

ปัญหากฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

วิเชษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2560

Medical and Public Health Law Problems of Amphetamines and Derivatives

Wichet Sinprasitkul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law

Pridi Bhanomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2017



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหากฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขของสารแอมเฟตามีนและ
อนุพันธ์


เสนอโดย นายวิชษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล

สาขาวิชา นิติศาสตร์

หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล)

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

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

.....กรรมการ
(อาจารย์กอบกุล จันทวโร)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว

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

วันที่ ๐๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาทางกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขของสารแอมเฟตามีนและ อนุพันธ์
ชื่อผู้เขียน	วิเชษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาทางกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ศึกษามาตรการที่เหมาะสมกับผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ นำผลที่ได้ไปเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้มีความเหมาะสมต่อไป โดยศึกษาจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของประเทศไทยและต่างประเทศ อีกทั้งศึกษาการบัญญัติประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์รวมถึงมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาทางกฎหมายของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ส่งผลให้คดีอาญาเพื่อและก่อให้เกิดปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 ในปีพุทธศักราช 2539 ทำให้ผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ถูกบังคับโทษทางอาญาอย่างมากมาย จากการศึกษาหลักการสากลขององค์การสหประชาชาติประกอบกับกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐโปรตุเกส และสาธารณรัฐฝรั่งเศสพบว่า การบัญญัติเกี่ยวกับประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศเหล่านี้ บัญญัติให้เป็นเพียงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเท่านั้น มีความถูกต้องตามกฎหมายระหว่างประเทศ คือ อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 มีมาตรการในการดูแลผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดอย่างเหมาะสม ไม่ใช่โทษทางอาญากับผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ อีกทั้งสาธารณรัฐโปรตุเกสยังลดทอนความผิดทางอาญาโดยการยกเลิกความผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดทั้งหมดที่มีความน่าสนใจอย่างยิ่ง เนื่องจากทำให้ปัญหาเสพติดในสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นลดลงอย่างมาก

ด้วยเหตุนี้ข้อมูลจากประเทศที่ศึกษามาดังกล่าวข้างต้นมีประโยชน์ที่นำมาพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศไทยให้มีความเป็นสากลมากขึ้น เช่น บัญญัติประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้เหมาะสมกับข้อมูลทางการแพทย์บูรณาการกับหลักทฤษฎีของกฎหมายรวมถึงข้อตกลงระหว่างประเทศ นำไปสู่ยกเลิกความผิดทางอาญาเกี่ยวกับการเสพหรือเป็นผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ทำให้มีกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่มีความเป็นธรรมและสามารถนำมาตรากฎทาง การแพทย์และสาธารณสุขมาปฏิบัติกับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยตามหลักการสิทธิมนุษยชน และพัฒนาไปสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูแบบสมัครใจอันเป็นวิธีปฏิบัติตามหลักสากล



Thesis Title	The Problem of Medical and Health Law of Amphetamines and Derivatives
Author	Wichet Sinprasitkul
Advisors	Assistant Professor Dr. Thanee Voraputr
Program	Law
Academic Year	2017

ABSTRACT

The purposes of this thesis were to study the problem of medical and health law of Amphetamines and derivatives and the procedures that appropriately suite for the Amphetamines and derivatives addicts. The obtained result from the study of the drug lawin Thailand and other countries,the prescription of Amphetamines and derivatives and medical and health procedureswill be used as a suggestion for modifying the Amphetamine and derivatives law more appropriately.

From the study, it showed that the problem of medical and health law of Amphetamine and derivatives caused an over criminalization. It made out-number of prisoners that the prisoncan't handle. After the changing the law of Amphetamine and derivatives from psychotropic substance type two into narcotic drug type one in 1996, it forced the Amphetamine and derivatives' users or addicts to be subjected to criminal penalties. From the study from USA, Germany, Portugaland France' law showed that its prescription was just psychotropic substances which were correct according to the international law, theconvention on psychotropic substances 1971 and the procedures for users and addicts were appropriate which no criminal penalty conducted to them. In addition, Portugal also reduced the criminal penalty by forfeit the penalties that concerned of all drug. It was very interesting, because the drug problem in Portugal was greatly reduced.

Therefore the obtained data from the studied countries that mentioned before became valuable for the developing and modifying of Thailand's Amphetamine and derivatives lawto be more international. For example, changing the prescription type of Amphetamine and derivatives according to the applied medical data, law's theory and the international agreement, which forfeit the criminal penalties of using or being amphetamine and derivatives addict. It made the law of Amphetamine and derivatives became fairer and allowed to use the medical and health procedures

with the uses or addicts who are patients without violating their human rights and it improved the self-volunteer-rehab system which was the international procedure.



กิตติกรรมประกาศ

ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณต่อท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์ ที่กรุณาได้รับเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และกรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ จนทำให้ผู้เขียนจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้เป็นผลสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อท่านศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อท่านอาจารย์ ดร.นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย และท่านอาจารย์กอบกุล จันทวโร ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง เป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ที่ทำให้ผู้เขียนมีโอกาสดำเนินการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา ของผู้เขียนคือ นายชนวัฒน์ สิ้นประสิทธิ์กุล และนางวีร์สุดา สิ้นประสิทธิ์กุล ที่ให้โอกาสในการศึกษาเล่าเรียน ให้ความสำคัญและเสียสละความสุขส่วนตัวส่งผู้เขียนเรียนจบเป็นมหาบัณฑิตได้สำเร็จ ขอขอบพระคุณครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณปู่สุทัศน์ สิ้นประสิทธิ์กุล ที่คอยเป็นกำลังใจให้ผู้เขียนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่ให้กำลังใจถามไถ่ผู้เขียนในเรื่องวิทยานิพนธ์ และช่วยเหลือผู้เขียนในทุก ๆ เรื่อง ด้วยดีตลอดมา

นอกจากนี้ยังต้องขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาคณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการจัดสอบด้วยดีเสมอมา อีกทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามมาจนครบได้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ หากมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาอยู่บ้าง ผู้เขียนขอมอบบูชาพระคุณบิดา มารดา คุณครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณต่อผู้เขียนทุกท่าน ส่วนขอบกพร่อง ๆ ผู้เขียนน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

วิเศษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๖
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญตาราง	๘
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	7
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	7
1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	8
1.6 นิยามศัพท์.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2. แนวคิดทฤษฎี ข้อมูลทางการแพทย์และกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	10
2.1 หลักการ แนวคิด ทฤษฎีว่าด้วยสิทธิ เสรีภาพ และสิทธิมนุษยชน.....	11
2.2 หลักการและทฤษฎีว่าด้วยความได้สัดส่วน.....	17
2.3 หลักการ แนวคิดและทฤษฎีทางกฎหมายอาญา.....	20
2.4 ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีน และอนุพันธ์.....	28
2.5 กฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีน และอนุพันธ์.....	62
3. กฎหมายและนโยบายระหว่างประเทศและมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในต่างประเทศ.....	92
3.1 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	92
3.2 กฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน.....	101

สารบัญ (ต่อ)	
บทที่	หน้า
3.3 องค์การและนโยบายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง.....	104
3.4 กฎหมาย นโยบายและมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างประเทศ.....	116
4. วิเคราะห์มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการบำบัดรักษา	
ผู้เสพยาและผู้ติดยาแอมเฟตามีน.....	153
4.1 การบัญญัติกฎหมายที่เหมาะสมกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	153
4.2 ผลกระทบของการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์	
ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.....	157
4.3 วิเคราะห์และเปรียบเทียบมาตรการทางสาธารณสุขในการบำบัดผู้เสพยาหรือ	
ผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	160
4.4 วิเคราะห์ความผิดที่เกี่ยวกับการเป็นผู้เสพยาหรือติดยาแอมเฟตามีน	
และอนุพันธ์.....	164
4.5 วิเคราะห์นโยบายเกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	168
4.6 วิเคราะห์แนวทางในอนาคตของกฎหมายที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	171
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	173
5.1 บทสรุป.....	173
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	176
บรรณานุกรม.....	179
ประวัติผู้เขียน.....	187

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ตารางแสดงสถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2554-2559.....	3
2 ตารางแสดงสถิติจำนวนของผู้ป่วยยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์โดยจำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559.....	5
3 ตารางแสดงสถิติจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์คดียาเสพติดทั่วประเทศ (พ.ศ. 2555-2558)...	6
4 ตารางแสดงสถิติจำนวนคดีอาญาทั่วประเทศที่ขึ้นสู่การพิจารณาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และคดีอาญาเฉพาะความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ (พ.ศ. 2554-2559).....	66
5 ตารางแสดงผลที่ตามมาจากการเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์.....	107

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันยาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศโดยเฉพาะในเรื่องของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหลากหลายประเทศนั้น ได้มีมาตรการแก้ไขปัญหาก็แตกต่างกัน ส่วนประเทศไทยในปัจจุบันยังคงพบกันปัญหาของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาในการแก้ไขปัญหาก็กับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดไม่ได้ทำให้ปัญหานั้นหมดไป ทั้งที่การจัดการเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดนั้นเป็นปัญหาหลักระดับชาติมาโดยตลอด จึงถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญตลอดทุกยุคสมัย ซึ่งภาพรวมสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน มีทั้งการผลิต การค้า การลักลอบนำเข้า การจำหน่าย (การขาย) การครอบครอง จนกระทั่งการเสพ เช่น ประเทศเมียนมาร์ มีสถานะเป็นผู้ผลิตยาเสพติดหลักของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้า และที่กำลังเป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่น คือ ยาไอซ์ แต่ยังคงผลิตยาบ้าส่งมายังประเทศไทยเป็นหลัก ซึ่งนับจากปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าได้เข้ามาแทนที่เฮโรอีนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจนถึงปัจจุบัน โดยมีกลุ่มที่ผลิตยาเสพติดในพื้นที่ของชนกลุ่มน้อยอยู่หลายกลุ่ม โดยมีโรงงานที่มีศักยภาพในการผลิตยาเสพติดจำนวนมากมักจะอยู่ในพื้นที่ของกองกำลังติดอาวุธ ในอนาคตคาดว่าโรงงานผลิตจะมีขนาดที่ขยายใหญ่มากขึ้น สืบเนื่องมาจากองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการผลิต ประเทศเมียนมาร์ก็มีความพยายามในการแก้ปัญหา มีความพยายามเจรจากับชนกลุ่มน้อยกลุ่มต่างๆ แต่ก็มีแนวโน้มว่าจะยังไม่สามารถควบคุมหรือเจรจาได้ภายในปี พ.ศ. 2557 จึงมีกำหนดเลื่อนว่าจะทำให้ประเทศเมียนมาร์ปลอดยาเสพติดนั้นเลื่อนออกไปอีก 5 ปี เป็นปี พ.ศ. 2562

เมื่อย้อนกลับมาดูปัญหาภายในประเทศไทยนั้นพบเป็นแหล่งผลิตยาบ้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2546 พบการจับกุมแหล่งผลิตได้จำนวนมารวม 76 ครั้ง¹ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2549 พบการจับกุมอีก 1 ครั้ง และ ปี พ.ศ. 2553-2556 พบการจับกุมรวม 22 ครั้ง แต่ในปี พ.ศ. 2557 ไม่พบการจับกุม ซึ่งในขณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2557 นั้นสามารถจับกุมยาบ้าได้ 61.65 ล้านเม็ด จากเดิม 61.85 ล้านเม็ด ซึ่งหากมีการพิจารณาเป็นรายภาค ยังคงพบว่า พื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยนั้นยังเป็นพื้นที่หลักในการลักลอบนำเข้ายาบ้า โดยในช่วงปี พ.ศ. 2552-2557 มีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 83.1-93.3 เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้กับแหล่งผลิตในประเทศเมียนมาร์ ส่วนสถานการณ์การค้ายาเสพติดอย่างยาบ้า นั้นในปี พ.ศ. 2547 นั้นสามารถยึดยาบ้าได้ 37 ล้านเม็ด และลดลงเรื่อยๆเหลือ 11.9 ล้านเม็ดในปี พ.ศ. 2550 หลังจากนั้นเป็นต้นมา ปี พ.ศ. 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 นั้นสามารถยึดยาบ้าได้ทั้งหมด 98.6 ล้านเม็ด จากข้อมูลพบว่า ยาบ้า นั้น มีการกระจายตัวไปทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยพบว่า พื้นที่การค้ามากที่สุดยังคงเป็นกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ซึ่งปัญหายาเสพติดในปัจจุบันจำนวนคดีอาญาที่ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลอันดับที่ 1 คือ คดียาเสพติดมาโดยตลอด เนื่องจากมีข้อหาที่เป็นความผิดอาญา อีกทั้งมีกระบวนการก่อนและขณะการพิจารณาคดีที่เอื้อให้เกิดจำนวนคดีที่มากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลไปยังกรมราชทัณฑ์อันมีหน้าที่บังคับโทษทางอาญาทำให้เกิดปัญหานักโทษเกินกว่าจำนวนมาตรฐานของเรือนจำที่สามารถจะรับได้ ซึ่งข้อหาที่มักจะถูกจับกุมอยู่บ่อยครั้ง คือ ข้อหาเสพ ครอบครอง ครอบครองเพื่อจำหน่าย รวมถึงการจำหน่ายยาเสพติด ซึ่งยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า หรือ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นปัญหาหลักในสังคมไทยมาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งมีการพยายามจับกุม ปราบปรามและฟื้นฟูผู้เสพยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการณรงค์ต่างๆ สร้างความหวาดกลัว วิตกกังวล มีรางวัลในการนำจับ มีการต่อรองคำรับสารภาพของผู้ต้องหาเพื่อที่จะนำไปสู่การขยายผลต่าง ๆ ซึ่งมีการแบ่งตามความร้ายแรงประเภทออกเป็น 5 ประเภท ซึ่งปัญหาหลักของยาเสพติดนั้นคือ ยาเสพติดประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตัวอย่างของยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงในประเภท 1 มีเพียงเฮโรอีน (Heroin) แต่สถานการณ์ในเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทยกลับพบว่า กว่าร้อยละ 90 ของผู้ถูกจับกุมดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกคดียาเสพติดล้วนถูกกล่าวหาว่ากระทำ

¹ สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, สถานการณ์ปัญหาเสพติดปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มของปัญหา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.4.

ความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ซึ่งเป็นสารกระตุ้นชนิดหนึ่งในกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS)² ซึ่งผู้ที่ถูกจับกุมนั้นมักจะเป็นผู้เสพหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยมากกว่าผู้ขายหรือผู้ผลิต

จำนวนผลการจับกุมของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในปี พ.ศ. 2559 โดยแยกข้อหาเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยจำนวนคดีทั้งหมด 115,381 คดี จำนวนผู้ต้องหา 122,770 คน แยกข้อหาได้ดังนี้ ข้อหาผลิต 10 คดี ข้อหานำเข้า 135 คดี ข้อหาส่งออก 6 คดี ข้อหาจำหน่าย 12,562 คดี ข้อหาครอบครองเพื่อจำหน่าย 38,606 คดี ข้อหาครอบครอง 28,108 คดี ข้อหาเสพ 46,120 คดี³ จากสถิติจะเห็นได้ว่าข้อหาเสพมีจำนวนเยอะมากที่สุด และเนื่องจากยังเป็นความผิดทางอาญาอยู่จึงต้องมีการจับกุมดำเนินคดีอยู่

ตารางที่ 1 ตารางแสดงสถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2554-2559

ปี พ.ศ.	จำนวนคดี	จำนวนผู้ต้องหา	น้ำหนักของกลางแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ (กิโลกรัม)
2555	213,648	227,557	10,255.58
2556	263,326	278,401	12998.50
2557	209,430	225,322	11,195.95
2558	179,700	194,376	10981.45
2559	169,488	182,225	13457.10

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

เดิมแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี พ.ศ. 2518 แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ 135 ปี พ.ศ. 2539 กำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตาม

²² สำนักกิจการในพระตำหนักเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, การเปรียบเทียบอันตรายของสารเสพติดชนิดต่างๆและโมดาฟินิล (Modafinil) ทางเลือกแทน (เมท) แอมเฟตามีนกับข้อพิจารณาทางวิทยาศาสตร์และกฎหมาย, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2558), น.6-7.

³ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2559, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2559), น.23.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2539 ทำให้มูลค่าจากเดิมนั้นมีมูลค่าเพียงไม่กี่บาท แต่ยวบ่านั้นปัจจุบันขายปลีกเฉลี่ยอยู่ที่ 100-300 บาทต่อเม็ด⁴

ซึ่งแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ดังกล่าว เป็นสารที่เคยถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการในการใช้ดูแลและรักษาผู้ป่วยในทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคที่เกี่ยวกับพาร์กินสัน โรคสมาธิสั้น โรคลมหลับ⁵ แน่นนอนว่า สารทางเคมีจะมีแต่คุณประโยชน์อย่างเดียวผลข้างเคียงที่อาจจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก็มีเช่นกัน เช่น ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารน้อยลง หากเสพระยะยาวก็จะมีผลทำให้เกิดอาการติดยา มีปัญหาทางโภชนาการ มีปัญหาเกี่ยวกับทางจิตได้⁶ เป็นต้น แต่ถึงอย่างนั้นก็ตามแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไม่ได้มีแต่ผลเสียถึงขนาดไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ หรือ ก่ออันตรายต่อสังคม อีกทั้งยังปรากฏข้อมูลของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติที่สนับสนุนบำบัดผู้เสพยาหรือติดยาเสพติด โดยใช้สังคมในการบำบัดร่วมด้วย⁷ ฉะนั้นจึงบ่งบอกได้ว่า ปัญหาส่วนหนึ่งของแอมเฟตามีนในประเทศไทยนั้นเกิดจากการบัญญัติกฎหมายที่ผิดพลาดเนื่องจากขณะนั้นต้องการดำเนินนโยบายปราบปรามแต่ปัญหาของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นมีความเป็นอาชญากรหรือการก่ออันตรายต่อสังคมมีความรุนแรงอย่างที่กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดได้บัญญัติไว้หรือไม่ อย่างไร

⁴ สำนักกิจการ ในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, สถานการณ์ปัญหาเสพติดปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มของปัญหา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.12.

⁵ CESAR, “Amphetamines,” สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2560, จาก www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/amphetamines.asp

⁶ WHO, Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.3.

⁷ UNODC, การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติดและติดยาเสพติด การบรรยายสรุปสำหรับทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ, 2557), น.1-8.

ตารางที่ 2 ตารางแสดงสถิติจำนวนของผู้ป่วยยาเสพติดของสถาบันชันัญญารักษ์โดยจำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559

ปีงบประมาณ	2555	2556	2557	2558	2559
ผู้ป่วยทั้งหมด	9,715	7,960	7,707	5,666	5,901
ชาย	8,484	6,854	5,999	4,744	5,105
หญิง	1,234	1,106	1,072	922	796

ที่มา : สถาบันชันัญญารักษ์

ปัจจุบันซึ่งเป็นที่น่าแปลกใจว่า ทำไมระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา นั้น คติยาเสพติดไม่ได้มีอัตราคดีที่ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลที่ลดลงแต่อย่างใดกลับมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ได้มีการกำหนดสารดังกล่าวนี้ให้เป็นยาเสพติดร้ายแรง ทำให้เกิดผลทางกฎหมายที่มีโทษทางอาญาที่ค่อนข้างรุนแรงเกี่ยวกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเป็นที่เข้าใจได้ว่า เจตนารมณ์ทางกฎหมายต้องการเน้นนโยบายปราบปรามยาเสพติดให้หมดไปจากประเทศไทย ควรจะนำไปใช้กับความผิดที่เกี่ยวกับผู้ผลิต ผู้ขนส่ง ผู้นำเข้า ผู้จำหน่ายที่เป็นอาชญากร โดยแท้จริงเท่านั้น โดยปรากฏจากพิจารณาทางคดีได้โดยแท้จริงว่า เป็นอาชญากรต้องลงโทษทางอาญาตามกฎหมาย แต่ถึงอย่างไรก็ตีกฎหมายยาเสพติดในปัจจุบันกลับทำให้สถานการณ์ในเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทยกลับพบว่า กว่าร้อยละ 90 ของผู้ถูกจับกุมดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกคดียาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด ซึ่งทำให้ไม่มีความเหมาะสมกับความรุนแรงของอาชญากรรม เนื่องจากหลายประเทศเริ่มยอมรับว่า เป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร เพียงแต่ต้องได้รับการบำบัดการทางแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น และพบความจริงว่า แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ได้รุนแรงอย่างที่กำหนดไว้ในประเภทของยาเสพติดประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 พ.ศ. 2539

ตารางที่ 3 ตารางแสดงสถิติจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์คดียาเสพติดทั่วประเทศ (พ.ศ. 2555-2558)

ประจำปี พ.ศ.	ชาย	หญิง	รวม	เทียบกับผู้ต้องขังทั้งหมด (%)
2560	190,690	33,353	224,043	72.72
2559	176,212	32,179	208,391	71.94
2558	64,039	17,682	81,721	25.79
2557	112,040	22,122	134,162	67.00
2556	166,530	33,923	200,453	73.06

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์

ทำให้ต้องนำมาทบทวนใหม่ว่า แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น มีความร้ายแรงตามที่กำหนดโทษหรือประเภทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดหรือไม่ อีกทั้งมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างรุนแรงในการบังคับโทษผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด แต่โทษที่นำมาใช้บังคับกับผู้กระทำความผิดนั้นเป็นโทษจำคุกเป็นส่วนใหญ่ แล้วจึงนำไปบังคับบำบัด โดยการบำบัดนั้นเป็นการบำบัดแบบบังคับให้หายจากอาการติดยาเสพติด หากไม่สามารถหายได้เป็นปกติต้องกลับไปปรับโทษจำคุกเช่นเดิม จึงต้องมีการศึกษาถึงความเหมาะสมต่อไปที่เกี่ยวกับมาตรการกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ซึ่งประเทศในแถบทวีปยุโรปเริ่มนำมาใช้แล้วได้ผลดีเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องตามหลักกฎหมายและถูกพหุวินิจฉัยของผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญที่การลงโทษทางอาญาแต่เพียงอย่างเดียว แต่ใช้หลักการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์มาแก้ไขผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยตรง ซึ่งมีมาตรการกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขหลากหลายประการที่น่าสนใจ ซึ่งจะได้นำมาศึกษาและวิเคราะห์ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

3. เพื่อศึกษามาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขของต่างประเทศที่เหมาะสมกับผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

4. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้เหมาะสมกับความเป็นธรรมต่อไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจุบันแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงเทียบเท่ากับเฮโรอีนตามกฎหมาย ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาอย่างมากมาย ส่งผลให้เกิดภาวะนักโทษล้นเรือนจำ ผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ถูกปฏิบัติที่ขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนไม่ว่าจะเป็นทั้งกระบวนการบำบัดรักษาหรือแม้กระทั่งการลงโทษ ซึ่งบทกำหนดโทษกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไม่สัมพันธ์กับความร้ายแรงแห่งความผิดของการกระทำของผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์แต่อย่างใด ผู้เสพหรือผู้ติดสารดังกล่าวนั้นควรถือเป็นเพียงผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลอย่างผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน มิใช่ดูแลโดยผู้คุมเรือนจำ การศึกษานี้เพื่อจะ ทำให้มีการพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันนำไปสู่ การกำหนดประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้ถูกต้องตามกฎหมายระหว่างประเทศและ หลักการทางการแพทย์ที่ควรจะเป็นของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีนนั้น ไม่ควรมีโทษทางอาญา และจึงควรมีมาตรการทางกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักการแพทย์และ สาธารณสุขที่เหมาะสมตามหลักการสากลต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560 ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด ประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด ประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ มาตรการต่าง ๆ เปรียบเทียบและศึกษากฎหมาย ข้อเท็จจริง ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด การจัดประเภทของแอมเฟตามีน และอนุพันธ์ในต่างประเทศ มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่นำมาดูแลรักษาฟื้นฟูผู้เสพ และผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบกับทฤษฎีทางกฎหมายอาญาเพื่อ นำไปสู่การแก้ไขบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้องตามหลักกฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุข และนำไปสู่

การแก้ไขปรับปรุงกับกฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรมในการจัดประเภทของสารและมาตรการต่าง ๆ มากขึ้น

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary Legal Research) ศึกษาจากประวัติศาสตร์ คำอธิบาย มาตรการและบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องเชิงเอกสาร รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มาเปรียบเทียบระหว่างกฎหมาย แนวคิดและงานวิจัยการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูทางการแพทย์เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์แอมเฟตามีนของประเทศไทยกับต่างประเทศ

1.6 นิยามศัพท์

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้กำหนดนิยามศัพท์ที่ใช้การทำวิทยานิพนธ์ได้ดังนี้

“แอมเฟตามีนและอนุพันธ์”⁸ หมายความว่า แอมเฟตามีน (Amphetamine) และกลุ่มสารที่มีลักษณะทางเคมีคล้ายกับแอมเฟตามีนและมีฤทธิ์กระตุ้นคล้ายแอมเฟตามีน รวมถึงเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เมทคาทีโนน (Methcathinone) เฟเนทิลีน (Fenetylline) เมธิลเฟนิเดต (Methylphenidate) อีฟีดรีน (Ephedrine) ชูโดอีฟีดรีน (Pseudoephedrine) และเอ็มดีเอ็มเอ (MDMA: 3,4-Methylenedioxynethamphetamine) หรือ เอ็กซ์ตาซี (Ecstasy) เป็นต้น

“เสพ”⁹ หมายความว่า การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด

“ผู้ติดยาเสพติด”¹⁰ หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

“การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด” หมายความว่า การลดความเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจขึ้นจากการใช้ยาเสพติดของตนเอง ครอบครัว และสังคม ผู้ที่ใช้ยาเสพติดอาจยังเลิกใช้ยาไม่ได้ทันที ฉะนั้นระหว่างที่กำลังพยายามเลิก จึงควรมีวิธีการลดอันตราย จากการติดและถ่ายทอด

⁸ มานพ คณะโต, บสพร อนุสรณ์พาณิชย์กุล และวรพล หนูนุ่น, เอกสารประมวลความรู้เรื่องไอซ์, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553), น.11.

⁹ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4

¹⁰ เพิ่งอ้าง.

เชื้อเอชไอวี รวมทั้งเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และชนิดบี อีกทั้งช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพติดให้นานขึ้น

“UNGASS 2016” หมายถึง การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหา ยาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session 2016 หรือ UNGASS 2016) ซึ่งจัดประชุมระหว่างวันที่ 19-21 เมษายน 2559 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบถึงปัญหาและแนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดโทษและมาตรการทางสาธารณสุข ในการบำบัดรักษาผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้เหมาะสมกับการหลักบังคับใช้กฎหมาย การดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวกับกฎหมายอาญาและการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงมาตรการทางกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ รับรู้ถึงประโยชน์และโทษของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่จะสามารถนำมาใช้ได้ถูกต้องเพื่อเป็นการจัดการปัญหาอย่างถูกวิธี นำไปสู่การปรับใช้ให้เหมาะสมกับ มาตรการทางกฎหมายกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เพื่อที่จะผลักดันให้มีการแก้ไขฟื้นฟู บำบัดผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์กฎหมายให้เหมาะสม และเป็นธรรมตามหลัก กฎหมายอย่างเป็นสากลมากขึ้น

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎี ข้อมูลทางการแพทย์และกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง กับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

เนื่องจากการดูแลทางสาธารณสุขเกี่ยวกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้นต้องเป็นไปตามหลักกฎหมายและทางวิทยาศาสตร์ของสารชนิดนี้ อีกทั้งมาตรการการดูแลผู้ใช้สารซึ่งต้องใช้มาตรการที่เหมาะสมกับผู้ใช้สารดังกล่าวอย่างถูกต้อง ทำให้มาตรการทางกฎหมาย การแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีความเกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สูง เพราะเป็นมาตรการที่ต้องดูแลภายใต้หลักมนุษยธรรมอย่างเป็นธรรม มิใช่ดูแลโดยการบังคับโทษวิธีการจำคุกตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 18¹

หลักกฎหมายในรัฐธรรมนูญของประเทศไทยในปัจจุบันนั้น รัฐธรรมนูญไม่ว่าจะฉบับใดย่อมต้องบัญญัติรับรองและคุ้มครองไว้ คือ เรื่อง “สิทธิและเสรีภาพ” มักจะเกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยที่ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” มีสถานะเช่นเดียวกับ “สิทธิและเสรีภาพ”²

ปัจจุบันนี้ ได้มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 ยังได้บัญญัติเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ไว้ใน มาตรา 4 วรรคแรก “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” และ วรรคสอง “ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้ม

¹ มาตรา 18 โทษสำหรับลงแก่ผู้กระทำความผิดมีดังนี้

- (1) ประหารชีวิต
- (2) จำคุก
- (3) กักขัง
- (4) ปรับ
- (5) ริบทรัพย์สิ้น

โทษประหารชีวิต และโทษจำคุกตลอดชีวิต มิให้นำมาใช้บังคับแก่ผู้ซึ่งกระทำความผิด ในขณะที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี

ในกรณีผู้ซึ่งกระทำความผิดในขณะที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี ได้กระทำความผิดที่มีระวางโทษประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต ให้ถือว่าระวางโทษดังกล่าว ได้เปลี่ยนเป็นระวางโทษจำคุกห้าสิบปี

² อุดม รัฐอมฤต, นพนิติ สุริยะและบรรเจิด สิงคะเนติ, การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, (กรุงเทพมหานคร : นานาสังพิมพ์, 2544), น.2.

ครองตามรัฐธรรมนูญเหมือนกัน” และในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย จะได้ศึกษาไว้ในหัวข้อถัดไป

2.1 หลักการ แนวคิด ทฤษฎีว่าด้วยสิทธิ เสรีภาพ และสิทธิมนุษยชน

สิทธิ (Right) คือ อำนาจอันชอบธรรม³ที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น เช่น สิทธิทางหนี้ หรือ กรรมสิทธิ์ ฯลฯ กล่าวคือ สิทธิเป็นอำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลหนึ่งในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่น หรือหลายคนกระทำการหรือละเว้นการกระทำการบางอย่างบางประการให้เกิดประโยชน์แก่ตน⁴

ความหมายคำว่า “สิทธิ” นี้ ศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ วิสสุตพิชญ์ ได้มีความเห็นว่า “สิทธิหมายถึง ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น เช่น สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในชีวิตร่างกาย”⁵

ศาสตราจารย์ ดร.เกรียงไกร เจริญนาวัฒน์ กล่าวว่า “สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลอาจจะใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนที่พึงได้ของบุคคลนั้น หรือเป็นอำนาจที่กฎหมายรับรองให้กับบุคคลในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน”⁶

ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ ได้แยกสิทธิตามรัฐธรรมนูญออกจากสิทธิตามกฎหมายทั่วไป ดังนี้ “อำนาจตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายสูงสุดได้บัญญัติให้การรับรองคุ้มครองแก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะกระทำการใด ๆ หรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่ปัจเจกชนดังกล่าวได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใด ๆ แทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรียกร้องต่อองค์การของรัฐมิให้แทรกแซงขอบเขตสิทธิของตน”⁷

³ อรรถจินดา ศิผดุง, “สิทธิของคนไทยในระบบการแพทย์และสาธารณสุข” ใน กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4 เอกสารวิชาการ โครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540), น.38.

⁴ อ่างแก้ว เจริญธรรมที่ 2, น.86.

⁵ วรพจน์ วิสสุตพิชญ์, สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2543), น.22.

⁶ เกรียงไกร เจริญนาวัฒน์, หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน ว่าด้วยรัฐ รัฐธรรมนูญ และกฎหมาย, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2559) น.183-184.

⁷ บรรเจิด สิงคะเนติ, หลักพื้นฐานของสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญใหม่, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2543) น.47.

สิทธิตามธรรมชาติ (Natural Right) ปรัชญาของสิทธิตามธรรมชาตินั้นกล่าวว่า มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาเท่าเทียมกัน และมนุษย์มีสิทธิบางประการที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงความตาย ไม่สามารถโอนกันได้ และจะมีผู้ใดมาละเมิดมิได้ หากมีการละเมิดก็จะทำให้เกิดอันตรายหรือกระทบกระเทือนต่อสิทธิของมนุษย์ผู้นั้นได้ เดิมทีนั้นสิทธิตามธรรมชาตินี้ก็กล่าวไว้แต่เพียงสิทธิเสรีภาพในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินและความเสมอภาคเท่านั้น ต่อมาก็ได้ขยายขอบเขตให้กว้างขึ้นจนครอบคลุมสิทธิใหม่ ๆ เช่น สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองป้องกันไม่ให้ถูกจับกุมคุมขังได้ตามอำเภอใจ สิทธิเสรีภาพในการติดต่อสื่อสาร สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น สิทธิเสรีภาพในการประกอบการค้า กรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน หรือแม้กระทั่งสิทธิการตาย (Right to Die)⁹ ดังนั้นเราจะเห็นได้ว่า สิทธิตามธรรมชาตินั้นทำให้เกิดแนวความคิดกฎหมายธรรมชาติซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาตินั้นให้สิทธิทั้งหลายทั้งปวงมาอยู่แล้วพร้อมกับการเกิดของมนุษย์และถือว่าความยุติธรรมมาก่อนด้วยบทกฎหมาย เมื่อเชื่อนอกกฎหมายก็จึงสรุปว่า “มนุษย์มีสิทธิบางประการติดตัวมาตั้งแต่เกิดจนตาย” จึงเป็นที่มาอันสำคัญของ “สิทธิมนุษยชน”¹⁰ นั่นเอง สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึงสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลซึ่งปกป้อง “ปัจเจกบุคคล” หรือ “กลุ่มบุคคล” จากการกระทำที่ต้องห้ามของสมาชิกอื่นหรือรัฐ โดยกฎหมายระหว่างประเทศ หรือจารีตประเพณีระหว่างประเทศ อีกทั้ง คือ สิทธิที่ครอบคลุมการดำรงอยู่ของมนุษย์ เพื่อชีวิตที่ดีในสังคมที่ดี โดยมีหลักการที่สำคัญสามประการคือ สิทธิในชีวิต สิทธิในการยอมรับนับถือ และสิทธิในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองตามแนวทางที่ชอบธรรม¹¹

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 3 บัญญัติว่า “สิทธิมนุษยชน” หมายความว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทย หรือตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม

ความหมายของ “เสรีภาพ” (Liberty) นั่นก็คือ สภาวะการณ์ของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของบุคคลอื่น หรือปราศจากการถูกหน่วงเหนี่ยวขัดขวาง บุคคลใดบุคคลหนึ่งย่อมมีเสรีภาพอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นไม่ถูกบังคับให้ต้องกระทำในสิ่งที่ไม่ประสงค์จะกระทำ หรือไม่ถูกหน่วงเหนี่ยวขัดขวางไม่ให้กระทำในสิ่งที่บุคคลนั้นประสงค์ที่จะกระทำ¹²

⁸ ฉัตรกร วิทิตานนท์, หลักรัฐธรรมนูญเบื้องต้น, (กรุงเทพมหานคร : วิ.พรีนท์, 2553), น.52.

⁹ เพิ่งอ้าง, น.53.

¹⁰ เพิ่งอ้าง, น.54-55.

¹¹ อ้างแล้ว เชิงอรรถที่ 2, น.40.

¹² อ้างแล้ว เชิงอรรถที่ 2, น.87.

ศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ วิสสุตพิชญ์ มีความเห็นว่า “เสรีภาพ นั้นหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น มีอิสระที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการ”¹³

ศาสตราจารย์ ดร.เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ ให้ความหมายว่า “เสรีภาพ หมายถึง สภาพการณ์หรือสภาวะของบุคคลที่มีอิสระในการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งโดยความประสงค์ของตนเองและไม่อยู่ภายใต้ความครอบงำหรือแทรกแซงของบุคคลอื่น กล่าวคือ เสรีภาพเป็นอิสระในการกำหนดตนเอง”¹⁴

ในขณะที่ ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ มองว่า “เสรีภาพนั้น หมายถึง อำนาจในการกำหนดตนเองโดยอิสระของบุคคล”¹⁵

หลักการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพที่มีผลจากบทบัญญัติของกฎหมาย

แยกพิจารณาได้ 2 กรณี

(1) กรณีของบทบัญญัติของกฎหมายที่มีฐานะไม่ต่ำกว่าพระราชบัญญัติ

(2) กรณีของบทบัญญัติของกฎหมายที่มีฐานะต่ำกว่าพระราชบัญญัติ

รัฐธรรมนูญของประเทศไทยหลายฉบับที่ผ่านมาได้วางหลักเรื่องการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ จนปัจจุบันนั้น (พ.ศ.2560) ได้มีตราไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 เรื่องสิทธิและเสรีภาพนั้นได้มีการบัญญัติขยายความไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 25 วรรคหนึ่งบัญญัติว่า “สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะ ในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มีได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิ และเสรีภาพที่จะทำกรนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพ เช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดี ของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น”

วรรคสอง บัญญัติว่า “สิทธิหรือเสรีภาพใดที่รัฐธรรมนูญให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ แม้ยังไม่มีการตรากฎหมายนั้นขึ้นใช้บังคับ บุคคลหรือชุมชนย่อมสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพนั้นได้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ”

¹³ อ้างแล้ว เชนงอรรถที่ 5, น.22.

¹⁴ อ้างแล้ว เชนงอรรถที่ 6, น.186.

¹⁵ อ้างแล้ว เชนงอรรถที่ 7, น.47.

วรรคสาม บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่ได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ สามารถยกบทบัญญัติ แห่งรัฐธรรมนูญเพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้”

วรรคสี่ บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพ หรือจากการกระทำความผิดอาญา ของบุคคลอื่น ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาหรือช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา 26 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไป ตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าว ต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุมเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิ และเสรีภาพไว้ด้วย”

วรรคสอง บัญญัติว่า “กฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใด กรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง”

ดังนั้นการบัญญัติกฎหมายอื่น ๆ ภายใต้อำนาจของประเทศไทยนั้น จะขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญไม่ได้ หากขัดก็ถือว่าเป็นอันใช้บังคับไม่ได้ หลักนี้มีการบัญญัติในรัฐธรรมนูญทุกฉบับรวมถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 ดังความในมาตรา 5 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ บทบัญญัติใดของกฎหมาย กฎ หรือข้อบังคับ หรือการกระทำใด ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ บทบัญญัติหรือการกระทำนั้นเป็นอันใช้บังคับ มิได้”

หลักที่สำคัญต่อการพิจารณากฎหมายต่าง ๆ ว่า ละเมิดในสิทธิและเสรีภาพนั้น หากมีการละเมิดสิทธิและเสรีภาพในกฎหมายฉบับต่าง ๆ นั้นต้องพิจารณาถึงหลักความได้สัดส่วนอีกด้วย¹⁶

รัฐธรรมนูญยังบัญญัติถึงสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างเท่าเทียมกัน หากเป็นผู้ยากไร้ย่อมได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และหากเป็นโรคติดต่ออันตรายบุคคลทุกคนย่อมได้สิทธิรับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายนั้นอีกด้วย ตามบทบัญญัติในมาตรา 47 วรรคแรกบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ”

วรรคสองบัญญัติว่า “บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ”

¹⁶ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 2, น.295.

วรรคสามบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

อีกทั้งสิทธิของประชาชนนั้น ต้องมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างเท่าเทียมกัน

มาตรา 55 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วรรคสอง บัญญัติว่า บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

วรรคสาม บัญญัติว่า รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่รัฐธรรมนูญให้การรับรอง คู่คุ้มครองสิทธิที่มีความชัดเจนว่า รัฐต้องดำเนินการ ถือว่า เป็นหน้าที่ของรัฐโดยแท้จริง

2.1.1 สิทธิของผู้ป่วย

“สิทธิ” นั้นหมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลอาจจะใช้ยันกับบุคคลอื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ของบุคคลนั่นเอง หากเพิ่มเติมคำว่า “ผู้ป่วย” ท้ายคำว่า “สิทธิ” แล้วจึงหมายความว่า “ความชอบธรรมที่บุคคลหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่พึงจะได้รับบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีของผู้ป่วยนั่นเอง”¹⁷ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยนั้นมีมาอย่างยาวนานแล้ว ผู้ที่กล่าวถึงเรื่องนี้คือ เพลโต จะพิจารณาได้ว่า ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยนั้นควรจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาตลอดจนประโยชน์ของผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีอิสระและสามารถเข้ามามีส่วนร่วมโดยเข้าใจถึงกระบวนการรักษา สำหรับเพลโตนั้น การยึดถือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และความเคารพผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ สำหรับสิทธิของผู้ป่วยนั้น มีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน คือ สิทธิที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในตัวเองเมื่ออยู่ในสถานภาพของผู้ป่วยเช่น สิทธิที่รับรู้ว่า ผู้ใดเป็นผู้รักษา จะทำการรักษาด้วยวิธีการอย่างไร ใ้อะไรบ้าง เป็นต้น ดังนั้น สิทธิต่าง ๆ นี้ จะเกิดขึ้นเอง

¹⁷ แสง บุญเฉลิมวิภาส, “สิทธิของผู้ป่วย” ใน กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4 เอกสารวิชาการ โครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540), น.24-25.

โดยที่ไม่จำเป็นต้องบัญญัติไว้ในกฎหมาย เป็นเรื่องที่สามารถตรวจสอบได้เสมอ¹⁸ ส่วนสิทธิอีกส่วนหนึ่งคือสิทธิที่เกิดขึ้น โดยบทบัญญัติของกฎหมาย โดยกำหนดขึ้นเพื่อให้การคุ้มครองผู้ป่วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รองรับความเสมอภาคและสิทธิของบุคคลในทางสาธารณสุข ดังนี้ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสิทธิของตนเองไว้ว่าจะจะเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นหรือสิทธิที่กฎหมายได้บัญญัติรับรองไว้ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้¹⁹

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน

¹⁸ อรรถจินดา ศิผดุง, “สิทธิของคนไทยในระบบการแพทย์และสาธารณสุข” ใน กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4 เอกสารวิชาการ โครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540), น.46.

¹⁹ คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่

6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

9. บิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2.2 หลักการและทฤษฎีว่าด้วยความได้สัดส่วน (Principle of proportionality)

ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 77 วรรคหนึ่ง มีการบัญญัติถึงหลักเกณฑ์ในการตรากฎหมายขึ้นมาในการบังคับใช้มีความว่า “รัฐพึงจัดให้มีกฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และยกเลิกหรือปรับปรุงกฎหมายที่หมดความจำเป็นหรือไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ หรือที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพโดยไม่ชักช้าเพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ประชาชน และดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ได้โดยสะดวกและสามารถเข้าใจกฎหมายได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง” จึงมีความสอดคล้องกับหลักการและทฤษฎีว่าด้วยความได้สัดส่วน ดังนั้น การจะกำหนดกฎหมายหรือบทบัญญัติใดๆ ไม่อาจจะสามารถบัญญัติได้ตามอำเภอใจ ตามความนึกคิดของตัวผู้บัญญัตินั่นเอง จึงต้องคำนึงถึงความได้สัดส่วนประกอบการพิจารณา หลักนี้สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าลายลักษณ์อักษรในรัฐธรรมนูญ หรือเรียกอีกนัยหนึ่งได้ว่า “รัฐธรรมนูญที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แม้รัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ จะไม่ได้บัญญัติหลักแห่งความได้สัดส่วนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ก็ถือกันว่าเป็นหลักรัฐธรรมนูญทั่วไปและมีค่าบังคับเสมอกันกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ (Bloc Constitutionnel)²⁰ ดังนั้น หลักความได้สัดส่วนนี้ เป็นหลักการพื้นฐานอย่างแท้จริงของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้อำนาจกับผู้ที่ถูกอยู่ภายใต้อำนาจบังคับให้ผู้ใช้อำนาจจำกัดสิทธิและ

²⁰ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2556), น.147.

เสรีภาพของผู้ตกอยู่ภายใต้อำนาจของตนอย่างพอเหมาะพอประมาณ (Moderation) หลักแห่งความได้สัดส่วนนี้เป็นหลักกฎหมายที่ศาลปกครองประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส พัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายในการใช้อำนาจรัฐโดยมิให้ใช้อำนาจรัฐเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินขอบเขตของความเหมาะสม ความจำเป็น ขาดการสร้างดุลยภาพที่มีขึ้นระหว่างประโยชน์ของปัจเจกชนและประโยชน์สาธารณะ²¹

หลักความได้สัดส่วน ยังสามารถแบ่งแยกเป็นหลักย่อยได้อีก 3 ประการ²² นั่นคือ

1. หลักแห่งความสัมฤทธิ์ผล (Principle of Appropriateness) หรือหลักแห่งความเหมาะสม (Principle of Suitability)
2. หลักแห่งความจำเป็น (Principle of Necessity)
3. หลักแห่งความได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบ (Principle of Proportionality in the Narrow Sense)

โดย 3 ประการที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. หลักแห่งความสัมฤทธิ์ผล (หลักแห่งความเหมาะสม) เป็นหลักที่บังคับว่าในบรรดามาตรการต่างๆ ที่รัฐธรรมนูญหรือกฎหมายเปิดช่องให้ฝ่ายปกครองสามารถใช้อำนาจกำหนดเพื่อไปจำกัดสิทธิและเสรีภาพประชาชนได้ ฝ่ายปกครองจะต้องเลือกมาตรการที่สามารถดำเนินการให้เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนั้นสำเร็จลุล่วงไปได้เท่านั้น หากมาตรการใดไม่สามารถทำให้จุดประสงค์ที่ตั้งไว้ปรากฏเป็นจริงขึ้นมาได้โดยแน่แท้ หรือทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงกว่าเดิม ย่อมเป็นมาตรการที่ขัดต่อหลักแห่งความสัมฤทธิ์ผลและไม่มีผลใช้บังคับ หรือกฎหมายฉบับใดที่ไม่เป็นไปตามหลักแห่งความสัมฤทธิ์ผล กฎหมายฉบับนั้นย่อมไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ดังนั้น มาตรการที่กฎหมายให้อำนาจฝ่ายปกครองออกมาใช้บังคับแก่ประชาชนต้องเป็นมาตรการที่เหมาะสม หรือ อาจจะเรียกอีกนัยหนึ่งได้ว่า หลักแห่งความสัมฤทธิ์ผลนั้นก็คือ สิ่งเดียวกันกับคำว่าสามัญสำนึก (Common sense) นั่นเอง หากไม่สามารถดำเนินการไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ จึงต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่า ฝ่ายปกครองประสงค์จะใช้มาตรการนั้นเป็นเครื่องมือดำเนินการให้เกิดผลอย่างอื่นนอกเหนือไปจากผลที่กฎหมายประสงค์จะให้เกิดการเข้าข่ายการใช้อำนาจโดยมิชอบ (Abuse of Power)

2. หลักแห่งความจำเป็น มีความหมายว่า มาตรการต่างๆ ทั้งหลายนั้น ที่จะทำให้เจตนารมณ์หรือความมุ่งหมายของกฎหมายในแต่ละฉบับนั้นที่ให้อำนาจหวังว่าจะสำเร็จไปได้ แต่

²¹ เติ้งฮ้าง, น.147.

²² เติ้งฮ้าง, น.148-154.

ว่ามาตรการในแต่มาตรการนั้นมีส่วนที่มีผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน มากน้อยแตกต่างกันไป ทำให้เป็นสิ่งที่ฝ่ายปกครองต้องคำนึงถึงในการเลือกมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อชนน้อยที่สุดแต่สามารถตอบสนองเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ดีที่สุด ความคิดที่เป็นรากฐานของหลักการนี้มีอยู่ว่า “ในระหว่างสิ่งที่เลวร้ายสองสิ่งที่จำต้องเลือก บุคคลควรเลือกสิ่งที่เลวร้ายน้อยกว่า” ดังนั้นฝ่ายปกครองจึงต้องเลือกสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการใช้อำนาจในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน หากเป็นการใช้อำนาจโดยไม่จำเป็นย่อมถือว่าไม่ชอบธรรม

3. หลักแห่งความได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบ มีความหมายว่าเป็นหลักการที่เรียกร้องให้เกิดดุลยภาพขึ้นระหว่างความเสียหายอันจะเกิดขึ้นกับสิทธิและเสรีภาพของประชาชน กับประโยชน์อันมหาชนจะพึงได้รับจากการปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรการหนึ่งมาตรการใดของฝ่ายปกครองและเป็นมาตรการที่จะให้บรรลุเจตนารมณ์แห่งกฎหมายและผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้น้อยที่สุดและก่อให้เกิดประโยชน์แก่มหาชนมากที่สุด หรือกล่าวคือในบรรดามาตรการต่างๆ ที่รัฐธรรมนูญหรือกฎหมายเปิดช่องให้ฝ่ายปกครองสามารถใช้อำนาจไปจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน หากมาตรการอย่างหนึ่งอย่างใดเมื่อได้ลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรการนั้นแล้วจะยังผลให้เกิดประโยชน์กับมหาชนน้อยมากไม่คุ้มกับสิทธิเสรีภาพของประชาชนที่จะบังเกิดความเสียหายแล้ว ในกรณีเช่นนี้ ฝ่ายปกครองจะต้องไม่ใช้มาตรการนั้นไปบังคับใช้กับประชาชน หลักแห่งความได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบนี้จึงเรียกร้องว่า มาตรการที่ฝ่ายปกครองอาศัยอำนาจตามกฎหมายมาบังคับใช้กับประชาชนต้องก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าโทษและถ้าก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์แล้วย่อมถือได้ว่ามาตรการนั้นไม่ชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้นฝ่ายปกครองจะเลือกใช้มาตรการจะเลือกใช้มาตรการใดที่ก่อโทษให้แก่ประชาชนหรือส่วนรวมมากกว่าก่อประโยชน์ แม้มาตรการนั้นจะเป็นมาตรการที่เมื่อนำมาใช้แล้วจะบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายตามหลักแห่งความจำเป็นก็ตาม มาตรการดังกล่าวย่อมไม่ชอบด้วยกฎหมายและใช้บังคับไม่ได้

กล่าวได้โดยสรุปว่า การใช้อำนาจรัฐของทุก ๆ องค์การของรัฐต้องคำนึงถึงหลักแห่งความได้สัดส่วน สามประการอย่างที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หากขาดหลักใดไปหลักหนึ่งชอบเป็นการไม่ชอบด้วยกฎหมาย จึงกล่าวได้ว่า หลักแห่งความได้สัดส่วนเป็นข้อจำกัดการใช้อำนาจของฝ่ายปกครอง โดยบังคับว่าก่อนจะใช้มาตรการใดตามกฎหมายที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนต้องเป็นมาตรการที่ดำเนินการให้บรรลุตามความประสงค์ของกฎหมายฉบับที่ให้อำนาจไว้ไปได้โดยมีประสิทธิภาพที่สุด แต่ในขณะที่เดียวกันก็ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนน้อยที่สุด และห้ามมิให้ฝ่ายปกครองออกมาตรการใด ๆ หากให้ลงมือดำเนินการให้เป็นไปตามนั้นแล้ว

จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่มหาชนน้อยมากไม่คุ้มกับความเสียหายที่จะตกแก่ประชาชนหรือแก่สังคมโดยรวม

2.3 หลักการ แนวคิดและทฤษฎีทางกฎหมายอาญา

เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญาอยู่เป็นจำนวนมาก ผู้เขียนได้ทำการศึกษาถึงความเหมาะสมในการใช้กฎหมายอาญาที่เป็นธรรมและการใช้บทลงโทษหรือมาตรการทางอาญาที่เหมาะสมกับความผิดเกี่ยวกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงหลักกฎหมายและทฤษฎีกฎหมายอาญาประกอบเพื่อให้ได้ความชัดเจนในการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างถูกต้องและเป็นธรรมกับความจริงมากที่สุด และปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น มีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางอาญาอยู่หลากหลายทฤษฎี เพราะว่า “กฎหมายอาญา คือ บรรดากฎหมายทั้งหลายที่ระบุถึงความผิดทางอาญา โทษวิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่น และเป็นกฎหมายที่กำหนดให้ความผิดอาญาเป็นเงื่อนไขของการใช้โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่นนั้น”²³ แน่นนอนว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศไทยนั้น มีความเกี่ยวข้องกับมาตรการบังคับทางกฎหมายอาญาอย่างมากโดยเฉพาะโทษจำคุกและโทษปรับ โดยเฉพาะการเสพยาเสพติด เพราะฉะนั้น การลงโทษทางอาญานั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “ความชั่ว” (Schuld)²⁴ ส่วนวิธีการเพื่อความปลอดภัยนั้นไม่ขึ้นอยู่กับ “ความชั่ว” (Schuld) แต่เป็นการใช้เพื่อป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากผู้กระทำความผิดผู้นั้นเองในอนาคต ไม่เป็นเงื่อนไขที่จะใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย อีกทั้งไม่เป็นการขัดขวางที่จะใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยแต่อย่างใดด้วย²⁵

การกระทำความผิดอาญา (Verbrechen/crime) เป็นการกระทำที่กระทบกระเทือนการอยู่ร่วมกันอันเป็นเรื่องของส่วนรวมที่รัฐนั้นจักต้องมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ ผู้ใดกระทำความผิดอาญา (Verbrechen/crime) ผู้นั้นจักต้องถูกลงโทษ โดยรัฐ และรัฐเท่านั้นที่มีอำนาจลงโทษอาญาแก่บุคคล กฎหมายอาญาจึงเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับเอกชน และเหตุนี้กฎหมายอาญาจึงเป็นกฎหมายมหาชน²⁶ อีกด้วย เป็นเรื่องที่รัฐมีภารกิจที่จะต้องรับผิดชอบหรือดูแล

²³ คณิต ฅ นคร. (2551) *กฎหมายอาญาภาคทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : วิทยุชน, หน้า 32-33

²⁴ *เพ็งฮ้าง*, น.38.

²⁵ *เพ็งฮ้าง*, น.38.

²⁶ *เพ็งฮ้าง*, น.39.

ความสงบเรียบร้อยของประชาชนภายในรัฐ แต่หากพิจารณาแล้ว ความผิดอาญา (Verbrechen/crime) เท่านั้นที่จะรัฐมีอำนาจเข้ามาจัดการดูแล หากพิจารณาแล้ว ไม่ใช่ความผิดทางอาญาแล้ว รัฐก็ไม่มีอำนาจที่จะจัดการ โดยใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาได้เลย ส่วนจะใช้มาตรการใดจัดการนั้น ต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป

อีกทั้งระบบกฎหมายอาญาของประเทศไทยนั้น ตามทฤษฎีแล้วเป็นระบบ “กฎหมายอาญาบนพื้นฐานของการกระทำ”²⁷ (Tatstrafrecht) โดยระบบ “กฎหมายอาญาบนพื้นฐานของการกระทำ” (Tatstrafrecht) นั้น การลงโทษจะผูกไว้โดยตรงกับการกระทำที่ผิดกฎหมาย แต่การที่จะลงโทษสำหรับการกระทำใดได้หรือไม่นั้น ย่อมจะต้องขึ้นอยู่กับว่าจะดำเนินผู้กระทำความผิดอันเนื่องมาจากการกระทำนั้นได้หรือไม่ กล่าวคือ การลงโทษจะเป็นเรื่องของ “ความชั่วของการกระทำ” (Tatsschuld)²⁸

ประเทศไทยนั้นมีบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายอาญาใช้บังคับในราชอาณาจักรแล้ว กฎหมายอาญานี้มีภารกิจ²⁹ของกฎหมายตามทฤษฎีโดยสรุปได้ดังนี้

1. กฎหมายอาญามีภารกิจในการคุ้มครองสังคม นั่นก็คือ มนุษย์นั้นโดยปกติพื้นฐานแล้วไม่สามารถอยู่ลำพังแต่เพียงผู้เดียวได้ และโดยธรรมชาติแล้วมีความจำเป็นต้องอยู่ด้วยกัน เมื่อมีการอยู่ด้วยกันแล้วย่อมมีการกระทบกระทั่งกันเป็นธรรมดา จึงมีกฎหมายอาญาในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการรักษาความสงบและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมืองจึงมีความสำคัญมาก แม้อาจจะการใช้ระบียบสังคม แต่ก็อาจจะไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายเข้ามาเสริมกฎหมายอาญานั้นเป็นกฎหมายที่มีสภาพในเชิงบังคับที่รุนแรงที่สุด จึงเป็นเครื่องมือคุ้มครองการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคม แต่ต้องกระทำเฉพาะเท่าที่จำเป็นที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ เพราะหากมีการบัญญัติกฎหมายอาญาบังคับใช้อย่างพร่าพรืดแล้ว สิทธิและเสรีภาพของบุคคลจะถูกกระทบกระเทือนจนเกินความจำเป็น กฎหมายอาญานั้นไม่ควรจะมุ่งจะจำกัดสิทธิและเสรีภาพอย่างเดี๋ยวนั้น แต่ต้องเป็นหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของบุคคลด้วย เพราะจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญแห่งสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้ โดยการบังคับใช้กฎหมายอาญานั้น ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.เกียรติจักร วัจนะสวัสดิ์ ได้กล่าวไว้อย่างถูกต้องมีใจความว่า “หากรัฐมุ่งแต่จะควบคุมความประพฤติของสมาชิกในสังคมโดยใช้กฎหมายอาญาเป็นเครื่องมือโดยไม่พิจารณาถึงประสิทธิภาพและความสามารถของกลไกของรัฐที่จะใช้บังคับกฎหมายอาญาแล้ว กฎหมายก็จะไร้ความหมายขาดความศักดิ์ และเป็นการเปิดโอกาสให้เจ้าพนักงานของรัฐที่ประพฤติมิชอบมีโอกาสแสวงหา

²⁷ เพ็งฮ้าง, น.44.

²⁸ เพ็งฮ้าง, น.43.

²⁹ เพ็งฮ้าง, น.45-50.

ประโยชน์เพื่อตนเองจากกฎหมายเหล่านี้หรือหากมีการใช้กฎหมายเลือกปฏิบัติ อาจจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้กฎหมายและชุมชนเสื่อมเสียได้”³⁰

2. การกึ่งในการปราบปรามและการป้องกันการกระทำความผิด นั่นก็คือ เมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นก็ต้องใช้กฎหมายอาญาในการปราบปรามการกระทำความผิดที่เกิดขึ้นนั้น และการใช้กฎหมายอาญาในการปราบปรามการกระทำความผิดยังเป็นการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้ความผิดนั้นเกิดขึ้นในอนาคตอีกด้วย กล่าวโดยสรุปได้ว่า กฎหมายอาญานั้นมุ่งเน้นคุ้มครองสังคมทั้งสองประการ กล่าวคือ การกึ่งในการปราบปราม (repressive Funktion/repressive function) และการกึ่งในการป้องกัน (präventive Funktion/preventive function) การใช้กฎหมายอาญาในการปราบปรามการกระทำความผิดจะต้องกระทำเพื่อให้เกิดความรู้สึกต่อทั้งผู้กระทำความผิดและบุคคลทั่วไป กล่าวคือ ต้องกระทำเพื่อให้ผู้กระทำความผิดเองเห็นว่าสังคมไม่ยอมรับการกระทำของเขา และในขณะเดียวกันก็ต้องกระทำเพื่อเตือนบุคคลทั่วไปด้วยว่า หากมีความผิดเกิดขึ้นอย่างเดียวกันก็จะได้รับการลงโทษเช่นเดียวกัน หากใช้กฎหมายอาญาอย่างถูกต้องแล้วก็จะบรรลุวัตถุประสงค์ของการป้องกันทั่วไป กล่าวคือ จะต้องให้บรรลุผลของการป้องกันสำหรับผู้กระทำความผิดบางคนที่มีลักษณะที่เป็นอันตรายและเป็นที่น่ากลัวได้ว่าเขาจะก่อเหตุการณ์อื่นไม่พึงประสงค์นั้นซ้ำขึ้นอีก หากบรรลุผลแล้วก็เป็น การป้องกันโดยอ้อมอีกทางหนึ่ง และเพื่อให้การกึ่งคุ้มครองสังคมของกฎหมายอาญาได้บรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริง และบางกรณีอาจจะต้องใช้มาตรการทางอาญาอื่นที่มีใช้โทษทางอาญาที่เรียกว่า “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” วิธีการในแง่นี้เรียกว่า “การป้องกันพิเศษ” (Spezialprävention/special prevention)

3. การกึ่งในการคุ้มครองคุณธรรมทางกฎหมายและการคุ้มครองคุณภาพของการกระทำ นั่นก็คือ การนำกฎหมายอาญามาใช้อย่างถูกต้องที่ควรจะมี ความเหมาะสมกับการนำมาใช้ หากการใช้กฎหมายอาญาเข้าจัดการกับทุกปัญหาหยาบๆจะเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องอย่างยิ่ง เพราะปัญหาหลายปัญหาเป็นปัญหาเล็กน้อยที่ยังไม่สมควรหรือจำเป็นถึงต้องใช้การลงโทษทางอาญาหรือไม่จำเป็นต้องใช้กฎหมายอาญาเข้าจัดการกับปัญหาเหล่านั้น กฎหมายอาญาควรจำกัดตัวเองอยู่กับการคุ้มครอง “คุณค่าพื้นฐาน” (Grundwert/basic value) ของระเบียบสังคม (soziale Ordnung/social order) เท่านั้น ไม่ควรที่จะขยายขอบเขตไปมากกว่านี้

สิ่งที่หล่อหลอมให้การอยู่ร่วมกันของมนุษย์เป็นไปโดยปกติสุขเป็นสิ่งที่ไม่มีรูปร่าง เป็นสิ่งที่ไม่มีอาจจะสัมผัสได้โดยใช้ประสาทสัมผัส แต่เป็นสิ่งที่ เป็น “คุณค่า” (Wert/value) และเป็นคุณค่าที่จำเป็นที่เป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ สิ่งนี้เรียกว่า “คุณธรรมทางกฎหมาย”

³⁰ เกียรติจิตร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค, พิมพ์ครั้งที่ 10 (กรุงเทพมหานคร : พลสมยามพรินต์, 2551), น.7.

(Rechtsgut) คุณธรรมทางกฎหมายนั้น อาจจะเป็นคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนบุคคล หรือคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม

2.3.1 ทฤษฎีคุณธรรมทางกฎหมายอาญา

คุณธรรมทางกฎหมาย (Rechtsgut) นั้นเกี่ยวข้องกับ การบัญญัติความผิดฐานต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่ เป็นพื้นฐานความคิดด้วยเสมอ³¹ เป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคมทั้งสิ้น คุณธรรมทางกฎหมายต้องนำไปใช้กับประมวลกฎหมายอาญาหรือประมวลกฎหมายอาญาอื่น ๆ ด้วยรวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

คุณธรรมทางกฎหมาย (Rechtsgut) หมายถึง “ประโยชน์หรือคุณค่าของการอยู่ร่วมกันที่กฎหมายคุ้มครอง หรือ ประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครอง”³²

ทฤษฎีคุณธรรมทางกฎหมายนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท³³ คือ “คุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนบุคคล” (Individualrechtsgut) เช่น ชีวิต ความปลอดภัยของร่างกาย กรรมสิทธิ์ และ “คุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม” (Universalrechtsgut) เช่น ความปลอดภัยในการจราจร ในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการจราจร ความมั่นคงเชื่อถือและการชำระหนี้ได้ของเงินตราในความผิดเกี่ยวกับเงินตรา ความคงอยู่ของดินแดนหรือความเป็นเอกภาพของดินแดนในความผิดฐานกบฏดินแดน เป็นต้น

หากมีการนำคุณธรรมทางกฎหมายมาประกอบการใช้บัญญัติกฎหมายหรือโทษทางกฎหมายจะทำให้มีประโยชน์ในการใช้กฎหมายที่มีเกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญามากขึ้น ไม่เกิดคดีอาญาที่เพ้อและเกินกว่าจำนวนที่ทัณฑสถานจะรับไหวได้

2.3.2 ประเภทของกฎหมายอาญา

การบัญญัติกฎหมายต่าง ๆ นั้นย่อมมีแหล่งที่มาของกฎหมาย โดยประเภทของกฎหมายนั้น หากศึกษาและสังเกตประเภทของการบัญญัติกฎหมายต่าง ๆ นั้น ก็จะ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท หลัก ๆ ประเภทแรกนั้น เป็นกฎหมายที่อิงจากความรู้สึกทางศีลธรรม หรือ ความผิดที่เป็นความผิดในตัวเอง หรือในภาษาละตินเรียกว่า mala in se³⁴ หากไม่มีกฎหมายก็อาจจะนึกคิดหรือใช้ความคิดวิญญูชนพิเคราะห์ได้ว่า การกระทำเช่นนี้นี้อ้อมเป็นความผิด เช่น ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

³¹ คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญากฎทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2551), น.129.

³² เพ็งอ้าง, น.132.

³³ เพ็งอ้าง, น.133.

³⁴ มีการให้ความหมายว่า “Wrong in themselves; acts morally wrong; offenses against conscience.”

ความผิดฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่น จากฐานความผิดนั้นได้บ่งบอกถึงตัวเองอยู่แล้วว่า เป็นความผิดอย่างแน่นอนแม้ไม่มีประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติไว้ก็ตาม

ส่วนความผิดอีกลักษณะหนึ่งเป็นความผิดที่ทางศีลธรรมอาจจะไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นความผิด หรือในทางความรู้สึกนึกคิดแบบวิญญูชนอาจจะไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นความผิด แต่เป็นความผิดเพราะมนุษย์ด้วยกันเองเป็นคนคิดค้นหรือบัญญัติเพื่อดูแลความสงบสุขเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน นั่นก็คือ ความผิดที่เป็นความผิดเพราะกฎหมายห้ามหรือในภาษาละตินเรียกว่า *mala prohibita*³⁵ ความผิดประเภทนี้จะเป็นความผิดก็ต่อเมื่อกระทำการฝ่าฝืนสิ่งที่กฎหมายที่มนุษย์ด้วยกันเองนั้นบัญญัติเป็นการห้ามไว้โดยเฉพาะกรณี เช่น ความผิดเกี่ยวกับกฎหมายจราจร ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก็เป็นความผิดที่มนุษย์ด้วยกันเองนั้นบัญญัติขึ้นมาเพื่อสร้างกฎเกณฑ์บังคับใช้เช่นเดียวกัน ฉะนั้น เมื่อเป็นกฎหมายที่เป็นความผิดเพราะกฎหมายห้าม ความผิดประเภทนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดตามกาลเวลาที่เหมาะสมของความผิด

2.2.3 ทฤษฎีความชั่วในทางกฎหมายอาญา

การกระทำความผิดกฎหมายอาญา นอกจากองค์ประกอบภายนอกที่เราจะต้องนำมาพิจารณาแล้ว สิ่งหนึ่งที่ควรนำมาพิจารณาอย่างยิ่งคือ “ความชั่ว” (Schuld) การกระทำผิดกฎหมายอาญาอันมีไว้เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนนอกจากจะต้องเป็นไปตามหลักคุณธรรมของกฎหมายอาญาของแต่ละมาตราแล้ว ต้องมี “ความชั่ว” (Schuld) เข้ามาสิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาด้วย คำว่า “ความชั่ว” นั้นในที่นี้นั้นไม่ได้หมายถึง “ความชั่วในความหมายทั่วไป” กล่าวคือ ไม่ได้หมายถึงสภาพความไม่ดีไม่งามอันเกิดจากการฝ่าฝืนศีลธรรมหรือขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม “ความชั่วในความหมายทั่วไป” ดังกล่าวเป็นคนละเรื่อง “ความชั่ว” (Schuld) ในทางกฎหมายอาญา ความชั่วในที่นี้ หมายถึง การดำเนินได้ของการกำหนดเจตจำนง³⁶

การพิจารณาเรื่อง “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) ของการกระทำใดการกระทำหนึ่งเป็นเพียงการพิจารณาว่า เมื่อใดการกระทำใดการกระทำหนึ่งนั้นจะเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืน

³⁵ มีการให้ความหมายว่า “Prohibited wrongs or offenses; act which are made offenses by positive laws, and prohibited as such. Acts or omission which are made criminal by statute but which, of themselves, are not criminal. Generally, no criminal intent or mens rea is required and the mere accomplishment of the act or omission is sufficient for criminal liability. Term is used in contrast to mala in se which are acts which are wrongs in themselves such as robbery.” โปรดดู BLACK’S LAW DICTIONARY

³⁶ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 31, น.251.

กฎหมาย กล่าวคือ การพิจารณา “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) เป็นการพิจารณาเฉพาะการกระทำกับ “ข้อห้ามไม่ให้กระทำ” (Verbotnorm) หรือกับ “ข้อบังคับให้กระทำ” (Gebotnorm) ที่กำหนดในความผิดฐานต่าง ๆ เท่านั้น โดยไม่ได้พิจารณาต่อไปว่าในการกระทำใดการกระทำหนึ่งนั้น ผู้กระทำความผิดอยู่ในวิสัยที่จะสามารถแยกแยะความผิดถูกของการกระทำของตนได้หรือไม่ การพิจารณาต่อไปถึงความสามารถของบุคคลในอันที่จะแยกแยะความผิดถูกของการกระทำของตนได้หรือไม่ นั่น คือ การพิจารณาเรื่อง “ความชั่ว” (Schuld) และต้องพิจารณาตามมาตรฐานของวิญญูชนที่อยู่ในฐานะเช่นผู้กระทำความผิด หาใช่ปัจเจกบุคคล³⁷

2.3.4 ทฤษฎีความเป็นอาชญากรรม

เมื่อมีการพูดถึงอาชญากรรม วิญญูชนส่วนใหญ่ย่อมนึกถึงการกระทำความผิดในรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือสังคม อันนำมาซึ่งความเดือดร้อนที่ก่อให้เกิดความไม่สงบสุขในสังคมในพื้นที่ที่เกิดอาชญากรรมนั้น แต่การก่ออาชญากรรมนั้นก็ยังมีหลากหลายประเภทของอาชญากรรม โดยแต่ละประเภทที่จัดไว้ก็มีประโยชน์³⁸ ในการศึกษาที่จะป้องกันอาชญากรรมประเภทนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้อง ทฤษฎีทางอาชญาวิทยามีความสัมพันธ์โดยตรงกับการกำหนดโทษต่าง ๆ ไม่ว่าจะทางอาญาหรือทางปกครองก็ตาม

ผู้ใส่สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับความผิดฐานเสพยาเสพติด ถือเป็นอาชญากรรมที่ปราศจากผู้เสียหาย (Victimless Crime) ปกติแล้วอาชญากรรมย่อมต้องมีผู้เสียหายเป็นบุคคลที่ 3 แต่เนื่องจากอาชญากรรมชนิดนี้ ผู้กระทำผิดตกเป็นผู้ก่ออาชญากรรมและผู้ได้รับความเสียหายหรือเหยื่อไปพร้อม ๆ กันนั่นเอง หรือ อาจจะเรียกว่าเป็นอาชญากรรมที่ตนเองนั้นยินยอม (consensual crimes)

2.3.5 ทฤษฎีและหลักการบังคับโทษ

“การบังคับโทษ” นั้นเป็นการลงโทษที่มีการกำหนดโทษผู้กระทำความผิดโทษจำคุกในเรือนจำ หรือโดยวิธีการปรับหรือวิธีอื่น ๆ รวมถึงการลงโทษเป็นจำนวนเงิน และ “การบังคับโทษจำคุก” นั้นถือว่าเป็นโทษที่มีการจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคล³⁹ ปกตินั้นบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพตามหลักการพื้นฐานของรัฐธรรมาธิปไตยและสิทธิมนุษยชน เว้นแต่จะมีกฎหมายที่ออกโดยอำนาจรัฐใช้บังคับบางกรณีถึงการจำกัดสิทธิและเสรีภาพบางประการ เช่น ประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติไว้ในมาตรา 2 บัญญัติว่า “บุคคลจักต้องรับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอัน

³⁷ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 31, น.251-252.

³⁸ อัจฉริยา ชูตินันท์, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2557), น.

³⁹ ธาณี วรภัทร์, หลักกฎหมายว่าด้วยการบังคับโทษจำคุก, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2553), น.18.

กฎหมายที่ใช้ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำ ความผิดนั้น ต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย

ถ้าตามบทบัญญัติของกฎหมายที่บัญญัติในภายหลัง การกระทำเช่นนั้นไม่เป็น ความผิดต่อไปให้ผู้ที่ได้กระทำการนั้นพ้นจากการเป็นผู้กระทำความผิด และถ้าได้มีคำพิพากษาถึง ที่สุดให้ลงโทษแล้ว ก็ให้ถือว่าผู้นั้นไม่เคยต้องคำพิพากษาว่าได้กระทำความผิดนั้น ถ้ารับโทษอยู่ที่ให้ การลงโทษนั้นสิ้นสุดลง” จากบทบัญญัติดังกล่าวนี้ คือ หลัก “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ โดยไม่มี กฎหมาย” (nullum crimen nulla poena sine lege) หรือหลักนี้ในทางวิชาการเรียกว่า “หลักไม่มีโทษ โดยไม่มีกฎหมาย” อันเป็น “หลักประกัน ในกฎหมายอาญา” และ เป็น “หลักกฎหมายใน รัฐธรรมนูญ”⁴⁰

คดีแพ่งนั้นหากศาลตัดสินให้ฝ่ายใดชำระหนี้แล้วนั้น ขั้นตอนต่อไปจะเป็นวิธีการ ดำเนินการบังคับคดี หรือบังคับเอาากับฝ่ายที่แพ้คดีให้ชำระหนี้ตามคำพิพากษา แต่คดีอาญานั้นไม่มี หน้ทางแพ่งที่ต้องชำระแก่ผู้ใด มีแต่ “โทษ” ที่ศาลมีคำพิพากษา โดยการบังคับโทษนั้นจะต้องมีโทษ เสียก่อนถึงจะบังคับโทษได้ คำว่า “โทษ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁴¹ หมายถึง ความไม่ดี, ความชั่ว, เช่น โทษแห่งความเกียจคร้าน, ความผิด เช่น กล่าวโทษ, ผลแห่ง ความผิดที่ต้องรับ เช่น ถูกลงโทษ, ผลร้าย เช่น ยาเสพติดให้โทษ

การลงโทษนั้นมีหลากหลายทฤษฎีด้วยกัน แต่ในที่นี้จะขอยกทฤษฎีของแพคเกอร์ (Packers) และครอส (Cross)⁴² โดยแพคเกอร์ (Packers) ได้เสนอไว้หลัก 2 ทฤษฎี (1) ทฤษฎีลงโทษ เพื่อแก้แค้น ทดแทนต่อผู้กระทำความผิดที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Just Deserts Theory และ (2) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องกัน (Utilitarian Prevention Theory) ส่วนด้านของครอส (Cross) ก็ได้ เสนอ 2 ทฤษฎีหลักด้วยกัน (1) ทฤษฎีแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory) และ (2) ทฤษฎี อรรถประโยชน์ (Utilitarian Theory) มีที่มาจากแนวความคิดของนักอาชญาวิทยาสำนักคลาสสิก อันครอบคลุมการยับยั้ง การป้องกันและการปรับปรุงผู้กระทำความผิด ส่วนนักอาชญาวิทยาสำนัก โปซิทิฟเสนอทฤษฎีการลงโทษเพื่อการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด เพราะเหตุผลที่ว่าผู้กระทำ ความผิดเป็นผู้ป่วย จึงควรได้รับการแก้ไขฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษ และนักอาชญาวิทยาสำนัก

⁴⁰ เฟิงอ๋าง, น.19.

⁴¹ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 คำว่า “โทษ”

⁴² สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายอาญา : ภาค บทบัญญัติทั่วไป = Criminal Law : general principles . สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน่วยที่ 8-15, (นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535), น.505-506.

ป้องกันสังคม เสนอทฤษฎีการลงโทษเพื่อคุ้มครองสังคมโดยการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดและพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดจากอาชญากรรม

ต่อมาเมื่อผู้คิดทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด⁴³ การลงโทษนั้นไม่จำเป็นต้องทำให้นักโทษหรือผู้กระทำความผิดต้องท้อใจลงไป แนวคิดนี้ผู้เริ่มต้นนั้นคือ ชีชาร์ ลอมโบรโซ (ค.ศ. 1835-1909) เป็นผู้นำ เห็นว่าอาชญากรรมเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติอย่างหนึ่ง โดยผู้ประกอบอาชญากรรมไม่ได้มีเจตนาประกอบอาชญากรรม การลงโทษผู้ประกอบอาชญากรรมตามโทษที่กฎหมายกำหนดไว้จึงเป็นการไม่น่าจะถูกต้อง เนื่องจากปัจจัยการก่อให้เกิดอาชญากรรมหรือการกระทำความผิดพบว่าสาระสำคัญอยู่ที่ร่างกายของผู้กระทำความผิดนั่นเอง ต่อมานักอาชญาวิทยา คือ เอนริโก เฟอริ (ค.ศ. 1856-1929) และราฟาเอล กาโรฟาโร (ค.ศ. 1852-1934) เข้ามาร่วมด้วย โดยเน้นการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดเป็นรายบุคคลเพื่อแก้ไขฟื้นฟูให้เป็นคนดี มีหลักการใหญ่ คือ การลงโทษให้เหมาะสมกับบุคคล วิธีการที่ใช้เน้นการวิเคราะห์หาสาเหตุของการกระทำความผิด เมื่อพบสาเหตุแล้วก็แก้ไขที่สาเหตุนั้น เมื่อแก้ไขได้ก็จะไม่พบการกระทำความผิดอีกต่อไป การแก้ไขรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ผู้ที่เข้ามาแก้ไขต้องมีความรู้ความสามารถและความชำนาญในการแก้ไขตามแขนงต่าง ๆ เช่น จิตวิทยา จิตเวชศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ สังคมวิทยาและอาชญาวิทยา เป็นต้น แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ต้องกำจัดให้พ้นออกจากสังคม อีกทั้งแนวคิดนี้มีทฤษฎีของนักอาชญาวิทยา สำนักโปซิติฟเข้ามาอธิบายแนวคิดพื้นฐานอยู่ว่า ผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วย หรือสังคมที่ผู้กระทำความผิดอยู่เป็นสังคมที่ป่วย เพราะฉะนั้นจึงมีแบ่งขั้นตอนการวิเคราะห์และแก้ไขให้เป็นคนดีอยู่ 3 ขั้นตอนหลัก คือ

- (1) ตรวจสอบหาสาเหตุของปัญหา
- (2) วิเคราะห์สาเหตุ
- (3) รักษาหรือแก้ไขที่สาเหตุนั้น

ส่วนวิธีการรักษาเน้นที่การรักษาเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มดังกล่าว มีองค์ประกอบที่ใช้ในการแก้ไขฟื้นฟู 4 ข้อ⁴⁴ ด้วยกัน

(1) ผู้รับการแก้ไข (Client) เป็นผู้ใด มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสิ่งใด เข้าใจปัญหาจะร่วมมือในการแก้ไขปัญหาหรือไม่อย่างไร ในที่นี้ผู้ที่ได้รับการแก้ไขปัญหาหรือไม่อย่างไร อาจจะเป็นผู้ถูกคุมประพฤติหรือนักโทษ

⁴³ เเพ็งฮ้าง, น.512.

⁴⁴ เเพ็งฮ้าง, น.512-513.

(2) ผู้แก้ไข (Change Agent) ในที่นี้อาจจะเป็นพนักงานคุมประพฤติ พนักงานราชทัณฑ์ พนักงานพักการลงโทษ จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาฯ ก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสมจากบุคคลที่ได้รับการแก้ไขจากข้อ (1)

(3) สถานที่แก้ไข (Correctional Setting) เป็นสถานที่ที่เหมาะสม เช่น บ้านของผู้กระทำความผิด หรือเรือนจำแต่ละแห่งเอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตแบบใด

(4) วิธีการแก้ไข จะใช้วิธีการแบบใด รายบุคคลหรือรายกลุ่ม เลือกใช้ทฤษฎีที่เหมาะสม เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีแก้ไขแบบครอบครัว หรือ ทฤษฎีแก้ไขแบบกลุ่มที่มีผู้นำ เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ที่ได้รับการแก้ไขและสถานที่แก้ไข

ส่วนปัญหาอีกประการหนึ่ง เรือนจำปัจจุบันแทบจะแก้ไขให้เป็นไปตามวิธีการที่ทำได้เลยเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น สถานที่ที่อาจจะแออัดเกินไป มีนักโทษอยู่รวมกันมากไป และท้ายสุดสถานที่ที่ไม่ได้ออกแบบไว้ให้แก้ไขโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งโดยเฉพาะ

การลงโทษทางอาญานั้นต้องคำนึงประโยชน์ของการลงโทษด้วย มิใช่แต่จะนำโทษทางอาญามาบังคับใช้กับทุกกรณี การลงโทษทางอาญานั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายมากที่สุดคงต้องกระทำควบคู่กันไป กฎหมายจึงต้องกำหนดโทษให้เหมาะสมกับลักษณะของความผิด ต้องลงโทษโดยดูสภาพจิตใจของผู้กระทำผิดและความเสียหายที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมตามสัดส่วน แต่ต้องคำนึงอยู่เสมอว่า โทษทางอาญามีช่องทางแก้ปัญหาคดีกรรมของคนเพียงทางเดียว ต้องอาศัยสภาพแวดล้อมของสังคม การศึกษาอบรม ครอบครัว โรงเรียนและศาสนาด้วย นอกจากนี้การลงโทษที่เหมาะสมยังต้องอาศัยกลไกส่วนต่าง ๆ ของรัฐที่มีประสิทธิภาพด้วย⁴⁵

2.4 ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ผู้เขียนจะขอทบทวนและนำเสนอเกี่ยวกับประวัติโดยสังเขปของสารแอมเฟตามีน⁴⁶ ดังนี้ เรเซมิก อัลฟา-เมทิลเฟนิลเอทิลามีน (แอมเฟตามีน) (racemic α -methyphenethylamine) ถูกค้นพบโดยบาร์เกอร์ (Barger) และเดลล์ (Dale) ในปี ค.ศ. 1910 แต่โมเลกุลนี้ได้รับการสังเคราะห์ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1927 โดย จี เอ อัลเลส (G. A. Alles) เป็นนักเคมี เขาพยายามค้นหาสารทดแทนที่

⁴⁵ ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ, หลักกฎหมายอาญา ภาควิชา, พิมพ์ครั้งที่ 12 (กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน, 2554), น.93-94.

⁴⁶ เดวิด เจ ฮีล ซารอน แอล สมิตซ์ เจน กอสเดน และ เดวิด เจ นัทท์, เมทแอมเฟตามีน METHAMPHETAMINE : แอมเฟตามีนอดีตและปัจจุบัน:มุมมองทางเภสัชวิทยาและทางการแพทย์, แปลโดยสำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.161-162.

ราคาถูกกว่าและสังเคราะห์ได้ง่ายกว่าสำหรับทดแทน สารเอเฟดรีน (ephedrine) มีการทดลองกับสัตว์และมนุษย์ โดยอัลเลสและบุคคลอื่นๆ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสามารถของอัลฟา-เมทิลเฟเนทิลามีน หรือแอมเฟตามีนที่จะทำให้ฟื้นจากอาการสลบที่เกิดจากยา และทำให้เกิดอาการตื่นตัวและการนอนไม่หลับ จึงทำให้เกิด เบนซีดรีน “(Benzedrine®)” เป็นชื่อทางการค้าสำหรับเรซิมิกอัลฟา-เมทิลเฟเนทิลามีนหรือแอมเฟตามีน ได้รับการขึ้นทะเบียนโดยบริษัทผลิตยา สมิท ไคลน์และเฟรนช์ (Smith, Klein and French) นั่นเอง⁴⁷

สาร “แอมเฟตามีน” เป็นชื่อสามัญทางวิทยาศาสตร์สำหรับเบนซีดรีนบัญญัติโดยสภาเภสัชกรรมและเคมีภัณฑ์ของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association) ไม่ได้รับการนำมาใช้ ในหลายปีต่อมา สมิท ไคลน์และเฟรนช์นำเบนซีดรีนออกสู่ท้องตลาดในปี ค.ศ. 1935 สำหรับรักษาโรคหลับผิดปกติ (ยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบันนี้) โรคซึมเศร้าอย่างไม่รุนแรงกลุ่มอาการพาร์กินสันหลังเป็นโรคสมองอักเสบ (post-encephalitic Parkinsonism) และความผิดปกติอื่นๆ เป็นจำนวนมาก

ในปี ค.ศ. 1937 สมิท ไคลน์ และเฟรนช์ เริ่มทำการตลาดสารดี-แอมเฟตามีน สามารถออกฤทธิ์ได้มากกว่าภายใต้ชื่อทางการค้าว่า เด็กซ์ซีดรีน (Dexedrine®) การขายเบนซีดรีน (Benzedrine) และเด็กซ์ซีดรีนตามร้านขายยาไม่มีข้อจำกัดจนกระทั่งปี ค.ศ. 1939 เมื่อยาเหล่านี้สามารถหาได้เฉพาะตามใบสั่งของผู้ประกอบโรคศิลปะที่มีใบอนุญาตหรือโดยการลงทะเบียนผู้ซื้อสารที่เป็นพิษ (Poison Register) เท่านั้น สินค้าชิ้นนี้มีความน่าสนใจไม่น้อย เนื่องจากมีคุณสมบัติในการเพิ่มการเรียนรู้ (cognitive-enhancing properties) ของแอมเฟตามีนเป็นที่รับรู้อย่างรวดเร็ว รวมถึงรายงานต่างๆ ของการที่เบนซีดรีนเพิ่มพัฒนาการในการทดสอบเพื่อวัดระดับสติปัญญา นำไปสู่การใช้อย่างแพร่หลายเพื่อลดความเครียด และปรับปรุงการใช้สมาธิและการใช้สติปัญญาในหมู่นักการศึกษา นักเรียน และนักวิชาชีพทางการแพทย์ ในรายงานปี ค.ศ. 1946 เบ็ตท์ (Bett) ได้พูดถึงการใช้ “ยาชูกำลัง (energy pills)W อย่างกว้างขวางโดยกองกำลังพันธมิตรในสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการประมาณการว่ายาเบนซีดรีน 150 ล้านเม็ดได้รับการแจกจ่ายให้กับกองกำลังทหารของประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงระยะเวลานั้น ทั้งๆ ที่มีการพูดถึงอย่างมากในงานศึกษาวิจัยทางการแพทย์และตามสื่อที่เป็นที่นิยมถึงผลกระทบหลักที่ทรงพลังของยาใหม่เหล่านี้ แต่ส่วนใหญ่แนวโน้มที่จะนำไปสู่การเสพติดของแอมเฟตามีนกลับไม่ได้รับการกล่าวถึง

แบรดลีย์ (Bradley)⁴⁸ เป็นบุคคลแรกที่รายงานถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ของเบนซีดรีนในการรักษาเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่รุนแรงทำให้เด็กเหล่านี้ในปัจจุบันจะได้รับการวินิจฉัยว่า

⁴⁷ เพิ่งอ้าง, น.163.

⁴⁸ เพิ่งอ้าง, น.165-166.

เป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) แบริดลีย์รักษาเด็ก 30 คนเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และประมาณกึ่งหนึ่งที่เขา ได้สังเกตเห็นว่า เด็กเหล่านั้นมีวิวัฒนาการที่ดีค่อนข้างมากในด้านผลการเรียน พฤติกรรม และ บุคลิกลักษณะภายนอกประโยชน์ทางการรักษาเหล่านี้เป็นผลของยาอย่างชัดเจนจากการใช้เบนซิดรีน ในวันแรกของการรักษา และอาการที่ดีขึ้นจะหายไปในวันที่ที่หยุดยา การทดลองทางการแพทย์ ในทศวรรษที่ 1970 แสดงให้เห็นว่าแอมเฟตามีนที่มีสูตรโมเลกุลเหมือนกันทั้ง 2 ชนิด (แอล-แอมเฟตามีน) และ ราซีเมต (racemate) หรือ ดี-ไอโซเมอร์ (d-isomer) นี้มีประสิทธิภาพทางการแพทย์ในการรักษาโรคสมาธิสั้น การใช้เบนซิดรีนเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้นลดลงอย่างมากหลังจากที่กรอสส์ (Gross) รายงานว่า ราซีเมตมีประสิทธิภาพทางการแพทย์น้อยกว่าเด็กซ์ซีดรีน (Dexedrine) มาก ในปัจจุบันการใช้แอล-แอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียวในการรักษาโรคสมาธิสั้นจะอยู่ในรูปของเกลือผสม อีแนนทีโอเมอร์ผสมแอมเฟตามีน (MES-แอมเฟตามีน) (mixed salts/mixed enantiomers amphetamine (MES-amphetamine)) ประกอบด้วยการผสมอีแนนทีโอเมอร์ในอัตราส่วน 3:1 ของ ดี-แอมเฟตามีนกับเกลือแอล-แอมเฟตามีน มีทั้งหมด 2 สูตรในการออกฤทธิ์ด้วยกัน

1. สูตรที่ออกฤทธิ์ทันที (แอดดีรอล (Adderall® ชื่อสามัญ))
2. สูตรที่ใช้เวลาในการออกฤทธิ์ (แอดดีรอล เอ็กซ์อาร์ (Adderall XR® ชื่อสามัญ))

โดยต่อมา มีพัฒนาการที่เพิ่งเกิดขึ้นในสาขาของแอมเฟตามีน คือ การผลิตลิสเด็กซ์แอมเฟตามีน ไดมิจิเลต (วายแวนซ์) (lisdexamfetamine dimesylate (Vyvanse®) การนำลิสเด็กซ์แอมเฟตามีน ไดมิจิเลต (วายแวนซ์) ไปใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) วัยรุ่น และผู้ใหญ่ได้รับการอนุมัติในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา ปัจจุบันตัวยาดังกล่าวได้รับการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคสมาธิสั้นในหลายประเทศของทวีปยุโรป

เมื่อปี ค.ศ. 2009–2010 ประมาณการณ์ไว้ว่าคน 13.7 ถึง 52.9 ล้านคน ใช้สารที่อยู่ในกลุ่มแอมเฟตามีนอย่างน้อยครั้งหนึ่งในปีที่ผ่านมา⁴⁹ ข้อมูลสำหรับทวีปเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้เสนอแนะว่าคน 4.4 ถึง 37.9 ล้านคน ได้ใช้ยาในกลุ่มแอมเฟตามีนในปีที่ผ่านมา ไม่มีประมาณการณ์สำหรับเอเชียใต้ ยาในกลุ่มแอมเฟตามีนดึงดูดผู้เสพเนื่องจากเป็นที่รับรู้กันว่ายาเพิ่มสมรรถนะและการสื่อสารและในบางแวดวงก็เข้ากับวิถีดำเนินชีวิตสมัยใหม่ที่เป็นที่นิยม ยิ่งไปกว่านั้นยาในกลุ่มนี้ไม่เพียงมีราคาข้อมเยาเท่านั้น แต่รับรู้กันว่าอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดกลุ่มอื่นๆ ด้วย เนื่องจากมักประเมินค่าความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำไป ประเทศฟิลิปปินส์และไทยมีสัดส่วนผู้เสพยาในกลุ่มแอมเฟตามีนสูงที่สุดในทวีปเอเชียแต่การเสพยาในกลุ่มนี้กำลังเพิ่มขึ้นในประเทศเอเชียส่วนใหญ่ แอมเฟตามีนเกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข สังคม และความมั่นคง อย่างมีนัยสำคัญทั่วโลกข้อมูล

⁴⁹ UNODC, “World drug report 2010.” www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html, accessed 01 January 2011

ที่นำเสนอในบทสรุปนี้อ้างถึงทั้งแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน สังคมใช้ยาทั้งสองกันอย่างแพร่หลาย และการใช้ไม่จำกัดเฉพาะประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างเมทแอมเฟตามีนกับแอมเฟตามีนคือกระบวนการผลิต และความแรง เมทแอมเฟตามีนละลายในน้ำได้ และสามารถสูบ สูด หรือฉีดได้โดยเฉพาะในรูปแบบผลึก และร่างกายดูดซึมเร็วกว่าแอมเฟตามีนที่ไม่มีหมู่เมทิล โดยทั่วไปจึงแรงกว่า นอกจากนี้ก็ไม่มี ความแตกต่างระหว่างยาทั้งสองที่จริงแล้ว เมทแอมเฟตามีนแตกตัวเป็นแอมเฟตามีนทันทีที่กลืนลงไป โดยรวมแล้วเมทแอมเฟตามีนจัดว่าแรงกว่าแอมเฟตามีน ความคล้ายคลึงระหว่างเมทแอมเฟตามีนกับโคเคน⁵⁰ เป็นสิ่งที่น่าสังเกตเนื่องจากทั้งสองอยู่ในกลุ่มยาที่เรียกว่า สารกระตุ้นจิตประสาท ผลทันทีและระยะยาวของยาทั้งสองคล้ายกัน เช่นเดียวกับผลลัพธ์ด้านการรักษา อย่างไรก็ตามยาทั้งสองยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญด้วยผลของเมทแอมเฟตามีนอยู่นานกว่าและรุนแรงกว่าของโคเคน โดยทั่วไปช่วง “พี” (high) ของโคเคนอยู่นาน 15–30 นาที ในขณะที่ช่วง “พี” ของเมทแอมเฟตามีนอาจนาน 8–12 ชั่วโมง โรคจิตหวาดระแวง (paranoia) ที่เกิดจากโคเคนอาจอยู่นานเพียง 4–8 ชั่วโมงหลังจากหยุดเสพยา แต่โรคจิตหวาดระแวงที่เกิดจากเมทแอมเฟตามีนอาจอยู่ต่อไปถึงนานสุด 7–14 วัน โรคจิตดูเหมือนรุนแรงกับยาประเภทแอมเฟตามีนมากกว่าโคเคน

2.4.1 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทางการแพทย์

แอมเฟตามีน⁵¹ คือ กลุ่มหนึ่งของสารประกอบทางเคมี รวมทั้งยาที่ใช้ทางการแพทย์และเพื่อหย่อนใจหรือสันทนาการ (medical and recreational purposes) ดี-แอมเฟตามีน (d-amphetamine) และเมทแอมเฟตามีนได้รับการยอมรับในหลายประเทศสำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้น (ADHD: attention-deficit hyperactive disorder) ภาวะง่วงเกิน (narcolepsy) และโรคอ้วน (Obesity) ยาเหล่านี้รวมถึงแอมเฟตามีนอื่นๆ เช่น 3, 4-เมทิลลีนไดออกซีแอมเฟตามีน (methylenedioxyamphetamine: MDA) และ 3, 4-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน (methylenedioxymethamphetamine (MDMA) : หรือที่รู้จักกันในนาม ยาอี (Ecstasy), มอลตี้ หรือแมนดี้) ถูกใช้เพื่อหย่อนใจหรือสันทนาการ

ในปีหลังๆ มา มีสารอื่นหลายตัวที่ได้รับการรวมกลุ่มเข้ากับแอมเฟตามีนเพื่อประกอบเป็นยาที่รู้จักกันในนามว่า สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (amphetamine-type stimulants : ATS) รวมถึงเมทคาทีโนน (methcathinone) เฟเนทิลลีน (fenetylline) อีเฟดรีน (ephedrine) ชูโดอีเฟดรีน

⁵⁰ National Institute on Drug Abuse (NIDA), “Comparing methamphetamine and cocaine.” http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVo113N1/Comparing.html, accessed 31 December 2010

⁵¹ คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซิทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวากจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.28.

(pseudoephedrine) เมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) เหตุผลหลักของการจัดรวมยาเหล่านี้เข้าในกลุ่ม ATS เนื่องจากสารพวกนี้เป็นสารสังเคราะห์ โคลเคนไม่จัดเป็นสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน เนื่องจากไม่ใช่สารผลิตโดยการสังเคราะห์แม้ว่าจะจัดเป็นสารกระตุ้น แต่จากมุมมองเชิงพฤติกรรมและเภสัชวิทยาาระบบประสาท การจัดกลุ่มสารกระตุ้นประเภทสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) ไม่ค่อยมีเหตุผลเท่าใด เมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) (ริทาลิน : Ritalin) และ โคลเคนให้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและทางสารสื่อประสาทโมโนอะมีน (monoamine) เดียวกัน โดยไปลด (modulate) อารมณ์และการทำงานส่วนอื่นๆ ของร่างกายทั้งนี้ มีแต่ Methylphenidate เท่านั้นที่จัดอยู่ในกลุ่มสารกระตุ้นประเภทสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS)⁵²

ฉะนั้นการจัดกลุ่มสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) จึงดูเหมือนเป็นการจัดตามอำเภอใจ ข้อกังวลอีกอย่างคือการจัดกลุ่มดังกล่าวทำให้ไปเพิ่มจำนวนการเสพยาแอมเฟตามีนทั่วโลกอย่างมากเกินจริง เพราะยาที่แตกต่างกันหลากหลายชนิดจำนวนมากล้วนมารวมอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ที่จริงมีคำกล่าวในวรรณคดีทางวิทยาศาสตร์ หรืองานที่ได้รับความนิยมมาพิสูจน์ว่า เมทแอมเฟตามีนมีศักยภาพและโอกาสในการเสพติดมากกว่าสารแอมเฟตามีนอื่นอยู่เสมอ แต่ที่น่าสนใจไปกว่านั้นก็คือ มีกล่าวมาข้างต้นมีความขัดแย้งกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้งานศึกษาในห้องทดลองแบบควบคุมสำหรับมนุษย์ ดี-แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนให้ผลทางร่างกายและพฤติกรรมที่แทบจะเหมือนกันหมด⁵³ โดยสารทั้งสองส่งผลให้มีการเพิ่มความดัน การกระตุ้นของหัวใจ อาการภาวะเครียด และความต้องการยาในระดับต้องพึ่งพา แต่โดยพื้นฐานแล้ว สารทั้งสองเป็นยาเดียวกัน เหตุผลหนึ่งสำหรับความเชื่อที่มีรากฐานเกี่ยวกับยาอาจเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงที่ว่าเมทแอมเฟตามีนนั้นหาได้ง่ายกว่ายาผิดกฎหมายอื่นในตลาดด้วยการสังเคราะห์ที่ง่ายกว่า หากเราค้นหาในอินเทอร์เน็ตจะเจอ “สูตรวิธีการปรุงยาเมท” (“How to make meth” recipes) อยู่มากมาย ตามที่เห็นจากสูตรผสมเหล่านั้น และคำบอกกล่าวของตำรวจ จะเห็นว่าเมทแอมเฟตามีนสามารถทำได้ง่ายมากจากผลิตภัณฑ์ทั่วไป ตัวอย่างที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง คือ ยาแก้ไอและซูโดอีเฟดรินสามารถหาได้ตามร้านขายยาทั่วไป นี่เป็นสาเหตุให้เมทแอมเฟตามีนเข้าถึงคนจน ผู้ที่ถูกมองข้ามจากสังคม ผู้พยายามหลีกเลี่ยงสถานการแพทย์ และผู้ใช้ที่สนใจอื่นๆ กลุ่มคนชนชั้นล่างจำนวนมากที่ไม่มีเงินพอจะไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับบริการ โอนต่อไปยังจิตแพทย์ที่สามารถสั่งยาแอมเฟตามีนแบบถูกกฎหมายให้ได้ ยิ่งไปกว่านั้น หลายคนก็ไม่ไว้ใจจิตแพทย์ บางคนคิดว่าเป็นความน่าอายหรือรับ

⁵² เฟ็งฮ้าง, น.29.

⁵³ Kirkpatrick MG, Gunderson EW, Johanson CE, Levin FR, Foltin RW and Hart CL, Comparison of intranasal methamphetamine and d-amphetamine self-administration by humans, (Leeds : Addiction Society for the Study of Addiction ,2011), pp.783-791.

ไม่ได้ หากต้องอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยจิตเวช หรือบางคนด้วยเหตุผลที่ไม่อยากให้ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตปรากฏในประวัติตนเอง ฉะนั้นไม่ต้องสงสัยเลยว่า มีคนจำนวนมากที่ไม่มีอาการทางร่างกายหรือระบบประสาทที่สามารถเข้ารับการจ่ายยาได้ แต่ต้องการสารกระตุ้นด้วยเหตุผลส่วนตัว ไม่ว่าจะเกี่ยวกับงานหรือใช้เพื่อการผ่อนคลาย ดังนั้น จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่า เมทแอมเฟตามีนเป็นสารแอมเฟตามีนที่ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด (abuse)⁵⁴ ไม่ใช่เพราะเหตุผลทางเภสัชวิทยา (Pharmacology) แต่หากเพราะหาได้ง่ายหรือมีอยู่อย่างแพร่หลายนั่นเอง อีกทั้งมีการนำเสนอข่าวที่บิดเบือน⁵⁵ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ความกังวลเรื่องเมทแอมเฟตามีนรุนแรงมากขึ้น การแสดงออกของสื่อส่วนมากต่อการใช้เมทแอมเฟตามีนเน้นผลกระทบที่ไม่เป็นจริงและกล่าวโทษยาเกินจริง เช่น ในเดือนมกราคม ค.ศ. 2010 วิทยุสาธารณะของชาติ (National Public Radio: NPR) ออกข่าวหัวเรื่อง “เด็กๆ นี่คือน้ำของพวกเธอตอนเสพยาเมท” ในเรื่องพูดถึงนายอำเภอในมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่พยายามหยุดวัยรุ่นจากการลองเมทแอมเฟตามีน ด้วยความช่วยเหลือของนักเขียนโปรแกรม เขาพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้สามารถแปลงหน้าตาของวัยรุ่น เพื่อแสดงให้เห็นว่าพวกเขาจะดูเป็นอย่างไร หากเสพยาเมทแอมเฟตามีนต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน 12 เดือน และ 36 เดือน เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ดูภาพตัวเองเปลี่ยนจากคนสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตชีวา ไปเป็นมีหน้าเป็นรอยตกสะเก็ดผิวเหี่ยวแห้งและผมร่วง โดยพวกเขาถูกบอกว่า นี่เป็นผลโดยตรงทางร่างกายของการเสพยาเมทแอมเฟตามีน และถูกบอกอีกว่า ร้อยละเก้าสิบของคนที่ลองเมทแอมเฟตามีนเพียงครั้งเดียวจะสามารถ “เสพติดได้” ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (empirical evidence) รับรองคำกล่าวที่ว่า เมทแอมเฟตามีนก่อให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย แน่แน่นอนว่ารูปภาพที่ไม่ชวนมองของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนที่ปรากฏตามสื่อต่างๆ เกี่ยวกับยาเมททำลายล้างเมืองต่างจังหวัดอย่างไรบ้าง ภาพสุดโด่งดัง “ปากยาเมท (meth mouth)” เต็มไปด้วยฟันผุขั้นรุนแรงได้ถูกแพร่กระจายไปทั่ว อย่างหนึ่งที่ควรพิจารณาคือประเด็นที่ว่าเมทแอมเฟตามีนกับแอดดรีออล (Adderall) โดยพื้นฐานแล้วเป็นยาเดียวกัน ยาทั้งสองตัวจำกัดการหลั่งของน้ำลายทำให้เกิดภาวะปากแห้งจากน้ำลายน้อย (xerostomia: dry mouth) มีผู้เสนอ

⁵⁴ คำว่า “พฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ผิด (abuse)” หรือ “การพึ่งพา (dependence)” ที่นำมาใช้ในรายงานฉบับนี้เป็นไปตามคำจำกัดความของการพึ่งพาและใช้ยาในทางที่ผิดในคู่มือทางสถิติและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) และการจัดหมวดหมู่ทางสถิตินานาชาติของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ICD-10) ซึ่งคำจำกัดความของ DSM-IV-TR และ ICD-10 นี้ ถูกใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้คำ และคำจำกัดความในลักษณะดูแคลนซึ่งมีหลากหลายความหมาย.

⁵⁵ คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซีทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.42-44.

ว่าเป็นเหตุที่มาของ “ปากยาเมท (meth mouth)”⁵⁶ แอดดิรอลและชนิดทั่วไปอื่นๆ ได้ถูกนำมาใช้ใน ชีวิตประจำวันและในการขายอย่างสม่ำเสมอ ทุกปีพวกเขาเหล่านี้ยู่ติด 100 อันดับแรกของยาสั่ง จำหน่ายในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานตีพิมพ์ด้านปัญหาทางทันตกรรมเนื่องจากการเสพติด ความ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดของบุคคลก่อนและหลังการเสพติดแอมเฟตา มินมักเกี่ยวข้องกับการนอนไม่พอจนเป็นนิสัย การไม่รักษาปากและฟันให้สะอาด สุขภาพการกินที่ ไม่ดีและขาดสารอาหาร และการทำให้ตื่นเต้นด้วยภาษาของสื่อ เรื่อง การเสพติดของเมทแอมเฟตา มิน ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่แสดงให้เห็นชัดว่ามีคนจำนวนมากลองแล้วไม่ติด น้อยกว่าร้อยละ 15 ของผู้ที่เคยลองใช้เสพติดยา สรุปลือคือ ผู้เสพติดแอมเฟตามินจำนวนมากใช้ยาโดยไม่มีปัญหา และทำ ให้บางประเทศนั้นมีการลงโทษความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามินที่แตกต่างกัน⁵⁷ ประเทศลำดับต้นใน จำนวนประเทศทั้งหลาย ได้แก่ อิหร่าน เป็นประเทศที่กำหนดโทษประหารชีวิตสำหรับผู้ที่ ครอบครองเมทแอมเฟตามิน 30 กรัม และเป็นประเทศที่กำหนดโทษรุนแรงสำหรับการกระทำผิดที่ เกี่ยวข้องกับยาทุกประเภท นอกจากนี้การประหารชีวิตยังเป็นสิ่งที่ธรรมดา สืบเนื่องจากรายงานการ ใช้เมทแอมเฟตามินที่เพิ่มขึ้น ในปี 1996 ประเทศไทยได้กำหนดห้ามใช้แอมเฟตามินทั้งหมด รวมถึง การใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ รัฐบาลอื่นๆ ได้เพิ่มมาตรการกำหนดการใช้แอมเฟตามินที่ ถูกต้องตามกฎหมาย แม้ว่าประเทศอื่นจะไม่ได้ใช้มาตรการรุนแรงเหมือนประเทศอิหร่านและ ประเทศไทย อาทิ สหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ ในขณะที่ ดี-แอมเฟตามินยังคงหาใช้ได้เพื่อ วัตถุประสงค์ทางการแพทย์การใช้เมทแอมเฟตามิน (รวมถึงเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์) ได้ถูก กำหนดห้ามใช้ และต้องทำความเข้าใจว่า ดี-แอมเฟตามินและเมทแอมเฟตามินแท้ที่จริงแล้วเป็นยา ประเภทเดียวกัน⁵⁸

ต่อมาผู้เขียนจะขอนำเสนอเกี่ยวกับด้านของผู้เสพติดแอมเฟตามิน ความจริงแล้วผู้เสพติด นั้นไม่มีลักษณะผู้เสพติด “ตามปกติ” (typical) ที่ตายตัว สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามินใช้กันด้วยเหตุผล มากมาย ตัวอย่างเช่น นักกีฬาอาจใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามินเพิ่มสมรรถนะของตน, คนขับ รถบรรทุกระยะทางไกลอาจใช้ให้ตื่นอยู่ตลอดระยะทางไกลๆ, ผู้ใช้แรงงานและพนักงานยกกระเป๋า

⁵⁶ ByIman Sadri, “Meth mouth and the ravages of an addiction: from a dental perspective,” สืบค้นเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.dentistryiq.com/articles/2014/01/meth-mouth-and-the-ravages-of-an-addiction-from-a-dental-perspective.html>

⁵⁷ คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซิทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามิน: ความจริง VS. นวนิยายและ บทเรียนของโรคประสาทหวาดผวจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.47.

⁵⁸ supra note 53, pp.783-791.

ที่มีส่วนในกิจกรรมทางร่างกายหนักๆ อาจใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนทำให้รู้สึกแข็งแรงขึ้น, นักเรียนนักศึกษาอาจใช้ช่วยให้ตื่นอยู่อ่านหนังสือ ผู้เสพยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนอีกกลุ่มหนึ่งประกอบด้วยผู้ที่ใช้สารประเภทนี้ด้วยเหตุผลทางสังคม เช่น ที่งานเลี้ยง, สถานบันเทิงยามค่ำคืน, การพบปะสังสรรค์กันของเพื่อนและคนรู้จัก บางคนเป็นผู้เสพหนักและเป็นประจำที่สูบหรือนิคมเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบแรงๆ และใช้ยาประเภทอื่นๆ อีกหลากหลายด้วย ผู้เสพเหล่านี้จึงมีโอกาสสูงที่จะมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายไม่ดี และอาจกลายเป็นติดยากลุ่มแอมเฟตามีน⁵⁹ อย่างไรก็ตาม การใช้ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการใช้โดยเยาวชนผู้ใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนความแรงต่ำ รับประทานหรือสูดดม ไม่ได้ฉีด และไม่ติดยา⁶⁰

สรุป⁶¹ได้ว่า อายุปกติในการเสพเมทแอมเฟตามีนเป็นครั้งแรกดูเหมือนเป็นช่วงวัยรุ่นและเพศชายเป็นเพศที่เสพเมทแอมเฟตามีนกันมากที่สุด อัตราและความถี่ในการเสพเมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากวัยรุ่น ตอนต้น ไปถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นแล้วค่อยๆ ลดลง ผู้ที่ถูกมองว่าเสี่ยงต่อการทดลองสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนเป็นพิเศษรวมถึง เด็กๆ ที่ทำงานหรือไร่บ้าน คนวัยหนุ่มสาวที่ถูกคุมขังและอยู่ในความดูแลของสถานบันบางประเภท เด็กๆ ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ คนวัยหนุ่มสาวที่ว่างงาน ผู้ค้าประเวณีและคนทำงานอื่นๆ ในอุตสาหกรรมบันเทิงหรือสถานบริการ (เช่นสถานบันเทิงเพื่อพบปะ บ่อนการพนัน) เยาวชนที่ไปสถานที่บันเทิงบ่อยๆ เช่น สถานบันเทิงเพื่อพบปะดิสโก้เทค และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงรักร่วมเพศ, คนวัยหนุ่มสาวรักร่วมสองเพศและแปลงเพศ, ผู้ที่มีอัตราการเสพยา รวมถึงสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนสูงกว่าคนส่วนที่เหลือของชุมชน

แน่นอนว่า ภาพโดยทั่วไปของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเป็นสิ่งที่มีความกระทบต่อสมอง ต่อไปผู้เขียนจะขอเสนอการศึกษาเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนกับผลกระทบต่อสมอง⁶² ดังนี้ ก่อนอื่นจุดสำคัญอย่างยิ่งของการจำกัดการเข้าถึงเมทแอมเฟตามีนแสดงให้เห็นว่า เมทแอมเฟตามีนเป็นยาอันตรายมากที่สุดชนิดหนึ่งเมื่อพิจารณาถึงความเสียหายที่เกิดต่อสมองและพฤติกรรม

⁵⁹ McKetin R, Ross J, Kelly E, Baker A, Lee N, Lubman DI and Mattick R, “Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment entrants” 27 *Drug and Alcohol Review*, pp.277-285 (2008)

⁶⁰ WHO, *Technical Briefs on amphetamine-type stimulants (ATS) no.1 Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS)*, (Philippines : WHO), p.2.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซีทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, *เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวามาจากโคเคนรูปผลึก*, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.51.

ในช่วงระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมาข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้นทำให้เข้าใจเพิ่มมากขึ้นถึงผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อเซลล์ในสมองการทบทวนอย่างละเอียดถึงผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อสมองมีขอบเขตที่เกินความจริงไปอย่างมาก ในที่นี้ ผู้เขียนจะขอเสนอภาพรวมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านเพื่อความเข้าใจต่อระบบการสื่อสารของสมองที่เกี่ยวกับผลของเมทแอมเฟตามีนวิธีนี้จะช่วยเป็นเครื่องมือให้แก่ผู้อ่านในการประเมินความเป็นจริงที่เกี่ยวกับระหว่างสมองกับเมทแอมเฟตามีนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

ยาที่เกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีนมีคุณสมบัติเด่นที่คล้ายกับการหลั่งสารคาติโคลามีนจากสารสื่อประสาทโดปามีนและ Norepinephrine การหลั่งสารคาติโคลามีนจากสมองนั้นเป็นที่รู้กันว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหลายๆ อย่างรวมถึงการเคลื่อนไหวและการควบคุมอารมณ์ (Movement and mood regulation)⁶³ นอกจากนี้ สารคาติโคลามีนยังเกี่ยวข้องกับการทำงานผิดปกติที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีเด่นซึ่งแนะนำเรื่องการรักษาโรคซึมเศร้าเสนอว่า เหตุของโรคดังกล่าวเกิดมาจากการที่สารสื่อประสาทโดปามีน Norepinephrine และ/หรือ เซโรโทนินน้อยเกินไป (รวมกันเรียกว่าสารสื่อประสาทโมโนอะมีน) สามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และหากมีสารเหล่านี้มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยสภาวะบ้าคลั่ง ทฤษฎีดังกล่าวนี้ยังระบุว่ายา เช่น เมทแอมเฟตามีน ทำให้เกิดการนำไปใช้ในทางที่ผิดเนื่องจากยาดังกล่าวกระตุ้นให้เกิด “ระบบการให้การตอบแทนโดปามีน (Dopamine reward system)” มีหน้าที่รับผิดชอบในการบอกส่วนต่างๆ ของสมองว่า “สิ่งนั้นดีให้กระทำอีก (That’s good-do that again)” ดังนั้น ความคล้ายคลึงกันทางโครงสร้างระหว่างเมทแอมเฟตามีนและสารสื่อประสาทคาติโคลามีนให้ความกระจ่างถึงกระบวนการทำงานของยา และมีหลักฐานจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าเมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการหลั่งสารโมโนอะมีนจากเซลล์สมอง ตามพฤติกรรมแล้วสารดังกล่าวสามารถทำให้อารมณ์ดีขึ้น ทำให้การตื่นตัวและความระมัดระวังเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ทำให้ความเหนื่อยและความง่วงนอนลดลง ผลกระทบเหล่านี้สามารถเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องทำงานเป็นระยะเวลานานหรือคนงานที่ต้องปฏิบัติงานในช่วงเวลาต่ำสุดของความตื่นตัว และนี่เป็นเหตุผลที่ทหารหลายประเทศใช้เมทแอมเฟตามีน (และยังคงใช้อยู่) ตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 2 ยาดังกล่าวช่วยให้ทหารทำการรบได้ดีขึ้นและยาวนานขึ้น ประโยชน์นั้นได้รับการยอมรับจากนักเรียนและคนทำงานในทุกสาขาวิชาชีพตั้งแต่นักกีฬาสมัครเล่นไปจนถึงนักสัตววิทยา

⁶³ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 62, น.52.

อีกทั้งจากการศึกษาข้อมูลพบว่าการใช้แอมเฟตามีนในการรักษาโรคสมาธิสั้น (A clinical perspective on the use of amphetamine in the treatment of ADHD)⁶⁴ เป็นความจริงที่ว่าโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยและรักษาน้อยที่สุดในบรรดาความผิดปกติทางจิตเวชทั้งหมดโดยเฉพาะในผู้ใหญ่ ข้อมูลล่าสุดจากทวีปยุโรปชี้ให้เห็นว่าประมาณร้อยละ 5 ของประชากรป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในทุกๆ 1 ปี โดยมีผู้ป่วยรวมกันทั้งหมด 3 ล้านคนในทวีปยุโรป มีการประเมินค่าใช้จ่ายต่อคนไข้ 1 คน ต่อ 1 ปี อยู่ที่ 5,000 ปอนด์สเตอร์ลิงในสหราชอาณาจักร จากจำนวนนี้ทั้งหมดมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายจากการรักษาโดยตรง และที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การสูญเสียความสามารถในการผลิต อันตรายที่มีต่อสังคม ผลกระทบในทางลบต่อชีวิตครอบครัว การเพิ่มของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหมายและการเข้าแทรกแซงทางกฎหมาย ผลกระทบเกี่ยวกับการสูญเสียคุณภาพของชีวิต (วันที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความทุพพลภาพ) ทำให้โรคสมาธิสั้นติดอยู่ใน 10 อันดับแรกของความผิดปกติทางสมองในทวีปยุโรป การรักษาโรคสมาธิสั้นโดยทั่วไปไม่พอเพียง จากการประมาณชี้ให้เห็นว่าในกรณีที่ดีที่สุดน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

ถึงแม้ว่าแอมเฟตามีนจะเป็นที่ยอมรับว่าใช้รักษาโรคสมาธิสั้นและความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System (CNS)) เช่น โรคหลับผิดปกติ ที่มีประสิทธิผลที่สุดมาหลายทศวรรษแต่การใช้ในสหราชอาณาจักรและในบริบทของทวีปยุโรปที่กว้างกว่า ยังคงอยู่ในวงจำกัดเมื่อเทียบกับการใช้อย่างกว้างขวางในประเทศสหรัฐอเมริกา เหตุผลในเรื่องนี้ค่อนข้างซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับทัศนคติทางสังคมและทางการแพทย์ต่อสถานะของโรคสมาธิสั้น นโยบายการตลาดของอุตสาหกรรมยา ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ทางกุมารเวชศาสตร์โดยเป็นที่รับรู้ว่ามีแนวโน้มสูงที่จะมีการใช้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด (Recreation abuse) และนำไปสู่การเสพติด (addiction) ได้ โรคสมาธิสั้นต้องเผชิญกับการถูกพิจารณาเป็นเวลานานว่าเป็นการวินิจฉัยโรคของอเมริกา (American diagnosis) เป็นเวลาหลายทศวรรษที่มีความพยายามร่วมกันโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาจิตเวชเด็กที่จะปฏิเสธหรืออย่างน้อยที่สุดทำให้มีอยู่ในสหราชอาณาจักรน้อยที่สุดยิ่งไปกว่านั้น เมื่อมีการค้นพบความผิดปกติที่เป็นไปได้น้อย ทางเลือกที่นิยมใช้ในการรักษามากกว่าการใช้สารแอมเฟตามีนคือการใช้จิตบำบัด (psychotherapy) เพราะวิธีการนี้สอดคล้องกับภูมิหลังของนักจิตเวชและนักจิตวิทยาเด็กผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล

⁶⁴ เดวิด เจ ฮิล ชารอน แอล สมิท เจน กอสเดน และ เดวิด เจ นัทท์, เมทแอมเฟตามีน METHAMPHETAMINE : แอมเฟตามีนอดีตและปัจจุบัน: มุมมองทางเภสัชวิทยาและทางการแพทย์, แปลโดยสำนักงานกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.167-176.

คนไข้เหล่านี้โดยตรง จึงเหลือกุมารแพทย์อยู่เพียงจำนวนน้อยที่จะพัฒนาความชำนาญที่จำเป็นในการใช้สารกระตุ้นเพื่อรักษาเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น หลายคนสามารถทำได้จนเป็นผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามหลายปีที่ผ่านมานักจิตเวชเด็กเริ่มที่จะสวมบทบาทในการสั่งยาด้วยเช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่จะใช้ยาปรุงสำเร็จเมทิลเฟนิเตท (methylphenidate preparations)⁶⁵

การใช้แอมเฟตามีน เช่น เรเซมิกแอมเฟตามีน ดี-แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน มีอยู่อย่างกว้างขวางเพื่อทำให้เกิดความตื่นตัวในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้เกิดการผลิตยาดังกล่าวเป็นจำนวนมากและมีเหลือทิ้งเป็นจำนวนมากหลังสงครามโลกครั้งที่สองส่วนใหญ่ไปอยู่ใน “ตลาดมืด” และในช่วงปี ค.ศ. 1950 การใช้ดี-แอมเฟตามีนในทางที่ผิดกลายเป็นที่รับรู้ การศึกษาที่เป็นต้นแบบเกี่ยวกับยุคนั้น มีผู้ศึกษาชื่อ คอนเนลล์ (Connell) จากสถาบันจิตเวช (Institute of Psychiatry) รายงานถึงกลุ่มผู้เสพยาดี-แอมเฟตามีนอย่างหนัก กลายเป็นคนหวาดระแวง สิ่งนี้เตือนให้เห็นถึงอันตรายทางจิตเวชที่เป็นไปได้ของยานี้และอาจทำให้ผู้สั่งยาเปลี่ยนจากการสั่งดี-แอมเฟตามีนไปยังเมทิลเฟนิเตท (methylphenidate) แทน อีกปัจจัยหนึ่งคือการใช้ดี-แอมเฟตามีนเป็นยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant) ในช่วงปี ค.ศ. 1950 มีกรณีที่คนไข้ใช้ในทางที่ผิด และยังมีระดับของการเบี่ยงเบนการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ผิดหรือใช้ไปในทางที่ผิดในหมู่คนหนุ่มสาวค่อนข้างสูงที่ยังอาจก่อให้เกิดความระมัดระวังโดยผู้สั่งจ่ายยาเพื่อใช้ในทางการแพทย์ การแพร่ระบาดในท้องถิ่นของการใช้ดี-แอมเฟตามีนในทางที่ผิดเกิดขึ้นในหลายส่วนของสหราชอาณาจักร มักจะใช้ดี-แอมเฟตามีนที่สังเคราะห์ขึ้นในท้องถิ่น นี่เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ทำให้เหล่าแพทย์ไม่กล้าสั่งยาดี-แอมเฟตามีนด้วยเกรงว่าจะนำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิด ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา ยาที่มีสารดี-แอมเฟตามีน โดยเฉพาะ MES-แอมเฟตามีนได้รับการใช้อย่างแพร่หลายเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น ความคุ้นเคยกับแอมเฟตามีนที่สั่งโดยแพทย์กับการหาได้ง่ายมากยิ่งขึ้นของตำรับยาสามารถช่วยลดความเป็นไปได้ที่จะใช้ไปในทางที่ผิด ตัวอย่างเช่น ยาแอดดิรอลเอ็กซ์อาร์ ได้ก่อให้เกิดสถานการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความเสี่ยงของการใช้สารดี-แอมเฟตามีนไปในทางที่ผิดถูกมองว่าเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเมทิลเฟนิเตท ข้อเท็จจริงนี้ประกอบกับการรับรู้ว่าดี-แอมเฟตามีนจะปลอดภัยกว่าเมทแอมเฟตามีนที่เป็นตัวกระตุ้นที่ออกฤทธิ์และคงทนมากกว่า ปัจจุบันมีการใช้ไปในทางที่ผิดอย่างกว้างขวาง ได้นำไปสู่ทัศนคติของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ผ่อนคลายมากกว่าสำหรับในกรณีที่มีการออกใบสั่งยาดี-แอมเฟตามีน การใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด (Methamphetamine recreational abuse) ไม่ได้แพร่หลายในทวีปยุโรป และ การใช้แอมเฟตามีนที่ผิดกฎหมายเกือบทั้งหมดจะจำกัดวงอยู่ที่ดี-แอมเฟตามีนในฐานะเป็นเกลือซัลเฟต (sulphate salt) เท่านั้น

⁶⁵ เพิ่งอ้าง.

นอกจากมุมมองด้านการแพทย์ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ผู้เขียนขอแนะนำมุมมองด้านเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีน (The pharmacology of amphetamine)⁶⁶ อย่างสังเขป แอมเฟตามีนอยู่ในประเภทของยาที่เรียกว่า ‘เบตา-ฟีนิลเอทิล-ลามีน (β -phenylethylamines)’ ถึงแม้ว่าแอมเฟตามีนจะได้รับการสังเคราะห์หลายทศวรรษก่อนที่จะมีการค้นพบว่า โมโนเอมีน (monoamines) เช่น นอร์อะดรีนาลีน (นอร์อีพิเนฟริน) (noradrenaline (norepinephrine)) โดปามีน และ 5-ไฮดรอกซีทริปตามีน (5-hydroxytryptamine (5-HT; เซโรโทนิน)) เป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทรอบนอก (central and peripheral nervous systems) ส่วนหนึ่งของเหตุผลในการสังเคราะห์เรเซมิกแอมเฟตามีนคือ ความเหมือนกับเอพิดรีนในทางโครงสร้าง มีโมเลกุลที่มีปฏิริยาทางชีวภาพ ความเหมือนระหว่างโครงสร้างทางเคมีของสารสื่อประสาทแคทีโคลามีน (catecholamine neurotransmitters) นอร์อะดรีนาลีน และโดปามีน กับไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนค่อนข้างชัดเจนอย่างมาก โมเลกุลของแคทีโคลามีนและแอมเฟตามีนแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างแนวระนาบ (planar conformation) อย่างยาว ซึ่งเป็นลักษณะปกติของสารประกอบเหล่านี้ สำหรับไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนเป็นขนาดของโมเลกุลในโครงสร้างแนวระนาบที่เหมือนกับโมโนเอมีน นั่นคือ การมีอยู่ของวงแหวนอะโรมาติก (aromatic ring) และโซ่ข้างของอนุพันธ์เอริล (aryl side-chain) เป็นคุณสมบัติทางเคมีกายภาพ (physico-chemical properties) ที่ต้องมีมาก่อนของสารตั้งต้นแบบแข่งขัน (competitive substrate) สำหรับตัวขนส่งการเก็บกลับสารโมโนเอมีน (monoamine reuptake transporters) เช่น NET (ตัวขนส่งนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline transporter)) DAT (ตัวขนส่งโดปามีน (dopamine transporter)) และ SERT (ตัวขนส่ง 5-HT) กลไกที่รับผิดชอบในการเก็บและขนส่งโมโนเอมีนและแอมเฟตามีนไปที่ปลายประสาทหน้าจุดประสานประสาท (presynaptic nerve terminals) 1 โมเลกุลของสารสื่อประสาทโมโนเอมีนหรือแอมเฟตามีนที่สัมพันธ์กับ 2 อีออน Na^+ และ 1 อีออน Cl^- และโมเลกุลาร์คอมเพล็กซ์ (molecular complex) ที่เกิดขึ้นจะถูกขนส่งไปยังปลายจุดประสานประสาทโดยตัวขนส่งการเก็บกลับสารโมโนเอมีนที่เกี่ยวข้องกัน พลังของการเคลื่อนไหวสำหรับกลไกการขนส่งที่ใช้งานอยู่ (active transport) นี้ คือ การขนส่งอีออน Na^+ จากความเข้มข้นสูงไปยังความเข้มข้นต่ำ (concentration gradient) (Na^+ ที่มีความเข้มข้นสูงอยู่นอกปลายประสาทไปยัง Na^+ ที่อยู่ด้านในที่มีความเข้มข้นต่ำ) การขนส่งอีออน Na^+ จากความเข้มข้นสูงไปยังความเข้มข้นต่ำได้รับการจัดการโดย Na^+/K^+ ATPase มีการสูบเอาอีออน Na^+ 2 ตัวออกจากเซลล์ ขณะที่ดูดเอาอีออน K^+ 1 ตัวเข้าไปในเซลล์ มีแหล่งเก็บกักสารสื่อประสาทโมโนเอมีนภายในแต่ละประเภทของปลายประสาท 2 แหล่ง คือ แหล่งรวมไซโตโซลิก (cytosolic pool) ที่เก็บโมโนเอมีนที่เพิ่งได้รับการสังเคราะห์ใหม่

⁶⁶ อ้างแล้ว เชมรทที่ 64, น.176-193.

และถุงเก็บกัก (vesicular pool) เก็บโมโนเอมีนจากที่ถูกปล่อยเมื่อเซลล์ประสาทปล่อยศักยงาน (action potentials) ออกมาถึงแม้ว่าความเข้มข้นของสารสื่อประสาท โมโนเอมีนในของเหลวภายในเซลล์ (cytosol) ของปลายประสาทหน้าจุดประสานประสาทถูกจัดระเบียบและควบคุมโดยอัตราของการสังเคราะห์ การปล่อย การเก็บกลับและกระบวนการสลาย (catabolism) ปัจจุบันเป็นที่รับรู้ว่าการขนส่งโมโนเอมีนเข้าไปในถุงเก็บกักสโตรเรจกรานูล (storage granules) มีบทบาทที่สำคัญมากในกระบวนการนี้⁶⁷ การเคลื่อนย้ายของโมโนเอมีนจากแหล่งรวมไซโตโซลิกไปยังแหล่งเก็บกัก (storage pool) กระทำโดยตัวขนส่งสาร โมโนเอมีนที่ถูกเก็บ 2 (VMAT 2) (Vesicular monoamine transporter 2 (VMAT 2)) เพราะแอมเฟตามีนแข่งขันกับโมโนเอมีนที่ร่างกายสร้างขึ้นสำหรับการขนส่งเข้าไปในปลายเส้นประสาทผ่านทาง NET DAT หรือ SERT ความเข้มข้นของแอมเฟตามีนที่อยู่ในจุดประสานประสาทยิ่งสูงเท่าใด จำนวนโมเลกุลของแอมเฟตามีนที่ถูกขนส่งจะยิ่งมากขึ้นเท่านั้นซึ่งสัมพันธ์กับทุกๆ โมเลกุลของโมโนเอมีน เมื่อเข้าไปอยู่ที่ปลายประสาทหน้าจุดประสานประสาทแล้ว แอมเฟตามีนจะไล่โมโนเอมีนให้ออกจากแหล่งรวมไซโตโซลิกยิ่งไปกว่านั้นเนื่องจากแอมเฟตามีนยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ VMAT2 อีกด้วย จึงป้องกันการเคลื่อนย้ายโมโนเอมีนไม่ให้เข้าไปในถุงเก็บกักในเซลล์ประสาท ผลลัพธ์ของปฏิกริยานี้ คือ ทิศทางของตัวขนส่งการเก็บกลับจะกลับตรงกันข้าม ดังนั้น แทนที่จะผลิตสารสื่อประสาทจากจุดประสานประสาทเข้าไปในปลายเส้นประสาท จะกลายเป็นการผลิตสารสื่อประสาทออกจากเซลล์ประสาทเข้าไปในจุดประสานประสาทกระบวนการนี้เรียกว่า “การขนส่งกลับด้าน (reverse transport) หรือ การขนส่งย้อนกลับ (retro-transport)” สอดคล้องกับกลไกที่อธิบายถึงข้างต้น การทดลองในหลอดแก้วทดลอง (in vitro experiments) แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไอโซเมอร์ดี-และ แอล-ของแอมเฟตามีนปล่อย [3H] โมโนเอมีน โดยวิธีสู่มจากชิ้นส่วนต่างๆ ที่บรรจุไว้ล่วงหน้าแล้วหรือปลายประสาท (synaptosomes) ที่เตรียมจากสมองของหนู⁶⁸

มีรายงานการทดลองหลายรายงานที่กล่าวว่า ดี-แอมเฟตามีนปล่อยสาร [3H] นอร์อะดรีนาลีน โดปามีน และ 5-HT จากปลายประสาท และชิ้นส่วนสมองที่ถูกตัดเป็นแผ่นบาง (brain slices) แอล-แอมเฟตามีนปล่อยสารนอร์อะดรีนาลีน โดปามีน และ 5-HT จากปลายประสาท และสารนอร์อะดรีนาลีนและโดปามีนจากชิ้นส่วนสมองของหนูที่ถูกตัดเป็นแผ่นบาง ในการเปรียบเทียบศักยภาพที่สัมพันธ์กันของดี- และแอล-แอมเฟตามีน ปรากฏว่า ดี-ไอโซเมอร์มีศักยภาพมากกว่า แอล-ไอโซเมอร์ประมาณ 4 เท่า ในฐานะเป็นตัวปล่อย [3H] โดปามีนในทางตรงกันข้าม แอล-แอมเฟตามีนมีศักยภาพเท่ากับหรือมากกว่าดี-แอมเฟตามีนในฐานะเป็นตัวปล่อย [3H] นอร์

⁶⁷ เฝิงฮ้าง.

⁶⁸ เฝิงฮ้าง.

อะดรีนาลีน ตัวขนส่งโมโนเอมีนไม่ได้มีการคัดกรองอย่างเฉพาะเจาะจงว่าจะขนส่งโมโนเอมีนตัวใด และการที่ไม่มีการคัดกรองนี้อธิบายได้จากความเหมือนทางโครงสร้างของสารดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้น ความเหมือนทางโครงสร้างระหว่างสารสื่อประสาทโมโนเอมีน และแอมเฟตามีนอธิบายว่าทำไมแอมเฟตามีนถึงมีปฏิริยาที่หลากหลายในการปล่อยโมโนเอมีน CNS ที่สำคัญ (นอร์อะดรีนาลีน โดปามีน และ 5-HT) แอมเฟตามีนยังปล่อยสารอะดรีนาลีนจากระบบประสาทซิมพาเทติกนอกส่วนกลาง (peripheral sympathetic nervous system) เป็นปฏิริยาที่เชื่อมโยงกับผลข้างเคียงของหัวใจและหลอดเลือด ถึงแม้ว่าการทดลองเหล่านี้ส่วนใหญ่จะพิจารณาที่ผลของแอมเฟตามีนไอโซเมอร์ต่อ $[^3\text{H}]$ โมโนเอมีนส่วนฐานที่ปล่อยจากปลายประสาทหรือชิ้นส่วนบางๆ แอมเฟตามีนยังเพิ่มการไหลออกที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคลื่นไฟฟ้า ปฏิริยานี้แสดงว่ากลไกการขนส่งย้อนกลับสามารถทำปฏิริยาร่วมกับหรือเป็นอิสระจากการส่งกระแสไฟฟ้าไปที่เซลล์ประสาท (neuronal firing) ถึงแม้ว่าผลทางเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มาจากการปล่อยสารโมโนเอมีน แต่กลไกนี้ได้รับการเสริม โดยการยับยั้งการส่งกลับและบางครั้งยังอาจเป็นการยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase (MAO)) ที่รวมตัวกันด้วยการเพิ่มเข้าไปหรือเสริมกันเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของโมโนเอมีนที่จุดประสานประสาทอีกด้วย การที่กล่าวว่า แอมเฟตามีนเป็น “ตัวยับยั้งการเก็บกลับโมโนเอมีน (monoamine reuptake inhibitor)” มักจะทำให้เกิดความสับสนบางประการ และความแตกต่างระหว่างกลไกของแอมเฟตามีนที่เป็นสารตั้งต้นของการขนส่งเก็บกลับแบบแข่งขัน (competitive reuptake transport substrate) และตัวยับยั้งการเก็บกลับ (reuptake inhibitors) ศักยภาพของแอมเฟตามีน⁶⁹ ที่มีสูตรโมเลกุลเหมือนกัน และนำไปเปรียบเทียบกับตัวยับยั้งการเก็บกลับแบบดั้งเดิมที่มีศักยภาพสูงบางตัว ดี-แอมเฟตามีน โดยปกติเป็นที่ยอมรับว่าเป็นตัวยับยั้งการเก็บกลับโดปามีนที่อ่อนแอ โดยที่ K_i มีค่าเท่ากับ ~ 100 nM ซึ่งเป็นตัวยับยั้งที่มีศักยภาพปานกลางของการเก็บกลับของนอร์อะดรีนาลีน ($K_i = 40\text{-}50$ nM) และเป็นตัวยับยั้งที่อ่อนแอกว่าการเก็บกลับ 5-HT ($K_i = 1.4\text{-}3.8$ μM) การเปรียบเทียบไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนแสดงให้เห็นว่าแอล-แอมเฟตามีนมีศักยภาพน้อยกว่าดี-แอมเฟตามีน 3.2 ถึง 7 เท่าในฐานะเป็นตัวยับยั้งการเก็บกลับโดปามีนแต่มีศักยภาพน้อยกว่านอร์อะดรีนาลีนเพียง 1.8 เท่า ศักยภาพของแอล-แอมเฟตามีนต่ำมากจนกระทั่งไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นตัวยับยั้งการเก็บกลับของ 5-HT ท้ายที่สุด สารโมโนเอมีนส่วนที่เกินภายในปลายเส้นประสาทจะถูกแยกสลายโดยเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส (MAO) เป็นเอนไซม์ที่ผูกติดกับไมโทคอนเดรีย (mitochondrial-bound enzyme) การยับยั้งของ MAO ยิ่งเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทที่มีอยู่เพื่อส่งกลับไปที่จุดประสานประสาท ไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนเป็นที่รู้จักกันมานานว่าเป็นตัวยับยั้งเอนไซม์ที่ทำการสลายที่สำคัญ ถึงแม้ว่ากลไก

⁶⁹ เฝิงฮ้าง.

นี่มักจะไม่มีอาการกล่าวถึงเพราะแอมเฟตามีนเป็นตัวยับยั้ง MAO ที่ค่อนข้างอ่อนแอ แต่ในสถานการณ์ที่แอมเฟตามีนอยู่รวมกันที่ปลายประสาทหน้าจุดประสานประสาท จะมีความเป็นไปได้ว่าการยับยั้งเอนไซม์นี้อาจเกิดขึ้นได้บ้างถึงแม้ว่าการทดลองในหลอดแก้วจะให้รายละเอียดที่ดีในแต่ละกลไก แต่ความมีประสิทธิภาพของแอมเฟตามีนที่สัมพันธ์กับสารกระตุ้น โมโนเอมีนโดยทางอ้อมอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ตัวยับยั้งการเก็บกลับแบบดั้งเดิมสามารถประมาณการได้จากการทดลองในหลอดแก้วเท่านั้น จึงมีการใช้วิธีไมโครไดอะไลซิสภายในสมอง 2 ทิศทาง (dual-probe intracerebral microdialysis) เพื่อศึกษาผลที่ได้จากหลอดแก้วทดลองของดี-และแอล-แอมเฟตามีนในหนูที่มีระดับความดันโลหิตสูงโดยสายพันธุ์ (spontaneously hypertensive rat (SHR)) ได้รับการเสนอให้เป็นรูปแบบของโรคสมาธิสั้นในหนู ปริมาณการใช้แอมเฟตามีนต่อครั้งของไอโซเมอร์ทั้ง 2 ตัวจะเพิ่มความเข้มข้นของนอร์อะดรีนาลีนภายนอกเซลล์ในสมองคอร์เทกซ์กลีบหน้าผากส่วนหน้า (prefrontal cortex (PFC)) และโดปามีนในบริเวณสเตรียตัม (striatum) เกสซพลศาสตร์ (pharmacodynamics) ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติของตัวกระตุ้นการหลั่งสารโมโนเอมีน กล่าวคือจากการเริ่มต้นที่รวดเร็วของปฏิกิริยาที่มีการเพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดของการหลั่งของสารนอร์อะดรีนาลีนและโดปามีนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 30-45 นาทีอันเป็นผลลัพธ์ที่มาก (ร้อยละ 400-450 ของเส้นมาตรฐานสำหรับนอร์อะดรีนาลีน และร้อยละ 700-1500 ของเส้นมาตรฐานสำหรับโดปามีน) พร้อมกับการลดลงอย่างรวดเร็วหลังที่ถึงจุดสูงสุดแล้วและถึงแม้ว่าจะไม่มีผลลัพธ์เชิงเปรียบเทียบในรายงานฉบับนี้ ปริมาณของการเพิ่มที่เกิดขึ้นจากไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนมีมากกว่าที่รายงานไว้สำหรับตัวยับยั้งการเก็บกลับ เช่น อะโทม็อกซีทีน (atomoxetine) หรือบูโพรไพออน (bupropion) และไม่มีเพดานของผลกระทบต่อปฏิกิริยาของแอมเฟตามีนในปริมาณการใช้แต่ละครั้ง เมื่อเปรียบเทียบผลของยาต่อการหลั่งของสารแคทีโคลามีน (catecholamines) ในสมองคอร์เทกซ์ กลีบหน้าผากส่วนหน้า (PFC) เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาประสาททฤษฎีประสาทศาสตร์ (neuroanatomy) ที่ผิดปกติอย่างมากของสมองส่วนนี้ ความหนาแน่นบริเวณตัวขนส่งโดปามีน (DAT) ในเซลล์ประสาทโดปามีนใน PFC จะต่ำมากและผลที่ตามมาทำให้โดปามีนส่วนใหญ่ที่ปล่อยออกมาถูกจับแยกออกผ่านทางตัวขนส่งนอร์อะดรีนาลีน (NET) เข้าไปในเซลล์ประสาทนอร์อะดรีนาลีน⁷⁰

ถึงแม้ว่าจะเป็นความจริงที่ตำแหน่งของตัวขนส่งโดปามีน (DAT) ในเซลล์ประสาทโดปามีนมีอยู่ไม่มาก แต่ความสามารถของแอมเฟตามีนในการเก็บกลับมีพอเพียงที่จะทำให้เกิดการหลั่งโดปามีนค่อนข้างมากจากตำแหน่งดังกล่าว จึงมีการเสนอว่าการหลั่งโดปามีนใน PFC ส่วนใหญ่มาจากเซลล์ประสาทนอร์อะดรีนาลีน เมื่อนำเอารูปลักษณะทางเภสัชวิทยาในหลอดแก้ว

⁷⁰ เฟ็งฮ้าง.

ทดลองของไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนมาเปรียบเทียบกัน จะเห็นว่า ดี-แอมเฟตามีนมีศักยภาพมากกว่าแอล-แอมเฟตามีน 3 ถึง 5 เท่าและที่ยิ่งไปกว่านั้นการวิเคราะห์ผลลัพท์ที่สัมพันธ์กันของไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนต่อสารแคทีโคลามีนของแต่ละบุคคลแสดงให้เห็นว่า ดี-แอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อโดปามีนมากกว่านอร์อะดรีนาลีน ขณะที่ แอล-แอมเฟตามีนมีปฏิริยาที่สมดุลมากกว่าที่จะเพิ่มการสื่อสารของทั้งโดปามีนและนอร์อะดรีนาลีน ถึงแม้ว่าผลของไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีน ได้มาจากสายพันธุ์หนูที่มีความโน้มเอียงว่าจะมีความดันโลหิตสูง (SHRs) แต่ก็ได้ผลลัพท์ที่เหมือนกันของดี-และแอล-แอมเฟตามีนจากการทดลองในสมองคอร์เทกซ์ กลีบหน้าผากส่วนหน้า (PFC) และบริเวณสไตรเอตัมของสายพันธุ์หนูที่ไม่มีความดันโลหิตสูง ระบุถึงผลกระทบของแอมเฟตามีนอีนานทีโอเมอร์ทั้ง 2 ชนิดต่อการหลั่งคอเดต 5-HT (caudate 5-HT) ผลกระทบบ่อน้างน้อยกว่าที่พบในโดปามีน และมีการแยกศักยภาพที่น้อยกว่าระหว่างไอโซเมอร์ 2 ชนิดในรายงานก่อนหน้า⁷¹ ได้อธิบายถึงรูปแบบของ MES-แอมเฟตามีนและในการทดลองในหลอดแก้วได้มีการทดลองเพื่อศึกษาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วน 3:1 ของดี-และแอล-ไอโซเมอร์ในรูปแบบนี้ การทดลองกระทำกับหนูที่ถูกทำให้หมดความรู้สึกโดยใช้วิธีโวลแทมเมตรี (voltammetry) ในหลอดทดลองเพื่อระบุความเข้มข้นที่อยู่นอกเซลล์ของโดปามีนในบริเวณสไตรเอตัมและนิวเคลียสอักคุมเบนส์ (nucleus accumbens) จากการใช่วิธีการนี้ มีผู้ทดลองแสดงให้เห็นว่าความยึดหยุ่นของดี-แอมเฟตามีนในการหลั่งโดปามีนไม่ได้เปลี่ยนแปลงโดยการมีอยู่ของแอล-ไอโซเมอร์ในอัตราส่วน 1:1 ที่ปรากฏในราซีเมต (racemate) แต่เป็นอัตราส่วน 3:1 ของส่วนผสมของดี-และแอล-ไอโซเมอร์ แอล-แอมเฟตามีนเพิ่มและยืดเวลาการหลั่งของโดปามีนในบริเวณสไตรเอตัมของหนู ผลิตโดยดี-แอมเฟตามีนผู้เขียนสร้างสมมติฐานว่าแอล-แอมเฟตามีนใน MES-แอมเฟตามีนปรับเปลี่ยนปฏิริยาของตัวขนส่งโดปามีน (DAT) เพื่อว่าปฏิริยาของดี-ไอโซเมอร์จะได้รับการยืดเวลาออกไป การอธิบายที่ต่างออกไปสำหรับการยืดเวลาที่สังเกตได้ของผลทางเภสัชวิทยา คือการที่อัตราส่วน 3:1 ของดี-ต่อแอล-ไอโซเมอร์ในรูปแบบของ MES-แอมเฟตามีนถูกใช้ให้เหมาะสมที่สุดโดยความบังเอิญ เพื่อว่าการเข้าไปในปลายเส้นประสาทแคทีโคลามีนของดี-ไอโซเมอร์ถูกทำให้เบาบางลงด้วยการแข่งขันเพื่อตัวขนส่งโดปามีน (DAT) โดยแอล-ไอโซเมอร์ ดังนั้นจึงยืดระยะเวลาของการหลั่งสารสื่อประสาทของดี-ไอโซเมอร์ที่มีศักยภาพมากกว่าออกไป

ถึงอย่างไรก็ดี ความมีประสิทธิภาพของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์⁷¹ เป็นที่ยอมรับมาเป็นเวลานานแล้วว่า ในโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของระบบแคทีโคลามีนของสมองในสมองคอร์เทกซ์กลีบหน้าผากส่วนหน้า (PFC) และการเชื่อมต่อกับบริเวณซับคอร์ทิคัล (subcortical regions) รวมถึงบริเวณสไตรเอตัม โดยมีการศึกษาด้วยวิธีการถ่ายภาพระบบประสาท (neuroimaging) ของ

⁷¹ อ้างแล้ว เชมอรรถที่ 64, น.195-197.

คนไข้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นแสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนทางกายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงหน้าที่จากการทำงานของโดปามีนที่ลดลงในหลายบริเวณที่อุดมไปด้วยโดปามีนของสมองประกอบด้วยเปลือกสมองส่วนหน้า (frontal cortex) บริเวณสไตรเอตัม (striatum) และ โกลบัลพาลิดัส (globus Pallidus)

จากการสังเกตการณ์ว่าไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นในการหลั่งของโดปามีนและนอร์อะดรีนาลีนในบริเวณ PFC และโดปามีนในบริเวณสไตรเอตัมอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมากจึงมีการคาดการณ์ว่ายาเหล่านี้จะมีประสิทธิผลสูงสุดในการรักษาโรคสมาธิสั้น การคาดการณ์นี้ได้รับการยืนยันจากรายงานของควมมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยสารดี-แอมเฟตามีน สารแอล-แอมเฟตามีน เรเซมิก แอมเฟตามีนและ MES-แอมเฟตามีน เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าควมมีประสิทธิภาพของแอมเฟตามีนไม่ได้แตกต่างไปจากควมมีประสิทธิภาพของแอมเฟตามีนในเมทิลเฟนิเดท (methylphenidate) เป็นยากระตุ้นประสาทที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นอย่างไรก็ตาม มีการวิเคราะห์ (meta-analysis) โดยฟาราโอนี และบูอิตลาร์ (Faraone and Buitelaar) แสดงให้เห็นถึงควมมีประสิทธิภาพที่มากกว่าในระดับปานกลางของยาประเภทแอมเฟตามีน สิ่งนี้ตรงกันกับผลการวิจัยก่อนอาการป่วยว่าเมทิลเฟนิเดทยังสามารถช่วยเสริมการจับแคทีโคลามีนอย่างโดดเด่นในบริเวณ PFC และบริเวณสไตรเอตัมอีกทางหนึ่ง การทดลองหลายครั้งรายงานถึงควมมีประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของแอมเฟตามีนในการรักษาโรคสมาธิสั้นในการเปรียบเทียบกับอะโทม็อกซีทีน (Atomoxetine) (สเตรทเทอร์รา (Strattera®)) ด้วยยังการเก็บกลับนอร์อะดรีนาลีนแบบเลือกสรร ผลของการวิจัยตรงกับผลลัพธ์จากการทดลองไมโครโคอะไลซิสทางหลอดเลือดทดลองโดยแสดงให้เห็นว่าอะโทม็อกซีทีนสามารถผลิตนอร์อะดรีนาลีนและโดปามีนที่อยู่นอกเซลล์เพิ่มในระดับปานกลางในบริเวณ PFC เนื่องมาจากผลของการปิดกั้นสารสื่อประสาทแคทีโคลามีนทั้ง 2 ตัวไม่ให้เข้าสู่เซลล์ประสาทนอร์อะดรีนาลีนผ่านทางบริเวณ NET แต่เนื่องจากมีฐานะเป็นตัวยับยั้งการเก็บกลับนอร์อะดรีนาลีนแบบเลือกสรร จึงไม่มีผลกระทบต่อบริเวณอื่นของสมอง เช่น บริเวณสไตรเอตัมและนิวเคลียสอักคุมเบนส์ที่ควมเข้มข้นของโดปามีนที่จุดประสานประสาทถูกควบคุมโดยพื้นที่ของ DAT⁷²

ส่วนข้อเสียของผลกระทบจากแอมเฟตามีนต่อสารสื่อประสาทโมโนอะมีนคือยานั้นอาจผลิตสารพิษต่อเซลล์ที่มีสารสื่อประสาทเหล่านี้ หลักฐานจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าแอมเฟตามีนนั้นหากได้รับในปริมาณมากหลายๆ ครั้งจะสนับสนุนการสร้างอนุมูลอิสระที่ทำลายเซลล์สมอง ตัวอย่างเช่น ต่อเนื่องจากการปล่อยสารโดปามีน สารเอ็นไซม์บางตัวจะทำให้สารสื่อประสาทหยุดทำงานแต่การทำงานของโดปามีนที่เกินขนาดอาจทำให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระและทำให้เซลล์

⁷² เพิ่งอ้าง.

สมองเกิดความเสียหายได้ และสิ่งที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เกิดการขาดการทำงานที่สมดุลของเซลล์สมอง ที่มีโดปามีนความรู้ดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบอันน่ากลัวของการใช้เมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิดต่อสมองและพฤติกรรมของมนุษย์พื้นที่ที่อุดมไปด้วยโดปามีนจำนวนมากทำให้เกิดการทำงานของมนุษย์ที่สำคัญตั้งแต่เรื่องของอารมณ์ไปจนถึงการเคลื่อนไหวทางกายภาพของร่างกาย การเรียนรู้และความจำข้อมูล มีการวิจัยที่แสดงถึงข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากสัตว์ในห้องทดลองแสดงให้เห็นว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนจำนวนมากและติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ส่งผลที่กระจัดกระจายต่อกระบวนการคิด รวมถึงการเรียนรู้และความจำ แต่ถึงกระนั้นอย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการศึกษาเหล่านี้เมื่อนำผลมาอธิบายกับมนุษย์ ปริมาณยาที่ใช้ นั้นไม่รวมถึงการใช้เมทแอมเฟตามีนของมนุษย์เพื่อการสันทนการเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นแต่เพิ่มขึ้นในปริมาณที่น้อย โดยปกติแล้วผู้ทำการทดลองให้เมทแอมเฟตามีนแก่สัตว์ที่ไม่เคยรับยาในจำนวนมากติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งวันหรือมากกว่า ในขณะที่ในกรณีของมนุษย์นั้น หากมีการให้ยาเพื่อสันทนการส่วนมากจะเริ่มจากการให้ยาในปริมาณน้อยและเพิ่มปริมาณยาขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีพัฒนาการให้ยาความแตกต่างนี้ไม่ใช่ความแตกต่างเพียงเล็กน้อย เพราะการเปลี่ยนแปลงในสมองและพฤติกรรมอันตรายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการใช้เมทแอมเฟตามีนจำนวนมากติดต่อกันสามารถได้รับการป้องกัน ถ้าหากมีการให้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นระยะเวลาหลาย ๆ วัน สอดคล้องกับสถานการณ์ในการเสพเมทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่ได้กล่าวมา จึงเป็นสิ่งสำคัญในศึกษาผลกระทบของการใช้เมทแอมเฟตามีนต่อการทำงานของกรรับรู้ ประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญของการประเมินพฤติกรรมความสนใจของมนุษย์ภายใต้เงื่อนไขอย่างเข้มงวด และผลกระทบทางการบำบัดรักษา⁷³ มีผลกระทบดังนี้ ปฏิกริยาหลักของแอมเฟตามีนคือการเพิ่มความเข้มข้นของสารสื่อประสาท โดปามีนที่จุดประสานประสาท ดังนั้น จึงเป็นการเพิ่มการสื่อประสาทนอร์อะดรีนาลีนและโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ในทางอ้อม ถึงแม้ว่าไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนจะเป็นตัวกระตุ้นการหลั่งสาร 5-HT ที่ทรงพลังในหลอดทดลอง แต่ปฏิกริยานี้ดูเหมือนว่าไม่ได้ช่วยเพิ่มความมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคสมาธิสั้น สารเฟนฟลูรามีน (fenfluramine) ไม่มีประสิทธิผลในการรักษาพฤติกรรมก่อกวน (disruptive behavior) และพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (overactive behavior) ในโรคสมาธิสั้นและไม่ช่วยทำให้ความผิดปกติในความประพฤติเป็นอาการที่มีอยู่เกือบครึ่งหนึ่งในคนไข้ที่เฝ้าดูอาการอยู่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ว่าปฏิกริยาของแอมเฟตามีนในการเพิ่มระดับการทำงานของเซโรโทนินอาจมีผลลัพท์ที่เป็นประโยชน์ต่อความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดร่วมกันกับโรคสมาธิสั้น การส่งสัญญาณแคทีโคลามีน (catecholaminergic signaling) ที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวสื่อหลักของควมมี

⁷³ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 64, น.194-195.

ประสิทธิภาพของแอมเฟตามีนในการรักษาโรคสมาธิสั้นและโรคหลับผิดปกติในด้านลบ เกสซ์ วิทยาเดียวกันนี้ยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญของแอมเฟตามีน และรับผิดชอบต่อการก่อให้เกิด การนำไปใช้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด (Recreational abuse) ดังนั้น การนำไปใช้เพื่อให้เกิด ความมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุดขณะที่ควบคุมผลข้างเคียงให้อยู่ในระดับที่รับได้ไปพร้อมๆ กันเป็นสมดุลที่ทำให้ยากต้องอาศัยการปรับขนาดยา (dose titration) จึงเป็นเรื่องที่ระมัดระวังอย่าง ยิ่งสำหรับคนไข้

อีกทั้งยังส่งผลในฐานะเป็นยาที่ใช้ต่อสู้กับความเหนื่อยล้าและระดับความอยากอาหาร และการรักษาโรคหลับผิดปกติ ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) น้ำหนักตัว ลด (weight loss) อาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และเป็นเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยารักษาโรคที่มีสารแอมเฟตามีนในการรักษาโรคสมาธิ สั้น ผลข้างเคียงเหล่านี้มีรายงานว่าเกิดขึ้นกับสารดี-แอมเฟตามีน 198 เมทแอมเฟตามีน สาร MES- แอมเฟตามีนและสารลิสเด็กซ์แอมเฟตามีนและอาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่เกิดจาก แอมเฟตามีนประกอบด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง (abdominal cramps) ความ คัดที่สูงขึ้นและหัวใจที่เต้นแรงขึ้น และอาจจะรวมถึงการกำเริบของอาการกระดูกงอกกล้ามเนื้อมัด ย่อย ๆ ได้อีกด้วย

ข้อควรระวังอีกประการหนึ่ง⁷⁴ คือ ด้วยคุณสมบัติของมันทำให้เกิดการตื่นตัวหรือ กระตุ้นสมอง ทำให้กลุ่มบุคคลบางกลุ่มได้ใช้สารไปในทางที่ผิด เนื่องจากเป็นยากระตุ้นประสาท (Stimulants) มีแนวโน้มที่จะเป็นที่ชื่นชอบของกลุ่มประชากรบางส่วน ถึงแม้ว่าจะไม่ได้หมายถึงทุก คนในกลุ่มประชากรนั้นมีหลักฐานบางประการที่แสดงว่าระดับโดปามีนพื้นฐาน (basal dopamine tone) เป็นตัวกำหนดสิ่งนี้ จากการที่บุคคลที่มีตัวรับโดปามีน D2 ในปริมาณที่สูงจากการวัดโดย เครื่องมือตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โพซิตรอน-อิมิตชัน โทโมกราฟี (positron emission tomography (PET)) ของ [11C]-แร็คโลไพร์ด์ ([11C]-raclopride) จะพบว่ายากระตุ้นประสาทเป็น สิ่งน่ารังเกียจมากกว่าสิ่งผลิตเพลิน อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ความผลิตเพลินจากดี-แอมเฟตา มีนอาจนำไปสู่การใช้ที่เกินเลยจากการเป็นยาตามใบสั่งแพทย์โดยคนไข้ และการใช้ใบสั่งแพทย์ (ไปในทางที่ผิด) (การเบี่ยงเบน) ด้วยเหตุผลเหล่านี้ยากระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนใน ปัจจุบันทั้งหมดถือเป็นยาควบคุม (Controlled Drugs) ภายใต้พระราชบัญญัติการใช้ยาในทางที่ผิด ของสหราชอาณาจักร (UK : Misuse of Drugs Act 1971) สารในกลุ่มเดียวกันทั้งหมดถูกจัดอยู่ ภายใต้ยาควบคุมประเภท B (Class B) ยกเว้นเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เมื่อไม่นานมานี้ ถูกจัดให้อยู่ภายใต้ยาควบคุมประเภท A (Class A) เพราะความกลัวการแพร่กระจายของการใช้เพื่อ

⁷⁴ เฟ็งฮ้าง.

ความสนุกสนานในทางที่ผิดอย่างรวดเร็วเหมือนกับที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย ในความเป็นจริงแล้วมีการใช้ยาเหล่านี้ไปในทางที่ผิดโดยคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นน้อยมาก และในกรณีส่วนใหญ่ ความท้าทายของนายแพทย์ผู้สั่งยาอยู่ที่การทำอย่างไรให้คนไข้ใช้ยามากกว่าที่จะจำกัดไม่ให้คนไข้ใช้ยา ผู้ป่วยที่เป็นวัยรุ่นหลายคนหยุดการใช้ยาต่างๆ ที่ยานั้นให้ผลประโยชน์ที่ชัดเจนต่อผลการเรียนของพวกเขา โดยที่พวกเขาอ้างเหตุผลต่างๆ เช่น รู้สึกว่าถูกควบคุม มีความต้องการที่จะมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องยาที่รักษาด้วยเหตุผลเหล่านี้ การที่ต้องอาศัยการสังเกตการณ์เพื่อดูว่ามีการพึ่งพาและการใช้ในทางที่ผิดของดี-แอมเฟตามีนตามใบสั่งแพทย์จึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากในการรักษาคนไข้ และยากระตุ้นประสาทยังสามารถสั่งให้ได้แม้กับบุคคลที่มีประวัติของการใช้ในทางที่ผิด⁷⁵ โดยที่ต้องมีเงื่อนไขของการควบคุมบางประการ เช่น ต้องเข้าไปรับยาประจำวัน เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ที่ใช้ยาเสพติดเพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด (Recreational drug abuser) และผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด (Dependant user) โดยปกติมักจะใช้ยากระตุ้นจิตประสาทในปริมาณการใช้ที่สูงกว่าปริมาณที่กำหนดไว้เพื่อใช้รักษาหลายเท่า ยิ่งไปกว่านั้น เพื่อให้บรรลุผลถึงผลทางเภสัชวิทยาสูงที่สุด ปริมาณของยาที่สูงที่สุดจะต้องถูกส่งเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ในช่วงระยะเวลาที่สั้นที่สุด สิ่งนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสาเหตุให้ผู้ใช้ยาในทางที่ผิดพัฒนาจากวิธีการที่ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น การกลืนกินทางปาก ไปสู่เส้นทางที่อันตรายมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การสูดโคเคนเข้าโพรงจมูก (snort) (แคร็กโคเคน หรือคริสตัลเมท) หรือการฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ (intravenous injection) บัจจุบันเป็นที่รู้จักกันค่อนข้างน้อยอีกปัจจัยหนึ่งในการใช้ยาไปในทางที่ผิด คือ ความปรารถนาของผู้เสพที่ต้องการความพึงพอใจอย่างเฉียบพลัน ดังนั้น แรงดึงดูดใจของยาเฉพาะเจาะจงที่ใช้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิดส่วนใหญ่จึงกำหนดด้วยความสามารถของยาที่จะส่งผลที่ต้องการภายในเวลาไม่กี่นาที ตัวอย่างเช่น โคลเนอร์ช (rush)

ส่วนทางจลนศาสตร์ของดี-แอมเฟตามีน⁷⁶ เมื่อใช้รับประทานเข้าทางปากจะทำให้ออกฤทธิ์ (ความเพลิคเพลิน) น้อยกว่าโคเคนหรือเมทแอมเฟตามีน โคลเคนไม่ว่าจะเสพด้วยการสูดเข้าโพรงจมูกหรือการสูบ โดยเฉพาะ “โคเคนรูปผลึก (crack)” จะเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็ว และดูเหมือนว่าฤทธิ์ของยาจะไปรวมตัวที่สมองที่สัมพันธ์กับพลาสมา (plasma) สิ่งนี้อธิบายถึงแนวโน้มในการออกฤทธิ์ที่สูงของยานี้ การที่ฤทธิ์ของยาเข้าสู่สมองเร็วขึ้นเท่าใด ยิ่งนำไปสู่อาการที่ (high) มากขึ้นเท่านั้น เมทแอมเฟตามีนเดินทางเข้าสู่สมองช้ากว่าและออกฤทธิ์สูงสุดช้ากว่า โคลเคน 10-15 นาที ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาถึงดี-แอมเฟตามีนซัลเฟตในเชิงเปรียบเทียบโดยตรง แต่เราสามารถ

⁷⁵ เพิ่งอ้าง.

⁷⁶ เพิ่งอ้าง.

คาดคะเนจากคุณสมบัติทางเคมีที่รู้สึกสับสนว่าหลังจากรับประทานเข้าทางปาก อัตราการเก็บสะสมในสมองของดี-แอมเฟตามีนจะช้าลงกว่าอัตราการเก็บสะสมของเมทแอมเฟตามีน จากเหตุผลดังกล่าวการใช้ดี-แอมเฟตามีนในทางที่ผิดไม่ใช่สาเหตุที่ควรระวัง ถึงแม้ว่าปริมาณการใช้แอมเฟตามีนในทางที่ผิดจะขึ้นถึงจุดสูงสุด ค.ศ. 1960 แต่การใช้แอมเฟตามีนในทางที่ผิดนั้นเป็นปัญหาทางสังคม กฎหมายและการแพทย์ที่เรื้อรังมานาน การฉีดดี-แอมเฟตามีนและยากระตุ้นประสาทอื่นๆ เข้าทางเส้นเลือดดำยังคงก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้านความปลอดภัยต่อบุคคลที่หมกมุ่นอยู่กับการเสพยาเสพติดด้วยวิธีนี้ การใช้วิธีการฉีดเข้าเส้นเลือดดำในทางที่ผิดบางวิธีเกิดจากการเบี่ยงเบนของการใช้หลอดฉีดดี-แอมเฟตามีน ยังคงมีการสั่งจ่ายโดยแพทย์เป็นครั้งคราวในสหราชอาณาจักรสำหรับการควบคุมการหลับผิดปกติอย่างรุนแรง (Severe narcolepsy) และความผิดปกติอื่นๆ ของการใช้ยากระตุ้นประสาทที่มากเกินไป อย่างไรก็ตาม ดี-แอมเฟตามีนที่ใช้ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำส่วนใหญ่ได้มาจากการผลิตที่ผิดกฎหมายในท้องถิ่นผู้ใช้ในทางที่ผิดบางคนจะใช้ตัวทำลายที่จะสกัดส่วนผสมของตัวยาที่ออกฤทธิ์จากยาเม็ดหรือยาแคปซูลที่สามารถนำไปทำให้เข้มข้นแล้วฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ การพัฒนารูปแบบของดี-แอมเฟตามีนที่ป้องกันการแปรสภาพ (tamper-deterrent) เป็นเป้าหมายที่สำคัญของอุตสาหกรรมยาเพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิดประเภทนี้ ยาตามใบสั่งแพทย์ที่ประกอบด้วยดี-แอมเฟตามีนที่ใช้ได้วันละครั้งหลายชนิดเริ่มเกิดขึ้นมีระดับของการป้องกันการแปรสภาพที่สูง ตัวอย่างเช่นยาแอดดีรอล เอ็กซ์อาร์ (Adderall XR) ยิ่งไปกว่านั้น ลิซเด็กซ์แอมเฟตามีนในฐานะเป็นโพรดรูจ (prodrug) ของดี-แอมเฟตามีนเป็นความก้าวหน้าที่มากขึ้นในการลดความเสี่ยงของการเบี่ยงเบนเพราะยาดังกล่าวเพิ่มความเข้มข้นของยาในสมองอย่างค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นจึงเป็นการลดผลของการก่อให้เกิดความสนุกสนานของดี-แอมเฟตามีนลง

โวลโกว์และคณะได้ทำการวิจัยเป็นจำนวนมากโดยใช้ PET และใช้วิธีถ่ายภาพสมองอื่นๆ เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าอยู่ของตัวขนส่งโดปามีน (DAT) เป็นความเข้มข้นของโดปามีนที่จุดปลายประสาทกับการเข้าอยู่ของตัวรับโดปามีน D2 สำหรับการเข้ายากระตุ้นจิตประสาทในทางที่ผิด ถึงแม้ว่าสมมติฐานของการเสริมแรงยาด้วยการหลังของโดปามีนที่น่าเสนอโดย ดี เชียรา และอิมเพอราโต จากการทดลองกับหนู แล้วขยายต่อไปยังมนุษย์ โดยโวลโกว์และคณะต่างมีข้อจำกัด แต่ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ความเคลิ้มสุข (euphoria) การกระตุ้นจิตประสาท (psychostimulation) และการเสริมแรงที่เกิดโดยยากระตุ้นประสาทจะเพิ่มความเข้มข้นของโดปามีน ณ จุดประสานประสาทขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างมากในเบซัลสเตรเดียม (basal striatum) และระบบมีโซลิมบิก (mesolimbic system) ของสมองมนุษย์ นักวิจัยเหล่านี้ยังได้แสดงให้เห็นว่า อัตราการเข้าอยู่ในตัวขนส่งโดปามีน (DAT) ของตัวยา เช่น โคเคนและเมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุสำคัญต่อสมรรถภาพที่จะทำให้เกิดอาการ “ฟี” ในตัวมนุษย์ ถึงแม้ว่าดี-แอมเฟตามีนเป็นสาร

ตั้งต้นที่แข่งขันสำหรับตัวขนส่งโดปามีน (DAT) มากกว่าเป็นตัวยับยั้งการส่งกลับ (reuptake inhibitor) แบบดั้งเดิม หลักการเดียวกันนี้นำมาใช้กับปฏิกิริยาทางเภสัชวิทยาของมันด้วยเช่นกัน ดังนั้น อัตราและปริมาณของการหลั่งโดปามีนในเซลล์ประสาทผลิตโดยแอมเฟตามีนนั้นจะขึ้นอยู่กับอัตราและความเข้มข้นทั้งหมดของยาที่เข้าไปถึงบริเวณตัวขนส่งโดปามีน (DAT) ในสมอง ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่น้อยมากในมนุษย์เกี่ยวกับเส้นทางกลไกศาสตร์โดยใช้การถ่ายภาพสมอง แต่ดูเหมือนว่าจะใช้หลักการเดียวกัน⁷⁷

สอดคล้องกับผลของการวิจัยในการทดลองแบบไมโครไดอะไลซิส ดี-แอมเฟตามีนมีศักยภาพที่สูงกว่าแอล-แอมเฟตามีนในการออกฤทธิ์ทางอัตวิสัยที่คล้ายกับการกระตุ้นประสาท (stimulant-like subjective effects) ในหนูและการกระตุ้นทางพฤติกรรมในลิง (primates) การสรุปที่หักล้างกันเกิดขึ้นระหว่างบทบาททางอัตวิสัยที่ทำให้เกิดโดยดี-และแอล-ไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีน บ่งบอกถึงกลไกทางประสาทเคมีทั่วไป ไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนทั้ง 2 ตัวแสดงให้เห็นว่าได้ทำหน้าที่เป็นตัวเสริมในทางบวกในสัตว์ (กล่าวคือ สัตว์จะพยายามกระทำเพื่อให้ได้รับยาเพิ่มขึ้น) สิ่งนี้เป็นความจริงเหมือนกับการทดลองในมนุษย์เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ดี-ไอโซเมอร์มีศักยภาพมากกว่า แอล-ไอโซเมอร์ 2 ถึง 3 เท่าบนพื้นฐานที่ว่าผลทางอัตวิสัยและการเสริมแรงของไอโซเมอร์ของแอมเฟตามีนสามารถแปลงจากสัตว์ไปสู่มนุษย์ได้เป็นอย่างดี

เห็นว่าไอโซเมอร์ทั้ง 2 ตัว เป็นตัวหลั่งสารนอร์อะดรีนาลีนที่มีศักยภาพเท่าเทียมกัน แต่ ดี-แอมเฟตามีนมีศักยภาพมากกว่าแอล-แอมเฟตามีนประมาณ 3 เท่าในฐานะที่เป็นตัวหลั่งสารโดปามีน บ่งชี้ไปที่โดปามีนว่าเป็นตัวกระตุ้นปลายประสาททำให้มีการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติในการกระตุ้นประสาทและการทำให้เคลิ้มสุขของแอมเฟตามีน ดังที่ได้กล่าวข้างต้น การผสมผสานระหว่างอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วและขอบเขตของฤทธิ์ยาทำให้เกิดผลลัพธ์ในการกระตุ้นประสาทที่ทรงพลังของแอมเฟตามีน

ถึงแม้ว่าแอล-แอมเฟตามีนจะมีศักยภาพน้อยกว่า แต่ความมีประสิทธิภาพทางเภสัชวิทยาก็ไม่ควรถูกประเมินค่าให้ต่ำเกินไป ซิเทมและคณะรายงานว่าไอโซเมอร์ทั้ง 2 ตัว สามารถที่จะเพิ่มการหลั่งโดปามีนสไตราตัม (striatal dopamine) > ร้อยละ 5000 ของค่าเส้นมาตรฐาน พร้อมกับออกฤทธิ์สูงสุดภายในเวลาประมาณ 45 นาที ในการเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นสูงสุดในการหลั่งของโดปามีนโดยตัวยับยั้งการเก็บกลับโดปามีนแบบดั้งเดิม (ตัวอย่างเช่น บูโพรไพออน (bupropion) และ GBR 12909) จะน้อยกว่า 5 ถึง 10 เท่า และมักจะใช้เวลาานกว่า 1 ชั่วโมง จึงจะออกฤทธิ์สูงสุด ความสำคัญของอัตราการเพิ่มความเข้มข้นของโดปามีนที่จุดปลายประสาทต่อการก่อให้เกิดการกระตุ้นและการเคลิ้มสุขได้รับการยกเป็นตัวอย่างโดยการสังเกตการณ์ว่าบูโพรไพ

⁷⁷ เฟ็งฮ้าง.

ออนและ GBR 12909 ไม่ได้ทำให้อาสาสมัครปกติเกิดประสบการณ์ของการกระตุ้นประสาทหรือการเคลิ้มสุขรวมถึงผู้เสพยากระตุ้นประสาทเพื่อความสนุกสนาน ในการทดลองบูโพรไพออน และ GBR 12909 โดย ดี-แอมเฟตามีนถูกใช้เป็นตัวควบคุมทางบวก ฤทธิ์ของการกระตุ้นประสาททำให้มีกำลังวังชาและการเสริมแรงเป็นที่รับรู้อย่างชัดเจนโดยผู้ถูกทดลองและผู้เสพยาเสพติดเพื่อความสนุกสนาน

นอกจากจะได้ศึกษาผลกระทบต่อสมองแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ การศึกษาผลกระทบต่อร่างกายเพื่อที่จะได้นำไปศึกษาวิเคราะห์ประกอบกับกฎหมายที่จะเหมาะสมต่อไป จึงขอเสนอเรื่อง ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อสภาพร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท⁷⁸

1. ผลกระทบทันที (Immediate effects) ข้อมูลจำนวนมากที่ศึกษาเรื่องผลกระทบโดยตรงของเมทแอมเฟตามีนต่อสภาพร่างกาย และพฤติกรรมของมนุษย์ การศึกษาในห้องทดลองเหล่านี้ถูกออกแบบเพื่อทดลองผลกระทบทันทีและในระยะสั้นของยาต่อการทำงานของระบบความคิด อารมณ์ การนอน ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และการติดยาการศึกษาที่มีการวางแผนควบคุมภายใต้การออกแบบผู้เข้าร่วมการศึกษา ที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะต้องทำการศึกษาดังต่อไปนี้ (1) ต้องทำการทดลองพื้นฐาน รวมถึงความสนใจ (2) ได้รับยาเมทแอมเฟตามีน (ตั้งแต่ยาหลอก หรือ Placebo) จนถึง 50 มิลลิกรัม และ (3) ได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาเป็นระยะเวลาหลายชั่วโมงหลังจากได้รับยา นอกจากนี้ ปริมาณยาทั้งหมดที่ให้นั้นอยู่ในรูปแบบของการปิดตาสองชั้น (Double-blind manner) กล่าวคือ ทั้งผู้เข้าร่วมการทดลอง และเจ้าหน้าที่ที่ทำการทดลองผลการศึกษาจนถึงปัจจุบันสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ หลังจากการให้เมทแอมเฟตามีน ผู้เข้าร่วมการทดลองรายงานว่ารู้สึกเคลิ้มมากขึ้นและการทำงานของกระบวนการความคิด การรับรู้ดีขึ้น ผลเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลา 4 ชั่วโมง ยายังส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจโดยผลนี้มีระยะเวลาถึง 24 ชั่วโมง อัตราความดันโลหิตสูงสุดอยู่ที่ 150/90 และ 100 (อัตราการเต้นของหัวใจต่อนาที) แม้ว่าการเพิ่มขึ้นเหล่านี้มีความสำคัญทางสถิติ ถือว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าผลการศึกษาที่ได้เมื่อมีการออกกำลังกายอย่างหนัก ผลลัพธ์ที่พบอีกคือ ยาทำให้ผู้เข้าร่วมการทดลองนอนลดลง เช่น เมื่อผู้เข้าร่วมการทดลองได้ยาหลอกไป ผู้เข้าร่วมจะนอนประมาณ 8 ชั่วโมง แต่เมื่อได้รับยา 50 มิลลิกรัม จะนอนเพียง 6 ชั่วโมง ผลการศึกษาโดยรวมแสดงให้เห็นว่าการให้เมทแอมเฟตามีนในปริมาณมากทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดเดาได้ ยาไม่ได้ทำให้คนตื่นหลายวันติดต่อกัน ยาไม่ได้

⁷⁸ คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซิทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวาจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.57-64.

ส่งผลร้ายที่สำคัญหรือทำให้การตัดสินใจแย่งข้อมูลการทดลองในมนุษย์มีความแตกต่างจากรายงานแต่ดั้งเดิมและความเข้าใจก่อนหน้านี้ บางทีนักวิจัยอาจจะไม่ได้ถามคำถามที่ถูกต้อง หนึ่งในความเชื่อที่แพร่หลายเกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีนคือ เป็นสารเสพติดที่ติดได้ง่ายมากกว่าสารเสพติดประเภทอื่นหรือไม่⁷⁹ ดังนั้น ในการทดลองโดยฮาร์ทและคณะเป็นผู้จัดการกับประเด็นดังกล่าว ภายใต้เงื่อนไขข้อหนึ่งกล่าวคือ บุคคลที่ต้องพึ่งพาเมทแอมเฟตามีนจะได้รับตัวเลือกระหว่างการใช้เมทแอมเฟตามีน (50 มิลลิกรัม) หรือได้รับเงินสด 5 ดอลลาร์สหรัฐ ประมาณครึ่งหนึ่งเลือกเมทแอมเฟตามีน แต่เมื่อทางคณะผู้วิจัยเพิ่มจำนวนเงินเป็น 20 ดอลลาร์สหรัฐ แทบจะไม่มีใครเลือกเมทแอมเฟตามีน ผลลัพธ์ใกล้เคียงกันในกรณีของงานวิจัยผู้ติดโคเคนรูปผลึก ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โอกาสติดเมทแอมเฟตามีนนั้นไม่ใช่ว่าอย่างที่ถูกลกล่าวอ้าง การติดยาประเภทนี้ไม่ได้แปลกแตกต่างไปจากสารเสพติดประเภทอื่น ผลลัพธ์ยังแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนเหมือนกับผู้ติดโคเคนรูปผลึก ยังคงสามารถและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้ถึงแม้จะเป็นการเลือกระหว่างการใช้ยาหรือไม่ใช้ยา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ประเมินการทำงานของกระบวนการคิด การรับรู้ของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน เพียงแต่บุคคลก็ควรพิจารณาด้วยความระมัดระวังและไม่ฟังข้อมูลที่เป็นอคติที่ส่งผลต่อความคิดของประชาชนต่อผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนดังที่จะกล่าวต่อไปข้างล่างนี้ แม้ว่าผลการทดลองข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลกระทบอันร้ายแรงทันทีที่เกิดจากการใช้เมทแอมเฟตามีนอาจถูกทำให้เกินจริง แต่ก็มีผลกระทบด้านลบอย่างแท้จริงที่เกี่ยวข้องกับยาชนิดนี้ ตัวอย่างเช่น การใช้เมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิดส่งผลอันตรายทางการแพทย์หลายประการ รวมถึงโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง (Grelotti et al., 2010) และอาการความดันโลหิตสูงที่ทำให้เส้นโลหิตในสมองแตก (Ho et al., 2009) แต่แม้เป็นกรณีที่ร้ายแรง โอกาสที่จะเกิดขึ้นน้อยมากและเกี่ยวข้องกับการใช้ยาจำนวนมากเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม เพื่อความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานาน ในส่วนถัดไปจะขอกกล่าวถึงวรรณกรรมเรื่องผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสมองและการรับรู้ของเมทแอมเฟตามีนโดยการพิจารณาจากคนที่ใช้ยาผิดกฎหมายนี้เป็นระยะเวลาหลายปี

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term effects)⁸⁰ ผลกระทบระยะยาวของเมทแอมเฟตามีนต่อความฉลาดและการทำงานของสมองของผู้ที่ติดสารเสพติดดังกล่าวเป็นอย่างไร คนเหล่านี้เคยใช้ยาเป็นระยะเวลาหลายปี ในการศึกษาดังกล่าว ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนยังคงสามารถระงับอารมณ์หรือความอยากได้ดีและกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลที่ไม่เคยใช้ยา ทำการทดสอบเรื่องการรับรู้เป็นระยะเวลาหลายชั่วโมง และผลลัพธ์ที่ได้ก็นำมาเปรียบเทียบกับเพื่อตัดสินว่าผู้ติดสารเมทแอม

⁷⁹ เพิ่งอ้าง.

⁸⁰ เพิ่งอ้าง.

เฟตามีนมีระบบการรับรู้ที่ปกติหรือไม่ คำว่า ความปกติ คือ แนวคิดที่ถูกตัดสินไม่เพียงแต่การเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของกลุ่มเมทแอมเฟตามีนกับกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ยังเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเมทแอมเฟตามีนกับคะแนนจากการทดสอบบรรทัดฐาน โดยพิจารณาอายุและระดับการศึกษาประกอบ เงื่อนไขดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ได้พิจารณาความเกี่ยวข้องของอายุและระดับการศึกษาในส่วนคะแนนของแต่ละคนและปรับคะแนนให้สอดคล้องกันได้ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมที่จะเปรียบเทียบคะแนนของคนที่ออกจากโรงเรียนเมื่ออายุ 16 ปี กับคนที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่อายุ 22 ปี ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยได้รับการคาดหวังว่าจะได้คะแนนที่ดีกว่าคนที่ออกจากโรงเรียนเมื่ออายุ 16 ปี การอ่านงานวรรณกรรมทางวิทยาศาสตร์อย่างมีอคติและปราศจากความระมัดระวังอาจทำให้คนอ่านสรุปว่าผู้คิดสารเมทแอมเฟตามีนมีความบกพร่องเรื่องระบบการรับรู้อย่างรุนแรง จากผลการศึกษาโดย Sara Simon และคณะกล่าวว่าความบกพร่องที่เห็นได้ชัดของผู้คิดสารเมทแอมเฟตามีนนั้นแย่มากจนผู้วิจัยถึงกับออกแถลงการณ์เตือนว่า “การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดระดับชาติควรให้ข้อมูลเรื่องการขาดความสมดุลในการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีน เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ให้การรักษาควรตระหนักถึงความบกพร่องของความจำและความสามารถในการจัดการกับข้อมูลและการเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นส่วนสำคัญของความเข้าใจ ผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนไม่เพียงแต่จะมีความยากลำบากในการอนุมานแต่ยังขาดความสมดุลเรื่องความเข้าใจ ความบกพร่องในการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิดควรจะได้สื่อสารให้ประชาชนรับรู้” อย่างไรก็ตาม คุณ C.Hart ได้ให้ความเห็นว่า หากอ่านผลการศึกษาและการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงโดยใช้หลักการวิเคราะห์จะพบว่ามีข้อกังขาในงานวิจัยอยู่ เนื่องจากแม้ข้อมูลจะแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีผลที่ดีกว่าผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในการทดลองบางประเภทแต่ผลโดยรวมของสองกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกันมากที่สำคัญ คะแนนเรื่องการรับรู้ของผู้คิดสารเมทแอมเฟตามีนในการทดลองของ Simon เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของข้อมูลบรรทัดฐาน คะแนนของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนไม่ต่ำกว่าระดับปกติ หากใช้ข้อมูลดังกล่าว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการทำงานของระบบการรับรู้ของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนนั้นเป็นปกติ ข้อมูลดังกล่าวควรเป็นข้อมูลที่ทำให้นักวิจัยพิจารณาข้อสรุปและไม่ออกแถลงการณ์คำเตือนดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บทสรุปที่ไม่เหมาะสมโดย Simon และคณะไม่ใช่บทสรุปนอกแบบแผน วรรณกรรมเรื่องเมทแอมเฟตามีนเต็มไปด้วยคำเตือนที่ไม่น่าเชื่อถือที่ใกล้เคียงกันนี้และนี่เป็นเหตุที่ทำให้ความสัมพันธ์ของความบกพร่องด้านการรับรู้ของผู้คิดสารเมทแอมเฟตามีนได้รับการพูดถึงอย่างกว้างขวางทั้งในบทความที่ปรากฏในวารสารวิทยาศาสตร์และสื่อจำนวนมาก และเห็นว่าการพูดถึงอย่างกว้างขวางดังกล่าวทำให้เกิดบรรยากาศที่ปราศจากหลักฐานและเป้าหมายการจำกัดการใช้เมทแอมเฟตามีนที่ไม่สมจริงต่อผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและต่อประชาชน การรายงานถึง

ผลงานวิจัยที่แสดงให้เห็นภาพสมองทำให้เข้าใจผิด อาทิเช่น นิวยอร์กไทมส์ตีพิมพ์บทความเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2004 ว่า “นี่คือสมองของคุณเมื่อใช้เมท : ไฟป่าของความเสียหาย”⁸¹ บทความกล่าวว่า “คนที่ไม่ต้องการรอให้กาลเวลาทำให้สมองลดลงและทำให้เกิดความจำเสื่อม ตอนนี้มีวิธีทางเลือกใหม่ที่เร็วกว่า การใช้เมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิด และเฝ้าดูการหายไปของเซลล์สมองในชั่วข้ามคืน” บทความนี้มาจากผลการศึกษาที่ใช้เครื่อง MRI ในการเปรียบเทียบขนาดสมองของผู้ติดยาเมทแอมเฟตามีนกับคนที่มีความสุขดีและไม่ใช้ยาเสพติดใด ๆ⁸² นักวิจัยยังประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความจำกับขนาดสมองหลายขนาดและพบว่าซิงกูลาร์ ไกร์สส่วนขวาของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและฮิปโปแคมปัสเล็กกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึงร้อยละ 11 และร้อยละ 8 ตามลำดับ หนึ่งในสี่ของการทดสอบความจำนั้นระบุว่าความจำเกี่ยวข้องกับขนาดของฮิปโปแคมปัส (สมองที่มีฮิปโปแคมปัสขนาดใหญ่ทำงานได้ดีกว่า) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่า “การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิดอย่างรวดเร็วทำให้รูปแบบของซีรีบรัลแย่ลง อีกทั้งเป็นผลทำให้ความจำแย่ลง” นาย C.Hart เห็นว่าการตีความดังกล่าวรวมถึงบทความในนิวยอร์กไทมส์นั้น ไม่เหมาะสมด้วยเหตุผล 3 ประการ⁸³

1. ภาพสมองที่ถูกจัดเก็บนั้นเป็นภาพเพียงครั้งเดียวของทั้งสองกลุ่มทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนนั้นทำให้ “ซีรีบรัลแย่ลง” หรือไม่ เพราะอาจมีความแตกต่างของสมองตั้งแต่ก่อนการใช้เมทแอมเฟตามีน

2. ผู้ที่ไม่ได้ใช้นั้นมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (15.2 ปี ต่อ 12.8 ปี ตามลำดับ)และเป็นที่รู้กันว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าทำให้ความจำดีกว่า

3. ไม่มีการเก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนกับกลุ่มเปรียบเทียบเรื่องความจำ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่นักวิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่าความบกพร่องด้านความจำมาจากเมทแอมเฟตามีนอย่างไรก็ตาม ผลงานวิจัยดังกล่าวมีข้อมูลที่สำคัญทางสถิติอยู่ กล่าวคือ ผลวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของฮิปโปแคมปัสกับการทำงานหนึ่งในสี่งานของสมอง ผลการวิจัยนี้เป็นพื้นฐานของข้อโต้แย้งว่าผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมีความบกพร่องด้านความจำ เพราะฮิปโปแคมปัสมีบทบาทสำคัญในความจำระยะยาว แต่สมองส่วนอื่นก็มีบทบาทดังกล่าวเช่นกัน เช่น เทมเปอรัล นิโอคอร์เทกซ์ ขนาดของสมองส่วนอื่นไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

⁸¹ Carl L. Hart, Joanne Csete, Don Habibi, METHAMPHETAMINE: FACT VS. FICTION AND LESSONS FROM THE CRACK HYSTERIA, (New York : New York State Psychiatric Institute, 2014) p.22.

⁸² Thompson PM, Hayashi KM, Simon SL, Geaga JA, Hong MS, Sui Y, Lee JY, Toga AW, Ling W, London ED, “Structural Abnormalities in the Brains of Human Subjects Who Use Methamphetamine,” 24 Journal of Neuroscience p.6028-6036 (June 2004).

⁸³ *supra* note 81, pp.22-23

ทดลองทั้งสองและท้ายที่สุด ความสำคัญของการทำงานของสมองที่แตกต่างกันนั้นไม่ชัดเจนเพราะ ร้อยละ 11 ของความแตกต่างระหว่างบุคคลนั้นยังคงอยู่ในระยะปกติของขนาดสมองมนุษย์ตัวอย่าง ดังกล่าวนั้นไม่ใช่ตัวอย่างที่เป็นเอกลักษณ์ วรรณกรรมเรื่องภาพของสมองถูกทำให้สมบูรณ์ด้วย แนวโน้มทั่วไปที่จะแสดงคุณลักษณะที่แตกต่างกันของสมองว่าทำงานไม่เป็นปกติเนื่องมาจากสาร เมทแอมเฟตามีน (เช่นเดียวกับสารเสพติดอื่น) แม้ว่าความแตกต่างนั้นจะอยู่ในช่วงปกติของความ ผันแปรของมนุษย์ก็ตาม การเปรียบเทียบดังกล่าวเทียบได้กับการเปรียบเทียบสมองของเจ้าหน้าที่ ตำรวจที่สำเร็จการศึกษามัธยมปลายกับศาสตราจารย์ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาเอก และสรุปว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจมีความบกพร่องด้านความจำเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างกัน การคิดง่ายๆ เช่นนี้เป็นแรงผลักดันสำคัญภายใต้ความคิดที่ว่าสารเสพติดทำให้เกิดโรคทางสมอง สิ่ง ที่แน่นอนคือไม่ใช่โรคทางสมองดังเช่น พาร์กินสัน หรือ อัลไซเมอร์ ในกรณีของโรคทางสมอง ดังกล่าว คุณสามารถดูสมองของผู้ป่วยและคาดคะเนถึงอาการป่วยที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เราไม่สามารถแยกสมองของผู้ที่ติดยาเสพติดออกจากผู้ที่ไม่ติดยาเสพติดได้

2.4.2 รูปแบบการดูแลบำบัดทางการแพทย์และสาธารณสุขกับสารแอมเฟตามีน

ผู้เขียนจะขอเสนอวิธีการที่ได้ศึกษาถึงความนิยมและแนวทางที่น่าสนใจในทาง การแพทย์และสาธารณสุขได้เสนอทางเลือกในการรักษาไว้หลากหลายประการ แต่ผู้เขียนจะขอ นำเสนอดังนี้

1. วิธีการใช้ยาวันละครั้ง คือ ปัจจุบันยากระตุ้นประสาทรวมถึงแอมเฟตามีนยังคงเป็นที่ ยอมรับว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพที่สุดเท่าที่มีอยู่ ได้มีความพยายามนำเสนอชนิดใหม่อย่างเช่น กวานฟาซีน เอ็กซ์อาร์ (guanfacine XR) (อินทิวนิฟ (Intuniv®) เป็นผลสำเร็จ แต่วิธีการทางเภสัช วิทยาใหม่อื่นๆ อีกหลายวิธีล้มเหลว ในอีกทางหนึ่งนวัตกรรมทางเทคโนโลยีในการประกอบยาและ ระบบการทำงานของยาได้นำความก้าวหน้าอย่างมากในการทำให้การบริหารจัดการรักษาโรคสมาธิ สิ้นดีขึ้นเป็นอย่างมาก ยากระตุ้นประสาททุกชนิดมีอายุทางชีวภาพครึ่งชีวิต (biological half-lives) ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ตลอดเวลา 12-14 ชั่วโมง

โรคสมาธิสั้นจะมีอาการของการไม่มีสมาธิ (inattention) วอกแวก (distractibility) มี ความจำระยะสั้น (working memory deficits) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) และด้วยเหตุผล ดังกล่าว คนไข้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะไม่สามารถรับประทานยาตามที่กำหนดอย่างเข้มงวดได้ เนื่อง ด้วยแอมเฟตามีนมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำไปใช้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด ดังนั้น การที่ยา ตกอยู่ในมือของเด็กยิ่งทำให้เพิ่มความเล็งของการเบี่ยงเบนและการนำไปใช้ในทางที่ผิดและใน ขณะที่ยาทางเลือกในการให้ยาอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่โรงเรียนควรมีข้อกำหนดที่ต้องมีสถานที่ ที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรักษาควบคุมเหล่านี้ การให้ยากระตุ้นประสาทแก่เด็กและวัยรุ่น

รับประทานเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าวันละครั้งภายใต้การกำกับดูแลของผู้ปกครอง ทำให้เด็กและวัยรุ่นไม่ต้องรับผิดชอบในการรับประทานยาเพิ่มเติมนอกบ้าน และยังทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องถูกบังคับให้รับประทานยาเพิ่มในเวลาที่กำหนดอย่างเข้มงวด ประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มเติมประการหนึ่ง คือ รูปแบบของยาแบบใหม่มีการป้องกันการปรับเปลี่ยนสภาพยา ทำให้ยากต่อผู้ที่ใช้ยาไปในทางที่ผิดที่จะสกัดเอาสารแอมเฟตามีนออกมาเพื่อใช้เสพติดด้วยตนเองโดยวิธีที่อันตราย เช่น การสูบ การสูด เข้าโพรงจมูกหรือการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ตัวอย่างของแอมเฟตามีนที่ใช้รับประทานวันละครั้งมี MES-แอมเฟตามีนเอ็กซ์อาร์ โพรดรั๊กตี-แอมเฟตามีน (d-amphetamine prodrug) และลิสเด็กซ์แอมเฟตามีน

2. การรักษาที่เน้นการย้ายตัวทำการ (Treatment with a focus on agonist replacement therapies)⁸⁴ แม้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมและทางพฤติกรรมแสดงให้เห็นถึงอัตราการใช้แอมเฟตามีนที่ผิดกฎหมายลดลง ประชากรในสัดส่วนจำนวนมากไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าแทรกแซงดังกล่าว (Lee and Rawson, 2008) หลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาเภสัชบำบัด (Pharmacotherapies) สำหรับผู้ที่ไม่สนองต่อการรักษาทางพฤติกรรมอย่างเดียว เภสัชบำบัดอาจจะนำมาใช้ตามลำพัง ประกอบกับการบำบัดทางจิตสังคมและทางพฤติกรรม (Behavioral/Psychosocial therapies) หรือในกรณีที่ไม่สนองต่อการบำบัดทางจิตสังคมและทางพฤติกรรม นักวิจัยและแพทย์ฝ่ายรักษายอมรับว่า เภสัชบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับสู่สภาพเดิมได้ เช่น การพึ่งพาสารเสพติด เป็นต้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัญหาการพึ่งพาสารเสพติดนั้นเป็นเรื่องพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น เป้าหมายหลักของการใช้เภสัชบำบัดคือให้โอกาสในการถอนยาเพื่อทำให้การแทรกแซงทางจิตสังคมหรือทางพฤติกรรมสามารถกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อได้เปรียบสำคัญในการพัฒนายาที่ใช้รักษาการใช้เมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิด คือ ยาดังกล่าวจะลดการใช้ยาในทางที่ผิดแก่บุคคลที่ติดเชื่อเฮดส์เพื่อลดการเพิ่มของโรคหรือลดความเป็นไปได้ที่กั้นติดเชื่อเฮดส์จะมีพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดการแพร่ของโรคดังกล่าว ข้อสันนิษฐานเชิงทฤษฎีในการแนะนำการบำบัดตัวทำการนั้น คือ การคงไว้ซึ่งยาที่ใกล้เคียงกันจะชักนำให้เกิดความทนต่อยาที่ถูกใช้ในทางที่ผิด เมทาโดน (Methadone) เป็นยาที่ใช้ทดแทน (Nicotine replacement) มานานในการรักษาผู้ที่ติดฝิ่น และการใช้นิโคตินทดแทนสำหรับผู้ติดใบยาสูบเป็นวิธีการรักษาแบบการคงไว้ที่ตัวทำการเพื่อป้องกันการกลับสู่สภาพเดิมและความต้องการใช้ยาเสพติด ยาที่คงไว้ที่ตัวทำการนั้นจะนำมาใช้ในผู้ติดสารเสพติดผ่านวิธีการที่ปลอดภัย

⁸⁴ คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซีทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.104-106.

กว่า (เช่น ทางปากหรือผ่านผิวหนัง) และส่งผลให้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทลดลงตรงกันข้ามกับความพยายามในการพัฒนายาเพื่อรักษาอาการฟุ้งเฟ้อและนิโคตินโดยมีความเข้าใจเป็นอย่างดีต่อการทำงานของสารดังกล่าวต่อระบบการทำงานของสมอง การทำงานของสมองต่อแอมเฟตามีนนั้นซับซ้อนกว่าตามที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น แอมเฟตามีนทำให้สารสื่อประสาทโมโนอะมีนเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลว่ายาที่จะนำมาคือปฏิกิริยาของเมทแอมเฟตามีนต่อการทำงานของโมโนอะมีน อาจเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ที่ติดสารเมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิดในการศึกษาทดลองแบบปิดตาจำนวนมากที่ได้รับการตีพิมพ์ และรายงานผลพบว่า การคงไว้ของการใช้แอมเฟตามีนทางปากอาจเป็นประโยชน์ต่อการรักษาการใช้เมทแอมเฟตามีนในทางที่ผิด⁸⁵ การศึกษาเหล่านี้ระบุว่า การคงไว้ของแอมเฟตามีนส่งผลบวก รวมถึงการลดลงของการใช้สารแอมเฟตามีนที่ผิดกฎหมายและการนิโคตินเข้าเส้น รวมถึงสุขภาพโดยรวมดีขึ้นเช่นกัน โครงการดังกล่าวเพิ่มการรักษาแบบคงตัวทำการไว้ และจำนวนผู้ใช้แสดงให้เห็นถึงการบริการทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญผลกระทบด้านลบของการคงไว้ของสารแอมเฟตามีนนั้นต่ำมาก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวจากการทดลองวิจัยนั้นมาจากการไม่ปิดตา ทำให้มีแนวโน้มที่จะได้ผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อที่จะชี้ถึงประเด็นดังกล่าวนี้ Longo และคณะ ทดลองโดยการปิดตาสองชั้น กลุ่มตัวเปรียบเทียบและใช้ยาหลอกเพื่อประเมินความมีประสิทธิภาพของการใช้สารแอมเฟตามีน (โดยเฉลี่ย 80 mg/d) สำหรับการรักษาผู้ที่ต้องพึ่งพาสารแอมเฟตามีน งานวิจัยได้รับผลลัพธ์เชิงบวกสองจากสามการทดลอง กลุ่มที่คงไว้ของสารแอมเฟตามีนมีการรักษาที่ดีและผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนต้องการสารดังกล่าวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก สำหรับผลลัพธ์ส่วนที่สาม (การใช้ยาเอง) มีแนวโน้มการใช้สารแอมเฟตามีนที่ลดลงสำหรับกลุ่มที่ได้รับแอมเฟตามีน แต่ไม่ถึงจุดที่มีความสำคัญทางสถิติการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการทดลองโดยควบคุมด้วยการปิดตาสองชั้นและให้สารแอมเฟตามีนทางปากในเวลาที่ยาวนานนั้นควรได้รับการขยายผล การบำบัดดังกล่าวอาจไม่เพียงสำคัญต่อการลดการใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ผิดกฎหมาย แต่อาจสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของประชากรต่อการได้รับ การเพิ่มขึ้น หรือการแพร่ของ HIV และก่อนที่จะเริ่มการบำบัดดังกล่าว แพทย์ผู้ทำการรักษาควรตระหนักถึงข้อเท็จจริงว่า ความรู้ของเรายังไม่สมบูรณ์และควรเตรียมที่จะปรับปรุงการทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่และสมบูรณ์กว่า

⁸⁵ เฟ็งฮ้าง.

3. การลดอันตราย (Harm reduction)⁸⁶ คือ นโยบาย โครงการ และการปฏิบัติที่มีเป้าหมายเพื่อลดผลที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจอันเป็นผลที่ตามมาจากการใช้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทไม่ว่าจะได้รับการอนุญาตตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม⁸⁷ ความหลากหลายของผู้ใช้นั้นไม่สามารถหยุดการใช้ยาเสพติดได้ทันที แต่อันตรายสำหรับยาเสพติดนั้นมีวิธีที่สามารถป้องกันได้และการใช้ยาเสพติดเป็นคุณสำหรับหลาย ๆ คน จึงต้องมีการบูรณาการร่วมกับการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และหลีกเลี่ยงวิธีปฏิบัติทางอาญาต่อผู้ใช้ยาเสพติด⁸⁸ เราได้เรียนรู้อย่างมากถึงเงื่อนไขว่าผลลัพธ์เชิงบวกหรือลบจะเกิดขึ้นได้มากกว่าในกรณีของการใช้แอมเฟตามีน การใช้สารแอมเฟตามีนในปริมาณต่ำถึงปานกลางสามารถทำให้อารมณ์ดีขึ้น ทำให้ทำงานได้ดีขึ้น และช่วยให้ความต้องการนอนหลับลดลง การใช้ยาในปริมาณมากขึ้นๆ สามารถที่จะขัดขวางการนอนและทำให้เกิดการรบกวนทางจิตรวมถึงอาการหวาดระแวง (Paranoid) แต่โชคร้ายก็คือความรู้ดังกล่าวนี้แทบจะไม่ได้เผยแพร่สู่สาธารณชนในลักษณะที่ปราศจากอคติ ที่สำคัญเนื่องมาจากความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลว่า ความรู้ดังกล่าวอาจทำให้คนหันไปใช้ได้ ข้อเท็จจริงที่ว่าอาจมีคนจำนวนถึง 50 ล้านคนใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (amphetamine-type stimulants: ATS) อย่างผิดกฎหมายต่อปี หมายความว่า แนวทางที่สมเหตุผลคือเราควรตั้งเป้าที่จะลดอันตรายที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยา คือการเผยแพร่ความรู้ที่ได้เรียนรู้มาให้แก่ผู้ใช้ยาและผู้ที่จะสามารถทำให้พวกเขาเหล่านั้นปลอดภัย มิเช่นนั้นเราอาจทำให้สังคมตกอยู่ในภาวะอันตรายหากไม่กระทำการดังกล่าวหากผู้ใช้สารแอมเฟตามีนจำนวนมากถึงข้อเท็จจริงง่ายๆ บางอย่างที่เราได้เรียนรู้มา ข้อมูลนั้นจะทำให้การสาธารณสุขและความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนที่ขาดประสบการณ์ไม่ควรใช้ยาโดยวิธีเดียวกับที่ผู้ใช้ยาที่มีประสบการณ์ใช้ ผู้ที่มีประสบการณ์มักใช้ยาผ่านทางวิธีที่ยาไปถึงสมองได้อย่างรวดเร็ว เช่น การสูบหรือการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เพราะว่าการสูบและการฉีดนั้นส่งผลมากกว่า ทำให้แนวโน้มของผลกระทบที่ร้ายแรงจากการใช้ยาผ่านทางวิธีดังกล่าวนี้เพิ่มขึ้นเช่นกัน ทางเลือกหนึ่งคือการใช้ยาทางปากโดยมีความปลอดภัยกว่าวิธีอื่น เพราะ (1) ท้องสามารถบีบได้ในกรณีของการใช้ยาเกินขนาด และ (2) ยาบางประเภทจะถูกทำให้แตกกระจายก่อนจะไปถึงสมองทำให้ไม่เกิดผลความคิด

⁸⁶คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซิทเต้ และ ดอน ฮาบีบี, เมทแอมเฟตามีน: ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวจากโคเคนรูปผลึก, แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.106-109.

⁸⁷ หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (IDPC), คู่มือนโยบายยาเสพติด, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น. 227

⁸⁸ เพ็งฮ้าง, น.227-228.

ภายใต้ต้นวัตรกรรมโครงการลดอันตรายสำหรับผู้เสพแอมเฟตามีน ในสาธารณรัฐเช็กมีบทบาทจาก ผู้ใช้ยาเอง คนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในสาธารณรัฐเช็กเข้าร่วมการทดลองที่เรียกว่า “การ กระโดดร่ม” (Parachuting) หรือการกลิ้งเพอร์วีทินที่ห่อหุ้มอยู่ในพลาสติก วิธีการดังกล่าวนี้เป็น วิธีการของคนที่ต้องการฉีดยาเข้าเส้นแต่มีปัญหาเพราะเส้นเลือดดำถูกทำลาย ผู้ให้บริการอำนวยความสะดวกกระบวนกรดังกล่าวโดยให้แคบซูลเจลาตินซึ่งดีกว่าพลาสติกเพื่อห่อบางอย่างให้ สามารถกลิ้งได้ โดยที่ผู้ให้บริการของสาธารณรัฐเช็กหวังว่าวิธีนี้จะทำให้คนที่ใช้แอมเฟตามีน เปลี่ยนจากการฉีดยาเข้าเส้นเป็นการใช้ยาทางปาก

นิสัยการนอนอย่างถูกสุขลักษณะควรได้รับการเน้นย้ำสำหรับผู้เสพยาเพราะการไม่ได้ นอนอย่างเพียงพอสามารถทำให้สมองทำงานผิดปกติได้ในกรณีที่ร้ายแรง แม้ว่าจะไม่เสพยา อาการ หวาดระแวงและหลอนอาจเกิดขึ้นได้ด้วยเหตุที่แอมเฟตามีนทำให้ความเหนื่อยลดลงและทำให้ ทำงานได้ดีขึ้น บางคนใช้ยาดังกล่าวเพื่อทำให้ปัญหาที่เกี่ยวกับการนอนไม่เพียงพอลดลง วิธีนี้ไม่ใช่ วิธีที่ดี หนึ่งในผลของการกระตุ้นคือการขัดขวางการนอน แปลว่า หากใช้เป็นประจำจะทำให้ปัญหา ดังกล่าวนั้นแย่ลง เมื่อพิจารณาว่าการนอนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ ผู้ใช้สาร แอมเฟตามีนเป็นประจำควรระวังเรื่องการนอนและไม่ควรใช้สารดังกล่าวเมื่อใกล้เวลานอน ใน กรณีของอาการนอนไม่หลับที่เกิดจากแอมเฟตามีน ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ว่า ยาช่วยให้นอนหลับนั้นเหมาะสมหรือไม่

โครงการบริการเข็มและกระบอกฉีดยา ถือว่า เป็นมาตรการลดอันตรายที่ได้รับการ ขอมรับมากที่สุด เนื่องจากการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการฉีดที่ปลอดภัยเพื่อลด การระบาดของเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อทางกระแสเลือดอื่น ๆ อีกทั้งยังช่วยป้องกันการติดเชื้อ ทางผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนภายใน โครงการนี้ยังเป็นเหมือนเส้นทางเชื่อมให้ผู้คนเหล่านั้นสามารถ เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและการบำบัดรักษาเสพติด⁸⁹ คนที่ฉีด แอมเฟตามีนควรได้รับอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด ผลของโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาเพื่อป้องกัน การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ใช้เข็มฉีดยาในการใช้ยาอื่นได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่เน้นผู้ใช้สารแอมเฟตามีน แม้ว่า UNODC จะ แนะนำโครงการเข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาสำหรับการป้องกัน HIV นอกจากนี้ แต่สำหรับผู้เสพ สารแอมเฟตามีน หรือผู้ที่เสพยาเสพติดชนิดไม่ใช้การฉีด มีหน่วยบริการด้านการลดอันตรายควรให้ กระบอกสูบที่สะอาด พลาสติกส่วนหุ้มปลาย เครื่องกรอง จี้ผึ้ง ริมฝีปาก และกระดาษฟอยล์สำหรับ สูบ เป็นที่สันนิษฐานว่ามาตรการดังกล่าวจะลดความเป็นได้ในการแลกเปลี่ยนของเหลวภายใน ร่างกายและสนับสนุนพฤติกรรมความสะอาด ตัวอย่างเช่น นักวิจัยในออสเตรเลีย แคนาดา พบว่าผู้ใช้

⁸⁹ เฟ็งฮ้าง, น.233.

โคเคนผ่านทาง การสูบและฉีดมีแนวโน้มที่จะฉีดน้อยกว่าหากสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การสูบได้และจะแบ่งปันอุปกรณ์การสูบที่ติดเชื้อลดลง การลดอันตรายนี้ยังรวมถึงให้การศึกษา สนับสนุนการสูบที่ปลอดภัย และวัสดุที่ผลิตอุปกรณ์ที่ใช้การสูบนั้นเป็นวัสดุที่ไม่มีการปล่อยสารพิษเมื่อมีความร้อนอีกด้วย เหมาะกับพื้นที่หรือประเทศที่ไม่ได้ใช้วิธีการฉีดเป็นหลัก เนื่องจากยาเสพติดเป็นลักษณะผงหรือเกล็ดเป็นหลัก⁹⁰

สถานที่สำหรับใช้ยาเสพติด (Drug consumption rooms)⁹¹ เป็นอีกหนึ่งมาตรการการลดอันตรายที่ประสบผลสำเร็จเกินความคาดหมาย โดยสถานที่สำหรับใช้ยาเสพติดเป็นบริการที่อยู่ภายใต้การควบคุม ผู้ใช้สามารถนำยามาใช้เองได้ โดยไม่ต้องกังวลว่าจะถูกจับกุมแต่อย่างใด มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์คอยดูแลและจัดการปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะการเสพยาเกินขนาดหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สถานที่สำหรับใช้ยาเสพติดนี้ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดนั้นลดลงอย่างมาก

4. การบำบัดรักษาสำหรับภาวะพึ่งพายาเสพติด⁹² ยาเสพติดนั้นมีความซับซ้อนในการใช้ มีผลต่อการตอบสนอง การจัดวิธีการบำบัดหรือความเข้มข้นของการบำบัดรักษา จึงจำเป็นต้องมีการจัดการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับรายบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพายาเสพติด มีวิธีการบำบัดรักษาหลากหลายวิธีด้วยกัน โดยผู้เขียนจะขอนำเสนอพอสังเขป ดังนี้

1. การถอนพิษยา วิธีนี้เป็นกระบวนการโดยแต่ละบุคคลได้รับการถอนออกจากผลของสารเสพติดชนิดนั้น ๆ ที่ส่งผลต่อจิตและประสาท อีกทั้งเป็นกระบวนการทางคลินิกที่มีวิธีการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการติดยาเสพติดลดลง⁹³

2. มาตรการทางสังคมจิตวิทยา หมายถึง มาตรการที่ไม่ใช้ยาในการบำบัดรักษา ครอบคลุมทั้งรายบุคคล แบบครอบครัว หรือแบบกลุ่ม เป็นการบำบัดรักษาทางด้านความคิดและพฤติกรรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มบำบัดและการบำบัดโดยการเล่าเรื่องหรือบรรยายเรื่อง มีการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา เช่น การป้องกันการเสพยา การฝึกทักษะทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม วิธีร่วมด้วยช่วยกัน วิธีการทั้งหมดนี้เป็นวิธีการที่ถูกต้องตามหลักแห่งชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย การจัดการการเงินส่วนบุคคล ทักษะการทำงานทำ เป็นต้น

⁹⁰ เฟ็งฮ้าง, น.225.

⁹¹ เฟ็งฮ้าง, น.234.

⁹² เฟ็งฮ้าง, น.262.

⁹³ เฟ็งฮ้าง, น.263.

โดยวิธีการที่กล่าวมาข้างต้นนี้เป็นแบบอย่างของวิธีชุมชนบำบัด แต่อย่างไรก็ตามวิธีนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีอัตราการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำที่สูง⁹⁴

ในขณะที่เดียวกันผู้เขียนจะขอเสนอถึงโรคที่แอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคต่าง ๆ คือ โรคสมาธิสั้นในเด็ก⁹⁵ โรคอ้วน⁹⁶ โรคลมหลับ⁹⁷ โรคพาร์กินสัน⁹⁸

โรคสมาธิสั้นนั้น ปัจจุบันมีสารเพียงตัวเดียวในประเทศไทยที่สามารถนำมาใช้รักษาโดยการควบคุมของแพทย์ได้ คือ เมธิลเฟนิเดท (Methylphenidate) โดยสารนี้มีผลข้างเคียงดังนี้ ผลข้างเคียงของ methylphenidate ที่พบได้บ่อยได้แก่ เมื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ ที่พบได้น้อยได้แก่ อาการแพ้ปรวน ปวดท้องซึม แยกตัว แกะเกาผิวหนังหรือกัดเล็บ โดยอาการเหล่านี้ ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง การใช้ methylphenidate ในระยะยาวอาจมีผลทำให้อัตราการเพิ่มของส่วนสูง ในช่วงวันรุ่งเช้าลงเพียงเล็กน้อย แต่จะไม่มีผลกระทบต่อความสูงสุดท้ายเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จะสังเกตได้ว่า มีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์⁹⁹ สารชนิดนี้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559¹⁰⁰

โรคอ้วน ปัจจุบันมีสารที่แพทย์นั้นนำมาใช้ในการรักษาโรคอ้วน คือ กลุ่มเฟนเทอร์มิน (phentermine) แต่ออกฤทธิ์ร้ายแรงมีผลต่อจิตและระบบประสาท ดังนั้น การทานยาจำพวกนี้จึงต้องอยู่ภายใต้การควบคุม ดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีผลข้างเคียง คือ คอแห้ง ใจสั่น นอนไม่หลับ ท้องผูก ยิ่งทานนาน 3-6 เดือน สภาวะทางอารมณ์จะแปรปรวน หากตรวจปัสสาวะจะ Positive คือเป็นบวก ปัสสาวะคนที่กินยาลดความอ้วนจะเป็นสีม่วง มีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกับแอม

⁹⁴ เพิ่งอ้าง, น.266-267.

⁹⁵ อธิชา ญาณหาร, “มารู้จักแอมเฟตามีนกันเถอะ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2560, จาก <http://www.jvkk.go.th/jvkkfirst/story/general/54.htm>

⁹⁶ CESAR, “Amphetamines,” สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2560, จาก <http://www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/amphetamines.asp>

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Ibid

⁹⁹ วิสารณ บุญศิริ, “โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา,” Vol. 57 No. 4 J Psychiatr Assoc Thailand หน้า 380-381 (2012).

¹⁰⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

เฟตามีนและอนุพันธ์อีกเช่นกัน¹⁰¹ สารชนิดนี้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559¹⁰²

โรคลมหลับ มีสารทางการแพทย์ที่นำมาใช้กับโรคลมหลับ คือ ยากระตุ้นประสาทเช่น เมธิลเฟนิเดท (methylphenidate) แอมเฟตามีน (amphetamine)¹⁰³ กลุ่มยาจำพวกนี้มีผลข้างเคียงตามอาการที่กล่าวมาข้างต้นเช่นกัน

โรคพาร์กินสัน สารที่มีผลในการรักษาในกลุ่มเลโวโดปา (LEVODOPA) และยากลุ่มโดปามีน อโกนิส (DOPAMINE AGONIST) เป็นหลัก ส่วนการใช้ยาแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยจากแพทย์ตามความเหมาะสม¹⁰⁴ ยากลุ่มเลโวโดปาจะมีผลข้างเคียงและหากได้รับปริมาณมากจะเกิดผลดังนี้ คือ มีอาการไม่สบายในกระเพาะอาหาร - ถ้าใช้หลังรับประทานยา และอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหารติดตามมา มีภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าจนอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย อาจทำให้เกิดภาวะประสาทหลอน รวมถึงการตรวจเลือดอาจพบมีค่าเอนไซม์การทำงานของตับสูงขึ้นได้เล็กน้อย สามารถทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ อาการที่ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาดสามารถพบอาการดังนี้เช่น มีอาการความดันโลหิตสูงในช่วงแรกๆ และติดตามมาด้วยอาการความดันโลหิตต่ำ จากนั้นจะพบอาการหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ (Sinus tachycardia) หงุดหงิด กระสับกระส่าย และนอนไม่หลับ¹⁰⁵ ส่วนยากลุ่มโดปามีน อโกนิส มีผลข้างเคียงดังนี้ มีอาการเคลิบเคลิ้ม มีน้ำในถุงหุ้มหัวใจมากเกินไป มีภาวะประสาทหลอน ความดันโลหิตต่ำ น้ำหนักตัวลด เมื่ออาหาร คลื่นไส้ นอนไม่หลับ ง่วงนอน วิงเวียน และมีอาการคล้ายโรคลมหลับ¹⁰⁶ จะสังเกตได้ว่า มีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกันกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อีกเช่นกัน ยากลุ่มเลโวโดปาเป็นยาที่ถูกขึ้นเป็นบัญชีหลักยาแห่งชาติ บัญชี ก โดยบัญชี ก

¹⁰¹ ชัมมัทวิวัฒน์ นรารัตน์วันชัย, “โรคอ้วน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2560 จาก <http://www.mfu.ac.th/school/anti-aging/admin/uploadCMS/research/uYWed124112.pdf>

¹⁰² ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

¹⁰³ คณะแพทย์ศูนย์นิทรเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, “โรคลมหลับ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2560, จาก <https://www.sleepcenterchula.org/index.php/th/2014-12-23-13-58-44/item/80-narcolepsy>

¹⁰⁴ นิพนธ์ พวงวรินทร์, “โรคพาร์กินสัน กับผู้สูงอายุ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2560, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=112>

¹⁰⁵ อภัย ราษฎร์วิจิตร, “เลโวโดปา (Levodopa),” สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2560, จาก <http://haamor.com/th/เลโวโดปา>

¹⁰⁶ อภัย ราษฎร์วิจิตร, “โดปามีน อะโกนิสต์ (Dopamine agonist),” สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2560, จาก haamor.com/th/โดปามีน-อะโกนิสต์/

หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้มีประสพการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งชี้ของยานั้น¹⁰⁷ ส่วนยากลุ่มโคปามีน อโกนิสเป็นถูกจัดให้อยู่ในหมวดของยาอันตราย¹⁰⁸ที่ต้องจำหน่ายโดยเภสัชกร ไม่มีการแบ่งจำหน่าย¹⁰⁹

บทสรุป

ปัจจุบันนี้ เป็นเวลากว่า 100 ปีแล้วที่มีการค้นพบสารแอมเฟตามีน สำหรับในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แอมเฟตามีนได้เปลี่ยนจากยาที่หาได้ทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์สำหรับรักษาอาการผิดปกติทางร่างกายที่หลากหลาย จนกระทั่งกลายเป็นยาควบคุมที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวดเป็นอย่างมาก อย่างน้อยในทวีปยุโรป แอมเฟตามีนได้หายไปจากตำรับยาในหลายประเทศ ความเชื่อมโยงที่ชัดเจนมากระหว่างโครงสร้างทางโมเลกุลและกลไกของปฏิกิริยาทางเภสัชวิทยา และผลที่ตามมาของควมมีประสิทธิภาพของยาและความปลอดภัยต่อมนุษย์ทำให้แอมเฟตามีนเป็นตัวอย่างทางวิชาการของความเที่ยงตรงที่ใช้ในการแปรสภาพ เภสัชวิทยาหลักของยาเหล่านี้ไม่ได้อยู่แค่ความรับผิดชอบในการสร้างความมีประสิทธิภาพในการรักษาความผิดปกติทางร่างกายของมนุษย์ เช่น โรคสมาธิสั้นและโรคหลับผิดปกติ แต่ยังรวมถึงการตระหนักถึงความหลากหลายในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความรับผิดชอบต่อการใช้ยาเหล่านี้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด ทำให้ความสมดุลของประโยชน์และโทษเป็นความท้าทายในการนำมาใช้เพื่อการรักษา แอมเฟตามีนจัดอยู่ในประเภทเดียวกันกับเมธิลเฟนิเดท (methylphenidate) ในฐานะที่เป็นยาที่มีประสิทธิผลสูงสุดที่มีอยู่ในการรักษาโรคสมาธิสั้น และเป็นความก้าวหน้าในการพัฒนาที่ใช้วันละครั้งอย่างแท้จริงที่ช่วยแก้ปัญหาในการรักษาและในขณะเดียวกันก็ช่วยลดความเสี่ยงของการเบี่ยงเบนและการใช้เพื่อความสนุกสนานในทางที่ผิด

2.5 กฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ในอดีตนั้น แอมเฟตามีน เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 หลังจากนั้นได้มีการใช้สารในทางที่ผิดอยู่เป็นประจำ อีกทั้งนิยมใช้ในหมู่คนขับรถบรรทุก โดยขณะนั้นเรียกว่า ยาม้า กินแล้วก็คึกคักเหมือนม้า แต่ได้เกิดการแพร่ระบาดของสารชนิดนี้จึงเกิดแนวคิดที่จะเปลี่ยนสารชนิดนี้ให้อยู่ใน

¹⁰⁷ ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559

¹⁰⁸ อ่างแล้ว เจริญธรรมที่ 106

¹⁰⁹ กรชัย ฉันทจิรธรรม, “ยาอันตราย (Dangerous drug)”, สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2560, จาก

กฎหมายที่เข้มงวดมากขึ้น ทำให้มีการทบทวนว่าควรจะเปลี่ยนเมทแอมเฟตามีน จากวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทที่ 2 เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ 135 ในปี พ.ศ. 2539 กำหนดให้เมทแอมเฟตามีนนั้นเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2539

ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงนั้น ได้มีความเห็นของสำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และ พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เป็นกฎหมายคนละฉบับและความหมายของคำว่า “ยาเสพติด” และ “วัตถุออกฤทธิ์” ตามนิยามในกฎหมายทั้ง 2 ฉบับนั้น เป็นคนละความหมาย ถ้าจะเพิกถอนวัตถุออกฤทธิ์ออกจากการควบคุมตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แล้วนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ก็ควรจะมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนว่า วัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 16 รายการดังกล่าวเป็นยาเสพติดให้โทษ¹¹⁰

กล่าวโดยสรุปว่า หากจะนำวัตถุออกฤทธิ์นั้นออกจากการควบคุมตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แล้วนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ควรจะมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนว่า วัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 16 รายการ รวมถึงเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษ

ได้มีความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา¹¹¹ ดังนี้ เนื่องจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้เสนอแนวทางการควบคุมการระบาดของยาบ้าโดยจะขอเพิกถอนวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ 1 และ 2 จำนวน 16 รายการ เป็นตัวยาสำคัญในยาบ้า หรือถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดออกจากการควบคุมตามวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แล้วนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 จึงได้เสนอข้อมูลทางวิชาการเพื่อสนับสนุนว่าวัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 16 รายการเป็นสิ่งเสพติดสามารถจัดเป็นยาเสพติดให้โทษได้ และเนื่องจากการเพิกถอนวัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 16 รายการดังกล่าวออกจากการควบคุมตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แล้วนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ครั้งนี้มีความสำคัญมาก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงมีบัญชาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดประชุมปรึกษากันเมื่อวันที่

¹¹⁰ บันทึกความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา ที่ 337/2539 เรื่อง กระทรวงสาธารณสุขหารือเกี่ยวกับการประกาศให้วัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

¹¹¹ เพิ่งอ้าง.

25 มีนาคม 2539 และที่ประชุมได้มติให้ส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาว่า “วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 และในประเภท 2 จำนวน 16 รายการดังกล่าวสามารถนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลทางวิชาการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเสนอนั้นวัตถุออกฤทธิ์ทั้ง 16 รายการมีคุณสมบัติไม่ครบ 4 ลักษณะสำคัญตามนิยามของ “ยาเสพติด” ที่กฎหมายกำหนด นิยามคำว่า “ยาเสพติด” ต้องมีลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง กล่าวคือ มีคุณสมบัติเข้าข่ายเพียงสองถึงสามลักษณะเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงขอให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาให้ความเห็นในปัญหาข้อกฎหมายดังกล่าว

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาจากข้อมูลทางวิชาการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเสนอนั้น 16 รายการนี้ มีเมทแอมเฟตามีนอยู่ด้วย เห็นคุณสมบัติทางวิชาการนั้นไม่ครบ 4 ลักษณะสำคัญของนิยามคำว่า “ยาเสพติด”

จากนั้นผู้เขียนได้สอบถามไปยังคณะกรรมการอาหารและยาถึงเหตุผลและหลักการข้อมูลทางวิชาการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยกองควบคุมวัตถุเสพติด¹¹² จึงได้คำตอบกลับมา ดังนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 รัฐบาลกำหนดนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเน้นการดำเนินการในเรื่องของการปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งจำหน่าย โดยอาศัยบทลงโทษตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีการกำหนดความผิดและบทลงโทษของผู้ผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออกไว้สูงสุดถึง 20 ปี และปรับสูงสุดถึง 400,000 บาท แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้ามิได้ลดลง อาจเป็นเพราะผลตอบแทนที่ได้จากการค้าก่อนข้างสูง ผู้กระทำความผิดจึงยังมีจำนวนมากขึ้น จึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการหามาตรการในการควบคุมและป้องกันการลักลอบผลิต จำหน่าย นำเข้าหรือครอบครองยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ เหตุผลในการประกาศยกระดับนำเอาเมทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนจากวัตถุออกฤทธิ์ เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2539 จึงเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลในขณะนั้นด้วยมีการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนอย่างมากในเวลานั้น จึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด วิธีหนึ่งก็คือกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 เนื่องจากมีอัตราโทษที่สูงกว่าวัตถุออกฤทธิ์ เพื่อให้ผู้คิดกระทำผิดเกรงกลัวไม่กล้ากระทำผิดพร้อมๆกับการควบคุมสารตั้งต้นในการผลิตด้วย ในการพิจารณาออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ .. (พ.ศ.) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อยกเลิกการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 กลุ่มแอมเฟตามีนและ

¹¹² หนังสือแนบท้ายหนังสือที่ สช 1003.5/695 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559

อนุพันธ์ เช่น เมทแอมเฟตามีน เป็นต้น แล้วนำไปควบคุมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 กระทรวงสาธารณสุขได้หารือไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตามเรื่องเสร็จที่ 337/2539 ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การที่จะออกประกาศกำหนดให้วัตถุออกฤทธิ์ใดเป็นยาเสพติดในประเภทใดประเภทหนึ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นั้นจึงต้องพิจารณาว่า เข้าลักษณะเป็น “ยาเสพติดให้โทษ” ตามที่นิยามไว้หรือไม่ คำว่า “ยาเสพติดให้โทษ” ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 ได้นิยามไว้ว่า “ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุนิติใด ๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน คม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง ฯลฯ จากคำนิยามดังกล่าวจึงเห็นได้ว่า อาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญที่ยกมาเป็นตัวอย่างนั้น เป็นแต่เพียงคำอธิบายประกอบความหมายคำว่า “ก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ” เท่านั้น เพราะอาจมีอาการเพียงอย่างหนึ่งอย่างใดหรืออาการอย่างอื่นที่ก่อให้เกิดผลต่อร่างกายหรือจิตใจในลักษณะสำคัญนอกจากอาการที่กล่าวไว้ก็ได้ เพราะในคำนิยาม “ยาเสพติดให้โทษ” ใช้คำว่า “เช่น” นำหน้า ดังนั้น ถ้าวัตถุออกฤทธิ์อย่างหนึ่งอย่างใดใน 16 รายการ เมื่อเสพเข้าไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญตามคำนิยาม “ยาเสพติดให้โทษ” ก็ถือได้ว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษมีอำนาจตามมาตรา 6 ประกอบ มาตรา 8(1) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่จะประกาศให้วัตถุออกฤทธิ์นั้นเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทใดประเภทหนึ่งตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2530 ได้

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2539 จึงได้มีการปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมาย ให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ขณะนั้น เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1

ต่อมาได้มีการเสนอแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ผ่านสภาผู้แทนราษฎรออกเป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 โดยแก้ไขมาตรา 15 ระบุชัดเจนไว้ในพระราชบัญญัติว่า แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 หมายความว่า เสียงส่วนใหญ่ของประชาชนชาวไทยเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่า ควรควบคุมแอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์แอมเฟตามีน ให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 มากกว่าจัดเป็นวัตถุออก

ฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จึงถือว่าปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สภาผู้แทนราษฎรให้ความเห็นชอบ มิได้เป็นเพียงนโยบายของรัฐบาลฝ่ายเดียวเช่นเมื่อปี พ.ศ. 2539

จากการปรับเปลี่ยนแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา ปัจจุบันมีสถิติที่น่าสนใจ เนื่องจากมีคดีขึ้นสู่ศาลให้พิจารณาอย่างมากมายทำให้เกิดปัญหาหนักโทย ล้นเรือนจำ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา 5 ปีนั้น คดีเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเกินกว่าร้อยละ 70% ของคดีอาญาที่เกี่ยวกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ตารางที่ 4 ตารางแสดงสถิติจำนวนคดีอาญาทั่วประเทศที่ขึ้นสู่การพิจารณาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และคดีอาญาเฉพาะความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ (พ.ศ. 2554-2559)

ประจำปี พ.ศ.	จำนวนคดีอาญาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522	จำนวนคดีอาญาเฉพาะความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์	คิดเป็นร้อยละ (%) จากคดีอาญาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ทั้งหมด
2559	281,186	ไม่มีข้อมูล	-
2558	273,597	193,188	70.61
2557	314,562	243,987	77.56
2556	347,285	288,081	82.95
2555	284,490	240,705	84.60
2554	239,002	197,795	82.75

ที่มา : รายงานสถิติคดีศาลยุติธรรม ประจำปี พ.ศ. 2554-2559

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นั้น แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ถูกจัดอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 1 ตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เป็นประเภทของยาเสพติดให้โทษนั้นมีทั้งหมด 5 ประเภท แต่ สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นได้ถูกไว้ในประเภทที่ 1 โดยถูกจัดอยู่ในประเภทเดียวกับเฮโรอีน ประเภทที่ 1 นั้นเป็นประเภทที่ถูกจัดว่าร้ายแรงที่สุดตามกฎหมายและมีโทษร้ายแรงที่สุดตามกฎหมายเช่นกัน

2.5.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

หลักการและเจตนารมณ์ของกฎหมาย คือ เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันได้ใช้บังคับมานานแล้วและมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย สมควรปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้มีการปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษและประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่¹¹³

สาระสำคัญตาม มาตรา 4 ได้ให้คำนิยามของยาเสพติดว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษผสมอยู่¹¹⁴

มาตรา 7 ได้กำหนดประเภทของยาเสพติดออกเป็น 5 ประเภท แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้นอยู่ในประเภทเดียวกับ เฮโรอีน (Heroin) อยู่ในประเภทที่ 1 ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522¹¹⁵ ข้อ 2 ระบุชื่อยาเสพติดในแต่ละประเภทในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ระบุในข้อ 5 กำหนดให้แอมเฟตามีน (Amphetamine) และ ข้อ 20 กำหนดให้เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ทำให้การใช้หรือเสพลิงเสพติดที่มีเมทแอมเฟตามีนเป็นส่วนผสมนั้นผิดกฎหมายอาญาร้ายแรง มีหลายความผิด

กฎหมายนั้นห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง¹¹⁶ กำหนดบทสันนิษฐานเด็ดขาดไม่สามารถนำสืบหักล้างได้ ผู้กระทำ

¹¹³ หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

¹¹⁴ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4

¹¹⁵ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113 ตอนพิเศษ 23 ง ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539

¹¹⁶ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 15 วรรค 1

ต้องรับโทษหนักขึ้นว่า การผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตามปริมาณดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย¹¹⁷ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 15 วรรค 3 (2) นั้น บัญญัติว่า “แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์แอมเฟตามีน มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่สามร้อยเจ็ดสิบห้า มิลลิกรัมขึ้นไป หรือมียาเสพติดที่มีสารดังกล่าวผสมอยู่จำนวนสิบห้าหน่วยการใช้ขึ้นไป หรือมีน้ำหนักสุทธิตั้งแต่หนึ่งจุดห้ากรัมขึ้นไป หมายความว่า หากตรวจพิสูจน์จำนวนยาเสพติด เช่น ยาบ้า ยาฆ่า หากมีไม่ถึง 15 หน่วยการใช้¹¹⁸ หรือส่วนใหญ่ตามความจริงในสังคมนิยมใช้เป็นจำนวนเม็ด แต่หากตรวจพิสูจน์ได้ว่า มีปริมาณสารบริสุทธิ์ของแอมเฟตามีน หรือ อนุพันธ์แอมเฟตามีน (อนุพันธ์แอมเฟตามีน หมายถึง เมทแอมเฟตามีนด้วยเช่นกัน) มีตั้งแต่ 0.375 มิลลิกรัมขึ้นไป หรือคำนวณสารบริสุทธิ์แล้วมีปริมาณไม่ถึง 0.375 มิลลิกรัม แต่มีจำนวนหน่วยการใช้ 15 หน่วยการใช้ขึ้นไป หรือ น้ำหนักสุทธิตั้งแต่ 1.5 กรัมขึ้นไป แม้หน่วยการใช้หรือคำนวณสารบริสุทธิ์แล้วไม่เกินเป็นบทสันนิษฐานเด็ดขาด ไม่สามารถนำสืบหักล้างได้ จะถือว่า ผลิต นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย แล้วแต่กรณี ส่วนใหญ่จะแจ้งข้อหาครอบครองเพื่อจำหน่าย สามารถเชื่อมโยงบทบัญญัติที่มีความผิดอาญาได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว เมื่อกระทรวงสาธารณสุขแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ประกาศให้เป็นยาเสพติดให้โทษแล้ว จึงมีโทษทางอาญาในการลงโทษทั้งสิ้น คือ ความผิดฐานเสพ ความผิดฐานครอบครอง ความผิดฐานครอบครองเพื่อจำหน่าย ความผิดฐานจำหน่าย ความผิดฐานนำเข้า ความผิดฐานผลิตและความผิดฐานส่งออก

2.5.2 บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ประกาศฉบับนี้ได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และ 8(1) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 รัฐมนตรีสาธารณสุขขณะนั้น คือ นายเสนาะ เทียนทอง โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ บัญชีนี้ได้กำหนดประเภทของยาเสพติดต่างๆ ของรายชื่อดังกล่าวที่อยู่ในบัญชีนี้ ให้อยู่ในแต่ละประเภทต่างๆของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยยาเสพติดนั้นมีทั้งหมด 5 ประเภทตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 (เนื่องจากประกาศฉบับนี้ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ประกาศในราชกิจจา

¹¹⁷ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 15 วรรค 3

¹¹⁸ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 “หน่วยการใช้” หมายความว่า เม็ด ของ ขวด หรือหน่วยอย่างอื่นที่ทำขึ้นโดยปกติสำหรับการใช้เสพหนึ่งครั้ง

นุเบกษา เล่ม 113 ตอนพิเศษ 23 ง ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539) บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ ได้กำหนดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท ทำให้การกระทำอะไรก็ตามที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น เป็นความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นั้นมีบทลงโทษทางอาญาที่รุนแรง โดยเฉพาะความผิดที่เกี่ยวกับยาเสพติดประเภท 1 นั้นถือว่ามีโทษรุนแรงที่สุด ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในขณะนั้นเป็นอย่างมาก เพราะปกติแล้วความผิดตามกฎหมายที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ไม่ได้มีโทษรุนแรงดังที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

กล่าวโดยสรุปแล้ว ประกาศฉบับนี้ได้ประกาศให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 อยู่ในประเภทเดียวกับเฮโรอีน ถือว่าโทษนั้นรุนแรงที่สุดในแต่ละประเภท

2.5.3 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

ก่อน 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539 แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นถูกจัดอยู่ในความหมายของคำว่า “วัตถุออกฤทธิ์” โดยวัตถุออกฤทธิ์¹¹⁹ นั้น หมายความว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือสิ่งที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นได้ถูกจัดอยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 2 มีการควบคุมตามมาตรา 62 วรรคหนึ่ง¹²⁰ มีการควบคุมโดยหน่วยงานราชการคือ กระทรวงสาธารณสุข บุคคลใดจะมีไว้ในครอบครอง หรือจะใช้ประโยชน์ใดๆ ต้องได้รับใบอนุญาต จึงจะเห็นได้ว่า มีการควบคุมโดยหน่วยงานรัฐจึงทำให้สามารถใช้ได้โดยมีการควบคุมจากหน่วยงานของรัฐ ทำให้การมีเมทแอม

¹¹⁹ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 4

¹²⁰ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 62 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า ห้ามมิให้ผู้นอกจากกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ใดๆ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภทเว้นแต่ได้รับใบอนุญาต

เฟตامينนั้น หากได้รับใบอนุญาตไม่มีความผิด หากมีผู้ฝ่าฝืนจึงจะมีโทษทางอาญาตามมาตรา 106 วรรคหนึ่ง¹²¹ หรือมาตรา 106 ทวิ¹²² หรือมาตรา 106 ตริ¹²³ แล้วแต่กรณี

จากบทบัญญัติตามกฎหมายนั้น จะเห็นว่าได้ว่า จะครอบครองหรือใช้ประโยชน์ได้ต้องมีใบอนุญาตจากหน่วยงานราชการของภาครัฐ จึงมีการควบคุมการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และอีกทั้งมีบทบัญญัติสำหรับผู้ที่เสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอีกด้วย กฎหมายนั้นห้ามบุคคลใดเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ประเภทที่ 1¹²⁴ หรือ 2 แต่ประเภทที่ 2 นั้นมียกเว้นบางประการในคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล¹²⁵ หรืออาจจะไม่ใช้ใบอนุญาตในการใช้เลยหากเป็นการมีไว้ในครอบครองของบุคคลในปริมาณพอสมควรเพื่อการเสพ การรับเข้าร่างกาย หรือการใช้ด้วยวิธีอื่นใดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 นั้น จะต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกัน โรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นหรือสัตว์ของบุคคลนั้น¹²⁶

¹²¹พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 106 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า ผู้ใดมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือ ประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 62 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท

¹²² พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 106 ทวิ บัญญัติว่า ผู้ใดมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 62 วรรคหนึ่ง เกินปริมาณที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๖ (๗) ทวิ) ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสี่แสนบาท

¹²³พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 106 ตริ บัญญัติว่า ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 62 ทวิ หรือมาตรา 62 ตริ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท

¹²⁴ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 62 ทวิ บัญญัติว่า ห้ามมิให้ผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1

¹²⁵ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 62 ตริ บัญญัติว่า ห้ามมิให้ผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นแต่การเสพตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้นั้น

¹²⁶ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 63 บัญญัติว่า บทบัญญัติมาตรา 62 วรรคหนึ่ง ไม่ใช้บังคับแก่ (2) การมีไว้ในครอบครองของบุคคลในปริมาณพอสมควรเพื่อการเสพ การรับเข้าร่างกาย หรือการใช้ด้วยวิธีอื่นใดซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือ

ทำให้มีประโยชน์สามารถใช้ในทางการแพทย์ได้ เนื่องจากวัตถุออกฤทธิ์นั้นมีทั้งคุณและโทษ ดังนั้นจึงต้องมีกฎหมายควบคุมการใช้ในปริมาณที่เหมาะสม หากมีผู้เสพติดวัตถุออกฤทธิ์นั้นจะไม่มีโทษทางอาญา เว้นแต่จะขัดขึ้นคำสั่งการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูของเลขานุการหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขานุการ

กล่าวโดยสรุปแล้วตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก่อนวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2539 นั้น เป็นเพียงวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทำให้การเสพไม่เป็นความผิดทางอาญา จะมีการนำไปบำบัด เว้นแต่ไม่ยอมไปบำบัดก็จะมีโทษทางอาญาสถานเบา¹²⁷ คือ ระวังโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับและเมื่อพ้นโทษแล้ว ให้ส่งตัวผู้นั้นไปปรับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพตามคำสั่งเดิม อีกทั้งแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นสามารถใช้ในทางการแพทย์ได้อีกด้วย

2.5.4 ประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

ประกาศฉบับนี้เป็นประกาศของคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติที่ออกมาใช้ เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่า กระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด มีเจตนารมณ์เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด¹²⁸ โดยมีเนื้อหาของประกาศดังนี้ คือ

ผู้ประกอบการบำบัด โรคสัตว์ชั้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกัน โรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นหรือสัตว์ของบุคคลนั้น

¹²⁷ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาตรา 115

¹²⁸ ประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

ข้อ 1 ในกรณีที่ผู้ใดต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล และไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หากผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดดำเนินการให้ผู้นั้นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กำหนดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟู และได้รับการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกหนังสือรับรองเพื่อเป็นหลักฐาน การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประกาศกำหนด

ข้อ 2 ในกรณีที่ข้อเท็จจริงปรากฏภายหลังว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูนั้นต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรือต้องคำพิพากษาให้จำคุก ให้ส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

ข้อ 3 ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

ข้อ 4 ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อแจ้งแก่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 5 ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่จัดระบบดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ในจังหวัดให้มอบหมายกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สำหรับกรุงเทพมหานครให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ดำเนินการดังกล่าว

ข้อ 6 เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องแจ้งชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน และที่อยู่ของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ต่อสำนักงาน

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่ดำเนินการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต่อไป ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

กล่าวโดยสรุปจากประกาศกฎหมายฉบับนี้ เป็นกฎหมายจากประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ จะสังเกตได้ว่า เป็นกฎหมายที่ถือว่า เป็นความพยายามในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความผิดของผู้เสพหรือคดียาเสพติด รวมถึงกรณีเสพและครอบครอง และต้องไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม จึงจะมีสิทธิเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามประกาศของคณะรักษาความสงบแห่งชาตินี้

2.5.5 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

เนื่องจากปัจจุบันพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 นั้นมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงในมาตรการทางกฎหมาย เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท พ.ศ. 2518 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว บทบัญญัติบางประการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ในปัจจุบันซึ่งมีสภาพปัญหาเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น สมควรปรับปรุงบทบัญญัติเกี่ยวกับ องค์ประกอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ หน้าที่ของผู้รับอนุญาต หน้าที่ของเภสัชกร การโฆษณาและอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับด่านตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์และการให้โอกาสแก่ผู้เสพ เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อขาย หรือเสพและขาย ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาล ตลอดจนปรับปรุงบทกำหนดโทษและอัตราค่าธรรมเนียมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตรา พระราชบัญญัตินี้¹²⁹ พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีสาระสำคัญที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

คณะกรรมการที่มีการบัญญัติในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 คำว่าคณะกรรมการ หมายความว่า คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท¹³⁰ โดยคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประกอบไปด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมคุมประพฤติ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมศุลกากร อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบดีกรมอนามัย เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด นายกแพทย์สภา นายกสภาเภสัชกรรม และผู้ทรงคุณวุฒิอื่นไม่เกินเจ็ดคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มี

¹²⁹ หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

¹³⁰ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 3

ความรู้ ความสามารถหรือประสบการณ์เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ เป็นกรรมการ ให้เลขานุการเป็น กรรมการและเลขานุการ และผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ¹³¹ และมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (1) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรี เพื่อปฏิบัติการตามมาตรา 7 (2) ให้ความเห็นชอบต่อผู้อนุญาตในการขึ้นทะเบียนวัตถุตำรับ (3) ให้ ความเห็นชอบต่อผู้อนุญาตในการสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือการเพิกถอนใบอนุญาต (4) เสนอ ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ (5) ให้ความเห็น หรือคำแนะนำต่อผู้อนุญาตในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ (6) ปฏิบัติการอื่นตามที่ พระราชบัญญัตินี้บัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย กฎหมายฉบับนี้มีการกำหนดหลักกฎหมายเกี่ยวกับข้อห้ามการเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 และ 2 เพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 โดยบัญญัติใจความไว้ ดังต่อไปนี้ คือ ห้ามผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1¹³² และห้ามผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เว้นแต่เป็นการเสพตามคำสั่งของ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้นั้น¹³³ หมายความว่า วัตถุออกฤทธิ์นั้นสำหรับประเภท 1 มีการ ออกกฎหมายห้ามเสพเด็ดขาด ส่วนประเภท 2 นั้นแตกต่างจากประเภท 1 สามารถใช้ได้ตามคำสั่ง ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อประโยชน์ในการ รักษาพยาบาลผู้เสพนั่นเอง

โทษของการเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ 1 หรือ 2 ส่วนเป็น ความผิดทั้งสิ้น กฎหมายฉบับนี้กำหนดโทษไว้ว่า “ผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 อันเป็นการ ผ่าฝืนมาตรา 91 หรือผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 92 ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”¹³⁴ โทษของการเสพนี้ เป็นโทษ ใหม่ที่มีการบัญญัติเพิ่มเติม เดิมพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ไม่มี โทษฐานเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแต่อย่างใด

2.5.6 มาตรการของประเทศไทยที่เกี่ยวกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ประเทศไทยนั้น ปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดนั้น ถือว่ามีปัญหาอย่างยาวนานเกินกว่า ทศวรรษ และการแก้ไขกับปัญหายาเสพติดนั้นก็ เป็น โจทย์ใหญ่สำหรับทุกรัฐบาลไทยและเป็น

¹³¹ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 8

¹³² พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 91

¹³³ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 92

¹³⁴ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 141

นโยบายหลักของทุกรัฐบาลไทยมาโดยเสมอมา มาตรการหลัก ๆ ที่จะนำมาใช้กับผู้ใช้นั้นมีหลากหลายวิธีเช่นกัน ผู้เขียนจะได้นำเสนอต่อไปดังนี้

1. โทษทางอาญาที่นำมาใช้กับผู้ใช้น้ำมันและอนุพันธ์

เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นความผิดร้ายแรง เนื่องจากแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นถูกจัดอยู่ในยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 อ้างอิงตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ทำให้ผู้เสพนั้นมีความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 57 ได้บัญญัติไว้ว่า ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 5 และมีโทษทางอาญามาตรา 91 จำคุกตั้งแต่ 6 เดือน - 3 ปี หรือปรับตั้งแต่ 10,000 – 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ จะสังเกตได้ว่า มาตรการหนึ่งที่จะนำมาใช้กับผู้เสพนั้น กฎหมายในประเทศไทยได้เลือกใช้มาตรการลงโทษทางอาญา ความผิดฐานเสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น มีโทษจำคุกและโทษปรับ อีกทั้งยังกฎหมายได้เปิดช่องให้ศาลใช้ดุลพินิจในการลงโทษได้ทั้ง 2 มาตรการไม่ว่าจะโทษจำคุกหรือโทษปรับ

2. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติฉบับนี้ประกาศใช้ขึ้นมาเนื่องจากมีเหตุผลดังนี้¹³⁵ คือ โดยที่ปัญหาเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดให้โทษ ในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง และโดยที่ผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งถูกบังคับให้เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับการได้ยาเสพติดไปเสพด้วย สมควรขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพยาและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยด้วย นอกจากนี้เนื่องจากบุคคลที่ติดหรือเสพยาเสพติดมีจำนวนมากและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ สมควรขยายสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติด และสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะนอกจากมีหน่วยงานของกระทรวงยุติธรรมแล้วยังมีหน่วยงานอื่นของรัฐ และหน่วยงานเอกชนที่มีขีดความสามารถเข้ามาร่วมในการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลดังกล่าว อาทิเช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร เขต อำเภอ และกิ่งอำเภอ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนหรือหน่วยงานอื่น ซึ่งสมควรรวมทรัพยากรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ อีกทั้งยังมีคำวินิจฉัยที่เป็นบรรทัดฐานของศาล

¹³⁵ เหตุผลท้ายพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

อุทธรณ์แผนกคดียาเสพติดในคดีหมายเลขแดงที่ 16232/2555 ซึ่งวินิจฉัยถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ว่า เป็นการบังคับบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่มีสภาพเป็นผู้ป่วยให้หายขาดจากการติดยาเสพติดเพื่อจะได้ไม่ต้องถูกดำเนินคดี

กฎหมายฉบับนี้นั้นก็ได้มีมาตรการเสริมต่าง ๆ ในการเข้าจัดการและแก้ไขกับปัญหาเกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดให้โทษ นั่นก็หมายความว่ารวมถึงผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อีกด้วย ดังนั้นเป้าหมายของกฎหมายฉบับนี้นั้นต้องการฟื้นฟูผู้ที่กฎหมายฉบับนี้มองว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด¹³⁶ คือ บุคคลผู้เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ และกฎหมายฉบับนี้ต้องการแก้ไขพฤติกรรมรวมถึงพฤติกรรมนิสัยของบุคคลผู้ติดยาเสพติดให้โทษนั้นให้กลับมาเป็นบุคคลที่คืนสู่สภาพปกติโดยไม่/เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 4 ให้ความหมายของคำว่า "ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด" กฎหมายฉบับนี้มีมาตรการหลักได้แก่ การมีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมการนี้ ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลาย¹³⁷ คือ ปลัดกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อัยการสูงสุด เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม อธิบดีกรมการจัดหางาน อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ อธิบดีกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน อธิบดีกรมราชทัณฑ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งอีกไม่เกินสี่คน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งปฏิบัติงานด้านการป้องกันหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและมีประสบการณ์การทำงานโดยตรงกับผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยสองคนเป็นกรรมการ และให้อธิบดีกรมคุมประพฤติเป็นกรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการเหล่านี้ก็จะมีอำนาจระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ จะทำให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟู อาทิเช่น วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไปยังพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ วางระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมและการย้ายตัว

¹³⁶ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 4 "ติดยาเสพติด" หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

¹³⁷ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 6

ผู้ต้องหาในระหว่างการตรวจพิสูจน์หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการพิจารณาอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราว วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการตรวจสอบและติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้ได้รับอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราว วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์ในการลดและการขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อคณะกรรมการ และวิธีการรายงานผลการตรวจพิสูจน์ รวมทั้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ วางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาลงโทษผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบ เงื่อนไข และข้อบังคับตามมาตรา 32 เป็นต้น ถือว่าเป็นมาตรการที่นำมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดและอนุพันธ์ตามกฎหมาย

ตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการฟื้นฟู มีดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ใดต้องหว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง กฎกระทรวงนั้น คือ กฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด พ.ศ. 2546 ข้อที่ 1-2 มีเนื้อความดังต่อไปนี้

กฎกระทรวงฉบับนี้อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 5 และ มาตรา 19 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล มาตรา 29 ประกอบกับ มาตรา 31 มาตรา 35 มาตรา 237 และ มาตรา 238 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติด สำหรับความผิดฐานเสพยาเสพติดตามมาตรา 19 วรรคหนึ่ง มีดังต่อไปนี้

(1) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มี 6 ชนิด ได้แก่

(ก) เฮโรอีน

(ข) เมทแอมเฟตามีน

(ค) แอมเฟตามีน

(ง) 3, 4-เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน

(จ) เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีน

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี

(2) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มี 2 ชนิด ได้แก่

(ก) โคคาอีน

(ข) ฝิ่น

(3) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มี 1 ชนิด ได้แก่ กัญชา

ยาเสพติดให้โทษตาม (1) และ (2) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใดๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

ข้อ 2 ยาเสพติดตาม ข้อ 1 สำหรับความผิดฐานเสพและมีไว้ในครอบครอง ความผิดฐานเสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติด ตาม มาตรา 19 วรรคหนึ่ง ต้องมีปริมาณดังต่อไปนี้

(1) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

(ก) เฮโรอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งร้อยมิลลิกรัม

(ข) เมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ค) แอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ง) 3, 4- เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(จ) เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี มีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(2) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

(ก) โคคาอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินสองร้อยมิลลิกรัม

(ข) ฝิ่นมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

(3) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้แก่ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

ยาเสพติดให้โทษตาม (1) และ (2) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่นแต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใดๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

2. ไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล

3. ให้นพนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากตัวผู้ต้องหานั้นเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลาดังกล่าวได้

4. ถ้าผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ให้นพนักงานสอบสวนนำตัวส่งศาลเพื่อมีคำสั่งให้ตรวจพิสูจน์ภายในสี่สิบสี่ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน

การส่งไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ให้ศาลพิจารณาส่งตัวไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ และลักษณะเฉพาะบุคคลประกอบด้วย แล้วให้ศาลแจ้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ

5. ในระหว่างการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้นพนักงานสอบสวนดำเนินกระบวนการสอบสวนคดีต่อไป และเมื่อสอบสวนเสร็จให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการ โดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วย และแจ้งให้ทราบว่าผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวอย่างแห่งใด

จะสังเกตได้ว่า บุคคลที่จะได้รับการบำบัดนั้น หากเป็นผู้เสพยาเสพติดให้โทษก็จะเข้าหลักเกณฑ์ในการนำไปบำบัด รวมถึงผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ด้วย มาตรการในการบำบัดของประเทศไทยนั้น จากศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายฉบับนี้แล้ว มีหลักเกณฑ์หลัก ๆ ดังนี้

1. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องอยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในกรณีที่ปรากฏว่าผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ ให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพิจารณาขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดออกไปอีกได้ ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะพิจารณาระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่เห็นสมควรก็ได้ การขยายและการลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จะกระทำก็ครั้งก็ได้ แต่การขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดครั้งหนึ่งต้องไม่เกินหกเดือน และรวมกันทั้งหมดแล้วต้องไม่เกินสามปีนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด¹³⁸

2. ในกรณีที่มีเหตุสมควร คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจพิจารณาปล่อยชั่วคราวสำหรับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด¹³⁹

3. กรณีที่ผู้ต้องหาไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขซึ่งไม่สะดวกต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวผู้ต้องหา เมื่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเห็นสมควรหรือได้รับการร้องขอจากผู้ต้องหา อาจมีคำสั่งให้ย้ายผู้ต้องหาไปเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมที่สถานที่แห่งอื่นได้ แต่ต้องปรากฏว่าการย้ายดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้ต้องหาด้วย¹⁴⁰

4. ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขต่างๆ ที่คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกำหนด รวมทั้งข้อบังคับของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวผู้ต้องหา โดยเคร่งครัด¹⁴¹

สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญาและเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม¹⁴²

จากหลักเกณฑ์ทั้งหมดในข้างต้นนี้ จะสังเกตได้ว่า เป็นมาตรการที่ต้องการแก้ไขพฤติกรรมและพฤติกรรมนิสัยของบุคคลผู้ที่กฎหมายกำหนดว่า เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษแล้วนั้น ก็จะนำมาบำบัดแก้ไขฟื้นฟู ณ สถานที่ที่เรียกว่า “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” ถือว่าเป็นสถานพยาบาล และอาจจะเรียกว่าได้ว่า ผู้ที่ถูกบำบัดฟื้นฟูนั้น เป็นผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” นั้นยังอยู่ในความดูแลของกระทรวงยุติธรรมที่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด และยังมีการใช้ระบบบังคับบำบัดฟื้นฟู ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูต้องเป็นบุคคลตามแผน

¹³⁸ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 25

¹³⁹ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 26

¹⁴⁰ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 27

¹⁴¹ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 30

¹⁴² พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 14

ฟื้นฟูที่เป็นปกติไม่เกิน 6 เดือน และขยายต่อไปได้เรื่อย ๆ ไม่เกิน 3 ปี นั้นความหมายว่า “ต้องหายจากอาการหรือภาวะติดยาเสพติดให้โทษ” หรือ หากเรียกเป็นภาษาทั่วไปให้เข้าใจง่ายก็คือ “การบังคับให้หายป่วย” นั่นเอง อีกทั้งบุคคลที่กฎหมายถือว่าเป็นผู้ป่วยนี้ ไม่ได้มีอิสรภาพในการรักษาบำบัดฟื้นฟูเท่าที่ควรตามกฎหมายนี้ ยังใช้สถานที่เฉพาะในอำนาจของกระทรวงยุติธรรมอยู่

3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

กฎหมายฉบับนี้มีเหตุผลในการบัญญัติ¹⁴³ คือ สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลการวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับในขณะที่เดียวกัน โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศรวมทั้งเมืององค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

พระราชบัญญัตินี้มีการบัญญัติกฎหมายที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงไว้น่าสนใจหลากหลายประการดังนี้ พระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติความหมายของคำว่า “สุขภาพ”¹⁴⁴ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล จะเห็นได้ว่า สุขภาพนั้นมีใช่เรื่องสุขภาพกายแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ยังรวมหมายถึงสุขภาพในด้านอื่น เช่น สุขภาพจิต สภาวะทางปัญญาที่สมบูรณ์ รวมถึงการอยู่ในสังคมได้ดีอีกด้วย

“บริการสาธารณสุข”¹⁴⁵ หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กล่าวถึงสิทธิในสุขภาพของประชาชน ประชาชนไทยนั้นมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามที่กล่าวมาข้างต้นและ

¹⁴³ หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

¹⁴⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3

¹⁴⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย¹⁴⁶ จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ให้ความสำคัญอย่างมากกับสุขภาพของประชาชนคนไทย ฉะนั้นการกำหนดกฎหมายหรือนโยบายที่เกี่ยวกับสุขภาพต้องนำพระราชบัญญัตินี้มาพิจารณาควบคู่กันไป ด้วยจึงจะเหมาะสมและถูกต้องตามหลักสากล

นอกจากพระราชบัญญัติฉบับนี้บัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพแล้ว ยังกำหนดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญนี้มีเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี หากมีการเห็นชอบในธรรมนูญต่าง ๆ ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา¹⁴⁷ อีกทั้งธรรมนูญนี้ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และจะต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้¹⁴⁸

- (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (3) การจัดทำมีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (4) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (8) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

จะสังเกตได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ต้องกำหนดธรรมนูญเกี่ยวกับสุขภาพต่าง ๆ อันเป็นนโยบายสุขภาพที่สำคัญในระดับชาติ รวมถึงต้องมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยอีกด้วย ดังนั้นจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า เรื่องสุขภาพของประชาชนนั้นมีความสำคัญอย่างมาก กฎหมาย

¹⁴⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 5

¹⁴⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 46

¹⁴⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47

อื่น ๆ จะบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพควรมีความสอดคล้องทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

4. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

นอกจากจะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้วที่เป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนไทยโดยตรง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เป็นกฎหมายอีกฉบับที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนไทยอีกเช่นกัน มีสาระสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญดังต่อไปนี้ พระราชบัญญัตินี้ได้ให้ความหมายของคำว่า “บริการสาธารณสุข”¹⁴⁹ ไว้ว่า “บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ” จะสังเกตได้ว่า มีความคล้ายคลึงกันอย่างมากกับคำว่า “บริการสาธารณสุข” ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้พิการเสียดิจ โดยตรง กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพนั้นเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพไม่ว่าจะเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังบัญญัติถึงสิทธิด้านสุขภาพว่า “ทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน”¹⁵⁰ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กฎหมายฉบับใดก็ตามที่มีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน กฎหมายฉบับนั้นย่อมให้สิทธิในการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งให้ความสำคัญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกฉบับ หากผู้ใดเป็นผู้ป่วยย่อมมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอันเป็นการบริการสาธารณสุข

5. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีสาระสำคัญ¹⁵¹ คือ การนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ได้รับการบำบัดรักษา ภาวะอันตรายที่กล่าวถึงคือ อันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิต ที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดหลงผิดหรือพฤติกรรมที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเอง

¹⁴⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3

¹⁵⁰ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5

¹⁵¹ ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, “สาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551,” สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2559, จาก www.rajanakul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=156&date_start=&date_end=

หรือผู้อื่น เช่น เมื่อมีผู้ป่วยทางจิตมีพฤติกรรมอาละวาด ทำร้ายคนรอบข้าง ผู้ที่พบเห็นสามารถแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ ให้ดำเนินการพาบุคคลนั้นไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัด เพื่อให้บุคคลผู้นั้นได้เข้ารับการรักษาอาการทางจิตหรือพฤติกรรมผิดปกติในโรงพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ตาม กล่าวโดยสรุปคือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เน้นการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต แม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอม ถือเป็นกรให้ความคุ้มครองเจ้าพนักงานตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เอาตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็นการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่อย่างใด และประโยชน์ที่ผู้ป่วยทางจิตเวชหรือผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาจะได้รับจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นี้ คือ ผู้ป่วยทางจิตเวชหรือผู้บกพร่องฯ ที่อยู่ในสถานะที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา จะได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาไม่ให้ความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่นการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นมาตรการที่ใกล้เคียงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นี้ ผู้มีความปกติทางจิตนั้น หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จะสังเกตได้ว่า มีการพูดถึงความผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หากสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไม่ได้ถูกดัดแปลงการจับประเภทของสารให้ถูกควบคุมตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ก็จะได้รับประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 อย่างแน่นอน การบำบัดรักษา¹⁵² มีสาระสำคัญดังนี้ การบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่น โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้การบำบัดรักษานั้นอยู่ในสถานโรงพยาบาลอย่างแท้จริง ใช้ผู้บำบัดรักษาเป็นผู้ที่มีความรู้ตามวิชาชีพจริง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹⁵³ นั้น หากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทุเลาแล้วจะมีการแจ้งให้ญาติมารับกลับไปดูแลต่อ ในกรณีที่ไม่มีผู้รับดูแล ให้แจ้งหน่วยงานด้าน

¹⁵² พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 17

¹⁵³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 40

สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ และไม่มีสิทธิ์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเอง¹⁵⁴ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกฎหมายทั้งสองฉบับที่เป็นมาตรการในประเทศไทยในการดูแลบุคคลที่มีภาวะที่ต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูจากสารเสพติดแล้ว พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะมีประโยชน์ในด้านสิทธิมนุษยชนมากกว่า แต่ก็ยังเป็นระบบบังคับบำบัดอยู่ดี จะต้องมีการศึกษากฎหมายต่างประเทศในด้านต่าง ๆ ประกอบการศึกษาต่อไป

6. ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด¹⁵⁵

ปัจจุบันกฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดนั้น แบ่งแยกออกมาเป็นพระราชบัญญัติแต่ละพระราชบัญญัติต่าง ๆ ในการบังคับใช้ มีการเสนอแนวคิดที่จะจัดทำประมวลกฎหมายยาเสพติดขึ้นมาบังคับใช้ เพื่อในการปรับปรุงกฎหมายให้มีความทันสมัยมากขึ้น โดยมีเหตุผลในการจัดทำประมวลกฎหมายยาเสพติดดังนี้ “เนื่องจากกฎหมายที่บัญญัติเกี่ยวกับยาเสพติด การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และวิธีพิจารณายาเสพติด รวมทั้งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องมีจำนวนหลายฉบับและกระจัดกระจายกันอยู่ อันทำให้เกิดความสับสนในการใช้บังคับกฎหมาย จึงเห็นสมควรรวบรวมกฎหมายดังกล่าวจัดทำเป็นประมวลกฎหมายยาเสพติด เพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงและใช้กฎหมายที่รวมอยู่ในฉบับเดียวกัน พร้อมกับได้มีการปรับปรุงบทบัญญัติในกฎหมายดังกล่าวให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน จึงต้องตราพระราชบัญญัตินี้”¹⁵⁶

มีมาตราที่น่าสนใจและศึกษาดังต่อไปนี้

มาตรา 30 บัญญัติว่า “ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ (1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง (2) ยาเสพติดให้โทษทั่วไป (3) ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา (4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2 (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้ายาในประเภท 1 ถึง ประเภท 4” และวรรคสอง “ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ”¹⁵⁷ การจัดประเภทนั้นผู้เขียนเห็นว่า ยังมีความใกล้เคียงกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

¹⁵⁴ ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, “สาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551,” สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2559, จาก www.rajanakul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=156&date_start=&date_end=

¹⁵⁵ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับรับฟังความคิดเห็น 15 มิถุนายน 2560 อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

¹⁵⁶ บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.

¹⁵⁷ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 30

ลักษณะ 5 ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและบทกำหนดโทษ มาตรา 86 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “ภายใต้บังคับมาตรา 156 ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนประมวลกฎหมายนี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”¹⁵⁸ จากมาตรานี้ แสดงให้เห็นว่า ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 นั้นไม่สามารถเสพได้โดยเด็ดขาด หากพิจารณาจากแนวโน้มในปัจจุบันแล้วสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก็ยังคงห้ามเสพอยู่นั่นเอง

แนวทางในการปฏิบัติกับผู้เสพสารเสพติดของร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดบัญญัติไว้ในภาค 3 การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด มีมาตรการที่มีความน่าสนใจในการดูแลบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติด ผู้เขียนจะอธิบายกระบวนการดังต่อไปนี้

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด

การบำบัดรักษา¹⁵⁹ ตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตราย และการติดตามหลังการบำบัดรักษาด้วย การบำบัดผู้ติดยาเสพติดตามแนวคิดของร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดนั้น มีคณะกรรมการในการดูแลผู้ติดยาเสพติด มีหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง นโยบายหรือหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด¹⁶⁰ คณะกรรมการในการดูแลผู้ติดยาเสพติด เรียกว่า คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด¹⁶¹ ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายด้าน ดังนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการทหารอากาศ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมคุมประพฤติ อธิบดีกรมราชทัณฑ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าการการกีฬาแห่งประเทศไทย ประธานกรรมการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และประธานกรรมการหอการค้าไทย เป็นกรรมการ โดยตำแหน่ง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจำนวนสาม

¹⁵⁸ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 86

¹⁵⁹ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 155

¹⁶⁰ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 158

¹⁶¹ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 156

คน ในจำนวนนี้ให้แต่งตั้งจากผู้แทนองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งคน จะสังเกตได้ว่าคณะกรรมการดังกล่าวไม่ได้ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขเกินครึ่งของจำนวนคณะกรรมการ คณะกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่มี ความเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข

กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด¹⁶² เปิดโอกาสให้ผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด เปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวมีโอกาสในการตัดสินใจรักษาแบบสมัครใจ¹⁶³ จะเป็นผลดีหากสมัครใจขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติด

การให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการตรวจพิสูจน์ยังคงให้อำนาจในการตรวจสอบหาสารเสพติดในร่างกายกับตำรวจหรือเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. อยู่¹⁶⁴ แต่ถึงอย่างไร แม้แนวคิดตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดจะมีการสมัครใจในการเข้ารับบำบัดการรักษาอาการติดยาเสพติด แต่ก็มีข้อจำกัดอยู่ ต้องสมัครใจก่อนปรากฏความผิดต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และมีผลทำให้พ้นจากการถูกดำเนินคดีเท่านั้น หากผู้ใดเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดไม่ยินยอมสมัครใจในการเข้ารับบำบัดรักษา ยังคงมีการบังคับบำบัดอยู่¹⁶⁵

กล่าวโดยสรุป ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดนั้น ยังคงมีแนวคิดแบบเดิมอยู่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงเท่าใดนัก ซึ่งการดูแลผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดนั้นยังคงมีลักษณะการบังคับบำบัดอยู่เช่นเดิม และผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการส่วนใหญ่ยังมีใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางสาธารณสุข หากมีการใช้บังคับจริง ผู้เขียนเห็นว่า ยังต้องปรับปรุงในหลากหลายมาตราด้วยกัน เพื่อให้เป็นธรรมและเป็นสากล

7. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีโดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี มีความสำคัญต่อแนวทางการออกกฎหมายเป็นอย่างมาก เนื่องจากประชาชนในประเทศไทยจะได้รับทราบกันอย่างทั่วกันแล้วว่า รัฐบาลของคณะรัฐมนตรีคณะดังกล่าวนี้ จะดำเนินการกำหนดทิศทางการบริหารประเทศไทยไปในทิศทางไหนบ้าง มีการแถลงนโยบายหลักทั้งหมด 11 ข้อ

โดยคำแถลงที่สำคัญต่อการปรับปรุง พัฒนากฎหมายจะเป็นไปตามนโยบายที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติในข้อ 11 ว่าด้วยการปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมโดยมีรายละเอียดสำคัญดังต่อไปนี้ ในสังคมที่อารยะ การยึดหลักนิติธรรมคือมีกฎหมายเป็นใหญ่ ไม่ใช่ตัว

¹⁶² ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด ภาค 3 ลักษณะ 1 หมวด 3

¹⁶³ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 168

¹⁶⁴ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 170

¹⁶⁵ ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 169 วรรค 2

บุคคลหรืออำเภอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปกครองย่อมเป็นสาระสำคัญ แต่หลักนิติธรรมจะเป็นที่ยอมรับนับถือได้มิใช่เพียงสักแต่ว่ามีกฎหมาย หากกฎหมายเหล่านั้นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริงและความต้องการของประชาชน เป็นธรรม คุ่มครองสิทธิมนุษยชน ทั้งต้องมีกระบวนการยุติธรรมที่เข้าถึงได้ง่ายมีมาตรฐานตามหลักสากล ทันสมัยและเป็นธรรมด้วย มิฉะนั้นจะกลายเป็นสาเหตุแห่งความขัดแย้งและการโกรธแค้นชิงชังไม่สิ้นสุด รัฐบาลจึงมีนโยบายในเรื่องดังกล่าวดังนี้¹⁶⁶

1. ในระยะเฉพาะหน้า จะเร่งปรับปรุงประมวลกฎหมายหลักของประเทศและกฎหมายอื่น ๆ ที่ล้าสมัย ไม่เป็นธรรม ไม่สอดคล้องกับความจริงระหว่างประเทศ เป็นอุปสรรคต่อการบริหารราชการแผ่นดิน การประกอบธุรกิจหรือไม่เอื้อต่อศักยภาพในการแข่งขันกับต่างประเทศโดยจะใช้กลไกของหน่วยงานเดิมที่มีอยู่และระดมผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นคณะกรรมการที่จะจัดตั้งขึ้นเฉพาะกิจเป็นผู้เร่งดำเนินการ

2. เพิ่มศักยภาพหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้ความเห็นทางกฎหมายและจัดทำกฎหมายให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ภาคเอกชนและประชาชนได้ตามหลักเกณฑ์ที่จะเปิดกว้างขึ้น และให้บุคลากรของหน่วยงานทางกฎหมายมีส่วนให้ความรู้เสริมศักยภาพในทางกฎหมายมหาชน การดำเนินคดีปกครอง การยกร่างกฎหมาย และการตีความกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเกื้อกูลการปฏิบัติราชการเพื่อประชาชน

3. ในระยะต่อไป จะจัดตั้งองค์กรปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมที่ปราศจากการแทรกแซงของรัฐ

4. นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและความรู้ทางนิติวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อเร่งรัดการดำเนินคดีทุกขั้นตอนให้รวดเร็ว เกิดความเป็นธรรม และมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันสามารถใช้ติดตามผลและนำไปใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมได้

5. ปรับปรุงระบบการช่วยเหลือทางกฎหมายและค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม โดยให้เข้าถึงความเป็นธรรมได้ง่าย รวดเร็ว ส่งเสริมกองทุนยุติธรรมเพื่อคุ้มครองช่วยเหลือคนจนและผู้ด้อยโอกาส คุ่มครองผู้ถูกล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพ และเยียวยาผู้บริสุทธิ์หรือได้รับผลกระทบจากความไม่เป็นธรรม โดยเน้นความสุจริตและความมีประสิทธิภาพของภาครัฐ ความเป็นธรรมของผู้ได้รับผลกระทบ และการไม่แอบอ้างฉวยโอกาสโดยทุจริตจากระบบการช่วยเหลือดังกล่าว

¹⁶⁶ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติวันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557

6. นำมาตรการทางการเงิน ภาษี และการป้องกันการฟอกเงินมาใช้ในการป้องกันและปราบปรามผู้มีอิทธิพลและเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ทุจริตและประพฤติมิชอบ หรือกระทำผิดเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ แรงงานทาส การก่อการร้ายสากล ยาเสพติด และอาชญากรรมข้ามชาติ

สรุป คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้มีการแถลงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด กฎหมายต้องไม่ล่าช้าและมีความสอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศ

8. แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในปัจจุบัน

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมีหน้าที่ในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศ มีอำนาจหน้าที่ดังรายละเอียดต่อไปนี้¹⁶⁷

1. ดำเนินการเกี่ยวกับงานเลขานุการของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและคณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา นโยบาย มาตรการ และ โครงสร้างการบริหารจัดการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมทั้งผลการดำเนินงาน และปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง
3. เสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ โครงสร้างการบริหารจัดการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศ
4. จัดทำแผนแม่บท แผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของประเทศ
5. กำหนดกรอบการจัดสรร วิเคราะห์คำขอ และบริหารงบประมาณด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของประเทศ
6. อำนวยการ ประสาน และกำกับกำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรภาคเอกชนและองค์กรภาคประชาชนในระดับประเทศ
7. ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลดำเนินงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของประเทศ
8. วางระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติด และระบบข้อมูลเพื่อการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมทั้งรายงานสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศ

¹⁶⁷ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, “สำนักยุทธศาสตร์,” สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2560, จาก <https://www.oncb.go.th/Home/Pages/job.aspx>

9. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ในปัจจุบันคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มีแนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ โดยมีการเข้าร่วมประชุมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก หรือ UNGASS 2016 หลังจากเสร็จสิ้นงานประชุมแล้วรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมได้มอบหมายนโยบายให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแก้ไขปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้สอดคล้องกับแนวทางสากล ยึดหลักแนวคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดนั้นได้เห็นชอบมีการศึกษาและปรับปรุงการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพและมาตรฐานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข¹⁶⁸ พร้อมกับลงนามคำสั่ง สอ.ปส.ที่ 8/2559 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2559 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาแนวทางและจัดระบบการแก้ไขปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการแก้ไขผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดมีการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะอนุกรรมการ¹⁶⁹ หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้มีการจัดประชุมหน่วยงานร่วมกันหลายครั้งพร้อมกับกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานดังต่อไปนี้¹⁷⁰

1. ดำเนินงานภายใต้แนวคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” กำกับภารกิจด้านการบำบัดรักษาเสพติดในทุกระบบได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
2. ให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งภารกิจด้านการป้องกัน การบำบัดรักษา รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการแพร่กระจายของโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม
3. กำหนดกลไกในพื้นที่เข้มารับผิดชอบภารกิจด้านการบำบัดรักษาทุกระบบ ตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ ลงไปจนถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
4. ขยายการให้บริการการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพลงสู่ระดับตำบล เพื่อให้ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้าถึงบริการ

¹⁶⁸ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, “การขับเคลื่อนนโยบายการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศไทย,” ปีที่ 33 เล่มที่ 1 วารสารสำนักงาน ป.ป.ส., น.26-27 (ตุลาคม 2559 - มกราคม 2560).

¹⁶⁹ เพิ่งอ้าง.

¹⁷⁰ เพิ่งอ้าง, น.27-29.

5. พัฒนามาตรการทางเลือก มีมาตรการที่น่าสนใจมาตรการ Harm Reduction, Diversion และ Decriminalization

6. ปรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวนโยบายใหม่¹⁷¹

สรุป คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้พยายามดำเนินการ โดยเข้าร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เน้นหลัก “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” และมีความพยายามผลักดันมาตรการทางเลือกต่าง ๆ สำหรับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้มีความเป็นสากลมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังจากที่ประเทศไทยได้ส่งผู้แทนระดับสูงเข้าร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก หรือ UNGASS 2016

¹⁷¹ เพิ่งอ้าง, น.29.

บทที่ 3

กฎหมายและนโยบายระหว่างประเทศและมาตรการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่เกี่ยวกับผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ในต่างประเทศ

3.1 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ประชาคมระหว่างประเทศประกอบด้วยรัฐเป็น “บุคคล” ระหว่างประเทศ มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน มีอำนาจอธิปไตยไม่อยู่ภายใต้อำណัคของใคร รัฐทุกรัฐมีฐานะที่เท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นรัฐเล็กหรือรัฐใหญ่ก็ตาม ดังนั้นทุกๆ รัฐต้องเคารพในอำนาจอธิปไตยซึ่งกันและกัน ไม่แทรกแซงกัน รัฐมีอำนาจอธิปไตยในการสร้างกฎหมายและบังคับใช้กฎหมายภายในรัฐ สามารถล้มเลิกและแก้ไขกฎหมายได้ เพราะรัฐเป็นผู้ทรงอำนาจอธิปไตยที่ย่อมสามารถใช้อำนาจอธิปไตยของตนภายในขอบเขตของรัฐโดยปราศจากข้อจำกัด และย่อมไม่ถูกจำกัดจากการดำเนินการภายนอกด้วย แต่การยึดถือหลักอธิปไตยโดยเคร่งครัดนี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เพราะรัฐย่อมไม่ถูกผูกพันหรือยอมต่อข้อผูกพันในการปฏิบัติตามพันธกิจกรณีใดๆ หากรัฐไม่พึงประสงค์ แต่ในทางปฏิบัติข้อตกลงระหว่างประเทศย่อมต้องได้รับการปฏิบัติตามจึงจะบังเกิดผลให้ความตกลงใดๆ ในทางระหว่างประเทศเป็นรากฐานก่อเกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้โดยราบรื่น ดังนั้นรัฐต่างๆ ที่ประสงค์จะทำความตกลงระหว่างกันในประชาคมระหว่างประเทศ จึงจำเป็นต้องจำกัดอำนาจอธิปไตยของตนเอง (Auto Limitation) กล่าวคือ อำนาจอธิปไตยของรัฐยังคงสมบูรณ์ เว้นแต่กรณีที่รัฐตกลงให้มีการจำกัดอำนาจอธิปไตยลงบางส่วนเพื่อยอมผูกพันตนต่อพันธกรณีระหว่างประเทศตามที่รัฐได้เข้าร่วมตกลงไว้ตามสนธิสัญญา หรือความตกลงระหว่างประเทศในรูปแบบต่างๆ โดยยอมรับกฎเกณฑ์บางประการที่จำกัดเสรีภาพของตน หลักสนธิสัญญามาจากหลักการเก่าแก่ตามกฎหมายโรมันว่าด้วยหลัก *pacta sunt servanda* ที่ว่า “สัญญายอมผูกพัน” ดังนั้นสนธิสัญญาหรือความตกลงระหว่างประเทศย่อมต้องได้รับการเคารพและถือปฏิบัติโดยรัฐ จากการลดอำนาจอธิปไตยของตนดังกล่าว หากมีการขัดแย้งกันระหว่างกฎหมายระหว่างประเทศกับกฎหมายภายในประเทศ ศาลระหว่างประเทศนั้นถือว่า ลำดับ

ศักดิ์ของกฎหมายระหว่างประเทศย่อมมีศักดิ์ที่เหนือกว่ากฎหมายภายในประเทศหากมีการขัดกัน แต่สำหรับศาลภายในจะค่อนข้างสงวนท่าที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอิสระของศาลภายในประเทศนั้น ๆ ด้วย หากมีอิสระก็ย่อมใช้ดุลพินิจไปเพื่อความถูกต้องและยุติธรรม รวมทั้งผลประโยชน์และจำเป็นของประเทศในการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศได้อีกด้วย¹ ฉะนั้นเมื่อประเทศไทยเป็นประเทศภาคีในอนุสัญญาต่าง ๆ แล้ว ผู้เขียนจึงขอเสนอกฎหมายระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่ประเทศไทยได้เข้าไปลงนามเป็นประเทศภาคี

3.1.1 อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961

คณะรัฐมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งองค์การสหประชาชาติมีมติที่ 689 J (26) ของวันที่ 28 กรกฎาคม ค.ศ. 1958 จึงตัดสินใจที่จะประชุมกันในตามมาตรา 62 วรรค 4 ของกฎบัตรของสหประชาชาติและมีบทบัญญัติของความละเอียดสมัชชา 366 (4) ของวันที่ 3 ธันวาคม 1949 เป็นการประชุมองค์การสำหรับการนำไปใช้ในการประชุมเกี่ยวกับสารเสพติดที่จะเข้ามาแทนที่สนธิสัญญาพหุภาคีที่มีอยู่ในสนามที่จะลดจำนวนสนธิสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะที่มีการควบคุมสารเสพติดและการจัดทำข้อกำหนดสำหรับการควบคุมของการผลิตวัตถุดิบของสารเสพติด

ที่ประชุมองค์การสหประชาชาติมีการประกาศใช้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติดโดยมติที่ประชุม ณ สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ในวันที่ 24 มกราคม ถึง 25 มีนาคม ค.ศ. 1961 มีตัวแทนจากประเทศทั้งหมด 73 ประเทศ หนึ่งในประเทศที่เข้าร่วมนั้นมีประเทศไทยนั้นส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมและลงนามรับมติเข้าร่วมผูกพันอนุสัญญาฉบับนี้ด้วย และต่อมากองการสหประชาชาติพิจารณาการแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติดปี 1961 โดยมีการประชุมที่สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม ถึง 24 มีนาคม ค.ศ. 1972

อนุสัญญาฉบับนี้มีเจตนารมณ์ในการให้ความช่วยเหลือในการควบคุมสารเสพติดการประชุม นี้ถึงความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนา ที่มีเจตจำนงของประชาคมระหว่างประเทศเพื่อเป็นเกียรติแก่ความมุ่งมั่นที่มีอยู่ในกฎบัตรขององค์การสหประชาชาติเพื่อส่งเสริมสังคมและเศรษฐกิจความคืบหน้าของประชาชนทั้งหมด ระลึกถึงการจัดทำขึ้นเป็นพิเศษโดยสหประชาชาติทั่วไปตามมติขององค์การสหประชาชาติ มีมุมมองในการให้การทางเทคนิคที่ความช่วยเหลือสำหรับการควบคุมสารเสพติด กองทุนเพื่อการควบคุมสารเสพติด ช่วยเหลือด้านเทคนิคและการเงิน

¹ จตุรงค์ ถิระวัฒน์, กฎหมายระหว่างประเทศ, พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน ,2555), น.68.

เพื่อส่งเสริมการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการกำหนดเงื่อนไขทางสังคมและการป้องกันการติดยาเสพติด มีการการประชุม มีการคำนึงถึงสิ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพและสวัสดิการของมนุษย์และจิตสำนึกของหน้าที่ของตนเองในการป้องกันและต่อต้านความเลวร้ายของสารเสพติด ยาเสพติด มีการพิจารณาและอภิปรายในที่ประชุมได้ให้หลักฐานของความปรารถนาที่จะใช้ขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดยาเสพติดพิจารณาว่าในขณะที่ติดยาเสพติดจะนำไปสู่การแก้ไขส่วนบุคคลและการหยุดชะงักทางสังคมที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

อนุสัญญาฉบับนี้ได้กำหนดบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดตามมาตรา 1 ดังนี้

สารเสพติด หมายความว่า สารในบัญชี 1 และ 2 ไม่ว่าจะมาจากธรรมชาติหรือมาจากการสังเคราะห์ หมายความว่า สารที่ถูกกำหนดไว้ในบัญชี 1 และ 2 คือ สารเสพติดตามอนุสัญญานี้ และยังกำหนดว่า บัญชี 1, 2, 3 และ 4 นั้น คือ บัญชีตามลำดับเลขของสารเสพติด ผนวกไว้กับอนุสัญญานี้ประชุมมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นครั้งคราวตามความในมาตรา 3

สารบัญชี 3 เป็นการระบุชื่อสารที่ปรุงผสม คือ สิ่งที่ผสมประกอบด้วยสารเสพติด โดยตัวของสารนั้นเองไม่เป็นสารเสพติดตามกฎหมาย แต่ก็ตกอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมเดียวกับสารเสพติดที่เป็นส่วนผสมของสารนั้นๆ เพียงแต่จะมีข้อยกเว้นบางประการเท่านั้นที่จะถูกบังคับใช้ด้วยมาตรการที่ไม่เหมือนกับสารเสพติด

สำหรับสารบัญชี 4 นั้น คือสารที่มีแนวโน้มพิเศษที่จะมีการใช้ในการที่ผิด (abuse) และก่อให้เกิดความอันตรายและไม่มีการชดเชยด้วยประโยชน์ในทางบำบัดรักษา เป็นสารเสพติดที่รวมอยู่ในบัญชี 1 และตกอยู่ภายใต้การควบคุมพิเศษ

บัญชีท้ายอนุสัญญาฉบับนี้ จะต้องจัดทำและแก้ไขโดยคณะกรรมการสารเสพติดภายใต้คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกตามความมาตรา 3 ของอนุสัญญาฉบับนี้

บัญชีท้ายอนุสัญญาฉบับนี้ อนุสัญญาฉบับนี้ได้กำหนดไว้ดังนี้

สารเสพติดในบัญชี 1 เช่น เฮโรอีน โคคาอิน ผีน พิษฝิ่น มอร์ฟีน พิษโคคา กัญชา เป็นต้น

สารเสพติดในบัญชี 2 เช่น อาเซทิลไดไฮโดรโคเคอีน โอคเคอีน เอทิลมอร์ฟีน เป็นต้น

สารเสพติดในบัญชี 3 เช่น สารปรุงผสมของอาเซทิลไดไฮโดรโคเคอีน สารปรุงผสมของโอเคอีน สารปรุงผสมของเอทิลมอร์ฟีน เป็นต้น

สารเสพติดในบัญชี 4 เช่น ยางกัญชา เป็นต้น

อนุสัญญาฉบับนี้ก็มีทำให้สมาชิกภาคีมีมาตรฐานการลงโทษ ตามมาตรา 36 ไว้ดังนี้

วรรค 1. อนุมาตรา a ภายใต้กฎหมายสูงสุดของแต่ละประเทศต้องมีมาตรการเด็ดขาดว่า การปลูก การผลิต การสกัด การเตรียม การครอบครอง เสนอขาย การซื้อขาย การส่งมอบตามเงื่อนไขใด ๆ ที่มีนายหน้าจัดส่ง การจัดส่ง การขนส่ง การนำเข้าและการส่งออกของสารเสพติดที่ขัดต่อบทบัญญัติของอนุสัญญานี้ และกระทำการใด ๆ อาจจะขัดต่อบทบัญญัติแห่งอนุสัญญานี้ จะมีโทษเมื่อกระทำความผิดที่มีเจตนาและเป็นความผิดที่ร้ายแรงจะต้องมีการลงโทษอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจำคุกหรือการลงโทษอื่น ๆ ที่มีการกีดกันเสรีภาพ

อนุมาตรา b ยกเว้นอนุมาตราก่อนหน้านี้ เมื่อมีผู้เสพสารเสพติดมีเจตนาในการกระทำผิดดังกล่าวแล้วประเทศต่างๆ อาจจะมีบทลงโทษในการทำทัณฑ์บน หรือการลงโทษนอกเหนือไปจากการทำทัณฑ์บน หรือการลงโทษที่ผู้ที่กระทำความผิดให้ได้รับการรักษา การศึกษา การดูแลหลังการฟื้นฟูและกลับคืนสู่สังคมตามมาตรา 38

วรรค 2 ภายใต้กฎหมายสูงสุดของแต่ละประเทศและกฎหมายภายในประเทศ

อนุมาตรา a ข้อ 1 แต่ละความผิดที่ระบุไว้ในวรรคก่อน ถ้าเจตนากระทำความผิดในประเทศต่างกันให้ถือว่าเป็นความผิดหลายกรรมหลายวาระ

ข้อ 2 การเป็นตัวการ สมคบกันกระทำการและความพยายามที่จะกระทำความผิดใด ๆ ของการกระทำดังกล่าว และเตรียมการ และการดำเนินการทางการเงินเกี่ยวกับการกระทำความผิดในมาตรานี้ เป็นความผิดที่มีโทษตามที่บัญญัติไว้ในวรรค 1

ข้อ 3 ความผิดดังกล่าวจะถูกนำเข้าสู่บัญชีสำหรับวัตถุประสงค์ของการกระทำผิดซ้ำ และ

ข้อ 4 ความผิดร้ายแรง หรือโดยชาวต่างประเทศจะต้องถูกดำเนินคดีโดยประเทศที่มีการกระทำผิดกฎหมาย หรือการกระทำโดยเจตนา หรือประเทศที่มีการกระทำความผิดในประเทศนั้นๆ ที่พบผู้กระทำความผิด ถ้าไม่ส่งผู้ร้ายข้ามแดนให้เป็นไปตามกฎหมายของประเทศนั้นๆ และถ้าผู้กระทำความผิดดังกล่าวยังไม่ได้รับโทษ ให้ดำเนินคดีและตัดสินผลคดีนั้นๆ

อนุมาตรา b ข้อ 1 แต่ละความผิดที่ระบุไว้ในวรรค 1 และ 2 (a) (b) ของมาตรานี้ รวมถึงการส่งผู้ร้ายข้ามแดนในการกระทำผิดกฎหมายตามสนธิสัญญาการส่งผู้ร้ายข้ามแดนที่มีอยู่ระหว่างคู่สัญญาในภาคี ตามความผิดในข้อตกลง

ข้อ 2 ถ้าประเทศซึ่งจะทำให้การส่งผู้ร้ายข้ามแดนเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของสนธิสัญญาได้รับการร้องขอสำหรับการส่งผู้ร้ายข้ามแดนจากประเทศอื่น ๆ ด้วย ซึ่งจะมีสนธิสัญญาส่งผู้ร้ายข้ามแดน ให้พิจารณาเลือกประเทศที่เห็นว่าดีและเหมาะสมได้ สำหรับความผิดที่ระบุไว้ในวรรค 1 และ 2 (a) (b) ของมาตรานี้ ตามเงื่อนไขที่ประเทศภาคีนั้นร้องขอ

ข้อ 3 คู่สัญญาที่ไม่ส่งผู้ร้ายข้ามแดนตามเงื่อนไขของสนธิสัญญา ต้องแจ้งทราบถึงความผิดตามวรรค 1 และ 2 (a) (b) ของมาตรานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ให้ไว้กับภาคีที่ร้องขอ

ข้อ 4 ส่งผู้ร้ายข้ามแดนจะได้รับโทษตามกฎหมายของประเทศนั้นๆ

ข้อ 3 แต่ละประเทศมีสิทธิที่จะปฏิเสธที่จะให้ส่งผู้ร้ายข้ามแดนในกรณี que เห็นว่าความผิดนั้นไม่ร้ายแรงพอ

วรรค 3 บทบัญญัติในมาตรานี้ บังคับใช้ตามอำนาจกฎหมายกฎหมายอาญาของแต่ละประเทศ

วรรค 4 ไม่มีสิ่งใดที่จะมากระทบต่อหลักการตามมาตรานี้ได้ ซึ่งแต่ประเทศมีการกำหนดการดำเนินคดีและลงโทษตามกฎหมายของแต่ละประเทศ

3.1.2 อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971

องค์การสหประชาชาติได้รับร่างอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ในที่ประชุมองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อระหว่างวันที่ 11 มกราคม ค.ศ. 1971 ถึง วันที่ 21 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1971 โดยประเทศสมาชิก 71 ประเทศ มีฐานะเป็นรัฐ ได้มีการลงมติรับอนุสัญญาดังกล่าว ประเทศไทยเป็นรัฐสมาชิกหนึ่งที่ยอมรับและเข้าผูกพันตามอนุสัญญาดังกล่าวนี้ด้วย

โดยอนุสัญญาดังกล่าวได้กล่าวถึงเจตนารมณ์ของอนุสัญญา มีใจความโดยสรุป ถึงความวิตกกังวลในสุขภาพและสวัสดิการภาพของมนุษยชาติ รวมทั้งปัญหาสังคมที่เป็นผลมาจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางที่ผิด จึงได้ลงมติให้ป้องกันและต่อสู้การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางที่ผิด และการลอบค้าโดยผิดกฎหมาย โดยตระหนักว่ามาตรการที่เข้มงวดนั้นจำเป็นต่อการจำกัดการใช้สาร ให้มีการใช้โดยวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้โดยตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ การใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นจึงจะไม่ถูกจำกัดด้วย

“มาตรา 1 กำหนดความหมายของคำว่า “สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” (Psychotropic Substance) ไว้ว่า “สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” (Psychotropic Substance) หมายถึง สารใดๆ ที่ได้จากธรรมชาติและการสังเคราะห์ หรือวัตถุตามธรรมชาติใดๆ ในบัญชี 1,2,3 หรือ 4”

เห็นได้ว่า ในข้อกำหนดการใช้ศัพท์ (Use of Terms) ของอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ไม่ได้กำหนดขอบนิยามของคำว่า “สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท”

ไว้โดยตรง เพียงแต่ให้ภาพกว้างว่า สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเป็นได้ทั้งสารที่ได้จากธรรมชาติและสารสังเคราะห์ แต่จะเป็นสารใดนั้น อนุสัญญาดังกล่าว กำหนดให้เป็นไปตามบัญชีแนบท้ายอนุสัญญา บัญชี 1 บัญชี 2 บัญชี 3 และบัญชี 4

แต่อย่างไรก็ตาม ในมาตรา 2 เรื่อง ขอบเขตของการควบคุมสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ข้อ 4 ได้กำหนดไว้ว่า หากองค์การอนามัยโลกพบว่า

“(a) สารใดมีศักยภาพในการก่อให้เกิด

(i) (1) ภาวะพึ่งพา และ

(2) การกระตุ้นหรือการกดประสาทส่วนกลาง ก่อให้เกิดอาการหลอนประสาท หรือ ครอบงำประสาทสั่งการ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ หรืออารมณ์

หรือ

(ii) มีการใช้ในทางที่ผิด และก่ออันตรายอย่างสารในบัญชี 1,2,3 และ 4

และ

(b) หลักฐานอย่างเพียงพอว่า สารนั้นเป็น หรือมีความเป็นไปได้ที่จะถูกใช้ในทางที่ผิดจนก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขและสังคม

องค์การอนามัยโลก ต้องแจ้งการประเมินสารนั้นต่อคณะกรรมการ รวมทั้งขอบเขตหรือความเป็นไปได้ของการใช้ในทางที่ผิด ระดับความรุนแรงของปัญหาสังคม และระดับประโยชน์ของสารในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ พร้อมด้วยคำแนะนำว่าด้วยมาตรการควบคุมที่เหมาะสมในการประเมิน คณะกรรมการ ได้รับแจ้งจากองค์การอนามัยโลกต้องมีมติในการประเมินในเรื่องทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และความสัมพันธ์ด้านเศรษฐกิจสังคม กฎหมายการปกครอง และภาคส่วนอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องว่าจะเพิ่มเติมสารนั้นในบัญชี 1,2,3 และ 4 โดยคณะกรรมการต้องสำรวจข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก หรือจากแหล่งที่เหมาะสม

ดังนั้น ทำให้พิจารณาได้ว่า คุณสมบัติของสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เป็นไปตามมาตรา 2

มาตรา 1 ได้กำหนดความหมายของ Schedules ต่อไปว่า “บัญชี 1, บัญชี 2, บัญชี 3 และบัญชี 4 หมายความว่า บัญชีรายชื่อของสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ที่มีหมายเลขกำกับอย่างสอดคล้องกัน ซึ่งผนวกไว้กับอนุสัญญานี้ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามข้อ 2”

บัญชีท้ายอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 จัดทำและแก้ไขโดยคณะกรรมการสารเสพติด ภายใต้คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยอนุสัญญาดังกล่าว

ได้กำหนดวิธีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงขอบเขตการควบคุมสารเสพติด โดยการปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม เพิกถอน สารต่างๆ ในบัญชีทั้งสี่ไว้

ในการประชุมครั้งที่ 17 เมื่อปี ค.ศ. 1969 คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดของ องค์การอนามัยโลกได้ใช้หลักเกณฑ์กำหนดประเภทสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ดังต่อไปนี้

บัญชี 1 คือ สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงเป็นพิเศษต่อสุขภาพของ สาธารณชน และหากมีประโยชน์ในการบำบัดรักษา ก็มีข้อจำกัดอย่างเต็มที่เด็ดขาด

บัญชี 2 คือ สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อสุขภาพของสาธารณชน และมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาเล็กน้อยถึงปานกลาง

บัญชี 3 สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อสุขภาพของสาธารณชน และมีประโยชน์ในการรักษาปานกลางถึงมาก

บัญชี 4 คือ สารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสียหายน้อยกว่า แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อ สุขภาพของสาธารณชนอย่างน่าสังเกต และมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาน้อยถึงอย่างดีมาก

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดได้ยืนยันหลักเกณฑ์ดังกล่าวในการประชุม ครั้งที่ 29 เมื่อ ค.ศ. 1994 และวางรายละเอียดเพิ่มเติมตามมาเป็นแนวทางว่า หลักเกณฑ์ในปี 1969 นั้น กำหนดบัญชีโดยให้ความสนใจกับความเสียหายของสุขภาพสาธารณชนมากกว่าประโยชน์ในการ บำบัดรักษา ทั้งนี้ ควรให้ความสนใจทั้งประโยชน์ในการบำบัดรักษา และความเสียหายของสุขภาพ สาธารณะ แต่ถึงอย่างนั้นก็ควรใช้บัญชี 1 ในเฉพาะกรณีที่ต้องตรงหลักเกณฑ์ ค.ศ. 1969 อย่าง สมบูรณ์เท่านั้น ดังนั้น เมื่อการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทใดในทางที่ผิด ก่อให้เกิดความ เสียสุขภาพสาธารณะอย่างน่าสังเกต สารนั้นควรถูกระบุไว้ในบัญชี 4 โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ใน การบำบัดรักษา ถ้าความเสียหายต่อสุขภาพสาธารณะมีระดับสูง สารนั้นควรถูกระบุไว้ในบัญชี 2 หรือ บัญชี 3 บัญชีใดบัญชีหนึ่ง ขึ้นอยู่กับประโยชน์ในการบำบัดรักษา โดยหลักการแล้วสารที่มี ประโยชน์ในการบำบัดรักษาในบัญชี 1 นั้นควรถูกตัดออก ยิ่งไปกว่านั้น ความขาดแคลนประโยชน์ ในการบำบัดรักษาไม่ควรจะถูกใช้พิสูจน์คุณสมบัติสำหรับการรวมเอาสารไว้ในบัญชี 1 ถ้าหากการ ใช้สารในทางที่ผิดไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมากเป็นการเฉพาะต่อสุขภาพและสังคม

ทั้งนี้ สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในแต่ละบัญชี จะมีมาตรการในการควบคุมใน ระดับที่แตกต่างกัน

สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในบัญชี 1 เช่น เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีน เป็นต้น

สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในบัญชี 2 เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน เป็นต้น

สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในบัญชี 3 เช่น อะโอบาร์บิทัล เพนโทบาร์บิทัล ฟลูไนตราซีแพม เป็นต้น

สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในบัญชี 4 เช่น มิคาโซแลม (โดมิคู่ม),เบนโซไดอาซีพินส์ (แวลียม) เป็นต้น

สำหรับบทลงโทษของการกระทำความผิดเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทนั้น อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 มาตรา 22 ได้กำหนดโดยมีสาระสำคัญว่า ภายใต้ข้อจำกัดตามรัฐธรรมนูญแต่ละภาคี แต่ละภาคีต้องปฏิบัติอย่างเป็นทางการที่ลงโทษทางอาญา เมื่อมีการกระทำโดยเจตนา ในการกระทำใดๆ ที่ขัดต่อกฎหมายหรือบทบัญญัติที่ยอมรับได้ ภายใต้อนุสัญญา และประกันว่า ความผิดที่ร้ายแรงเหล่านี้ต้องถูกลงโทษอย่างเพียงพอโดยการจำคุก หรือโทษอื่นซึ่งตัดเสรีภาพ แต่สำหรับผู้โดยสารในทางที่ผิด ภาคีจะกำหนดทางเลือกอื่นในการบังคับ หรือการลงโทษ เป็นมาตรการในการรักษา ให้การศึกษา การดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกลับคืนสู่สังคมได้

ทั้งนี้ มาตราดังกล่าวไม่มีผลต่อหลักการที่ว่า ความผิดที่อ้างถึงนั้น จะได้รับการนิยาม การดำเนินกระบวนการพิจารณา และการลงโทษ ตามกฎหมายภายในของภาคี และแต่ละภาคีอาจรับ มาตรการควบคุมที่เข้มงวดกว่าหรือรุนแรงกว่าที่กำหนดในอนุสัญญา หากเห็นว่าจำเป็นหรือ ต้องการการป้องกันสุขภาพหรือสวัสดิการสาธารณะ

3.1.3 อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988

อนุสัญญาฉบับนี้สมัชชาแห่งสหประชาชาติมีมติที่ 39/141 วันที่ 14 ธันวาคม ค.ศ. 2984 ขอให้คณะมนตรีที่ดูแลเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติเข้าร่วมในการพิจารณา ประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อที่จะขอให้คณะกรรมการเกี่ยวกับยาเสพติดเริ่มต้นในการ จัดประชุมครั้งสำคัญจัดทำร่างอนุสัญญาต่อต้านการค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย² และร่วมลงนาม

² The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, FINAL ACT OF THE UNITED NATIONS CONFERENCE FOR THE ADOPTION OF A CONVENTION AGAINST ILLICIT TRAFFIC IN NARCOTIC DRUGS AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, No.1

สำเร็จเมื่อ 20 ธันวาคม ค.ศ. 1988 ณ กรุงเวียนนา³ โดยสมาชิกทั้งหมด 106 รัฐเข้าร่วมประชุมและลงนามโดยประเทศไทย⁴เป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าร่วมลงนามในอนุสัญญาฉบับดังกล่าวนี้ด้วย เจตนารมณ์⁵ของอนุสัญญาฉบับดังกล่าวนี้มีเจตนารมณ์เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการผลิตและการขนส่งยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ถือว่าเป็นภัยร้ายแรงต่อสุขภาพของมนุษย์รวมถึงยังส่งผลเสียต่อรากฐานทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการเมือง ป้องกันการขนส่งยาเสพติดระหว่างประเทศอันเป็นกฎหมายอาญาระหว่างประเทศ เพิ่มมาตรการในการตรวจสอบสารบางอย่างที่เป็นสารตั้งต้นของยาเสพติด เพิ่มประสิทธิภาพสำหรับการร่วมมือแก้ไขอาชญากรรมข้ามชาติ และต้องทำอย่างมีประสิทธิภาพรอบด้าน โดยให้ความหมายของยาเสพติดว่า “สารใด ๆ ที่เป็นธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ตามบัญชีสารที่ 1 และ 2 ของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 ฉะนั้นยาเสพติดในความหมายของอนุสัญญาฉบับนี้เป็นสารเสพติดชนิดเดียวกันกับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961⁶ ส่วนแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังคงเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเช่นเดิมตามนัยของอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 เพราะอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 นั้นให้กำหนดนิยามความหมายของวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทคือ “สารธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ใด ๆ ตามบัญชีสารที่ 1 2 3 และ 4 ของอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971”⁷ แต่อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

³ The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, FINAL ACT OF THE UNITED NATIONS CONFERENCE FOR THE ADOPTION OF A CONVENTION AGAINST ILLICIT TRAFFIC IN NARCOTIC DRUGS AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, No.5.

⁴ The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, FINAL ACT OF THE UNITED NATIONS CONFERENCE FOR THE ADOPTION OF A CONVENTION AGAINST ILLICIT TRAFFIC IN NARCOTIC DRUGS AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, No.7.

⁵ The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, p.1

⁶ The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, Definitions Article 1 n), p.2.

⁷ *Ibid*, r), p.2.

ค.ศ. 1988 นี้ มิได้บัญญัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาหรือการดูแลผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากเป็นอนุสัญญาที่ต้องการบังคับใช้กับผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ขนส่ง โดยเฉพาะการขนส่งระหว่างประเทศเป็นหลัก โดยเน้นประเด็นไปที่การปราบปรามเป็นหลักโดยใช้โทษจำคุก⁸ ประเด็นรองลงมานั้นคือ การปฏิบัติต่อผู้กระทำที่ไม่ใช่ผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ขนส่ง ซึ่งอาจจะเป็นผู้เสพยาเสพติดต้องได้รับการดูแลโดยมาตรการอื่นมิใช่การลงโทษทางอาญาโดยการจำคุก เช่น การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การศึกษา ดูแลหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการส่งกลับคืนเข้าสู่สังคม⁹ มาตรการเช่นนี้อาจจะให้ภาคีปฏิบัติต่อบุคคลนั้นอันเป็นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเล็กน้อยก็ให้ใช้มาตรการอื่นมิใช่การลงโทษทางอาญาโดยการจำคุก เช่น การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การศึกษา ดูแลหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการส่งกลับคืนเข้าสู่สังคมเช่นกัน¹⁰ และหลักการสากลในการกำหนดประเภทของสารแต่ละบัญชียังคงยึดมั่นหลักการเดิม คือ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังคงอยู่ในบังคับของนิยามคำว่า “วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” อยู่เช่นเดิม

3.2 กฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน

3.2.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948

ปฏิญญาสากลฉบับนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพิจารณาสิทธิมนุษยชน เป็นพื้นฐานของกฎหมายในประเทศต่าง ๆ ที่ต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนในแต่ละข้อของปฏิญญาฉบับนี้ โดยความสำคัญอันเป็นที่มาของปฏิญญาฉบับนี้นั้น มาจากการยอมรับนับถือเกียรติศักดิ์ประจำตัวและสิทธิเท่าเทียมกันและโอนมิได้ ของมนุษย์เป็นหลักของมูลเหตุแห่งอิสรภาพ ความยุติธรรมและสันติภาพในโลก มนุษยชนทั้งหลายนั้น ไม่ควรเหยียดหยามต่อมนุษยชนด้วยกันเอง และไม่กระทำการอย่างไร้มนุษยธรรมถือว่าการละเมิดความเป็นมนุษย์อย่างร้ายแรง จึงมีความต้องการให้มนุษย์มีชีวิตอยู่ในโลกด้วยอิสรภาพและความจำเป็นอื่นใด ๆ ที่มนุษยชนควรได้รับการคุ้มครองโดยหลักบังคับของกฎหมาย โดยการที่จะทำให้มนุษย์ด้วยกันเองนั้นตกอยู่ในบังคับและกดขี่เป็นวิถีทางสุดท้าย มนุษยชนเป็นผู้ดำรงความสำคัญในเกียรติ คุณค่าของมนุษย์และสิทธิในความเท่าเทียมกันของบรรดาชายและหญิง ได้ตกลงใจที่จะส่งเสริมความก้าวหน้าทางสังคมและมาตรฐานแห่งชีวิตที่ดี

⁸ The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988, Offences and Sanctions Article 3.No.4 a), p.4.

⁹ *Ibid*, No.4 b), p.4.

¹⁰ *Ibid*, No.4 c) and d), p.4.

ขึ้นด้วยในอิสรภาพ อันกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยที่รัฐสมาชิกต่างปฏิญาณจะให้บรรลุถึงการส่งเสริมการเคารพและปฏิบัติตามทั่วสากลต่อสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพโดยรวมมีกับสหประชาชาติ โดยที่ความเข้าใจร่วมกันในสิทธิและอิสรภาพเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อให้ปฏิญานี้สำเร็จผลเต็มบริบูรณ์ เมื่อทุกประเทศต่างเข้าลงนามในปฏิญานฉบับนี้แล้วนั้น จึงเป็นการยอมรับในมาตรฐานร่วมกันสำหรับประเทศทั้งหลาย โดยการคำนึงถึงปฏิญานฉบับนี้อย่างต่อเนื่อง จะพยายามด้วยการสอนและศึกษาในอันที่ส่งเสริมการเคารพสิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ ด้วยมาตรการอันก้าวหน้าทั้งในและระหว่างประเทศ ในอันที่จะส่งเสริมการเคารพสิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ ที่จะให้มีการยอมรับนับถือ และการปฏิบัติตามโดยสากลและเป็นผลจริงจัง ทั้งในบรรดาประชาชนของรัฐสมาชิกด้วยกันเองและในบรรดาประชาชนของดินแดนที่อยู่ใต้อำนาจของรัฐนั้น ๆ¹¹

ประเด็นเรื่องสุขภาพของมนุษย์นั้นก็เป็นหนึ่งสิทธิของมนุษย์ชนที่ควรได้รับการคุ้มครองเช่นกันจึงมีการบัญญัติไว้ปฏิญานฉบับนี้ในข้อที่ 25 มีความว่า “ข้อ 25 (1) ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด หมายวัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน (2) มารดาและเด็กย่อมมีสิทธิที่จะรับการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งปวงไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส จะต้องได้รับการคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน”¹²

3.2.2 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR) ได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยที่ 21 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2509 โดยต่อมา ได้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2519 กติกานี้เป็นหนึ่งในสนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ภายใต้สหประชาชาติ (core international human rights treaties) ที่ให้การปกป้อง และคุ้มครองสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ รัฐภาคีมี

¹¹ Universal Declaration of Human Rights, Preamble, Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948

¹² อธิพร บุญประคองและคณะ, ปฏิญานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, (กรุงเทพมหานคร : กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ), น.28.

พันธกรณีภายใต้กติกาฉบับนี้ ที่ไม่จำกัดเพียงแค่การนำเสนอรายงานประเทศเท่านั้น แต่ที่สำคัญยิ่งกว่า รัฐภาคีจะต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดการรับรองสิทธิในด้านต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในกติกาฉบับนี้ ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ทั้งนี้ สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ภายใต้กติกาฉบับนี้นั้น มีสาระครอบคลุมสิทธิในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น สิทธิแรงงาน สิทธิในที่ดินและความเป็นอยู่อย่างเพียงพอ สิทธิในการเข้าถึงบริการ สุขภาพ สิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม อีกทั้งยังครอบคลุม บุคคลทุกคนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลาย อาทิ เด็ก สตรี ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้โยกย้ายถิ่นฐาน กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น ประเทศไทยนั้นได้เข้าร่วมลงนามและมีผลบังคับใช้กับประเทศไทยในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2542¹³ โดยเจตนารมณ์¹⁴ หลักของกติกาฉบับนี้คือ เพื่อรับรองว่า สิทธิเหล่านี้มาจากศักดิ์ศรีแต่กำเนิดของมนุษย์ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน อุดมการณ์ที่ว่าเสรีชนจะต้องปลอดจากความกลัวและความขาดแคลนนั้น จะสามารถสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างสถานะซึ่งทุกคนจะได้รับสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งสิทธิพลเมือง และสิทธิทางการเมืองของตน

ข้อ 12

1. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้

2. ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกานี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอดและของเด็กแรกเกิด และการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษาและควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่น ๆ

(ง) การสร้างสถานะที่ประกันบริการทางแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

¹³ กระทรวงการต่างประเทศ, กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR), (กรุงเทพมหานคร : กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ), น.2.

¹⁴ เพ็งอ้าง, น.4.

ข้อ 25 มีใจความว่า “ไม่มีบทบาทผู้ใดในกติกาที่จะตีความไปในทางเสื่อมเสียต่อสิทธิที่มีมาแต่กำเนิดของประชาชนที่พึงพอใจในอันที่จะอุปโลกและใช้ประโยชน์จากโภคทรัพย์และทรัพยากรธรรมชาติของตนอย่างเต็มที่และโดยเสรี”

3.3 องค์การและนโยบายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

นโยบายระหว่างประเทศเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะนำมาศึกษาควบคู่ไปกับกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เนื่องจากมีความสำคัญในแง่ของการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากฎหมายให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพราะหากไม่มีการดำเนินการตามนโยบายระหว่างประเทศ ประเทศใดที่เพิกเฉยโดยเฉพาะประเทศที่เข้าร่วมประชุมและลงนามว่าจะดำเนินการตามนโยบายต่าง ๆ อาจจะถูกตำหนิจากการประชุมระหว่างประเทศได้ หากประเทศใดต้องการเป็นที่ยอมรับในสากลโลกจึงมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามนโยบายระหว่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายที่เกี่ยวกับยาเสพติดเพราะเป็นนโยบายที่สากลโลกให้ความสำคัญและติดตามปัญหาอยู่เสมอ ผู้เขียนจะยกองค์การที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

3.3.1 องค์การสหประชาชาติ (United Nations)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เป็นภาคีสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ¹⁵ องค์การสหประชาชาตินั้นมีพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับประเทศสมาชิกต่าง ๆ ในการกำหนดนโยบายแนะนำหลักการที่อยู่ในกฎบัตร หน้าที่หลัก คือ การดำเนินการนโยบายที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน สันติภาพ ความปลอดภัยต่าง ๆ การก่อการร้าย สุขภาพ ความเท่าเทียมกันของเพศ อาหาร และอื่น ๆ โดยสหประชาชาตินี้เป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้ภาคีสมาชิกแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันต่อไป¹⁶

โดยจัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาสุขภาพจิตโลก หรือ UNGASS 2016

3.3.2 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO)

องค์การอนามัยโลก หรือ WHO นั้นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยของโลก เสมือนเป็นกระทรวงสาธารณสุขของโลกก็ว่าได้ องค์การอนามัยโลกนั้นได้

¹⁵ UN, “Member States,” สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2560, จาก <http://www.un.org/en/member-states/>

¹⁶ UN, “Overview,” สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2560, จาก <http://www.un.org/en/sections/about-un/overview/index.html>

ประกาศธรรมนูญของตนเอง โดยได้รับการรับรองโดยการประชุมด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่จัดขึ้นที่นิวยอร์กตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายนถึง 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2489 มีการลงนามเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2489 โดยตัวแทนจากรัฐ 61 รัฐและมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 ให้นิยามความหมายของคำว่า “สุขภาพ (Health)”¹⁷ เอาไว้ว่า สภาพที่สมบูรณ์ทางร่างกายและจิตใจสามารถอยู่ในสังคมที่ดีได้ ไม่ใช่เพียงแต่การขาดโรคหรือความพิการเท่านั้น และอีกทั้งสุขภาพในเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับนี้ยังกล่าวถึงว่าเป็นพื้นฐานของการบรรลุสันติสุขและการรักษาความปลอดภัยและขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันอย่างเต็มที่ของแต่ละบุคคลและรัฐ ความสำเร็จของรัฐใดในการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพมีคุณค่าต่อทุกคนการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกันในหลายประเทศในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อเป็นเรื่องปกติอันตราย การพัฒนาสุขภาพของเด็กมีความสำคัญขั้นพื้นฐาน ความสามารถที่จะอาศัยอยู่อย่างกลมกลืนในสภาพแวดล้อมโดยรวมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งสำคัญเช่นนี้การพัฒนาการขยายผลประโยชน์ให้กับประชาชนทุกคนในด้านการแพทย์จิตวิทยาและความรู้ที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อการบรรลุถึงความสมบูรณ์ของสุขภาพความคิดเห็นและความร่วมมืออย่างแข็งขันในส่วนของประชาชนเป็นของความสำคัญสูงสุดในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนของตนซึ่งสามารถบรรลุได้ด้วยการจัดให้มีสุขภาพและมาตรการทางสังคมที่เพียงพอเท่านั้น¹⁸ จะเห็นได้ว่า องค์การอนามัยโลกนั้นต้องการให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสาธารณสุขเท่านั้น ดังนี้ไม่เพียงแต่ดูแลเฉพาะโรคเท่านั้นต้องดูแลสุขภาพร่างกายของประชาชนให้มีความสมบูรณ์ด้วย

เนื่องด้วยองค์การอนามัยโลกเป็นองค์การที่มีความเกี่ยวข้องกับสนธิสัญญาควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ เป้าหมายสูงสุด คือ ภาทิสมาชิกเห็นความสำคัญและดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นสากลตามอนุสัญญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่จะดำเนินการใช้มาตรการด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันและลดปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด และควรให้ความสนใจเป็นพิเศษสำหรับมาตรการที่มีความเป็นไปได้ เช่น การป้องกันการใช้ยาเสพติด การรักษา การศึกษา การดูแล การฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคม¹⁹

¹⁷ CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION p.1

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ WHO, WHO's role, mandate and activities to counter the world drug problem A public health perspective, pp.4-5.

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไว้ที่น่าสนใจหลากหลายประเด็นดังต่อไปนี้

1. องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ไว้ว่าคน 13.7 ถึง 52.9 ล้านคน ใช้สารที่อยู่ในกลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อย่างน้อยครั้งหนึ่งในปีที่ผ่านมา ข้อมูลสำหรับทวีปเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้มีคน 4.4 ถึง 37.9 ล้านคน ได้ใช้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในปีที่ผ่านมา ยากลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ดึงดูดผู้เสพเนื่องจากเป็นที่รับรู้กันว่ายาเพิ่มสมรรถนะและการสื่อสารและในบางแวดวงก็เข้ากับวิถีดำเนินชีวิตสมัยใหม่ที่เป็นที่นิยม ยิ่งไปกว่านั้นยากลุ่มนี้ไม่เพียงมีราคาย่อมเยาเท่านั้น แต่รับรู้กันว่าอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดกลุ่มอื่น ๆ ด้วยเนื่องจากมักประเมินค่าความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำไป ประเทศฟิลิปปินส์และไทยมีสัดส่วนผู้เสพยาากลุ่มแอมเฟตามีนสูงที่สุดในทวีปเอเชียแต่การเสพยาากลุ่มนี้กำลังเพิ่มขึ้นในประเทศเอเชียส่วนใหญ่ แอมเฟตามีนเกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข สังคม และความมั่นคง อย่างมีนัยสำคัญทั่วโลก²⁰

2. ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างเมทแอมเฟตามีนกับแอมเฟตามีนคือกระบวนการผลิตและความแรง เมทแอมเฟตามีนละลายในน้ำได้ และสามารถสูบ สูด หรือนิยได้โดยเฉพาะในรูปแบบผลึก และร่างกายดูดซึมเร็วกว่าแอมเฟตามีนที่ไม่มีหมู่เมทิล โดยทั่วไปจึงแรงกว่า นอกจากนี้ก็ไม่มี ความแตกต่างระหว่างยาทั้งสองที่จริงแล้วเมทแอมเฟตามีนแตกตัวเป็นแอมเฟตามีนทันทีที่กลืนลงไป โดยรวมแล้วเมทแอมเฟตามีนจัดว่าแรงกว่าแอมเฟตามีน²¹

3. ผู้เสพไม่มีลักษณะที่ตายตัว สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ใช้กันด้วยเหตุผลมากมาย ตัวอย่างเช่น นักกีฬาอาจใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มสมรรถนะของตน, คนขับรถบรรทุกระยะทางไกลอาจใช้ให้ตื่นอยู่ตลอดระยะทางไกล ๆ, ผู้ใช้แรงงานและพนักงานยกกระเป๋าที่มีส่วนในกิจกรรมทางร่างกายหนัก ๆ อาจใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนทำให้รู้สึกแข็งแรงขึ้น, นักเรียนนักศึกษาอาจใช้ช่วยให้ตื่นอยู่อ่านหนังสือ ผู้เสพยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อีกกลุ่มหนึ่งประกอบด้วยผู้ใช้สารประเภทนี้ด้วยเหตุผลทางสังคม เช่น ทำงานเลี้ยง, สถานบันเทิงยามค่ำคืน, การพบปะสังสรรค์กันของเพื่อนและคนรู้จัก บางคนเป็นผู้เสพหนักและเป็นประจำที่สูบหรือนิยเมทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในรูปแบบแรง ๆ และใช้ยาประเภทอื่น ๆ อีกหลากหลายด้วย ผู้เสพเหล่านี้จึงมีโอกาสสูงที่จะมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายไม่ดี และอาจกลายเป็น

²⁰ WHO, Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.1.

²¹ *Ibid.*

ติดยากลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ อย่างไรก็ตาม การใช้ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการใช้โดยเยาวชนผู้ใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนความแรงต่ำ รับประทานหรือสูดดม ไม่ได้ฉีด และไม่ติดยา²²

4. ผลที่ตามมาจากการเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์สรุปได้ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลที่ตามมาจากการเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ผลทางกายที่ตามมาจากการเสพขนาดต่ำ	ผลทางกายที่ตามมาจากการเสพขนาดสูง	ผลทางกายที่ตามมาจากการเสพระยะสั้น	ผลทางกายที่ตามมาจากการเสพระยะยาว	ผลทางกายที่ตามมาจากการเสพสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน
<ul style="list-style-type: none"> - เหงื่อออก - ความมึนเมา - ใจเต้นตึกตัก - เจ็บหน้าอก - ปวดศีรษะ - อาการร้อนและหนาววูบวาบ - อยากอาหารน้อยลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะขนาดยาเกิน - ความมึนเมา - ความดันเลือดสูง - การชัก - คลื่นไส้ - อาเจียน - การตกเลือดในสมองและการเสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ความมึนเมา - ภาวะขาดน้ำ - ปัญหาทางหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (เช่น อัตราหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันเลือดเพิ่มขึ้น และการเสียชีวิตจากเหตุการณ์ทางหัวใจ) - ภาวะขนาดยาเกิน - ภาวะตัวร้อนเกินและชัก - ความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักลด - ผิวหนังและฟันไม่ดี - การนอนหลับผิดปกติ - รู้สึกขณะทุกคนได้ ในขณะที่มึนเมา - พฤติกรรมความเสี่ยงสูงมากขึ้น เช่น เพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดยา - ปัญหาโภชนาการ - การนอนหลับไม่ดี - ความเจ็บป่วยทางหัวใจและหลอดเลือดอาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือจังหวะหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นอาการทางจิต - ความผิดปกติด้านอารมณ์ : ความสับสน โรครจิต หวาดระแวง - ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย อาการตื่นตระหนก - กำริบ การย้าคิด โรคจิตความจำและการเรียนรู้บกพร่อง การนอนหลับผิดปกติ - ภาวะกระดูกพรุน - ความหุนหันพลันแล่นเพิ่ม - ความก้าวร้าวและรุนแรง - สังคมและครอบครัวแตกหัก - การว่างงาน

ที่มา : Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS)

²² WHO, Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.2.

5. การคิดสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนมีลักษณะเฉพาะได้แก่ ความทนต่อยาเพิ่มขึ้น การเกิดกลุ่มอาการขาดยา การหมกมุ่นอยู่กับยาและความไม่สามารถลดการเสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ลง ได้ทั้งที่มีผลที่ตามมาและความบกพร่องทางสังคม สุขภาพ หรือทางจิตวิทยาในเชิงลบที่มีนัยสำคัญ²³ และผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จะมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีอีกประการหนึ่ง คือ ส่วนใหญ่เป็นเพราะการมีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับพฤติกรรมการฉีดยา อยู่ในหมู่ผู้เสพยา ที่ความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยมากมาย รวมถึงความหนาแน่นของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง ตลอดจนลักษณะเฉพาะและพฤติกรรมของผู้เสพยาเอง โดยเฉพาะการแบ่งปันกันใช้อุปกรณ์การฉีดและการเสพยาอย่างสนุกสนาน การเสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ได้กลายเป็นมีความเกี่ยวเนื่องกับวัฒนธรรมการมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงทั้งในหมู่ประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและประชากรรักต่างเพศ ดังที่มีหลักฐานเป็นอัตราการติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงในหมู่ผู้เสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ แม้ว่าความเชื่อมโยงเช่นนี้อาจเกิดจากความจริงว่า เมทแอมเฟตามีนเพิ่มความต้องการทางเพศ แต่บางครั้งการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในระยะยาวเกี่ยวเนื่องกับการทำหน้าที่ทางเพศลดลง อย่างน้อยในผู้ชาย²⁴

6. ประเทศส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียได้น้อมรับวิธีการลดอันตราย (harm reduction) มาเป็นวิธีการปฏิบัติต่อยาเสพติดอย่างถูกกฎหมายแล้ว แต่บริการลดอันตรายที่มุ่งเป้าไปที่ผู้เสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ ในภูมิภาคยังคงขาดแคลนการดูแลผู้เสพยาที่เด่นที่สุดสำหรับผู้เสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ คือ ศูนย์ฟันทันภาคบังคับมีเป้าหมายการรักษาเป็นการงดเสพยา ผู้เสพยายามักถูกจับกุมโดยตำรวจหรือนำตัวมายังสถานอำนวยความสะดวกเหล่านี้ โดยคนใกล้ชิดของผู้เสพยามีความเป็นห่วงในกระบวนการที่ปราศจากกระบวนการที่เหมาะสม เช่นผ่านทางระบบของศาล และมักก้ากับ ความประสงค์อันชัดแจ้งของผู้เสพยา วิธีการรักษาการเสพยาสารกระตุ้นประเภทนี้ปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายโดยไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่น ผู้เสพยาอย่างน้อย 250,000 คนถูกคุมขังอยู่ในศูนย์ เช่นนั้น ณ เวลานั้น มีการประเมินเกี่ยวกับประสิทธิผลของศูนย์เหล่านี้อยู่น้อย ในกรณีส่วนใหญ่แล้วศูนย์มุ่งความสนใจไปที่การล้างพิษยาแบบพื้นฐานมากและตามอาการ และการออกกำลังกายแล้วประกาศว่าผู้เสพยาว่า “หายขาด” ทันทีที่ที่กระบวนการเสร็จสมบูรณ์ แม้ไม่มีข้อมูลที่ดีพอว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้เสพยาสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนเมื่อผู้เสพยาออกจากศูนย์อย่างไรก็ตาม การทบทวน

²³ WHO, Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.4.

²⁴ *Ibid.*

หลักฐานที่มีอยู่ได้ผลว่า “ชี้ไปที่บทสรุปว่าหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับประสิทธิผลของการรักษาภาคบังคับนั้นไม่ดีพอและสรุปไม่ได้” และยิ่งไปกว่านั้นหลักฐานที่เกิดขึ้นในภูมิภาคถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างร้ายแรงในสถานอำนวยความสะดวกเหล่านี้²⁵

7. องค์การอนามัยโลกสนับสนุนมาตรการการลดอันตราย (Harm Reduction) องค์การอนามัยโลกนั้นอธิบายเกี่ยวกับการลดอันตรายว่า ““การลดอันตราย” หมายถึง นโยบาย โครงการ และการปฏิบัติ ที่มุ่งเป้าลดผลอันไม่พึงประสงค์ทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ที่ตามมาจากการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและยาเสพติดถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นหลัก โดยไม่จำเป็นต้องลดการเสพยา การลดอันตรายเป็นมาตรการระหว่างกลางที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ไม่เต็มใจ หรือไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติด อย่างเช่นสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้ในระยะสั้น เป็นการทำให้แน่ใจว่า คนเหล่านี้ไม่ได้รับอันตรายระยะยาวที่แก้ไขไม่ได้ จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัวและชุมชน การลดอันตรายเป็นวิธีการด้านสาธารณสุขที่เคารพสิทธิมนุษยชนและสิทธิที่จะมีสุขภาพดี และกำจัดกระบวนการลงโทษออกไปจากการปฏิบัติต่อยาเสพติด”²⁶

8. องค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาเพื่อต้องการทำความเข้าใจกับปัญหาเสพติดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก จึงได้ข้อสรุปดังนี้ ผู้เสพยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) แสดงพฤติกรรมหลากหลายซับซ้อนตั้งแต่การเสพยาเป็นครั้งคราวหรือเพื่อความสนุกสนานผ่อนคลายไปจนถึงการเสพยาหนัก การเสพยาแบบฉีดที่เป็นปัญหา และการใช้ยาหลายตัว ส่วนใหญ่มากเป็นผู้เสพยาเชิงทดลองหรือ “เพื่อความสนุกสนานผ่อนคลาย” ที่เสพยาเป็นครั้งคราวในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์หรือที่งานเลี้ยง หรือผู้เสพยาเป็นพักๆ หรือ ผู้เสพยาที่ใช้ยามากๆ หลายตัวเป็นเวลา 2-3 วัน ติดต่อกันแต่ไม่เป็นประจำหรือสม่ำเสมอ ผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เหล่านี้เป็นเพียงส่วนน้อย มีการประมาณการณั้ไว้ที่ราว 3% เท่านั้นที่สามารถระบุลักษณะเป็นผู้เสพยาเป็นประจำได้²⁷ แม้ว่าผู้เสพยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนเพียงส่วนน้อยเป็นผู้ติดยาในทางเทคนิค แต่หลักการของการรักษาการ

²⁵ WHO, Technical brief 2 - Harm reduction and brief interventions for ATS users, (Manila : WHO), p.1.

²⁶ WHO, Technical brief 2 - Harm reduction and brief interventions for ATS users, (Manila : WHO), p.2.

²⁷ WHO, Technical brief 3 - Principles of prevention and treatment for the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.1.

ติดยา สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้เสพยากระตุ้นประเภทนี้เช่นกัน เนื่องจากหลักการทางวิทยาศาสตร์ จริยธรรมและกฎหมายสามารถใช้ได้โดยรวมสำหรับการรักษายาเสพติดทั้งหมด จนถึงทุกวันนี้วิธีการบังคับใช้กฎหมายและการลดอุปทาน เป็นลักษณะการปฏิบัติต่อผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นส่วนใหญ่ และบ่อยครั้งการปฏิบัติแบบนี้ส่งผลให้เกิดการบังคับคุมขังผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นี้ ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่มีหลักฐานถึงประสิทธิผล²⁸

9. องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการรักษาสำหรับการติดยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีผู้ป่วยเป็นสำคัญ²⁹ โดยทุกวิธีการในการรักษาการเสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ควรเป็นไปตามข้อผูกพันด้านสิทธิมนุษยชน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิมนุษยชนของบุคคลที่มีภาวะติดยากระตุ้นประเภทนี้เด็ดขาด รวมถึงการเคารพสิทธิที่จะได้รับมาตรฐานสูงสุดที่มีอยู่ในเรื่องสุขภาพ และสวัสดิภาพ และการทำให้แน่ใจว่าผู้เสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นี้ไม่ถูกละเมิดปฏิบัติ การปฏิบัติและการลงโทษอย่างไร มนุษยธรรม หรือลดทอนความเป็นมนุษย์ ไม่ควรเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาการติดยากระตุ้นประเภทนี้เป็นอันขาด เพราะฉะนั้น การรักษายาเสพติดทั้งหมดจึงควรเป็นไปโดยสมัครใจ เฉพาะในสถานการณ์วิกฤตเป็นพิเศษอย่าง เช่น ความเสี่ยงสูงต่อตนเองหรือผู้อื่นเท่านั้นที่ควรพิจารณาการรักษาภาคบังคับและเฉพาะในฐานะทางออกสุดท้าย การรักษาสำหรับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ต้องเป็นแบบเชิงประจักษ์ และจัดให้โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เข้าใจความซับซ้อนของการเสพยาและการติดยากระตุ้นประเภทนี้ และจำเป็นต้องหลักการนี้ไว้เป็นสำคัญ ข้อกังวลเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ตรงประเด็นเมื่อคำนึงถึงการเสพยากระตุ้นประเภทนี้ การคุมขังโดยไม่สมัครใจในศูนย์บังคับสำหรับผู้เสพยาที่พบบ่อยในทวีปเอเชีย การรักษาควรเป็นไปโดยสมัครใจเสมอและจัดทำให้เฉพาะด้วยความยินยอมของผู้เสพยาและไม่ใช้เมื่อตำรวจจับกุมหรือ

ตามการร้องขอของครอบครัวผู้เสพยาเพียงประการเดียวดังที่เกิดขึ้นบ่อยในภูมิภาคเอเชียที่จริงแล้วศูนย์พักพิงภาคบังคับเหล่านี้มี “การรักษา” น้อยมาก และหลักฐานอิสระได้อุบัติขึ้นมาเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนในสถานอำนวยความสะดวกเหล่านี้บางแห่ง

²⁸ *Ibid.*

²⁹ WHO, Technical brief 3 - Principles of prevention and treatment for the use of amphetamine-type stimulants (ATS), (Manila : WHO), p.3.

10. ในการประชุมครั้งที่ 138 ของที่ประชุมของคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกในวันที่ 25-30 มกราคม 2559 มีการประชุมที่เกี่ยวกับการใช้ทางที่ผิดของสารโดยมีวาระการประชุมข้อหัวหลักที่เกี่ยวกับสุขภาพสาธารณะกับทิศทางยาเสพติดของโลก หรือ เรียกการประชุมครั้งนี้ว่า UNGASS 2016 มีการประชุมร่วมกับภาคีสมาชิกเกี่ยวกับหัวข้อนี้เมื่อวันที่ 19-21 เมษายน 2559 ในการประชุมร่วมมือกันครั้งนี้ได้มีสาระสำคัญดังนี้ คือ การใช้มาตรการควบคุมยาเสพติดที่มีความครอบคลุมด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ต้นจนถึงการลดความเสี่ยง พิ้นฟูและการดูแล ต้องอยู่ในพื้นฐานของสาธารณสุขต้องรักษาตามหลักฐานทางการแพทย์และจริยธรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติในการใช้ยาและแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด คือ การร่วมมือของสาขาวิชาชีพสาธารณสุข ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุติธรรมนั้นต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน มาตรการทางเลือกสำหรับอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพียงเล็กน้อย การประสานงานหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานยุติธรรมที่ควบคุมยาเสพติดสามารถเพิ่มการรักษาได้อย่างมาก ลดการใช้ยาเสพติดได้ กรลดอันตรายต้องเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพของรัฐ สารควบคุมในระดับสากลหลายชนิดเป็นสารที่ใช้ในการรักษาโรคได้ เช่น จิตเวช หรือ ในการผ่าตัด เป็นต้น การปรับสมดุลนโยบายยาเสพติดเข้าสู่ด้านสาธารณสุขต้องได้รับการติดตามตรวจสอบอย่างเหมาะสม ควรติดตามตรวจสอบการใช้ยาเสพติดในประชากรหรือผลกระทบต่าง ๆ³⁰

สรุป องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพสาธารณะเป็นหลัก ที่จะต้องมีการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน หลักทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้มาตรการอื่นนอกจากโทษจำคุกสำหรับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเล็กน้อย

3.3.3 สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime หรือ UNODC)

สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้นำระดับโลกในการต่อสู้กับยาเสพติดและอาชญากรรมระหว่างประเทศก่อตั้งขึ้น ค.ศ. 1997ผ่านการควมรวมกิจการระหว่างโครงการของสหประชาชาติ หน่วยงานดังกล่าวนี้ จะได้รับคำสั่งให้ความช่วยเหลือประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติในการต่อสู้กับยาเสพติด

³⁰ WHO, Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016, pp.1-7.

คิดและอาชญากรรมระหว่างประเทศ³¹ โดยผ่านการดำเนินงานผ่าน 3 เสาหลัก คือ 1.เพิ่มขีดความสามารถของประเทศสมาชิกเพื่อต่อต้านยาเสพติดและอาชญากรรมระหว่างประเทศ 2.วิจัยและทำงานเพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจของปัญหาเสพติดและอาชญากรรมระหว่างประเทศ กำหนดนโยบายต่าง ๆ 3.ทำงานกำกับดูแลผ่านบรรทัดฐานในการดำเนินงานของสนธิสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในการออกกฎหมายภายในประเทศนั้น ๆ กับปัญหาเสพติดและอาชญากรรมระหว่างประเทศและมีหน้าที่หลักของหน่วยงานในการป้องกันยาเสพติดและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด³²

สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติมีนโยบายและแนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด ดังต่อไปนี้ เนื่องจากในปี 2016 มีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก หรือ UNGASS 2016 เมื่อวันที่ 19-21 เมษายน 2560 ที่เมืองนิวยอร์ก สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติได้จัดทำข้อมูลของผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ว่า สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติยืนยันในนโยบายให้สังคมเน้นมีความปลอดภัยจากยาเสพติด เน้นนโยบายสาธารณสุขและสุขภาพเป็นหลัก พร้อมกันกับไม่ให้เกิดปัญหาด้านการใช้ในทางที่ผิดและปัญหาด้านมนุษยชน สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติยึดมั่นในแนวทางความร่วมมือระหว่างประเทศโดยบูรณาการสหวิชาชีพพร้อมกันและเน้นย้ำในการบังคับตามอนุสัญญาสามฉบับได้แก่ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 และอนุสัญญาว่าด้วยต่อต้านการค้ายาเสพติดและจิตประสาท 1988³³ มีแนวทางการใช้มาตรการป้องกันและการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบป้องกันการใช้จ่ายที่มีความเสี่ยง ส่งเสริมความเป็นอยู่ของสังคม ป้องกันปัญหาเสพติดโดยการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาร่วมแก้ปัญหามันพื้นฐานไม่เลือกปฏิบัติ ใช้การรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อกลับคืนสู่สังคม การรักษานั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจหรือความ

³¹ UNODC, “About UNODC,” สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2560, จาก <https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html>

³² *Ibid.*

³³ UNODC, Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem, (Vienna, Austria : United Nations, 2016), pp.5-6.

ยินยอม สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อลดทอนอันตรายจากยาเสพติด และตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนเป็นสำคัญ³⁴ สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการทางกฎหมายหลักของแต่ละและชาติสมาชิกในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยการดูแลด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการร่วมกัน หรือ สหวิชาชีพ³⁵

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติมีแนวทางดังต่อไปนี้ คือ การส่งเสริม พัฒนามาตรการควบคุม กำหนดแนวการรักษาโดยเน้นความสมัครใจ³⁶

สรุป สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติยังคงยึดหลักของอนุสัญญาหลักที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยมีนโยบายที่จะแก้ไขปัญหาเสพติดโดยใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยระบบสาธารณสุขโดยการรักษาเป็นสำคัญ และการดำเนินการตามกฎหมายต้องคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนอีกด้วย

3.3.4 หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium หรือ IDPC)

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศเป็นเครือข่ายระดับโลกที่มี 173 องค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายทำงานแบบมืออาชีพ มีความเชี่ยวชาญในประเด็นเกี่ยวกับการผลิตและการใช้ยาเสพติดควบคุม หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศมีเป้าหมายในการส่งเสริมการอภิปรายอย่างเป็นทางการและเปิดเผยเกี่ยวกับประสิทธิภาพทิศทาง และเนื้อหาของนโยบายด้านยาเสพติดในระดับชาติและสากล และสนับสนุนนโยบายที่ผ่านการพิสูจน์ว่าได้ผล ที่ช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาได้อย่างจริงจัง มีจุดยืนที่ส่งเสริมหลักการเชิงนโยบายที่สำคัญห้าประการ หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศยังจัดทำบทความสั้นและเผยแพร่รายงานในแต่ละโอกาสให้กับองค์กรสมาชิก ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และให้บริการคำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่ทั่วโลก สมาชิกของหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศมีประสบการณ์และความชำนาญที่หลากหลาย สามารถวิเคราะห์ปัญหาและนโยบายด้านยาเสพติด และสนับสนุนการถกเถียงด้านนโยบายทั้งในระดับชาติและสากล

³⁴ *Ibid*, pp.8-11.

³⁵ *Ibid*, p.13.

³⁶ *Ibid*, pp.21-22.

สมาชิกในระดับโลกของหน่วยงานมีความชำนาญและประสบการณ์ในปัญหาเกี่ยวกับนโยบายด้านยาเสพติด โดยภาคีโครงการร่วมกันทำงานเพื่อดำเนินการตามแผนประจำปี และสมาชิกเครือข่ายช่วยสนับสนุนการเผยแพร่แนวคิดและสื่อต่าง ๆ การบริหารงานโครงการเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารที่มีตัวแทนมาจากพื้นที่ทำงานของหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ 10 แห่งทั่วโลก แผนงานของ หน่วยงานสำหรับช่วงเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน 2554 จนถึงมีนาคม 2555 เป็นการวิเคราะห์และการเชื่อมต่อกันในการรณรงค์ผลักดันเชิงนโยบายที่เราได้ดำเนินการในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เพื่อมุ่งค้นหาทางเลือกที่ก้าวหน้าซึ่งออกจากรูปแบบด้านยาเสพติดที่กดขี่ และเสนอกฎหมายให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้กำหนดนโยบายในการเจรจาหรือ และปฏิบัติ ตามนโยบายและ โครงการที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลักมนุษยธรรมมากขึ้น³⁷

หน่วยงานมีนโยบายดังต่อไปนี้³⁸

1. นโยบายด้านยาเสพติดควรได้รับการจัดทำขึ้น โดยผ่านการประเมินลำดับความสำคัญ และหลักฐานข้อมูลอย่างมีโครงสร้างและอย่างเป็นกลาง
2. การดำเนินงานกิจกรรมทุกประการควรสอดคล้องอย่างเต็มที่กับหลักกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ
3. นโยบายด้านยาเสพติดควรเน้นการลดผลกระทบที่เป็นอันตราย มากกว่าการลดปริมาณการใช้และตลาดของยาเสพติด
4. นโยบายและกิจกรรมควรมุ่งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มชายขอบ และไม่เน้นมาตรการลงโทษพวกเขา
5. รัฐบาลควรพัฒนาความสัมพันธ์ที่เปิดเผยและสร้างสรรค์กับภาคประชาสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้มีการพูดคุยหารือและการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศมีรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามนโยบายและแนวคิดในการแก้ไขปัญหาเสพติดตามการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก หรือ UNGASS 2016 ดังนี้คือ ปัจจุบันมีความคืบหน้าในการพยายามแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด มีการดำเนินการเกี่ยวกับความพยายามให้ครอบคลุมมากขึ้น

³⁷ IDPC, “เกี่ยวกับเรา,” สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2560, จาก <http://idpc.net/th/about>

³⁸ IDPC, “หลักการเชิงนโยบาย,” สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2560, จาก <http://idpc.net/th/about/policy-principles>

เข้าถึงการควบคุมสารเพื่อการแพทย์และวิทยาศาสตร์ ดำเนินมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน มีการสนับสนุนในการนำเอาอุปกรณ์ฉีด ยาช่วยในการบำบัดมากขึ้น และให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการทางเลือกที่นอกเหนือจากโทษทางอาญาเพียงอย่างเดียว แต่ความน่าสนใจของรายงานนี้อยู่ที่แนวทางปฏิบัติต่อปัญหายาเสพติดของแต่ละประเทศสมาชิก เช่น การบังคับโทษประหารชีวิตของความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมีอิน โดนิเซียแสดงความเห็นแทนประเทศจีน ลิงคโปร์ เยเมน มาเลเซีย ปากีสถาน อียิปต์ ซาอุดีอาระเบีย โอมาน ยูเออี กาตาร์ คูเวต บาร์เรน อิหร่านและซูดาน อ้างว่า ทุกประเทศที่กล่าวมานี้ ไม่มีข้อห้ามของโทษประหารชีวิตที่มีความสอดคล้องใด ๆ เนื่องจากทุกรัฐมีอำนาจอธิปไตย แสดงให้เห็นถึงแนวทางของแต่ละประเทศว่า มีอำนาจที่จะกระทำเช่นใดก็ได้ภายใต้เนื่องจากไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับโทษประหารชีวิตในกติกา ระหว่างประเทศ ส่วน 28 ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปไม่เห็นด้วยกับการใช้โทษประหารชีวิต เพราะต้องพิจารณาถึงการประนีประนอมและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์³⁹

การลดอันตรายนั้น ได้รับการสนับสนุนจากคำแถลงของสหภาพยุโรปทั้งหมด 28 รัฐสมาชิก กล่าวว่า มาตรการการลดความเสี่ยงและอันตรายนควรได้รับการส่งเสริม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากประเทศอื่น ๆ อีกเพิ่มเติม โดยมีประเทศที่สนับสนุนรับหลักการของมาตรการลดอันตราย ดังต่อไปนี้ ประเทศในสหภาพยุโรป บราซิล คอสตาริกา เอกวาดอร์ เวียดนาม เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันประเทศแคนาดาให้ความสำคัญเกี่ยวกับห้องบริโภคนยาเสพติด ประเทศสหรัฐอเมริกาลดอันตรายโดยใช้การรักษาด้วยยาเป็นตัวช่วย⁴⁰

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดมีประเทศที่ให้การสนับสนุนในหลักนี้ เช่น ประเทศโปรตุเกส กรีซ ไอซ์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศในยุโรป มีแนวคิดว่าคุณนั้นมีไว้ลงโทษสำหรับอาชญากร โดยแท้จริงไม่ใช่สำหรับผู้ติดยาเสพติด⁴¹

รายงานฉบับนี้ยังคงให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน อีกทั้งประเทศไทยเองก็ได้รับเห็นด้วยและรับเอาหลักที่มนุษย์ควรเป็นศูนย์กลางเช่นเดียวกับสหภาพยุโรป⁴²

³⁹ IDPC, *The United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) On The World Drug Problem Report of Proceeding SEPTEMBER 2016*, (London : International Drug Policy Consortium Publication, 2016), pp.4-5.

⁴⁰ *Ibid*, p.6.

⁴¹ *Ibid*.

⁴² *Ibid*, pp.9-11.

สรุป หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศยังคงสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานที่ถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน ในประเด็นนี้ผู้แทนจากประเทศไทยรับเอาหลักการตามนโยบายดังกล่าวนี้ด้วย โทษจำคุกควรใช้สำหรับอาชญากรเท่านั้นตามหลักลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด และปัญหายาเสพติดควรใช้มาตรการทางเลือกอื่น โดยเฉพาะมาตรการสาธารณสุข เช่น การลดอันตราย ห้องบริโภคนยาเสพติด เป็นต้น

3.4 กฎหมาย นโยบายและมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างประเทศ

3.4.1 สหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกานั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวกับจัดประเภทสารเสพติด เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านยาเสพติดหรือสารเสพติด เนื่องจากตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ประเทศสหรัฐอเมริกาก็ประสบปัญหาเรื่องยาเสพติดหรือสารเสพติดมาโดยตลอด แต่ปัจจุบันกฎหมายและมาตรการของประเทศสหรัฐอเมริกามีความน่าสนใจ เนื่องจากมีวิธีการจัดการกับผู้ใช้นาที่ที่น่าสนใจอีกประเทศหนึ่ง ผู้เขียนจะขอกล่าวในหัวข้อต่อไป

1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นมีกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดคือ Title 21 United States Code (USC) Controlled Substances Act มาตรา 802 ได้บัญญัติคำนิยามว่า “สารเสพติด (Narcotic drug) ว่า ถึงสิ่งซึ่งไม่ว่าจะผลิตโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการสกัดจากสารของพืชต้นกำเนิด หรือสังเคราะห์ด้วยกรรมวิธีทางเคมี หรือโดยการผสมสารสกัดหรือสารเคมีสังเคราะห์ มีการจัดประเภทไว้ใน ข้อ 17 (A) – (F) มีสารเสพติด ดังต่อไปนี้⁴³

(A) ฝิ่น อนุพันธ์ฝิ่นและรวมทั้งสารอินทรีย์ เป็นต้น

(B) ฝิ่นแห้ง

(C) ไบโคคา

(D) โคเคน ผลึกโคเคน

(E) ecgonine และอนุพันธ์

(F) สารผสมหรือการเตรียมการใด ๆ ที่มีปริมาณของสารใด ๆ ที่อ้างถึงใน (A) ถึง (E)

⁴³ Title 21 United States Code (USC) Controlled Substances Act. SUBCHAPTER I — CONTROL AND ENFORCEMENT. Part A — Introductory Provisions. §802. Definitions (17)

ส่วนสารต่าง ๆ จะถูกกำหนดแบ่งแยกแต่ละประเภทไว้ในหมวดของสารควบคุมที่จะถูกบัญญัติอยู่ในมาตรา 812 ของกฎหมายฉบับนี้ จะมีการแบ่งประเภทและระดับของสารควบคุมทั้งหมด 5 ประเภท โดยแต่ละประเภทนั้นก็จะมีระดับความเข้มงวดและความอันตรายของสารที่ถูกอยู่ในประเภทต่าง ๆ ที่แตกต่างกันดังนี้⁴⁴

สารควบคุมประเภทที่ 1 เป็นสารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพสูงสำหรับการใช้สารดังกล่าว คือ ยาหรือสารเคมีอื่น ๆ ที่ได้รับการยอมรับในขณะนี้ยังไม่มีการใช้งานทางการแพทย์ในการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและการใช้ยาดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการยอมรับสำหรับการใช้ยาดังกล่าวหรือสารเคมีอื่น ๆ ภายใต้อาณัติทางการแพทย์

สารควบคุมประเภทที่ 2 เป็นสารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพสูงเช่นกัน ถ้าหากมีการใช้สารดังกล่าวและมีการใช้งานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันในการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือใช้ทางการแพทย์ที่ยอมรับในปัจจุบันมีข้อจำกัดอย่างเข้มงวด สารดังกล่าวนี้อาจจะนำไปสู่การพึ่งพาทางด้านจิตใจหรือร่างกายอย่างรุนแรง

สารควบคุมประเภทที่ 3 เป็นสารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพน้อยกว่าประเภทที่ 1 และ 2 เป็นสารที่มีการใช้งานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันในการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกา หากมีการใช้สารดังกล่าวนำไปสู่การพึ่งพาอาศัยกันทางกายภาพในระดับปานกลางหรือต่ำ หรือพึ่งพาทางด้านจิตใจสูง

สารควบคุมประเภทที่ 4 เป็นสารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพน้อยกว่าประเภทที่ 3 เป็นสารที่มีการใช้งานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันในการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกา การใช้สารอาจจะส่งผลที่อาจจะนำไปสู่การพึ่งพาอาศัยกันทางกายภาพ จำกัด หรือจิตวิทยาการพึ่งพาอาศัยสารดังกล่าวต่ำกว่าสารควบคุมประเภทที่ 3

สารควบคุมประเภทที่ 5 สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพต่ำสำหรับการใช้สารเมื่อเทียบกับสารควบคุมประเภทที่ 4 เป็นสารที่มีการใช้งานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันในการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกา การใช้สารอาจจะส่งผลที่อาจจะนำไปสู่การพึ่งพาอาศัยกันทางกายภาพ จำกัด หรือจิตวิทยาการพึ่งพาอาศัยสารดังกล่าวต่ำกว่าสารควบคุมประเภทที่ 4

⁴⁴ Title 21 United States Code (USC) Controlled Substances Act. SUBCHAPTER I — CONTROL AND ENFORCEMENT Part B — Authority to Control; Standards and Schedules §812. Schedules of controlled substances

สารในแต่ละประเภทก็จะมีกำหนดไว้ในกฎหมาย Title 21 United States Code (USC) Controlled Substances Act มาตรา 812 ท้ายมาตรา ดังนี้

สารควบคุมประเภทที่ 1 เช่น Acetylmethadol Benzethidine Dextroprphan Normethadone Propriidine Benzylmorphine Heroin (เฮโรอีน) Nicocodeine Thebacon Bufotenine เป็นต้น

สารควบคุมประเภทที่ 2 เช่น Methadone (เมทาโดน) ฟีนและอนุพันธ์ของฟีน โบโคคา เป็นต้น

สารควบคุมประเภทที่ 3 เช่น แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน Anabolic steroids (อะนาโบลิก สเตียรอยด์) Nalorphine เป็นต้น

สารควบคุมประเภทที่ 4 เช่น Barbital Methohexital เป็นต้น

สารควบคุมประเภทที่ 5 เช่น ผสมส่วนผสมหรือการเตรียมการใด ๆ ที่มีส่วนผสมของปริมาณที่จำกัดของยาเสพติด จะรวมหนึ่งหรือมากกว่าส่วนผสมสมุนไพรหรือสารที่ไม่ใช่สารเสพติด ใช้งานในสัดส่วนที่เพียงพอเพื่อให้คำปรึกษาเมื่อผสมส่วนผสมหรือการเตรียมความพร้อมที่มีคุณค่าคุณภาพยาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากใช้เพื่อเสพติดเพียงอย่างเดียว เช่น ไม่เกิน 100 มิลลิกรัมของฟีนต่อ 100 มิลลิลิตรหรือต่อ 100 กรัม

จะสังเกตได้ว่า กฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดสารแอมเฟตามีนและสารอนุพันธ์อื่นๆของแอมเฟตามีน เช่น เมทแอมเฟตามีน เป็นต้น ที่ถูกจัดเป็นสารควบคุมประเภทที่ 3 ต่างหาก

ส่วนการกำหนดโทษประเทศสหรัฐอเมริกานอกจากมีโทษทางอาญาแล้ว ยังมีโทษทางแพ่งอีกด้วย แต่โทษทางแพ่งนั้นจะได้ก็ต่อเมื่อเป็นการครอบครองสารเสพติดจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การกำหนดโทษทางแพ่งนั้นเป็นไปตามระเบียบอัยการสูงสุด ซึ่งอัยการสูงสุดจะเป็นผู้พิจารณา⁴⁵

เมื่อเราได้ทราบถึงการจัดประเภทและโทษในการมีสารไว้ในครอบครองของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว ต่อไปผู้เขียนจะนำเสนอถึงมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

⁴⁵ Title 21 United States Code (USC) Controlled Substances Act. SUBCHAPTER I — CONTROL AND ENFORCEMENT Part D — Offenses And Penalties §844a. Civil penalty for possession of small amounts of certain controlled substances

2) มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เป็นเรื่องยากที่จะประเมินในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีสถานที่ที่ให้การรักษาเฉพาะสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ แต่ผู้ที่กระทำผิดต่อสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จะถูกส่งไปยังสถานที่บำบัดที่ให้บริการ ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ต้องทำการเปลี่ยนแปลงชีวิตอย่างมากเพื่อที่จะหยุดใช้สาร ในการศึกษาเปรียบเทียบผู้ใช้โคเคนและผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนในเมืองซานฟรานซิสโก โคเรพาร์นและโซเรนเซนพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันไปในการปฏิบัติตามการรักษาโดยวัดจากการเข้ารับการรักษาในคลินิกปัสสาวะที่ปราศจากยาและการรักษาเสร็จสิ้น มีคำแนะนำว่า ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจและการให้บริการสนับสนุนเพิ่มเติม การรักษาเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ในสหรัฐอเมริกามีความคล้ายคลึงกับสารควบคุมอื่น ๆ การรักษาจะแตกต่างกันไปจากการให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากกลุ่มสนับสนุนรายสัปดาห์หรือรายเดือน โปรแกรมมักใช้เทคนิคเช่นยารักษาโรคจิตการแทรกแซงพฤติกรรมการศึกษาทักษะและการจัดการกรณี การรักษามักมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการกำเริบและวิธีการ 12 ขั้นตอน ในการกู้คืนทางสังคมที่ใช้โดยกลุ่มต่างๆเช่น Alcoholics Anonymous และ Narcotics Anonymous⁴⁶

มาตรการบังคับใช้กฎหมายความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนบางมลรัฐถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางยา ผู้พิพากษาระดับสูงบางมลรัฐเสนอความเห็นว่าการใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดไม่ได้ผลเท่าที่ควร แต่ควรส่งเสริมการบำบัดรักษามากกว่า การฟ้องคดี การบัญญัติกฎหมายยาเสพติดเพื่อลงโทษผู้เสพเพียงอย่างเดียว ย่อมไม่เพียงพอในการระงับยับยั้งการติดยา แต่จะต้องเข้าใจธรรมชาติของการติดยา (Nature of Addiction) ด้วย ควรมีการทบทวนความเชื่อที่ว่า การจับกุมและลงโทษรุนแรงจะข่มขู่ผู้กระทำผิดได้ อีกทั้งควรพิจารณาถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางกายและจิตใจของบุคคลนั้น นักวิชาการบางท่านจึงได้เสนอให้มีรักษาด้วยการหายาทดแทนยาเสพติดแทนที่จะใช้กฎหมายบังคับที่น่าจะให้ผลดีมากกว่า อีกทั้งจะลดการซื้อขายยาเสพติดไปในตัว และควรที่จะเข้มงวดต่อการควบคุมการนำเข้า - ส่งออกผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

⁴⁶ Use and abuse of amphetamine-type stimulants in the United States of America. G. Cajetan Luna. Rev Panam Salud Publica vol.9 n.2 Washington Feb. 2001. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4982001000200012

กับยาเสพติดดังเช่นในประเทศสวีเดนและแคนาดา โดยบางมลรัฐนั้นให้ผู้เสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ต้องได้รับการบำบัด มีการดูแลทางการแพทย์

โครงการ LEAD

“โครงการเบี่ยงเบนโดยใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือบังคับ (Law Enforcement Assisted Diversion Program (LEAD))” เริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2011 ที่เมืองซีแอตเทิล⁴⁷ โครงการนี้ต่างกับโครงการศาลยุติธรรมคดียาเสพติดเป็น ทางเลือกแทนการตัดสินโทษจำคุกด้วยการเข้าแทรกแซงในช่วงเวลาของการจับกุม ก่อนที่บุคคลนั้นจะถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการของศาล

บุคคลผู้มีสิทธิในโครงการนี้

บุคคลผู้มีสิทธิ คือ ผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ค้ายาเสพติดที่ถูกจำคุกจากการมีสารเสพติดผิดกฎหมาย 3 กรัมหรือน้อยกว่า และหญิงบริการที่มีปัญหาในการเสพยาเสพติดและต้องการเข้าร่วมโครงการ เจมส์ พูเกิล (James Pugel) ขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมตำรวจของเมืองซีแอตเทิลได้กล่าวในงานขององค์การสหประชาชาติงานหนึ่งว่า โครงการได้รับการออกแบบสำหรับบุคคลผู้ด้อยโอกาสมากที่สุด⁴⁸ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ค้ายาเสพติดในระดับกลางจึงไม่ได้ถูกรวมอยู่ด้วยเพียงผู้ค้ายาเสพติดขนาดเล็ก ผู้ขายยาเสพติดเพื่อจ่ายค่าที่ตนเองเสพหรือเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อความอยู่รอดเท่านั้นจึงจะสามารถเข้าร่วมในโครงการได้บุคคลเหล่านี้คือบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเดินเข้าออกเรือนจำอยู่เป็นประจำ และเป็นผู้ที่ถูกเอาเปรียบโดยเครือข่ายของพ่อค้ายาเสพติด ดังนั้น เงื่อนไขบางประการที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่มีสิทธิคือ

- (ก) การกระทำที่น่าสงสัยคือการขายหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครอง
- (ข) การขายที่ดูเหมือนว่ามีเป้าหมายเพื่อให้ได้รายได้สูงกว่าระดับพอยังชีพ
- (ค) บุคคลนั้นอาจเป็นผู้ที่แสวงหาผลประโยชน์จากผู้เยาว์หรือบุคคลอื่น

ในระหว่างการควบคุมตัวมีทางเลือกให้ 2 ทาง ระหว่างการถูกดำเนินคดีต่อไปหรือการเข้าร่วมในโครงการ บุคคลที่เลือกทางเลือกที่สอง จะถูกนำตัวไปที่สถานีตำรวจเพื่อพบปะเบื้องต้น

⁴⁷ Beckett, K. (2014), “Seattle’s Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons learned from the past two years.” <http://www.seattle.gov/council/Harrell/attachments/process%20evaluation%20final%203-31-14.pdf>. 21 March 2014

⁴⁸ SPD Blotter. “chief pugel tells the united nations about seattles law enforcement assisted diversion program” spdblotter. www.seattle.gov/2013/11/07/chief-pugel-tells-the-united-nations-about-seattles-law-enforcement-assisted-diversion-program/

กับผู้จัดการดูแลคดี ผู้จัดการดูแลคดีจะเป็นบุคคลที่อยู่นอกระบบศาลที่ได้รับการว่าจ้างและอบรม โดยศูนย์บริการบำบัดเอเวอร์กรีน (Evergreen Treatment Services) เป็นองค์กรที่ไม่ได้แสวงหาผลกำไรที่ทุ่มเทเวลาให้กับการบำบัดการเสพติดที่มีปัญหา ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2013 LEAD มีผู้จัดการดูแลคดีที่ทำงานเต็มเวลาทั้งหมด 6 คน⁴⁹

ระหว่างการซักถามเบื้องต้น ผู้จัดการดูแลคดีจะเริ่มมีความคุ้นเคยกับความต้องการเร่งด่วนของผู้ถูกควบคุมตัว หลังจากนั้นผู้นั้นจะสามารถกลับไปได้ และได้รับการเรียกตัวมาเพื่อการซักถามเป็นครั้งที่ 2 กับผู้จัดการดูแลคดีใน 30 วันที่สำนักงานของ LEAD เมื่อบุคคลนั้นกลับมา ก็จะกลายเป็นผู้รับบริการของ โครงการหากไม่กลับเข้ามา สำนักงานอัยการ (ที่เฝ้าติดตามคดีตั้งแต่เวลาที่ถูกจับกุม) สามารถเริ่มดำเนินคดีทางอาญาได้แต่ละคดีจะได้รับการดูแลเป็นรายบุคคล ผู้รับบริการของ LEAD จะได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย สังคม และชุมชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อการเข้าถึงที่อยู่อาศัย การบำบัด การดูแลสุขภาพ การศึกษาและอื่นๆ ผู้จัดการดูแลคดีจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าติดตามคดี ดูแลการนัดที่จำเป็น การจัดสรรเงินกองทุนของ LEAD และติดตามผู้รับบริการไปในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ผู้รับบริการจะได้รับความช่วยเหลือทันที รวมทั้งการใช้บริการของเอกชนหากตารางนัดของศูนย์บริการสาธารณะนั้นยาวนานเกินไปร้อยละ 20 ของคดีสามารถได้รับเลือกสำหรับการนี้โดยเฉพาะ โดยที่เจ้าหน้าที่ตำรวจมีสิทธิที่จะพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีประวัติอาชญากรรมผู้ซึ่งแสดงความตั้งใจจริงและมีความต้องการความช่วยเหลือจากบริการของโครงการเพื่อเข้าโครงการ LEAD โครงการ LEAD ไม่ได้เปิดทำการทุกวัน มีวันที่เปิดทำการ (วันไฟเขียว (green light day)) และวันปิดรับผู้รับบริการทั้งหมด (วันไฟแดง (red light days)) เจมส์ พูเกิล อธิบายว่าจะมีผู้เสพติดที่มีปัญหาแวะมาถามที่สถานีตำรวจว่าวันนี้เป็นวันไฟเขียวหรือวันไฟแดง เขาเล่าให้ฟังถึงผู้ติดโคเคนรูปผลึก (crack) ที่เมื่อทราบว่าเป็นวันไฟเขียว ก็ขอให้ตำรวจจับเขาเพื่อส่งตัวเข้าโครงการ⁵⁰

แนวทางการปฏิบัติและหลักการต่าง ๆ ที่เป็นแนวทางสำหรับ โครงการ

1. ไม่มีการจับไล่ ถึงแม้ว่ามีความพยายามที่จะให้ผู้รับบริการของโครงการ LEAD เข้าถึงการบริการโดยทันที แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าบุคคลที่ไม่ใช่ผู้รับบริการหรือผู้ที่ลงชื่อเพื่อรอ

⁴⁹ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 47.

⁵⁰ Guzman, D.E. (2012), IDPC Briefing Paper – Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration. www.drogasyderecho.org/publicaciones/prop_del/drug-courts.pdf

รับบริการจะเสียประโยชน์ เพื่อให้แน่ใจว่าทำได้เช่นนั้นจริงจะมีการนำเอางบประมาณของโครงการ และการให้บริการแบบเสียค่าใช้จ่ายออกมาใช้

2. มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป้าหมายของโครงการ LEAD คือ สวัสดิการของแต่ละบุคคลและชุมชน ตามระเบียบการของโครงการ แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่การละเว้น การทำให้บรรลุเป้าหมาย สามารถทำได้โดยการตอบสนองอย่างทันที่ต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของผู้รับบริการและปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่มีปัญหา ดังนั้น ผู้เข้าร่วมในโครงการจึงไม่จำเป็นต้องมีการละเว้น

3. บุคคลผู้ได้รับการพิจารณาว่าใช้ทรัพยากรไปในทางที่ผิดสามารถถูกขับไล่ออกจากโครงการได้ ระเบียบการไม่ได้ให้อำนาจในการลงโทษอย่างเป็นทางการหรือเพื่อเป็นการทำโทษต่อบุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติตามระเบียบ ถึงแม้ว่าศาลสามารถตัดสินลงโทษผู้รับบริการสำหรับอาชญากรรมที่ได้กระทำไว้ในอดีตหรือในขณะที่บุคคลนั้นอยู่ในโครงการ แต่มีข้อผูกพันที่จะไม่กระทำเช่นนั้น⁵¹

สรุป ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีแนวคิดในบางเมืองที่จะนำมาตรการทางสาธารณสุขมาใช้บำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดอย่างเหมาะสม เช่น เมืองซีแอตเทิล ที่มีโครงการ LEAD ในการบำบัดรักษา ซึ่งไม่ได้บังคับใช้กฎหมายความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแต่อย่างใดกับผู้เสพที่ด้อยโอกาส โดยมาตรการหลักคือ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั่นเอง

3.4.2 สหพันธ์สาธารณสุขเยอรมนี

กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้น มีความก้าวหน้าในการใช้กฎหมายเป็นอย่างมาก จึงมีคุณค่าที่นำมาศึกษา อีกทั้งกฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติดก็มีความก้าวหน้ามากเช่นกัน ต่อไปจะขอกล่าวกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ใส่สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีในลำดับถัดไป

1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

กฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติดหรือยาเสพติด คือ Betäubungsmittelgesetz – BtMG โดยกฎหมายฉบับนี้นับว่าเป็นกฎหมายหลักของการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติด อีกทั้งมาตรา 1 ของกฎหมายฉบับนี้ยังให้อำนาจรัฐบาลในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้อีก ถ้าหากจะปรับเปลี่ยน

⁵¹ อ้างแล้ว เชนอรรถที่ 47.

ความเหมาะสมในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงประเภทของสารในแต่ละบัญชีสารในภาคผนวก I ถึง III หรืออาหารเสริมถ้า

1. หลักฐานทางวิทยาศาสตร์สำหรับการดำเนินการของสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกี่ยวกับการติดยาเสพติด

2. การผลิตยาเสพติดเนื่องจากสามารถใช้สารดังกล่าวได้

3. การรักษาความปลอดภัยหรือการควบคุมการค้ายาเสพติดหรือสารอื่น ๆ หรือ การเตรียมการสำหรับระดับของการผันและเนื่องจากตรงหรืออันตรายต่อสุขภาพทางอ้อมและกฎหมายดังกล่าวนี้ได้รับบัญญัติบทนิยาม ตามมาตรา 2 ไว้ดังนี้

(1) ในความหมายของกฎหมายนี้

1. สาร (Substance) คือ (A) องค์ประกอบทางเคมีและสารเคมีและสารผสมธรรมชาติที่เกิดขึ้น

(B) พืชสำหรับยา เชื้อราและตะไคร่ หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ในสารดังกล่าว

(C) ร่างกายของสัตว์ รวมทั้งสัตว์ที่มีชีวิต

(D) จุลินทรีย์รวมทั้งไวรัสและองค์ประกอบหรือสารดังกล่าว

2. สารปรุงผสม (Preparation) คือ สารที่มีส่วนผสมรวมกันมากกว่าหนึ่งสาร โดยไม่คำนึงถึงชนิดหรือประเภทของสาร ยกเว้นการผสมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

ทั้งนี้ กฎหมายฉบับนี้ได้มีการกำหนดไว้ในภาคผนวก ได้จัดประเภทไว้ 3 บัญชีสาร ซึ่งแต่ละบัญชีสารนั้นได้จัดประเภทอ้างอิงตามกฎหมายของรัฐบาลกลาง (Fundstelle: BGBI. I 2001, 1187 – 1189) มีการจัดประเภท ไว้ดังนี้

บัญชีสารที่ 1 สารเสพติดที่ไม่สามารถค้าขายหรือมีตลาดการค้าขายได้

บัญชีสารที่ 2 ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่สามารถสั่งให้ใช้ในกรณีพิเศษ เป็นยาเสพติดที่มีการใช้ในเชิงพาณิชย์สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

บัญชีสารที่ 3 ยาหรือสารเสพติดที่สามารถค้าขายในตลาดได้และทั้งหมดเหล่านี้เป็นยาเสพติดจะต้องถูกสั่ง โดยแพทย์ ศัลยแพทย์ ประโยชน์ทางทันตกรรมและสัตวแพทย์เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

บัญชีสารที่ 1 การจัดประเภทในบัญชีสารนี้ คือ ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายโดยไม่มีหลักฐานในปัจจุบันที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีนและ Ecstasy ทุกชนิด เป็นต้น

บัญชีสารที่ 2 ได้กำหนดสารในประเภทนี้ไว้ เช่น เอทิลมอร์ฟิน, Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ dexamphetamine เป็นต้น

บัญชีสารที่ 3 ได้กำหนดสารในประเภทนี้ไว้ เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน เมทกิลลิน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน มอร์ฟิน ฟีนและเมธาโดน เป็นต้น

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้กำหนดประเภทสารเสพติดที่ไม่อาจมีการค้าขายได้ เช่น จำพวกกัญชา เฮโรอีน เป็นต้นตามภาคผนวก 1 และกฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้กำหนดแอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน ไว้ในภาคผนวก 3 กำหนดให้มีการค้าขายได้ และแพทย์สามารถสั่งให้ได้ จะเห็นได้ว่า ไม่ได้กำหนดว่าเป็นสารเสพติดแต่อย่างใด และจะสังเกตได้ว่า การกำหนดประเภทของสารชนิดใดตามภาคผนวกต่าง ๆ นั้น ได้กฎหมายโดยตั้งหลักเกณฑ์ไปตามพื้นฐานทางสาธารณสุขและทางการแพทย์ หมายถึง กำหนดบนพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบของสาร ในแง่มุมของการก่ออาการเสพติด

จุดที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ ในการกำหนดประเภทของสารเสพติด นอกจากแง่มุมในทางสาธารณสุขและทางการแพทย์ดังกล่าว กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนียังกำหนดให้คำนึงถึงวัตถุประสงค์ด้านความปลอดภัย หรือวัตถุประสงค์ในการควบคุมการค้าสารเสพติดเนื่องจากขอบเขตการใช้ยาในทางที่ผิดอีกด้วย

ส่วนการจัดประเภทของสารเสพติด กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีบัญชีกำหนดประเภทไว้เป็นการเฉพาะ กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีจะจัดกลุ่มประเภทดังกล่าวต้องเป็นไปตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 และอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 แอมเฟตามีนและสารอนุพันธ์ได้ถูกจัดตามอนุสัญญาสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ที่เป็นกฎหมายระหว่างประเทศ และมีมาตรการควบคุมโดยอาจอนุญาตให้มีการค้าขายได้ และแพทย์สามารถสั่งให้ได้ ซึ่งถือว่า กฎหมายประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีจัดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

2) มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสารเสพติดหรือสิ่งเสพติดมาเนิ่นนานแล้ว นโยบายที่โด่งดังในช่วงเวลาหนึ่งก็คือ การที่พรรคนาซีนั้นพยายามจะบอกว่า บุหรี่นั้นมีความอันตรายและมีการพยายามที่จะต่อต้าน เพื่อรักษาสุขภาพของประชาชนพลเมืองใน

ประเทศ⁵² โดยในปัจจุบันนี้มาตรการและนโยบายในประเทศ เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและครอบครองยาเสพติด⁵³ กฎหมายของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นมิได้กำหนดปริมาณการใช้ยาเสพติดเป็นความผิดทางอาญา แต่การใช้ส่วนบุคคลหรือมีปริมาณน้อย กฎหมายยาเสพติดของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นได้ให้อำนาจในการสั่งจ่ายยาแทนการลงโทษจำคุกได้⁵⁴

อีกทั้งอำนาจของพนักงานในอัยการ⁵⁵ ในกฎหมายยาเสพติดของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้น ยังให้อำนาจพนักงานอัยการที่มีอำนาจในการสอบสวนคดีอาญาและฟ้องคดีแทนรัฐสามารถพิจารณาในการงดเว้นจากการคุกคามดำเนินคดี ถ้าความผิดของผู้กระทำผิดนั้นมีการพฤติการณ์ที่เห็นได้ว่า มีสถานภาพในการกระทำผิดซ้ำและไม่เป็นประโยชน์ในการดำเนินคดีที่ส่งผลต่อสาธารณะและเป็นการกระทำผิดส่วนตัวระดับต่ำเท่านั้นรวมถึงการผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง จัดหาซื้อในระดับต่ำด้วย อีกทั้งจะได้รับการยกเว้นความผิดอีกด้วยหากเป็นการเสพหรือใช้สารเสพติดในห้องเสพยาเสพติด และหากมีกรณีมีการดำเนินการสั่งฟ้องไปแล้ว ศาลอาญายุติกระบวนการพิจารณาได้โดยความยินยอมของอัยการและผู้กระทำผิด

เหตุการณ์สำคัญอีกเหตุการณ์หนึ่ง คือ วันที่ 9 มีนาคม ค.ศ. 1994 ศาลรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีกำหนดมาตรฐานใหม่⁵⁶ สำหรับการฟ้องร้องดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดสำหรับการใช้สารเสพติดส่วนบุคคล ระบุว่า พระราชบัญญัติยาเสพติดไม่ได้ละเมิดหลักการของสัดส่วนของความเสมอภาคและเสรีภาพส่วนบุคคล เจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ในคดีดำเนินการควรจะไม่มีการลงโทษมากเกินไป ทำให้ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นเป็นประเทศที่มีความยืดหยุ่นในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดสูงและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีนโยบายที่คำนึงถึงหลักการสาธารณสุขเป็นสำคัญ

⁵² Wikipedia “Anti-tobacco movement in Nazi Germany,” สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2560, จาก https://en.wikipedia.org/wiki/Anti-tobacco_movement_in_Nazi_Germany

⁵³ EMCDDA, “Country Profile – GERMAN,” สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2560, จาก <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=DE>

⁵⁴ Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) Sechster Abschnitt Straftaten und Ordnungswidrigkeiten § 29 Straftaten (5)

⁵⁵ Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) § 31 a Absehen von der Verfolgung

⁵⁶ *supra* note 53.

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดส่วนบุคคลหรือการมีสารเสพติดครอบครองเพียงเล็กน้อยในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีไม่มีการดำเนินการใด ๆ ทางอาญา นอกจากการส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเท่านั้น⁵⁷

กระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ยังคงเป็นองค์กรนำในการพัฒนา ประสานงานและการดำเนินงานตามนโยบายและโครงการยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี The National Drug Commissioner ที่ กระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ทำหน้าที่ประสานนโยบายยาเสพติดแห่งชาติของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี การเสพยาเสพติดจะได้รับบำบัดรักษาเสมือนเป็นปัญหาสุขภาพและสังคม นโยบายเน้นการป้องกันโดยใช้การให้การศึกษา กระทรวงให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและการป้องกันจำนวนมากเช่นเดียวกับสมาพันธ์รัฐ โครงการบำบัดการติดยาเสพติดมุ่งเน้นในเรื่องการรักษาเพื่อปลอดจากยาเสพติด การให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและการบำบัดทดแทน⁵⁸

กระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ก็ให้การสนับสนุนศูนย์ดูแลผู้ติดยาเสพติด (the German Center for Addiction Issues (GCAI)) ด้วย มีการจัดแนวทางให้สมาคมและมูลนิธิที่กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้ทุกข์ทรมานจากการติดยาเสพติดและครอบครัวทั่วทั้งประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี โดยมีการจัดการข้อยกเว้นเล็กน้อย ทุกองค์กรในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและการรักษาผู้ป่วยนอก การเตรียมการผู้ป่วยในและการช่วยเหลือตนเอง ได้แสดงให้เห็นในศูนย์ดูแลผู้ติดยาเสพติด (the German Center for Addiction Issues (GCAI)) ประกอบด้วยศูนย์การให้คำปรึกษา 1,400 แห่ง คลินิกเฉพาะทาง 160 แห่ง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง 7,500 กลุ่ม มีสมาชิก 120,000 คน รวมทั้งศูนย์ดูแลกลางวันและที่พักค้างคืน และกลุ่มที่พักอยู่ในสถานที่พักและกลุ่มที่ดูแลหลังจากออกจากสถานที่พัก นักสังคมสงเคราะห์ นักการศึกษา นักจิตวิทยาและแพทย์กว่า 10,000 คน พร้อมด้วยอาสาสมัคร

⁵⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Illicit drug use in the EU: legislative approaches, (Lisboa, Portugal, 2005), p.26.

⁵⁸ ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ : ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2557), น.199-203.

ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนอย่างน้อย 20,000 คน บรรจุกู้ทำงานในสถานที่ที่บรรเทาการติดยาเสพติดที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นส่วนใหญ่⁵⁹

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมองเห็นว่าการบำบัดทดแทนเป็นเสาหลักที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้จากฝิ่น และได้ดำเนินการตามมาตรการและโครงการที่สอดคล้องตั้งแต่กลางศตวรรษ 1980 โดยประมาณมีผู้ป่วยจำนวน 69,000 คน เข้ารับการบำบัดทดแทนในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี การรักษาส่วนมากใช้ยา methadone โดยมีการใช้ buprenorphine และ levomethadone เพิ่มขึ้นในหลายปีไม่นานมานี้ เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2009 กฎหมายว่าด้วย การบำบัดรักษาทดแทน โดยใช้ diamorphine เริ่มมีผลใช้บังคับมีการวางข้อกำหนดทางกฎหมายสำหรับการสั่ง diamorphine

ต่อมารัฐได้ทำการแก้ไขกฎหมาย The Narcotics Act และ Narcotics Prescription Ordinance and the Pharmaceuticals Act ได้รับการแก้ไขตามนั้น ปัจจุบันก็ได้วางข้อกำหนดว่าด้วยการใช้ diamorphine อย่างเข้มงวดสำหรับกลุ่มเล็กๆของผู้ที่ติดยาเสพติดขั้นรุนแรงมาก การบำบัดรักษาด้วย diamorphine ตามกฎหมายใหม่ และคาดหวังที่จะดำเนินการตามกฎระเบียบอย่างเต็มที่ในสหพันธ์รัฐในปี 2011 รัฐบาลยังคงมีเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากยาเสพติด การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กฎหมายยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเป็นแบบเสรีมากขึ้นคือ การจัดให้มีห้อง “นิคยาที่ปลอดภัย” ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ การเพิ่มปริมาณเครื่องจำหน่ายเข็มนิคยา และ โครงการแลกเปลี่ยนเข็มนิคยาที่คล้ายคลึงกัน การเปลี่ยนแปลงนโยบายการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีขึ้นท่ามกลางความพยายามในระดับชาติที่จะลดการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อกันได้ เช่น เอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) และไวรัสตับอักเสบบี จากการใช้เข็มนิคยาร่วมกันของผู้เสพยาโดยใช้เข็มเข้าเส้นเลือดดำ สำหรับผู้ติดยาที่ไม่มีกำลังทรัพย์ที่จะซื้อเข็มนิคยาใหม่ ร้านขายยาในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีจะถูกบังคับ โดยกฎหมายให้จัดหาเข็มนิคยาให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย⁶⁰

ในปี ค.ศ. 2002 เจ็ดเมืองในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้เริ่มการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลของการรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้เฮโรอีนบำบัดเปรียบเทียบกับการใช้เมทาโดนบำบัดในวิธีแบบเก่า ผลของการศึกษานำไปสู่การบังคับให้รวมการใช้เฮโรอีนบำบัดเป็นหนึ่งในบริการรักษาผู้ป่วยจากการติดยาเสพติดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติของ

⁵⁹ เฟ็งฮ้าง.

⁶⁰ เฟ็งฮ้าง.

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีในปี ค.ศ. 2009 ผู้ที่วิจารณ์มาตรการควบคุมยาเสพติดแห่งชาติของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีทั้งในอดีตและปัจจุบันได้โต้แย้งว่า นโยบายยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีตั้งแต่เริ่มมีมา โดยเนื้อแท้แล้วลอกเลียนแบบนโยบายของอเมริกันในการปราบปรามทำลายล้างการผลิต การลักลอบค้า และการเสพยาเสพติด ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 1989 รัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ออกกฎหมาย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนขององค์กรอาชญากรรมลง กฎหมายฉบับนี้ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นเพียงการลอกเลียนแบบ “สงครามยาเสพติด” ของประเทศสหรัฐอเมริกา และมีประเด็นที่ขัดแย้งกันเองเนื่องจากการเพิ่มการยอมรับการเสพยาโดยส่วนตัว ในขณะที่เพิ่มการลงโทษอย่างมากในการลักลอบค้ายาและการปลูกพืชเสพติด อย่างไรก็ตามผู้ที่สนับสนุนการออกกฎหมายการลงโทษภาคบังคับขั้นต่ำ ก็ได้โต้แย้งว่า มาตรการนี้ช่วยให้ความมั่นใจว่าเฉพาะกลุ่มคนที่ลักลอบค้า และผลิตยาเสพติดอย่างเป็นทางการเท่านั้นที่จะได้รับผลทางกฎหมายอย่างสาสม

ทัศนคติที่มีต่อสารควบคุมบางตัว และต่อความถูกต้องตามกฎหมายของการเสพยายังไม่ถือว่าเปิดกว้างมากนักในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ต่างกับอีกหลายประเทศในสหภาพยุโรป แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับความเหมือนและความแตกต่างของอัตราการถูกคุมขัง และถูกลงโทษประหารชีวิตเป็นจำนวนมากในอีกหลายส่วนของโลกในกรณีที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวเพียงเล็กน้อย ดังนั้นนโยบายและกฎหมายยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีที่มีความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ และมุ่งเน้นไปในเรื่องของการบำบัด การลดภาระที่ไม่ดีต่อสังคม และสุขภาพของประชาชนแต่ละคน จึงอาจได้รับการยกย่องว่าก้าวหน้า ถ้าไม่ใช่แนวคิดที่รุนแรงทางการเมือง⁶¹

มาตรการลดอันตรายทางสาธารณสุข⁶²

การลดอันตราย⁶³นี้เป็นการดำเนินการหลักของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี การลดอันตรายนี้มีหลากหลายรูปแบบ โดยสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นมีมาตรการลดอันตราย 4 รูปแบบ คือ 1. โปรแกรมเข็มฉีดยา

⁶¹ เฟ็งฮ้าง.

⁶² European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction, Germany Country Drug Report 2017, (Lisbon, Portugal : EMCDDA, 2017), p.11.

⁶³ การลดอันตราย หมายถึง มาตรการด้านสาธารณสุขเพื่อหาทางลดผลกระทบเชิงลบจากการใช้ยาเสพติดและจากนโยบายยาเสพติด

2. ห้องสำหรับเสพยาเสพติดโดยเฉพาะ
3. โปรแกรมรักษาที่บ้าน
4. ช่วยเหลือฟื้นฟูอาการติดเฮโรอีน

โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสาธารณะและเป้าหมายเพื่อลดอัตราตายจากการตายและความเจ็บป่วยของผู้ใช้ยาเสพติด ที่ต้องการให้ผู้ใช้ยาเสพติดนั้นเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยโปรแกรมการบำบัดนั้นให้บริการแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค

การลดอันตรายเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และได้รับการรับรองในปี พ.ศ. 2535 วิธีการโดยกระบอกฉีดยานั้นสามารถเข้ารับบริการได้จาก North Rhine-Westphalia และ Berlin และมีศูนย์บำบัดผู้ป่วยให้บริการเพิ่มเติม ผู้ใช้ยาจะได้รับความช่วยเหลือด้านจิตสังคมและด้านการแพทย์ต่าง ๆ และสามารถเข้าใช้บริการห้องสำหรับเสพยาเสพติดโดยเฉพาะ รัฐบาลในภูมิภาคนี้ได้ผ่านกฎหมายพิเศษ⁶⁴ มีระบบในการบำบัดที่ชัดเจนมุ่งเน้นไปที่การรักษาและการให้คำปรึกษาควบคู่ไปกับการป้องกัน มีการการดำเนินการบำบัดรักษาอยู่กับรัฐบาลกลาง Länder และเทศบาล มีกระบวนการรักษามีตั้งแต่ระดับต่ำสุดจนถึงการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นในการรักษา การรักษาระยะยาวสำหรับผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคม มีแนวทางการในรักษาแบบพิเศษทั้งจิตวิทยาควบคู่กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด แพทย์สำหรับครอบครัว มีบทบาทอย่างมากเนื่องจากเป็นจุดที่จะเข้ามาติดต่ออันดับแรกสำหรับผู้ใช้ยาหรือบุคคลผู้มีความเสี่ยง โดยการรักษาไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยองค์กรการกุศลของรัฐ มีการดูแลผู้ใช้หลากหลายรูปแบบ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ด้านจิตเวชและรักษาอย่างผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยเมธาโดนก็ดี หรือเฮโรอีนก็ดี ทั้งนี้จะเน้นระบบการดูแลสุขภาพเป็นหลัก⁶⁵

สรุป สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นเป็นประเทศที่มีการบำบัดรักษาดูแลผู้เสพยาเสพติดโดยการใช้มาตรการทางสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่ได้เน้นการลงโทษทางอาญากับผู้เสพ และไม่มี การบังคับบำบัด แต่เป็นการดูแลทำความเข้าใจกับผู้เสพอย่างผู้ป่วยคนหนึ่ง ใช้มาตรการสาธารณสุข 4 ประการที่จะใช้ให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้เสพต่อไป

34.3 สาธารณรัฐโปรตุเกส

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีความน่าสนใจเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ปัจจุบันประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดนั้น

⁶⁴ *supra* note 62, p.12.

⁶⁵ *supra* note 62, pp.12-13.

ปัญหาน้อยมากหากเปรียบเทียบกับหลากหลายประเทศในทวีปเอเชีย ต่อไปจะขอกล่าวกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้นิโคตินและอนุพันธ์ในประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสในลำดับถัดไป

1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

การจัดประเภทของสารเสพติดของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้น มีจัดประเภทไว้ 6 บัญชีด้วยกัน แต่ละบัญชีก็น่ามีความร้ายแรงแตกต่างกันออกไป ดังนี้

บัญชีที่ 1 A นั้นเป็นบัญชีที่จัดประเภทสารที่ร้ายแรงที่สุด สารที่รู้จักกันเป็นอย่างดีที่อยู่ในบัญชีนี้นี้ก็คือ เฮโรอีน นอกจากนี้ยังมีอีกหลากหลายสารเสพติดเช่น Codeine, Acetyl-alpha-metilphenetil, Racemoramide เป็นต้น

บัญชีที่ 1 B เป็นบัญชีที่มีความร้ายแรงรองลงมาจากบัญชีที่ 1 A มีสารที่รู้จักกันเป็นอย่างดีเช่น โคเคน ไบโคคา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหลากหลายสารเสพติดเช่น Ecgonine, acid - (-)-3-hydroxy-8-methyl-8-aza-bicycle-(1,2,3)-octane-2-carboxy เป็นต้น

บัญชีที่ 1 C เป็นบัญชีที่มีความร้ายแรงน้อยสุดในบรรดาบัญชีที่ 1 ซึ่งมีกัญชาอยู่ในบัญชีนี้นั่นเอง

บัญชีที่ 2 A เป็นบัญชีระดับกลางรองลงมาจากบัญชีทั้งหมดในบัญชีที่ 1 มีสารที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ เช่น Bufotenine; Catinone เป็นต้น

บัญชีที่ 2 B นั้นมีความร้ายแรงรองลงมาจากบัญชีที่ 2 A มีสารเสพติดที่รู้จักกันเป็นอย่างดี คือ แอมเฟตามีน แม้กระทั่งเมทแอมเฟตามีน อยู่ในบัญชียังกล่าวนี้

บัญชีที่ 2 C มีสารดังต่อไปนี้ เช่น Amobarbital; Bupremorphine เป็นต้น

บัญชีที่ 3 มีสารดังต่อไปนี้ เช่น สารที่เตรียมการไว้สำหรับ Propinam มีไม่เกิน 100 มิลลิกรัม โดยส่วนใหญ่จะเป็นการเตรียมการผสมในสารต่างๆ

บัญชีที่ 4 มีสารดังต่อไปนี้ เช่น Alobarbital, Diazepam, Prazepam เป็นต้น

บัญชีที่ 5 มีสารดังต่อไปนี้ เช่น Lisergic acid, Pseudo-ephedrine เป็นต้น

บัญชีที่ 6 มีสารดังต่อไปนี้ เช่น Acetone, Chloridric acid เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การจัดประเภทสารเสพติดของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นไม่ได้จัดแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนไว้ในบัญชีที่ 1 A-C จัดเพียงอยู่ในบัญชีที่ 2-B ไม่ได้เป็นสารเสพติดที่อันตรายร้ายแรงในประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส อีกทั้งมีกฎหมายรองรับกำหนดให้สารในบัญชีที่ 2 และ 4 สามารถนำไปใช้ในทางการแพทย์ได้อีกด้วยเท่ากับว่า มีการอนุญาตให้แอมเฟตา

มีนและเมทแอมเฟตามีนนำไปใช้ทางการแพทย์ได้ อีกทั้งมีกฎหมายกำหนดให้เภสัชกรมีอำนาจในการควบคุมการใช้สารเสพติดในบัญชีที่ 1 หรือ 2 ได้อีก โดยจะต้องตรวจสอบการยืนยันตัวตนของผู้ซื้อนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า สารเสพติดนั้นเป็นเรื่องของสาธารณสุขมากกว่าทางอาญา

2) มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสโปรตุเกสเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ดีว่าประสบความสำเร็จมากในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด สามารถนำมาศึกษารูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือหลากหลายผู้คนเรียกว่า “โปรตุเกส โมเดล” ผู้เขียนได้ศึกษามาแล้วดังนี้

มาตรการและนโยบายที่นำมาใช้กับผู้ใช้สารเสพติด

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการมีส่วนร่วมนำมาตรการให้บริการสุขภาพมาใช้บังคับในคดียาเสพติด⁶⁶ มีบทบัญญัติที่ไม่รุนแรงต่อผู้ใช้สารเสพติด หากกรณีผู้ใช้สารเสพติดใช้เป็นครั้งคราว สามารถพิจารณาไม่ลงโทษทางอาญาก็ได้⁶⁷ อีกทั้งมีมาตรการดูแลทางสาธารณสุขรองรับผู้ใช้สาร สามารถดูแลรักษาด้วยตัวเองได้ มีหลักการดังนี้⁶⁸

1. ผู้ใดก็ตามที่ใช้สารอย่างผิดกฎหมายที่ระบุไว้ในบัญชีที่ 1 ถึง 4 และมีความพยายามรับการช่วยเหลือจากรัฐหรือเอกชนจะได้รับการดูแลรักษาและดูแลความปลอดภัย อีกทั้งไม่เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว

2. หากเป็นผู้ไร้ความสามารถสามารถตั้งบุคคลผู้กระทำการแทนตามกฎหมายได้

3. การดูแลโดยแพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคของรัฐหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ให้ความช่วยเหลือต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับและจะไม่มีภาระในการนำความลับนี้เปิดเผยหรือให้ถ้อยคำต่อศาลหรือต่อตำรวจในกระบวนการรักษา

4. ภายใต้อธิบายทั้งหลายที่กล่าวมานี้ แพทย์อาจจะแจ้งบริการด้านสาธารณสุขของรัฐเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ได้ภายในจรรยาบรรณวิชาชีพ หากไม่ขัดต่อความสนใจของสังคมหรือชุมชน

⁶⁶ Decree-Law n.º 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation CHAPTER IV Consumption and treatment

⁶⁷ Decree-Law n.º 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 40

⁶⁸ Decree-Law n.º 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 41

การดูแลด้านสาธารณสุขนั้นเป็นที่แน่นอนว่า มาตรการส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ⁶⁹

ในกรณีที่มีผู้ใช้สารเสพติดเป็นอาชญาประเทศสาธารณสุขรัฐ โปรตุเกสมีมาตรการที่น่าสนใจดังนี้⁷⁰

1. เมื่อมีหลักฐานอย่างแน่ชัดว่า มีบุคคลผู้ใช้สารเสพติดเป็นอาชญาไม่ว่าจะเป็นพืชหรือสารที่ระบุไว้ในบัญชีที่ 1 ถึง 4 ที่แน่ชัดอย่างจริงจังว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของเขาหรือเผยให้เห็นว่าเป็นภัยต่อสังคม พนักงานอัยการในเขตผู้รับผิดชอบของบุคคลนั้นอาศัยอยู่อาจจะมีคำสั่งให้สามารถเข้ามารตรวจสอบโดยทางการแพทย์ได้

2. ทั้งนี้ ขั้นตอนเริ่มต้นในการตรวจสอบโดยทางการแพทย์ดังกล่าวนี้อาจจะมาจากคำสั่งของพนักงานอัยการก็ได้ หรือมาจากผู้กระทำการแทนตามกฎหมาย หรือมาจากกลุ่มสมรสของบุคคลนั้น ที่อาจจะมีความกังวลในความอันตราย หรือแม้กระทั่งโดยสมาชิกสภา หรืออำนาจของตำรวจก็ได้ ที่จะตรวจสอบจุดมุ่งหมายของความที่กล่าวมาจากวรรคก่อน

3. การตรวจสอบบุคคลใดๆ จะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์วิชาชีพเฉพาะทาง หรือเฉพาะบริการทางด้านสุขภาพของรัฐหรือเอกชน ดำเนินภายใน 30 วัน โดยอนุ โลมการบังคับการดำเนินคดีอาญาออกไปก่อน แพทย์นั้นต้องมีความน่าเชื่อถือในการตรวจสอบ (เนื่องจากต้องปกปิดความลับ)

4. บุคคลผู้ใช้สารเสพติดอาจจะถูกนำเลือดและปัสสาวะ ไปทำการวิเคราะห์เพื่ออาจจะพิสูจน์ได้หากจำเป็น

5. การตรวจสอบบุคคลผู้ใช้สารเสพติดนั้น พนักงานอัยการจะนำเสนอการรักษาแบบสมัครใจในการรักษา และบุคคลนั้นเมื่อยอมรับการรักษาแล้วจะต้องดำเนินการรักษาภายใต้การดูแลของการบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน

6. การรักษาสามารถยกเลิกได้ หากมีเหตุผล พนักงานอัยการจะให้ข้อเท็จจริงที่สถาบันฟื้นฟูและเพื่อให้เหมาะสมกับการบริการด้านสุขภาพ ก็สามารถนำมาใช้มาตรการอื่นๆที่เพียงพอต่อการช่วยเหลือได้

นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนต่อเนื่องที่น่าสนใจการฟื้นฟูอื่นๆอีก เช่น

⁶⁹ Decree-Law n.º 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 42

⁷⁰ Decree-Law n.º 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 43

การระงับคำพิพากษาและหน้าที่การส่งไปรักษา⁷¹

1. กรณีถูกตัดสินตามมาตรา 40 ในกฎหมายนี้ ศาลสามารถมีทางเลือกให้ส่งรักษาโดยความสมัครใจหรือให้อยู่ในสถานที่เหมาะสมก็ได้ และระงับการพิพากษา

2. ระงับการดำเนินการต่างๆ ระงับการพิพากษา เพื่อส่งต่อการรักษา

3. ควรระงับคำพิพากษาที่มีผลในคุก

4. การคิดยาเสพติดต้องได้รับการช่วยเหลือจากการบริการของแพทย์ของเรือนจำ หรืออาจมีความจำเป็นอื่นภายใต้เงื่อนไขระหว่างการบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่ตกลงไว้กับกระทรวงยุติธรรม

5. ทั้งนี้กฎระเบียบอื่นๆเป็นไปตามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม

อีกทั้งยังมีมาตรการรอกการลงโทษและคุมประพฤติ ดังนี้⁷²

1. กรณีมาตราก่อนหน้านี้ ศาลอาจจะพิจารณาตามกฎหมายทั่วไปก็ได้ หากเห็นว่าสมควรในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และระงับการพิพากษาโดยใช้การคุมประพฤติ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในแผนงานของแต่ละบุคคลจะได้รับการเตรียมการอย่างดีพร้อมกับการบริการด้านสุขภาพในการประสานงานกับสังคมในสถานฟื้นฟู ตามความเห็นที่เหมาะสมของศาลหรือเท่าที่เป็นไปได้ที่บุคคลนั้นร้องขอ

3. การตัดสินใจของศาลต้องเกิดก่อนที่จะส่งตัวบุคคลนั้น

4. บทบัญญัติของวรรค 2 ถึง 4 ของมาตรา 44 มาใช้บังคับตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีมาตรการดูแลนักโทษขณะจำคุกที่คิดยาเสพติด พนักงานอัยการจะได้รับการรายงานจากตำรวจหรือเจ้าหน้าที่คุกโดยปราศจากอคติใดๆ⁷³ สุดท้ายมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการรักษาของพฤติกรรมที่รอกการรักษา⁷⁴

1. หากมีการรักษาอยู่ก่อนหน้าโดยไม่ถูกต้องตามหลักวิชาชีพแพทย์ก่อนขึ้นศาลหรือสถานต้องรายงานทุก 3 เดือน เว้นแต่จะเรียกเก็บรายงานตามความเหมาะสมทางการแพทย์

2. การฟื้นฟูสถานสังคมต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

⁷¹ Decree-Law n.° 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 44

⁷² Decree-Law n.° 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 45

⁷³ Decree-Law n.° 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 46

⁷⁴ Decree-Law n.° 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation Article 47

3. ถ้าได้รับรายงานจากพรรคก่อน ให้ศาลพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในการดำเนินการของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

4. บทบัญญัติของกฎหมายนี้จะมีความสำคัญกว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวกับสถาบันปิดที่มีอยู่ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

มาตรการการลดอันตราย (Harm reduction)

สำหรับมาตรการการลดอันตรายในประเทศสาธารณรัฐ โปรตุเกสนั้นอยู่ในกฎหมาย เรียกว่า The Decree Law no.183/2001 of 21st of June 2001 บังคับใช้วันที่ 21 มิถุนายน ค.ศ. 2001 กฎหมายฉบับนี้มีขอบเขตเพื่อสร้าง โปรแกรมและ โครงสร้างทางสังคมและสุขภาพสำหรับ การรับรู้และการอ้างอิงสำหรับการรักษาผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันและการลดลงของทัศนคติหรือ พฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและลดการเกิดอันตรายของแต่ละบุคคลและสังคมที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด⁷⁵ มีการกำหนดกฎเกณฑ์ของโปรแกรมการลดอันตราย รวมถึงทางสังคมด้วย อีกทั้งยังคำนึงถึง สุขภาพเป็นสำคัญ มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการรักษาผู้ใช้สารเสพติด มีการป้องกันและลด ความเสี่ยงทางทัศนคติหรือทางพฤติกรรมและลดการเกิดอันตรายของแต่ละบุคคลและสังคมที่มีการ ใช้สารเสพติดตามกฎหมายนี้มีมาตรการหลายอย่างด้วยกันเพื่อที่จะนำมาลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

ความต้องการหรือเจตนารมณ์ของรัฐ⁷⁶ คือ ต้องการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนและ สุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติดและในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศของรัฐและหน้าที่ที่จะ ดำเนินการซ้ำๆแต่สามารถเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมดที่มีทัศนคติ พฤติกรรมเสี่ยง โปรแกรมและ โครงสร้างการวางแผน ในพระราชบัญญัตินี้ตามแต่ละกรณี โดยมีการร่วมมือโดยหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนและอาจจะถูกเชิญให้เสนอแนะได้ อีกทั้ง โปรแกรมต่าง ๆ ต้องมั่นใจว่าจะรักษาได้และ หยุดการใช้สารเสพติด ทั้งนี้ กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดวิธีการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา หรือ มาตรการ ดังต่อไปนี้

1. มีสำนักงานดูแลผู้ติดยาเสพติด
2. ศูนย์รับผู้ติดยาเสพติด
3. มีศูนย์พักพิง
4. มีศูนย์ติดต่อและให้ข้อมูลต่างๆ

⁷⁵ the Decree Law no.183/2001 of 21st of June 2001 article 1

⁷⁶ the Decree Law no.183/2001 of 21st of June 2001 article 2

5. มาตรการเคลื่อนย้ายการป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่

6. โปรแกรมการทดแทน

7. โครงการเข้มแลกเปลี่ยน

8. มีทีมดูแลที่อยู่บนท้องถนน

9. โปรแกรมสำหรับการบริโภคภายใต้การดูแล

มาตรการการลงโทษความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

1. ภายใต้กฎหมายฉบับที่ 30 (Law No. 30) ผู้ใช้ยาเสพติดที่ใช้ยาเสพติดที่ไม่ได้ติดเป็นอาชญากรจะถูกปรับหรือภายใต้คำสั่งที่อนุมัติของโทษที่ไม่ใช่ตัวเงิน การลงโทษที่ไม่ใช่ตัวเงินนี้มีผลบังคับใช้กับผู้ติดยาเสพติดด้วยให้คณะกรรมการกำหนดรูปแบบโทษตามความต้องการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ การกำหนดรูปแบบโทษนี้คณะกรรมการควรคำนึงถึงสถานการณ์การใช้ยาเสพติด ชุมชนชาติ และสภาพแวดล้อมในการใช้ยาเสพติด และควรพิจารณาอย่างยิ่งข้อดังต่อไปนี้ด้วย

1. ความร้ายแรงของการกระทำ

2. ความผิดของผู้กระทำ

3. ประเภทของพืช, สารเสพติด หรือการเตรียมการใช้เพื่อเสพ

4. การเสพในที่สาธารณะหรือการเสพร่วมบุคคล

5. การเสพในสถานที่สาธารณะ

6. กรณีที่ใช้เสพเป็นครั้งคราวไม่ได้เสพเป็นอาชญากร

7. สถานะของผู้เสพ โดยเฉพาะสถานะทางการเงินเศรษฐกิจของบุคคลนั้น

อีกทั้งมีมาตรการแทนโทษปรับคณะกรรมการนั้นอาจจะใช้การเตือน (admoestação) เป็นทางเลือกแทนการลงโทษปรับนี้ได้และอีกทั้งคณะกรรมการยังมีมาตรการทางเลือกอื่นๆอีก หากเห็นว่า มาตรการดังต่อไปนี้ คือ มาตรการที่ดีหรือทางเลือกที่เหมาะสม⁷⁷

1. ห้ามออกกำลังกายเป็นประจำหรือทำกิจกรรมอื่นใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ภายใต้การอนุญาต อาจจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้

2. ข้อห้ามไปบางสถานที่บ่อยครั้ง

3. ห้ามคลุกคลี หรือพำนัก หรือรับดูแลบุคคล

⁷⁷ According to article 17(2) of Law No. 30/2000, without prejudice to the provision of article 15(2) of Law No. 30/2000

4. ข้อห้ามในกรณีที่ไม่มีคนต่างด้าวไม่ได้รับอนุญาตนั้น
5. รายงานต่อคณะกรรมการเป็นระยะในสถานที่ที่แจ้งคณะกรรมการ
6. การระงับ หรือ ข้อห้ามในสัมปทานและการต่ออายุใบอนุญาตการใช้งานและพกอาวุธในการป้องกันการล่าสัตว์หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
7. ยึดของรายการที่เป็นของผู้ใช้ยาเสพติดที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงให้กับผู้ใช้ยาเสพติด หรือชุมชนหรือแจ้งต่อคณะกรรมการอาชญากรรมหรือหน่วยงานอื่นๆ
8. การกีดกันของการจัดการทุนหรือผลประโยชน์ที่ได้รับรางวัลบนพื้นฐานส่วนบุคคลจากหน่วยงานของรัฐหรือบริการ จะมีการมอบหมายให้หน่วยงานที่ดำเนินกระบวนการหรือเมื่อได้เข้ารับขั้นตอนที่มาพร้อมกับการรักษา

กรณีการใช้มาตรการทางเลือกนี้คณะกรรมการอาจจะมีความเชื่อมโยงกับผู้ที่ใช้ยาเสพติดให้มีการจ่ายค่าตอบแทน หรือทำสาธารณประโยชน์กับสถาบันการกุศลของรัฐ หรือของเอกชนก็ได้ตามที่บัญญัติไว้ในวรรคที่ 3 และ 4 ของมาตรา 58 ของประมวลกฎหมายอาญา หรือ คณะกรรมการอาจจะระงับการดำเนินการใด ๆ ของการลงโทษดังกล่าวที่สำหรับการปฏิบัติตามภาระหน้าที่บางอย่างภายใต้เงื่อนไขของมาตรา 19 ของกฎหมายฉบับที่ 30/2000 ก็ได้ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 58 กำหนดว่า ถ้าได้รับการลงโทษไม่เกินสองปี ศาลอาจแทนที่ด้วยมาตรการบริการชุมชน จะถือว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและเพียงพอของการลงโทษแล้ว ประมวลกฎหมายอาญา นิยามคำว่า "การบริการชุมชน" คือ ที่ให้บริการฟรีให้กับรัฐหน่วยงานตามกฎหมายอื่น ๆ ของประชาชนหรือองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ในการที่ศาลจะพิจารณาเป็นที่สนใจของชุมชน สำหรับวัตถุประสงค์ของการคำนวณระยะเวลาในการให้บริการชุมชนในแต่ละวัน โดยคำพิพากษาถูกแทนที่ด้วยชั่วโมงการทำงานสูงสุดถึง 480 ชั่วโมง บริการชุมชนสามารถดำเนินการในวันเสาร์อาทิตย์และวันหยุดเช่นเดียวกับในวันธรรมดา แต่อาจจะไม่ส่งผลกระทบต่อเวลาทำงานปกติหรือเกินต่อวันข้อจำกัดการทำงานล่วงเวลาที่กำหนดโดยกฎหมาย

1. มาตรการโทษปรับ⁷⁸

อัตราค่าปรับอาจจะแตกต่างกันได้ขึ้นอยู่กับตารางใน Decree-Law No. 15 of January 22, 1993 the substances or preparations are listed on หกสิบเปอร์เซ็นต์ของเงินที่ได้จากค่าปรับจะกระจายไปยังรัฐและสี่สิบเปอร์เซ็นต์ ถึงการเข้าไปดูแลเพื่อบริการติดตามพฤติกรรมกรรมการเสพติดและ

⁷⁸ Eduardo Soares, "Decriminalization of Narcotics: Portugal," สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2559, จาก <https://www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/portugal.php>

การอ้างอิง (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD) เดิมคือ สถาบันยาเสพติดและการติดยาเสพติด

2. มาตรการว่ากล่าวตักเตือน⁷⁹

คณะกรรมการอาจจะใช้มาตรการว่ากล่าวตักเตือนได้ หากคำนึงถึงเงื่อนไขส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด ประเภทของการบริโภคและชนิดของพืชสาร หรือการเตรียมการบริโภคที่ประเมินเชื่อได้ว่า ผู้ใช้ยาเสพติดจะลดการใช้งานลง การว่ากล่าวตักเตือนนี้เป็นการเตือนผู้ใช้ยาเสพติด จะต้องชัดเจนจะแจ้งเตือนไปสู่ผลกระทบของพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติด และขอให้ละเว้นจากการใช้ยาเสพติด คณะกรรมการใช้มาตรการว่ากล่าวตักเตือนถือว่าเป็นที่สุด และจะต้องใช้มาตรการนี้ทันทีหากผู้ใช้ยาเสพติดละเมิดสิทธิผู้อื่น

3. มาตรการชั่วคราวพิเศษ(คว่ำบาตร)ระหว่างการบังคับการลงโทษ⁸⁰

ในกรณีที่มีผู้ใช้ยาเสพติดติดยาเสพติดที่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่สามารถได้รับการปฏิบัติที่คณะกรรมการกำหนดได้ อาจระงับการบังคับใช้ โดยมาตรการคว่ำบาตรและต้องการให้ผู้ใช้ยาเสพติดปรากฏเป็นระยะ ๆ ต้องปรากฏก่อนที่ได้รับบริการด้านสุขภาพ การระงับการบังคับใช้ของการลงโทษนี้อาจจะเป็นเรื่องที่ได้รับการยอมรับโดยผู้ใช้ของมาตรการที่บัญญัติไว้ในมาตรา 19 (3) ของ Law No. 30/2000 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการอาจเสนอมาตรการทางเลือกอื่นๆ ในกรณีที่เฉพาะเจาะจง

ในกรณีที่มีผู้ใช้ยาเสพติดแบบไม่ติดเป็นอาฉิม คณะกรรมการอาจจะเลือกวิธีการหยุดคำพิพากษา โดยคำนึงถึงเงื่อนไขส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด ประเภทของการบริโภค และชนิดของพืชสารหรือการเตรียมการ เพื่อสรุปว่า จุดประสงค์ของการป้องกันการบริโภคบริการที่ติขึ้นด้วยวิธีนี้และผู้ใช้ยาเสพติดยอมรับเงื่อนไขที่เสนอโดยคณะกรรมการตามมาตรา 19 (3) ของ Law No. 30/2000

มาตรา 19 (3) ของ Law No. 30/2000 บัญญัติว่า คณะกรรมการอาจเสนอมาตรการทางเลือกการตรวจสอบอื่นๆ ที่คณะกรรมการแนะนำให้เลือกสำหรับสถานการณ์ของแต่ละกรณีเพื่อรับประกันการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคลและการยอมรับของผู้ใช้ยาเสพติดในมาตรการที่กำหนดไว้ใน ข้อ 17 (2) (A-D) ของ Law No. 30/2000

⁷⁹ เฟ็งฮ้าง.

⁸⁰ เฟ็งฮ้าง.

4. การรายงาน⁸¹

อีกทั้งการบังคับใช้มาตรการคว่ำบาตรอาจจะมีการตรวจสอบเป็นระยะๆของผู้ใช้ยาเสพติดก่อนที่จะให้บริการสาธารณสุข คณะกรรมการต้องส่งข้อมูลที่จำเป็นไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขของพื้นที่ที่ผู้ใช้ยาเสพติดอาศัยอยู่หรือพื้นที่ที่ตกลงกัน ศูนย์บริการสาธารณสุขจะต้องแจ้งให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของพฤติกรรมพฤติกรรมที่ปรากฏหรือไม่ปฏิบัติตามและเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตาม ถ้าทราบเหตุนี้

5. มาตรการการสื่อสาร⁸²

การตัดสินใจที่จะระงับการบังคับใช้ของการลงโทษจะต้องมีการสื่อสารให้บริการเหล่านั้นและหน่วยงานที่มีความร่วมมือกับการบังคับใช้มาตรการที่ถูกร้องขอ บริการและเจ้าหน้าที่ต้องสื่อสาร ไม่ต้องปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของสำนักงานคณะกรรมการตามมาตรา 23(2) และ (3) ของ Law No. 30/2000

6. ผลของการระงับการลงโทษ⁸³

สำนักงานคณะกรรมการการประกาศยุติการลงโทษ ถ้าหลังจากระยะเวลาการระงับการมีเหตุผลที่จะนำไปสู่การเพิกถอนการตัดสินใจระงับ ตามมาตรา 23 (2) ของ Law No. 30/2000 กำหนดว่าการระงับการ บทลงโทษถูกเพิกถอนเมื่อใดก็ตามที่ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าละเมิดมาตรการกำหนด และ มาตรา 23 (3) กำหนดว่าการเพิกถอนการระงับกำหนดให้สอดคล้องกับการลงโทษบังคับ

7. ระยะเวลาของการลงโทษ⁸⁴

การลงโทษที่บัญญัติไว้ในมาตรา 17 (2) ของ Law No. 30/2000 และมาตรการประกอบที่บัญญัติไว้ในมาตรา 19 ต้องมีความยาวไม่ต่ำกว่าหนึ่งเดือนและระยะเวลาไม่เกินสามปี

8. การบรรลุเป้าหมายของการลงโทษและมาตรการทางเลือก

การตัดสินใจที่จะกำหนดบทลงโทษหรือมาตรการทางเลือกเป็นรายงานที่ตำรวจ และตำรวจจะต้องแจ้งให้หน่วยงาน (Serviços) และหน่วยงานที่มีความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ

⁸¹ เพิ่งอ้าง.

⁸² เพิ่งอ้าง.

⁸³ เพิ่งอ้าง.

⁸⁴ เพิ่งอ้าง.

การดำเนินงานของมาตรการเหล่านี้และกรณีที่ไม่มีบัญญัติกรณีใดเฉพาะใน Law No. 30/2000 นี้
ให้ใช้บทบัญญัติการปกครองทั่วไปของกฎหมายโปรตุเกส

ติดยาเสพติดติดยาเสพติดถือว่าเป็นคนป่วยมากกว่าการออกกฎหมายความผิดทางอาญา
และโปรตุเกสรวมถึงระบบกฎหมายที่ครอบคลุมในการสนับสนุนการติดยาเสพติด แม้ว่ากฎหมายที่
เล็งเห็นถึงทางเลือกต่างๆในการรักษาไปยังเรือนจำที่ จำกัด พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกในอดีตที่
สร้างขึ้นก่อนข้างนารอรายการที่มีแนวโน้มที่จะใช้มาตรการลงโทษแทนการรักษา

อย่างไรก็ตามกลยุทธ์ใหม่เมื่อเร็ว ๆ นี้ นำมาใช้จัดลำดับความสำคัญการรักษาและ
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นเสาหลักพื้นฐานของนโยบายยาเสพติด โปรตุเกสและการ
เปลี่ยนแปลงล่าสุดในการออกกฎหมายช่วยให้สัญญาณที่แข็งแกร่งมากและคอนกรีตในทิศทางของ
การรักษาแทนการลงโทษ อัยการถูกแทนที่โดยขณะนี้คณะกรรมการ (คณะกรรมการการสกัดกั้นยา
เสพติดติดยาเสพติด) อยู่ในแต่ละเขตประกอบด้วยพลเรือนสามคนรับใช้ที่มีวัตถุประสงค์ในการ
จัดการกับ ไม่ใช่ความรุนแรงที่กระทำผิดใช้ยาเสพติดเพื่อให้การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็ม

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นมีแนวคิดที่แปลกใหม่ มีนโยบายที่ไม่ได้มุ่งไปที่การ
ปราบปรามยาเสพติดแต่มุ่งหวังที่จะให้ผู้เสพยาเสพติดนั้น มีความผิดอาญาที่ลดลง มองความจริง
มากขึ้น โดยมีแนวคิดที่เรียกว่า การลดทอนความผิดทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด (decriminalized
หรือ Decriminalization) จึงนับว่าเป็นมาตรการที่ชาญฉลาดและกล้าหาญที่จะต่อสู้กับปัญหาเสพติด
ติดยาเสพติดในประเทศ โดยคำนึงถึงผู้เสพยาเป็นศูนย์กลาง

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2001⁸⁵ นั้น ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสได้ประกาศ
ปรับเปลี่ยนแนวทางบางอย่างเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาเสพติดทั้งหมดโดยนำความแนวความคิด
การลดทอนความผิดทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด (decriminalized หรือ Decriminalization) แทนที่จะ
ใช้กระบวนการจัดการตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด (legalized) เกี่ยวกับการครอบครองยาเสพติด
ส่วนบุคคล โดยปกติแล้วประเทศอื่น ๆ อย่างเช่น ประเทศโลกมุสลิมหรือประเทศที่มีแนวความคิด
ระบอบคอมมิวนิสต์ จะมีการจัดการกับปัญหาเสพติดอย่างเด็ดขาด สาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นเอง
ได้เปลี่ยนแปลงนโยบายยาเสพติดไปอย่างสิ้นเชิงกับคดียาเสพติดทุกชนิดรวมทั้งคดีที่ผ่านมาด้วย
โดยวิธีการนิรโทษกรรมกับคดีที่ผ่านมาเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมีกฎหมายของประเทศสาธารณรัฐ
โปรตุเกสโดยมีกฎหมายที่ 30/2000 ระบุว่า ผู้เสพยาที่มีการครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคล

⁸⁵ GLENN GREENWALD, *Drug DECRIMINALIZATION IN PORTUGAL : Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, (Washington, D.C : Cato Institute, 2009), p.2.

ในปริมาณไม่เกินอัตราเฉลี่ยของการใช้ยาเสพติดใน 10 วันของบุคคลนั้น ๆ จะไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญา กฎหมายนี้ครอบคลุมถึงสารเสพติดทุกประเภท (เฮโรอีน, โคเคน, กัญชา)⁸⁶ การลดทอนความผิดทางอาญานี้ได้มีหลักการนำไปใช้กับการซื้อ การครอบครองและการบริโภคของยาเสพติดทั้งหมดส่วนบุคคล มีปริมาณใช้ 10 วันต่อหนึ่งคน จึงมีความหมายในนัยยะอย่างหนึ่งว่า ถูกลดทอนการเป็นความผิดทางอาญาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา มีเป้าหมาย⁸⁷เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการลงโทษโดยให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด (Commission for the Dissuasion of Drug Addiction: CDT) จัดตั้งเขตละ 1 แห่ง เป็นรูปแบบที่ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านกฎหมาย, ร่างกาย, จิตใจและสังคม และพิจารณาว่าจะต้องเข้าสู่กระบวนการป้องกัน, การดูแลสุขภาวะ, การบำบัดรักษา หรือการแทรกแซงทางสังคม มองผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษา เป็นการลดการตีตราทางสังคมโดยไม่มี การบันทึกประวัติอาชญากรรม ช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา อนุญาตให้มีการใช้ยาได้แต่ไม่สนับสนุนให้มีการเสพติด ลดการกีดกันทางสังคม, ส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม และสุขภาพะทั่วไปของผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งมีเป้าหมายทั้งด้านการลดอุปสงค์และอุปทาน

กล่าวโดยสรุปการลดทอนความผิดทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด (Decriminalized หรือ Decriminalization) เพียงแต่การลงโทษนั้นไม่ใช่การลงโทษทางอาญา (noncriminal) เช่น ปรับ หรือ ความต้องการการรักษา หรือว่าไม่มีการลงโทษทางอาญา

3.4.4 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสเป็นอีกประเทศที่ผู้เขียนเห็นว่า ควรนำมาศึกษาโดยกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศฝรั่งเศสรวมทั้งมาตรการทางสาธารณสุขต่าง ๆ นั้น มีประสิทธิภาพในระดับที่ดี

ต่อไปจะขอกล่าวกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ใส่สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสในลำดับถัดไป

⁸⁶ ส่วนพัฒนามาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, รูปแบบการลดทอนอาชญากรรมในผู้ติดยาเสพติด ในประเทศโปรตุเกส (The Portuguese Drug Decriminalization Model), (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด), น.2.

⁸⁷ เพิ่งอ้าง.

1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

กฎหมายสาธารณรัฐฝรั่งเศสที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มาจากที่หลากหลาย มีประมวลกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่

1.ประมวลกฎหมายการกระทรวงสาธารณสุข (Code of Public Health/ Code de la Santé publique)

2.ประมวลกฎหมายอาญา (Panel Code/ Code pénal)

3.ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (Code of Panel Procedure/ Code de procédure pénale)

4. ประมวลกฎหมายศุลกากร (Code of Custom/ Code des douanes)

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสนั้น ตัวบทกฎหมายของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสไม่แยกสารต่างๆระหว่างกันในแต่ละความผิดตามกฎหมายเท่ากับว่าทุกสารเสพติดจะถูกดำเนินการตามกฎหมายไปในทิศทางเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงชนิด ประเภทของลำดับชั้นสารต่างๆ แต่อย่างไรก็ดีเจ้าหน้าที่ที่พิจารณาคดีอาจพิจารณาคูสมบัติของสาร ปริมาณของสารและประวัติอาชญากรรมที่มีมาก่อน เพื่อใช้ในการตัดสินคดีหรือลดข้อกล่าวหาหรือไม่ต่อผู้กระทำผิด สาธารณรัฐฝรั่งเศสนั้นเรียกสารที่ผิดกฎหมายว่า “สารควบคุม”⁸⁸ สารควบคุมนี้จะถูกผนวกกับกฎหมายพระราชกำหนดการบริหารราชการ (Decree Law) ฉบับลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 1990 รวมอยู่ใน 4 รายการ⁸⁹ ดังนี้

รายการที่ 1 (List 1) ได้แก่ สารเสพติด เช่น เฮโรอีน โคเคน กัญชา ยาฝิ่น ฯลฯ

รายการที่ 2 (List 2) ได้แก่ สารชนิดเดียวกับโคเคอีน โพรพิราม(propiram) ฯลฯ (รายการ 1 และ 2 สอดคล้องกับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961)

รายการ 3 (List 3) ได้แก่ สารในอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ที่กรุงเวียนนา เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) ยาอี (MDMA) LSD ฯลฯ และ

รายการที่ 4 (List 4): สารไม่ได้ถูกควบคุมในระดับนานาชาติ เช่น MBDB, 4-MTA, Ketamine, Nabilone, THC ฯลฯ

⁸⁸ EMCDDA “Country Profile – France,” สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2560, จาก <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eidd.countryprofiles&country=FR>

⁸⁹ เพิ่งอ้าง.

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสให้ความสำคัญเกี่ยวกับกฎหมายระหว่างประเทศอย่างมาก เนื่องจากได้ลงนามให้สัตยาบันในอนุสัญญาสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด คือ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotics) อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropics) และอนุสัญญาว่าด้วยต่อต้านการค้ายาเสพติดและจิตประสาท 1988 (Convention against Illicit Trafficking of Narcotics and of Psychotropics) และการใช้สารหรือติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ได้เป็นความผิดทางอาญาแต่อย่างใด⁹⁰

2) มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

เริ่มจากกฎหมายของวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 1970 มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายยาเสพติดในสาธารณรัฐฝรั่งเศส โดยวัตถุประสงค์หลัก ปรามปรามการค้ามนุษย์ เพื่อห้ามการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดจึงเสนอมาตรการทางเลือกที่ให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดฟรีและเป็นระบบนิรนาม

มีการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดที่ชัดเจน นโยบายด้านการปรามปรามการค้ายาเสพติด มีรายงาน 3 ฉบับที่สำคัญออกมาไปสู่ความเปลี่ยนแปลงนโยบายทั้งหมด **Pelletier 1978 Trautman 1990 Henrion 1995** ทำให้เห็นนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดนั้นมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะเกี่ยวกับกฎหมายของปี ค.ศ. 1970

รายงานทั้ง 3 ฉบับมีสาระสำคัญ⁹¹ ดังนี้

1. รายงานฉบับ Pelletier

การประเมินครั้งแรกของกฎหมายในปี ค.ศ. 1970 และนโยบายของประเทศฝรั่งเศสในเรื่องยาเสพติดและการติดยาเสพติดเสร็จในปี ค.ศ. 1987 โดยคณะกรรมการที่มี Monique Pelletier เป็นประธานเป็นผู้ได้ศึกษาปัญหานี้ตามคำขอของประธาน France Giscard d'Estaing

ในรายงานฉบับ Pelletier ได้กล่าวถึงอุปสรรคที่ประสบในการนำกฎหมายในปี ค.ศ. 1970 มาใช้คือ ผลพวงจากความไม่เสมอภาคในการจัดการกับผู้ติดยาเสพติดซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจาก

⁹⁰ Public Health Code, art. L3421-1

⁹¹ ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ : ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา, (กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการในพระตำหนักเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา กระทรวงยุติธรรม ,2556), น.144-150.

ความจริงที่ว่ากฎหมายไม่ได้รวมประเภทที่อยู่ตรงกลางระหว่างผู้ขายเสพติดและผู้ค้ายาเสพติด นอกจากนี้ในรายงานยังชี้ให้เห็นว่าปัญหาการใช้กฎหมายนั้นมาจากอุปสรรคที่เผชิญอยู่ในการที่จะให้เจ้าหน้าที่ด้านกฎหมายและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ไม่เชื่อเรื่องหลักในการบำบัดรักษาตามศาลสั่งและการบังคับให้แต่ละคนไปรับการบำบัด คณะกรรมการ Pelletier ได้ตั้งข้อสังเกตว่าผลทางกฎหมายได้นำมาใช้บ่อยกว่าการบำบัดรักษา กรรมการของ The Pelletier Commission เชื่อว่ากฎหมาย

ในปี ค.ศ. 1970 สมควรได้รับโอกาสครั้งที่สองคณะกรรมการดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะว่าจะได้รับประโยชน์จากสถาบันในเรื่องแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน (หนังสือเวียน) และมีการจัดตั้งทรัพยากรด้านโครงสร้างและด้านการเงินขึ้น เพื่อประกันถึงการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในทางเลือกเชิงบำบัดทั้งในระดับฝ่ายตุลาการและทางการแพทย์ นอกจากนี้ข้อเสนอแนะอื่นแล้ว รายงานยังได้เสนอว่าผู้ขายเสพติดควรจะได้รับแยกประเภทของสารที่ผิดกฎหมายที่พวกเขาใช้ โดยทางการในปัจจุบัน กฎหมายยังไม่แยกระหว่างสารที่ผิดกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติ มีหนังสือเวียนหลายฉบับตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาได้เชิญอัยการและผู้พิพากษามาให้การแยกแยะระหว่างการใช้กัญชาและการใช้ยาอื่น อย่างเช่น heroin และ cocaine. ตัวอย่างเช่น หนังสือเวียน (ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 1978) ได้เสนอแนะว่าผู้ใช้กัญชาไม่น่าถือว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดที่ “แท้จริง” และเสนอแนะอีกว่าการรักษาคนไข้ด้วยวิธีล้างสารพิษออกจากร่างกายนั้นอาจจะไม่ใช่เป็นมาตรการที่เหมาะสมสำหรับผู้ขายเสพติดประเภทนี้ และเสนอว่าพวกเขาควรได้รับการดักเตือนแบบทั่วไป ผู้พิพากษาที่ได้รับเชิญให้ช่วยกระตุ้นผู้ขายเสพติดติดต่อกับศูนย์การติดยาเสพติดและใช้การบำบัดตามคำสั่งศาลเฉพาะผู้กระทำความผิดซ้ำเท่านั้น หลายคนมองหนังสือเวียนว่าเป็นการทำให้การใช้กัญชาไม่เป็นความผิดทางอาญา อย่างไรก็ตาม ก็ต้องตั้งข้อสังเกตว่าหนังสือเวียนหลายฉบับแสดงให้เห็นความตั้งใจจริงของกระทรวงยุติธรรมแต่ก็สามารถบังคับใช้ได้อย่างหลากหลายโดยอัยการ หนังสือเวียนของปี ค.ศ. 1978 เป็นจุดอ้างอิงจนกระทั่ง 12 พฤษภาคม 1978 เป็นเวลาที่หนังสือเวียนด้านกระบวนการยุติธรรม-สุขภาพได้ยกเลิกหนังสือเวียนฉบับก่อนๆและแนะนำการแยกแยะใหม่สำหรับการใช้ยาเสพติดที่ขึ้นอยู่กับความถี่ของการใช้ยาเสพติด⁹²

สำหรับทุกคดีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดนั้น ต้องส่งรายงานไปเพื่อการดำเนินคดีตามกฎหมายและผู้พิพากษาที่มีความชำนาญพิเศษ ผู้ใช้ “บางครั้งบางคราว” ที่อยู่ในสังคม

⁹² เห่งฮ้าง.

ได้ดีก็ได้รับการคัดค้านแบบธรรมดา หนังสือนี้ได้เสนอการบำบัดตามคำสั่งศาลหรือการดำเนินคดีตามกฎหมายสำหรับผู้ใช้ “ที่คิดเป็นนิสัย” ผู้ใช้ยาเสพติดชาวต่างชาติที่ผิดกฎหมายต้องถูกสอบสวนในศาลทันทีและถูกสั่งห้ามเข้าเขตปกครองของฝรั่งเศส ท้ายสุด ผู้ใช้-ผู้ค้าหรือผู้ใช้ที่กระทำความผิดได้ถูกฟ้องร้องในฐานะที่เป็นหัวหน้าผู้ค้ารายใหญ่หรือสำหรับการทำอันตรายผู้อื่นเพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้านั้น หนังสือนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะฟื้นฟูการบำบัดตามคำสั่งศาลและหนังสือนี้ชี้แจงด้วยว่ากำหนดควรจะนำมาใช้บังคับได้อย่างไร

หนังสือเวียนนี้มุ่งไปทางการใช้มาตรการเชิงปราบปรามสำหรับผู้ใช้ที่คิดเป็นนิสัยและผู้ใช้-ผู้ค้ายาเสพติด และเป็นพื้นฐานของแนวทางเกี่ยวกับนโยบายทางกฎหมายระหว่างปี ค.ศ. 1990 และ ปี ค.ศ. 1995 เน้นการฟื้นฟูบำบัดตามคำสั่งศาลและการแยกแยะระหว่างผู้ใช้ยาเสพติดแบบเป็นบางครั้งบางคราว ผู้ใช้ “ที่คิดเป็นนิสัย” และผู้ใช้-ผู้ค้ายาเสพติด

2. รายงานฉบับ Trautmann⁹³

รายงานฉบับที่สองได้รับมอบหมายให้จัดทำในปี ค.ศ. 1989 จาก Catherine Trautmann ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งประธานของ The Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction รายงานของ Trautmann ได้ยื่นเสนอในปี ค.ศ. 1990 รายงานนี้ได้รวบรวมบทวิจารณ์เกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยาเสพติดและการติดยาเสพติดที่มีอยู่ อุปสรรคใหญ่ๆ ในการต่อต้านยาเสพติดและนโยบายยาเสพติดในประเทศฝรั่งเศสตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ถึง 1988 รายงานฉบับนี้ไม่ได้เสนอแนะให้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆในเรื่องกฎหมายปี ค.ศ. 1970 แต่เน้นย้ำถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติการต่อต้านการติดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นมากกว่า โดยเน้นเฉพาะการพัฒนาความร่วมมือให้ดีขึ้นระหว่างหน่วยบริการหลักแห่งชาติทั้งสามหน่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการต่อต้านการติดยาเสพติด: ตำรวจ ทหาร และตุลาการ – แต่ละหน่วยที่เขตอำนาจตามกฎหมายต่างกัน (พื้นที่เมืองสำหรับตำรวจ พื้นที่ชนบทสำหรับทหาร พื้นที่ชายแดนสำหรับตุลาการ) เป็นที่เสนอแนะว่าการตรวจตราเขตชายแดนที่อยู่รอบนอกฝรั่งเศสควรได้รับการสนับสนุน รายงานฉบับนี้ยังได้เสนอแนะว่าจะทำอย่างไรในการจัดการกับด้านความต้องการยาเสพติดโดยพัฒนากลยุทธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการติดยาเสพติดและการติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบรรดาเยาวชน ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดยาเสพติดและการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการกลับคืนสู่ชุมชนโดยตั้งอยู่บนแกนหลักสามประการ : การปรับปรุงบริการสังคมและสุขภาพ การ

⁹³ เฟ็งฮ้าง.

คำนึงถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเอคส์และการสร้างระบบการบริหารจัดการด้านการเงินที่มั่นคงเพื่อสนับสนุนหน่วยเฉพาะกิจที่ให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติด

ท้ายสุด ในเรื่องการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้ยาเสพติดนั้น ถูกต้องตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชา รายงานฉบับ Trautmann ชัดกับข้อเสนออย่างชัดเจน รายงานได้กล่าวว่า ประเด็นคือประเด็นของการป้องกันการใช้ยาและการดูแลผู้ติดยา และการทำให้กัญชาถูกต้องตามกฎหมาย จะเป็นการปฏิบัติต่อการใช้ยาเสพติดราวกับไม่ใช่เรื่องสำคัญและส่งเสริมมาก่อนและการใช้ยาเสพติดบ่อยมากขึ้น

3. รายงานฉบับ Henrion

The Henrion Commission ได้จัดทำขึ้นในปี ค.ศ. 1995 เป็นรายงานฉบับที่ 3 เกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในประเทศฝรั่งเศส เป็นที่น่าสนใจที่สังเกตได้ว่า –ข้อสรุปของ The Henrion Commission คล้ายกับรายงานสองฉบับที่กล่าวมาแล้วในเรื่องการขาดการประสานงานและความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายตุลาการและเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขและปัญหาในการปฏิบัติตามนโยบายตามมาตรการด้านการปราบปรามและด้านสาธารณสุข The Henrion Commission ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการใช้การบำบัดตามศาลสั่งมีจำกัดและมีจำนวนการจับกุมฐานการใช้ยาเสพติดธรรมดาเพิ่มขึ้น และก่อนอื่นก็ได้เสนอแนะการพัฒนาด้านนโยบายการประเมินผลเพื่อประเมินสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศฝรั่งเศสและแนะนำว่านโยบายยาเสพติดของประเทศฝรั่งเศสนั้นควรให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้รายงานก็ยังวิพากษ์การขาดความคงเส้นคงวาในการบังคับใช้กฎหมายและความไม่เสมอภาคในการจัดการผู้ใช้ยาเสพติดทั่วประเทศฝรั่งเศสและได้เสนอแนะอีกว่าหน่วยงานที่มีอยู่และโครงสร้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปราบปรามการค้ายาเสพติดควรได้รับทรัพยากรด้านการเงิน และบุคลากรที่จำเป็นเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามคำสั่งได้สำเร็จ⁹⁴

อย่างไรก็ตาม The Henrion Commission มีข้อเสียในการยื่นเสนอปฏิรูปกฎหมาย ของปี ค.ศ. 1970 คณะกรรมการของ The Commission ได้โต้แย้งในประเด็นการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้กัญชานั้น ถูกต้องตามกฎหมาย แสดงความคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับประเด็นนี้ คณะกรรมการส่วนน้อย (8 จาก 17 คน) ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดเกี่ยวกับการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้กัญชานั้น ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนใหญ่เพราะพวกเขาคิดว่าเป็นการยากที่จะคงไว้

⁹⁴ เฟ็งฮ้าง.

ซึ่งการสั่งห้ามปรามทางศีลธรรมโดยปราศจากข้อห้ามทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการส่วนมากเล็กน้อย (9 จาก 17 คน) เห็นด้วยกับ การยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้กัญชานั้นถูกต้องตามกฎหมายและการมีสารนั้นไว้ในครอบครองในปริมาณน้อยเกินหน้าต่อที่เล็กน้อยโดยไม่มีการควบคุมได้ดีขึ้นและประเมินผลที่ตามมาของการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้ยาเสพติดนั้น ถูกต้องตามกฎหมาย พวกเขาก็ยังเสนอแนะต่อว่าการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้ยาเสพติดนั้น ถูกต้องตามกฎหมายนั้นควรมีการประกาศใช้กฏข้อบังคับไปด้วย ซึ่งจำกัดการใช้กัญชาในสถานที่บางแห่งและห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า 16 ปี ใ้ช้กัญชา กฏข้อบังคับต่าง ๆ ก็น่าจะห้ามใช้อำนาจควบคุมบังคับการมีเมาน์ที่สาธารณะ ก่อให้เกิดความผิดในการจับกุมภายใต้ฤทธิ์ของกัญชา และน่าจะห้ามผู้ประกอบการบางกลุ่มใช้กัญชาเพื่อความปลอดภัย (ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักบิน คนขับรถสาธารณะ เป็นต้น) มาตรการทั้งหมดเหล่านี้จำเป็นต้องมีควบคู่ไปกับการรณรงค์เพื่อการป้องกัน เน้นผลในเชิงลบที่จะตามมาที่อาจจะเกิดขึ้น ได้จากการเสพกัญชา การประเมินที่กำลังดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องไม่เฉพาะกัญชาเท่านั้นแต่รวมยาเข้าฝิ่น โทเคน และแครก (crack) ด้วย และการวิจัยทางประสาทชีววิทยาที่ดำเนินการอยู่เกี่ยวกับผลของการใช้กัญชา ท้ายสุด ความผิดฐานการช่วยผู้ให้ยาเสพติดก็ต้องคงไว้และใช้บังคับตามกฎหมาย

The Henrion Commission ได้เสนอแนะว่า ถ้าการปฏิรูปกฎหมายได้นำมาใช้บังคับและสถานการณ์ไม่แย่งภายในสองปี รัฐบาลก็น่าจะพิจารณาถึงกฏข้อบังคับในเรื่องการพาณิชย์เกี่ยวกับกัญชาภายใต้การควบคุมที่เข้มงวดของรัฐ อย่างไรก็ตาม ก็น่าจะตั้งข้อสังเกตว่าคณะกรรมการบางคนคิดว่า กฏข้อบังคับเช่นนั้นก็น่าจะนำมาใช้ควบคู่ไปกับการยกเลิกความผิดทางอาญา หรือการทำให้กัญชานั้น ถูกต้องตามกฎหมายและควรจะไม่มีช่วงการทดลองใช้ ข้อเสนอแนะเหล่านี้ยังคงต้องนำไปดำเนินการ The Henrion Commission ก็ยังได้เสนอแนะให้กำหนดนโยบายการลดอันตรายว่าไม่น่าจะจำกัดอยู่แค่การลดความเสี่ยงต่อสุขภาพอันเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา แต่น่าจะมีพื้นฐานในมุมมองด้านสาธารณสุข ที่น่าจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะอย่างเข้มงวด เช่น การทิ้งเข็มในที่สาธารณะ รัฐบาลฝรั่งเศสได้ตระหนักถึงความสำคัญในเองการลดอันตรายในแผนปี 1993 ที่เกี่ยวกับ: การปรับปรุงการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในโครงสร้างเฉพาะและภาคส่วนสุขภาพทั่วไป การพัฒนามาตรการลดอันตราย และการเสนอการบำบัดรักษาแทนแก่ผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้สนับสนุนการเร่งด่วนในการนำเอาสองด้านสุดท้ายของแผนนั้น ไปปฏิบัติ ปัจจุบัน ความสำคัญของนโยบายยาเสพติดของฝรั่งเศสยังเน้นในเรื่องการป้องกัน การลดอันตราย

และการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในบริบทของการเบี่ยงเบนของผู้ใช้ยาเสพติดให้ออกจากระบบกระบวนการยุติธรรม

จากนั้นก็มีความหมายออกมาเกี่ยวกับมาตรการของหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมายและการบริการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขหรือสุขภาพ มีคำสั่งที่สำคัญอีกหนึ่งคำสั่งคือ คำสั่งที่ออกวันที่ 17 มิถุนายน 1999 เกี่ยวกับการดำเนินการพิจารณาคดีเกี่ยวกับผู้ใช้สารเสพติด วางแนวทางให้พนักงานอัยการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สารในทางที่ผิดหลักการอันเกี่ยวกับสุขภาพ ถือเป็นประเด็นหรือจุดเปลี่ยนอันสำคัญ⁹⁵

3) มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

กรอบกฎหมายที่สำคัญคือกฎหมายตราขึ้น ณ วันที่ 31 ธันวาคม 1970 ได้ทำการแก้ไขประมวลกฎหมายการกระทรวงสาธารณสุขและสร้างกรอบกฎหมายขึ้นมาโดยมีรากฐานมาจากการใช้มาตรการปราบปรามและการจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้คือปราบปรามการค้ายาเสพติดอย่างรุนแรง ห้ามใช้ยาเสพติดและยังเสนอทางเลือกในการปราบปรามการการใช้ยาเสพติด และทำให้มั่นใจว่าผู้ที่ต้องการรับการรักษาสามารถได้รับการรักษาฟรีและไม่มีระบุชื่อ⁹⁶

กฎหมายฉบับนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่นั้น แต่มีการออกคำสั่งต่างๆ (เช่นหนังสือเวียน) และกฎหมายใหม่ที่ได้รับการตราขึ้นเพื่อควบคุมการค้ายาเสพติดมากขึ้น บัญญัติความคิดใหม่ๆ และเพิ่มบทลงโทษสำหรับการค้ายาเสพติด ในขณะเดียวกันได้ทำการเบี่ยงเบนผู้ใช้ยาเสพติดชนิดไม่รุนแรง เช่น เลี่ยงคดีกักขังออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา เป็นที่สังเกตว่ามาตรการส่วนใหญ่ของกฎหมายปี 1970 ฉบับนี้ (เดิมเขียนเป็นประมวลสาธารณสุข) ได้รับตั้งแต่บูรณาการเข้าประมวลกฎหมายอาญาใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในปี 1994 ยกเว้นการละเมิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด มีการห้ามโดยประมวลกฎหมายสาธารณสุข กฎหมายฝรั่งเศสยังอยู่ภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศเนื่องจากฝรั่งเศส ได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดคือ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotics) อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropics) และอนุสัญญาว่าด้วย

⁹⁵ เพิ่งอ้าง.

⁹⁶ เพิ่งอ้าง, น.135.

ต่อต้านการค้ายาเสพติดและจิตประสาท 1988 (Convention against Illicit Trafficking of Narcotics and of Psychotropics)⁹⁷

ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลิต การผลิตนำเข้าส่งออก การขนส่ง การครอบครอง การเสนอขาย การขาย การซื้อกิจการ หรือการใช้ที่ผิดกฎหมายของยาเสพติด มีโทษถึงจำคุกและปรับถือว่ามีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส⁹⁸ เป็นโทษทางอาญา

ทั้งนี้ความผิดตามประมวลกฎหมายสาธารณสุขฝรั่งเศสยังมีความผิดเกี่ยวกับใช้สารเสพติดหรือ ยาเสพติดมีบทลงโทษจำคุก 1 ปี และปรับ 3,750 ยูโร ในกรณีที่ใช้สารเสพติดในที่สาธารณะหรือใช้ส่วนตัวก็ตาม⁹⁹

ถึงกระนั้นหากเป็นการใช้สารเสพติดมีมาตรการทางเลือกให้สามารถใช้โปรแกรมทางสาธารณสุขเป็นการรักษาตามคำสั่งศาล (therapeutic injunction หรือ injonction thérapeutique) ได้ แทนการลงโทษทางอาญา

กฎหมายปี 1970 (The law of 1970) ของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสเน้นมาตรการทางสาธารณสุขมากกว่า กำหนดว่า ผู้กระทำผิด (นั้นไม่มีการแยกประเภทของการใช้สารเสพติด) จะต้องลงทะเบียน โปรแกรมฟื้นฟูการใช้ยาเสพติดแทนการลงโทษจำคุก ไม่มีการบังคับบำบัดเป็นความสมัครใจของผู้ใช้ยาเสพติด หน่วยงานสาธารณสุขมีความรับผิดชอบในการเลือกหน่วยงานที่รับผิดชอบที่เหมาะสมและควบคุมตามโปรแกรมรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล หากบุคคลนั้นปฏิเสธ โปรแกรมระหว่างการรักษานักงานอัยการสามารถใช้อำนาจหรือฟื้นคดีอาญาได้สำหรับบุคคลนั้น

ประมวลกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติการเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁰⁰ ทำให้พนักงานอัยการไม่อาจดำเนินการตามกฎหมายต่อผู้กระทำผิดหากสามารถแสดงใบรับรองแพทย์ว่าได้รับการบำบัดหรือยินยอมเข้าไปอยู่ในการควบคุมของแพทย์

⁹⁷ เพิ่งอ้าง, น.135-136.

⁹⁸ Code pénal Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne Section 4 : Du trafic de stupéfiants Article 222-34

⁹⁹ Code de la santé publique Titre II : Dispositions pénales et mesures d'accompagnement Chapitre Ier : Peines applicables. Article L3421-1

¹⁰⁰ Code de la santé publique. Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes. Chapitre Ier : Dispositions générales. Article L3411-1

ตั้งแต่ได้การกระทำผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามหากผู้กระทำความผิดไม่สามารถแสดงใบรับรองแพทย์ได้ พนักงานอัยการอาจสั่งให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาการติดยาเสพติดหรือเข้าเข้าไปอยู่ภายใต้การเฝ้าระวังของแพทย์¹⁰¹

ปกติแล้วผู้พิจารณาคดีหรือผู้พิพากษามีอำนาจพิจารณาเขียนรายงานให้ใช้มาตรการสาธารณสุขถ้าหากเห็นว่า บุคคลใดมีการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด หรือติดแอลกอฮอล์เป็นอาชญา จะถูกส่งไปประเมินวิธีการรักษาหรือการดูแลทางการแพทย์ และแจ้งไปยังผู้อำนวยการทั่วไปของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคต่อไป และมีการดำเนินการทันทีในการตรวจสอบทางการแพทย์โดยแพทย์ หรือ ถ้ามีการประเมินผลทางสังคมและจิตวิทยาโดยได้รับใบอนุญาตนักจิตวิทยาหรือนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพ โดยผู้อำนวยการทั่วไปของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคกำกับดูแล โดยการอนุญาตการรักษาจะมีเหตุผลรองรับเสมอและหากมีเหตุจำเป็นสามารถตรวจสอบสถานะทางครอบครัว ชีวิตของผู้รับการรักษาและสังคมที่เกี่ยวข้องของบุคคลนั้นตามคำขอของนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพ ถ้าไม่มีนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพก็ขึ้นอยู่กับกรณีสืบสวนกรณีนี้ และทั้งนี้ขั้นตอนการประเมินของนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพจะต้องกระทำโดยไม่ชักช้าเพื่อส่งข้อมูลไปยังผู้มีอำนาจพิจารณาคดีหรือผู้พิพากษาเพื่อกำหนดถึงความเหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาบุคคลนั้น¹⁰² และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดมีดังนี้ นั่นก็คือ สถาบันป้องกัน อบรม การวิจัยข้อมูล การติดยาเสพติดแห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานกิจกรรมทั้งหมดที่อยู่ในประเทศ และทำการวิจัยที่จำเป็นทั้งหมดทั้งขึ้นพื้นฐานและคลินิกในเขตของยาเสพติดและการติดยาเสพติด มีบทบาทการประสานงานของประเทศ โดยมีบทบาทดังนี้¹⁰³ เช่น

1. การฝึกอบรมพนักงานในการรับมือกับรูปแบบต่างๆของยาเสพติด
2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาเสพติด
3. การให้ข้อมูลต่างๆที่เหมาะสมกับประชาชน

¹⁰¹ Code de la santé publique. Titre II : Dispositions pénales et mesures d'accompagnement. Chapitre III : Injonction thérapeutique par le procureur de la République. Article L3423-1

¹⁰² Code de la santé publique Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes. Chapitre III : Personnes signalées par l'autorité judiciaire. Article L3413-1

¹⁰³ Code de la santé publique. Titre Ier : Organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes. Chapitre Ier : Dispositions générales. Article L3411-3

4. การศึกษาในปัญหาต่างๆ การติดตามกลไกในการออกฤทธิ์ของยาเสพติดรวมถึง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้สารรวมถึงด้านของสังคม

5. ทำหน้าที่บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้โดยวิธีการรักษาที่ดีที่สุด

6. กำหนดนโยบายการลดความเสี่ยงและความเสียหายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้

7. สำรองการระบาคของยาเสพติด ดูแลข้อมูลพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่อยู่ในความดูแล โดยทั้งนี้ กระทรวงยุติธรรม ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส มีคำสั่งในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1999 ทำให้มาตรการเหล่านี้ช่วยให้พนักงานอัยการหรือผู้พิพากษาที่ก่อนหน้านี้มีความจำเป็นต้องมีภาระผูกพันในการดำเนินคดีอาญา แต่ปัจจุบันสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น หรือฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลนั้น เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว¹⁰⁴

ดังนั้นในทางทฤษฎีอะไรก็ตามที่เป็นอุปสรรคในการพิจารณากฎหมายของผู้กระทำ ความผิดเล็กน้อยในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดจะได้รับประโยชน์จากกฎหมายเหล่านี้ทั้งสิ้น เพราะมีมาตรการทางเลือกที่จะดำเนินคดีหรือใช้มาตรการทางเลือกสำหรับบุคคลนั้น ท้ายที่สุดมาตรการเหล่านี้ช่วยให้ผู้พิพากษาหรือศาลมีคำสั่งให้เข้ารับการรักษาได้มากขึ้น ทั้งนี้หากกระบวนการรักษาเสร็จสิ้นผู้พิพากษาหรือศาลไม่สามารถลงโทษทางอาญาได้ มาตรการเหล่านี้เป็นที่นิยมของผู้พิพากษาหรือศาลเป็นอย่างมาก อีกทั้งผู้พิพากษาหรือศาลชอบที่จะใช้มาตรการกฎหมายทั่วไปที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ยังอาจได้รับการประกาศโดยศาลภายในกรอบของการทดลองหรือในกรอบของการทำงานกับชุมชนสังคมที่มีภาระผูกพันที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพ

หลังจากมีการรับเอามาตรการของแผนปฏิบัติการในปีที่ 3 ของฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 1999 เกือบทุกศาลได้กำหนดการประชุมความยุติธรรมเกี่ยวกับสุขภาพได้ช่วยในการสะท้อนเกี่ยวกับ

¹⁰⁴ cf supra Decree of the Ministry of Justice of 17 June 1999 concerning the fight against drug trafficking and law of 23 June 1999: new article 41-1 of the Criminal Code of procedure according to which, the public prosecutor can decide to orientate the criminal towards a health, social or professional structure, before any decision on the public action, every time such a measure seems able to contribute to the rehabilitation of the offender.

มาตรการที่จะนำไปใช้กับยาเสพติดโดยใช้ผู้กระทำผิดและเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและการบังคับใช้กฎหมายอีกด้วย¹⁰⁵

กล่าวโดยสรุป สาธารณรัฐฝรั่งเศส มีการดำเนินคดีในการใช้ยาเสพติดจำนวนของกรณีการตามกฎหมายกับผู้ที่ใช้ยาเสพติดลดน้อยลง การสำรวจแสดงให้เห็นว่ามีเพียง 10% ของทุกคนที่โดนตำรวจจับสำหรับการใช้ยาเสพติดถูกดำเนินคดีจริง¹⁰⁶ และจำคุกเพียงสำหรับการใช้ยาเสพติดอยู่แต่มีจำนวนที่น้อยมาก¹⁰⁷

บทสรุปภาพรวมของกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติของหลักการสากลและของต่างประเทศ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของประเทศต่าง ๆ ที่ได้ทำการศึกษาในบทที่ 3 ปรากฏว่า ทุกประเทศกำหนดประเภทของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ตามกฎหมายเป็นเพียงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ไม่ได้บัญญัติเป็นยาเสพติดแต่อย่างใด

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยหลักการสากลและประเทศต่าง ๆ ที่ได้ทำการศึกษาในบทที่ 3 นั้น มีนโยบายที่มีความเป็นธรรมต่อผู้เสพและผู้ติด ผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ถือว่าเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ควรนำมาลงโทษที่มีความผิดทางอาญา โดยให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพเป็นหลักและพัฒนาระบบสาธารณสุขเต็มรูปแบบ พัฒนาระบบป้องกันการใช้ยาที่ผิดและมีความเสี่ยง มีระบบฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพและการรักษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจหรือความยินยอม และมีการปฏิบัติต่อผู้เสพและผู้ติดโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ

ส่วนการปฏิบัติต่อผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยหลักการสากลและประเทศต่าง ๆ นั้น มีหลักการปฏิบัติที่คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ มีศูนย์ดูแลทางสาธารณสุขสำหรับผู้เสพและผู้ติด ใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เช่น การสนับสนุนโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา หรือ บางประเทศมีห้องสำหรับเสพยาภายใต้การดูแลของแพทย์โดยเฉพาะ เป็นต้น และที่สำคัญผู้เสพและผู้ติดไม่มีการนำโทษทางอาญามาใช้บังคับ เพราะผู้

¹⁰⁵ *supra* note 88.

¹⁰⁶ Statistics of Ministry of Interior (OCRTIS) and Ministry of Justice 1999

¹⁰⁷ Survey realised in the penitentiary establishments updated at 1st November 2000: 197 convicted (0,4 % of the total prison population) were serving a sentence of imprisonment for use of drugs only

เสฟและผู้ติคแอมเฟตامينและอนุพันธ์ไม่ใช่อาชญากร หลักสากลและประเทศต่าง ๆ ถือปฏิบัติว่า
ต้องให้การดูแลสุขภาพโดยถือว่าเป็นผู้ป่วย



บทที่ 4

วิเคราะห์มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการบำบัดรักษา

ผู้เสพและผู้ติดสารแอมเฟตามีน

ความคิดเกี่ยวกับการใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากมีความผิดพลาดของกระบวนการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารชนิดดังกล่าวนี้ รวมถึงมาตรการต่าง ๆ ที่นำมาบังคับใช้หลังจากที่ผู้เสพได้ตกเป็นจำเลยและถูกตัดสินคดีจากศาล อีกทั้งยังตกเป็นจำเลยของสังคมเสมือนได้กระทำความอย่างร้ายแรงยากที่สังคมจะเข้าใจและให้โอกาส เนื่องจากกระบวนการของกฎหมายยังบังคับโทษทางอาญาอยู่เป็นหลัก แต่สิ่งที่ผู้เขียนได้ศึกษามา นั้นความคิดเกี่ยวกับสารชนิดนี้ หากเป็นผู้เสพหรือผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ยังมีมุมมองทางกฎหมายและนโยบายของประเทศต่าง ๆ ที่ผู้เขียนได้ศึกษามา และเห็นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจะนำเสนอข้อแตกต่างเปรียบเทียบปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้เสพหรือผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในลำดับถัดไป

4.1 การบัญญัติกฎหมายที่เหมาะสมกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

นับตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นี้ใช้บังคับพระราชบัญญัตินี้ ไม่ได้กำหนดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีโทษทางอาญาอย่างร้ายแรงตั้งแต่ต้น แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นถูกจัดประเภทเป็นเพียงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ต่อมา วันที่ 16 ตุลาคม 2539 นั้น ได้มีการประกาศบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดตามบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ทำให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทร้ายแรงที่สุด คือ ประเภทที่ 1 ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับกับเฮโรอีน จึงถือว่าเป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงที่สุดตามกฎหมาย เหตุผลในการบัญญัติให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เนื่องจากคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้เสนอเปลี่ยนแปลงให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 ด้วยหลักการและเหตุผลใน

ปัจจุบันผู้เขียน ได้มีการสอบถามไปยังหน่วยงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้ความว่า “ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 รัฐบาลกำหนดนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่า โดยเน้นการดำเนินการในเรื่องของการปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งจำหน่าย โดยอาศัยบทลงโทษตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีการกำหนดความผิดและบทลงโทษของผู้ผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออกไว้สูงสุดถึง 20 ปี และปรับสูงสุดถึง 400,000 บาท แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้ามิได้ลดลง อาจเป็นเพราะผลตอบแทนที่ได้จากการค้าค่อนข้างสูง ผู้กระทำความผิดจึงยังมีจำนวนมากขึ้น จึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการหามาตรการในการควบคุมและป้องกันการลักลอบผลิต จำหน่าย นำเข้าหรือครอบครองยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ เหตุผลในการประกาศยกระดับนำเอาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จากวัตถุออกฤทธิ์ เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2539 จึงเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลในขณะนั้นด้วยมีการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อย่างมากในเวลานั้น จึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดวิธีหนึ่งก็คือกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 เนื่องจากมีอัตราโทษที่สูงกว่าวัตถุออกฤทธิ์ เพื่อให้ผู้คิดกระทำผิดเกรงกลัวไม่กล้ากระทำผิดพร้อม ๆ กับการควบคุมสารตั้งต้นในการผลิตด้วย ในการพิจารณาออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ .. (พ.ศ.) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อยกเลิกการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 กลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เช่น เมทแอมเฟตามีน เป็นต้น แล้วนำไปควบคุมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1” การออกบทบัญญัติเช่นนี้เป็นการบัญญัติกฎหมายที่ผิดไปจากหลักการของกฎหมายระหว่างประเทศซึ่งตามกฎหมายระหว่างประเทศเองนั้นตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 นั้น มิได้จัดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์อยู่ในบังคับตามกฎหมายฉบับนี้ โดยกฎหมายฉบับนี้นั้น ได้แต่เพียงกำหนดถึงแต่เพียงเฮโรอีน ว่าอยู่ในบัญชีท้ายอนุสัญญา บัญชี 1 หรือ กัญชาก็อยู่ในบัญชี 1 เช่นกันและบัญชีท้ายอนุสัญญาตั้งแต่ 1 ถึง 4 นั้นก็ไม่ได้จัดประเภทให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์อยู่ในบังคับของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติดแต่อย่างใดตรงนี้แสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดในการบัญญัติกฎหมายมุ่งเน้นที่จะดำเนินนโยบายการปราบปรามด้านเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบและหลักความได้สัดส่วนของกฎหมาย และประเทศไทยเองก็ได้มีการลงนามเป็นรัฐภาคีในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 อีกด้วยกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อีกหนึ่งฉบับนั้นก็คืออนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีในอนุสัญญาฉบับดังกล่าวนี้เช่นกันและอนุสัญญาฉบับดังกล่าวนี้ได้มีการกำหนดประเภทของแอมเฟตามีนและ

อนุพันธ์ในบัญชีรายชื่อของสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท บัญชี 2 โดยบัญชี 2 นั้นเป็นบัญชีที่จัดประเภทของสารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมากต่อสุขภาพของสาธารณชน และมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาเล็กน้อยถึงปานกลาง แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ยังพอมีประโยชน์อยู่ เพียงแต่ต้องมีการควบคุมการใช้สาร อาจจะมีการใช้สารในทางที่ผิดได้ หากพิจารณาถึงเหตุผลที่ควรจะมีบัญชียุติสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไว้ในประเภทที่ 1 หรือไม่ หากพิจารณาถึงกฎหมายในประเทศต่าง ๆ นั้นมีความน่าสนใจนำมาเปรียบเทียบดังต่อไปนี้

กฎหมายเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศสหพันธรัฐเยอรมนีนั้นก็มิได้กำหนดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเป็นยาเสพติดแต่อย่างใด ประเทศสหพันธรัฐเยอรมนีมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและเป็นธรรมตามกฎหมาย Betäubungsmittelgesetz – BtMG มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดประเภทของสารต่าง ๆ ตามกฎหมาย มีหลักเกณฑ์ในการปรับปรุงที่มีความชัดเจน คือต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สำหรับการดำเนินการของสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกี่ยวกับกับการติดยาเสพติด มีการผลิตได้เนื่องจากสามารถนำมาใช้งานได้ และมีการรักษาความปลอดภัยหรือการควบคุมการค้ายาเสพติดหรือสารอื่น ๆ หรือ การเตรียมการสำหรับระดับของการผันและเนื่องจากตรงหรืออันตรายต่อสุขภาพทางอ้อมได้ จะเห็นได้ว่า มีความชัดเจนในการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดสารต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามหลักฐานวิทยาศาสตร์อยู่เสมอ ส่วนสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นถูกจัดไว้บัญชีสารที่ 3 ที่ต่ำที่สุดในบรรดาบัญชีทั้งหมด โดยสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นถือว่ายาหรือสารเสพติดที่สามารถค้าขายในตลาดได้และทั้งหมดเหล่านี้เป็นยาเสพติดจะต้องถูกสั่ง โดยแพทย์ ศัลยแพทย์ ประโยชน์ทางทันตกรรมและสัตวแพทย์เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

ประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นได้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องนั้นคือ United State Code – Substance Control Act ได้กำหนดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์แยกไว้ต่างหากจากคำว่า “สารเสพติด” กฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกานั้นได้กำหนดให้เป็น “สารควบคุม” กำหนดให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เป็นเพียง “สารควบคุม” ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาเท่านั้น และไม่ได้ถือว่าเป็นสารเสพติดแต่อย่างใด สารควบคุมนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยประเภทที่ 1 อยู่ในระดับที่รุนแรงที่สุด ส่วนประเภทที่ 5 อยู่ในระดับที่รุนแรงน้อยที่สุด สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นอยู่ในประเภทที่ 3 หมายความว่า “เป็นสารเสพติดหรือสารอื่น ๆ ที่มีศักยภาพน้อยกว่าประเภทที่ 1 และ 2 เป็นสารที่มีการใช้งานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันในการรักษาในประเทศ

สหรัฐอเมริกา หากมีการใช้สารดังกล่าวนำไปสู่การพึ่งพาอาศัยกันทางกายภาพในระดับปานกลาง หรือต่ำ หรือพึ่งพาทางด้านจิตใจสูง”

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้น ได้มีการจัดประเภทสารเสพติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไว้ในบัญชีที่ 2-B ถือว่า ไม่ได้เป็นสารอันตรายร้ายแรง เนื่องจาก ร้ายแรงที่กว่าประเภท 2-B ก็จะเป็น 1 A-C และ 2-A และอีกทั้งกฎหมายประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้น ได้อนุญาตให้สามารถนำสารประเภท 2 และ 4 ไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้อีกด้วย เท่ากับว่า แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้อีกนั่นเอง อีกทั้งยังให้อำนาจแก่สภกรในการตรวจสอบผู้ซื้อสารประเภทที่ 1 และ 2 อีกด้วยนับว่าเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีก้าวหน้าในการมองข้ามความเป็นอาชญากร ไม่ผูกติดกับประเภทของสารเสพติด

ส่วนประเทศฝรั่งเศสนั้นมิได้จัดลำดับสารเสพติดในแต่ละประเภทเอาไว้ จะเน้นการพิจารณาที่คุณสมบัติของสารต่าง ๆ มากกว่า โดยสารที่ผิดกฎหมายว่า “สารควบคุม” โดยผนวกกับกฎหมายพระราชกำหนดการบริหารราชการ (Decree Law) ฉบับลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 1990 รวมอยู่ใน 4 รายการ โดยแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ถูกจัดอยู่ใน รายการที่ 3 จึงมีความสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสนั้นได้ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศเป็นอย่างยิ่ง

อีกทั้งทางข้อมูลวิทยาศาสตร์ที่ผู้เขียนได้นำเสนอมานี้ไว้ในบทที่ 2 นั้น ก็มีข้อมูลของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีข้อมูลอย่างชัดเจนว่า มีประโยชน์ในทางการแพทย์ เช่น การรักษาโรคสมาธิสั้น โรคอ้วน โรคพาร์กินสันและโรคลมหลับได้และมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกีฬาซึ่งนักกีฬาอาจใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มสมรรถนะของตน, คนขับรถบรรทุกระยะทางไกลอาจใช้ให้ตื่นอยู่ตลอดระยะทางไกล ๆ, ผู้ใช้แรงงานและพนักงานยกกระเป๋าที่มีส่วนในกิจกรรมทางร่างกายหนัก ๆ อาจใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทำให้รู้สึกแข็งแรงขึ้น, นักเรียนนักศึกษาอาจใช้ช่วยให้ตื่นอยู่อ่านหนังสือ

ผู้เสพสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนอีกกลุ่มหนึ่งประกอบด้วยผู้ที่ใช้สารประเภทนี้ด้วยเหตุผลทางสังคม เช่น ที่งานเลี้ยง, สถานบันเทิงยามค่ำคืน, การพบปะสังสรรค์กันของเพื่อนและคนรู้จัก บางคนเป็นผู้เสพนักและเป็นประจำที่สูบหรือฉีดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในรูปแบบแรง ๆ และใช้ยาประเภทอื่น ๆ อีกหลากหลายด้วย ผู้เสพเหล่านี้จึงมีโอกาสสูงที่จะมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายไม่ดี และอาจกลายเป็นติดยากลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อย่างไรก็ตาม การใช้ที่ไม่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการใช้โดยเยาวชนผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ความแรง

ต่ำ รับประทานหรือสูดดม ไม่ได้ฉีด และไม่ติดยา จึงไม่ควรนำมากำหนดไว้ในประเภทเดียวกันกับเฮโรอีน โดยผลกระทบของทางสองสารนี้นั้นได้แตกต่างกันโดยสิ้นเชิงและเมื่อได้เปรียบเทียบกับกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยแล้ว กฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ได้บัญญัติหรือกำหนดแตกต่างไปจากนานาประเทศชะส่วนมาก และได้จัดลำดับความร้ายแรงของสารได้ผิดไปจากความเป็นจริงของสารมากที่สุด

หากนำมาประกอบการพิจารณาของกฎหมายในแต่ละประเทศต่าง ๆ แล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ประเทศต่าง ๆ ที่ผู้เขียนได้นำเสนอมาเปรียบเทียบกับนั้นจัดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ตามอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ทั้งสิ้น ถือว่า ทำให้ปัญหาที่ตามมานั้น มีผลกระทบน้อยกว่าประเทศไทยเป็นอย่างมาก และผู้เขียนจักได้อธิบายต่อไป

สรุป การบัญญัติความผิดตามกฎหมายให้มีความเหมาะสมกับสารแอมเฟตามีนควรมีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจน ในปัจจุบันหลักฐานทางการแพทย์มีความชัดเจนแล้วว่า แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ถูกสมควรที่จะถูกกำหนดเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 (ร้ายแรงที่สุด) ประเทศไทยนั้นบัญญัติตามปัญหาที่ต้องการจะกำจัดให้หมดสิ้นไปจากประเทศ ไม่ได้อิงตามมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์แต่อย่างใด อีกทั้งไม่ได้อ้างอิงตามกฎหมายระหว่างประเทศทั้งที่ความจริงประเทศไทยได้ลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่มีความชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงจากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 ทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมสร้างวาทกรรมผิดหลักไปจากความเป็นจริงเมื่อเปรียบเทียบกับ 4 ประเทศที่ได้นำเสนอศึกษามานั้น ไม่มีประเทศใดเลยที่กำหนดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดร้ายแรง มีแต่การควบคุมให้เป็นไปตามหลักการแพทย์ในส่วนใหญ่เท่านั้น

4.2 ผลกระทบของการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ประเทศไทยนั้นได้จัดประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อยู่ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) เรื่อง ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ถูกจัดให้อยู่ประเภทที่ 1 ประเภทเดียวกับเฮโรอีน จึงทำให้ถูกเข้าใจว่า เป็นสารเสพติดประเภทที่ร้ายแรงที่สุดตามกฎหมาย ไม่มีผู้ใดปฏิเสธความรุนแรงของโทษจะที่ตามมาหากได้กระทำความคิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ แม้กระทั่งความคิด

ฐานเสพที่ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเสพแล้วมีปัญหากับตนเองหรือทางด้านสังคมหรือเสพเพราะความสนุกก็ตาม จักได้รับโทษเฉกเช่นเดียวกันทั้งหมด มีประเด็นทางกฎหมายที่น่าสนใจคือ ก่อนหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทหรือบัญชียาเสพติดให้โทษ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเป็นเพียงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเท่านั้น เดิมความผิดฐานเสพนั้นไม่มีความผิดทางอาญา เพียงแต่ต้องได้รับการบำบัดเท่านั้น แต่ปัจจุบันตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 141 นั้นมีการบัญญัติให้มีความผิดทางอาญาฐานเสพวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 กลับมีโทษจำคุกกับผู้เสพ หากไม่ได้เสพตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ยิ่งทำให้สถานการณ์ย่ำแย่ลงไปกว่าเดิมเนื่องจากไม่ว่าจะบัญญัติให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์อยู่ในประเภทสารตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หรือพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 ต่างก็มีโทษทางอาญาเฉกเช่นเดียวกัน จะต่างกันแต่เพียงมีข้อยกเว้นความผิดในกรณีเสพตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเท่านั้น ประเด็นทางกฎหมายนี้ผู้เขียนเห็นว่า พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 (เดิม) นั้นมีความเหมาะสมในประเด็นนี้อยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องกำหนดโทษทางอาญาเพิ่มเติม ประเด็นนี้ผู้เขียนจะกล่าวในข้อเสนอแนะต่อไป และเมื่อ พ.ศ. 2539 มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่รัฐบาลขณะนั้นได้สร้างวาทกรรมความหวาดกลัวในสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก็ตามที่สมัยก่อนมีชื่อเรียกสั้น ๆ ว่า “ยาม้า” หรือ “ยาขยัน” ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ยาบ้า” ให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รู้สึกถึงความร้ายแรงเมื่อได้บริโภคแล้วจะ “บ้า” ตามชื่อยาถึงขนาดมีกลอนสั้น ๆ ที่โด่งดังมาก ๆ ณ ขณะนั้นคือ “ยาบ้าคนเสพถึงตาย คนขายติดคุก” ให้ได้รู้สึกถึงความรุนแรงเข้าไปก่อกวนในหัวใจของประชาชนชาวไทยมานานเป็นสิบ ๆ ปี รัฐบาลเมื่อปี พ.ศ. 2539 มีนโยบายที่เปลี่ยนแปลงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ส่งผลทางกฎหมายให้ความผิดฐานเสพหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยมีโทษทางอาญาไม่ว่าบุคคลใดก็ตามเมื่อมีความเกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์แล้ว ย่อมมีความผิดตามกฎหมายต้องได้รับโทษทางอาญามากหรือน้อยแล้วแต่ฐานความผิดไม่ว่าเว้นแม้แต่โทษเสพที่เป็นสิทธิส่วนบุคคลที่บุคคลนั้นอาจจะมิมีปัญหาหรือไม่ก็ได้แต่กฎหมายไม่ได้เปิดช่องให้พิจารณาถึงความเป็นจริง เนื่องจากรัฐบาลดำเนินนโยบายปราบปรามมาโดยตลอด ประการต่อมาเมื่อนำความผิดทางอาญาเข้ามาเกี่ยวข้องแล้ว จึงก่อเกิดปัญหามากมาย เกิดจำนวนผู้ต้องขังมากล้นเรือนจำ โดยจำนวนส่วนมากเป็นผู้ต้องขังที่มีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษและฐานความผิดที่ยอดนิยมที่สุดในเรือนจำก็คือ ฐานเสพ ทำให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากมาย

เกิดค่าใช้จ่ายอันเป็นภาษีของประชาชนเพื่อมีดูแลผู้ต้องขังให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในเรือนจำทั้งประเทศได้โดยไม่จำเป็น ผู้เขียนเห็นว่า ความผิดฐานเสพอย่างเดียวนั้นไม่ควรเป็นความผิดทางอาญาใด ๆ เลย เนื่องจากเป็นการก่ออาชญากรรมต่อตนเองเท่านั้น รัฐควรเข้าไปดูแลในฐานะผู้ปกครองด้านสาธารณสุขมากกว่าที่จะนำโทษทางอาญามาใช้บังคับเป็นแกนหลักและมีการฟื้นฟูเป็นแกนรอง อีกทั้งทางข้อมูลวิทยาศาสตร์ที่ผู้เขียนได้นำเสนอมาไว้ในบทที่ 3 นั้น โดยข้อมูลของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ได้มีความอันตรายร้ายแรงถึงขนาดเทียบเท่าเฮโรอีนอันจะต้องมีการกำจัดให้สิ้นไป หรือใช้โทษทางอาญาเด็ดขาดในการแก้ไขปัญหานี้

อีกทั้งยังส่งผลทำให้เสียประโยชน์รวมถึงโอกาสทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะนำสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไปใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคที่สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีคุณสมบัติสามารถรักษาโรคบางโรคได้ โดยสารที่มีความใกล้เคียงกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์และสามารถใช้ได้ในทางการแพทย์ในปัจจุบันก็คือ เมธิลเฟนิเดท (methylphenidate) ในปัจจุบันสารเมธิลเฟนิเดทนี้ถูกบัญญัติเป็นสารควบคุมตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 สารเมธิลเฟนิเดทนี้มีโครงสร้างทางเคมี ผลข้างเคียง มีประโยชน์และโทษที่มีความใกล้เคียงกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อย่างมาก ทำให้เห็นว่า การบัญญัติให้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นั้นไม่สามารถใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ใด ๆ ได้เลย ไม่สามารถทำการวิจัยประโยชน์หรือโทษที่ถูกต้องของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ อีกทั้งไม่สามารถรักษาผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยการให้ใช้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์วันละครั้งเพื่อลดความต้องการลงจนเลิกได้ในที่สุด กลับกลายเป็นต้องใช้วิธีอื่น ๆ ที่ทำให้เสียงบประมาณอย่างมาก

การบัญญัติแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 นั้น ส่งผลกระทบทางสังคมคือ เมื่อบัญญัติแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แล้ว นโยบายปราบปรามทำให้เกิดปัญหานักโทษจำนวนมากเข้าเรือนจำ ทำให้เกิดการเสียงบประมาณแผ่นดินมากเกินความจำเป็น งบประมาณแผ่นดินมาจากภาษีของประชาชน เมื่อประชาชนต้องช่วยกันเสียภาษีดูแลนักโทษที่เกิดจากการบัญญัติกฎหมายที่ไม่ถูกต้องตามหลักนิติศาสตร์ จึงส่งผลทำให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เพราะการบัญญัติกฎหมายเช่นนี้ทำให้ผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่เป็นเพียงการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเองเท่านั้น ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสังคมในทฤษฎีความเป็นอาชญากรรม จึงไม่ควรที่จะนำโทษจำคุกมาบังคับใช้กับผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและ

อนุพันธ์แต่อย่างใด อีกทั้งยังทำให้บุคคลดังกล่าวที่ถูกดำเนินคดีมีประวัติอาชญากรติดตัวทำให้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของมนุษย์หนึ่งคนที่ได้รับโทษทางอาญา โดยไม่มีความสัมพันธ์กับ สักส่วนของความผิดในการกระทำของบุคคลนั้น

ในลำดับต่อไปผู้เขียนจะได้นำเสนอการวิเคราะห์ต่อไปถึงมาตรการที่เหมาะสมที่น่าจะนำมาใช้กับประเทศไทย เพื่อให้มีความเหมาะสมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอีกด้วย

4.3 วิเคราะห์และเปรียบเทียบมาตรการทางสาธารณสุขในการบำบัดผู้เสพหรือผู้ติดสารแอมเฟตามีน และอนุพันธ์

ประเทศไทยในปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เพียงหนึ่งฉบับ นั่นคือ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ถือเป็นกฎหมายฉบับแรกและฉบับเดียวในประเทศไทยขณะนี้ที่มีการบัญญัติถึงการบำบัดรักษาผู้ใช้สารหรือที่ในประเทศไทยเหมารวมกันว่า “เป็นผู้ติดยาเสพติด” เนื่องจาก ไม่ว่าบุคคลใดจะใช้สารเพื่อการใดก็ตามก็ถือว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดทั้งสิ้น แม้ว่าจะมีบทนิยามหรือคำอธิบายในความหมายของคำว่า “ติดยาเสพติด” หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ แต่เมื่อมาตรา 19 นั้นให้ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวงและกฎกระทรวงที่ออกตามความมาตรานี้ คือ กฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณของยาเสพติด พ.ศ. 2546 ข้อที่ 1-2 มีการบัญญัติถึงสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน 3, 4-เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีน ฉะนั้นไม่ว่าผู้ใดก็ตามเป็นผู้เสพหรือใช้สาร หากต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาแอมเฟตามีน มีเมทแอมเฟตามีน 3, 4-เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีน หรือติดยาเสพติดและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน 3, 4-เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีนตามปริมาณที่กฎกระทรวงฉบับดังกล่าวได้กำหนด ก็ต้องตามมาตรา 19 ทั้งสิ้น แต่ถึงกระนั้นแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะใช้คำว่า “ฟื้นฟูสมรรถภาพ” แต่ต้องมีการต้องหาการกระทำความผิดที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้บัญญัติไว้เท่ากับหมายความว่า “อย่างน้อยต้องมีการดำเนินคดีอาญาเสียก่อน” ถึงจะสามารถ

นำมาฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลดังกล่าวได้ ถือว่า เป็นเรื่องไม่ถูกต้องตามหลักกฎหมายในเรื่องต่าง ๆ ไม่มีการใช้หลักความได้สัดส่วนของกฎหมาย อีกทั้งผู้ใช้นั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยควรจะมีการปฏิบัติอย่างผู้ป่วยอย่างเต็มที่และใช้มาตรการทางสาธารณสุขเข้ามาดูแลบุคคลดังกล่าวนี้ แต่กฎหมายฉบับนี้หาได้ทำอย่างนั้นไม่และต้องมีการบังคับให้หายจากอาการติดยาตามแผนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายใน 6 เดือน ไม่เกิน 3 ปี อีกทั้งผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกำหนด รวมทั้งข้อบังคับของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวผู้นั้นโดยเคร่งครัด อีกทั้งฝ่าฝืนระเบียบและเงื่อนไขมีโทษดังนี้ (1) ภาคทัณฑ์ (2) ตัดการอนุญาตให้รับการเยี่ยมหรือการติดต่อไม่เกินสามเดือน (3) จัดให้อยู่เดี่ยวครั้งละไม่เกินสิบวัน การใช้มาตรการดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างอะไรกับการถูกคุมขังในเรือนจำ ต่อไปนี้ผู้เขียนจะขออภิปรายการบำบัดรักษาผู้ใช้นาเมเฟตามีนและอนุพันธ์ในต่างประเทศ ประเทศแรกคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นมีสถานที่เฉพาะในการบำบัดรักษาผู้ใช้นาเมเฟตามีนและอนุพันธ์ บางมลรัฐได้มีโครงการที่บำบัดผู้ใช้นาเมเฟตามีนที่เรียกว่า “โครงการ LEAD” โดยผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการนี้ คือผู้เสพยาเสพติดที่ถูกจำคุกจากการมียาเสพติดผิดกฎหมายน้อยกว่า 3 กรัม ผู้รับบริการของ LEAD จะได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย สังคม และชุมชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อการเข้าถึงที่อยู่อาศัย การบำบัด การดูแลสุขภาพ การศึกษาและอื่น ๆ ผู้จัดการดูแลคดีจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าติดตามคดี ดูแลการนัดที่จำเป็น การจัดสรรเงินกองทุนของ LEAD และติดตามผู้รับบริการไปในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ผู้รับบริการจะได้รับความช่วยเหลือทันที รวมทั้งการใช้บริการของเอกชนหากตารางนัดของศูนย์บริการสาธารณะนั้นยาวนานเกินไปร้อยละ 20 ของคดีสามารถได้รับเลือกสำหรับการนี้โดยเฉพาะ โดยที่เจ้าหน้าที่ตำรวจมีสิทธิที่จะพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีประวัติอาชญากรรมผู้ซึ่งแสดงความตั้งใจจริงและมีความต้องการความช่วยเหลือจากบริการของโครงการเพื่อเข้าโครงการ LEAD วิธีการหลักทางสาธารณสุขของโครงการนี้ที่นำมาใช้คือ มาตรการลดอันตรายจากการใช้นาเมเฟตามีน เป้าหมายของโครงการ LEAD คือ สวัสดิการของแต่ละบุคคลและชุมชน ตามระเบียบการของโครงการ แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่การละเว้น การทำให้บรรลุปเป้าหมาย สามารถทำได้โดยการตอบสนองอย่างทันท่วงทีต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของผู้รับบริการและปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่มีปัญหา ดังนั้น ผู้เข้าร่วมในโครงการจึงไม่จำเป็นต้องมีการละเว้น

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเน้นการใช้สารเสพติดส่วนบุคคลหรือการมีสารเสพติดครอบครองเพียงเล็กน้อยในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีไม่มีการดำเนินการใด ๆ ทางอาญา นอกจากการส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเท่านั้น มุ่งเน้นไปที่ระบบสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ยังคงเป็นองค์กรนำในการพัฒนา ประสานงานและการดำเนินงานตามนโยบายและโครงการยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี The National Drug Commissioner ที่กระทรวงสาธารณสุข (The Federal Ministry of Health) ทำหน้าที่ประสานนโยบายยาเสพติดแห่งชาติของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี การเสพยาเสพติดจะได้รับบำบัดรักษาเสมือนเป็นปัญหาสุขภาพและสังคม นโยบายเน้นการป้องกัน โดยใช้การให้การศึกษา กระทรวงให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและการป้องกันจำนวนมากเช่นเดียวกับสมาพันธ์รัฐ โครงการบำบัดการติดยาเสพติดมุ่งเน้นในเรื่องการรักษาเพื่อปลอดจากยาเสพติด การให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและการบำบัดทดแทน มีการสนับสนุนศูนย์ดูแลผู้ติดยาเสพติด (the German Center for Addiction Issues (GCAI)) ด้วย มีการจัดแนวทางให้สมาคมและมูลนิธิที่กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้ทุกข์ทรมานจากการติดยาเสพติดและครอบครัวทั่วทั้งประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี โดยมีการจัดการข้อยกเว้นเล็กน้อย ทุกองค์กรในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและการรักษาผู้ป่วยนอก การเตรียมการผู้ป่วยในและการช่วยเหลือตนเอง ศูนย์ดูแลผู้ติดยาเสพติด โดยประกอบด้วยศูนย์การให้คำปรึกษา 1,400 แห่ง คลินิกเฉพาะทาง 160 แห่ง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง 7,500 กลุ่ม มีสมาชิก 120,000 คน รวมทั้งศูนย์ดูแลกลางวันและที่พักค้างคืน และกลุ่มที่พักอยู่ในสถานที่พักและกลุ่มที่ดูแลหลังจากออกจากสถานที่พัก นักสังคมสงเคราะห์ นักการศึกษา นักจิตวิทยาและแพทย์กว่า 10,000 คน พร้อมด้วยอาสาสมัครที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนอย่างน้อย 20,000 คน บรรจุเข้าทำงานในสถานที่ที่บรรเทาการติดยาเสพติดที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นส่วนใหญ่ นับว่าเป็นการบำบัดรักษาผู้ใช้สารที่มีระบบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลโดยตรง

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส มีมาตรการทางสาธารณสุขที่หลากหลายเป็นอย่างมาก เนื่องจากกฎหมายหลักนั้นได้ลดทอนความผิดทางอาญาในคดียาเสพติด ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด ผู้ใดก็ตามที่ใช้สารอย่างผิดกฎหมายที่ระบุไว้ในบัญชีที่ 1 ถึง 4 และมีความพยายามรับการช่วยเหลือจากรัฐหรือเอกชนจะได้รับการดูแลรักษาและดูแลความปลอดภัย อีกทั้งไม่เปิดเผยชื่อบุคคลดังกล่าว และการดูแลโดยแพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคของรัฐหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ให้ความช่วยเหลือต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับและจะไม่มี

ภาระในการนำความลับนี้มีเปิดเผยหรือให้ถ้อยคำต่อศาลหรือต่อตำรวจในกระบวนการรักษา อีกทั้งผู้ที่นำมาบำบัดรักษานั้นต้องเป็นผู้ที่เสพติดเป็นอาฉิมและเมื่อมีหลักฐานอย่างแน่ชัดว่า มีบุคคลผู้ใช้สารเสพติดเป็นอาฉิม ไม่ว่าจะเป็ นพีชหรือสารที่ระบุไว้ในบัญชีที่ 1 ถึง 4 ที่แน่ชัดอย่างจริงจังกว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของเขาหรือเผยให้เห็นว่าเป็นภัยต่อสังคม พนักงานอัยการในเขตผู้รับผิดชอบของบุคคลนั้นอาศัยอยู่อาจจะมีการสั่งให้สามารถเข้ามาตรวจสอบโดยทางการแพทย์ได้ ฉะนั้นตรงนี้จึงถือว่าเป็นการแยกแยะระหว่างผู้ใช้สารที่มีปัญหากับผู้ใช้สารที่ไม่มีปัญหา อีกทั้งมีมาตรการอย่างอื่นอีกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้สารเสพติด คือ มาตรการการลดอันตราย ซึ่งมาตรการนี้ถือว่าเป็นมาตรการทางสาธารณสุข เนื่องจากมีโครงการเข้มแลกเปลี่ยนทำให้ลดอันตรายความเสี่ยที่จะติดเชื้อ HIV และมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่ ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นก็ไม่ได้สนับสนุนให้มีการติดยาเสพติด แต่ก็ไม่ห้ามการใช้ยาเสพติดและลดการตีตราทางสังคม มองว่าเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส การใช้สารเสพติดมีมาตรการทางเลือกให้สามารถใช้โปรแกรมทางสาธารณสุขเป็นการรักษาตามคำสั่งศาล (therapeutic injunction หรือ injonction thérapeutique) ได้แทนการลงโทษทางอาญา จะต้องลงทะเบียนโปรแกรมฟื้นฟูการใช้ยาเสพติดแทนการลงโทษจำคุก โดยไม่มีการบังคับบำบัดเป็นความสมัครใจของผู้ใช้ยาเสพติด หน่วยงานสาธารณสุขมีความรับผิดชอบในการเลือกหน่วยงานที่รับผิดชอบที่เหมาะสมและควบคุมตามโปรแกรมรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล หากบุคคลนั้นปฏิเสธโปรแกรมระหว่างการรักษา พนักงานอัยการสามารถใช้อำนาจหรือพื นคคืออาญาได้สำหรับบุคคลนั้น ประมวลกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติการเฝ้าระวังผู้ช้ยาเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้พนักงานอัยการไม่อาจดำเนินการตามกฎหมายต่อผู้กระทำผิดหากสามารถแสดงใบรับรองแพทย์ว่าได้รับการบำบัดหรือยินยอมเข้าไปอยู่ในการควบคุมของแพทย์ตั้งแต่ได้การกระทำผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามหากผู้กระทำผิดไม่สามารถแสดงใบรับรองแพทย์ได้ พนักงานอัยการอาจสั่งให้ผู้ช้ยาเสพติดเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาการติดยาเสพติดหรือเข้าไปอยู่ภายใต้การเฝ้าระวังของแพทย์ ผู้พิจารณาคดีหรือผู้พิพากษามีอำนาจพิจารณาเขียนรายงานให้ใช้มาตรการสาธารณสุขถ้าหากเห็นว่า บุคคลใดมีการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด หรือติดแอลกอฮอล์เป็นอาฉิม จะถูกส่งไปประเมินวิธีการรักษาหรือการดูแลทางการแพทย์ และแจ้งไปยังผู้อำนวยการทั่วไปของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคต่อไป และมีการดำเนินการทันทีในการตรวจสอบทางการแพทย์โดยแพทย์ หรือ ถ้ามีการประเมินผลทางสังคมและจิตวิทยาโดยได้รับใบอนุญาตนักจิตวิทยาหรือนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพ โดย

ผู้อำนวยการทั่วไปของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคกำกับดูแล โดยการอนุญาตการรักษานี้จะมี เหตุผลรองรับเสมอและหากมีเหตุจำเป็นสามารถตรวจสอบสถานะทางครอบครัว ชีวิตของผู้รับ การ รักษาและสังคมที่เกี่ยวข้องของบุคคลนั้นตามคำขอของนักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพ ถ้าไม่มี นักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพก็ขึ้นอยู่กับกรสืบสวนกรณีนี้ และทั้งนี้ขึ้นตอนการประเมินของ นักวิเคราะห์สุขภาพวิชาชีพจะต้องกระทำโดยไม่ชักช้าเพื่อส่งข้อมูลไปยังผู้มีอำนาจพิจารณาคดีหรือ ผู้พิพากษาเพื่อกำหนดถึงความเหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาบุคคลนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดมีดังนี้ นั่นก็คือ สถาบันป้องกัน อบรม การวิจัยข้อมูล การติดยาเสพติด แห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานกิจกรรมทั้งหมดที่อยู่ในประเทศ

สรุป จะ ได้ เห็น ว่า ระบบการบำบัดรักษาของต่างประเทศนั้นมองว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วย อย่างแท้จริง มีแค่ประเทศสหรัฐอเมริกาเท่านั้นที่อาจจะยังมีโทษทางอาญาอยู่ แต่ก็มีโครงการ บำบัดรักษาที่ชัดเจน มีมาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเหมือนกับประเทศในทวีปยุโรป ส่วนในประเทศไทยนั้นค่อนข้างจะยังไม่เปิดกว้างมากนักในการที่พร้อมจะดูแลผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ ติดยาเสพติดในทางสาธารณสุขอย่างเต็มที่ เนื่องจากยังมีโทษทางอาญาอยู่และการตรวจพิสูจน์เอง นั้นยังมีการคุมขังในเรือนจำอยู่ อีกทั้งการควบคุมดูแลผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพไม่แตกต่างจากเรือนจำมาก นัก ซึ่งกระบวนการของประเทศไทยนั้นการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจึงเหมือนนักโทษผู้ถูกคุมขังถูก บังคับให้หายก็ไม่ปาน

4.4 วิเคราะห์ความผิดที่เกี่ยวกับการเป็นผู้เสพหรือติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ในปัจจุบัน หากมีการกล่าวหาคดีอาญาที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยเฉพาะ ความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์หรือที่ประชาชนต่างรู้จักดีในชื่อว่า “ยาบ้า” ก็จะมีแนวคิด ไปในทางเดียวกันว่า มีความรุนแรง มีความอันตรายต่อสังคม ต้องได้รับโทษจำคุก หรือนำโทษ จำคุกมาแก้ไขซึ่งปัญหาเหล่านี้ ซึ่งหากวิเคราะห์ตามทฤษฎีทางกฎหมายอาญาโดยแท้จริงแล้ว โทษ จำคุกนั้นเป็นโทษที่รีดรอนเสรีภาพของมนุษย์ ซึ่งกฎหมายรัฐธรรมนูญนั้นมีการรองรับเสรีภาพของ มนุษย์ว่าจะถูกจำกัดเสรีภาพไม่ได้ แต่โทษจำคุกนั้นเป็นการใช้อำนาจรัฐบังคับใช้เพื่อความสงบ เรียบร้อยของประชาชน ซึ่งทำให้สามารถมีการจำกัดเสรีภาพได้เฉพาะกรณี แต่การที่จะละเมิด เสรีภาพตามกฎหมายนั้น ไม่ว่าจะทฤษฎีของกฎหมายมหาชนที่กล่าวถึงเสรีภาพ หรือ กฎหมายอาญา นั้นล้วนแต่ต้องมีความได้สัดส่วน ซึ่งหากจะอาศัยอำนาจรัฐมาบังคับโทษจำคุกกับความผิดเกี่ยวกับ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น หากเป็นกรณีผลิตหรือจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่ายเป็น

จำนวนมาก อันจะเป็นผลเสียต่อประชาชนในประเทศโดยรวมมากกว่าผลดีนั้น ผู้เขียนเห็นว่า กรณีเช่นนี้ผู้เขียนมีความคิดเห็นไปแนวทางที่ยังคงต้องมีการบังคับโทษจำคุกหรือกฏหมายบัญญัติโทษจำคุก แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยส่วนใหญ่นั้นเป็นความผิดฐานเสพหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เท่านั้น ทำให้โทษจำคุกที่บัญญัติไว้ในกฎหมายนั้นผู้เขียนเห็นว่า ไม่ได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด อีกทั้งการลงโทษนั้นควรเป็นการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดเสียมากกว่า ซึ่งการที่ความผิดฐานเสพหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังมีโทษจำคุกอยู่นั้นไม่ตรงกับจุดประสงค์ของการลงโทษ ส่งผลให้ผู้ต้องขังไม่ได้รับการแก้ไขฟื้นฟูในหน่วยงานที่เหมาะสม เนื่องจากประเทศไทยนั้นใช้หน่วยงานหลักในการแก้ไขความผิดฐานเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด คือ กรมราชทัณฑ์หรือกรมคุมประพฤติแล้วแต่กรณีประกอบกับในปัจจุบันมีนักโทษจำนวนมากที่ถูกดำเนินคดีฐานเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อยู่ในเรือนจำหรือถูกบังคับบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงยุติธรรม ผู้เขียนเห็นว่าเหตุผลที่ไม่ควรใช้โทษจำคุกทางอาญากับผู้เสพเนื่องจากแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นตามหลักทางการแพทย์ของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและสังคม หากไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและสังคมจึงไม่มีการก่อกำหนดโทษจำคุกต่อสังคม ผู้เสพหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จึงไม่ใช่อาชญากรตามทฤษฎีอาญาเกี่ยวกับอาชญากรรม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องไม่กำหนดโทษทางอาญากับผู้เสพหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ แต่ผันไปใช้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

ผู้เขียนเห็นว่า ควรยกเลิกหมวด 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เช่นมาตรา 19 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ถ้าไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นการผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพยาหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากตัวผู้ต้องหานั้นเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลาดังกล่าวได้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าผู้ต้องหาไม่มาถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ให้พนักงานสอบสวนนำตัวส่งศาลเพื่อมีคำสั่งให้ตรวจพิสูจน์ภายในยี่สิบสี่ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน

การส่งไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ให้ศาลพิจารณาส่งตัวไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ และลักษณะเฉพาะบุคคลประกอบด้วย แล้วให้ศาลแจ้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ

ในระหว่างการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พนักงานสอบสวนดำเนินกระบวนการสอบสวนคดีต่อไป และเมื่อสอบสวนเสร็จให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการ โดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วย และแจ้งให้ทราบว่าผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวอย่างแห่งใด

ในระหว่างที่ผู้ต้องหาถูกควบคุมตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการไม่ต้องดำเนินการฝากขังหรือขอคัดฟ้องตามกฎหมาย” เป็นต้น

หากได้พิจารณาถึงประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีไม่ได้ใช้โทษจำคุกในทุกกรณี ซึ่งจะใช้โทษจำคุกในกรณีที่ร้ายแรงเท่านั้น อย่างเช่นผลิตหรือจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งถือว่าเป็นอาชญากรแท้จริงในการก่ออาชญากรรม แต่สำหรับโทษจำคุกในความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในการเสพส่วนตัวหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยหรือไม่ มีประโยชน์สาธารณะในการดำเนินคดีไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากกฎหมายยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีให้อำนาจพนักงานอัยการพิจารณาใช้อำนาจในการงดการดำเนินคดีแก่ผู้ต้องหาได้อีกทางหนึ่งด้วย แต่ถึงอย่างไรก็ดีโทษจำคุกในความผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ หากเป็นการใช้สารส่วนบุคคลแล้ว ศาลรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้กำหนดมาตรฐานใหม่สำหรับการฟ้องร้องดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดสำหรับการใช้สารเสพติดส่วนบุคคลไม่ให้มีการลงโทษมากเกินไปเนื่องจากกฎหมายยาเสพติดของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีบทบัญญัติที่ได้สัดส่วนกับหลักการความเสมอภาคและเสรีภาพส่วนบุคคลอยู่แล้วในทุนเดิม และมุ่งเน้นไปที่การบำบัดเสียมากกว่า ซึ่งตรงกับหลักการทางกฎหมายและทฤษฎีทางกฎหมายว่าการลงโทษนั้นควรจะได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด หากใช่เป็นไปตาม

แนวนโยบายที่มุ่งเน้นไปที่การปราบปรามโดยไม่มีการศึกษาข้อเท็จจริงหรือความเป็นจริงหรือพฤติการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า ผู้เสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่ไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีปัญหา (คือ ผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์) แต่เป็นการใช้สารส่วนบุคคล ต้องมีการแยกเป็นกรณีที่จะดำเนินการตามกฎหมายอย่างเหมาะสมต่อไป ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสเป็นอีกหนึ่งประเทศที่ไม่มีมีการใช้โทษจำคุกในความผิดเกี่ยวกับการเสพหรือติดยาเสพติด มีบทบัญญัติที่ไม่รุนแรงต่อผู้เสพหรือผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เน้นไปที่การดูแลด้านสาธารณสุขแทน ซึ่งมีหลากหลายมาตรการที่ผู้เขียนจะกล่าวในหัวข้อเกี่ยวกับมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ แต่ในเบื้องต้นนั้นประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นไม่ได้ใช้โทษจำคุกเป็นหลักในการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งมีการลดทอดความผิดทางอาญาอีกประการหนึ่ง อีกประการหนึ่งมีมาตรการมากมายให้เลือกใช้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น มีมาตรการว่ากล่าวตักเตือนก่อน มีคณะกรรมการแจ้งผลกระทบไปยังผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเชื่อว่า บุคคลดังกล่าวจะลดการใช้สารลง ซึ่งประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นมีแนวคิดที่ว่า ผู้ใช้สารเสพติดนั้นเป็นผู้ป่วยมากกว่าที่จะเป็นผู้กระทำความผิดทางอาญาเป็นผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดรักษา ลดการตีตราทางสังคมไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากรรม ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศสก็มีแนวทางในการดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่ได้ใช้โทษจำคุกเป็นหลัก ซึ่งจะเน้นใช้มาตรการทางสาธารณสุขเช่นเดียวกันและอีกทั้งไม่มีการบังคับบำบัดอีกด้วยนับว่าเป็นการเคารพเสรีภาพส่วนบุคคลในการเข้ารับการรักษา

สรุป ประเทศไทยนั้นความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเฉพาะสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น แม้จะเป็นการเสพหรือครอบครองเพื่อเสพก็ตามยังถือว่ามีความผิดทางอาญาอยู่นั่นเอง ผู้เสพไม่อาจจะหลีกเลี่ยงหรือผันระบบไปจากวิธีพิจารณาความทางอาญาหรือกระบวนการดำเนินคดียาเสพติดทางศาลได้ แม้ว่าผู้เสพอาจจะได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดก็ตาม แต่ถึงกระนั้นความผิดทางอาญาก็ไม่ได้หายไป ยังคงมีการบันทึกประวัติอาชญากรรมอยู่ ซึ่งต่างกับประเทศต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสที่มีความชัดเจนในการกำหนดโทษหรือมาตรการทางอาญากับผู้ใช้สารแอมเฟตามีนว่า ไม่มีความผิดทางอาญาอย่างแน่นอน ทุกอย่างเข้าสู่กระบวนการทางสาธารณสุขอย่างแท้จริง

4.5 วิเคราะห์นโยบายเกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ปัญหาด้านยาเสพติดในประเทศไทยนั้น ปัญหาหลัก ๆ นั้นเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ หรือ “ยาบ้า” เป็นส่วนใหญ่ ขณะที่รัฐบาลไทยไม่ว่ายุคสมัยไหนต้องมีการออกนโยบายหลักเกี่ยวกับยาเสพติดทุกปี ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นโยบายหลักเกี่ยวกับยาเสพติดยังคงเน้นนโยบายด้านการปราบปรามยาเสพติดทุกประเภท ซึ่งตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่ได้นโยบายรองในทุกรัฐบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัญหายาเสพติดไม่ได้ถูกลดความสำคัญลงเลย ผู้เขียนเห็นว่า การที่ปัญหายาเสพติดถูกหยิบยกเป็นนโยบายหลักระดับชาติมาโดยตลอดหลายสิบปีที่ผ่านมา นั้น เป็นนโยบายหรือแนวทางที่ล้มเหลวของประเทศไทยอย่างมาก เนื่องจากใช้วิธีการปราบปรามเป็นหลัก ต้องการขจัดปัญหายาเสพติดให้หมดสิ้นไป เมื่อปัญหายาเสพติดนั้นหลากหลายประเทศที่พัฒนาแล้วและความก้าวหน้าทางความคิดกว้างไกลยอมรับว่าปัญหายาเสพติดนั้น ไม่มีปราบปรามให้หมดสิ้นไปได้ ซึ่งเมื่อปี พ.ศ. 2558 พลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมขณะนั้นก็มีการยอมรับว่า ปัญหายาเสพติดนั้นไม่มีทางหมดสิ้นไปได้ ดังที่ประเทศส่วนใหญ่ในโลกประกาศยอมรับปัญหาดังนี้ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเน้นด้านสาธารณสุขมากขึ้น ฉะนั้นมีแนวคิดที่ต้องอยู่ร่วมกับปัญหายาเสพติดอย่างปลอดภัยมากกว่า มีความเข้าใจปัญหามากกว่าที่จะปราบปราม เน้นนโยบายสาธารณสุขเหมือนหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ อีกทั้งนโยบายหลักของรัฐบาลปัจจุบันโดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีในปัจจุบันมีการแถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติในตอนหนึ่งว่า “จะเร่งปรับปรุงประมวลกฎหมายหลักและกฎหมายอื่น ๆ ที่ล้าสมัย ไม่เป็นธรรม ไม่สอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศ เป็นอุปสรรคต่อการบริหารราชการแผ่นดิน” สอดคล้องกับกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในปัจจุบันหลากหลายฉบับมีความล้าหลัง ไม่ทันสมัย ไม่เป็นธรรมและไม่สอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศ ผู้เขียนเห็นว่า ควรดำเนินการตามความตกลงหรือนโยบายระหว่างประเทศโดยเร็ว เพื่อไม่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารราชการแผ่นดิน

นโยบายสากลที่สำคัญในปัจจุบันผู้เขียนเห็นว่า ต้องน่านโยบายของหน่วยงานกลางระหว่างประเทศ โดยมีหน่วยงานหลักที่สำคัญ คือ องค์การสหประชาชาติซึ่งเป็นแกนหลักในการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เนื่องจากประเทศไทยเป็นรัฐภาคีสมาชิกขององค์การสหประชาชาติจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินนโยบายตามหน่วยงานเหล่านี้ เพราะประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมและยอมรับในหลักการที่จะนำมาแก้ไข ปรับปรุงเพื่อที่จะพัฒนา

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้เป็นที่ยอมรับของสากลโลก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของ องค์การสหประชาชาติ คือ องค์การอนามัยโลก สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปราม อาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ และหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ ที่เกิดจากความร่วมมือจากหลากหลายประเทศในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยทั้ง 3 หน่วยงาน หลักนี้ มีนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีทิศทางตรงกัน โดยรับหลักการที่ได้จากงานประชุมสมัชชา สหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก หรือ UNGASS 2016 โดยมีแนวคิดหลัก ดังต่อไปนี้ กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ ดำเนินการ ตามหลักสิทธิมนุษยชน และผู้ติดยาเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง การปฏิบัติต้องเป็นไปอย่าง เป็นธรรมไม่ลดทอนความเป็นมนุษย์ นำมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน สูงสุดมาใช้แทนการกระบวนกรยุติธรรมทางอาญา ลดทอนความผิดทางอาญา ผู้เสพยาหรือผู้ติดยา เสพติดไม่ใช่อาชญากรไม่มีความผิดทางอาญา สนับสนุนมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และเน้นความสมัครใจของการเข้ารับบำบัด โดยความก้าวหน้าของประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทยนั้น ประเทศที่เข้าร่วมประชุมรับหลักการนำไปปฏิบัติเช่น การลดทอน ความผิดทางอาญา มีประเทศโปรตุเกสที่ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้แล้ว มีประเทศกรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศในยุโรปที่กำลังดำเนินการตามมา มาตรการการ ลดอันตรายนั้นสหภาพยุโรป 28 ประเทศให้การสนับสนุนในมาตรการนี้ รวมทั้งประเทศบราซิล คอสตาริกา เอกวาดอร์ เวียดนาม ส่วนประเทศไทยรับหลักการมาแต่ยังไม่สามารถทำได้ และมีความ พยายามค่อนข้างน้อยในการเปลี่ยนแปลงตามนโยบายระหว่างประเทศ อีกทั้งยังกำหนดโทษทาง อาญาในกรณีเสพยาให้มีผลกับพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอีกด้วย ทั้งที่เป็นสาร ที่ใช้ในทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่

ประเทศที่มีความสำเร็จมากในการแก้ไขปัญหาเสพติดใน โลกประเทศหนึ่งคือ ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ที่มีนโยบายในการลดทอนความผิดทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดที่มี ชื่อเสียงเป็นอย่างมาก และใช้นโยบายภาคสาธารณสุขแทนการใช้กระบวนกรยุติธรรมเป็นหลัก ซึ่ง นโยบายนี้เน้นคำนึงถึงผู้เสพยาหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นศูนย์กลางที่สำคัญมากกว่า ซึ่ง นโยบายดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้เสพนั้นหากมีการครอบครองยาเสพติดเพื่อใช้ส่วนบุคคลปริมาณไม่ เกินอัตราเฉลี่ย 10 วันของบุคคลนั้น ๆ จะไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญาแต่อย่างใด สิ่งที่น่าสนใจ คือ การครอบครองยาเสพติดนี้รวมถึงยาเสพติดทุกประเภท เช่น เฮโรอีน โคเคน กัญชา ซึ่งแน่นอน ว่า นโยบายที่นี้สนใจนี้สอดคล้องกับความเคารพสิทธิ เสรีภาพและความเป็นอาชญากรรม ซึ่งการ

เสพส่วนบุคคลหรือการครอบครองส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อยนั้น อาจจะทำอันตรายต่อสุขภาพของผู้เสพเองมากกว่าที่จะไปก่ออันตรายต่อสังคม ฉะนั้นจึงไม่มีประโยชน์อะไรที่จะนำผู้เสพหรือผู้ครอบครองเพื่อเสพในปริมาณเล็กน้อยต้องได้รับโทษทางอาญาหรือมีความผิดทางอาญา ซึ่งตรงนี้หมายความว่า เมื่อการกระทำของผู้เสพนั้นมีปัญหาที่พฤติกรรมมากกว่าที่จะมีเจตนาชั่วร้ายต่อสังคม นโยบายของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส จึงเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าที่จะนำมาลงโทษโดยไม่มีประโยชน์ในทางแก้ไขสังคมให้ดีขึ้นแต่อย่างใด คำนี้ถึงความต้องการของผู้เสพที่ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นมองว่าเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริงไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากรรม ซึ่งหากมองผิวเผินอาจจะมองได้ว่าเป็นการสนับสนุนให้มีการเสพยาหรือไม่ แต่หากพิจารณาถึงประโยชน์โดยแท้จริงแล้ว นโยบายดังกล่าวไม่ได้สนับสนุนให้เสพยาเสพติดแต่อย่างใด แม้มีการอนุญาตให้ใช้ยาก็ตาม แต่เพื่อลดการกีดกันทางสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้เสพ และมีเป้าหมายเพื่อลดอุปสงค์และอุปทานไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งนโยบายดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศไทยนั้นหากมองนโยบายด้านการฟื้นฟูดูแลผู้เสพจะเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับโทษทางอาญาเสียก่อนจึงจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ แม้ว่ากฎหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยนั้น ในเนื้อหาของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จะได้บัญญัติไว้ทำนองว่า ผู้เสพยาหรือผู้ติดยา คือผู้ป่วย แต่ความจริงแล้วต้องได้รับโทษก่อนและมีการบังคับบำบัด ซึ่งหากกฎหมายฉบับนี้บัญญัติให้ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยจริงแล้ว ผู้ป่วยนั้นสามารถที่จะรักษาตนเองหรือไม่ก็ได้ ตามสิทธิผู้ป่วยและสิทธิเสรีภาพของประชาชน ซึ่งคนป่วยนั้นหากจะอยากรักษาต้องเกิดจากความสมัครใจของบุคคลนั้น ๆ เอง มิใช่เกิดจากการบังคับและมีใช้กรณีที่ร้ายแรงที่ต้องบังคับผู้ป่วยรักษาให้หายจากโรคหรือเป็นภัยร้ายแรงต่อประชาชนเฉกเช่นเดียวกับโรคติดต่อที่ต้องมีการควบคุมอย่างเด็ดขาด

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นในระดับนโยบายทางกฎหมายได้มีศาลรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีกำหนดมาตรฐานใหม่เกี่ยวกับมุมมองทางกฎหมายยาเสพติด คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดไม่ได้ละเมิดหลักการของสัดส่วนของความเสมอภาคและเสรีภาพส่วนบุคคล เจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ในคดีดำเนินการควรจะไม่มีการลงโทษมากเกินไป ทำให้ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีนั้นเป็นประเทศที่มีความยืดหยุ่นในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดสูงและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีนโยบายที่คำนึงถึงหลักการสาธารณสุขเป็นสำคัญ จะเห็นได้ว่า นโยบายของประเทศต่าง ๆ นั้นที่ประสบความสำเร็จในการอยู่ร่วมกันกับผู้ใช้สาร ที่ควรต้องยอมรับว่า ยาเสพติดนั้นไม่สามารถจะหมดไปได้ 100%

ฉะนั้นนโยบายระดับประเทศจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะกำหนดทิศทางการอยู่ร่วมกับปัญหา ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างไร ซึ่งผู้เขียนเองนั้นวิเคราะห์ว่า นโยบายยาเสพติดที่ควรนำมาใช้เป็นอันดับแรกคือ นโยบายทางด้านสาธารณสุข นั่นเอง

สรุป ประเทศไทยนั้นนโยบายหลักยังคงเรื่องการปราบปรามยาเสพติด มีการใช้โทษทางอาญาที่ฟุ่มเฟือยเป็นหลักทำให้ภาพลักษณ์ของคดียาเสพติดไม่ว่าจะเป็นคดีเสพหรือครอบครองเพียงเล็กน้อยก็ได้รับการปฏิบัติที่รุนแรงมากเกินไปกว่าที่จะควรจะเป็นและละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยมีความผิดทางอาญาเป็นหลักในการปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เนื่องจากกฎหมายถือว่า สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นยังเป็นสารต้องห้ามเด็ดขาดที่ถูกจัดอยู่ในประเภทที่ 1 ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 อยู่นั่นเอง แม้ว่าจะมีการพยายามกล่าวถึงผู้เสพว่าเป็นผู้ป่วยก็ตามที่ แต่ผู้เสพนั้นยังมีการได้รับโทษทางอาญาอยู่ไม่สามารถปลดพ้นการจากความผิดทางอาญาได้ ขณะที่หน่วยงานระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีนโยบายประชุมร่วมกันในแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้แนวทางว่า การปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดยาต้องปฏิบัติอย่างผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยเน้นมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลักแทนการลงโทษผ่านกระบวนการยุติธรรมทางอาญา เช่น มาตรการลดอันตราย เป็นต้น ในขณะที่ผู้เสพหรือผู้ติดสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ไม่มีความผิดทางอาญาแต่อย่างใด ในระดับนโยบายประเทศเหล่านี้ใช้มาตรการที่มีความเหมาะสมกับผู้เสพ เนื่องจากสารเป็นเรื่องของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรให้หน่วยงานที่มีความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยผู้ติดยาหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพมาดูแลผู้เสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยตรง นั่นก็คือ กระทรวงสาธารณสุข หากได้ใช้กระทรวงยุติธรรมเป็นแกนนำหลักในระดับนโยบายอย่างประเทศไทยแต่อย่างใดไม่

4.6 วิเคราะห์แนวทางในอนาคตของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ปัจจุบันประเทศไทยมีความพยายามจะพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด คือ การจัดทำประมวลกฎหมายยาเสพติด ประมวลกฎหมายยาเสพติดในปัจจุบันนั้น ยังอยู่ในขั้นตอนการทำร่างประมวลกฎหมาย เมื่อมีการพิจารณาพิจารณาประมวลกฎหมายอย่างละเอียดแล้ว สามารถวิเคราะห์ถึงแนวทางในอนาคตถึงกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้ดังนี้ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในโทษสำหรับการเสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์แต่อย่างใด แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาการกฎหมายที่ล่าช้า

แม้จะมีการพยายามในการปรับปรุงกฎหมายก็ตาม แต่เป็นการปรับปรุงที่ไม่ได้พัฒนาในข้อกฎหมายให้เป็นไปตามหลักการของนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างประเทศแต่อย่างใด ไม่มีข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับการลดทอนความผิดทางอาญา ร่างประมวลกฎหมายมีการร่างถึงการบำบัดรักษา ผู้ติดยามีการสนับสนุนถึงการลดอันตรายถือว่าเป็นแนวทางที่ดีในการพัฒนากระบวนการรักษา เกี่ยวกับผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ แต่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามร่างประมวลกฎหมายนี้นั้น ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการที่อยู่ในหน่วยงานไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขเท่าใดนัก มีการพัฒนาการเข้ารับการบำบัดแบบระบบสมัครใจแต่มีข้อจำกัดมากมายหลายประการ หากผู้ใดเป็นผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดไม่ยินยอมสมัครใจในการเข้ารับบำบัดรักษา ยังคงมีการบังคับบำบัดอยู่

สรุป ร่างประมวลกฎหมายนี้ถือเป็นความพยายามของการพัฒนากฎหมายยาเสพติดในประเทศไทยในปัจจุบัน มีส่วนที่พัฒนาที่น่าสนใจคือ มาตรการการลดอันตรายที่ตรงกับแนวทางนโยบายระหว่างประเทศ แต่สิ่งที่ผู้เขียนเห็นว่ายังมีความบกพร่องก็คือ โทษอาญาที่นำมาใช้กับผู้เสพยาหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังคงมีโทษจำคุกอยู่เช่นเดิม ไม่ได้มีการพัฒนาไปในแนวทางที่ดีขึ้นแต่อย่างใด แสดงให้เห็นถึงยังคงมาตรการปราบปรามเป็นหลักไว้เช่นเดิม

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

ปัจจุบันประเทศไทยนั้น ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นยังมีความผิดทางอาญาอยู่ เมื่อมีความผิดทางอาญาต้องได้รับโทษทางอาญา โทษทางอาญาของการเสพหรือติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ คือ โทษจำคุกและโทษปรับ โดยพฤติกรรมการเสพหรือติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ใช่การก่ออาชญากรรมต่อผู้อื่นหรือสังคม จึงถือว่าผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นไม่ใช่อาชญากรตามหลักกฎหมายและทฤษฎีทางอาญา ควรได้รับการดูแลอย่างผู้ป่วยโดยมาตรการทางกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม แต่ปัจจุบันนั้นบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลที่สมควรกับการกระทำของพวกเขาและพวกเขาต้องผ่านขั้นตอนการดำเนินคดีทางอาญามาก่อน จึงจะเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูการเสพยาเสพติดของพวกเขาได้ อีกทั้งปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถก้าวข้ามอุปสรรคเกี่ยวกับยาเสพติดได้ โดยเฉพาะความผิดฐานเสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้ เนื่องจากยังคงมีนโยบายปราบปรามยาเสพติดเป็นหลักอยู่ แม้แนวนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันจะแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติว่า จะปรับปรุง พัฒนากฎหมายให้มีความทันสมัยและเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศก็ตาม แต่เดิมแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้นเป็นสารที่เขย่นำมาใช้ทางการแพทย์และสาธารณสุขถูกบัญญัติตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ในขณะนั้นถือว่า มีการบัญญัติประเภทของสารได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายระหว่างประเทศ คือ อนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 แต่ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ไม่ว่าจะเป็นการกระทำเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในลักษณะใดก็ตาม ส่งผลทำให้เกิดการปราบปรามอย่างจริงจัง ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามมาคือ ผู้ต้องขังที่ถูกจับกุมดำเนินคดีเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อหาเสพ ทำให้สูญเสียงบประมาณโดยไม่มีความจำเป็นอย่างมากมายในการดูแลบุคคลเหล่านี้ในเรือนจำ

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรนำงบประมาณส่วนนี้มาลงทุนกับนโยบายสาธารณสุขมากกว่า อีกทั้งตามเจตนารมณ์ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดควรบังคับใช้กับผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้นำเข้า ส่งออกที่เป็นอาชญากรจริงเท่านั้น แต่สถิติปัจจุบัน ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจุบันเกิดปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำในปัจจุบัน กว่า 60-70% เป็นคดียาเสพติดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทั้งสิ้น ข้อหาที่เป็นคดีขึ้นสู่ศาลมากที่สุดนั้นคือ ข้อหาเสพยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ลำดับถัดรองลงมาคือ ครอบครองแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดนั้นถือว่าเป็นผู้ป่วยทางการแพทย์ การดำเนินการรักษาควรเป็นไปอย่างหลักสิทธิมนุษยชน หรือ สิทธิผู้ป่วย มีสิทธิและเสรีภาพที่จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากรัฐหรือไม่ เพราะเป็นเสรีภาพของประชาชนโดยแท้จริง และไม่ควรมีโทษทางอาญาตามหลักทฤษฎีกฎหมายทางอาญาต้องได้สัดส่วนระหว่างความร้ายแรงของการกระทำกับโทษที่นำมาบังคับโทษ จึงไม่ควรดำเนินการกับบุคคลเหล่านี้เยี่ยงอาชญากร ส่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขของมนุษย์ เพราะหากได้รับโทษทางอาญาแล้วจะทำให้มีประวัติอาชญากรติดตัวไปตลอดชีวิตเพียงเพราะบุคคลนั้นควรจะเป็นแค่ผู้ป่วย ความจริงควรมีแค่ประวัติผู้ป่วยของหน่วยงานทางสาธารณสุข

โทษทางอาญาไม่ควรนำมาใช้บังคับกับผู้เสพยาหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เนื่องจากการกระทำที่ไม่ก่ออันตรายต่อสังคม อย่างมากที่สุดก็อาจจะก่อให้เกิดบุคคลนั้นเป็นผู้ป่วย เนื่องจากหากได้รับปริมาณที่มากเกินไปหรือเสพยาโดยไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการเสพยา อาจจะทำให้มีผลข้างเคียงของสารเป็นธรรมดา ซึ่งไม่เพียงแต่แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ สารทางการแพทย์ส่วนใหญ่หากมีการใช้ปริมาณที่มากเกินไปก็อันตรายต่อร่างกายมนุษย์ได้เช่นกัน แต่แอมเฟตามีนและอนุพันธ์หากได้รับปริมาณที่ไม่เกินอัตราไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นเอง รวมไปถึงไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคม จึงไม่มีความเป็นอาชญากรรมตามกฎหมายอาญา ทำให้ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ไม่เป็นอาชญากรตามหลักทฤษฎีทางกฎหมายอาญาแต่อย่างใด ไม่ควรมีการบังคับโทษทางอาญา แต่ควรมีมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามาดูแลบุคคลเหล่านี้แทน อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติที่เคารพหลักสิทธิมนุษยชนและถือว่าผู้เสพยาหรือผู้ติดยาแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง อีกทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายขององค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ และหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ

ส่วนประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศที่ผู้เขียนได้กระทำการศึกษา ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐโปรตุเกสและสาธารณรัฐฝรั่งเศส ประเทศเหล่านี้ไม่ได้บัญญัติประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นยาเสพติด แต่บัญญัติกฎหมายภายในประเทศของตนเองตามอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ทั้งหมด ถือว่ามีความแตกต่างจากกฎหมายเกี่ยวกับประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ส่วนมาตรการในการจัดการปัญหาของผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแต่ละประเทศ ส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่ปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนเป็นสำคัญและปฏิบัติอย่างผู้ป่วยโดยมาตรการส่วนใหญ่เป็นมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่นำมาตรการทางอาญามาบังคับใช้ ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศนั้นมีอัตราที่ไม่สูงอย่างในประเทศไทย

ในปัจจุบันแม้มีการพยายามร่างกฎหมายชื่อว่า ประมวลกฎหมายยาเสพติดขึ้นมา โดยการบังคับใช้ยังมีแนวคิดที่มีหลายมาตราเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ยังคงเหมือนเดิมอยู่ ยังมีโทษทางอาญาอยู่เช่นเดิม แม้จะเป็นเพียงความผิดเกี่ยวกับเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก็ตาม ส่วนผู้เขียนเห็นว่า ยังมีการพัฒนาอยู่บ้างในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดคือ การบำบัดรักษาผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ และสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนเรียกว่า มาตรการลดอันตราย ซึ่งในสหรัฐอเมริกา สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐโปรตุเกสและสาธารณรัฐฝรั่งเศส ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก เพราะเป็นดูแลผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่มีการใช้เข็มหรือมีอุปกรณ์การเสพที่อาจจะก่ออันตรายกับบุคคลนั้นเองอาจจะทำให้เกิดเชื้อโรคไม่พึงประสงค์ตามมาหลังจากการเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้ ส่วนหน่วยงานตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดที่กำหนดให้ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แม้ว่ากำหนดให้เป็นหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขเป็นหลัก แต่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ยังเป็นหน่วยงานภาครัฐที่ไม่มีความเกี่ยวข้องและไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขเท่าที่ควร จึงยังคงเน้นการบำบัดรักษาโดยวิธีการบังคับ กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะการปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จึงยังมีข้อพิจารณาให้ปรับปรุงพัฒนากันอีกหลากหลายประเด็นด้วยกัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำนายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากที่จะต้องให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์อย่างมีคุณภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้ฝังรากลึกในประวัติศาสตร์ประเทศไทยไปเสียแล้วภายในเวลาไม่กี่สิบปีนับแต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงประเภทของสารแอมเฟตา

มีนและอนุพันธ์ให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ร้ายแรงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากที่ได้อธิบายในบทสรุปดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนมีประเด็นทางกฎหมายที่ขอเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

ข้อ 1. การกำหนดประเภทสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ตามกฎหมายนั้น ต้องอ้างอิงตามหลักฐานทางการแพทย์ที่ถูกต้องของสารและตามอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ที่มีการกำหนดแยกประเภทของสารอย่างชัดเจน ไม่ใช่เพราะนโยบายที่ต้องมีการปราบปรามยาเสพติด แต่ต้องเป็นการบัญญัติกฎหมายที่ได้สัดส่วนของสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรบัญญัติสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้สามารถใช้ได้ในทางการแพทย์โดยควรจัดอยู่ในประเภท 2 ของพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 เนื่องจากการบัญญัติที่แอมเฟตามีนและอนุพันธ์เหมาะสมที่จะอยู่ในประเภทนี้ตั้งแต่ต้นก่อนมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายอยู่แล้ว และถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ตามข้อตกลงระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีสมาชิก

การบัญญัติประเภทของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้ถูกต้องตามอนุสัญญาว่าด้วยสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 นั้นถือว่าเป็นการดำเนินตามนโยบายของรัฐบาลของพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีในปัจจุบันที่แถลงใจความว่า “กฎหมายต้องมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาและเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศ” อีกด้วย

ข้อ 2. ผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เป็นการกระทำที่ไม่ใช่อาชญากร เนื่องจากการเสพหรือการติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นั้น ไม่ได้ก่ออันตรายต่อสังคมจึงไม่มีความเป็นอาชญากรรม เมื่อไม่ใช่อาชญากร ผู้เขียนเห็นว่า ผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนต้องยกเลิกความผิดทางอาญาและโทษทางอาญาทั้งปวง การยกเลิกความผิดอาญาของผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์นี้ถือว่า ถูกต้องตามหลักทฤษฎีทางนิติศาสตร์ที่กำหนดความผิดทางอาญาและโทษต้องได้สัดส่วนกับการกระทำนั้น ๆ ผนวกเข้ากับข้อเท็จจริงทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงกฎหมายในข้อนี้

การยกเลิกความผิดทางอาญาและโทษทางอาญาให้ผู้เสพหรือผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีประโยชน์อีกหลากหลายประการ เนื่องจากสามารถนำไปต่อยอดในประโยชน์ได้หลากหลายประการ เช่น การรักษาโดยใช้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในการลดปริมาณการใช้ของแพทย์ เป็นต้น ทำให้การกระทำของแพทย์ไม่ถือว่าเป็นการสนับสนุนให้มีการกระทำความผิด เนื่องจากประธานของความผิดหลักไม่มีความผิดทางอาญาเสียแล้ว อีกทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายระหว่างประเทศที่มีนโยบายหลักในการลดทอนความผิดทางอาญาเช่นเดียวกับในสาธารณรัฐโปรตุเกสที่ประสบความสำเร็จอย่างมากในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดที่ทั่วโลกประสบปัญหามานาน แต่สาธารณรัฐโปรตุเกสสามารถเป็นตัวอย่างแห่งความสำเร็จนี้

ดังนั้น ข้อเสนอแนะของผู้เขียนเห็นว่าควรออกกฎหมายเพื่อยกเลิกสำหรับความผิดเกี่ยวกับการเสพแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทั้งปวง

ข้อ 3. การปฏิบัติต่อผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ควรมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน และคำนึงถึงผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ที่ถือว่าเป็น “ผู้ป่วย” เป็นหลักมีมาตรการที่ดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ไม่บังคับผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์บำบัดรักษาแต่ควรมีการติดตามอย่างเหมาะสม มีคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในสังคมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากมนุษย์นั้นย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจในการที่จะสมัครใจเข้ารับการรักษาฟื้นฟูดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะอยากหายจากอาการป่วยหรือไม่ก็ย่อมได้ ตราบใดที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม เพียงแต่ผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ก่อผลกระทบอาการป่วยต่อตนเองเท่านั้น

ต้องมีการปรับปรุงโดยต้องมีการบัญญัติกฎหมายที่สอดคล้องกันในหลักเกณฑ์ที่ปฏิบัติต่อผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เท่านั้น ผู้เขียนขอเสนอให้บัญญัติกฎหมายรับรองและคุ้มครองบุคคลผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย มีสิทธิที่จะตกลงเข้ารับการรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์หรือไม่ก็ได้”

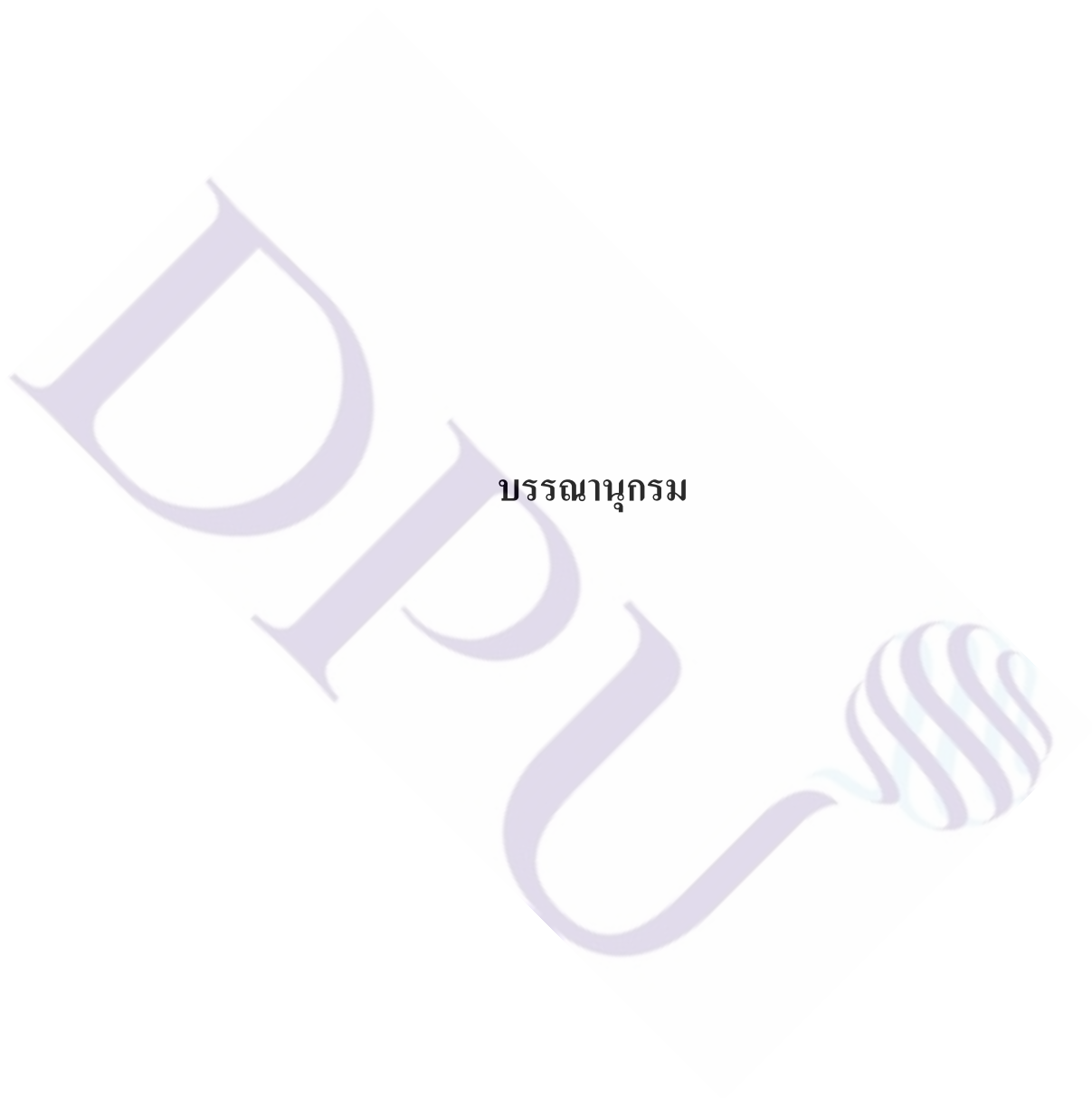
ส่วนผู้เสพจากข้อเสนอแนะของผู้เขียนได้เสนอไม่ให้เกิดความผิดทางอาญาและโทษทางอาญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการเสพของบุคคลนั้นไม่มีปัญหาในการใช้ชีวิตที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติก็ไม่ต้องเข้าสู่การบำบัดรักษาแต่อย่างใด

ข้อ 4. มาตรการที่นำมาใช้ในการบำบัดดูแลรักษาควรมีการบัญญัติกฎหมายที่เป็นไปในลักษณะดังมาตรการที่น่าสนใจมาใช้ดังนี้ คือ ศูนย์ดูแลผู้ติดยาเสพติดโดยเฉพาะ มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาตรการในการดูแลสุขภาพ มาตรการการมีห้องบริโภคนยาภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ มาตรการโปรแกรมในการดูแลรักษาที่บ้าน ซึ่งแต่ละมาตรการ

สามารถนำมาบูรณาการ พิจารณาจากความเหมาะสมของผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแต่ละคน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษามากขึ้น และไม่มีอาการกักตัวบังคับบำบัดอีกต่อไป ทุกมาตรการมีการปฏิบัติหน้าที่จากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์ และผู้เขียนเห็นว่าควรกำหนดอำนาจหน้าที่ในการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ติดแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีความยืดหยุ่นและเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยมากกว่า อยู่ภายใต้หน่วยงานในกระทรวงยุติธรรมที่มีแต่นักกฎหมาย นักกฎหมายควรมีหน้าที่สนับสนุนงานด้านกฎหมายเท่านั้น ส่วนการผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพระดับประเทศ

ข้อ 5 รัฐควรบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ควรเป็นไปตามหลักการนโยบายสากลที่ประเทศไทยให้เข้าร่วมเป็นภาคีรัฐสมาชิกในการลงนามที่รับหลักการมา บัญญัติกฎหมายให้มีความทัดเทียมและเป็นธรรมตามหลักสากลทุกประการ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุข พัฒนาศูนย์สุขภาพจิต สนับสนุนการฟื้นฟูระบบสาธารณสุขอย่างเต็มตัว

อนึ่ง กฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ในประเทศไทยไม่มีพัฒนาและปรับปรุงเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว ความจริงแล้วกฎหมายเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและอนุพันธ์มีการขับเคลื่อนนโยบายจากหน่วยงานระหว่างประเทศหลากหลายหน่วยงานในการช่วยกันแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ ควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังในการดำเนินการนโยบายและตรากฎหมายยาเสพติดต่าง ๆ ให้ทันเท่าเทียมสากลที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีสมาชิกอยู่ด้วยเช่นเดียวกับนานาอารยประเทศ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

เกรียงไกร เจริญชนาวัดณ์. หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน , 2556.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.

เดวิด เจ ฮีล, ชารอน แอล สมิธ, เจน กอสเดนและเดวิด เจนนัทท์. เมทแอมเฟตามีน METHAMPHETAMINE = แอมเฟตามีนอดีตและปัจจุบัน : มุมมองทางเภสัชวิทยาและทางการแพทย์. แปลโดย สำนักงานกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2559.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. “สิทธิของผู้ป่วย” ใน กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4 เอกสารวิชาการโครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

โรงพยาบาลชัยภูมิรักษาสงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. “ประวัติยาเสพติด ความหมาย ความรู้ยาเสพติด ตอน 1.” www.sdtdc.go.th/paper/31, 29 สิงหาคม 2548.

กระทรวงการต่างประเทศ. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR).

กรุงเทพมหานคร : กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ,

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. “โรคลมหลับ.”

<https://www.sleepcenterchula.org/index.php/th/2014-12-23-13-58-44/item/80-nar>

colepsy, 18 มกราคม 2560.

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. “การขับเคลื่อนนโยบายการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศไทย.” ปีที่ 33. เล่มที่ 1. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.. (ตุลาคม 2559 - มกราคม 2560).

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. “สำนักยุทธศาสตร์.”

<https://www.oncb.go.th/Home/Pages/job.aspx>, 20 สิงหาคม 2560.

คณิต ฒ นคร. กฎหมายอาญาภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2551.

คาร์ล แอล ฮาร์ท, โจแอนเน่ ซีเซเต้และดอน เฮบิปี. เมทแอมเฟตามีน METHAMPHETAMINE

เมทแอมเฟตามีน : ความจริง VS. นวนิยายและบทเรียนของโรคประสาทหวาดผวาจาก

โคเคนรูปผลึก. แปลโดย แปลโดย สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้า

พัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม. กรุงเทพมหานคร :

กระทรวงยุติธรรม, 2559.

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติ

บัญญัติแห่งชาติวันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558.

ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์. “สาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.” www.rajanukul.go.th

[new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=156&date_start=&date_end=](http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=225&id=156&date_start=&date_end=), 28

กุมภาพันธ์ 2560.

ณัฐกร วิทิตานนท์. หลักรัฐธรรมนูญเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : วิ.พรีนท์, 2553.

ทวีเกียรติ มินะกะนิษฐ. หลักกฎหมายอาญาภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน,

2554.

ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559

ธัมม์ ทัตถ์ นรารัตน์ วันชัย. “โรคอ้วน.” <http://www.mfu.ac.th/school/anti-aging/admin>

[uploadCMS/research/uYWed124112.pdf](http://www.mfu.ac.th/school/anti-aging/admin/uploadCMS/research/uYWed124112.pdf), 16 กันยายน 2560.

ธานี วรภัทร์. “การบังคับโทษในประเทศไทย : การบังคับโทษจำคุก.” วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต คณะ

นิติศาสตร์ ปรีดี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2552.

ธานี วรภัทร์. หลักกฎหมายว่าด้วยการบังคับโทษจำคุก. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2553.

นิพนธ์ พวงวารินทร์. “โรคพาร์กินสัน กับผู้สูงอายุ.” <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/artic>

[ledetail.asp?id=112](http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=112), 15 กันยายน 2560.

บรรเจิด สิงคะเนติ. หลักพื้นฐานของสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ

ใหม่. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2543.

บันทึกความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา ที่ 337/2539 เรื่อง กระทรวงสาธารณสุขหาหรือเกี่ยวกับการ
ประกาศให้วัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเป็นยาเสพติด
ให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) เรื่อง ระบุชื่อและจัดแบ่งประเภทวัตถุออก
ฤทธิ์ ตามความในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายอาญา : ภาคทบทวนคดีทั่วไป =
Criminal Law : general principles . สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
หน่วยที่ 8-15. ปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2535.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช สาขาวิชานิติศาสตร์. เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายอาญา 1 :
ภาคทบทวนคดีทั่วไป = criminal law : general principles. นนทบุรี : สาขาวิชานิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2550.

มานพ คณะโต, บสพร อนุสรณ์พานิชกุล และวรพล หนูนุ่น. เอกสารประมวลความรู้เรื่องไอซ์.
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน
คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับรับฟังความคิดเห็น 15 มิถุนายน 2560 อยู่ระหว่างการพิจารณา
ของคณะกรรมการกฤษฎีกา

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2543.

วิฐารณ บุญสิทธิ. “โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา.” Vol. 57 No. 4 J Psychiatr Assoc
Thailand (2012).

ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์. การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ : ศึกษาเฉพาะกรณีประเทศ
ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิสเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา.
กรุงเทพมหานคร : สำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา
สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, 2556.

ส่วนพัฒนามาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายา
เสพติด. รูปแบบการลดทอนอาชญากรรมในผู้เข้ายาเสพติด ในประเทศโปรตุเกส (The

Portuguese Drug Decriminalization Model). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรมกระทรวงยุติธรรม. การเปรียบเทียบอันตรายของสารเสพติดชนิดต่างๆและโมดาฟินิล (modafinil) ทางเลือกแทน (เมท) แอมเฟตามีนกับข้อพิจารณาทางวิทยาศาสตร์และกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม.

สำนักงานกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม. สถานการณ์ปัญหาเสพติดปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มของปัญหา. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม, 2558.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. คู่มือแบบการร่างกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2551.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. คู่มือตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมาย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2547.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2559.

หนังสือแนบท้าย หนังสือที่ สช.1003.5/695 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559

อภิรักษ์ ราชฤทธิ์จิตร. “เลโวโดปา (Levodopa),” <http://haamor.com/th/เลโวโดปา/>, 18 กันยายน 2560.

อรรถจินดา ดีผดุง. “สิทธิของคนไทยในระบบการแพทย์และสาธารณสุข” ใน กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4 เอกสารวิชาการ โครงการสำนักงานส่งเสริมการวิจัยกฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

อิทธิพร บุญประคองและคณะ. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน. กรุงเทพมหานคร : กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ.

อุดม รัฐอมฤต, นพนิต สุริยะและบรรเจิด สิงคะเนติ. การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540. กรุงเทพมหานคร : นานาสังพิมพ์, 2544.

IDPC. “หลักการเชิงนโยบาย.” <http://idpc.net/th/about/policy-principles>, 17 กันยายน 2560.

UNODC. การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ใช้เวลาเสพติดและติดยาเสพติด การบรรยายสรุปสำหรับทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ, 2557.

ภาษาต่างประเทศ

Beckett, K. Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons learned from the past two years. USA, 2014.

Betäubungsmittelgesetz – BtMG. Germany.

CESAR. “Amphetamines.” www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/amphetamines.asp, 15 กันยายน 2560.

Csete, J. A Balancing Act : Policymaking on Illicit Drugs in the Czech Republic. New York : Open Society Foundations.

Eastwood, N. and Rosmarin, A. “A Quiet Revolution: Drug Decriminalization Policies in Practice Across the Globe.” <http://www.release.org.uk/publications/quiet-revolution-drug-decriminalization-policies-practice-across-globe>, 8 November 2016.

Eduardo Soares. “Decriminalization of Narcotics: Portugal.” www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/portugal.php, 20 July 2016.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. “Country legal profile –France.” www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofile&country=FR. 3 September 2016.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. “Country legal profile –Germany.” www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofile&country=DE. 3 September 2016.

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG). Germany.

Glen Greenwald. DRUG DECRIMINALIZATION IN PORTUGAL LESSONS FOR CREATING FAIR AND SUCCESSFUL DRUG POLICIES. Washington,D.C. : USA. : Cato Institute, 2009.

- Guzman, D.E. "IDPC Briefing Paper – Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration." www.idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefingpaper-drug-courts
- IDPC. The United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) On The World Drug Problem Report of Proceeding SEPTEMBER 2016. London : International Drug Policy Consortium Publication, 2016.
- Kansai Gaidai University. Drug Laws in Japan. Japan : Kansai Gaidai University.
- Lisa Dragic, Eleese Lee and Albert Wertheimer. Classifications of Controlled Substances: Insights from 23 Countries. the University of Minnesota Libraries Publishing, 2009.
- Ministry of Justice. Referral orders guidance. UK : Ministry of Justice, 2012.
- Misuse of Drugs Act 1975. New Zealand.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). "Comparing methamphetamine and cocaine." http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol13N1/Comparing.html, 31 December 2010.
- OAS. "OAS Report – Scenarios for the drug problem in the Americas 2013-2025 (Washington: OAS)." <http://idpc.net/publications/2013/05/oas-reportscenarios-for-the-drug-problem-in-the-americas-2013-2025>, 15 June 2016.
- OEDT. "Czech Republic: drug-related information and data." www.emcdca.europa.eu/countries/czech-republic. 20 September 2016
- Prison Reform Trust. Bromley briefings prison factfile. UK : Prison Reform Trust, 2013.
- Sentencing Council. "Drug Offences." Analysis and Research Bulletin. (March 2011) : 1-22.
- The Drug Abuse Prevention Center. "The Establishment of the Center and the Situation of Drug Abuse in Japan." www.dapc.or.jp/english/establish.htm, 2 October 2016.
- UN. "Member States." <http://www.un.org/en/member-states/>, 16 September 2017.
- UNODC. "About UNODC." www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html, 17 September 2017.
- UNODC. Handbook on Restorative Justice Programs. New York : UNITED NATIONS, 2006.

UNODC. Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Vienna ,Austria : United Nations, 2016.

UNODC. “World drug report 2010.” <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>, 1 January 2011.

WHO. “Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016.” http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-en.pdf?ua=1 , 15 January 2016

WHO. Technical brief 1 - Patterns and consequences of the use of amphetamine-type stimulants (ATS). Manila : WHO, 2017.

WHO. Technical brief 2 - Harm reduction and brief interventions for ATS users. Manila : WHO, 2017.

WHO. Technical brief 3 - Principles of prevention and treatment for the use of amphetamine-type stimulants (ATS). Manila : WHO, 2017.

WHO. Technical brief 4 - Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants (ATS). Manila : WHO, 2017.

WHO. WHO’s role, mandate and activities to counter the world drug problem A public health perspective.

Wikipedia. “Anti-tobacco movement in Nazi Germany.” https://en.wikipedia.org/wiki/Anti-tobacco_movement_in_Nazi_Germany, 29 May 2016.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

ประวัติการศึกษา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

วิเชษฐ์ สิ้นประสิทธิ์กุล

พ.ศ. 2553 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ทนายความ สำนักงานกฎหมายการแพทย์ ไทย เมดิคอล
ลอว์ เซอร์วิส

25 ซอย 22 แยก 2 ถนนรัตนธิเบศร์ ตำบลบางกระสอบ

อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

