



กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

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

รศ.บพ.ธีระวรรณรัตน์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนโดย ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก)



กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

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

กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

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

ผู้แต่ง: รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชีระ วรรณรัตน์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ
รติมา ดวงสนิท

ออกแบบโดย: สมรัก กองไชย

พิมพ์ครั้งที่ 1: มีนาคม 2564

จำนวนที่พิมพ์: 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

สนับสนุนโดย

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)

ถ้อยแถลงจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

“กัญชาทางการแพทย์” มีที่ใช้ในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ใช้กัญชาในทางที่ผิดอยู่เป็นจำนวนมากทั่วโลก จากการศึกษา พบอัตราของเด็กและเยาวชนที่ใช้กัญชาที่กลายเป็นผู้มีปัญหาจากการใช้กัญชาได้ราวร้อยละ 8 ของผู้ที่เคยใช้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีทั้งอาการทางจิตเวชบางชนิดและอาการเสพติดกัญชา ทั้งนี้ประเทศไทยได้เพิ่งมีการอนุญาตให้ใช้บางส่วนของกัญชาที่ไม่มีสาร THC ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดได้ หรือหากมีสารดังกล่าวก็มีในสัดส่วนที่ต่ำมาก ให้สามารถนำมาใช้บริโภคได้โดยทั่วไปไม่เฉพาะแต่ทางการแพทย์เท่านั้น จึงควรมีการสื่อสารให้เด็กและเยาวชนรับรู้ถึงข้อควรระวัง และการระมัดระวังการใช้กัญชาโดยทั่วไปเพื่อการสันทนการดังกล่าวและทางการแพทย์

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก) ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ธีระ วรธนารัตน์ ที่ได้กรุณาทบทวนองค์ความรู้จากต่างประเทศเกี่ยวกับนโยบายกัญชาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ ซึ่งเป็นกรทบทวนองค์ความรู้จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ในหนังสือเล่มนี้ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของนโยบายกัญชาในต่างประเทศเล่มนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการผลิตองค์ความรู้ และมาตรการใหม่ ๆ และขับเคลื่อนให้สังคมไทยสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างปลอดภัยและเกิดผลกระทบน้อยที่สุด

และขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ที่ให้การสนับสนุนในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่ให้ความรู้กับ นักเรียน นิสิต นักศึกษา นักวิจัย นักนโยบาย ผู้บริหาร และประชาชนชาวไทยในวงกว้างต่อไป

รศ.พญ. รัศมน กัลยาศิริ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

คำนำ

รายงานวิจัยฉบับนี้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ ครอบคลุมสถานการณ์ผลกระทบและกลไกควบคุมกำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2563) เพื่อให้เห็นขอบเขตองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสามารถนำมาประเมินความเป็นเหตุเป็นผลของการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ทั้งนี้นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในหลายต่อหลายประเทศได้รับการผลักดันด้วยเหตุผลหลักสามประการ ได้แก่ 1) สรรพคุณทางการแพทย์ 2) ผลเสียที่น้อยกว่ายาเสพติดประเภทอื่นและผลพลอยได้ในแง่การใช้เพื่อทดแทนและลดปัญหาจากยาเสพติดอื่น และ 3) ประโยชน์ในแง่รายได้จากการพาณิชย์ของห่วงโซ่การผลิตกัญชาทางการแพทย์ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

งานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าเหตุผลหลักทั้งสามประการนั้นเป็นจริงอย่างไร และได้วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และได้วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยและได้นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาดำเนินการ เพื่อให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

ขอขอบคุณ ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้
และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังที่มุ่งหวัง

รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
สถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์	5
ผลการศึกษา	15
ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์	33
แนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์	55
อภิปรายผลการศึกษา	93
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย	101

บทสรุป สำหรับผู้บริหาร



งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ ครอบคลุม สถานการณ์ ผลกระทบ และกลไกควบคุมกำกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2563) เพื่อให้เห็นขอบเขตองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสามารถนำมาประเมินความเป็นเหตุเป็นผลของการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ทั้งนี้ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในหลายประเทศได้รับการผลักดันด้วยเหตุผลหลักสามประการ ได้แก่ 1) สรรพคุณทางการแพทย์ 2) ผลเสียที่น้อยกว่ายาเสพติดประเภทอื่นและผลพลอยได้ในแง่การใช้เพื่อทดแทน และลดปัญหาจากยาเสพติดอื่นและ 3) ประโยชน์ในแง่รายได้จากการพาณิชย์ของห่วงโซ่การผลิตกัญชาทางการแพทย์และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

จากผลการศึกษาศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น หากว่ากันตามหลักฐานเชิงประจักษ์คงไม่สามารถตอบได้ว่าเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนด้วยเหตุผลที่พอเพียง และอาจมีแนวโน้มที่กระแสการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์จะถูกนำไปใช้เพื่อนำไปสู่การเรียกร้องให้เกิดนโยบายเสรีกัญชาในอนาคต

นอกจากนี้ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่แต่ละประเทศดำเนินการล้วนมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยสามารถจำแนกตามลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. Population: มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีโรคที่เฉพาะเจาะจง ไปจนถึงการใช้เพื่อบรรเทาอาการสำหรับประชาชนในวงกว้าง

2. Procurement: มีการกำหนดแหล่งที่มาของกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศมีทั้งแบบที่ให้ปลูกใช้เองที่บ้าน ให้ผลิตในประเทศหรือให้เฉพาะนำเข้าผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศหรือหลายรูปแบบร่วมกัน

3. Products: มีการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายลักษณะแตกต่างกันไปตั้งแต่การใช้ในรูปแบบส่วนของสมุนไพรมาเป็นยารักษาบรรเทาอาการ การใช้ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชา เช่น น้ำมัน ยาง หรือแม้แต่การอนุญาตให้ใช้เฉพาะสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการพิสูจน์ตามมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันและขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนปัจจุบันสำหรับรักษาเฉพาะโรคเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีทั้งในลักษณะที่จำกัดปริมาณสาร THC, CBD และที่ไม่จำกัดปริมาณ

4. Platform: ลักษณะการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แบ่งออกเป็น กลุ่มประเทศที่ควบคุมให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานพยาบาล กลุ่มประเทศที่ใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาลและกลุ่มประเทศที่ไม่ระบุ

5. Prescription: หากมองในภาพรวมจะพบว่าประเทศที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นจะกำหนดให้มีการสั่งจ่ายโดยแพทย์ มีบางส่วนที่กำหนดคุณสมบัติเฉพาะของผู้สั่งจ่ายที่ต้องผ่านการอบรม หรือเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีส่วนน้อยที่ให้จ่ายได้เองผ่านทางร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐและส่วนน้อยที่จะให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เองโดยเสรีโดยไม่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์

6. Professional responsiveness: ประเทศส่วนใหญ่ที่ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์มักมีลักษณะการผลักดันและขับเคลื่อนผ่านกลไกราชการ ผ่านทางกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุขโดยมิได้มีหลักฐานที่ชัดเจนของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และมีบางประเทศที่มีหลักฐานเรื่องการไม่ยอมรับในสรรพคุณของกัญชาและความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์จนเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างรัฐกับหน่วยงานสุขภาพ หรือองค์กรวิชาชีพ

7. Permission and regulation: ระบบการควบคุมกำกับ และเฝ้าระวังของแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันไปส่วนใหญ่มักใช้กลไกของกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บางประเทศตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อดูแลงานกัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ และมีบางประเทศที่ให้หน่วยงานด้านอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล เช่น หน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยเรานั้น การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในอดีตจนถึงปัจจุบันแม้จะมีความก้าวหน้าตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายแต่ยังมีประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา 6 เรื่องหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์, ผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพทางการแพทย์, การแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง, การขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา, ปัญหาด้านระบบการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชา และปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับการค้าเงินนโยบาย กัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่ พัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในเรื่องกัญชาและสารสกัดจากกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์, วิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพทั้งในรูปแบบแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก และวางแผนให้เกิดมาตรฐานการดูแลรักษา และ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล, บูรณาการการทำงานและพัฒนาแผนเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่น ๆ พัฒนานโยบาย และระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และสังคม จากการดำเนินนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย และวางแผนการศึกษาวิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบโดยยึดตามมาตรฐานสากล





กรณีศึกษานโยบายกัญชา

สถานการณ์ผลกระทบ แนวทางการจัดการและข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

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

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีความพยายามที่จะใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคและบรรเทาอาการต่าง ๆ มายาวนาน ปรากฏในตำราจำนวนมาก ช่วงที่กัญชาได้รับการจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดนั้นทำให้ขัดขวางการผลิต และการศึกษาวิจัยทางการแพทย์อย่างมาก อย่างไรก็ตาม ตามฐานข้อมูลการแพทย์แผนปัจจุบัน มีหลักฐานค่อนข้างจำกัดที่บ่งบอกความคุ้มค่าว่ากัญชาสามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด หรือเพื่อเพิ่มความอยากอาหารในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรังและการหดเกร็ง

สำหรับการแพทย์แผนไทยนั้น มีตำราการแพทย์แผนไทยหลากหลายที่กล่าวถึงสรรพคุณของกัญชา อาทิ คัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์ 3 ตำรับ ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 2 ตำรับ จารึกวัดโพธิ์ 14 ตำรับ ตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงษาธิราชสนิท 3 ตำรับ รวม 22 ตำรับ และมีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำราชั้นหลังอีก รวมทั้งสิ้น 90 ตำรับ (จากตำรับยาแผนไทยแห่งชาติที่ประกาศแล้วราว 23,000 ตำรับ) ในจำนวนนี้มีส่วนหนึ่งที่เข้าฝืนและด้วยห้ามใช้บางชนิด เมื่อมีการผ่อนผันให้ใช้กัญชาเป็นยาได้ จึงมีเพียง 16 ตำรับ

ที่ประกาศกำหนดให้เป็นตำรับยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่อนุญาตให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือศึกษาวิจัยได้ โดยจัดอยู่ในกลุ่ม “ตำรับยาที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตัวยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณที่แก้ปัญหาสาธารณสุข”

ในขณะที่การแพทย์แผนโบราณของประเทศอินเดียนั้นมี 6 ระบบ ได้แก่ อายุรเวท โยคะ สิทธา ยูนาณี ธรรมชาติดำบัต และโฮมิโอพาที จากการทบทวนตำรับยาทางการแพทย์ทั้ง 6 ระบบ พบว่ามี 1,092,000 ตำรับ โดยมีกัญชาปรากฏเป็นส่วนประกอบอยู่ในตำรับยาอายุรเวท 191 ตำรับ ใน 13 รูปแบบ/ขนาด (dosage form) เพื่อใช้รักษาและบรรเทาอาการรวม 29 โรค/อาการ แสดงว่ากัญชาเป็นส่วนผสมในตำรับยาจำนวนมาก³ กัญชาได้รับการจัดให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ในมอริเชียสซึ่งเป็นอาณานิคมของประเทศอังกฤษ ซึ่งพบปัญหาในหมู่กรรมกรชาวอินเดีย จึงห้ามใช้กัญชาตั้งแต่ ค.ศ.1840 ต่อมาสิงคโปร์ก็ออกกฎหมายห้ามในปี ค.ศ. 1870 ตามมาด้วยประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกโดยมีการประชุมนานาชาติในปี ค.ศ. 1925 ณ กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ ออกอนุสัญญาระหว่างประเทศเรื่องฝิ่น และการนำเข้ากัญชาจะต้องใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์เท่านั้นนอกจากนี้บางประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา มีการออกรัฐบัญญัติภาษีกัญชาห้ามผลิตกัญชาและกัญชาอีกด้วย ทั้งนี้นโยบายการเข้มงวดในการควบคุมและปราบปรามกัญชานั้นคงอยู่อย่างยาวนานกว่า 3 ทศวรรษ

ประเทศแรกที่น่าร่องผ่อนคลายการควบคุมคือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเริ่มแบ่งยาเสพติดเป็นกลุ่มอันตรายมากกว่าและอันตรายน้อยกว่าโดยจัดกัญชาอยู่ในกลุ่มที่อันตรายน้อยกว่าในปี ค.ศ.1972 โดยกำหนดว่าการครอบครองกัญชาไม่เกิน 30 กรัมเป็นความผิดอาญาไม่ร้ายแรง และยอมให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในคอฟฟี่ชอปตั้งแต่ปี ค.ศ.1976

อูรุกวัยเป็นประเทศแรกที่เปิดให้ใช้กัญชาได้อย่างกว้างขวางโดยออกกฎหมายเมื่อเดือนธันวาคม 2013 และสิงหาคม 2014 ให้ประชาชนปลูกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น โดยให้รวมกลุ่มเป็นสโมสรผู้ปลูกกัญชา และมีร้านขายกัญชาได้โดยรัฐเป็นผู้ควบคุมในขณะที่ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่สอง ที่เปิดให้ใช้กัญชาอย่างเสรีได้เมื่อ 17 ตุลาคม 2018

โดยมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมได้ทั้งในคนและในสัตว์ แต่กำหนดให้มีสารสกัด THC ไม่เกิน 10 ส่วนในล้านส่วน และอนุญาตให้ใช้ยา Nabiximols (Sativex®) เป็นยาสารสกัดกัญชาที่จำหน่ายในแคนาดาได้ในสถานะของยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์

ประเทศสหรัฐอเมริกา现在有 7 มลรัฐที่แก้ไขกฎหมายลดความเข้มงวดในการควบคุมลงในช่วงปี ค.ศ.1972-1978 และมลรัฐวอชิงตันเป็นรัฐแรกที่เปิดให้กัญชาถูกกฎหมายในปี ค.ศ. 2014 และมลรัฐโคโลราโดเป็นรัฐที่สอง ซึ่งเปิดให้กัญชาถูกกฎหมายและมีการเปิดสโมสรกัญชาในปี ค.ศ. 2015 เพื่อให้คนไปสูบกัญชา แต่ไม่อนุญาตให้มีการซื้อขายกัญชาในสโมสรอย่างไรก็ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา (Federal law) ยังจัดว่ากัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ความแตกต่างของกฎหมายระหว่างของมลรัฐและของประเทศส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ในปี ค.ศ.2013 มลรัฐแคลิฟอร์เนียมีกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ และมีการขายกัญชาในร้านยาจำนวนมากจนเกิดปัญหาการใช้ในทางที่ผิดทั้งโดยผู้ใช้กัญชาและบุคลากรทางการแพทย์ศาลสูงสุดของมลรัฐแคลิฟอร์เนียได้ตัดสินว่า รัฐบาลท้องถิ่นสามารถสั่งห้ามร้านยามีให้จำหน่ายกัญชาได้ แม้กฎหมายของรัฐจะอนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ได้ก็ตาม ทำให้มีการสั่งห้ามขายกัญชาในร้านยาอย่างน้อย 180 เมืองในมลรัฐแคลิฟอร์เนียในระยะเวลาต่อมา

รายงานยาเสพติดโลก (World Drug Report) ปี ค.ศ.2019 ของสหประชาชาติระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่มีการผลิต ลักลอบ และบริโภคมากที่สุดในโลก และประมาณว่ามีคนเสวกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ ราว 188 ล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 และอัตราการเสฟเพิ่มขึ้นมากในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย²

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดนานาชาติ หรือ International Narcotics Control Board (INCB) ซึ่งเป็นกลไกหลักด้านนโยบายและวิชาการเกี่ยวกับยาเสพติดของสหประชาชาติ ได้ออกรายงานในเดือนมีนาคม 2019 โดยเตือนว่า การปลดล็อกกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์นั้น มีประโยชน์ที่พิสูจน์ได้จริงจำกัดมาก หลักฐานทางวิชาการตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีอยู่นั้นมีน้อย โดยงานวิจัยที่อ้างอิงเพื่อสนับสนุนการใช้ทางการแพทย์นั้นยังไม่เข้มแข็ง มีจุดอ่อนจากวิธีการวิจัยอยู่มาก และระบุว่า กัญชานั้นไม่สามารถนำมาทดแทนการรักษามาตรฐานได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคใดก็ตาม อัตราการเกิดผลข้างเคียงหรือผลไม่พึงประสงค์มีสูง และหากไปประเมินผลกระทบจากการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ในประเทศต่าง ๆ มาแล้ว พบว่า ประเทศเหล่านั้นเกิดปัญหาสาธารณสุข และทางสังคมตามมาหลายเรื่อง ไม่สามารถควบคุมกระบวนการต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดการผลิต ค้าขายและแอบใช้ผิดวัตถุประสงค์มากมาย จนยากที่จะแก้ไข เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา เป็นต้น³

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการผลักดันให้เกิดการแก้ไข พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ โดยเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ตั้งแต่ 27 ก.ย. 2561 และผ่านกระบวนการต่าง ๆ จนผ่านการรับรองทั้ง 3 วาระ และประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อ 25 ธ.ค. 2561 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 ก.พ. 2562 เจตนารมณ์ของพ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ.2562 มีใจความสำคัญเพื่อเปิดช่องให้นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย แต่ยังคงไม่อนุญาตให้เสพเพื่อความบันเทิงหรือนันทนาการ นอกจาก พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 แล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขอีก 2 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 26 ก.พ. 2562 เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วยตามมาตรา 22(2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2562 เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญสอดคล้องกับ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ และกำหนดข้อยกเว้นสำหรับสารสกัดจากกัญชา CBD ที่มีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99

และ THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก รวมถึงเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

แม้ประเทศไทยจะเพิ่งดำเนินการปลดล็อคให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในปี 2019 นี้ แต่ปรากฏการณ์ทางสังคมหลายเรื่องก็เริ่มสังเกตได้ชัดเจนมากขึ้นจากการนำเสนอข่าวต่าง ๆ ผ่านทางสื่อมวลชน และเครือข่ายสังคม เช่น ความเชื่อว่ากัญชารักษาได้ทุกโรค การเติบโตของธุรกิจซื้อขายกัญชาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างผิดกฎหมายผ่านทางสื่อออนไลน์ การสร้างระบบการตลาดด้านกัญชาโดยมีตัวแทน และ/หรือการประยุกต์วิธีทางการตลาด เช่น Multi-level marketing ตลอดจนผลกระทบที่เกิดต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ภาระงานจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากผลไม่พึงประสงค์จากกัญชาทั้งเด็ก เยาวชน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ⁴

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมานั้นยังไม่มีการศึกษาเพื่อรวบรวมบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย รวมถึงกรอบการควบคุมติดตาม กำกับกับการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการทบทวนข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ และผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว เพื่อสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศไทย และแวดวงวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้พิจารณาวางแผนดำเนินนโยบายติดตาม กำกับ ประเมินผล รวมถึงการจัดการกลไกเพื่อเตรียมรับมือกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1 ทบทวนสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของต่างประเทศและประเทศไทย
- 2 ทบทวนผลการศึกษาวิจัยและข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศและประเทศไทย
- 3 ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย
- 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดการนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

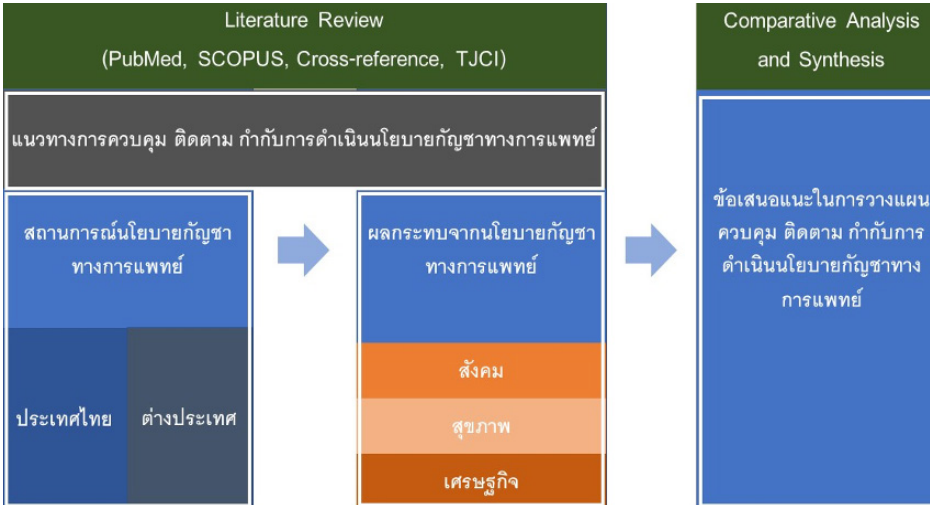
ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้จะดำเนินการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลหลักทางด้าน การแพทย์และด้านสุขภาพระดับนานาชาติ ได้แก่ PubMed และ SCOPUS ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และดึงงานวิจัยและ/หรือข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกอ้างอิงจากงานวิจัยที่ค้นหาได้ (Cross reference) ส่วนข้อมูลงานวิจัยภาษาไทยจะดำเนินการค้นหาจาก ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1 ทบทวนสถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของต่างประเทศและประเทศไทย
- 2 องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย
- 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

กรอบแนวคิด



ตัวแปรที่ศึกษา/นิยามคำศัพท์

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

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

นโยบายสาธารณะ (public policy) ในอดีตนั้น หมายถึง แนวทางกิจกรรม การกระทำ หรือการเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาล ได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้้นำให้มีกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชน ผู้ใช้บริการในแต่ละเรื่อง ทั้งนี้ในทางปฏิบัติแล้ว นโยบายสาธารณะส่วนใหญ่ได้รับการประกาศโดยรัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐ อันครอบคลุมถึง 1. สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกจะกระทำหรือไม่กระทำ 2. กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐจัดทำขึ้นเช่น การจัดการบริการสาธารณะ (public services), การจัดทำสินค้าสาธารณะ (public goods), การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย 3.แนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือแนวทางที่รัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา 4. ความคิดของรัฐที่กำหนดว่าจะทำอะไรหรือไม่ อย่างไร เพียงไร เมื่อไร 5. แนวทางที่รัฐบาล และ/หรือหน่วยงานรัฐ (ไม่ว่าจะระดับใด) กำหนดขึ้นเพื่อล่วงหน้า เพื่อเป็นการชี้้นำให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ตามมา อย่างไรก็ตาม แนวคิดด้านนโยบายสาธารณะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยมีความเชื่อว่านโยบายสาธารณะสามารถเกิดจากภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชน และสังคมได้ด้วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดค่านิยมใหม่ของนโยบายสาธารณะว่าเป็น “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่าควร จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น” หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นทางการ แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ที่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็น “นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม”

รูปแบบการศึกษา

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



พื้นที่ ประชากร จำนวนขนาดตัวอย่าง และการเลือกตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลหลักตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยครอบคลุมกรณีศึกษาต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายแนวทางการควบคุม ติดตามกำกับการดำเนินนโยบาย และข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยเท่าที่มีอยู่และเข้าถึงได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการสืบค้นข้อมูล: ใช้เว็บไซต์ของฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ www.pubmed.gov, www.scopus.com, https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/search.html คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลหลัก PubMed, SCOPUS, TJCI ได้แก่ cannabi*, marijuana, CBD, THC, policy, medical cannabi*, impact, consequence*, evaluat*, regulat*, กัญชา, นโยบาย, กัญชาทางการแพทย์, ผลกระทบ

เอกสารอ้างอิง

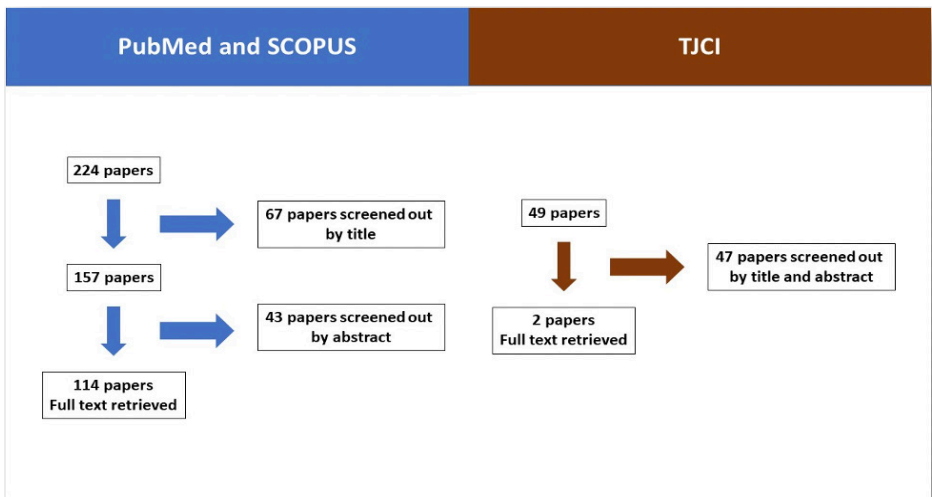
1. วิชัย โชควิวัฒน์. *กัญชา กัญญา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ*. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562 หน้าที่ 382-340.
2. World Drug Report 2019. United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>
3. Report of the International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

ผลการศึกษา



จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์

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



รูปที่ 1: จำนวนงานวิจัยภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่ได้จากการสืบค้นจนถึง 31 มีนาคม 2563

สถานการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์

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

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันดีว่า สถานการณ์ของแต่ละประเทศเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในรายงานนี้ จึงนำเสนอภาพรวมของสถานการณ์ล่าสุดถึงเดือนมีนาคม 2563 เท่านั้น โดยมุ่งเน้นที่สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติมที่สำคัญของแต่ละประเทศ รายละเอียดของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ของแต่ละประเทศมีดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: สถานการณ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของ 56 ประเทศทั่วโลก

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
อาร์เจนตินา	ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 21 กันยายน 2017

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

ออสเตรเลีย



ทางการแพทย์ทั้งระดับประเทศ (Federal level) ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2016 และระดับรัฐ (State level) โดยรัฐวิกตอเรียเป็นรัฐแรกที่ประกาศอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ 12 เมษายน 2016 อย่างไรก็ตาม ข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ

ออสเตรีย



ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ 9 กรกฎาคม 2008

บาร์บาดอส



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 27 พฤศจิกายน 2019

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

เบอร์มิวด้า



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2016

บราซิล



ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่
หมดหวังจากการรักษาอื่น ตั้งแต่ปี 2015

แคนาดา



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2001

ชิลี



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2014 สามารถปลูกได้
หากได้รับการอนุมัติจากหน่วยงาน The Chil-
ean Agriculture Service (SAG) และการจ่าย
เพื่อใช้เป็นยานั้นจะต้องมีใบสั่งยาผ่านร้าน
ขายยา

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

โคลอมเบีย



ทางการแพทย์ ตั้งแต่กรกฎาคม 2016

โครเอเชีย



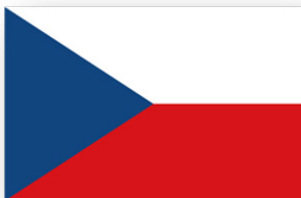
ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ได้แก่ มะเร็ง เอ็ดส์ และปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) ตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2015

บาร์บาดอส



เริ่มอนุญาตให้ใช้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ มกราคม 2017 และขยายเป็นลูกกฎหมายตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2019

สาธารณรัฐเชค



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2013

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

เดนมาร์ค



ทางการแพทย์ โดยทดลองนำร่องเป็นระยะเวลา
4 ปี ตั้งแต่ มกราคม 2018

เอกวาดอร์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ กันยายน 2019

เอสโตเนีย



ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่
ปี 2005

ฟินแลนด์



ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอนุมัติ
(Medical marijuana card) โดย Finnish
Medicines Agency (FIMEA) เท่านั้น ตั้งแต่ปี
2014

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

ฝรั่งเศส



ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้นตั้งแต่ปี 2013

จอร์เจีย



ตั้งแต่ 16 เมษายน 2015 สามารถใช้ได้เฉพาะน้ำมันกัญชาที่มี THC น้อยกว่า 5% โดยครอบครองได้ไม่เกิน 20 ออนซ์ และต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่กำหนดในกฎหมาย 10 โรค ได้แก่ Amyotrophic lateral sclerosis, Crohn's disease, มะเร็ง, อาการปวดรุนแรงจนทนไม่ได้, Mitochondrial disease, ปอดอักเสบเรื้อรัง, พาร์กินสัน, Post-traumatic stress disorder, Sickle cell disease และโรคลมชัก

เยอรมัน



ตั้งแต่ปี 2017 อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่อาการหนัก และแพทย์ลงความเห็นว่ามีวิธีการรักษาอื่นแล้ว

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

กานา



ทางการแพทย์หากใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีส่วนผสมของ THC น้อยกว่า 0.3% ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2020

กรีซ



ทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2018 ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยโดยแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย

เอสโตเนีย



ทางการแพทย์โดยทดลองนำร่องเป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่มีมิถุนายน 2019

อิสราเอล



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

อิตาลี



ทางการแพทย์ ตั้งแต่มกราคม 2013 โดยแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน เพื่อลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคปลอกประสาทเสื่อม และไขสันหลังบาดเจ็บ, รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด ฉายแสง หรือจากอาการไม่พึงประสงค์ของการรักษา HIV, กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยเอดส์ มะเร็ง ผอมแห้ง และ anorexia, ลดความดันโลหิตในโรคต้อหิน, และลดอาการกระตุกในผู้ป่วยโรค Tourette syndrome

จาไมกา



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2018

เกาหลีใต้



ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่พฤศจิกายน 2018

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p data-bbox="258 300 365 327">เลบานอน</p> 	<p data-bbox="586 400 956 437">ทางการแพทย์ ตั้งแต่เมษายน 2020</p>
<p data-bbox="264 579 356 611">ลิทัวเนีย</p> 	<p data-bbox="572 671 975 711">ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 11 ตุลาคม 2018</p>
<p data-bbox="247 866 372 898">ลักเซมเบิร์ก</p> 	<p data-bbox="586 975 960 1015">ทางการแพทย์ ตั้งแต่มิถุนายน 2018</p>
<p data-bbox="269 1182 348 1214">มาลาวี</p> 	<p data-bbox="553 1286 992 1326">ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ 2020</p>

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

มอลตา



ทางการแพทย์ ตั้งแต่มีนาคม 2018

เม็กซิโก



ตั้งแต่มิถุนายน 2017 สามารถใช้ได้เฉพาะ
น้ำมันกัญชาที่มี THC น้อยกว่า 1%

เนเธอร์แลนด์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2003

นิวซีแลนด์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ธันวาคม 2018

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

มาเซโดเนียเหนือ



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2016

นอร์เวย์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ธันวาคม 2017

เปรู



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2017

ฟิลิปปินส์



ตั้งแต่ปี 1992 ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรืออาการรุนแรง ที่ได้รับอนุมัติจาก Dangerous Drugs Board โดยตั้งแต่อดีตถึงธันวาคม 2018 มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่เคยได้รับอนุมัติ

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

โปแลนด์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่กรกฎาคม 2017

โปรตุเกส



ทางการแพทย์ ตั้งแต่กรกฎาคม 2018

โรมาเนีย



ตั้งแต่ 2013 สามารถใช้ได้เฉพาะน้ำมันกัญชา
ที่มี THC น้อยกว่า 0.2%

เซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ธันวาคม 2018

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

ซาน มาริโน



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 2016

สโลเวเนีย



ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น
ตั้งแต่ปี 2013

แอฟริกาใต้



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 2018

สเปน



อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว
เท่านั้นในบางแคว้น ตั้งแต่ตุลาคม 2005

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

ศรีลังกา



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 1980 ภายใต้กฎหมาย
อายุเวช

สวิตเซอร์แลนด์



ทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2011 ใช้ได้สำหรับผู้ป่วย
ระยะท้ายหรืออาการหนัก ผู้ป่วยโรคลมชักโดย
แพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย ทั้งนี้มีการกำหนดให้จ่ายยา
ผ่านร้านขายยาเฉพาะแห่งที่ได้รับอนุญาต

ไทย



ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 2018 ภายใต้ข้อกำหนด
การใช้ตำรับยาทางแพทย์แผนไทย และการใช้
กัญชาสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันให้ทำตาม
ข้อบ่งชี้ที่กำหนดโดยกรมการแพทย์กระทรวง
สาธารณสุข ทั้งนี้ผู้จ่ายยากัญชาจะต้องผ่านการ
อบรมระยะสั้นหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์

ซิมบับเว



ทางการแพทย์ตั้งแต่ 27 เมษายน 2018

ประเทศ

สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม
(หากมี)

สหราชอาณาจักร



อนุญาตให้ใช้ได้เฉพาะยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2018 โดยส่งจ่ายผ่านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้ในกรณีที่ไม่มีทางเลือกในการรักษามาตรฐานแล้ว และใช้สำหรับบางโรคที่มีหลักฐานวิชาการชัดเจนเท่านั้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดอาการเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อม เป็นต้น

สหรัฐอเมริกา



ทางการแพทย์ใน 33 รัฐ 4 เขตการปกครอง และในกรุงวอชิงตันดีซี แต่กฎหมายระดับประเทศยังถือว่าผิดกฎหมาย โดยรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกที่เริ่มตั้งแต่ปี 1996 และในปัจจุบันมี 14 รัฐที่อนุญาตให้ใช้โดยกำหนดเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีสาร CBD สูง THC ต่ำ

อูรูกวัย



ถูกกฎหมายตั้งแต่ธันวาคม 2013 โดยกำหนดโควตาการใช้คนละไม่เกิน 10 กรัมต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ ผู้ที่ต้องการใช้จะต้องลงทะเบียนยืนยันตัวตนและที่อยู่กับหน่วยงานควบคุมกำกับ (Institution of Regulation and Control of Cannabis) เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้ร้านขายยาดำเนินการตรวจสอบผ่านระบบสแกนลายนิ้วมือ และสามารถเช็คปริมาณการใช้ของแต่ละคนได้

ประเทศ	สถานะทางกฎหมายและข้อกำหนดเพิ่มเติม (หากมี)
<p>วานูอาตู</p> 	<p>ทางการแพทย์ตั้งแต่ 20 กันยายน 2018 โดยรัฐมุ่งหวังที่จะใช้แก้ไขปัญหาเบาหวาน ในขณะที่ปัจจุบันยังมีการคัดค้านจากแพทย์ในประเทศ ด้วยเหตุผลเรื่องการขาดข้อมูลวิชาการที่เพียงพอและกังวลต่อผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น</p>
<p>แซมเบีย</p> 	<p>ทางการแพทย์ ตั้งแต่ธันวาคม 2019 ทั้งนี้กระทรวงสุขภาพมีความไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าวเพราะขาดข้อมูลวิชาการที่เพียงพอ และกังวลต่อผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น</p>

เอกสารอ้างอิง

1. Habibi, Roojin; Hoffman, Steven J. (March 2018). "Legalizing Cannabis Violates the UN Drug Control Treaties, But Progressive Countries Like Canada Have Options". Ottawa Law Review. 49 (2).
2. Cannabis Policy: Status and Recent Developments. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/cannabis-policy/html_en
3. Report of the International Narcotics Control Board 2018. International Narcotics Control Board (INCB). United Nations. Available at: <https://www.incb.org/incb/en-publications/annual-reports/annual-report-2018.html>
4. State Medical Marijuana Laws. National Conference of State Legislatures. Accessed at 31 March 2020. Available at: <https://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana5>.
5. Therapeutic Goods Administration. Department of Health. Australian Government. Available at: <https://www.tga.gov.au/>

6. Emmanuel Akyeampong; Allan G. Hill; Arthur Kleinman (1 May 2015). The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa. Indiana University Press. pp. 39–. ISBN 978-0-253-01304-0.
7. Areesantichai C, Perngpam U, Pilley C. Current cannabis-related situation in the Asia-Pacific region. *Curr Opin Psychiatry*. 2020 Jul;33(4):352-359.
8. Tomiyama KI, Funada M. [Present Conditions of Marijuana Regulation in USA: Medical and Recreational Use]. *Yakugaku Zasshi*. 2020;140(2):179-192. Japanese.
9. Tolmein O. Medizinische Versorgung mit Cannabis – die Rechtslage klärt sich [Medical prescription of cannabis-the legal situation becomes clarified]. *Schmerz*. 2019 Oct;33(5):443-448.
10. Knöss W, van de Velde M, Sandvos C, Cremer-Schaeffer P. Key elements of legal environments for medical use of cannabis in different countries. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Jul;62(7):855-860.
11. Pinkas J, Jabotonski P, Kidawa M, Wierzba W. Use of marijuana for medical purposes. *Ann Agric Environ Med*. 2016 Sep;23(3):525-8.
12. Singh D, Chawarski MC, Schottenfeld R, Vicknasingam B. Substance Abuse and the HIV Situation in Malaysia. *J Food Drug Anal*. 2013 Dec;21(4):S46-S51
13. Shelef A, Mashiah M, Schumacher I, Shine O, Baruch Y. [Medical grade cannabis (MGC): regulation mechanisms, the present situation around the world and in Israel]. *Harefuah*. 2011 Dec;150(12):913-7, 935, 934.
14. Kiriike N. [Current situation of drug dependence and task against it]. *Nihon Rinsho*. 2010 Aug;68(8):1425-9. Japanese.
15. Wada K, Ozaki S, Kondo A. [Current situation of and the political measures for drug abuse/dependence]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2008 Apr;43(2):120-31.
16. วิชัย โชควิวัฒน์. กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562.
17. ระพีพงศ์ สุพรรณไพรมายัตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561.
18. Kancha (Cannabis) Act, B.E. 2477 (1934), Thailand. *Government Gazette*, Vol. 52, Part 0A. Pages 339–43. Published 5 May 1935.

ผลกระทบจากนโยบาย กัญชาทางการแพทย์



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

หลักการที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายและผลกระทบ

วงการวิชาการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และมักแบ่งออกเป็นสองฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายที่มองว่าจะเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยพิจารณาว่าหากทำให้คนเข้าถึงกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยมีหลักฐานยืนยันว่าไม่ก่อให้เกิดการใช้กัญชามากขึ้น และเป็นการทำให้กลุ่มที่ลึกลอบใช้เพื่อแก้ไขปัญห สุขภาพของตนเอง ได้กลับเข้ามาสู่วงจรที่เป็นทางการถูกกฎหมายแล้ว น่าจะเป็นผลดีต่อทุกฝ่าย ทั้งในมุมมองของรัฐที่จะทราบปริมาณการใช้กำหนดแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับได้ง่ายขึ้น ตลอดจนสามารถจัดเก็บภาษีเข้าสู่รัฐได้อีกทางหนึ่ง ในขณะที่ในมุมมองของผู้บริโภคถือเป็นการดีที่จะได้ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและราคาเป็นธรรม ไม่ตกอยู่ในเงื้อมมือของตลาดมืด

ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่ง กังวลเรื่องผลที่อาจทำให้มีการหันมาใช้กัญชากันมากเกินไป ที่ควร ซึ่งหากอยู่ในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่นก็อาจส่งผลกระทบทางลบตามมาอีกหลายมิติ ตลอด

จนสุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดระยะยาวและปัญหาสุขภาพจิตชนิดอื่น ๆ ที่รุนแรงในอนาคต¹

แนวคิดที่ว่าด้วยการเปิดเสรีกัญชา รวมถึงการผลักดันให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ว่าจะส่งผลต่อการใช้กัญชามากขึ้นนั้นมักอธิบายด้วยเหตุผลว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับโทษของกัญชาที่น้อยลง ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมต่อการตอบรับกัญชา ผลต่อราคาที่ทำให้ถูกลงและเข้าถึงได้ง่าย ตลอดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตเพราะความไม่สอดคล้องกับตัวบทกฎหมายที่มีอยู่ในสังคมทั้งที่อาศัยอยู่และต่างถิ่น และแนวโน้มที่การใช้กัญชาจะยังคงถูกตีตราจากสังคมโดยรวม จนผลักดันให้ผู้บริโภคกัญชาไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี สุ่มเสี่ยงต่อกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่จะพิสูจน์ได้ว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นจะไปในทิศทางใด เนื่องจากมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ และผลที่จะเกิดขึ้นมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมทางสังคมหลายปัจจัย รวมถึงเงื่อนไขของการดำเนินนโยบายที่แตกต่างกัน²⁻⁸

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พยายามตอบคำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายจึงเน้นเจาะเฉพาะประเด็น เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย และทำในระยะเวลาที่จำกัด โดยไม่ค่อยมีพื้นที่เปรียบเทียบในระยะเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาของประชาชน

มีงานวิจัยทั้งสิ้น 22 ชิ้นที่ได้ทำการประเมินผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาของประชาชน ทั้งนี้ได้มีการประเมินโดยใช้ระยะเวลา กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป งานวิจัยทุกชิ้นประเมินประวัติการใช้กัญชาในช่วงหนึ่งเดือนและหนึ่งปีที่ผ่านมา มี 13 ชิ้นที่ประเมินความถี่ในการใช้กัญชา และกว่าครึ่งหนึ่งของงานวิจัยทั้งหมด (16 ชิ้น) ได้ทำการประเมินในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนที่เหลือทำการศึกษาที่คาบเกี่ยวกับระหว่างกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่

จากผลการศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่มีแนวโน้มสอดคล้องกันว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นอาจไม่ค่อยส่งผลต่ออัตราความชุกของการใช้กัญชาในกลุ่มวัยรุ่น แม้จะมีงานวิจัย

ขั้นหนึ่งที่ชี้ว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์กับความชุกของการใช้กัญชาในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{9,10-17} แต่งานวิจัยนั้นมีจุดอ่อนด้านระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งผลต่อผลที่ประเมิน อย่างไรก็ตามงานวิจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานั้นมักเป็นการประเมินในภาพรวม มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่พยายามเจาะลึกดูรายละเอียดแต่ละมาตรการ ทั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดจุดแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้เข้าถึงง่าย การอนุญาตให้คนสามารถครอบครองในปริมาณมาก และการให้ขึ้นทะเบียนทั้งโดยสมัครใจและบังคับ ล้วนมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นในวัยรุ่น¹⁸⁻³³

มีการศึกษา 2 ชิ้นที่ทำในคนอายุตั้งแต่ 12-20 ปี โดยงานแรกทำการศึกษาตั้งแต่ปี 2004-2012 พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นส่งผลให้มีการเริ่มลองใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อ็อกงานวิจัยทำในช่วง 1997-2005 พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้มีจำนวนวันในการใช้กัญชามากขึ้น แต่ไม่ได้เพิ่มสัดส่วนผู้ใช้กัญชาในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา³⁴⁻³⁵

ในขณะที่งานวิจัยที่ทำในวัยรุ่นใหญ่นั้น ส่วนใหญ่มีความชัดเจนมากกว่าภายหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปแล้วจะส่งผลให้มีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีงานวิจัยอยู่ 2 ชิ้นที่พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การที่มีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นนั้น หากวิเคราะห์แบบแยกกลุ่มอายุ จะพบว่า จะเห็นชัดเจนในกลุ่มวัยรุ่นใหญ่ที่อายุมากกว่า 25 ปี ส่วนอายุ 18-25 ปีนั้นมักเห็นผลที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญหรือเพิ่มขึ้นไม่มากเท่ากับกลุ่มอายุมากกว่า 25 ปี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า รัฐที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีการควบคุมกำกับไม่เข้มข้น เช่น เปิดโอกาสให้มีจุดแจกจ่ายจำนวนมาก หรือกำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ไม่ชัดเจน อาทิ ใช้สำหรับอาการปวดโดยไม่จำกัดเฉพาะโรค จะส่งผลให้มีการใช้กัญชาในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นมากกว่ารัฐที่มีกฎระเบียบที่เข้มข้น²⁸⁻³⁸

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้มานั้น มีถึง 16 ชิ้นในกลุ่มวัยรุ่นที่ดึงข้อมูลมาจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ฐานข้อมูลการสำรวจโรงเรียน 2 แหล่ง และฐานข้อมูลการสำรวจครัวเรือน

1 แหล่ง โดยมักใช้ฐานข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมือนกัน ในขณะที่เดียวกัน งานวิจัยที่ศึกษากลุ่มวิจัยผู้ใหญ่ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือการอิงฐานข้อมูลการสำรวจครัวเรือนเพียงแหล่งเดียว ดังนั้นลักษณะของผลการวิจัยแต่ละชิ้นจึงอาจไม่ได้เป็นอิสระต่อกันสักเท่าใดนัก

ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อภาวะเสพติดกัญชา

มีงานวิจัย 7 ชิ้น ที่พยายามศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับภาวะเสพติดกัญชาของประชาชน รวมถึงจำนวนการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชา ทั้งในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแต่วิธีการศึกษามีความหลากหลาย และผลที่ได้ก็มีความแตกต่างกันอย่างมากทั้งเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง ไม่สามารถที่จะนำมาเป็นข้อสรุปได้ทางใดทางหนึ่ง



งานวิจัยในช่วงแรก ๆ มักทำการศึกษาในพื้นที่ที่ประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ก่อนปี 2010 พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชานั้นมีทั้งเพิ่ม ลด และไม่เปลี่ยนแปลง แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่^{25,39}

ในขณะที่งานวิจัยในช่วงตั้งแต่ปี 2012 เป็นต้นมา พบว่า พื้นที่ที่มีการอนุญาตให้มีจุดแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์ที่มีใช้สถานพยาบาลจะมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเสพติดกัญชามากกว่าพื้นที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งภาพรวมทุกช่วงวัย และกลุ่มวัยรุ่น³⁵ นอกจากนี้งานวิจัยอื่น ๆ ที่มีการให้กลุ่มเป้าหมายทำการประเมินภาวะเสพติดกัญชาด้วยตนเอง ก็พบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีความสัมพันธ์กับความชุกที่เพิ่มขึ้นของภาวะเสพติดกัญชาในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ และผลที่เกิดขึ้นนั้นยิ่งมากในพื้นที่ที่อนุญาตให้มีจุดแจกจ่ายกัญชาที่มีใช้สถานพยาบาล และพื้นที่ที่อนุญาตให้มีการปลูกกัญชาเองเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์^{28,34,36,40}

ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์

มีงานวิจัย 5 ชิ้นที่พยายามตอบคำถามเกี่ยวกับผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์^{19,23,34,44-45} โดยใช้วิธีให้ประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองในรอบเดือนที่ผ่านมา และดูลักษณะการดื่มหนัก (Binge drinking)

งานวิจัย 2 ชิ้นได้ทำการประเมินในเด็กนักเรียนระดับมัธยม พบว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กนักเรียนในรอบเดือนที่ผ่านมาและลักษณะการดื่มหนัก^{19,23} ในขณะที่งานวิจัยอีกหนึ่งชิ้นได้ศึกษาในเยาวชนอายุน้อยกว่า 21 ปี ก็ได้ผลเช่นเดียวกันทั้งในพื้นที่ที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์แบบเคร่งครัดและแบบที่เคร่งครัดน้อยกว่า³⁴

ด้วยข้อมูลวิชาการที่มีในขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการประกาศให้มีการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จะช่วยให้ปัญหาเสพติดแอลกอฮอล์ลดลงได้

สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่ งานวิจัยก็ได้ผลคล้ายคลึงกันโดยมีงานวิจัย 2 ชิ้นพบว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นไม่ได้ส่งผลให้ความสุขของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่เปลี่ยนแปลงไปแต่จำนวนคนที่ดื่มหนักนั้นลดลงอย่างน้อยสำคัญส่วนผลต่อการลดปริมาณการขายแอลกอฮอล์และการเกิดอุบัติเหตุจากรถที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตนั้น งานวิจัยหลายชิ้นยัง

ให้ผลที่ขัดแย้งกัน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยเชิงลึกโดยใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลตั้งแต่ปี 2004-2012 เปรียบเทียบพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับพื้นที่ที่ไม่มีนโยบายพบว่าไม่ได้มีผลต่ออัตราความสุขของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ในรอบเดือนที่ผ่านมาและไม่มีผลต่อปริมาณการดื่มโดยรวม แต่พบว่าพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่เคร่งครัดจะส่งผลให้มีคนที่ดื่มหนักมากกว่า และมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับการใช้กัญชามากขึ้นกว่าพื้นที่ที่ดำเนินการอย่างเคร่งครัด³⁴



ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สารเสพติดประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยมีการตั้งสมมติฐานว่าสารสกัดจากกัญชาประเภท Cannabinoids จะสามารถนำมาใช้ทดแทนสารประเภทฝิ่น เพื่อลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม สมมติฐานดังกล่าวก็ยังค่อนข้างห่างไกลจากความเป็นจริง เพราะมีงานวิจัยที่ดำเนินการศึกษาแล้วพบว่า มีฤทธิ์ลดปวดได้ไม่ดึนัง ยังไม่สามารถนำมาใช้ทดแทนการรักษามาตรฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันได้^{1,46-51}

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และการส่งจ่ายยาแก้ปวด หลายงานวิจัยชี้ให้เห็นไปในทางเดียวกันว่ากลุ่มผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นกลับต้องรับการส่งจ่ายยาแก้ปวดทั้งสำหรับการแพทย์และไม่ได้เกี่ยวกับทางการแพทย์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญ⁵²

ด้วยข้อมูลวิชาการที่มีอยู่ ยังไม่สามารถชี้ให้เห็นได้ว่าการผลักดันให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จะเกิดประโยชน์ในการลดอันตรายจากฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่นได้จริง โดยมีงานวิจัยนโยบายหลายชิ้นที่ศึกษาผลลัพธ์แตกต่างกันไปตั้งแต่อัตราการเสียชีวิตจากฝิ่น (3 ชิ้น) ผลไม่พึงประสงค์ (5 ชิ้น) การใช้ผิดวัตถุประสงค์ (2 ชิ้น) และลักษณะการส่งจ่าย (7 ชิ้น) เป็นต้น

เคยมีการวิจัยในปี 2014 ระบุว่า การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ช่วยลดอัตราเสียชีวิตจากฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเป็นการศึกษาจากปี 1999 ถึง 2010 และได้รับความสนใจจากวงการวิชาการและวงการนโยบายสุขภาพทั่วโลก แต่ต่อมาหลังจากมีการติดตามระยะยาวขยายไปถึงปี 2013 พบว่าไม่ได้ช่วยลดอัตราเสียชีวิตอย่างที่เคยเชื่อ เฉกเช่นเดียวกับสมมติฐานที่เชื่อว่าการจัดให้มีจุดแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้เข้าถึงง่ายขึ้นหรือมากขึ้นจะช่วยลดอัตราเสียชีวิตจากฝิ่นและอนุพันธ์ก็ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่เป็นจริง⁴²⁻⁴³

ในทางกลับกัน การวิจัยในระยะถัดมาติดตามตั้งแต่ปี 2011-2014 กลับพบว่าการมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กลับสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากฝิ่นมากขึ้น⁵³ สอดคล้องกับงานวิจัยอีกชิ้นที่ดูผลตั้งแต่ปี 1999-2017 ก็สรุปผลออกมาในทางเดียวกัน จนมีการวิเคราะห์พบว่าการศึกษาเพิ่มเติมที่เคยได้ผลขัดแย้งกันนั้นเพราะไม่ได้นำปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาพิจารณาอย่างครบถ้วน จึงไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนเหล่านั้น และได้ผลออกมาในลักษณะความสัมพันธ์ลวง⁵⁴

สำหรับการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับรายงานการใช้ฝิ่นหรืออนุพันธ์อย่างผิดวัตถุประสงค์นั้น พบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะบอกได้ว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์จะช่วยลดการใช้ฝิ่นหรืออนุพันธ์อย่างผิดวัตถุประสงค์ได้^{19,34}

ส่วนผลต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาประเภทฝิ่นและอนุพันธ์นั้น มีงานวิจัยพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยใดที่มีคุณภาพมากเพียงพอที่จะครอบคลุมการสั่งจ่ายยาทั้งรัฐและเอกชน มักศึกษาเพียงบางส่วน บางระบบ โดยมีผลวิจัยชี้ว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องลักษณะการสั่งจ่ายและการกระจายของยาประเภทฝิ่นหรืออนุพันธ์⁵⁷⁻⁶⁶

ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการสูบบุหรี่

จากข้อมูลวิชาการที่มีอยู่ พบว่าปัญหาการเสพติดกัญชาและบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอยู่มาก โดยเชื่อว่าเกิดจากระบบ Cannabinoid ในร่างกายมีส่วนในเรื่องการติดบุหรี่ โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีส่วนในการสนับสนุนการทำงานและฤทธิ์ของสาร THC ในกัญชา⁶⁷⁻⁶⁹

อย่างไรก็ตาม กลับมีงานวิจัยที่พยายามเจาะลึกเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีเพียง 3 ชิ้นที่พยายามหาความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์กับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้งานวิจัยชิ้นหนึ่งทำการสำรวจพบว่าพื้นที่ที่ประกาศนโยบาย



กัญชาทางการแพทย์กลับพบอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในรอบเดือนที่ผ่านมาลดลง และในกลุ่มนักเรียนระดับเกรด 8 หรือประมาณมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลับมีอัตราการสูบบุหรี่ และใช้กัญชาน้อยกว่าตอนก่อนประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์แต่หากเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุเยอะขึ้น จะพบว่าเพิ่มอัตราการสูบบุหรี่ แต่การใช้กัญชานั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลง¹⁹ ในขณะที่อีกงานวิจัยหนึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2009-2014 พบว่าการมีนโยบายกัญชาสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ที่ลดลงในวัยรุ่น แต่ไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ จึงทำให้แปลผลได้ลำบาก⁷³

สำหรับวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาที่ทำการสำรวจ พบว่า การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความชุกของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันลดปริมาณการสูบลง ในขณะที่ปริมาณและความถี่ของการใช้กัญชากลับมากขึ้น ทำให้สรุปได้ว่า กัญชาอาจถูกผู้เสพนำมาใช้ทดแทนบุหรี่³⁷

ด้วยข้อมูลวิชาการเท่าที่มีอยู่จำกัด จึงยังไม่สามารถสรุปอย่างมั่นใจได้ว่าการประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์จะส่งผลในลักษณะใดต่อการสูบบุหรี่ของประชาชนในแต่ละช่วงวัย

รายละเอียดงานวิจัยประเมินผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

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

MTF: Monitoring the Future

YRBSS: Youth Risk Behavioral Surveillance System

NSDUH: National Survey of Drug Use and Health

NLSY: National Longitudinal Survey of Youth

NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NAS: National Alcohol Study

BRFSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System

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

NVSS: National Vital Statistics System

TEDS: Treatment Episode Data System

SID: State Inpatient Database

FARS: Fatal Accident Reporting System

UCR: Uniform Crime Reports

ARCOS: Automation of Reports and Consolidated Orders System

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

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

NYTS: National Youth Tobacco Survey

CPS-TUS: Current Population Survey Tobacco Use Supplements

ตารางที่ 2: ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชา

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

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Anderson et al 2015	YRBSS (1993-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด
Coley et al 2019	YRBSS (1999-2015)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(-) ทั้งหมด (0) คนที่ใช้มาก (0) ทั้งหมด
Wall et al 2016	NSDUH (2002-2008)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Wall et al 2011	NSDUH (2002-2008)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	รัฐที่มีนโยบายจะ ใช้มากกว่าทั้งหมด และหลังประกาศ นโยบาย
Stolzenberg et al 2016	NSDUH (2002-2011)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 12-17 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด
วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น					
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12-20 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้ ช่วงที่เริ่มใช้	(0) ทั้งหมด (+) ช่วงที่เริ่มใช้
Pacula et al 2015	NLSY (1997-2005)	อายุ 12-20 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด (+) จำนวนวันที่ใช้
Pacula et al 2015	NLSY (1997-2011)	อายุ 12-32 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด
ผู้ใหญ่ตอนต้น					
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 18-25 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 18-25 ปี	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(0) ทั้งหมด (+) จำนวนวันที่ใช้: เพศชาย
ผู้ใหญ่					
Hasin et al 2017	NLAES/NESARC (1991-1992, 2001/2002, 2012/2013)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบปีที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด
Chot et al 2019	NSDUH (2002-2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 21 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้ ช่วงที่เริ่มใช้	(+) ทั้งหมด (0) จำนวนวัน (0) ช่วงที่เริ่มใช้
Harper et al 2012	NSDUH (2002-2009)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Williams et al 2017	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	รัฐ	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(+) ทั้งหมด (0) ใช้มาก

ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการ วิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Martins et al 2016	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา	(+) ทั้งหมด
Kerr et al 2018	NAS (1984/1990/ 1995, 2000/2005/ 2010/2015)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบปีที่ผ่านมา	(0) ทั้งหมด
Mauro et al 2019	NSDUH (2004-2013)	อายุ 26 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการใช้ในรอบเดือนที่ผ่านมา ความถี่ในการใช้	(+) ทั้งหมด

ตารางที่ 3: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ชีวิต	ผลการศึกษา
Cerda et al 2018	MTF (1991-2015)	เกรด 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรด 8 (0) เกรด 10, 12 (-) ทั้งหมด
Johnson et al 2018	YRBSS (1991-2011)	เกรด 9-12	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา	
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12 ปีขึ้นไป	บุคคล	ปริมาณการดื่มในเดือนที่ผ่านมา จำนวนวันที่ดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้กัญชาในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดือนที่ผ่านมา การใช้กัญชาพร้อมกับดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะติดแอลกอฮอล์	(-) อายุ 12-20 ปี (+) อายุ 21 ปีขึ้นไป ยกเว้นภาวะติดแอลกอฮอล์
Anderson et al 2013	BRFSS (1993-2010)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ปริมาณการดื่มในเดือนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนัก	(0) ทั้งหมด
	Brewer's Almanac (1990-2010)	ข้อมูลการขายทั้งหมด	รัฐ	ปริมาณการขายเบียร์ต่อหัวประชากร ปริมาณการขายไวน์ต่อหัวประชากร ปริมาณการขายเหล้าต่อหัวประชากร	(-) เบียร์ (0) ไวน์ และเหล้า
	FARS (1990-2010)	อายุ 15 ปีขึ้นไป	บุคคล	จำนวนการเสียชีวิตที่ตรวจพบ ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด	(-) ทั้งหมด

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Sabia et al 2017	BRFSS (1990-2012)	อายุ 18 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติการดื่มในเดียนที่ผ่านมา ประวัติการดื่มหนักในเดียนที่ผ่านมา	(0) การดื่ม ยกเว้น (-) สำหรับอายุ 18-24 ปี (-) การดื่มหนัก โดยยิ่งอายุมากยิ่งมีผลมาก

ตารางที่ 4: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
การเสียชีวิตจากฝิ่น					
Bachhuber et al 2014	WONDER (1999-2010)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตปรับตามอายุและการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่นเกินขนาด	(-)
Phillips & Gazmararian 2017	WONDER (2011-2014)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตปรับตามอายุและการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่นเกินขนาด	(+) (0) ถ้าให้เฉพาะ CBD สูง
Powell et al 2018	NVSS (1999-2013)	ทุกช่วงวัย	รัฐ	อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวดประเภทฝิ่น	(0)
อาการไม่พึงประสงค์					
Powell et al 2018	TEDS (1999-2012)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	จำนวนการเข้ารับการบำบัดในรพ.	(0)
Shi 2017	SID (1997-2014)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	อัตราการจำหน่ายออกจากรพ.จากภาวะติดยาประเภทฝิ่น และใช้เกินขนาด	(-)
Kim et al 2016	FARS (1999-2013)	อายุ 15 ปีขึ้นไป	รัฐ	การเสียชีวิตจากการขับขี่และมีการตรวจเลือดพบสารประเภทฝิ่น	(0)
Chu 2015	UCR (1992-2011)	ชายอายุ 18 ปีขึ้นไป	เหตุการณ์/รัฐ	จำนวนและอัตราการถูกจับกุมด้วยข้อหาฆ่าโคเคนและเฮโรอีน	(0)

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Chu 2015	TEDS (1992-2011)	ชายอายุ 18 ปีขึ้นไป	เหตุการณ์/รัฐ	จำนวนการเข้ารับการรักษาในรพ.	(-)
การใช้ชีวิตอยู่ประสงค์					
Wen et al 2015	NSDUH (2004-2012)	อายุ 12 ปีขึ้นไป	บุคคล	ประวัติใช้ยาแก้ปวดเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การแพทย์ในปีที่ผ่านมา	(0)
Cerda et al 2017	MTF (1991-2015)	เกรต 8, 10, 12	บุคคล	ประวัติใช้ยาแก้ปวดเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่การแพทย์ในเดือนที่ผ่านมา	(-) เกรต 8 (0) เกรต 10 (+) เกรต 12
การส่งจ่ายและการกระจาย					
Bradford & Bradford 2016	Medicare Part D (2010-2013)	ผู้สมัครในระบบ Medicare	แพทย์	ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน	(-)
Bradford et al 2018	Medicare Part D (2010-2015)	ผู้สมัครในระบบ Medicare	รัฐ	ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน	(0) ภาพรวม (-) หากมีจุดแจกจ่ายนอกกรพ. (-) หากมีการปลูกัญชาใช้ที่บ้าน
Liang et al 2018	SDUD (1993-2014)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน	(-) ภาพรวม (0) หากมีจุดแจกจ่ายนอกกรพ.
Bradford & Bradford 2017	SDUD (2007-2014)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	มูลค่ายาประเภทฝิ่นที่ระบบต้องจ่าย ปริมาณการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นต่อคน	(-) สำหรับรักษาอาการคลื่นไส้, ชัก, ซึมเศร้า, ปวด, psychosis (0) สำหรับรักษาโรคจิตกักขังตลอด หินนอนไม่หลับ และกล้ามเนื้อเกร็ง

ปีที่ตีพิมพ์	ฐานข้อมูล (ปี)	ประชากร	หน่วยการวิเคราะห์	ผลลัพธ์ที่วัด	ผลการศึกษา
Wen & Hockenberry 2018	SDUD (2011-2016)	ผู้สมัครในระบบ Medicaid	รัฐ	อัตราการส่งจ่ายยาประเภทฝิ่นต่อคน	(-)
Shah et al 2019	IMS Lifelink+ (2006-2014)	สมาชิกทั้งหมด	บุคคล	ประวัติการใช้ยาประเภทฝิ่นในปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยาประเภทฝิ่นเกินกว่า 90 วัน ในช่วง 180 วันที่ผ่านมา การใช้ที่มีความเสี่ยงสูง	(-) ทั้งหมด
Powell et al 2018	ARCOS (1999-2013)	ทุกช่วงอายุ	รัฐ	ปริมาณการแจกจ่ายยาประเภทฝิ่นเพื่อใช้ทางการแพทย์	ไม่มีผล

ตารางที่ 5: ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อการสูบบุหรี่

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

ผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อสังคมและเศรษฐกิจ

จากการสืบค้นวรรณกรรมในฐานข้อมูลนั้น ไม่พบงานวิจัยที่ทำการประเมินผลกระทบโดยตรงของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อสังคมและเศรษฐกิจทั้งในประเทศและต่างประเทศทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพัฒนาการของนโยบายปลดล็อกกัญชา นั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่องและคาบเกี่ยวกับการปลดล็อกกัญชาเสรีทำให้ยากต่อการออกแบบการประเมินอย่างจำเพาะเจาะจงได้

ทั้งนี้ จากการสืบค้นเพิ่มเติมบนฐานข้อมูลทางการแพทย์ พบว่ามีรายงานการประเมินผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากการปลดล็อกกัญชาในปี 2018 ของมลรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา⁷⁴ ช่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความคุ้มค่าของนโยบายกัญชา ในภาพรวม โดยพบว่า การผลักดันให้เกิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ และเสรีกัญชาเพื่อค้าขายผลิตภัณฑ์จากกัญชาในลักษณะธุรกิจอุตสาหกรรมในมลรัฐโคโลราโดนั้นแต่ละครั้งที่รัฐเก็บภาษีได้ 1 ดอลลาร์จากการขายกัญชาได้ ชาวโคโลราโดจะต้องเสียเงิน 4.5 ดอลลาร์เพื่อนำไปแก้ไขปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นจากกัญชา ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ต้องนำไปใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากกัญชาทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงใช้เพื่อชดเชยและแก้ปัญหาจากเด็ก เยาวชน ซึ่งต้องออกจากระบบการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับชั้นมัธยม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้กัญชาร้อยละ 27 ยอมรับว่าเสพแล้วไปขับรถทุกวันขณะที่มีอาการเคลิบเคลิ้ม และร้อยละ 67 ยอมรับว่าเคยขับรถขณะเคลิบเคลิ้มอย่างน้อยหนึ่งครั้ง แม้จะไม่ทำทุกวันก็ตาม ภาษีที่สังคมต้องจ่ายเพื่อจัดการค่าเสียหายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นในเรื่องอุบัติเหตุจากรางจากกัญชาของรัฐโคโลราโดในปี ค.ศ.2016 สูงราว 25 ล้านดอลลาร์ ในขณะที่ผลกระทบด้านพลังงานและสิ่งแวดล้อมจากธุรกิจผลิตภัณฑ์กัญชาในรัฐโคโลราโดนั้นพบว่า ต้องใช้พลังงานไฟฟ้าแต่ละปีในปริมาณเทียบเท่ากับบ้านเรือนจำนวน 32,355 หลังก่อให้เกิดมลภาวะโดยปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ 400,000 ปอนด์ต่อปีและทำให้เกิดขยะพลาสติกราว 18.78 ล้านชิ้นต่อปี และจากการคำนวณมูลค่าทางเศรษฐกิจในภาพรวมพบว่า แต่ละปีกัญชานั้นทำให้เกิดเงินหมุนเวียนได้ราว 1,400 ล้านดอลลาร์ โดยประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อรัฐจะอยู่ในรูปภาษีเงินได้ และมูลค่าที่ดินที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีประมาณ 400 ล้านดอลลาร์

เอกสารอ้างอิง

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017.
2. Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Ethier KA. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013; 2014.
3. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am J Prev Med.* 2015;49:e73–e9.
4. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet.* 2014;384:45–52. doi:10.1016/S0140-6736(14)60648-6.
5. Florence CS, Zhou C, Luo F, Xu L. The economic burden of prescription opioid overdose, abuse, and dependence in the United States, 2013. *Med Care.* 2016;54:901–06.
6. Pacula RL, Grossman M, Chaloupka FJ, O’Malley PM, Johnston L, Farrelly MC. Marijuana and youth. In: Gruber J, editor. *Risky behavior among youths: an economic analysis.* Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001. p. 271–326.
7. Pacula RL, Kilmer B, Grossman M, Chaloupka FJ. Risks and prices: the role of user sanctions in marijuana markets. *B E J Econom Anal Policy.* 2010;10. Article 11.
8. Rhodes T. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *Int J Drug Policy.* 2009;20:193–201.
9. Pacula RL, Smart R. Medical marijuana and marijuana legalization. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017;13:397–419.
10. Leung J, Chiu CYW, Stjepanović D, Hall W. Has the legalisation of medical and recreational cannabis use in the USA affected the prevalence of cannabis use and cannabis use disorders? *Curr Addict Rep.* 2018;5:403–17.
11. Chadi N, Weitzman ER, Levy S. Understanding the impact of national and state medical marijuana policies on adolescents. *Curr Addict Rep.* 2018;5:93–101.
12. Sarvet AL, Wall MM, Fink DS, Greene E, Le A, Boustead AE, Pacula RL, Keyes KM, Cerdá M, Galea S, et al. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2018;113:1003–16.
13. Kilmer B, MacCoun RJ. How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States. *Annu Rev Law Social Sci.* 2017;13:181–202.

14. Carliner H, Brown QL, Sarvet AL, Hasin DS. Cannabis use, attitudes, and legal status in the US: a review. *Prev Med.* 2017;104:13–23.
15. Sznitman SR, Zolotov Y. Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review. *Int J Drug Policy.* 2015;26:20–29.
16. Choo EK, Emery SL. Clearing the haze: the complexities and challenges of research on state marijuana laws. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1394:55–73.
17. Melchior M, Nakamura A, Bolze C, Hausfater F, El Khoury F, Mary-Krause M, Da Silva MA. Does liberalization of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9:e025880.
18. Keyes KM, Wall M, Cerdá M, Schulenberg J, O'Malley PM, Galea S, Feng T, Hasin DS. How does state marijuana policy affect US youth? Medical marijuana laws, marijuana use and perceived harmfulness: 1991-2014. *Addiction.* 2016;111:2187–95.
19. Cerdá M, Sarvet AL, Wall M, Feng T, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. Medical marijuana laws and adolescent use of marijuana and other substances: alcohol, cigarettes, prescription drugs, and other illicit drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2018;183:62–68.
20. Lynne-Landsman SD, Livingston MD, Wagenaar AC. Effects of state medical marijuana laws on adolescent marijuana use. *Am J Public Health.* 2013;103:1500–06.
21. Wall MM, Mauro C, Hasin DS, Keyes KM, Cerdá M, Martins SS, Feng T. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass medical marijuana laws: commentary on and reanalysis of US national survey on drug use in households data 2002-2011. *Int J Drug Policy.* 2016;29:9–13.
22. Choo EK, Benz M, Zaller N, Warren O, Rising KL, McConnell KJ. The impact of state medical marijuana legislation on adolescent marijuana use. *J Adolesc Health.* 2014;55:160–66.
23. Johnson JK, Johnson RM, Hodgkin D, Jones AA, Matteucci AM, Harris SK. Heterogeneity of state medical marijuana laws and adolescent recent use of alcohol and marijuana: analysis of 45 states, 1991-2011. *Subst Abus.* 2018;39:247–54.
24. Johnson J, Hodgkin D, Harris SK. The design of medical marijuana laws and adolescent use and heavy use of marijuana: analysis of 45 states from 1991 to 2011. *Drug Alcohol Depend.* 2017;170:1–8.
25. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws and teen marijuana use. *Amer Law Econ Rev.* 2015;17:495–528.
26. Harper S, Strumpf EC, Kaufman JS. Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension. *Ann Epidemiol.* 2012;22:207–12.

27. Martins SS, Mauro CM, Santaella-Tenorio J, Kim JH, Cerdá M, Keyes KM, Hasin DS, Galea S, Wall M. State level medical marijuana laws, marijuana use and perceived availability of marijuana among the general U.S. population. *Drug Alcohol Depend.* 2016;169:26–32.
28. Williams AR, Santaella-Tenorio J, Mauro CM, Levin FR, Martins SS. Loose regulation of medical marijuana programs associated with higher rates of adult marijuana use but not cannabis use disorder. *Addiction.* 2017;112:1985–91.
29. Wall MM, Poh E, Cerdá M, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. Adolescent marijuana use from 2002 to 2008: higher in states with medical marijuana laws, cause still unclear. *Ann Epidemiol.* 2011;21:714–16.
30. Coley RL, Hawkins SS, Ghiani M, Kruzik C, Baum CF. A quasi-experimental evaluation of marijuana policies and youth marijuana use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2019;45:292–303.
31. Hasin DS, Wall M, Keyes KM, Cerdá M, Schulenberg J, O'Malley PM, Galea S, Pacula R, Feng T. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry.* 2015;2:601–08.
32. Mauro CM, Newswanger P, Santaella-Tenorio J, Mauro PM, Carliner H, Martins SS. Impact of medical marijuana laws on state-level marijuana use by age and gender, 2004-2013. *Prev Sci.* 2019;20:205–14.
33. Stolzenberg L, D'Alessio SJ, Dariano D. The effect of medical cannabis laws on juvenile cannabis use. *Int J Drug Policy.* 2016;27:82–88.
34. Wen H, Hockenberry JM, Cummings JR. The effect of medical marijuana laws on adolescent and adult use of marijuana, alcohol, and other substances. *J Health Econ.* 2015;42:64–80.
35. Pacula RL, Powell D, Heaton P, Sevigny EL. Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details. *J Pol Anal Manage.* 2015;34:7–31.
36. Hasin DS, Sarvet AL, Cerdá M, Keyes KM, Stohl M, Galea S, Wall MM. US adult illicit cannabis use, cannabis use disorder, and medical marijuana laws: 1991-1992 to 2012-2013. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:579–88.
37. Choi A, Dave D, Sabia JJ. Smoke gets in your eyes: medical marijuana laws and tobacco cigarette use. *Am J Health Econ.* 2018;5:303–33.
38. Kerr WC, Lui C, Ye Y. Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984-2015 US national alcohol surveys. *Addiction.* 2018;113:473–81.
39. Chu Y-WL. The effects of medical marijuana laws on illegal marijuana use. *J Health Econ.* 2014;38:43–61.

40. Shi Y. Medical marijuana policies and hospitalizations related to marijuana and opioid pain reliever. *Drug Alcohol Depend.* 2017;173:144–50.
41. Wen H, Hockenberry JM. Association of medical and adult-use marijuana laws with opioid prescribing for Medicaid enrollees. *JAMA Intern Med.* 2018;178:673–79.
42. Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA Intern Med.* 2014;174:1668–73.
43. Powell D, Pacula RL, Jacobson M. Do medical marijuana laws reduce addictions and deaths related to pain killers? *J Health Econ.* 2018;58:29–42.
44. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *J Law Econ.* 2013;56:333–69.
45. Xuan Z, Blanchette J, Nelson TF, Heeren T, Oussayef N, Naimi TS. The alcohol policy environment and policy subgroups as predictors of binge drinking measures among US adults. *Am J Public Health.* 2015;105:816–22.
46. Nielsen S, Sabioni P, Trigo JM, Ware MA, Betz-Stablein BD, Murnion B, Lintzeris N, Khor KE, Farrell M, Smith A, et al. Opioid-sparing effect of cannabinoids: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42:1752.
47. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, Keurentjes JC, Lang S, Misso K, Ryder S, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;313:2456–73.
48. Stockings E, Campbell G, Hall WD, Nielsen S, Zagic D, Rahman R, Murnion B, Farrell M, Weier M, Degenhardt L. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain.* 2018;159:1932–54.
49. Reiman A. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduct J.* 2009;6:1.
50. Lucas P, Walsh Z. Medical cannabis access, use, and substitution for prescription opioids and other substances: a survey of authorized medical cannabis patients. *Int J Drug Policy.* 2017;42:30–35.
51. Reiman A, Welty M, Solomon P. Cannabis as a substitute for opioid-based pain medication: patient self-report. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2017;2:160–66.
52. Caputi TL, Humphreys K. Medical marijuana users are more likely to use prescription drugs medically and nonmedically. *J Addict Med.* 2018;12:295–99.

53. Phillips E, Gazmararian J. Implications of prescription drug monitoring and medical cannabis legislation on opioid overdose mortality. *J Opioid Manag.* 2017;13:229–39.
54. Shover CL, Davis CS, Gordon SC, Humphreys K. Association between medical cannabis laws and opioid overdose mortality has reversed over time. *P Natl Acad Sci USA.* 2019;116:12624–26.
55. Chu Y-WL. Do medical marijuana laws increase hard-drug use? *J Law Econ.* 2015;58:481–517.
56. Kim JH, Santaella-Tenorio J, Mauro C, Wrobel J, Cerdà M, Keyes KM, Hasin D, Martins SS, Li G. State medical marijuana laws and the prevalence of opioids detected among fatally injured drivers. *Am J Public Health.* 2016;106:2032–37.
57. Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana laws reduce prescription medication use in Medicare Part D. *Health Aff.* 2016;35:1230–36.
58. Shah A, Hayes CJ, Lakkad M, Martin BC. Impact of medical marijuana legalization on opioid use, chronic opioid use, and high-risk opioid use. *J Gen Intern Med.* 2019;34:1419–26.
59. Wen H, Hockenberry JM, Druss BG. The effect of medical marijuana laws on marijuana-related attitude and perception among us adolescents and young adults. *Prev Sci.* 2019;20:215–23.
60. Shi Y, Liang D, Bao Y, An R, Wallace MS, Grant I. Recreational marijuana legalization and prescription opioids received by Medicaid enrollees. *Drug Alcohol Depend.* 2019;194:13–19.
61. Liang D, Bao Y, Wallace M, Grant I, Shi Y. Medical cannabis legalization and opioid prescriptions: evidence on US Medicaid enrollees during 1993-2014. *Addiction.* 2018;113:2060–70.
62. Bradford AC, Bradford WD. Factors driving the diffusion of medical marijuana legalisation in the United States. *Drugs.* 2017;24:75–84.
63. Bradford AC, Bradford WD, Abraham A, Bagwell Adams G. Association between US State medical cannabis laws and opioid prescribing in the Medicare part D population. *JAMA Intern Med.* 2018;178:667–72.
64. Doctor JN, Nguyen A, Lev R, Lucas J, Knight T, Zhao H, Menchine M. Opioid prescribing decreases after learning of a patient’s fatal overdose. *Science.* 2018;361:588–90.
65. Haegerich TM, Paulozzi LJ, Manns BJ, Jones CM. What we know, and don’t know, about the impact of state policy and systems-level interventions on prescription drug overdose. *Drug Alcohol Depend.* 2014;145:34–47.

66. Franklin G, Sabel J, Jones CM, Mai J, Baumgartner C, Banta-Green CJ, Neven D, Tauben DJ. A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned. *Am J Public Health*. 2015;105:463–69.
67. Scherma M, Muntoni AL, Melis M, Fattore L, Fadda P, Fratta W, Pistis M. Interactions between the endocannabinoid and nicotinic cholinergic systems: preclinical evidence and therapeutic perspectives. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016;233:1765–77.
68. Kohut SJ. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2017;43:155–70.
69. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*. 2012;107:1221–33.
70. Schauer GL, Berg CJ, Kegler MC, Donovan DM, Windle M. Assessing the overlap between tobacco and marijuana: trends in patterns of co-use of tobacco and marijuana in adults from 2003–2012. *Addict Behav*. 2015;49:26–32.
71. Schauer GL, Rosenberry ZR, Peters EN. Marijuana and tobacco co-administration in blunts, spliffs, and mulled cigarettes: a systematic literature review. *Addict Behav*. 2017;64:200–11.
72. Rabin RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: possible mechanisms to explain high rates of co-use. *Am J Addict*. 2015;24:105–16.
73. Dutra LM, Glantz SA, Arrazola RA, King BA. Impact of E-cigarette minimum legal sale age laws on current cigarette smoking. *J Adolesc Health*. 2018;62:532–38.
74. Economic and Social Costs of Legalized Marijuana. Centennial Institute, 18 November 2018.



แนวทางการควบคุม

ติดตาม กำกับการดำเนิน
นโยบายกัญชาทางการแพทย์ 



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแต่ละประเทศทั่วโลกได้รับการผลักดันด้านนโยบายกัญชาทางการแพทย์และกัญชาเสรีแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มักเป็นขั้นเป็นตอนโดยเริ่มจากการมีคำเรียกร้องให้ทบทวนกฎหมายภายในประเทศให้เกิดการปลดล็อกกัญชาเพื่อมาใช้ประโยชน์ทางด้านวิทยาศาสตร์ หรือทางด้านการแพทย์ ต่อจากนั้นก็จะมีการขยายขอบเขตไปสู่การปลูกระดับครัวเรือน การผลิตเชิงอุตสาหกรรมเพื่อใช้ในประเทศ และส่งออกต่างประเทศ และสุดท้ายจะเข้าสู่การปลดล็อกกัญชาเสรี

ทั้งนี้การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ พอลจะสรุปรูปแบบการควบคุมกำกับในแต่ละประเทศทั่วโลกได้ดังนี้

ประเทศอาร์เจนตินา

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

ประเทศออสเตรเลีย

กฎหมาย	Narcotic drugs act 1967 as amended by the Narcotics drugs amendment act 2016
วันที่เริ่มบังคับใช้	30 ตุลาคม 2016

กฎหมาย	Narcotic drugs act 1967 as amended by the Narcotics drugs amendment act 2016
วันที่เริ่มบังคับใช้	30 ตุลาคม 2016
แนวทาง	- แพทย์เป็นผู้พิจารณาใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกรณี ภายใต้การอนุญาตของหน่วยงานรัฐที่ควบคุมกำกับ - ส่วนประกอบต่าง ๆ ของกัญชาสามารถนำใช้สำหรับการวิจัยทางคลินิกและสำหรับใช้รักษาผู้ป่วย
การผลิต	The Office of Drug Control (ODC) เป็นหน่วยงานรัฐภายใต้กระทรวงสุขภาพ ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตเพื่อปลูกกัญชา ส่วนการนำเข้าผลิตภัณฑ์กัญชาจากต่างประเทศเพื่อมาใช้ทางการแพทย์ก็ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐเช่นกัน
ผลิตภัณฑ์	กฎระเบียบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐและเขตปกครองทั้งนี้การอนุญาตนั้นครอบคลุมลักษณะที่หลากหลาย ตั้งแต่ส่วนประกอบต่าง ๆ ของต้นกัญชา รวมถึงน้ำมันกัญชาสเปรย์สำหรับฉีดเข้าในปากหรือเยื่อหู เจล ครีมผลิตภัณฑ์สำหรับแปะที่ผิวหนัง
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ผู้ป่วยไม่สามารถซื้อหามาใช้เองได้ต้องได้รับการสั่งจ่ายจากแพทย์เท่านั้น
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	แพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย และไปรับที่ร้านขายยาหรือโรงพยาบาล
เกณฑ์	ตั้งรายละเอียดข้างต้น
ข้อห้าม	การปลูก แจกจ่าย หรือจำหน่ายนอกเหนือจากเกณฑ์ข้างต้นผิดกฎหมายอาญา
หน่วยงานกำกับ	National council of scientific and technical research และ National institute of agricultural technology
อื่น ๆ	ไม่มี

ประเทศบราซิล

กฎหมาย	RDCs ANVISA/MS No17/2015 และ No 66/2016
วันที่เริ่มบังคับใช้	2014
แนวทาง	ให้ใช้สำหรับทางการแพทย์ โดยสามารถนำเข้า แจกจ่ายและสั่งจ่ายยาที่ผลิตจากกัญชาได้
การผลิต	นำเข้ายาที่ผลิตจากกัญชาจากต่างประเทศ
ผลิตภัณฑ์	ใช้ยา Mevatil และสารสกัดจากกัญชา
ส่วนประกอบ	Mevatil เป็นยาที่มีส่วนประกอบคล้ายกับ Sativex
ข้อจำกัด	ใช้สำหรับโรคที่กำหนดโดยหน่วยงานควบคุมกำกับเท่านั้น
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ยา Mevatil จะจำหน่ายได้ที่ร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ส่วนสารสกัดจากกัญชานั้นจะนำเข้ามาจากต่างประเทศโดยบุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
เกณฑ์	สั่งจ่ายยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
ข้อห้าม	ผิดกฎหมายหากฝ่าฝืนข้อปฏิบัติข้างต้น
หน่วยงานกำกับ	Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ
อื่น ๆ	ห้ามแพทย์สั่งจ่ายกัญชาในรูปแบบวัตถุดิบตามธรรมชาติ เช่น ดอก เป็นต้น

ประเทศแคนาดา

กฎหมาย	Controlled drugs and substances act, Access to cannabis for medical purposes regulations (August 2016)
วันที่เริ่มบังคับใช้	1999

แนวทาง	ใช้สำหรับทางการแพทย์และการวิจัย โดยกำหนดให้สามารถใช้กับัญชาในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการรับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง ความรู้สึกไม่อยากอาหารและน้ำหนักน้อยในผู้ป่วยมะเร็งและโรคเอดส์ อาการปวดและกล้ามเนื้อเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อม อาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็ง อาการปวดรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็ง อาการนอนไม่หลับและซึมเศร้าจากโรคเรื้อรัง และอาการอื่น ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
การผลิต	การปลูกัญชาและการผลิตจะต้องผ่านการอนุญาตจาก Health Canada
ผลิตภัณฑ์	มีหลากหลาย ทั้งรูปแบบของกิน/ขบเคี้ยว ทิงเจอร์ น้ำมัน สารสกัดเข้มข้น แคปซูล สเปรย์ ดอกไม้แห้ง ฯลฯ
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ ขึ้นอยู่กับความต้องการใช้ของแต่ละคน
ข้อจำกัด	มีคำแนะนำว่า หญิงมีครรภ์ คนอายุน้อยกว่า 25 ปี ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวช ติดสารเสพติด หรือโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจ และหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชา
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	นำส่งทางไปรษณีย์โดยหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต
เกณฑ์	บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจะเป็นผู้ส่งจ่ายยาโดยระบุขนาดที่ควรใช้ให้แก่ผู้ป่วย
ข้อห้าม	การผลิต การแจกจ่าย และจำหน่ายนอกระบบจะผิดกฎหมายมีโทษตั้งแต่ปรับ ไปจนถึงการจำคุก 14 ปี
หน่วยงานกำกับ	Health Canada
อื่น ๆ	ผลิตภัณฑ์กัญชาจะต้องเสียภาษีตามหมวด Taxes on goods and services

ประเทศชิลี

กฎหมาย	Law 20,000, Decree 84
วันที่เริ่มบังคับใช้	7 ธันวาคม 2015
แนวทาง	อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ระยะสั้น และมีการออกกฎระเบียบควบคุม การปลูกและการผลิตเชิงพาณิชย์ ตลอดจนการนำไปใช้วิจัยทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของ THC
การผลิต	อนุญาตให้ปลูกตามครัวเรือนได้ แต่หากรวมกลุ่มกันปลูกหรือผลิตเชิง อุตสาหกรรมเพื่อใช้ทางการแพทย์และทางการวิจัยจะต้องขึ้นทะเบียนและ ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากหน่วยงานรัฐก่อน
ผลิตภัณฑ์	กัญชา ยาง สารสกัด ทิงเจอร์ น้ำมัน และครีม
ส่วนประกอบ	ไม่จำกัดปริมาณของ THC
ข้อจำกัด	ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็ก และไม่แนะนำให้สูบ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	สามารถปลูกไว้ใช้เองที่บ้านได้ ไม่จำกัดจำนวนต้น แต่การใช้นั้นต้องอยู่ ภายใต้การสั่งจ่ายทางการแพทย์ ระบุปริมาณที่ใช้เป็นจำนวนกรัม
เกณฑ์	ผู้ใช้กัญชาต้องมีใบรับรองจากแพทย์เก็บไว้ให้ตรวจสอบเสมอ
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎเกณฑ์ข้างต้นถือว่าผิดกฎหมาย
หน่วยงานกำกับ	SENDA (Ministry of Interior and Public Security)
อื่น ๆ	ไม่มี

ประเทศโคลอมเบีย

กฎหมาย	Decree 2467 and Resolution 1816
วันที่เริ่มบังคับใช้	22 ธันวาคม 2015

แนวทาง	ใช้สำหรับทางการแพทย์และการวิจัยทางวิทยาศาสตร์
การผลิต	มีการจำแนกใบอนุญาตจากรัฐเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การผลิต การส่งออก การแปรรูป และการวิจัย ส่วนการปลูกไว้เองที่บ้านนั้นได้รับการอนุญาตตั้งแตปี 1986 ภายใต้กฎหมาย Estatuto Nacional de Estupefacientes
ผลิตภัณฑ์	ยางกัญชา ทิงเจอร์ สารสกัด และผลิตภัณฑ์แปรรูปอื่น ๆ
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	จะไม่มี การส่งจ่ายให้แก่ผู้ติดยาเสพติด
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยา
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ โดยเด็กก็สามารถเข้าถึงยาได้หากมีแพทย์ดูแลและผู้ปกครองให้ความยินยอม
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้นถือว่าผิดกฎหมาย
หน่วยงานกำกับ	Office of control and oversight of chemical substances and drugs
อื่น ๆ	ไม่ได้ช่วยให้รัฐจัดเก็บภาษีได้มากขึ้น

ประเทศโครเอเชีย

กฎหมาย	ไม่มีการระบุไว้
วันที่เริ่มบังคับใช้	ตุลาคม 2015
แนวทาง	คณะกรรมการด้านการแพทย์ของกระทรวงสุขภาพได้แนะนำให้มีการปฏิรูปกฎหมายในเดือนมกราคม 2015
การผลิต	นำเข้าจากต่างประเทศโดยบริษัทฯ และทำการแจกจ่ายโดยสถาบันภูมิคุ้มกันวิทยา

ผลิตภัณฑ์	ยา ชา และซีบีจี ซึ่งมีสาร THC เป็นส่วนประกอบ นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบสมุนไพรก็ได้รับการอนุญาตให้ใช้เพื่อรักษาเนื้องอก เอดส์ โรคปลอกประสาทเสื่อม และลมชักในเด็ก
ส่วนประกอบ	ใช้ THC ได้ไม่เกิน 0.75 กรัมต่อเดือน
ข้อจำกัด	ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคพาร์คินสัน โรคลมชักทั่วไป โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่น ๆ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	สั่งจ่ายโดยแพทย์ทั่วไปภายใต้คำแนะนำของแพทย์เฉพาะทางและสั่งจ่ายได้ไม่เกิน 30 วัน
ข้อห้าม	ห้ามใช้สูบ และห้ามสูบโดยบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ยังห้ามปลูกไว้ใช้เองที่บ้าน
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะอนุญาตให้หน้าเข้ายาชนิดใดเข้ามาในประเทศ และอนุญาตให้ประชาชนใช้ชนิดใด
อื่น ๆ	เริ่มมีการนำเข้ากัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่มิถุนายน 2016 และไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ

สารบัญชารัฐเขต

กฎหมาย	Criminal Code, Acts No.167/1998, 634/2004, and 378/2007
วันที่เริ่มบังคับใช้	2013
แนวทาง	อนุญาตให้มีการผลิต การจำหน่าย และการบริโภคแต่จำกัดเฉพาะโรคบางชนิด ส่วนการปลูกไว้ใช้เองที่บ้านนั้น อนุญาตให้ปลูกได้ไม่เกิน 5 ต้น โดยมีปริมาณรวมไม่เกิน 30 กรัมต่อเดือน
การผลิต	การผลิตในประเทศ และการนำเข้า สามารถกระทำได้

ผลิตภัณฑ์	ยาในรูปแบบสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เฉพาะทางผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อใช้รักษาบางโรค
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยา ซึ่งได้รับยาผ่านบริษัทที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐบาลเท่านั้น
เกณฑ์	บริษัทต่าง ๆ ในประเทศสามารถผลิตได้หากได้รับใบอนุญาตจากรัฐ
ข้อห้าม	ยาดำเนินการนำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์เท่านั้น เพราะผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมายนั้นผลิตโดย Bedrocan
หน่วยงานกำกับ	ไม่ระบุ
อื่น ๆ	ในทางปฏิบัติแล้ว ยังไม่มีบริษัทใดในประเทศที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชาเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ ทำให้ยาที่มีใช้อยู่จึงมาจากเนเธอร์แลนด์และไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ

ประเทศฟินแลนด์

กฎหมาย	กัญชาได้รับการระบุในรายชื่อยา โดย FIMEA ใน section 83 ของ The Medicines Act (395/1987)
วันที่เริ่มบังคับใช้	2008
แนวทาง	ในปี 2012 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทสามารถสั่งจ่ายได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาต แต่ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่มีกัญชานั้นจะต้องมีใบอนุญาตพิเศษจากรัฐซึ่งใบอนุญาตจะมีอายุ 1 ปี
การผลิต	นำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์ (บริษัท Bedrocan และ Bediol)
ผลิตภัณฑ์	Sativex (spray)
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ

ข้อจำกัด	จะใช้กัญชาได้ก็ต่อเมื่อล้มเหลวจากการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ทั้งหมดแล้ว โดยจะใช้ในโรคปลอกประสาทเสื่อม พาร์กินสัน ไซข้ออักเสบรูมาตอยด์ มะเร็ง และไม่เกรนเรื้อรัง
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยาที่ได้รับการอนุญาตจาก FIMEA ทั้งนี้ปัจจุบันมีเพียง 2 แห่ง
เกณฑ์	แพทย์ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐจะเป็นผู้มีอำนาจสั่งจ่ายพร้อมระบุปริมาณที่ใช้
ข้อห้าม	จำกัดให้ใช้ได้เฉพาะที่ระบุในใบสั่งยา
หน่วยงานกำกับ	National Ministry of Health and Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM)
อื่น ๆ	กัญชาทางการแพทย์ได้รับการบรรจุอยู่ในระบบประกันสุขภาพ

ประเทศกรีซ

กฎหมาย	Provisions for the production of end products of medicinal cannabis
วันที่เริ่มบังคับใช้	1 มีนาคม 2018
แนวทาง	ให้ธุรกิจที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐสามารถปลูกและดำเนินการผลิตและแปรรูปกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ได้
การผลิต	พื้นที่เพาะปลูกต้องมีขนาดอย่างน้อย 4,000 ตารางเมตรและมีรั้วกั้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้กระบวนการแปรรูปต่าง ๆ ต้องดำเนินการในพื้นที่ดังกล่าวเท่านั้นเพื่อไม่ให้มีการลักลอบขนส่งกัญชาได้ และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตจะต้องมีรายละเอียดตัวตนที่ตรวจสอบได้ ผ่านการเช็คประวัติอาชญากรรมไม่มีประวัติล้มละลาย และปฏิบัติตามกฎระเบียบว่าด้วยการเสียภาษีการทำประกัน ฯลฯ
ผลิตภัณฑ์	Cannabis Sativa L และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่มี THC มากกว่า 0.2%

ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมต่าง ๆ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต
เกณฑ์	ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาจะต้องมีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป
ข้อห้าม	หากมีการละเมิดกฎระเบียบข้างต้น รัฐมนตรีที่มีหน้าที่กำกับดูแลจะเพิกถอนใบอนุญาต และหากมีการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การลักลอบขนส่งยาเสพติดจะต้องรับโทษจำคุกตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไปและปรับเป็นจำนวนถึง 300,000 ยูโร
หน่วยงานกำกับ	Ministry of Health และ Ministry of Agricultural Development and Food
อื่น ๆ	ไม่มี

ประเทศเยอรมัน

กฎหมาย	Narcotics Law
วันที่เริ่มบังคับใช้	19 มกราคม 2017
แนวทาง	อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ปวดประสาทเสื่อม อากาการปวดเรื้อรัง คลื่นไส้ และสำหรับการวิจัย
การผลิต	ไม่อนุญาตให้ปลูกเอง ส่วนยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบนั้นจะนำเข้ามาจากต่างประเทศได้จนกว่าอุตสาหกรรมการผลิตในประเทศจะสามารถผลิตได้เอง
ผลิตภัณฑ์	ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ สารสกัดกัญชา และดอกกัญชาแห้ง
ส่วนประกอบ	ตามที่ระบุไว้ในฉลากยาที่ขึ้นทะเบียน

ข้อจำกัด	ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีวิธีรักษาอื่นแล้ว
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	สั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท
ข้อห้าม	ไม่ระบุ
หน่วยงานกำกับ	Finnish Medicines Agency (FIMEA) ภายใต้กระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพ
อื่น ๆ	ผู้ป่วยราว 220 คนที่ได้รับยา Sativex เพื่อรักษา โดยมีแพทย์ 20 คนที่สั่งจ่ายยานี้ ทั้งนี้กัญชายังไม่ได้รับการควบคุมในระบบประกันสุขภาพ

ประเทศฝรั่งเศส

กฎหมาย	Decree No.2013-473 (modifying Article R.5132-86 of Public Health Code)
วันที่เริ่มบังคับใช้	5 มิถุนายน 2013
แนวทาง	อนุญาตให้ผลิต ขนส่ง นำเข้า ส่งออก ครอบครอง จัดเก็บ จัดหา และใช้ยาที่มีส่วนประกอบของกัญชาหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชาได้
การผลิต	หากได้รับอนุญาตจากรัฐ ก็สามารถผลิตยาที่มีกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาเป็นส่วนประกอบได้
ผลิตภัณฑ์	ปัจจุบันมีเพียงยา Marinol เท่านั้นที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียน ในขณะที่ Sativex นั้นได้รับการรับรองจาก ANSM แต่ยังไม่บรรลุข้อตกลงด้านการจัดจำหน่าย
ส่วนประกอบ	Marinol
ข้อจำกัด	ใช้ได้เฉพาะยาที่ได้รับการอนุญาตจากรัฐบาลฝรั่งเศสหรือสหภาพยุโรปเท่านั้น ภายใต้ Regulation (EC) No.726/2004

จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านสถานที่ที่กำหนด (ยังไม่ได้ระบุไว้ใน implementation authorisation)
เกณฑ์	ผู้ป่วยที่เสพยาที่มีส่วนประกอบของกัญชานั้นจะใช้ได้เป็นครั้งคราว ภายใต้การสั่งจ่ายของแพทย์แต่ละครั้ง กำกับโดย The National Health Products Agency (ANSM)
ข้อห้าม	การละเมิดกฎระเบียบข้างต้นถือว่าผิดกฎหมาย 1970 Drug Law
หน่วยงานกำกับ	National Agency for the Safety of Medicines and Health Products
อื่น ๆ	มียาเพียงตัวเดียวคือ Marinol เพื่อใช้รักษาอาการปวดจากระบบประสาท

ประเทศอิสราเอล

กฎหมาย	Hazardous Substances Law
วันที่เริ่มบังคับใช้	1992
แนวทาง	ให้ใช้ทางการแพทย์และการวิจัยภายใต้การควบคุมกำกับอย่างเคร่งครัด โดยบริษัทที่ดำเนินการจะต้องมีเภสัชกรที่ดูแลและทำการส่งรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับงานวิจัยให้แก่หน่วยงานรัฐที่ได้รับมอบหมายปีละ 1 ครั้ง
การผลิต	การปลูกและการผลิตจะต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Israeli Agency on Medical Cannabis (IMCA)
ผลิตภัณฑ์	น้ำมัน แคปซูล และดอกกัญชา
ส่วนประกอบ	ปริมาณ CBD และ THCที่จะอนุญาตให้ใช้ได้นั้นจะขึ้นอยู่กับโรคแต่ละชนิด และแตกต่างกันไประหว่างเด็กและผู้ใหญ่
ข้อจำกัด	จำกัดให้ใช้ได้ไม่เกิน 30-40 กรัมต่อเดือน กำหนดโดยกระทรวงสุขภาพ

จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ายาที่กำหนดไว้ในแต่ละเดือนแบบ fixed price ไม่ว่าจะใช้กัญชาขนาดเท่าใดก็ตาม การแจกจ่ายกัญชาทางการแพทย์จะผ่านตัวแทนที่ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการส่งไปที่บ้าน อย่างไรก็ตามในอนาคตคาดว่าจะมีการมอบหมายให้ทางร้านขายยาเป็นผู้ดำเนินการแทน
เกณฑ์	ผู้ป่วยจะต้องสมัครเข้าร่วมโครงการกัญชาทางการแพทย์ผ่านทางแพทย์ที่ดูแล หรือสามารถที่จะเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เลยหากแพทย์คนนั้นได้รับการขึ้นทะเบียนกับโครงการอยู่แล้วทั้งนี้การสมัครจะต้องมีกรระบุขนาดที่จำเป็นต้องใช้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เช่นกันหากรับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัยทางคลินิก อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงกัญชาในรูปแบบการรักษานั้นจะจำกัดเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดรุนแรงและเรื้อรังจากมะเร็ง แต่สำหรับโรคอื่น ๆ นั้นจะต้องอยู่ในการวิจัย
ข้อห้าม	หากหน่วยงานที่ดำเนินการละเมิดกฎระเบียบข้างต้นจะถูกยกเลิกใบอนุญาต
หน่วยงานกำกับ	IMCA ภายใต้กระทรวงสุขภาพ
อื่น ๆ	อิสราเอลลงทุนไปหลายล้านดอลลาร์สหรัฐในเรื่องงานวิจัยกัญชาตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา โดยที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ก็ได้เริ่มมีการวิจัยตั้งแต่ปี 1960

ประเทศอิตาลี

กฎหมาย	Decree modifying Presidential Decree No.309 (Law 309/90) of 9th October 1990 และการปรับปรุงในระยะเวลาถัดมา
วันที่เริ่มบังคับใช้	23 มกราคม 2013
แนวทาง	กำหนดให้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบนั้นอยู่ในรายการของ soft drugs และอนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ภายใต้กฎหมาย Law No.390/90 นอกจากนี้กระทรวงสุขภาพได้อนุญาตให้มหาวิทยาลัยต่าง ๆ และห้องทดลองทางปฏิบัติการของรัฐสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยได้

<p>การผลิต</p>	<p>กระทรวงสุขภาพให้หน่วยงานที่มีใบอนุญาต สามารถผลิต จำหน่าย ส่งออก ขนส่ง และจัดซื้อผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งนี้ในระยะแรกมีการนำเข้าจากประเทศเนเธอร์แลนด์โดย The Office of Medicinal Cannabis ต่อมาได้มีการผลิตภายในประเทศที่ The Military Chemical Pharmaceutical Establishment ในเมืองฟลอเรนซ์ ตั้งแต่ปี 2016</p>
<p>ผลิตภัณฑ์</p>	<p>ยาที่ผลิตจากกัญชา รวมถึงสารสกัดจากกัญชา, Dronabinol, Nabinol, Sativex</p>
<p>ส่วนประกอบ</p>	<p>กำหนดให้ใช้ THC ได้ไม่เกิน 500 มิลลิกรัม เทียบเท่ากับวัตุดิบจริง 5 กรัม (ซึ่งมี active ingredient ประมาณ 10%)</p>
<p>ข้อจำกัด</p>	<p>ใช้ได้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่าง ๆ ตามมาตรฐานแล้วเท่านั้น โดยโรคที่อนุญาตให้ใช้ได้แก่ อาการปวดเรื้อรัง ปวดประสาทเสื่อม การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง อาการคลื่นไส้หลังได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี โรคเอดส์ ภาวะผอมรุนแรง โรค Anorexia nervosa โรคต้อหิน และโรค Tourette syndrome ทั้งนี้การสั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์นั้นสามารถให้ได้เฉพาะช่วงที่รักษาเท่านั้นและไม่เกิน 3 เดือน</p>
<p>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</p>	<p>ผ่านทางร้านขายยาของรัฐ</p>
<p>เกณฑ์</p>	<p>ต้องมีใบสั่งยาที่ระบุขนาด ชนิดของผลิตภัณฑ์ และวิธีการใช้อย่างชัดเจน</p>
<p>ข้อห้าม</p>	<p>หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะผิดกฎหมาย มีโทษปรับ และเพิกถอนใบอนุญาต นอกจากนี้ยังมีการตรวจจากกระทรวงสุขภาพเพื่อเช็คโควตาการผลิต หากผลิตเกินที่อนุญาต จะนำส่วนเกินไปหักลบจากโควตาปีถัดไป</p>
<p>หน่วยงานกำกับ</p>	<p>แต่ละภูมิภาคและแต่ละจังหวัดจะมีการตรวจสอบการสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และสรุปรายปีสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและนำเสนอไปยัง The Superior Health Institute และ The State Cannabis Organization เพื่อทำประมาณการความต้องการรายปีสำหรับปีถัดไป</p>
<p>อื่น ๆ</p>	<p>มียาเพียงตัวเดียวคือ Marinol เพื่อใช้รักษาอาการปวดจากระบบประสาท</p>

ประเทศจาไมกา

กฎหมาย	Dangerous Drugs (Amendment) Act
วันที่เริ่มบังคับใช้	24 กุมภาพันธ์ 2015
แนวทาง	ผ่อนผันให้แต่ละบุคคลสามารถครอบครอง ปลูก และใช้กัญชาทางการแพทย์และเพื่อจิตวิญญาณได้ (medical and spiritual purposes)
การผลิต	ต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Cannabis Licensing Authority
ผลิตภัณฑ์	สารสกัดกัญชา ต้นกัญชาแห้ง ผลิตภัณฑ์สำหรับขบเคี้ยว และยา
ส่วนประกอบ	มีการจำแนกผลิตภัณฑ์ตามระดับของ THC สูงและต่ำแต่อนุญาตให้ใช้ได้ทั้งคู่
ข้อจำกัด	กำลังอยู่ในช่วงกำหนดข้อจำกัด โดยมีข้อเสนอให้จำกัดวิธีการแจกจ่ายและไม่ให้ทำการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์กัญชา
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา และโรงน้ำชา (Tea houses)
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์
ข้อห้าม	หากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดจะมีการเพิกถอนใบอนุญาต
หน่วยงานกำกับ	Cannabis Licensing Authority (CLA)
อื่น ๆ	นักท่องเที่ยวที่มีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์สามารถรับยาได้

ประเทศมาเซโดเนีย

กฎหมาย	Law on control of narcotic drugs and psychoactive substances
วันที่เริ่มบังคับใช้	มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2016-ธันวาคม 2017
แนวทาง	การใช้กัญชาทางการแพทย์จะได้รับการกำกับดูแลตั้งแต่การนำเข้า การส่งออก การวิจัย การผลิต และการส่งจ่าย

<p>การผลิต</p>	<p>มีทั้งการนำเข้าจากต่างประเทศ และการผลิตเชิงอุตสาหกรรมในประเทศ อย่างไรก็ตามมีการกำหนดกฎระเบียบไว้เข้มข้นสำหรับการผลิตในประเทศ ได้แก่ ต้องมีรั้วสูง 4 เมตร และมีลวดไฟฟ้าซึ่งอีก 3 ชั้นด้านบนของรั้ว และต้องจัดระบบรักษาความปลอดภัยพร้อมกล้องวงจรปิดและดูแลการผลิตด้วยผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่อนุญาตให้มีการปลูกเองในระดับครัวเรือน</p>
<p>ผลิตภัณฑ์</p>	<p>น้ำมัน ชีวชีง ยาเหน็บทวาร และยาเหน็บช่องคลอด</p>
<p>ส่วนประกอบ</p>	<p>ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จะมีปริมาณของ CBD และ THC แตกต่างกันไป โดยไม่มีการจำกัดปริมาณของสารแต่ละชนิดในผลิตภัณฑ์</p>
<p>ข้อจำกัด</p>	<p>ผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC เกิน 0.2% จะใช้ได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อไปนี้เท่านั้น ได้แก่ มะเร็ง ปอดประสาทเสื่อม โรคลมชักในเด็ก และโรคเอดส์</p>
<p>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</p>	<p>ผ่านทางร้านขายยา</p>
<p>เกณฑ์</p>	<p>ผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC น้อยกว่า 0.2% ไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์แต่หากมีสาร THC เกิน 0.2% แพทย์จะต้องเป็นผู้สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย โดยที่ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ด้านระบบประสาท ด้านโรคติดเชื้อที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ พร้อมกับใบยินยอมอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย</p>
<p>ข้อห้าม</p>	<p>ยังคงมีความไม่สอดคล้องระหว่างกฎหมาย โดยที่มีการระบุว่าเจ้าหน้าที่ของแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาที่ลักลอบนำวัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์ออกนอกแหล่งผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาตจะมีความผิดซึ่งมีการพิจารณากันว่าอาจขัดแย้งบางประเด็นกับกฎหมายอีกฉบับที่ไม่มีการกำหนดฐานความผิดสำหรับการครอบครองกัญชาเพื่อใช้ส่วนตัว</p>
<p>หน่วยงานกำกับ</p>	<p>มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขึ้นอยู่กับตัวบทกฎหมาย ได้แก่ รัฐบาล, กระทรวงสุขภาพ, Agency of medicines and medical devices, กระทรวงเกษตร ป่าไม้ และน้ำ, กระทรวงมหาดไทย</p>

<p>อื่น ๆ</p>	<p>มีการกำหนดสาขาเฉพาะทางของแพทย์ที่จะสามารถสั่งจ่ายกัญชาได้ไว้ในกฎหมาย ทำให้เกิดความยากลำบาก หากต้องการจะเปลี่ยนแปลงรายละเอียดเหล่านี้ เพราะต้องดำเนินการผ่านกระบวนการของรัฐสภา นอกจากนี้ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชานั้นสูงเกินกว่าที่ประชาชนส่วนใหญ่จะซื้อหาได้ ประกอบกับแพทย์จำนวนมากยังคงกังวล ไม่อยากสั่งจ่ายกัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วย ทำให้ตลาดมีดเฟื่องฟู มีการลักลอบปลูกเองตามครัวเรือนและมีการแอบใช้ผิดวัตถุประสงค์อย่างมาก</p>
---------------	---

ประเทศเม็กซิโก

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

ประเทศเนเธอร์แลนด์

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

ประเทศนิวซีแลนด์

กฎหมาย	Regulation 22 of the Misuse of Drugs Regulations 1977
วันที่เริ่มบังคับใช้	1977

แนวทาง	อนุญาตให้สั่งจ่ายยา Sativex เพื่อใช้รักษาอาการเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมได้ และสั่งจ่าย CBD ได้ โดยให้เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาว่าด้วยการสั่งจ่าย การจัดหา และวิธีการใช้
การผลิต	ผลิตโดยบริษัท Emmerge Health NZ Ltd ในนิวซีแลนด์
ผลิตภัณฑ์	ขณะนี้ไม่มีเพียงยา Sativex ที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสุขภาพ
ส่วนประกอบ	สเปรย์ใช้สำหรับพ่นในปาก ขนาด 10 มิลลิลิตร
ข้อจำกัด	บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์กัญชาที่เป็น pharmaceutical grade ที่ต้องการให้มีการสั่งจ่ายในประเทศได้ จะต้องทำเรื่องขออนุญาตจากกระทรวงสุขภาพ โดยต้องมีรายละเอียดตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของบริษัทผู้ผลิตยา รายละเอียดของยาที่ต้องการสั่งจ่ายพร้อมหลักฐานการศึกษาต่างๆ ในขณะที่ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ใช่ pharmaceutical grade นั้นก็ต้องทำเรื่องขออนุญาตจากกระทรวงสุขภาพเช่นกัน โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ภาวะหรือโรคของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานแล้ว หลักฐานด้านสรรพคุณที่ผ่านการพิจารณาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คำยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง ฯลฯ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางร้านขายยา
เกณฑ์	ต้องได้รับใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ตรวจอย่างละเอียดแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการเกร็งและไม่สามารถควบคุมได้โดยวิธีการรักษามาตรฐานต่างๆ ที่มีอยู่ โดยอนุญาตให้ใช้ Sativex ระยะเวลา 4 สัปดาห์ หากประเมินแล้วว่าได้ผลดี จึงจะใช้ต่อไปได้
ข้อห้าม	ผลิตภัณฑ์กัญชายังคงถูกจัดอยู่ในยาควบคุม Class B1 ซึ่งต้องได้รับการอนุญาตจากรัฐมนตรีในการสั่งจ่าย จัดหา หรือใช้
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสุขภาพ
อื่น ๆ	ไม่มี

ประเทศไทย

กฎหมาย	Law No.30681 (regulates the medicinal and therapeutic use of cannabis and its derivatives)
วันที่เริ่มบังคับใช้	16 พฤศจิกายน 2017
แนวทาง	ควบคุมการใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่มีส่วนประกอบของกัญชาทางการแพทย์ โดยอนุญาตให้ใช้ทั้งในการวิจัย การผลิต การนำเข้า การพาณิชย์ และทางการดูแลรักษา
การผลิต	ใบอนุญาต 3 ประเภท ได้แก่ 1. สำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ 2. สำหรับการนำเข้าและ/หรือการพาณิชย์ 3. สำหรับการผลิต โดยให้เฉพาะหน่วยงานภาครัฐและห้องปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองจากกระทรวงสุขภาพ
ผลิตภัณฑ์	กัญชา และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีส่วนประกอบของกัญชา
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	ห้ามทำเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ได้รับการอนุญาตจากกระทรวงสุขภาพ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ไม่ระบุ
เกณฑ์	ผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาจะต้องลงทะเบียนกับกระทรวงสุขภาพ และมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โรคที่เป็น ขนาดที่จำเป็นต้องใช้ และแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษา โดยข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะได้รับการระงับใบอนุญาต หรือเพิกถอน
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสุขภาพ, General Office of Medications, Inputs and Drugs, National Institute of Health
อื่น ๆ	ไม่มี

ประเทศฟิลิปปินส์

กฎหมาย	Philippine Compassionate Medical Cannabis Act
วันที่เริ่มบังคับใช้	30 มิถุนายน 2016
แนวทาง	กฎหมายห้ามใช้กัญชาในรูปแบบวัตถุเสพติดตามธรรมชาติ และผู้ป่วยต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ โดยจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่กำหนดไว้และได้รับใบอนุญาตจากกระทรวงสุขภาพการรักษาระยะครอบคลุมโรคต่าง ๆ เช่น ไซซ้ออักเสบ โรคลมชัก มะเร็ง เอ็ดส์ปลูกประสาทเสื่อม เป็นต้น
การผลิต	ไม่ระบุ
ผลิตภัณฑ์	ห้ามใช้กัญชาในรูปแบบวัตถุเสพติดตามธรรมชาติ
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	การใช้กัญชาทางการแพทย์จะดำเนินการใน Medical Cannabis Compassionate Center ซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	Medical Cannabis Compassionate Center
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ที่ได้รับการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และต้องเป็นการตกลงยอมรับกันทั้งสองฝ่ายระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
ข้อห้าม	การครอบครองหรือสูบกัญชาถือว่าผิดกฎหมาย โดยมีโทษปรับ และเพิกถอนใบอนุญาต
หน่วยงานกำกับ	Department of Health
อื่น ๆ	มีการจัดตั้งสถานที่สำหรับทำการศึกษาวิจัยสรรพคุณของกัญชาทางการแพทย์

ประเทศเปอร์โตริโก

กฎหมาย	Law 42-2017 ป
วันที่เริ่มบังคับใช้	9 กรกฎาคม 2017
แนวทาง	ควบคุมการศึกษาวิจัย การปลูก การผลิต ห้องปฏิบัติการ การขนส่ง และการแจกจ่ายกัญชา
การผลิต	ผู้ผลิตต้องได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ โดยกำกับทุกกิจกรรม
ผลิตภัณฑ์	ครอบคลุมทุกส่วนของกัญชา รวมถึงสารสกัด สารผสม และผลิตภัณฑ์แปรรูปทุกชนิด
ส่วนประกอบ	ไม่ระบุ
ข้อจำกัด	การจ่ายกัญชาต้องกระทำโดยแพทย์ และเป็นไปตามกฎหมายของรัฐ
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานรัฐ
เกณฑ์	การส่งจ่ายยาโดยแพทย์จะต้องสอดคล้องกับกฎระเบียบที่กำหนดไว้ใน Regulation 8766
ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น มีโทษปรับสูงสุดถึง 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ
หน่วยงานกำกับ	Regulatory Board of Medicinal Cannabis
อื่น ๆ	50% ของค่าปรับที่เก็บได้จากการละเมิดกฎระเบียบ จะได้รับการจัดสรรไปสนับสนุนมหาวิทยาลัยเปอร์โตริโก

ประเทศโรมาเนีย

กฎหมาย	Law No.339/2005
วันที่เริ่มบังคับใช้	9 กรกฎาคม 2017

ประเทศฟิลิปปินส์

แนวทาง	ให้สามารถใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาในการดูแลรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคลมชัก มะเร็ง และปลูกประสาทเสื่อม ภายใต้การควบคุมกำกับอย่างเคร่งครัด
การผลิต	การปลูกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์นั้นสามารถทำได้โดยต้องได้รับการอนุญาตจาก The Drugs Agency
ผลิตภัณฑ์	ไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของผลิตภัณฑ์กัญชาในกฎหมาย
ส่วนประกอบ	ต้องมีสาร THC ไม่เกิน 0.2%
ข้อจำกัด	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากกัญชาจะต้องได้รับการรับรองจาก The National Agency on Medicines
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ปัจจุบันยังไม่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศ
เกณฑ์	ต้องมีใบสั่งจ่ายโดยแพทย์
ข้อห้าม	ไม่ระบุ
หน่วยงานกำกับ	National Agency on Medicines
อื่น ๆ	กฎหมายยังมีรายละเอียดไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้จริง

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

กฎหมาย	The Federal Narcotics Act และ Law on Therapeutic Products
วันที่เริ่มบังคับใช้	รับรองเมื่อ 20 มีนาคม 2008 และบังคับใช้เมื่อ 1 กรกฎาคม 2011
แนวทาง	Federal Office of Public Health (OFSP) จะเป็นหน่วยงานพิจารณาอนุญาตให้ปลูก นำเข้า ผลิต จำหน่าย วิจัย และพัฒนายาจากกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์

<p>การผลิต</p>	<p>ปัจจุบันมีการอนุญาตให้ปลูกภายในประเทศ หรือนำเข้ากัญชา เพื่อใช้ในการผลิตผลิตภัณฑ์สำหรับใช้ประโยชน์ด้านการรักษาสำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีสาร THC เกิน 1% ในขณะที่ยา Dronabinol นั้นจะนำเข้าจากเยอรมัน โดยต้องได้รับอนุญาตจาก OFSP และ Swissmedic ส่วนการส่งออกดอกกัญชาตัวเมียแห้ง (Cannabis flos) และผลิตภัณฑ์กัญชาต่าง ๆ ที่ผลิตในประเทศนั้นสามารถทำได้</p>
<p>ผลิตภัณฑ์</p>	<p>สารสกัดจากกัญชาธรรมชาติและสังเคราะห์, ยา Sativex สามารถนำมาใช้ได้ แต่ไม่อนุญาตให้ใช้ดอกกัญชา นอกจากนี้หากจะผลิตหรือจำหน่ายจะต้องขออนุญาตกับทาง OFSP ก่อน</p>
<p>ส่วนประกอบ</p>	<p>มีความหลากหลายของปริมาณ THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ</p>
<p>ข้อจำกัด</p>	<p>การใช้กัญชาทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการสั่งจ่ายโดยแพทย์ และต้องระบุรายละเอียดผู้ป่วย โรคที่เป็น แพทย์ที่ทำการดูแลรักษาและได้รับการอนุญาตจากรัฐ</p>
<p>จุดจำหน่ายแจก</p>	<p>ผ่านทางร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตจากรัฐ และทางไปรษณีย์</p>
<p>เกณฑ์</p>	<p>สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์นั้น จะต้องมิใช่สิ่งจ่ายยาจากแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจาก OFSP ส่วนการจ่ายยา Sativex นั้นจะใช้ได้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานแล้ว โดยจะต้องผ่านการประเมินช่วงระยะทดลองยาด้วยว่าได้ผลดีหรือไม่</p>
<p>ข้อห้าม</p>	<p>ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่น ๆ นอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ข้างต้น</p>
<p>หน่วยงานกำกับ</p>	<p>OFSP และ Swissmedic</p>
<p>อื่น ๆ</p>	<p>ระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศสวิตเซอร์แลนด์นี้ดำเนินไปอย่างช้ามาก ค่าใช้จ่ายสูง และมีขั้นตอนต่าง ๆ มาก แต่ลักษณะดังกล่าวกลับสร้างความมั่นใจและยอมรับในวงการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ยกเว้นเกิดจากภาวะสุติวิสัย</p>

ประเทศไทย

กฎหมาย	พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 (2562) และกฎกระทรวงสาธารณสุข
วันที่เริ่มบังคับใช้	เริ่มดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ตามคำสั่งสธ. 11 พฤศจิกายน 2562
แนวทาง	ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นยา หรือ ผลิตภัณฑ์ยา (unapproved drug) กัญชายังจัดเป็นยาเสพติด ที่ต้องควบคุมเพื่อความปลอดภัย แม้ว่าจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นการสกัดจากพืชกัญชา ไม่ใช่การสังเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ มีแนวโน้มที่จะใช้สารสกัดกัญชาเพิ่มขึ้นมาก เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และการศึกษาวิจัย
การผลิต	องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในระบบการผลิตผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ ร่วมกับสถาบันการศึกษาในแต่ละภูมิภาค
ผลิตภัณฑ์	น้ำมันกัญชา 3 สูตร ได้แก่ สูตร THC (0.5 mg/drop), สูตร CBD (100 mg/ml) และสูตร THC:CBD 1:1 (THC 27 mg/ml และ CBD 25 mg/ml)
ส่วนประกอบ	CBD และ THC
ข้อจำกัด	กัญชายังคงเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5: ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตในกรณีประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาวิจัย รวมถึงเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์	ผู้ขออนุญาตที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ ได้แก่ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การสัตวแพทย์ชั้น 1 แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ หมอพื้นบ้านตามกฎหมาย
ข้อห้าม	ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอื่น ๆ นอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ข้างต้น
หน่วยงานกำกับ	กระทรวงสาธารณสุข

<p>อื่น ๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice) <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตาม “คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์” - กำหนดแผนการรักษา ชนิด และปริมาณผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ 2. การใช้ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (medical indications) และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับสารสกัดกัญชาให้ชัดเจน 3. การอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถสั่งใช้สารสกัดกัญชาได้อย่างเหมาะสม 4. การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย รูปแบบ และขั้นตอนการจัดบริการให้กับผู้ป่วย
---------------	--

สหราชอาณาจักร

<p>กฎหมาย</p>	<p>Criminal Justice Act/Schedule 4</p>
<p>วันที่เริ่มบังคับใช้</p>	<p>2006</p>
<p>แนวทาง</p>	<p>ให้สามารถเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์โดยการสั่งจ่ายยาที่ได้รับการรับรอง ได้แก่ Sativex</p>
<p>การผลิต</p>	<p>บริษัท GW Pharmaceuticals ได้รับอนุญาตให้ปลูกต้นกัญชาและผลิตยา Sativex และสารสกัดกัญชา</p>
<p>ผลิตภัณฑ์</p>	<p>Sativex</p>
<p>ส่วนประกอบ</p>	<p>Sativex</p>
<p>ข้อจำกัด</p>	<p>จำกัดให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ด้านการฟื้นฟูสภาพและด้านอาการปวด สั่งจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปลอกประสาทเสื่อม</p>
<p>จุดจำหน่ายจ่ายแจก</p>	<p>ผ่านทางร้านขายยา</p>
<p>เกณฑ์</p>	<p>ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น และต้องทำการประเมินผล 4 สัปดาห์ หากไม่ดีขึ้น ให้หยุด</p>

ข้อห้าม	หากละเมิดกฎระเบียบข้างต้น ถือว่าผิดกฎหมาย
หน่วยงานกำกับ	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)
อื่น ๆ	ปัจจุบันอนุญาตให้เพียงมีการนำเข้า ผลิต ส่งจ่าย และใช้ยา Sativex เท่านั้น

สหรัฐอเมริกา

กฎหมาย	State regulations
วันที่เริ่มบังคับใช้	1996-2017
แนวทาง	อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ใน 33 รัฐ และ the District of Columbia
การผลิต	มีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ
ผลิตภัณฑ์	ยาง สารสกัด น้ำมัน ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาโรคเฉพาะ กัญชาแห้ง
ส่วนประกอบ	การกำหนดปริมาณของ THC และ CBD มีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ
ข้อจำกัด	ให้ทำการส่งจ่ายโดยแพทย์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกและร้านขายยา
เกณฑ์	ใบส่งจ่ายยาโดยแพทย์ ต้องระบุขนาดที่ใช้
ข้อห้าม	แพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบประเมินปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถครอบครองได้
หน่วยงานกำกับ	Food and Drug Administration (FDA)
อื่น ๆ	กฎระเบียบมีความแตกต่างกันมากในแต่ละรัฐ

ประเทศอูรุกวัย

กฎหมาย	Article 5 of Law 19172 และ Decree 46-015
วันที่เริ่มบังคับใช้	7 มกราคม 2014
แนวทาง	ให้ใช้กัญชาทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และสนับสนุนอุตสาหกรรมที่ดำเนินการเพื่อผลิตยารักษาโรค
การผลิต	ผู้ผลิตจะต้องได้รับใบอนุญาตจาก The Institute for the Regulation and Control of Cannabis โดยจะอนุญาตให้ดำเนินการเพื่อผลิตยารักษาโรค และการวิจัย นอกจากนี้ยังอนุญาตให้มีการปลูกไว้ใช้เองที่บ้านด้วย
ผลิตภัณฑ์	ใช้ได้ทุกรูปแบบ
ส่วนประกอบ	กำหนดให้มีปริมาณ THC ไม่เกิน 9% และ CBD ห้ามต่ำกว่า 3%
ข้อจำกัด	จำกัดไม่ให้ใช้เกิน 40 กรัมต่อเดือน และห้ามไม่ให้โฆษณา ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการส่งเสริมการขายและดำเนินการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์
จุดจำหน่ายจ่ายแจก	ผ่านทางคลินิกและร้านขายยา สำหรับกัญชาทางการแพทย์ ในขณะที่การเสฟเพื่อสันถนาการนั้นมีในลักษณะของการใช้เองที่บ้าน และตาม social clubs
เกณฑ์	การใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์โดยระบุชนิดและขนาด รวมถึงวิธีใช้สำหรับ Sativex หรือ Marinol นั้นเป็นยาที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ โดยต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข และต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์ด้วย
ข้อห้าม	หากมีการละเมิดกฎระเบียบข้างต้น จะมีโทษจำคุกเดือน ปรับ หรือโทษทางอาญา
หน่วยงานกำกับ	Institute for the Regulation and Control of Cannabis
อื่น ๆ	ไม่มี

รายละเอียดการควบคุมกำกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในรัฐต่าง ๆ
ของประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
California	1996	ใช่	8	ใช่	Bureau of Medical Cannabis Regulation
Alaska	1998	ใช่	1	ใช่	Alaska Department of Health and Social Services
Oregon	1998	ใช่	24	ใช่	Oregon Depart- ment of Human Service
Washington	1998	ใช่	1	ใช่	Washington State Department of Health
Maine	1999	ใช่	2.5	ใช่	State of Maine, Department of Health and Human Services

: แนวทางการควบคุม แนวทาง ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Colorada	2000	ใช่	2	ใช่	Colorado Department of Public Health and Environment
Hawaii	2000	ใช่	4	ใช่	State of Hawaii, Department of Health
Nevada	2000	ใช่	2.5	ใช่	Nevada Division of Public and Behavioral Health
Montana	2004	ใช่	1	ใช่	Montana Department of Health and Human Services
Vermont	2004	ใช่	2	ใช่	Department of Public Safety, Marijuana Registry

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Rhode Island	2006	ใช่	2.5	ใช่	Rhode Island Department of Health
New Mexico	2007	ใช่	8	ใช่	New Mexico Department of Health
Michigan	2008	ใช่	2.5	ใช่	Department of Licensing and Regulatory Affairs
Arizona	2010	ใช่	2.5	ใช่	Arizona Depart- ment of Health Services
New Jersey	2010	ใช่	2	ใช่	State of New Jersey, Depart- ment of Health
Washington DC	2010	ใช่	2	ใช่	Government of The District of Columbia, DC Health
Delaware	2011	ใช่	6	ใช่	Delaware Department of Health and Social Services

: แนวทางการควบคุม แนวทาง ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Connecticut	2012	ใช่	2.5	ใช่	Connecticut State, Department of Consumer Protection
Massachusetts	2012	ใช่	10	ใช่	Department of Public Health of the Common- wealth of Massachusetts
Illinois	2013	ใช่	2.5	ใช่	Illinois Department of Public Health
New Hampshire	2013	ใช่	2	ใช่	New Hampshire Department of Health and Human Services
Maryland	2014	ใช่	4	ใช่	Maryland Medical Cannabis Commission

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Minnesota	2014	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Minnesota Department of Health
New York	2014	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	New York Department of Health
Arkansas	2016	ใช่	2.5	ใช่	Arkansas Medical Marijuana Commission
Florida	2016	ใช่	2.5	ใช่	Florida Depart- ment of Health
North Dakota	2016	ใช่	3	ใช่	North Dakota Department of Health
Ohio	2016	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Ohio Medical Marijuana Control Program
Pennsylvania	2016	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Pennsylvania Department of Health

: แนวทางการควบคุม แนวทาง ติดตาม กำกับ การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ กัญชาที่ ครอบครอง ไว้ใช้ได้ (ออนซ์)	อนุญาต ให้สูบ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
West Virginia	2017	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Department of Health and Human Services
Missouri	2018	ใช่	4	ใช่	Department of Health and Senior Services
Oklahoma	2018	ใช่	3	ใช่	Oklahoma Medical Marijuana Authority
Utah	2018	ใช่	ตาม ผลิตภัณฑ์	ไม่	Utah Department of Health
Louisiana	2019	ใช่	ไม่ระบุ	ไม่	Louisiana Department of Health

รายละเอียดการควบคุมกำกับการใช้สาร Cannabidiol ทางทางการแพทย์ในรัฐต่าง ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียน	ปริมาณของสาร THC	ปริมาณของสาร CBD	หน่วยงานรับผิดชอบ
Alabama	2014	ไม่	<3%	ปริมาณสูง	มหาวิทยาลัย Alabama at Birmingham
Kentucky	2014	ไม่	0%	ปริมาณสูง	รัฐ Kentucky
Mississippi	2014	ใช่	<0.5%	>15%	มหาวิทยาลัย Mississippi
North Carolina	2014	ใช่	<0.3%	>10%	North Carolina Department of Health and Human Services
South Carolina	2014	ใช่	<0.9%	>15%	รัฐ South Carolina
Georgia	2015	ใช่	<5%	ปริมาณสูง	Georgia Department of Public Health
Tennessee	2015	ใช่	<0.9%	ปริมาณสูง	Tennessee Tech University

รัฐ	กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ (ปี ค.ศ.)	ผู้ป่วยต้อง ขึ้นทะเบียน	ปริมาณ ของสาร THC	ปริมาณ ของสาร CBD	หน่วยงาน รับผิดชอบ
Texas	2015	ใช่	<0.5%	>10%	รัฐ Texas
Virginia	2015	ใช่	<5%	>15%	VA Board of Medicine
Wyoming	2015	ใช่	<0.3%	>15%	Department of Health
Indiana	2017	ใช่	<0.3%	>5%	รัฐ Indiana
Iowa	2017	ใช่	<3%	ปริมาณสูง	Iowa Department of Public Health
Wisconsin	2017	ใช่	ปริมาณต่ำ	ปริมาณสูง	Department of Safety and Professional Services

เอกสารอ้างอิง

1. Tomiyama KI, Funada M. [Present Conditions of Marijuana Regulation in USA: Medical and Recreational Use]. Yakugaku zasshi : Journal of the Pharmaceutical Society of Japan. 2020;140(2):179-92.
2. Seltenrich N. Cannabis Contaminants: Regulating Solvents, Microbes, and Metals in Legal Weed. Environmental health perspectives. 2019;127(8):82001.
3. Rehm J, Elton-Marshall T, Sornpaisarn B, Manthey J. Medical marijuana. What can we learn from the experiences in Canada, Germany and Thailand? The International journal on drug policy. 2019;74:47-51.

4. Lake S, Kerr T, Werb D, Haines-Saah R, Fischer B, Thomas G, et al. Guidelines for public health and safety metrics to evaluate the potential harms and benefits of cannabis regulation in Canada. *Drug and alcohol review*. 2019;38(6):606-21.
5. Corli O, Davoli E, Medana C, Garattini S. Cannabis as a medicine. An update of the Italian reality. *European journal of internal medicine*. 2019;60:e9-e10.
6. Bowling CM, Glantz SA. Conflict of Interest Provisions in State Laws Governing Medical and Adult Use Cannabis. *American journal of public health*. 2019;109(3):423-6.
7. Balneaves LG, Alraja AA. “Guarding their practice”: a descriptive study of Canadian nursing policies and education related to medical cannabis. *BMC nursing*. 2019;18:66.
8. Zarhin D, Negev M, Vulfsons S, Sznitman SR. Rhetorical and regulatory boundary-work: The case of medical cannabis policy-making in Israel. *Social science & medicine (1982)*. 2018;217:1-9.
9. Orenstein DG, Glantz SA. Regulating Cannabis Manufacturing: Applying Public Health Best Practices from Tobacco Control. *Journal of psychoactive drugs*. 2018;50(1):19-32.
10. Borodovsky JT, Budney AJ. Cannabis regulatory science: risk-benefit considerations for mental disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2018;30(3):183-202.
11. Belackova V, Shanahan M, Ritter A. Mapping regulatory models for medicinal cannabis: a matrix of options. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2018;42(4):403-11.
12. Klieger SB, Gutman A, Allen L, Pacula RL, Ibrahim JK, Burris S. Mapping medical marijuana: state laws regulating patients, product safety, supply chains and dispensaries, 2017. *Addiction (Abingdon, England)*. 2017;112(12):2206-16.
13. Williams AR, Olsson M, Kim JH, Martins SS, Kleber HD. Older, Less Regulated Medical Marijuana Programs Have Much Greater Enrollment Rates Than Newer ‘Medicalized’ Programs. *Health affairs (Project Hope)*. 2016;35(3):480-8.
14. Chapman SA, Spetz J, Lin J, Chan K, Schmidt LA. Capturing Heterogeneity in Medical Marijuana Policies: A Taxonomy of Regulatory Regimes Across the United States. *Substance use & misuse*. 2016;51(9):1174-84.
15. วิชัย โชควิวัฒน์. กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562.
16. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561.



จากการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย และรูปแบบการควบคุมกำกับการณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะพบว่ามีความเหมือนและแตกต่างกันหลายประการ

ในด้านความเหมือนกันนั้น เห็นได้จากการที่หลายประเทศมีก้าวอย่างขับเคลื่อนนโยบายกัญชาโดยเริ่มจากการปลดล็อกเพื่อใช้ทางการแพทย์และต่อเนื่องด้วยกัญชาเสรีด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการ ได้แก่ การชูประเด็นสรรพคุณทางการแพทย์ ผลเสียของกัญชาที่น้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ และความหวังในการสร้างรายได้จากภาษีการค้าขายกัญชาและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ส่วนความแตกต่างของการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น เป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ของแต่ละประเทศดำเนินการล้วนมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยสามารถจำแนกตามลักษณะสำคัญ ดังนี้

Population: มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีโรคที่เฉพาะเจาะจง ไปจนถึงการใช้เพื่อบรรเทาอาการสำหรับประชาชนในวงกว้าง

Procurement: มีการกำหนดแหล่งที่มาของกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศมีทั้งแบบที่ให้ปลูกใช้เองที่บ้าน ให้ผลิตในประเทศหรือให้เฉพาะนำเข้าผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศหรือหลายรูปแบบร่วมกัน

Products: มีการรับรองให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในหลายลักษณะแตกต่างกันไปตั้งแต่การใช้ในรูปแบบส่วนของสมุนไพรมาเป็นยารักษาบรรเทาอาการ การใช้ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากกัญชา เช่น น้ำมัน ยาง หรือแม้แต่การอนุญาตให้ใช้เฉพาะสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการพิสูจน์ตามมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันและขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนปัจจุบันสำหรับรักษาเฉพาะโรคเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีทั้งในลักษณะที่จำกัดปริมาณสาร THC, CBD และที่ไม่จำกัดปริมาณ

Platform: ลักษณะการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แบ่งออกเป็น กลุ่มประเทศที่ควบคุมให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานพยาบาล กลุ่มประเทศที่ใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลและกลุ่มประเทศที่ไม่ระบุ

Prescription: หากมองในภาพรวมจะพบว่าประเทศที่ดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นจะกำหนดให้มีการสั่งจ่ายโดยแพทย์ มีบางส่วนที่กำหนดคุณสมบัติเฉพาะของผู้สั่งจ่ายที่ต้องผ่านการอบรม หรือเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีส่วนน้อยที่ให้จ่ายได้เองผ่านทางร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐและส่วนน้อยที่จะให้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้เองโดยเสรีโดยไม่ต้องสั่งจ่ายโดยบุคลากรทางการแพทย์

Professional responsiveness: ประเทศส่วนใหญ่ที่ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์มักมีลักษณะการผลักดันและขับเคลื่อนผ่านกลไกราชการ ผ่านทางกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุขโดยมิได้มีหลักฐานที่ชัดเจนของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และมีบางประเทศที่มีหลักฐานเรื่องการไม่ยอมรับในสรรพคุณของกัญชาและความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์จนเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างรัฐกับหน่วยงานสุขภาพ หรือองค์กรวิชาชีพ

Permission and regulation: ระบบการควบคุมกำกับ และเฝ้าระวังของแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันไปส่วนใหญ่มักใช้กลไกของกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บางประเทศตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อดูแลงานกัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ และมีบางประเทศที่ให้หน่วยงานด้านอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล เช่น หน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จะเห็นได้ชัดเจนนว่า การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น หากว่ากันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คงไม่สามารถตอบได้ว่าเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนด้วยเหตุผลที่พอเพียง ด้วยเหตุและผลต่าง ๆ ดังนี้

1. เหตุผลด้านสรรพคุณของกัญชาในทางการแพทย์นั้นมีการพิสูจน์สรรพคุณตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่จำกัดมาก ทำให้มีข้อบ่งชี้ในการใช้จริงน้อยและไม่สามารถทดแทนยามาตรฐานที่มีอยู่ได้ จึงยังควรอยู่ในระดับการศึกษาทดลอง

2. เหตุผลด้านผลเสียของกัญชาที่น้อยกว่ายาเสพติดตัวอื่น รวมถึงความหวังที่จะนำมาบรรเทาผลกระทบจากปัญหาเสพติดหลักอื่น ๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น ก็ดูจะมีน้ำหนักน้อยมาก และมีแนวโน้มที่จะเห็นผลกระทบทางลบที่เกิดมากขึ้นในหลายเรื่อง เนื่องจากการวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นดังนี้

2.1 ผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์นั้นทำให้วัยรุ่นใช้กัญชามากขึ้นหากนโยบายไม่เคร่งครัด รวมถึงเพิ่มจำนวนวันในการใช้ และอายุเริ่มต้นที่ลองใช้เร็วขึ้นกว่าเดิม ในขณะที่ผู้ใหญ่พบว่ามีปริมาณการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการมีนโยบายดังกล่าว และหากนโยบายไม่เคร่งครัดก็จะทำให้มีจำนวนผู้ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ปัญหาการเสพติดกัญชามากขึ้น เห็นได้จากงานวิจัยในช่วงครึ่งทศวรรษที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นความชุกของปัญหาในประเทศต่าง ๆ มากขึ้น

2.3 ปัญหาแอลกอฮอล์ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าการมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ ไม่ได้ลดอัตราการดื่มหนักในผู้ใหญ่ นอกจากนี้พบว่ามีพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ที่ไม่เคร่งครัด กลับจะทำให้มีการตีหมักมากขึ้น และเพิ่มอัตราการตีหมักแอลกอฮอล์ พร้อมกับการใช้กัญชามากขึ้นด้วย ส่วนเรื่องอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนอันเป็นผลเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และยอดจำหน่ายแอลกอฮอล์นั้นยังไม่มีหลักฐานวิชาการเพียงพอที่จะพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อเรื่องดังกล่าวได้

2.4 ปัญหาเสพติดและผลกระทบจากยาประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น หลักฐานวิชาการพบว่ากัญชาทางการแพทย์แม้จะลดอาการปวดได้แต่ไม่ตีเท่าฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น และไม่สามารถนำมาทดแทนยามาตรฐานที่มีอยู่ได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชานั้นยังมีอัตราการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ในขณะที่อัตราการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับฝิ่นนั้นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นในพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ส่วนปัญหาการเสพติดยาประเภทฝิ่นนั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ส่วนผลต่อลักษณะการส่งจ่ายยาประเภทฝิ่นและการกระจายยานั้นยังไม่มีข้อมูลวิชาการเพียงพอ

2.5 ปัญหาเสพติดบุหรี่ยังไม่มีหลักฐานวิชาการเพียงพอที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกัญชาทางการแพทย์และการเสพติดบุหรี่ย่อย่างชัดเจน

3. ความหวังที่จะสร้างรายได้จากกัญชา และลดรายจ่ายด้านสุขภาพ จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างของรัฐบาลโคโรลาโด สหรัฐอเมริกา ได้รับการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์แล้วชี้ให้เห็นว่า ได้ไม่คุ้มเสียทั้งในแง่รายได้ที่ได้จริงเมื่อเทียบกับรายจ่ายระดับบุคคล และระดับสังคมที่เกิดขึ้นจากผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่การลดรายจ่ายด้านสุขภาพรายบุคคลนั้น แม้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันชัดเจน แต่จากการที่กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถนำไปใช้ทดแทนยามาตรฐานได้เลยแม้แต่โรคเดียว จึงเป็นข้อมูลบ่งถึงความเป็นไปได้ว่า โอกาสจะลดรายจ่ายด้านสุขภาพรายบุคคลนั้นน่าจะเป็นไปได้ยาก

สำหรับประเทศไทยเรานั้น การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน แม้จะมีความก้าวหน้าตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย แต่ยังมีประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา 6 เรื่องหลัก ได้แก่

1 ปัญหาด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับภัยสุขภาพการแพทย์

ความเชื่อ และความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์และโทษจากภัยสุขภาพ และสารสกัดจากภัยสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการสื่อสารและพฤติกรรมของประชาชนทั้งในชีวิตประจำวันและในเครือข่ายสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งด้านประโยชน์และโทษของภัยสุขภาพ และสารสกัดจากภัยสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยและญาติ

2 ผลกระทบต่อระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์

จากมาตรการ กระบวนการ และการจัดระบบนำภัยสุขภาพมาใช้ทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ดังจะเห็นได้จากความสับสนต่อทิศทางการประยุกต์ใช้ภัยสุขภาพทางการแพทย์ของประเทศว่าจะไปทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ทางเลือกหรือทั้งสองทางพร้อมกัน เนื่องจากมาตรฐานการดูแลรักษาของแต่ละแผนนั้นมีความแตกต่างกันในแง่การประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และการพิสูจน์ผลก่อนจะนำมาใช้จริงกับผู้ป่วย ทั้งนี้จึงเห็นปรากฏการณ์ที่หน่วยงานระดับนานาชาติ ระดับชาติ รวมถึงราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่าง ๆ และสมาคมวิชาชีพจำนวนมากต้องออกแถลงการณ์แสดงจุดยืนในการนำภัยสุขภาพไปใช้ทางการแพทย์ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทย จะต้องพิจารณา และวางแนวทางการใช้ภัยสุขภาพทางการแพทย์ให้ชัดเจน เพื่อลดผลกระทบต่อทั้งกระบวนการดูแลรักษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ ในอนาคต เช่น การฟ้องร้อง ฯลฯ

3 การแพร่ระบาดของชาวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวง

ปัญหาชาวลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่น ๆ เกี่ยวกับกัญชา สารสกัดจากกัญชา และผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้งในเครือข่ายสังคม โลกออนไลน์ และในชีวิตประจำวัน ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการติดตาม ควบคุม และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของชาวลวงและโฆษณาประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและกลุ่มเปราะบาง

4 การขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจค้าขายกัญชา

ทั้งกัญชาในลักษณะของพืชสมุนไพร และสารสกัดจากกัญชาในรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย มีปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐาน จนส่งผลกระทบต่อผู้นำไปใช้ผู้บริโภค ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ที่ประชาชนจำนวนมากสามารถเข้าถึงกัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชาได้ผ่านการซื้อขายออนไลน์ เครือข่ายสังคม รวมถึงการได้รับจากเพื่อนฝูง และคนรู้จักโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุที่มาของแหล่งผลิต และเกิดผลกระทบจากการหลงเชื่อ และนำไปใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือใช้โดยปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการควบคุมธุรกิจค้าขายกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา ควบคุมไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดำเนินชีวิตสำหรับประชาชนให้ห่างไกลจากปัญหาดังกล่าว

5 ปัญหาด้านระบบการสร้างความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับกัญชา

ความท้าทายของการจัดการระบบวิจัยกัญชาทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ทั้งด้านหลักจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ และ Good Clinical Practice ดังจะเห็นได้จากปัญหาการจัดระบบวิจัยกัญชาทางการแพทย์ผ่านสถาบันต่าง ๆ ของ

กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยอาจยังไม่สมบูรณ์ เช่น การประกาศรับสมัครผู้ป่วย มะเร็งเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัยให้ทราบอย่างเพียงพอ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น ดังนั้นหากประเทศไทยต้องการจะแข่งขันกับเวทีโลก เพื่อพัฒนาความรู้ และผลิตบัณฑิตกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับสำหรับ สากลโลก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิรูประบบการจัดการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ โดย ทำความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายวิจัยที่มีประสบการณ์และความเข้มแข็ง พร้อมไปกับการ จัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

6 ปัญหาด้านสังคมจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นจากการผลิต จำหน่ายจ่ายแจก และใช้หรือเสพกัญชาหรือ สารสกัดจากกัญชา เช่น อาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย ฆาตกรรม รวมถึงผลกระทบต่อ สุขภาพจากการใช้กัญชาจนทำให้ต้องมารับการรักษาที่สถานพยาบาลทั้งในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ดังที่เห็นจากทั้งข่าวในสื่อมวลชน และจากรายงาน จากสถานพยาบาลและสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ที่นำเสนอผ่านเครือข่ายสังคม ดังนั้นรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ โดยอาศัย บทเรียนที่ต่างประเทศได้ประสบมาก่อน และวางแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบทาง ลบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย พร้อมประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้ดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาผล กระทบอย่างมีประสิทธิภาพ



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการจัดการควบคุม ติดตาม กำกับ
การดำเนินนโยบายกัญชาทาง
การแพทย์สำหรับประเทศไทย

1. ขอให้หน่วยงานต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ พัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในเรื่องกัญชา และสารสกัดจากกัญชาที่ใช้ทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและกลุ่มเปราะบาง เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาความเชื่อที่ไม่เหมาะสม และความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์และโทษจากกัญชาและสารสกัดจากกัญชาโดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และปรับปรุงข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารตามหลักวิชาการที่ได้มาตรฐานและทันสมัย

2. ขอให้หน่วยงานต่าง ๆ ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งในรูปแบบแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก และร่วมกันวางแผนให้เกิดมาตรฐานการดูแลรักษา และ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์ สำหรับการแพทย์แต่ละรูปแบบโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล พัฒนามาตรการที่จำเป็นเพื่อลดปัญหาความสับสนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และมาตรการคุ้มครองทางกฎหมายในกรณีเกิดข้อพิพาทหรือเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาและ/หรือการวิจัยกัญชาทางการแพทย์

3. ขอให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ร่วมกันวางแผนบูรณาการการทำงานและพัฒนาแผนเพื่อป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหา การแพร่ระบาดของข่าวลวง และโฆษณาประชาสัมพันธ์ลวงเพื่อหวังผลเชิงพาณิชย์และอื่น ๆ เกี่ยวกับกัญชา สารสกัดจากกัญชา และผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้งในเครือข่ายสังคม ออนไลน์ และในชีวิตประจำวันรวมถึงแผนการติดตาม ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของสินค้าหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์

4. ขอให้ร่วมกันดำเนินการพัฒนานโยบาย และระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้าน สุขภาพ และสังคม จากการดำเนินนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย โดย มุ่งเน้นเรื่องอาชญากรรม พฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดอื่น ๆ อุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุในสถานที่ทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนป้องกัน ควบคุม และจัดการปัญหาผลกระทบสำหรับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. ขอให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่วางแผนการศึกษา วิจัยกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ โดยยึดตามมาตรฐานสากลทั้งใน ด้านจริยธรรมการวิจัยและ Good Clinical Practice ทั้งนี้ให้กำหนดแผนที่ทางเดินการวิจัย กัญชาทางการแพทย์ของประเทศ (Medical Cannabis Research Roadmap) ในระยะยาว (10 ปี) พร้อมแผนการติดตามกำกับประเมินผล เพื่อให้แน่ใจว่าการวิจัยกัญชาทางการแพทย์จะสามารถเกิดผลผลิตและผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวัง



กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

Case Studies of Medical Cannabis Policy:

Situation, Impact, Management, and Policy Recommendation for Thailand



กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

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

รศ. นพ. วีระ วรรณรัตน์
คณบดีแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนโดย ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)