ล้านคนอายุตั้งแต่ 11 ถึง 75 ปีหรือประมาณ 3% ของประชากรทั้งหมดและผู้ใช้อาเสพติด 400,000 รายในช่วงปีหรือ 0.8% ของประชากรทั้งหมด ในปี 2010 3.6% ของเด็กอายุ 15-64 ปีที่ถูกถามโดย Health Barometer เคยใช้โคเคนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต การเพิ่มขึ้นอย่างมากในการแพร่กระจายของโคเคน ยังคงเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงของสารที่เคยถูกจำกัดทำได้ง่ายและแพร่หลายในสังคมในวงกว้างและมีจำนวนผู้ใช้อาเสพติดที่เป็นผู้ชายประมาณสามเท่าของผู้หญิง " เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอยู่

<sup>159</sup> L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012), <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>

<sup>160</sup> Ibid. p. 36-37.



ในระดับจากการที่ทำให้เกิดความเสียหายร้ายแรงน้อยที่สุดในด้านสุขภาพและสังคมหรือเกี่ยวกับศักยภาพในการพึ่งพา<sup>161</sup>

### ปริมาณคดีเกี่ยวกับยาเสพติด

จำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาเกือบ 90% ของความผิดทั้งหมดที่ที่รายงานในฝรั่งเศส เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดหรือการครอบครอง จำนวนการจับกุมผู้กระทำความผิดยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ยุคทศวรรษ 1980 ข้อมูลจาก OCRTIS (Office central pour la répression du trafic) ไม่มีหลักฐานใดที่แสดงให้เห็นว่าการวิวัฒนาการนี้เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของมาตรการการปราบปรามยาเสพติดของตำรวจหรือปรากฏสถิติความเกี่ยวข้องระหว่างการเพิ่มการใช้ยาเสพติดและการค้ามนุษย์หรือการใช้ระบบรวบรวมข้อมูลที่ดีขึ้นหรือไม่

ในส่วนเหตุผลในการจับกุม การใช้ยาเสพติดเป็นสาเหตุหลักของการถูกจับกุมโดยมีผู้จับกุม 143,640 คนในปี 2011 คิดเป็น 89% ของการจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในปี 2011<sup>162</sup> ภัยที่ยังคงเป็นสารสำคัญในการจับกุมการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมากที่สุดโดยไม่คำนึงถึงเหตุที่ถูกจับกุม คิดเป็น 90% ของการจับกุมในและ 70% เป็นข้อหาการใช้สารเสพติด<sup>163</sup>

ฝรั่งเศสยังคงเป็นจุดส่งผ่านที่สำคัญสำหรับยาเสพติดที่เคลื่อนย้ายไปทั่วยุโรป ผ่านพรมแดนที่ใช้ร่วมกันของฝรั่งเศสกับขบวนการค้ามนุษย์ โดยยาเสพติดจะถูกส่งผ่านไปยัง สเปน อิตาลี เบลเยียม และส่งไปขายยังอเมริกาเหนือ ฝรั่งเศสเป็นจุดจำหน่ายสำหรับยาเสพติดโดยเฉพาะกัญชาที่ส่งมาจากตะวันออกกลาง คือ อัฟกานิสถานและขนส่งผ่านตุรกีเบลเยียมและเนเธอร์แลนด์ นอกจากนี้ยังมี ecstasy (MDMA) ที่ถูกส่งไปจำหน่ายในเนเธอร์แลนด์และเยอรมนี<sup>164</sup>

จากสถิติข้อมูลจากทะเบียนผู้เสียชีวิตแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2003 ถึงปี 2008 และในปี 2009 พบว่า ผู้ที่มีอายุช่วง 15-49 ปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตเพราะเสพยาเกินขนาด สารที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตโดยการให้ยาเกินขนาดในปี 2009 ได้แก่ ยาเสพติดผิดกฎหมายเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 53) รองลงมาคือการใช้ยาในการรักษาทางการแพทย์ในผู้ป่วย (ร้อยละ 34)

<sup>161</sup> Report to the European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction by the Reitox National Focal Point of France, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "France Drug Situation 2000" (Paris, France: OFDT and EMCDDA, December 2000), p. 29.

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_34648\\_EN\\_NR2000FranceEN...](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34648_EN_NR2000FranceEN...)

<sup>162</sup> l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012), pp. 137-138.

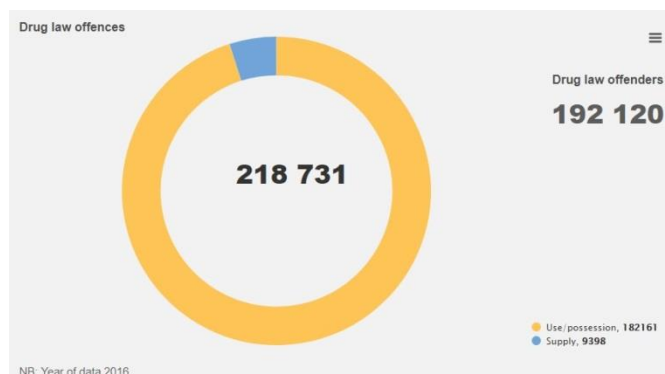
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>

<sup>163</sup> Ibid. p. 138.

<sup>164</sup> "International Narcotics Control Strategy Report: Volume I Drug and Chemical Control," Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (Washington, DC: United States Department of State, March 2011), p. 50.  
<http://www.state.gov/documents/organization/156575.pdf>

และฝิ่น opioid ที่ไม่ใช้การใช้เพื่อการรักษาทางการแพทย์ (ร้อยละ 13) และจำแนกย่อยได้เป็นสาร opioids ร้อยละ 87 และนอกนั้นเป็นโคเคนกับยาอื่นๆ ประมาณร้อยละ 12<sup>165</sup> "

**แผนภาพ** แสดงปริมาณคดียาเสพติดในประเทศฝรั่งเศส เปรียบเทียบระหว่างครอบครองเพื่อจำหน่ายกับครอบครองเพื่อเสพ



Source : France Country Drug Report 2018 EMCDDA.

จากรายงานของ EMCDDA ในปี 2018 ปรากฏว่า ข้อมูลความผิดกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด (DLO) เป็นรากฐานสำหรับการติดตามอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและยังเป็นตัวชี้วัดเพื่อกำหนดวิธีการบังคับใช้กฎหมายและการติดตามการเปลี่ยนแปลงของตลาดยาเสพติดและอาจนำมาใช้เพื่อแจ้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายและเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติด<sup>166</sup>

ในฝรั่งเศส ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดกฎหมายยาเสพติดได้รับจากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย (ETAT 4001) ในปี 2016 มีการรายงานผู้กระทำความผิดกฎหมายยาเสพติด 192,120 คนในประเทศฝรั่งเศส อย่างไรก็ตามฐานข้อมูลนี้ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เกี่ยวข้อง นับตั้งแต่ปี 2004 จำนวนผู้ต้องหาด้านกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่ได้รับรายงานมีจำนวนเกือบสองเท่าโดยความผิดด้านการใช้และ/หรือครอบครองยาเสพติดมากกว่าความผิดด้านการค้าหรือจำหน่ายยาเสพติด<sup>167</sup>

## (2) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

วันที่ 9 พฤษภาคม 2008 (A directive of 9 May 2008) มีการกำหนดนโยบาย 'รวดเร็วและบำบัดสำเร็จ' หรือ 'rapid and graduated' ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ ในกรณีความผิดเล็กน้อย ผู้ใช้ยาเสพติดอาจได้รับการเตือน แต่โดยทั่วไปแล้ว จะต้องให้ผู้นั้นเข้าร่วมหลักสูตรการรับรู้เรื่องยาเสพติดและการบำบัดภาคบังคับ ซึ่ง

<sup>165</sup> L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012), p. 100.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>

<sup>166</sup> France Country Drug Report 2018, (2018). EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences_en)

<sup>167</sup> Ibid.

ประกาศใช้ในเดือนมีนาคม 2007 โดยผู้กระทำผิดที่ไม่ใช่ผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด จะต้องถูกปรับ 450 ยูโร ส่วนผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติดจะยังคงได้รับคำสั่งการบำบัดรักษาภาคบังคับ หากมีเหตุการณ์ที่ทำให้รุนแรงขึ้น เช่น ในกรณีของผู้กระทำความผิดซ้ำอาจมีการกำหนดโทษจำเริญจำให้สูงขึ้น ในปี 2012 คำสั่ง ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2008 กำหนดกลยุทธ์นโยบายอาชญากรรมสำหรับการดำเนินคดียาเสพติด โดยย้ำว่าเมื่อการพิจารณาคดี ศาลควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญว่า ผู้กระทำความผิดนั้นเป็นผู้กระทำความผิดเล็กน้อยหรือเป็นผู้ต้องการคำแนะนำการใช้ยาหรือพึ่งพายาเสพติดหรือไม่ หลักการของความเป็นสัดส่วนของการดำเนินคดีให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิด เรียกร้องให้มีการดำเนินคดีอาญาอย่างเป็นระบบและมีมาตรการทางตุลาการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้มาตรการด้านการศึกษาและสุขภาพนั้นมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติด สำหรับผู้เยาว์ เป็นไปตามแนวโน้มทั่วไปในสหภาพยุโรป จะต้องลดความรุนแรงของการลงโทษสำหรับผู้เยาว์ที่กระทำความผิดดังกล่าว<sup>168</sup>

ในประเทศฝรั่งเศสกำหนดให้สารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ถูกควบคุมภายใต้ประมวลกฎหมายอาญา โดยระบุว่าเป็นยาเสพติดโดยการกำหนดของกระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2012 การจำแนกประเภททั่วไปของกลุ่มเคมีได้รับการห้าม ได้แก่ cathinones ส่วนใหญ่ ตั้งแต่ปี 2015 ห้ามวางกัญชาสังเคราะห์และอนุพันธ์ 25x-NBOMe (phenethylamine) ในตลาด ในปี 2560 มีการออกกฎหมายใหม่เพื่อควบคุมกัญชาสังเคราะห์โดยเฉพาะ<sup>169</sup>

### (3) การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม

Decrees of 22 February 1990 ได้จำแนกประเภทของยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทออกเป็น 7 กลุ่ม 4 ประเภทแรกเป็นยาเสพติดให้โทษ (Stupéfiants, including illicit) และ 3 ประเภทหลังเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (Psychotropes)

ยาเสพติดให้โทษ เป็นไปตามบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ดังนี้

1. UN61 Schedule I (cannabis, heroin, cocaine, methadone);
  2. UN61 Schedule II (codeine);
  3. UN71 Schedules I and II - hallucinogens (LSD, MDMA, amphetamines, mescaline, Psilocybin);
  4. สารเสพติดที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมระดับระหว่างประเทศ เช่น khat, synthetic cannabinoids, hallucinogenic mushrooms
- ส่วนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นไปตาม
1. UN71 Schedule III (buprenorphine, cathine) and IV (barbital, diazepam)

<sup>168</sup> France Country Drug Report 2018, (2018). EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences_en)

<sup>169</sup> Ibid.

2. สารที่ไม่ใช่การฉีด benzphetamine /mefenorex/ phentermine. Preparations (injectable) containing gamma-hydroxybutyric acid.

3. สาร Zaleplone, zopiclone, butorphanol , all the และ The Opium Act จำแนกบัญชีสารเสพติดออกเป็นสองกลุ่ม

I: สารเสพติดที่เป็นอันตราย (unacceptable risk) ได้แก่ - Ia: opiates, coca derivatives, cannabis oil; - Ib: codeine; - Ic-d: psychotropic substances;

II: สารเสพติดอื่นๆ ได้แก่- IIa: tranquillisers;- IIb: cannabis.

#### (4) การจำแนกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

การใช้และครอบครองยาเสพติดเป็นความผิดตามกฎหมายเป็นความผิดทางอาญาในฝรั่งเศส กฎหมายไม่ได้แยกความแตกต่างระหว่างการครอบครองเพื่อการใช้ส่วนตัวหรือเพื่อการค้ามนุษย์หรือตามประเภทของเนื้อหา อย่างไรก็ตามอัยการจะพิจารณามูลเหตุพ้องคดีที่พบและบริบทของคดี ตามมูลค่าของรายได้ที่ได้จากการทำความผิด ปริมาณของยาเสพติดในครอบครองหรือที่เกี่ยวกับการค้ามนุษย์ โดยอัยการอาจตัดสินใจดำเนินคดีทางกฎหมายกับผู้กระทำผิดจนถึงที่สุดหรืออาจเสนอมาตรการอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกในการดำเนินคดี ผู้กระทำความผิดที่ถูกกล่าวหาว่าใช้ยาเสพติดส่วนตัว จะต้องโทษจำคุกสูงสุด 1 ปีและปรับสูงสุด 3,750 ยูโร แม้ว่าการฟ้องร้องอาจจะถูกยกเลิกหรือสั่งใช้มาตรการทางเลือกอื่น ก็ทำให้สามารถสั่งปรับได้สูงถึง 1,875 ยูโรในกรณีความผิดเล็กน้อย ส่วนอัตราโทษสูงสุดคือ จำคุกจำคุกปีและปรับ 75,000 ยูโร หากผู้กระทำความผิดเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยาเสพติด การขนส่งหรือหากความผิดนั้นกระทำโดยเจ้าหน้าที่รัฐในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ เช่นเดียวกับอาชญากรรมจำนวนมาก โทษที่ได้รับอาจเพิ่มเป็นสองเท่าในกรณีที่มีการกระทำความผิดที่ตามมาภายในระยะเวลาห้าปี<sup>170</sup>

ความผิดฐานการจัดหายาเสพติดมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปีหรืออาจถึงขั้นโทษจำคุกตลอดชีวิตหากความผิดร้ายแรงมากและปรับไม่เกิน 7.5 ล้านยูโร<sup>171</sup>

#### (5) มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

นโยบายการลดอันตรายต่อผู้ใช้ยาเสพติดเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาล (มาตรา L3121-3 แห่งประมวลกฎหมายสาธารณสุขฝรั่งเศส แก้ไขกฎหมายเมื่อ 13 สิงหาคม 2004) นโยบายการลดอันตรายนี้พยายามที่จะป้องกันไม่ให้แพร่กระจายของการติดเชื้อ ความตายโดยการให้ยาเกินขนาดทางหลอดเลือดและความเสียหายทางสังคมและจิตใจที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด กฎหมายฉบับวันที่ 9 สิงหาคม 2004 ซึ่งก่อตั้ง CAARUDs ศูนย์สนับสนุนการลดยาเสพติด CAARUDs เปิดกว้างสำหรับทั้งบุคคลและกลุ่มให้คำแนะนำและข้อมูลส่วนบุคคลให้กับบุคคล ซึ่งรวมถึงความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขอนามัยและการเข้าถึงการดูแลฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ให้การแนะนำผลิตภัณฑ์ไปยังระบบการรักษาเฉพาะทางหรือระบบการรักษาทั่วไป ช่วยกระตุ้นให้เกิด

<sup>170</sup> France Country Drug Report 2018, (2018). EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences_en)

<sup>171</sup> Ibid.

การคัดกรอง สำหรับผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้าถึงสิทธิการอยู่อาศัยและการรวมหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบมืออาชีพ ให้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแทรกแซงในประเทศนอกศูนย์ เพื่อสร้างการติดต่อกับผู้ใช้ยาเสพติด CAARUDs ได้ดำเนินการให้ความรู้แก่ทางสังคมเพื่อให้แน่ใจว่ามีการบูรณาการที่ดีในชุมชนและป้องกันไม่ให้เกิดการรบกวนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่าย<sup>172</sup>

ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ควรจับกุมผู้ที่มีความผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ในบริเวณใกล้เคียงกับร้านขายยาหรือสถานที่ดำเนินโครงการลดอันตราย นอกจากนี้การถือเข็มฉีดยายังไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักฐานในการจับกุมในคดียาเสพติด

นอกจากนั้น ได้มีการจัดทำมาตรฐานการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดแห่งชาติสำหรับผู้ใช้ยาเสพติด (มาตรา 3121-33 แห่งประมวลกฎหมายสาธารณสุข)และได้รับการอนุมัติโดยคำสั่งของวันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2005 กำหนดให้ผู้เข้ารับการอบรมด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคม คนงานหรือสมาชิกของสมาคม นอกเหนือไปจากบุคคลที่ได้รับมอบหมาย กิจกรรมเหล่านี้ต้องได้รับการปกป้องจากข้อกล่าวหาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดหรือการกระตุ้นให้ผู้ใช้ยาเสพติดในระหว่างการทำงาน<sup>173</sup> "

การครอบครองหรือการครอบครองยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย (Possession and Trafficking) เป็นความผิดอาญาในประเทศฝรั่งเศสกฎหมายเองไม่ได้แยกแยะระหว่างการครอบครองเพื่อการใช้ส่วนตัวหรือการค้ามนุษย์หรือตามประเภทของสารอย่างไรก็ตามพนักงานอัยการจะเลือกใช้ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้หรือการจราจรที่ขึ้นอยู่กับปริมาณของยาเสพติดที่พบและบริบทของคดีผู้กระทำความผิดด้วยการใช้ส่วนบุคคลจะต้องถูกจำคุกสูงสุดหนึ่งปีและปรับไม่เกิน 3,750 ยูโร ในขณะที่การฟ้องร้องก็จะไม่ได้รับการยกเว้นอัยการยังอาจจัดลำดับความสำคัญของวิธีการรักษาสำหรับผู้ที่ทำผิดในระยะเวลานั้นทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดส่วนบุคคลหรืออาชญากรรมรายย่อยอื่นๆ แนวปฏิบัติที่อัยการใช้ในปี 2005 ระบุว่า การดำเนินการทางกฎหมายใดๆ ก่อนที่ศาลผู้พิพากษา จะต้องยังคงพิเศษ แต่แนวปฏิบัติใหม่ของวันที่ 9 พฤษภาคม 2008 กำหนดนโยบายใหม่ที่เรียกว่า รวดเร็วและเสร็จสิ้น กล่าวคือ ผู้ติดยาเสพติดจะยังคงได้รับคำสั่งให้ได้รับการบำบัดส่งให้รักษา ผู้ใช้ยาเสพติดที่อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่ผู้ติดยา เช่น คนขับรถหรือผู้ที่อยู่ในสถานศึกษาและผู้ลี้ภัย อาจถูกคุมขังผู้ใช้ยาเสพติดในกรณีไม่รุนแรงซึ่งอาจถูกควบคุมภายใต้มาตรการคุมประพฤติ แต่โดยปกติแล้วผู้กระทำความผิดจะถูกร้องขอให้เข้าอบรมหลักสูตรการรับรู้เรื่องยาเสพติดภาคบังคับในเดือนมีนาคม 2007 ซึ่งผู้กระทำความผิดที่ไม่มีภาวะการติดยาเสพติดอาจต้องจ่ายเงินไม่เกิน 450 ยูโร

"การค้ายาเสพติดมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปีหรือถึงชีวิตในกรณีที่มีความผิดร้ายแรง โดยเฉพาะและปรับจำนวนเงินไม่เกิน 7,600,000 ยูโร"<sup>174</sup>

<sup>172</sup> Ibid..p. 17-18.

<sup>173</sup> Ibid. p. 18.

<sup>174</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Addiction, Country Overview: France (Lisbon, Portugal: October 2012), last accessed Dec. 15, 2012 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fr>

### (6) การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินคดีและการตัดสินของศาล

เมื่อพบบุคคลกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดใดๆ บุคคลนั้นจะต้องถูกจับโดยตำรวจ ทหารหรือเจ้าหน้าที่ศุลกากรและโดยหลักการแล้วจะถูกส่งไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพื่อการพิจารณาคดี ความผิดจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีๆ ไปโดยพนักงานอัยการจะเป็นผู้พิจารณา ซึ่งขึ้นอยู่กับหลักการ 'opportunité des poursuites' หรือการดำเนินคดีที่เหมาะสม อาจตัดสินใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายกับผู้กระทำความผิดเพื่อปิดคดีหรือเสนอมาตรการอื่นแทนเพื่อดำเนินการทางกฎหมายก็ได้ หลักการนี้จะช่วยให้สามารถตอบสนองต่อการพิจารณาคดีได้และปรับการดำเนินคดีและบังคับโทษให้เข้ากับแต่ละสถานการณ์ โดยต้องตอบสนองต่อความรุนแรงของการกระทำที่กระทำ นอกจากนี้ยังอธิบายความแตกต่างในการปฏิบัติทางอาญาที่ใช้โดยศาล<sup>175</sup>

กฎหมายบังคับใช้กฎหมายอาญาในการใช้ความผิดในการใช้ยาเสพติดในประเทศฝรั่งเศส ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาได้ให้อำนาจพนักงานอัยการยื่นฟ้องในเรื่องการใช้ยาเสพติดให้สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม พนักงานอัยการต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าการผู้ถูกกล่าวหาได้กระทำความผิดตามที่ถูกกล่าวหาจริง และได้รับการสืบสวนของตำรวจอย่างถูกต้องและถ้าเป็นกรณีความผิดเล็กน้อยจะกำหนดว่าอาจไม่จำเป็นต้องสั่งให้ต้องโทษในเรือนจำ แต่ปรับเป็นจำนวนเงินไม่เกิน 3,750 ยูโร ตามที่ระบุไว้ในรัฐบัญญัติว่าด้วยสุขภาพของฝรั่งเศสฉบับที่ L.3421-1 แต่ในกรณีที่การกระทำความผิดที่น้อยกว่า บุคคลที่ถูกจับอาจถูกสั่งให้จ่ายค่าปรับได้ถึง 1,875 ยูโร ตามมาตรา 495-1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศฝรั่งเศส หากผู้พิพากษาซึ่งเป็นประธานในเรื่องพิจารณาว่าให้จำเรือนจำ ต้องสั่งให้ผู้พิพากษาชี้คดีไปให้พนักงานอัยการ "นอกเหนือจากการลงโทษที่เหมาะสมแล้วฝ่ายนิติบัญญัติยังได้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายใหม่ในการดำเนินการตามคำพิพากษาที่ใช้บังคับกับ cours d'appel และ tribunaux de grande เช่น คดีแห่งศาลสูง หมายเลข 2012-409 พิพากษาวันที่ 27 มีนาคม 2012 กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ใหม่สำหรับเขตอำนาจศาล การบังคับใช้กฎหมายกฎหมายฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์หลักสามประการคือ (1) เพื่อให้แน่ใจว่ารวดเร็วในการดำเนินการลงโทษที่ถูกส่งลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการลงโทษเรือนจำ (2) เพื่อเสริมสร้างความพยายามในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำและ (3) เพื่อปรับปรุงวิธีการจัดการใช้มาตรการทางกฎหมายกับเยาวชนที่ไม่เหมาะสมด้วยวัย<sup>176</sup>

การกำหนดนโยบายทางอาญาเกี่ยวกับความผิดทางอาญาในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2012 ให้เป็นที่ยอมรับโดยเจ้าหน้าที่ของศาล ในขณะที่ย้ำถึงความต้องการที่จะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบการสืบสวนที่แนะนำการใช้งานที่เรียบง่ายหรือการเสพติดยาเสพติดและหลักการ เกี่ยวกับความร้ายแรงของความผิดที่ถูกกล่าวหา นโยบายดังกล่าวเน้นความจำเป็นในการตอบสนองทางอาญาอย่างเป็นระบบและมาตรการตุลาการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เขตอำนาจศาลได้รับการสนับสนุนที่จะใช้มาตรการด้านการศึกษาเป็นหลักสำหรับการกระทำผิดครั้งแรก ตัวอย่างของมาตรการเหล่านี้รวมถึงการรับรู้ยาเสพติด คำสั่งในการรักษาโดยใช้ยา การลด

<sup>175</sup> Ibid. p.12.

<sup>176</sup> Ibid. p. 20.

การใช้มาตรการทางกฎหมายกับผู้เยาว์ควร การศึกษาและมาตรการด้านสุขภาพนอกจากนี้ ยังส่งเสริมศาลและ ศาลอุทธรณ์เพื่อพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนกับสมาคมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการศึกษาและสุขภาพและ มาตรการทางสังคม<sup>177</sup>"

กฎหมายเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดจะมีความรุนแรงมากขึ้นในบางกรณี เช่น เมื่อการใช้งานนี้มีผลต่อ ความปลอดภัยทางถนน

กฎหมายฉบับวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2003 ได้บัญญัติไว้ว่าการกระทำผิดกฎหมายใหม่ๆ เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ทางถนน คนขับที่มีการตรวจเลือดพบยาเสพติด ผู้ขับขี่เหล่านี้จะต้องถูกจำคุกเป็นเวลาสองปีและปรับ 4,500 ยูโรและคนขับรถที่ใช้ยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาเดียวกัน จะต้องถูกจำคุกถึง 3 ปีและ ปรับ 9,000 ยูโร ตั้งแต่ปี 2011 มีการใช้กฎหมาย LOPPSI 2 ฉบับที่ 20 (loi d'orientative and de programmation pour la performance de la sécurité intérieure) ประกาศใช้เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2011 กำหนดให้มีการคัดกรองผู้ขับขี่ที่มียาเสพติดในร่างกาย ได้กลายเป็นข้อบังคับเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุบนท้อง ถนน ว่าด้วยการส่งเสริมการต่อสู้กับอุบัติเหตุทางถนนที่ไม่ปลอดภัย ช่วยให้พนักงานอัยการฝรั่งเศสสามารถ ดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ได้ทุกรูปแบบ<sup>178</sup> "

#### (7) การป้องกันและการบำบัดรักษา

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมปี 1987 การแจกเข็มฉีดยาที่ไม่จำกัด ได้รับการอนุมัติในร้านขายยา สถาน ประกอบการด้านการรักษาพยาบาลและสถานประกอบการที่ขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ศัลยกรรมและทันตกรรมหรือสถานที่ที่มีแผนกเฉพาะสำหรับอุปกรณ์ดังกล่าว ตั้งแต่เดือนมีนาคม 1995 โดยการแจกเข็มฉีดยา ดังกล่าวไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ดำเนินการโดยสมาคมที่ไม่หวังผลกำไร ทั้งนี้เพื่อดำเนินการป้องกันโรคเอดส์หรือ ลดอันตรายต่อผู้ติดยาเสพติด การดำเนินการของสมาคมเหล่านี้ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดกระทรวงสาธารณสุข ของฝรั่งเศสที่ระบุไว้ใน มาตรา D 3121-27 แห่งประมวลกฎหมายสาธารณสุขฝรั่งเศส) การให้เข็มฉีดยาและ เข็มแก่ผู้เยาว์ได้รับอนุญาตตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น (มาตรา D.3121-28 แห่งประมวลกฎหมายอนามัยของ ฝรั่งเศส อย่างไรก็ตามร้านขายยาและสมาคมก่อนแจกเข็มฉีดยา กฎหมายระบุให้ผู้ติดยาเสพติดระบุตัวตนหรือ อายุ

เมื่อพิจารณาถึงการจัดการกับผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่ได้รับการดูแล ในศูนย์ผู้เชี่ยวชาญ CSAPAs [National Treatment and Prevention Center for Substance Abuse] รายงานมีความเป็นไปได้ของประมาณผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ CSAPA ในปี 2008 มีผู้ป่วยนอก ประมาณ 96,000 คน ป่วยจากการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ส่วนผู้ป่วยนอกมีจำนวนน้อยกว่า กล่าวคืออาจมีน้อยกว่า 2,000 คนในศูนย์บำบัดที่อยู่อาศัยบางแห่งมีอยู่ สำหรับผู้ป่วยนอก CSAPA ในความเป็นจริงแล้วศูนย์เหล่านี้จะ

<sup>177</sup> Ibid. p. 22.

<sup>178</sup> l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), "2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012), p. 15. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>

ส่งผู้ป่วยไปยังศูนย์พักฟื้นที่มีอยู่ ส่วนจำนวนผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายในปี 2008 ในเรือนจำ มีอยู่ประมาณได้ 5,000 คน

สำหรับผู้ป่วยจากการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาล ข้อมูลแห่งชาติที่ได้รับจากโปรแกรมระบบสารสนเทศทางการแพทย์ของ PMSI ระบุว่าในโรงพยาบาลจำนวน 129 แห่ง จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นเกี่ยวกับความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตยกรเว้นแอลกอฮอล์และยาสูบ. ในปี 2011 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประมาณ 7,500 ราย พบว่า 2,200 ราย ใช้ยา sedatives และ hypnotics 1,000 ราย ใช้กัญชาและ 1,600 คน ใช้ polydrug ข้อมูลนี้ไม่รวมถึงการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินหรือผู้ที่ได้รับการตรวจสอบในคลินิกผู้ป่วยนอกสำหรับคลินิกผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์เฉพาะทางหรือผู้ป่วยปฐมภูมิอื่นๆ ด้วย<sup>179</sup> "

ในปี 2010 ศูนย์สนับสนุนการลดอันตรายจากยาเสพติด (EDGE) เป็นศูนย์กลางสำหรับการบำบัดรักษาและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ได้รับทุนสนับสนุนจากระบบประกันสังคมของฝรั่งเศส มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสถานที่ต่างๆ เพื่อแจกเข็มฉีดยาสำหรับการเสพ ในปี 2008 ได้มีการแจกเข็มฉีดยา 14 ล้านเข็มซึ่งบรรจยยาเสพติดประเภท 4 ซึ่งสามารถจำหน่ายตามร้านขายยาได้ให้แก่ผู้ป่วยและแจกอุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ เช่น ถุงยางอนามัย เป็นต้น กิจกรรมหลักที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เหล่านี้คือการให้ความช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการปฐมพยาบาล เสนอกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม การติดตามและการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมถึงการหาที่พักเร่งด่วนให้แก่ผู้ป่วยด้วย<sup>180</sup>

"สำหรับสิบปีที่ผ่านมา Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) หรือศูนย์เฝ้าระวังยาเสพติดและยาเสพติดของประเทศฝรั่งเศส) ได้ทำการประเมินค่าใช้จ่ายทางสังคมของโครงการลดอันตรายจากยาเสพติดตามหลายครั้ง ครั้งแรก (Kopp et al. 1998) ย้อนหลังไปถึงปี 1990 และทำการตรวจสอบวิธีการคำนวณที่เป็นไปได้การประเมินเบื้องต้น Kopp และ Fénoğlu ได้รายงานใน Le coût social des drogues หรือค่าใช้จ่ายทางสังคมของยาเสพติด ประเมินค่าใช้จ่ายประจำปีของยาเสพติดที่ผิดกฎหมายให้กับสังคมเป็น 2,035.24 ล้านยูโร ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการแจกเข็มฉีดยาเสพติดและอุปกรณ์อื่นๆ เพื่อการบำบัดรักษา ต่อมาในปี 2004 ประเมินว่าต้นทุนทางสังคมของยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอยู่ที่ 2,824.44 ล้านเหรียญ แสดงให้เห็นว่า โครงการนี้มีความต้องการและได้รับการสนับสนุนจากสังคมมากขึ้นเป็นลำดับ<sup>181</sup>

<sup>179</sup> Ibid. p. 81.

<sup>180</sup> Ibid. p. 110-111.

<sup>181</sup> Ibid. p 33.



### 3.2.4 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

ในส่วนนี้จะได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศสวิตเซอร์แลนด์และการนำมาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

ประวัติศาสตร์ของนโยบายยาเสพติดของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เริ่มขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 ด้วยจำนวนการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาเสพติด เป็นผลทำให้รัฐต้องพัฒนานโยบายยาเสพติด ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักการสามประการ คือ:

- (1) การปราบปราม การใช้ยาเสพติดและการค้ามนุษย์
- (2) มาตรการป้องกันการใช้ยาเสพติด มุ่งเป้าไปที่คนหนุ่มสาวและ
- (3) การให้โอกาสในการได้รับการบำบัดรักษา เช่น การเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่หรือ โปรแกรมเลิกเมทา

โดน เป็นต้น<sup>182</sup>

ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980, มีการแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ กระจายอยู่หลายประเทศรวมทั้งสวิตเซอร์แลนด์ เป็นการเปิดประเทศสู่ปัญหาเสพติดครั้งแรก โดยเมืองใหญ่ในสวิสหลายเมือง เช่น ซูริค เบิร์น ออลเทินและ โซโลเทิร์น มีปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมาก เป็นผลให้รัฐมีความกังวลเพิ่มขึ้นต่อสถานการณ์และต้องจัดบริการสาธารณสุขและสังคม เพื่อช่วยผู้ติดยาเสพติดและปกป้องสังคมจากเอชไอวีและโรคเอดส์<sup>183</sup>

ในปี ค.ศ.1990, สวิตเซอร์แลนด์นำมาตรการใหม่มาใช้เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและนำกลยุทธ์ยาเสพติดแห่งชาติใหม่ ได้แก่ การลดอันตราย Harm Reduction ซึ่งนำไปสู่การสร้างแนวทางในการบูรณาการการทำงานในการแก้ไขปัญหาเสพติดร่วมกันระหว่าง รัฐและเอกชน และเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 1991 รัฐบาลกลางสวิสได้ประกาศใช้มาตรการ "ProMeDro" เพื่อดำเนินการตามนโยบายลดความรุนแรงของอาชญากรรมยาเสพติด โดยโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ต่อไปนี้<sup>184</sup>

- (1) เพื่อลดจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น
- (2) ผลักดันให้ผู้ใช้ยาเสพติดเอาชนะตนเอง จากการผ่านการบำบัดและการกลับคืนสู่สังคม
- (3) ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อลดอันตรายและเพื่อรักษาบูรณาการทางสังคม

การทางสังคม

ตัวอย่างอื่นๆ ที่สภาแห่งชาติได้ดำเนินการ เพื่อการพัฒนามาตรการตามนโยบายลดทอนความรุนแรงของอาชญากรรม ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาความช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนอย่างรุนแรงขึ้นอันเกิดจากผู้นั้นเคยล้มเหลวจากโปรแกรมการรักษา ในปี 1992 สภาผ่านกฎหมายสั่งอนุญาตทดลองทางคลินิกที่มีใบสั่งยาของยาเสพติด พร้อมกับประเมินผลทางวิทยาศาสตร์ที่เข้มงวด การทดลองเริ่มต้นขึ้นในปี 1994และ

<sup>182</sup> Chantal Collin. (2015). Switzerland's Drugs Policy. Parliament of Canada. Retrieved from <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/library/collin1-e.htm> .

<sup>183</sup> Ibid.

<sup>184</sup> Ibid.

สิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 1996 รายงานการประเมินผลสุดท้ายถูกตีพิมพ์ในเดือนกรกฎาคมปี 1997 และได้ข้อสรุปว่า

(1) การช่วยรักษาผู้ติดยาเฮโรอีน ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงทางกายภาพและ / หรือสุขภาพจิตรวมทั้งคุณภาพชีวิตของพวกเขาด้วย

(2) ปริมาณการใช้ยาเสพติดเฮโรอีนและโคเคนในภาพรวมลดลง

(3) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวปรับปรุงพฤติกรรมและกระทำความผิดเกี่ยวกับการเสพยาสูบและส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการโจรกรรมและทรัพย์สินและความผิดค้ายาเสพติดลดลงอย่างรวดเร็ว<sup>185</sup>

จากผลการปฏิบัติการดังกล่าว สภาแห่งชาติจึงบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการออกใบสั่งสารเสพติดเฮโรอีนเพื่อการรักษา Ordinance governing the medical prescription of heroin เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 1999 กำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานของรัฐด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นครั้งแรก

ในที่สุด ในเดือนตุลาคมปี 1998 โปรแกรมของรัฐบาลกลางกำหนดมาตรการเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด (ProMeDro) จึงเกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาการร่างสี่ปี ใช้งบประมาณ 18 ล้านฟรังก์ต่อปี โดยลำดับความสำคัญหลักสำหรับ ProMeDro 1998-2002 มีดังนี้<sup>186</sup>

1. เพื่อเสริมสร้างความมุ่งมั่นของสมาพันธ์การป้องกันหลักและรองและการแทรกแซงเพื่อป้องกันการติดยาเสพติด;

2. จะรวมช่วงของการบำบัดในระบบประสานงานและเพิ่มโอกาสในการเอาชนะปัญหาเสพติด

3. การลดอันตรายจากยาเสพติดและมาตรการบูรณาการทางสังคม

4. เพื่อสร้างและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องตรวจสอบศูนย์ระดับชาติและศูนย์ตรวจสอบปัญหาเสพติดแห่งยุโรป

5. เพื่อดำเนินการต่อซึ่งการพัฒนาประสิทธิภาพ, การค้นพบจากการศึกษาทางระบาดวิทยาการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และการประเมินผลที่ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีอำนาจตัดสินใจ

6. การดำเนินการขั้นตอนการส่งเสริมการจัดการที่มีคุณภาพตลอดโปรแกรม ProMeDro ทั้งเหมาะสมกับความต้องการของสาขาที่แตกต่างกันมีประโยชน์ในการและใช้โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของหน่วยงานที่ติดยาเสพติดและผู้มีอำนาจตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง

7. เพื่อกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการประสานงานและองค์กรต่างๆและค่าคอมมิชชั่นพร้อมส่วนใหญ่สำหรับการประชุมผู้แทนยาเสพติดและปัญหาเสพติดแห่งชาติคณะกรรมการประสานงาน

## (2) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นไปตามพันธกรณีระหว่างประเทศ อันได้แก่ อนุสัญญาาระหว่างประเทศต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด Narcotics Act 1924 ที่บัญญัติตามแนวทางของการปฏิบัติตามข้อผูกพันที่ได้ทำลงนามในประชุมนานาชาติว่า

<sup>185</sup> Ibid.

<sup>186</sup> Ibid.

ด้วยฝิ่นในปี 1912 กฎหมายฉบับนี้ห้ามยาเสพติดบางอย่าง เช่น ฝิ่น ใบโคคา มอร์ฟิน เฮอร์อีน โคเคนและสารอนุพันธ์ของยาเสพติดเหล่านั้น ในเวลาต่อมา รัฐบัญญัติฉบับดังกล่าวได้รับการปรับปรุงใหม่ทั้งหมดและประกาศใช้ในวันที่ 3 ตุลาคม 1951 โดยการแก้ไขกฎหมายในครั้งนี้นำหนดมาตรการห้ามการเจริญเติบโต, การผลิต, การขาย, การจัดจำหน่ายและครอบครอง สารอนุพันธ์ของโคคาและกัญชา วัตถุประสงค์ของรัฐบัญญัติคือ ประการแรก เพื่อควบคุมการใช้ยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และประการที่สอง เพื่อต่อสู้กับปัญหาการละเมิดกฎหมายและการค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย อนึ่ง รัฐบัญญัติได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมเล็กน้อยในปี 1970 เมื่อสวิตเซอร์แลนด์ได้ลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวยาเสพติด Single Convention on Narcotic Drugs 1961<sup>187</sup>

ปัญหาของยาเสพติดของสวิตเซอร์แลนด์เริ่มต้นเมื่อทศวรรษที่ 1960 รัฐบาลใช้บังคับรัฐบัญญัติว่าด้วยยาเสพติด เพื่อเป็นการตอบสนองต่อภาระผูกพันของสวิตเซอร์แลนด์ภายใต้สนธิสัญญาระหว่างประเทศเนื่องจากการใช้ยาเสพติดแม้ในขณะนั้น ไม่มียาเสพติดประเภทใดประเภทหนึ่งที่สร้างปัญหาเป็นพิเศษให้แก่สวิตเซอร์แลนด์ แต่สภาแห่งชาติในขณะนั้นคำนึงถึงผู้ติดยาเสพติดในประเทศว่าเป็นสภาพพยาธิวิทยาที่ร้ายแรงและเขาเหล่านั้นไม่ควรจะถูกดำเนินคดีเป็นอาชญากรรมหรือความผิด ต่อมาเมื่อปัญหาของยาเสพติดมีความรุนแรงขึ้นในช่วงปี ค.ศ.1970 จึงได้ออกรัฐบัญญัติแก้ไขในปี ค.ศ.1975 เพื่อกำหนดมาตรการการใช้ยาเสพติดเพื่อการแพทย์และมาตรการช่วยเหลือสำหรับผู้ติดยาเสพติดและกำหนดการลงโทษที่แตกต่างกรณีการใช้ยาเสพติดและกำหนดบทบัญญัติความผิดทางอาญาที่รุนแรงสำหรับค้ายาเสพติด<sup>188</sup>

### (3) การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม

รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดได้รับการปรับปรุงอีกครั้ง ในปี ค.ศ. 1996 โดยกำหนดให้มีมาตรการควบคุมวัตถุดิบที่เป็นสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด ตั้งแต่นั้นสารตั้งต้นในการผลิตและการเตรียมการที่มีได้รับผลกระทบได้แก่ มอร์ฟิน โคเคนและ กัญชา (รัฐบัญญัติยาเสพติด มาตรา 1)<sup>189</sup>

ส่วนนโยบายสำหรับกัญชา (Cannabis) ในปี 2555 แม้จะมีฝ่ายค้านอนุรักษ์นิยมก็ตามแม้จะมีการคัดค้านอย่างรุนแรงจากพรรคอนุรักษ์นิยม แต่ข้อเสนอนี้ได้รับการอนุมัติให้กำหนดให้ผู้บริโภคใช้กัญชาจำนวนน้อยแทนการเปิดคดีอาญาอย่างเป็นทางการดังนั้นสวิตเซอร์แลนด์จึงเข้าร่วมกับประเทศที่กำลังเติบโตขึ้นโดยใช้รูปแบบการยกเลิกการบังคับใช้กฎหมายบางส่วน (Decriminalization)<sup>190</sup>

กฎหมายเกี่ยวกับการบริโภคการครอบครอง การเพาะปลูกกัญชาและการครอบครองกัญชาและการบริโภค (Legal aspects concerning consumption, possession and cultivation of cannabis)

<sup>187</sup> Ibid.

<sup>188</sup> Ibid.

<sup>189</sup> Ibid.

<sup>190</sup> Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดในยุโรปในด้านกฎหมายยาเสพติด ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายยาเสพติดระดับชาติอย่างมีนัยสำคัญ เป็นครั้งคราวกฎหมายก็รัดกุม แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมามาตรการทางกฎหมายจะผ่อนคลายอีกครั้ง<sup>191</sup>

เกษตรกรที่ปลูกกัญชาในสวิตเซอร์แลนด์สามารถปลูกสายพันธุ์ที่มี THC น้อยกว่า 1%และได้รับอนุญาตจากรัฐบาล

กฎหมายของสวิตเซอร์แลนด์เกี่ยวกับการครอบครองกัญชามีความผ่อนคลายเป็นอย่างมาก ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 สวิตเซอร์แลนด์ได้พัฒนานโยบายด้านยาเสพติดแบบสี่เสาโดยมีเสาหลักแรกคือการป้องกันการรักษาที่สองการลดอันตรายที่สามและการบังคับใช้กฎหมายข้อที่สี่ ดังนั้นการป้องกันและรักษาจะได้รับการจัดลำดับความสำคัญมากกว่าการใช้ยาเสพติด<sup>192</sup>

การครอบครองกัญชาถึง 10 กรัมสำหรับการบริโภคส่วนบุคคลจะต้องเสียค่าปรับเป็นเงิน 100 ฟรังก์สวิส (€ 96) เมื่อวันที่กันยายน 2012 (ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2013) การครอบครอง 10 gramหรือน้อยกว่าจะถูก decriminalizedและจะไม่นำไปสู่การบันทึกความผิดทางอาญา การบริโภคเองก็อาจมีการปรับ CHF 100หรือมากกว่าขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางการเงิน การบริโภคซ้ำๆ อาจมีการปรับเพิ่มขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางการเงินและจำนวนเงินที่มีปัญหา ดังนั้นการลงโทษที่ถูกคุมขังและคำสั่งในการรักษาภาคบังคับไม่ได้กำหนดไว้ในกรณีที่มีการครอบครองหรือกัญชาง่าย<sup>193</sup>

1) การขายกัญชา กฎหมายที่ครอบคลุมการขายกัญชายังมีความผ่อนปรนอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในยุโรปอื่นๆ สำหรับการขายกัญชาจำนวนน้อย (ไม่เกิน 100 กรัม) การลงโทษจะเป็นการปรับอัตรา 1-5 วัน (อัตรารายวันหรือค่าปรับรายวันในหลายประเทศในทวีปยุโรปเพื่อเป็นการปรับคนตามสถานการณ์ทางการเงินและ ในสวิตเซอร์แลนด์มีการกำหนดไว้ที่ 1/30 ของเงินเดือนของจำเลย)

สำหรับการขายกัญชาขนาด 100 กรัม - 1 กิโลกรัม การลงโทษคืออัตรา 5-30 ต่อวันและสำหรับ 1 กิโลกรัม -4 กิโลกรัม จะมีการตั้งค่าปรับเป็นจำนวนมากกว่า 30 รายต่อวันกำหนดโดยศาล มันเป็นเพียงสำหรับการขายของจำนวนเงินที่มากกว่า 4 กิโลกรัม ว่าการลงโทษถูกคุมขังเริ่มต้นที่จะกำหนด ในกรณีดังกล่าวจะมีการตั้งการลงโทษไว้ระหว่างหนึ่งถึงสามปีและอาจรวมกับการปรับค่าปรับ<sup>194</sup>

ส่วนร้านจำหน่ายกัญชาในสวิตเซอร์แลนด์ได้ปิดตัวลงส่วนใหญ่และไม่ขายกัญชาอีกต่อไป

ขณะนี้มีการถกเถียงกันในเมืองหลักๆ ในสวิตเซอร์แลนด์ที่เมืองเจนีวา ซูริก เบิร์นและบาเซล เกี่ยวกับการบังคับให้ขายและซื้อกัญชาจำนวนน้อยในร้านที่ได้รับอนุญาตซึ่งอาจมีโครงสร้างคล้ายคลึงกับสโมสรทางสังคมของสเปนเบลเยียมและเนเธอร์แลนด์. Ruth Dreifuss อดีตประธานาธิบดีแห่งประเทศสวิตเซอร์แลนด์และสมาชิกปัจจุบันของคณะกรรมการนโยบายยาเสพติดทั่วโลกเป็นรูปปั้นของการณรงค์และ

<sup>191</sup> Ibid.

<sup>192</sup> Ibid.

<sup>193</sup> Ibid.

<sup>194</sup> Ibid.

ได้เสนอ "การทดลองกับรูปแบบใหม่ที่เป็นไปได้" เพื่อหา "หลักฐานว่าตลาดมีต่ออาชญากรรมและสาธารณสุข สภาพจะเปลี่ยนแปลงไปตามระเบียบ"<sup>195</sup>

2) การปลูกกัญชา (Cultivation of cannabis) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกกัญชามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ในปี 1995 สำนักงานสาธารณสุขของรัฐของประเทศสวิสเซอร์แลนด์แห่งสหภาพโซเวียตตำรวจและการเกษตรได้มีคำสั่งให้อนุญาตให้ปลูกกัญชาเนื่องจากความสนใจอย่างแพร่หลายในชุมชนเกษตรกรรม อย่างไรก็ตามถ้อยคำของพระราชกฤษฎีกาใหม่สร้างช่องโหว่เพื่อให้สามารถเพาะปลูกกัญชา THC สูงได้ตามที่ระบุไว้ว่ากัญชามี THC และเป็นยา แต่การเพาะปลูกนั้นสามารถทำได้หากเจตนาไม่ก่อให้เกิดยาเสพติด โดยไม่ได้กำหนดขีด จำกัด ของ THC สิ่งนี้เป็นการปูทางให้เกษตรกรปลูกกัญชา THC สูงๆและเรียกกัญชาว่า ด้วยเหตุนี้การเพาะปลูกกัญชาจึงมีผลบังคับใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมายจนถึงปลายทศวรรษ 1990และแม้ว่าการขายดังกล่าวเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายวัฒนธรรมการค้าปลีกแบบแอบแฝงเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ในเวลานั้นปริมาณที่น้อยจะบรรจุและขายเป็น "หมอนหอม"หรือบุหงาซึ่งมักจะอยู่ใต้เคาน์เตอร์ใน "ร้านขายของที่สุบบุหรี" ซึ่งขายกระดาษชรีดและอุปกรณ์เครื่องใช้อื่นๆ ด้วย ในปี 1999 มีการประกาศใช้ประกาศของรัฐบาลกลางสองฉบับโดย จำกัด การขายต้นกัญชาและอาหารที่ใช้กัญชาและเครื่องดื่มให้มีความหลากหลายต่ำเท่านั้น อย่างไรก็ตามร้านค้ายังคงขายกัญชาจนถึงอย่างน้อยปี 2005 เมื่อมีการบุกเข้าไปในศาลที่เห็นเจ้าของโรงงานกัญชาตัดสินว่ามีการจัดหาที่ผิดกฎหมาย เนื่องจากกฎหมายมีการเปลี่ยนแปลงในปี 1999 อาหารและเครื่องดื่มจากกัญชาต้องมีปริมาณ THC น้อยกว่า 1%<sup>196</sup>

ขณะนี้สถานการณ์กับการเพาะปลูกกัญชาไม่แน่นอน มีการพยายามที่จะผ่านกฎหมายที่อนุญาตให้มีการเพาะปลูกในปริมาณน้อยเพื่อการแพทย์หรือการใช้งานส่วนบุคคล แต่จนถึงปัจจุบันการเพาะปลูกกัญชาก็ยังคงผิดกฎหมาย เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2012 เป็นต้นไป Concordat latin sur la culture et le commerce du chanvre ได้ถูกนำมาใช้บังคับซึ่งทำให้ประชาชนภาคเอกชนในเจ็ดมณฑล ได้แก่ เจนีวาและบาเซลสามารถปลูกพืชกัญชาได้ถึงสี่แห่งเพื่อใช้ส่วนตัว อย่างไรก็ตามในเดือนตุลาคม 2012 ศาลรัฐบาลกลางประเทศสวิสเซอร์แลนด์ตัดสินว่าผู้ต้องขังไม่ชอบด้วยกฎหมายเนื่องจากละเมิดกฎหมายของรัฐบาลกลางเกี่ยวกับยาเสพติด ในทางปฏิบัติแม้จะมีกฎหมายการเพาะปลูกพืชจำนวน จำกัด สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลมักถูกมองข้ามไป<sup>197</sup>

**สถานะของกัญชาในประเทศสวิสเซอร์แลนด์** สถานะของกัญชาทางการแพทย์ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ยังไม่แน่นอน ไม่มีบทบัญญัติที่ชัดเจนสำหรับกัญชาทางการแพทย์ในกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติการใช้ทางการแพทย์ไม่น่าจะส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องตราบเท่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์หรือการขาย

<sup>195</sup> Ibid.

<sup>196</sup> Ibid.

<sup>197</sup> Ibid.

ในปี 2008 สภาผู้แทนราษฎรสวิสได้ออกกฎหมายอนุญาตให้มีการยกเว้นทางการแพทย์ แต่ก็ยังไม่ชัดเจนว่าการดำเนินการเหล่านี้เป็นอย่างไร ในเดือนพฤศจิกายน 2013 สวิตเซอร์แลนด์กลายเป็นประเทศที่ 23 ในการอนุมัติเครื่องฉีดสเปรย์แบบฉีดใต้ผิวหนังของ GW Pharmaceuticals Sativex; พลเมืองชาวสวิสประมาณสามสิบล้านคนยังได้รับ dronabinol (รูปแบบสังเคราะห์ THC) ที่นำเข้าจากเยอรมนี<sup>198</sup>

**การปลูกกัญชงและครอบครองเมล็ดกัญชา (Hemp and cannabis seeds)** การผลิตกัญชาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นเรื่องที่ต้องตามกฎหมายหากเกษตรกรมีใบอนุญาตที่ถูกต้องและผ่านการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้แน่ใจว่าระดับ THC อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในปัจจุบันที่ 1% เพื่อควบคุมระดับ THC รัฐบาลของประเทศสวิสได้ห้ามขายเมล็ดกัญชาที่ไม่ได้รับอนุญาตและอนุญาตให้มีสาร THC ปริมาณต่ำกว่า 11 ชนิดที่ได้รับอนุญาต ลิบเฮ็ดสายพันธุ์ที่ได้รับอนุญาตสามารถพบได้ที่นี้ Olison หนึ่งในผู้ผลิตกัญชารายใหญ่ของสวิตเซอร์แลนด์กลั่นน้ำมันหอมระเหยจากป่านเพื่อใช้ในอาหารและน้ำมันหอมระเหย ไม่ชัดเจนว่ากฎหมายใหม่เกี่ยวกับเมล็ดกัญชายังมีผลกับเมล็ดกัญชา THC ที่ขายให้กับประชาชนทั่วไป พันธุ์กัญชามีศักยภาพสูงได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วทั้งร้านค้ากัญชาของสวิตเซอร์แลนด์มาหลายสิบปีและยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน สวิตเซอร์แลนด์ยังคงรักษาอุตสาหกรรมการปลูกป่านที่มีชีวิตชีวาขึ้นโดยเกษตรกรส่วนใหญ่ที่ปลูกกัญชาเพื่อผลิตเส้นใยและเมล็ดพันธุ์ เส้นใยและเมล็ดที่ผลิตจะใช้สำหรับการผลิตสิ่งทอพลาสติกวัสดุก่อสร้างเครื่องสำอางและอาหาร หนึ่งในเกษตรกรผู้ปลูกกัญชาที่โดดเด่นที่สุดในสวิตเซอร์แลนด์คือ Olison ปลูกกัญชาตัวเมียเพื่อสกัดน้ำมันหอมระเหยผ่านการกลั่น น้ำมันหอมระเหยถูกนำมาใช้เพื่อผลิตเครื่องปรุงอาหารและน้ำมันหอมระเหย<sup>199</sup>

#### (4) การจำแนกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

มาตราเกี่ยวกับการผลิตการจำหน่าย การซื้อและการใช้ยาเสพติด กฎหมายในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่ายาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ไม่สามารถดำเนินการปลูก ผลิต จัดทำหรือขายโดยไม่ต้องผ่านการอนุมัติจากรัฐ (มาตรา 4) นอกจากนี้ ยังมีมาตรการอนุมัติการออกใบอนุญาตพิเศษจากสำนักงานสหพันธ์สาธารณสุข เพื่อควบคุมการนำเข้าหรือส่งออกยาเสพติด (มาตรา 5) นอกจากนี้ตามมาตรา 8 แห่งรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดกำหนดให้ยาเสพติดดังต่อไปนี้ไม่สามารถปลูกนำเข้าผลิตหรือขายได้ ได้แก่ ผื่นยาสูบ เฮโรอีน, ยาหลอนประสาท (เช่น LSD) และกัญชา สำหรับการสกัดยาเสพติดหรือกัญชา มาตรา 8 ได้มีการกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการใช้เพื่อการรักษาของผู้ติดยาเสพติดที่มีใบสั่งยาเป็นกรณีเฉพาะราย<sup>200</sup>

นอกจากนั้น กฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีบทบัญญัติความผิดทางอาญาที่สามารถนำไปใช้ได้ เช่น ความผิดฐานปลูก ผลิตสารสกัดจากกระบวนการหรือเตรียมยาเสพติด เว้นแต่กรณีที่ได้รับใบอนุญาตให้ ร้านค้าหรือเรือ ดำเนินการขนส่ง นำเข้า ส่งออกเพื่อจำหน่าย ขาย ฯลฯ หรือ ใบอนุญาตในการครอบครองยาและผู้ใดมีแหล่งเงินทุนรายได้เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายเงินทุนที่ผิดกฎหมายยาเสพติด (มาตรา 19)

<sup>198</sup> Ibid.

<sup>199</sup> Ibid.

<sup>200</sup> Ibid.

นอกจากนั้น รัฐบัญญัติการควบคุมยาเสพติด มาตรา 19 บัญญัติว่า การที่ผู้กระทำผิดจะได้รับการระวางโทษจำคุกหรือปรับมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของการกระทำความผิด ตามที่กำหนดไว้ในรัฐบัญญัติ ส่วนความผิดฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการบริโภค ตามรัฐบัญญัติมาตรา 19a กำหนดว่าเป็นความผิดสุทธโทษและเจ้าพนักงานของรัฐที่เกี่ยวข้องอาจเลือกที่จะดำเนินคดีหรือไม่ดำเนินคดีของผู้เสพยาเช่นว่านั้นก็ได้อีก (มาตรา 19a(2)) และรวมถึงความผิดฐานเตรียมยาเสพติดเพื่อใช้ส่วนตัวหรือสำหรับใช้งานร่วมกับผู้อื่น โดยไม่มีวัตถุประสงค์ในการซื้อขายยาเสพติดและมีปริมาณยาเสพติดที่น้อยที่สุด (มาตรา 19b) และความผิดฐานชักชวนให้บุคคลอื่นเสพยาเสพติดผู้กระทำจะต้องโทษปรับ (มาตรา 19c)<sup>201</sup>

### (5) มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

มาตรการในการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด(Harm Reduction Policy)<sup>202</sup> แบ่งเป็นหลักการต่างๆของแนวนโยบายดังต่อไปนี้<sup>203</sup>

#### 1. หลักการประการแรก คือ การป้องกัน

มาตรการการป้องกันการมีจุดมุ่งหมายหลักในการบรรล่วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดในหมู่ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่เป็นอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดสู่บุคคลและสังคมและเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด มีให้หลุดพ้นจากการไม่ถูกดำเนินคดีทางอาญาใดๆ

กลยุทธ์การป้องกันของสมาพันธ์ประกอบด้วยหกวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันของชีวิตประจำวัน;
- 2) จะให้ความสำคัญไม่เพียงแต่กับยาเสพติด แต่ยังเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล;
- 3) การสร้างพันธมิตรระหว่างสมาพันธ์รัฐ, ชุมชนและสถาบันทางสังคมต่างๆ (ครอบครัว, โรงเรียน, สมาคมด้านการกีฬาและอื่นๆ
- 4) เน้นในการวิจัยทางวิทยาศาสตร์
- 5) เพื่อเพิ่มการแทรกแซงในขั้นต้น;
- 6) เพื่อให้แน่ใจว่าโครงการได้รับการสนับสนุนโดยสมาพันธ์

#### 2. หลักการหลักประการที่ 2 คือ การรักษา

วัตถุประสงค์ขอผ่านการรักษา<sup>204</sup> ได้แก่

- 1) ทำลายยาเสพติดให้ออกจากนิสัยและชีวิตประจำวันของพวกเขา
- 2) การกลับคืนสู่สังคมและ
- 3) ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายและจิตใจ.

<sup>201</sup> Ibid.

<sup>202</sup> Ibid.

<sup>203</sup> Ibid.

<sup>204</sup> Ibid.

### 3. หลักการหลักประการที่ 3 คือ การลดอันตราย

ครั้งแรกที่สวีเดนใช้มาตรการที่เรียกว่า "เกณฑ์ขั้นต่ำ" เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดในการลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม โครงการ ProMeDro มีวัตถุประสงค์ในการลดอันตรายจากอาชญากรรมยาเสพติดดังต่อไปนี้<sup>205</sup>

- 1) ผู้ต้องขังในเรือนจำสามารถได้รับการรักษาบำบัดเช่นเดียวกับผู้ติดยาเสพติดภายนอก
- 2) กำหนดสถานที่สำหรับการเสพยาโดยขอด้วยกฎหมายเพื่อการบำบัดและเลิกยา injection sites
- 3) การกำหนดให้มีการจ้างงานและการให้ที่อยู่อาศัยแก่ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด
- 4) ให้การช่วยเหลือหญิงที่ต้องดำรงชีพเป็นโสเภณีเพื่อนำรายได้มาเสพยาเสพติด
- 5) บริการให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก กรณีพ่อแม่ของเขาคือติดยาเสพติด

นอกจากนี้ ยังมีโปรแกรม SFOPH ในปี 1995 ที่จัดตั้งโดยรัฐบาลเพื่อสนับสนุนหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีเกณฑ์ต่ำและให้คำแนะนำแก่รัฐ, ชุมชนและสถาบันเอกชนในการวางแผนและการระดมทุนโครงการลดอันตรายจากการติดยาเสพติด ให้บุคคลได้มีการเข้าถึงโปรแกรมดังกล่าวได้โดยไม่มีเงื่อนไขและค่าตอบแทน วัตถุประสงค์ของการให้บริการลดอันตรายเหล่านี้คือ การจำกัดผลกระทบเชิงลบของการติดยาเสพติดและปรับปรุงพฤติกรรมเสียให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ติดยาเหล่านั้นสามารถที่จะดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

### 4. หลักการหลักประการที่ 4 คือ การบังคับใช้กฎหมาย

เป้าหมายหลักของการบังคับใช้ คือ การลดอุปทานและการต่อสู้กับการลักลอบค้ายาเสพติด ที่ทำธุรกรรมทางการเงินที่ผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์และอาชญากรรมการฟอกเงิน ผู้ใช้ยาเสพติดจะไม่ได้เป็นคนจำนวนมากเป้าหมายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของตำรวจในสวีเดน รัฐบาลกลางได้บังคับใช้รัฐบัญญัติว่าด้วยการควบคุมการค้ายาเสพติด Narcotics Act ซึ่งมีความมุ่งหมายในการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของรัฐและกำหนดอำนาจของเจ้าพนักงานในการติดตาม การดำเนินการสืบสวนและการเข้าไปค้ายาเสพติดของตำรวจ นอกจากนี้ยังกำหนดสภาพแวดล้อมของการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและวิธีการที่ใช้ในการต่อสู้กับปัญหาเสพติด<sup>206</sup> วิธีการเหล่านี้รวมถึง:

- 1) กิจกรรมการบังคับใช้มุ่งเน้นในการผลิตยาเสพติดการค้ามนุษย์และการฟอกเงิน;
- 2) การตั้งคณะทำงาน "ตำรวจยาเสพติด" ให้เพิ่มขึ้นและตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญจากภาคอื่นๆ ให้มากยิ่งขึ้น
- 3) เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ระหว่างหน่วยงานตำรวจยาเสพติดประเทศต่างๆ
- 4) การเร่งและการปรับปรุงการประมวลผลของข้อมูล ของระบบเครือข่ายและการเข้าถึงเครือข่ายสำนักงานตำรวจในยุโรป

<sup>205</sup> Ibid.

<sup>206</sup> Ibid.



5) การปรับปรุงการทำงานร่วมกันระหว่างตำรวจและภาคเอกชน (ธนาคาร, อุตสาหกรรมเคมี, ฯลฯ)

#### (6) การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินคดีและการตัดสินของศาล

การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ดำเนินการโดย สำนักงานบริหารงานยุติธรรมในคดียาเสพติดของสวิตเซอร์แลนด์ (Administration of Swiss Drug Policy) โดยหน่วยงานดังกล่าวจะเป็นศูนย์กลางของนโยบายยาเสพติดของสวิตเซอร์แลนด์ มีภารกิจในการประสานการทำงานและการประสานนโยบายต่างๆ รวมถึงมาตรการในการกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานระดับท้องถิ่นและสถาบันภาคเอกชน ภายใต้รัฐบัญญัติควบคุมยาเสพติด มาตรา 15c และภายใต้มาตรา 15a กำหนดให้รัฐต้องมีความรับผิดชอบในภารกิจงานต่อไปนี้<sup>207</sup>

1 การป้องกันการละเมิดยาเสพติดรัฐต้องส่งเสริมข้อมูลและให้คำปรึกษาและการตั้งค่าสถาบันที่จำเป็นในการทำเช่นนั้น

2 รัฐต้องจัดให้มีการคุ้มครองของผู้ที่ต้องการรักษาพยาบาลหรือได้รับความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่อยู่ในบัญชีของการละเมิดยาเสพติดและช่วยให้พวกเขาสามารถกลับไปทำงานและกลับสู่สังคมได้ตามปกติ

3 รัฐอาจมอบหมายงานบางอย่างให้อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรภาคเอกชน

4 รัฐอาจออกคำสั่งห้ามการซื้อขายยาเสพติดและเมื่อประสงค์จะซื้อขายยาเสพติดจะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขทราบ เพื่อตรวจสอบการซื้อขายยาเสพติดว่ามีใบสั่งยา มีวัตถุประสงค์เพื่อการแพทย์หรือเพื่อการรักษาบำบัดหรือไม่

5 กำหนดมาตรการจ่ายยาเสพติดตามใบสั่งยาและการบริหารจัดการยาเสพติดเพื่อการรักษาติดยาเสพติดให้อยู่ภายใต้การอนุญาตของรัฐ

6 ดำเนินการเพื่อให้ผู้ติดยาหรือเสพยาได้รับทราบถึงอันตรายที่เกิดจากการเสพยาเสพติด

หลักการการบริหารงานภายใต้รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด การใช้มาตรการทางอาญาใดๆ ของเจ้าหน้าที่ของรัฐในกรณีปกติให้เป็นไปตามที่กำหนดในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ทั้งในขั้นตอนของ การสืบสวนของตำรวจ การไต่สวนและการตัดสินของศาล ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องลงโทษปรับหรือกักกัน- นอกจากนั้น - การกำหนดการลงโทษสามารถกระทำได้โดยเจ้าพนักงาน เช่น นายอำเภอและศาลมีสิทธิในการคัดค้านการลงโทษของนายอำเภอดังกล่าวได้ ในคดีประเภทนี้ศาลจะใช้ผู้พิพากษานายเดียวเป็นองค์คณะ ซึ่งผู้พิพากษาดังกล่าวจะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดเป็นอย่างดี<sup>208</sup>

ในคดีที่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง คดีจะได้รับการตัดสินโดยศาลแขวง หรือศาลบังคับโทษ (District Court or Correctional Court) ถ้าเป็นความผิดในระดับที่ร้ายแรงที่สุด จะต้องจัดองค์คณะในศาล

<sup>207</sup> Ibid.

<sup>208</sup> Ibid.

เป็นผู้พิพากษาผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยหนึ่งนายและมีผู้พิพากษาสมทบ (Lay Judge) และศาลที่ใช้ดำเนินคดี ได้แก่ ศาลอาญาหรือ ศาลจังหวัด

นอกจากนั้น สมาพันธ์ยังมีบทบาทในการต่อต้านการค้ายาเสพติด ตามมาตรา 29 แห่งรัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติด กำหนดให้สำนักงานตำรวจ (FOP) เป็นหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบในการควบคุมการเคลื่อนย้ายยาเสพติดและเงินทุนเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย FOP จะรวบรวมข้อมูลสำหรับการป้องกันความผิดตามรัฐบัญญัติและอำนวยความสะดวกในการดำเนินคดีผู้กระทำผิดและประสานการทำงานกับหน่วยงานรัฐบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานศุลกากรและสำนักงานไพรศณีย์ รวมทั้งทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงานกลางของประเทศอื่นๆ และองค์กรตำรวจสากล<sup>209</sup>

### (7) การป้องกันและการบำบัดรักษา

มาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเฮโรอีน: เป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดทั้งสำหรับผู้ติดยาเสพติดและสังคม: ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 และ 1990 มีการติดเชื้อเอชไอวีที่เกี่ยวข้องกับเฮโรอีนในสวิตเซอร์แลนด์ คนหนุ่มสาวกำลังใช้เฮโรอีนมากขึ้นมีการเสียชีวิตและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับเฮโรอีนเพิ่มมากขึ้น ฉากยาเสพติดขนาดใหญ่ในเมืองสวิสดึงดูดผู้ติดยาเป็นจำนวนหลายพันรายทุกวัน นโยบายยาเสพติดค่อนข้างปราบปรามและห้ามปรามก็ไม่สามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพพยายามเกลี้ยกล่อมเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการต่อโดยใช้วิธีการที่มีการตั้งข้อหาโดยพิจารณาจากตำรวจไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แทนที่จะเป็นแนวทางการลดอันตรายต่อโครงการด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งรวมถึงวิธีการต่างๆ เช่น โครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาห้องเฮโรอีนที่ฉีดอย่างปลอดภัยและการรักษาพึ่งพา สวิตเซอร์แลนด์พัฒนานโยบายด้านยาขึ้นอยู่กับสี่เสาหลักคือการป้องกันการใช้ยาเสพติดการบำบัดรักษาการใช้ยาและการลดอันตราย สามารถเรียนรู้ได้จากการทบทวนนโยบายด้านยาเสพติดในเชิงบวกและต่อเนื่อง<sup>210</sup>

ในปี ค.ศ. 1994 สวิตเซอร์แลนด์เป็นผู้บุกเบิก "คลินิกเฮโรอีน" ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่ผู้ติดยาเสพติดได้รับการกำหนดและฉีดเฮโรอีนบริสุทธิ์แทนที่จะเป็นเมทาโดน แต่ประชาชนชาวสวิสถูกชักชวนให้ได้รับประโยชน์จากการบำบัดด้วยเฮโรอีน (HAT) และได้รับการรับรองเป็นครั้งที่สองในการโหวตทั่วประเทศ ความเชื่อมั่นที่พบใหม่นี้ใน HAT เป็นผลมาจากการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์โดยประมาณว่าผลตอบแทนของโครงการ (เงินที่บันทึกไว้ในงบค่าใช้จ่ายกฎหมายและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข) สูงกว่าค่าใช้จ่ายถึง 2 เท่า การแก้ปัญหาต่างๆ เช่น อาชญากรรมสังคม การปฏิรูปและการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์<sup>211</sup>

<sup>209</sup> Ibid.

<sup>210</sup> Illicit Opioid Use, Treatment and Economic Costs, and Options for Cost Reduction: An Overview and Estimations

<sup>211</sup> Killias, M. And Aebi, M. F. (2000) The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland, Crime Prevention Studies, volume 11, 2000

### 3.2.5 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในส่วนนี้จะได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในสหรัฐอเมริกา และการนำมามาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

การตรวจสอบนโยบายยาเสพติดที่ล้มเหลวในช่วงเปลี่ยนศตวรรษได้ให้แนวทางในการผ่อนคลายนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของสหรัฐอเมริกามากขึ้น นโยบาย "สงครามกับยาเสพติด" ของ Reagan และ Nixon ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นภัยพิบัติ เรื้อนจำในสหรัฐฯ มีผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องขังจากการใช้นโยบายตามกฎหมายยาเสพติดที่ใช้ในช่วงทศวรรษที่ 1980 สหรัฐอเมริกามีผู้ต้องขังมากกว่าเวลาอื่นๆ จำนวนผู้ต้องขังประมาณ 2.5 ล้านคนโดยครึ่งหนึ่งถูกจองจำอยู่ในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

หลายรัฐที่กำลังมองหาแนวทางแก้ไขปัญหานี้กำลังพิจารณาเรื่อง "การฟื้นฟูสมรรถภาพ" ซึ่งตรงกันข้ามกับการจำคุกในเรือนจำสำหรับผู้ใช้ยาเสพติด เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2015 รัฐและ District of Columbia ได้อนุมัติให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อีกเจ็ดรัฐมีแนวโน้มใกล้เคียงกันการใช้นโยบายแบบเดียวกัน และรัฐโคโลราโด ได้ทำการรับรองการใช้กัญชาภายใต้การควบคุมว่าถูกต้องตามกฎหมายอย่างสมบูรณ์ ยาเสพติดอื่นๆ จะเกิดขึ้นกับฝ่ายค้านที่เข้มแข็งมากขึ้นเพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามชาวอเมริกันจำนวนมากเชื่อว่ายาเสพติดทั้งหมดควรได้รับการรับรองและเชื่อว่าในที่สุดการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดในสหรัฐอเมริกาอาจจะเกิดขึ้น เงินที่ใช้จ่ายไปยังผู้ต้องหาที่ถูกคุมขังจะถูกเปลี่ยนเส้นทางไปสู่การพักฟื้นและการศึกษาด้านยาเสพติด

อย่างไรก็ตาม สำนักงานนโยบายควบคุมยาเสพติดแห่งชาติ (Office of National Drug Control Policy ONDCP) คัดค้านการถูกต้องตามกฎหมายของกัญชา แต่สนับสนุนการใช้ทางเลือกแทนการจำเรือนจำสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น การประกาศเกี่ยวกับเรื่องนี้ซึ่งเสนอโดยสหรัฐฯ ได้รับการอนุมัติในการประชุมระหว่างประเทศโดยคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติด (CND) ในเดือนมีนาคม 2015<sup>212</sup>

งบประมาณการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติปีงบประมาณ 2011 ที่เสนอโดยประธานาธิบดีโอบามา จะทุ่มเททรัพยากรใหม่ๆ ที่สำคัญในการป้องกันและรักษายาเสพติด ทรัพยากรเหล่านี้จะเสริมด้วยความพยายามที่ก้าวร้าวเพื่อเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายในประเทศการแทรกแซงและการควบคุมอุปทาน ทรัพยากรใหม่ 340 ล้านดอลลาร์เพิ่มการป้องกันและรักษายาเสพติด<sup>213</sup>

#### (2) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของรัฐบาลกลาง (Federal Drug Law) ได้บัญญัติให้การครอบครองใช้หรือแจกจ่ายยาเสพติดที่ผิดกฎหมายเป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมายของรัฐบาลกลาง มีบทลงโทษที่เข้มงวดสำหรับความผิดยาเสพติดรวมถึงเน้นการบังคับโทษเรือนจำสำหรับความผิดหลายประการ ข้อมูลต่อไปนี้เป็น

<sup>212</sup> "Chemist & druggist". *Chemist & druggist* (London, New York City, Melbourne: Benn Brothers) 28: 68,330. 1886.

<sup>213</sup> "DEA History Book, 1985–1990". United States Department of Justice. Retrieved August 31, 2011.

จะไม่สมบูรณ์แต่ก็เป็นภาพรวมของบทลงโทษของรัฐบาลกลางสำหรับการตัดสินครั้งแรกและบทลงโทษทั้งหมดเป็นสองเท่าสำหรับกรณีที่กระทำความผิดซ้ำ<sup>214</sup>

บทบัญญัติเกี่ยวกับฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษระดับรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ความผิดระดับสูงจนถึงความผิดเล็กน้อย อยู่ใน Title 22 U.S.C. มาตรา 841

Title 22 U.S.C. มาตรา 841 บัญญัติการกระทำที่เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษไว้ โดยแบ่งเป็นความผิดประเภทต่างๆดังนี้

841 (a) (1) – ผลิต จำหน่าย จ่ายหรือมีเจตนาเพื่อผลิตจัดจำหน่ายหรือจำหน่ายสารควบคุม

841 (a) (2) – ผลิต จำหน่าย จ่ายหรือครอบครองโดยเจตนาและเจตนาเพื่อจำหน่ายหรือจำหน่ายสารปลอม

ส่วน Title 22 U.S.C. มาตรา 841 (b) (1) (A) กำหนดบทลงโทษขั้นสูงในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษดังนี้

โทษขั้นต่ำบังคับจำเรือนจำ 10 ปีถึงตลอดชีวิต ปรับสูงสุด 10 ล้านดอลลาร์และต้องเข้ารับการบังคับบำบัดรักษาอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป สำหรับการครอบครองยาเสพติดในปริมาณต่างๆ ต่อไปนี้

เฮโรอีน 1 กิโลกรัมขึ้นไป

โคเคน 5 กิโลกรัมขึ้นไป

ฐานโคเคน 280 กรัมขึ้นไป

กัญชา 1,000 กิโลกรัมขึ้นไปหรือกัญชามากกว่า 1,000 ต้นขึ้นไป

เมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ 50 กรัมหรือมากกว่าหรือสารส่วนผสมของเมทแอมเฟตามีน มากกว่า 500 กรัม

Title 22 U.S.C. มาตรา 841 (b) (1) (D) กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้กระทำความผิดระดับกลาง ดังต่อไปนี้

จำเรือนจำสูงสุด 5 ปี ปรับสูงสุด 250,000 ดอลลาร์ ต้องเข้ารับการบังคับบำบัดรักษา อย่างน้อย 2 ปี สำหรับการครอบครอง กัญชาไม่เกิน 50 กิโลกรัมหรือต้นกัญชาไม่เกิน 50 ต้นโดยไม่คำนึงถึงน้ำหนัก

ส่วน Title 22 U.S.C. มาตรา 844 กำหนดฐานความผิดการครอบครองสารเสพติดเล็กน้อย ดังนี้

การครอบครองสารควบคุมในปริมาณที่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในมาตรา 841 ถือว่าเป็นความผิดระดับความผิดลหุโทษและอาจได้รับโทษปรับในอัตราที่น้อยมาก

### (3) การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม

ตารางต่อไปนี้แสดงประเภทของยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่การครอบครองเป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของรัฐบาลกลางและบทกำหนดโทษ

<sup>214</sup> State and Federal Laws and Sanctions Concerning Drugs and Alcohol, (2018). Boston University <https://www.bu.edu/safety/alcohol-drugs/laws/>

ตารางที่ 9 แสดงประเภทของยาเสพติดที่เป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของรัฐบาลกลางและบทกำหนดโทษ

Substance	Amount	Penalty—First Conviction
Heroin	1 kg. or more	<b>Prison:</b> not less than 10 years, not more than life. <b>Fine:</b> up to \$4 million.
Cocaine	5 kg. or more	
Crack Cocaine	50 gm. or more	
Methamphetamine	100 gm. or more	
PCP	100 gm. or more	
LSD	10 gm. or more	
Marijuana	1,000 kg. or more	
N-Phenyl-N-propanamide	400 gm. or more	
Heroin	100–999 gm.	<b>Prison:</b> not less than 5 years, not more than 40 years. <b>Fine:</b> up to \$2 million.
Cocaine	500–4,999 gm.	
Crack Cocaine	5–49 gm.	
Methamphetamine	10–99 gm.	
PCP	10–99 gm.	
LSD	1–10 gm.	
Marijuana	100–1,000 kg.	
N-Phenyl-N-propanamide	40–399 gm.	
Amphetamines	any amount	<b>Prison:</b> up to 3 years.
Barbiturates	any amount	<b>Fine:</b> up to \$250,000.
Marijuana	50–100 kg.	<b>Prison:</b> up to 20 years. <b>Fine:</b> up to \$1 million.
Hashish	10–100 kg.	
Hash Oil	1–100 kg.	
Flunitrazepan (Rohypnol, “roofies,” or “roaches”)	1 gm.	
Marijuana	less than 50 kg.	

Substance	Amount	Penalty—First Conviction
Hashish	less than 10 kg.	Prison: up to 5 years. Fine: up to \$250,000.
Hash Oil	less than 1 kg.	
Flunitrazepan (Rohypnol, “roofies,” or “roaches”)	less than 30 mg.	

จากตารางข้างต้น แสดงให้เห็นประเภทของยาเสพติดและวัตถุประสงค์ต่อจิตประสาทที่การครอบครองเป็นความผิดกฎหมายของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา สังเกตได้ว่าสารเสพติดแต่ละประเภทมีการกำหนดมาตรการครอบครองแล้วเป็นความผิดไม่เท่ากัน หลากหลายไปตามความรุนแรงของสารเสพติดนั้นๆ ส่วนมาตรการบังคับโทษในภาพรวมเมื่อพิจารณาจากตารางจะแบ่งกลุ่มของยาเสพติดออกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรงของยาเสพติดให้โทษ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 จำคุกจำ: ไม่น้อยกว่า 10 ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิต ปรับไม่เกิน 4 ล้านดอลลาร์

กลุ่มที่ 2 จำคุกจำ: ไม่น้อยกว่า 5 ปีแต่ไม่เกิน 40 ปี ปรับไม่เกิน 2 ล้านดอลลาร์

กลุ่มที่ 3 จำคุกจำ: ไม่เกิน 3 ปี ปรับไม่เกิน \$ 250,000

กลุ่มที่ 4 จำคุกจำ: สูงสุด 20 ปี ปรับไม่เกิน 1 ล้านดอลลาร์

กลุ่มที่ 5 จำคุกจำ: นานถึง 5 ปี ปรับไม่เกิน \$ 250,000<sup>215</sup>

#### (4) การจำแนกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

บทบัญญัติกฎหมายแห่งรัฐบาลกลาง (Statute) ที่บัญญัติความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของสหรัฐอเมริกามีดังต่อไปนี้

##### A. ความผิดฐานกระทำการอันขัดผลประโยชน์ของรัฐบาลกลาง (21 U.S.C. 862)

การดำเนินคดียาเสพติดของรัฐบาลกลางอาจส่งผลให้สูญเสียงบประมาณของรัฐบาลกลางอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณส่วนอื่น เช่น กองทุนเงินกู้ยืมทุนการศึกษา สัญญาและใบอนุญาต การดำเนินคดีการค้ายาเสพติดของรัฐบาลกลางอาจส่งผลให้ผู้กระทำความผิดต้องโทษจำคุกเป็นเวลาถึงห้าปี สำหรับการตัดสินครั้งแรก ความผิดยาเสพติดของรัฐบาลกลางฐานมีไว้ในครอบครองถือว่าเป็นความผิดกระทำการอันขัดผลประโยชน์ของรัฐบาลกลางด้วย ต้องได้รับโทษจำคุกเป็นเวลาหนึ่งปีสำหรับการตัดสินครั้งแรก และสูงสุดห้าปีสำหรับการกระทำความผิดซ้ำ<sup>216</sup>

##### B. การริบทรัพย์สินและอสังหาริมทรัพย์ของผู้กระทำความผิด 21 U.S.C. 853

บุคคลใดที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของรัฐบาลกลาง จะได้รับลงโทษจำคุกจำคุกมากกว่าหนึ่งปีและจะต้องริบทรัพย์สินหรืออสังหาริมทรัพย์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดให้ตกเป็นของ

<sup>215</sup> Ibid

<sup>216</sup> Ibid.

รัฐบาลสหรัฐอเมริกา ซึ่งรวมถึงบ้าน รถยนต์และทรัพย์สินส่วนตัวอื่นๆ มีการออกหมายจับและทรัพย์สินถูกยึด ณ เวลาที่บุคคลถูกจับกุมและในข้อหาที่อาจส่งผลให้ถูกริบทรัพย์สิน<sup>217</sup>

#### C. บทลงโทษการค้ายาเสพติด 21 U.S.C. 841

บทลงโทษสำหรับการดำเนินคดีการค้ายาเสพติดนั้น จะแตกต่างกันไปตามปริมาณของสารควบคุมที่ครอบครอง ที่เกี่ยวข้องในการทำธุรกรรม รายการด้านล่างเป็นตัวอย่างของช่วงและความรุนแรงของบทลงโทษของรัฐบาลกลางที่กำหนดไว้สำหรับการตัดสินครั้งแรก บทลงโทษสำหรับการดำเนินคดีกระทำความผิดซ้ำจะเพิ่มเป็นสองเท่า หากมีการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บสาหัสอันเป็นผลมาจากการใช้สารควบคุมที่ได้รับการแจกจ่ายอย่างผิดกฎหมาย บุคคลที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดจะต้องได้รับโทษจำคุกตลอดชีวิต<sup>218</sup>

บุคคลที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดภายในระยะ 1,000 ฟุตจากมหาวิทยาลัย (21 U.S.C. 845 a.) ต้องได้รับโทษจำคุกและค่าปรับซึ่งสูงเป็นสองเท่าของการลงโทษตามปกติ โดยมีโทษจำคุกอย่างน้อยหนึ่งปี

#### D. บทลงโทษการครอบครองสารควบคุม 21 U.S.C. 844

บุคคลที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดเกี่ยวกับการครอบครองสารควบคุมใดๆ ต้องได้รับโทษจำคุกสูงถึงหนึ่งปีและปรับไม่ต่ำกว่า 1,000 ดอลลาร์ สูงสุดไม่เกิน 100,000 ดอลลาร์ การลงโทษครั้งที่สองจะถูกลงโทษจำคุกเพิ่มไม่น้อยกว่า 15 วัน แต่ไม่เกินสองปีและปรับไม่ต่ำกว่า 2,500 ดอลลาร์ การดำเนินคดีกระทำความผิดซ้ำจะถูกลงโทษจำคุกเพิ่มโดยไม่น้อยกว่า 90 วัน แต่ไม่เกินสามปีในเรือนจำและปรับอย่างน้อย 5,000 ดอลลาร์<sup>219</sup>

### (5) มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

มาตรการในการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด ตามแนวทางที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดสหรัฐอเมริกา DEA ได้กำหนดแนวทางไว้อย่างกว้าง ว่าสามารถกระทำได้สองแนวทาง ได้แก่

#### 1. กระบวนการจดทะเบียนผู้ปลูกหรือครอบครองยาเสพติด (Registration and licensing)

DEA มีระบบการลงทะเบียนที่อนุญาตให้ทุกคนในการผลิตนำเข้าส่งออกและแจกจ่ายโดยยื่นแบบฟอร์ม DEA 225 ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์นักวิจัยและผู้ผลิตในการเข้าถึงยาเสพติด "Schedule I" รวมถึงตาราง 2, 3, 4 5. ผู้ขอจดทะเบียนที่ได้รับอนุญาตจะยื่นขอและถ้าได้รับอนุญาตให้ใช้ "หมายเลข DEA" นิติบุคคลที่ได้รับการรับรองหมายเลข DEA จะได้รับอนุญาตให้ผลิต (บริษัท ยา) แจกจ่ายวิจัยกำหนด (แพทย์เภสัชกรพยาบาลและผู้ช่วยแพทย์ ฯลฯ) หรือแจกจ่ายสารควบคุม (เภสัชกรรม)<sup>220</sup>

2. ระบบควบคุมการเบี่ยงเบน (Diversion control system) ปัญหาหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดเป็นผลมาจากสารควบคุมที่ถูกต้องตามกฎหมายถูกหันเหความสนใจจากจุดประสงค์ที่ถูกต้องตามกฎหมายไปสู่การค้ายาที่ผิดกฎหมาย ยาแก้ปวดหลายชนิดยาระงับความรู้สึกและสารกระตุ้นที่ผลิตขึ้นเพื่อการ

<sup>217</sup> Ibid.

<sup>218</sup> Ibid.

<sup>219</sup> Ibid.

<sup>220</sup> Ibid.

ใช้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมายมักจะมีศักยภาพในการพึ่งพาหรือทำผิดกฎหมาย ดังนั้นสารที่มีการจัดตารางเวลาเหล่านี้ได้รับการควบคุมตามกฎหมายเพื่อป้องกันและรักษาความปลอดภัยของประชากร เป้าหมายของการควบคุมคือเพื่อให้แน่ใจว่า "สารควบคุม" เหล่านี้พร้อมสำหรับการใช้งานทางการแพทย์ในขณะที่ป้องกันการแจกจ่าย สำหรับการแจกจ่ายที่ผิดกฎหมายและการไม่ใช้ทางการแพทย์ นี่อาจเป็นงานที่ยากบางครั้งให้ความยากลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ถูกต้องตามกฎหมายและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในขณะที่การหลีกเลี่ยงการค้าที่ผิดกฎหมายและการบริโภคยาเสพติดที่กำหนดไว้<sup>221</sup>

ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางธุรกิจทั้งหมดที่ผลิตหรือแจกจ่ายยาที่ควบคุมต้องผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนที่มีสิทธิได้รับแจกจ่ายหรือส่งยาเหล่านี้และร้านขายยาทุกแห่งที่มีสิทธิกรอกใบสั่งยาต้องลงทะเบียนกับ DEA ผู้ลงทะเบียนจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของยาเสพติดบันทึกความรับผิดชอบและการปฏิบัติตามมาตรฐาน

การสืบสวนทั้งหมดนี้ดำเนินการโดย Diversion Investigators (DIs) DI ดำเนินการสืบสวนเพื่อค้นหาและตรวจสอบแหล่งที่มาของการเบี่ยงเบนความสงสัยและดำเนินการทางแพ่งและทางปกครองที่เหมาะสม โปรแกรมการจัดการฐานข้อมูลตามใบสั่งแพทย์ (PDMP) และอำนวยความสะดวกในการตรวจสอบและเฝ้าระวัง<sup>222</sup>

ส่วนบทบัญญัติเกี่ยวกับการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดของมลรัฐนิวยอร์ก ได้แก่ Title 80 Criminal Code มาตรา 135 ประการใช้วันที่ 13 ตุลาคม 1993 โดยได้บัญญัติอนุญาตให้ดำเนินการเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังและให้โปรแกรมแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา (Syringe Policy) ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลมลรัฐ โดย Title 80 Criminal Code มาตรา 135 กำหนดการอนุมัติเพื่อดำเนินการเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังและโปรแกรมแลกเปลี่ยนเข็มกับบุคคลากรหรือหน่วยงานต่อไปนี้

(a) พนักงานหรืออาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในชุมชนและหน่วยงานราชการที่มีส่วนร่วมในโครงการฉีดยาเข็มฉีดยาและการแลกเปลี่ยนเข็มที่ออกแบบมา เพื่อลดการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี ประชาชนสามารถครอบครองและจัดหาเข็มฉีดยา โดยไม่ต้องมีใบสั่งยา เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บัญชาการ โดยใช้วิธีการแจกจ่ายการกระจายเข็มฉีดยาให้ประชาชนฉีดใต้ผิวหนัง เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี การอนุญาตนี้จะได้รับเฉพาะกรณีที่มีใบสั่งยาที่ออกให้โดยหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรหรือหน่วยงานภาครัฐ ที่ได้รับการอนุมัติโดยกรมการ โดยใช้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎระเบียบ

(b) รัฐบาลมลรัฐจะตรวจสอบแผนส่งโดยหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรหรือหน่วยงานรัฐบาล โดยแผนจะต้องแสดงให้เห็นถึงความสามารถขององค์กรและความมุ่งมั่นที่จำเป็นในการดำเนินการโครงการฉีดยาเข็มฉีดยาและการแลกเปลี่ยนเข็ม เพื่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับชุมชนและแผนแสดงให้เห็นถึง

<sup>221</sup> Ibid.

<sup>222</sup> Ibid.



ความสามารถขององค์กรในการให้บริการลดอันตราย ที่ครอบคลุมรวมถึงการให้ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษาโดยตรงหรือการอ้างอิงถึงบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

(c) การอนุญาตนี้ครอบคลุมเฉพาะเข็มฉีดยาและเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังที่กระจายหรือรวบรวมตามแผนที่ได้รับอนุมัติและตราใบที่พนักงานหรืออาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไรหรือหน่วยงานราชการได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมโปรแกรม องค์กรหรือนิติบุคคลจะต้องพัฒนาและรักษารายชื่อของพนักงานและอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมซึ่งได้รับอนุญาตให้ได้รับครอบครองและจัดหาเข็มฉีดยาฉีดยาและเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังและจัดทำรายการนี้ต่อกรม การเปลี่ยนแปลงบุคลากรทั้งหมดในรายการนี้จะต้องรายงานต่อแผนกทันที

(e) บุคคลที่เข้าร่วมในแผนที่ได้รับอนุมัติอาจได้รับและมีระบอบกีดกันและเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากบุคคลที่ได้รับอนุญาตตามแผนก (a) ของส่วนนี้โดยมีเงื่อนไขว่า:

(1) การอนุญาตนี้ครอบคลุมเฉพาะการขอรับหรือครอบครองหลอดฉีดยาเข็มฉีดยาและเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังที่มีการจำหน่ายหรือเก็บรวบรวมตามแผนที่ได้รับอนุมัติและ

(2) การอนุญาตนี้มีผลตราใบที่บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในแผนอนุมัติและ

(3) การอนุญาตนี้จะเป็นโมฆะโดยอัตโนมัติ เมื่อผู้เข้าร่วมพยายามกระทำการละเมิดกฎหมายของรัฐหรือรัฐบาลกลาง

(h) การแจกเข็มฉีดยาให้บุคคลแต่ละครั้งจะต้องทำการบันทึกในรายงานด้วย ผู้เข้าร่วมและการทำธุรกรรมจะต้องได้รับการดูแลโดยองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาใต้ผิวหนังและเข็มฉีดยาใต้ผิวหนัง โดยองค์กรหรือหน่วยงานต้องทำการบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมที่ให้การศึกษและการให้คำปรึกษาด้านการป้องกันเอชไอวี จำนวนและประเภทของการให้บริการโดยตรงหรือให้บริการโดยการอ้างอิงถึงผู้เข้าร่วมรวมถึงการส่งต่อไปยังบริการทดสอบแอนติบอดีเอชไอวีบริการด้านสุขภาพรวมถึงการประเมินและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค บริการและบริการบำบัดยาเสพติด

(k) องค์กรหรือหน่วยงานที่ทำงานภายใต้แผนการแลกเปลี่ยนเข็มที่ได้รับอนุมัติจะต้องจัดทำรายงานประจำปีของกิจกรรมแผนต่อคณะกรรมการโดยสรุปข้อมูลที่ได้รับเป็นรายไตรมาสตามที่มีอยู่ในส่วนย่อย (j) ของส่วนนี้ในรูปแบบที่ แผนก นอกจากนี้รายงานจะต้องมีการประเมินความคืบหน้าขององค์กรในการบรรลุเป้าหมายของแผน รายงานประจำปีจะต้องส่งไปยังผู้บัญชาการไม่เกิน 60 วันหลังจากโปรแกรมได้รับการอนุมัติเป็นระยะเวลาหนึ่งปีและในเวลาเดียวกันเป็นประจำทุกปีหลังจากนั้น

(l) องค์กรหรือหน่วยงานที่ทำงานภายใต้แผนการแลกเปลี่ยนเข็มที่ได้รับการอนุมัติภายใต้การแบ่ง (ก) ของส่วนนี้อาจถูกตรวจสอบโดยผู้มีอำนาจของผู้แทนของคณะกรรมการสุขภาพแห่งรัฐตามความจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าสอดคล้องกับข้อกำหนดของส่วนนี้ องค์กรหรือองค์กรที่พบว่ามีการละเมิดกฎหมายเหล่านี้จะได้รับการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการละเมิดจากผู้บัญชาการและช่วงเวลาไม่เกิน 30 วันนับจากวันที่ได้รับแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแก้ไขการละเมิด หากองค์กรหรือองค์กรยังคงละเมิดข้อบังคับเหล่านี้หลังจากวันที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขคณะกรรมการอาจยุติการอนุมัติแผน กรรมการอาจยกเลิกแผนทันทีหากพิจารณาว่าการอนุมัติแผนไม่ได้อยู่ในความสนใจของสาธารณชนอีกต่อไป

ผู้ที่ถูกตัดสินว่าครอบครองยาเสพติดเช่นเฮโรอีนและ ecstasy สำหรับการใช้งานส่วนตัวจะต้องถูกจำคุกเป็นเวลาสูงสุดหกเดือนและต้องถูกคุมขังอีกสองปี แทนที่จะเป็นโทษสูงสุด 18 เดือนและกฎหมายฉบับนี้กำหนดว่าการครอบครองยาเสพติดชนิดอื่นๆ จะได้รับการลดโทษถือว่าเป็นความผิดเล็กน้อย

กฎหมายฉบับดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาที่จำเป็นมาก เพื่อลดปัญหาความแออัดของเรือนจำโคโลราโดที่เต็มไปด้วยผู้ต้องขังคดียาเสพติดและถึงเวลาที่จะต้องแสวงหาวิธีการรักษาผู้ถูกคุมขัง

อย่างไรก็ดี กฎหมายดังกล่าวจะไม่กระทบกระเทือนเปลี่ยนแปลงการดำเนินคดีกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับสูง เช่น การครอบครองยาเสพติดโดยมีเจตนาที่จะจำหน่ายและจะไม่ใช้บังคับย้อนหลังไปกับความผิดที่เกิดขึ้นก่อนกฎหมายฉบับดังกล่าวใช้บังคับ อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้อาจมีผลย้อนหลังในทางที่เป็นคุณ ในกรณีที่จะช่วยให้ผู้ที่ถูกตั้งข้อหาก่อนหน้านี้มีความผิดทางอาญาในการสมัครเพื่อเปลี่ยนจากความผิดระดับสูงให้เป็นความผิดเล็กน้อย โดยมีการลบบประวัติการตัดสินลงโทษความผิดระดับสูงที่ได้รับมาแล้วนั้นด้วย

โดยคณะผู้ร่างกฎหมายหวังว่ากฎหมายฉบับดังกล่าวจะช่วยให้โคโลราโดเข้าสู่กระบวนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดด้วยการรักษาผู้กระทำความผิดติดยาเสพติดด้วยวิธีการด้านสาธารณสุขมากกว่าที่จะถือเป็นอาชญากรรม อาชญากรรมและหวังว่า ศาลมลรัฐโคโลราโดจะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาพิจารณาคดียาเสพติดโดยตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการครอบครองและการใช้ยานั้นจะต้องเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพเป็นหลัก

#### (6) การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินคดีและการตัดสินของศาล

Drugs Enforcement Administration (DEA) คือหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลางสหรัฐภายใต้กระทรวงยุติธรรม มีภารกิจในการต่อสู้กับการลักลอบขนยาเสพติดและการใช้ยาในประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่เพียงแต่ DEA เป็นหน่วยงานชั้นนำสำหรับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมสารเสพติดในประเทศ โดยมีเขตอำนาจศาลร่วมกับ Federal Bureau of Investigation (FBI) และการตรวจคนเข้าเมืองและการบังคับใช้ศุลกากร (ICE) แต่ก็มีควมรับผิดชอบ แต่เพียงผู้เดียวในการประสานงานและติดตามการสืบสวนยาเสพติดของสหรัฐอเมริกา ในต่างประเทศ

ศาลวางหลักใหม่เกี่ยวกับกัญชา (Cannabis rescheduling) รายงานปี 2014 โดยสมาคมวิชาชีพด้านการศึกษาประสาทหลอนและกลุ่มนโยบายยาเสพติดกล่าวหา DEA ว่าไม่เป็นธรรมในการปิดกั้นกัญชาจากตาราง I. รายงานระบุว่าการที่ DEA ใช้เพื่อบรรลุข้อนี้ได้แก่ การชะลอการเลื่อนเวลาการยื่นคำร้องต่อปี, overruling DEA ผู้พิพากษากฎหมายปกครองและระบบการวิจัยทางวิทยาศาสตร์<sup>223</sup> DEA ยังคงปฏิเสธที่จะกำจัดกัญชาจาก Schedule I แม้ว่าจะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากสารเคมีในกลุ่มแพทย์ซึ่งรวมถึง 76% ของแพทย์เพื่อรักษาโรคต่างๆ<sup>224</sup>

<sup>223</sup> Grotenhermen, F; Müller-Vahl, K (Jul 2012). "The therapeutic potential of cannabis and cannabinolids".

Deutsches Arzteblatt international. 109 (29–30): 495–501. doi:10.3238/arztebl.2012.0495. PMC 3442177 . PMID 23008748.

<sup>224</sup> Adler, Jonathan N.; Colbert, James A. (30 May 2013). "Medicinal Use of Marijuana — Polling Results". New England Journal of Medicine. 368 (22): e30.

DEA มีท่าทีที่แข็งกร้างอย่างยิ่งต่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยวัตถุควบคุม (Controlled Substances) ต่อบุคคลและองค์กรที่ทำหน้าที่ในกฎหมายของรัฐที่อนุญาตให้มีการเพาะปลูกกัญชาทางการแพทย์และแจกจ่าย<sup>225</sup>

ส่วนแนวทางของมลรัฐโคโลราโด ได้วางแนวทางทำให้อาชญากรรมการครอบครองยาเสพติดที่ผิดทางอาญาทั้งหมดในรัฐลดลงเป็นความผิดลหุโทษ หากสถานิติบัญญัติมลรัฐโคโลราโดผ่านร่างกฎหมายที่สนับสนุนการนำผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือติดยาเสพติดไปสู่กระบวนการสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีอาญา

ผู้ที่ถูกตัดสินว่าครอบครองยาเสพติดเช่นเฮโรอีนและ ecstasy สำหรับการใช้งานส่วนตัวจะต้องถูกจำคุกสูงสุดหกเดือนและต้องถูกคุมขังอีกสองปี แทนที่จะเป็นโทษสูงสุด 18 เดือนและกฎหมายฉบับนี้กำหนดว่าการครอบครองยาเสพติดชนิดอื่นๆ จะได้รับการลดโทษถือว่าเป็นความผิดเล็กน้อย

กฎหมายฉบับดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาที่จำเป็นมาก เพื่อลดปัญหาความแออัดของเรือนจำโคโลราโดที่เต็มไปด้วยผู้ต้องขังคดียาเสพติดและถึงเวลาที่จะต้องแสวงหาวิธีการรักษาผู้ถูกคุมขัง

อย่างไรก็ดี กฎหมายดังกล่าวจะไม่กระทบกระเทือนเปลี่ยนแปลงการดำเนินคดีกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับสูง เช่น การครอบครองยาเสพติดโดยมีเจตนาที่จะจำหน่ายและจะไม่ใช้บังคับย้อนหลังไปกับความผิดที่เกิดขึ้นก่อนกฎหมายฉบับดังกล่าวใช้บังคับ อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้อาจมีผลย้อนหลังในทางที่เป็นคุณ ในกรณีที่จะช่วยให้ผู้ที่ถูกตั้งข้อหาก่อนหน้านี้มีความผิดทางอาญาในการสมัครเพื่อเปลี่ยนจากความผิดระดับสูงให้เป็นความผิดเล็กน้อย โดยมีการลบบประวัติการตัดสินโทษความผิดระดับสูงที่ได้รับมาแล้วนั้นด้วย

โดยคณะผู้ร่างกฎหมายหวังว่ากฎหมายฉบับดังกล่าวจะช่วยให้โคโลราโดเข้าสู่กระบวนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดด้วยการรักษาผู้กระทำความผิดติดยาเสพติดด้วยวิธีการด้านสาธารณสุขมากกว่าที่จะถือเป็นอาชญากรรม อาชญากรรมและหวังว่า ศาลมลรัฐโคโลราโดจะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาพิจารณาคดียาเสพติดโดยตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการครอบครองและการใช้ยานั้นจะต้องเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพเป็นหลัก

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

มาตรา 18-18-404 กำหนดการใช้สารควบคุมที่ผิดกฎหมาย (1) (a) ยกเว้นตามที่ระบุไว้เป็นอย่างอื่นสำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและสารสกัดจากกัญชา ในมาตรา 18-18-406และ 18-18-406.5 บุคคลใดๆ ที่ใช้สารควบคุมโดยมีใบอนุญาตจากหน่วยงานรัฐหรือภายใต้การอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ จะถือว่าเป็นการใช้สารเสพติดเพื่อประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์และถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาน้อยระดับ 2

<sup>225</sup> "Feds Ralbid 11 Medical Marijuana Clinics, DEA Does Not Recognize California Law legalizing medical use of pot". CBS News. Retrieved August 31, 2011.

มาตรา 18-18-406 (III) (E) ความผิดเกี่ยวกับพืชกัญชาและสารสกัดจากกัญชา บัญญัติไว้ว่า ยาเสพติดระดับ 1 ละหุโทษถ้าความผิดเกี่ยวข้องกับพืชกัญชาไม่เกินหกต้น ถือว่าเป็นความผิดละหุโทษระดับ 1 และรวมถึง

(I) บุคคลที่ปลูกพืชกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมายตามอำนาจที่ได้รับในพื้นที่ปิดล้อมและล็อก จะไม่ถือว่ามีความผิดในมาตรา 14 ของมาตรา 48 ของรัฐธรรมนูญของรัฐ

(II) บุคคลที่ปลูกพืชกัญชาอย่างถูกกฎหมายในพื้นที่ปิดล้อมและล็อกตามอำนาจที่ได้รับในมาตรา 16 ของมาตรา 18 ของรัฐธรรมนูญแห่งรัฐ ยกเว้นว่าหากพื้นที่เพาะปลูกตั้งอยู่ในถิ่นที่อยู่และเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

(A) ผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบเอ็ดปีอาศัยอยู่ในที่พักพื้นที่เพาะปลูกต้องถูกล้อมรอบและถูกล็อกและ

(B) หากไม่มีบุคคลที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบเอ็ดปีอาศัยอยู่ที่บ้านการล็อกภายนอกของที่อยู่อาศัยนั้นเป็นพื้นที่ปิดล้อมและล็อก หากบุคคลที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบเอ็ดปีเข้ามาในบ้านบุคคลนั้นจะต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าการเข้าใช้พื้นที่เพาะปลูกนั้นถูกจำกัดอย่างสมเหตุสมผลตลอดระยะเวลาที่บุคคลนั้นอยู่ในที่พัก

(5) (a) (I) ยกเว้นตามที่มาตรา 18-1-711 บุคคลที่ครอบครองกัญชาไม่เกินสองออนซ์ที่กระทำผิดกฎหมายยาเสพติดและหากถูกลงโทษจะต้องถูกปรับมากกว่าหนึ่งร้อยดอลลาร์

(II) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลถูกจับกุมหรือควบคุมตัวเนื่องจากการละเมิดอนุวรรค (I) ของวรรคนี้

(b) (I) ยกเว้นตามที่อธิบายไว้ในมาตรา 18-1-711 บุคคลที่เปิดเผยเปิดเผยต่อสาธารณชนบริโภคหรือใช้กัญชาสองออนซ์หรือน้อยกว่าที่กระทำความผิดเรื่องยาเสพติดและจะต้องถูกลงโทษปรับสูงถึงหนึ่งร้อยดอลลาร์และต้องทำงานบริการชุมชนถึงยี่สิบสี่ชั่วโมง

(c) การถ่ายโอนหรือแจกจ่ายกัญชาไม่เกินสองออนซ์จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งโดยไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดละหุโทษยาเสพติดและไม่ถือว่าการจ่ายหรือขายดังกล่าว

(5.5) (a) เป็นการผิดกฎหมายที่บุคคลจะต้องทำการโอนย้ายกัญชาหรือการรวมกัญชาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากบุคคลนั้นทำการโอนในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับค่าตอบแทนสำหรับบริการหรือผลิตภัณฑ์อื่นใด

(b) การละเมิดส่วนย่อยนี้ (5.5) เป็นความผิดทางอาญาระดับ 1 ของยาเสพติด

(6) บทบัญญัติของมาตรานี้ไม่ใช้บังคับกับบุคคลใดๆ ที่ครอบครองใช้กำหนดแจกจ่ายหรือจัดการยาเสพติดใดๆ ที่จัดประเภทภายใต้แนวทางกลุ่ม C ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมซึ่งได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหพันธรัฐ

(7) บทบัญญัติของมาตรานี้ไม่ใช้บังคับกับบุคคลใดๆ ที่ครอบครองใช้กำหนดแจกจ่ายหรือจัดการ dronabinol (สังเคราะห์) ในน้ำมันงาและท่อหุ้มด้วยแคปซูลเจลาตินอ่อนในผลิตภัณฑ์ยาและอาหารที่ได้รับการรับรองจากรัฐบาลกลาง ตามส่วนที่ 1 ของมาตรา 42.5 Title 12, CRS หรือส่วนที่ 2 ของมาตรา 80 Title

## (7) การป้องกันและการบำบัดรักษา

หน่วยงาน National Institute on Drug Abuse (NIDA) เป็นองค์กรภาครัฐของสหรัฐอเมริกาที่รับผิดชอบงานด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและวางแผนทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

โครงการดังกล่าวเป็นผลของการศึกษาวิจัยระยะยาวเกี่ยวกับการศึกษาต้นกำเนิดของพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและองค์ประกอบทั่วไปของโปรแกรมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยผู้ปฏิบัติงานป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด โดยใช้ผลการวิจัยการป้องกันเพื่อจัดการกับการใช้ยาในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ในชุมชนทั่วประเทศ ผู้ปกครองนักการศึกษาและผู้นำชุมชนสามารถนำหลักการเหล่านี้ไปใช้เพื่อช่วยชี้แนะ การวางแผน การคัดเลือกและการจัดทำโปรแกรมป้องกันยาเสพติดในระดับชุมชน<sup>226</sup>

โปรแกรมการป้องกันโดยทั่วไปได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับเล็ก เช่นที่บ้านที่โรงเรียนหรือภายในชุมชน แต่สามารถปรับให้ใช้ในการตั้งระดับอื่นๆได้ นอกจากนี้โปรแกรมยังได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้มาตรการป้องกันด้วย สำหรับประชากรผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดหรือมีพฤติกรรมที่ซับซ้อนและที่มีปัญหาอื่นๆ บางโปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายมากกว่าหนึ่งกลุ่มได้<sup>227</sup>

โครงการวิจัยเพื่อการป้องกันของ NIDA มุ่งเน้นไปที่ความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดการพัฒนาของเด็กตั้งแต่การตั้งครรภ์จนถึงวัยรุ่น งานวิจัยที่ได้รับทุนจากองค์กรนี้และองค์กรวิจัยแห่งชาติอื่นๆ เช่น สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามโครงการในช่วงต้นสามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี<sup>228</sup>

### 3.2.6 ประเทศโปรตุเกส

ประเทศโปรตุเกส เป็นประเทศหนึ่งที่มีการบัญญัติมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดที่ชัดเจน และมีโครงการหรือแผนดำเนินการเพื่อลดความรุนแรงอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาเป็นไปดังต่อไปนี้

#### (1) นโยบายด้านกฎหมายเกี่ยวกับการบริหารจัดการคดียาเสพติด

นโยบายด้านยาเสพติดของโปรตุเกสมีขึ้นในปี 2001 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2001 กฎหมายฉบับใหม่ยังคงรักษาสถานะผิดกฎหมายในการใช้หรือครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต การกระทำผิดกฎหมายก็เปลี่ยนไปจากความผิดทางอาญาการลงโทษที่เป็นไปได้กับเรือนจำ เรือนจำผู้บริหารถ้าจำนวนไม่เกินสิบวัน<sup>229</sup>

<sup>226</sup> Lessons from Prevention Research. (2014). National Institute on Drug Abuse (NIDA).

<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/lessons-prevention-research>

<sup>227</sup> Ibid.

<sup>228</sup> Ibid.

<sup>229</sup> "EMCDDA: Drug policy profiles, Portugal, June 2011". [emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu). 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.

ในเดือนเมษายนปี 2009 Cato Institute ได้ตีพิมพ์กรณีศึกษาเกี่ยวกับยา การลดทอนความผิดอาชญากรรมในคดียาเสพติดหรือ Decriminalization ในโปรตุเกส<sup>230</sup> ข้อมูลเชิงประจักษ์จากรายงานระบุว่า decriminalization ไม่มีผลกระทบต่ออัตราการใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตามโรคที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเช่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเสียชีวิตเนื่องจากการใช้ยาลดลงอย่างมาก<sup>231</sup> ในปี 1999 โปรตุเกสมีอัตราการติดเชื้อ เอชไอวี สูงที่สุดในหมู่ผู้ใช้ยาเสพติดในสหภาพยุโรป จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ใช้ยาลดลงถึง 13.4 รายต่อปีในปี 2009 แต่ก็ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของยุโรปที่ 2.85 รายต่อล้าน มีผู้ป่วยรายใหม่ 2,000 คนต่อปีในประเทศที่มีประชากร 10 ล้านคน 45% ของ HI รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บันทึกในปี 1997 เกิดขึ้นในหมู่ผู้ใช้ยาเสพติดประเภท 4<sup>232</sup> เพื่อกำหนดเป้าหมายการใช้ยาเสพติดถูกมองว่าเป็นถนนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน เอชไอวี จำนวนผู้ใช้เฮโรอีนประมาณ 50,000 ถึง 100,000 คนในช่วงปลายยุค 90 ประมาณ<sup>233</sup> ซึ่งนำไปสู่การใช้ยุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อการต่อต้านยาเสพติดในปี 1999 การขยายตัวของความพยายามในการลดอันตรายอย่างมากการเพิ่มเงินลงทุนของกองทุนสาธารณะในด้านการรักษาและการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและการเปลี่ยนกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดยาเล็กน้อย องค์ประกอบหลักของการผลักดันนโยบาย

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด หมายถึง การกำจัดโทษทางอาญาสำหรับการใช้ยาและครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้งานส่วนตัว เช่นเดียวกับการกำจัดโทษทางอาญาสำหรับอุปกรณ์ที่ครอบครองภายใต้วัตถุประสงค์หรือการแนะนำทางการแพทย์<sup>234</sup>

João Goulão ผู้อำนวยการทั่วไปของโปรตุเกส เพื่อแทรกแซงพฤติกรรมและการติดยาเสพติดและหัวหน้าสถาปนิกของรูปแบบโปรตุเกส พวกเขาได้พบกับผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุขผู้นำองค์กรพัฒนาเอกชนผู้ใช้ยาและผู้ที่ถูกจองจำเพราะใช้ยา กลุ่มเยี่ยมชมศูนย์บำบัดยาที่ใหญ่ที่สุดในลิสบอนและไปเยี่ยมรถตู้ซ่อมบำรุงเมทาโดนซึ่งตั้งอยู่ทั่วเมือง พวกเขายังทำรณรงค์เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากทีมงานที่ทำหน้าที่แทรกแซงโดยตรงกับคนที่ผิดยารวมถึงผู้อพยพคนไร้บ้านเรื้อรังและผู้ให้บริการทางเพศ การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางยาในโปรตุเกส: 3 การเรียนรู้จากวิธีการที่คำนึงถึงสุขภาพและมนุษย์เป็นหลัก<sup>235</sup>

<sup>230</sup> Greenwald, Glenn (2 April 2009). "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies" (pdf). Cato Institute. Retrieved 14 February 2015

<sup>231</sup> Szalavitz, Maia (26 April 2009). "Drugs in Portugal: DIdid Decriminalization Work?". Time. Retrieved 14 February 2015.

<sup>232</sup> EMCDDA, 2000. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union

<sup>233</sup> Ferreira MO, Madeira A, Teles A, Matias L, Amaro F; International Conference on AIBIDS. Int Conf AIBIDS. 1996 Jul 7-12; 11: 152 (abstract no. We.C.3545

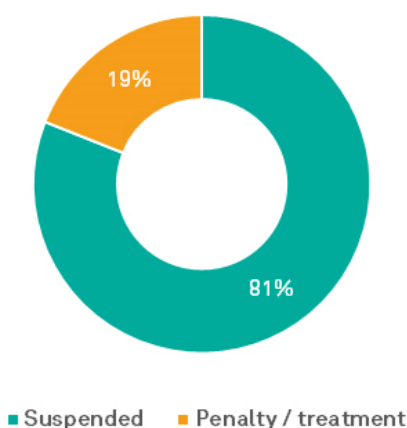
<sup>234</sup> Drug Decriminalization in Portugal, Learning from a Health and Human-Centered Approach. Drug Policy Alliance, NY USA.<pdf>. www.drugpolicy.org , page 2.

<sup>235</sup> Ibid. page 2-3.

ในช่วงปี 2014 ผลการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินนโยบายยาเสพติดในโปรตุเกสซึ่งกำหนดให้ การครอบครองยาเสพติดเพื่อการเสพหรือเพื่อบำบัดทางการแพทย์ส่วนบุคคลไม่ถือว่าเป็นการกระทำความผิด ทางอาญา แสดงให้เห็นว่านโยบายดังกล่าวเป็นการลดอันตรายจากการบังคับคดียาเสพติดได้เป็นอันมาก<sup>236</sup>

**แผนภาพ** แสดงผลการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ติดยา ในปี 2011

Outcome of cases dealt with by Commissions for the  
Dissuasion of Drug Addiction (2011)



Source : <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

จากแผนภาพดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปี 2011 เจ้าหน้าที่ของรัฐโปรตุเกสได้ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เป็นผู้เสพและติดยาเสพติด คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 19 ในขณะที่จำนวนผู้กระทำความผิดที่เหลือได้ใช้วิธีการรอกการดำเนินคดีชั่วคราว (Suspended) เพื่อพิจารณานำไปบำบัดรักษาหรือพิจารณาเหตุแห่งการใช้ยาเสพติดเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ถึงร้อยละ 81 แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลโปรตุเกสให้ความสำคัญกับการพิจารณาใช้มาตรการอื่นนอกจากการลงโทษผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ครอบครองยาเสพติดจำนวนน้อยหรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา<sup>237</sup>

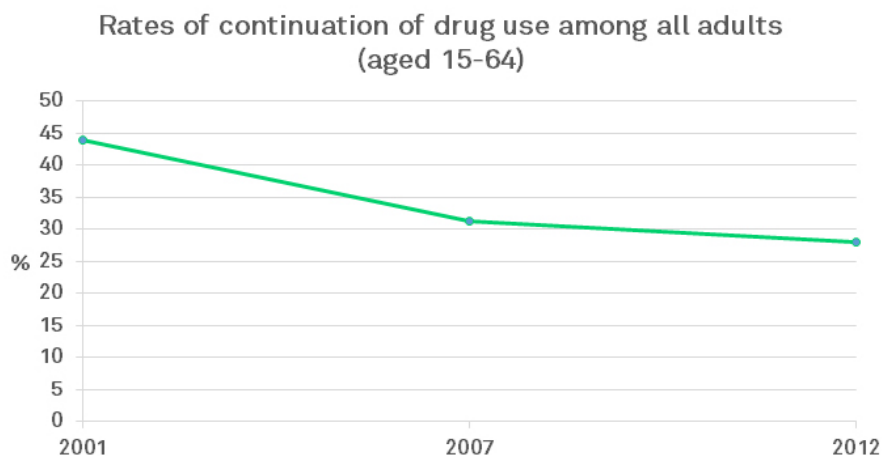
ในขณะที่การครอบครองยาเสพติดส่วนบุคคลไม่ได้เป็นความผิดทางอาญาในโปรตุเกส แต่ก็ยังคงเป็นความผิดทางปกครองซึ่งหมายความว่าผู้กระทำความผิดอาจถูกปรับหรือถูกลงโทษเล็กน้อยอื่น ๆ โดยให้มีคณะกรรมการพิจารณาผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งเป็นหน่วยงานฝ่ายปกครองอย่างหนึ่ง เป็นผู้

<sup>236</sup>. The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts. <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

<sup>237</sup> The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts. <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

ตัดสินว่าควรมีการดำเนินการอย่างไรหรือลงโทษแบบใด อย่างไรก็ตามตามแผนภูมินี้แสดงให้เห็นว่าคนส่วนใหญ่ "ถูกระงับ" ไม่มีการดำเนินการใดๆ ในการดำเนินคดียาเสพติดอีก<sup>238</sup>

**แผนภาพ** สถิติปริมาณผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่เป็นผู้ใหญ่ (15-64 ปี) ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2001-2012



Source : <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

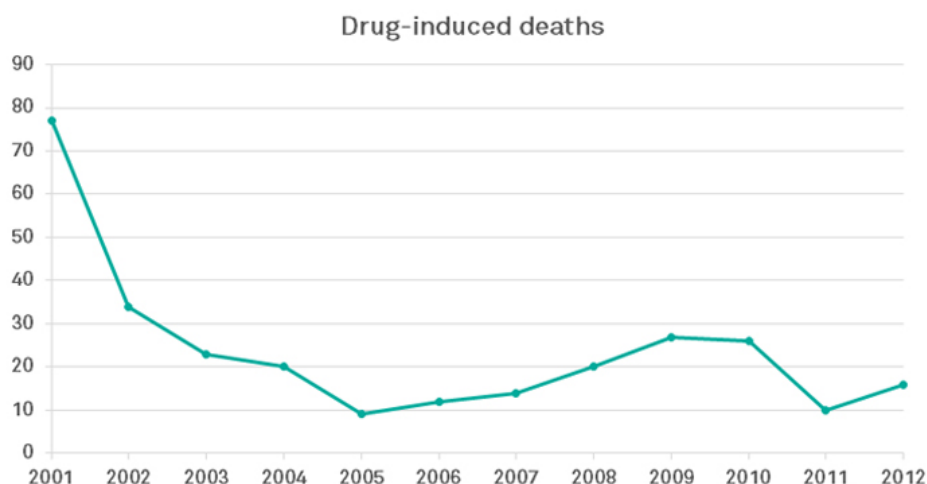
จากแผนภาพข้างต้นแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของจำนวนผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 15-64 ปี) ตั้งแต่ปี 2001 ที่เริ่มมีการใช้นโยบายไม่ดำเนินคดียาเสพติด (Drugs Decriminalization) จนถึงปี 2011 ว่ามีอัตราส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ลดจากประมาณร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมดที่เคยถูกบันทึกว่าเคยใช้จ่ายยาเสพติด ในปี 2001 มาเป็นร้อยละ 28 ในปี 2011<sup>239</sup>

<sup>238</sup> Ibid.

<sup>239</sup> The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts. <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>



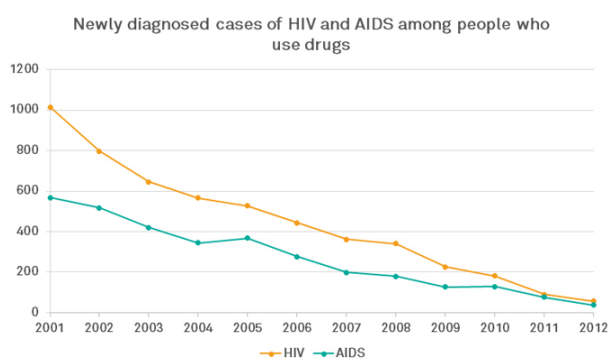
แผนภาพ แสดงอัตราส่วนของผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดของโปรตุเกส



Source : <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

จากแผนภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่มีการนำนโยบาย Decriminalization มาใช้ในประเทสโปรตุเกส พบว่า สถิติประมาณผู้ต้องเสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติด ตั้งแต่ปี 2001-2012 มีอัตราส่วนลดลงอย่างมากและอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือในปี 2001 มีอัตราส่วนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดถึงร้อยละ 77 จนถึงปี 2011 อัตราส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตลดต่ำสุดจนถึงร้อยละ 10 เท่านั้น เช่นนี้ แสดงให้เห็นว่านโยบายไม่ดำเนินคดียาเสพติดของประเทศโปรตุเกสประสบความสำเร็จอย่างมาก ในการลดประมาณผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติด<sup>240</sup>

แผนภาพ แสดงสถิติผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่ลดลงเมื่อมีการใช้นโยบายยาเสพติดแห่งชาติ



Source : <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

<sup>240</sup> The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts. <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

เมื่อประเทศโปรตุเกสได้นำมาตรการ Decriminalization มาใช้ในคดียาเสพติดและนำนโยบายแจกยาเสพติดเพื่อการบำบัดทางการแพทย์มาใช้ พบว่าสถิติผู้ป่วยโรค HIV และ AIDS ในหมู่ผู้ใช้นโยบายแจกยาเสพติดลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ จำนวนผู้เป็นโรค HIV/AIDS จำนวน 1,000/580 คน ในปี 2001 ลดลงเป็น 70/80 คน ในปี 2012 แสดงให้เห็นว่านโยบายไม่ดำเนินคดียาเสพติด ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรค HIV/AIDS ระหว่างผู้ใช้นโยบายแจกยาเสพติดลดลงอย่างต่อเนื่องจนแทบจะหมดไปในปี 2012<sup>241</sup>

## (2) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

กฎหมายยาเสพติดหลักในโปรตุเกสคือกฎหมายกฤษฎีกา 15/93 ของวันที่ 22 มกราคม 1993 ซึ่งกำหนดขอบเขตของกฎหมายที่ใช้บังคับกับการค้ามนุษย์และการบริโภคยาเสพติดและसारออกฤทธิ์ทางจิต<sup>242</sup>

นอกจากนั้น ยังมีกฤษฎีกาฉบับที่ 30/2000 ได้มีการนำมาใช้ในเดือนพฤศจิกายน 2000 แต่เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2001 บัญญัติเรื่องการลดการบริโภคยาเสพติดและการลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับการได้มาและการครอบครองยาเสพติดส่วนบุคคล<sup>243</sup>

ส่วนกฤษฎีกาฉบับที่ 54/2556 ประกาศใช้ในเดือนเมษายน 2013 บัญญัติห้ามมิให้มีการผลิตเพื่อการส่งออก การโฆษณา การกระจายการขายหรือการจำหน่ายสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ (NPS) โดยมีชื่ออยู่ในรายการที่มาพร้อมกับกฎหมาย<sup>244</sup>

## (3) การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม

เกือบยี่สิบปีที่ผ่านมาเมื่อ ประเทศโปรตุเกสลดทอนความเป็นอาชญากรรมในการบริโภคยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งที่ประเทศโปรตุเกสเป็นประเทศที่ประสบปัญหาเสพติดและการควบคุมปริมาณคดียาเสพติดมากที่สุดในสหภาพยุโรปในขณะนั้น ในส่วนนี้จะวิเคราะห์นโยบายยาเสพติดของโปรตุเกสรากฐานทางประวัติศาสตร์ความสำเร็จและอนาคตที่เป็นไปได้<sup>245</sup>

ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2001 มีการประกาศใช้ รัฐบัญญัติว่าด้วยการบริโภคและใช้นโยบายยาเสพติด (Regime Jurídico do Consumo de Estupefacientes (Lei n. ° 30/2000) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย Decreto-Lei n. ° 114/2011 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2011 จุดมุ่งหมายของกฎหมายฉบับดังกล่าวเพื่อลดทอนความเป็นอาชญากรรมของ 'การบริโภคการได้มาและการครอบครองเพื่อการใช้งานส่วนตัวของยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ทางจิต' อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับดังกล่าวก็ไม่ได้รับรองว่ายาเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่างๆ ทั้งหลาย

<sup>241</sup> The Success of Portugal's Decriminalization Policy – In Seven Charts. <https://transformdrugs.org/the-success-of-portugals-decriminalisation-policy-in-seven-charts/>

<sup>242</sup> Portugal Country Drug Report 2018, (2018). EMDCCA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences_en)

<sup>243</sup> Ibid.

<sup>244</sup> Ibid.

<sup>245</sup> 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>

เหล่านี้ถูกต้องตามกฎหมายแต่อย่างใด ผู้ครอบครองยังคงถูกลงโทษด้วยค่าปรับทางปกครอง (coimas) จากการดำเนินคดีละเมิดทางปกครอง<sup>246</sup>

คำว่า การใช้งานส่วนตัว หมายถึง ปริมาณของยาเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่เกิน 'ปริมาณเฉลี่ยที่ผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคนโดยเฉลี่ยบริโภคในระยะเวลา 10 วัน' ระบุไว้ใน 'Portaria n. ° 94/96, 26 de Março' ให้ศาลเป็นรากฐานทางทฤษฎีที่ดีสำหรับการตัดสิน อย่างไรก็ตาม ตามที่ศาลรัฐธรรมนูญโปรตุเกสกล่าวในการตัดสิน TC n. 534/98 ค่าใน 'Portaria' นั้นไม่สมบูรณ์และอาจถูกแก้ไขโดยศาลหากมีเหตุผลเชิงประจักษ์ที่ดี ตัวอย่างเช่น ผู้ใช้ยาเสพติดที่ใช้เวลานานอาจ 'ต้องการ' บริโภคปริมาณยาเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สูงขึ้น แม้จะมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมเพื่อการใช้งานส่วนตัว การจรรยาของยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก็ยังคงถูกลงโทษอย่างรุนแรงตามที่ 'Regime Jurídico Aplicável ao Tráfico e Consumo de Estupefacientes Substâncias' ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของโปรตุเกสอีกหลายฉบับ<sup>247,248</sup>

ผู้ใช้ยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตจะถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการที่มอบหมายภารกิจในการป้องกันการติดยาเสพติด (comissão para a dissuasão da toxicodependência) คณะกรรมการนี้หลังจากได้ยินจากผู้ใช้อสอบถามว่ามีปัญหาติดยาเสพติดหรือไม่ หากคำตอบนั้นเป็นผลลบ ผู้ใช้ยาเสพติดจะต้องจ่ายค่าปรับ แต่ถ้าคำตอบนั้นเป็นผลบวก คณะกรรมการจะแนะนำการรักษาพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม คำแนะนำของคณะกรรมการไม่ได้บังคับสำหรับผู้ใช้อจะต้องทำตามความความเห็นของคณะกรรมการเสมอไปและคณะกรรมการจะระงับการดำเนินการ ต่อเมื่อผู้ใช้อมีพฤติกรรมที่ถือเป็นละเมิดต่อกฎหมายของฝ่ายบริหาร กล่าวคือ หากบุคคลไม่มีปัญหาเรื่องการติดยาเสพติดหรือไม่ใช้ผู้ป่วยที่แท้จริงหรือพิจารณาแล้วไม่เชื่อว่าไม่มีประวัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดก่อนหน้านี้หรือมีพฤติกรรมไม่ยอมรับการวินิจฉัยเพื่อการบังคับบำบัด นอกจากนั้น คณะกรรมการคดียาเสพติดอาจมีคำสั่งยุติคดีและการส่งไปบังคับบำบัด หากบุคคลนั้นติดและมีประวัติการใช้งานยาเสพติดมาก่อน แต่ยอมรับคำแนะนำเพื่อขอการรักษา โดยอาจถูกยุติการดำเนินคดีเป็นเวลาไม่เกินสองปีหลังจากการตัดสินโดยคณะกรรมการ

<sup>246</sup> 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>

<sup>247</sup> Decreto-Lei n. ° 15/93, 22 de Janeiro, Rectificação. n. ° 20/93, 20 de Fevereiro, Decreto-Lei n. ° 81/95, de 22 de Abril, Lei n. ° 45/96, 03 de Setembro, Decreto-Lei n. ° 214/2000, 02 de Setembro, Lei n. ° 30/2000, 29 de Novembro, Decreto-Lei n. ° 69/2001, 24 de Fevereiro, Lei n. ° 101/2001, 25 de Agosto, Lei n. ° 104/2001, 25 de Agosto, Decreto-Lei n. ° 323/2001, 17 de Dezembro, Lei n. ° 3/2003, 15 de Janeiro, Lei n. ° 47/2003, 22 de Agosto, Lei n. ° 11/2004, 27 de Março, Lei n. ° 17/2004, 17 de Maio, Lei n. ° 14/2005, 26 de Janeiro, Lei n. ° 48/2007, 29 de Agosto, Lei n. ° 59/2007, 04 de Setembro, Lei n. 18/2009, 11 de Maio, Lei n. ° 38/2009, 20 de Julho, Decreto-Lei n. ° 114/2011, 30 de Novembro, Lei n. ° 13/2012, 26 de Março, Lei n. ° 22/2014, 28 de Abril และ Lei n. ° 77/2014, 11 de Novembro)

<sup>248</sup> 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>

หลังจากนั้นจะมีการยุติการดำเนินคดีอาชญากรรม ถ้าหากบุคคลนั้นไม่ทำความผิดซ้ำ และไม่มีปัญหาการติดยาเสพติด อีกหรือหากผู้ใช้ยาเสพติดที่ติดยาเสพติดได้ดำเนินการบำบัดรักษาสำเร็จแล้ว

ภารกิจของคณะกรรมการการสะท้อนให้เห็นถึงจิตวิญญาณของกฎหมายโปรตุเกสอย่างถูกต้อง ที่มีนโยบายให้ผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นผู้ติดยาหรือใช้เองเป็นการส่วนตัวไม่ได้เป็นอาชญากร แต่เป็นพลเมืองที่ทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้น ความสำคัญหลักของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการการตามกฎหมายยาเสพติดของโปรตุเกส คือ การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติดที่ติดยาเสพติดเท่าที่เป็นไปได้ ในความเป็นจริงกฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์การรักษาคือการปกป้องสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งตรงข้ามกับการป้องกันทั่วไปและการป้องกันพิเศษซึ่งในกรณีนี้เป็นเรื่องรอง<sup>249</sup>

นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของชาวโปรตุเกสเกี่ยวกับ 'การบริโภคการได้มาและการครอบครองเพื่อการใช้งานส่วนตัวของยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท' เป็นที่รู้จักกันทั่วโลกว่าเป็นหนึ่งในนโยบายที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด เนื่องจากมันถูกนำมาใช้การบริโภคยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทลดลงจริง (UK Home Office, 2014) นอกจากนี้ความกลัวเริ่มแรกที่โปรตุเกสอาจเปลี่ยนเป็น 'ยาเสพติดของนักท่องเที่ยว' ก็ไม่ได้เกิดขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในผู้ใช้ยาลดลงเช่นกัน (แม้ว่าจะยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรปเล็กน้อย) และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดก็มีความเสถียร จำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดในโปรตุเกสนั้นจริงๆ แล้วเป็นหนึ่งในจำนวนที่ต่ำที่สุดในสหภาพยุโรป<sup>250</sup>

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยรวมเช่นโปรตุเกสที่ลดทอนความเป็นอาชญากรรมการบริโภค การได้มาและการครอบครองยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทส่วนบุคคล จะได้รับการสนับสนุนมากขึ้น แม้จะได้รับการต่อต้านจากสมาชิกอนุรักษนิยมของสังคม การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงในมุมมองนี้คือความจริงที่ว่า ทุกวันนี้เรามีเรื่องราวความสำเร็จของประเทศต่างๆ ที่ลดทอนความเป็นอาชญากรรมและประสบความสำเร็จมากขึ้นจากมุมมองด้านสาธารณสุข มากกว่าประเทศที่มีนโยบายดำเนินการปราบปรามยาเสพติดแบบดั้งเดิม อย่างน้อยก็สรุปว่ามีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนนโยบายยาที่เข้มงวดมากขึ้น<sup>251</sup> ทุกวันนี้ยังมีฉันทามติทั่วไปว่าผู้บริโภคยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่ใช่อาชญากร วันนี้การสนทนาเกี่ยวกับถ้าผู้ใช้ยาเสพติดเหล่านั้นประสบจากความเจ็บป่วยหรือเป็นเพียงแค่คนธรรมดาที่ไม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพใดๆ และรัฐเป็นเพียงผู้ที่ดำเนินการปกป้องทางศีลธรรมมากเกินไป (overprotective)<sup>252 253</sup>

<sup>249</sup> Dias, 2012: 43–48; Garcia, 2012: 33–36; Monteiro, 2015: 31–35; Roxin, 1997: 81–95

<sup>250</sup> 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>

<sup>251</sup> Edwards and Galla, 2014; Heinze และ Armas-Castañeda 2015; Husak, 2003; Maag, 2003; Maddox and Williams, 1998; Mravčík, 2015; Mugford, 1991

<sup>252</sup> Husak และ Marneffe, 2005: 41-53

<sup>253</sup> 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>

เกี่ยวกับประเด็นรัฐธรรมนูญ ไม่ต้องสงสัยเลยว่าการรักษาสุขภาพของประชาชนและความสงบเรียบร้อยเป็นเป้าหมายที่ถูกต้องตามกฎหมายรัฐธรรมนูญของโปรตุเกส ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงการจำกัดสิทธิตามรัฐธรรมนูญของบุคคล อย่างไรก็ตามมีเรื่องของสัดส่วน หากไม่มีอันตรายที่แท้จริงต่อสุขภาพของประชาชนและความสงบเรียบร้อย ข้อจำกัดจะไม่เป็นสัดส่วน ในความเป็นจริง 'สถานการณ์วันโลกาวินาศ' เดียวกันซึ่งมักจะถูกทำนายโดยฝ่ายตรงข้ามของการถูกต้องตามกฎหมายของยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ทางจิต ก็ถูกทำนายโดยฝ่ายตรงข้ามของฝ่ายที่สนับสนุนการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ดังที่เราเคยเห็นมาก่อนการคาดการณ์เหล่านั้น ไม่สามารถทำให้สถานการณ์ของโปรตุเกสหลุดพ้นจากความจริง อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงที่ว่าฝ่ายตรงข้ามกล่าวว่าการลดทอนความเป็นอาชญากรรมเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง ไม่ได้หมายความว่าพวกเขาผิดเกี่ยวกับการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายยาเสพติดที่มีอยู่ในโปรตุเกส และเราควรวิเคราะห์ปัญหาด้วยความไม่มีอคติ<sup>254</sup>

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพืชกัญชาและสารสกัดจากพืชกัญชา ในปี 2003 การปรับปรุงอื่นๆ เกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดของโปรตุเกส ได้นำมาใช้ในการกำหนดความครอบครองเมล็ดพันธุ์กัญชาโดยไม่ได้รับการรับรอง ยกเว้นเมล็ดพันธุ์อุตสาหกรรม กฎหมายฉบับนี้ทำให้การซื้อเมล็ดกัญชาจากร้านขายเมล็ดพันธุ์กัญชาออนไลน์ที่มีกฎหมายรับรองและโปร่งใสทางการเงินที่อยู่ในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปอื่นๆ เช่น ประเทศเพื่อนบ้านอย่างสเปนหรือเนเธอร์แลนด์ เป็นธุรกรรมที่ผิดกฎหมายเมื่อทำโดยชาวโปรตุเกส บทบัญญัติกำหนดว่าเมล็ดและเครื่องมือในการผลิตและบริโภคกัญชายังผิดกฎหมายในประเทศ การผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นไปตามกฎหมาย แต่ได้รับการควบคุม มีร้านค้าจำนวนน้อยในโปรตุเกสและผลิตภัณฑ์กัญชาขายอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ปริมาณยาเสพติดที่จำกัด

- 1) จำนวนจำกัดของการครอบครองเพื่อการบริโภคส่วนบุคคล เป็นดังนี้<sup>255</sup>
- 2) กัญชา (สมุนไพร) 25 ก.
- 3) ฝิ่น 10 กระทบ
- 4) Hashish 5 กรัม
- 5) น้ำมันกัญชา 2.5 กรัม
- 6) โคเคน (ไฮโดรคลอไรด์) 2 กรัม
- 7) มอร์ฟิน 2 กรัม
- 8) MDMA 1 กรัม
- 9) เฮโรอีน 1 กรัม
- 10) เมธาโดน 1 กรัม

<sup>254</sup> 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>

<sup>255</sup> "Acesso nCo Autorizado - BDJUR". Bdjur.almedina.net. Retrieved 2014-07-27

- 11) แอมเฟตามีน 1 กรัม
- 12) THC บริสุทธิ์ 0.5 กรัม
- 13) โคเคน (Benzoylcegonine) 0.3 กรัม
- 14) PCP0.1 กรัม
- 15) LSD 500 ไมโครกรัม

ถ้ามีคนถูกจับด้วยจำนวนปริมาณที่เกินกว่าค่านิยมเหล่านี้ถือว่าถือครองเพื่อจำหน่าย

ส่วนการเพาะปลูกกัญชาแม่ในขนาดเล็กที่ปลูกในบ้านสำหรับการใช้งานส่วนบุคคลเท่านั้น ก็สามารถถูกดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ชื่นชอบการเพาะปลูกขนาดเล็กจำนวนหนึ่งที่ปลูกฝังให้ปลูกพืชที่มีระดับความลับสูง เนื่องจากถูกลงโทษตามกฎหมาย หากเผชิญหน้ากับการดำเนินคดีและอาจเป็นเหตุให้สังคมมีมลทินเช่นกัน ในสเปนมีการเพาะปลูกพืชกัญชาขนาดเล็กเพื่อการใช้งานส่วนบุคคลเป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่และมีร้านค้าจำนวนมากที่เติบโตขึ้นทั่วประเทศที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ของตนทางร่างกายและออนไลน์

#### (4) การจำแนกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

บุคคลที่ถูกจับได้ว่าใช้หรือครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อการใช้งานส่วนตัว (ไม่ควรเกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับการบริโภคโดยเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลา 10 วัน) ได้รับการสันนิษฐานว่าไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการค้ายาเสพติด โดยได้รับการประเมินโดยคณะกรรมการท้องถิ่นสำหรับการเลิกยาเสพติด อันประกอบด้วยสมาชิกสามคน หนึ่งในนั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ในขณะที่อีกสองคนจะได้รับการคัดเลือกในหมู่แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ การลงโทษจึงจะกระทำได้ แต่วัตถุประสงค์หลักคือเพื่อสำรวจความจำเป็นในการรักษาและเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติดนั้น<sup>256</sup>

สำหรับในความผิดฐานค้ายาเสพติด อาจต้องโทษจำคุก 1-5 ปีหรือ 4-12 ปีขึ้นอยู่กับเกณฑ์เฉพาะ หนึ่งในปัจจัยชี้วัดคือลักษณะของสารเคมีที่จำหน่าย บทลงโทษจะลดลงสำหรับผู้ค้ายาเสพติดที่ขายยาเสพติดเพื่อสนับสนุนการบริโภคของตนเอง<sup>257</sup>

ผู้ฝ่าฝืนในเรื่องการโฆษณาประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการค้ายาเสพติด จะต้องรับการลงโทษค่าปรับทางปกครองสูงถึง 45,000 ยูโร โดยหน่วยงานที่สามารถวินิจฉัยว่าการกรณีใดเป็นความผิดภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ได้แก่ คณะกรรมการท้องถิ่นเพื่อพิจารณาผู้ติดยา (Local Commission for Dissuasion of Drug Addiction)

258

<sup>256</sup> Ibid.

<sup>257</sup> Ibid.

<sup>258</sup> Ibid.

### (5) มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

จากการประชุมนักการทูตที่องค์การสหประชาชาติในนิวยอร์กเพื่อพิจารณานโยบายยาเสพติดระดับโลก เจ้าหน้าที่ทางการของโปรตุเกส Dr. João Goulão ให้ความสนใจกับประเทศอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกว่าอิทธิพลของประเทศ นั่นเป็นเพราะเมื่อ 16 ปีที่แล้ว โปรตุเกสได้ก้าวกระโดดและยกเลิกกฎหมายกำหนดความผิดฐานครอบครองยาเสพติดทุกอย่างตั้งแต่กัญชาไปจนถึงเฮโรอีน โดยมาตรการส่วนใหญ่ได้ดำเนินการบังคับใช้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว

ทุกวันนี้ทางการโปรตุเกสไม่ได้จับกุมใครก็ตามที่ถือครองสิ่งทีื่อน้อยกว่าประมาณที่กำหนด ยาเสพติดที่ไม่ถูกต้องเป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 วัน เช่น เฮโรอีน ยาอี แอมเฟตามีน โคเคน 2 กรัมหรือกัญชา 25 กรัม ผู้ต้องหาเสพติดได้รับการอ้างอิงและได้รับคำสั่งให้ปรากฏก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการ "แผนการปฏิเสธ" ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายสังคมและด้านจิตใจ กรณีส่วนใหญ่จะถูกระงับชั่วคราว บุคคลที่มาช้าก่อนการพิจารณาให้ใช้มาตรการ อาจต้องได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่การให้คำปรึกษาสร้างแรงบันดาลใจในการบำบัดรักษาเสพติด<sup>259</sup>

"ในตอนแรกเราเคยได้รับการวิพากษ์วิจารณ์เป็นจำนวนมาก" Joao Goulão เล่าว่าผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาติดยาเสพติดที่ทำงานในโปรตุเกสเพื่อปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดในปี 2000และปัจจุบันเป็นผู้ประสานงานด้านยาเสพติดแห่งชาติ หลังจากได้รับการตรวจสอบแล้วการสอบถามข้อมูลครั้งแรกที่โปรตุเกสได้รับจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นองค์กรกำกับดูแลแบบกึ่งตุลาการขององค์การสหประชาชาติที่จัดตั้งขึ้นโดยระบบการประชุมเรื่องยาเสพติดของสหประชาชาตินั้นมีความคืบหน้าและการดำเนิน

ผลจากการใช้มาตรการดังกล่าวก็คือ อัตราการติดเชื้อ เอชไอวี ในโปรตุเกสลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2001 กฎหมายของประเทศมีผลบังคับใช้ลดลงจาก 1,016 รายเหลือเพียง 56 ในปี 2012 การเสียชีวิตจากยาเกินขนาดลดลงจาก 80 ปีที่มีการตรากฎหมายลงเหลือเพียง 16 ปีในปี 2012 สหรัฐอเมริกาโดยการเปรียบเทียบมากกว่า 14,000 คนเสียชีวิตในปี 2014 จากการใช้ยาเกินขนาดยา opioid ตามลำพัง อัตราการตายที่เกิดจากยาเสพติดในปัจจุบันของโปรตุเกสซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิต 3 ต่อล้านคนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรปเฉลี่ย 17.3 เท่ามากกว่าตัวเลขของสหภาพยุโรป<sup>260</sup>

เมื่อโปรตุเกสตัดสินใจตัดสินใจลดโทษในปี 2000 จึงน่าสงสัยว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจะมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ความเป็นจริงแล้วเหตุการณ์เช่นนั้นไม่ได้เกิดขึ้น มีข้อยกเว้นบางประการรวมถึงการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในหมู่วัยรุ่นการใช้ยาเสพติดลดลงในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาและขณะนี้จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดลดลงและถือว่าเป็นแนวโน้มโดยรวมในทุกประเทศในสหภาพยุโรป

สำหรับผู้ที่กระทำความผิดซ้ำหรือถูกระบุว่าติดยาเสพติด สามารถสั่งให้ใช้แผนการปฏิเสธการดำเนินคดีควบคุมกับการรักษา ผู้ใช้ยาเสพติดงานด้านนั้นหนทางการสามารถถูกปรับหรือสั่งให้บริการชุมชนได้

<sup>259</sup> EMCDDA : Drug policy profiles, Portugal, June 2011 . Emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.

<sup>260</sup> EMCDDA : Drug policy profiles, Portugal, June 2011 . Emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.

หากผู้ติดยาเสพติดปฏิเสธการรักษา จะต้องตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอกับ "แพทย์ประจำท้องถิ่น" ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ในท้องถิ่นของคนที่ให้บริการตรวจสุขภาพและบริการอื่นๆ ภายใต้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแห่งชาติของโปรตุเกสโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และชาวโปรตุเกสที่ใกล้ชิดกันก่อนหน้านี้ เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจของโมเดลนี้และอาจเป็นเรื่องที่ยากที่จะทำซ้ำในประเทศเช่นสหรัฐฯ<sup>261</sup>

"การเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ นี้จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในแง่ของการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ" หมายถึง decriminalization "แน่นอนว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจทุกคนรู้ว่าใครอยู่ที่ไหนเพื่อสูบบุหรี่ ข้อต่อหากพวกเขาต้องการ พวกเขาจะไปที่นั่นและหยิบขึ้นมาคนเดิมเข้าไปซ้ำมาไม่เคยเกิดขึ้น"

มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดของประเทศโปรตุเกสซึ่งใช้วิธีแจกจ่ายยาผ่านกระบวนการทางสาธารณสุขและการใช้มาตรการไม่ดำเนินคดียาเสพติด (Decriminalization) นั้น ถือว่าเป็นการทำงานควบคู่ไปกับความพยายามของรัฐบาลและกลุ่มที่ไม่แสวงหาผลกำไรมีบทบาทในการจัดหาเข็มที่สะอาดและแม้แต่การจัดจำหน่ายเป็นวิธีดึงดูดผู้ติดยาเสพติดเข้าไปในเครือข่ายความควบคุมดูแลของผู้ให้บริการของรัฐ

#### (6) การบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินคดีและการตัดสินของศาล

ในเดือนกรกฎาคม 2001 การใช้หรือครอบครองยาเสพติดใดๆ เพื่อการใช้ส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต ยังคงมีสถานะผิดกฎหมาย แต่โทษที่ได้รับจากการกระทำผิดกฎหมายดังกล่าวก็เปลี่ยนไป จากความผิดทางอาญาโดยมีการลงโทษอาญา เป็นการลงโทษทางวินัยกับผู้ต้องหา หากปริมาณยาเสพติดที่ครอบครองสามารถใช้บริโภคได้ไม่เกินสิบวัน นี่เป็นไปตามนโยบายด้านพฤกษศาสตร์ของโปรตุเกสก่อนที่จะมีการปฏิรูป ผู้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดแล้วจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาหรือบริการชุมชนมากกว่าการปรับหรือลดโทษจำคุก<sup>262</sup> แม้ว่าจะไม่มีบทลงโทษทางอาญา แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่ได้ทำให้การใช้ยาเสพติดในโปรตุเกสถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายอาญาของโปรตุเกสยังคงมีอยู่และการลงโทษทางอาญายังคงใช้กับผู้ค้ายาเสพติดที่ครอบครองเพื่อจำหน่ายและเกี่ยวพันกับการค้ามนุษย์<sup>263</sup>

กฎหมายหมายเลข 30/2000 ปี 2000 ก่อตั้งคณะกรรมการสำหรับการเลิกใช้ยาเสพติดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ภายใต้นโยบายเมื่อตำรวจเจอผู้คนที่กำลังใช้หรือครอบครองยาเสพติดพวกเขายึดสารของพวกเขาและอ้างถึงพวกเขาไปสู่การสลายคณะกรรมการ<sup>264</sup>

คณะกรรมการนี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่คนหนึ่งจากเวทีกฎหมายและอีกสองคนจากสุขภาพหรือบริการสังคมโดยสิ้นเชิงที่กำหนดหรือไม่และสิ่งที่ขอเบตบุคคลแสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาเสพติดค่าคณะกรรมการเหล่านี้ ซึ่งดำเนินการอย่างอิสระจากระบบยุติธรรมทางอาญา ตัดสินใจเป็นกรณีๆ ไป หาก

<sup>261</sup> Samuel Oakford, Portugal's Example: What Happened After It Decriminalized All Drugs, From Weed to Heroin, April 20, 2016 <https://news.vice.com/article/ungass-portugal-what-happened-after-decriminalization-drugs-weed-to-heroin>

<sup>262</sup> Hammond, Claudia (18 June 2009). "Lisbon's light-touch drugs policy". BBC News. Retrieved 24 August 2009

<sup>263</sup> Gillespie, Nick. "Drug Decriminalization in Portugal". Reason 2009 (July). Retrieved 24 August 2009.

<sup>264</sup> Drug Decriminalization in Portugal, Learning from a Health and Human-Centered Approach. Drug Policy Alliance, NY USA.<pdf>. [www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org) page 4.



คณะกรรมการเชื้อการใช้ยาเสพติดของบุคคลนั้นไม่เป็นปัญหาพวกเขาทำได้เพียงแคยกเลิกกรณีและบังคับการลงโทษโดยสิ้นเชิง อีกวิธีหนึ่งคือพวกเขาสามารถกำหนดบทลงโทษทางปกครองที่มีตั้งแต่การปรับไปจนถึงงานสังคมสงเคราะห์หรือการบำบัดกลุ่ม<sup>265</sup>

คนส่วนใหญ่ที่ปรากฏตัวต่อหน้าศาลจะถือว่าเป็นการใช้ยาเสพติดโดยไม่มีเหตุผลและไม่ได้รับการลงโทษหรือการแทรกแซง แต่เป็นการระงับชั่วคราวของการดำเนินการตามกฎหมาย หากพวกเขาไม่พบในการครอบครองยาเสพติดอีกครั้งภายในหกเดือนศาลลงอย่างสมบูรณ์สำหรับคนที่ดูเหมือนจะใช้ยาเสพติดเป็นประจำและปัญหาศาลจะกรรมการจะทำให้การอ้างอิงถึงการรักษาซึ่งเป็นความสมัครใจเสมอและไม่เคยได้รับคำสั่ง หากคนที่มีการใช้สารเสพติดความผิดปกติเลือกที่จะไม่เข้าสู่การรักษาการบริหารการลงโทษ - เช่นการเพิกถอนการขับชื้อบริการใบอนุญาตหรือบริการชุมชน - สามารถนำไปใช้ได้ แต่ไม่ค่อยมีคณะกรรมการการกระจายตัวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดศักยภาพความเสี่ยงของการใช้ยาและกลยุทธ์การลดอันตรายในวิธีที่ไม่ใช่การตัดสิน เป้าหมายสำหรับคนที่ใช้ยาเพื่อรับทราบและพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อสุขภาพกับยาเสพติด ดังนั้นคนผู้ใช้ยาเสพติดสามารถทำได้โดยไม่ต้องเสี่ยงการลงโทษหรือจำเรือนจำ<sup>266</sup>

เมื่อชาวโปรตุเกสยุติโทษทางอาญาสำหรับการใช้ยาและครอบครองพวกเขาทำให้ความมุ่งมั่นที่จะไม่จองจำบางคนที่มีผลในการเข้ารับการรักษาไม่สามารถทดสอบยาหรือใช้ยาต่อไปกฎหมายไม่ 30/2000 กำหนดปริมาณเกณฑ์ของสารที่ผิดกฎหมายที่กำหนดไว้สำหรับการครอบครองของใช้ส่วนตัว โดยทั่วไปจะได้รับเงินจำนวนนี้จากการประมาณปริมาณเฉลี่ยที่ต้องการสำหรับบุคคลเป็นเวลา 10 วันอย่างไรก็ตามเกณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้เป็นพื้นฐานที่ตำรวจและอัยการใช้วิจารณ์ในการตัดสินใจว่าการครอบครองยาของบุคคลเป็นการส่วนตัวการบริโภคหรือหากบุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องการค้ามนุษย์ในกรณีที่มีการครอบครองจำนวนเงินเกินกว่าศาลจะตัดสินว่าจะส่งคนต่อคณะกรรมการ Dissuasionการลงโทษประเภทเดียวกันพบในค่าคณะกรรมการหรือเรียกเก็บเงินจากบุคคลที่มีการค้ามนุษย์ นักเคลื่อนไหวในโปรตุเกสทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับวิธีการใช้ดุลยพินิจสามารถนำไปสู่การแตกต่างกันการรักษาคนที่อยู่ในระดับที่เปรียบเทียบได้เชื้อชาติเผ่าพันธุ์สถานะการเข้าเมืองหรือปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมในโปรตุเกสการค้ายาเสพติดอาจทำให้คุณต้องติดโทษจำเรือนจำหนึ่งถึง 12 ปีในเรือนจำขึ้นอยู่กับประเภทของสารปริมาณความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และไม่ว่าจะเป็นคนที่ขายยาเสพติดเพื่อเป็นเงินทุนสำหรับการติดยาเสพติดของพวกเขาประโยคผ่อนปรนสูงสุดสามปี) ใน “ ทำให้รุนแรงขึ้นสถานการณ์ ” ซึ่งรวมถึงการค้ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรอาชญากรรมและหากความผิดนั้นทำให้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัสประโยคการค้ายาเสพติดสามารถเพิ่มเป็น 25 ปี<sup>267</sup>

การบำบัดและลดอันตราย เป็นหนึ่งในสิ่งที่โดดเด่นที่สุดองค์ประกอบของวิธีการแบบโปรตุเกส คือการมุ่งเน้นในบุคคลที่ใช้ยาเสพติดและความเป็นอยู่ของพวกเขา ยารักษาในโปรตุเกสมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจ

<sup>265</sup> Ibid. page 4.

<sup>266</sup> Ibid. Page 4.

<sup>267</sup> Ibid. page 4.

แบบองค์รวมและการประเมินของบุคคลสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมการเยี่ยมชมเว็บไซต์ครั้งแรกของผู้แทน DPA คือ Centrodas Taipas ศูนย์บำบัดที่ใหญ่ที่สุดของลิสบอนที่นั่นผู้อำนวยการศูนย์อธิบายว่าในระหว่างกระบวนการบริโภคนักสังคมสงเคราะห์ก่อนประเมินที่อยู่อาศัยและสถานการณ์ครอบครัวของบุคคลนั้นความมั่นคงทางเศรษฐกิจการเข้าถึงการศึกษาและอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคม หลังจากพวกเขาประเมินสิ่งเหล่านี้แล้วเท่านั้นพวกเขาจะหันประเด็นสำคัญไปที่การใช้ยาเสพติดของบุคคลและปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความ สิ่งนี้ต่อยอดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากคนที่ใช้ความอภัยและเป็นอาชญากรยาเสพติดเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่และการรักษาพวกเขามีศักดิ์ศรี<sup>268</sup>

การลดอันตราย คือ ความคิดที่พยายามลดอันตรายเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและแก้ไขผลของนโยบายยาเสพติดที่ล้มเหลว มันขึ้นอยู่กับที่ยอมรับศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้ยาเสพติดและนำพวกเขาเข้าสู่ชุมชนแห่งการดูแลเพื่อลดผลกระทบด้านลบและส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดและการรวมทางสังคมซึ่งอาจรวมถึงการยุติการเลือกปฏิบัติต่อต้านผู้ใช้ยาเสพติดการใช้ยาเกินขนาดการให้บริการการบริโภคภายใต้การดูแลสำหรับคนที่ใช้ยาเสพติดและภูมิคุ้มกันจากจับกุม<sup>269</sup>

กลยุทธ์การลดอันตรายก็มีความสำคัญเช่นกันความสำเร็จของโปรตุเกส นอกจากการรักษาศูนย์กองทุนรัฐบาลหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ที่มีส่วนร่วมกับคนที่ใช้ยาเสพติดในถนนโดยการกระจายเข็มฉีดยาที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ววัสดุสุขอนามัยและถุงยางอนามัยพร้อมเสนอข้อมูลเกี่ยวกับบริการบำบัดและลดอันตรายโปรตุเกสเสนอโปรแกรมการเข้าถึงเข็มฉีดยาเช่นเดียวกับเมทาโดนและบูบูเรนฟีนตามแพทย์สั่งนอกเหนือจากการทดแทนโดยใช้สารทดแทน opioid ที่อิงกับเรือนจำการรักษาด้วยอย่างไรก็ตามในบางวิธีการลดอันตรายของโปรตุเกสแนวทางปฏิบัติล่าช้ากว่าของยุโรปอื่นๆ ประเทศที่บ่งบอกถึงความชบเซาที่อาจเกิดขึ้นในนวัตกรรมเพราะมันใช้การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของมันแบบ โปรตุเกสไม่ได้รับ Naloxone กลับบ้านโปรแกรมบริการการบริโภคภายใต้การดูแลการรักษาด้วยเฮโรอินหรือการใช้เข็มฉีดยาในเรือนจำแลกเปลี่ยน<sup>270</sup>

กัญชาทางการแพทย์หรือใช้สำหรับผู้ใหญ่ก็เป็นเช่นกันไม่สามารถใช้ได้โปรตุเกสโปรตุเกสได้พยายามอย่างยิ่งใหญ่ในการขยายความร่วมมือใช้งานการเข้าถึงและคุณภาพของการรักษาและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ทุกคนนักจิตวิทยาและพยาบาลในโปรตุเกสได้รับการศึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดและการเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมทางการแพทย์อย่างเป็นทางการของพวกเขา ตัวเลือกการรักษาให้สำหรับผู้ที่ใช้ยา ได้แก่การล้างพิษจิตบำบัดและเมธาโดนเมธาโดนให้บริการฟรีให้บริการเจ็ดแห่งวันต่อสัปดาห์และมักจะกระจายผ่านทางรถตู้มือถือหน่วยจำนวนคนที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่การลดทอนความเป็นอาชญากรรม ศูนย์บำบัดยังประสานงานกับสังคมที่งานคืนสู่เหย้าซึ่งให้คำแนะนำและสนับสนุนเกี่ยวกับการหางานหรือกลับไปการศึกษาที่สูงขึ้นแม้ว่าโปรตุเกสจะลดขนาดลงอย่างเห็นได้ชัด

<sup>268</sup> Ibid. page 5.

<sup>269</sup> Ibid. page 5.

<sup>270</sup> Ibid. page 5.

ทำงานตั้งแต่ภาวะเศรษฐกิจถดถอยในปี 2009 ที่นั่นนอกจากนี้ยังมีที่พัก จำกัด สำหรับผู้คนระหว่างการรักษา หรือออกจากการรักษา มักจะเสนอในพื้นที่สาธารณะสั้นจากหกเดือนถึงหนึ่งปี<sup>271</sup>

ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเพื่อการกำจัดยาเสพติด" (Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência - CDT) บุคคลที่พบในครอบครองยาในปริมาณน้อยจะถูกออกหมายเรียก ยาเสพติดจะถูกยึดและผู้ต้องสงสัยจะได้รับการสัมภาษณ์โดยสามคน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์และทนายความ คณะกรรมการมีการไกล่เกลี่ยมีอำนาจเทียบเท่ากับคณะกรรมการอนุญาโตตุลาการ แต่ต้องจำกัดเฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดหรือครอบครองยาเสพติดจำนวนน้อย มี CDT หนึ่งแห่งในแต่ละเขตของโปรตุเกส 18 แห่ง<sup>272</sup>

คณะกรรมการมีมาตรการคว่ำบาตรหลายรูปแบบเมื่อพิจารณาคดีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ซึ่งรวมถึง:

- 1) การปรับค่าปรับตั้งแต่ 25 ถึง 150 ยูโร ตัวเลขเหล่านี้ขึ้นอยู่กับค่าแรงขั้นต่ำของโปรตุเกส ประมาณ 485 ยูโร (Banco de Portugal, 2001) และแปลเป็นชั่วโมงการทำงานที่หายไป
- 2) การระงับสิทธิในการปฏิบัติหากผู้ใช้ยาเสพติดมีอาชีพที่ได้รับอนุญาต (เช่น แพทย์และคนขับรถแท็กซี่) และอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของบุคคลอื่น
- 3) ห้ามเยี่ยมชมสถานที่บางแห่ง (เช่น สถานที่ชมรมที่เฉพาะเจาะจง)
- 4) ห้ามการติดต่อกับบุคคลอื่นโดยเฉพาะ
- 5) การเดินทางท่องเที่ยวต่างประเทศ
- 6) ต้องการรายงานเป็นระยะๆ ต่อคณะกรรมการ
- 7) การถอนสิทธิ์ในการพกปืน
- 8) การยึดทรัพย์สินส่วนบุคคล
- 9) การสิ้นสุดเงินอุดหนุนหรือค่าชดเชยที่บุคคลได้รับจากหน่วยงานของรัฐ

ถ้าผู้เสพยาเสพติดอาจเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดหรือได้รับบริการชุมชนหากคณะกรรมการคัดค้านพบว่าการกระทำนี้ดีขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้กระทำความผิดไม่เป็นปัญหา คณะกรรมการไม่สามารถบังคับการรักษาภาคบังคับได้แม้ว่าการปฐมนิเทศนั้นจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าและรักษาตัวอยู่ คณะกรรมการมีอำนาจชัดเจนในการระงับการคว่ำบาตรขึ้นอยู่กับ การเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ หากผู้กระทำความผิดไม่ติดยาเสพติดหรือไม่เต็มใจที่จะรับการรักษาหรือให้บริการชุมชนอาจได้รับโทษปรับ<sup>273</sup>

<sup>271</sup> Ibid. page 5.

<sup>272</sup> Gillespie, Nick. "Drug Decriminalization in Portugal". Reason 2009 (July). Retrieved 24 August 2009..

<sup>273</sup> Cardoso, Manuel; Santos, Ana Sofia; Duarte, Óscar (2009). "New Development, Trends and in-depth information on selected issues" (PDF). Portuguese Focal Point report (2008 data) to the EMCDDA. Lisbon, Portugal: Institute for Drug and Drug Addiction (IBIDT,I.P.). Retrieved 2011-06-11.

## (7) การป้องกันและการบำบัดรักษา

การลดความรุนแรงในการบังคับคดี (Harm reduction) ของประเทศโปรตุเกส จัดทำในรูปแบบของโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา "Say NO! to a syringe" เป็นโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาทั่วประเทศซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่เดือนตุลาคม 1993 ซึ่งเกี่ยวข้องกับร้านขายยา 2,500 ร้านทั่วประเทศ ดำเนินการโดยคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อเอดส์ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมเภสัชกรรมแห่งชาติซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่เป็นตัวแทนของร้านขายยาในโปรตุเกสส่วนใหญ่ ผู้ใช้ยาทุกคนสามารถแลกเปลี่ยนกระบอกฉีดยาได้ที่เคาน์เตอร์ร้านขายยาทั่วประเทศ พวกเขาได้รับชุดเข็มฉีดยาสะอาดถุงยางอนามัยแอลกอฮอล์และข้อความที่เขียนเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการป้องกันโรคเอดส์และการรักษาติดยาเสพติด จากปี 1994 ถึง 1999 ร้านขายยาได้จัดส่งเข็มฉีดยาประมาณ 3 ล้านชุดต่อปี<sup>274</sup> หลายโครงการเกณฑ์ต่ำเริ่มขึ้นหลังจากปี 1999 โดยเฉพาะในช่วงปี 2003-2005 ซึ่งทีมประชาสัมพันธ์ได้ให้แนวทางการฉีดยาที่ปลอดภัยและจัดหาเข็มฉีดยาและอุปกรณ์ฉีดยาบนท้องถนน

ในช่วงเริ่มต้นแคมเปญสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์วิทยุและสื่อมวลชนได้มีการเปิดตัวโปสเตอร์ในดิสโก้เธคและบาร์เพื่อดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมายต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับยาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่เชื้อเอชไอวีผ่านการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา<sup>275</sup>

วัตถุประสงค์ของโครงการมีอยู่สามประการคือเพื่อลดความถี่ในการใช้เข็มและเข็มฉีดยาร่วมกันเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดอื่นๆ ที่ทำให้เกิดทัศนคติเชิงลบของประชากรโดยรวมและเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้เสพยาเสพติดในประชากรทั่วไปเพื่ออำนวยความสะดวกในการป้องกันยาเสพติด การรักษา<sup>276</sup>

**การขยายการบำบัดรักษา (Expanding drug treatment)** ในปี ค.ศ.1987 Centro das Taipas ในเมืองลิสบอนถูกสร้างขึ้นเพื่อเป็นสถาบันที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้เสพยาเสพติด ศูนย์นี้ประกอบด้วยศูนย์ให้คำปรึกษา ศูนย์เด็กเล็กและศูนย์บำบัดผู้ป่วย สถานที่นี้เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นครั้งแรกในเครือข่ายของศูนย์ที่เชี่ยวชาญในการรักษาติดยาเสพติด ซึ่งขณะนี้ครอบคลุมทั่วประเทศ

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้เสพยาเสพติดในประเทศโปรตุเกสถูกจัดขึ้นโดยส่วนใหญ่ผ่านบริการเครือข่ายสาธารณะในการรักษาติดยาเสพติดที่ผิดกฎหมายภายใต้สถาบันยาเสพติดและยาเสพติดและกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือจากบริการสาธารณะแล้วการรับรองและโปรโตคอลระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลภาครัฐและเอกชนอื่นๆ จะช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการควบคุมคุณภาพได้อย่างครอบคลุมซึ่งครอบคลุมรูปแบบการรักษาหลายรูปแบบ บริการสาธารณะที่ให้บริการฟรีและสามารถเข้าถึงได้สำหรับผู้เสพยาทุกรายที่ต้องการการรักษา<sup>277</sup>

<sup>274</sup> "Portugal legalizes drug use". BBC News. 7 July 2000. Retrieved 21 August 2009

<sup>275</sup> Hughes, Caitlin; Stevens, Alex (December 2007), The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal (PDF), Briefing Paper 14, Oxford: Beckley Foundation, archived from the original (PDF) on 26 April 2015

<sup>276</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (2009). Confronting unintended consequences: Drug control and the criminal black market (PDF). World Drug Report (United Nations). p. 174

<sup>277</sup> Ibid.

ขณะนี้ มีสถาบันบำบัดในชุมชนภาครัฐและเอกชนที่ได้รับการรับรอง มี 73 ห้องบำบัดเฉพาะ หน่วยย่อยสลายสารพิษ 14 แห่ง โรงพยาบาลผู้ป่วยนอก 70 แห่งและศูนย์รับรอง 13 แห่ง โปรตุเกสแบ่งออกเป็น 18 เขต มีการรายงานข่าวเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยนอกด้วยยาแบบครอบคลุมทั้ง 4 สาขา ส่วนเขตที่ไม่ได้รับการคุ้มครองอยู่ในภาคเหนือของประเทศ: Viana do Castelo, Bragança, Viseu และ Guarda

**การรักษาทดแทน** การรักษาทดแทนในปัจจุบันมีอยู่ทั่วไปในโปรตุเกสผ่านบริการสาธารณะเช่น ศูนย์บำบัดเฉพาะศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลและร้านขายยารวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร

โครงการเปลี่ยนภาษาโปรตุเกสเริ่มขึ้นในปี 1980 ในเมือง Oporto ศูนย์ควบคุมโรค / นอร์ท (CEPD / North) โดยใช้ methadone เป็นสารทดแทนเป็นหน่วยเดียวที่ใช้การทดแทน opioid จนกระทั่งปี 1992 อย่างไรก็ตามการเพิ่มจำนวนผู้ติดยาเสพติด (รวมถึง "การระเบิด" ในตอนต้นของ 1990) พร้อมกับการเติบโตของโรคเอดส์และโรคตับอักเสบซีในหมู่ประชากรนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติ หลังจากปี 1992 โปรแกรมการทดแทนเมธาโดนได้ถูกส่งไปยัง CATs หลายแห่ง (ศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด) โดยรวมแล้วโปรแกรมมีเกณฑ์ปานกลางหรือสูง ยกเว้นกิจกรรมที่เป็นครั้งคราวในพื้นที่แออัดในเมืองลิสบอนไม่ได้มีโครงการระดับต่ำ (ลดความเสี่ยงและลดอันตราย) ก่อนปี 2001<sup>278</sup>

ตั้งแต่ปี 2000 ถึงปี 2008 จำนวนคนในโปรตุเกสที่ได้รับการบำบัดทดแทนเพิ่มขึ้นจาก 6040 เป็น 25 808 (24312 ในปี 2550) 75% ของผู้ที่อยู่ในการรักษาด้วยยารักษาโรคเมธาโดน ผู้ป่วยที่ได้รับ buprenorphine Buprenorphine มีให้บริการมาตั้งแต่ปี 1999 และต่อมาก็มีการรวมกันของ buprenorphine / Naloxone

Regulation 183/2001 ข้อ 44.1 และกฎีกา 15/93 ข้อ 15.1-3 กำหนดว่าการรักษาด้วยยาอาจดำเนินได้โดยศูนย์บำบัด แต่การรักษาด้วยยา buprenorphine สามารถเริ่มต้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแพทย์เฉพาะทางและศูนย์บำบัด จากปี 2547 ยังมีการจัดหา buprenorphine ในร้านขายยา<sup>279</sup>

**การติดตามการรักษาหลังพ้นโทษและความร่วมมือจากภาคสังคม (After-care and social re-integration)**

การดูแลหลังเลิกห้วงใยและบูรณาการทางสังคมของผู้ใช้ยาเสพติดในโปรตุเกสถูกจัดขึ้นโดยผ่านโปรแกรมหลัก 3 โครงการที่มีเป้าหมายไปยังภูมิภาคต่างๆในโปรตุเกส (Programa Vida Emprego, Programa Quadro Reinserir และการสนับสนุน PIDDAC สำหรับการผสมรวมใหม่) โปรแกรมทั้งสามนี้สนับสนุนโครงการและโครงการต่างๆที่สนับสนุนผู้เข้าผ่านโอกาสการฝึกอบรมการสนับสนุนการจ้างงานและ/หรือที่อยู่อาศัย

<sup>278</sup> Ibid.

<sup>279</sup> Ibid.

ในการติดตามการรักษาด้วยยา มีการพัฒนาระบบการติดตามผลการรักษาระดับชาติ แต่ยังไม่ได้มีการดำเนินการในทุกภูมิภาค สถิติประจำชาติจากศูนย์ผู้ป่วยนอกในการทดแทนลูกค้ำมียู่ (สำหรับลูกค้ำในโครงการเมธาโดนและโปรแกรม buprenorphine)<sup>280</sup>

Goulão เองก็สงสัยในบางแง่มุมของการปฏิรูปกัญชาในสถานที่เช่นสหรัฐอเมริกาซึ่งเขากล่าวว่าสามารถ conflate แพทย์ใช้กับการใช้ยาเพื่อสันหนาคาร

Goulão กล่าวว่าโปรแกรมการรักษายาเสพติดได้รับการต่อต้านค่อนข้างมาก แต่เงินทุนสำหรับโปรแกรมการจ้างงานที่สามารถช่วยนายจ้างจ่ายค่าจ้างของผู้ใช้ยาเสพติดลดลง Fuertes ไปอีกเล็กน้อยบอกว่าผู้ให้บริการบางรายต้องลดค่าใช้จ่าย เขาอธิบายว่าการระดมทุนของรัฐบาลอาจได้รับการจัดสรรเพียงปีละครั้งทำให้การวางแผนระยะยาวเป็นเรื่องยาก

โปรตุเกสยังไม่มีประสบการณ์ในการแพร่เชื้อ เอชไอวี เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรง "โดยปกติการให้ความสำคัญกับ decriminalization เอง แต่มันทำงานเพราะมีบริการอื่นๆและความคุ้มครองเพิ่มขึ้นสำหรับการเปลี่ยนเข็มที่ท็อกซ์ชุมชนบำบัดและตัวเลือกการจ้างงานสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติด" Fuertes กล่าวว่า "มันเป็นความร่วมมือกันของกฎหมายและบริการเหล่านี้ที่ทำให้มันประสบความสำเร็จเป็นเรื่องยากมากที่จะหาคนในโปรตุเกสที่ไม่เห็นด้วยกับแบบจำลองนี้"<sup>281</sup>

ในช่วงระยะเวลาพิเศษของการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ Goulão เตือนว่าประเทศต่างๆจะต้องพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายในประเทศของตนเองก่อนจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโปรตุเกส

"เราไม่คิดว่านี่คือกระสุนเงิน แต่ในมุมมองของฉันมันมีความสำคัญมากเพราะมันทำให้เกิดความเชื่อมโยงกันในระบบทั้งหมด" เขากล่าว "ถ้าการตอบสนองของเราอยู่ในแนวความคิดที่ว่าเรากำลังพูดถึงเรื่องการติดยาเสพติดเรากำลังพูดถึงเรื่องโรคเรื้อรังการพูดถึงเรื่องสุขภาพ - เพื่อให้มันออกมาจากระบบกฎหมายอาญานั้นเป็นการพัฒนาที่ชัดเจนจริงๆแล้วมันเป็นเรื่องสำคัญสำหรับสังคมของเราเพราะ มันช่วยให้เราสามารถลดความอับอาย"<sup>282</sup>

## 7) การบังคับใช้กฎหมาย

แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ครึ่งหนึ่งของประเทศโปรตุเกสจะได้รับการประเมินเกี่ยวกับกฎหมายเกี่ยวกับการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดอย่างจริงจัง แต่ประสบการณ์ของโปรตุเกสในเรื่องของระบบสาธารณสุขที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรแกรมการรักษาที่กว้างขวางและยากที่จะหาผลกระทบจากกฎหมายในสังคมที่มีการติดยาเสพติดที่ไม่ได้รับความสนใจและมักจะหาแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติดเพื่อเป็นการแก้ปัญหา เจ้าหน้าที่ตำรวจแม้สงสัยว่ามีคนใช้ยาเสพติด แต่ก็ไม่ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินคดีโดยถือว่าไม่ใช่คดีสำคัญ ในปัจจุบันอย่างน้อย 25 ประเทศได้นำแนวทางของโปรตุเกสนี้ไปปรับปรุงแก้ไขและนำเสนอ

<sup>280</sup> Hughes, Caitlin; Stevens, Alex (December 2007), The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal (PDF), Briefing Paper 14, Oxford: Beckley Foundation, archived from the original (PDF) on 26 April 2015

<sup>281</sup> Ibid.

<sup>282</sup> Samuel Oakford, Portugal's Example: What Happened After It Decriminalized All Drugs, From Weed to Heroin, April 20, 2016 <https://news.vice.com/article/ungass-portugal-what-happened-after-decriminalization-drugs-weed-to-heroin>

บทบัญญัติของกฎหมายประเทศตนเองเพื่อประกาศการยอมรับนำหลัก De Criminalization องค์กรรวมของโปรตุเกสไปใช้<sup>283</sup>

อย่างไรก็ดี ยาเสพติดยังคงผิดกฎหมายในโปรตุเกส พ่อค้ายาเสพติดและผู้ค้ามนุษย์ยังคงพิพากษาให้ลงโทษจำคุกในเรือนจำและประเทศได้เก็บรักษาตัวเองอย่างเต็มที่ภายในขอบเขตของระบบการประชุมเรื่องยาเสพติดของสหประชาชาติ เป็นเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมาทั้งสามสนธิสัญญาถูกมองว่าเป็นมาตรการให้สิทธิแก่ผู้ต้องหา แต่ผู้เชี่ยวชาญต่างยืนยันว่ารัฐบาลและประเทศต่างๆ ยอมรับว่าได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อผู้ใช้ยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ตำรวจมากขึ้น

เมื่อโปรตุเกสประกาศลดสถานะสมาชิกของสหประชาชาติถูกถอดออกจากการประชุมวาระพิเศษปี 1998 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติซึ่งมีการชุมนุมภายใต้ร่องรอยของการจัดการใช้ยาทั่วโลก รัฐสมาชิกได้ใช้เอกสารผลลัพธ์ฉบับใหม่ซึ่งมีขึ้นเพื่อกำหนดนโยบายยาใหม่ "การลดอันตราย" ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขโทษประหารชีวิตให้กับผู้กระทำความผิดยาซึ่งประเทศสมาชิกได้กล่าวถึงซ้ำๆ เอกสารนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิวัฒนาการของนโยบายยาเสพติดในหลายส่วนของโลกในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่ยังเป็นข้อพิสูจน์ถึงอิทธิพลของประเทศหัวโบราณที่ยังคงได้รับการสนับสนุนต่อไป<sup>284</sup>

---

<sup>283</sup> Samuel Oakford, Portugal's Example: What Happened After It Decriminalized All Drugs, From Weed to Heroin, April 20, 2016 <https://news.vice.com/article/ungass-portugal-what-happened-after-decriminalization-drugs-weed-to-heroin>

<sup>284</sup> Samuel Oakford, Portugal's Example: What Happened After It Decriminalized All Drugs, From Weed to Heroin, April 20, 2016 <https://news.vice.com/article/ungass-portugal-what-happened-after-decriminalization-drugs-weed-to-heroin>

## บทที่ 4

### ข้อพิจารณาเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย

ในบทนี้คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากบทก่อนหน้านี เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้เกิดแนวทางและความเหมาะสมในการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติดเพื่อนำไปสู่การสรุปและจัดทำข้อเสนอแนะในบทต่อไป

#### 4.1 สถานการณ์ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย

ในปัจจุบันจากการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวทางปฏิบัติที่ดีแบ่งระบบการเข้ารับการดูแลในฐานะผู้ป่วยยาเสพติดอีก 2 ระบบ คือ 1. ระบบสมัครใจ 2. ระบบบังคับบำบัด

สถานการณ์ทั่วประเทศผู้ป่วยยาเสพติดทั่วประเทศเป็นสถานการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาหลักของแต่ละภาคทั่วประเทศ คณะผู้วิจัยได้ทำการเข้าดูงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป้าหมายจำนวน 4 ภาคและส่วนกลาง จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มต่าง ๆ สรุปสถานการณ์ในปัจจุบันได้ว่า สถานการณ์เกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทยนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างมากโดยเฉพาะปัญหาการเสพยาหรือติดยาเสพติด สาเหตุหลักของการเข้ามาสู่การใช้ยาเสพติด คือ ครอบครัว เพื่อนและสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะสังคมหรือเศรษฐกิจ ปัญหาการใช้ยาเสพติดปัญหาหลักยังคงเป็นการใช้เมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า ลำดับรองลงมา คือ กัญชา ถูกดำเนินคดีอาญาในรายวัน และมีกฎหมายหลากหลายฉบับในการพยายามแก้ไขฟื้นฟูกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเหล่านี้ บางกลุ่มนั้นสามารถได้ผลดี แต่บางกลุ่มนั้นไม่ได้มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เมื่อดำเนินการตามกฎหมายที่ให้ประโยชน์แล้ว มีปัญหากลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำใหม่ ปัจจุบันมีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Model) และมีการจัดกิจกรรมค่ายบำบัดยาเสพติด เช่น จังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้ผลดี ไม่มีการแยกหน่วยงานในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแต่ใช้ระบบแยกภารกิจเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดและดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน ปัญหาหนึ่งที่สำคัญเกี่ยวกับยาเสพติดนั้นหนึ่งในปัญหาคือ การเสพยาผิดพฤติกรรมด้วย มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจึงมีความสำคัญ หากนำเขาไปสู่สภาพแวดล้อมที่สามารถทำให้เขาห่างจากพฤติกรรมเสพยาได้ก็จะทำให้การบำบัดง่ายขึ้น ปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขปัญหาคต่อไป ซึ่งคณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ด้านต่าง ๆ คือ ด้านนโยบาย ด้านกฎหมาย ด้านการปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับการรื้อฟื้นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีผลต่อการพัฒนากฎหมายเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในหัวข้อถัดไป



## 4.2 นโยบายเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด

นโยบายของประเทศไทย ปัจจุบันหากดูจากบทบัญญัติของกฎหมายจะสังเกตได้ว่า มีการพัฒนากฎหมายยาเสพติดตลอดเวลา โดยนโยบายของประเทศไทยเริ่มจากนโยบายการปราบปรามยาเสพติดเป็นหลักตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จนนำไปสู่ภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำ จึงได้มีนโยบายในการพัฒนากฎหมายยาเสพติดให้มีการบำบัดฟื้นฟูตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จนมาสู่การพัฒนาการกฎหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดในวัยต่าง ๆ เข้าสู่กระบวนการบำบัดมากขึ้นดังประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ออกมาเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยหรือผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมากขึ้น แต่ถึงอย่างไรก็ตามกฎหมายยาเสพติดในประเทศไทยมักจะนำคดีอาญามาเป็นข้อหาเพื่อการเชื่อมโยงกับการได้โอกาสบำบัดฟื้นฟูของผู้กระทำความผิดตามกฎหมายเสมอ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่รุนแรงในประเทศไทย เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเพียงมุ่งที่จะกระทำการปราบปราม (Suppression) ยาเสพติดเท่านั้น ซึ่งเน้นกระบวนการบังคับใช้กฎหมายในชั้นตำรวจ หรือเจ้าพนักงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการปราบปรามยาเสพติด ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดสถานเบา ก็อาจถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดสถานหนักได้ เนื่องจากต้องประสบกับกระบวนการยุติธรรมที่ไม่ถูกต้องและการปฏิบัติต่อผู้ต้องหาที่ไม่เป็นธรรมในชั้นตำรวจ และพนักงานอัยการ นอกจากนี้ อัตราส่วนโทษของคดียาเสพติด ทั้งโทษจำคุกและโทษปรับ ก็เทียบเท่ากับโทษของความผิดอาญาแผ่นดินชั้นสูง (Treasons) อื่นๆ โดยสาเหตุที่ทำให้แม้บุคคลกระทำความผิดเพียงเล็กน้อยแต่ต้องได้รับโทษหนักหลังจากผ่านการกระบวนการยุติธรรม ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลผู้ที่เป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติดส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมักไม่รู้กฎหมายยาเสพติดและอัตราส่วนโทษที่ตนจะต้องได้รับจากกฎหมายยาเสพติด ประกอบการกระบวนการยุติธรรมในชั้นตำรวจ มีการบังคับให้รับสารภาพ แม้ว่าในบางกรณีเขาจะไม่ได้กระทำ เท่ากับว่าผู้ต้องหาคดียาเสพติดไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากรับโทษที่เจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมกำหนดไว้แล้ว

เมื่อได้พิจารณาถึงนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 75 ปี องค์การสหประชาชาติ (United Nations Organization) กำหนดกลไกระหว่างประเทศที่มีบทบาทสำคัญและมีผลงานโดดเด่นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดและเป็นที่ยอมรับของประชาคมระหว่างประเทศ ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายและการกำหนดมาตรการทางกฎหมายตลอดทั้งแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ โดยมีกฎบัตรสหประชาชาติ (United Nations Charter) กำหนดหลักการสำคัญในการดำเนินงาน อีกทั้งมีการดำเนินงานจากหลายหน่วยงานที่สำคัญ คือ คณะกรรมาธิการยาเสพติดโดยมีสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drug and Crime) สนับสนุนการดำเนินงาน คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (The International Narcotics Control Board: INCB) ภายใต้การกำกับดูแลของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on

Drugs and Crime: UNODC) เป็นกลไกที่มีหน้าที่ประสานงานกับประเทศภาคีและสนับสนุนการดำเนินงานของ คณะกรรมการยาเสพติด (CND) และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (INCB) คณะมนตรีสิทธิมนุษยชน (United Nations Human Rights Council : UNHRC) และที่สำคัญคือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จะเห็นได้ว่า ปัญหายาเสพติดนั้นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องหลากหลายมิติของมนุษย์ และมิติที่สำคัญที่สุดคือ ปัญหาสุขภาพของมนุษย์ และเนื่องจากข้อเท็จจริงปรากฏว่า จากการรวบรวมข้อมูลของ สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมมีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น ในระดับนโยบายสำคัญ 5 ประการ คือ 1) ด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลต้องมาก่อน 2) ต้องให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นและระงับอาการปวด 3) ยกเลิกการกำหนดให้เป็นอาชญากรรม และไปใช้วิธีการคุมขังผู้ใช้ยาเสพติด 4) ต้องปรับเปลี่ยนมุมมองของการกระทำผิดเกี่ยวกับการลักลอบค้ายาเสพติด โดยเฉพาะการยกเลิกการทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นอาชญากรรม และการคุมขังผู้ใช้ยาเสพติด 5) ควบคุมตลาดการค้ายาเสพติดโดยให้รัฐบาลมีส่วนเข้าไปดูแลอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ คณะกรรมการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติดยังเห็นว่า เนื่องจากปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาซึ่งเชื่อมโยงไปหลายมิติ ทั้งด้านการแพร่ระบาด และโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ฝ่ายผู้เสพหรือผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งมีสภาพเป็น “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ มิใช่การปฏิบัติในฐานะเป็น “อาชญากร”

สำหรับประเทศไทย ถือว่าเป็นประเทศที่ได้นำหลักการของสหประชาชาติว่าด้วยการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ในลักษณะของการกำหนดนโยบายและหลักการ แต่ทว่าหลักการดังกล่าวยังไม่ได้มีการบังคับใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่ได้มีการประกาศใช้ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ซึ่งได้แก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีอยู่เดิม ให้จำแนกประเภทของผู้กระทำความผิดระหว่างผู้เสพ ผู้ป่วย กับผู้จำหน่ายอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญมากขึ้นในกระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งการเปิดช่องทางให้สามารถทำการค้นคว้า วิจัยสารเสพติดที่อาจนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ได้ เช่น กัญชา กัญชง เป็นต้น แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องขอบเขตของวัตถุที่สามารถดำเนินการวิจัยได้ ว่าเป็นพืชเสพติด สารตั้งต้น หรือสารสกัดจากสิ่งเสพติดนั้นๆ และการขอรับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาจากผลงานวิจัยเหล่านั้น

ล่าสุดมีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่มีอยู่เดิม เนื่องจากมีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องตามหลักสากล เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ให้ทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยา ดังนั้น การแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในครั้งนี้ เพื่อเปิดโอกาสให้นำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และใช้รักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้

ดังนั้น จึงถือว่าประเทศไทยอยู่ในระหว่างการเริ่มต้นนำนโยบายการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดมาใช้ในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง จึงยังไม่สามารถประเมินได้ในขณะนี้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการใช้นโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ต้องรอให้มีการบังคับร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ..... ไปสักระยะหนึ่งก่อน จึงจะได้มีการนำผลการปฏิบัติงานมาประเมินประสิทธิภาพของมาตรการต่อไป

เมื่อพิจารณาถึงมาตรการทางกฎหมายของแต่ละประเทศที่ได้ศึกษาในงานวิจัยฉบับนี้ สามารถแบ่งประเทศที่นำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

(1) ประเทศที่มีการบัญญัติมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไว้ในกฎหมายอย่างชัดเจน

ประเทศที่สามารถมีการกำหนดนโยบายและบทบัญญัติแห่งกฎหมายเพื่อกำหนดมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ได้แก่ ประเทศที่ได้มีโครงการนำร่องต่างๆ เพื่อลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติด รวมถึงการดำเนินการจำแนกผู้กระทำความผิดรุนแรงออกจากผู้กระทำความผิดเล็กน้อยหรือผู้ป่วย และปรากฏมาตรการรองรับการอบรมเรื่องยาเสพติด การบังคับบำบัดรักษา การนำสารเสพติดไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ รวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานภาคประชาชนในการประสานการบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยอย่างมีบูรณาการ ประเทศดังกล่าวได้แก่

1. ประเทศโปรตุเกส ที่ได้มีการนำร่องมาตรการแจกเข็มฉีดยา และให้รัฐจัดสรรยาเสพติดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้กระทำความผิดเข้ามาอยู่ในระบบการดูแลของรัฐทั้งหมด

2. ประเทศสวีเดนและสวิตเซอร์แลนด์ และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ที่มีกฎหมายกำหนดจำแนกกระบวนการดำเนินคดีกับความผิดยาเสพติดที่อยู่ในบัญชีชั้นสูง ออกจากยาเสพติดบัญชีชั้นต่ำ ที่อาจใช้เสพเพื่อการสันตนาการ ใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ และนำบุคคลที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กน้อยให้ไปใช้มาตรการทางเลือกแทนเพื่อลดความรุนแรง เช่น การอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดภายใต้การควบคุม การเข้าสู่มาตรการเบี่ยงเบนเพื่อบังคับบำบัด การใช้ห้องเสพยา การออกใบอนุญาตเสพยาให้ผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วย หรือการลงโทษอย่างอื่นนอกจากการจำคุกกับเขาเหล่านั้น และมาตรการทั้งหลายได้ปรากฏในนโยบายของรัฐและบทบัญญัติแห่งกฎหมายภายในอย่างชัดเจน

(2) ประเทศที่มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายกำหนดมาตรการลดความรุนแรงแต่ยังไม่แสดงประสิทธิภาพของการใช้มาตรการ

สาธารณรัฐฝรั่งเศส และนิวซีแลนด์ สองประเทศนี้ปรากฏการกำหนดนโยบายลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด ผ่านแผนยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดของประเทศ และมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาไม่พบข้อมูลที่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนว่าการนำมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดประสบความสำเร็จในระดับสูงเช่นเดียวกับประเทศในกลุ่มแรก

(3) ประเทศที่กำลังพัฒนานำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้

สหรัฐอเมริกาไม่ได้ระบุแนวนโยบายทางกฎหมายและบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่รองรับมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดไว้โดยตรง กล่าวคือ ในสหรัฐอเมริกา แนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศ ได้แก่ การประกาศสงครามกับยาเสพติด หรือเน้นการปราบปรามคดียาเสพติดเป็นหลัก อันเนื่องจากยาเสพติดสร้างปัญหารุนแรงแก่สังคมสหรัฐฯ และจำนวนผู้ต้องขังคดียาเสพติดมีอยู่เป็นจำนวนมาก เว้นแต่มลรัฐโคโลราโด ที่ได้ปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดระดับสูง และประชาชนสามารถปลูกเพื่อเสพเองได้ โดยต้องขอใบอนุญาตในการปลูกและครอบครองจากรัฐบาล และเปิดทางให้สหรัฐฯ ได้พัฒนาพืชกัญชาไปสู่การพัฒนาการรักษาโรคเป็นประโยชน์แก่วงการสาธารณสุข แต่สำหรับประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากปัญหาเสพติดไม่ใช่ปัญหาที่รุนแรงระดับต้นๆของประเทศ และมีมาตรการทางกฎหมายควบคุมปัญหาเสพติดเป็นอย่างดี จึงปรากฏว่ามีจำนวนผู้กระทำความผิดที่ต้องโทษจำคุกและอยู่ในเรือนจำหรือบุคคลที่ต้องถูกบังคับบำบัดจำนวนไม่มากนักจนเป็นนัยสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข้ปัญหา

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขเห็นว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีการพยายามดำเนินการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment and rehabilitation: CBTx ) แต่ยังไม่สามารถดำเนินการในระดับปฏิบัติการได้อย่างเต็มที่ ปัจจุบันดำเนินการในระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Model) และยังคงมีการดำเนินการตามกฎหมายเท่าที่มีการบังคับใช้ในปัจจุบันเท่านั้น

มาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่สำคัญที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับการแก้ไข้ปัญหาเสพติดซึ่งลดการนำผู้มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดที่ต้องถูกดำเนินคดีทางอาญา นำมาเข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์โดยใช้มาตรการลดอันตรายรูปแบบต่าง ๆ เข้ามาช่วยดูแลแก้ไข้ปัญหาเสพติดที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น แต่ปัจจุบันจากการสัมภาษณ์ยังไม่มีการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาดูแลบุคคลเหล่านี้มากนัก เนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า นโยบายระหว่างประเทศนั้นต้องการที่จะคุ้มครองผู้เสพหรือผู้ใช้ยาเสพติดโดยเน้นการปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพและไม่มีการปฏิบัติต่อพวกเขาฐานะอาชญากร นโยบายของประเทศไทยมีความพยายามจะดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแต่ยังมีการบังคับใช้กฎหมายอาญาเป็นหลักโดยผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดยังคงมีโทษทางอาญาตามกฎหมายยาเสพติดอยู่ แม้จะมีนโยบายส่งเสริมการฟื้นฟูในปัจจุบันมากขึ้นก็ตามแต่ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกฎหมายในปัจจุบันดังกล่าว ก็ต้องถูกดำเนินคดีอาญาต่อไป ซึ่งการจำแนกและความเหมาะสมของการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดนั้น คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ในหัวข้อต่อไป

#### 4.3 ระดับของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ สามารถวิเคราะห์ประเภทของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พิจารณาตามหลักการกระทำอันเป็นอาชญากรรมมากไปหาน้อย ได้ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ หรือผู้กระทำความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับสูง (Narcotic Drugs Felony) ได้แก่ การกระทำความผิดฐาน ครอบครองเพื่อจำหน่าย (possession for sale) ผลิต (manufacture) ปลูก (grow) นำเข้า (Import) รับขน (trafficking) หรือครอบครองจำนวนมาก (large amount of possession) ยาเสพติดให้โทษ ในบัญชียาเสพติดระดับต้นๆของอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหประชาชาติ และกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ เช่น เฮโรอีน ผีน เมธาโดน เมทแอมเฟตามีน ยาอี ยาเลิฟ หรือกัญชาที่มีปริมาณการครอบครองมากจนไม่น่าเชื่อว่าจะใช้เสพหรือบำบัดรักษาโรคส่วนตัว ผู้กระทำความผิดในกลุ่มนี้จะมีความเป็นอาชญากรสูง และกระทำความผิดเพื่อผลกำไรจากการค้ายาเสพติดเป็นหลัก และก่อให้เกิดผู้ได้รับอันตรายจากการใช้ยาเสพติดหรือเป็นผู้ติดยาเสพติดซึ่งกลายเป็นภาระที่รัฐต้องทำการบำบัดรักษาจำนวนมาก และกระบวนการค้ายาเสพติดของบุคคลเหล่านั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกับองค์การอาชญากรรมระหว่างประเทศ ด้วยเหตุนี้ มาตรการทางกฎหมายที่ใช้ลงโทษผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษหรือความผิดในระดับสูง จึงต้องใช้มาตรการดำเนินคดีและการบังคับโทษขั้นสูงสุด จนถึงการประกาศสงครามกับยาเสพติด โดยไม่มีการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ในการลดอันตรายส่วนโทษ หรือผ่อนผันการดำเนินคดีแต่อย่างใด

ประเภทที่ 2 ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กหรือลหุโทษ (Drugs Misdemeanors) ได้แก่ ผู้กระทำความผิดฐานครอบครองยาเสพติดให้โทษในบัญชีระดับต้นๆ หรือประเภทที่ 1 ในปริมาณน้อยกว่าปริมาณขั้นต่ำที่มาตรการทางกฎหมายยาเสพติดของแต่ละประเทศได้กำหนดไว้ และการครอบครองจำนวนน้อยเช่นนั้น ได้รับการสันนิษฐานว่าไม่ได้เป็นการครอบครองเพื่อจำหน่าย แต่เป็นการครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัวเพื่อเสพ หรือเสพเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการติดยาเสพติด (Drugs Addicted) หรือเป็นการครอบครองเพื่อเสพที่กฎหมายสันนิษฐานว่าไม่มีอันตรายแก่กายและจิตใจในระดับสูง หรือมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการอาชญากรรมหรือการค้ายาเสพติด

ผู้กระทำความผิดความผิดในกลุ่มที่สองนี้ ควรได้รับการพิจารณาคดี โดยพิจารณาจากสัดส่วนความรุนแรงของการกระทำความผิด (Proportional of Crime) และเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมทั้งหลายสมควรใช้ดุลพินิจ ในการพิจารณาประวัติภูมิหลังของผู้กระทำความผิด หรือเหตุและผลของการใช้และครอบครองยาเสพติด ในปริมาณจำกัดดังกล่าว และพิจารณาวิธีการบังคับโทษให้เหมาะสมกับสภาพและระดับของการกระทำความผิดนั้นๆ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการลงโทษให้เหมาะสมกับตัวบุคคล (Individualization of Punishment) ผลของการบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มนี้ ได้แก่ การกำหนดให้ความผิดในการครอบครองยาเสพติดให้โทษน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด เป็นความผิดเล็กน้อย (Misdemeanors) ที่ไม่จำเป็นต้องใช้มาตรการจำคุก แต่อาจใช้มาตรการโทษปรับ

หรือมาตรการทางเลือกอื่นๆ เช่น โทษปรับทางปกครอง การทำงานบริการสังคม ส่วนผู้กระทำความผิดในกลุ่มนี้ที่เป็นผู้ติดยา (Addicted) ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่กระบวนการยุติธรรมควรจะต้องนำมาตราการทางเลือกมาใช้ในการบำบัดรักษาแทนการจำคุก เช่นนี้ถือได้ว่า มีการนำแนวทางของการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ในระดับหนึ่ง

อนึ่ง การพิจารณาคดีของผู้กระทำความผิดกลุ่มที่สองว่าควรนำมาตราการทางเลือกแทนการจำคุกมาใช้หรือไม่ กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดภายในประเทศที่ทำการศึกษาอย่างเช่น โปรตุเกส ได้มีการกำหนดให้มีคณะกรรมการคดียาเสพติด (Drug Committee) มาพิจารณาความเหมาะสมในการใช้มาตรการทางเลือกกับผู้กระทำความผิดในกลุ่มที่สองแต่ละราย ร่วมกับศาล อัยการ และตำรวจ เพื่อให้มาตรการที่บังคับใช้กับผู้นั้นเดความเหมาะสมกับระดับของการกระทำความผิดมากที่สุด สำหรับประเทศไทย เรามีคณะกรรมการพิจารณาเฉพาะในการส่งบุคคลเข้ารับการบังคับบำบัด ภายใต้แนวทางของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เท่านั้น ซึ่งมีข้อบกพร่องตรงที่เป็นการบังคับให้ผู้นั้นเข้ารับการบังคับบำบัดโดยต้องถูกกักขังในสถานบำบัดหรือสถานพยาบาลที่รัฐกำหนดเป็นเวลาหกเดือน ผู้กระทำความผิดในระดับนี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องการถูกจำกัดเสรีภาพในการดำเนินชีวิตหรือการประกอบสัมมาอาชีพจากกระบวนการจองจำดังกล่าว จึงเลือกที่จะสู้คดีอย่างเต็มที่มากกว่าที่จะยอมรับการบังคับบำบัด และกรณีที่เป็นผู้กระทำความผิดครอบครองยาเสพติดจำนวนน้อยที่ไม่เป็นผู้ป่วยหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการชุดดังกล่าวก็ไม่สามารถเข้ามาพิจารณาได้ ต้องปล่อยให้ตำรวจ อัยการ และศาล ดำเนินคดีอย่างเต็มที่ต่อไป พวกเขาเหล่านั้นจึงขาดโอกาสในการพิจารณาการลงโทษให้เหมาะสมกับระดับความผิดที่กระทำตามหลักลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติด ((Harm Reduction)

ประเภทที่สาม ผู้ที่ทำการกระทำเกี่ยวกับยาเสพติดไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญา (Non-Drugs Offender) เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของบางประเทศ เช่น ประเทศโปรตุเกส ได้กำหนดให้การครอบครองยาเสพติดทุกประเภท ซึ่งตามปกติถือว่าเป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษโดยไม่จำแนกประเภทความรุนแรงของยาเสพติด แต่ถ้าเป็นปริมาณการครอบครองที่บุคคลหนึ่งคนสามารถใช้บริโภคส่วนตัวได้เป็นเวลาไม่เกินสิบวัน ให้ถือว่าผู้นั้นไม่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด แต่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อเสพส่วนตัว หรือบำบัดรักษา หรือใช้เพื่อความบันเทิง แล้วแต่กรณี พวกเขาเหล่านั้นจะไม่ต้องโทษจำคุกและปรับเพื่อการนั้นแต่อย่างใด และผู้กระทำนั้นก็ไม่ต้องถูกบังคับให้เข้ารับการบังคับบำบัดจากสถานพยาบาล เพราะถือว่าประชาชนทุกคนในประเทศโปรตุเกสมีสิทธิเข้าใช้บริการห้องเสพยา หรือรับการแจกจ่ายเข็มฉีดยา ซึ่งเป็นหนึ่งในบริการสาธารณสุขของรัฐอยู่แล้ว และปรากฏชัดว่ามาตรการดังกล่าวของประเทศโปรตุเกส ลดระดับความรุนแรงและลดปัญหาการปราบปรามคดียาเสพติดของประเทศโปรตุเกสอย่างมหาศาลตั้งแต่ปี 2001 เป็นต้นมา ประเทศโปรตุเกสจึงเป็นประเทศแรกที่กำหนดให้การครอบครองยาเสพติดให้โทษในบางลักษณะไม่มีความผิด ตามหลักการไม่ดำเนินคดีอาญา หรือ Decriminalization และกฎหมายของโปรตุเกสกลายเป็นกฎหมายต้นแบบของการลดความรุนแรงในการ

ดำเนินคดียาเสพติดและแก้ไขปัญหามาการปราบปรามคดียาเสพติดของหลายประเทศในโลกรวมทั้งสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยด้วย

ส่วนบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้นำบัญชียาเสพติดที่สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ได้ เช่น กัญชา สารสกัดจากกัญชา และกัญชง ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษในบัญชิตันๆ โดยกำหนดให้การครอบกัญชา หรือการปลูกต้นกัญชาภายใต้การควบคุม ในปริมาณและเงื่อนไขต่างๆ ที่รัฐบาลกำหนด ไม่ถือว่าเป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ส่วนประเทศสวีตเซอร์แลนด์ ได้กำหนดให้บุคคลสามารถเสพกัญชาได้อย่างเสรี แต่มีการกำหนดให้ต้องไปรับกัญชาหรือเสพกัญชา ภายใต้สถานที่ควบคุมที่รัฐบาลอนุญาตให้แจกจ่ายกัญชาได้ เช่น ร้านกาแฟ หรือพื้นที่ที่รัฐจัดให้ประชาชนสามารถเสพยาได้ (Drug Zone) เป็นต้น และอนุญาตให้มีการผลิตและจำหน่ายสินค้าแปรรูปจากต้นกัญชา เช่น ลูกอม ขนม หรือบุหรี่ยาได้ อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของประเทศไทยในกลุ่มนี้ยังคงกำหนดปริมาณการครอบครองกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาในระดับสูงที่อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนค้ายาเสพติดไว้เพื่อป้องกันปัญหาการระบาดของยาเสพติดในประเทศดังกล่าว เช่นนี้ แนวทางของประเทศโปรตุเกส และสวีตเซอร์แลนด์ ถือเป็นการนำหลักการไม่ดำเนินคดีอาญา (Decriminalization) ในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการมาใช้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม และส่งผลให้เป็นการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction) และลดปัญหาการปราบปรามยาเสพติดของประเทศต่าง ๆ เหล่านั้นในเวลาต่อมา

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการอนุญาตให้นำกัญชาและสารสกัดจากกัญชา ไปใช้ในการค้นคว้าวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และกำหนดให้องค์กรหรือสถาบันของรัฐและเอกชน ที่ประสงค์จะปลูกกัญชาเพื่อทางการแพทย์นั้นจะต้องได้รับอนุญาตจากรัฐ และรัฐบาลไทยยังคงไม่อนุญาตให้ประชาชนทั่วไปปลูกต้นกัญชาในบ้านเรือนของตน แต่ได้มีการแก้ไขปริมาณการครอบครองกัญชาส่วนบุคคลว่าต้องไม่เกิน 20 กรัมแทน และได้นำกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยได้มีการนำหลักการไม่ดำเนินคดีอาญา (Decriminalization) มาใช้ในระดับต้นเฉพาะกัญชาและสารสกัดจากกัญชาเท่านั้น และการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) เพื่อขยายอัตราครอบครองยาเสพติดแต่ละประเภทขั้นต่ำ เท่ากับเป็นการผ่อนเบาการที่ต้องดำเนินคดียาเสพติดอย่างเต็มที่กับผู้กระทำความผิดทุกประเภทได้ในระดับเบื้องต้น ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (Harm Reduction) ในระดับเบื้องต้น

#### 4.4 ความเหมาะสมของมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

แนวคิดในการนำนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ ผ่านกระบวนการและวิธีการต่างๆ ที่ค้นพบจากการศึกษาวิเคราะห์การบังคับใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ผ่านกระบวนการและวิธีการต่างๆ สามารถจำแนกเป็นมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

##### (1) การจำแนกตัวยา หรือ การจัดประเภทของสารเสพติด

การกำหนดว่าสารหรือสิ่งใดเป็นยาเสพติดหรือไม่ จัดอยู่ในประเภทใด ต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเนื่องจากสารเสพติดมีความเปลี่ยนแปลงในด้านความรุนแรงหรืออันตรายที่มากขึ้นหรือลดลงได้ ในทางวิทยาศาสตร์มีการค้นพบว่าสารบางประเภทสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการรักษาโรค สมุนไพร หรือในทางอุตสาหกรรมได้ ตามแนวทางของ อนุสัญญาแห่งสหประชาชาติด้านยาเสพติด (United Nations Drug Conventions) เกี่ยวกับข้อกำหนดการควบคุมยาเสพติดสากล ทั้งอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ. 1961 และพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961, ค.ศ. 1972 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ. 1971 และอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 จะพบว่านิยามได้กำหนดไว้เฉพาะ “ยาเสพติด” และ “วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” เท่านั้น แต่จะไม่มีกำหนดนิยามความหมายถึง “สารระเหย” ในความควบคุมของอนุสัญญาทั้ง 3 ฉบับ ดังนั้น การกำหนดนิยาม “ยาเสพติด” (ในข้อเสนอจะเปลี่ยนเป็น “สารเสพติด”) รวมถึง “การแบ่งประเภท” ต้องมีการพิจารณาว่าสารที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติใดบ้างที่ควรกำหนดให้เป็นประเภทใดตามตามกฎหมายโดยพิจารณาความร้ายแรงของสารเสพติดที่มีต่อร่างกายและผลกระทบต่อสังคม ตามแนวทางดังต่อไปนี้

1) พิจารณาความรุนแรงที่จะเกิดต่อสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเริ่มจากสารที่มีความเสี่ยงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์เพื่อบำบัดรักษาโรค สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคพอสมควร จนถึงสารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่มากและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคเป็นอย่างดี

2) การให้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม เป็นสิ่งที่มนุษย์ผลิตขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันการนำสารระเหยไปใช้ในทางที่ผิด<sup>1</sup>

3) กรณีที่เป็นพืชเสพติดอาจจะพิจารณาถึงลักษณะที่มีสารออกฤทธิ์ต่อร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้มีความต้องการเสพติดได้ โดยจะต้องแยกมาตรการควบคุมระหว่างพืชเสพติดที่มีประโยชน์และพืชเสพติดที่มีโทษอย่างชัดเจน ทั้งจำนวนและปริมาณการใช้ด้วย

##### (2) การจำแนกผู้กระทำความผิด

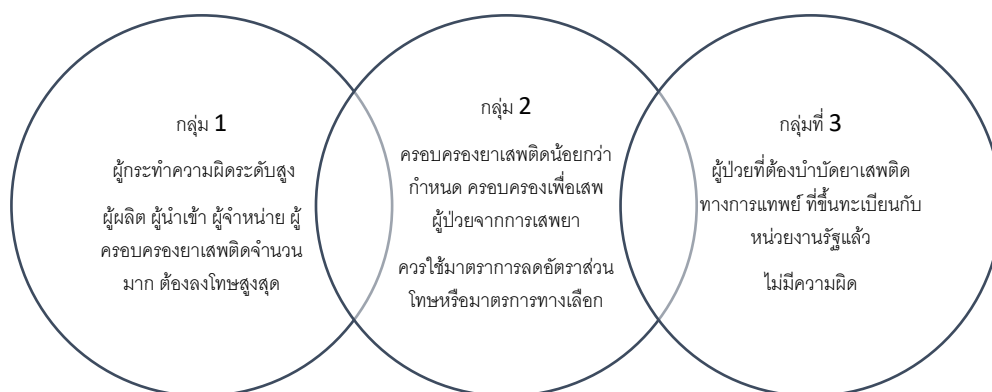
<sup>1</sup> ข้อมูลจาก กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานอาหารและยา. สืบค้นจาก

<http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=6444>. เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559.



ตามที่ได้อธิบายมาแล้วในหัวข้อเรื่อง การจัดลำดับของความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด การจำแนกผู้กระทำความผิดควรแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่กระทำความผิดยาเสพติดในระดับสูง เช่น ผู้นำเข้า ผลิต จำหน่าย ครอบครองยาเสพติดจำนวนมาก จะต้องดำเนินคดีอย่างเต็มที่ กลุ่มผู้กระทำความผิดเล็กน้อย เช่น ผู้ครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพ หรือครอบครองปริมาณน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งควรนำมาตรการลดอัตราส่วนโทษจำคุก หรือมาตรการอื่นๆ แทนการจำคุกมาใช้ และกลุ่มที่ 3 ผู้เสพที่เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐแล้ว การครอบครองยาเสพติดหรือปลูกพืชเสพติดที่ได้รับการอนุญาตจากรัฐ (Licensing) หรือการวิจัยสารเสพติดเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ บุคคลกลุ่มนี้ไม่ควรต้องมีความผิดและต้องรับโทษอาญาแต่อย่างใด

**แผนภาพ** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด



อนึ่ง จากแผนภาพข้างต้น จะเห็นว่าการเหลื่อมล้ำระหว่างแผนภาพของกลุ่มที่ 1-2 และแผนภาพของกลุ่มที่ 2-3 แสดงให้เห็นถึงมีบุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยและต้องบำบัดทางการแพทย์บางส่วนถูกดำเนินคดีด้วยการลดอัตราส่วนโทษหรือมาตรการทางเลือกทั้งที่เขาไม่ควรต้องมีความผิดและต้องถูกลงโทษด้วยวิธีการใดๆเลย และก็มีผู้กระทำความผิดในกลุ่มที่ 2 บางรายที่ถูกดำเนินคดีอย่างเต็มที่เยี่ยงผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับสูง สถานการณ์เช่นนี้อาจเกิดจากการใช้ดุลพินิจของเจ้าพนักงานของรัฐที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ไม่พิจารณาถึงพฤติการณ์ของการกระทำความผิดอย่างเพียงพอ เน้นการดำเนินคดียาเสพติดอย่างเต็มที่เป็นหลัก จึงทำให้ไม่เกิดกระบวนการจำแนกระดับผู้กระทำความผิดอย่างถูกต้องและส่งผลให้การใช้ดุลพินิจในการลงโทษไม่เป็นไปตามหลักการของการลงโทษที่เหมาะสมกับระดับของการกระทำความผิดของแต่ละคน หรือ Individualization of Punishment ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการบังคับคดียาเสพติดระหว่างผู้กระทำความผิดทั้งสามกลุ่มนี้ เจ้าพนักงานของรัฐควรต้องพิจารณาข้อเท็จจริงแห่งคดี พฤติการณ์ของผู้กระทำความผิด วัตถุประสงค์ของการครอบครองยาพิจารณาจากปริมาณยาที่ครอบครอง ฯลฯ ประกอบการใช้ดุลพินิจ เพื่อให้การใช้มาตรการกับผู้กระทำความผิดแต่ละกลุ่มมีความถูกต้อง ไม่มีควมเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มอันเกิดจากการใช้ดุลพินิจที่ไม่ถูกต้องนั่นเอง

(3) มาตรการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล และห้องบริโภคยาเสพติด (Drugs Consumption Room) หรือห้องแจกยา (Syringe Dispenser)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบมาตรการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของต่างประเทศ จะเห็นได้ชัดว่า ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด อย่างเช่น โปรตุเกส สวิตเซอร์แลนด์ และเยอรมนี นั้น มีการบัญญัติกฎหมายจำแนกผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงยา ผู้เสพเพื่อความบันเทิง หรือผู้ครอบครองจำนวนน้อยที่ไม่ใช่ผู้จำหน่ายไว้อย่างชัดเจน และจำมีการผันบุคคลเหล่านี้แยกออกจากผู้กระทำความผิดยาเสพติดที่ต้องรับโทษหนักอย่างชัดเจนแล้ว และกฎหมายของประเทศเหล่านั้นยังกำหนดให้มีมาตรการทางเลือกแทนการจำคุกหรือดำเนินคดี หรือจัดสถานที่บำบัดที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น โปรตุเกส ฝรั่งเศสและเยอรมนี ผู้เสพที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกับรัฐบาลแล้วสามารถแสดงบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อเข้าไปรับสารเสพติดเพื่อบำบัด ณ ร้านขายยา หรือตู้จ่ายยา (Syringe Dispenser) ได้ทันที อย่างสวิตเซอร์แลนด์ สามารถซื้อยาเสพติดที่กฎหมายอนุญาตให้เสพได้ ในร้านกาแฟ เป็นต้น

ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี รัฐบาลได้จัดให้มีห้องบริโภคยาเสพติด (Drugs Consumption Room (DCRs)) ซึ่งศูนย์ตรวจสอบยาเสพติดและยาเสพติดของสหภาพยุโรป (EMCDDA) กำหนดให้มีการจัดตั้งห้องบริโภคยาเสพติด (DCRs) ทั่วสหภาพยุโรป การใช้ DCRs สถิติผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในบางประเทศ เช่น สเปน เดนมาร์กและโปรตุเกส

และยังมีสถานบำบัด (Rehabilitation Center) ซึ่งภาคประชาสังคมเป็นผู้ดำเนินการภายใต้การดูแลของรัฐ และรัฐบาลของแต่ละประเทศสามารถควบคุมดูแลห้องจำหน่ายยาหรือสถานบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักและเข้าใจถึงนโยบายการบำบัดรักษาพร้อมกลไกที่รองรับเป็นอย่างดี

ส่วนมาตรการบำบัดรักษาของประเทศไทยได้มีการบัญญัติไว้ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... ภาค 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด มาตรา 104 -122 ภาคนี้จะเป็นการกำหนดกลไกและมาตรการที่ใช้ดำเนินการกับผู้เสพยาเสพติด ที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีการทางสาธารณสุขแทนการใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยนำประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 มาปรับปรุงและพัฒนา โดยยึดหลักผู้เสพคือผู้ป่วยที่ควรได้รับการช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดรักษา ตลอดจนมีการติดตามช่วยเหลือให้กลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน

#### (4) มาตรการบำบัดรักษาด้วยยาเสพติดที่กฎหมายรับรอง

ในสหภาพยุโรปประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด จึงต้องมีมาตรการบำบัดโดยการใช้อยาเสพติดภายใต้การรับรองของกฎหมาย เช่น การบำบัดด้วยสารทดแทน Opioid (Opioid Substantive Treatment (OST)) และยาเสพติดอื่นๆ<sup>2</sup> ผลจากการใช้มาตรการดังกล่าวในหลายประเทศในสหภาพยุโรป ปรากฏว่าสามารถนำมาตรการบำบัดทดแทนด้วยสารทดแทน opioid มาใช้ได้อย่างคงที่ มีเสถียรภาพและไม่มีความร้ายแรงจากการใช้

<sup>2</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

มาตรการ ประเทศที่มีความโดดเด่นในการใช้มาตรการบำบัดด้วยสารทดแทน Opioid (OST) เช่น โปรตุเกสและเยอรมนี อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับผู้ป่วยจะสูงขึ้นในสเปนและให้บริการเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยร้ายแรง อนึ่ง มีการเปิดโอกาสให้ใช้มอร์ฟินด้วย<sup>3</sup>

ส่วนการบำบัดด้วยเฮโรอีน (HAT) กำหนดให้แพทย์สามารถออกใบสั่งยาเพื่อบำบัดโดยเฮโรอีนทางการแพทย์ (diamorphine) ซึ่งดำเนินการในเยอรมนี<sup>4</sup>

นอกจากนั้น การแจกจ่าย Naloxone เป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการมีผลอย่างดีสามารถช่วยในเรื่องการใช้จ่ายเกินขนาดได้ การให้ Naloxone กลับบ้านแก่ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นการรักษาที่เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดการเสียชีวิตจากการใช้จ่ายเกินขนาดได้ ดำเนินการแจกจ่ายแบบสปริ่งจัมป์ของ Naloxone ได้รับการอนุมัติโดย คณะกรรมการการยุโรปในเดือนพฤศจิกายน 2017 โดยมีประโยชน์ในการลดการบาดเจ็บและอาจถูกมองว่าใช้งานง่ายกว่าการใช้ยาวิธีการอื่น เช่น การฉีดเข้าร่างกาย โดยปัจจุบัน โปรแกรมแจกจ่ายเพียร์ของ Naloxone ดำเนินงานในสี่ประเทศในยุโรปตะวันตก ได้แก่ เดนมาร์ก อิตาลี นอร์เวย์ และ สหราชอาณาจักร เท่านั้น

การปฏิบัติตามโครงการการบำบัดด้วยสารทดแทน Opioid (OST) ผลปรากฏว่าช่วยลดการใช้เฮโรอีนผิดกฎหมายและสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น แม้จะมีปัจจุบันมีวิธีการดังกล่าวทั้งหมดอยู่ในยุโรปตะวันตกและทวีปอเมริกาเหนือ เยอรมันและสวีเดนแลนด์ เช่นเดียวกับโครงการแจกเข็มฉีดยา (NSPs) แต่ในทางตรงข้าม การใช้มาตรการบำบัดด้วยสารทดแทน Opioid (OST) ยังมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อเมริกาเหนือ และยุโรปตะวันตกในบางกรณี เนื่องจากเกิดจากการที่รัฐบาลแต่ละประเทศยังกำหนดว่ายาที่ใช้ในโครงการบำบัดดังกล่าวยังอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการที่รัฐบาลจะอนุมัติการใช้ยาเสพติดประเภทเหล่านั้นเพื่อการบำบัด เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในเยอรมนีและสหรัฐอเมริกา การขาดบริการพิเศษและเข้าถึงได้สำหรับผู้หญิงและแรงงานข้ามชาติยังเป็นอุปสรรคต่อทุกคนภูมิภาค และรวมถึงความอภัยและการเลือกปฏิบัติต่อคนที่ใช้ยาเสพติด<sup>5</sup>

<sup>3</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>4</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>5</sup> Global Harm Reduction Report 2018, (2019) .Harm Reduction International.

## (5) การดำเนินการแจกเข็มฉีดยา (Needle Supply Program (NSP))

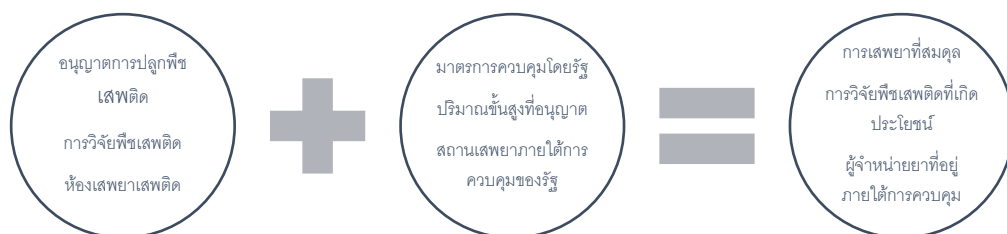
จำนวนประเทศในยุโรปตะวันตกที่การดำเนินการของ NSP ตั้งแต่ปี 2016 มีอยู่ในทุกๆ ประเทศยกเว้น ตุรกี เนื่องจากแต่ละประเทศได้มีการเปลี่ยนแปลงในกฎหมายจึงทำให้ NSP สามารถดำเนินการได้อย่างสะดวกขึ้น และสามารถดำเนินการโดยชอบด้วยกฎหมายในการจ่ายเข็มฉีดยาผ่านสถานบริการสาธารณสุขและร้านขายยา<sup>6</sup>

นับตั้งแต่สถานะการลดอันตรายระดับโลกครั้งสุดท้าย รายงานว่ามีการลดลงเล็กน้อยในจำนวนประเทศที่ใช้ NSP จากร้อยละ 90 ในปี 2016 มาเป็นร้อยละ 86 ในปี 2018 เนื่องจากการถอนการให้บริการ NSP ในประเทศแถบละตินอเมริกา เช่นอาร์เจนตินาและบราซิล ที่ซึ่งประชาสังคมและองค์กรต่างๆ รายงานว่า NSP ไม่มีความสำคัญอีกต่อไป นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงนโยบายทางกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญเพื่อมุ่งปราบปรามความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นหลัก ในประเทศบัลแกเรีย ลาว และฟิลิปปินส์ ที่กำหนดนโยบายยาเสพติดของประเทศให้เน้นการลงโทษในคนที่ใช้ยาเสพติดและถือว่าเป็นอาชญากรรมที่รุนแรง ในขณะที่สามใหม่ประเทศใน sub-Saharan Africa ได้นำ NSPs มาใช้: มาลี โมซัมบิก และยูกันดา<sup>7</sup>

## (6) การออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติด

แนวคิดในการบังคับใช้มาตรการอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดภายใต้การควบคุมของรัฐ เป็นไปดังแผนภาพดังต่อไปนี้

**แผนภาพ** แสดงแนวคิดในการใช้มาตรการออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติด



จากแผนภาพข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การอนุญาตให้ผู้ใดหรือสถาบันใด ครอบครองสารเสพติดหรือปลูกพืชเสพติดตามกฎหมายได้นั้น จะต้องมิขัดแย้งกับกฎหมายรับรองการใช้มาตรการนั้น และจะต้องจำกัดเฉพาะการอนุญาตพืชเสพติดหรือสารเสพติดบางประการที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้เท่านั้น ซึ่งหน่วยงานที่กำหนดประเภทของพืชเสพติดที่ปลูกได้ตามกฎหมายได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่ควรมีอำนาจออกใบอนุญาตการครอบครองหรือการปลูกพืชเสพติด ควรได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน

ประเทศที่มีการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่ออนุญาตให้มีการปลูกพืชเสพติดเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ซึ่งกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติดในวงการแพทย์ และ

<sup>6</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>7</sup> Global Harm Reduction Report 2018, (2019) .Harm Reduction International.

การควบคุมการเคลื่อนย้ายยาเสพติดเพื่อการพาณิชย์โดยชอบด้วยกฎหมาย ทั้งการผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือส่งออก รวมถึงการออกใบอนุญาตต่างๆ ภายใต้การควบคุมโดยสถาบันยาเสพติดและยาทางการแพทย์ Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) ประเทศเนเธอร์แลนด์ กำหนดในรัฐบัญญัติป้องกันการใช้สารเคมีผลิตยา 995 กำหนดกฎระเบียบระดับระหว่างประเทศ และการกำหนดระบบการออกใบอนุญาตที่ครอบคลุมสำหรับการผลิตและการค้าสารเคมีที่ลงทะเบียน ประเทศสวีตเซอร์แลนด์ กำหนดมาตรการอนุมัติการออกใบอนุญาตพิเศษจากสำนักงานสหพันธ์สาธารณสุข เพื่อควบคุมการนำเข้าหรือส่งออกยาเสพติด นอกจากนี้ รัฐบัญญัติการควบคุมการค้ายาเสพติดกำหนดให้ สารสกัดยาเสพติดหรือกัญชา มาตรา 8 ได้มีการกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการใช้เพื่อการรักษาของผู้ติดยาเสพติดที่มีใบสั่งยาเป็นกรณีเฉพาะราย สหรัฐอเมริกา ในมลรัฐที่กำหนดให้ปลูกกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ได้ ว่าต้องมีใบอนุญาตในการปลูกและจำหน่ายในจำนวนจำกัด และใบอนุญาตเหล่านั้นมีอายุจำกัดและถูกควบคุมสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดสหรัฐ (DEA)

สำหรับประเทศไทย ภายหลังจากการออกประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ได้มีการยกเลิกวิพากษ์วิจารณ์เรื่องการนำสารเสพติดที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ เช่น กัญชา และ กัญชง ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่อเปิดโอกาสให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรค หรือเพื่อค้นคว้าวิจัยต่อยอดทางการแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลชุดคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การเภสัชกรรม หรือร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ไขบัญชียาเสพติดให้โทษ และกำหนดขอบเขต สถานที่ บุคคลที่สามารถดำเนินการวิจัยในกัญชาได้ รวมถึงกำหนดกฎเกณฑ์ในการออกใบอนุญาต และกำหนดขอบเขตว่าสิ่งนำไปวิจัยได้ คือสารตั้งต้น พืชเสพติด หรือสารสกัดจากพืชเสพติด เพื่อความชัดเจนถูกต้องในการควบคุมปริมาณการนำสารเสพติดไปใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่ส่อไปในทางการค้ายาเสพติด

และล่าสุด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 มาตรา 9 พบว่าได้ปรับแก้มาตรา 26/2 ถึง 26/6 ของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2522 โดยมาตรา 26/2 ให้ยกเว้นผลิต นำเข้า หรือส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ในกรณีที่เป็นกัญชง (Hemp) ให้กระทำได้เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้าหรือออกนอกราชอาณาจักรไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ให้กระทำได้เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

ส่วนผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาตเป็น หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม

หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้าหรือออกนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษ อาจมีมติให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดเขตพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใด เพื่อทดลองเพาะปลูกพืชที่ให้ผลผลิต หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ผลิตและทดสอบ เสพหรือครอบครอง ในปริมาณที่กำหนด โดยให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา อย่างน้อยต้องมีมาตรการควบคุมและตรวจสอบการเสพและการครอบครอง ในเขตพื้นที่ที่กำหนด ซึ่งไม่เป็นความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

#### (7) การไม่กำหนดความผิดและโทษทางอาญา (De-Criminalization and Penalization)

ควรมีการกำหนดมาตรการในการลงโทษทางอาญาและมาตรการทางอาญาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีใช้โทษจำคุก เช่น วิธีการเพื่อความปลอดภัยที่หลากหลาย และมีความยืดหยุ่น เพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลยพินิจในการกำหนดโทษหรือมาตรการทางอาญาอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมแก่กรณี ในการลงโทษผู้กระทำความผิด ผู้กระทำความผิด และป้องกันความมั่นคงปลอดภัยของสังคม โดยในการสอบสวนและในการพิจารณาคดี จะต้องนำข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานเข้าสู่การพิจารณาของศาลอย่างถูกต้องและรอบด้าน

กรณีที่เป็นผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติด จะมีการกำหนดมาตรการทางเลือกแทนการลงโทษทางอาญา อาทิเช่น

1. การตักเตือน การทำทัณฑ์บน หรือการทำข้อตกลง เช่น การกำหนดสถานที่ให้มารายงานตัวตามระยะเวลาที่กำหนด เป็นต้น
2. การให้บำเพ็ญประโยชน์หรือสาธารณประโยชน์ เช่น การทำงานเพื่อสังคม การปฏิบัติหรือใช้ชีวิตกับครอบครัวหรือสถานที่ทำงาน เป็นต้น
3. การกำหนดไม่ให้กระทำการอย่างใด ๆ หรือไม่ให้เดินทางไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด เช่น การห้ามเข้าสถานที่ที่กำหนดไว้ การกำหนดเวลาในการกลับเข้าที่พัก เป็นต้น

#### (8) การลดอัตราส่วนโทษ

กฎหมายจะต้องกำหนดให้ศาลสามารถใช้ดุลยพินิจได้อย่างเหมาะสมในการกำหนดโทษและมาตรการบังคับทางอาญาต้องพิจารณาทั้งวิธีการ การกำหนดความหนักเบาและการบังคับใช้มาตรการบังคับทางอาญา ประกอบกับต้องพิจารณาร่วมกับข้อมูลที่เจ้าพนักงานรวบรวมเสนอต่อศาลทั้งข้อเท็จจริงของพฤติกรรมการกระทำความผิด ความร้ายแรงของการกระทำความผิด และข้อเท็จจริงของบุคคลนั้น อาทิเช่น พฤติการณ์ในการกระทำความผิด ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาแห่งชีวิตหรือความประพฤติของผู้กระทำความผิดนั้น ผลกระทบต่อ

ครอบครัวและสังคม เพื่อให้การพิจารณาลงโทษหรือกำหนดมาตรการและวิธีการที่เหมาะสมแก่กรณี และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการลงโทษที่สุด

ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... ของประเทศไทย ได้บัญญัติมาตรการเกี่ยวกับการลดอัตราส่วนโทษไว้ใน ภาค 3 บทกำหนดโทษ มาตรา 123-184

สาระสำคัญของภาคนี้ คือ การการปรับปรุงบทลงโทษในคดียาเสพติดให้มีความเหมาะสม ได้สัดส่วนกับระดับความร้ายแรงในการกระทำความผิด รวมถึงปรับปรุงอัตราโทษที่ใช้ในคดียาเสพติดให้มีความสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ที่กำหนดให้การกำหนดโทษทางอาญาจะต้องใช้เฉพาะในกรณีความผิดร้ายแรงเท่านั้น อีกทั้งเป็นการรวบรวมบทกำหนดโทษด้านยาเสพติดที่เดิมกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับรวบรวมเข้ามาไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน

การผ่อนปรนการใช้ประโยชน์ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ในไทยหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในเรื่องยาเสพติดกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ ในร่างฯใหม่นี้ กำหนดไว้ว่า เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาจประกาศกำหนดยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ให้ “เสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพ” หรือ “เสพเพื่อการศึกษาวิจัย”

นอกจากนี้ ยังพูดถึงการนำยาเสพติดให้โทษติดตัว เข้ามา และ ออกไป นอกราชอาณาจักร เพื่อการรักษาโรคเฉพาะตัว กรณียาเสพติดให้โทษ สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษเพื่อการรักษาโรคเฉพาะตัวตามคำสั่งแพทย์ ต้องขออนุญาตต่อเลขาธิการ อ.ย. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะไม่เป็นความผิดฐานนำเข้า/ส่งออก

การนำวัตถุออกฤทธิ์ติดตัว เข้ามาหรือออกไป นอกราชอาณาจักร เพื่อการรักษาโรคเฉพาะตัว กรณีวัตถุออกฤทธิ์

การนำวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 ประเภท 3 ประเภท 4 ติดตัวเข้ามาหรือออกไปนอกราชอาณาจักร

1.ไม่เกินปริมาณที่จำเป็นที่ใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีหนังสือรับรองของแพทย์ ภายใน 30วัน ไม่ต้องขออนุญาต

2.ไม่เกินปริมาณที่จำเป็นที่ใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีหนังสือรับรองของแพทย์ เกินกว่า 30วัน ต้องขออนุญาต

ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะไม่เป็นความผิดฐานนำเข้า/ส่งออก

การผ่อนปรนให้มีการเสพพืชกระท่อมตามวิถีชาวบ้านได้ในบางพื้นที่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจประกาศให้ท้องที่ใดเสพใบกระท่อมได้โดยไม่เป็นความผิด ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ว่า แนวทางในการนำมาตราการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดไปใช้ในทางปฏิบัติมีหลากหลายแนวทาง นอกเหนือไปจากมาตรการต้นทางของกระบวนการ

ยุติธรรม ได้แก่ การจำแนกผู้กระทำความผิดตามระดับการกระทำความผิด การแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเพื่อรองรับการใช้นโยบายลดความรุนแรง หรือการใช้มาตรการไม่ดำเนินคดีผู้เสพหรือผู้ป่วย หรือผู้นำสารเสพติดไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์แล้ว ในปลายทางของกระบวนการยุติธรรมยังสามารถใช้มาตรการทางเลือกเพื่อทดแทนการลงโทษจำคุกได้หลายประการ ได้แก่ มาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน การกำหนดให้มีห้องเสพยาเสพติด หรือนโยบายแจกเข็มฉีดยาผ่านร้านขายยาหรือจุดจำหน่าย ภายใต้การควบคุมของรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบตัวเองในการบำบัดรักษา การออกใบอนุญาตโดยรัฐให้ปลูกพืชเสพติดเพื่อเสพหรือเพื่อค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ และมาตรการลดอัตราส่วนโทษสำหรับผู้เสพเพื่อความเป็นที่

#### (9) การลดอันตรายในเรือนจำ

ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดยังคงเป็นเรื่องสำคัญในหลายประเทศ แม้ความผิดฐานครอบครองยาเสพติดผิดกฎหมายจำนวนเล็กน้อยก็สามารถนำไปสู่โทษจำคุก สัดส่วนของนักโทษจองจำสำหรับความผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีจำนวนมากกว่านักโทษความผิดอื่นในหลายประเทศ<sup>8</sup> องค์กรทางสังคมทั่วทั้งภูมิภาคยังคงดำเนินต่อไปการรณรงค์เพื่อลดความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดส่วนบุคคล ใช้และครอบครอง และทางระบบยุติธรรมทางอาญานำทางไปสู่การบำบัดรักษาและหลีกเลี่ยงการลงโทษจำคุก ส่วนผู้ต้องขังพยายาเสพติดในเรือนจำก็จะต้องได้รับการบำบัด ซึ่งเรือนจำในบางประเทศในยุโรปได้กำหนดมาตรการนำนักโทษออกไปบำบัดนอกเรือนจำเป็นมาตรการที่ได้รับการบัญญัติไว้ในกฎหมายของประเทศเหล่านั้น<sup>9</sup>

ตั้งแต่ปี 2000 ประชากรเรือนจำในโลกเติบโตขึ้นร้อยละ 20 เร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของทั่วไปประชากรของประเทศ (ร้อยละ 18%) ในช่วงเวลานี้ประชากรเรือนจำชายเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ประชากรเรือนจำหญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 แม้จะมีแนวโน้มบางประการเกี่ยวกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม การตอบสนองจากทั่วโลกต่อการกำหนดนโยบายยาเสพติดส่วนใหญ่ยังคงเป็นการเน้นการลงโทษ โดยมีประมาณร้อยละ 83 ของยาเสพติดความผิดที่บันทึกไว้ว่าได้รับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการลงโทษเป็นหลักเพื่อความง่ายต่อการปกครอง และเพื่อการควบคุมกระบวนการค้ายาเสพติดในเรือนจำด้วย<sup>10</sup>

เรือนจำยังคงเป็นตัวแทนของสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการถ่ายทอดการติดเชื้อที่เกิดจากเลือดด้วยเหตุผลหลายประการ เหล่านี้รวมถึงสถานะผู้ต้องขังเกินเรือนจำ (over incarceration) และส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งผู้ต้องขังเหล่านั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ HIV ไวรัสตับอักเสบบี และวัณโรค จากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่การใช้ยาฉีดที่ไม่ปลอดภัย การดูแลสุขภาพไม่เพียงพอและการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้าใน

<sup>8</sup> UNODC (2018) *World Drug Report 2018*. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.

<sup>99</sup> EMCDDA (2018) *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>10</sup> Global Harm Reduction Report 2018, (2019). Harm Reduction International.



เรือนจำ ขนาดและความแออัดยัดเยียดของเรือนจำ การระบายอากาศไม่ดีและการโอนย้ายนักโทษระหว่างเรือนจำ ซึ่งสนับสนุนการแพร่ระบาดของไวรัส และการขาดมาตรการพิเศษทั้งหลายเพื่อการลดอันตรายจากปัญหายาเสพติด<sup>11</sup>

#### 4.5 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการลดอันตรายในยาเสพติด

อุปสรรคข้อขัดข้องในการนำมาตราการลดความรุนแรงคดียาเสพติดมาใช้ สามารถสรุปได้เป็นประเด็นหลักๆ ได้ 4 ประเด็น ได้แก่

1) การประกาศสงครามกับยาเสพติด เนื่องจากมีหลายประเทศที่ประสบปัญหาการระบาดของยาเสพติด เป็นประเทศผู้ผลิต หรือเป็นทางผ่านของกระบวนการค้ายาเสพติดขององค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ หรือมีปริมาณการฟอกเงินจากธุรกิจยาเสพติดผิดกฎหมายในปริมาณมาก ดังนั้น ประเทศที่ประสบปัญหาดังกล่าว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และประเทศไทย จึงประกาศใช้นโยบายทำสงครามกับยาเสพติด และมุ่งเน้นการปราบปรามอาชญากรรม (Crime Control Policy) มากกว่าการลดอันตรายหรือเน้นการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้มีมติให้การยอมรับหลักการของการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดที่กำหนดโดย UNGASS 2016 ทุกประเทศ แต่โอกาสที่จะนำมาตราการดังกล่าวมาใช้และประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วอาจล่าช้าหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2) ความเข้าใจของสังคมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ว่าอาจทำให้กระบวนการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดด้อยประสิทธิภาพลง ทั้งนี้เนื่องจากสังคมแยกไม่ออกระหว่างผู้กระทำความผิดยาเสพติดรายใหญ่ รายย่อย และผู้ป่วยที่ควรต้องได้รับการบำบัด จึงเหมารวมว่า ถ้าเปิดโอกาสให้มีการลดอัตราส่วนโทษของความผิดยาเสพติดเล็กน้อย หรือใช้มาตรการไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดรายย่อยซึ่งเป็นผู้ป่วย อาจเป็นการขัดต่อหลักการลงโทษที่สาสมทำให้เช็ดหลาบ (Retribution Punishment) หรือส่งผลให้สังคมเกิดความเกรงกลัวผลร้ายที่ได้รับจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่น้อยลง หรืออาจเกิดช่องว่างในการกระทำความผิดอย่างอื่นได้อีก วิธีการแก้ไขปัญหานี้ได้แก่การที่แต่ละประเทศจะต้องบัญญัติข้อกำหนดที่ชัดเจน แบ่งแยกการดำเนินคดีระหว่างผู้กระทำความผิดรายใหญ่ ออกจากผู้กระทำความผิดรายย่อย หรือผู้ป่วย ให้สังคมเข้าใจชัดเจนว่ามาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด จะไม่ไปกระทบกับการดำเนินคดีอย่างเต็มที่กับผู้กระทำความผิดรายใหญ่หรือชั้นสูงที่มีอยู่แล้ว แต่จะเปิดโอกาสให้ผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือผู้ป่วยให้มีโอกาสได้รับโทษที่เหมาะสมกับบุคคล (Individualization of Punishment) และให้เขาเหล่านั้นกลับสู่สังคมได้อีกครั้ง

3) การขาดแคลนงบประมาณดำเนินการเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ การจะสร้างกลไกรองรับผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือผู้ป่วย จะต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการที่สูง ทั้งการเตรียมความพร้อมเรื่องการบังคับ บำบัด การคุมประพฤติผู้กระทำความผิด และเตรียมสถานพยาบาลหรือห้องเสพยา ดังปรากฏในประเทศโปรตุเกส ที่

<sup>11</sup> Global Harm Reduction Report 2018, (2019). Harm Reduction International.

แม้จะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการนำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ แต่ผลการศึกษาวิจัยปรากฏว่าโครงการดังกล่าวอาจดำเนินการไปได้ไม่ตลอดรอดฝั่งเนื่องจากขาดงบประมาณ ประเทศที่ประสบปัญหาทำนองเดียวกันนี้ ได้แก่ ประเทศไทย ซึ่งประสบปัญหาการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดโดยเฉพาะด้วย

4) บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ยังไม่เปิดช่องอย่างเต็มที่ให้ทำการวิจัยในสารเสพติด แม้ว่าหลายประเทศที่นำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ ได้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อเปิดโอกาสให้มีการนำสารเสพติดหรือพืชเสพติดบางประเภท ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษที่ต้องลงโทษรุนแรง และแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสให้มีการค้นคว้าวิจัยสารเสพติดหรือพืชเสพติดเพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ดังที่ปรากฏในหลายประเทศในสหภาพยุโรปที่อยู่ในการศึกษาวิจัย และมลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องคำนึงถึงได้แก่ ประเด็นการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาจากผลการการวิจัยสารเสพติดเพื่อการแพทย์ ว่าผู้วิจัยจะได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ด้านสิทธิบัตรยา ได้มากน้อยเพียงใด และสามารถนำทรัพย์สินทางปัญญาที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการผลิตยาได้มากน้อยเพียงใด และประเด็นขอบเขตของสิ่งที่สามารถนำไปค้นคว้าวิจัยได้ กล่าวคือ ถ้าไม่แก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษเพื่อแยกสารเสพติดที่สามารถนำไปวิจัยทางการแพทย์ได้ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ และไม่กำหนดขอบเขตอย่างชัดเจนว่าสิ่งที่จะนำไปวิจัยทางการแพทย์ได้ ได้แก่ พืชเสพติด สารสกัดจากพืชเสพติด หรือวัตถุอย่างอื่น การวิจัยทางการแพทย์เช่นว่านั้นก็ไม่สามารถดำเนินการได้

เมื่อพิจารณาถึงประเทศไทย ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 180/2557 ได้เปิดทางให้มีการนำสารเสพติดมาวิจัยเพื่อการแพทย์ได้ และเรื่องนี้อยู่ในระหว่างการหารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน ป.ป.ส. ยังไม่เกิดความชัดเจนเรื่องขอบเขตของสิ่งที่สามารถนำมาทำวิจัยทางการแพทย์ได้ คงต้องติดตามผลการหารือในเรื่องนี้ของหน่วยงานดังกล่าวต่อไป

จากการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ว่า อุปสรรคของการนำมาตราการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดมาใช้ในแต่ละประเทศ ได้แก่ การประกาศสงครามกับยาเสพติด ที่ทำให้ต้องดำเนินคดียาเสพติดอย่างเต็มที่และมุ่งที่จะนำบุคคลเข้าสู่เรือนจำเป็นหลัก การที่รัฐบาลไม่ประชาสัมพันธ์หลักการที่ถูกต้องและประโยชน์ที่สังคมจะได้รับจากการใช้มาตรการทางเลือกต่างๆ เพื่อลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด และการไม่เปิดช่องทางให้มีการนำสารเสพติดที่อาจนำไปวิจัยทางการแพทย์ได้ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ส่วนเรื่องการขาดงบประมาณดำเนินงานเป็นเรื่องของการบริหาร รัฐบาลควรต้องมีการค้นคว้าวิจัยเรื่องความคุ้มค่าของการจัดสรรงบประมาณในการโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับมาตรการทางเลือกดังกล่าวมาแล้วทั้งหมดให้รอบคอบก่อนที่จะประกาศใช้อย่างเป็นทางการ

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

เมื่อได้ทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 - บทที่ 3 และทำการวิเคราะห์แง่มุมในประเด็นต่าง ๆ ในบทที่ 4 แล้วในบทนี้คณะผู้วิจัยจะทำการสรุปประเด็นทางกฎหมายที่สำคัญของปัญหาการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศไทยและนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะทางกฎหมายต่อไป ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

#### 5.1 สรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ในประเทศภูมิภาคและประเทศต่างๆ ได้แก่ กฎเกณฑ์กลางของสหภาพยุโรป กฎหมายภายในของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ โปรตุเกส และสหรัฐอเมริกา และศึกษาเปรียบเทียบกับมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย ได้ข้อสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

##### 5.1.1 ความหมายของการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด

เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบทางทฤษฎีอาญาที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด (Harm Reduction) พบว่าประกอบไปด้วยแนวคิดทฤษฎีทางอาญาที่เกี่ยวข้องอีกหลายเรื่อง ได้แก่ การไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) การเปิดเสรียาเสพติด (Drug Liberalization) การทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมาย (Drug Legalization) และ การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด (Harm Minimization)

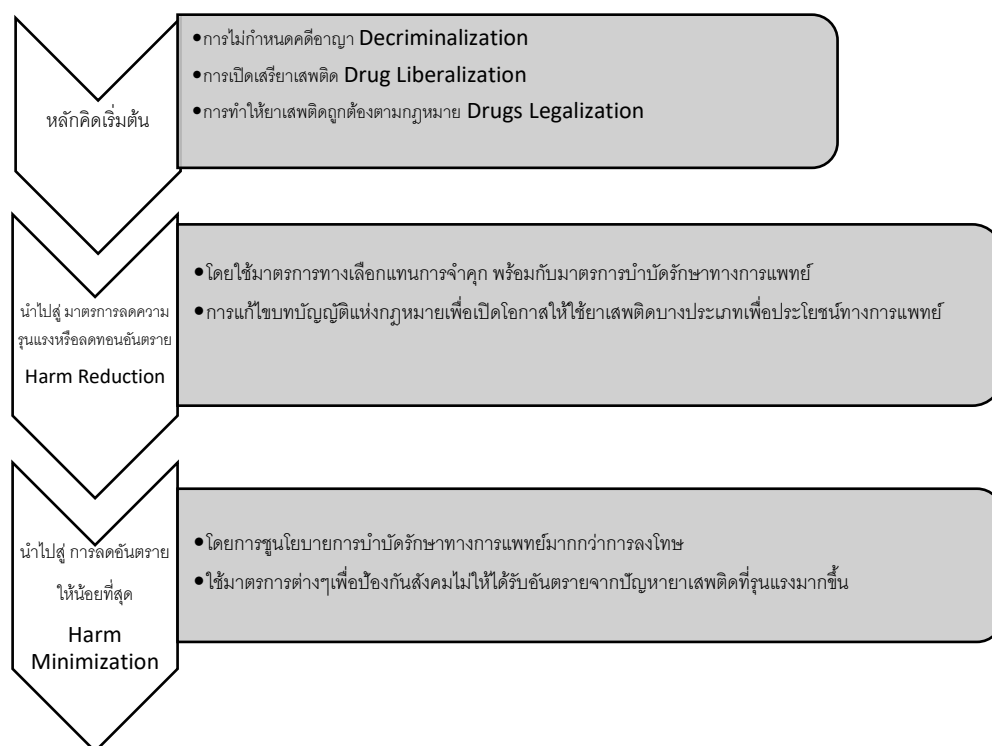
1. การลดความรุนแรงหรือลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction on Narcotic Drugs) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความเป็นอาชญากรรมของการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เล็กน้อย เพื่อลดการใช้มาตรการบังคับโทษ รวมถึงหันไปใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุก เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในคดียาเสพติดให้ไม่ต้องจองจำ เข้าถึงมาตรการบำบัดรักษา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

2. การไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หมายถึง การที่จะไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ หรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ยาเสพติด เหยวยาเสพติดเพื่อความบันเทิงในบางประเทศในยุโรป การครอบครองยาเสพติดบางประเภทที่ไม่มีความร้ายแรงหรือสามารถใช้ในทางการแพทย์ได้ในปริมาณไม่เกินที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการนำยาเสพติดไปใช้ประโยชน์ค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ การกระทำเหล่านี้ไม่ให้ถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาหรือความผิดทางปกครองเกี่ยวกับยาเสพติด

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

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

5. การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด (Harm Minimization) หมายถึง แนวนโยบายการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดให้น้อยที่สุด เป็นการผันคดียาเสพติดระดับเล็กออกมาจากความผิดจากเสพติดระดับสูง โดยใช้มาตรการทางสาธารณสุขเป็นตัวหลัก เพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวยังถือว่าการครอบครองยาเสพติดทุกประเภทก็ยังคงเป็นความผิดที่ต้องดำเนินคดีอยู่ แต่ได้นำเสนอมาตรการคู่ขนานเพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยเป็นหลัก **แผนภาพ** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทฤษฎีทางอาญาต่างๆ ที่จะนำไปสู่การลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด



จากแผนภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าก่อนที่จะแต่ละประเทศจะนำหลักการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้อย่างประสบความสำเร็จนั้น จะต้องเกิดจากแนวคิดนโยบายทางอาญาสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การไม่กำหนดคดีอาญา (Decriminalization) ได้แก่ การแสวงหาเหตุผลในการไม่ดำเนินคดีอาญากับการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษา, การเปิดเสรียาเสพติด (Drug Liberalization) ได้แก่ แนวคิดในการให้ประชาชนสามารถใช้ยาเสพติดได้อย่างเสรีมากขึ้นโดยลดทอนความเป็นอาชญากรรมและมาตรการดำเนินคดี และการทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย

(Drug Legalization) ซึ่งได้แก่ การบัญญัติกฎหมายภายในประเทศเพื่อรับรองการใช้ยาเสพติดประเภทนั้นๆว่าถูกต้องตามกฎหมาย เมื่อพิจารณาถึงการนำแนวทางนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ในประเทศส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษารวมทั้งประเทศไทย เห็นว่าแนวคอกเกี่ยวกับการเปิดเสรีเสพติด และการทำให้ยาเสพติดทุกประเภทถูกกฎหมาย มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการนำนโยบายทั้งสามประการนี้ ไปดำเนินการจัดทำมาตรการลดความรุนแรงหรือลดทอนอันตรายจากคดียาเสพติด ได้ดำเนินแยกแยะผู้กระทำความผิดระดับเล็กของจากผู้กระทำความผิดระดับสูง กล่าวคือ ผู้นำเข้า ผลิต ครอบครองเพื่อจำหน่ายอย่างชัดเจน และมีกฎหมายบัญญัติให้ผู้กระทำความผิดระดับเล็กน้อยเหล่านั้น สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้หลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นให้เข้ารับการบำบัดด้วยเมธาโดน มอร์ฟิน เฮโรอีน หรือใช้บริการห้องบริโภคนยาเสพติด ส่วนประเทศในสหภาพยุโรปอย่าง สวิตเซอร์แลนด์ โปรตุเกสและเยอรมนี แม้ประเทศเหล่านี้จะยังคงกำหนดให้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อร่างกายน้อยหรือพืชเสพติด การครอบครองยังเป็นความผิดตามกฎหมายยาเสพติดอยู่ แต่ประเทศเหล่านี้ได้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับจำนวนขั้นต่ำซึ่งผู้นั้นสามารถครอบครองยาได้เพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การจำหน่าย การเข้าร่วมองค์กรอาชญากรรมหรือการค้ามนุษย์ และมีมาตรการรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดอย่างเป็นระบบและหลากหลาย ซึ่งโปรตุเกสถือได้ว่าเป็นต้นแบบของการนำหลักการไม่กำหนดความผิดอาญา (De-criminalization) มาใช้เป็นประเทศแรกๆ

ส่วนแนวคิดเรื่องเปิดเสรียาเสพติด ได้แก่ การลดทอนความเป็นอาชญากรรมสำหรับการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการ ให้ออกจากขอบเขตของการกระทำความผิดตามกฎหมายอาญา หรือการลดหรือการผ่อนคลายการลงโทษทางอาญาที่กฎหมายกำหนดไว้ แนวทางปฏิบัติได้แก่ การไม่กำหนดโทษจำคุก หรือลดโทษจำคุกให้น้อยลง ในขณะที่ยังถือว่าการกระทำเช่นนั้นยังคงเป็นความผิดทางอาญา ส่วนคำว่า ทำให้ถูกกฎหมาย หมายถึงการกำจัดความผิดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับยาออกจากกฎหมายอาญา ออกจากพฤติกรรมการกระทำความผิดที่เป็นการใช้การครอบครองจำนวนน้อยเพื่อบริโภคส่วนตัว หรือการเพาะปลูกภายใต้การอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น ฯลฯ

ดังนั้น คำว่า การลดความรุนแรงหรือลดอันตราย (Harm Reduction) จึงมีความแตกต่างจากคำว่า การไม่กำหนดคดีอาญา (Decriminalization) การเปิดเสรียาเสพติด (Drug Liberalization) และการทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (Drug Legalization) ประกอบกัน แต่แนวคิดเช่นว่านั้นไม่ได้หมายความว่าความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเล็กน้อยไม่เป็นความผิดอาญาเสียเลย แต่กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อเป็นมาตรการทางเลือกแทนการจำคุกและปรับในระดับสูง เพื่อให้ผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ใช้ยาหรือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ การกำหนดปริมาณการครอบครองยาเสพติดขั้นต่ำต่ำกว่ากฎหมายกำหนดว่าไม่เป็นความผิด หรือการอนุญาตให้ปลูกและเสพกัญชากายใต้การควบคุม หรือนำไปใช้ประโยชน์ในการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์จะไม่มีผิดเลย ส่วนคำว่า Harm Minimization หรือการลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด เป็นผลสุดท้ายจากความสำเร็จในการใช้นโยบายลดความรุนแรงหรือลดทอนอันตรายในคดียาเสพติด โดยการชูนโยบายมาตรการทางสาธารณสุขเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือผู้ต้องพึ่งพายาเสพติดนำหน้า

มาตรการทางเลือกในทางอาญา โดยการดำเนินคดียาเสพติดทุกระดับก็กระทำอย่างเต็มที่ คู่ขนานไปกับ มาตรการบำบัดรักษาทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดนั่นเอง

5.1.2 ผลการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม

ประเภทต่างๆ ของมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ที่มีใช้ในทั่วโลก โดยสรุปสามารถจำแนกได้ โดยสรุปดังต่อไปนี้

- (1) การจำแนกตัวยา หรือ การจัดประเภทของสารเสพติด
- (2) การจำแนกผู้กระทำความผิด
- (3) มาตรการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล และห้องบริโภคนยาเสพติด (Drugs Consumption Room) หรือห้องแจกยา (Syringe Dispenser)
- (5) การดำเนินการแจกเข็มฉีดยา (Needle Supply Program (NSP))
- (6) การออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติด
- (7) การไม่กำหนดความผิดและโทษทางอาญา (De-Criminalization and Penalization)
- (9) การลดอันตรายในเรือนจำ

จากการติดตามประเมินผลการนำนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ของแต่ละประเทศที่ ทำการศึกษา ผลปรากฏการนำนโยบายดังกล่าวไปจัดทำเป็นมาตรการทางกฎหมายและโครงการต่างๆ อย่าง เป็นรูปธรรม ดังต่อไปนี้

ตารางแสดงการนำหลักการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไปใช้กำหนดนโยบายและการปฏิบัติการต่างๆ ของประเทศที่ทำการศึกษา

ประเทศ	กำหนดการ ลดความรุนแรงใน แผนพัฒนา แห่งชาติ	มีการแจก เข็มฉีดยา	มีการบำบัด โดยฝิ่น	มีห้อง บริโภคนยา เสพติด อย่างน้อย 1 ห้อง	มีการบำบัด โดย Naloxone	มีการบำบัด ด้วยฝิ่นใน เรือนจำ	มีห้อง บริโภคนยาใน เรือนจำ
เยอรมนี	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
ฝรั่งเศส	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
สวิตเซอร์แลนด์	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
โปรตุเกส	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗
สหรัฐอเมริกา	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗
ไทย	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗

ที่มา : Global State of Harm Reduction 2018

จากตารางนี้แสดงให้เห็นถึงระดับของการนำมาตรการที่สนับสนุนหลักการลดความรุนแรงในการ บังคับคดียาเสพติดมาใช้ในแต่ละประเทศที่ทำการศึกษา ซึ่งมีตั้งแต่นำมาใช้ในระดับสูง เริ่มตั้งแต่การประกาศ

เป็นนโยบายหรือยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จนถึงมาตรการทางเลือกทางสาธารณสุขเพื่อบำบัดรักษาทุกวิธีการ จากการประเมินผลโดย Harm Reduction International สรุปแต่ละระดับต่างๆ ของการนำหลักการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไปใช้ดังต่อไปนี้

1. กำหนดการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ในแผนพัฒนาชาติ กล่าวคือ ประเทศทุกประเทศที่ทำการศึกษามีการประกาศรองรับแนวทางการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ของ Commission on Narcotic Drugs (CND) ของสหประชาชาติ และประกาศไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์แห่งชาติ หรือนโยบายหลักของประเทศในการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

นอกจากนั้น ควรคำนึงถึงการจัดประเภทของยาเสพติด ให้แยกออกจากกันระหว่างยาเสพติดระดับสูงหรือยาเสพติดหนัก (Hard Drugs) ยาเสพติดระดับเล็กหรือยาเสพติดเบา (Soft Drugs) ทั้งนี้เนื่องจากจากการศึกษาปรากฏว่ากฎหมายของประเทศในภูมิภาคยุโรป ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้มีนโยบายในการใช้มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็ก (Soft Drugs Offender) เพื่อลดอัตราส่วนโทษ Harm Reduction และหันไปใช้มาตรการบังคับโทษทางเลือกนอกจากจำคุก เช่น ฟื้นฟูบำบัดรักษา คุมประพฤติ ฝึกอบรม พักการลงโทษ หรือโทษอื่น ๆ ทำนองเดียวกัน เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ ให้เหลือเฉพาะผู้กระทำความผิดโทษหนัก (Hard Drugs Offender) เท่านั้น

2. มีการแจกเข็มฉีดยาในแผนปฏิบัติการ (Needle Supply Program (NSPs)) เมื่อพิจารณาจากรายงานของ Harm Reduction International ฉบับนี้ ทุกประเทศมีนโยบายในการแจกเข็มฉีดยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด หลายประเทศในสหภาพยุโรปกำหนดให้การแจกเข็มฉีดยาเป็นนโยบายมาตรฐานที่สามารถกระทำตามกฎหมายได้ในที่สาธารณะ กล่าวคือ สามารถจำหน่ายหรือแจกได้ตามสถานพยาบาล ร้านขายยา ห้องบริโภคนยาเสพติด และแม้แต่การจ่ายเข็มผ่านตู้หยอดเหรียญสาธารณะ แต่บางประเทศกำหนดในการจ่ายเข็มฉีดยาเฉพาะในสถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติดที่ผ่านกระบวนการผันคัตออกจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion) หรือผู้ต้องถูกคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น ประเทศเหล่านี้ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และ ไทย

3. มีการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทน Opioid (Opioid Substitution Treatment (OST))

การบำบัดรักษาด้วยสารทดแทน Opioid (OST) สำหรับประเทศในสภายุโรป ได้รับการบัญญัติให้เป็นมาตรการทางเลือกแทนการจำคุก ที่ศาลในประเทศเหล่านั้นสามารถพิจารณาให้ผู้ที่ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติดในการบำบัด ให้ได้รับการบำบัดรักษาทันทีในสถานพยาบาล โดยไม่ต้องโทษจำคุกหรือปรับ สำหรับประเทศไทย ปรากฏในรายงานฉบับดังกล่าว มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่น นั้นหมายถึง เมื่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดได้รับคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัด ตามแนวทางของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแล้ว เจ้าเหล่านั้นก็จะได้รับการบำบัดโดยการให้ฝิ่นหรือสารเสพติดเทียบเท่า ในสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาบำบัดนั่นเอง

4. มีการจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติด (Drug Consumption Room (DCRs)) อย่างน้อย 1 ห้อง ประเทศในสหภาพยุโรปที่ทำการศึกษากว่าทุกประเทศ มีการบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าให้มีห้องบริโภคนยาเสพติด

ภายใต้การควบคุมดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ หรือภาคเอกชนที่ได้รับการมอบหมาย โดยผู้ที่จะมาใช้บริการห้องเสพยาเสพติด จะต้องเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด ที่ได้ทำการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐ หรือบางประเทศอาจขยายความไปถึงประชาชนทั่วไปที่ต้องการเสพยาเสพติดที่เป็นอันตรายน้อย เช่น กัญชา ให้สามารถเข้าถึงห้องบริโภคนยาเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกา โปรตุเกส และไทย จากรายงานไม่พบว่ามีการจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติดตามกฎหมาย

5. มีการแจกยาสูดดม Naloxone เพื่อการบำบัด จากรายงานฉบับนี้มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าให้สามารถใช้สารสูดดม Naloxone ในกระบวนการบำบัดรักษาได้ เช่น สหรัฐอเมริกา และบางกรณียังมีการแจกสารดังกล่าวให้ไปสูดดมที่บ้านเพื่อหวังผลเพื่อลดอันตรายจากการใช้สาร opioid เกินขนาด ส่วนประเทศอื่นมิได้บัญญัติรับรองการรักษาแบบดังกล่าว อาจเป็นเพราะไม่มีการปลูกหรือผลิตสาร Naloxone ในภูมิภาคหรือประเทศดังกล่าวก็ได้

6. มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่นในเรือนจำ นโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นในประเทศที่มีการประกาศให้มีการบำบัดรักษาตามกฎหมายด้วยฝิ่นได้ และใช้การแจกเข็มฉีดยาตามกฎหมาย (NSPs) ได้อยู่แล้ว กล่าวคือ มีเรือนจำของประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดในเรือนจำจำนวนมาก จึงได้จัดให้มีนโยบายแจกเข็มฉีดยาในเรือนจำ เพื่อลดปัญหาเสพยาเสพติดในเรือนจำได้ทางหนึ่ง ซึ่งทุกประเทศที่ทำการศึกษายกเว้น ประเทศไทย จัดให้มีกระบวนการแจกเข็มฉีดยาในเรือนจำ ทั้งนี้ที่ประเทศไทยไม่มีการแจกเข็มฉีดยาดังกล่าวอาจเป็นเพราะปัญหาเรื่องสารเสพติดในบรรจุภัณฑ์เข็มฉีดยาที่แจกนั้นจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษระดับต้นๆ เช่น ฝิ่น โคเคน หรือแม้แต่กัญชาในประเทศไทยก็ยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 และความกังวลในปัญหากระบวนการค้ายาเสพติดในเรือนจำที่อาจเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดประเด็นข้อโต้แย้งทางกฎหมายจึงไม่แจกเข็มฉีดยาในเรือนจำในที่สุด

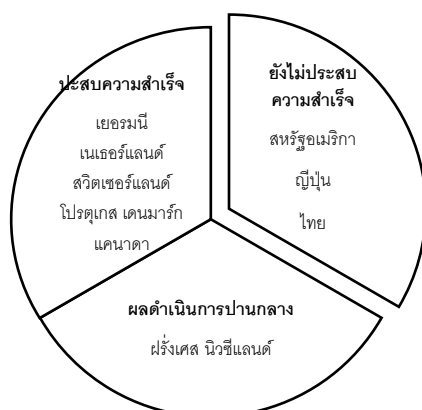
7. มีห้องบริโภคนยาเสพติดในเรือนจำ จากรายงานฉบับนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่จัดให้มีห้องบริโภคนยาเสพติด (DCRs) ในเรือนจำ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและสวิตเซอร์แลนด์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอุปสรรคในเรื่องประเภทของยาเสพติดหรือสารเสพติดที่ใช้บำบัดในห้องบริโภคนยาเสพติดว่าจะเสี่ยงต่อการเข้าไปส่งเสริมการบริโภคนยาเสพติดของนักโทษในเรือนจำให้มากขึ้นหรือไม่



5.1.3 ประเมินประสิทธิภาพของการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด จากประเทศที่ทำการศึกษา

ส่วนในเรื่องประสิทธิภาพของการนำมาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ สามารถแบ่งระดับของประสิทธิภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

**แผนภาพ** แสดงกลุ่มประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด



(1) ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ได้แก่ ประเทศที่ได้กำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ไว้อย่างชัดเจน ละปฏิบัติให้เป็นผลสัมฤทธิ์ได้ ประเทศดังกล่าวได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

(2) ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดความรุนแรงระดับปานกลาง ได้แก่ ประเทศในกลุ่มนี้ปรากฏการกำหนดนโยบายลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด ผ่านแผนยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดของประเทศ และมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาไม่พบข้อมูลที่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนว่าการนำมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดประสบความสำเร็จในระดับสูงเช่นเดียวกับประเทศในกลุ่มแรก ได้แก่ สาธารณรัฐฝรั่งเศส

(3) ประเทศที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด

ประเทศในกลุ่มนี้ไม่ได้ระบุแนวนโยบายทางกฎหมายและบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่รองรับมาตรการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดไว้โดยตรง ประเทศในกลุ่มนี้ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และประเทศไทย ประเทศเหล่านี้มักดำเนินนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศ หลักคือ การประกาศสงครามกับยาเสพติด หรือเน้นการปราบปรามคดียาเสพติดเป็นหลักและจำนวนผู้ต้องขังคดียาเสพติดมีอยู่เป็นจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทย มีการประกาศ คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 และกำลังจะมีการประกาศใช้ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... ซึ่งได้แก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีอยู่เดิม ให้จำแนกประเภทของผู้กระทำความผิดระหว่างผู้เสพ ผู้ป่วย กับผู้จำหน่ายอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญมากขึ้นในกระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งการเปิดช่องทางให้สามารถทำการค้นคว้าวิจัยสารเสพติดที่อาจนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ดังนั้นจึงถือได้ว่าประเทศไทยอยู่ในระหว่างการเริ่มต้นนำ

นโยบายการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง จึงยังไม่สามารถประเมินได้ในขณะนี้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการใช้นโยบายลดความรุนแรงในคดีหรือไม่ ต้องรอให้มีการบังคับร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ..... ไปสักระยะหนึ่งก่อน จึงจะได้มีการนำผลการปฏิบัติงานมาประเมินประสิทธิภาพของมาตรการต่อไป

#### 5.1.4 แนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด

การจะพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อตอบสนองนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด จะต้องเป็นไปตามหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) การกำหนดประเภทของยาเสพติดต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การกำหนดว่าสารหรือสิ่งใดเป็นยาเสพติดหรือไม่ จัดอยู่ในประเภทใดต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ เนื่องจากสารเสพติดมีความเปลี่ยนแปลงในด้านความรุนแรงหรืออันตรายที่มากขึ้นหรือลดลงได้ และต้องมีการแบ่งประเภทโดยพิจารณาว่าสารที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติใดบ้างที่ควรกำหนดให้เป็นประเภทใดตามตามกฎหมายโดยพิจารณาความร้ายแรงของสารเสพติดที่มีต่อร่างกายและผลกระทบต่อสังคม ดังนี้

1) ต้องพิจารณาจากข้อมูลและการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เป็นสำคัญ รวมถึงการคำนึงถึงเจตนารมณ์ในการป้องกันอันตรายต่อสังคมอันเป็นหลักการตามหลักกฎหมายอาญาด้วย

2) ต้องพิจารณาถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นเป็นลำดับ โดยพิจารณาประกอบดังนี้

1. พิจารณาความรุนแรงที่จะเกิดต่อสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเริ่มจากสารที่มีความเสี่ยงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์เพื่อบำบัดรักษาโรค สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคพอสมควร จนถึงสารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่มากและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคเป็นอย่างดี

2. การให้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม เป็นสิ่งที่มนุษย์ผลิตขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันการนำสารระเหยไปใช้ในทางที่ผิด

3. กรณีที่เป็นพืชเสพติดอาจจะพิจารณาถึงลักษณะที่มีสารออกฤทธิ์ต่อร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้มีความต้องการเสพติดได้ โดยจะต้องแยกมาตรการควบคุมระหว่างพืชเสพติดที่มีประโยชน์และพืชเสพติดที่มีโทษอย่างชัดเจน ทั้งจำนวนและปริมาณการใช้ด้วย

(2) การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด/สารเสพติด และการบังคับโทษต้องมีความชัดเจน

การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ต้องมีการกำหนดขอบเขตที่แน่นอนชัดเจนถึงการกระทำอันมีลักษณะที่แตกต่างกันเพื่อให้มีความชัดเจนในการลงโทษ เพื่อให้สามารถนำตัวผู้กระทำความผิดที่แท้จริงมาลงโทษได้ รวมทั้ง เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกกล่าวหาที่ไม่ได้มีเจตนาในการกระทำความผิดแต่อย่างใด

อนึ่ง ควรพิจารณาทบทวนแก้ไขบทนิยามคำว่า “ผลิต” “จำหน่าย” “นำเข้า” “ส่งออก” “เสพ” “ครอบครอง” ต้องมีความหมายที่ชัดเจนว่ามุ่งหมายเพื่อดำเนินการกับกลุ่มที่มีการกระทำเกี่ยวกับ ยาเสพติด เพื่อผลประโยชน์ทางทรัพย์สิน ส่วนที่เป็น ผู้เสพ ทั้งที่เสพเป็นครั้งคราวแต่ไม่ถึงขั้นเป็นผู้พึ่งพิงยาหรือติด

ยา หรือผู้ติดยาเสพติด ต้องถือว่าเป็นผู้ป่วยตามหลักการทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดโดยไม่ถือว่าเป็นผู้เสพเป็นอาชญากร การกำหนดให้มีโทษทางอาญาโดยเฉพาะการมีโทษจำคุกจึงเป็นการกำหนดโทษที่ไม่เหมาะสมและได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและสาธารณสุขเป็นสำคัญ การนำบทลงโทษทางอาญาไม่สามารถแก้ไขพฤติกรรมการเสพหรือติดยาเสพติดได้ จะมีการพิจารณานำมาตรการบำบัดรักษาทางการแพทย์ และมาตรการทางเลือกอื่นๆ ที่เหมาะสมและได้สัดส่วนแทนการลงโทษทางอาญา

นอกจากนั้น ควรกำหนดปริมาณการครอบครองยาเสพติดหรือสารเสพติดแต่ละประเภทที่อาจสันนิษฐานได้ตามกฎหมายว่าไม่เกี่ยวข้องของการค้ายาเสพติดหรือการค้ามนุษย์ แต่เป็นเพียงการใช้ส่วนตัวเพื่อเสพหรือบำบัดรักษาทางการแพทย์ ให้ความชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าปัจจุบัน กำหนดไว้ใช้ชัดเจนว่ายาเสพติดแต่ละประเภทปริมาณการครอบครองที่ถือว่าไม่ใช่เป็นการครอบครองเพื่อจำหน่ายจะต้องมีปริมาณเท่าใด จะได้ไม่เกิดความสับสนในการคัดกรองบุคคลเพื่อการดำเนินคดีหรือการเลือกใช้มาตรการทางเลือก

(3) การดำเนินคดียาเสพติด มีการกำหนดอำนาจให้เจ้าหน้าที่รัฐมีมากกว่าที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งอำนาจดังกล่าวมีผลกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนจึงต้องมีการพิจารณาถึงการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการควบคุมตัวผู้ถูกจับในคดียาเสพติดในสถานที่ที่ไม่เปิดเผยไว้เพื่อทำการสอบสวนได้ไม่เกิน 3 วัน ก่อนส่งตัวไปยังพนักงานสอบสวน เป็นการละเมิดสิทธิของประชาชนและเกินกว่าที่กำหนดไว้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 84 และมาตรา 87 ที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจควบคุมตัวผู้ต้องหาในคดีอาญาไว้ได้ไม่เกิน 48 ชั่วโมง

นอกจากนั้น มาตรการพิเศษในการดำเนินการทั้งการเข้าถึงข้อมูลการสื่อสารของผู้ต้องสงสัย การอำพรางตัวเป็นสายลับ และการล่อซื้อยาเสพติด เป็นการกระทำการได้นอกเหนือจากที่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญากำหนดไว้ การใช้อำนาจดังกล่าวเป็นการรุกรานสิทธิเสรีภาพของบุคคล ซึ่งในปัจจุบันมีกฎหมายว่าด้วยการสอบสวนคดีพิเศษ กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ และกฎหมายเกี่ยวกับการฟอกเงินบังคับใช้อยู่แล้วด้วย จึงไม่จำเป็นที่จะต้องกำหนดอำนาจพิเศษให้เจ้าหน้าที่ไว้ในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดอีก

(4) การลงโทษที่ได้สัดส่วนและการใช้มาตรการบังคับทางอาญาที่เหมาะสมกับบุคคล (Individualization of Punishment) การกำหนดโทษและมาตรการบังคับทางอาญาต้องพิจารณาทั้งวิธีการกำหนดความหนักเบาและการบังคับใช้มาตรการบังคับทางอาญา ประกอบกับต้องพิจารณาร่วมกับข้อมูลที่เจ้าพนักงานรวบรวมเสนอต่อศาลทั้งข้อเท็จจริงของพฤติกรรมในการกระทำความผิด ความร้ายแรงของการกระทำความผิด และข้อเท็จจริงของบุคคลนั้น อาทิเช่น พฤติการณ์ในการกระทำความผิด ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาแห่งชีวิตหรือความประพฤติของผู้กระทำความผิดนั้น ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เพื่อให้การพิจารณาลงโทษหรือกำหนดมาตรการและวิธีการที่เหมาะสมแก่กรณี และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการลงโทษที่สุด

### 5.1.5 อุปสรรคในใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด

ผลการศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ ปรากฏว่าแต่ละประเทศที่ทำการศึกษาล้วนมีการรับทราบถึงนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นอย่างดี เพียงแต่มีผลการประเมินประสิทธิภาพการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ที่แตกต่างกัน โดยมีสาเหตุมาจากเหตุปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การประกาศสงครามกับยาเสพติด เนื่องจากมีหลายประเทศที่ประสบปัญหาการระบาดของยาเสพติด เป็นประเทศผู้ผลิต หรือเป็นทางผ่านของกระบวนการค้ายาเสพติดขององค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ หรือมีปริมาณการฟอกเงินจากธุรกิจยาเสพติดผิดกฎหมายในปริมาณมาก ดังนั้น ประเทศที่ประสบปัญหาดังกล่าว เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศไทย จึงประกาศใช้นโยบายทำสงครามกับยาเสพติด และมุ่งเน้นการปราบปรามอาชญากรรม (Crime Control Policy) มากกว่าการลดความรุนแรงหรือเน้นการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้มีกรอบนโยบายที่กำหนดโดย UNGASS 2016 ทุกประเทศ แต่โอกาสที่จะนำมาตราการดังกล่าวมาใช้และประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วอาจล่าช้าหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2) ความเข้าใจของสังคมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ว่าอาจทำให้กระบวนการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดด้อยประสิทธิภาพลง ทั้งนี้เนื่องจากสังคมแยกไม่ออกระหว่างผู้กระทำความผิดยาเสพติดรายใหญ่ รายย่อย และผู้ป่วยที่ควรต้องได้รับการบำบัด จึงเหมารวมว่า ถ้าเปิดโอกาสให้มีการลดอัตราส่วนโทษของความผิดยาเสพติดเล็กน้อย หรือใช้มาตรการไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดรายย่อยซึ่งเป็นผู้ป่วย อาจเป็นการขัดต่อหลักการลงโทษที่สาสมเช็ดหลาย (Retribution Punishment) หรือส่งผลให้สังคมเกิดความเกรงกลัวผลร้ายที่ได้รับจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่น้อยลง หรืออาจเกิดช่องว่างในการกระทำความผิดอย่างอื่นได้อีก วิธีการแก้ไขปัญหานี้ได้แก่การที่แต่ละประเทศจะต้องบัญญัติข้อกำหนดที่ชัดเจน แบ่งแยกการดำเนินคดีระหว่างผู้กระทำความผิดรายใหญ่ ออกจากผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือผู้ป่วย ให้สังคมเข้าใจชัดเจนว่ามาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด จะไม่ไปกระทบกับการดำเนินคดีอย่างเต็มที่กับผู้กระทำความผิดรายใหญ่หรือชั้นสูงที่มีอยู่แล้ว แต่จะเปิดโอกาสให้ผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือผู้ป่วยให้มีโอกาสได้รับโทษที่เหมาะสมกับบุคคล (Individualization of Punishment) และให้เขาเหล่านั้นกลับสู่สังคมได้อีกครั้ง

3) การขาดแคลนงบประมาณดำเนินการเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ การจะสร้างกลไกรองรับผู้กระทำความผิดรายย่อยหรือผู้ป่วย จะต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการที่สูง ทั้งการเตรียมความพร้อมเรื่องการรักษา บังคับบำบัด การคุมประพฤติผู้กระทำความผิด และเตรียมสถานพยาบาลหรือห้องเสพยา ดังปรากฏในประเทศโปรตุเกส ที่แม้จะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการนำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ แต่ผลการศึกษาวิจัยปรากฏว่าโครงการดังกล่าวอาจดำเนินการไปได้ไม่ตลอดรอดฝั่งเนื่องจากขาดงบประมาณ ประเทศที่ประสบปัญหาทำนองเดียวกันนี้ได้แก่ ประเทศไทย ซึ่งประสบปัญหาการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดโดยเฉพาะด้วย

4) บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ยังไม่เปิดช่องอย่างเต็มที่ให้ทำการวิจัยในสารเสพติด แม้ว่าหลายประเทศที่นำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ ได้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อเปิดโอกาสให้มีการนำสารเสพติด

หรือพืชเสพติดบางประเภท ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษที่ต้องลงโทษรุนแรง และแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสให้มีการค้นคว้าวิจัยสารเสพติดหรือพืชเสพติดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ดังที่ปรากฏในหลายประเทศในสหภาพยุโรปที่อยู่ในการศึกษาวิจัย และมลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องคำนึงถึงได้แก่ ประเด็นการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาจากผลการการวิจัยสารเสพติดเพื่อการแพทย์ ว่าผู้วิจัยจะได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ด้านสิทธิบัตรยา ได้มากน้อยเพียงใด และสามารถนำทรัพย์สินทางปัญญาที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการผลิตยาได้มากน้อยเพียงใด และประเด็นขอบเขตของสิ่งที่สามารถนำไปค้นคว้าวิจัยได้ กล่าวคือ ถ้าไม่แก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษเพื่อแยกสารเสพติดที่สามารถนำไปวิจัยทางการแพทย์ได้ออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ และไม่กำหนดขอบเขตอย่างชัดเจนว่า สิ่งที่จะนำไปวิจัยทางการแพทย์ได้ ได้แก่ พืชเสพติด สารสกัดจากพืชเสพติด หรือวัตถุอย่างอื่น การวิจัยทางการแพทย์เช่นว่านั้นก็จะเป็นการดำเนินการไม่ได้

#### 5.1.6 แนวทางในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ในประเทศไทย

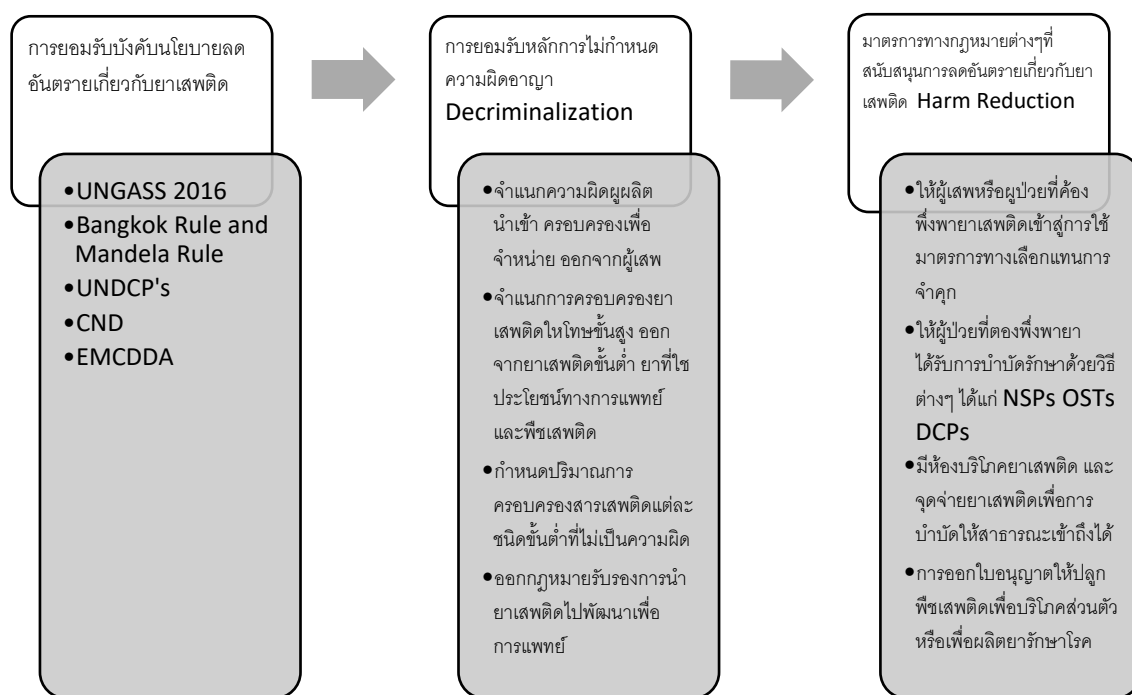
ตลอดระยะเวลาไม่น้อยกว่า 25 ปีที่ประเทศไทยและประเทศภาคีสัญญาสหประชาชาติได้รับอิทธิพลจากแนวคิดและหลักการกำหนดให้ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นความผิดทางอาญา (Criminalization) โดยการนำมากำหนดเป็นนโยบายและกฎหมายภายในประเทศ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาดังกล่าว มิได้ทำให้ปัญหาเสพติดลดระดับความรุนแรงลงแต่อย่างใด การแพร่ระบาดของยาเสพติดและการลักลอบค้ายาเสพติดยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผลจากหลักการที่กำหนดให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นความผิดทางอาญา (Criminal Offenses) และจะต้องถูกลงโทษทางอาญา (Criminal Punishment) โดยไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญอย่างแท้จริงกับหลักการด้านสิทธิมนุษยชน (Principle on Human Rights) อันเป็นหลักการขั้นพื้นฐานสำหรับมนุษย์ทุกคนรวมถึงผู้กระทำความผิดควรจะได้รับปฏิบัติที่เหมาะสมและแตกต่างกันเป็นรายบุคคล (Individualization of Punishment)

สำหรับในปัจจุบันประเทศไทยมีบทบัญญัติของกฎหมายที่สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกและอาจส่งผลให้ผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดไม่ต้องถูกคุมขังหรือถูกลงโทษจำคุก ได้แก่ มาตรการอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น วิธีการเพื่อความปลอดภัย และวิธีการรอกการลงโทษตามประมวลกฎหมายอาญา การให้ขังผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ในสถานที่อื่นนอกเหนือจากเรือนจำ ในระหว่างการสอบสวนหรือการพิจารณาในชั้นศาล และการให้จำคุกผู้ซึ่งต้องจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุดไว้ในสถานที่อื่นนอกเหนือจากเรือนจำหรือการจำคุกโดยวิธีการอื่นๆ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพียงแต่หากได้มีการนำมาตราทางกฎหมายที่มีอยู่ดังกล่าวมาทบทวนหรือปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมลดข้อจำกัดที่มีอยู่บางประการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ก็สามารถนำไปสู่การใช้มาตรการทางเลือกแทนการคุมขังในเรือนจำได้จริงภายใต้บทบัญญัติของกฎหมายที่มีอยู่ บุคลากรในกระบวนการยุติธรรมทุกขั้นตอนจะต้องให้ความสำคัญต่อการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ ความเป็นมา ความประพฤติ สถิติปัญหา สุขภาพ นิสัย อาชีพ สภาพแวดล้อม ข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับผู้ต้องหา หรือจำเลยโดยละเอียด ตั้งแต่ ชั้นสอบสวน เพื่อเสนอให้พนักงานอัยการและศาลได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการใช้มาตรการทางเลือกแทนการคุมขังในเรือนจำและเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาวินิจฉัยของศาลในการใช้มาตรการทางเลือก แทนการคุมขังสำหรับผู้หญิงที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสนับสนุนการ

ดำเนินงานตามมติการใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ของสหประชาชาติจากการประชุม UNGASS 2016 กฎมันเดล่า (Mandela Rule) กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อนักโทษหรือผู้ถูกควบคุมตัวโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rule) ว่าด้วยมาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง และอนุสัญญาสหประชาชาติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

นอกเหนือจากมาตรการทางกฎหมายที่กล่าวมาแล้วหากจะมีการทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการทางกฎหมายให้สามารถนำเอามาตรการใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีลักษณะเป็นความผิดเล็กน้อย เช่น ความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้เสพสำหรับตนเอง หรือผู้ติดยาเสพติดรุนแรงที่มีได้ส่งผลกระทบต่อหรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากำหนดให้เป็นการไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หรือการลดความรุนแรงหรือลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการให้เบี่ยงเบนคดีออกจากกระบวนการยุติธรรมทางเลือก (Diversion) หรือการพิจารณานำเหตุบรรเทาโทษจากการที่ไม่เคยมีประวัติอาชญากรรม ลักษณะของการกระทำความผิดควบคู่กับความรับผิดชอบต่อครอบครัว และภูมิหลังทั่วไปมาบังคับใช้โดยมิให้ต้องถูกคุมขัง แต่ใช้มาตรการกำหนดเงื่อนไขที่เหมาะสมให้ปฏิบัติภายใต้การกำกับ ติดตาม ดูแล ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ที่จะเป็นทางเลือกที่ทำให้ผู้หญิงที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางลักษณะไม่ต้องถูกคุมขังจำนวนมาก ดังเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นมาตรการที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานมาตรการที่ไม่ใช่การคุมขัง (Non-Custodial Measures) ตามข้อกำหนดกรุงเทพฯ และข้อกำหนดแมนเดล่าที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมอีกทางหนึ่งด้วย

**แผนภาพ** แสดงแนวทางในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย



เมื่อพิจารณาจากการแสดงบนแผนภาพข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยผ่านการรับรองหลักการนโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด (Harm Reduction) ทั้งที่เป็นการรับรองมติที่ประชุม UNGASS 2016

การลงนามรับรองข้อกำหนดกรุงเทพฯ (Bangkok Rule) และข้อกำหนดมันเดลา (Mandela Rule) และในการนำเสนอแนวทางการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ในเรื่องต่างๆในประเทศไทย ได้แก่ โครงการกัญชาทางการแพทย์ การเสนอมาตรการทางเลือกแทนการจำคุกสำหรับผู้กระทำความผิดยาเสพติดที่เป็นผู้ป่วยหรือเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพายา โดยอาศัยแนวนโยบายที่กำหนดโดย UNODC ในการนำมาเป็นแนวทางแก้ไขมาตรการของกฎหมายไทยเพื่อรองรับการใช้มาตรการทางเลือกเช่นนั้น และมีการกล่าวอ้างถึงประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้นโยบายลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาแล้ว เช่น โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ ดังปรากฏในรายงาน Drug Law Fact ของ EMCDDA :ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางของสหภาพยุโรป

ในเรื่องการปฏิรูปการให้เป็นไปตามหลักการไม่กำหนดคดีอาญา (Decriminalization) ประเทศไทยได้ดำเนินการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. จำแนกความผิดผู้ผลิต นำเข้า ครอบครองเพื่อจำหน่าย ออกจากผู้เสพ ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไข พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (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 ได้กระทำไปแล้วโดยการแก้ไข พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มาตรา 9 และมาตรา 12 ที่กำหนดให้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 บางประเภทใช้ได้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ได้แก่ โคเคน โคดีอีน ไดเฟนอกซิเลต เฟนทานิล ผิวนที่ใช้ทางการแพทย์ เมทาโดน มอร์ฟิน และเพทิดีน ส่วนยาเสพติดประเภท 3 ยาน้ำแก้ไอที่มีโคดีอีน หรือฝิ่นเป็นส่วนผสม ยาแก้ปวดหัวผสมโคดีอีน ยาแก้ท้องเสียที่มีไดเฟนอกซิเลต และยาเสพติดประเภท 5 ได้แก่ กัญชา และพืชกระท่อม

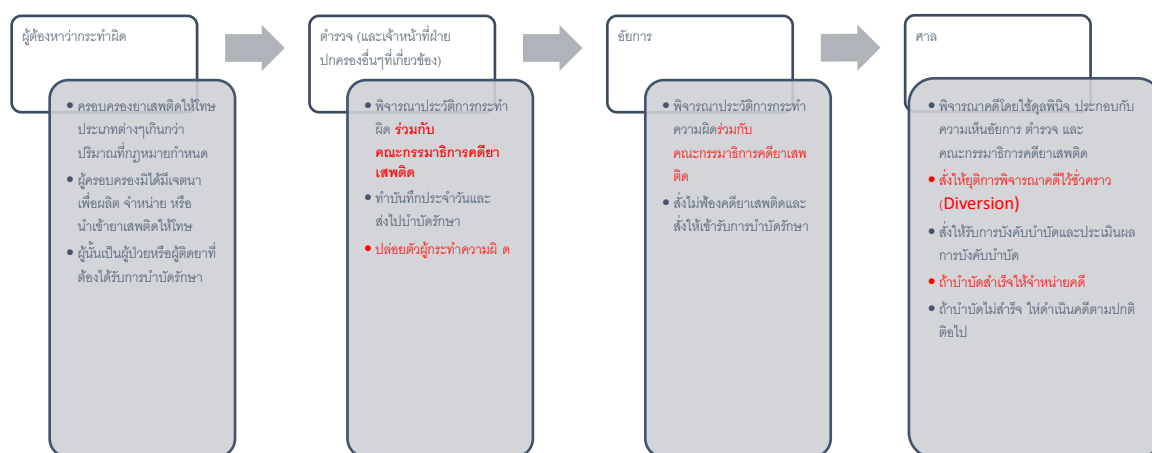
ส่วนมาตรการทางกฎหมายต่างๆที่สนับสนุนการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งได้แก่ ให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยที่ค้องพึ่งพายาเสพติดเข้าสู่การใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุก ให้ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ NSPs OSTs DCPs มีห้องบริโภคนยาเสพติด และจุดจ่ายยาเสพติดเพื่อการบำบัดให้สาธารณะเข้าถึงได้ การออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดเพื่อบริโภคส่วนตัวหรือเพื่อผลิตยารักษาโรค คงเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถกระทำต่อไปในอนาคต ภายใต้กรอบของการดำเนินการต่อไปตามแนวทางของ ประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การเภสัชกรรม หรือร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้โทษ และกำหนดขอบเขต สถานที่ บุคคลที่สามารถดำเนินการวิจัยในกัญชาได้ รวมถึงกำหนดกฎหมายในการออกใบอนุญาต และกำหนดขอบเขตว่าสิ่งที่น่าสนใจได้ คือสารตั้งต้น พืชเสพติด หรือสารสกัดจากพืชเสพติด เพื่อ

ความชัดเจนถูกต้องในการควบคุมปริมาณการนำสารเสพติดไปใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่ส่อไปในทางการค้ายาเสพติดกำหนด โดยต้องผ่านการศึกษาดูแลวิจัยเพื่อพิจารณาว่าแต่ละมาตรการเหล่านั้นสามารถลดปัญหาต่างๆอันเกิดจากการดำเนินคดียาเสพติด และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการก่อให้เกิดปัญหาเสพติดในเรื่องอื่นๆตามมาหรือไม่ เช่น ปัญหาการเสพยาเกินขนาดของผู้ป่วยที่บำบัด หรือนักโทษในเรือนจำที่ต้องบำบัด หรือการแพร่ระบาดของโรคอันเกิดจากการกระจายเข็มฉีดยา หรือการทุจริตในการแจกจ่ายยาเสพติดเพื่อการบำบัดโดยหน่วยงานด้านสาธารณสุข เป็นต้น

5.1.7 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำมาตราการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดแต่ละประเภทมาใช้

มาตรการทางเลือกแทนการดำเนินคดียาเสพติดอย่างเต็มที่ สามารถกระทำได้ตั้งแต่ชั้นเจ้าพนักงานตำรวจ อัยการ ศาล จนถึงชั้นราชทัณฑ์ โดยมีเป้าหมายคือ การใช้มาตรการบังคับคดียาเสพติดให้ได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด การลงโทษให้ได้สัดส่วน และการให้โอกาสผู้ที่ไม่ใช่ผู้กระทำความผิดยาเสพติดระดับสูงสามารถได้รับการพิจารณาใช้มาตรการชะลอการฟ้อง การสั่งให้ไปรับการบำบัดรักษา หรือมาตรการทางเลือกอื่นใดเพื่อทดแทนการลงโทษจำคุก ระยะเวลาที่ควรใช้มาตรการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นไปตามแผนภาพดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 27 แสดงเส้นทางการดำเนินคดีและระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำมาตราการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ ตั้งแต่ชั้นตำรวจจนถึงชั้นศาล



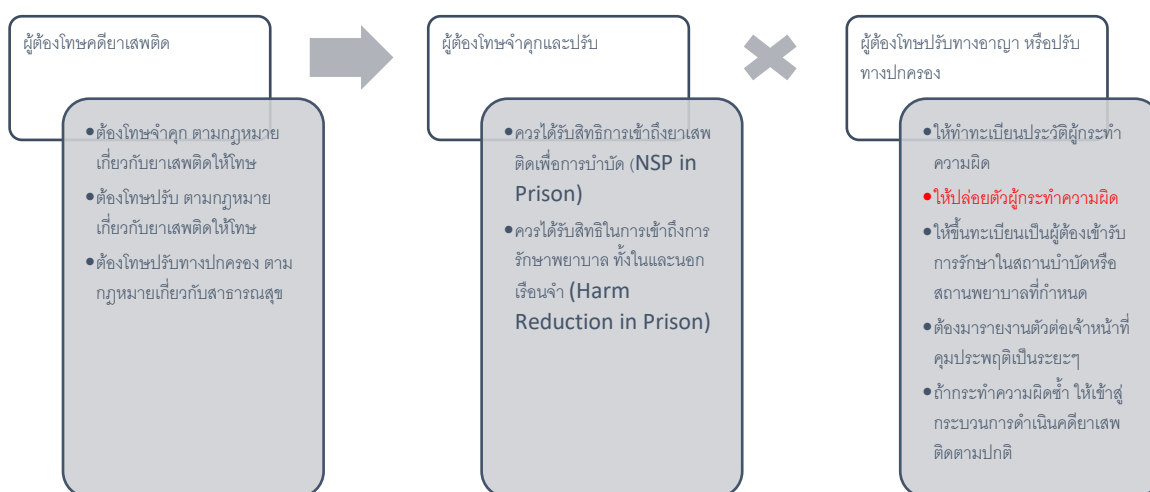
จากแผนผังข้างต้น แสดงให้เห็นถึงเส้นทางการดำเนินคดียาเสพติดระหว่างกระบวนการขึ้นตำรวจ จนถึงชั้นศาล จะเห็นได้ว่าโอกาสที่จะใช้มาตรการเพื่อลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด มีตั้งแต่ชั้นตำรวจ กล่าวคือ ตำรวจควรต้องใช้ดุลพินิจในการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดแต่ละรายโดยพิจารณาจากพฤติการณ์แห่งคดี ประกอบกับข้อมูลประวัติอาชญากรรมหรือประวัติการกระทำความผิดใดของผู้นั้น เมื่อเห็นว่าบุคคลใดควรลดความรุนแรงในการดำเนินคดีให้ส่งความเห็นให้กับพนักงานอัยการ พิจารณาร่วมกับคณะกรรมการคดียาเสพติด (Drug Offence Committee) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามแนวทางของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ได้แก่ โปรตุเกสและสวีเดนแลนด์ เป็นต้น



เมื่อคณะกรรมการการศัลยาเสพติดมีความเห็นร่วมกับกับตำรวจและอัยการว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยหรือกระทำความผิดเล็กน้อยควรได้รับการลดอัตราส่วนโทษ หรือส่งไปบำบัด หรือให้ปล่อยตัวไปเนื่องจากเห็นว่าการกระทำนั้นไม่เป็นความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ก็ให้ทำบันทึกความเห็นให้กับการพิจารณาสั่งให้ปล่อยตัวผู้นั้น ชะลอการฟ้องส่งไปควบคุมตัวเพื่อการบำบัด หรือลงโทษน้อยลง แล้วแต่กรณี อย่างไรก็ตาม ถ้าคณะกรรมการการศัลยาเสพติดเห็นว่าบุคคลนั้นไม่เป็นผู้ป่วย หรือเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษระดับสูง ผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือครอบครองจำนวนมาก หรือเป็นการกระทำความผิดซ้ำหรือฝ่าฝืนมาตรการบำบัดรักษาและคุมประพฤติ ก็ให้คณะกรรมการการศัลยาเสพติดมีมติร่วมกันกับตำรวจและอัยการขอให้ศาลสั่งดำเนินคดีอย่างเต็มที่กับผู้นั้นต่อไป

อย่างไรก็ดี ประเทศโปรตุเกสให้อำนาจตำรวจ ร่วมกับคณะกรรมการการศัลยาเสพติด ในการวินิจฉัยปล่อยตัวผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยหรือกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็กน้อย และให้ต้องโทษปรับทางปกครองแทน เห็นว่าแนวทางดังกล่าวไม่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย กล่าวคือ เราไม่ควรให้อำนาจวินิจฉัยความผิดทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้ตำรวจกับคณะกรรมการการศัลยาเสพติดโดยลำพัง โดยไม่มีการพิจารณาร่วมของพนักงานอัยการและศาลยุติธรรม เพราะอาจเป็นช่องทางในการใช้อำนาจโดยมิชอบเพื่อเรียกรับประโยชน์จากผู้กระทำความผิดในคดีได้ และควรต้องดำเนินการพิจารณาเรื่องนี้ร่วมกันระหว่าง ตำรวจ พนักงานอัยการ ศาล ร่วมกับคณะกรรมการการศัลยาเสพติด จะทำให้สำนวนคดีได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และมีความแม่นยำในการใช้ข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการใช้ดุลพินิจในการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดกับผู้กระทำความผิดแต่ละรายอย่างเหมาะสม

**แผนภาพ** แสดงเส้นทางการดำเนินคดีและระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำมาตราการลดอัตราโทษเกี่ยวกับยาเสพติด มาใช้ ในชั้นราชทัณฑ์และอื่นๆ



ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดต้องถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก และผู้นั้นมีลักษณะต้องพึงการบำบัดรักษาด้วยยาเสพติด กระบวนการลดความรุนแรงในเรือนจำ (Harm Reduction in Prison) ควรจะต้องนำมาใช้ กล่าวคือ ผู้ต้องขังในเรือนจำที่เป็นผู้ป่วยควรได้รับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งที่กระทำภายในเรือนจำหรือนอกเรือนจำ โดยถ้าเป็นการบำบัดภายในเรือนจำให้ใช้มาตรการ

แจกเข็มฉีดยา (NSPs) จ่ายยาเสพติดให้กับผู้ต้องขังภายใต้การควบคุมของแพทย์ ส่วนการบำบัดนอกเรือนจำก็คือให้นำผู้ต้องขังไปบำบัดรักษา ณ สถานพยาบาลที่รัฐกำหนด

แต่ถ้าคณะกรรมการคดียาเสพติดพิจารณาร่วมกับตำรวจ อัยการ และศาล และเห็นว่า ผู้นั้นไม่มีความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด หรืออาจมีความผิดตามกฎหมายปกครองส่วนอื่น เช่น ต้องโทษปรับทางปกครองตามกฎหมายสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ให้ปล่อยตัวผู้กระทำความผิด เมื่อผู้กระทำความผิดได้ชำระเงินครบตามที่ต้องโทษปรับทางปกครองแล้ว และอาจมีการขออำนาจศาลใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยหรือใช้มาตรการคุมประพฤติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้นั้นมากระทำความผิดซ้ำอีก

#### 5.1.8 คณะกรรมการคดียาเสพติด (Drugs Committee)

คณะกรรมการพิจารณาผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งเป็นหน่วยงานฝ่ายปกครองอย่างหนึ่ง มีหน้าที่ในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรม ในการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อจำแนกผู้กระทำความผิดในระดับสูง ได้แก่ ผู้ผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือครอบครองยาเสพติดจำนวนมาก ออกจากผู้กระทำความผิดที่วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วย และเป็นผู้ตัดสินว่าควรมีการดำเนินการอย่างไรหรือลงโทษแบบใดกับผู้กระทำความผิดนั้น โดยคณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งให้ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดต่อไป หรือใช้มาตรการทางเลือกแทนการลงโทษจำคุก เช่น การส่งไปบำบัดรักษา การไม่ดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด หรือการให้ต้องโทษปรับทางปกครองในความผิดเกี่ยวกับกฎหมายสาธารณสุขเป็นอาทิ คณะกรรมการประกอบไปด้วยเจ้าพนักงานฝ่ายปกครอง ส่วนใหญ่ที่จัดตั้งในประเทศต้นแบบอย่างโปรตุเกส จะคณะกรรมการอิสระซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการจำแนกประเภทของยาเสพติด สารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และมีความสามารถในทางการแพทย์ในการวินิจฉัยผู้กระทำความผิดว่าเข้าเกณฑ์การเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดหรือไม่ อย่างไรก็ดี ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และสาธารณรัฐฝรั่งเศส มีความแตกต่างจากที่กล่าวมาข้างต้นเล็กน้อย กล่าวคือ กำหนดให้คณะกรรมการคดียาเสพติด เป็นคณะกรรมการที่ปฏิบัติการร่วมกัน (Cohort) กับพนักงานอัยการและศาลในการพิจารณาจำแนกผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและการใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำความผิดได้อย่างถูกต้อง

สำหรับประเทศไทย คณะกรรมการคดียาเสพติดในปัจจุบัน เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) กับคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ฝ่ายควบคุมสารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการกำหนดและจัดประเภทสารเสพติดที่ควรขึ้นบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1- 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการเท่านั้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการพิจารณาจำแนกผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแต่ละประเภทแต่อย่างใด ในขณะที่คณะกรรมการที่พิจารณาเรื่องการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน ได้แก่ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยคณะกรรมการฟื้นฟูจะปฏิบัติการได้เมื่อศาลได้สั่งชะลอการฟ้องคดียาเสพติดและส่งให้บุคคลนั้นเข้ารับการบังคับบำบัดในสถานบำบัดหรือสถานพยาบาลที่รัฐกำหนด

เท่านั้น ไม่ได้มีบทบาทในการจำแนกผู้กระทำความผิดตามแนวคิดของการไม่ดำเนินคดียาเสพติด (Drugs Decriminalization) แต่อย่างไรก็ดีเพื่อแก้ไขปัญหาคriminalization ไม่สามารถประสานการทำงานในการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดได้นั้น เห็นว่า คณะกรรมการคดียาเสพติด ที่ประสานงานกันระหว่างสำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอยู่แล้ว ควรบูรณาการเป็นคณะกรรมการคดียาเสพติดชุดเดียวกัน เพื่อทำงานประสานงานกันกับหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมในทุกเรื่อง ตั้งแต่การจำแนกระดับของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด การวินิจฉัยในการส่งผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยไปบำบัดรักษา กระบวนการติดตามผลการบำบัดรักษาหรือกระบวนการคุมประพฤติ และงานทางวิชาการแพทย์เพื่อจัดและจำแนกประเภทของยาเสพติดให้โทษ สารเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งหลาย ให้มีความทันสมัยทันต่อการประชุมกรรมการยาเสพติดระหว่างประเทศ และสามารถจำแนกยาเสพติดที่อาจนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เปิดโอกาสให้มีการค้นคว้าวิจัยทั้งทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ครอบครองยาเสพติดหรือสารเสพติดในปริมาณที่เหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ และไม่กำหนดความผิดสำหรับผู้กระทำการครอบครองยาเสพติดหรือสารเสพติดตามปริมาณที่กฎหมายกำหนดให้เกิดมรรคผลในการปฏิบัติ

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

(1) การดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดจะต้องพิจารณาถึงหลักการดำเนินคดีอาญาที่เป็นธรรม (Fair Trial) หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการคุ้มครองสังคม หลักป้องกันปัญหาเสพติด โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม โดยการสร้างความเข้มแข็งให้สังคม โดยต้องได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ในการป้องกันปัญหาเสพติด รวมถึงรัฐบาลต้องสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลไกประชาสังคมขึ้นมาเพื่อรองรับการทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีบูรณาการเพื่อนำไปสู่ความเป็นอิสระจากปัญหายาเสพติด (Drug Liberalization)

(2) ควรต้องมีการบัญญัติมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจน เพื่อจำแนกแยกแยะผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ระหว่าง ผู้เสพ ผู้ติดยา ผู้ครอบครองเพื่อเสพ กลุ่มของผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้รับจ้างขนยาเสพติด ผู้จำหน่ายรายย่อย ผู้จำหน่ายรายใหญ่ หรือองค์กรอาชญากรรม ออกจากกัน เพื่อการดำเนินคดีที่เป็นธรรมเหมาะสมกับระดับความผิดที่ผู้กระทำความผิดได้กระทำ ตามหลัก Individualization of Punishment

(3) การพิจารณาหลักการไม่กำหนดความผิดอาญาและโทษทางอาญา (Decriminalization and Penalization) ต้องประกอบไปด้วยการได้สัดส่วนระหว่างความผิดและโทษ หลักการ “ผู้ผิด คือ ผู้ป่วย” การนำมาตรการอื่นเพื่อทดแทนการลงโทษอาญามาใช้กับกรณีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด และศาลควรใช้ดุลพินิจในการพิจารณามาตรการที่เหมาะสมกับแต่ละราย โดยอาศัยข้อมูลจากการพิจารณาประวัติการกระทำความผิด พฤติการณ์แห่งการกระทำความผิด และความเห็นร่วมกันระหว่างตำรวจ พนักงานอัยการ และคณะกรรมการคดียาเสพติด (ถ้ามี)

(4) การพิจารณาว่าลักษณะใดบ้างที่ควรเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย ต้องมีการทบทวนบัญญัติยาเสพติด เช่น ควรมีการกำหนดการควบคุมสารที่อยู่ในพืชเสพติดมากกว่าการควบคุมทุกส่วนของพืช เพราะสิ่งนี้

จะมีผลกระทบต่อโอกาสที่จะนำยาเสพติดไปค้นคว้าวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการบำบัดรักษา โดยตรง รวมถึงการกำหนดประเภทของยาเสพติดต้องมีหลักเกณฑ์หรือแนวทางทางการแพทย์ ข้อมูลวิทยาศาสตร์ และแนวทางตามข้อกำหนดของสหประชาชาติ มาเป็นฐานในการพิจารณา และแม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการยกเว้นประมวลกฎหมายยาเสพติด และได้มีการแก้ไขตัวบ่งชี้ความเป็นผู้กระทำความผิดระดับสูง กับการกระทำความผิดเล็กน้อย โดยการกำหนดปริมาณการครอบครองยาเสพติดขั้นต่ำ จำแนกตามความร้ายแรงของยาเสพติดแต่ละประเภทที่สมจริงมากขึ้น จากการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ไปบ้างแล้ว แต่ยังคงต้องมีการแก้ไขบทบัญญัติแห่งกฎหมายในเรื่องอื่นอีก ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และกฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุขอีกหลายฉบับ

(5) การกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ต้องดำเนินคดีอย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องลดความรุนแรง ได้แก่ การกระทำความผิดที่มีเป้าประสงค์คือค่าตอบแทนและผลกำไรจากการค้ายาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การผลิตจำหน่าย นำเข้า ครอบครองยาเสพติดให้โทษจำนวนมาก โดยจะต้องพิจารณาจากเจตนาและมูลเหตุจูงใจในการกระทำความผิด และการกระทำใดๆที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับองค์การอาชญากรรมข้ามชาติ แต่หากเป็นการกระทำความผิดเพื่อเสพ หรือเป็นผู้ป่วย จะต้องเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูบำบัดด้วยกระบวนการสาธารณสุข

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

(7) ควรยกเลิกกระบวนการบังคับบำบัด ที่ต้องควบคุมตัวผู้กระทำความผิดไว้ในอำนาจรัฐเป็นระยะเวลาอันยาวนาน สำหรับผู้กระทำความผิดที่ศาลตีความแล้วว่าเป็นผู้ป่วย และใช้มาตรการอื่นแทนการบังคับบำบัด ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดยา ให้ไปใช้มาตรการคุมประพฤติ และเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนด หรือใช้บริการห้องเสพยา หรือผู้จำหน่ายยาที่รัฐจัดให้ และหลังจากบำบัดรักษาเป็นผลสำเร็จ จะต้องไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากร และต้องไม่ดำเนินคดีกับผู้ขึ้นเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดประเภทอื่นๆ

(8) ควรมีมาตรการทางกฎหมายกำหนดกระบวนการจำแนกกลุ่มผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้ชัดเจนว่ามีลักษณะอาการของการใช้ยาเสพติดระดับใด โดยใช้หลักวิชาการแพทย์ในการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้กระทำความผิดนั้นเป็นผู้ป่วยที่ต้องแยกออกมาบำบัดจริงหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การพิจารณาเลือกรูปแบบในการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งคณะบุคคลที่สามารถให้ความเห็นในการจำแนกผู้กระทำความผิดได้ ได้แก่ คณะกรรมการคดียาเสพติด (Drug Committee) ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าพนักงานจากหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมกับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องประเภทของยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งวิธีการดังกล่าว หลายประเทศที่มีโครงการนำร่องในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด ได้จัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้ และประสบความสำเร็จในการจำแนกผู้กระทำความผิดเป็นอย่างดี

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

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรณีการ์ แสงทอง. (ม.ป.พ.). *มาตรการบังคับโทษระดับกลาง : อีกทางเลือกของการปฏิบัติต่อผู้กระทำ  
ความผิด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
- กอบกุล จันทวโร และคณะ. (2559). รายงานการศึกษาและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำผิดคดีอา  
เสธคดี เพื่อเป็นข้อเสนอในการประชุมสหประชาชาติสมัยพิเศษ UNGASS. กรุงเทพฯ: สำนัก  
กิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.
- ข้อเสนอทางวิชาการต่อคณะรัฐมนตรีและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่าง  
พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาเสธคดี พ.ศ. .... (2559). คณะกรรมการปฏิรูป  
กฎหมาย.
- คณะกรรมการการศาลกว่าด้วยนโยบายอาเสธคดี. (2557). *เข้าควบคุม: กลับทางสู่นโยบายอาเสธคดีที่มี  
ประสิทธิผล* (เอกสารแปล). กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้า  
พัชรกิติยาภา
- คณิต ณ นคร. (2549). กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- คณิต ณ นคร. (2556). กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- จรัญ โฆษณานันท์. (2556) สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน: ปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม  
(Human Rights without Frontiers: Philosophy Law and Social Reality). กรุงเทพฯ : นิตินธรรม.
- จรัญ ภัคศิษนากุล. (ม.ป.พ.). *หลักนิติธรรม ความชอบธรรมตามกฎหมาย* (เอกสารประกอบการบรรยาย  
หลักสูตรนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย) (นธป.) รุ่นที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
- ธรรมรงค์ สุขไชยะ (2557) “ข้อสันนิษฐานความรับผิดชอบในกฎหมายอาญา: ศึกษาเฉพาะบทสันนิษฐานเด็ดขาด  
ตามพระราชบัญญัติอาเสธคดีให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 15 วรรคสาม อนุ 2” วิทยานิพนธ์นิติ  
ศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ปริดี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- ธานี วรภัทร์ (2554) วิกฤตราชทัณฑ์วิกฤตกระบวนการยุติธรรมทางอาญา. กรุงเทพฯ:วิญญูชน.,
- ธานี วรภัทร์, (2557). มาตรการบังคับทางอาญา. กรุงเทพฯ:วิญญูชน.
- ธานี วรภัทร์. (2555). *กฎหมายว่าด้วยการบังคับโทษจำคุก* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- นัทธี จิตสว่าง. (ม.ป.พ.). *แนวทางการขับเคลื่อนข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) ไปสู่การปฏิบัติในงาน  
ราชทัณฑ์ของไทย*. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.
- นัทธี จิตสว่าง. (ม.ป.พ.). *หลักทัณฑ์วิทยา*. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์
- บรรหาร คำลา และคณะ. (2548). *การปฏิรูประบบโทษทางอาญาในประเทศไทย* (เอกสารประกอบการ  
สัมมนาทางวิชาการ). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการยุติธรรม.

แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2558. (2558). (PDF) กรุงเทพฯ คณะกรรมการป้องกัน  
และปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.).

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2557). *ผู้พิพากษาตั้งตุลาให้สังคมสมในคุณ* (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์วิญญูชน.

วิชัย ศรีรัตน์, (2548) แนวคิดและพัฒนาการของกฎหมายสิทธิมนุษยชน กฎหมายสิทธิมนุษยชน เอกสาร  
ประกอบการสอน ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 1-7, 2548

วิชัย ศรีรัตน์. (2556). *คำถาม-คำตอบ เกี่ยวกับตัวชี้วัดสิทธิมนุษยชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ  
สิทธิมนุษยชน.

ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธ์. (ปี ). *ทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดและการป้องกัน  
อาชญากรรม*. กรุงเทพฯ: กรมคุมประพฤติ.

ศารทูล สันติวาสะ. (2548). *กฎหมายสิทธิมนุษยชนในกฎหมายระหว่างประเทศ*. กรุงเทพฯ:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สง่า อัครปรีดี. (มปป.). *การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด*.  
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.

สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ (2558). . กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. สืบราช ณ วันที่ 29 มกราคม  
2558.

สมชาย ปรีชาศิลปกุล. (2551). *เพศวิถีในคำพิพากษา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลยุติธรรม.

สมบูรณ์ เสงี่ยมบุตร. (2554). *กฎหมายระหว่างประเทศที่ใช้กันในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: บริษัท  
สำนักพิมพ์ พ.ศ. พัฒนาจำกัด.

สุชาดา ทวีสิทธิ์, (ม.ป.พ.) “เสี่ยงจากชายขอบ” การเคลื่อนไหวสิทธิมนุษยชนเพื่อคนไร้ยาเสพติดในประเทศไทย

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ. (2557). *ประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายและวิธีพิจารณาความผิด*.  
กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.

หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ. วันที่ 13 พฤษภาคม 2558. คอลัมน์ อาชญากรรม และกระบวนการยุติธรรม ใน  
ผู้จัดการออนไลน์.

หยุด แสงอุทัย (2554) *กฎหมายอาญา ภาค 1* พิมพ์ครั้งที่ 21 สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อภิชาติ ดำรงสันติสุข (2556) “แผนบังคับโทษจำคุกรายบุคคล” วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

เอกสารสรุป การประชุมของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ปี 2014 โดย คณะกรรมการปฏิรูป  
กฎหมาย

ภาษาต่างประเทศ



- About the Adult Diversion Scheme, New Zealand Police, (2016). <http://www.police.govt.nz/about-us/programmes-initiatives/adult-diversion-scheme/about> archived at <https://perma.cc/6WN8-XEKW>.
- About Us - United Nations (2003). The World Bank. 2003-06-30. Retrieved 2007-08-02.
- Acesso Autorizado - BDJUR . Bdjur.almedina.net. Retrieved 2014-07-27
- Adler, Jonathan N.; Colbert, James A. (30 May 2013). Medicinal Use of Marijuana — Polling Results . New England Journal of Medicine. 368 (22): e30.
- After the War on Drugs: Blueprint for Regulation, Transform Drug Policy Foundation (12 Nov 2009)
- Agence France-Presse (2018) 'Norway trials free heroin prescriptions for most serious addicts.' The Guardian. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2018/aug/10/norway-trials-free-heroinprescriptions-for-most-serious-addicts>.
- Agreement Between the International Criminal Court and the United Nations . International Criminal Court. 2004-10-04.
- Alcohol and Other Drug Treatment (AODT) Court Pilot (2016), Ministry of Justice, <http://www.justice.govt.nz/courts/district-court/alcohol-and-other-drug-treatment-aodt-court-pilot-1> (last visited June 27, 2016),
- Alcohol, tobacco among riskiest drugs . MSNBC. 2007-03-24. Retrieved 2011-04-20.
- Also Information for Participants: Alcohol and Other Drug Treatment Court Te Whare Whakapiki Wairua, (2016). Ministry of Justice New Zealand ,<http://www.justice.govt.nz/courts/district-court/alcohol-and-other-drug-treatment-aodt-court-pilot-1/information-for-participants> (last visited June 27, 2016)
- Am I committing a criminal offence if I possess, produce or deal in drugs?, Ministry of Security and Justice
- Amsterdam ditches controversial 'weed pass' law . Daily News. New York. November 21, 2012.
- Amsterdam for tourists: What's legal? (2017), CNN Travel.
- Analysis | The DEA spent \$73,000 to eradicate marijuana plants in Utah. It didn't find any . Washington Post. Retrieved 2017-06-07
- B. R. Aune (1990). Maritime drug trafficking: An Underrated Problem. London: School of Economics and Politics Science.
- Background to the Act and the Regime, Psychoactive Substances Regulatory Authority (2015), <http://psychoactives.health.govt.nz/psychoactive-substances-act-2013/background-act-and-regime> (last updated Jan. 20, 2015

- Baggott, M. (2002). Preventing problems in ecstasy users: Reduce use to reduce harm. *Journal of Psychoactive Drugs*. 34, 145-162.; Baggott, N. et al. (2000). Chemical analysis of ecstasy pill. *Journal of the American Medical Association*. 284(17),
- Barnett, P.G. (1999). The Cost Effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention. *Addiction*. 94(4), 479 - 488.
- Bernd-Dieter Meier. (2009). **Strafrechtliche Sanktionen**. 3 Auflage. Springer Berlin,2009.
- Boaz, David; Timothy Lynch (August 12, 2004). The war on drugs (PDF). *Cato Handbook on Policy*. Cato Institute. pp. 253–260. Archived from the original (PDF) on April 15, 2007. Retrieved May 3, 2007
- Book Review: A People Betrayed, the Role of the West in Rwanda's Genocide (2016). Human Rights Watch.
- Brecher, Edward M; et al. (1972). How LSD was popularized . *Consumer Reports/Drug Library* . Druglibrary.org. Retrieved 20 June 2012.
- Call for end to distinction between soft and hard drugs, (2011). *Nrc.nl*. Retrieved 2011-04-20.
- Cannabis and the Law, New Zealand Police, (2016). <http://www.police.govt.nz/advice/drugs-and-alcohol/cannabis-and-law> (last visited June 24, 2016),
- Cardoso, Manuel; Santos, Ana Sofia; Duarte, Óscar (2009). New Development, Trends and in-depth information on selected issues (PDF). Portuguese Focal Point report (2008 data) to the EMCDDA. Lisbon, Portugal: Institute for Drug and Drug Addiction (IDT,I.P.). Retrieved 2011-06-11.
- Carre Z (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Chantal Collin. (2015). Switzerland's Drugs Policy. Parliament of Canada. Retrieved from <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/library/collin1-e.htm> .
- Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update, (2017) .Independent Expert Group (2017) Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health.
- Code of Manufacturing Practice, Psychoactive Substances Regulatory Authority, (2014). ,<http://psychoactives.health.govt.nz/industry/code-manufacturing-practice> (last updated Oct. 31, 2014), archived at <https://perma.cc/BM8B-V33G>
- Council Decision 2005/387/JHA of 10 May 2005 on the information exchange, risk-assessment and control of new psychoactive substances

- Crimprev info n°29bis – (De) criminalisation of the use and possession of drugs (Deutschland, Italy, Spain)\* (2014) . Lodel.irevues.inist.fr. Retrieved 2014-07-27.
- Dave Wilton (2007-02-03). Wordorigins.org United Nations .
- David Nutt, Leslie King and Lawrence Phillips Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis , by, the Independent Scientific Committee on Drugs. The Lancet.
- DEA History Book, 1985–1990 . United States Department of Justice. Retrieved August 31, 2011.
- DEA Leadership . Drug Enforcement Administration. Retrieved 18 March 2018
- DEA Office Locations . Drug Enforcement Administration. Retrieved July 9, 2008.
- DEA Staffing & Budget . Justice.gov. Archived from the original on January 3, 2015. Retrieved December 18, 2014
- Demaret I, Quertemont E, Litran G, Magoga C, Deblire C, Dubois N, et al. (2015) ‘Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial.’ *Eur Addict Res* 21(4):179-87.
- Denmark, Country Drug Report 2018, (2018). EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/denmark/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/denmark/drug-laws-and-drug-law-offences_en)
- Doherty, M.C. et al. (1997). Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program. *American Journal of Epidemiology*. 145(8), 730-737.; Doherty, M.C. et al. (2000). The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up. *American Journal of Public Health*. 90(6) 936-939.; Ksobiech, K. (2004). Return rates for needle exchange programs: A common criticism answered. *Harm Reduction Journal*. 1(2).
- Doug McVay, Vincent Schiraldi, and Jason Ziedenberg. (2004) Treatment or Incarceration? Treatment or Incarceration? National and State Findings on the Efficacy and Cost Savings of Drug Treatment Versus Imprisonment. Justice Policy Institute. Connecticut USA. Retrieved From [www.justicepolicy.org](http://www.justicepolicy.org).
- Drug Enforcement Administration Highlights Year's Accomplishments . dea.gov. December 28, 2005. Retrieved 2007-04-28.
- Drug Enforcement Administration: Drug Abuse Prevention Service Award (PDF). Learning for Life. Retrieved October 9, 2016
- Drug Questionnaire (2007) . U.S. Drug Enforcement Administration. Retrieved April 28, 2007.
- ECHR (2016) Domestic Authorities Failed to Thoroughly Examine Which Therapy was Appropriate for Long-term Drug Addict in Detention. Strasbourg: European Court of Human Rights.
- EHRN (2014) Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations On Opioid Overdose. Porto: European Harm Reduction Network.

- ELDD (2011) : Country profiles, Netherlands . Edd.emcdda.europa.eu. Retrieved 2011-04-20
- EMCDDA (2018) European Legal Database on Drugs: Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>.
- EMCDDA (2018) Germany Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2018) New Psychoactive Substances in Prison. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2018) Statistical Bulletin 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2018) Sweden Drug Report 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2014) Drug policy profiles, Portugal, June 2011 . Emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.
- EMCDDA, (2000). Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union
- EMCDDA. (2002). Early Warning System on New Synthetic Drugs: Guidance on Implementation. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2007). National report 2007: Netherlands
- EMCDDA (2014). Drug policy profiles, Portugal, June 2011". Emcdda.europa.eu. 2011-08-17. Retrieved 2014-07-27.
- Eric Frykberg, (2016). Appetite for Cannabis Decriminalisation Limited, RNZ (Mar. 30, 2016), <http://www.radionz.co.nz/news/political/300255/appetite-for-cannabis-decriminalisation-limited>, archived at <https://perma.cc/7XZW-C4GC>
- EURAD. (2015): Dutch authorities can ban coffee shops from selling marijuana to foreigners Archived June 7, 2015, at the Wayback Machine.
- European Monitoring Centre for Drugs and Addiction (2012), Country Overview: France (Lisbon, Portugal: October 2012), last accessed Dec. 15, 2012 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fr>
- European Union (2018) Statement on the Occasion of the CND Intersessional Meeting. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.
- Evaluation of the Supervised Injection Site: Year One Summary. Vancouver: B.C. Centre for Excellence in HIV/ AIDS, 2004.

Feature: Move to Block DEA Medical Marijuana Raibids Heads for House Floor Vote Next Week".

Stopthedrugwar.org. Retrieved August 31, 2011

Federal Court Rules U.S. Government May Not Deliberately Subvert California's Medical Marijuana

Laws (2008) . American Civil Liberties Union. August 20, 2008. Retrieved August 31, 2011.

Feds Raibid (2011). 11 Medical Marijuana Clinics, DEA Does Not Recognize California Law legalizing medical use of pot". CBS News. Retrieved August 31, 2011.

Ferreira MO, Madeira A, Teles A, Matias L, Amaro F (1996); International Conference on AIDS. Int Conf AIDS. 1996 Jul 7-12; 11: 152 (abstract no. We.C.3545

Forell, S. and Price, L. (1997). Using Harm Reduction Policing Within Drug Law Enforcement in the NSW Police Services, Australia.

France Country Drug Report 2018, (2018). EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/france/drug-laws-and-drug-law-offences_en)

Generally Kelly Buchanan (2013), New Zealand: Psychoactive Substances Bill Proposed, Global Legal Monitor (Law Library of Congress, Mar. 5, 2013), <http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/new-zealand-psychoactive-substances-bill-proposed/>, archived at <https://perma.cc/2N33-A8LR>

Germany Drug Control Data and Policies : Drug War Facts. (2015) Get The Facts Drug War Facts.org. Retrieved from <http://www.drugwarfacts.org/cms/germany#sthash.Gpq89PIJ.dpbs> .

Gillespie, Nick. (2009) Drug Decriminalization in Portugal . Reason 2009 (July). Retrieved 24 August 2009.

Global Harm Reduction Report 2018. (2019). Harm Reduction International.

Godfrey C., Stewart D., & Gossop, M. (2004) Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS) *Addiction* 99 (6)

Goldstein, P. J. (1990). *Problem Oriented Policing*. Philadelphia: Temple University Press.

Greenwald, Glenn (2 April 2009). "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies" (pdf). Cato Institute. Retrieved 14 February 2015

Grossman, Michael; Frank J. Chaloupka (1998). The Demand for Cocaine by Young Adults: a Rational Addiction Approach . *Journal of Health Economics*

Grotenhermen, F; Müller-Vahl, K (Jul 2012). The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids .

*Deutsches Arzteblatt international*. 109 (29–30): 495–501. doi:10.3238/arztebl.2012.0495. PMC 3442177 . PMID 23008748.

- Hammond, Claudia (18 June 2009). "Lisbon's light-touch drugs policy". BBC News. Retrieved 24 August 2009
- Hanney T (2018) Ireland National Statement. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.
- HARM REDUCTION & ILLICIT SUBSTANCE USE IMPLICATIONS FOR NURSING (2017). Canadian Nurses Association. [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca).
- Harm Reduction: A British Columbia Community Guide. (2018). Canadian Ministry of Health. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>
- Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics . J Urban Health. **84** (4): 552–62. July 2007. doi:10.1007/s11524-007-9198-y. PMC 2219559 . PMID
- High level presentation of The United Nations Standard Minimum of Treatment of Prisoners (The Nelson Mandela Rules) : An updated blueprint for the 21th century. (2015) Press Release : UN News Centre, Retrieved from <http://www.un.org/webcast/pdfs/151007am-mandela-rules>
- History of the UN .(2000) United Nations.. Retrieved 2008-06-01.
- Hughes, Caitlin; Stevens, Alex (December 2007), The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal (PDF), Briefing Paper 14, Oxford: Beckley Foundation, archived from the original (PDF) on 26 April 2015
- Human Security Centre (2007). The Human Security Report 2005 . Retrieved 2007-02-08
- Illicit drug use in the EU: legislative approaches, EMCDDA thematic papers, Lisbon 2005
- Information for Participants: Alcohol and Other Drug Treatment Court Te Whare Whakapiki Wairua (2016), Ministry of Justice,<http://www.justice.govt.nz/courts/district-court/alcohol-and-other-drug-treatment-aodt-court-pilot-1/information-for-participants> (last visited June 27, 2016)
- Inter-Agency Committee on Drugs, National Drug Policy 2015 to 2012, at 3 (Ministry of Health, Aug. 2015), <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/national-drug-policy-2015-2020-aug15.pdf>
- International Narcotics Control Strategy Report: Volume I Drug and Chemical Control, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (Washington, DC: United States Department of State, March 2011), p. 50.<http://www.state.gov/documents/organization/156575.pdf>
- Justice Department names new acting head of drug enforcement agency . October 3, 2017 – via Reuters
- Kelly Buchanan (2013), New Zealand: Psychoactive Substances Bill Proposed, Global Legal Monitor (Law Library of Congress, Mar. 5, 2013), <http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/new-zealand-psychoactive-substances-bill-proposed/>, archived at <https://perma.cc/2N33-A8LR>

- Killias, M. And Aebi, M. F. (2000) The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland, *Crime Prevention Studies*, volume 11, 2000
- Klein P (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Legal Status Of Cannabis In Denmark – An Overview, (2018). Sensiseeds  
<https://sensiseeds.com/en/blog/legal-status-cannabis-denmark-overview/>
- Lessons from Prevention Research. (2014). National Institute on Drug Abuse (NIDA).  
<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/lessons-prevention-research>
- l'Observatoire francais des drogues et des toxicomanies (OFDT), (2012) . National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (Saint-Denis, France: OFDT, 2012),  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofsc.pdf>
- 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.
- Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE (2009). 15 . In Sydor A, Brown RY. *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Marc Peepkorn (22 April 2003). Kamer voor legaliseren softdrugs . *Volkskrant* (in Dutch). Retrieved 31 January 2009. To make the sale, trade and growth of soft drugs not punishable is currently hindered by United Nations treaties
- Marx, M. A. et al. (2000). Trends in Crime and the Introduction of a Needle Exchange Program. *American Journal of Public Health*. 12(90), 1933-1936.
- McCoy, Alfred (1972). *The Politics of Heroin in Southeast Asia*. Harper & Row. pp. 244, 247, 263–264.
- Membership of Principal United Nations Organs in 2005. (2005) . United Nations. 2005-03-15.
- Midford, R. et al. (2002). Cops, Drugs and the Community: Establishing Consultative Harm Reduction Structures in Two Western Australian Locations. *International Journal of Drug Policy*. 13(3), 181 – 188.
- Milestones in United Nations History (2008). Department of Public Information, United Nations.  
 Retrieved 2008-07-17.
- Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA (Jan 2003). Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men . *N Engl J Med*. 348 (2): 109–18
- Musto, David F. (1999). *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (3rd ed.). Oxford University Press.

- National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. (1998).  
Journal of the American Medical Association. 280(22), 1936-1943.; Amato, L. et al. (2005). An  
Overview of Systemic Reviews of the Effectiveness of Opiate Maintenance Therapies: Available  
Evidence to Inform Clinical Practice and Research. Journal of Substance Abuse Treatment. 28(4),  
321-329.
- National Drug Policy 2015 to 2020, (2015) Ministry of Health,  
<http://www.health.govt.nz/publication/national-drug-policy-2015-2020> (last updated Sept. 7,  
2015)
- National Infection Service (2018) Unlinked Anonymous Monitoring Survey of People Who Inject Drugs:  
Data Tables. London: Public Health England.
- 'New Recovery' (Discussion Paper: Draft for Consultation). (2015) Anex, Melbourne, Australia
- New Zealand Law Commission, Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act  
1975, at 30 (R73) (NZLC R122, Apr. 2011),  
[http://www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailable Formats/NZLC%20R122.pdf](http://www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailable%20Formats/NZLC%20R122.pdf)
- New Zealand Police. (Jan. 2016), Police Adult Diversion Scheme Policy 13, [http://www.police.govt.  
nz/sites/default/files/publications/adult-diversion-scheme-policy.pdf](http://www.police.govt.nz/sites/default/files/publications/adult-diversion-scheme-policy.pdf), archived at  
<https://perma.cc/X7F6-P6BW>.
- Nutt, D; King, LA; Saulsbury, W; Blakemore, C (24 March 2007). Development of a rational scale to  
assess the harm of drugs of potential misuse . Lancet. 369 (9566): 1047–53
- NZ Drug Foundaion (2018) : Drugs Law Reform. [https://www.drugfoundation.org.nz/policy-and-  
advocacy/drug-law-reform/](https://www.drugfoundation.org.nz/policy-and-advocacy/drug-law-reform/)
- ONS (2018) Deaths Related to Drug Poisoning in England and Wales: 2017 Registrations. Office for  
National Statistics. Available from: [https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/  
birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2017r  
egistrations](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2017registrations).
- 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.
- Plant, Martin A. (1980), Drugtaking and Prevention: The Implications of Research for Social Policy ,  
British Journal of Addiction, 75: 245–254,
- Policing for Profit: The Drug War's Hidden Economic Agenda. (2007) . Papers.ssrn.com. January 29,  
2007



- Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drugs Problem. (2016) Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>.
- Pomara, C; Cassano, T; D'Errico, S; Bello, S; Romano, AD; Riezzo, I; Serviddio, G (2012). Data available on the extent of cocaine use and dependence: biochemistry, pharmacologic effects and global burden of disease of cocaine abusers. . *Current medicinal chemistry*
- Portugal Country Drug Report 2018, (2018). EMDCCA. [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences_en)
- Portugal legalizes drug use. (2000). BBC News. 7 July 2000. Retrieved 21 August 2009
- PPO (2016) New Psychoactive Substances Play a Part in Yet More Prison Deaths, says Ombudsman. Prisons & Probation Ombudsman. Available from: <https://www.ppo.gov.uk/new-psychoactive-substances-play-a-part-in-yet-more-prison-deaths-says-ombudsman/>.
- Press Release, Simon Power & Georgina te Heuheu, Drug Court Pilot Announced for Auckland (Oct. 19, 2011), <https://www.beehive.govt.nz/release/drug-court-pilot-announced-auckland>, archived at <https://perma.cc/6A5V-D46X>.
- Press Release, Tony Ryall, Psychoactive Substances Amendment Act Passed (May 6, 2014), <https://www.beehive.govt.nz/release/psychoactive-substances-amendment-act-passed>
- Product Approvals, Psychoactive Substances Regulatory Authority , (2015) . <http://psychoactives.health.govt.nz/industry/licensees-approved-products/product-approvals> (last updated Feb. 4, 2015),
- Psychoactive Substances Act: Overview, NZ Drug Foundation (May 7, 2014), <http://www.drugfoundation.org.nz/psychoactive-substances-bill/history>,
- Public Health England, Health Protection Scotland, Public Health Wales, Public Health Agency Northern Ireland (2017) Shooting Up: Infections Among People Who Inject Drugs in the UK, 2016. London: Public Health England.
- R. J. Sullivan; E. H. Hagen (2000). Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? (PDF). Retrieved September 2014
- RAND Corporation. (2007) The UN's Role in Nation Building: From the Congo to Iraq (PDF).
- Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors (Text with EEA relevance)

- Release (2017) Self-Representation Guide for Drug Possession Offences. London: Release. Available from: <https://www.release.org.uk/publications/self-representation-guide-for-drug-possession-offences>.
- Report to the European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction by the Reitox National Focal Point of France (2000) , l'Observatoire francais des drogues et des toxicomanies (OFDT), France Drug Situation 2000 (Paris, France: OFDT and EMCDDA, December 2000).
- Resolutions Adopted by the General Assembly During its First Session . United Nations. Retrieved 2008-03-24.
- Rigoni R, Breeksema J, Woods S (2018) Speed Limits: Harm Reduction for People who use Stimulants. Amsterdam: Mainline.
- Riley, E.D., et al. (2000). Comparing New Participants of a Mobile Versus a Pharmacy-Based Needle Exchange Program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 24(1), 57-61.; Moattia, J.P. et al. (2001). Multiple Access to Sterile Syringes for Injection Drug Users: Vending Machines, Needle Exchange Programs and Legal Pharmacy Sales in Marseille, France. *European Addiction Research*. 7, 40-45.
- Roger J Sullivan, Edward H Hagen and Peter Hammerstein (2008). Revealing the paradox of drug reward in human evolution . The Royal Society. Retrieved September 2014.
- Ronconi S, Camposeragna A, Stagnitta M, di Pino P, Fornero E (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Rovira Guardiola J (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Samuel Oakford (2016), Portugal's Example: What Happened After It Decriminalized All Drugs, From Weed to Heroin, April 20, 2016 <https://news.vice.com/article/ungass-portugal-what-happened-after-decriminalization-drugs-weed-to-heroin>
- Santa Cruz officials fume over medical pot club bust / DEA arrests founders, confiscates plants (2002) . San Francisco Chronicle. September 6, 2002. Retrieved August 31, 201
- Schäffer D (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Schori D (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Simon Power & Georgina te Heuheu, Drug Court Pilot Announced for Auckland (Oct. 19, 2011), <https://www.beehive.govt.nz/release/drug-court-pilot-announced-auckland>, archived at <https://perma.cc/6A5V-D46X>.

- 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
- 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.
- State and Federal Laws and Sanctions Concerning Drugs and Alcohol, (2018). Boston University <https://www.bu.edu/safety/alcohol-drugs/laws/>
- Statement by Mr Masatoshi Narita, Councillor, MHLW at the General Debate in the 57th CND <Japan>
- Statute of the International Court of Justice (2007) . International Court of Justice. Retrieved 2007-08-31.
- Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L, et al. (2018) ‘Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.’ *Lancet Infect Dis*.
- Stöver H (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
- Strang J, Groshkova T, Metrebian N (2012) New Heroin-assisted Treatment. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Successful UN Human Rights Council Elections Demonstrate UN Members are Taking Reform Effort Seriously. (2006) . Open Society Policy Center. 2006-05-09.
- Szalavitz, Maia (23 November 2010). Portugal’s Drug Experience: New Study Confirms Decriminalization Was a Success . *Time Magazine*. Retrieved 25 March 2016
- 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>
- Taylor, M.; Mackay, K.; Murphy, J.; McIntosh, A.; McIntosh, C.; Anderson, S.; Welch, K. (24 July 2012). Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland . *BMJ Open* 2 (4): e000774–e000774. doi:10.1136/bmjopen-2011-000774. Retrieved 8 October 2015.
- The DEA museum | Cannabis Culture Magazine (2012) . *Cannabisculture.com*. December 15, 2009. Archived from the original on January 19, 2012.
- 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> .
- The Shame of the United Nations (2007) . *New York Times*. 2006-02-26. Retrieved 2006-08-15

- The UN Millennium Development Goals (2007) . United Nations. Retrieved 2007-05-04.
- Tobacco regulation (3 Feb 2010): Saving livings vs personal freedom, Transform Drug Policy Foundation
- Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops, Ministry of Security and Justice
- Tom Blickman & Martin Jelsma (July 2009), Drug Policy Reform in Practice: Experiences with alternatives in Europe and the US, Transnational Institute,.
- Tony Ryall, Psychoactive Substances Amendment Act Passed (May 6, 2014), <https://www.beehive.govt.nz/release/psychoactive-substances-amendment-act-passed>
- Top Careers for Students of Criminology and Criminal Justice, (2014) . Portland State University. Retrieved 30 September 2014.
- Torsten Verrel. (2015). Kriminologisches Seminar, Rechts und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Bonn.
- Trimbos Institute: Cannabis use stable, but treatment demand rising; National Drug Monitor Annual Report 2006 (19-06-2007) Archived August 4, 2009, at the Wayback Machine.
- Turner C (2018) Substitute Prescribing Therapy. Freedom of Information response.
- U.S. Department of Justice Drug Enforcement Administration - FY 2016 Performance Budget Congressional Submission, (2016) . (PDF). [www.justice.gov](http://www.justice.gov)
- UN Charter: Chapter V, (2008). United Nations. Retrieved 2008-03-24.
- UN Human Rights Council Elections, (2007) . United Nations. Retrieved 2007-05-04.
- UN Security Council Members . United Nations. Retrieved 23 February 2011.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). Confronting unintended consequences: Drug control and the criminal black market (PDF). World Drug Report (United Nations). p. 174
- United Nations Office on Drugs and Crime . Confronting unintended consequences: Drug control and the criminal black market (PDF). World Drug Report (United Nations).
- United Nations Rules for the Treatment of the Prisoners. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (**GIZ**). (PDF) (2014). Retrieved from [www.giz.de](http://www.giz.de)
- UNODC (2018) World Drug Report 2018. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime.
- W.W. Willoughby (1925) Opium as an international problem, Baltimore, The Johns Hopkins Press,
- What America's Users Spend on Illegal Drugs 1988–1998, (2007). Office of National Drug Control Policy. December 2000. Archived from the original on 2007-03-12. Retrieved 2007-04-28
- White, Tony (2012), Working with Drug and Alcohol Users, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Windelinckx T (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.

Zou et al. (2001). Hepatitis C in Canada. *Canada Communicable Disease Report*. 27S3.; Remis, R. (2004) Estimating the incidence and prevalence of hepatitis C in Canada. Presented at the 2nd Canadian Conference on Hepatitis C: New Knowledge, New Hope. Vancouver, Canada.

## ประวัติผู้เขียน

### นายจิรวุฒิ ลิปิพันธ์

เกิดเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2519 ณ จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต (น.บ.) และนิติศาสตรมหาบัณฑิต (น.ม.) สาขากฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม จากคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต (น.ด.) จากคณะนิติศาสตร์ ปรินซ์ตัน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ปัจจุบันทำงานเป็นอาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ปรินซ์ตัน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต (2546-ปัจจุบัน) และดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้อำนวยการหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต อีกตำแหน่งหนึ่ง

วิชาที่ผู้เขียนรับผิดชอบการเรียนการสอนหลัก ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัยทางนิติศาสตร์ กฎหมายอาญา ภาคทั่วไป อาชญากรรมทางเศรษฐกิจ กฎหมายอาญาระหว่างประเทศ กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล และกฎหมายสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์เป็นวิทยากรและอาจารย์พิเศษให้กับหน่วยงานภายนอก อาทิเช่น คณะอนุกรรมการร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) (2556-2558) อาจารย์พิเศษผู้บรรยายพิเศษให้แก่ สถาบันบริหารงานสอบสวน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สบส.) (2557-ปัจจุบัน) และเป็นวิทยากรผู้บรรยายโครงการอบรมผู้ประกาศระดับต้น ของคณะกรรมการ กสทช. เป็นต้น

ผู้เขียนมีประสบการณ์ในงานวิจัยทางนิติศาสตร์ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 โดยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในผลงานวิจัยหลายเล่ม ทั้งที่เป็นผู้ช่วยงานวิจัยและผู้วิจัย โดยได้รับทุนสนับสนุนทั้งจากภายในมหาวิทยาลัย ธุรกิจบัณฑิต และจากหน่วยงานภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ โครงการกำลังใจ ในพระราชดำริ พระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา กระทรวงยุติธรรม, สำนักงานกิจการยุติธรรม (สจธ.), สถาบันปริกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ป.ป.ง.), สถาบันรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงาน ศาลอุทธรณ์ และสภาวิจัยแห่งชาติ (วช.)