

กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

อุมักัญญ์ ไกรฤกษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2563

Medical Cannabis Laws

Aumakan Krairiksh

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws**

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2020



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์

เสนอโดย นางสาวอุมากัญญา ไกรฤกษ์


สาขาวิชา นิติศาสตร์

หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว


.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ ฟีพัฒนกุล)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว


.....คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนชื้อสกุล)

วันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

หัวข้อวิทยานิพนธ์	กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ ในทางการแพทย์
ชื่อผู้เขียน	อุมากัญญา ไกรฤกษ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณนิตยา
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2562

บทคัดย่อ

สืบเนื่องจาก เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีประกาศราชกิจจานุเบกษาแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 กำหนดข้อยกเว้นให้สามารถนำกัญชาไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมีงานวิจัยทางการแพทย์มากมายทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยที่ต่างยอมรับว่ากัญชามีสรรพคุณในการรักษาโรคบางชนิด แต่อย่างไรก็ตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่ได้รับอนุญาตหรือไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ การใช้กัญชาที่ผิดวิธี หรือการใช้กัญชาที่เกินขนาด ย่อมเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์อย่างรุนแรงซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ จึงเห็นว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องมีการออกกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ เพื่อกำหนดมาตรฐานและควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันมิให้มีการใช้กัญชาที่เกิดอันตรายต่อร่างกาย รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ ของประเทศ โดยปัจจุบันยังไม่ได้มีการประกาศใช้กฎหมายลำดับรองที่กำหนดรายละเอียดในเรื่องต่างๆ อาทิเช่น หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายยา การออกไปสั่งยา หรือหนังสือรับรองให้แก่ผู้ป่วย ระบบการติดตามกัญชา รวมทั้งการโฆษณา เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาความจำเป็น ข้อดีและข้อเสีย ประโยชน์และผลกระทบต่างๆ ของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของประเทศไทยและของต่างประเทศ รวมทั้งมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การออกกฎหมาย เช่น

พระราชบัญญัติกัญชาและหรือกฎหมายลำดับรองที่กำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถใช้กัญชาในทางการแพทย์ ซึ่งต้องเป็นการรักษาทางเลือกสุดท้ายเท่านั้น รวมทั้งการกำหนดแนวทางการควบคุมการตั้งใช้สารสกัดจากกัญชาใช้ในโรคหรือภาวะที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อเสริมจากการรักษาด้วยวิธีตามมาตรฐาน อันจะเป็นการพัฒนากฎหมายของประเทศต่อไป

คำสำคัญ : กัญชา, กัญชาทางการแพทย์



Thesis Title	Medical Cannabis Laws
Author	Aumakan Krairiksh
Thesis Advisor	Asst. Prof. Dr.Thanee Vorapatr
Department	Law
Academic Year	2019

ABSTRACT

Since 18 February 2019, the Government Gazette has amended the law on narcotics to be punished. The Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019), to allow to using cannabis for research and development for medical benefits and can be used to treat diseases under the supervision and control of doctors.

From the study, it is found that there are many medical researches both in Thailand and other countries that accept that cannabis has medicinal properties. However, the use of substandard cannabis products that is unauthorized or not supervised by a doctor, improper use of cannabis, or excessive use of cannabis can be harmful to human bodies which may be able to die. Therefore, it is necessary to have legal measures that specify rules and conditions in order to standardize and control appropriate medical cannabis use in order to prevent the use of cannabis that is harmful to the body as a whole both causing economic and social problems in various areas of the country. At present, the second law has not yet been enacted which specifies details on matters such as obtaining criteria for dispensing, issuing prescriptions or certifications to patients, cannabis tracking systems including advertisements etc.

For the above reasons, this thesis focuses on the study of necessity, advantages, disadvantages, benefits, and effects of medical cannabis licensing in Thailand and other countries. Legal measures relating to the rules and conditions of the narcotic's law in Thailand compare with foreign laws regarding the use of cannabis for medical purposes. To lead to legislation such as the Cannabis Act and / or secondary laws that determines the age of the patients who can use medical cannabis which must be the only last treatment choice including establishing guidelines

for controlling the use of cannabis extracts for use in diseases or conditions with indications to supplement from standard treatment methods which will continue to develop Thai laws.

Keyword: Cannabis, Medical Cannabis



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไม่อาจสำเร็จลงได้หากปราศจากความกรุณาและความอนุเคราะห์จากท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์ ที่เป็นเกียรติและสละเวลาอันมีค่าในการรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้กับผู้เขียน ซึ่งท่านได้มอบความรู้และคำปรึกษาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ไม่ว่าจะเป็นหลักการ แนวคิดและทฤษฎีในการศึกษา รวมถึงตลอดทั้งข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้ผู้เขียนสามารถเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ตามความมุ่งหมาย ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และท่าน ดร.นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ที่เป็นเกียรติมอบความรู้ ข้อชี้แนะ รวมทั้งข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้เขียน รวมทั้งขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาและเพื่อนนักศึกษาคณะกฏหมายทางการแพทย์ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ผู้มีพระคุณ และเพื่อนทุกท่าน สำหรับการสนับสนุนและกำลังใจที่มอบให้แก่ผู้เขียนเป็นอย่างดีตลอดมา

อนึ่ง หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ไม่ว่าในทางใด ขอขอบบูชาพระคุณแต่ครูอาจารย์ ครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกท่าน แต่หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

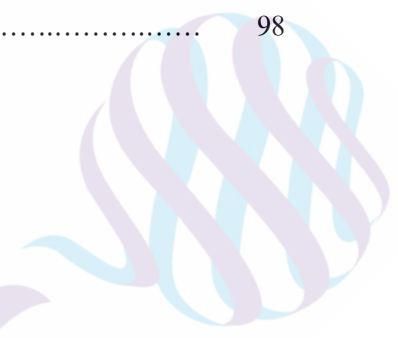
อุมาภิญญา ไกรฤกษ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๖
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญตาราง	๘
สารบัญภาพ	๘
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
1.3 สมมติฐานของการศึกษา	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	6
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์	8
2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา	8
2.2 การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์	17
2.3 สถานะของกัญชาตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษ	27
2.4 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการลดทอนความผิดทางอาญา	29
2.5 กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย	30
3. กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของต่างประเทศ	45
3.1 กฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศ	45
3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของ ประเทศแคนาดา	46
3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของสหราชอาณาจักร	58
3.4 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประเทศ สหรัฐอเมริกา	65

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4. วิเคราะห์สภาพปัญหา มาตรการทางกฎหมายและแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์.....	72
4.1 ความจำเป็น ข้อดีและข้อเสีย ประโยชน์และผลกระทบต่างๆของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์.....	72
4.2 สถานการณ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ	75
4.3 วิเคราะห์ปัญหาของหลักกฎหมาย หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์.....	81
4.4 วิเคราะห์หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ.....	82
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	85
5.1 บทสรุป.....	85
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	85
บรรณานุกรม.....	93
ประวัติผู้เขียน.....	98



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ผลกระทบในระบบต่างๆ ของร่างกายในผู้ไข้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา	24
3.1 ผลิตภัณฑ์กัญชา	56
3.2 การบรรจุกัญชา	57



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
3.1 การใช้กัญชาในมลรัฐต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ..	67



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติด มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมไปถึงการบังคับใช้กฎหมายในกระบวนการยุติธรรม ที่มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างสูงสุดและเพื่อเป็นการอนุวัติการกฎหมายให้เป็นไปตามสนธิสัญญาที่ได้เข้าเป็นภาคีด้วย โดยได้ตรากฎหมายยาเสพติดไว้หลายฉบับ ซึ่งกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวไม่ได้มีบทนิยามความหมายของคำว่า “กัญชา” ไว้แต่อย่างใด

ต่อมาเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2539 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดนิยามคำว่า กัญชาไว้ดังนี้ “กัญชา (Cannabis) ซึ่งหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ยาง และลำต้น เป็นต้น” และต่อมาเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 12) กำหนดให้แก้ไขชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ลำดับที่ 1 ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ลำดับที่ 1 กัญชา (Cannabis) ซึ่งหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา ยกเว้น เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง”

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าตามกฎหมายดังกล่าว กัญชาที่ถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 นั้นหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา ยกเว้นเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจาก เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

สำหรับผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ ซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 5 นั้น มีโทษทั้งจำและปรับ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75 มาตรา 76 มาตรา 76/1 และมาตรา 92 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ทั้งนี้ การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้เปิดช่องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถอนุญาตได้โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 26 วรรคหนึ่ง ดังนี้ “ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป”

กัญชานั้นเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและอาจก่อให้เกิดการเสพติด รวมทั้งถูกจัดไว้ในรายการยาเสพติดตามกฎหมายของหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย แต่เนื่องจากสารบางอย่างในกัญชามีฤทธิ์และสรรพคุณในการรักษาโรคได้ ในปี พ.ศ. 2558-2559 จึงมีความเคลื่อนไหวอย่างมากจากหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยเรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อลดกัญชาออกจากรายการยาเสพติด โดยให้เหตุผลว่าปัจจุบันกัญชาได้รับการวิจัยและยอมรับในระดับนานาชาติว่ามีผลในการรักษาอาการเจ็บป่วยในโรคบางชนิด อันเป็นการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จนมีประเด็นนำสงสัยว่า กัญชาควรถูกจัดว่าเป็น “ยา” “พืชสมุนไพร” หรือยังคงให้เป็น “ยาเสพติด” ตามนิยามความหมายของกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษในปัจจุบัน นอกจากนี้นานาชาติรวมทั้งประเทศไทยเองต่างก็มีประวัติศาสตร์อันยาวนานในการใช้กัญชาเป็นส่วนประกอบของตำรับยาในการรักษาโรค

จนกระทั่งเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีประกาศราชกิจจานุเบกษาแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งมีเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานและมีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ปรากฏผลการวิจัยว่าสารสกัดจากกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์เป็นอย่างมาก ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้

ถูกต้องตามหลักวิชาการให้ทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยา สมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำัญญาไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ทั้งนี้ ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ไว้หลายมาตรา โดยมาตราที่สำคัญ ได้แก่ มาตรา 26/2 ซึ่งกำหนดข้อยกเว้นให้สามารถผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา) ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ รวมทั้งในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ให้กระทำได้ เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการได้

มาตรา 62/3 ประกอบมาตรา 62/4 บัญญัติให้สามารถครอบครองกัญชาได้ กรณีการมีไว้ในครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ รวมทั้งกรณีการมียาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา) ไว้ในครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้ประจำในการปฐมพยาบาล หรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะอื่นใดที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่ไม่ได้จดทะเบียนในราชอาณาจักร แต่ถ้ายานพาหนะดังกล่าวจดทะเบียนในราชอาณาจักร ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตตามมาตรา 26/3

นอกจากนี้ยังได้บัญญัติว่าคุณสมบัติของบุคคลที่มีสิทธิขอรับใบอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้ไว้ตามมาตรา 26/5 อีกด้วย

จากบทบัญญัติดังกล่าวข้างต้นเป็นการบัญญัติให้ใช้กัญชาในการรักษาโรคและเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ได้นั่นเอง

อย่างไรก็ตามการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษดังกล่าวนี้ เป็นการบัญญัติหลักการสำคัญของกฎหมายไว้ โดยรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ จะถูกกำหนดไว้โดยการออกกฎหมายลำดับรอง ซึ่งปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายลำดับรองไว้หลายฉบับ เช่น

1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีผู้ใช้ป่วย ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562

2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ.2562

3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคลซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ.2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

4) ต่อมา มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 11 เมษายน พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายลำดับรองที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ เกี่ยวกับการปลูก การผลิต การครอบครอง การเสพ การวิจัย การนำเข้าและส่งออก กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการรักษาโรค ฯลฯ

นอกจากนี้ ปัจจุบันยังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง การใช้กัญชาเกินขนาด และไม่ได้รับการควบคุมการใช้ที่ถูกต้องโดยแพทย์ ดังจะเห็นได้จากข่าวที่มีผู้ใช้กัญชาในการรักษาโรคแต่กลับต้องถูกส่งเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉิน ทำให้มีความ

จำเป็นที่จะต้องตระหนักว่าการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคนั้นจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์เท่านั้น

ดังนั้น วิทยาลัยนวัตน์จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์กฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยในปัจจุบันในประเด็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ทบพทวนสถานการณ์ปัญหาของกฎหมายดังกล่าว รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย เปรียบเทียบกับกฎหมายของนานาประเทศ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนากฎหมายของประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็น ข้อดีและข้อเสีย ประโยชน์และผลกระทบต่างๆ ของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของประเทศไทยและของต่างประเทศ
2. เพื่อการศึกษาและทบทวนสถานการณ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ ทั้งในแง่ที่เป็นผลดีและผลเสีย รวมถึงความเสี่ยงและความท้าทายในระบบสุขภาพ โดยเชื่อมโยงไปสู่การเปิดเสรีการใช้กัญชา
3. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของหลักกฎหมาย หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ รวมทั้งขอบเขตในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศว่าในปัจจุบันมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร รวมทั้งศึกษาแนวทางในการขจัดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว
4. เพื่อศึกษาวิเคราะห์หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทย เปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนากฎหมายของประเทศไทยต่อไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจุบันมีงานวิจัยทางการแพทย์มากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ต่างยอมรับว่าสารในกัญชามีสรรพคุณในการรักษาโรคบางชนิด แต่อย่างไรก็ตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่ได้รับอนุญาตหรือได้รับการดูแลจากแพทย์ การใช้กัญชาที่ผิดวิธีหรือการใช้กัญชาที่เกินขนาด ย่อมเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์อย่างรุนแรงซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ จึงเห็นได้ว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ เพื่อกำหนดมาตรฐานและควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันมิให้มีการใช้กัญชาที่เกิดอันตรายต่อร่างกาย รวมทั้งเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ ของประเทศ เช่น ความ

จำเป็นที่จะต้องมีกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำของบุคคลที่จะเข้าถึงกัญชาในทางการแพทย์ หรือการกำหนดให้การใช้กัญชาในทางการแพทย์ต้องเป็นการใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นทางเลือกสุดท้ายเท่านั้น เป็นต้น

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษามาตรการทางกฎหมาย ทฤษฎีทางกฎหมาย แนวทางการปรับใช้กฎหมาย รวมทั้งประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ของต่างประเทศที่เหมาะสมและสามารถนำมาปรับใช้ในประเทศไทย เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยมุ่งเน้นศึกษากฎหมายของประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้น โดยวิธีวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการศึกษาโดยการค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือ บทบัญญัติของกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ คำพิพากษา บทความ วารสาร เอกสารต่างๆ ตลอดจนความเห็นของนักนิติศาสตร์และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยมุ่งเน้นศึกษากฎหมาย รวมทั้งมาตรการทางกฎหมาย ทฤษฎีทางกฎหมาย แนวทางการปรับใช้กฎหมาย ตลอดจนประโยชน์และโทษ ในเชิงเปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการควบคุม แก้ไขปัญหาและจัดอุปสรรคในการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ในบริบทของสังคมไทย

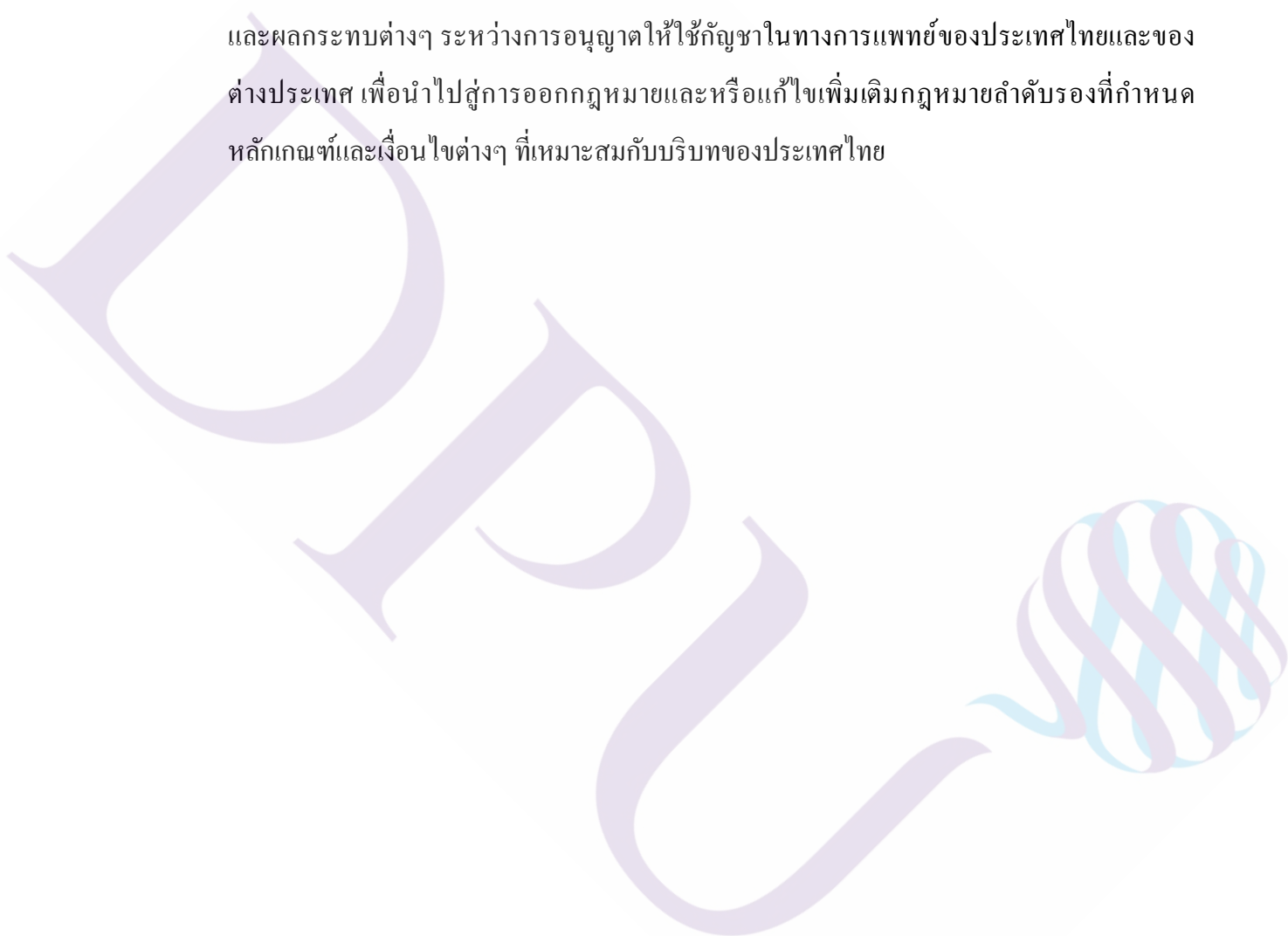
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาและการอนุญาตให้ใช้กัญชาภายใต้เงื่อนไขและหรือเพื่อประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะ กล่าวคือ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ ได้แก่ การขออนุญาต การกำหนดชนิดและปริมาณกัญชาไว้ในครอบครอง การใช้ใน

สถานที่ที่กำหนด การกำหนดเขตพื้นที่ การกำหนดอายุ และหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. เพื่อทราบปัญหาในทางปฏิบัติและการบริหารจัดการต่างๆ เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์

3. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบาย และมาตรการทางกฎหมาย ข้อดีและข้อเสีย ประโยชน์ และผลกระทบต่างๆ ระหว่างการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ของประเทศไทยและของต่างประเทศ เพื่อนำไปสู่การออกกฎหมายและหรือแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายลำดับรองที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย



บทที่ 2

กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศไทย

เบื้องต้นในการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้น มีความจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ของพืชกัญชา สารในกัญชา ผลออกฤทธิ์ต่อร่างกายมนุษย์ หลักฐานจากงานวิจัยที่แสดงถึงสรรพคุณหรือข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งนี้ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ความจำเป็นในอนุญาตให้ใช้ในทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

จากหลักฐานที่ค้นพบสันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี (Hamilton, ค.ศ. 2009) ประมาณ 6,000 ปีก่อนคริสตกาล มีการใช้เมล็ดและน้ำมันกัญชาในส่วนผสมของอาหารในจีน ประมาณ 4,000 ปีก่อนคริสตกาล มีการใช้เส้นใยกัญชาในการทำเสื้อผ้าในจีน ประมาณ 2,737 ปีก่อนคริสตกาล มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในจีน ประมาณ 2,000 ปีก่อนคริสตกาลมีการใช้กัญชาแห้ง เมล็ดและช่อดอกในกิจกรรมทางศาสนาในอินเดีย ประมาณ 700 ปีก่อนคริสตกาล กัญชาได้รับการยกย่องให้เป็นสารปรับอารมณ์ชั้นดีในพิธีกรรมทางศาสนาของชาวเปอร์เซีย

นอกจากนี้ยังพบว่ากัญชาเป็นสมุนไพรที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประมาณปี ค.ศ.0 (พ.ศ. 543) ชาว Thracians (ชนเผ่าในยุโรปใต้) เสพกัญชาเพื่อให้อินเมา ค.ศ.1000 (พ.ศ. 1543) ชาวอาหรับระบุถึงอันตรายจากกัญชา กัญชาถูกใช้เป็นอาหารคนหรือสัตว์ ใช้เป็นสิ่งเสพติดเพื่อการผ่อนคลาย และใช้ทำอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เชือก หรือเสื้อผ้า รวมถึงใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จนถึงปัจจุบันการเสพกัญชาได้แพร่กระจายไปทั่วโลก (Kanato, Leyatiku, and Ritmontree, ค.ศ. 2016)

สำหรับในประเทศไทยมีการใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหารมาอย่างยาวนาน และมีการปลูกในระดับครัวเรือนในลักษณะเป็นพืชผักสวนครัว จนถึงปี พ.ศ. 2509 พื้นที่ลักลอบปลูก

กัญชาของประเทศไทยแพร่หลายมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2510 พื้นที่ปลูกพืชกัญชาครอบคลุมถึง 63 จังหวัดทั่วประเทศ¹

2.1.1 คำจำกัดความของ “กัญชา”

คำว่า กัญชา หรือ Ganja สันนิษฐานว่ามาจากภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายถึง Cannabis พืชล้มลุกให้ดอกในตระกูล Cannabaceae (ประเภทเดียวกับปอ) ที่รู้จักกันแพร่หลายมี 2 สายพันธุ์ใกล้เคียงกัน คือ กัญชง (Hemp – Cannabis sativa L. subsp. Sativa) และกัญชา (Marijuana – Cannabis sativa forma indica) มีต้นกำเนิดแถบเอเชีย เป็นพืชในพื้นที่ที่มีภูมิอากาศอบอุ่น เช่น เอเชีย, อเมริกาใต้ และตะวันออกกลาง มีเส้นใยที่นำมาใช้ประโยชน์ ในขณะที่กิ่ง ก้าน ใบ และช่อดอก จะถูกนำมาใช้เสพในรูปกัญชาแห้ง ส่วนเรซิน (resin) จะถูกแปรสภาพเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของ เรซินชนิดอื่นๆ

กัญชา มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Indica เป็นพืชล้มลุกเช่นเดียวกับพืชจำพวกหญ้า ซึ่งมีขนาดลำต้นสูงประมาณ 2-5 เมตร ลักษณะของใบกัญชาจะมีการแยกออกเป็นแฉก 5-8 แฉก โดยทุกแฉกจะมีรอยหยักเป็นเอกลักษณ์ มีดอกออกเป็นช่อเล็กๆ ตามกิ่งและก้านของต้นกัญชา ทั้งนี้เนื่องจากกัญชามีสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท กัญชามีในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย จึงถือว่ากัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ

2.1.2 สารที่เป็นองค์ประกอบของกัญชา

กัญชามีสารเคมีที่เป็นองค์ประกอบอยู่มากกว่า 750 ชนิด มีรายงานว่าในจำนวนนี้มีอยู่มากกว่า 104 ชนิดที่เป็นสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids)

สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ที่พบส่วนใหญ่ในพืชกัญชา คือ del-ta-9-tetrahydrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD) และ cannabiniol (CBN) โดย THC และ CBD เป็นสารที่ได้รับความสนใจในทางการแพทย์มากที่สุด เนื่องจากมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย โดยทั่วไปจะพบ THC มากกว่า CBD แต่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละสายพันธุ์ โดยพบ THC ร้อยละ 3-16 โดยน้ำหนักในกัญชาแห้ง สำหรับการเตรียมกัญชาในรูปแบบน้ำมัน (butane hash oil) ทำให้ความเข้มข้นของ THC เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 80

สารที่เป็นองค์ประกอบของกัญชาที่เรียกว่าแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) แบ่งได้เป็นสามประเภท ได้แก่

¹ มานพ คณะโต และคณะ, รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาภัยกัญชา กรณีศึกษา ประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ, 2559), น. 1.

(1) ไฟโตแคนนาบินอยด์ (phytocannabinoids) เป็น แคนนาบินอยด์ที่ได้จากัญชาตามธรรมชาติ

(2) เอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) เป็น แคนนาบินอยด์ที่เป็นสารสื่อประสาทในคนหรือสัตว์ โดยออกฤทธิ์กับตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptor) และ

(3) ซินเทติกแคนนาบินอยด์ (synthetic cannabinoids) เป็นแคนนาบินอยด์ที่สังเคราะห์ขึ้นในห้องปฏิบัติการ

2.1.3 วิธีการเสพหรือใช้กัญชา

สำหรับวิธีการเสพหรือใช้กัญชานั้นมีหลายวิธี เช่น การสูบ การกิน การสวนทางทวารหนัก และการดูดซึมผ่านเยื่อหูหรือผิวหนัง โดยการสูบทั้งโดยตรงหรือผ่านไอน้ำ ทำให้ THC เข้าสู่ร่างกายได้รวดเร็วที่สุดโดยทำให้ระดับ THC ในเลือดขึ้นสูงสุดใน 15-30 นาที และลดลงใน 2-3 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ยังคงคาดการณ์ได้ยาก เนื่องจากขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณการสูบ การกลั่น ลมหายใจขณะสูบ และความเข้มข้นของใบกัญชาในมวนยาสูบ การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ได้รับสารโมเลกุลหนักอื่นๆ เช่น แอมโมเนีย (ammonia) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) เหมือนกับการสูบบุหรี่ แต่ปริมาณอาจแตกต่างกัน เช่น การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ผู้สูบได้รับแอมโมเนีย (ammonia) มากกว่าการสูบบุหรี่ถึง 20 เท่า แต่ได้รับสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (polycyclic aromatic hydrocarbons) น้อยกว่าการสูบบุหรี่ การสูบกัญชาผ่านไอน้ำนั้นเชื่อว่าทำให้ได้รับสารโมเลกุลหนักเหล่านี้น้อยกว่ารูปแบบกัญชาอีกประเภทหนึ่งซึ่งมักใช้กันอย่างแพร่หลาย กล่าวคือ ยางกัญชา (hashish) มีลักษณะเป็นน้ำมันเรซินเข้มข้น ผู้ใช้มักใช้โดยการกินหรือสูบผ่านไอน้ำ ยางกัญชา (hashish) มีปริมาณ THC สูงกว่าใบหรือดอกกัญชาทั่วไป ส่วนการกินยางกัญชา (hashish) ทำให้ THC เข้าสู่เลือดน้อยลงเหลือประมาณร้อยละ 10-20 แต่กระนั้นฤทธิ์ทางจิตประสาทยังคงอยู่ เพราะเมื่อ THC ผ่านตับจะได้สารในกระบวนการสร้างและสลายเมแทบอลิต์ (metabolite) เป็น 11-Hydroxy- Δ^9 -tetrahydrocannabinol (11-OH-THC) ซึ่งยังคงส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยการกินทำให้เกิดผลทางจิตประสาทภายใน 30-90 นาที ผลสูงสุดอยู่ที่ 2-3 ชั่วโมง และคงอยู่นาน 4-12 ชั่วโมง การสูบกัญชาเป็นเวลานานทำให้ THC คงอยู่ในเลือดนานขึ้นเพราะการสะสม THC ในไขมัน (lipophilicity)

การใช้ใบหรือดอกกัญชาตามธรรมชาติซึ่งไม่ผ่านการสกัดหรือการเตรียมการใดๆ ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการนั้น คาดการณ์ผลที่เกิดกับผู้ใช้ได้ยาก เนื่องด้วยผู้ใช้อาจใช้วิธีการต่างๆ กันทำให้ได้ปริมาณของแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) เข้าสู่ร่างกายต่างกัน เช่น การสูบ มักออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการกิน เพราะการกินทำให้ฤทธิ์ของแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) สูญเสียไปบ้าง

จากกระบวนการสลายเมื่อผ่านตับ (catabolism) ดังนั้น สารแคนนาบินอยด์ที่ใช้สำหรับทางการแพทย์ จึงควรอยู่ในรูปของสารสกัดเท่านั้น

2.1.4 ฤทธิ์ของสารที่เป็นองค์ประกอบในกัญชาต่อร่างกายของมนุษย์

ฤทธิ์ของสารที่เป็นองค์ประกอบในกัญชาต่อร่างกายของมนุษย์นั้น มีตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptors) ได้แก่ CB1 receptors และ CB2 receptors ซึ่งสามารถจับกับสารสื่อประสาทกลุ่มเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) โดยพบ CB1 receptors ในหลายๆ ส่วนของสมองทั้งในสมองส่วน cortex (การคิดคำนวณและการสั่งการเคลื่อนไหว) hippo campus (ความจำ) basal ganglia (การวางแผน) ventral striatum (ความรู้สึกเหมือนได้รางวัลและความพึงพอใจ) amygdala (ความกังวลและความกลัว) hypothalamus (ฮอร์โมน ความหิวและความต้องการทางเพศ) และ cerebellum (การทรงตัวและการเคลื่อนไหว) ขณะที่พบ CB2 receptors มากในระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ซึ่งควบคุมการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) และระบบการสร้างเม็ดเลือด (haemopoietic system) แต่ก็มีหลักฐานว่าพบ CB2 receptors ในสมองเช่นกัน CB2 receptors จึงได้รับความสนใจมากในทางการแพทย์ ด้วยความมุ่งหวังว่ายาที่สกัดจากสารประกอบของกัญชา จะทำงานผ่าน CB2 receptors มากกว่า CB1 receptors เพื่อหลีกเลี่ยงฤทธิ์ทางจิตประสาทที่เกิดจากสาร THC จับกับ CB1 receptors และฤทธิ์ของเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ต่ออวัยวะอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสมอง

2.1.5 การเสพติดกัญชา

การเสพติดกัญชาในที่นี้หมายถึง การเสพติดที่เข้าเกณฑ์ของ Substance Dependence ตามนิยามของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edition [DSM-IV] นั้น การติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรม สติปัญญา ความคิดอ่าน และระบบสรีระร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติด หรือเสพซ้ำๆ และมีอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้ด้วย

- 1) มีอาการคือยา
- 2) มีอาการขาดยา
- 3) มักจะใช้สารนั้นในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น หรือใช้ติดต่อกันนานมากกว่าที่คิดไว้
- 4) ต้องการให้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง หรือมักไม่สำเร็จในการพยายามที่จะหยุดหรือเลิกใช้สารนั้น
- 5) เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้สารนั้นมา การเสพสาร และการฟื้นฟูจากผลของสารนั้น

6) การใช้สารนั้นมีผลทำให้กิจกรรมสำคัญๆ ในด้านสังคม อาชีพ และกิจกรรมส่วนตัวเสื่อมลง

7) มีการใช้สารนั้นอยู่ต่อไปเรื่อยๆ แม้จะทราบว่าสารนั้นก่อให้เกิดปัญหาทางกายและจิตใจอยู่เป็นประจำก็ตาม

หากเทียบกับสารเสพติดอื่นๆ แล้ว นับว่าการเสพติดกัญชาอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดย Lopez Quintero และคณะ (ค.ศ. 2011) ระบุว่า ภายใน 10 ปีหลังเริ่มเสพกัญชา มีผู้เสพประมาณร้อยละ 6 ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้เสพติด Substance Dependence และความเสี่ยงสะสมตลอดชีวิต (life-time cumulative probability) ของ Substance Dependence มีค่าประมาณร้อยละ 9 ซึ่งเมื่อเทียบกับแอลกอฮอล์ พบว่า transition-to-dependence probability มีค่าประมาณร้อยละ 11 และ life-time cumulative probability มีค่าประมาณร้อยละ 23

2.1.6 โทษของกัญชา

สำหรับโทษของกัญชานั้น จากรายงานวิจัยพบว่าสารประกอบในกัญชามีผลหลากหลายต่อร่างกาย ทั้งนี้สรุปโทษหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพเกี่ยวกับการเสพหรือใช้กัญชา โดยในที่นี้จะแบ่งเป็นสามส่วน² คือ 1) ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง 2) ผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ และ 3) ผลกระทบต่อสังคม โดยสรุปมาจากรายงานเรื่อง The health and social effects of non-medical cannabis use ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016³ และมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจาก Medline ดังนี้

(1) ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง

Crean และคณะ (ค.ศ. 2011) รายงานว่า การใช้กัญชาในระยะสั้นมีผลเสียต่อการทำงานของสมองในหลายๆ ด้าน เช่น ความจำ การตัดสินใจ การควบคุมตนเอง และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชามาก่อนจะได้รับผลเหล่านี้มากกว่าผู้ที่ใช้กัญชาเป็นประจำ เพราะผู้ที่ใช้กัญชาเป็นประจำจะมีความสามารถในการทนทาน (tolerance) มากกว่า การเสพในระยะสั้นผู้เสพจะมี

² ระพีพงศ์ สุพรรณ ไชยมาตย์ และคณะ, “ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา,” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 12, ฉบับที่ 1, น. 75 (มกราคม-มีนาคม 2561).

³ The health and social effects of nonmedical cannabis use

https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=IHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=the+health+and+social+effects+of+nonmedical+cannabis+use&ots=f1oOm7R8PF&sig=ODJfVx7gEI6c0qogtE4gUZCMOjc&redir_esc=y#v=onepage&q=the%20health%20and%20social%20effects%20of%20nonmedical%20cannabis%20use&f=false

อาการเคลิ้มและผ่อนคลายเนื่องจากกัญชากระตุ้นการหลั่งสาร โดพามีน (dopamine) ในสมอง มีผู้เสพยาส่วนน้อยที่เกิดอาการหิวแหว่ เห็นภาพหลอน หรือมีอาการแพนิก (panic attack) ทั้งนี้ ขึ้นกับปริมาณ THC ที่ได้รับ และความโน้มเอียงทางพันธุกรรมของผู้เสพยาว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดอาการทางจิตหรือไม่

การใช้กัญชาในขนาดที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (fatal cannabis overdose) พบได้น้อยเมื่อเทียบกับสารเสพติดในยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) อื่นๆ เนื่องจากตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptors) ไม่ปรากฏที่ก้านสมองของมนุษย์ ทั้งนี้มีรายงานว่าปริมาณที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (lethal dose) ของ THC ที่พบในสุนัข คือ THC 3 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม ซึ่งมากกว่าปริมาณที่ผู้เสพยาเป็นประจำจะได้รับในแต่ละวันเป็นอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนถึงปริมาณที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตในมนุษย์

อย่างไรก็ตาม มีความกังวลในทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้กัญชาซึ่งมักสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดอื่นๆ มีการศึกษาระยะยาวในประเทศนิวซีแลนด์ติดตามเด็กจำนวน 1,265 คนตลอด 25 ปี พบว่าความถี่ของการใช้กัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการใช้สิ่งเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ กล่าวคือ กัญชาเป็นเสมือน gateway drug ของสิ่งเสพติดอื่นๆ อีกหลายประเภท โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ตามทฤษฎี Gateway drug theory ที่อธิบายว่าการเริ่มต้นใช้ยาหรือสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือกัญชา จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน เฮโรอีน โคเคน ในภายหลังได้ โดยเฉพาะการเริ่มต้นใช้สารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอื่นๆ ในอนาคต⁴

การใช้กัญชาในระยะยาวมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชและส่งผลเสียต่อสมองในด้านความคิดและความจำ การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ได้วัดระดับสติปัญญา (IQ) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาเมื่ออายุ 13 ปี และ 38 ปี จำนวน 1,037 คน พบว่า ผู้ที่ใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องหรือมีประวัติใช้กัญชาตั้งแต่อายุนี้ มีระดับสติปัญญา (IQ) น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้กัญชาประมาณ 8 จุด ทารกที่มีมารดาใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการทางสมองในแง่ต่างๆ ทั้งในแง่ความจำ การเรียนรู้ และเกิดปัญหาพฤติกรรม รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเสพยาเมื่อโตขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศอังกฤษได้ให้ข้อมูลแย้งว่าการใช้กัญชาไม่ได้มีผลลดระดับสติปัญญา (IQ) ของผู้เสพยา แต่ผลระดับสติปัญญา (IQ) ที่ลดลง น่าจะมาจากตัวแปรอื่นๆ เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วยเอง หรือการได้รับสารเสพติดอื่นๆ โดย Semple และคณะ (ค.ศ. 2005) ได้ทำ

⁴ <https://www.xn--12carlo5dc9cwbh2moabc0urg.com/2019/05/marijuana-gateway-drug-theory-in-teens.html>

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการศึกษา 7 ชิ้น ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเภทและกัญชา ระหว่างปี ค.ศ. 1966 ถึง ค.ศ. 2004 พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า การศึกษาของ Lev Ran และคณะ (ค.ศ. 2014) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานเช่นกัน แต่เน้นประเมินความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและกัญชา โดยประเมินจากการศึกษา 14 ชิ้น พบว่าผู้ใช้กัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ที่ใช้ในปริมาณมากๆ (heavy users)

(2) ผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ

Di Forti และคณะ (ค.ศ. 2013) ได้ศึกษาถึงผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ พบว่า การสูบกัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และสัมพันธ์กับการอักเสบของถุงลมปอด อย่างไรก็ตาม หลักฐานเกี่ยวกับการสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่ามีผลถึงระบบไหลเวียนโลหิตเพียงใด แต่ Thomas และคณะ (ค.ศ. 2014) รายงานว่า การเสพกัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) สมองขาดเลือด (stroke) หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac death) และกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม (cardiomyopathy) อย่างไรก็ตาม หลักฐานในประเด็นนี้ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (case reports) เท่านั้น สำหรับในด้านความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งนั้น Huang และคณะ (ค.ศ. 2015) ได้รวบรวมการศึกษาเชิงระบาดวิทยาทั้งหมด 34 ชิ้น ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกัญชากับมะเร็งประเภทต่างๆ ผลก็คือ ไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่ากัญชามีผลทำให้เกิดมะเร็งปอด แต่มีหลักฐานว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอวัยวะประมาณร้อยละ 56 อย่างมีนัยสำคัญ

(3) ผลกระทบต่อสังคม

สืบเนื่องจากปริมาณผู้เสพกัญชาทั่วโลก (global prevalence) มีประมาณ 13.1 ล้านคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกาและทวีปแอฟริกา นอกจากนี้ มีรายงานว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 31 ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินในสวีเดนแลนด์ มาด้วยปัญหาจากการใช้กัญชา โดยรายงานของสหรัฐอเมริการะบุว่าจำนวนกว่าหนึ่งในสามของผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรงบนท้องถนนมีประวัติเสพกัญชาก่อนหรือระหว่างขับขี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในแคนาดาที่พบว่าการเสพกัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากกว่าสี่เท่าในแง่ของการทำงาน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าการเสพกัญชามีผลลดความยับยั้งใจของการตัดสินใจ และส่งผลเสียต่อสมรรถนะ ความคิดและความจำ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Wadsworth และคณะ (ค.ศ. 2006) ระบุว่าแม้การเสพกัญชาจะทำให้การตัดสินใจและการทำงานของสมองส่วนความคิดของผู้เสพบกพร่องไป แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการทำงานผิดพลาดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เสพอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Compton และ

คณะ (ค.ศ. 2014) ระบุว่าผู้ที่เสพกัญชามีโอกาสถูกปลดออกจางานมากกว่าปกติ ส่วนในแง่ของการศึกษา นักเรียนที่ใช้กัญชามีแนวโน้มที่จะใช้เวลาเพื่อจะเรียนจบมหาวิทยาลัยนานกว่าผู้ที่ไม่ได้เสพกัญชา และมักมีผลการเรียนที่ต่ำกว่า

2.1.7 คุณสมบัติของกัญชาในทางการแพทย์

สืบเนื่องจากฤทธิ์ของสารที่เป็นองค์ประกอบในกัญชามีผลต่อร่างกายของมนุษย์ กล่าวคือ

1) SATIVA : กัญชาชนิด Sativa จะให้ความรู้สึกตื่นตัว สร้างสรรค์ สดชื่น อยากรู้อยากเห็น เหมาะสำหรับการใช้งานในช่วงกลางวัน เป็นชนิดที่พบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) มากกว่าชนิดอื่น หากดูตามผลลัพท์ Sativa เหมาะสำหรับการใช้งานเพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ เพิ่มความมีชีวิตชีวา นึกคิดถึงประเด็นต่างๆ ได้ลึกซึ้งมากขึ้น มีจุดเด่นในการช่วยด้านความคิดสร้างสรรค์ การทำงานของสมอง

2) INDICA : ในส่วนของ Indica นั้นมักส่งผลต่อร่างกายมากกว่าสมอง เพราะมีสารแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) สูง มักจะใช้เพื่อการผ่อนคลาย พักผ่อน คลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้นอนหลับ ลดไมเกรน เหมาะสำหรับการใช้กลางคืนเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจนั่นเอง ตามปกติแล้วมักจะใช้เพื่อการผ่อนคลายในช่วงเวลากลางคืน หลังการทำงานมาอย่างหนัก อาทิ กิจกรรมอย่างนั่งเล่นเกม ดูซีรีส์ก่อนนอน ในเชิงการรักษา Indica มีประโยชน์ในเรื่องการรักษาโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ อาการชักกระตุก ปัญหาอนไม่หลับ และมักใช้บำบัดผู้ป่วยหลังจากการบำบัดโมโนในแง่ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

จึงอาจสรุปได้ว่าสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) คือสารในกัญชาที่ทำให้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม เมลา ลอย ผ่อนคลาย ส่วนสารแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) คือสารในกัญชาที่ไม่ได้ทำให้รู้สึกเมลาหรือลอย มีฤทธิ์ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัก

สำหรับการสังเกตเชิงกายภาพ Indica มักจะใบกว้างและใหญ่ ลำต้นไม่สูงมากนัก ส่วน Sativa มักจะมีลักษณะเรียวแหลม ลำต้นสูงกว่า Indica อยู่พอสมควร

ปัญหาความเจ็บป่วยบางกลุ่ม โรคซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัดในการรักษา โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นมากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศต่างๆ จึงได้ส่งเสริมทางชีวภาพจากวัตถุดิบชีวภาพ โดยเฉพาะสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรหลายชนิดเป็นแหล่งที่มาของยาแผนปัจจุบัน โดยเป็นที่ทราบในทางการแพทย์ถึงสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทของกัญชา ประกอบด้วยสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ แคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ที่มีรายงานว่า มีผลต่อการกระตุ้นของระบบประสาทและมี

ผลต่อกระบวนการทางอารมณ์ (Fusar-Poli P,rippa JA, Bhattacharyya s, 2009) ในสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) (ประกอบด้วยสารหลายชนิด และสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ก็ประกอบด้วยสารต่างๆ ไม่ต่ำกว่า 34 ชนิด เช่น แคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) แคนนาบินอล (CBN) และ แคนนาบิเจอร์อล (Cannabigerol: CBG) ซึ่งสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) จากพืชกัญชาให้การรักษาที่ให้ผลดีต่อผู้ที่มีความผิดปกติของเมตาโบลิซึม (Di Mar20 V Piscitelli F. Mechoulam R, 2011) และพบรายงานการใช้สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) และพืชกัญชาในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Fisher M, White S, Varbiro G, et al. (2010) ทั้งยังพบรายงานการใช้กัญชาในการรักษาโรคกล้ามเนื้ออักเสบในระบบทางเดินอาหารอีกด้วย (Naftali T, Mechulam R, Lev LB, Konikoff FM, 2014) นอกจากนี้มีรายงานทางการแพทย์จำนวนมากเกี่ยวกับการใช้พืชกัญชารักษามะเร็ง (Chakravarti, Bandana; Ravi, Janani: Ganju, Ramesh K. ,2014) และนักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์บางท่านได้ให้ความเห็นว่าสารสำคัญที่ได้จากพืชกัญชาที่เรียกว่า แคนนาบิไดโอด (Cannabidiol: CBD) อาจเป็นยาชนิด promising drug สำหรับกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disorders) (Invone T, Esposito G, De Filippis D,2009) ส่วนการใช้สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) จากกัญชาในการรักษาผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม หรือ Dementia (Krishnan S, Cairns R, Howard R (2009) และโรคลมชัก (Friedman D, Devinsky o ,2015) และยังพบรายงานการใช้พืชกัญชาในการรักษาผู้ป่วยโรค amyotrophic lateral sclerosis (Carter GT, Rosen BS 2001) สำหรับกลุ่มโรคซึมเศร้านั้น มีรายงานการศึกษาพบว่าสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ที่สกัดได้จากพืชกัญชาชนิด Cannabis sativa L. ให้ผลในการลดภาวะซึมเศร้า (EI-Alfy, Abir T ,2010) นอกจากนี้ผลทางคลินิกของกัญชาทางการแพทย์ (Clinical effects of medical cannabis) ยังรายงานว่ากัญชาให้การตอบสนองที่เป็นบวกสำหรับผู้ป่วยต่ออาการปวดประเภทต่างๆ เช่น neuropathic, chronic, postoperative, and that related to fibromyalgia, rheumatoid arthritis, multiple sclerosis, และ มะเร็ง (อรพรรณ เมธาติลกุล, 2559) ส่วน Nabiximols⁵ (THC:CBD extract) เป็นสารจากกัญชาตัวแรกที่ได้มีการศึกษาถึงผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือโรคเอ็มเอส (multiple sclerosis) ซึ่งการเกร็งของกล้ามเนื้อมักมีอาการปวดร่วมด้วย แคนนาบิ

⁵ ชื่อการค้า Sativex เป็นสารสกัดกัญชาที่ได้รับการอนุมัติในปี ค.ศ. 2010 เป็นยาพฤกษศาสตร์ในสหราชอาณาจักร แม้จะไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือของประสิทธิภาพในการลดอาการเกร็ง แต่ Nabiximols ถูกขายในรูปแบบของสเปรย์พ่นทางช่องปาก ใช้บรรเทาความเจ็บปวด , เกร็ง , กระเพาะปัสสาวะไวเกินและอาการอื่น ๆ ของอาการเส้นโลหิตตีบ

นอยด์ (Cannabinoids) ทั้งภายนอก (exogenous) และภายใน (endogenous) ได้แสดงให้เห็นว่ามีผลลดการเกร็งของกล้ามเนื้อในสัตว์ทดลองซึ่งใช้เป็นการรักษาแบบเดี่ยวหรือการรักษาเพิ่มจากยาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งให้ผลเต็มในการต้านการเกร็งของกล้ามเนื้อ (อรพรรณ เมชาติลกุล, 2559) นอกจากนี้พบว่าสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) ซึ่งได้จากกัญชาสามารถจัดการกับมะเร็ง (anticancer effect) ในมะเร็งหลายชนิด (อรพรรณ เมชาติลกุล, 2559) และในปี พ.ศ. 2559 ผศ.ดร.สุรางค์ ลีละวัฒน์ และคณะได้รายงานผลออกฤทธิ์ในการรักษามะเร็ง (antitumor effect) ของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) ใน Cholangiocarcinoma cell lines และเซลล์ดังกล่าวที่ได้จากเนื้อมะเร็งท่อน้ำดีจากการผ่าตัด โดยการให้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) หรือ control vehicle (DMSO) เข้าไปที่เซลล์ดังกล่าว และภายใน 24 ชั่วโมงของระยะพักตัว (incubation) พบว่าเมื่อเซลล์ได้รับสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) 40–100 ไมโครโมล จำนวนเซลล์ที่ตายหรือมีการตายของเซลล์ (apoptosis) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงแสดงถึงศักยภาพในการลดการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งดังกล่าว (อรพรรณ เมชาติลกุล, 2559) ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลงานวิจัยของกัญชาทางการแพทย์หลายชิ้นได้ชี้ให้เห็นว่ากัญชามีคุณสมบัติทางยาและมีคุณค่าต่อการรักษาโรคเป็นอย่างมาก⁶

2.2 การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป

สำหรับการใช้กัญชาในทางการแพทย์นั้น มีใช้อย่างแพร่หลายในหลายๆ ทวีป แต่เริ่มมีการรายงานอย่างเป็นระบบในยุโรปและอเมริกาในช่วงศตวรรษที่ 19 เมื่อวิทยาศาสตร์ก้าวหน้าและมีการค้นพบสารที่เป็นองค์ประกอบในกัญชาซึ่งออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยเฉพาะจากใบและช่อดอก ซึ่งสารสำคัญในกัญชา คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) หรือ delta-9-tetrahydrocannabinol เมื่อเข้าสู่สมองจะจับกับตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptor) ทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) กระวนกระวาย (anx-iety) บางรายอาจมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน (hallucination) หรือ หลงผิด (delusion) และสารสำคัญรองลงมา คือ แคนนาบิไดออล (Cannabidiol: CBD) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตประสาทน้อยกว่า

⁶ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, “กัญชา:กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ 6, ฉบับที่ 3, น. 1189 (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/MedicinalCannabisBook_v4.pdf

การค้นพบสารสำคัญนี้ทำให้การควบคุมกัญชาเข้มข้นขึ้น ในปี ค.ศ. 1937 รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติภาษีกัญชา ค.ศ. 1937 (The Marihuana Tax Act of 1937) โดยสำนักงานปราบปรามยาเสพติดแห่งสหพันธรัฐ (Federal Bureau of Narcotics: FBN) เพื่อควบคุมการใช้กัญชา และต่อมาในปี ค.ศ. 1941 กัญชาได้ถูกถอนออกจาก American Pharmacopoeia และการควบคุมกัญชามีความเข้มงวดมากขึ้นยิ่งขึ้น เมื่อองค์การสหประชาชาติได้รวมกัญชาไว้ในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ ห้ามจำหน่ายหรือผลิตยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยกเว้นเพื่อการวิจัยและเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการใช้กัญชายังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มเสรีชนหรือปัญญาชนในช่วงสงครามเย็น โดยใช้เพื่อการสังสรรค์หรือผ่อนคลาย (recreational use)

จากรายงานการศึกษาของสหรัฐอเมริการะบุว่ากว่าร้อยละ 64 ของประชากรผู้ใหญ่ตอนต้น เคยใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา นักวิทยาศาสตร์ได้ให้ความสนใจต่อการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรคมามากขึ้น มีการกล่าวถึงการนำสารสกัดเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) และแคนนาบิไดออล (Cannabidiol: CBD) มาใช้ในการรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) โรคลมชัก และมะเร็ง รวมถึงใช้เพื่อบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ของยาแผนปัจจุบัน เช่น ใช้เป็นยาเพิ่มความอยากอาหาร หรือ ใช้เป็นยาลดการอาเจียน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพียงการสำรวจ (survey) รายงานกรณีศึกษา (case report) หรือการทดลองในระดับก่อนการศึกษาในมนุษย์ (in vivo or in vitro preclinical studies) ส่วนการศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ยังมีค่อนข้างน้อย หรือมีจำนวนประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวนไม่มาก

นอกจากนี้ข้อเท็จจริงในปัจจุบันพบว่ากัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการในคนไข้บางราย ซึ่งมีปัญหายากในการควบคุมรักษา รวมถึงโรคกล้ามเนื้อแข็งตัวชนิดต่างๆ ทั้งข้อมูลทาง การแพทย์ได้แสดงให้เห็นว่าสารจากกัญชาใช้ในการรักษาโรคให้ผลดีต่อผู้ที่มีความผิดปกติของเมตาโบลิซึม ผู้ป่วยเบาหวาน โรคลำไส้อักเสบในระบบทางเดินอาหาร และโรคมะเร็ง และมีการเรียกร้องเพิ่มมากขึ้นให้รับรองการใช้ประโยชน์จากกัญชาในด้านการบำบัดรักษาโรคตามกฎหมาย หรือเรียกว่า “กัญชาทางการแพทย์”

2.2.2 ประวัติศาสตร์การใช้กัญชาในฐานะยารักษาโรค

ประเทศจีนเป็นชนชาติที่รู้จักการใช้มาเป็นระยะเวลานาน ชาวจีนนำเมล็ดกัญชามาบริโภคเมื่อ 6,000 ปีก่อนคริสตกาล ผลิตสิ่งทอจากเส้นใยกัญชาเมื่อ 4,000 ปีก่อนคริสตกาล มีการ

บันทึกครั้งแรกถึงการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรคเมื่อปี 2,727 ก่อนคริสตกาล จุดกำเนิดของการรักษาโรคด้วยสมุนไพรเริ่มขึ้นในสมัยของจักรพรรดิเฉิน นุง โดยปฐมทางการแพทย์ยุคเฉิน นุง ทำขึ้นเมื่อ 2,695 ปีก่อนคริสตกาล ซึ่งในนั้นระบุถึงการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรค⁷

ในปี ค.ศ. 1839 มีการตีพิมพ์ของ Sir William Brooke O'Shaughnessy แพทย์อังกฤษในกัลกัตตา รายงานว่ากัญชามีฤทธิ์แก้ปวด ก้นช้ำ และคลายกล้ามเนื้อ และมีรายงานอีกประมาณ 100 ฉบับในทางการแพทย์ตะวันตก ตั้งแต่ปี ค.ศ.1840 จนถึงสิ้นศตวรรษนั้น และในศตวรรษที่ 19 มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในประเทศตะวันตก เพื่อบำบัดโรคและอาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น อาการไอ อ่อนล้า โรคข้อ หอบหืด สิ้นเพื่อ ปวดหัวไมเกรน และปวดประจำเดือน แม้การใช้จะลดลงเมื่อมีการสังเคราะห์ยากล่อมประสาทและยาแก้ปวดอื่น กัญชาก็ยังคงอยู่ในตำรับยาสหรัฐอเมริกาจนถึงปี ค.ศ.1941 แต่ต่อมาได้มีการออกกฎหมายเก็บภาษีกัญชาทำให้กัญชาถูกเลิกใช้ในทางการแพทย์⁸

2.2.3 กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสมัยโบราณ

จากการค้นคว้าในประเทศไทยมีรายงานว่ามีการผสมกัญชาในตำรับยาไทยโบราณเพื่อใช้เป็นยารักษาโรคต่างๆ เช่น โรคริดสีดวงทวาร โรคลม และโรคหอบหืด รวมถึงตำราแพทย์แผนไทยโบราณในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชก็ได้มีการใช้กัญชาเป็นส่วนประกอบของตัวยาในการรักษาโรคหลายชนิด (The Office of Protection wisdom medicine of Thailand, 2012)

หลักฐานทางประวัติศาสตร์การแพทย์ของคนไทยในสมัยโบราณจากการศึกษาทางประวัติศาสตร์ที่มีการสืบทอดต่อกันมาจนถึงปัจจุบันพบว่า คนไทยในสมัยโบราณนั้นได้นำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคต่างๆ ซึ่งมีมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา และในสมัยกรุงศรีอยุธยาตอนปลายมีหลักฐานแสดงให้เห็นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย คือ ตำราพระโอรสพระนารายณ์⁹

ตำราพระโอรสพระนารายณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ว่าด้วยความผิดปกติของธาตุทั้งสี่ และยารักษา ส่วนที่ 2 ว่าด้วยตำรับยาที่มีชื่อเรียก และส่วนที่ 3 ว่าด้วยตำรับน้ำมันและยา

⁷ Shen Nung: เป็นจักรพรรดิที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ของจีน (รวม 2,695 ปี คริสตกาล) เป็นผู้ทดสอบสมุนไพร 365 ชนิด เป็นผู้เขียนตำราว่าด้วยยาพิษจากสมุนไพร หรือ Herbal Medical Experiment Poisons. (อ้างถึงใน ตำราพืชพันธุ์แห่งเสรี (น.43-44). เพ็งอ้วง.

⁸ สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งพระบรมราชชนนี. (ม.ป.ป.). “การใช้กัญชาทางการแพทย์,” สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.thanyarak.go.th>

⁹ โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (ม.ป.ป.). ประวัติการแพทย์แผนไทย – สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ จาก <http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=33&chap=8&page=t33-8-infodetail02.html>

จีฟิ่ง มีตำรับยาบันทึกไว้ทั้งหมดไม่น้อยกว่า 81 ตำรับ บางตำรับระบุชื่อแพทย์ ผู้ประกอบยา ตลอดจนวันเดือนปีที่ปรุงยาถวาย ซึ่งทั้งหมดเป็นยาที่ปรุงถวายในช่วงปีที่ 3 ถึงปีที่ 5 ในรัชสมัย สมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ.2202-2204) ที่น่าสนใจอย่างยิ่งก็คือ มีการระบุชื่อแพทย์ที่ ประกอบยาถวาย 9 คน ในจำนวนนี้เป็นหมอชาวต่างชาติ 4 คน คือ หมอจีน 1 คน (ขุนประสิทธิ์ โอสถจีน) หมอแขก 1 คน (ออกประสิทธิ์สารพราหมณ์เทศ) และหมอฝรั่ง 2 คน (พระแพทย์โอสถ ฝรั่ง และเมสสิหมอฝรั่ง) แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลวัฒนธรรมทางการแพทย์ของต่างประเทศที่เข้ามา มีบทบาทและผสมผสานกับภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย เช่น ยาขนานที่ 43 ชื่อ “ยาทิพกาศ” เป็นยาเจริญอาหาร บำรุงธาตุ แก้กดกเลือดคอกหนอง ตำรับบันทึกยาขนานนี้ไว้ดังนี้

“.....ยาทิพกาศ ให้เอาชาดำ เทียนดำ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กระจวาน พิมเสน สิ่งละส่วน การบูร 4 ส่วน ผีน 8 ส่วน ใบกัญชา 16 ส่วน สุราเป็นกระสาย บดทำแท่ง น้ำกระสายใช้ให้ชอบโรคร้อนแลเย็น กินพอควร แก้กสารพัดทั้งหลายอันให้ระล่ำระสายกินเข้ามิได้ นอนมิหลับ ตกบุพโพ โลหิต ลงแดง หายแลฯ.....”

ยาทิพกาศขนานนี้เข้าเครื่องยา 9 สิ่ง เป็นของพื้นบ้านไทย 5 สิ่ง ได้แก่ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กระจวาน ผีน และใบกัญชา เข้าตัวยาเทศ 4 สิ่ง ได้แก่ ชาดำ เทียนดำ การบูร และพิมเสน

2.2.4 หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรค

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (bioactive compounds) มากกว่า 400 ชนิด พบมากที่สุดเป็น สารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ได้แก่ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) และแคนนาบิไดโอด (cannabidiol: CBD) ออกฤทธิ์ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid) ของร่างกาย กัญชาถูกใช้เป็นยาดั้งแต่สมัยโบราณ มีบันทึกในตำราอายุรเวทของชนเผ่าต่าง ๆ มานานกว่า 3,000 ปี

2.2.4.1 ประโยชน์ของสารสกัดกัญชาในทางการแพทย์

จากการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของสารสกัดกัญชาในทางการแพทย์ อาจแบ่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่มดังนี้¹⁰

1. กลุ่มที่ได้ประโยชน์ในการรักษา กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีข้อมูลทางด้านวิชาการสนับสนุนชัดเจนว่าสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยหรือโรคบางอย่างได้ ได้แก่

- การเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่

¹⁰ คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์,

“คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์,” แพทย์สภา, ฉบับที่ 1, (ตุลาคม 2562).

- ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด
- อาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง ในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis หรือ

MS)

- โรคลมชักที่รักษายากในเด็ก และ โรคลมชักที่ดื้อยา
- ภาวะปวดปลายประสาทที่รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล

2. กลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์ในการรักษาในการควบคุมอาการ กล่าวคือ กลุ่มที่ควรมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนหรืองานวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นความปลอดภัยและประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการนำมาใช้ เช่น

- โรคไฟโบรมัยอัลเจีย (Fibromyalgia) เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อพร้อมกับมีอาการอ่อนเพลีย

- โรคพาร์กินสัน (Parkinson)
- โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
- โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder)

- ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

- มะเร็งระยะสุดท้าย

- เพิ่มการอยากอาหาร ลดการสูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วยเอชไอวี

- ลดอาการตื่นเต้น (improving anxiety symptom) ในผู้ป่วยโรคกลัวสังคม (social anxiety disorder)

- ลดอาการของสภาวะป่วยทางจิตใจภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างร้ายแรง (Post-Traumatic Stress Disorder)

3. กลุ่มที่อาจมีประโยชน์ในการรักษา กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่ยังขาดข้อมูลจากงานวิจัยสนับสนุนที่ชัดเจนเพียงพอในประเด็นความปลอดภัยและประสิทธิผล ซึ่งต้องศึกษาวิจัยในหลอดทดลองและสัตว์ทดลองก่อนนำมาศึกษาวิจัยในมนุษย์ เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และการรักษาโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ส่วนการที่พบว่า สารบริสุทธ์ในกัญชาซึ่งทำเป็นสารสังเคราะห์ คือ โดโรนาบินอล (dronabinol)¹¹ อาจจะทำให้การนอนหลับดีขึ้นในคนไข้ที่มีการรบกวนการนอนจากภาวะ

¹¹ Medscape Medical News: FDA ประเทศสหรัฐอเมริกาออกประกาศรับรองยา Dronabinol ชนิดน้ำ สำหรับรับประทานในชื่อการค้า Syndros เพื่อการรักษาอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยโรคเอดส์ และ สำหรับบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้ว โดยยานี้จะเริ่มออกสู่ท้องตลาดในช่วงครึ่งหลังของปี ค.ศ. 2016

(<http://wongkarnpat.com/viewya.php?id=2116#.XtChETozbiU>) สหรัฐอเมริกามีผลิตภัณฑ์ที่มีสารในกลุ่มแคนาบิน

หยุดหายใจขณะนอนหลับ (obstructive sleep apnea syndrome, OSAS) แต่ยังมีข้อมูลน้อยมากและต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ป่วยอีก ประกอบกับการใช้สารสกัดกัญชาที่ยังมีสารอื่นๆ ปะปนอยู่หลายชนิด จะทำให้เกิดผลเสียได้ในการนำกัญชามารักษาหรือบรรเทาอาการนี้ในผู้ป่วย

แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีหลายโรคหลายภาวะที่ยังไม่มีหลักฐานที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยกัญชา ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องใช้หลัก SAS (Special Access Scheme) กล่าวคือ การรักษากรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นแนวทางการส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ ทั้งควรริบเร่งทำการศึกษาวินิจฉัยที่เชื่อถือได้ เพื่อให้การใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวม

2.2.4.2 ความเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์จากราชวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศไทย

2.2.4.2.1 ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

สารสกัดจากกัญชาที่มีสารแคนนาบินาไบโอดอล (Cannabidiol: CBD) ปริมาณเข้มข้นหรือสูง โดยที่สัดส่วนสารประกอบแคนนาบินาไบโอดอล (Cannabidiol: CBD) 20 ส่วนต่อสารประกอบเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) 1 ส่วน สามารถใช้รักษาโรคลมชักในผู้ป่วยเด็กบางกลุ่ม คือ Dravet syndrome, Lennox-Gastaut syndrome หรือ โรคลมชักในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากันชักมาตรฐานที่ให้การรักษาโดยกุมารแพทย์ประสาทวิทยา การรักษาเป็นในรูปแบบการรักษาร่วม (adjuvant therapy) และควรมีการติดตามผลการรักษาและอาการพึงไม่ประสงค์จากสารสกัดนั้นๆ อย่างใกล้ชิดและอยู่ในความดูแลของแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทรวมทั้งมีการรายงานประสิทธิผลและผลข้างเคียง

2.2.4.2.2 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ความเห็นของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยต่อกรณีการใช้กัญชา แยกเป็นกรณี ดังต่อไปนี้

1) การใช้กัญชากับการระงับความรู้สึก ปฏิบัติทางเวชวิทยาระหว่างกัญชากับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาก่อนการทดสอบในมนุษย์ (preclinical) พบว่าสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) ทำให้ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือด เช่น pentobarbital, thiopental, ketamine, propanidid and alfaxolone/alfadolone นานขึ้น แต่ก็มีการศึกษารายงานว่า ขนาดของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล

นอยด์ (cannabinoid) 2 ตัว คือ นาบิโลน (nabilone) และ โดรนาบิโนล (dronabinol)

(<http://www.thaidrugwatch.org/blog/?p=1085>)

(Tetrahydrocannabinol: THC) มีปฏิกิริยาขัดกันฤทธิ์การระงับความรู้สึกของ thiopental และ propofol ผลการศึกษาของ Fleisberg และคณะพบว่าปริมาณยา propofol ในระยะนำสลบ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีประวัติการสูบกัญชาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปฏิกิริยาของกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชากับยาดมสลบไอะระเหย กล่าว คือ ยาดมสลบ sevoflurane มีผลทำให้ระดับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid) ที่ร่างกายสร้าง คือ อะนันดาไมด์ (anandamide) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Iberac และคณะได้ทำการศึกษา ผลกระทบของสารสกัดจากกัญชา nabiximols (Sativex®) ที่มีต่อค่า bispectral index (BIS) ในระหว่างการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าปริมาณของสารสกัดจากกัญชา nabiximols ที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ค่า BIS สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่มีผลต่อระดับความลึกของการระงับความรู้สึก ผู้วิจัยยังพบว่ากัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาทำให้คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram) ผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่นพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชามีภาวะทนต่อ ยาดมสลบไอะระเหย เช่น isoflurane และ desflurane อาจแปลได้ว่า ทำให้สลบยากขึ้น สำหรับการศึกษผลกระทบระหว่างกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชากับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยังเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง จากผลการศึกษาทำให้ผู้วิจัยบางรายกล่าวว่ากัญชาหรือสารสกัดจากกัญชามีแนวโน้มทำให้ฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด nondepolarizing muscle relaxant ออกฤทธิ์นานขึ้น โดย Dickerson ได้กล่าวถึงกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชามีแนวโน้มเสริมฤทธิ์ยา norepinephrine และยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด nondepolarizing muscle relaxant การเสริมฤทธิ์ของยา norepinephrine นี้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาดมสลบตอบสนองต่อ catecholamines มากขึ้น ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ทราบระดับของการใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชา สิ่งสำคัญที่วิสัญญีแพทย์และหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องทราบ คือ ต้องระบุได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ใช้รายใหม่

ตาราง 2.1 ผลกระทบในระบบต่างๆ ของร่างกายในผู้ใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา

ระบบของร่างกาย	ผู้ใช้รายใหม่	ผู้ใช้มานาน
ระบบหัวใจ	ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติแบบอันตราย Coronary spasm ในผู้ป่วยประวัติ coronary artery disease	ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ต่อมาเป็นภาวะ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ Sinus arrest ภาวะหลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
ระบบหลอดเลือด	ค่าความดันเลือดตัวบนสูง(ภายใน 2 ชั่วโมงหลังใช้)	ภาวะความดันเลือดต่ำลงจากการเปลี่ยนท่า
การควบคุมอุณหภูมิกาย		ภาวะอุณหภูมิการต่ำขณะผ่าตัด ภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด
ระบบหายใจ	หลอดลมไวผิดปกติต่อสิ่งกระตุ้น ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ลิ้นไก่อักเสบ	หลอดลมมีความไวเพิ่มขึ้น

2) การใช้กัญชาในการระงับปวด งานวิจัยแบบการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มและควบคุม (randomized, controlled, clinical trials; RCTs) เกี่ยวกับการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาในการระงับปวดมีจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการศึกษาแตกต่างกันไปในประเภทของกัญชา (พืช สารสกัด หรือสังเคราะห์) วิธีการใช้ (การสูบ การทาน หรือการดูดซึมของเยื่อเมือก) และปริมาณหรือขนาดในการใช้ รูปแบบการศึกษาในมนุษย์เป็นการศึกษาแบบทดลองในอาสาสมัครที่สุขภาพแข็งแรง ผลที่ได้จากงานวิจัยมีทั้งที่เพิ่มระดับความทนต่ออาการปวด บางงานวิจัยพบว่าไม่มีผลต่อระดับความทนต่อความปวด หรือบางวิจัยพบว่ากระตุ้นให้เกิดความปวด เช่น การศึกษาของ Wallace M. และคณะทำการศึกษาการกระตุ้นความปวด (capsaicin-induced pain and hyperalgesia) ในกลุ่มที่สูบบุหรี่กัญชาที่มีความเข้มข้นของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับบุหรี่ที่มีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) เข้มข้นร้อยละ 2 ไม่มีผลต่อระดับความปวด แต่ในกลุ่มที่มีความเข้มข้นของสารร้อยละ 4 ทำให้ระดับความปวดลดลง และความเข้มข้นร้อยละ 8 ทำให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น

2.2.4.3 ประสบการณ์การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

1) นพ. สมนึก ศิริพานทอง ได้กล่าวไว้ในงานประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทางการแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ ณ ห้องแกรนด์ฮอลล์ 2 โรงแรมรามาร์คเด้นส์ วันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ว่า ในปี ค.ศ. 2003 ความรู้เรื่องกัญชาในการนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ถูกเปิดเผยโดย Rick Simpson ซึ่งเป็นชาวแคนาดาคนแรกที่น่ากัญชามาใช้รักษาโรคมะเร็งที่ตัวเองเป็นอยู่แล้วนำมาเผยแพร่โดยรักษาประชาชนชาวอเมริกาประมาณ 5,000 ราย และได้ยกตัวอย่างกัญชา Premium Gold ซึ่งคาดว่าน่าจะมาจากกัมพูชาเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ใกล้ประเทศไทยมากที่สุด โดยการสกัดกัญชานั้นจะใช้เอทานอล (Ethanol) 99% สกัดประมาณ 2 วันซึ่งจะได้คลอโรฟิลล์ (Chlorophyll) ตีคอกมาด้วย แต่ปัจจุบันจะใช้เทคนิคการสกัดสารด้วยของไหลยิ่งยวด (Super critical fluid extraction) ด้วยคาร์บอนไดออกไซด์ (carbon dioxide) จะปราศจากคลอโรฟิลล์ (Chlorophyll) และการปนเปื้อนของเอทานอล (Ethanol) ซึ่งถ้าใช้เอทานอล (Ethanol) สกัดจะต้องกำจัดเอทานอล (Ethanol) ออกด้วยจะทำให้ cannabinoids ถูกทำลายได้ที่อุณหภูมิสูง ซึ่งสารสกัดที่ได้จากวิธีนี้จะเรียกว่า Rick Simpson Oil (RSO) จะมี THC 90% CBD 2-6% ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่สามารถนำมารักษาโรคมะเร็งตามที่ Rick Simpson แนะนำ เพื่อให้ได้สัดส่วนนี้เกษตรกรจะต้องปลูกกัญชาที่มี THC อย่างน้อย 20% ซึ่งในประเทศไทย Premium Gold น่าจะมี THC แค่ 6% แล้วสกัดได้ 60%

การใช้สารสกัดกัญชาจะเกิดอาการ 3 ระยะคือ 1. สุขสบาย 2. งงและเซ 3. เมา การรักษาจะต้องปรับ dose ให้ถึงระยะที่ 2 โดยให้รับ 3 เวลาต่อวัน ใช้ระยะเวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์จนได้ Therapeutic dose คือ 1 ซีซี หรือ 1 กรัมต่อวัน และควรบริโภคติดต่อกันเป็นเวลา 60 วัน

พญ.ศิริพร ผู้ป่วยโรคพาร์คินสัน มีอาการสรีระและแขนสั่น ซึ่งรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันอาการยังคงเดิม ไม่ได้ดีขึ้น แต่หลังจากได้ทดลองใช้ 1 หยอด เป็นเวลา 3 วันก่อนนอน อาการต่างๆ ดีขึ้นรวมถึงสายตาจากสายตาสั้นก็กลับมาเป็นปกติ ไม่จำเป็นต้องสวมแว่น โรคผิวหนังที่แขนมีลักษณะเป็นก้อนก็ยุบลงหลังจากที่ใช้น้ำมันทา นอกจากนี้สามีของคุณหมอ (หมอสุมชาย) ซึ่งเป็นโรคมะเร็งปอด เนื่องจากสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา 25 ปี มีอาการปวดหลังพบว่าเป็นโรคมะเร็งได้ซึ่งลามไปยังกระดูกสันหลัง ต้องทำคีโมเชอราปีควบคู่กับใช้ยารักษาที่มีราคาแพงมาก ซึ่งไม่ได้ผล ต้องตามกระดูก แต่หลังจากใช้น้ำมัน 5-7 หยด วันละ 3 ครั้ง ร่วมกับการสวดทวารด้วย เป็นเวลา 5 เดือนหลังทำ MRI พบว่าเซลล์มะเร็งหยุดการกระจาย แต่จากการทำคีโมเชอราปีทำให้ร่างกายอ่อนแอซึ่งเป็นสาเหตุให้คุณหมอสมชายต้องเสียชีวิตลงด้วยอาการปอดบวม

ประสบการณ์ต่อมาเป็นของคุณ โมริช ชาวอินโดนีเซีย ซึ่งเป็นโรคเอ็มเอส หรือ Multiple Sclerosis (MS) เป็นเวลานานถึง 12 ปี พยายามรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันแล้วแต่ไม่หาย ไม่

สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากไม่สามารถเดินและใช้มือจับสิ่งของได้ หลังจากใช้น้ำมันรักษา ปัจจุบันอาการดีขึ้นมากสามารถเดินได้ใช้มือหยิบจับสิ่งของได้

2.2.4.4 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยกับสมุนไพรกัญชา

จากประวัติการใช้กัญชาเป็นอาหาร และยาตำรับในอดีต อาจพูดได้ว่ากัญชาว่าไม่ใช่สารเสพติด แต่เป็นพืชสมุนไพร เนื่องจากสารเสพติดจะมีลักษณะดังนี้

1. สารเสพติดจะต้องมีการเพิ่ม dose เพื่อให้เกิดความพอใจในระดับเดิม
2. เมื่อหยุดเสพสารเสพติด จะมีอาการลงแดง
3. สารเสพติด เมื่อเสพเป็นเวลานาน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองซึ่งถูกทำลายอย่างถาวร (Permanent Damage)

ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่พบในการใช้กัญชา และจากข้อมูลการใช้กัญชาจากทั่วโลกพบว่า กัญชาเป็นสารเสพติดที่มีผลน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับแอลกอฮอล์และนิโคติน

สำหรับทางการแพทย์แผนไทยนั้น จะมีส่วนที่ใช้กัญชา 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มคลายเครียด
2. กลุ่มโรคมะเร็ง
3. กลุ่มแก้ปวดเมื่อย ก้นซก
4. กลุ่มกษัย (เบาหวาน)

โดยการ ใช้กัญชาในยาตำรับของไทยนั้นจะนำมาเป็นส่วนประกอบหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากยาแผนไทยจะประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด ซึ่งจะต่างจากการใช้ Rick Simpson Oil ที่ใช้เพียงอย่างเดียวในการรักษาโรค ซึ่งจะเป็นจุดเด่นของยาแผนไทยที่ต่างจากยาแผนตะวันตก

ในการนำกัญชามาเพื่อทำวิจัยจะคัดเลือกตามภูมิปัญญาของตำรับยาได้ 8 ตำรับโดยจำแนกตามกลุ่มการรักษา 4 กลุ่มที่กล่าวไว้แล้ว ดังนี้

1. กลุ่มคลายเครียด ตำรับสุขไสยาสน์
2. กลุ่มโรคมะเร็งตำรับยาแก้ฝีรวงผึ้งจากจารีกวัดโพธิ์ (เช่า), เบญจจามฤตเข้ากัญชา (น้ำกระสาย คือ ดีเกลือ กาลเสมหะ ปิตตะ วาตะ), ทพยาริคุณ (กาลเสมหะ) และ ยาน้ำมันสนัน ไตรภพ
3. กลุ่มแก้ปวดเมื่อย/ก้นซก ตำรับทาลายพระสุเมรุ (ทองมาน)
4. กลุ่มกษัย (เบาหวาน) ตำรับยาขาวแทงทอง (จารีกวัดโพธิ์), ยาปลิวาโปวาโย (จารีกวัดโพธิ์) และยาทพยาริคุณ

2.3 สถานะของกัญชาตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษ

2.3.1 ความหมายของยาเสพติด

ยาเสพติด คือ สารเคมีหรือวัตถุนิติใด ๆ รวมทั้งพืช ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยา การเสพเข้าสู่ร่างกาย โดยรับประทาน ดม สูบ หรือฉีด ติดต่อกันในช่วงเวลาหนึ่งแล้วทำให้ติดซึ่งเป็น สารเสพติดที่ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีความต้องการอย่างรุนแรงและเมื่อไม่ได้เสพยาตามต้องการจะมีอาการกระวนกระวาย ทุรนทุราย ทรมาน ซึ่งเรียกว่า อาการลงแดง ซึ่งยาเสพติดนี้ อาจรวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย

2.3.2 กัญชาตามคำนิยามของสหประชาชาติ

สารประกอบในกัญชาหรือ cannabis ซึ่งเป็นพืชดั้งเดิมในหลายภูมิภาค ประกอบด้วยสามสายพันธุ์หลัก คือ Cannabis sativa, Cannabis indica และ Cannabis ruderalis อ้างอิงตาม 1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs ได้ให้คำจำกัดความกัญชาว่า ‘the flowering or fruiting tops of the cannabis plant (excluding the seeds and leaves when not accompanied by the tops) from which the resin has not been extracted, by whatever name they may be designated. ข้อสังเกตของนิยามนี้ คือ คำนิยามนี้แคบกว่าคำนิยามทั่วไปในเชิงพฤกษศาสตร์ บางส่วนของต้นกัญชาไม่นับรวมอยู่ใน Convention นี้ นอกจากนี้กัญชาอาจถูกเรียกขานต่างๆ กันไปในแต่ละภูมิภาค เช่น cannabis, marijuana, marihuana, hemp, kief, weed, hashish หรือ bang คำนิยามเหล่านี้มีบางส่วนเหมือนกัน มีบางส่วนต่างกัน เช่น hemp หมายถึง กัญชา ซึ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยของกัญชาที่มักนำมาใช้ในอุตสาหกรรมสิ่งทอ หรือ hashish ซึ่งหมายถึง น้ำมันกัญชาอัดแห้ง โดยกัญชายังคงมีสถานะเป็นยาเสพติดทั้งตามความหมายของสหประชาชาติ และกฎหมายไทย โดยมีการอนุญาตให้ใช้เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น

2.3.3 ประเภทของสิ่งเสพติด

1) แบ่งตามลักษณะการผลิต

- สิ่งเสพติดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น ฝิ่น กัญชา ฯลฯ
- สิ่งเสพติดสังเคราะห์ได้แก่ สิ่งเสพติดที่ผลิตด้วยกรรมวิธี ทางเคมี เช่น เฮโรอีน

มอร์ฟิน ฯลฯ

2) แบ่งตามลักษณะการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท

- ประเภทออกฤทธิ์กดประสาท จะมีฤทธิ์ทำให้สมองมีนงง ประสาทชา ง่วงซึม ใดแก่ ผื่น มอร์ฟีน โคลเคน

- ประเภทออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทจะมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการ ตื่นเต้น ตลอดเวลาไม่รู้สึก ง่วงนอน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาผู้เสพจะหมด ใดแก่ แอมเฟตามีน หรือยาม้า กระทั่ง

- ประเภทออกฤทธิ์หลอนประสาท จะมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการ ประสาทหลอนเห็นภาพ ลวงตาหูแว่ว อารมณ์แปรปรวน ใดแก่ แอลเอสดี หรือ เหล้าแห้ง เห็ดขี้ควาย

- ประเภทออกฤทธิ์กดประสาท และหลอนประสาทด้วย ใดแก่ กัญชา

3) แบ่งตามฤทธิ์ของยาที่มีผลต่อร่างกาย แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. ยาเสพติดประเภทกดประสาท เช่น กลุ่มฝิ่น (ฝิ่นยา มอร์ฟีน โคลเคอิน เฮโรอิน ฯลฯ) ยาระงับประสาท และยานอนหลับ (เซโคบาร์บิทัล อะโมบาร์บิทัล ฯลฯ) ยากล่อมประสาท (เมโพรบามัท ไดอาซีแพม คลอไดอาซีพอกไซด์ ฯลฯ) สารระเหย (ทินเนอร์น้ำมันเบนซิน ฯลฯ) เครื่องดื่ม มินเมา (เหล้า เบียร์ วิสกี้ ฯลฯ)

2. ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน กระทั่ง โคลเคอิน (โคลเคน) บูห์รี กาแฟ

3. ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เห็ดขี้ควาย

4. ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน อาจกด กระตุ้นหรือหลอนประสาทผสม ร่วมกัน เช่น กัญชา

4) ยาเสพติดให้โทษ แบ่งตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอิน อาซิทอร์ฟีน อีทอร์ฟีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน ฯลฯ

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน โคลเคอิน (โคลเคน) โคลเคอิน ฯลฯ

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษชนิดเป็นตำรับยาที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสม อยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีฝิ่นหรือโคลเคอิน เป็นส่วนผสมยาแก้ท้องเสียที่มีโคฟีโนออคซิเลท เป็นส่วนผสม ฯลฯ

ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ อาเซติลคลอไรด์

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืช กระทั่ง

2.4 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการลดทอนความผิดทางอาญา

แนวคิด ทฤษฎี หลักการและเหตุผลในการยกเลิกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดกัญชา การแก้ไขปัญหายาเสพติดในหลายประเทศมีการกำหนดแนวทางการควบคุมและการใช้ยาเสพติดระหว่างประเทศให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์หลักในการลดปริมาณการค้าและการใช้ยาเสพติด โดยใช้มาตรการในการปราบปรามและให้ความสำคัญแก่การใช้กฎหมายที่รุนแรงตามกรอบแนวคิดนโยบายยาเสพติดขององค์การสหประชาชาติ ที่ได้กำหนดอนุสัญญาให้ประเทศภาคีสมาชิกร่วมมือตามนโยบาย Zero-tolerance approach ความไม่สามารถอดทนได้ต่อปัญหายาเสพติด และลงโทษอย่างรุนแรง (Punitive Approach) เน้นให้สังคมปลอดยาเสพติด ไม่ยอมรับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ไม่ให้มีการผลิต และการแพร่กระจายของยาเสพติด มีมาตรการต่อปัญหายาเสพติดอย่างเข้มข้น¹²

แต่จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มโทษทางอาญาแก่ผู้ติดยาเสพติดให้หนักขึ้นเพียงประการเดียว มิได้มีผลโดยตรงที่จะลดอัตราการเสพยาเสพติดของผู้เสพได้ ซึ่งในหลายประเทศได้มีความพยายามในการพัฒนาและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหายาเสพติด และปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดจนมีประเด็นข้อถกเถียงว่ารัฐสมควรนำโทษทางอาญามาใช้แก้ปัญหายาเสพติด หรือสมควรจะใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา ซึ่งได้แก่

- 1) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่ผิดกฎหมายที่เรียกว่า (Legalization) คือ การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอีกต่อไป โดยการยกเลิกโทษทางอาญาและโทษทางปกครองที่ได้เคยมีการกำหนดไว้สำหรับยาเสพติดนั้น
- 2) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดทางอาญาที่เรียกว่า (Decriminalization¹³) คือ การไม่นำโทษทางอาญามาใช้กับการเสพยาเสพติด แต่จะใช้ทางเลือกโดยการนำมาตรการทางปกครองมาใช้แทน หรือ

¹² สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการแก้ไขปัญหายาเสพติด: การจำแนกประเภทคดี การลดจำนวนคดี และขั้นตอนในการดำเนินคดี (สรุปผลการประชุมวิชาการเพื่อกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย) (24 สิงหาคม 2557),” จาก <http://nctn.onch.go.th/new/images/stories/conclusion/decriminalization.pdf>

¹³ Greenwald, G. (2009), Drug DECRIMINALIZATION IN PORTUGAL: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies, http://www.midcoastforum.org/wp-content/uploads/greenwald_whitepaper.pdf: น. 2.

3) การทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่ต้องรับโทษทางอาญาที่เรียกว่า (Depenalization) คือ การเสพยาเสพติดยังถือว่าเป็นความผิดอาญา แต่จะไม่มี การนำโทษจำคุกมาใช้ในการลงโทษ ทั้งนี้ โทษอาญาในลักษณะอื่น ได้แก่ การปรับ การบันทึกประวัติอาชญากรรม การทำทัณฑ์บน ยังคงมีการบังคับใช้อยู่ในอดีตที่ผ่านมา นักวิชาการ ในต่างประเทศได้มีการถกเถียงกันเกี่ยวกับการใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแต่การนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติมีค่อนข้างน้อย ทำให้ฝ่ายการเมืองมักจะลังเลที่จะนำมาตรการดังกล่าวไปบังคับใช้ ยกตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ.2001 รัฐบาลอังกฤษคัดค้านแนวความคิดการทำให้ความผิดเกี่ยวกับการเสพกัญชาไม่มีความผิดทางอาญา โดยนักการเมืองได้อภิปรายเกี่ยวกับแนวความคิดดังกล่าวว่า การทำให้ความผิดเกี่ยวกับการเสพกัญชาไม่มีความผิดทางอาญาจะเป็น “ส่งสัญญาณที่ผิด” ไปยังสังคม รวมทั้ง มีนักวิจัยบางส่วนสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว โดยเห็นว่าการทำให้ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไม่มีความผิดทางอาญาจะทำให้มีผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น และจะทำให้ชุมชนได้รับอันตรายจากปัญหาเสพติด อย่างไรก็ตาม ข้อถกเถียงซึ่งนำมาใช้คัดค้านมาตรการดังกล่าวมักจะเป็นการคาดการณ์มากกว่าการนำผลการศึกษาที่เป็นรูปธรรมมาหักล้าง จนกระทั่งประเทศโปรตุเกสได้ทำการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด โดยนำมาตรการการทำให้ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไม่มีความผิดทางอาญามาใช้อย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปี ค.ศ.2000¹⁴

2.5 กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย¹⁵

สำหรับในประเทศไทยเองก็ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาเสพติด จึงได้บัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับยาเสพติดให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมไปถึงการบังคับใช้กฎหมายในกระบวนการยุติธรรม เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างสูงสุด และเพื่อเป็นการอนุวัติการกฎหมายให้เป็น ไปตามสนธิสัญญาที่ตนได้ไปเป็นภาคีอยู่ด้วย จึงได้ตรากฎหมายยาเสพติดไว้หลายฉบับ ส่วนกัญชานั้นตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้บัญญัติแบ่ง ประเภทยาเสพติดให้โทษไว้ 5 ประเภทดังนี้ มาตรา 7 “ยาเสพติดให้โทษ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ ... (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่ มิได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม.....” จากหลักกฎหมายดังกล่าวจึงเห็นได้ว่า “กัญชา”เป็นยาเสพ

¹⁴ สง่า อัครปริดี. การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

¹⁵ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, “กัญชา: กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสาธารณสุขการแพทย์,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ 6, ฉบับที่ 3, น. 1188 (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

ติดให้โทษประเภท 5 แต่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กลับไม่ได้มีบทนิยามความหมายของคำว่า กัญชา ไว้แต่อย่างใด แต่ต่อมาได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้ความหมายของคำว่า กัญชา ดังนี้ “กัญชา (Cannabis) ซึ่งหมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุ หรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ขาง และลำต้น เป็นต้น” และต่อมาได้มีประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 12) ได้แก้ไขชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ลำดับที่ 1 ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อ และประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน กัญชา หมายถึง ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 กัญชา (Cannabis) ซึ่ง หมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชา (Cannabis sativa L. และ Cannabis indica Auth) และวัตถุ หรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา ยกเว้นเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจาก เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง ส่วนกรณีของผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ ซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 มีโทษ ทั้งจำและปรับ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75 มาตรา 76 มาตรา 76/1 และมาตรา 92 แห่งพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และส่วนการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้เปิดช่องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถ อนุญาตได้โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 26 วรรค 1 ดังนี้มาตรา 26 “ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป”

สถานะทางกฎหมายของพืชกัญชา ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าจากข้อมูลทางประวัติศาสตร์ มนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี ส่วนในประเทศไทยมีการใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหารมาอย่างยาวนาน โดยมีการปลูกในระดับครัวเรือน และข้อมูลการแพทย์ก็บ่งชี้ว่ากัญชามีสรรพคุณทางการแพทย์ต่อการรักษาให้ผลดี นอกจากนี้ตำราการแพทย์ แผนไทยโบราณก็ได้ใช้กัญชาเป็นตัวยาหนึ่งในการรักษาหลายโรคด้วยกัน เช่น ยาพิภพาศและยาสุขไสยาสน์ ในคัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับโบราณ (The Office of Protection wisdom medicine of Thailand, 2012) ทั้งกัญชาถือเป็นพืชประจำถิ่นในประเทศไทยและสายพันธุ์กัญชาในประเทศไทยได้รับการยอมรับให้เป็นสายพันธุ์ที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก แต่เมื่อพิจารณาสถานะทางกฎหมาย กัญชาถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ซึ่งผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ มีโทษทั้งจำและปรับ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 75 มาตรา 76 มาตรา 76/1 และมาตรา 92 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ทั้งนี้เมื่อพิจารณา ตามหลักนิติปรัชญาตามสำนักกฎหมายประวัติศาสตร์ ของ ซาวิญญี่ (Georg Friedrich Carl Von Savigny) ได้อธิบายว่า กฎหมายต้องให้ความสำคัญกับจารีตประเพณีและการทำความเข้าใจสภาพของสังคม โดยเห็นว่าความสำคัญดังกล่าวจะเชื่อมโยงการทำหน้าที่ของกฎหมายและก่อให้เกิดความยุติธรรมต่อสังคมอย่างแท้จริงซึ่งเมื่อนำหลักนิติปรัชญาดังกล่าวมาพิจารณาถึงสถานะทางกฎหมายของกัญชาแล้ว เห็นได้ว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ.2522 ไม่ได้นำรากฐานทางประวัติศาสตร์ตามแนวคิดของสำนักกฎหมายประวัติศาสตร์มาพิจารณาในการตรากฎหมาย ดังนั้นจึงเห็นว่าเมื่อพิจารณาจากรากฐานทางประวัติศาสตร์ของไทยได้มีการใช้กัญชาทั้งในฐานะพืชสมุนไพรและพืชผักในครัวสวนครัวมาเป็นเวลานาน กับทั้งการใช้ในปริมาณที่เหมาะสมก็ไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จึงควรทบทวนสถานะของกัญชาและโทษต่อผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ ให้ไม่มีความผิดหรือใช้มาตรการด้านอื่น เช่น การบำบัดรักษา และการลดทอนความผิดทางอาญา ต่อ ผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ¹⁶

2.5.1 การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ตามหลักกฎหมายไทยในปัจจุบัน

การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ตามหลักกฎหมายไทยในปัจจุบัน นั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากแนวคิดและหลักการทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดทางอาญาที่เรียกว่า Decriminalization คือ การไม่นำโทษทางอาญามาใช้กับการเสพยาเสพติด และแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) เข้าสู่กฎหมาย นำไปสู่การการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ลดอันตรายจากการใช้

2.5.2 กัญชาภายใต้บังคับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

กัญชาที่อยู่บังคับตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 นั้นเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ดังนี้

1. กำหนดให้ “กัญชา” (cannabis) ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5
2. สิ่งต่อไปนี้ ไม่ถือเป็น “กัญชา”
 - (1) เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์จากสิ่งดังกล่าว
 - (2) สาร CBD บริสุทธิ์ร้อยละ 99 ที่THC ผสมร้อยละ 0.01

¹⁶ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, “กัญชา:กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพการแพทย์,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ 6, ฉบับที่ 3, น. 1191 (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

(3) สารสกัด CBD หรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัด CBD ที่เป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร และมี สาร THC ผสมไม่เกินร้อยละ 0.2

(4) เมล็ดกัญชง หรือน้ำมันจากเมล็ดกัญชง ซึ่งใช้เป็นอาหาร ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร

(5) น้ำมันจากเมล็ดกัญชง (hemp seed oil) หรือสารสกัดจากเมล็ดกัญชง ซึ่งเป็น เครื่องสำอาง ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง

หมายเหตุ : 5 ปีแรก ช้อยกเว้นตามข้อ 2 (2) (3) (4) และ (5) ต้องใช้วัตถุดิบ “กัญชาหรือกัญชง ที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกในประเทศไทยเท่านั้น”

3. ผลของประกาศดังกล่าว สาร CBD บริสุทธิ์หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากสารสกัด CBD ที่มี THC ผสมไม่เกินร้อยละ 0.2 อาหารที่มีเมล็ดกัญชงหรือน้ำมันจากเมล็ดกัญชงผสม และ เครื่องสำอางที่มีน้ำมันจากเมล็ดกัญชงหรือสารสกัด จากเมล็ดกัญชงผสม ตามเงื่อนไขข้างต้น ไม่เป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

4. การดำเนินการต่อไป กระทรวงสาธารณสุขจะต้องไปออกประกาศเกี่ยวกับยาสมุนไพร อาหาร และเครื่องสำอาง เพื่อกำหนดมาตรฐานในการนำเมล็ด น้ำมัน หรือสารสกัดดังกล่าวไปใช้เป็นส่วนผสมใน ยาสมุนไพร อาหาร และเครื่องสำอาง ต่อไป

เดิมกัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่ง ผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ มีความผิดตามมาตรา 75 มาตรา 76 มาตรา 76/1 และมาตรา 92 แต่อย่างไรก็ตามมาตรา 5 และมาตรา 26 ได้มีบัญญัติเป็นบทยกเว้น ไว้เพื่อให้เกิดการใช้กัญชาเพื่อการพัฒนาทางการแพทย์ได้ดังนี้

มาตรา 5 “พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช่บังคับแก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข แต่ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข รายงาน การรับ การจ่าย การเก็บรักษา และวิธีการปฏิบัติอย่างอื่นที่เกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษให้ คณะกรรมการทราบทุกหกเดือน แล้วให้คณะกรรมการเสนอพร้อมทั้งให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีเพื่อ สั่งการต่อไป”

มาตรา 26 “ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการเป็นรายๆ ไป”

จากหลักกฎหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ไม่ใช่บังคับแก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข นั้นหมายความว่า กฎหมายได้เปิดช่องให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขนำยาเสพติดให้โทษมาทำการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่เพื่อไม่ให้มีการใช้หรือครอบครองยาเสพติด

คิดโดยไม่จำกัดหรือปราศจากการควบคุม กฎหมายจึงกำหนดให้ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ต้องรายงานการรับ การจ่าย การเก็บรักษา และวิธีการปฏิบัติอย่างอื่นที่เกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษให้คณะกรรมการ ทราบทุกหกเดือน

ส่วนมาตรา 26 หมายความว่า กฎหมายมาตรานี้ได้เปิดช่องให้มีการขออนุญาตให้ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษได้ แต่ในทางปฏิบัติกับพบว่ามิผู้ขออนุญาต แต่กลับ ไม่ได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานที่มีอำนาจ ทำให้ไม่เอื้ออำนวยต่อการอนุญาต เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนนาบิโนยด์และกัญชาการแพทย์

ต่อมาเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บังคับใช้มาเป็นเวลานาน และมีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันนอกจากนี้ ในปัจจุบันส่วนของกัญชาปรากฏผลวิจัยว่า สารสกัดจากกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์หลายประเทศทั่วโลกได้มีการผ่อนปรน โดยแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายอนุญาตให้ประชาชนใช้พืชกระท่อมและกัญชาทางการแพทย์หรือเพื่อการนันทนาการได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

แต่อย่างไรก็ตามพืชกระท่อมและกัญชายังคงเป็นสารเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีการกำหนดโทษผู้เสพและผู้ครอบครองทั้งที่ในสภาพความเป็นจริงพบว่ามิผู้ป่วยบางส่วนลักลอบใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคมานานหลายปีแล้ว ทั้งผลิตใช้เองและมีผู้ผลิตในเชิงพาณิชย์เป็นผลให้มีราคาแพง และอาจไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์และตำรับยา

ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป กล่าวคือ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 มีเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานและมีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ปรากฏผลการวิจัยว่า สารสกัดจากกัญชาและพืชกระท่อมมีประโยชน์ทางการแพทย์เป็นอย่างมาก ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาและพืชกระท่อมเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ. 2522 กัญชาและพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนา

ทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ให้ทำได้ โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการ ผูกขาดทางด้านยา สมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อเปิดโอกาส ให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและความคุมของแพทย์ได้ จึงจำเป็นต้องตรา พระราชบัญญัตินี้

โดยได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ไว้หลายมาตรา มีการ บัญญัติเพิ่มเติม มาตรา 26/2 กำหนดข้อยกเว้นให้สามารถผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้ โทษในประเภท 5 (กัญชา) ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรือ อุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการ รวมทั้งในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรไม่ เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผน ไทย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ให้กระทำได้ เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรี ประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการได้

มาตรา 62/3 ประกอบมาตรา 62/4 บัญญัติให้สามารถครอบครองกัญชาได้ กรณีการมีไว้ใน ครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือ รับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์ แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วย วิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและ หมอพื้นบ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความ เห็นชอบของคณะกรรมการ รวมทั้งกรณีการมียาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา) ไว้ใน ครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้ประจำในการปฐมพยาบาล หรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ในเรือ เครื่องบิน หรือยานพาหนะอื่นใดที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่ไม่ได้จอด ทะเบียนในราชอาณาจักร แต่ถ้ายานพาหนะดังกล่าวจดทะเบียนในราชอาณาจักร ให้ยื่นคำขอรับ ใบอนุญาตตามมาตรา 26/3 นอกจากนี้ยังได้บัญญัติว่าคุณสมบัติของบุคคลที่มีสิทธิขอรับใบอนุญาต ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้ ไว้ตาม

มาตรา 26/5 อีกด้วย อันเป็นการบัญญัติให้ใช้กัญชาในการรักษาโรคและเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ได้¹⁷

อย่างไรก็ตามการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษดังกล่าวนี้ เป็นการบัญญัติหลักการสำคัญของกฎหมายไว้ โดยรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ จะถูกกำหนดไว้โดยการออกกฎหมายลำดับรอง ซึ่งปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายลำดับรองไว้หลายฉบับ ดังนี้

1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 โดยที่เป็นการสมควรกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการ มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 58 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ตำรับยาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งครอบคลุมทั้งตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย

ข้อ 2 ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย ตามบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ 3 ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme)

ข้อ 4 ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 5 ตำรับยาที่หมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ วัตถุประสงค์จากกัญชา ต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้

ข้อ 6 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ประกาศ ณ วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2562

¹⁷ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562

บัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย ที่ประกาศกำหนดให้เป็นตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่อนุญาตให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยหาไม่ยาก และมีสรรพคุณตำรับที่แก้ปัญหาสาธารณสุข จำนวน 16 ตำรับ ชื่อตำรับยา ที่มาของตำรับยา

1. ยาอัคคินิวคณะ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
2. ยาสุขไสยาสน์ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
3. ยาแก้ลมน้ำวนาริวาโย ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
4. ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
5. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
6. ยาไฟอาวุธ แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช
7. ยาแก่นอนไม่หลับ /ยาแก้ไข้ผอมเหลือง แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุ

ประสาทเวช

8. ยาแก้ลิ้นจี่ขนาด กล่อนแห้ง แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช
9. ยาอัมฤตโอสถ แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช
10. ยาโภยสาธิต เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
11. ยาแก้ลมแก้เส้น เวชศาสตร์วินิจฉัย
12. ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
13. ยาไฟสาธิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
14. ยาทริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง อายุรเวทศึกษา(ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
15. ยาทำลายพระสุเมรุ คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์¹⁸
16. ยาทัพยาคูณ คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์¹⁸

2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562 โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้หน่วยงานหรือบุคคลผู้มีไว้ในครอบครองกัญชาก่อนกฎหมายมีผล

¹⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562

ใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ หากมีการดำเนินการตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ กำหนดภายในเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ และกำหนดให้กัญชาที่ได้รับมอบตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 22 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุม ยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 399 -3/2562 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้กัญชาที่ได้รับมอบจากผู้มีไว้ในครอบครองก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ ดังต่อไปนี้ ตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข

(1) ผู้ไม่ได้รับหนังสือแสดงการมีไว้ในครอบครองกัญชาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีผู้ใช้ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562

(2) บุคคลซึ่งไม่เข้าเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค เฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562

ข้อ 2 การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา ให้แจ้งและส่งมอบกัญชา ณ ท้องที่ของสถานที่ ที่มีไว้ในครอบครองกัญชานั้นตั้งอยู่ โดยให้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้แจ้งและส่งมอบ ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

(2) ในท้องที่จังหวัดอื่น ให้แจ้งและส่งมอบ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ การแจ้งการมีไว้ในครอบครอง การส่งมอบและรับมอบกัญชาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไป ตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ 3 ให้มีคณะทำงานตรวจรับกัญชา จำนวน ไม่น้อยกว่า 3 คน ซึ่งแต่งตั้งโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เพื่อดำเนินการตรวจรับกัญชา และส่งมอบให้กับคณะทำงานทำลายกัญชาตาม ข้อ 4

เมื่อครบกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลตามวรรคหนึ่งมายังเลขาธิการคณะกรรมการอาหาร และยาด้วย

ข้อ 4 ให้มีคณะทำงานทำลายกัญชา จำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน โดยให้มืองค์ประกอบจากหน่วยงานต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

(1) ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้ง โดยให้มีผู้แทนจาก สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(2) ในท้องที่จังหวัดอื่น ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้ง โดยมีผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตำรวจภูธรจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อ 5 ให้คณะทำงานทำลายกัญชาตามข้อ 4 เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือ ผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ขออนุมัติทำลาย เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ สำหรับในท้องที่จังหวัดอื่น ให้คณะทำงานดังกล่าวเสนอรายงานให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบด้วย

ข้อ 6 กรณีมีผู้ประสงค์จะขอใช้ประโยชน์กัญชาที่มีผู้ส่งมอบ ให้แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เพื่อเสนอคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษพิจารณาให้ความเห็นชอบในการใช้ประโยชน์ เมื่อคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษให้ความเห็นชอบแล้ว ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี ดำเนินการส่งมอบกัญชาให้ผู้ประสงค์ขอใช้ประโยชน์ต่อไป พร้อมทั้งรายงานให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบด้วย

ข้อ 7 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป¹⁹

3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วย ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัยได้ แต่ด้วยมีหน่วยงานหรือบุคคลผู้ครอบครองยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์เหล่านี้ก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ หากมีการดำเนินการตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 22 (1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวง

¹⁹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562

สาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 399 -3/2562 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้หน่วยงานหรือบุคคลผู้ครอบครองกัญชาก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้ ต้องแจ้งลักษณะและปริมาณกัญชาที่มีไว้ในครอบครองภายในเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัติดังกล่าว ใช้บังคับ

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เกษษศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เกษษกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหา ยาเสพติด หรือ สภากาชาดไทย

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(3) สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัย และจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(4) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น หรือ สหกรณ์การเกษตร ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือ และกำกับดูแล ของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ทั้งนี้ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมดังกล่าว สามารถร่วมผลิต และพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้ความร่วมมือ และกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ด้วย

(5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

(7) ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ขออนุญาตตามวรรคหนึ่ง (2) (3) (4) และ (7) ในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา ต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย

และกรรมการของนิติบุคคลหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อยสองในสามต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทย และมีสำนักงานในประเทศไทย

ข้อ 2 การแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 1 ให้แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามภูมิลำเนาที่อยู่อาศัย หรือสถานที่ตั้งของสำนักงานใหญ่กรณีเป็นนิติบุคคล เมื่อครบกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลตามวรรคหนึ่งมายังเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ด้วย

ข้อ 3 การแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 1 สามารถดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนด

ข้อ 4 เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้งพิจารณาคณะสมบัติของผู้แจ้งการมีไว้ในครอบครองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติอย่างไรอย่างหนึ่ง ตามข้อ 1 แล้ว ให้พิจารณาออกหนังสือแสดงการครอบครองยาเสพติด ให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ตามมาตรา 22 (1) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้ ทั้งนี้ จนกว่าจะได้รับใบอนุญาตหรือมีคำสั่งไม่อนุญาตตามกฎหมายที่ออกตามมาตรา 26/2 (1) มาตรา 26/2 (3) มาตรา 26/3 มาตรา 34/1 มาตรา 34/2 มาตรา 34/3 มาตรา 34/4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 แบบแจ้งการมีไว้ในครอบครองและหนังสือแสดงการมีไว้ในครอบครอง ให้เป็นไปตามแบบที่แนบท้าย ประกาศนี้

ข้อ 5 ให้ผู้แจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 1 แจ้งการครอบครองภายในระยะเวลาเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

ข้อ 6 บุคคลอื่นที่มีไว้ในครอบครองหรือไม่เข้าเงื่อนไขคุณสมบัติอย่างหนึ่งอย่างใดตามข้อ 1 ให้ผู้แจ้งรับส่งมอบกัญชาที่เหลือต่อเจ้าหน้าที่โดยเร็วแต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ

ข้อ 7 ให้หน่วยงานผู้รับแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 6 รวบรวมกัญชาที่รับมอบเพื่อดำเนินการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562

ข้อ 8 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป²⁰

โดยปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
- 2) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562
- 3) พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2559
- 4) กฎกระทรวง การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ.2559
- 5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562
- 6) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วย ตามมาตรา 22(2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ.2562
- 7) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ.2562
- 8) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 พ.ศ.2562
- 9) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ.2562
- 10) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562
- 11) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2562

²⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วย ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562

12) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ.2562

13) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

14) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ.2562

15) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภษชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.2562

16) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภษชนะบรรจุ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.2562

โดยวันที่ 30 สิงหาคม 2562 ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดยให้ยกเลิกกัญชาออกจากชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ประกาศดังกล่าว ลงนามโดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาดังนี้

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 วรรคหนึ่ง และมาตรา 8 (1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบ ของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ลำดับที่ 1 ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2 ฉบับ สรุปได้ดังนี้ อนุญาตให้นำสารสกัดกัญชาไปใช้ในการทางการแพทย์เพื่อรักษาได้ รวมถึงเป็นส่วนผสมในเครื่องสำอาง แต่ไม่ได้ปลดปล่อยเสรีในการบริโภคเหมือนกับเหล้าหรือบุหรี่

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับแรก เป็นเรื่องกำหนดลักษณะกัญชงเพื่อเป็นประโยชน์ในการควบคุมการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชงให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์จากกัญชง

ในส่วนฉบับที่ 2 สำคัญคือให้ยกเลิกชื่อยาเสพติดให้โทษกัญชา (cannabis) ในบัญชีท้ายประกาศ กระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเงื่อนไขและกำหนดระบุชื่อ "กัญชง" ให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 แต่ได้ยกเว้นกรณี

1. สารแคนนาบิไดออล (CBD) ที่สกัดจากกัญชงซึ่งมีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99 โดยมีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนักสรุปคือ Pure 99% เอานำไปผสมในอาหารหรือเป็นส่วนผสมเครื่องสำอางได้

2. สารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีสาร CBD เป็นส่วนประกอบหลัก และมีสาร THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ซึ่งเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร เท่านั้นสรุปคือ เป็นยา และ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้

3. เมล็ดกัญชงหรือน้ำมันจากเมล็ดกัญชงซึ่งเป็นอาหาร และนำไปเพาะพันธุ์ไม่ได้

4. น้ำมันจากเมล็ดกัญชงหรือสารสกัดจากเมล็ดกัญชง ซึ่งเป็นเครื่องสำอาง และนำไปเพาะพันธุ์ไม่ได้

5. เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

ทั้งนี้สามารถจำหน่ายได้ภายในประเทศเท่านั้น มีระยะเวลา 5 ปี นับจากวันที่ 27 ส.ค. 2562²¹

²¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

บทที่ 3

กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของต่างประเทศ

การศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ของต่างประเทศ จะศึกษากฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศและกฎหมายของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ดังนี้

3.1 กฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศ

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของโลกยังรุนแรงและต้องการหาแนวในการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเน้นที่การป้องกันการใช้ยาเสพติดที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ด้วยความตระหนักดีว่า ปัญหายาเสพติดอาจมีส่วนชักนำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหา วัยรุ่น ปัญหาโสเภณี ซ่องโจร และการพนัน เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่กล่าวมามีผลกระทบต่อความมั่นคง ของประเทศ ความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ตลอดจนถึงด้านเศรษฐกิจด้วยจึงได้มีความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด ดังนั้น ในเวทีระหว่างประเทศจึงได้มีความตกลง เพื่อเป็นการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด ด้วยเหตุนี้องค์การสันนิบาตชาติและองค์การ สหประชาชาติ ได้มีกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดหลายฉบับ สำหรับประเทศไทย ในมิติ ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศนั้น ประเทศไทยได้เข้าเป็นรัฐภาคีจำนวน 4 ฉบับด้วยกัน คือ

1. อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และพิธีสารแก้ไขฯ ค.ศ. 1972 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as Amended by The 1972 Protocol Amending The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971)

3. อนุสัญญา สหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 (United Nations Convention against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988) และ

4. อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติที่จัดตั้งใน ลักษณะ องค์การ ค.ศ. 2000 (United Nations, 2004)¹

จากอนุสัญญาดังกล่าวข้างต้นซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในภาคีสมาชิกนั้น ได้ยอมรับให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ได้เท่านั้น โดยกำหนดให้เฉพาะกัญชาและยางกัญชา (resin) เป็นยาเสพติดในประเภท 4 (schedule IV) และสารสกัดจากกัญชาและทิงเจอร์เป็นยาเสพติดในประเภท 1 (schedule I) สำหรับประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชา หรือนำเข้ากัญชาได้จะต้องมีมาตรการควบคุมที่เข้มงวดตามที่อนุสัญญาฯ กำหนด โดยรัฐบาลของประเทศนั้นๆ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยต่อสุขภาพและการป้องกันการรั่วไหลไปยังตลาดมืด และต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนในการอนุญาตให้ผลิตปลูกหรือใช้กัญชาทางการแพทย์โดยระบบใบอนุญาต (Licensing System) เพื่อให้มั่นใจว่าตลาดกัญชาของประเทศนั้นๆ จะไม่เกินความต้องการใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ โดยมีคณะกรรมการการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศเป็นหน่วยงานกำกับดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามบทบัญญัติของอนุสัญญาฯ ดังกล่าว และประเทศภาคีสมาชิกจะต้องรายงานให้ทราบเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ผิดกฎหมายอีกด้วย²

3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประเทศแคนาดา³

ปัจจุบันรัฐบาลแคนาดาได้ออกกฎหมายใหม่ กล่าวคือ พระราชบัญญัติกัญชา ซึ่งเป็นบทกฎหมายหลักที่ควบคุมการผลิต การจำหน่ายและการครอบครองกัญชาในแคนาดา ที่เป็นบทกฎหมายหลักที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บรรลุ 3 เป้าหมาย

- 1) ป้องกันไม่ให้กัญชาเข้าถึงเด็กและเยาวชน
- 2) ป้องกันการสร้างผลกำไรของอาชญากร
- 3) ป้องกันสุขภาพของประชาชนและความปลอดภัย โดยอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้ตามกฎหมายเท่านั้น

โดยมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ภายใต้ข้อจำกัดด้านอายุ กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถเข้าถึงกัญชาได้ถูกต้องตามกฎหมาย ดังนี้

¹ พีรพจน์ ปิ่นทองดี, กัญชา:กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์, วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2561) หน้า เรื่องเดียวกัน หน้า 1184.

² ชาญชัย เอื้อชัยกุล, พืชกัญชา:ประโยชน์ โทษและข้อเสนอการพัฒนากัญชาทางการแพทย์.

³ Cannabis Act (S.C. 2018, c. 16), Canada.

- 1) มีกัญชาแห้งหรือเทียบเท่าในรูปแบบที่ไม่แห้งไม่เกิน 30 กรัม ในที่สาธารณะ
- 2) แบ่งปันกัญชากับบุคคลอื่นได้ไม่เกิน 30 กรัม
- 3) ซื้อมกัญชาแห้งหรือสดและน้ำมันกัญชาจากร้านค้าปลีกที่ได้รับใบอนุญาต และสำหรับในจังหวัดและท้องที่ที่ไม่มีการค้าปลีกที่ได้รับใบอนุญาต บุคคลสามารถซื้อมกัญชาออนไลน์จากผู้ผลิตที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลกลาง
- 4) ปลูกจากเมล็ดหรือต้นกล้าที่ได้รับอนุญาต ไม่เกิน 4 ต้นต่อที่อยู่อาศัย สำหรับการปฏิบัติงานส่วนตัว
- 5) ทำผลิตภัณฑ์กัญชา เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่บ้าน ตราใบใดที่ไม่ใช่ตัวทำละลายอินทรีย์เพื่อสร้างผลิตภัณฑ์ที่เข้มข้น

3.2.1 ข้อกำหนดในการครอบครองสำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาตามพระราชบัญญัติกัญชา

3.2.1.1 การครอบครองตามพระราชบัญญัติกัญชาของประเทศแคนาดา กำหนดข้อกำหนดในการครอบครองกัญชาไว้ตามประเภทของการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นสำหรับผลิตภัณฑ์กัญชา

โดยกำหนดให้กัญชาแห้ง 1 กรัมมีค่าเท่ากับ

- 1) กัญชาสด 5 กรัม (เท่ากับว่า ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถมีกัญชาสดในครอบครองได้ 150 กรัม)
- 2) ผลิตภัณฑ์ที่กินได้ 15 กรัม
- 3) ผลิตภัณฑ์เหลว 70 กรัม
- 4) สารสกัดเข้มข้น 0.25 กรัม (ของแข็งหรือของเหลว)
- 5) พืชกัญชา 1 เมล็ด

3.2.1.2 สำหรับกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์นั้น กัญชาทางการแพทย์ยังคงอนุญาตให้เข้าถึงกัญชาสำหรับผู้ที่ได้รับอนุญาตจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเท่านั้น

3.2.1.3 มาตรการคุ้มครองเด็กและเยาวชน พระราชบัญญัติกัญชามีมาตรการหลายประการที่ช่วยป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงกัญชา สิ่งเหล่านี้รวมถึงข้อกำหนดด้านอายุและการจำกัดเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้กัญชา

1) ข้อกำหนดด้านอายุ กฎหมายห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายหรือมอบกัญชาให้แก่บุคคลใดก็ตามที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หากฝ่าฝืนมีความผิดทางอาญา 2 ประการเกี่ยวกับการจัดหากัญชาให้เยาวชน ดังต่อไปนี้ ทั้งนี้ มีโทษจำคุกสูงสุด 14 ปี

- 1) ให้หรือจำหน่ายกัญชาให้กับเยาวชน
- 2) ใช้เยาวชนเพื่อกระทำความผิดเกี่ยวกับกัญชา

2) ข้อจำกัดการส่งเสริมและการดึงดูดการใช้กัญชา พระราชบัญญัติกัญชาช่วยกีดกันการใช้กัญชาในเยาวชน โดยข้อห้ามดังต่อไปนี้

- 1) ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชน
- 2) ห้ามใช้บรรจุภัณฑ์หรือติดฉลากกัญชาในลักษณะที่ทำให้ดึงดูดต่อเยาวชน
- 3) ห้ามจำหน่ายกัญชาผ่านจอแสดงผลแบบบริการตนเองหรือตู้จำหน่ายสินค้าอัตโนมัติ
- 4) ห้ามการส่งเสริมกัญชา ยกเว้นในลักษณะที่ซึ่งเยาวชนไม่สามารถมองเห็นการส่งเสริมนั้น

บทลงโทษสำหรับการละเมิดข้อห้ามเหล่านี้ มีโทษปรับสูงสุด 5 ล้านดอลลาร์หรือจำคุก 3 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

3.2.1.4 สำหรับการป้องกันสุขภาพของประชาชนนั้น พระราชบัญญัติกัญชามีมาตรการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนด้วยการสร้างกฎระเบียบด้านความปลอดภัยและคุณภาพอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ยังมีความพยายามในการให้ความรู้แก่สาธารณชนเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับมาตรการด้านความปลอดภัยและความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระเบียบที่เข้มงวดให้รัฐบาลสหพันธรัฐ จังหวัด และเขตการปกครองท้องถิ่น แบ่งความรับผิดชอบในการกำกับดูแลระบบการควบคุมกัญชา ดังนี้

1) ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง คือ การกำหนดข้อกำหนดที่เข้มงวดสำหรับผู้ผลิตและผลิตภัณฑ์กัญชา และการกำหนดกฎและมาตรฐานทั่วทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ซึ่งรวมไปถึงประเภทของผลิตภัณฑ์กัญชาพร้อมจำหน่าย ข้อกำหนดด้านบรรจุภัณฑ์และการติดฉลากสำหรับผลิตภัณฑ์ ขนาดและความแรงของการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ข้อห้ามในการใช้ส่วนผสมบางอย่าง แนวทางการผลิตที่ดีได้มาตรฐาน การติดตามความต้องการของกัญชาจากเมล็ดเพื่อจำหน่ายเพื่อให้ออกจากตลาดที่ผิดกฎหมาย และข้อจำกัดเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมการจำหน่าย เป็นต้น

2) จังหวัดและเขตการปกครองท้องถิ่น มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาดำเนินการบำรุงรักษาและบังคับใช้ระบบเพื่อดูแลการกระจายและการจำหน่ายกัญชา และสามารถเพิ่มมาตรการความปลอดภัยของตนเองได้อีกด้วย เช่น เพิ่มอายุขั้นต่ำในจังหวัดและเขตการปกครองท้องถิ่นของตน (ไม่ต่ำกว่าเดิม) การลดหรือการจำกัดการครอบครองกัญชาส่วนบุคคลในเขตอำนาจของตน การสร้างกฎเพิ่มเติมสำหรับการปลูกกัญชาที่บ้าน เช่น ลดจำนวนพืชต่อที่อยู่อาศัย และการจำกัดการใช้กัญชาได้ เช่น ในที่สาธารณะหรือในยานพาหนะ เป็นต้น

3.2.1.5 มาตรการทางการศึกษาสาธารณะ โดยรัฐบาลแคนาดามีความมุ่งมั่น โดยใช้งบประมาณเกือบ 46 ล้านดอลลาร์ในอีกห้าปีข้างหน้า สำหรับการศึกษและการรับรู้เกี่ยวกับ

กัญชาในแคนาดา เพื่อแจ้งให้ชาวแคนาดาโดยเฉพาะเยาวชนทราบถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของการใช้กัญชา

การลดกิจกรรมอาชญากรรม ตามสถิติของแคนาดารายงานว่าในปี 2560 มีการรายงานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดกัญชาเกือบ 48,000 รายการ ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 เป็นความผิดที่มีไว้ในครอบครอง มีการบันทึกความผิดทางอาญาที่เกิดจากการกระทำผิดกฎหมายของกัญชาแม้กระทั่งค่าใช้จ่ายในการครอบครองเพียงเล็กน้อย ก็สามารถมีผลกระทบร้ายแรงและตลอดชีวิตสำหรับบุคคลที่ถูกเรียกเก็บเงิน ในการอนุญาตให้ผลิตและครอบครองกัญชาตามกฎหมายสำหรับผู้ใหญ่ พระราชบัญญัตินี้ช่วยให้ชาวแคนาดาที่บริโภคกัญชาออกจากระบบยุติธรรมทางอาญาโดยลดภาระในศาลได้

สำหรับ โทษ ทางอาญา พระราชบัญญัติ กัญชา มีเป้าหมายที่ ควบคุม อาชญากรรม บทลงโทษถูกกำหนดตามความร้ายแรงของความผิด การลงโทษมีตั้งแต่จำคุกและทัณฑ์บนสำหรับความผิดเล็กน้อยจนถึงการฟ้องร้องคดีอาญาและการจำคุกสำหรับความผิดที่ร้ายแรงกว่า เช่น ฐานความผิดและบทกำหนดโทษ ดังต่อไปนี้

- 1) ครอบครองเกินกว่ากฎหมายกำหนดสำหรับจำนวนเล็กน้อย โทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี
- 2) การจำหน่ายหรือการจำหน่ายที่ผิดกฎหมายสำหรับจำนวนเล็กน้อย โทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี
- 3) การผลิตกัญชา การเพาะปลูกหรือตัวทำสารละลายส่วนบุคคล เกินกว่ากฎหมายกำหนด สำหรับจำนวนเล็กน้อย โทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี
- 4) นำเข้ากัญชาข้ามพรมแดนแคนาดา โทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี
- 5) การให้หรือจำหน่ายกัญชาให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี
- 6) การใช้เยาวชนเพื่อกระทำความผิดเกี่ยวกับกัญชา โทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี

นอกจากนี้ ยังมีบทลงโทษเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการจับขังยานพาหนะในกฎหมายความสามารถในการขับขี่ของแคนาดาอีกด้วย

3.2.2 ข้อบังคับภายใต้พระราชบัญญัติกัญชา⁴

เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ.2562 รัฐบาลแคนาดาประกาศกฎระเบียบใหม่สำหรับสารสกัดจากกัญชา ข้อบังคับเหล่านี้ได้รับการประกาศใน Canada Gazette , Part II ในวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ.2562 และจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2562 ดังนี้

- 1) ระเบียบแก้ไขกฎข้อบังคับกัญชา (คลาสใหม่ของกัญชา)

⁴ Canada Gazette, Part II, 2019

2) แก้ไขตารางที่ 3 และ 4 พระราชบัญญัติกัญชา

3) ระบบติดตามกัญชา

ระเบียบภายใต้พระราชบัญญัติกัญชากำหนดกฎและมาตรฐานที่ใช้กับการผลิต การจำหน่าย การจำหน่ายการนำเข้าและการส่งออกของกัญชาโดยผู้ถือใบอนุญาตของรัฐบาลกลาง ประกอบด้วย ระเบียบกัญชา และข้อบังคับเกี่ยวกับอุตสาหกรรมเฮมพ์

3.2.2.1 ระเบียบกัญชา Canada Gazette, Part II, 2019

ระเบียบกัญชาได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขไว้ในข้อบังคับของกัญชา ดังต่อไปนี้

1) ใบอนุญาตจำเป็นสำหรับการปลูกฝังและแปรรูปกัญชา จำหน่ายกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และการทดสอบเชิงวิเคราะห์และการวิจัยกับกัญชา

2) ใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งออก สำหรับกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์หรือทางการแพทย์ และอุตสาหกรรมเฮมพ์

3) ผู้ถือใบอนุญาตต้องอยู่ภายใต้ข้อกำหนดด้านความปลอดภัยทางกายภาพและบุคลากรที่เข้มงวด

4) บรรจุภัณฑ์สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชา มีข้อบังคับกำหนดข้อกำหนดที่เข้มงวดสำหรับการใช้โลโก้ สี และการสร้างตราสินค้า

5) ผลิตภัณฑ์กัญชาจะต้องมีป้ายกำกับ เช่น คำเตือนสุขภาพบังคับ สัญลักษณ์กัญชา มาตรฐาน ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

6) การเข้าถึงกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ยังคงมีให้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ

7) ผู้ผลิตยาตามใบสั่งแพทย์ที่มีกัญชาในขณะที่ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติอาหารและยาเสพติดและกฎระเบียบของมันก็จะต้องอยู่ภายใต้ข้อกำหนดบางประการที่กำหนดไว้ในกฎกัญชา

3.2.2.2 กฎระเบียบสำหรับกัญชา และสารสกัดจากกัญชา

ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2562 กฎของกัญชาจะได้รับการปรับปรุงเพื่อสร้างกฎสำหรับการผลิตตามกฎหมายและการจำหน่ายกัญชา โดยแบ่งเป็น 3 คลาสใหม่ ดังนี้

1) กัญชากินได้

2) สารสกัดจากกัญชา

3) การใช้กัญชาเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง

ตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติกัญชากฎหมายที่มีการแก้ไขจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2562 อย่างไรก็ตามจะใช้เวลาหลังจากวันนั้นก่อนที่ผลิตภัณฑ์กัญชาใหม่จะพร้อม

สำหรับการซื้อ ผู้บริโภคที่เป็นผู้ใหญ่สามารถคาดหวังว่าผลิตภัณฑ์ใหม่จะค่อยๆ ปรากฏในร้านค้า และออนไลน์เริ่มต้นในช่วงกลางเดือนธันวาคม พ.ศ.2562

สำหรับคำอธิบายที่สมบูรณ์ของกฎใหม่เหล่านี้โปรดดูคำแถลงการวิเคราะห์ผลกระทบ ตามกฎข้อบังคับ (RIAS) ตามที่ตีพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาแคนาดาตอนที่ 2 ในวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ.2562 พระราชบัญญัติปลอดภัยของอาหารสำหรับชาวแคนาดาและระเบียบข้อบังคับจะไม่ถูกนำไปใช้กับการบริโภคกัญชา ในเดือนพฤศจิกายนปี พ.ศ.2560 แคนาดาได้เปิดให้คำปรึกษาประชาชนถึงรายละเอียดสิทธิวิธีการที่สำหรับกฎระเบียบของกัญชา ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 แคนาดาได้เผยแพร่บทสรุปความคิดเห็นที่ได้รับระหว่างการปรึกษาหารือสาธารณะซึ่งสรุปความคิดเห็นที่ได้รับจากชาวแคนาดานับพัน ในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2561 แคนาดาได้เปิดตัวการให้คำปรึกษาสาธารณะเกี่ยวกับกฎระเบียบที่เสนอเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากกัญชาเกินได้ สารสกัดจากกัญชา และการใช้กัญชาเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง สิ่งเหล่านี้ถูกตีพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาแคนาดาตอนที่ 1 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2561

3.2.2.3 ประกาศการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบ

ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2562 กฎของกัญชาจะได้รับการแก้ไขเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับการผลิตและจำหน่ายกัญชาที่กินได้ตามกฎหมาย สารสกัดจากกัญชา และการใช้กัญชาเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะอย่างข้อกำหนดใหม่บางอย่างจะมีผลทันทีและข้อกำหนดอื่นๆ จะมีผล 12 เดือนต่อมา (วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2563) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่กฎระเบียบที่แก้ไขเพิ่มเติมในเวลาอันเร็วแคนาดากำลังรวบรวมกฎเข้าด้วยกัน

3.2.2.4 ระบบติดตามกัญชา : SOR / 2019-202⁵

นอกจากกฎระเบียบต่างๆ ในพระราชบัญญัติกัญชาและกฎระเบียบต่างๆ แล้ว แคนาดา ยังมีระบบติดตามกัญชาอีกด้วย ตาม Canada Gazette, Part II, เล่มที่ 153, หมายเลข 13

(1) ผู้ถือใบอนุญาตสำหรับการเพาะปลูกใบอนุญาตสำหรับการแปรรูปหรือใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ที่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาได้ไม่เกินวันที่ 15 ของแต่ละเดือนให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่รัฐมนตรี ตามที่เกี่ยวข้องในเว็บไซต์ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

(1.1) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่เป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันแรกของเดือนก่อนหน้า

(1.2) ปริมาณของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันแรกของเดือนก่อนหน้า

⁵ Canada Gazette, Part II, Volume 153, Number 13, Registration SOR/2019-202 June 12, 2019

(1.3) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่เพิ่มเข้าไปในสินค้าคงคลังในเดือนก่อนหน้าโดยอาศัย

(1.4) การจำหน่ายหรือจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้ถือ

(1.5) บรรจุกัญชาและการติดฉลากของกัญชาหรืออุปกรณ์เสริมที่มีกัญชาบรรจุโดยผู้ถือ
จำหน่ายให้กับผู้บริโภคในระดับค้าปลีก

(1.6) การส่งคืนผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้ถือหรือ

(1.7) เหตุผลอื่นใด

(1.8) ปริมาณของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งถูกเพิ่มเข้าไปในสินค้าคงคลังในช่วงเดือน
ก่อนหน้าโดยอาศัย

(1.9) การจำหน่ายหรือแจกจ่ายให้กับผู้ถือ

(1.10) ผลิตจากกัญชาที่ไม่มีการบรรจุอื่น ๆ

(1.11) กำลังนำเข้า

(1.12) กำลังส่งคืนให้เจ้าของหรือ

(1.13) เหตุผลอื่นใด

(2) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่หยุดเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในเดือนก่อนหน้าโดย
อาศัยอำนาจตาม

(2.1) การจำหน่ายหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา

(2.2) การทำลายผลิตภัณฑ์กัญชา

(2.3) การสูญหายหรือถูกขโมยในสถานการณ์ที่ต้องมีการแจ้งให้ทราบตามวรรค 246

(1) (b) ของข้อบังคับ

(2.4) การส่งคืนผลิตภัณฑ์กัญชาโดยผู้ถือหรือ

(2.5) เหตุผลอื่นใด

(3) จำนวนและมูลค่าตามบัญชีของผลิตภัณฑ์กัญชาที่หยุดเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคง
คลังในช่วงเดือนก่อนหน้าโดยอาศัย

(3.1) การจำหน่ายปลีกผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้บริโภคนอกเหนือจากคำสั่งซื้อที่อ้างถึงใน
มาตรา 289 ของข้อบังคับ

(3.2) การจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาอันเป็นผลมาจากคำสั่งซื้อที่อ้างถึงในมาตรา 289 ของ
ข้อบังคับและ

(3.3) การจำหน่ายหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้ที่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติ
ส่วนภูมิภาคที่อ้างถึงในส่วนย่อย 69 (1) ของพระราชบัญญัติจำหน่ายกัญชาและ

(3.4) การจำหน่ายหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้ถือใบอนุญาตในการเพาะปลูกอกรายใบอนุญาตสำหรับการแปรรูปหรือใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

(4) ปริมาณของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งหยุดที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในช่วงเดือนก่อนหน้าโดยอาศัย

(4.1) การจำหน่ายหรือแจกจ่ายโดยผู้ถือ ไปยังผู้ถือใบอนุญาตเพื่อการเพาะปลูกใบอนุญาตสำหรับการดำเนินการ ใบอนุญาตสำหรับการจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ใบอนุญาตสำหรับการทดสอบเชิงวิเคราะห์หรือใบอนุญาตสำหรับการวิจัย

(4.2) ถูกใช้เพื่อผลิตกัญชาที่ไม่มีการบรรจุอื่น ๆ

(4.3) ได้รับการบรรจุหีบห่อและติดฉลากไม่ว่าจะโดยลำพังหรือในอุปกรณ์เสริมของกัญชาโดยผู้ถือเพื่อจำหน่ายให้แก่ผู้บริโภคในระดับค้าปลีก

(4.4) ถูกทำลาย

(4.5) สูญหายเนื่องจากการอบแห้งหรือกิจกรรมทางธุรกิจอื่น ๆ ที่ได้รับการยอมรับตามปกติ

(4.6) การสูญหายหรือถูกขโมยในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบตามวรรค 246 (1) (b) ของข้อบังคับ

(4.7) ถูกส่งคืนโดยผู้ถือหรือ

(4.8) เหตุผลอื่นใด

(5) ปริมาณของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งใช้ในการผลิตกัญชาของคลาสที่กำหนดไว้ในรายการใด ๆ ของรายการที่ 8 ถึง 14 ของตารางที่ 2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับแต่ละคลาส

(6) ปริมาณและมูลค่าตามบัญชีของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งหยุดเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในช่วงเดือนก่อนหน้าโดยอาศัยอำนาจตาม

(6.1) การจำหน่ายหรือแจกจ่ายให้แก่ผู้ถือใบอนุญาตในการเพาะปลูกอกรายใบอนุญาตในการดำเนินการหรือใบอนุญาตจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือ

(6.2) กำล้างส่งออก

(7) จำนวนและมูลค่าตามบัญชีของผลิตภัณฑ์กัญชาและปริมาณของกัญชาที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์กัญชาเหล่านั้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันสุดท้ายของเดือนก่อนหน้า และ

(8) ปริมาณและมูลค่าตามบัญชีของกัญชาที่ไม่มีการบรรจุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันสุดท้ายของเดือนก่อนหน้า โดยรายงานระบุตามประเภท และเมื่อผู้ถือใบอนุญาตสำหรับการเพาะปลูกใบอนุญาตสำหรับการแปรรูปหรือใบอนุญาตสำหรับการจำหน่ายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ที่สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดที่ได้รับอนุญาตโดยใบอนุญาต จะต้องรายงาน

ภายใน 15 วันหลังจากวันที่กิจกรรมหยุดให้ใด ๆ ข้อมูลที่ยังไม่ได้จัดทำภายใต้หมวด (1) ในส่วน
ของเดือนก่อนหน้ารวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับเดือนที่ยุติการดำเนินการ

3.2.2.5 การจำหน่ายที่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติส่วนจังหวัด

1) หน่วยงานสาธารณะ หน่วยงานสาธารณะที่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติ
จำหน่ายกัญชา ต้องรายงานไม่เกินวันที่ 15 ของแต่ละเดือน ให้ข้อมูลต่อรัฐมนตรีในแต่ละพื้นที่ที่
หน่วยงานจำหน่ายกัญชาหรือจากที่ต้นทางหรือปลายทางที่มีการส่ง

1.1) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่เป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันแรกของเดือนก่อน
หน้า

1.2) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่เพิ่มเข้าไปในสินค้าคงคลังในเดือนก่อนหน้าโดยอาศัย
การจำหน่ายหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา การส่งคืนผลิตภัณฑ์กัญชาหรือเหตุผลอื่นใด

1.3) จำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาที่หยุดเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในเดือนก่อนหน้า
โดยอาศัยอำนาจตามการจำหน่ายหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา การทำลายผลิตภัณฑ์กัญชา การสูญ
หายหรือถูกขโมยของผลิตภัณฑ์กัญชา การส่งคืนผลิตภัณฑ์กัญชาหรือเหตุผลอื่นใด

1.4) จำนวนและมูลค่าตามบัญชีของผลิตภัณฑ์กัญชาที่หยุดเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคง
คลังในช่วงเดือนก่อนหน้าโดยอาศัย

1.4.1) การจำหน่ายปลีกผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้บริโภคที่อยู่ ณ สถานที่ ณ เวลาที่จำหน่าย

1.4.2) การจำหน่ายปลีกผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้บริโภคที่ไม่ได้อยู่ ณ สถานที่ ณ เวลาที่
จำหน่ายหรือ

1.4.3) การจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือจำหน่าย
ผลิตภัณฑ์กัญชาไปยังสถานที่อื่น ๆ ที่มีการจำหน่ายหรือแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

1.5) จำนวนและมูลค่าตามบัญชีของผลิตภัณฑ์กัญชาและปริมาณของกัญชาที่มีอยู่ใน
ผลิตภัณฑ์กัญชาเหล่านั้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสินค้าคงคลังในวันสุดท้ายของเดือนก่อนหน้า

1.6) การบ่งชี้ว่าในช่วงเดือนที่ผ่านมา มีกิจกรรมหลักหรือไม่

1.6.1) การจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาให้กับบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือ
จำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาไปยังสถานที่อื่น ๆ ที่มีการจำหน่ายหรือจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ดังกล่าวหรือ

1.6.2) การจำหน่ายปลีกผลิตภัณฑ์กัญชาแก่ผู้บริโภค

1.7) ชื่อธุรกิจของบุคคลในสถานที่นั้นที่กำลังจำหน่ายหรือส่งกัญชา

1.8) ตัวอย่างเฉพาะที่ได้รับมอบหมายจากสถานที่สาธารณะ โดยรัฐมนตรีหรือไม่ปฏิบัติ
ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

1.6.3) ชื่อของเทศบาลที่ตั้งอยู่ถ้ำมีและรหัสไปรษณีย์ของที่ตั้ง และ

1.9) เดือนและปีปฏิทินซึ่งข้อมูลที่อ้างถึงในวรรค (a) ถึง (f) เกี่ยวข้องกัน

จำนวนและมูลค่าตามบัญชี - ภาษีได้อยู่ในสินค้าคงคลังในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์
กัญชาที่อ้าง ต้องระบุจำนวนผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับแต่ละจังหวัดที่มีผู้จำหน่ายหรือจำหน่าย
ผลิตภัณฑ์กัญชาอยู่และสำหรับแต่ละชั้นที่ระบุในคอลัมน์ 1 ของตาราง 1 และต้องมีมูลค่าตามบัญชี
สำหรับแต่ละจังหวัดที่มีคนจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาหรือจำหน่ายและตั้งอยู่ในแต่ละชั้นที่ระบุใน
คอลัมน์ 1 ของตาราง 1 และแสดงเป็นดอลลาร์แคนาดาสุทธิจากภาษีการจำหน่าย



ตารางที่ 3.1 ผลผลิตภัณฑ์กัญชา

ผลผลิตภัณฑ์กัญชา	หน่วยการวัด
1. กัญชาเมล็ดพืช	จำนวนเมล็ด
2. พืชกัญชา	จำนวนพืช
3. กัญชาสดตามที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (1) ของข้อบังคับ	กิโลกรัม
4. กัญชาแห้ง	กิโลกรัม
5. กัญชากินได้ที่อยู่ในรูปแบบของแข็งที่อุณหภูมิ $22 \pm 2^{\circ} \text{C}$	กิโลกรัม
6. กัญชากินได้ที่ที่ไม่อยู่ในรูปแบบของแข็งที่อุณหภูมิ $22 \pm 2^{\circ} \text{C}$	กิโลกรัม
7. สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการสูดดม	กิโลกรัม
8. สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการนำเข้าสู่ตามที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (2) ของข้อบังคับ	กิโลกรัม
9. สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการใช้จุ่มกทางทวารหนักหรือช่องคลอด	กิโลกรัม
10. กัญชาเฉพาะที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (1) ของกฎระเบียบ	กิโลกรัม
11. ผลผลิตภัณฑ์กัญชาประเภทอื่น ๆ	กิโลกรัม

ตารางที่ 3.2 การบรรจุภัณฑ์

การบรรจุภัณฑ์		
กัญชาที่ไม่มีบรรจุ		หน่วยการวัด
1.	กัญชามะลัดพืช	กิโลกรัม
2.	พืชกัญชาที่ไม่ได้ออกดอกหรือออกดอก	จำนวนพืช
3.	พืชกัญชาที่ออกดอกหรือออกดอก	จำนวนพืช
4.	กัญชาสดตามที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (1) ของข้อบังคับ	กิโลกรัม
5.	กัญชาแห้ง	กิโลกรัม
6.	ดอกกัญชาใบและกิ่งก้านของป่านอุตสาหกรรมตามที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (2) ของกฎป่านอุตสาหกรรมจำหน่าย โดยผู้ถือใบอนุญาตภายใต้ข้อบังคับเหล่านี้	กิโลกรัม
7.	กัญชาที่ใช้ในการผลิตกัญชาของคลาสที่กำหนดไว้ในรายการใด ๆ 8 ถึง 14	กิโลกรัม
8.	กัญชาที่กินได้ที่อยู่ในรูปแบบของแข็งที่อุณหภูมิ $22 \pm 2^{\circ} \text{C}$	กิโลกรัม
9.	กัญชาที่กินได้ที่ไม่อยู่ในรูปของแข็งที่อุณหภูมิ $22 \pm 2^{\circ} \text{C}$	กิโลกรัม
10.	สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการสูดดม	กิโลกรัม
11.	สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการนำเข้าตามที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (2) ของข้อบังคับ	กิโลกรัม
12.	สารสกัดจากกัญชาที่มีไว้สำหรับการใช้มูกทางทวารหนักหรือช่องคลอด	กิโลกรัม
13.	กัญชาเฉพาะที่กำหนดไว้ในส่วนย่อย 1 (1) ของกฎระเบียบ	กิโลกรัม
14.	ชั้นกัญชาที่ไม่มีบรรจุอื่น ๆ	กิโลกรัม

3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของสหราชอาณาจักร⁶

3.3.1 กฎหมายยาเสพติดประเทศอังกฤษ⁷

สหราชอาณาจักรมีกฎหมายควบคุมยาเสพติดมากกว่า 25 ฉบับ ตามกฎหมายว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด (Misuse of Drugs Act: MDA) ซึ่งเทียบเท่ากับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษของประเทศไทย ซึ่งควบคุมการใช้ ยาตามบัญชีรายชื่อ โดยได้มีการจำแนกพฤติการณ์การนำเข้า ผลิต จัดส่ง ครอบครองไว้เพื่อการจัดส่งและ ครอบครองยาควบคุมภายใต้บัญชีหมวด II (Schedule II) ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยาที่ถูกจำแนกตาม หลักการบัญชี ก ข ค (class A B C) เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงระดับอันตรายที่เกิดกับบุคคลหรือสังคม (Prutipinyo, 2017) ซึ่งกัญชาซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลว (น้ำมันกัญชา) แคนนาบินอยด์ และอนุพันธ์ของ กัญชา (Cannabinol Derivatives) และ ยาบัญชี ข ที่ทำเพื่อฉีด จัดอยู่ในบัญชี ก หรือ class A ส่วน กัญชา ยางกัญชา จัดอยู่ในบัญชี ก หรือ class A

3.3.2 นโยบายเกี่ยวกับกัญชาของสหราชอาณาจักร

นโยบายยาเสพติดที่ชัดเจนเกี่ยวกับกัญชาของสหราชอาณาจักร เริ่มตั้งแต่ในปี ค.ศ.1971 (พ.ศ.2514) จากการตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด (Misuse of Drugs Act) เพื่อให้สหราชอาณาจักรสามารถปฏิบัติตามพันธกรณีของ สนธิสัญญาระหว่างประเทศหลาย สนธิสัญญาที่ได้ให้สัตยา บันไว้ และเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามของรัฐบาลที่จะพัฒนา ยุทธศาสตร์ยาเสพติดระดับชาติที่สามารถแก้ไขปัญหาการเสพยาและการติดยาเสพติดที่แพร่ระบาด มาอย่างยาวนานอยู่ในสังคม โดยรัฐบาล อังกฤษได้ พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยาเสพติดในปี ค.ศ.2008-2018 เพื่อแก้ไขและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี โดยมีเป้าหมาย 1) เพื่อลดปริมาณการใช้ยาบัญชี ประเภท ก ในพลเมืองอังกฤษที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี 2) เพื่อชี้ให้เห็นถึงอันตรายต่อ สุขภาพอันเนื่องมาจากผลของยาเสพติด และ 3) เพื่อลดปริมาณการกระทำผิดอัน เนื่องมาจากยาเสพติด และ แผนได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาและ การบำบัดผู้เสพยาเสพติด (Lertpanitpantu, 2013)⁸

⁶ "Home Office Circular 2018: Rescheduling of cannabis-based products for medicinal use in humans" (PDF). assets.publishing.service.gov.uk. Crime, Policing and Fire Group (CPFG) – Drugs and Alcohol Unit. 1 November 2018. Retrieved 5 December 2018.

⁷ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, “กัญชา:กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ 6, ฉบับที่ 3, น. 1184 (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

⁸ เพิ่งอ้าง.

3.3.3 การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในสหราชอาณาจักร

ในปี ค.ศ.1999 (พ.ศ.2542) สภานิติบัญญัติให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้แพทย์สั่งใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรค ได้ และแม้ว่ารัฐบาลจะเพิกเฉยต่อข้อเสนอแนะนี้แต่ก็ได้อนุญาตให้มีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกระยะ ยาว ในขณะที่เดียวกันผู้พิพากษาก็ตัดสินคดีกัญชาเพื่อการแพทย์อย่างหลากหลาย นับตั้งแต่ยกฟ้องคดีครอบครองกัญชาเพื่อการแพทย์ ไปจนถึงการครอบครองการผลิตและการจำหน่ายกัญชาเพื่อการแพทย์มี ความผิด (Kanato, Leyatiku, and Ritmontree, 2016) ปัจจุบันตามกฎหมายของราชอาณาจักรอังกฤษ และราชอาณาจักรเวลส์ พืชกัญชาไม่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าในการบำบัดรักษาโรค ดังนั้น ผู้ใดครอบ ครองและจำหน่ายกัญชาจะได้รับโทษตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม Nabiximols ที่มีชื่อทางการค้า ว่า Sativex เป็นผลิตภัณฑ์ที่มาจากกัญชาได้รับอนุญาตให้แพทย์สั่งใช้ได้ภายใต้เงื่อนไขตามกฎหมาย

3.3.4 ผลกระทบของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ถูกกฎหมายในสหราชอาณาจักร

จากการศึกษาสามารถวิเคราะห์ผลกระทบของการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ถูกกฎหมายใน สหราชอาณาจักร โดยแบ่งได้เป็น 2 กรณี ดังนี้

1. นโยบายการลดบทลงโทษ ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของอาชญากรรมหรือไม่ พบว่าการลดบทลงโทษในเมือง Lambeth ส่งผลให้มีอัตราการครอบครองกัญชาเพิ่ม ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากการทดลองสิ้นสุดลงและพบหลักฐานว่านโยบายนี้เป็นสาเหตุให้ตำรวจจัดกองกำลังดูแลอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทอื่นและรวมถึงการจัดกำลังดูแลอาชญากรรมอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกัยาเสพติดนอกจากนี้ยังพบว่าสวัสดิการของประชาชนในเมืองLambeth มีแนวโน้มลดลง โดย ประเมินจากราคาที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยในพื้นที่เมือง Lambeth บริเวณที่มีการเคลื่อนไหวของ ตลาดยาเสพติดอย่างเด่นชัด (Adda, McConnell & Rasul, 2014)

2. ผลการศึกษาวิจัยเป็นหนทางไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดรุนแรงอื่นๆ หรือไม่ ในกรณีนี้ได้มีตั้งสมมติฐานบนกลุ่มตัวอย่างของผู้ใช้กัญชาซึ่งใช้ยาเสพติดชนิดราคาพิเศษ วิธีการที่ยืดหยุ่นที่ได้รับการพัฒนาเพื่อระบุสาเหตุของผลกระทบดังกล่าว โดยใช้แบบ bivariate survival ร่วมกับ shared frailty ซึ่งประเมินจากวิธีการแฝงจาก โมเดลนี้ พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มเยาวชนที่มี ปัญหา (กลุ่มเล็ก) จะมีความเสี่ยงเป็นสองเท่าอย่างมีนัยสำคัญในการเริ่มต้นใช้ยาเสพติดที่รุนแรงกว่ากัญชา และอีกกลุ่มที่ใหญ่กว่า คือ เยาวชนส่วนใหญ่ซึ่งประวัติการใช้กัญชามีผลกระทบน้อยกว่า (Melberg, Jones & Bretteville, 2010)⁹

⁹ เพิ่งอ้าง.

3.3.5 กฎเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์¹⁰

กัญชาในสหราชอาณาจักรเป็นสิ่งผิดกฎหมายสำหรับการใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ และจัดเป็นยาเสพติดคลาส B ในปี ค.ศ. 2004 กัญชาทำยาเสพติดคลาส C โดยมีบทลงโทษที่รุนแรงน้อยกว่า แต่ถูกย้ายกลับไปอยู่ที่คลาส B ในปี ค.ศ. 2009

การใช้กัญชาทางการแพทย์เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางลงทะเบียนได้รับการรับรองในเดือนพฤศจิกายน 2018

กัญชาถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายเป็นยาผิดกฎหมายในสหราชอาณาจักรในขณะที่สายพันธุ์อื่นที่มี THC ต่ำกว่า (ปกติเรียกว่ากัญชง) มีการใช้อุตสาหกรรมมานานกว่าหนึ่งพันปีสำหรับเส้นใยน้ำมันและเมล็ด กัญชาถูกจำกัดเป็นยาเสพติดในสหราชอาณาจักรตั้งแต่ปี ค.ศ. 1928 แม้ว่าการใช้เป็นยาเพื่อการสันตนาการถูกจำกัดจนถึงปี ค.ศ. 1960 เมื่อความนิยมที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การจำแนกที่เข้มงวดกว่าในปี ค.ศ. 1971

แม้จะมีข้อเท็จจริงว่ากัญชาผิดกฎหมายในสหราชอาณาจักร และมีการใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น แต่สหราชอาณาจักรเป็นผู้ส่งออกกัญชาที่ถูกกฎหมายรายใหญ่ที่สุดในโลก สหราชอาณาจักรยังเป็นที่ตั้งของ GW Pharmaceuticals ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ผลิตกัญชาทางการแพทย์รายใหญ่ที่สุดของโลกและ บริษัทที่อยู่เบื้องหลังผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับอนุมัติครั้งแรกในตลาดสำคัญ ๆ ได้แก่ Sativex และ Epidiolex สำหรับยา Sativex ปัจจุบันเป็นยาที่กัญชาที่ได้มาจากการอนุมัติและจะใช้สำหรับการรักษาอาการเกร็งที่เกิดจากเส้นโลหิตตีบเท่านั้น ส่วนยา Nabilone เป็นยา cannabinoid อีกตัวที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาและการดูแลสุขภาพ (MHRA) แต่เป็นสารสังเคราะห์ THC และไม่ได้มาจากพืช สามารถใช้ Nabilone ในการรักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดพิษต่อเซลล์ได้

การใช้กัญชาทางการแพทย์ได้รับการรับรองในสหราชอาณาจักรเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2018 หลังจากกรณีของเด็กโรคลมชักสองคนที่ได้รับประโยชน์จากการใช้กัญชาได้นำความสนใจของสาธารณชนมาสู่เรื่องนี้มากขึ้น เด็กๆ (Billy Caldwell, 12 และ Alfie Dingley, 6) ทั้งคู่มีส่วนสำคัญในการปรับปรุงเงื่อนไขที่สำคัญหลังจากที่พวกเขาเริ่มใช้กัญชา ซึ่งแรกเริ่มไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรักษาภายใต้กฎหมายของสหราชอาณาจักร แต่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชาชนที่เรียกร้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของบิลลี่ Caldwell มีอาการชักที่คุกคามชีวิตของเขาหลังจากที่ยาถูกยึดโดยเจ้าหน้าที่

¹⁰ มานพ คณะโต และคณะ, รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาสุขภาพ กรณีศึกษา ประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ., 2559).

เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน ค.ศ. 2018 นายเจเรมีฮัน รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประกาศสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์และจะมีการทบทวนเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ในวันที่ 26 กรกฎาคม ค.ศ.2018 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย Sajid Javid ประกาศว่าผลิตภัณฑ์กัญชาจะถูกกฎหมายสำหรับผู้ป่วยที่มี "ความต้องการพิเศษทางคลินิก" และกัญชานั้นจะถูกย้ายจากตารางการจำแนกประเภท I ไปยังตารางที่ 2 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม บทบัญญัติใหม่ถูกนำเสนออย่างเป็นทางการและเป็นที่ยอมรับและนโยบายมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2018¹¹

โดยสามารถขอใบอนุญาตเพื่อนำเข้ากัญชาสมุนไพรตามที่กำหนดได้ อย่างไรก็ตามแพทย์ทั่วไป (GP) ไม่ได้รับอนุญาตให้ส่งจ่ายยาที่ได้จากกัญชาแก่ผู้ป่วย การส่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยต้องมาจากที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ คำแนะนำของ NHS ระบุว่ากัญชาทางการแพทย์ควรได้รับการกำหนดก็ต่อเมื่อมีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลประโยชน์และไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ แล้ว

สำหรับน้ำมัน Cannabidiol (CBD) นั้นถูกกฎหมายสำหรับการใช้งานและการขายในสหราชอาณาจักรโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ตราใบใดที่ยาเหล่านี้ไม่มีส่วนผสมของ THC มากกว่า 0.2% โดยยา CBD Epidiolex กำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาของ EU Medicines Agency (EMA) เพื่อขออนุมัติในสหภาพยุโรป

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์สามารถกำหนดตามกฎหมายให้กับผู้ป่วยบางรายทั่วสหราชอาณาจักรเป็นครั้งแรก โดยการรักษาที่กำหนดโดยแพทย์เฉพาะทางในเงื่อนไขที่จำกัด ซึ่งยาอื่นไม่สามารถใช้รักษาได้ การตัดสินใจที่จะผ่อนคลายนโยบายเกี่ยวกับการรักษาจากเสียงร้องจากเด็กชายสองคนที่มีโรคลมชักอย่างรุนแรงถูกปฏิเสธการเข้าถึงน้ำมันกัญชา¹²

สำหรับกัญชาที่เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับใช้เป็นยาในมนุษย์ ประกาศเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2018 แนะนำคำจำกัดความของผลิตภัณฑ์ที่ใช้กัญชาสำหรับใช้ในมนุษย์ เฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ตรงตามข้อกำหนดนี้จะถูกจัดกำหนดใหม่ตามตารางที่ 2 ของระเบียบปี 2001 และไม่ได้รับอนุญาตจากการแต่งตั้งปี 2015 ใบสารหรือผลิตภัณฑ์อื่นใดซึ่งเป็นหรือมีกัญชา เรซิน, cannabinol หรืออนุพันธ์ cannabinol จะยังคงเป็นยาตาราง 1 คำจำกัดความไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความผิดของการเพาะปลูกพืชกัญชาซึ่งจะยังคงต้องมีใบอนุญาต หรือความผิดที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจ

¹¹ เฟิงอ่าว.

¹² Gayle, Damien, "Medicinal cannabis: how two heartbreaking cases helped change law,"

การใช้กัญชานั้น กัญชาจะยังคงถูกควบคุมเป็นยาประเภท B ภายใต้การใช้ผิดประเภท พระราชบัญญัติยาเสพติด ค.ศ. 1971 และบทลงโทษสำหรับการจัดหายาโดยไม่ได้รับอนุญาต การครอบครองและการเพาะปลูกกัญชาไม่เปลี่ยนแปลง ระเบียบ 2018 ยังกำหนดมาตรการควบคุมพิเศษสำหรับการใช้งานสั่งซื้อและจัดหาผลิตภัณฑ์เหล่านี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการบริหารงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำสั่งซื้อและการจัดหาดังกล่าวจะต้องสำหรับการใช้งานตามการกำหนดหรือทิศทางของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การสืบสวน ผลิตภัณฑ์ยาสำหรับใช้ในการทดลองทางคลินิกในมนุษย์ หรือผลิตภัณฑ์ยาที่มีการอนุญาตทางการตลาด กฎระเบียบดังกล่าวยังคงห้ามสูบบุหรี่กัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชาสำหรับใช้เป็นยา

ระเบียบ 2018 แก้ไขกฎการใช้ยาในทางที่ผิด (คำธรรมเนียมใบอนุญาต) 2010 (“ระเบียบ 2010”) เพื่อยืนยันว่ารัฐมนตรีต่างประเทศอาจกำหนดไม่ควรจ่ายค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเมื่อเห็นเหมาะสม กฎข้อบังคับปี 2001 ให้การเข้าถึงยาควบคุมเพื่อจุดประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมาย

กัญชาทางการแพทย์และน้ำมันกัญชา "กัญชาทางการแพทย์" เป็นคำศัพท์ที่กว้างสำหรับการรักษาด้วยยาที่กัญชาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้กัญชาหลายรายการมีให้ซื้อออนไลน์ แต่ยังไม่ทราบคุณภาพและเนื้อหา พวกเขาอาจผิดกฎหมายและอาจเป็นอันตราย ผลิตภัณฑ์บางอย่างที่อาจอ้างว่าเป็นกัญชาทางการแพทย์เช่น "น้ำมัน CBD" หรือน้ำมันกัญชามีให้ซื้อตามกฎหมายเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านค้าเพื่อสุขภาพ แต่ไม่มีการรับประกันว่าสิ่งเหล่านี้มีคุณภาพดีหรือให้ประโยชน์ด้านสุขภาพใดๆ และผลิตภัณฑ์จากกัญชาบางชนิดก็มีวางจำหน่ายตามใบสั่งแพทย์เช่น กัญชาสมุนไพร สิ่งเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจำนวนน้อยมากเท่านั้น

3.3.6 ใบสั่งยากัญชาทางการแพทย์

มีคนเพียงไม่กี่คนในอังกฤษที่จะได้รับใบสั่งยากัญชาทางการแพทย์ ขณะนี้มีแนวโน้มที่จะกำหนดไว้สำหรับเงื่อนไขต่อไปนี้เท่านั้น เด็กและผู้ใหญ่ที่มีโรคลมชักในรูปแบบที่หายากและรุนแรง ผู้ใหญ่ที่มีอาการอาเจียนหรือคลื่นไส้ที่เกิดจากเคมีบำบัดและจะได้รับการพิจารณาที่ต่อเมื่อการรักษาอื่น ๆ ไม่เหมาะสมหรือไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น

CBD เป็นสารเคมีที่พบในกัญชาที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ มันจะไม่ทำให้เมาเพราะไม่มี THC (tetrahydrocannabinol) สารเคมีในกัญชาที่ทำให้เมา

ยา Epidiolex ใช้สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคลมชัก

ยา Epidiolex เป็นของเหลวบริสุทธิ์สูงที่มี CBD (cannabidiol)

ยา Epidiolex ยังไม่ได้รับอนุญาตในสหราชอาณาจักร แต่ขณะนี้กำลังจะผ่านระบบใบอนุญาต

ในขณะที่ยวกันยาที่ไม่มีใบอนุญาตสามารถกำหนดสำหรับผู้ป่วยที่มี Lennox-Gastaut และ Dravet syndrome (ทั้งในรูปแบบที่หายากของโรคลมชัก)

Nabilone สำหรับผู้ป่วยเคมีบำบัด หลายคนที่มีเคมีบำบัดจะมีช่วงเวลาที่พวกเขาารู้สึกไม่สบายหรืออาเจียน Nabilone สามารถกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ แต่เฉพาะเมื่อการรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ช่วยหรือไม่เหมาะสม Nabilone เป็นยานำมาเป็นแคปซูลที่ได้รับการพัฒนาให้ทำในลักษณะที่คล้ายกับ THC (สารเคมีในกัญชาที่ทำให้เมา)

โดยยาได้รับอนุญาตในสหราชอาณาจักร จะต้องผ่านการทดสอบคุณภาพและความปลอดภัยที่เข้มงวดและได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัยและประสิทธิผลการแพทย์

Nabiximols (Sativex) สำหรับ MS Nabiximols (Sativex) เป็นยาจากกัญชาที่ฉีดเข้าไปในปาก เป็นยาที่ได้รับใบอนุญาตในสหราชอาณาจักรสำหรับผู้ที่มึนเมาเนื่องเกี่ยวกับ MS ซึ่งไม่ได้ดีไปกว่าการรักษาอื่น ๆ แต่ความพร้อมใช้งานของ NHS นั้นมีจำกัด สถาบันสุขภาพและการดูแลแห่งชาติ (NICE) ไม่แนะนำให้แพทย์ NHS สั่ง Sativex เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาปวดระยะยาว มีหลักฐานทางการแพทย์กัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดบางประเภทแม้ว่าหลักฐานนี้ยังไม่แข็งแรงพอที่จะแนะนำให้ใช้

อย่างไรก็ตาม ผลผลิตกัญชาบางรายการมีจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ตโดยไม่มีใบสั่งยา เป็นไปได้ว่าส่วนใหญ่ของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ แม้แต่น้ำมันที่เรียกว่า "CBD" จะผิดกฎหมายในการครอบครอง มีโอกาสที่จะมี THC ผสมอยู่และอาจไม่ปลอดภัยที่จะใช้ ร้านค้าเพื่อสุขภาพขาย "CBD บริสุทธิ์" อย่างไรก็ตามไม่มีการรับประกันผลิตภัณฑ์เหล่านี้จะมีคุณภาพดี และพวกเขามักจะมี CBD เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่ชัดเจนว่าจะมีผลกระทบอะไร

กัญชาทางการแพทย์ปลอดภัยหรือไม่ ความเสี่ยงของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี THC (สารเคมีที่ทำให้เมา) ยังไม่ชัดเจน นั่นเป็นเหตุผลที่จำเป็นต้องทำการทดลองทางคลินิกก่อนจึงจะสามารถนำมาใช้ได้ ผลิตภัณฑ์ "บริสุทธิ์" ที่มี CBD เท่านั้น เช่น Epidiolex จะไม่นำความเสี่ยงที่ไม่ทราบเหล่านี้มาเชื่อมโยงกับ THC แต่ในความเป็นจริงผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่จะมีจำนวน THC

ความเสี่ยงหลักของผลิตภัณฑ์กัญชา THC คือ

โรคจิต - มีหลักฐานว่าการใช้กัญชาปกติเพิ่มความเสี่ยงของคุณในการพัฒนาความเจ็บป่วยทางจิตเช่น โรคจิตเภท

การติดยา - แม้ว่านักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าความเสี่ยงนี้อาจมีเล็กน้อยเมื่อควบคุมและตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

โดยทั่วไปยิ่งผลิตภัณฑ์ของ THC มีความเสี่ยงมากเท่าใดนั้น กัญชาชื่อผิดกฎหมายนอกสถานที่ซึ่งไม่ทราบคุณภาพส่วนผสมและความแข็งแรงเป็นรูปแบบที่อันตรายที่สุดที่จะใช้

ผลข้างเคียง หลังจากทานกัญชาทางการแพทย์แล้วคุณสามารถพัฒนาผลข้างเคียงใด ๆ ต่อไปนี้: ลดความอยากอาหาร โรคท้องร่วง รู้สึกป่วย ความอ่อนแอมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออารมณ์ เวียนหัว รู้สึกเหนื่อยมาก ภาพหลอน ความคิดฆ่าตัวตาย หากพบผลข้างเคียงใด ๆ จากกัญชาทางการแพทย์รายงานสิ่งเหล่านี้ต่อทีมแพทย์ที่คุณดูแล

นอกจากนี้ CBD และ THC สามารถส่งผลกระทบต่อวิธีการทำงานของยาอื่นๆ จึงต้องปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเสมอ

CBD สามารถส่งผลกระทบต่อวิธีการทำงานของตับ ดังนั้นแพทย์จะต้องตรวจสอบสุขภาพผู้ใช้เป็นประจำ

สำหรับการจะได้รับใบสั่งยาได้อ่างไรนั้น ไม่สามารถรับยาที่ใช้กัญชาจาก GP แต่สามารถสั่งจ่ายได้โดยแพทย์โรงพยาบาลเฉพาะทางเท่านั้น และมีแนวโน้มที่จะถูกใช้สำหรับผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยเท่านั้น

ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลอาจพิจารณาอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์หาก เด็กมีหนึ่งในรูปแบบที่หายากของโรคลมชักที่อาจได้รับความช่วยเหลือจากกัญชาทางการแพทย์ มีอาการเกร็งจาก MS และการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ช่วยอะไร มีอาการอาเจียนหรือรู้สึกไม่สบายจากการทำเคมีบำบัดและการรักษาอาการเจ็บป่วยอื่นไม่ได้ช่วยอะไร

ผู้เชี่ยวชาญจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาอื่น ๆ ทั้งหมดก่อนที่จะพิจารณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้กัญชา โดยใบสั่งยากัญชาทางการแพทย์จะได้รับก็ต่อเมื่อเชื่อว่าเป็นผลประโยชน์ที่ดีที่สุดและเมื่อการรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผลหรือไม่เหมาะสมแล้ว

ทั้งนี้ รัฐบาลอังกฤษไม่มีความตั้งใจที่จะทำให้การใช้กัญชาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจที่ไม่ใช่เพื่อการแพทย์ถูกต้องตามกฎหมาย

การครอบครองกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายไม่ว่าจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ใด ซึ่งรวมถึงการใช้ทางการแพทย์ เว้นแต่จะมีการอนุญาตเท่านั้น

3.4 กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา¹³

3.4.1 กฎหมายยาเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁴

เนื่องจากสหรัฐอเมริกาใช้รูปแบบการปกครองประเทศแบบสหพันธรัฐ (Federal State) ประกอบด้วยมลรัฐต่างๆ 50 มลรัฐ (State Government) และการปกครองในระดับท้องถิ่น (Local Government) โดยการปกครองในระดับมลรัฐ แต่ละมลรัฐจะมีรัฐธรรมนูญเป็นของตนเองเพื่อกำหนดรูปแบบการปกครอง หรือความสัมพันธ์ของอำนาจต่างๆ รัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาได้อธิบาย อำนาจในการออกกฎหมายว่า “อำนาจทั้งหมดที่ไม่ได้มอบให้แก่รัฐบาลกลาง แต่จะสงวนไว้ให้แก่รัฐบาลมลรัฐ” โดยกฎหมายอาญาไม่ได้ถูก กำหนดให้อยู่ภายใต้ขอบข่ายอำนาจรัฐบาลกลาง ยกเว้นการกระทำที่เป็นอันตรายต่อประเทศเท่านั้น อาทิ กบฏ การปลอมแปลงหรือการกระทำผิดที่มีลักษณะมีสิทธิสภาพนอกอาณาเขต (การละเมิดลิขสิทธิ์ อาญากรรมที่เกิดขึ้นในท้องทะเลหลวง) เป็นต้น (Kanato, Leyatiku, and Ritmontree, 2016)

3.4.2 นโยบายยาเสพติดประเภทกัญชาของประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี ค.ศ. 1961 สหรัฐอเมริกาได้ร่วมลงนามในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (พ.ศ.2504) สหรัฐอเมริกาจึงต้องยึดมั่นในพันธกรณีที่ให้ไว้ แต่สถานการณ์กัญชาในประเทศยังไม่ดีขึ้นต่อมา ในปี ค.ศ.1972 (พ.ศ.2515) เป็นครั้งแรกที่มีการเสนอให้การเสพติดกัญชาเป็นสิ่งถูกกฎหมาย โดยกรรมาธิการ ยาเสพติดและกัญชา (Shafer Commission) แต่รัฐบาลสหรัฐ (ประธานาธิบดี Nixon) ไม่สนใจขณะเดียวกัน มีการลงมติให้ใช้กัญชาได้ในมลรัฐ California แต่ผลปรากฏว่าไม่ผ่านด้วยคะแนนเสียง 2 ใน 3 ในปัจจุบัน รัฐบาลกลางได้บัญญัติกฎหมายควบคุมยาเสพติด (The Controlled Substances Act : CSA) เป็น กฎหมายควบคุมยาเสพติดของรัฐบาลกลาง สหรัฐฯ ภายใต้การควบคุมการผลิต นำเข้า ครอบครอง การใช้ และการกระจายตัวของสารบางชนิด (Prutipinyo, 2017) ส่วนกฎหมายระดับมลรัฐพบว่า 25 มลรัฐ และ Washington D.C. ได้อนุญาตให้การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ถูกกฎหมาย สรุปว่า การใช้กัญชายังคงเป็นสิ่งผิดกฎหมายในกฎหมายรัฐบาลกลางซึ่งรัฐสภาสหรัฐอเมริกา กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดผิดกฎหมายและการจำหน่ายกัญชาเป็นอาชญากรรม โดยมีกรมยุติธรรม (The Department of Justice) เป็นหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาเสพติด (The Controlled Substances Act) ส่วนกฎหมายมลรัฐแต่ละมลรัฐมีความ

¹³ <http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>

¹⁴ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, “กัญชา:กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ 6, ฉบับที่ 3, น. 1186 (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

แตกต่างกันอย่างมากขณะนี้ มี 27 มลรัฐและ Washington D.C. ที่ลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการครอบครองกัญชา แต่ 23 มลรัฐยังคงไม่อนุญาตให้ใช้กัญชา

3.4.3 ผลกระทบการใช้กัญชาในประเทศสหรัฐอเมริกา

จากผลการวิจัยการใช้กัญชาในเด็กร้อยละ 60 ของเด็กที่ใช้กัญชาทุกวันก่อนอายุ 17 ปี มีแนวโน้มที่จะเรียนจบในระดับชั้นมัธยมศึกษาต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ และเด็กที่ใช้กัญชาทุกวันมีโอกาสติดมากกว่าเด็กที่ไม่เคยใช้กัญชาถึง 18 เท่า และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 7 เท่า เป็นที่น่าสงสัยว่าผลกระทบดังกล่าวเกิดจากการใช้กัญชาหรือปัจจัยอื่น (Kanato, Leyatiku, and Ritmontree, 2016)

3.4.4 การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา

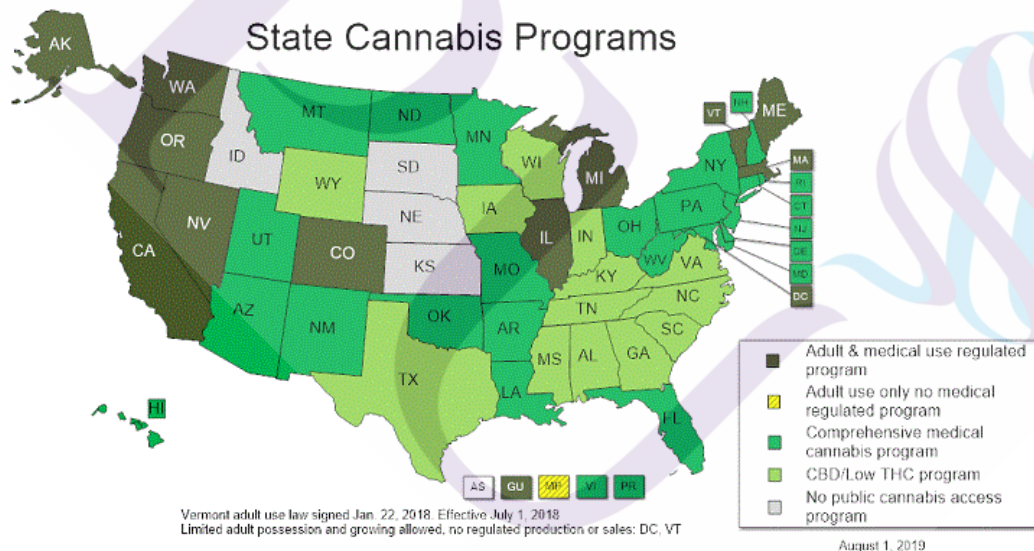
แม้ว่ากัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายใน 23 มลรัฐ แต่มีถึง 25 มลรัฐที่อนุญาตให้กัญชาสามารถนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ แต่พืชกัญชาก็ยังเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงไม่ได้รับการรับรองให้ใช้เป็นยารักษาโรคได้ แม้ว่ามลรัฐต่างๆ จะได้แก้กฎหมายให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ก็ตาม ดังนั้น ผู้ที่ครอบครองและแจกจ่ายกัญชาจะต้องได้รับโทษ มีผลทำให้การใช้กัญชาทางการแพทย์ดำเนินการในตลาดมืดหากกฎหมายในมลรัฐไม่ได้อนุญาตให้หาซื้อกัญชาได้ในร้านขายยา อย่างไรก็ตามความเป็นอิสระของแต่ละมลรัฐเปิดโอกาสให้เกิดนโยบายที่หลากหลายเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อความบันเทิงและทางการแพทย์ มีความเป็นไปได้ที่กฎหมายจะเปิดช่องทางให้เกิดการใช้กัญชาใน กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยทำให้บุคคลสามารถซื้อกัญชาได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อกัญชาที่ส่งผลให้เกิดการใช้กัญชามากขึ้นและเกิดความพยายามที่จะทำให้กัญชาเพื่อ ความบันเทิงถูกกฎหมายมากยิ่งขึ้น (Bestrashniy Winters, 2015)

ในปี ค.ศ. 1996 ผู้มีสิทธิเลือกตั้งของ California ผ่าน Proposition 215 ทำให้รัฐแคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกในกลุ่มที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่นั้นมามีรัฐเพิ่มขึ้น 33 รัฐ District of Columbia, Guam, Puerto Rico และ US Virgin Islands ได้ออกกฎหมายที่คล้ายกัน เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2019 รัฐและดินแดน 14 แห่งได้อนุมัติกัญชาที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่แล้ว เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2018 สภานิติบัญญัติรัฐเวอร์มอนต์ผ่านกฎหมายการใช้กัญชาผู้ใหญ่ รวม 34 รัฐ District of Columbia, Guam, เปอร์โตริโกและหมู่เกาะเวอร์จินของสหรัฐอเมริกาได้อนุมัติโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์/ กัญชาที่เปิดเผยต่อสาธารณชน (ดูตารางที่ 1 ด้านล่างสำหรับข้อมูลเพิ่มเติม) ความพยายามที่ได้รับการอนุมัติใน 12 รัฐอนุญาตให้ใช้ผลิตภัณฑ์ "THC ต่ำ cannabidiol สูง (CBD)" สำหรับเหตุผลทางการแพทย์ในสถานการณ์ที่จำกัด หรือเป็นการป้องกันทางกฎหมาย (ดูตารางที่ 2

ด้านล่างสำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมเหล่านี้) โปรแกรม Low-THC จะไม่นับเป็นโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ครบวงจร NCSL ใช้เกณฑ์ที่คล้ายกับองค์กรอื่น ๆ ที่ติดตามปัญหานี้เพื่อตรวจสอบว่าโปรแกรม "ครอบคลุม":

1. ความคุ้มครองจากบทลงโทษทางอาญาสำหรับการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์
2. การเข้าถึงกัญชาผ่านการปลูกที่บ้านการจ่ายยาหรือระบบอื่น ๆ ที่น่าจะนำไปใช้
3. อนุญาตให้มีความหลากหลายของสายพันธุ์หรือผลิตภัณฑ์รวมถึงที่มี "THC ต่ำ"; และ
4. อนุญาตให้สูบบุหรี่หรือกลายเป็นไอของผลิตภัณฑ์กัญชาบางชนิดวัสดุจากพืชหรือสารสกัดและ
5. ไม่ใช่โปรแกรมทดลองใช้ที่จำกัด (เซาท์คาโรไลนาและเนแบรสกามีโปรแกรมทดลองใช้ที่จำกัด ซึ่งไม่เปิดให้สาธารณะชน)

ภาพที่ 3.1 การใช้กัญชาในมลรัฐต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา



3.4.5 กฎหมายการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชาของสหรัฐอเมริกา

เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอ 215 ของสถาบันการแพทย์แห่งรัฐแคลิฟอร์เนียได้ออกรายงาน ที่ตรวจสอบการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค รายงานพบว่า: "ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ระบุถึงการรักษาที่เป็นไปได้ของยาเสพติด cannabinoid ส่วนใหญ่ THC เพื่อบรรเทาอาการปวดควบคุมอาการ

คลื่นไอ้และอาเจียนและกระตุ้นความอยากอาหารก็ถูกรวมควัน แต่เป็นระบบการจัดส่ง THC คีบที่
ยังส่งสารที่เป็นอันตราย ผลกระทบทางจิตวิทยาของ cannabinoids เช่น การลดความวิตกกังวลความ
ใจเย็นและความรู้สึกลบยาอาจมีอิทธิพลต่อมูลค่าการรักษาที่อาจเกิดขึ้นผลกระทบเหล่านี้อาจไม่
เป็นที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วยและสถานการณ์บางอย่างและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ของ
ผลกระทบของยาเสพติด"

การศึกษาเพิ่มเติมพบว่ากัญชามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการบางอย่างของเอชไอ
วี/เอดส์, มะเร็ง, โรคข้อหินและเส้นโลหิตตีบหลาย

ในต้นปี 2560 สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติวิศวกรรมศาสตร์และการแพทย์ออกรายงาน
โดยพิจารณาจากบทคัดย่อทางวิทยาศาสตร์กว่า 10,000 รายการจากการวิจัยด้านสุขภาพของ
กัญชา และยังได้ข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 100 ข้อและแนะนำวิธีปรับปรุงการวิจัยกัญชา

3.4.6 รัฐกับมุมมองของรัฐบาลกลาง

ในระดับสหพันธรัฐกัญชายังคงจัดประเภทเป็นสารภายใต้พระราชบัญญัติควบคุม
สารเคมีซึ่งสารตาราง I ถือว่ามีศักยภาพสูงสำหรับการพึ่งพาและไม่มีการใช้ทางการแพทย์ที่ยอมรับ
ทำให้การแจกจ่ายกัญชาเป็นความผิดของรัฐบาลกลาง ในเดือนตุลาคมปี 2009 รัฐบาลโอบามาได้ส่ง
บันทึกให้พนักงานอัยการของรัฐบาลกลางไม่ให้ดำเนินคดีกับผู้ที่จำหน่ายกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์
ทางการแพทย์ตามกฎหมายของรัฐ

ในช่วงปลายเดือนสิงหาคม 2556 กระทรวงยุติธรรมของสหรัฐอเมริกาประกาศการ
ปรับปรุงนโยบายบังคับใช้กัญชาของพวกเขา แถลงการณ์ดังกล่าวอ่านว่าในขณะที่กัญชายังคงเป็น
สหพันธรัฐที่ผิดกฎหมาย USDOJ คาดว่ารัฐเช่น โคโลราโดและวอชิงตันจะสร้าง "ความพยายามใน
การบังคับใช้ที่เข้มงวดและรัฐ ... แผนกยังขอสงวนสิทธิ์ในการท้าทายรัฐในเวลาใดก็ได้ที่พวกเขา
รู้สึกว่ามันจำเป็น

เมื่อไม่นานมานี้ในเดือนมกราคม 2561 อดีตอัยการสูงสุดออกแถลงการณ์บังคับใช้
กฎหมายกัญชาที่ยกเลิกหนังสือบริคณห์สนธิโคลและอนุญาตให้อัยการสหรัฐจะตัดสินใจว่าจะ
จัดลำดับความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายกัญชาของรัฐบาลกลาง บันทึกข้อตกลงของเซสชั่น
ชี้ให้เห็นถึงความของสหรัฐฯ “ซึ่งนำหน้าข้อพิจารณาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องรวมถึงลำดับความสำคัญ
ของการบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลางที่กำหนดโดยอัยการสูงสุดความร้ายแรงของ
อาชญากรรมผลยับยั้งการฟ้องร้องทางอาญาและผลกระทบสะสมของอาชญากรรมโดยเฉพาะ”

ผู้มีสิทธิเลือกตั้งในแอริโซนาและดิสตริกต์ออฟโคลัมเบียผ่านความคิดริเริ่มเพื่อให้
สามารถใช้ทางการแพทย์ได้ ในปี 1998 ผู้มีสิทธิเลือกตั้งในเขตโคลัมเบียผ่านความคิดริเริ่ม อย่างไร
ก็ตามสภา คองเกรสปีคั่นความคิดริเริ่มจากการเป็นกฎหมาย ในปี 2009 สภาคองเกรสกลับการ

ตัดสินใจครั้งก่อนทำให้ความคิดริเริ่มกลายเป็นกฎหมาย จากนั้นคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติจึงริเริ่มให้เป็นการชั่วคราวและอนุมัติเป็นเอกฉันท์อนุมัติการแก้ไขกฎหมาย

ก่อนที่จะผ่านข้อเสนอ 203 ในปี 2010 ผู้มีสิทธิเลือกตั้งของแอริโซนาผ่านการลงคะแนนเสียงแบบริเริ่มในปี 1996 อย่างไรก็ตามความคิดริเริ่มดังกล่าวระบุว่าแพทย์จะได้รับอนุญาตให้เขียน "ใบสั่งยา" สำหรับกัญชา เนื่องจากกัญชายังคงเป็นสารที่กฎหมายของรัฐบาลกลางห้ามการสั่งยาที่ไม่ถูกต้อง "ใบสั่งยา" กัญชาทางการแพทย์มักเรียกว่า "คำแนะนำ" หรือ "การอ้างอิง" เนื่องจากข้อห้ามด้านใบสั่งยาของรัฐบาลกลาง

รัฐที่มีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์มักมีรูปแบบของการลงทะเบียนผู้ป่วยบางรูปแบบ ซึ่งอาจให้ความคุ้มครองการจับกุมเพื่อการครอบครองกัญชาในปริมาณหนึ่งเพื่อใช้เป็นยาส่วนตัว

คำถามนโยบายที่พบบ่อยที่สุดบางส่วนเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์รวมถึงวิธีการควบคุมการแนะนำการจ่ายยาและการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติ บางรัฐและท้องถิ่นที่ไม่มีกฎหมายด้านจ่ายยากำลังประสบกับความเจริญรุ่งเรืองในธุรกิจใหม่ด้วยความหวังว่าจะได้รับการอนุมัติก่อนที่จะมีการทำข้อบังคับที่เข้มงวดขึ้น ผู้ปลูกกัญชาทางการแพทย์มักเรียกว่า "ผู้ดูแล" และอาจถูกจำกัด จำนวนพืชหรือผลิตภัณฑ์ต่อผู้ป่วย ปัญหานี้อาจมีการควบคุมในระดับท้องถิ่น นอกเหนือไปจากกฎระเบียบของรัฐใด ๆ

3.4.7 รัฐเวอร์จิเนียตะวันตก¹⁵

สำหรับสถานะบัญญัติเวอร์จิเนียตะวันตก ได้มีพระราชบัญญัติวุฒิสภา 386 พระราชบัญญัติเพื่อแก้ไขประมวลกฎหมายเวสต์เวอร์จิเนียในปี 1931 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยการเพิ่มบทใหม่กำหนดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์โดยทั่วไป อนุญาตภายใต้เงื่อนไขที่จำกัดการใช้ การครอบครอง การปลูก การแปรรูป และการจำหน่ายกัญชาสำหรับเงื่อนไขทางการแพทย์ที่ร้ายแรง การสร้างพระราชบัญญัติกัญชาทางการแพทย์ของเวสต์เวอร์จิเนีย การกำหนดเงื่อนไข จัดทำโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ วางโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ภายในกรมอนามัย และทรัพยากรมนุษย์และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุข รายการหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหาร โปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ สร้างการใช้อย่างถูกกฎหมายและรูปแบบของกัญชาทางการแพทย์ สร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของผู้ป่วย การกำหนดบันทึกบางอย่างเป็นบันทึกสาธารณะ การอนุมัติข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับกัญชาทางการแพทย์ในรัฐอื่น ต้องการการลงทะเบียนของแพทย์ที่อาจ

¹⁵ WEST VIRGINIA LEGISLATURE 2017 REGULAR SESSION ENROLLED Committee Substitute for Senate Bill 386 CHAPTER 16A. MEDICAL CANNABIS ACT.

ออกใบรับรองให้กับผู้ป่วยทำให้พวกเขาได้รับรักษาทางการแพทย์ กำหนดข้อกำหนดสำหรับแพทย์ ที่ผ่านการรับรอง วางข้อจำกัด ในการปฏิบัติของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับรักษาทางการแพทย์ อนุมัติ การออกใบรับรองให้กับผู้ป่วยรักษาทางการแพทย์และกำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการออก ใบรับรอง กำหนดข้อจำกัด เกี่ยวกับระยะเวลาของการรับรองและจำนวนรักษาทางการแพทย์ที่อาจ จ่ายให้ผู้ป่วย อนุมัติการออกบัตรประจำตัวประชาชนแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและกำหนดเนื้อหาของ บัตรประจำตัว การกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ป่วยผู้ดูแลแพทย์ผู้ปลูกผู้ดำเนินการและผู้ จำหน่าย อนุญาตให้ผู้ป่วยมีผู้ดูแลและกำหนดข้อกำหนดสำหรับผู้ดูแล กำหนดให้สำนักสาธารณสุข ต้องตรวจสอบข้อมูลที่จัดทำโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล อนุญาตให้ผู้ป่วยได้รับรักษาทางการแพทย์ผ่าน ผู้ดูแลและกำหนดคุณสมบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ห้ามการกระทำและพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย ในขณะที่ใช้รักษาทางการแพทย์ ให้อำนาจและกำหนดองค์กรรักษาทางการแพทย์ การสร้าง กระบวนการอนุญาตสำหรับผู้ปลูกผู้แปรรูปและผู้จ่ายรักษาทางการแพทย์ ต้องมีการตรวจสอบ ประวัติอาชญากรสำหรับผู้ดูแลผู้ปลูกผู้ดำเนินการและผู้จ่ายรักษาทางการแพทย์ การกำหนด เงื่อนไขสำหรับใบอนุญาต อนุมัติการต่ออายุใบอนุญาตและการกำหนดข้อกำหนดสำหรับการต่อ อายุ อนุญาตให้สำนักงานระงับหรือเพิกถอนใบอนุญาตของผู้ปลูกรักษาทางการแพทย์ผู้ดำเนินการ และผู้จ่ายยาสำหรับการละเมิด กำหนดข้อ จำกัด ว่าใครสามารถถือใบอนุญาต กำหนดข้อ จำกัด ว่า ใครสามารถดำรงตำแหน่งหรือการทำงานกับผู้ปลูกผู้ดำเนินการและผู้จำหน่าย การตั้งค่า จำกัด จำนวนใบอนุญาตที่อาจจะออก ต้องการระบบติดตามสินค้าคงคลังรักษาทางการแพทย์ ต้องมีการ รายงาน โดยองค์กรรักษาทางการแพทย์ กำหนดกฎสำหรับการจัดเก็บและขนส่งรักษาทาง การแพทย์ กำหนดให้องค์กรรักษาทางการแพทย์ต้องทำสัญญากับห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบรักษา ทางแพทย์ กำหนดให้สำนักและกรมสรรพากรตรวจสอบราคาการรักษาทางการแพทย์ ให้อำนาจ ฆนทลห้ามมิให้องค์กรรักษาทางการแพทย์ตั้งอยู่ในเขตของตน การสร้างข้อกำหนดสำหรับร้าน ขายยา การจัดเก็บภาษีและการจัดเก็บภาษี จัดตั้งกองทุน โปรแกรมการแพทย์รักษา การจัดสรรเงิน ในกองทุน จัดตั้งสำนักงานแพทย์รักษาภายในสำนักสาธารณสุข ต้องมีการรายงานโดยองค์กร รักษาทางการแพทย์ อนุญาตให้สำนักงานแจ้งการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการละเมิด พระราชบัญญัติ อนุมัติการสร้างกฎจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการแพทย์รักษา สร้าง ข้อกำหนดสำหรับการเป็นสมาชิกคณะกรรมการที่ปรึกษาการกำหนดเงื่อนไขสำหรับสมาชิก คณะกรรมการที่ปรึกษา กำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการที่ปรึกษาการสร้างคามผิดทางอาญาที่ เกี่ยวข้องกับรักษาทางการแพทย์และการกำหนดบทลงโทษนั้น สร้างข้อกำหนดการรักษาความลับ สำหรับสมาชิกคณะกรรมการที่ปรึกษาและพนักงาน อนุมัติการลงโทษทางแพ่งและการกำหนด จำนวนเงินสำหรับการละเมิดพระราชบัญญัติรักษาทางการแพทย์ ให้อำนาจการวิจัยรักษาทาง

การแพทย์โดยสำนัก อนุญาตให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการแพทย์กัญชาออกคำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบการใช้กัญชาและปัญหาอื่น ๆ อนุญาตให้สำนักงานดำเนินการตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษา ต้องการการตีพิมพ์การกระทำของสำนักและการตัดสินใจในการลงทะเบียนของรัฐ ให้อำนาจการวิจัยทางวิชาการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และการใช้ประโยชน์ การกำหนดข้อกำหนดให้เป็นสถาบันวิจัยทางวิชาการ ยกเว้นการผลิตกัญชาทางการแพทย์จำหน่ายการครอบครองและการประมวลผลให้สอดคล้องกับการกระทำจากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติสารควบคุมเครื่องแบบ จำกัด บุคคลที่อาจมีความสนใจในองค์กรกัญชาทางการแพทย์หรือการทำงานด้วยเหตุนี้ ซึ่งแจ้งว่า บริษัท ประกันไม่จำเป็นต้องให้ความคุ้มครองกัญชาทางการแพทย์ การ จำกัด การจับกุมการฟ้องร้องการลงโทษปรับ การปฏิเสธสิทธิหรือสิทธิพิเศษใด ๆ สำหรับการใช้งานอย่างถูกกฎหมายการผลิตการขายหรือการจ่ายกัญชาทางการแพทย์ กำหนดให้กรมสามัญศึกษาใช้หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการครอบครองและการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงเรียน กำหนดให้สำนักงานประกาศกฎระเบียบเกี่ยวกับการครอบครองและการใช้กัญชาทางการแพทย์ในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก อนุมัติข้อ จำกัด การแบ่งเขตในองค์กรกัญชาทางการแพทย์ ต้องมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงข้อ จำกัด การแบ่งเขต ต้องมีการตีพิมพ์ในทะเบียนของรัฐเพื่อขออนุญาตและออกใบอนุญาต ต้องการการออกใบอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะหลังจากการตีพิมพ์ในการลงทะเบียนของรัฐ และกำหนดวันที่มีผล กำหนดให้สำนักงานประกาศกฎระเบียบเกี่ยวกับการครอบครองและการใช้กัญชาทางการแพทย์ในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก อนุมัติข้อ จำกัด การแบ่งเขตในองค์กรกัญชาทางการแพทย์ ต้องมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงข้อ จำกัด การแบ่งเขต ต้องมีการตีพิมพ์ในทะเบียนของรัฐเพื่อขออนุญาตและออกใบอนุญาต ต้องการการออกใบอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะหลังจากการตีพิมพ์ในการลงทะเบียนของรัฐ และกำหนดวันที่มีผล กำหนดให้สำนักงานประกาศกฎระเบียบเกี่ยวกับการครอบครองและการใช้กัญชาทางการแพทย์ในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก อนุมัติข้อ จำกัด การแบ่งเขตในองค์กรกัญชาทางการแพทย์ ต้องมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงข้อ จำกัด การแบ่งเขต ต้องมีการตีพิมพ์ในทะเบียนของรัฐเพื่อขออนุญาตและออกใบอนุญาต ต้องการการออกใบอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะหลังจากการตีพิมพ์ในการลงทะเบียนของรัฐ; และกำหนดวันที่มีผล ต้องการการออกใบอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะหลังจากการตีพิมพ์ในการลงทะเบียนของรัฐ และกำหนดวันที่มีผล ต้องการการออกใบอนุญาตและการอนุญาตเฉพาะหลังจากการตีพิมพ์ในการลงทะเบียนของรัฐ และกำหนดวันที่มีผล

บทที่ 4

วิเคราะห์สภาพปัญหา มาตรการทางกฎหมายและแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับ การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์

จากการศึกษาถึงความจำเป็นในการอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ รวมถึงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถนำมาวิเคราะห์สภาพปัญหา มาตรการทางกฎหมายและแนวทางการแก้ไขที่เกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

4.1 ความจำเป็น ข้อดีและข้อเสีย ประโยชน์และผลกระทบต่างๆ ของการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของกัญชาต่อการรักษาโรคเป็นที่ยอมรับในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยและรายงานผลของการรักษาต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามแม้กัญชาจะมีคุณประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ก็พบรายงานการวิจัยอีกด้านต่อผลของกัญชาในทางที่พึงระวัง ดังนั้น เพื่อให้การแก้ไขกฎหมายต่อสถานะของกัญชาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงมีข้อควรระวังต่อการอนุญาตให้การใช้กัญชาเป็นสิ่งถูกกฎหมายในประเด็น ดังต่อไปนี้

1) อายุของผู้ใช้กัญชา

เนื่องจากมีผลการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่าการใช้กัญชาในเด็ก ซึ่งร้อยละ 60 ของเด็กที่ใช้กัญชาทุกวันก่อนอายุ 17 ปี มีแนวโน้มที่จะเรียนจบในระดับชั้นมัธยมศึกษาต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ และเด็กที่ใช้กัญชาทุกวันมีโอกาสติดมากกว่าเด็กที่ไม่เคยใช้กัญชาถึง 18 เท่า และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 7 เท่า นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยประเด็นกัญชาเป็นหนทางไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดรุนแรงอื่นๆ พบว่า กลุ่มเยาวชนที่มีปัญหา (กลุ่มเล็ก) จะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ ในการเริ่มต้นใช้ยาเสพติดที่รุนแรงกว่ากัญชา และอีกกลุ่มที่ใหญ่กว่า คือ เยาวชนส่วนใหญ่ ซึ่งประวัติการใช้กัญชามีผลกระทบน้อยกว่า¹ จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้เขียนจึงเห็นว่ากัญชา แม้จะมีคุณประโยชน์ทางการแพทย์แตเมื่อนำมาใช้ในเด็กกลับมีแนวโน้มที่เป็นอันตราย

¹ มานพ คณะโต และคณะ, รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาเกี่ยวกับกัญชา:กรณีศึกษาประเทศไทยอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ, 2559), น. 45-46.

มากกว่าผลดี ดังนั้น จึงเห็นควรมีกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาในเด็กตามอายุที่เหมาะสม แม้ว่าจะเป็นการใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

2) ผลการรักษาด้วยกัญชา

ปัจจุบันมีงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ไม่อาจปฏิเสธเกี่ยวกับคุณสมบัติด้านการรักษาโรคของกัญชาเกิดขึ้นมากมาย รวมถึงงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับกัญชาถึงผลต่อการรักษาโดยตรงที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ ดังต่อไปนี้

2.1) การลดอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง รายงานการศึกษาจากศูนย์การแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส (UCLA Medical Center) ในสหรัฐอเมริกา ทดสอบกัญชากับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บด้านสมอง (Traumatic brain injury: TBI) จำนวน 446 ราย ตลอดระยะเวลา 3 ปี พบว่า กลุ่มที่มีผลทดสอบกัญชาเป็นบวก ร้อยละ 97.6 รอดชีวิตจากการผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยที่มีผลทดสอบกัญชาเป็นลบ มีอัตราการรอดชีวิตจากการผ่าตัด ร้อยละ 88.5 โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการเผยแพร่ในวารสาร American Surgeon

2.2) การยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่ บทความตีพิมพ์ในวารสาร Carcinogenesis ระบุว่า สารสำคัญในกัญชาที่ให้ผลทางการรักษา คือ สารที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่าง cannabigerol หรือ CBG โดยสามารถป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และควบคุมการเจริญของเนื้องอกที่อาจกลายเป็นมะเร็ง ทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยเนเปิล ในอิตาลี พบคุณสมบัติของสาร CBG ที่สามารถยับยั้งกระบวนการเกิดเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ (colon tumorigenesis) ทั้งยังพบความเชื่อมโยงระหว่างการใช้กัญชาและการตายของเซลล์มะเร็งดังกล่าว โดยผลการทดสอบในสัตว์เป็นที่น่าพอใจ ข้อเสนอจากทีมวิจัยได้เสนอให้ใช้ CBG เป็นทางเลือกในการป้องกันและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

2.3) การเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน กรณีผลทดสอบประสิทธิภาพสาร cannabidiol หรือ CBD ในกัญชา เมื่อเทียบกับยาหลอก (placebo) โดยทีมศึกษา มหาวิทยาลัยเซาเปาโล ประเทศบราซิล เผยแพร่ในวารสาร Journal of Psychopharmacology ฉบับเดือนกันยายน หลังการคัดเลือกผู้ป่วยพาร์กินสัน 21 รายเข้าทำการทดสอบ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 2 กลุ่มแรกได้รับ CBD ในปริมาณ 75 และ 300 มิลลิกรัม ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มสุดท้ายได้รับยาหลอก ที่ไม่ให้ผลใดๆ ในการรักษา ผลปรากฏว่ากลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับ CBD เป็นประจำทุกวัน แม้จะมีอาการทางร่างกายไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอก แต่จากแบบประเมินด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ผลออกมาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก

2.4) การลดผลกระทบจากการเลิกยาเสพติดอื่นๆ สิ่งน่าสนใจที่ทีมวิจัยค้นพบ คือ การได้รับกัญชาในปริมาณเหมาะสมสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นระหว่างบำบัดอาการติดยาเสพติด

กลุ่มเมธาโคนได้ บทความชิ้นนี้ได้รับการเผยแพร่ในวารสาร The American Journal on Addictions โดยสถาบันประสาทวิทยาศาสตร์ฟาร์เบอร์ (Farber Institute for Neurosciences) แห่งมหาวิทยาลัย เจฟเฟอร์สัน ในสหรัฐอเมริกา ศึกษาผู้ติดยาเสพติด 91 รายที่เข้ารับการรักษาหลังจากให้อาสาสมัคร ได้รับกัญชาระหว่างบำบัดยาเสพติด ทีมศึกษาพบว่า อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการ บำบัดลดความรุนแรงลง โดยวัดได้จากแบบประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วย (clinical opiate withdrawal scale: COWS) บทความงานวิจัยนี้ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีของการใช้กัญชาในการลด ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่ต้องการเลิกใช้ยาเสพติดตัวอื่นๆ

2.5) การบรรเทาอาการทางเดินอาหารอักเสบ วารสาร Clinical Gastroenterology and Hepatology เผยแพร่งานวิจัยของทีมศึกษาด้านทางเดินอาหารและตับ ศูนย์การแพทย์เมียร์ (Meir Medical Center) ในประเทศอิสราเอล จากการทดสอบเพื่อหาระดับความปลอดภัยและ ประสิทธิภาพของ กัญชาเมื่อเทียบกับยาหลอกในการบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคโครห์น (Crohn's disease: CD) จำนวน 21 ราย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โรคโครห์นถือเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใน ระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนที่เป็นปัญหาอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน โดย 3 อาการหลักๆ ที่ ผู้ป่วยโครห์นต้องประสบ ได้แก่ ท้องเสีย ปวดท้อง และมีไข้ ทีมวิจัยสรุปว่า การสูดไอระเหยจาก กัญชาช่วยลดอาการของโรคโครห์นได้ โดยยืนยันจากดัชนีของอาการป่วย (Crohn's Disease and activity index: CDAI) นอกจากนี้ยังพบว่าไม่เกิดผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ใดๆ กับ ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษา²

จากข้อมูลประโยชน์ในด้านการรักษาโรคนานชนิดหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยบาง ประการที่ได้กล่าวมาข้างต้น เป็นหลักฐานอันแสดงให้เห็นความจำเป็นในการใช้กัญชาเพื่อ การรักษาโรคของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรค ส่วนบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาพยาบาล อันเป็นการลดทอน ความผิดทางอาญาของกัญชา

แต่อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ยังคงต้องอยู่ภายใต้การ ควบคุมดูแลของแพทย์ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และข้อบ่งชี้ทางวิชาการแพทย์ สำหรับในแง่ของ กฎหมายนั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ ควรมีการจำกัดอายุชั้น ต่ำของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเสพติดหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

² สิริชนก วิริยเกื้อกุล, มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการปลูกและการใช้กัญชาในครัวเรือน กรณีศึกษากฎหมายของรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการ สำนักเลขาธิการสภา ผู้แทนราษฎร), น. 5-6.

4.2 สถานการณ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ ทั้งในแง่ที่เป็นผลดีและผลเสีย รวมถึงความเสี่ยงและความท้าทายในระบบสุขภาพ โดยเชื่อมโยงไปสู่การเปิดเสรีการใช้กัญชา

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากัญชามีทั้งประโยชน์และโทษ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความพยายามในหลายๆ ประเทศในการเปิดเสรีการใช้กัญชา ซึ่งขอบเขตของ ‘การเปิดเสรี’ แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศหรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็มีความแตกต่างกัน บางแห่งเปิดเสรีในการครอบครองและใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย (recreational use) บางแห่งอนุญาตให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมาย ในที่นี้ไม่รวมถึงสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการรับรองและพัฒนาเป็นยาซึ่งมีการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมอยู่แล้ว เช่น nabilone หรือ dronabinol บางแห่งไม่ได้เปิดเสรีการใช้กัญชาแต่ลดโทษทางอาญา (decriminalisation) ในผู้ครอบครองหรือเสพกัญชา ทั้งนี้ เหตุผลของผู้ที่สนับสนุนการเปิดเสรีการใช้กัญชามีหลากหลาย เช่น

1) เชื่อว่าการจับกุมหรือทำโทษผู้ที่เสพหรือครอบครองกัญชารุนแรงเกินกว่าเหตุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดที่ถูกกฎหมายอื่นๆ เช่น สุรา หรือบุหรี่ และการลงโทษที่รุนแรงก็ไม่ได้เป็นการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นหรือผู้เสพหน้าใหม่เข้าถึงกัญชา ซ้ำยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีการคอร์รัปชัน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐอีกด้วย

2) เชื่อว่าการเปิดเสรีการใช้กัญชาทำให้รัฐสามารถควบคุมผู้เสพได้มากขึ้น ทำให้ลดการพึ่งพาการซื้อขายกัญชาในตลาดมืด และทำให้ผู้เสพสามารถเสพกัญชาได้อย่างปลอดภัย รวมถึงประหยัดงบประมาณของรัฐในการลงโทษหรือจับกุมผู้ใช้กัญชา

3) เชื่อว่าการเปิดเสรีการใช้กัญชาสามารถช่วยสร้างงาน กระตุ้นเศรษฐกิจ และทำให้รัฐมีรายได้จากการเก็บภาษีมากขึ้น Light และคณะ (ค.ศ. 2016) ระบุว่า การที่รัฐโคโลราโดของสหรัฐอเมริกาได้เปิดเสรีการใช้กัญชาในปี ค.ศ. 2014 ทำให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้แก่เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2015 จำนวน 18,005 ตำแหน่ง โดยรวมงานที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกและขายกัญชาไว้ด้วย ทำให้เศรษฐกิจเติบโตประมาณ 2.39 พันล้านเหรียญสหรัฐ และรัฐสามารถเก็บภาษีได้ 121 ล้านดอลลาร์ ซึ่งมากกว่าภาษีที่ได้จากคาสีโนประมาณร้อยละ 14

ในขณะที่ผู้ที่คัดค้านการเปิดเสรีการใช้กัญชาก็ได้ยกเหตุผลหลายประการขึ้นมาคัดค้าน เช่น

1) การเปิดเสรีการใช้กัญชา แม้กระทั่งการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาในทางการแพทย์ เช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาไว้ที่บ้านในปริมาณที่กำหนด ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการ ‘รั่วไหล’ ของกัญชาสู่ตลาดมืด รายงานของ Salomonsen-Sautel และคณะ (ค.ศ. 2012) ระบุว่า

กว่าร้อยละ 74 ของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาเรื่องการเสพติดกัญชาในสหรัฐอเมริกาได้เคยเข้าถึงกัญชาจากบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตให้ถือครองกัญชาเพื่อการรักษาในทางการแพทย์

2) การเปิดเสรีกัญชาเพิ่มความเสี่ยงในทางสาธารณสุขและสังคมวงกว้าง ตัวอย่างจากผลการศึกษาในประเทศนี้ เช่น Kim และ Monte (ค.ศ. 2016) รายงานว่าหลังการเปิดเสรีการใช้กัญชาในรัฐโคโลราโด เมื่อปี ค.ศ. 2000 เปิดเสรีสำหรับใช้ในทางการแพทย์ โดยกฎหมายเริ่มมีผลจริงจังในปี ค.ศ. 2009 และในปี ค.ศ. 2012 มีการลงประชามติให้เปิดเสรีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลายได้ โดยให้กฎหมายมีผลบังคับใช้ ในปี ค.ศ. 2014 ทำให้อุบัติการณ์ของเด็กและเยาวชนอายุ 9 ขวบขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดของ Colorado Hospital Association ด้วยเรื่องพิษกัญชาเฉียบพลัน (acute cannabis intoxication) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการสำรวจของ Palamar และคณะ (ค.ศ. 2014) ระบุว่า ประมาณร้อยละ 10 ของนักเรียนที่ไม่เคยใช้กัญชาระบุว่าจะลองใช้กัญชา หากมีการเปิดเสรีการใช้กัญชา และร้อยละ 18 ของผู้ที่เคยใช้กัญชาแล้วระบุว่าจะใช้ให้มากขึ้นถ้ามีการเปิดเสรี

3) ผู้คัดค้านมักแย้งว่าประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่อ้างโดยผู้สนับสนุนการเปิดเสรีการใช้กัญชานั้น ไม่ได้คำนวณต้นทุนทางสังคมอื่นๆ ที่เกิดขึ้นและต้นทุนในการออกมาตรการควบคุมการใช้กัญชา Evans (ค.ศ. 2013) รายงานว่ารัฐโคโลราโดต้องลงทุนกว่า 5.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2012 ในการควบคุมการใช้กัญชา ซึ่งมากกว่าภาษีการค้าที่เก็บได้จากการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปีเดียวกัน ซึ่งมีค่าประมาณ 5.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

นอกจากนี้ เพื่อให้เห็นภาพของการเปิดเสรีการใช้กัญชาในต่างประเทศมากขึ้น จึงขอยกตัวอย่างประเทศที่มีการเปิดเสรีการใช้กัญชามาเป็นกรณีศึกษา ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เนเธอร์แลนด์ และอูรุกวัย ดังนี้

1) สหรัฐอเมริกา สหรัฐอเมริกาเปิดให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ใน 29 รัฐ และมี 8 รัฐที่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาและใช้เพื่อการผ่อนคลาย ได้แก่ อลาสกา แคลิฟอร์เนีย วอชิงตัน โคโลราโด โอเรกอน แมสซาชูเซตส์ เมน และเนวาดา ซึ่งตามลายลักษณ์อักษรที่ปรากฏในกฎหมายสหรัฐอเมริกาที่บังคับใช้ทั่วประเทศ (federal law) นั้น กัญชาและกัญชงถูกจัดอยู่ใน Schedule I ตาม Controlled Substances Act (ค.ศ. 1970) นั่นคือ เป็นสารที่มีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูงและไม่มีการรับรองใช้ในทางการแพทย์ การครอบครองกัญชาจึงถือว่าผิดกฎหมาย เว้นแต่เพื่อการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา

อย่างไรก็ตาม ในกฎหมายระดับมลรัฐ (state law) ได้มีการออกกฎหมายของรัฐตนเพื่ออนุญาตให้ใช้หรือครอบครองกัญชาได้ หรือออกมาตรการ Decriminalisation แนวโน้มการเปิดเสรีการใช้กัญชาจึงมีมากขึ้นเรื่อยๆ และยิ่งชัดเจนขึ้นในปี ค.ศ. 2009 หลังอัยการสูงสุดได้ให้ความเห็น

ว่ารัฐบาลสหรัฐอเมริกาจะไม่ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก (priority) ในการลงโทษหรือปราบปรามผู้ที่ใช้และครอบครองกัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ หากการใช้นั้นสอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ในกฎหมายของแต่ละรัฐ ในขณะที่กัญชงได้มีการกำหนดข้อยกเว้นไว้ใน Agricultural Act of 2014 ซึ่งระบุว่า มหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานของรัฐสามารถปลูกกัญชงได้หากเป็นไปเพื่อการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในเชิงอุตสาหกรรม (research into industrial potential)

ในที่นี้ยกตัวอย่างรัฐในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีนโยบายเปิดกว้างต่อกัญชา ได้แก่ รัฐโคโลราโดและวอชิงตัน ทั้งสองรัฐอนุญาตให้ผู้ที่อายุเกิน 21 ปีสามารถซื้อกัญชาจากร้านค้าปลีกที่ได้รับอนุญาตในปริมาณไม่เกิน 28.5 กรัม มาตรการอื่นๆ คล้ายกับมาตรการที่ใช้ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ห้ามผู้เสพกัญชาขบขี้ รัฐวอชิงตันอนุญาตให้ใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 และมีการปรับปรุงกฎหมายเรื่อยมา แพทย์ที่จะสั่งจ่ายกัญชาได้และผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาต้องลงทะเบียนกับรัฐ มีเอกสารประกอบการลงทะเบียนที่แสดงใบหน้าของตน ร้านค้าปลีกไม่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาเกินกว่า 60 วัน หรือเทียบเท่ากับกัญชา 15 ต้น ในรัฐโคโลราโดมีการเปิดให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 โดยผู้ป่วยครอบครองกัญชาได้ไม่เกิน 2 ออนซ์ และให้ใช้กัญชาได้เฉพาะในสถานที่ที่รัฐอนุญาตเท่านั้น ในปี ค.ศ. 2012 ได้มีการแก้กฎหมายของรัฐ (Colorado Amendment 64) ให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลายได้ ผู้ที่อายุเกิน 21 ปี สามารถปลูกกัญชาที่บ้านได้ไม่เกิน 6 ต้นและต้องมีไม่เกิน 3 ต้นที่ให้ดอกกัญชา ให้ครอบครองได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ขณะเดินทาง และอนุญาตให้เป็นของขวัญ (ห้ามจำหน่าย) แก่ผู้ที่ไม่เกิน 21 ปี ได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ และในบางเมือง เช่น เดนเวอร์ มีกฎหมายย่อยที่เข้มข้มกว่ากฎหมายของรัฐ เช่น ในแต่ละบ้านอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้สูงสุดไม่เกิน 12 ต้น (แม้ในบ้านนั้นจะมีผู้อยู่เกิน 21 ปี มากกว่าสองคน) การปลูกกัญชาที่บ้านให้ใช้เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น ห้ามจำหน่าย การซื้อขายต้องทำที่ร้านค้าปลีกที่ลงทะเบียนกับรัฐเท่านั้น

2) ประเทศเนเธอร์แลนด์ การเปิดเสรีการใช้กัญชาในเนเธอร์แลนด์เริ่มในทศวรรษที่ 1970 จุดประสงค์ของการออกกฎหมายเปิดเสรีการใช้กัญชานี้เพื่อแยกแยะระหว่าง hard drugs เช่น โคเคน และแอมเฟตามีน กับ soft drugs เช่น กัญชา และยานอนหลับ ร้านค้าที่จะขายและใช้เป็นสถานที่ให้เสพกัญชาได้เรียกว่า coffee shop (ร้านกาแฟที่ไม่มีกัญชาให้เรียกว่า café) ผู้ใช้บริการต้องอายุเกินกว่า 18 ปี กัญชาใน coffee shop ต้องเป็นสายพันธุ์ที่มีสาร THC น้อยกว่าร้อยละ 30 สำหรับ coffee shop นั้น ต้องอยู่ห่างจากสถานศึกษาอย่างน้อย 250 เมตร จำหน่ายได้ไม่เกิน 5 กรัมต่อคน (เดิมจำหน่ายได้ 30 กรัม) ห้ามทำการโฆษณา ห้ามมีกัญชาในครอบครองเกินกว่า 500 กรัม ผู้ประกอบการมีหน้าที่ควบคุมผู้ใช้ไม่ให้ก่อความรำคาญกับชุมชน และในแต่ละเมืองสามารถกำหนดโควต้าเพื่อควบคุมการเปิด coffee shop ได้ การควบคุม coffee shop มีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ

ในปี ค.ศ. 2012 มีการออกกฎหมายให้ coffee shop สามารถรับลูกค้าเฉพาะที่เป็นสมาชิกกับทางร้านเท่านั้น กฎหมายนี้นำร่องในจังหวัดทางใต้ของเนเธอร์แลนด์ แต่ต่อมาได้ยกเลิกมาตรการนี้ในปลายปี ค.ศ. 2012 คงเหลือไว้ แต่ มาตรการห้ามจำหน่ายกัญชาแก่ผู้ที่ไม่ใช่ประชากรเนเธอร์แลนด์ การปลูกกัญชาไว้ใช้เองที่บ้านถือว่าเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่ด้วยมาตรการ Decriminalization หากน้อยกว่า 5 ต้นจะไม่มีโทษทางอาญา แต่ตำรวจจะยึดกัญชาไว้ หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุก การครอบครองกัญชาเกินกว่า 5 กรัม ถือว่ามีไว้จำหน่าย ต้องโทษปรับ 3,500 ยูโร หากมากกว่า 30 กรัม ต้องโทษจำคุกสูงสุดสองปีหรือปรับ 16,750 ยูโร หรือทั้งจำและปรับ นโยบายในภาพรวมของ coffee shop เป็นไปในลักษณะจำกัดการเติบโต คือ จะไม่ออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการรายใหม่แทน coffee shop ที่ปิดไป ทำให้จำนวน coffee shop ลดลงอย่างต่อเนื่อง³

บทเรียนจากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการ ‘เปิดเสรี’ การใช้กัญชามีได้หลายระดับ ตั้งแต่การเปิดให้มีการวิจัยและพัฒนาที่เป็นสาระสำคัญของกัญชา การใช้กัญชาโดยตรง (เช่น ใช้ดอก หรือใบ) เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จนถึงการใช้เพื่อการผ่อนคลาย ในประเด็นนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการ Decriminalisation ทั้งนี้ ความเห็นจากหน่วยงานภาครัฐหลายๆ ฝ่ายมีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา กัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่การเปิดเสรีการใช้กัญชามากกว่านั้น ยังคงมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันอยู่ ฝ่ายที่ค้านเรื่องการเปิดเสรีการใช้กัญชาให้ความเห็นว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่รอบด้านเพียงพอ และแม้กระทั่งยาเสพติดถูกกฎหมายในปัจจุบัน เช่น บุหรี่หรือสุรา ก็ยังมีการควบคุมได้ไม่ดีพอ การเปิดเสรีกัญชาจึงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสังคมมากขึ้น หรือแม้กระทั่งหากมาใช้ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจะมีศักยภาพในการควบคุมการใช้ที่เหมาะสมได้ดีเพียงใด ตัวอย่างเช่น เคตามีน ก็ยังมีการใช้เป็นสารเสพติดในวัยรุ่นอย่างแพร่หลาย ทั้งๆ ที่กฎหมายไทยอนุญาตให้ใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น

ในปัจจุบัน การดำเนินการด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับกัญชามีแนวโน้มที่ผ่อนคลายมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการอาหารและยาได้ส่งร่างแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) พิจารณาแล้ว จัดทำร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งมีการรวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดหลายฉบับบรรจุไว้เป็นร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับเดียว สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติฉบับแก้ไขนี้ เช่น ในมาตราที่ 6 “ในกรณีที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการวิจัยพืชที่

³ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชนิตา กาวสุทธิไพสิฐ, “ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางกา แพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา,” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 12, น. 82-85 (เดือนมกราคม-มีนาคม 2561).

เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติด รัฐมนตรีมีอำนาจให้ทดลองเพาะปลูก ผลิตทดสอบ และให้ครอบครองพืชยาเสพติดในพื้นที่ควบคุมได้” หรือมาตรา 76 ที่เสนอแก้ไขเป็น “ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดคำรับยาที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรค” ดังนั้น การเสนอแก้ไขพระราชบัญญัติในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการวิจัยทางการแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม นักวิชาการที่สนับสนุนการเปิดเสรีการใช้กัญชาก็มีความเห็นคัดค้านว่า การแก้ไขกฎหมายในลักษณะดังกล่าวมีผลเสียมากกว่าผลดี เพราะคำว่า ‘คำรับยา’ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการใช้กัญชาในลักษณะยาสมุนไพร และต้องรอให้มีการวิจัยในมนุษย์และใช้เวลานานกว่าจะมีการพัฒนาเป็นตัวยาแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อบริษัทต่างชาติในทางอ้อม จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ประเด็นที่ถกเถียงกันจึงไม่ได้เน้นไปที่เรื่องประโยชน์และโทษของกัญชา แต่เป็นประเด็นเรื่องความร่วมมือในการควบคุม โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ว่ามีความพร้อมในการกำกับดูแลการใช้กัญชามากน้อยเพียงใด และกฎหมายที่มีอยู่เป็นประโยชน์หรือขัดขวางการวิจัยการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพียงใด ความพร้อมของรัฐบาลในการควบคุมการใช้กัญชา ข้อมูลดังกล่าวนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจในเชิงนโยบายต่อไปอย่างไรก็ตาม หากถอดบทเรียนจากต่างประเทศจะพบว่า

1) ในประเทศที่มีการเปิดกว้างเรื่องการใช้กัญชามากใช้เวลาในการเตรียมการค่อนข้างยาวนาน และการแก้ไขกฎหมายก็กระทำกันอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมักคงกฎหมายหลักเรื่องการควบคุมกัญชาไว้ (เช่น federal law ของสหรัฐอเมริกา) แต่ปรับกฎหมายเฉพาะพื้นที่ หรือกฎหมายระดับมลรัฐเพื่อให้มีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ซึ่งวิธีการนี้อาจประยุกต์มาใช้ในประเทศไทยค่อนข้างลำบาก เพราะประเทศไทยใช้ระบบกฎหมายเดียวทั้งประเทศ แต่สิ่งที่ประเทศไทยจะเรียนรู้ได้ คือ การแก้กฎหมายไม่ใช่ทางออกเดียวเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายให้มีความเข้มงวด และต้องให้ความใส่ใจในรายละเอียดเป็นอย่างมาก ทั้งการควบคุมผู้ประกอบการและผู้ซื้อ รวมถึงการบำบัดผู้เสพยา และ

2) เมื่อมีประเด็นเรื่องข้อถกเถียงเกี่ยวกับกัญชา การกำหนดขอบเขตของข้อถกเถียงให้ชัดเจนนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งว่าขณะนี้กำลังอภิปรายเรื่องการใช้กัญชาในทางการแพทย์ หรือการเปิดเสรีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย Pinkas และคณะ (ค.ศ. 2016) ระบุว่า ที่ผ่านมานั้น ประเด็นเรื่องการเปิดเสรีการใช้กัญชามักถูกสนับสนุนโดยกลุ่มล็อบบิสต์ หรือองค์กรที่มีส่วนได้เสียกับการเปิดเสรีการใช้กัญชา ซึ่งล้วนเป็นคนละประเด็นกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์ หากเป็นประเด็นเรื่องการใช้กัญชาในทางการแพทย์แล้ว Pinkas และคณะ (ค.ศ. 2016) เสนอว่า พึงจำกัดให้เป็นการอภิปรายในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น ขณะเดียวกัน แม้มีหลักฐานที่เชื่อได้ว่ากัญชามีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่ตัวกัญชาเองก็ไม่พึงได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าสู่ตลาดยาเหนือกว่ายา

ชนิดอื่นๆ ตัวอย่างในประเทศไทย การผลิตและการนำยาตัวหนึ่งๆ ออกสู่ตลาดนั้นต้องดำเนินการภายใต้กฎหมายหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 เพื่อให้มั่นใจได้ว่ายาที่ออกมานั้นจะมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามหลักสากล เช่น มีการศึกษาชีวสมมูล (bioequivalence) มีหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice–GMP) มีหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการศึกษาทางคลินิก (Good Clinical Practice–GCP) และมีหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Good Laboratory Practice–GLP) หรือ แม้จะใช้กัญชาในลักษณะที่เป็นวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ก็ต้องผ่านการศึกษาวิจัยให้ครบถ้วนในศาสตร์ของแพทย์แผนไทยและขึ้นทะเบียนตำรับให้ถูกต้องเสียก่อน รวมถึงมีมาตรการการควบคุมการใช้ที่เหมาะสม ป้องกันการปนเปื้อนจากยาอื่นๆ ที่อาจก่ออันตราย เช่น สารสเตียรอยด์ ซึ่งยังเป็นปัญหาที่พบในยาลูกกลอน ยาน้ำสมุนไพร และยาชุด ที่ยังพบได้ทั่วไปตามท้องตลาด ซึ่งประเด็นนี้นับเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญที่พึงมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีฤทธิ์ที่อาจก่อให้เกิดการเสพติดได้ในอดีตมีรายงานการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์หลายประการ เช่น เพื่อการผ่อนคลายเป็นยาสมุนไพร หรือใช้เส้นใยกัญชาในการทำสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ กัญชาถูกจัดไว้ในรายการยาเสพติดในกฎหมายของหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย การวิจัยในอดีตจนถึงปัจจุบันบ่งชี้ว่ากัญชามีผลเสียหลายประการ โดยเฉพาะผลเสียในระยะยาวต่อการทำงานของสมองและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสพติดชนิดอื่น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเรื่องประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชาก็มีมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยในห้องปฏิบัติการกับสัตว์ทดลอง งานวิจัยการใช้ประโยชน์ของกัญชาในมนุษย์มักเป็นงานวิจัยขนาดเล็กและเปรียบเทียบผลการรักษาเทียบกับยาหลอก การเปิดกว้างต่อการใช้กัญชาในต่างประเทศมีหลายระดับ ตั้งแต่การอนุญาตให้ใช้ยาที่ผลิตจากสารสกัดจากกัญชา หรือมีโครงสร้างโมเลกุลของยาคล้ายสารที่พบในกัญชาเพื่อการรักษาในบางโรค เช่น ลดอาการเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ลดอาการอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยเอดส์ ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามแนวทางการรักษาปกติ นั้น ในบางประเทศอนุญาตให้ใช้พืชกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ในบางประเทศอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย ในบางประเทศลดโทษทางอาญาในการเสพและการครอบครองกัญชา บทเรียนจากต่างประเทศที่สำคัญคือ การปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชามักทำในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และมีการวางมาตรการอื่นๆ เสริมอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด หากประเทศไทยจะดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับกัญชาในทิศทางดังกล่าว การแยกประเด็นอภิปรายเรื่องการเปิดเสรีกัญชาออกจากการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงมี

ความสำคัญเพื่อป้องกันความสับสนของสังคม รวมถึงรัฐไทยพึงประเมินตนเองว่ามีขีดความสามารถในการกำกับดูแลการใช้กัญชาได้มากน้อยเพียงใด เพื่อให้การดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดความเสียน้อยที่สุด

4.3 วิเคราะห์ปัญหาของหลักกฎหมาย หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ รวมทั้งขอบเขตในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศว่าในปัจจุบันมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร รวมทั้งศึกษาแนวทางการขจัดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว

วิเคราะห์ปัญหาของหลักกฎหมาย หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ขอแยกพิจารณาเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

4.3.1 ปัญหาด้านนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และกฎหมายยาเสพติดอื่นๆ แล้วเห็น ได้ว่ากฎหมายป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมีหลายฉบับ ทำให้มีหลายหน่วยงานตามกฎหมายจัดตั้งขึ้น แต่ละหน่วยงานก็มีนโยบายเป็นของตัวเอง จึงทำให้เกิดความไม่เป็นเอกภาพและความต่อเนื่องในการ ทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด กับทั้งปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาระดับชาติอันส่งผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมดังนั้น จึงเห็นว่ารัฐบาลควรมีหน่วยงานระดับชาติให้มีอำนาจและหน้าที่ในการเสนอแนะนโยบายแผนงานระดับชาติ เพื่อกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ อันนำไปสู่มาตรการในการป้องกัน ปราบปราม และ การแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งจะทำให้เกิดการ สอดคล้องต่อการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ด้วยเหตุนี้แล้วปัญหายาเสพติดก็จะได้รับการบริหาร จัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และก็จะทำให้เป็นการลดอุปสรรคต่อการพัฒนาการพัฒนากัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ เพราะเมื่อหน่วยงานภาครัฐมีทิศทางเป็นแนวทางเดียวกันแล้ว การพัฒนากัญชา การแพทย์ก็จะทำได้โดยสะดวก

4.3.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์

จากการศึกษาพบว่า กฎหมายของประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนด หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการอนุญาตและการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) อายุของผู้ป่วย

สืบเนื่องจากผลการวิจัยเกี่ยวกับอายุของผู้ที่ใช้กัญชาซึ่งระบุว่าการใช้กัญชาในผู้ที่มีอายุน้อยจะได้รับผลกระทบมากกว่า รวมทั้งมีโอกาสในการเสติดักัญชามากกว่าการใช้กัญชาในผู้ใหญ่ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งตามกฎหมายของประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถใช้กัญชาในการรักษาโรคไว้ ในขณะที่ประเทศแคนาดามีข้อกำหนดอายุของผู้ป่วยไว้ด้วยว่าต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าควรมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับอายุขั้นต่ำที่จะเข้าถึงกัญชาในทางการแพทย์ หรือต้องมีเงื่อนไขพิเศษที่กำหนดให้การใช้กัญชาในผู้ที่มีอายุน้อยต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้และความจำเป็นในการรักษาเท่านั้น

2) การใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคต้องเป็นทางเลือกสุดท้าย

จากการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของสารในกัญชาที่มีผลออกฤทธิ์ต่อร่างกาย รวมทั้งผลออกฤทธิ์ที่ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและการตอบสนองต่อฤทธิ์ของกัญชาเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องเป็นไปแบบเฉพาะรายดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า การใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคควรมีข้อจำกัดในการใช้การในการรักษาโรคไว้เฉพาะการรักษาที่เป็นทางเลือกสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีอื่นแล้วเท่านั้น และต้องเป็นการรักษาเฉพาะราย แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายของประเทศไทยมิได้มีการกำหนดเงื่อนไขดังกล่าวไว้ ทำให้ปัจจุบันมีการใช้กัญชาในลักษณะที่เป็นการทดลองใช้กัญชาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการบางชนิด ทั้งที่ผู้ป่วยยังมีทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ทำให้เกิดความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วยได้

4.4 วิเคราะห์หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกฎหมายยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนากฎหมายของประเทศต่อไป

จากการศึกษามาตรการพิเศษในการควบคุมกัญชาในต่างประเทศ⁴ จากการศึกษาพบว่า ในหลายประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในอัตราที่สูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เพื่อลดปริมาณการบริโภคและเป็นการเพิ่มรายรับของรัฐบาล มลรัฐโคโลราโด เป็นมลรัฐแรกในสหรัฐอเมริกาที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมายและมีการจัดเก็บภาษีกัญชาในรูปแบบ

⁴ เฝิงอ่าว.

เดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ เพื่อนำรายได้เข้าสู่รัฐในรูปแบบของภาษีสรรพสามิต และภาษีขายซึ่งสร้างรายได้ให้กับประเทศอย่างมหาศาล

การเก็บภาษีกัญชาและรายได้ การซื้อขายกัญชาในมลรัฐโคโลราโด มีมาตรการในการควบคุมกำกับดูแล โดยเก็บเงินภาษีจากการขายกัญชาถูกกฎหมาย ดังนี้

1) การเก็บภาษีกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และการเก็บภาษีกัญชาที่เสพเพื่อความบันเทิงหรือเพื่อความผ่อนคลาย โดยรัฐโคโลราโดเรียกเก็บภาษีกัญชาในรูปแบบเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในอัตราที่สูง เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการซื้อขายกัญชาเพื่อลดปริมาณการบริโภค และเพิ่มรายได้เข้าสู่รัฐ

2) การเก็บภาษีกัญชาสำหรับธุรกิจ การปลูกกัญชาเพื่อการค้าและร้านขายกัญชา มลรัฐโคโลราโดเรียกเก็บภาษีกัญชาสำหรับธุรกิจ (Tax Filing Tips for businesses) ในรูปแบบของภาษีขายและภาษีสรรพสามิต Marijuana Taxes (Sales and Excise)

รายได้ที่ได้มาจากการเก็บภาษีกัญชา รัฐจะนำไปมอบให้กับโครงการที่มีจุดประสงค์เพื่อให้เด็กห่างไกลจากการเสพกัญชา และมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อป้องกันการเสพกัญชาในเยาวชน กองทุนเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติด กองทุนที่คอยช่วยเหลือสอดส่องดูแล และการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งความปลอดภัยของสาธารณชนอีกด้วย

จากสถิติมลรัฐโคโลราโดมีรายได้จากการเก็บภาษีกัญชา 7.3 ล้านเหรียญสหรัฐ (223 ล้านบาท) เฉพาะการขายเพื่อความบันเทิง และเมื่อรวมกับภาษีจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์ Medical Marijuana และใบอนุญาตอื่นๆ แล้วเป็นเงินถึง 12.6 ล้านเหรียญสหรัฐ (403 ล้านบาท) ในเวลาเพียง 3 เดือน นำรายได้เข้าสู่รัฐเป็นจำนวนมาก และตามแผนการพัฒนาของมลรัฐโคโลราโด คือ การนำภาษีการกัญชามาพัฒนาระบบการศึกษา โดยเงินที่ได้จากภาษีกัญชาในระยะแรกจะถูกนำไปสร้างและพัฒนาอุปกรณ์การเรียนให้กับโรงเรียนในมลรัฐโคโลราโด

มลรัฐวอชิงตัน จัดตั้ง “กองทุนกัญชาโดยเฉพาะ” สำหรับรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และส่วนเกินใดๆ จากรายได้นี้ไว้สำหรับการดูแลสุขภาพ (55%) การรักษาเสพติดและการศึกษา (25%) สำหรับกัญชาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่มหาวิทยาลัยวอชิงตัน (1%) และส่วนที่เหลือเก็บเข้ารัฐ จึงเห็นได้ว่าการเก็บภาษีกัญชาดังกล่าวเป็นการเพิ่มรายรับให้แก่รัฐ การจัดเก็บภาษีกัญชาในรูปแบบเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในอัตราที่สูง เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการซื้อขายกัญชา เพื่อลดปริมาณการบริโภค ลดการ

จำหน่ายกัญชาโดยผิดกฎหมาย เนื่องจากไม่สามารถปราบปรามกัญชาให้หมดไปได้ และกัญชามีอันตรายน้อยกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ⁵



⁵ เฟิงอั้ง.

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากการศึกษาพบว่า จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมีงานวิจัยทางการแพทย์มากมายทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยที่ต่างยอมรับว่ากัญชามีสรรพคุณในการรักษาโรคบางชนิด แต่อย่างไรก็ตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่ได้รับอนุญาตหรือไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ การใช้กัญชาที่ผิดวิธี หรือการใช้กัญชาที่เกินขนาด ย่อมเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์อย่างรุนแรง ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ จึงเห็นว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องมีการทางกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ เพื่อกำหนดมาตรฐานและควบคุมการใช้กัญชาในทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันมิให้มีการใช้กัญชาที่เกิดอันตรายต่อร่างกาย รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ ของประเทศ

ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่ได้มีการประกาศใช้กฎหมายลำดับรองที่กำหนดรายละเอียดในเรื่องต่างๆ อาทิเช่น การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตเพื่อการปลูก การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ผลิต นำเข้า หรือส่งออก ตามมาตรา 26/2 การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ตามมาตรา 26/3 หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายยา การออกใบสั่งยา หรือหนังสือรับรองให้แก่ผู้ป่วย ระบบการติดตามกัญชา การโฆษณา รวมทั้งการกำหนดอายุขั้นต่ำ และเงื่อนไขในการใช้กัญชาในทางการแพทย์สำหรับการรักษาที่ไม่มีทางเลือกอื่นแล้วเท่านั้น เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การออกกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติกัญชาและหรือกฎหมายลำดับรอง อันจะเป็นการพัฒนากฎหมายของประเทศต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะต่อนโยบายและมาตรการในการควบคุม

5.2.1.1 ประเด็นกัญชากับข้อตกลงระหว่างประเทศที่เป็นพันธกรณีของประเทศสมาชิก มีดังนี้

1. พันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องยาเสพติดที่ประเทศสมาชิกได้ลงนามรับรอง รวมทั้งประเทศไทย มี 3 ฉบับ ได้แก่

- ฉบับที่ 1 อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972
- ฉบับที่ 2 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971
- ฉบับที่ 3 อนุสัญญาต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988

2. ในส่วนที่เกี่ยวกับกัญชา อนุสัญญาฯ ข้างต้นได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 กัญชาอยู่ในบังคับตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972

2.2 ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้ แต่ต้องปกป้องสุขภาพอนามัยและสวัสดิภาพของผู้ใช้ สำหรับการใช้กัญชาเสรีเพื่อการนันทนาการเป็นการขัดต่อบทบัญญัติของอนุสัญญาฯ

2.3 การปลูกกัญชาส่วนบุคคลเพื่อใช้ทางการแพทย์เป็นการกระทำที่ขัดต่ออนุสัญญาฯ เพราะเสี่ยง ต่อการรั่วไหล และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เนื่องจากการควบคุมมาตรฐานทำได้ยากเพราะปริมาณ THC อาจจะไม่ไ้ระดับที่จะนำไปรักษาโรคได้

2.4 แคนนาบินอยด์ที่อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ควรมีการสั่งจ่ายโดยแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น

2.5 รัฐบาลควรติดตามการสั่งจ่าย จำหน่ายแจก และคนไข้ที่ได้รับยา เพื่อให้มั่นใจว่าแคนนาบินอยด์ จะไม่รั่วไหลไปสู่การมีได้นำไปใช้ทางการแพทย์และผู้เสพที่มีได้นำไปใช้ในทางการแพทย์

3. ตัวยาที่อยู่ในอนุสัญญาฯ ทั้ง 3 ฉบับอยู่ในการกำกับดูแลของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (The International Narcotics Control Board : INCB) ซึ่งรวมทั้งกัญชา โดยได้กำหนดวิธีการปฏิบัติ อย่างละเอียดตั้งแต่การปลูก การผลิตทั้งในและส่งออกทุกกระบวนการ ดังนี้

3.1 ข้อกำหนดการปลูกกัญชาภายในประเทศ

3.1.1 แต่ละประเทศต้องคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยของตนว่าต้องใช้กัญชาเท่าใดในแต่ละปี และ คำนวณว่าต้องใช้พื้นที่เท่าใด

3.1.2 รายงานให้ INCB ได้ทราบ เพื่อ INCB จะได้ควบคุมในภาพรวมของทุกประเทศ

3.2 ข้อกำหนดการปลูกกัญชาเพื่อการส่งออก

3.2.1 ผู้ปลูกต้องมีลูกค้าชัดเจนก่อนปลูกและต้องแจ้งให้ INCB ได้ทราบ หรือประเทศที่ปลูกกัญชาเพื่อส่งออกจะปลูกได้เมื่อลูกค้าต่างประเทศติดต่อสั่งซื้อ และต้องแจ้ง INCB

3.2.2 การปลูกกัญชาเพื่อส่งออกมีความยุ่งยาก มีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตามมาก ประเทศใดถ้าไม่ปฏิบัติตามจะไม่สามารถปลูกและค้ากัญชากับประเทศอื่นได้เลย

3.2.3 รัฐจะต้องมีบทบาทสำคัญในการซื้อขายกัญชาระหว่างประเทศ

3.3 ประเทศที่ขอปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์จะต้องตั้งหน่วยงานกลางของประเทศขึ้นมาในลักษณะ National Cannabis Control Agency เพื่อทำหน้าที่วางแผน ทำ Joint Venture พัฒนาสร้างความปลอดภัยในการใช้ผลิต ส่งออก ขาย และกำกับดูแลต่าง ๆ

4. หากประเทศใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม INCB จะถูกดำเนินการตั้งแต่เบาไปหาหนัก ทาง INCB จะเจรจากับประเทศนั้น ๆ ให้ปรับปรุงแก้ไข หากไม่ยินยอม ก็จะเสนอกับคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติเพื่อพิจารณาความผิดและลงโทษด้วยการ Sanction การค้ายาที่ควบคุมภายใต้อนุสัญญาฯ มิให้ส่งขายยาให้กับประเทศ นั้น ๆ หรือห้ามนำเข้ายาของประเทศนั้น ๆ

5. นอกจากนี้ประเทศไทยในฐานะสมาชิกคณะกรรมการยาเสพติด (CND) และยังมีพันธกรณีที่ตกลงกับประเทศอาเซียนที่จะไม่ดำเนินการใดๆ ที่ขัดต่ออนุสัญญาฯ ซึ่งทุกประเทศในอาเซียนได้ยึดถือเรื่องนี้ทั้งสิ้น โดยมีข้อพิจารณาในประเด็นนี้

1. พันธกรณีระหว่างประเทศเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาและถือปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่ประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ไปลงนามแล้ว

2. การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไปแล้ว จะต้องมีภาระชี้แจงถึงเหตุผลความจำเป็น ซึ่งอาจจะมีคนและผู้แทนจาก INCB มาเยือนประเทศไทยเพื่อขอเข้าพบและรับฟังคำชี้แจงจากรัฐบาลไทย หรือทาง INCB จะเชิญผู้แทนของประเทศไทยไปชี้แจง ณ ที่ทำการ INCB ได้เช่นกัน ซึ่งต้องเป็นระดับรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องเท่านั้นเพราะถือว่าเป็นระดับที่กำหนดนโยบายให้ข้าราชการประจำต้องปฏิบัติตาม

3. ประเทศไทยคงต้องตอบคำถามกับประเทศอาเซียนถ้ามีการเปลี่ยนแปลงนโยบายยาเสพติดจากที่เคยตกลงร่วมกันมาแล้ว

4. ข้อสำคัญที่สุด หากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาขัดกับพันธกรณีระหว่างประเทศดังกล่าว จะมีความเสี่ยงที่กัญชาที่ไทยผลิตได้จะไม่สามารถส่งขายในตลาดต่างประเทศได้เพราะไม่มีผู้ซื้อ เนื่องจาก INCB จะไม่รับรอง ให้มีการซื้อขายกัญชากับประเทศที่ฝ่าฝืนนโยบาย INCB ซึ่งจะ ทำให้การซื้อขายกัญชากระทำได้ยากมาก หรือไม่สามารถทำได้เลย

5.2.1.2 ประเด็นจุดประสงค์ของนโยบายกัญชา

1. ประเทศไทยมีพันธกรณีระหว่างประเทศ ดังนี้

1.1 นโยบายการเปิดกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้รับการยอมรับว่าสามารถกระทำได้ เพราะอยู่ในข้อตกลงระหว่างประเทศ

1.2 นโยบายการเปิดกัญชาเพื่อนันทนาการ ยังทำไม่ได้เนื่องจากยังขัดต่ออนุสัญญาฯ

2. หากกล่าวเฉพาะสิ่งที่สามารถดำเนินการได้เลยในกฎหมายปัจจุบัน ได้แก่

2.1 การปลูกกัญชาโดยกำหนดกลุ่มต่าง ๆ ที่มีหน่วยงานของรัฐ หรือมหาวิทยาลัย ฯลฯ เข้าร่วม สามารถปลูกได้ภายใต้วัตถุประสงค์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย เพียงแต่ต้องขออนุญาตกับหน่วยงานที่มีหน้าที่อนุมัติ

2.2 ผู้ปลูกกัญชาที่เป็นกลุ่มชุมชน และที่สามารถได้รับอนุญาตให้ยื่นคำขอได้ได้แก่ กลุ่มสหกรณ์ การเกษตร กลุ่มวิสาหกิจชุมชน ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มภาคประชาชน

2.3 กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มหมอพื้นบ้าน ที่ผ่านคุณสมบัติได้รับอนุญาตให้สามารถรักษาทางการแพทย์ได้ซึ่งเป็นการขยายภูมิปัญญาของไทยโดยตรง ทั้งหมดนี้ถือเป็นความก้าวหน้าระดับหนึ่งของนโยบายเปิดกว้างในเรื่องกัญชา ซึ่งถ้าสามารถยึดกรอบที่เปิดในวัตถุประสงค์นี้ก็สามารถดำเนินการได้เลย โดยไม่ต้องรอกฎหมายใด และหากว่ายังมีข้อติดขัดในระดับปฏิบัติ ที่สามารถปรับแก้ได้ด้วยอำนาจฝ่ายบริหาร ก็สามารถดำเนินการได้เลย¹

5.2.1.3 ประเด็นการปลูกกัญชาในครัวเรือน

การปลูกกัญชาในครัวเรือน ถือเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมากที่สุด เนื่องจากข้อกำหนดของอนุสัญญาระหว่างประเทศยังไม่อนุญาต เนื่องจาก INCB เห็นว่า ยังมีจุดอ่อนที่จะทำให้เกิดการรั่วไหลไปสู่ตลาดมืดอย่างง่ายดาย เพราะยากต่อการควบคุมให้อยู่ในระบบได้ การปลูกกัญชาในครัวเรือน หากจะผลักดันให้ดำเนินการจริงก็จะต้องมีการเตรียมเงื่อนไขต่าง ๆ ให้พร้อม และที่สำคัญที่สุด คือ ต้องตอบให้ได้ว่ามีวัตถุประสงค์อย่างไร และจะดำเนินการอย่างไรให้เหมาะสม โดยมีข้อพิจารณาในประเด็นนี้

1. การปลูกกัญชาในครัวเรือน พิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่สมควรที่จะดำเนินการในช่วงนี้ เพราะกฎหมายยังไม่สามารถกระทำได้และต้องวางวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนเสียก่อน

2. การปลูกกัญชาในครัวเรือน ถ้ามุ่งเพื่อการแพทย์เพื่อใช้รักษาตัวของครอบครัวนั้น ๆ ประเด็นสำคัญ คือ จะควบคุมคุณภาพในการทำเป็นยาได้อย่างไร และควบคุมการใช้ในทางที่ผิดได้ อย่่างไรกับบุคคลที่ไม่ได้ป่วย แต่ใช้กัญชาในด้านอื่น

3. หากปลูกกัญชาในครัวเรือนเพื่อนันทนาการ ก็จะขัดกับพันธกรณีระหว่างประเทศทั้ง 2 กรณี คือ การปลูกกัญชาในครัวเรือนและใช้เพื่อนันทนาการ

¹ การจัดทำข้อมูลประกอบการหารือเรื่อง นโยบายกัญชา โดยสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

4. การปลูกกล้วยาในครัวเรือน ถือเป็นความเกี่ยวข้องต่อการปลูกและไปสู่ตลาดมีได้อย่างง่ายดาย ในประเทศ ที่ให้มีการปลูกกล้วยาในครัวเรือน ภาครัฐจะกำหนดเงื่อนไขเรื่องความจำเป็นที่ต้องขอปลูกเอง รวมถึงกฎเกณฑ์อย่างมากมาย เช่น กำหนดให้มาขึ้นทะเบียนขออนุญาต กำหนดจำนวนต้น มีข้อปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ถ้ามีการฝ่าฝืน เช่น ปลูกเกินจำนวน ก็จะได้รับโทษจำคุกทางอาญาถึง 10 ปี เช่น กรณีกฎหมายของแคนาดา

5.2.1.4 ประเด็นการปลูกกล้วยากับผลในทางเศรษฐกิจ

สำหรับการปลูกกล้วยากับผลในทางเศรษฐกิจ มีข้อพิจารณา ดังนี้

1. มีการประมาณการทางธุรกิจว่า ธุรกิจกล้วยาสามารถสร้างมูลค่าเป็นจำนวนมาก เพราะกล้วยาเป็นตลาดที่สามารถขยายกว้างในตลาดต่างประเทศ หลายประเทศจึงมีความพยายามที่จะส่งเสริมธุรกิจในด้านนี้

2. แต่ธุรกิจกล้วยาระหว่างประเทศ ไม่ใช่การค้าขายเหมือนเช่นสินค้า (Product) ปกติทั่วไป เพราะข้อกำหนดระหว่างประเทศยังจัดกล้วยาเป็นยาเสพติด จึงต้องมีเงื่อนไข การควบคุม และหลักเกณฑ์เป็นพิเศษและเข้มงวด โดย INCB

3. การค้ากล้วยาระหว่างประเทศ จะต้องมีเงื่อนไข ดังนี้

3.1 จะต้องเป็นกล้วยาที่มีคุณภาพดีเป็นมาตรฐานเหมือนกัน มีการลงทุนสูง ปลอดภัย โลหะหนักและ สารปนเปื้อน เพราะจะเอาไปใช้ทางการแพทย์ซึ่งเรียกว่า Medical Grade ลักษณะการปลูกแบบนี้การปลูกแบบครัวเรือน ไม่สามารถปลูกได้เพราะไม่สามารถคงมาตรฐานการปลูกได้เท่ากันทุกต้น

3.2 จะต้องมี การติดต่อล่วงหน้าระหว่างผู้ปลูกกับผู้ซื้อ โดยประเทศผู้ปลูกต้องได้รับการติดต่อจากประเทศผู้ต้องการซื้อ และประเทศที่ต้องการซื้อต้องมีประเทศแหล่งปลูก และนำจำนวนที่ต้องการทั้งผู้ปลูกและผู้ซื้อ แจ้งกับ INCB เป็นกลไกควบคุม หากไม่มีการดำเนินการแบบนี้ จะไม่สามารถค้ากล้วยาระหว่างประเทศได้ ทั้งนี้การปลูกกล้วยาเพื่อส่งออก โดยไม่แจ้งกับ INCB จึงไม่สามารถดำเนินการได้เลย ข้อพิจารณาในประเด็นนี้ เช่น

1. การค้ากล้วยาระหว่างประเทศ เป็นกล้วยาที่มีคุณภาพสูง มีการปลูกที่มีมาตรฐานมาก ถ้าไม่มีมาตรฐาน ถึงขนาดนี้ก็จะไม่มีประเทศไหนมาติดต่อซื้อกล้วยา รวมทั้งต้องมีการแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ปี

2. ดังนั้น ความหวังที่จะให้กล้วยาในครัวเรือน สามารถขายได้ในราคาดีในตลาดกล้วยาระหว่างประเทศ แทบไม่มีทางเป็นไปได้เพราะกล้วยาในครัวเรือนที่ปลูกกันแค่ไม่กี่ต้นต่อครัวเรือน จะเป็นกล้วยาที่มีคุณภาพ มาตรฐานที่แตกต่างกันมาก เนื่องจากไม่สามารถมีการควบคุมคุณภาพและเงื่อนไขที่เหมือนกันได้ซึ่งจะไม่ใช่ที่ ต้องการของตลาดการค้าระหว่างประเทศ

3. เมื่อพิจารณาสภาพและเงื่อนไขดังกล่าว กัญชาในครัวเรือนก็จะกลับมาขายในประเทศเท่านั้น และมีโอกาสสูงที่จะขายหรือใช้ในตลาดมืด เนื่องจากตลาดกัญชาที่ใช้อย่างถูกกฎหมาย มิใช่ว่าจะมีตลาดกว้างมากนัก

4. การปลูกกัญชาเพื่อค้าระหว่างประเทศ จะต้องเป็นกัญชาที่ดำเนินการโดยใช้ทุนสูง มีมาตรฐานที่เชื่อถือได้ ได้รับการตรวจสอบยืนยันอย่างชัดเจน ซึ่งจะต้องดำเนินการที่เป็นธุรกิจเท่านั้น และที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยที่เป็นรายใหม่ ถ้าจะดำเนินการอย่างจริงจังต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีจากนี้ เนื่องจากต้องมีตลาด ผู้ซื้อและแจ้ง INCB ล่วงหน้า²

5.2.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมาย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมายและมาตรการควบคุมกัญชาทั้งระบบ ตั้งแต่การปลูก การผลิต การจำหน่ายแจก การใช้ประโยชน์ จะต้องไม่ให้มีการรั่วไหลอย่างเด็ดขาด เช่น

5.2.2.1 ข้อเสนอแนะให้มีการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถใช้กัญชาในทางการแพทย์ เช่น อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี การอนุญาตให้ใช้ในผู้ป่วยอายุน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขพิเศษเท่านั้น เช่น ต้องมีข้อบ่งชี้ในการใช้ที่ชัดเจนและเป็นทางเลือกสุดท้าย และผู้ดูแลเด็กจะต้องได้รับการอนุญาต และมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น เนื่องจากความเสี่ยงต่อสุขภาพในเด็กมีมากกว่าในผู้ใหญ่

5.2.2.2 ข้อเสนอแนะให้การใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคควรเป็นการรักษาทางเลือกสุดท้าย กล่าวคือ ควรมีข้อจำกัดในการใช้กัญชาในการรักษาโรคไว้เฉพาะการรักษาที่เป็นทางเลือกสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีอื่นแล้วเท่านั้น เช่นเดียวกับกรณีของสหราชอาณาจักร

5.2.2.3 ข้อเสนอแนะในการออกกฎหมายรองรับกัญชาทางการแพทย์

จากการศึกษากฎหมายของต่างประเทศข้างต้น เห็นว่าในต่างประเทศมีการออกกฎหมาย เพื่อรองรับการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ไว้ เช่น พระราชบัญญัติกัญชาของประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร รวมถึงสหรัฐอเมริกา โดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) ต้องมีกฎหมาย ข้อกำหนด กฎระเบียบในการควบคุมกระบวนการปลูก การผลิต การใช้และการจัดจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน รวมทั้งการกำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

² เพิ่งอ้าง.

2) การจำหน่าย ห้ามจำหน่ายแบบบรรจุภัณฑ์ ห้ามติดฉลากผลิตภัณฑ์กัญชา ห้ามขาย กัญชาผ่านจอแสดงผลต่างๆ

3) การปลูก การผลิต การครอบครอง การนำเข้า การส่งออก การใช้ และการจำหน่าย ต้องเป็นระบบใบอนุญาต (Licensing System) เท่านั้น และกำหนดหลักเกณฑ์โดยละเอียด

4) การกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายยา การออกใบสั่งยา หรือหนังสือรับรองให้แก่ ผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบการติดตามกัญชาที่เข้มงวด

5) การกำหนดมาตรการพิเศษอื่นๆ ในการควบคุมกัญชา เช่น การเก็บภาษีกัญชา อย่างเช่นในมลรัฐโคโลราโด ซึ่งเป็นมลรัฐแรกในสหรัฐอเมริกาที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาได้อย่าง ถูกกฎหมายและมีการจัดเก็บภาษีกัญชาในรูปแบบเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ เพื่อนำ รายได้เข้าสู่รัฐในรูปแบบของภาษีสรรพสามิต และภาษีขายซึ่งสร้างรายได้ให้กับประเทศอย่าง มหาศาล

5.2.2.4 แนวทางการควบคุมการสั่งใช้สารสกัดจากกัญชาใช้ในโรคหรือภาวะที่มีข้อบ่ง ชี้ เพื่อเสริมจากการรักษาด้วยวิธีตามมาตรฐาน ดังนี้

1) สถานบริการสุขภาพต้องขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่กำกับดูแล เพื่อควบคุม กำกับ การใช้สารสกัดจากกัญชาให้มีประสิทธิภาพ

2) ต้องคัดกรอง วินิจฉัย และ ประเมินทางคลินิกผู้ป่วย ว่ามีข้อบ่งชี้ และจำเป็นต้องใช้ สารสกัดจากกัญชาในการรักษา

3) มีระบบติดตามผลการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของสารสกัดจากกัญชา รวมถึง การนำสารสกัดจากกัญชาไปใช้ที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์ในการรักษา

4) แพทย์ผู้สั่งใช้ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และที่ได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรแพทย์เฉพาะทางในโรคที่มีข้อบ่งชี้ ผ่านหลักสูตรการอบรมการใช้สารสกัดจาก กัญชาในทางการแพทย์ ขึ้นทะเบียน และได้รับอนุญาตให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดจากกัญชาได้ มีการ บันทึกรายการสั่งใช้สารสกัดจากกัญชา โดยระบุรายละเอียดสถานบริการสุขภาพ แพทย์ผู้สั่ง คำสั่งการ ใช้ยา รายละเอียดผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียน รับทราบผลดีและผลเสียก่อนตัดสินใจเข้ารับ การรักษาด้วยความสมัครใจ โดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

5) แนวทางการใช้สารสกัดจากกัญชาเพื่อการวิจัย การสกัดจากกัญชาในทุกรูปแบบ ต้องปราศจากสารอันตรายที่อาจปะปน อาทิ สารโลหะหนัก เชื้อรา เป็นผลิตภัณฑ์จากการผลิตครั้ง เดียวกันทั้งหมด ทราบปริมาณ และอัตราส่วนที่แน่นอนของสารสำคัญ ผู้วิจัยหลักต้องเป็น ผู้เชี่ยวชาญในโรคหรือภาวะที่ทำการศึกษาวิจัย มีความพร้อมในการดูแลอาสาสมัคร หากเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยต้องขึ้นทะเบียนการใช้สารสกัดจากกัญชา มีระบบควบคุมสารสกัด

จากัญญาเป็นอย่างดี การนำสารสกัดจากัญชามาใช้ทางการแพทย์ จำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิผล
ที่ได้ และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

ทั้งนี้ เพื่อให้การใช้ัญญาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปตามเจตนารมณ์และ
วัตถุประสงค์ที่มุ่งเน้นประโยชน์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และป้องกันมิให้เกิดการใช้
ัญญาในทางที่จะเกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กัลยรักษ์ บวรเศรษฐาสกุล. การยกเลิกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดศึกษากรณี:

การเสพและการครอบครองกัญชา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2558.

การขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายยาเสพติด : แนวทางใหม่สู่การลดทอนความเป็นอาชญากรรม

ทางคดียาเสพติด คณะกรรมการสภาเกล้าด้วยนโยบายยาเสพติด รายงาน ปี ค.ศ. 2016.

กอบกุล จันทวโร. กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาเสพติด : ในมิติของการปราบปราม

การลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล. ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

“คู่มือการดำเนินการสำหรับแจ้งการครอบครองกัญชา ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.”

<http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Pages/main.aspx>

คู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์หรือการจำหน่ายยาเสพติดที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ กองควบคุมวัตถุ

เสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2556.

คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ Cannabis for Medical กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/2562 (กรกฎาคม 2562).

จักรพรรดิ เสริมเต็มจันทร์. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมพืชเสพติด โดยแพทย์และ

การสาธารณสุขศึกษาเฉพาะกรณี กัญชา และกระท่อม. ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

ฉัตรสมน พดพิภิญโญ. “กฎหมายควบคุมยาเสพติดเปรียบเทียบ.”

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. ปีที่ 3. ฉบับที่ 2.

น. 148-166 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2560).

ชาญชัย เอื้อชัยกุล. พืชกัญชา: ประโยชน์ โทษและข้อเสนอการพัฒนากากาบดูแล.

ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

ธานี วรภัทร์. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของไทยในสถานะผู้เสพยาเสพติดประเภทกัญชา.

กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2562.

ธานี วรภัทร์. “กฎทองของกฎหมายยาเสพติดช่วงเปลี่ยนผ่าน.” วารสารกำลังใจ. ฉบับที่ 6. เล่มที่ 2. น. 36-42 (2561).

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์. “การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์และแนวทางการควบคุม
กรรมการแพทย์.” (14 พฤศจิกายน 2561).

น.พ. สมชาย ชนะสิทธิชัย. กัญชา กับ มะเร็ง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรรมการแพทย์. ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

นันทกาญจน์ สุวรรณปิฎกกุล. รายงานความคืบหน้า โครงการผลิตสารสกัดต้นแบบกัญชา
ทางการแพทย์ องค์การเภสัชกรรม 14 พฤศจิกายน 2561.

นายสง่า อัครปรีดี. การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด. ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. การใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์แผนไทย กรรมการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก 14 พฤศจิกายน 2561.

แนวทางการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชา พ.ศ. 2561 ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ
ควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 394-9/2561 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2561.

บุศรา เข้มทอง. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย. ม.ป.ท: ม.ป.พ, ม.ป.ป.

ประภัสสร สหายชล. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดประเภท 5 : ศึกษากรณีกัญชา.
ม.ป.ท: ม.ป.พ, 2555.

พีรพจน์ ปิ่นทองดี. “กัญชา: กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์.”
วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ 6. ฉบับที่ 3. (กรกฎาคม-กันยายน 2561).

มานพ คณะโต. พูนรัตน์ลียติกุล และสุจิตตา ฤทธิมนตรี. “รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและ
การจัดการปัญหา กัญชา: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา.”
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.

ระบบการกำกับดูแลควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ และร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เลขานุการ
คณะกรรมการอาหารและยา โครงการสร้างความรับรู้และความเข้าใจในการใช้ประโยชน์
กัญชาทางการแพทย์ วันพุธที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561.

รวมกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560).

และ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 กองกฎหมาย สำนักงาน
ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชนิตา ภาวสุทธิไพสิฐ. “ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการ
ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา.”

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 12. ฉบับที่ 1. น. 71-94 (มกราคม-มีนาคม 2561).

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชนิตา ภาวสุทธิไพสิฐ. “ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการ
ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปีที่ 12. ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2561).

วีรยา ถาอุปชิต และ นุศราพร เกษสมบุรณ์. “การใช้กัญชาทางการแพทย์.”

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. ปีที่ 13. ฉบับพิเศษ. (มกราคม – มีนาคม 2560).

เอกสารประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ..)พ.ศ.(นายสมชาย
แสวงการ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ กับคณะ เป็นผู้เสนอ)บรรจุระเบียบวาระการ
ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 80/2561 วันศุกร์ที่ 23 พฤศจิกายน 2561.

ภาษาต่างประเทศ

Canada Gazette Part II Vol. 152, No. 14 OTTAWA, Wednesday, 11 July 2018.

Cannabis Regulations SOR/2018-144 Current to June 20, 2019 Last amended on January 15,
2019.

“Cannabis Act S.C. 2018, c. 16.”

<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-24.5/page-1.html>, 17 October 2019.

“Cannabis in Canada.”

<https://www.canada.ca/en/services/health/campaigns/cannabis.html>, 18 November 2019.

Damien Gayle. “Medicinal cannabis: how two heartbreaking cases helped change law.”

<https://www.theguardian.com/society/2018/jul/26/medicinal-cannabis-how-two-heartbreaking-cases-helped-change-law>, 26 July 2018.

“Government announces that medicinal cannabis is legal.”

<https://www.gov.uk/government/news/government-announces-that-medicinal-cannabis-is-legal>, 11 October 2018.

Statutory Instruments 2018 SOR/2018-125 to 149 and 151 to 155 and SI/2018-46 to 52

pp. 2309 - 2993.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-education/cannabis/laws-regulations.html>

<https://www.gov.uk/government/news/government-announces-that-medicinal-cannabis-is-legal>

https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_cannabis_in_the_United_States

<http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>

<https://thaipublica.org/2018/11/cannabis-medical-thai-02/>

Medical use of cannabis and cannabinoids European Monitoring Centre

for Drugs and Drug Addiction Questions and answers for policymaking December 2018.

“Medical cannabis in the United States.”

https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_cannabis_in_the_United_States, 1 February 2020.

“State Medical Marijuana Laws.”

<http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>, 10 March 2020.

“The Misuse of Drugs (Amendments) (Cannabis and Licence Fees) (England, Wales and

Scotland) Regulations 2018.” <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/1055/made>,

1 November 2018.

UNGASS 2016 United Nations General Assembly Special Session 2016 ทบทวนแนวทางปฏิบัติ

เพื่อบรรลุเป้าหมายของอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านยาเสพติด

“West Virginia Code: CHAPTER 16A. MEDICAL CANNABIS ACT.”

<https://www.wvlegislature.gov/wvcode/code.cfm?chap=16A&art=1>, 31 December 2019.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล
ประวัติการศึกษา

อุมักัญญ์ ไกรฤกษ์
พ.ศ. 2548 นิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง)
มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
พ.ศ. 2549 ประกาศนียบัตรวิชาว่าความ รุ่นที่ 25
สำนักฝึกอบรมวิชาว่าความแห่งสภานายความ
พ.ศ. 2552 เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 61
สำนักฝึกอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา

