



มาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566



**LEGAL MEASURES TO REDUCE THE HARM FROM DRUG
USE THAT THE STATE PERMITS TO USE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF LAWS
FACULTY OF LAW**

**GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2023**

วิทยานิพนธ์เรื่อง
มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้

โดย
สุภัทสร เวศสุวรรณ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร
ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566

รศ.ดร.ภูมิ มุทสิลปี
ประธานกรรมการสอบ

ผศ.ดร.สัญญาพงศ์ ถิ่นประเสริฐ
กรรมการ



ผศ.ดร.ธานี วรรณภักดิ์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ. ร.ต. หญิง ดร. วรรณิ์ สุขสาตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
13 กันยายน 2566

Thesis entitled
**LEGAL MEASURES TO REDUCE THE HARM FROM DRUG
USE THAT THE STATE PERMITS TO USE**

by
SUPASSARA WESSUWAN

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Laws

Rangsit University
Academic Year 2023

Assoc. Prof. Poom Moolsilpa, S.J.D.
Examination Committee Chairperson

Asst. Prof. Sanyapong Limpraseart, Ph.D.
Member

Asst. Prof. Thanee Vorapatr, LL.D.
Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst. Prof. Plt. Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

September 13, 2023

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาค้นคว้าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จาก ผศ.ดร.ธานี วรรณภักดิ์ กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา ที่มีความเมตตากรุณาเอาใจใส่ ช่วยเหลือ และคอยให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น ตรวจสอบและแนะนำแนวทางแก้ไขวิทยานิพนธ์นี้เป็นอย่างดี มาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ภูมิ มูลศิลป์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ โดยมี ผศ. ดร.สัจญพงษ์ ลิ้มประเสริฐ ร่วมเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ท่านอาจารย์มีความเมตตาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง และร่วมเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ ให้คำปรึกษาแนะนำในทุก ๆ ด้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะนิสิตศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกและประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ให้ผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนทุนทรัพย์ในการศึกษาวิจัยจนสำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์คุณค่าอันพึงมีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบให้แก่ บิดา มารดา บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ข้าพเจ้า สนับสนุนการศึกษาของข้าพเจ้ามาตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึง พระศรีศาสดา พระพุทธรูปปรางมารวิชัย ที่เป็นศูนย์รวมแห่งความศรัทธา และที่เคารพสักการะของคณะอาจารย์และนักศึกษาของมหาวิทยาลัยรังสิต อันเป็นที่พึงให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี แต่หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้

สุภัทสรดา เวศสุวรรณ

ผู้วิจัย

5906910 : สุภัสสรา เวศสุวรรณ
 ชื่อวิทยานิพนธ์ : มาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐ
 อนุญาตให้ใช้
 หลักสูตร : นิติศาสตร์มหาบัณฑิต
 อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ดร.ธานี วรภัทร์

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของนโยบาย และมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยและต่างประเทศ 2) ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และ 3) วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุง มาตรการทางกฎหมายในแต่ละที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด การศึกษา ในครั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจาก เอกสารแนวคิด ทฤษฎี และ กฎหมายทั้งในประเทศไทยกับต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกันโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผลการศึกษาพบว่า ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดควรจะใช้กับบุคคลที่เป็นอาชญากรเท่านั้น ควรมุ่งเน้นมาตรการป้องกันเป็นหลักกับงานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งมีการผ่อนปรนการลงโทษทางอาญาให้เหมาะสม โดยใช้มาตรการทางกฎหมายสาธารณสุขและทางปกครอง เข้ามาควบคุมแทน มีการอนุญาตให้ใช้สารเสพติดบางชนิดบางประเภทได้ โดยการควบคุมปริมาณ มีการขึ้นทะเบียนผู้เสพ ผู้เสพติดที่ต้องพึ่งพายาเสพติด มีการรักษาอาการเสพติดจากแพทย์ เพื่อเป็น ทางเลือกในการแก้ปัญหาคาการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงการใช้มาตรการทางกฎหมาย ต่าง ๆ ที่สนับสนุนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด ซึ่งได้แก่ ให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายา เสพติดเข้าสู่การใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุกให้ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาได้รับการบำบัดรักษา ด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ มีห้องเสพยาเสพติด เพื่อเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถทำได้ต่อไปใน อนาคต จะเห็นว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรม เป็นการลดความเสี่ยงได้ที่ต้นเหตุและแก้ไข ปัญหายาเสพติดได้

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 106 หน้า)

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด, ห้องเสพยา

ลายมือชื่อนักศึกษา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

5906910 : Supassara Wessuwan
 Thesis Title : Legal Measures to Reduce The Harm from Drug Use that the State
 Permits to Use
 Program : Master of Laws
 Thesis Advisor : Asst. Prof. Thanee Vorapatr,LL.D.

Abstract

This study aimed to 1) investigate problems and obstacles in the policies and legal measures aimed at reducing harm from addictive substance use in Thailand and other countries, 2) compare the policies and legal measures implemented to address the dangers associated with addictive substance use in Thailand with those in other countries, including Portugal, the Netherlands, and Switzerland., and 3) analyze the possibility in the amendment of legal measures in some areas to provide solutions to drug-related problems. This study employed a qualitative research approach. The analysis was conducted by thoroughly examining relevant documents related to this topic.

The results showed the need for a shift towards prioritizing preventive measures over punitive actions. Criminal penalties should be reserved for individuals engaged in criminal activities related to drug offenses. Instead, the focus should be on adopting public health strategies and administrative measures to address the issue effectively. Furthermore, it was crucial to consider allowing the use of certain addictive substances; however, appropriate measures should be implemented to ensure responsible usage; for example, implementing measures such as strict quantity control and maintaining a register of drug users, especially for individuals who depend on these substances for legitimate medical purposes. In addition, some legal measures should be implemented to mitigate the severity of drug offense cases such as providing alternatives to imprisonment and providing drug rooms and recovery hubs for the addicts and patients. This study showed that the decriminalization could potentially solve drug problems.

(Total 106 pages)

Keywords: Harm Reduction, Drug Room

Student’s Signature Thesis Advisor’s Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ซ
บทที่ 1	
บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
1.3 สมมติฐานของการศึกษา	6
1.4 รูปแบบการศึกษา	7
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2	
ประวัติความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้	9
2.1 ประวัติของยาเสพติด	9
2.2 ความหมายของยาเสพติด	11
2.3 ประเภทของยาเสพติด	13
2.4 นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด	13
2.4.1 นโยบายปราบปรามยาเสพติด	14
2.4.2 นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด	15
2.4.3 นโยบายการทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมาย	16
2.5 มุมมองต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย	17
2.6 แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.6.1 แนวคิดการลดการลงโทษจำคุก	19
2.6.2 แนวคิดการหันเหคดี	19
2.6.3 แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	21
2.6.4 ขอบเขตของแนวคิด Harm Reduction	22
2.6.5 ประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด	23
2.6.6 มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	26
2.6.7 กรณีศึกษาในต่างประเทศที่เป็นแม่แบบของนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติด	28
บทที่ 3 มาตรการทางกฎหมายทางคดียาเสพติดในประเทศและต่างประเทศ	32
3.1 มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย	32
3.1.1 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพยาเสพติด ในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด	33
3.1.2 ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564	40
3.1.3 สรุปสาระสำคัญ ประมวลกฎหมายยาเสพติด	42
3.2 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของต่างประเทศ	44
3.2.1 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส	44
3.2.2 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์	51
3.2.3 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศสวิตเซอร์แลนด์	58
3.3 ห้องเสพยา	62
3.3.1 ความหมายและความเป็นมาของห้องเสพยา	62
3.3.2 ลักษณะของห้องบริโภคนยาเสพติด	66
3.3.3 ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดหวังของห้องเสพยา	68
3.3.4 หลักนิติธรรมและหลักสิทธิมนุษยชนกับการใช้มาตรการห้องบริโภคนยาเสพติด	70

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	3.3.5 ห้องเสพยาในต่างประเทศ	72
	3.4 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ	74
บทที่ 4	วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในแต่ละที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด	79
	4.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพยาเสพติด	80
	4.2 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด	83
	4.3 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายสู່ห้องเสพยา	86
บทที่ 5	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	92
	5.1 บทสรุป	92
	5.2 ข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม		101
ประวัติผู้วิจัย		106

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	มาตรการที่สนับสนุนหลักการลดความรุนแรง	29
3.1	เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ	75



สารบัญรูป

รูปที่

หน้า

4.1 Flow chart การบำบัดรักษาเย็บแผล 4 ขั้นตอน

81



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีมาเป็นเวลานาน ทุกประเทศต่างตระหนักถึงผลจากปัญหาที่เกิดขึ้นและได้พยายามร่วมมือกันหยุดยั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้วันที่ 26 มิถุนายนของทุกปี เป็นวันต่อต้านยาเสพติดโลก และจากรายงานสถานการณ์ของปัญหาเสพติดโลก ประจำปี 2564 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nation Office on Drug and Crime: UNODC) กล่าวว่า สถานการณ์การผลิต และการลักลอบค้ายาเสพติด เกือบทุกประเทศทั่วโลกอยู่ในเกณฑ์สูงที่ ปัจจุบันมีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 200 ล้านคน¹ จากสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ยังคงมีอยู่ แม้จะมีการดำเนินการปราบปรามยาเสพติดขั้นเด็ดขาดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด แต่ก็พบว่าปัญหาเสพติดยังมีการแพร่ระบาดอยู่ในกลุ่มเยาวชนนักเรียน นักศึกษา โดยผลสำรวจของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ จากตัวอย่างนักเรียน นักศึกษา 5,413,271 คน พบว่า มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดอยู่ 60,560 คน ในกลุ่มนี้มีนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับเหล้าและบุหรี่มากที่สุด 58,539 คน แบ่งเป็นนักเรียนในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 27,332 คน นอกจากนี้ยังสงสัยว่าค้ายาบ้า 17 คน ยังใช้ยาบ้า 275 คน เคยใช้ยาบ้า 980 คน มีผู้ที่บำบัดรักษาหายแล้ว 522 คน และในกลุ่มนักเรียนที่ยังใช้ยาอยู่ติดสารระเหยมากที่สุด รองลงมาเป็นยาบ้าและกัญชา² ซึ่งปัญหาเสพติด เป็นเรื่องซับซ้อนและมีพลวัตรเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นชนิดของยาเสพติด ลักษณะการใช้ กลุ่มประชากรผู้ใช้ ทำให้ยากต่อการจัดการให้หมดสิ้นไปอย่างถาวร โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนในช่วงอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากร

¹ From *News of internal security operations command*, by Internal Security Operations Command, 2014, Copyright 2014 by Internal Security Operations Command. Retrieved from <http://www.isoc.go.th/>

² จาก *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี* (วิทยานิพนธ์), โดย สุกร ชินะเกตุ, 2553, มหาวิทยาลัยศิลปากร. ลิขสิทธิ์ 2553 โดย สุกร ชินะเกตุ.

หลักที่ยังคงมีปัญหายาเสพติดที่มีความเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อการใช้ชีวิตในสังคม ตลอดจนพฤติกรรมของเยาวชนในการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เล่นการพนัน การเที่ยวสถานบันเทิง ใช้ยาสูบเพื่อขี้ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การทะเลาะวิวาท ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนที่อาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติดในที่สุด หากปล่อยให้เยาวชนมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับ ย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากข้อมูลสรุปสถานการณ์ยาเสพติดปี 2557 ของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร (กอ.รมน.) พบว่า อายุของผู้เข้าบำบัดรักษากลุ่มอายุน้อยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-19 ปี แสดงให้เห็นกลุ่มแนวโน้มของเด็กและเยาวชน ที่มาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากขึ้น³ ยาเสพติดเป็นปัญหาที่อยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านาน แม้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะออกมาทำหน้าที่ป้องกันปราบปราม และบำบัด แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะยุติปัญหาตรงนี้ได้ จนกลายเป็นปัญหาของชาติ ส่งผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคงของชาติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนคนเยาวชนที่เป็นบุคลากรสำคัญของชาติในอนาคต คนรอบข้าง รวมทั้งผู้ที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มีสุขภาพร่างกาย จิตใจเสื่อมโทรมลง เพราะนับวันปัญหาการติดยาเสพติดจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นระบาดไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ และเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสนใจและร่วมมือกันแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน

กฎหมายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีหลายฉบับ ซึ่ง พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ได้กำหนดยาเสพติดมีหลายประเภท เช่น ทินเนอร์ กาว แล็กเกอร์ เป็นต้น⁴ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ประเทศไทยอยู่ในสถานะที่มีการจับกุมดำเนินคดีและลงโทษผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดอย่างมากจนเกินความจำเป็น (Over Criminalization) ส่งผลให้มีผู้เสพยาเสพติดถูกควบคุมตัวอยู่ในพื้นที่จำกัดจนมีสภาพล้นเรือนจำ (Overcrowding in Prison) ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดในการลดความรุนแรงในคดีเสพยาเสพติดขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเกิดจากแนวคิดนโยบายทางอาญาสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การไม่ทำให้เป็นความผิด (Decriminalization) ได้แก่ การแสวงหาเหตุผลในการไม่ดำเนินคดีอาญากับการกระทำความผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดระดับเล็กน้อยหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพียงเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษา 2) การเปิดเสรียาเสพติด (Drug

³ From Ministry of Education releases drug addiction policy focus on child voice filter - revive morality. (pp. 15), by K. Rodklai, 2008, Khaosod. Copyright 2008 by K. Rodklai.

⁴ จาก มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด (น. 3), โดย ฉัตรสุนัน พงศิกัญญา, 2551, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ลิขสิทธิ์ 2551 โดย ฉัตรสุนัน พงศิกัญญา.

Liberalization) ได้แก่ แนวคิดในการให้ประชาชนสามารถใช้ยาเสพติดได้อย่างเสรีมากขึ้นโดยลดทอนความเป็นอาชญากรรมและมาตรการดำเนินคดี และ 3) การทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (Drug Legalization) ในต่างประเทศถือว่าประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยมาตรการลดความรุนแรงในการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนมีมาตรการเสรีต่อยาเสพติด ซึ่งมาจากแนวคิดเรื่อง “Harm Reduction” หรือ “การลดอันตราย” เป็นแนวคิดด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน หรือลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางอย่าง การลดอันตรายเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการใช้ยาเสพติด เกิดขึ้นช่วงปลายทศวรรษที่ 19 (ค.ศ. 1970) และเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น ใน ค.ศ. 1980 โดยเน้นด้านการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายผู้ที่ใช้ยาเสพติดมากกว่าจะให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาหรือปลอดจากยาเสพติดโดยเด็ดขาด แนวคิดนี้ได้นำมาใช้เป็นวิธีการที่ลดการแพร่เชื้อของไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis) และลดอันตรายในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งมีการดำเนินการอย่างกว้างขวางในประเทศทางตะวันตก ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ซึ่งเคยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในลำดับต้น ๆ ของทวีปยุโรปไม่แพ้ประเทศไทย อีกทั้งสถานการณ์ที่หนักหนาสาหัสคือ การแพร่ระบาดของยาเสพติดในหมู่เยาวชน เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยขณะนี้ ซึ่งปรากฏการณ์ที่สะท้อนผ่านสายตาของประชาชน คือ มีการจับกุม ยึดยาเสพติด แทบทุกวันในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น แต่การค้าขายยาเสพติดกลับไม่ลดลง จำนวนยาเสพติดที่จับได้เพิ่มปริมาณมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน ในทางกลับกันหลังจากประเทศโปรตุเกสได้ปรับเปลี่ยนนโยบายด้านยาเสพติดจากการห้ามโดยเด็ดขาด (Prohibition) เป็นการลดทอนความผิดทางอาญาหรือลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยาเสพติด (Decriminalization) จำนวนผู้ติดยาเสพติด ได้ลดน้อยลงทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงควรทบทวนกฎหมายของประเทศไทยให้เทียบเคียงกับแนวทางของกฎหมายประเทศโปรตุเกส โดยมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาอยู่ 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ 1) Drug Decriminalization การลดการควบคุมและโทษต่าง ๆ ลงจากกฎหมายเดิมที่มีอยู่ เช่น ใช้การปรับหรือการลงโทษแบบอื่น ๆ แทนการจำคุก 2) Drug Legalization การทำให้ยาเสพติดทั้งหลายถูกต้องกฎหมาย ซึ่งอาจจะถูกต้องกฎหมายทุกชนิดหรือบางชนิดก็ได้ ทว่าถูกต้องกฎหมายแล้วก็ไม่ได้แปลว่ามีการใช้กันอย่างพริ้วเสรี แต่เปลี่ยนจากการห้าม (Prohibition) ไปเป็นการกำกับดูแล (Regulation) แทน เช่น บังคับให้ติดฉลากระบุขนาด วิธีใช้ และคำเตือนทางการแพทย์ มีการจำกัดการโฆษณา จำกัดอายุผู้บริโภค จำกัดจำนวนการซื้อในแต่ละครั้ง ห้ามขายให้แก่ผู้ที่มีอาการเมินเมา รวมถึงข้อบังคับพิเศษ เช่น การสร้างห้องฉีดยา (Injection Rooms) ขึ้นมา

สำหรับผู้ที่จะใช้ยาเสพติดบางอย่างที่ต้องฉีดเข้าเส้น โดยผู้ฉีดจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ และคอยควบคุมดูแลผู้เสพยาในห้องดังกล่าว⁵

ห้องเสพยา (Drug Consumption Room) สร้างขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากการเสพยาเกินขนาดและลดปัญหาอาชญากรรมที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากผู้เสพยา โดยสร้างพื้นที่ให้ผู้เสพยาฉีดชนิดรี่ายแรงและฉีดกฎหมายเข้ามาเสพยาได้ ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือพยาบาล โดยผู้เสพยาจะไม่ถูกตำรวจจับกุมแต่อย่างใด ซึ่งเปิดให้ผู้เสพยาฉีดรี่ายแรงอย่างโคเคนหรือเฮโรอีนเข้ามาใช้เป็นสถานที่เสพยาได้เกือบตลอด 24 ชั่วโมง ภายในห้องเสพยาจะมีพื้นที่และอุปกรณ์เพื่อการเสพยาเสพติดเตรียมไว้ให้พร้อม เช่น เข็มสะอาด แก้วน้ำ และภาชนะที่ใช้ในการเสพยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้มาใช้บริการต้องนำยาเสพติดมาเอง โดยมีประเทศในแถบยุโรปหลายแห่ง เช่น สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี เดนมาร์ก สเปน โปรตุเกส รวมทั้งประเทศที่ห่างไกลออกไปเช่น แคนาดา และออสเตรเลีย ที่ทางรัฐบาลอนุญาตให้มีห้องเสพยาไว้บริการแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายหลักของห้องเสพยานี้ไม่ใช่การส่งเสริมให้ผู้มาใช้บริการเสพยาเสพติดได้ แต่เมื่อใดก็ตามที่มีการแสดงความประสงค์จะลดหรือเลิกเสพยาติดต่อเจ้าหน้าที่ ทางศูนย์จะเข้าช่วยเหลือให้คำแนะนำและติดต่อสถาบันเพื่อการบำบัดละเลิกเสพยาได้ในทันที⁶ ดังนั้นผู้เสพยาเสพติดในระบบนี้จะต้องขึ้นทะเบียน ผู้เสพยาเสพติดกับภาครัฐ จึงจะพ้นจากความรับผิดชอบทางอาญา การขึ้นทะเบียนจึงเป็นวิธีการลดทอนความผิดในทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด (De-Criminalization) และทำให้ผู้เสพยาเสพติดมั่นใจในระบบสาธารณสุข ซึ่งทำให้รัฐสามารถระบุตัวบุคคลและจำนวนที่แท้จริงได้ และยังแยกให้เห็นชัดเจนถึงพฤติกรรมการเป็นผู้เสพ ซื่อขายเพื่อเสพหรือครอบครองเพื่อเสพ ออกจากอาชญากรในความผิดเสพยาเสพติดได้อย่างชัดเจน ไม่ถูกเหมารวมไปฟ้องร้องดำเนินคดีซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องถูกจำคุกในเรือนจำเป็นจำนวนมากและลดการใช้มาตรการการล่อซื้อ ลดอันตรายของผู้เสพยาเสพติดเองและลดอันตรายต่าง ๆ ให้กับสังคมจากผู้เสพยา คำว่า ผู้เสพเป็นผู้ป่วย ในที่นี้จึงหมายถึง ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสาธารณสุข มีแพทย์ประจำตัวและบันทึกการบำบัดรักษาในเวชระเบียน และปฏิบัติตามกฎหมายนี้เท่านั้นที่มีฐานะ ผู้ที่เป็นผู้ป่วย ได้รับยกเว้นไม่

⁵ จาก “กฎหมายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส: ต้นแบบความท้าทายในการแก้ไขปัญหายาเสพติด (น. 4),” โดย สกิลด์ซีย์ เลิศพานิชพันธุ์, 2563, *วารสารกฎหมายนิติพัฒน์* น. 1, 9(1), 1-20. ลิขสิทธิ์ 2563 โดย สกิลด์ซีย์ เลิศพานิชพันธุ์.

⁶ From *Addiction workers back push for more Victorian safe injecting rooms in Melbourne suburbs*, by J. Dunstan, 2021, Copyright 2021 by J. Dunstan. Retrieved from <https://www.abc.net.au/news/2021-05-11/safe-injecting-rooms-push-for-melbourne-suburbs/100130336>.

มีความผิดอาญาในการเสพ ซื้อง่ายเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อเสพตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด⁷

การมีบัญญัติกฎหมายภายในประเทศเพื่อรับรองการใช้ยาเสพติดประเภทนั้น ๆ ว่าถูกต้องตามกฎหมาย⁸ หรือแม้กระทั่งการจัดให้มีห้องสำหรับเสพยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย ดังประเทศในแถบยุโรปหลายประเทศที่เปิดให้มีห้องดังกล่าวและสามารถลดปัญหาอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดลงได้ เนื่องจากสามารถควบคุมให้ผู้เสพยาอยู่ในสถานที่ที่รัฐสามารถดูแลได้ และไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ประชาชนผู้อื่น รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการใช้ยาเกินขนาดได้ เพราะในห้องเสพยาที่ถูกกฎหมายจะมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้คอยดูแลผู้เสพยา⁹

จากที่มาและความสำคัญของปัญหาทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ โดยศึกษาถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาการนำบทสันนิษฐานเด็ดขาดมาใช้ในคดียาเสพติดนั้น มีความจำเป็นต้องศึกษาถึงกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งการกำหนดบทสันนิษฐานความรับผิดชอบในกฎหมายยาเสพติดของต่างประเทศและประเทศไทยเพื่อศึกษาถึงหลักเกณฑ์และความแตกต่างของการนำบทสันนิษฐานตามกฎหมายมาใช้ในคดียาเสพติดทั้งของต่างประเทศและประเทศไทย ศึกษาถึงความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย และทำการศึกษางานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับห้องเสพยาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายให้สามารถจัดสร้างห้องเสพยาเพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพยาและลดความรุนแรงในการใช้กฎหมายต่อผู้เสพยาต่อไปในอนาคต

⁷ จาก “ห้องบริโภคนยาเสพติด (น. 34),” โดย ธาณี วรรณทร์, 2564, *วารสารกำลังใจ*, 9(1), 29-34. ลิขสิทธิ์ 2564 โดย ธาณี วรรณทร์.

⁸ จาก “มาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ในประเทศต่าง ๆ ในโลก (น. 207),” โดย จิรวุฒิ ลิปิพันธ์, ธาณี วรรณทร์ และประธาน วัฒนวานิชย์, 2563, *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 34(110), 201-215.

⁹ From *Fix room*, by BBC News, 2017, Copyright 2017 by BBC News. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/international-38568367>.

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาประวัติของยาเสพติด ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้

1.2.2 เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.2.3 เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ โปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และ สวิตเซอร์แลนด์

1.2.4 เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในแต่ละที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติด

1.3 สมมติฐาน

นโยบายและวิธีการจัดการกับปัญหาเสพติดของประเทศไทยประสบปัญหามาเป็นระยะเวลายาวนานไม่สามารถแก้ไขได้ สะท้อนได้จากจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565 ที่ยังคงมีจำนวนสูงถึง 215,289 คน และคิดเป็นร้อยละ 81.45 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ¹⁰ ดังนั้นผู้ต้องราชทัณฑ์จากคดียาเสพติดจึงถือว่าเป็นนักโทษส่วนใหญ่จากคดีทั้งหมดในประเทศ เนื่องด้วยประเทศไทยมุ่งเน้นแต่การปราบปรามโดยใช้กฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเป็นหลัก มีผลทำให้การเสพ การค้ารายย่อย รายใหญ่ การผลิต การนำเข้าส่งออกยาเสพติดมีแต่จะทวีความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้นตลอด การศึกษาเบื้องต้นในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นตัวอย่าง พบว่าได้ใช้มาตรการในการลดอันตรายจากการบริโภคยาเสพติดด้วยการมี “ห้องเสพยา” ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายคือผู้บริโภคนายที่แท้จริงได้ ทำให้รัฐสามารถเข้าไปช่วยเหลือดูแลสุขภาพอนามัย การบำบัดรักษา ช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ได้ และช่วยรักษาความปลอดภัย ในบุคคล ชุมชน สังคม ให้เกิดความสงบเรียบร้อยได้ดีมากขึ้น ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น เอดส์ โรคติดต่อ

¹⁰ จาก รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ, โดย กรมราชทัณฑ์, 2565, ลิขสิทธิ์ 2565 โดย กรมราชทัณฑ์. สืบค้น จาก http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2020-04-01&report=drug

เชื้อทางการสัมผัส เชื้อไวรัสต่าง ๆ เป็นต้น และยังเป็นการทำลายตลาดยาเสพติด ที่ผิดกฎหมายให้ลดขนาดอาชญากรรมทางยาเสพติดลงได้ด้วย จึงเกิดสมมุติฐานว่า หากประเทศไทยนำมาตรการในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติด คือ “ห้องเสพยา” นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้น่าจะช่วยแก้ปัญหาเสพติด หรือ ลดปัญหาเสพติดในประเทศเราลงได้เช่นเดียวกัน

1.4 ขอบเขตการศึกษา

ทำการศึกษาหลักการและแนวคิดในการนำ “ห้องเสพยา” มาบูรณาการใช้ในประเทศไทย เพื่อลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดอย่างมีมิติสัมพันธ์กับมาตรการอื่น ๆ หน่วยงานและชุมชน และทำการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับ “ห้องเสพยา” ในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์

1.5 รูปแบบการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงเอกสาร (Documentary Research)) โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ บทความ รายการวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ คำพิพากษาศาลฎีกา คำบรรยาย ข้อมูลเอกสารทางอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้อง บทบัญญัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตำราวิชาการ หรือตามสื่อข่าวสารต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาบทสรุปที่ชัดเจน และรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาและวิธีการในการควบคุมผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย ศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยมุ่งเน้นรูปแบบและแนวทางการนำมาตรการ “ห้องเสพยา” มาใช้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงประวัติของยาเสพติด ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้

1.6.2 ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.6.3 ทำให้ทราบถึงข้อแตกต่างระหว่างนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ โปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และ สวิตเซอร์แลนด์

1.6.4 ทำให้ทราบถึงความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในแต่ละที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด



บทที่ 2

ประวัติความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้

การศึกษามาตรการในการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศไทย มีความจำเป็นที่ต้องทราบแนวคิดในเรื่องนโยบายในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพติดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ที่มาของการจัดการปัญหาเสพติดที่ผ่านมา ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการปัญหาเสพติดในอนาคต

2.1 ประวัติของยาเสพติด

ยาหรือสารที่ถูกนำมาใช้อย่างผิด ๆ หรือเสพติดมีใช้กันมานาน ตั้งแต่มนุษย์เริ่มค้นพบพืช ซึ่งเมื่อเสพเข้าไปแล้วทำให้ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ในสมัยโบราณยาหรือสารเหล่านี้ มักจะใช้ในพิธีทางศาสนา เช่น ผู้ทำพิธีทางศาสนา ของชาวอินเดียนแดงในอเมริกากลาง ใช้ต้นไม้จำพวกกระบองเพชร ซึ่งมีสารหลอนประสาท ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนเห็นภาพต่าง ๆ และเข้าใจว่าตนสามารถติดต่อกับวิญญาณหรือเทพเจ้าได้ ชาวอินเดียนแดงเผ่าอินคา (Incas) ในอเมริกาใต้เคี้ยวโคคา (COCA) ซึ่งมีโคเคน โดยถือว่าเป็นของขวัญที่พระเจ้าประทานให้ แต่แรกโคคานี้ใช้เฉพาะในหมู่พวกกษัตริย์ของเผ่า แต่ต่อมาเมื่อประเทศสเปนเข้าครอบครองชนเหล่านี้ ไบโคคาก็ถูกนำมาใช้ในหมู่ชาวอินเดียนแดงทั่วไปเพื่อช่วยให้พวกเขามีกำลังทำงานหนักรับใช้ชาวสเปนได้ เมื่อวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้าขึ้นยาหรือสารเสพติดก็เพิ่มปริมาณและชนิดขึ้น และมีการนำมาใช้อย่างผิด ๆ หรือเสพติดกันมาก ตัวอย่างเช่น ฝิ่น เป็นที่รู้จักและจำหน่ายมาตั้งแต่สมัยก่อนคริสตกาล โดยชาวเมโสโปเตเมีย (5,000 ปีก่อนคริสตศักราช) และแพร่หลายและรักษาโรคบางอย่าง เช่น โรคบิด โรคติดเชื้อ ฯลฯ ได้ นานที่เดิวกว่าอังกฤษจะรู้จักในการเสพติดของฝิ่น และเมื่อนั้นฝิ่นก็ถูกนำไปใช้เพื่อการเสพติด โดยอังกฤษพยายามนำเอาไปแพร่ ในเมืองจีนเพื่อให้ชาวจีนติดฝิ่น และตนเองผูกการค้าฝิ่นแต่ผู้เดียว จนกระทั่งเกิดสงคราม ฝิ่นกับประเทศจีนในปี ค.ศ. 1839 – 1842 ประเทศไทยก็มีประวัติการเสพฝิ่นมาตั้งแต่สมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 แห่งกรุงศรีอยุธยา (พระเจ้าอู่ทอง) ประมาณ 600 ปีเศษมาแล้ว ในสมัยนั้นก็มีความรู้พื้นฐานว่าพระมหากษัตริย์ทรงเล็งเห็นโทษของ

การเสพฝิ่น และทรงลงโทษผู้เสพติดเช่นกัน ระหว่างสงครามกลางเมืองของสหรัฐอเมริกา (American Civil War) ค.ศ. 1861 - 1865 เริ่มมีการนำเข็มฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังมาใช้ ทำให้มีผู้นำมอร์ฟีนมาใช้ในลักษณะยาเสพติด ต่อมาเมื่อคนรู้จักการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ เฮโรอินซึ่งเป็น Diethylated form ของมอร์ฟีนก็ถูกนำมาใช้แทนมอร์ฟีน กลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีการนำเอาโบรไมด์ (Bromide) มาใช้เป็นยาสงบประสาทและรักษาโรคลมชัก ซึ่งได้รับความนิยมมากพอ ๆ กับยาวาเลียม (Valium) และยาริเบรียม (Librium) ในปัจจุบัน แต่โบรไมด์สะสมในร่างกาย ทำให้เกิดอาการวิกลจริต และลายสมองอย่างถาวรด้วย ในระยะใกล้เคียงกันก็มีผู้ผลิตยาบาร์บิทูเรท (Barbiturate) และยาสงบประสาทตัวอื่น ๆ และได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลายเช่นกัน โดยผู้ใช้ไม่ทราบถึงฤทธิ์ในการเสพติดของยาเหล่านี้ ปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีผู้พบโคเคนและกัญชาซึ่งมีฤทธิ์ทำให้จิตใจสบายโคเคนพบว่ามิใช่ประโยชน์ทางการรักษาโรคด้วยโดยใช้เป็นยาเฉพาะที่ ดังนั้นโคเคนจึงเป็นที่นิยมใช้เป็นผลให้มีการเสพติดโคเคน ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 แอมเฟตามีนถูกนำมาใช้ในห้องทวารญี่ปุ่น เยอรมัน อเมริกัน และอังกฤษ เพื่อให้ร่างกายมีกำลังกระฉับกระเฉงอยู่ตลอดเวลา พอหลังสงครามยาซึ่งกองทัพญี่ปุ่นกักตุนไว้มาก็ทะลักสู่ตลาด ทำให้ประชาชนชาวญี่ปุ่นใช้ยากันมาก ในปี ค.ศ.1955 คาดว่ามีชาวญี่ปุ่นติดแอมเฟตามีนราวร้อยละ 1 ระหว่าง ค.ศ.1960 - 1970 ในประเทศสวีเดนมีการใช้ยา Phenmetrazine (Preludin) ซึ่งคล้ายแอมเฟตามีน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำด้วย ในสหรัฐอเมริกาพวกฮิปปี้ซึ่งเคยนิยมใช้ แอลเอสดี (LSD) หรือ Lysergic Acid Diethylamide) ก็ค่อย ๆ หันมาใช้แอมเฟตามีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่นกัน ระหว่างปี ค.ศ. 1960 - 1970 ยาหลอนประสาทเริ่มถูกนำมาใช้และใช้มากหลัง ค.ศ. 1970 ผู้เสพส่วนใหญ่เป็นชาวอเมริกันวัยรุ่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง โดยเริ่มจาก แอลเอสดี ซึ่ง Hofmannเป็นผู้ค้นพบในปี ค.ศ.1953 เนื่องจากแอลเอสดีทำให้เกิดอาการคล้าย วิกลจริต จึงมีนักจิตวิเคราะห์บางคนนำมาใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยด้วย เพราะคิดว่ายานี้จะช่วยกำจัด "Repression" ให้หมดไป ด้วยเหตุที่ยานี้ผลิตง่ายปัจจุบันจึงเป็นปัญหามากในอเมริกา

เนื่องจากกัญชาซึ่งเป็นยาช่วยให้ผู้เสพรู้สึกเป็นสุขและความรู้สึกไวขึ้น เป็นยาที่หาได้ง่าย จึงมีการลักลอบใช้อย่างผิดกฎหมายกันมาในอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 เป็นต้นในยุโรปก็เช่นกัน เพิ่งจะมีการใช้กัญชาในเวลาไล่เลี่ยกันนี้ โดยทหารของกษัตริย์นโปเลียนเป็นผู้นำมาจากประเทศอียิปต์ ทั้ง ๆ ที่กัญชาเป็นที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศอินเดียและประเทศในเอเชียตะวันออกกลางมาก่อนหลายศตวรรษ ในสหรัฐนิยมใช้ในคนบางกลุ่ม เช่น พวกนักดนตรีแจ๊ส และพวกเม็กซิกันอพยพมาอยู่ในสหรัฐ ในฝรั่งเศสเป็นที่นิยมใช้ในกลุ่มนักประพันธ์ ถ้าจะนับตามจำนวนผู้เสพติดหรือผู้ใช้ยาอย่าง ๆ ผิด ๆ สุราและบุหรี่ น่าจะเป็นสารสำคัญของปัญหานี้ แต่เนื่องจากราคา

ย้อมเยา สามารถหามาเสฟได้ง่ายกว่า และไม่ผิดกฎหมาย ทำให้สาร 2 ชนิดนี้ จะไม่มีความสำคัญเท่าใดนัก แต่กัญชา ยาหลอนประสาท และเฮโรอีน จำนวนผู้ใช้และผู้เสฟติดน้อยกว่ากลับเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเฮโรอีนกำลังเป็นปัญหามากในประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่บนคาบสมุทรอินโดจีน ทั้งนี้เพราะเป็นสารซึ่งมีราคาแพงและผิดกฎหมาย ทั้งอำนาจในการเสฟติดที่สูงและวิธีบางวิธียังอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพจึงก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการแพทย์ จนต้องจัดเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศอย่างหนึ่งที่ต้องรีบแก้ไข

2.2 ความหมายของยาเสฟติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายของคำว่า “ยาเสฟติด” หมายถึง ยา สาร หรือวัตถุใดที่เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีกิน สูบ นิด คม หรือวิธีอื่น ๆ วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจ ดังนี้¹¹

- 1) มีความต้องการอย่างแรงกล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะเสฟยานั้นอีกเรื่อย ๆ หรือต้องการเสฟอยู่เสมอ
- 2) มีความต้องการที่จะเพิ่มปริมาณของยาเสฟติดให้มากขึ้น
- 3) เมื่อถึงเวลาที่เกิดความต้องการเสฟแล้ว ไม่ได้เสฟจะเกิดอาการขาดยา และอยากยาโดยแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น หาว อาเจียน น้ำมูกน้ำตาไหล ทรนทราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติ โมโห ฉุนเฉียว เป็นต้น
- 4) ยาเสฟติดจะทำลายสุขภาพของผู้เสฟทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมมีโรคแทรกซ้อน และทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาท

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของยาเสฟติดหมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสฟหรือนิดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา เป็นต้น¹²

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสฟติดให้โทษได้ให้ความหมายของยาเสฟติดไว้ ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสฟติด พ.ศ. 2519 ว่า ยาเสฟติดให้โทษตาม

¹¹ จาก *ยาเสฟติด*, โดย World Health Organization, 2020, ลิขสิทธิ์ 2020 โดย World Health Organization. สืบค้นจาก <http://www.krusarawut.net>

¹² จาก *ความหมายของยาเสฟติด*, โดย สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554, ลิขสิทธิ์ 2554 โดย สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. สืบค้นได้จาก <https://dictionary.orst.go.th/>

กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ วัตถุประสงค์ตามที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและสารระเหยตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2528 ว่า ยาเสพติดให้โทษ หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ นิด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลาและสุขภาพ โดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึง พิษหรือส่วนของพิษที่ทำให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ ไม่หมายความถึง ยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

พระราชบัญญัติวัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ได้ให้ความหมายของวัตถุประสงค์ หมายความว่า วัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งที่ได้จากธรรมชาติหรือวัตถุประสงค์ต่อจิต และประสาทที่เป็นวัตถุประสงค์เพราะเหตุนี้ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศในราชกิจจานุเบกษา

พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ได้ให้ความหมายของสารระเหย หมายความว่า สารเคมีหรือผลิตภัณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรมประกาศว่าเป็นสารระเหย

จากนิยามความหมายของยาเสพติดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ยาเสพติด หมายถึง สารหรือวัตถุชนิดใด ๆ ก็ตามอาจจะเป็นสารเคมีหรือยาที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อเสพหรือได้รับเข้าไปในร่างกายซ้ำ ๆ กันแล้วไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ นิด หรือด้วยประการใด ๆ เป็นช่วงหนึ่งหรือนานติดกันก็ตามที่ส่งผลทำให้บุคคลผู้นั้น ต้องตกอยู่ใต้อำนาจหรือเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรืออย่างหนึ่งอย่างใดเพียงอย่างเดียว และต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ และอาจเกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อขาดยาแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ หรือทำให้สุขภาพของผู้เสพติดเสื่อมโทรมลงเกิดโทษต่อตนเองครอบครัวผู้อื่น ตลอดจนสังคม ประเทศชาติ และก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอันได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการค้าประเวณี เป็นต้น

2.3 ประเภทของยาเสพติด

กฎหมายประเทศไทยยึดการกำหนดโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้¹³

2.3.1 ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน หรือยาบ้า ยาอี หรือยาเลิฟ

2.3.2 ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น ได้แก่ ฟีน มอร์ฟีน โคเคน หรือโคคาอิน โคเคอิน และเมทาโดน

2.3.3 ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 3 ยาเสพติดประเภทนี้เป็นยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดประเภทที่ 2 ผสมอยู่ด้วย มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น หรือเพื่อเสพติด จะมีบทลงโทษเท่ากับไว้ ยาเสพติดประเภทนี้ ได้แก่ ยาแก้ไอ ที่มีตัวยาโคเคอิน ยาแก้ท้องเสีย ที่มีฟีน ผสมอยู่ด้วย ยาฉีดระงับปวดต่าง ๆ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น

2.3.4 ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 4 คือสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 ยาเสพติดประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดโรคแต่อย่างใด และมีบทลงโทษเท่ากับไว้ด้วย ได้แก่ น้ำยาอะเซติลแอนไฮโดรย์ และอะเซติลคลอไรด์ ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน สารคลอซูโดอีเฟดรีน สามารถใช้ในการผลิตยาบ้าได้ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก 12 ชนิด ที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้

2.3.5 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 1 ถึง 4 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืช กระท่อม เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

2.4 นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ทุกประเทศต่างให้ความสำคัญและมีนโยบายในการจัดการปัญหายาเสพติดแตกต่างกันไปตามบริบทสภาพสังคม วัฒนธรรม นโยบายการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ ทั้งนี้ อาจสรุปนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดออกเป็น 3 นโยบายหลักที่สำคัญ ดังนี้

¹³ จาก พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (น. 43), โดย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2522, กรุงเทพฯ: กองนิติการ. ลิขสิทธิ์ 2522 โดย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.

2.4.1 นโยบายปราบปรามยาเสพติด

คำว่า Zero Tolerance มีความหมายทั่วไปว่าความไม่สามารถทนต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ดังนั้นนโยบายปราบปรามยาเสพติด (Zero Tolerance) จึงหมายความว่าถึงนโยบายที่รัฐและคนในรัฐไม่สามารถทนต่อยาเสพติดได้ ซึ่งนโยบายนี้เกิดขึ้นบนพื้นฐานความคิดว่ายาเสพติดเป็น สิ่งที่ชั่วร้าย เป็นภัยร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ จึงเป็นภัยที่สังคมทุกสังคมไม่ควรยอมรับและต้องร่วมกันกำจัดปราบปรามให้หมดไป นโยบายนี้สะท้อนผ่านมาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่มาตรการทางกฎหมายที่มีโทษอาญาที่เข้มงวดรุนแรง การลงโทษประหารชีวิต มาตรการริบทรัพย์สินในคดียาเสพติดเพื่อให้สอดคล้องกับ การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งการทำความผิด (Deterrence)¹⁴

ประเทศไทยรับนโยบายปราบปรามมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพติดเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษในประเทศไทยมีบทบัญญัติเชิงปราบปรามลงโทษจำนวนมาก เช่น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 65 กำหนดให้การกระทำความผิดฐานผลิต นำเข้าหรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มีระวางโทษสูงถึงจำคุกตลอดชีวิต ประหารชีวิต หรือมาตรา 100/1 ที่กำหนดให้ความผิดที่มีโทษจำคุกและปรับ ให้ศาลลงโทษทั้งโทษจำคุกและโทษปรับด้วยเสมอโดยคำนึงถึงการลงโทษในทางทรัพย์สินเพื่อป้องปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด หรือพระราชบัญญัติว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 มาตรา 27 และมาตรา 30 บัญญัติหลักเกณฑ์ การริบทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไว้ เพื่อยับยั้งและป้องปรามไม่ให้คนตัดสินใจกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งจะส่งผลให้ยาเสพติดลดลงและหมดไปจากสังคมในท้ายที่สุด นอกจากนี้มาตรการทางกฎหมายแล้ว ที่ผ่านมามีประเทศไทยรับแนวคิดนโยบายปราบปรามยาเสพติดมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยในปี พ.ศ. 2544 ถึง 2546 สมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร มีการประกาศ “สงครามยาเสพติด” เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดจำนวนยาเสพติดและความต้องการใช้ยาเสพติด โดยรัฐบาลแถลงจุดยืนในการกวาดล้างยาเสพติดให้หมดไปจากประเทศไทยภายใน 4 เดือน รวมถึงการออกคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 119/2544 เรื่องแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะปัญหาเสพติด ซึ่งกำหนดแนวทางในการเอาชนะปัญหาเสพติดไว้ โดย

¹⁴ จาก *ปลดล็อกผู้เสียหายจากคำว่าอาชญากร นับหนึ่งใหม่ นโยบาย ยาเสพติด*, โดย อินทรชัย พาณิชกุล, 2559, โปสตัดูเดย์. ลิขสิทธิ์ 2559 โดย อินทรชัย พาณิชกุล. สืบค้นจาก <https://www.posttoday.com/politic/report/439755>

การปราบปราม การทำลายเครือข่ายการผลิตยาเสพติด นายทุนผู้ค้ารายใหญ่ ผู้มีอิทธิพล ผู้ชน ผู้สมคบ ผู้ค้ารายกลางและรายย่อย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างเด็ดขาด¹⁵ ในปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช ได้แถลงนโยบายต่อสภาว่าปัญหาเสพติดเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ โดยเร่งรัดแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ค้ารายใหญ่ ผู้ค้าต้องได้รับโทษตามกระบวนการยุติธรรม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนควบคู่กับมาตรการปราบปรามและบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นธรรมและใช้มาตรการทางกฎหมายตัดช่องทางการหาเงินทุจริตของผู้มีอิทธิพล¹⁶ ส่วนในปี พ.ศ. 2560 สมัยรัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้มอบนโยบายการจัดการปัญหาเสพติดโดยกำหนดให้เป็นปีแห่งการปราบปรามกระบวนการค้ายาเสพติดรายใหญ่และมอบหมายให้สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระบวนการยุติธรรม ตำรวจ และฝ่ายความมั่นคงรับไปดูแลทั้งหมด จะเห็นได้ว่านโยบายปราบปรามยาเสพติดถือเป็นนโยบายหลักในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพติดของไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้¹⁷

อย่างไรก็ตาม เมื่อแต่ละประเทศรวมทั้งประเทศไทยดำเนินนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ปรากฏว่าการทำให้ยาเสพติดหมดไปจากสังคม เป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้อย่างจริงจัง แต่การปราบปรามอย่างเด็ดขาดกลับส่งผลกระทบต่อในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะในด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ทำให้แต่ละประเทศหันกลับมาทบทวนนโยบายยาเสพติดที่ดำเนินการอยู่ ว่ามีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างแท้จริงหรือไม่ จึงเกิดความคิดในการจัดการปัญหาเสพติดในรูปแบบอื่น ๆ

2.4.2 นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด (Decriminalization) หมายความว่า การลดการลงโทษหรือการยกเลิกโทษทางอาญาของการกระทำบางอย่างในคดียาเสพติด ดังนั้นนโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดจึงหมายความว่า นโยบายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย มุ่งเน้นการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเพื่อให้การกระทำความผิดเฉพาะในกรณีผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยหรือครอบครองยาเสพติด

¹⁵ คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 119/2544 เรื่อง แนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด

¹⁶ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายสมัคร สุนทรเวช.

¹⁷ จาก ประยุทธ์ ประกาศปีแห่งการสู้ยาเสพติด สั่งนำผู้ต้องหาแอลกอฮอล์ไม่ให้หลุดเพื่อเจ้า, โดย ประชาชาติธุรกิจ, 2560, ลิขสิทธิ์ 2560 โดย ประชาชาติธุรกิจ. สืบค้นจาก https://m.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1498195468

คิดเพื่อการเสพส่วนตัวให้ได้รับโทษอาญาน้อยลงหรือไม่ต้องรับโทษทางอาญา แต่ใช้มาตรการทางเลือกอื่นบังคับแทน เช่น โทษปรับหรือโทษทางปกครอง การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการจัดการปัญหาเสพติดเนื่องจากเห็นว่าในแต่ละสังคมก็อาจมีสิ่งเสพติดและมีผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่เป็นอันตรายมากนัก โดยเฉพาะในผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติด บุคคลกลุ่มนี้เป็นเพียงผู้ป่วยที่ต้องบำบัดรักษาอาการป่วย ไม่ใช่อาชญากรดังเช่นผู้ค้ายาเสพติดที่ต้องลงโทษรุนแรง ทั้งการลงโทษที่เข้มงวดไม่ได้ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดหายจากอาการติดยาเสพติด ดังนั้น การลดทอนความเป็นอาชญากรรมจึงเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดการปัญหาเสพติด โดยลดโทษความผิดฐานเสพยาเสพติด เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามหลักการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ ส่งผลดีในการบริหารงบประมาณด้านกระบวนการยุติธรรมทางอาญา รัฐบาลไม่ต้องสูญเสียงบประมาณไปกับการดูแลบุคคลผู้ต้องขังมากเกินไป ทั้งยังส่งผลดีต่อครอบครัวและสังคมของผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดเนื่องจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากอาการการติดยา โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด¹⁸

2.4.3 นโยบายการทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมาย

การทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมาย (Legalization) หมายความว่า นโยบายที่รัฐสนับสนุนให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดบางประเภทไม่มีความผิดและไม่ต้องรับโทษ ตามกฎหมายอีกต่อไปโดยยกเลิกโทษทั้งทางอาญาและโทษทางปกครองที่เคยกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ๆ นโยบายนี้นำมาใช้กับยาเสพติดบางประเภท เช่น การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้โดยไม่เป็นความผิดใน 29 มลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา และการใช้กัญชาเพื่อเสพส่วนตัว เป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ใน 6 มลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานว่ายาเสพติดบางประเภทมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงว่าเป็นยาเสพติดที่ไม่อันตรายมากนักเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะได้จากการนำยาเสพติดดังกล่าวไปใช้ จึงอนุญาตให้ใช้ ยาเสพติดได้โดยไม่ผิดกฎหมายภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไขที่รัฐนั้น ๆ กำหนด¹⁹

¹⁸ จาก นโยบายและมาตรการทางเลือกในคดียาเสพติด : ศึกษาเฉพาะกรณีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (วิทยานิพนธ์). โดย นันท์พัช ไซยอักษรพงศ์, 2555, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ลิขสิทธิ์ 2555 โดย นันท์พัช ไซยอักษรพงศ์.

¹⁹ From *Legality of Cannabis*, by U.S. jurisdiction, 2020, Copyright 2020 by U.S. jurisdiction. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_cannabis_by_U.S._jurisdiction.Html.

2.5 มุมมองต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย

แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดของหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยมักมุ่งขจัดยาเสพติดให้หมดไปจากสังคมหรือการสร้างสังคมปลอดยาเสพติด (Drug free society) ด้วยการบังคับใช้กฎหมายเป็นหลัก ทั้งการปราบปรามผู้ค้ายาเสพติดในฐานะอาชญากร และแม้ว่าจะมีการปรับมุมมองต่อผู้ช้ยาเสพติดว่าเป็น ‘ผู้ป่วย’ ซึ่งไม่ควรถูกลงโทษตามกฎหมาย แต่ยังคงมุ่งเน้นการนำผู้ช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายให้สามารถตัดขาดจากยาเสพติดได้หลังจากสิ้นสุดการบำบัดรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด แต่จากผลการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวมักพบว่า ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจำนวนมากยังไม่สามารถตัดขาดจากยาเสพติดได้อย่างแท้จริง โดยยังคงมีจำนวนผู้กระทำความผิดซ้ำและผู้เสพติดซ้ำจำนวนมากในแต่ละปี อันเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งลักษณะส่วนบุคคลของผู้ช้ยาเสพติด ความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการตัดขาดยาเสพติดของผู้ช้ยาเสพติดแต่ละรายที่มีสาเหตุแตกต่างกันไปตามประเภทของยาเสพติดที่ช้ ระดับความรุนแรงของการเสพติด ลักษณะนิสัยส่วนบุคคล หรือทัศนคติส่วนบุคคลที่เห็นว่าการช้ยาเสพติดของตนเองไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น (ไม่มองว่าตนเองเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องได้รับการดูแล) และสภาพแวดล้อมของชุมชนที่อยู่อาศัยที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นจำนวนมาก ทำให้สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้โดยง่าย ประกอบกับการชักชวนจากเพื่อนและบุคคลใกล้ชิดอีกทั้งยังพบว่า การถูกตีตราจากสังคมทั้งในฐานะของผู้ช้ยาเสพติดที่มีภาพลักษณ์ทางลบ ซึ่งแม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีความพยายามสร้างการรับรู้แก่สังคม โดยทั่วไปว่า ผู้ช้ยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ควรเข้ารับการบำบัดรักษา มิใช่อาชญากรที่ต้องถูกจำคุกเช่นในอดีต หากแต่การนำตัวผู้ช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ จากหน่วยงานรัฐ (ยกเว้นการสมัครใจเข้ารับการรักษาด้วยตัวผู้ช้ยาเสพติดเองหรือครอบครัว) นับเป็นการตีตราผู้ช้ยาเสพติดว่าเป็นผู้ที่กระทำความผิดกฎหมายหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แปลกแยก หรือเป็นคนไม่ดีในสังคม และก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรังเกียจจากประชาชนทั่วไป หรือแม้ว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไปแล้ว ก็ยังได้รับโอกาสจากสังคมไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกอบอาชีพหรือการอยู่ร่วมกับคนในชุมชน อันเนื่องมาจากอคติและมุมมองต่อบุคคลเหล่านี้ ซึ่งมีภาพลักษณ์ของผู้ที่เคยกระทำความผิด ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคมอื่น ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาหวนกลับไปช้ยาเสพติดเช่นเดิม เช่นเดียวกับผู้ต้องขังที่กระทำความผิดในคดียาเสพติดซึ่งมักไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมเมื่อพ้นโทษ ประกอบกับแรงจูงใจทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้กลับไปกระทำความผิดซ้ำเมื่อกลับสู่สังคม ทั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัย

สำคัญประการหนึ่งมาจากมาตรการของรัฐในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดยังไม่มีความสะดวกคล่องกับลักษณะและบริบทของปัญหาที่แท้จริง

มุมมองในการปฏิบัติต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยการบังคับใช้หลักกฎหมายเป็นหลัก ตามหลักการว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งปวง ถือเป็นความผิดตามกฎหมายนั้น อาจได้รับการยอมรับและดำเนินการได้จริงในกลุ่มของผู้ค้าหรือผู้ผลิต แต่ถูกท้วงติงถึงการดำเนินงานต่อผู้ใช้ยาเสพติด ว่าเป็นแนวทางที่สามารถแก้ไขปัญหาคืออย่างแท้จริงมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการกำหนดแนวปฏิบัติต่อผู้ใช้ยาเสพติด มักขึ้นอยู่กับมุมมองที่มีต่อผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละสังคมว่าอยู่ในสถานะของอาชญากรที่ควรถูกลงโทษ ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทัศนคติให้เป็นไปตามค่านิยมทั่วไปของสังคม หรือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะและพฤติกรรมส่วนบุคคล (ในการใช้ยาเสพติด) รูปแบบหนึ่งซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น ซึ่งมักสะท้อนให้เห็นจากข้อกำหนดที่แต่ละสังคมกำหนดไว้เป็นสำคัญ อีกทั้งยังพบว่า การดำเนินงานบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้เกิดการนำตัวผู้ใช้ยาเสพติดจำนวนมากเข้ารับการบำบัดรักษาในแต่ละช่วงเวลาตามรูปแบบกลางที่กำหนด ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดที่ส่วนใหญ่มีอาการเสพติดทางสมองที่ควรได้รับการดูแลรักษาทั้งทางกายและทางจิต โดยการประเมินลักษณะอาการส่วนบุคคลที่นำไปสู่การเลือกใช้รูปแบบหรือวิธีการรักษา รวมทั้งระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไป การมุ่งเน้นการบำบัดรักษาภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณดังกล่าว จึงไม่ส่งเสริมให้เกิดการแก้ไขปัญหาคืออย่างแท้จริงในด้านผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายที่มุ่งเน้นจำนวนผู้ผ่านการบำบัดที่สามารถตัดขาดยาเสพติดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อสะท้อนความสำเร็จของการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ จึงนับเป็นการกำหนดเป้าหมายที่ไม่ยืดหยุ่นและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงเช่นกัน หากพิจารณาในรายละเอียดถึงการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา (Retention) และความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม (Behavior changing) ของผู้ใช้ยาเสพติดที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ประกอบกับการพิจารณาถึงเงื่อนไขและบริบทแวดล้อมของผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละราย เพื่อปรับเปลี่ยนหรือสร้างแนวทางการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและนำไปสู่การลด ละ เลิก หรือตัดขาดจากยาเสพติดได้อย่างแท้จริงตามความพร้อมของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นหลัก ย่อมเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาและเป้าหมายที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหายั่งยืน คือ การดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด อันจะเป็นการป้องกันมิให้ผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครวั ชุมชน และสังคมวงกว้าง ได้รับอันตรายหรือผลกระทบเชิงลบจากการใช้ยาเสพติดดังกล่าว

2.6 แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด

แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดอาจกระทำได้ในหลายรูปแบบที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

2.6.1 แนวคิดการลดการลงโทษจำคุก

ตามที่ได้กล่าวถึงแล้วว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดของบุคคลและกระบวนการยุติธรรมว่าผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดเป็นเพียงผู้ป่วยที่สมควรต้องได้รับการบำบัดรักษามากกว่าเป็นอาชญากรที่ต้องลงโทษให้เจ็บทรมาน ดังนั้นรูปแบบและแนวคิดของการลดโทษจำคุกจึงดำเนินการผ่านกลไกทางกฎหมายเป็นหลัก โดยแก้ไขความผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดให้ไม่เป็นการผิดอาญาอีกต่อไป แต่อาจยังมีมาตรการลงโทษประเภทอื่น เช่น มาตรการลงโทษทางปกครอง หรือโทษปรับสำหรับบางประเทศที่โทษปรับไม่ใช่โทษอาญา เป็นต้น ประเทศที่นำเอาแนวคิดการลดการลงโทษจำคุกไปใช้จนประสบความสำเร็จและเป็นตัวอย่างให้ประเทศอื่นในเวลาต่อมาคือประเทศโปรตุเกส ในปี ค.ศ. 2000 ประเทศโปรตุเกส ประกาศใช้กฎหมาย ซึ่งมีผลให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับการซื้อ การมีไว้ในครอบครอง การเสพยาเสพติดของบุคคล ในกรณีที่มีไว้เพื่อใช้เสพส่วนบุคคลจะไม่เป็นความผิดทางอาญาอีกต่อไป หมายความว่า การกระทำความผิดดังกล่าวจะไม่อยู่ในกรอบของกฎหมายอาญาและระบบยุติธรรมทางอาญา แต่ถือเป็นความผิดทางปกครอง (Administrative Offence)²⁰

2.6.2 แนวคิดการหันเหคดี

แนวคิดการหันเหคดีหรือการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) หมายความว่า แนวคิดที่นำผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการดำเนินคดีอาญาที่จะนำไปสู่การลงโทษ เพื่อให้ผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ให้ลด ละ เลิกยาเสพติดและเพื่อให้สามารถอยู่รวมในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนรวมถึงภาคประชาสังคม จะเห็นได้ว่าการเบี่ยงเบนคดีมิได้ยกเลิกความผิดไปเสียทีเดียว ผู้กระทำผิดยังมีความผิดอยู่เพียงแต่นำมาตรการบางอย่างมาบังคับแทนการลงโทษ เมื่อผู้กระทำ

²⁰ จาก การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด, โดย สว่าง อัครปรีดี, 2561, ลิขสิทธิ์ 2561 โดย สว่าง อัครปรีดี. สืบค้นจาก <http://web.krisdika.go.th/pdfPage.jsp?type=act&actCode=213>

ความผิดปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามที่กำหนดไว้ถือว่าผู้กระทำความผิด ไม่ต้องถูกลงโทษ มาตรการที่นำมาใช้คือมาตรการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ ลงโทษเพื่อแก้ไขชัวยั้ง (Rehabilitation) นั่นเอง การเบี่ยงเบนคดีในทางทฤษฎีอาจแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ ได้แก่ การเบี่ยงเบนคดีในชั้นก่อนฟ้องคดี (Pre-Adjudication) และการเบี่ยงเบนคดี ในชั้นหลังฟ้องคดี (Post-Adjudication) การเบี่ยงเบนคดีในชั้นก่อนฟ้องคดีคือการทำผู้กระทำความผิด ยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาของศาลและหากปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อการแก้ไขฟื้นฟู จนครบถ้วน คดีของผู้กระทำผิดดังกล่าวเป็นอันยุติไป ส่วนการเบี่ยงเบนคดีในชั้นหลังฟ้องคดี หมายความว่าผู้กระทำความผิดดังกล่าวถูกฟ้องเป็นจำเลยต่อศาลแล้ว แต่หากจำเลยปฏิบัติตามที่ต กลงไว้เพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดจนครบถ้วนศาลจะมีคำสั่งยุติคดีของจำเลย²¹ ประเทศไทยรับ แนวคิดการเบี่ยงเบนคดีมาใช้เป็นมาตรฐานหนึ่งในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด ดัง จะเห็นได้จากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 มาตรา 155 ที่กำหนดหลักเกณฑ์บังคับให้ผู้กระทำผิดฐานเสพ มีไว้ใน ครอบครอง จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายในปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ที่ไม่มี ประวัติการกระทำผิดอื่นหรืออยู่ระหว่างการรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาให้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ การเสพหรือการติดยาเสพติดก่อนไม่ว่าผู้นั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม และคณะอนุกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีอำนาจวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ผู้ใดเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด จากนั้นคณะอนุกรรมการต้องจัดให้มีแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 22 โดย คำนึงถึงความหนักเบา ของการเสพหรือติดยาเสพติดของผู้เข้ารับฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้เข้ารับ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องถูกบังคับให้อยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตาม แผนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกินหกเดือนซึ่งอาจขยายหรือลดระยะเวลาการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามความเหมาะสม หากผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดผู้ใด ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจนครบถ้วนตามที่กำหนดในแผนการฟื้นฟูและผลการ ฟื้นฟูเป็นที่พอใจให้ถือว่าผู้นั้นพ้นจากความผิดที่ผู้ที่ถูกกล่าวหา และให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีคำสั่งให้ปล่อยตัวผู้นั้นไปและแจ้งผลให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงาน อัยการ ซึ่งดำเนินคดีอยู่ทราบ แล้วแต่กรณี จะเห็นได้ว่าประเทศไทย รับเอาแนวคิดการเบี่ยงเบนคดี

²¹ From *Drug Courts: Equivocal Evidence on a Popular Intervention*, by J. Csete, & D. Tomasini-Joshi, 2018, Copyright 2018 by J. Csete, & D. Tomasini-Joshi. Retrieved from <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention-20160928.pdf>

มาใช้กับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดมาระยะหนึ่งแล้วในรูปแบบของ Pre-adjudication และถือเป็นแนวคิดที่สนับสนุนการดำเนินการบำบัดรักษาผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด โดยศาลหรือ Drug Courts ตามรูปแบบ Post-Adjudication

2.6.3 แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) หมายถึง การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาด การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดกับบุคคล ชุมชนและสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลงในขณะที่ผู้ติดยาเสพติด ยังไม่สามารถหยุดหรือเลิกยาเสพติดได้ เป็นการบำบัดรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชนและธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด ประเทศไทยรับเอาแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยพิจารณาสถานการณ์ การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดยาเสพติดโดยวิธีฉีด ซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาเกินขนาด ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อทางกระแสโลหิต เช่น เอชไอวี โรคเอดส์ เป็นต้น จึงเกิดแนวคิดที่จะลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกได้มีความปลอดภัย ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เข็มฉีดยา ในปี 2552 สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดลงนามบันทึกความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเอามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแพร่เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ส่งผลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุมัติให้นำเมทาโดนมาใช้บำบัดรักษา ยาเสพติดระยะยาว ต่อมาศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติกำหนดให้นำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาทดลองใช้กับผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดและมีพฤติกรรมกระเสพยาเสพติด ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมแห่งของภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางกระแสโลหิต ทั้งนี้ ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติได้ออกคำสั่งที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 เรื่องแนวทางในการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดด้วยการฉีดควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยวิธีอื่น โดยกำหนดพื้นที่นำร่อง 19 จังหวัด ต่อมาในปีพ.ศ. 2560 ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดออกคำสั่งที่ 2/2560 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ขยายขอบเขตพื้นที่ดำเนินงาน

จาก 19 จังหวัดเป็น 36 จังหวัด จัดให้มีกลไกรองรับการดำเนินงานในระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม²²

2.6.4 ขอบเขตของแนวคิด Harm Reduction

แนวคิด Harm Reduction เป็นมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่มุ่งลดผลกระทบและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคร้ายแรง เช่น เอช ไอ วี อันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อบุคคล ชุมชน สังคม

คำว่า “การลดอันตราย” ในกรณีของยาเสพติด หมายถึงแนวทางที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันหรือการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่อาจจะเกิดขึ้นต่อบุคคลหรือสังคม ซึ่งในขณะเดียวกันก็ปกป้องศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยาด้วย ซึ่งการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการทำงานแบบบูรณาการอย่างครบวงจร โดยประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อให้ผู้ใช้ยาได้เข้าถึงบริการทุกด้านอย่างทั่วถึงดังนี้²³

- 1) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว โดยใช้สารเมทาโดนในการรักษาผู้ติดฝิ่น และเฮโรอีน
- 2) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัด เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา
- 3) การให้คำปรึกษา และตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing - VCT) และการส่งต่อไปรับบริการดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของบุคคล นำไปสู่การวางแผนด้านการป้องกันและการดูแลรักษา

²² จาก “การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด : กรณีศึกษา นโยบายและมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ,” โดย นันทร์พัช ไซยอัครพงศ์, 2556, วารสารการเมือง การบริหารและกฎหมาย, 5(3), 213-239. ลิขสิทธิ์ 2556 โดย นันทร์พัช ไซยอัครพงศ์.

²³ จาก *สรุปผลการสัมมนาวิชาการ เรื่อง Harm Reduction กับการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด*, โดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2554, ลิขสิทธิ์ 2554 โดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สืบค้นจาก

4) การบริการแลกเปลี่ยนเข็มและอุปกรณ์ เป็นการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาสะอาด เพื่อลดการใช้อุปกรณ์ซ้ำ และป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้เข็มร่วมกัน ในกลุ่มเพื่อน

5) การบริการเชิงรุก (Outreach) และศูนย์ให้บริการ (Drop-in Center) โดยการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยา ให้การช่วยเหลือ เป็นทั้งการออกไปในพื้นที่และการมีศูนย์บริการไว้คอยตั้งรับในพื้นที่

โดยมีข้อมูลที่ชัดเจนแสดงว่า วิธีการและนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาที่มีเป้าหมายในการป้องกันการติดเชื้อและการเสียชีวิต ช่วยลดสิ่งกีดขวางในการเข้าสู่บริการสุขภาพ และยุติธรรมของผู้ใช้ยา แต่แนวคิดดังกล่าวยังเป็นที่ถูกเถียงในหลายประเทศ ในขณะที่ UNGASS, UNAIDS, WHO, UNODC, กองทุนโลก, สภานิติมนุษยชนโลกให้การรับรอง และแนะนำให้ใช้วิธีดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า ความครอบคลุมและเพียงพอในการดำเนินการวิธีดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้ยาคงต่ำมาก เช่น ได้รับเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดใหม่เดือนละ 2 ชุด มีเพียง 8% เท่านั้นที่เข้าถึงการให้ยาทดแทน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการขาดความตั้งใจในเชิงนโยบาย ข้อจำกัดด้านกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมาย และวิกฤติด้านงบประมาณในการสนับสนุนเรื่องดังกล่าว เช่น ผู้ให้บริการแจกเข็มถูกมองว่าเป็นผู้ใช้ยาเองและทำผิดกฎหมาย การให้เมทาโดนหรือบูพริโนฟีนทดแทน ยังถือว่าผิดกฎหมายในบางประเทศ องค์การอนามัยโลก กล่าวชัดเจนว่า ประเทศต่าง ๆ ควรพัฒนานโยบายและกฎหมายเพื่อลดทอนความเป็นอาชญาในผู้ใช้ยาในการใช้เข็มสะอาด และการให้ยาทดแทน รวมถึงวิธีการอื่น ๆ ในการลดอันตรายจากการใช้ยา เช่น ห้องเสพยาที่ปลอดภัย การบริการตรวจสอบสารเสพติด ส่วนในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้นระบบประสาทมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการมากกว่ามาก ในหลายประเทศผู้ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเชิงรุก (Peer and Outreach) เป็นเป้าหมายของผู้บังคับใช้กฎหมาย ด้วยข้อหาสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการใช้ยา และยังใช้เป็นช่องทางในการจับผู้ใช้ยา ดังนั้นการทำข้อตกลงและความร่วมมือจากผู้บังคับใช้กฎหมาย ทั้งในนโยบายชาติหรือระดับพื้นที่จึงควรมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาดังกล่าว

2.6.5 ประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด

ปัจจุบัน ประเทศแถบยุโรปและละตินอเมริกา มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ซึ่งประเด็นสำคัญของการทำให้เกิดการปฏิรูปทางกฎหมาย ได้แก่ การลดจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดไม่ให้ต้องถูกจับกุมในคดียาเสพติด ในข้อหาที่ว่าด้วยการจัดหา ครอบครอง และเพาะปลูก หรือเพื่อใช้ใน

การเสพติด วิธีลดทอนความเป็นอาชญากรรมเหล่านี้ ไม่ได้นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการใช้ยาเสพติด แต่เป็นการลดความกดดันของหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย เป็นการจำกัดสิ่งกีดขวางของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อนำไปสู่การบำบัดมากขึ้น สำหรับการใช้นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทฉีด โดยมาตรการนี้เป็นการลดการกระจายตัวของโรค และการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ซึ่งมาตรการนี้ได้ถูกรับรองจากหน่วยงานของสหประชาชาติ (UN) โดยมีหลักฐานที่น่าเชื่อถือจากการประเมินประสิทธิภาพของโครงการในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV และลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด นำไปสู่กระบวนการบำบัด โดยการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่กฎหมายเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ เพื่อให้ผู้เสพเข้าไปใช้บริการโดยไม่ถูกจับกุม อย่างไรก็ตาม การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดในบางประเทศ ก็ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและลบ ดังพอสรุปผลกระทบในประเทศต่าง ๆ ที่มีการรายงานผลกระทบไว้ ดังนี้

ประเทศโปรตุเกส เป็นประเทศแรก ๆ ของยุโรปที่ดำเนินมาตรการทางกฎหมายตามแนวคิด การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดอย่างจริงจัง แรกเริ่มประเทศโปรตุเกส ในปี 2001 ภายหลังจากรัฐบาลประกาศใช้ The Decriminalization Law ได้ดำเนินมาตรการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดในกรณีการเสพและครอบครองกัญชา โทเคน เฮโรอีน และยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่น ๆ ในปริมาณที่กฎหมายกำหนด และมีห้องเสพยาที่มีอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ที่คอยให้บริการและดูแลความปลอดภัยในการใช้ยา โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการติดเชื้อ โดยเน้นมาตรการบำบัดรักษา และป้องกันแทนที่การจำคุก ซึ่งมีผลปรากฏว่าเกิดผลกระทบในทางบวกหลายประการดังนี้ (รายงานของสถาบัน Cato16)²⁴

- 1) อัตราการติดเชื้อ HIV ในผู้ใช้ยาเสพติดลดลง
- 2) ผู้ต้องการบำบัดยาเสพติดเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า
- 3) การใช้ยาเฮโรอีนในวัยรุ่น (16-18 ปี) ลดลงจาก 2.5% เป็น 1.8%
- 4) อัตราการตายของผู้ใช้เฮโรอีนลดลง
- 5) จำนวนผู้ใช้ Methadone และ Buprenorphine Treatment เพิ่มขึ้น
- 6) อัตราการตายจากการใช้ยามากเกินขนาด (Overdoses) ลดลง
- 7) อาชญากรรมลดลง

²⁴ From *Drug decriminalization in Portugal: lesson for creating fair and successful drug policies* (pp.34), by G. Greenwald, 2011, the United States of America: Cato Institute. Copyright 2011 by G. Greenwald.

8) ลดยาเสพติดเพื่อการท่องเที่ยว (Drug Tourism)

9) ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี เป็นต้น เนื่องจากมีมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)

10) การไม่มีระบบบังคับบำบัด ส่งผลให้มีงบประมาณเหลือมาใช้ระบบบำบัดแบบสมัครใจมากขึ้น

จากรายงานดังกล่าว มีนักวิชาการออกมาแสดงความเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดไว้ เช่น²⁵

Peter Reuter นักอาชญาวิทยาแห่ง University of Maryland, College Park กล่าวว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดในโปรตุเกสได้บรรลุเป้าหมายในเบื้องต้นแล้ว นั่นคือ การลดผลที่จะตามมาด้านสุขภาพของผู้ใช้ยา และเขายังกล่าวอีกว่า และนั่นไม่ได้ทำให้กรุงลิสบอนกลายเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเพื่อยาเสพติด นอกจากนี้ Walter Kemp โฆษกของ the United Nations Office on Drugs and Crime ได้กล่าวว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดในโปรตุเกสปรากฏว่าได้ผล เขายังกล่าวเพิ่มว่า UNODC กำลังให้ความสำคัญมากขึ้นต่อผลในการแก้ไขสุขภาพ เช่น การลดอัตราการติดเชื้อจากการใช้เข็ม แต่นั่นไม่ใช่การสนับสนุน Decriminalization โดยชัดแจ้ง เพราะมันเป็นไปในทำนองเดียวกับการทำให้ถูกต้องกฎหมาย (Legalization) การทำให้ยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (Legalization) เป็นการยกเลิกความผิดฐานผลิต จำหน่าย และใช้ยาเสพติด ซึ่งไม่มีประเทศใดทำเช่นนั้น ในทางตรงกันข้าม การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) อย่างเช่นที่ประเทศโปรตุเกสทำ เป็นการไม่ให้มีการจำคุกผู้ใช้ยาเสพติด แต่ยังคงความผิดทางอาญาสำหรับผู้จำหน่าย ซึ่งประเทศสเปนและอิตาลีก็ได้ลดทอนความเป็นอาชญากรรมในกรณีการใช้ส่วนบุคคล และเม็กซิโกก็ได้เสนอให้ทำเช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดในโปรตุเกสจะก่อให้เกิดผลกระทบในทางบวกหลายประการ แต่ก็ยังมีผลกระทบในทางลบ ที่จะต้องพิจารณาอีก เช่น การใช้กัญชาในหมู่วัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นในจำนวนที่เล็กน้อย เยาวชนที่ใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลง (โดยเฉพาะกัญชา) เป็นต้น

²⁵ From *The effect of Marijuana Decriminalization*, by D. Haans, 2011, Copyright 2011 by D. Haans.

2.6.6 มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหามาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าแต่เดิมประเทศไทยชนโยบายในการปราบปราม จับกุม ผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นผู้เสพ ผู้ค้า ผู้ผลิต ผู้ขนส่ง สมคบ ฯลฯ โดยใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาเป็นหลัก ส่งผลให้กระบวนการยุติธรรมต้องแบกรับภาระคดียาเสพติดมากมายและเกิดปัญหา ผู้ต้องขังยาเสพติดล้นเรือนจำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาเสพติด จนถึงปัจจุบัน จากการศึกษาชนโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพติดในทิศทางของกระแสโลก พบว่าได้เปลี่ยนไปโดย เน้นหลัก “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” แยกออกมากลุ่มอาชญากร ที่เป็นผู้ผลิต และผู้ค้า มุ่งคุ้มครองและดูแลสุขภาพอนามัย ให้ความรู้การใช้ยา และการรักษาความปลอดภัยของผู้เสพยา และสังคมแทน ซึ่งทำให้การจัดการกับปัญหาเสพติดของประเทศต่าง ๆ เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ โปรตุเกส เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ แคนาดา และญี่ปุ่น และมีมาตรการในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่น่าสนใจและนำไปใช้ได้จริงหลายมาตรการด้วยกัน จึงเป็นความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องทำการทบทวนบทบาทการบริหารจัดการและนโยบายทางนิติบัญญัติให้เกิดการบริหารจัดการกับปัญหาเสพติดได้อย่างตรงจุดและถูกต้อง

การจะพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อตอบสนองนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพติด จะต้องเป็นไปตามหลักการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้²⁶

การกำหนดประเภทของยาเสพติดต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การกำหนดว่าสารหรือสิ่งใดเป็นยาเสพติดหรือไม่ จัดอยู่ในประเภทใดต้องเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเนื่องจากสารเสพติดมีความเปลี่ยนแปลงในด้านความรุนแรงหรืออันตรายที่มากขึ้นหรือลดลงได้ และต้องมีการแบ่งประเภทโดยพิจารณาว่าสารที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติใดบ้างที่ควรกำหนดให้เป็นประเภทใดตามตามกฎหมายโดยพิจารณาความร้ายแรงของสารเสพติดที่มีต่อร่างกายและผลกระทบต่อสังคม ดังนี้

²⁶ จาก “มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด,” โดย จิรวุฒิ ลิปิพันธ์, 2564, วารสารกฎหมายและสังคมรังสิต, 3(3), 1-10. ลิขสิทธิ์ 2564 โดย จิรวุฒิ ลิปิพันธ์.

1) ต้องพิจารณาจากข้อมูลและการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เป็นสำคัญ รวมถึงการคำนึงถึงเจตนารมณ์ในการป้องกันอันตรายต่อสังคมอันเป็นหลักการตามหลักกฎหมายอาญาด้วย

2) ต้องพิจารณาถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นเป็นลำดับ โดยพิจารณาประกอบดังนี้

2.1) พิจารณาความรุนแรงที่จะเกิดต่อสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเริ่มจากสารที่มีความเสี่ยงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์เพื่อบำบัดรักษาโรคร้ายแรงที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคพอสมควร จนถึงสารที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพไม่มากและมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคเป็นอย่างดี

2.2) การให้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม เป็นสิ่งที่มนุษย์ผลิตขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันการนำสารระเหยไปใช้ในทางที่ผิด

2.3) กรณีที่เป็นพืชเสพติดอาจจะพิจารณาถึงลักษณะที่มีสารออกฤทธิ์ต่อร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้มีความต้องการเสพติดได้ โดยจะต้องแยกมาตรการควบคุมระหว่างพืชเสพติดที่มีประโยชน์และพืชเสพติดที่มีโทษอย่างชัดเจน ทั้งจำนวนและปริมาณการใช้ด้วย

3) การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด/สารเสพติด และการบังคับโทษ ต้องมีความชัดเจน

การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ต้องมีการกำหนดขอบเขตที่แน่นอน ชัดเจนถึงการกระทำอันมีลักษณะที่แตกต่างกันเพื่อให้มีความชัดเจนในการลงโทษ เพื่อให้สามารถนำตัวผู้กระทำความผิดที่แท้จริงมาลงโทษได้ รวมทั้ง เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกกล่าวหาที่ไม่ได้มีเจตนาในการกระทำความผิดแต่อย่างใด

อนึ่ง ควรพิจารณาบททวนแก้ไขบทนิยามคำว่า “ผลิต” “จำหน่าย” “นำเข้า” “ส่งออก” “เสพ” “ครอบครอง” ต้องมีความหมายที่ชัดเจนว่ามุ่งหมายเพื่อดำเนินการกับกลุ่มที่มีการกระทำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อผลประโยชน์ทางทรัพย์สิน ส่วนที่เป็น ผู้เสพ ทั้งที่เสพเป็นครั้งคราวแต่ไม่ถึงขั้นเป็นผู้พึ่งพิงยาหรือติดยา หรือผู้ติดยาเสพติด ต้องถือว่าเป็นผู้ป่วยตามหลักการทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดโดยไม่ถือว่าผู้เสพเป็นอาชญากร การกำหนดให้มีโทษทางอาญาโดยเฉพาะการมีโทษจำคุกจึงเป็นการกำหนดโทษที่ไม่เหมาะสมและได้สัดส่วนกับการกระทำความผิด เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและสาธารณสุขเป็นสำคัญ การนำบทลงโทษทางอาญาไม่สามารถแก้ไข

พฤติกรรมกระเสหรื ดิดยเสพดิดได้ จะมีการพิจารณำมาตรการบำบัดรักษาทางการแพทย และ มาตรการทางเลือกอื่น ๆ ที่เหมาะสมและได้สัดส่วนแทนการลงโทษทางอาญา

นอกจากนั้น ควรกำหนดปริมาณการครอบครองยาเสพดิดหรือสารเสพดิดแต่ละ ประเภทที่อาจสันนิษฐานได้ตามกฎหมายว่าไม่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพดิดหรือการค้ามนุษย์ แต่เป็นเพียงการใช้ส่วนตัวเพื่อเสพหรือบำบัดรักษาทางการแพทย ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น กว่าปัจจุบัน กำหนดไว้ใช้ชัดเจนว่ายาเสพดิดแต่ละประเภทปริมาณการครอบครองที่ถือว่ามีใช้เป็นการครอบครองเพื่อจำหน่ายจะต้องมีปริมาณเท่าใด จะได้ไม่เกิดความสับสนในการคัดกรองบุคคล เพื่อการดำเนินคดีหรือการเลือกใช้มาตรการทางเลือก

2.6.7 กรณีศึกษาในต่างประเทศที่เป็นแม่แบบของนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพดิด

กรณีศึกษาที่เป็นแม่แบบของนโยบายลดความรุนแรงในคดียาเสพดิด (Harm Reduction) โดยการนำหลักการไม่ทำให้เป็นความผิด (Decriminalization) มาใช้และประสบความสำเร็จ คือ ประเทศโปรตุเกส Dr. Joao Guiao ผู้บุกเบิกนโยบายนี้ในประเทศโปรตุเกสได้นำหลักการแจกจ่ายยาเสพดิดเพื่อการบำบัด โดยระบบสาธารณสุขที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรแกรมการรักษาดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างกว้างขวางในการลดอุปทานของขบวนการค้ายาเสพดิดและยาก ที่จะหาผลกระทบจากกฎหมาย ทำให้เกิดภาวะสังคมที่มีการดิดยเสพดิดที่ไม่ได้รับความสนใจ และมักจะหาแนวทางการดูแลผู้ดิดยเสพดิดเพื่อเป็นการแก้ปัญหา แม่เจ้าหน้าที่ตำรวจสงสัยว่ามีคนใช้ ยาเสพดิด แต่ก็ไม่ได้ใส่ใจในการดำเนินคดีโดยถือว่ามีใช้คดีสำคัญ ในปัจจุบันอย่างน้อย 25 ประเทศได้นำแนวทางของโปรตุเกสไปปรับปรุงแก้ไขและนำเสนอทบัญญัติของกฎหมาย ประเทศตนเองเพื่อประกาศการยอมรับนำหลัก De Criminalization องค์กรรวมของโปรตุเกสไปใช้

อย่างไรก็ดี ยาเสพดิดยังคงผิดกฎหมายในโปรตุเกส ผู้ค้ายาเสพดิดทุกประเภทยังคง ได้รับการ พิพากษาให้ลงโทษจำคุก และประเทศได้ได้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามแนวทางการประชุม เรื่อง ยาเสพดิดของสหประชาชาติ เป็นเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ข้อกำหนดสาม ประการของสหประชาชาติ ได้แก่ มาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อนักโทษ ค.ศ. 1955 ข้อกำหนด กรุงเทพว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้กระทำ ผิดที่เป็นหญิง ค.ศ. 2010 และข้อกำหนดเนลสัน แมนเดลา ค.ศ. 2015 ดังกล่าวมาแล้ว ถูกมองว่าเป็น มาตรการให้สิทธิแก่ผู้ต้องหา แต่ผู้เชี่ยวชาญต่างยืนยันว่ารัฐบาล และประเทศต่าง ๆ ยอมรับว่า ให้เน้นย้ำ ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ค้ายาเสพดิด

ของเจ้าหน้าที่ตำรวจมากขึ้น ประเภทต่าง ๆ ของมาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดที่มีใช้ทั่วโลก โดยสรุปสามารถ จำแนกได้โดยสรุปดังต่อไปนี้²⁷

ตารางที่ 2.1 มาตรการที่สนับสนุนหลักการลดความรุนแรง

ประเทศ	กำหนดการลดความรุนแรงในแผนพัฒนาแห่งชาติ	มีการแจกเข็มฉีดยา	มีการบำบัดโดยฝิ่น	มีห้องเสพยาอย่างน้อย 1 ห้อง	มีการบำบัดโดย Naloxone	มีการบำบัดด้วยฝิ่นในเรือนจำ	มีห้องเสพยาในเรือนจำ
เยอรมนี	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
ฝรั่งเศส	✓	✓	✓	✓	-	✓	-
เนเธอร์แลนด์	✓	✓	✓	✓	-	✓	-
สวิตเซอร์แลนด์	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
โปรตุเกส	✓	✓	✓	✓	-	✓	-
เดนมาร์ก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
สหรัฐอเมริกา	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
ไทย	✓	✓	✓	-	-	-	-

ที่มา: Harm Reduction International, 2019

จากตารางนี้แสดงให้เห็นถึงระดับของการนำมาตรการที่สนับสนุนหลักการลดความรุนแรง ในการบังคับคดียาเสพติดมาให้ในแต่ละประเทศที่ทำการศึกษา ที่มีตั้งแต่นำมาให้ในระดับสูง เริ่มตั้งแต่การประกาศเห็นนโยบายหรือยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเสพติด จนถึงมาตรการทางเลือกทางสาธารณสุขเพื่อบำบัดรักษาทุกวิชาการ จากการประเมินผลโดย Harm Reduction International สรุปแต่ละ ระดับต่าง ๆ ของการนำหลักการลดความรุนแรงในคดียาเสพติดไปให้ดังต่อไปนี้²⁸

²⁷ From *Global Harm Reduction Report 2018*, by Harm Reduction International, 2019, UK: Harm Reduction International. Copyright 2019 by Harm Reduction International. Retrieved from <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>.

²⁸ จาก *Global Harm Reduction Report*, *อ่าวแล้วเชิงอรรถที่ 27*

1) การจำแนกประเภทของยาเสพติด ให้แยกออกจากกันระหว่างยาเสพติดระดับสูงหรือยาเสพติดหนัก (Hard Drugs) ยาเสพติดระดับเล็กหรือยาเสพติดเบา (Soft Drugs) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษา ปรากฏว่ากฎหมายของประเทศในภูมิภาคยุโรป ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้มีนโยบายในการให้มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับเล็ก (Soft Drugs Offender) เพื่อลดอัตราส่วนโทษ Harm Reduction และหันไปใช้มาตรการบังคับโทษทางเลือกนอกจากจำคุก เช่น ฟื้นฟูบำบัดรักษา คุมประพฤติ ฝึกอบรม พักการลงโทษ หรือโทษอื่น ๆ ทำนองเดียวกัน เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ ให้เหลือเฉพาะผู้กระทำความผิดโทษหนัก (Hard Drugs Offender) เท่านั้น

2) มีการแจกเข็มฉีดยาในแผนปฏิบัติการ (Needle Supply Program: NSPs) เมื่อพิจารณาจากรายงานของ Harm Reduction International ฉบับนี้ มีนโยบายในการแจก เข็มฉีดยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติด หลายประเทศในสหภาพยุโรปกำหนดให้การแจกเข็มฉีดยาเป็นนโยบายมาตรฐานที่สามารถกระทำตามกฎหมายได้ในที่สาธารณะ กล่าวคือ สามารถจำหน่ายหรือ แจกได้ตามสถานพยาบาล ร้านขายยา ห้องเสพยา และแม้แต่การจ่ายเข็มผ่านตู้หยอดเหรียญสาธารณะ แต่บางประเทศกำหนดในจ่ายเข็มฉีดยาเฉพาะในสถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการผันคคือออกจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion) หรือผู้ต้องถูกคำสั่งศาล ให้ได้รับการบังคับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น ประเทศเหล่านี้ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และไทย

3) มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่น (Opioid Substitution Treatment: OST) การบำบัดรักษาด้วยฝิ่น (OST) สำหรับประเทศในสภายุโรป ได้รับการบัญญัติให้เป็นมาตรการทางเลือกแทนการจำคุก ที่ศาล ในประเทศเหล่านั้นสามารถพิจารณาให้ผู้ที่ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติดในการบำบัด ให้ได้รับการบำบัดรักษาทันทีในสถานพยาบาล โดยไม่ต้องโทษจำคุกหรือปรับ สำหรับประเทศไทย ปรากฏในรายงานฉบับดังกล่าวว่า มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่นนั้นหมายถึง เมื่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดได้รับคำสั่งศาลให้ได้รับการบังคับบำบัด ตามแนวทางของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด แล้วเขาเหล่านั้นก็จะได้รับการบำบัด โดยการใช้ฝิ่นหรือสารเสพติดเทียบเท่า ในสถานพยาบาลที่เข้ารับการบังคับบำบัดนั่นเอง

4) มีการจัดตั้งห้องเสพยา (Drug Consumption Room: DCRs) อย่างน้อย 1 ห้อง ประเทศในสหภาพยุโรปที่ทำการศึกษาทุกประเทศ รวมทั้งประเทศแคนาดา มีการบัญญัติไว้ใน

กฎหมายว่าให้มีห้องบริโภ�คยาเสพติด ภายใต้การควบคุมดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ หรือภาคเอกที่ได้รับการมอบหมาย โดยผู้ที่จะมาใช้บริการห้องเสพยาเสพติด จะต้องเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพายาเสพติดที่ได้ทำการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐ หรือบางประเทศอาจขยายความไปถึงประชาชนทั่วไปที่ต้องการ เสพสารเสพติดที่เป็นอันตรายน้อย เช่น กัญชา ให้สามารถเข้าถึงห้องเสพยาได้

5) มีการแจกยาสูดดม Naloxone เพื่อการบำบัด จากรายงานฉบับนี้มีเพียงบางประเทศเท่านั้น ที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าให้สามารถใช้สารสูดดม Naloxone ในกระบวนการบำบัดรักษาได้ เช่น ประเทศเดนมาร์ก และสหรัฐอเมริกา และบางกรณียังมีการแจกสารดังกล่าวให้ไปสูดดมที่บ้านเพื่อบำบัด ความเจ็บปวดอีกด้วย ส่วนประเทศอื่นมิได้บัญญัติรับรองการรักษาแบบดังกล่าวอาจเป็นเพราะไม่มีการปลูก หรือผลิตสาร Naloxone ในภูมิภาคหรือประเทศดังกล่าวก็ได้

6) มีการบำบัดรักษาด้วยฝิ่นในเรือนจำ นโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นในประเทศที่มีการประกาศให้มีการบำบัดรักษาตามกฎหมายด้วยฝิ่นได้ และให้การแจกเข็มฉีดยาตามกฎหมาย (NSPs) ใด้อยู่แล้ว กล่าวคือ มีเรือนจำของประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาผู้มีผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดในเรือนจำ จำนวนมาก จึงได้จัดให้มีนโยบายแจกเข็มฉีดยาในเรือนจำ เพื่อลดปัญหาเสพยาเสพติดในเรือนจำได้ ทางหนึ่งขึ้นทุกประเทศที่ทำการศึกษา

7) มีห้องเสพยาในเรือนจำ จากรายงานฉบับนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่จัดให้มีห้องบริโภ�คยาเสพติด (DCRs) ในเรือนจำ ได้แก่ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และสวีเดนแลนด์ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอุปสรรคในเรื่องประเภทของยาเสพติดหรือสารเสพติดที่ให้บำบัดในห้องเสพยาว่าจะเกี่ยวข้องการเข้าไปส่งเสริมการเสพยาเสพติดของนักโทษในเรือนจำให้มากขึ้นหรือไม่²⁹

²⁹ From *European Legal Database on Drugs: Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance* (pp. 201), by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Copyright 2018 by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>.

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายทางคดียาเสพติดในประเทศและต่างประเทศ

การศึกษามาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ ซึ่งในการลักลอบใช้หรือเสพยาเสพติด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมชุมชนในประเทศไทยมาเป็นระยะเวลาช้านาน ซึ่งในปัจจุบันยาเสพติดมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและกว้างขวางไปเกือบทุกพื้นที่และแพร่ระบาดไปในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต ดังนั้นการศึกษาถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงต้องศึกษาถึงมาตรการทางกฎหมาย เพื่อบรรเทาหรือควบคุมให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำรงชีวิตร่วมกับสังคมได้อย่างเป็นสุข และไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและค้นคว้า ข้อมูลหมาย ตำราทางวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาประกอบเป็นการทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ จึงแบ่งแยกการศึกษาได้ดังนี้

3.1 มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย

3.2 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของต่างประเทศ

3.2.1 ประเทศโปรตุเกส

3.2.2 ประเทศเนเธอร์แลนด์

3.2.3 ประเทศสวีเดน

3.3 ห้องเสพยา

3.4 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวีเดน

3.1 มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดแล้ว โดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนคดีในกรณีผู้เสพยา/ติดยาเสพติด และนำผู้เสพยา/ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามระบบสมัครใจบำบัดและบังคับบำบัด ซึ่ง 2 ระบบดังกล่าวมองว่าผู้เสพยา/ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร (การเข้ามาสู่

กระบวนการดังกล่าวมาจาก 3 ระบบใหญ่ ๆ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ) ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้เข้ามาบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด มีถึงประมาณ 3 ใน 5 ขณะที่เข้ามาโดยการสมัครใจ ที่ภาครัฐต้องการให้เกิดมากที่สุด มีประมาณ 1 ใน 4 และมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลง แสดงให้เห็นว่ากระบวนการชักจูงให้ผู้เสพ/ผู้ติดเข้ามาสู่การบำบัดรักษายังคงมีปัญหาในการดำเนินการเกือบทุกพื้นที่

3.1.1 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพ/ติดยาเสพติด ในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด

มาตรการทางกฎหมายที่มีการดำเนินการกับผู้เสพ/ติดยาเสพติดอันมีลักษณะเป็นการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด คือมาตรการบำบัดรักษาเป็นการเบี่ยงเบนผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด ซึ่งเป็นผู้เสพ เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย รวมถึงเสพและจำหน่ายยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ซึ่งงานด้านการบำบัดมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่³⁰

- 1) ไม่ควรมีผู้เสพยารายใหม่
- 2) ผู้เสพยาในปัจจุบันควรได้รับการบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม หรือได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 3) ต้องมีการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อปกป้องตนเองจากยาเสพติด

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น นโยบายระดับชาติในการแก้ปัญหายาเสพติดและการเสพยาจะระบุอย่างชัดเจนว่า จะต้องถือว่าผู้เสพเป็น “ผู้ป่วย” ไม่ใช่อาชญากร มีการเน้นความสำคัญและประสิทธิภาพของการบำบัดยา โดยถือเป็นวิธีการด้านยุทธศาสตร์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ผู้เสพหรือติดยาเสพติดจะถูกแยกตัวออกจากผู้ลักลอบขนยาและพ่อค้ายา จะมีการส่งเสริมให้พวกเขาทำงานตัวต่อทางการเพื่อ เข้ารับการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ โดยจะมีการส่งตัวผู้เสพหรือติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป โดยผู้เสพหรือติดยาเสพติดจะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ติดยาเสพติด แบ่งได้ 3 ระบบ ตามมาตรการทางกฎหมาย ดังนี้³¹

³⁰ จาก มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของประเทศไทย, โดย จุฑามาศ พฤทธิวิญญู, 2553, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ลิขสิทธิ์ 2553 โดย จุฑามาศ พฤทธิวิญญู.

³¹ จาก กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, โดย กระทรวงยุติธรรม กรมคุมประพฤติ, 2554, ลิขสิทธิ์ 2554 โดย กระทรวงยุติธรรม กรมคุมประพฤติ. สืบค้นจาก

1) ระบบสมัครใจในการรับการบำบัดรักษาก่อนเกิดเป็นความผิด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ระบบบำบัดโดยสมัครใจ หมายถึง การให้ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ

มาตรา 94 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545) บัญญัติว่า

“ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ อีกทั้งได้ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษา และระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลดังกล่าว จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดแล้ว ให้พ้นจากความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีความผิดที่ได้กระทำไปภายหลังการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา

การรับเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด” โดยมีกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2547 บัญญัติลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณยาเสพติดให้โทษที่จะอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้เสพ/ติดยาเสพติดนั้น ๆ ซึ่งมีความสมัครใจขอเข้ารับการบำบัดก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้

สำหรับสถานพยาบาลที่ผู้เสพ/ติดยาเสพติดจะเข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจได้นั้น ก็จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองด้วย ซึ่งมีสถานบำบัดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ซึ่งการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาฯ ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

(1) ^{ขั้น}เตรียมการ (Pre-Admission)

ความหมาย: เป็นการศึกษาระดับข้อมูลและภูมิหลังผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการรักษาและครอบครัว เพื่อชักจูงให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติด มีความตั้งใจในการรักษา

การดำเนินการ: การสัมภาษณ์การลงทะเบียน และวิธีการทางการแพทย์ ได้แก่ การตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

(2) ^{ขั้น}ถอนพิษยา (Detoxification)

ความหมาย: การบำบัดอาการทางร่างกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

การดำเนินการ: การให้ยาชนิดอื่นทดแทน เช่น เมธาโดน ยาสมุนไพร หรือให้เลิกเสพทันทีที่เรียกว่า หักดิบ แบ่งเป็นการถอนพิษแบบ ผู้ป่วยนอก คือไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และแบบผู้ป่วยใน คือการค้างคืนในสถานพยาบาล ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพการป้องกัน เป็นต้น

(3) ^{ขั้น}ตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ความหมาย: เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และพฤติกรรม ให้สามารถคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ

การดำเนินการ: ใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษา ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การอบรมธรรมะ การสันทนาการ การฝึกอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลอง ให้ผู้ติดยาเสพติดมาอยู่ร่วมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตัวเอง และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และการฟื้นฟูจิตใจโดยใช้ศาสนา ได้แก่การนำผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการอุปสมบท การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา เป็นต้น

(4) ^{ขั้น}การติดตามดูแล (After-Care)

ความหมาย: เป็นการติดตามดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ^{ขั้น}ตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้ติดยาหวนไปเสพยาซ้ำอีก

การดำเนินการ: การเยี่ยมเยียน โทรศัพท นัดพบ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ซึ่งในการดำเนินการที่ผ่านมา ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบชั้นตอน

2) ระบบต้องโทษ

เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้เสพ/ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด หรือกระทำความผิดคดีอาญาต่าง ๆ และถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย หน่วยงานที่รับผิดชอบมีดังนี้ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย, สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม โดยในการดำเนินการที่ผ่านมา สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการควบคุมตัวร่วมกับผู้กระทำผิดคดีอื่น ทำให้ผู้เสพ/ติดยาเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากร นอกจากนี้เมื่อผู้เสพ/ติดยาเสพติดพ้นโทษก็จะมีประวัติอาชญากรซึ่งสังคมไม่ยอมรับ ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพต่อไป

ในระบบต้องโทษนี้มีหลักการอยู่ในกฎหมาย คือ มาตรการทางกฎหมายในการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษนี้มีเจตนารมณ์ต่างกันในเรื่องคุณสมบัติของผู้เข้ารับการรักษา เพราะในพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งผิดฐาน “ใช้” เพื่อบำบัดความต้องการของร่างกายหรือจิตใจเข้ารับการรักษา ซึ่งต่างจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่กฎหมายประสงค์ให้เฉพาะผู้ที่มีความผิดฐาน “เสพ” ที่กำหนดเฉพาะผู้ “เสพติด” นอกจากนี้พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ยังได้แบ่งอายุของผู้ติดยาเสพติดที่อายุเกิน 17 ปี จะต้องเป็นกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือพิพากษาว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษ หรือศาลลงโทษปรับสถานเดียว ซึ่งพระราชบัญญัติอีก 2 ฉบับไม่ได้แยกอายุไว้ จะเห็นได้ว่า ระบบต้องโทษนี้มีองค์กรฝ่ายบริหารที่เป็นผู้ออกคำสั่งตามกฎหมายแต่ละฉบับที่ให้อำนาจไว้แตกต่างกันไป นอกจากนั้นการเป็นผู้ต้องขังคดียาเสพติดนั้นไม่มีการจัดกลุ่มหรือแยกกันอยู่ระหว่างอาชญากรจริงกับผู้เสพ/ติดยา เมื่อนำเข้าคุมขังในเรือนจำจะคลุกคลีกันระหว่างอยู่ในเรือนจำ ผู้เสพ/ติดยาจะกลายเป็นอาชญากร และย้อนกลับไปประกอบอาชญากรรม ทั้งด้านยาเสพติดและอาชญากรรมอื่น

3) ระบบบังคับบำบัด

ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้เสพ/ติดยาเสพติดให้เข้ารับการรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ซึ่งบุคคลนั้นถูกตรวจจับโดยเจ้าหน้าที่และดำเนินคดีตามกฎหมายแล้วศาลสั่งให้เข้ารับการรักษา บางคนที่ไม่ยอมเข้าระบบสมัครใจได้ ผู้ปกครองหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจใช้วิธีแจ้งตำรวจให้ดำเนินการพาผู้เสพเข้าสู่ระบบนี้ได้

ระบบนี้มีขึ้นมาภายหลังจากระบบสมัครใจบำบัดและระบบต้องโทษ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาของทั้ง 2 ระบบดังกล่าวในอดีตที่ผ่านมา เดิมมีการตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 แต่ไม่มีการบังคับใช้ เนื่องจากมีบทบัญญัติบางประการเป็นการขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ ในส่วนที่เกี่ยวกับจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคล ปัญหาเรื่องหน่วยงานที่จะมารองรับการรักษา และปัญหาการยกเว้นกฎหมายกระทรวง ระเบียบ และประกาศต่าง ๆ จำนวนมากกว่า 10 ฉบับซึ่งต่อมากระทรวงยุติธรรมจึงได้มีการขอแก้ไขพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการบังคับใช้และให้สอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และจากนโยบายของรัฐบาลดังกล่าว ประกอบกับได้มีแนวคิดให้ขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายและผู้เสพและผู้จำหน่ายเล็กน้อย รวมทั้งเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดดังกล่าว ตลอดจนขยายสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดแบบสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการ ทหาร สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งเป็นการระดมทรัพยากรเพื่อแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกัน

ในทางปฏิบัติของการควบคุมตัว การควบคุมตัวเป็นเวลา 45 วันเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้น และไม่ค่อยมีข้อยกเว้น บางกรณีมีการควบคุมตัวบุคคลนานกว่า 45 วัน ในช่วงเวลาดังกล่าวมักมีการควบคุมบุคคล ในเรือนจำ ดังนั้นแม้ว่าพระราชบัญญัตินี้จะระบุวัตถุประสงค์เพื่อเบี่ยงเบนบุคคลจากการคุมขัง ในทางปฏิบัติแล้วบุคคลดังกล่าวก็ยังคงถูกควบคุมตัวเป็นเวลานานพอสมควร ซึ่งเจ้าหน้าที่อธิบายว่าเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณจึงไม่สามารถควบคุมบุคคลเหล่านี้ในสถานที่อื่น

หากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการรักษาตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฯ ต้องจัดให้มีแผนการฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและต้องแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานอัยการทราบเพื่อดำเนินการต่อไป แต่หากผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฯ ต้องรายงานผล การตรวจพิสูจน์ให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการพิจารณา ดำเนินการต่อไปโดยให้ส่งตัวผู้ต้องหาคืนให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินการต่อไป (มาตรา 22-23)

3) ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดผู้นั้นต้องอยู่รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกิน 6 เดือน นับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และหากผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ คณะอนุกรรมการฯ สามารถขยายเวลาออกไปได้ อีกกี่ครั้งก็ได้โดยครั้ง หนึ่งไม่เกิน 6 เดือน และรวมกันทั้งหมดแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี นับแต่วันที่ถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 25)

หากผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด หลบหนีจากการควบคุมของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวผู้นั้น ให้ถือว่าผู้นั้นหนีการคุมขังตามมาตรา 190 แห่งประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 29)

เมื่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดผู้ใดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจนครบถ้วน ตามที่ ได้กำหนดในแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นที่พอใจแล้ว ให้ถือว่าผู้นั้นพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา และให้คณะอนุกรรมการฯ มีคำสั่ง ปลดปล่อยตัวผู้นั้นไป และแจ้งผลให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการทราบ แต่หากผลการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ ให้คณะอนุกรรมการฯ รายงานความเห็นไปยังพนักงาน สอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อพิจารณาดำเนินคดีผู้นั้น (มาตรา 33)

4) ขั้นตอนการอุทธรณ์ ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติด มีสิทธิอุทธรณ์คำวินิจฉัยหรือคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งเกี่ยวกับการ เสพหรือติดยาเสพติด หรือการสั่ง ไม่อนุญาตให้ปล่อยตัวชั่วคราว โดยอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำวินิจฉัยหรือคำสั่ง ซึ่งหากคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ เป็นประการใด ก็ให้เป็นที่สุด (มาตรา 38)

ในทางปฏิบัติเปิด โอกาสให้มีการอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของ คณะอนุกรรมการใน 3 ประเด็น ได้แก่

- (1) คำวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เสพหรือติดยาเสพติด
 - (2) คำสั่งไม่อนุญาตให้ปล่อยผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการควบคุมตัว
 - (3) คำสั่งขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- ออกไปอีกหกเดือน

คำวินิจฉัยในประเด็นอื่นไม่สามารถอุทธรณ์ได้ เช่น ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไม่สามารถอุทธรณ์คำสั่งกำหนดประเภทการบำบัด (ว่าจะเป็นแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัวแบบเข้มข้นหรือไม่เข้มข้น) หรือการอุทธรณ์ระยะเวลาเบื้องต้นของการบำบัด

ตามพรบ.ฉบับนี้ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะเป็นผู้รับเรื่องอุทธรณ์ คณะกรรมการชุดนี้เป็นคณะกรรมการระดับชาติซึ่งมีตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ และมีหน้าที่เสนอข้อเสนอนี้เกี่ยวกับกฎกระทรวง แต่งตั้งและถอดถอนสมาชิก คณะอนุกรรมการ และกำหนดระเบียบเกี่ยวกับกระบวนการสอบสวนในแต่ละคดีคำวินิจฉัยของ คณะกรรมการที่มีต่อคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการถือเป็นที่สุด แม้จะมีข้อกำหนดดังกล่าว ในทางปฏิบัติมักไม่ค่อยมีการอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ

5) ขั้นตอนการชะลอการฟ้องและการดำเนินคดี เมื่อพนักงานอัยการ ได้รับแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ผู้ต้องหาเกี่ยวกับการเสพหรือติดยาเสพติดแล้ว พนักงานอัยการมีหน้าที่ ดังนี้

(ก) กรณีผลการตรวจพิสูจน์ ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด พนักงานอัยการต้องมีคำสั่งชะลอการฟ้องไว้จนกว่าจะได้รับแจ้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 22)

(ข) กรณีผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด พนักงานอัยการต้องสั่งฟ้องและส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีต่อไป (มาตรา 22)

(ค) กรณีผู้ต้องหานั้นเป็นผู้ไม่มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามกฎหมายนี้ พนักงานอัยการต้องสั่งฟ้อง และดำเนินคดีกับผู้นั้นต่อไป โดยต้องแจ้งให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ (มาตรา 20)

(ง) กรณีผู้ต้องหานั้นได้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ พนักงานอัยการต้องพิจารณาสั่งฟ้องและส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีต่อไป (มาตรา 33)

3.1.2 ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ตามที่รัฐบาลมีนโยบายที่จะปรับปรุงและพัฒนา กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้มี ความทันสมัยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ และปรับปรุงบทบัญญัติให้สอดคล้อง กับผลการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก (United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem - UNGASS 2036) ตลอดจนปรับปรุงแก้ไข กฎหมายที่เป็นอุปสรรคหรือภาระต่อการดำรงชีวิตของประชาชน กระทรวงยุติธรรม โดยสำนักงาน ป.ป.ส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ดำเนินการผลักดันในการเสนอและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จนได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมร่วมกันของรัฐสภา และได้ผ่านขั้นตอนกระบวนการทางนิติบัญญัติ ออกมาเป็นกฎหมายจำนวน 2 ฉบับ คือ 1) พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมีประมวลกฎหมายยาเสพติดแนบท้าย และ 2) พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 ซึ่งกฎหมายทั้ง 2 ฉบับดังกล่าว ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564 และจะมีผลใช้บังคับ ดังนี้

1) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ทั้งนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติดซึ่งอยู่แนบท้ายพระราชบัญญัติดังกล่าว มีผลใช้บังคับ ในวันที่ 4 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นวันที่ยกเลิกกฎหมายยาเสพติดเดิมและให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดแทน กฎหมายฉบับนี้ จะเป็นการกำหนดกลไกการแก้ไขปัญหายาเสพติด การควบคุม และใช้ประโยชน์จากยาเสพติด การปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติด การดูแลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ตลอดจนกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องให้มีความสอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านยาเสพติด และผลการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก (United Nations General Assembly Special Session on the World Drug

Problem - UNGASS 2036) โดยประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับนี้ จะมีบทบัญญัติรวมทั้งสิ้น 146 มาตรา แบ่งออกเป็น 3 ภาค โดยมีสาระสำคัญโดยสรุปได้ ดังนี้

ภาค 1 การป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด (มาตรา 1 - มาตรา 107) สาระสำคัญของภาคนี้จะเป็นการกำหนดบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกลไกการแก้ไขปัญหายาเสพติด การควบคุม ยาเสพติด การขออนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติด การตรวจสอบทรัพย์สินคดียาเสพติด และการกำหนดความผิด ในคดียาเสพติด

ภาค 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 108 - มาตรา 123) สาระสำคัญของภาคนี้จะเป็นการกำหนดกลไกและมาตรการที่ใช้ดำเนินการกับ ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด โดยวิธีการทางสาธารณสุขแทนการใช้ กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ยึดหลัก “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ที่ควรได้รับการช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดรักษา ตลอดจนมีการติดตามช่วยเหลือให้กลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน

ภาค 3 บทกำหนดโทษ (มาตรา 124 - มาตรา 146) สาระสำคัญของภาคนี้ คือ การปรับปรุงบทลงโทษในคดียาเสพติดให้มีความเหมาะสม ได้สัดส่วนกับระดับความร้ายแรงในการกระทำ ความผิด รวมถึงปรับปรุงอัตราโทษที่ใช้ในคดียาเสพติดให้มีความสอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ที่กำหนดให้การกำหนดโทษทางอาญาจะต้องใช้เฉพาะในกรณีความผิดร้ายแรง รวมถึงกำหนดมาตรการอื่น แทนการลงโทษเพื่อให้ผู้พิพากษาใช้สำหรับการพิจารณาพิพากษาคดีผู้กระทำความผิดฐานเสพหรือมีไว้ใน ครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ อีกทั้งเป็นการรวบรวมบทกำหนดโทษด้านยาเสพติดที่เดิมกระจายอยู่ใน กฎหมายหลายฉบับรวบรวมเข้ามาไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน

2) พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 8 ธันวาคม 2564

กฎหมายฉบับนี้ มีหลักการสำคัญ คือ การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ยาเสพติด พ.ศ. 2550 เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการแสดงตนของจำเลยต่อเจ้าพนักงานศาล

ในขณะยื่นอุทธรณ์ ยื่นคำขอ อนุญาตฎีกาและยื่นฎีกาให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาโดยแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีอาญา พ.ศ. 2550 ดังต่อไปนี้

(1) แก้ไขเพิ่มเติมบทนิยามคำว่า “ยาเสพติด” “กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด” “ความผิด เกี่ยวกับยาเสพติด” และ “เจ้าพนักงาน” และเพิ่มบทนิยามคำว่า “คณะกรรมการ ป.ป.ส.” “กรรมการ ป.ป.ท.” และ “เจ้าพนักงาน ป.ป.ส

(2) แก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

(3) กำหนดหน้าที่และอำนาจของกรรมการ ป.ป.ส. เลขานุการ ป.ป.ส. รองเลขานุการ ป.ป.ส. และเจ้าพนักงาน ป.ป.ส.

(4) เพิ่มบทบัญญัติเกี่ยวกับการแสดงตนของจำเลยต่อเจ้าพนักงานศาล ในขณะยื่นอุทธรณ์ ยื่นคำขออนุญาตฎีกา และยื่นฎีกา

(5) ยกเลิกการบังคับโทษปรับตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีอาญา พ.ศ. 2550 เนื่องจากการบังคับโทษปรับมีการกำหนดไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดแล้ว

3.1.3 สรุปสาระสำคัญ ประมวลกฎหมายยาเสพติด

1) กำหนดให้มีการจัดทำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด (มาตรา 3)

2) ปรับปรุงองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการ ป.ป.ส. และสำนักงาน ป.ป.ส. (มาตรา 4 มาตรา 5 มาตรา 12 มาตรา 14)

3) กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด เพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับการกำหนด มาตรการ เกี่ยวกับการอนุญาตและการควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์และสารระเหย (มาตรา 25 มาตรา 26)

4) ปรับปรุงหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกาศกำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้ โทษ (มาตรา 29)

5) กำหนดให้นำมาตรการทางปกครองมาใช้แทนการลงโทษทางอาญากับผู้รับอนุญาต ที่ฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 47)

6) ให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจประกาศกำหนดพื้นที่เพื่อให้สามารถผลิตเสพ หรือครอบครอง ยาเสพติดบางชนิด เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ (มาตรา 55)

7) ให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. มีอำนาจออกประกาศกำหนดมาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในสถานประกอบการ และกำหนดประเภทสถานประกอบการที่อยู่ภายใต้มาตรการดังกล่าว (มาตรา 56 มาตรา 57)

8) ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจประกาศกำหนดยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่สามารถเสพเพื่อการรักษาโรค หรือเพื่อการศึกษาวิจัยได้ (มาตรา 58)

9) ปรับปรุงองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน (มาตรา 63 มาตรา 64)

10) ปรับปรุงการดำเนินการตรวจสอบทรัพย์สิน ในกรณีที่ต้องหาหรือจำเลยหลบหนี หรือ ถึงแก่ความตาย (มาตรา 77)

11) กำหนดให้การดำเนินคดีทรัพย์สินไม่ผูกติดกับคดีอาญาเสพติด แม้ว่าพนักงานอัยการจะมี คำสั่งเด็ดขาดไม่ฟ้องคดี หรือศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดให้ฟ้องจำเลยคดีอาญาเสพติด ก็ให้ศาลมีอำนาจไต่สวน คำร้องของพนักงานอัยการที่ขอให้ศาลสั่งริบทรัพย์สินที่ได้ยื่นไว้ต่อศาลนั้นต่อไปได้ และหากปรากฏหลักฐาน เป็นที่เชื่อได้ว่าทรัพย์สินในคดีนั้นเป็นทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดร้ายแรงเกี่ยวกับยาเสพติด ศาลก็มีอำนาจสั่งให้ทรัพย์สินนั้นตกเป็นของกองทุนได้ (มาตรา 79 และมาตรา 82)

12) กำหนดให้ศาลมีอำนาจสั่งริบมูลค่าของทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดร้ายแรง เกี่ยวกับยาเสพติดตามจำนวนที่มีหลักฐานจากการตรวจสอบและคำนวณของคณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สิน แล้วว่าได้มาจากการกระทำความผิดร้ายแรงเกี่ยวกับยาเสพติด และหากไม่สามารถติดตามหรือตรวจสอบหา ทรัพย์สินตามมูลค่าดังกล่าวได้ ให้พนักงานอัยการยื่นคำร้องเพื่อบังคับเอาทรัพย์สินอื่นของจำเลยได้ภายใน 10 ปี นับแต่วันที่ศาลมีคำสั่ง โดยให้ถือว่าสำนักงาน ป.ป.ส. เป็นเจ้าหน้าที่ตามคำพิพากษา (มาตรา 84 และมาตรา 85)

13) ปรับปรุงการจัดตั้งกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อใช้ประโยชน์ ในการป้องกัน ปราบปรามและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 87)

14) กำหนดบทสันนิษฐาน “การมีไว้ในครอบครองเพื่อเสพ” ในปริมาณเล็กน้อย เพื่อให้สามารถ สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาโดยไม่ถูกดำเนินคดี (มาตรา 107)

15) กำหนดให้มีคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มีหน้าที่และอำนาจ ในการ กำหนดนโยบายหรือมาตรการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้เสพยาเสพติด รวมถึง มีอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในส่วนที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 109 มาตรา 111)

16) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข กรณีผู้เสพสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา (มาตรา 113)

17) กำหนดหน้าที่และอำนาจของเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจใน การดูแลผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 114 มาตรา 115)

18) กำหนดให้มีศูนย์คัดกรอง เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด รวมถึงส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปยังสถานบำบัดรักษาที่เหมาะสม (มาตรา 116)

19) กำหนดหน้าที่และอำนาจของสถานพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 117)

20) กำหนดให้มีการฟื้นฟูสภาพทางสังคม การติดตาม ดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฯ (มาตรา 118 มาตรา 119 และมาตรา 120)

21) กำหนดให้การยินยอมให้ผู้อื่นใช้ชื่อ เอกสาร หลักฐานของตนในการเปิด จัดหรือลงทะเบียน ทำธุรกรรมทางการเงิน ซื้อสินค้า หรือบริการ หรือยินยอมให้ผู้กระทำความผิดใช้บัญชีธนาคาร บัตรอิเล็กทรอนิกส์ หรือซิมการ์ด โทรศัพท์เป็นความผิด (มาตรา 129)

22) ปรับปรุงบทกำหนดโทษคดียาเสพติดให้มีความเหมาะสม ได้สัดส่วนกับความร้ายแรงของ การกระทำความผิด และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้การกำหนดโทษทางอาญาจะต้อง ใช้เฉพาะในกรณีความผิดร้ายแรง (มาตรา 124 - มาตรา 184)

23) ปรับปรุงการดำเนินการบังคับโทษปรับ ในกรณีที่ผู้ต้องโทษปรับแต่ไม่ชำระค่าปรับให้ ดำเนินการบังคับคดีตามประมวลกฎหมายอาญา สำหรับเงินที่ได้จากค่าปรับเฉพาะส่วนที่ต้องนำส่งคลังโดย ความเห็นชอบของกระทรวงการคลังนั้น ให้ตกเป็นของกองทุนฯ (มาตรา 186)

3.2 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของต่างประเทศ

3.2.1 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส

1) นโยบาย เจตนารมณ์ของกฎหมายยาเสพติดในประเทศโปรตุเกส (Portugal)³²

³² From *Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal (Law & Social Inquiry, 2014)*, by L. Hannah, 2014, Copyright 2014 by L. Hannah. Retrieved from https://www.law.berkeley.edu/files/Laqueur_%282014%29_-_Uses_and_Abuses_of_Drug_Decriminalization_in_Portugal_-_LSI.pdf

ในปี ค.ศ. 2001 ร้อยละ 7.3 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 64 ปี รายงานว่า เคยเสพยาเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ประเทศโปรตุเกสในอดีตที่ผ่านมามีอัตราการเสพยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2001 เป็นต้นมา ประเทศโปรตุเกสเริ่มเป็นที่สนใจของนานาชาติในความคิดริเริ่มเรื่องนโยบายยาเสพติดของประเทศ โดยเฉพาะในการตัดสินใจที่จะทำให้การเสพ การซื้อ และการครอบครอง ยาเสพติดทุกประเภทไม่เป็นความผิดทางอาญา (มิใช่อาชญากรรม) หากใช้เป็นการส่วนตัว การเสพ การซื้อ และการมีไว้ในครอบครองในประวัติศาสตร์ของประเทศก่อนหน้านั้นเป็นความผิดทางอาญาที่อาจมีโทษจำคุกถึงหนึ่งปี แต่การตราออกมาเป็นกฎหมาย 30/2000 (Law no. 30/2000) ทำให้ความผิดดังกล่าวที่เคยเป็นความผิดต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชนต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด (Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction: CDTs) กฎหมายใหม่นี้ครอบคลุมถึงสารเสพติดทุกประเภท ซึ่งรวมถึงเฮโรอีน โคเคน กัญชา และยาไอ หากผู้กระทำผิดมีการครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินที่ใช้เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น ในทางปฏิบัติปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครองค่อนข้างต่ำ ตัวอย่างเช่น 25 กรัมสำหรับกัญชา เฮโรอีน 1 กรัม โคเคน 2 กรัม เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้ทำให้การเสพยาทั้งหมดในประเทศโปรตุเกสเป็นสิ่งถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้น ประเทศโปรตุเกสจึงไม่ได้ฝ่าฝืนอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 การครอบครองยาเสพติดยังคงเป็นสิ่งต้องห้ามในกฎหมายของประเทศโปรตุเกส และการลงโทษทางอาญากับผู้ค้ายาและ ผู้ลักลอบค้ายาเสพติดก็ยังคงมีอยู่ กฎหมายได้กำหนดแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับการเสพยาโดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรตำรวจในการจับกุมกลุ่มคนที่ทำกำไรจากการค้ายาเสพติด ในขณะที่เพิ่มแนวทางปฏิบัติทางสาธารณสุขแก่ผู้เสพยา เมื่อเริ่มนำมาใช้กฎหมายได้รับเสียงสนับสนุนจากทั้งสองฝ่าย ภายใต้กฎหมายใหม่ผู้กระทำผิดในการเสพหรือครอบครองยาเสพติดจะถูกส่งตัวโดยตำรวจไปยังคณะกรรมการที่ได้รับการจัดตั้งเป็นพิเศษในแต่ละเขตประกอบด้วยองค์กร 3 คน ซึ่งเป็นนักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางการแพทย์ คณะกรรมการฯ จะพูดคุยกับผู้กระทำผิดถึงแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมในการกระทำผิด และสามารถส่งลงโทษได้ซึ่งรวมถึงการบริการชุมชน การปรับ การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และการห้ามไม่ให้เข้าไปในสถานที่ที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายหลักคือ การยับยั้งไม่ให้เสพยา และการส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดในประเทศโปรตุเกสได้ถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาที่มีการไต่ตรงและการอภิปรายถึงนโยบายยาเสพติดของประเทศ ซึ่งนำไปสู่การเริ่มใช้ยุทธศาสตร์ยาเสพติดแห่งชาติแนวใหม่ ที่เรียกว่า แผนยุทธศาสตร์ต่อต้านยาเสพติดแห่งชาติ (National Strategy for the Fight against Drugs) การนำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาใช้เป็นจุดเปลี่ยนจากวิธีเดิมที่แก้ไขปัญหายาเสพติดบนฐานของการงดใช้ยาเสพติด (Abstinence-based approach) ซึ่งมีคำขวัญและการณรงค์ เช่น โครงการเพื่อชีวิต (Projector VIDA) ไปเป็นวิธีดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จและแบบเชิงประจักษ์ (Comprehensive and Evidence-Based Approach) ในการแก้ปัญหายาเสพติดและการติดยาในประเทศโปรตุเกส หลักสำคัญของแผนยุทธศาสตร์คือการกำหนดแนวทางหลักด้านมนุษยนิยม (Humanism) ด้านปฏิบัตินิยม (Pragmatism) และสิทธิของมนุษย์ทุกคนในการเข้ารับการรักษาบำบัด ตลอดจนการตั้งเป้าหมายที่สำคัญ เช่น การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยาเสพติดผิดกฎหมาย และการเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายในการห้ามการลักลอบค้าและจำหน่ายยาเสพติด เพิ่มมาตรการในการนำผู้เสพยากลับคืนสู่สังคม ตลอดจนการเพิ่มงบประมาณลงทุนสาธารณะในการให้บริการการบำบัดและการป้องกัน

นอกจากนี้ นโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสยังเน้นถึงองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 4 ประการคือ การป้องกัน (Prevention) การบำบัดด้วยยา (Drug Treatment) การลดอันตรายของยาเสพติด (Harm Reduction) และการนำกลับคืนสู่สังคม (Social Reintegration) การจัดทำให้มีการบำบัดด้วยยาที่สำคัญคือ การใช้เมทาโดนบำบัดระยะยาว (Methadone Maintenance) (ซึ่งจัดให้มีขึ้นในเรือนจำด้วย) แต่การบำบัดโดยไม่ใช้ยา การล้างสารพิษ การถอนยา และการใช้บิวพรีนอร์ฟินทดแทน (Buprenorphine Substitution) ก็มีการใช้ด้วยเช่นกัน ขอบเขตของมาตรการลดอันตรายของยาเสพติดรวมถึง โครงการเข็มฉีดยา หน่วยงานบนท้องถนน และศูนย์บำบัดและสถานพักพิงที่มีการจัดตั้งขึ้น เช่นเดียวกับการบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเชไอวีและเอดส์ ท้ายที่สุดประเทศโปรตุเกสจะเน้นอย่างมากในความพยายามที่จะนำผู้ติดยากลับคืนสู่สังคม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่าง ๆ เช่น การฝึกงานเป็นระยะเวลาเก้าเดือนสำหรับผู้เสพยา และการสนับสนุนด้านการเงินให้กับนายจ้างเพื่อรับผู้ที่ติดยาเข้าทำงาน

2) สาระสำคัญของกฎหมายยาเสพติดในประเทศโปรตุเกส

กฎหมายยาเสพติดที่สำคัญ ได้แก่ กฎหมายต่อต้านยาเสพติด (Anti-Drug Law) หรือ Law 15/93 ซึ่งกำหนดความผิดฐานปลูก จำหน่าย ลักลอบขนส่งยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อ

จิตประสาท เป็นความผิดอาญา การลักลอบค้ายาเสพติดมีโทษจำคุกตั้งแต่ 4 ถึง 12 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดนั้น ๆ (มาตรา 21 อนุมาตรา 1) สำหรับผู้ติดยาที่ขายยาเสพติดเพื่อหาเงินซื้อยาเองจะได้รับการลดโทษ ส่วนกฎหมายลดทอนความเป็นอาชญากรรมหรือกฎหมายลดทอนความผิดอาญา (Law 30/2000 หรือที่เรียกกันว่า (Decriminalization Law) ซึ่งมีผลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2001 บัญญัติกรอบของกฎหมายที่จะนำไปใช้กับการเสพยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances) หรือเป็นการกำหนดให้ลดทอนความผิดทางอาญาหรือลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชาเสพติดในกรณีครอบครองสารเสพติดควบคุมปริมาณน้อยเพื่อการใช้ส่วนตัว อันได้แก่ เฮโรอีน LSD MDMA (ยาอี) กัญชา อย่างไรก็ตาม ยังถือว่า พฤติกรรมการเสพยาเป็นความผิดตามกฎหมาย ซึ่งเป็นไปตามอนุสัญญาของสหประชาชาติ³³

3) ความผิดและการลดโทษคดีที่เกี่ยวกับการเสพยาในประเทศโปรตุเกส

ประเทศโปรตุเกสเป็นประเทศหนึ่งจากหลายประเทศในโลกได้เปลี่ยนกฎหมายยาเสพติดในปี ค.ศ. 2001 ทำให้การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวไม่เป็นอาชญากรรมหรือไม่เป็นความผิดทางอาญาอีกต่อไป แต่ผิดกฎหมายทางปกครอง ตามมาตรา 2 (1) ซึ่งบัญญัติว่า “การบริโภค การได้มา และการครอบครองเพื่อการบริโภคพืช สารส่วนบุคคลหรือการเตรียมต่าง ๆ ตามรายการในตารางที่ได้มีการอ้างอิงในมาตราข้างต้นถือเป็นการละเมิดทางปกครอง” ผู้ใช้ยา ยังคงต้องรายงานตัวกับคณะผู้เชี่ยวชาญที่สามารถสั่งการให้ส่งตัวไปบำบัดได้ แต่ไม่มีใครที่ต้องติดคุกเพราะการมียาเสพติดอยู่ในความครอบครอง อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่าปริมาณการใช้ยาในประเทศโปรตุเกสได้เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่ก็ไม่มีสิ่งบ่งชี้ชัดเจนว่าการเพิ่มขึ้นนั้นเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย เพราะประเทศโปรตุเกสยังคงมีปัญหายาเสพติดที่ผิดกฎหมายอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศที่เหลือในทวีปยุโรปส่วนใหญ่และประเทศสหรัฐอเมริกา แต่สถิติที่น่าสนใจคือ ตัวเลขผู้ติดยาเสพติดอายุระหว่าง 15-24 ปี มีจำนวนลดลง การใช้ยาเสพติดที่เป็นปัญหาลดลง (เช่น การใช้ยาเสพติดเกินขนาดหรือการติดเชื้อจากใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน) และอัตราการเสพยาเสพติดแบบต่อเนื่อง (ระยะยาว) ลดลงเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม นโยบายของประเทศโปรตุเกส ไม่ว่าจะดีหรือไม่อย่างไร ไม่ใช่การ “ทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Drug Legalization)” การค้ายาเสพติดยังทำให้

³³ จาก ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 5*, (น. 12)

ผู้ค้าติดคุกได้เช่นเดิม ดังนั้น ผู้เสพยาหรือผู้ที่จะเริ่มเสพยาเสพติดยังคงต้องพบเจอกับยาราคาแพงในตลาดมืด การปลอมปน และการเสาะหาผู้ค้า เพราะผู้ค้าเองต้องพยายามหลบซ่อนตำรวจ การไม่ดำเนินคดีอาญากับผู้ครอบครองยาเสพติด (Decriminalization) ต่างกับนโยบายที่กำหนดให้เฮโรอีนเป็นสินค้าที่ขายได้ทั่วไปเช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์³⁴

ผู้ที่ถูกจับกุมเนื่องจากมียาเสพติดเกินปริมาณที่กำหนด เช่น มีจำนวนยาที่จะใช้เพื่อการเสพส่วนตัวเกินกว่า 10 วัน แต่ปริมาณไม่มากและมีได้มีไว้เพื่อการค้า จะต้องถูกประเมินจากคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดระดับท้องถิ่น (Local Commission for Dissuasion of Drug Addiction) ประกอบด้วยนักกฎหมาย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาว่าบุคคลนั้นจะต้องเข้ารับบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูร่างกายหรือไม่ วัสดุที่สำคัญในกฎหมายคือ "สำหรับการบริโภคของตนเอง" ได้ถูกกำหนดปริมาณไว้ในมาตรา 2 (2) "ไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับการบริโภคของแต่ละบุคคลโดยเฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 10 วัน" Transform การลดทอนความเป็นอาชญากรรมไม่ได้ใช้ถูกนำมาใช้กับการ "ค้ายาเสพติด" ซึ่งยังคงผิดกฎหมายและถูกกำหนดให้เป็น "การครอบครองมากกว่าปริมาณเฉลี่ยสำหรับการใช้สัปดาห์" นอกจากนี้ กฎหมายใหม่ยังไม่มีการแยกความแตกต่างระหว่างชนิดของยาเสพติด (เรียกว่า Hard Drugs หรือ Soft Drugs) ในความครอบครองของผู้เสพ รวมถึงไม่สำคัญด้วยว่าจะเสพในที่สาธารณะหรือที่ส่วนบุคคล แต่กฎหมายนี้ถือว่าการครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัวและการบริโภคของยาเสพติดทั้งหมดไม่ว่าในกรณีใดหรือเพื่อวัตถุประสงค์ใดขณะนี้จะได้รับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในโปรตุเกส ดังที่มีการระบุไว้ "การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization)" มีความหมายต่างกับ "ถูกต้องตามกฎหมาย (Legalization)" กล่าวคือ การขายยังคงเป็นสิ่งต้องห้ามภายใต้กฎหมายในโปรตุเกส ดังนั้น มาตราที่ 1514 ของกฎหมายเรื่อง "บทลงโทษ" กำหนดอำนาจบริหารในการลงโทษต่อการละเมิดต่าง ๆ แทนการกำหนดให้เป็นอาชญากรรม กฎหมายโปรตุเกสในมาตรา 515 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด ซึ่งรับผิดชอบต่อการพิจารณาโทษคดียาเสพติด และกำหนดบทลงโทษหากมี ส่วนแรกของบทลงโทษตามกฎหมาย มาตรา 15 กำหนดให้ ผู้บริโภคที่ไม่ติดยาเสพติดอาจจะถูกตัดสินให้ชำระค่าปรับ หรืออีกทางเลือกคือการลงโทษโดยไม่มีเรื่องเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง (Non-pecuniary) มาตรา 1716 เรื่องโทษอื่น ๆ กำหนดในอนุมาตรา (1) ว่าแทนที่จะใช้

³⁴ From *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*, by A. R. Mark Kleiman, P. Jonathan Caulkins, H. Angela, 2011, Oxford: University Press. Copyright 2011 by A. R. Mark Kleiman, P. Jonathan Caulkins, H. Angela.

การปรับ คณะกรรมการอาจออกคำตัดเตือนได้ ในทางทฤษฎี ผู้กระทำผิดอาจถูกปรับเป็นจำนวนเงินระหว่าง 25 ยูโร และจำนวนค่าจ้างแรงงาน ขึ้นต่ำของประเทศ แต่การปรับดังกล่าวมีการประกาศไว้ อย่างชัดเจนว่าจะเป็นสิ่งสุดท้ายในการลงโทษ อีกทั้งในทางปฏิบัติ หากไม่มีหลักฐานว่าผู้กระทำ ความผิดเป็นผู้ติดยาเสพติดหรือเคยมีประวัติกระทำผิดซ้ำ โทษปรับจะถูกระงับ ขณะที่คณะกรรมการ ป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดไม่ได้รับอำนาจให้ออกคำสั่งบังคับรักษา แต่สามารถระงับการ ลงโทษโดยมีเงื่อนไขว่าผู้ต้องหาต้องเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา นี่คือนี่ที่ทำได้เป็นปกติ แต่ในทางปฏิบัติ มีวิธีนอกรอบมากในการบังคับใช้ตามเงื่อนไข เนื่องจากการละเมิดกฎหมายของคณะกรรมการมิใช่ เป็น ความผิดตามกฎหมายใด ๆ ในความเป็นจริงคณะกรรมการถูกกำกับโดยมาตรา 11 (2) ที่กำหนดให้ คณะกรรมการสามารถระงับการดำเนินการกระบวนการชั่วคราว ซึ่งมีได้มีการลงโทษใด ๆ แต่ผู้ต้องหา ที่ได้รับการตรวจพิสูจน์ว่าติดยาที่จะได้รับการระงับการดำเนินการจะต้องยอมรับการรักษา บำบัดรักษา หน้าที่ผู้กระทำผิดจะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่ติดยาและไม่มีความผิดมาก่อน คณะกรรมการ โดย กฎหมายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม มาตรา 11 (1) กำหนดให้ระงับการดำเนินการตาม กฎหมายชั่วคราว ด้วยวิธีนี้ไม่มีการกำหนดบทลงโทษ มาตรา 11 (3) มอบอำนาจให้แก่คณะกรรมการ ในการพิจารณาการระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราว แม้กระทั่งสำหรับผู้ติดยาที่เคยมีประวัติมา ก่อน หากยอมรับการรักษา หรืออีกทางหนึ่งภายใต้มาตรา 1420 ในกรณีของผู้ติดยาเสพติดที่เคยมี ประวัติมาก่อนคณะกรรมการสามารถกำหนดบทลงโทษ แต่แล้วสามารถระงับได้ในทันทีขึ้นอยู่กับ การรักษารักษาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์และไม่มีการกระทำผิดกฎหมายต่อมา การดำเนินการจะถือว่าสิ้นสุดหลังจากช่วงเวลาที่เหมาะสมไว้ในทางทฤษฎี คณะกรรมการสามารถ กำหนดบทลงโทษได้หลากหลายต่อผู้กระทำผิดที่พบว่าติดยาเสพติดภายใต้กฎหมายมาตรา 17 รวมทั้งการระงับสิทธิในการฝึกอาชีพรับใบอนุญาต (แพทย์ ทนายความ คนขับรถแท็กซี่) ห้ามการ ไปตามสถานที่มีความเสี่ยงสูง (ไนต์คลับ) ห้ามคบหากับบุคคลบางกลุ่ม ต้องมีการรายงานเป็นระยะ ต่อคณะกรรมการเพื่อที่จะแสดงว่าไม่มีการติดยาเสพติดหรือการกระทำผิดอย่างต่อเนื่อง ห้ามการ ท่องเที่ยวในต่างประเทศ ตัดสิทธิประโยชน์สาธารณะด้านเงินอุดหนุนเบี้ยเลี้ยงหรือเพียงการเตือน ด้วยวาจา มาตรา 15 (4)21 กำหนดความหลากหลายของปัจจัยที่คณะกรรมการนำมาพิจารณาในการ กำหนดการลงโทษ(ถ้ามี) ปัจจัยดังกล่าวรวมถึงความร้ายแรงของการกระทำ ชนิดของยาเสพติด ที่บริโภค การใช้ในที่สาธารณะหรือที่ส่วนบุคคล และการใช้ยาเป็นครั้งคราวหรือเป็นปกตินิสัย คณะกรรมการได้รับอำนาจในการพิจารณาว่าปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาและวิธีการที่ จะตัดสินให้จำหน่ายคดีได้ตามความเหมาะสมแต่ละกรณี

ผู้เยาว์ที่ถูกออกหมายเรียกในข้อหาครอบครองยาเสพติดหรือการใช้ยาเสพติด ต้องเข้ากระบวนการเดียวกันตามมาตรา 322 จะได้รับความช่วยเหลือ โดยผู้แทนทางกฎหมายซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้เยาว์ แต่การให้ยาเสพติดแก่ผู้เยาว์ ยังคงเป็นการละเมิดกฎหมาย มาตรา 21, 24-2623 บัญญัติให้ผู้กระทำผิดที่กระทำในลักษณะกลุ่มแก๊งหรือกลุ่มอาชญากรรม ต้องระวางโทษจำคุก 10-25 ปี หากผู้กระทำเป็นหัวหน้าหรือผู้นำกลุ่ม ต้องระวางโทษจำคุก 12-25 ปี ข้อสังเกตที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งก็คือ ประเทศโปรตุเกสไม่มีโทษจำคุกตลอดชีวิตและประหารชีวิต ในคดีทุกประเภท

ตามกฎหมายปี ค.ศ. 2001 แต่ละเขตการบริหารจำนวน 18 เขตในประเทศ โปรตุเกสได้จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดอย่างน้อยเขตละหนึ่งชุดเพื่อดูแลกระบวนการบริหารสำหรับผู้ที่ได้รับหมายเรียกในข้อหาใช้ยาเสพติดหรือมีไว้ในครอบครอง (เขตใหญ่ เช่น เขตที่ครอบคลุมลิสบอนจะมีมากกว่าหนึ่งคณะ) ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 7 ของกฎหมาย การลดทอนความเป็นอาชญากรรม คณะกรรมการแต่ละชุดจะประกอบด้วยสมาชิกสามคน หนึ่งคนได้รับแต่งตั้งโดยกระทรวงยุติธรรมและอีกสองคนได้รับการแต่งตั้งร่วมกัน โดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขและผู้ประสานงานของนโยบายยาเสพติดของรัฐบาลสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยกระทรวงยุติธรรมจะมีภูมิหลังด้านกฎหมาย ในขณะที่อย่างน้อยหนึ่งหรือสองคนจะมีภูมิหลัง ด้านบริการทางการแพทย์ หรือสังคม (แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์) แม้จะอยู่ในกรอบการลดทอนความเป็นอาชญากรรม เจ้าหน้าที่ตำรวจที่พบว่ามีการใช้ยาเสพติดหรือ มียาเสพติด ไว้ในครอบครองจะต้องออกหมายเรียกให้กับผู้กระทำความผิด แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจ จะไม่ได้รับอนุญาตให้ทำการจับกุม หมายเรียกจะถูกแจ้งไปยังคณะกรรมการด้วยและกระบวนการ ต่าง ๆ จะเริ่มขึ้น ผู้กระทำความผิดที่ได้รับหมายเรียกจะต้องรายงานตัวต่อคณะกรรมการภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากการออกหมายเรียกของตำรวจ หากคณะกรรมการพบว่าหลักฐานเกี่ยวกับการค้า ยาเสพติดก็จะส่งต่อคดีไปที่ศาลอาญา ผลของการใช้ระบบการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในทาง ปฏิบัติ อาจมีตำรวจ (บางส่วน) ดำเนินการกับผู้ค้ายาเสพติดยังไม่เต็มทีนัก อันเป็นที่มาของข้อ ถกเถียงในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายยาเสพติด โปรตุเกส กรณีมีเจ้าหน้าที่ตำรวจส่วนใหญ่ละเว้น จากการออกหมายเรียกแก่ผู้ค้ายาเสพติด โดยเห็นว่าไม่มีประโยชน์ เนื่องจากเห็นว่าผู้ที่ได้รับ หมายเรียกยังคงใช้ยาซ้ำอีกบนถนน ทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้นไม่เชื่อมั่น เพราะเห็นว่าการออก หมายเรียกโดยไม่มีการจับกุมคุมขังหรือการบำบัดเพื่อดำเนินคดีตามกฎหมายเป็นการกระทำที่เปล่า ประโยชน์ อย่างไรก็ตาม มีเจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวนมากขึ้นที่เชื่อว่าการบำบัดรักษาเป็นทางเลือกที่มี

ประสิทธิภาพมากกว่าการเปลี่ยนผู้ใช้เป็นให้เป็นอาชญากร รายงานในปี ค.ศ. 2007 พบว่า ภาคส่วนที่บังคับใช้กฎหมายถูกมองว่าเป็นผู้สนับสนุนการปฏิรูป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดเห็นที่ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยา การให้การศึกษาและการบำบัดรักษาเป็นการตอบสนองดีกว่าสำหรับผู้เสพยา และดีกว่ากฎหมายเดิม ข้อมูลสำคัญคือการบังคับใช้กฎหมายใหม่มีบทบาทในเชิงป้องกันให้แก่ผู้เสพยาเสพติด เจ้าหน้าที่ยาเสพติดโปรตุเกสบางคนเชื่อว่าปฏิริยาการแบ่งฝ่ายของเจ้าหน้าที่ตำรวจจะมีมากในเจ้าหน้าที่แต่ละรุ่น เจ้าหน้าที่ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าโครงการการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทำให้การออกหมายเรียกเสียเวลาของพวกเขา ในขณะที่เจ้าหน้าที่ใหม่รุ่นหนุ่มสาวมองกระบวนการนี้ว่าเป็นความหวังสำหรับปัญหาการติดยาเสพติด³⁵

ดังนั้น เหตุผลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยาเสพติด คือ การกำจัดมลทินที่ติดมากับคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด จะกำจัดอุปสรรคที่สำคัญสำหรับผู้ที่ประสงค์จะขอรับการรักษา แม้ในประเทศอื่น ๆ ที่ผู้เสพยาเสพติดไม่ได้รับการลงโทษจำคุก เช่น สเปน มลทินของการถูกตัดสินจากการกระทำผิดทางอาญายังคงอยู่ “นโยบายของโปรตุเกส มีเป้าหมายชัดเจนที่จะป้องกันไม่ให้เกิดมลทินเช่นนี้” กระบวนการลดทอนความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของโปรตุเกส

3.2.2 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์

เนเธอร์แลนด์เป็นภาคีของอนุสัญญา 1961 และ 1988 แต่มีการตีความอนุสัญญาแตกต่างกันไปโดยดำเนินคดีการจำหน่ายและลักลอบค้ายาเสพติดอย่างรุนแรง แต่ผู้เสพยาเสพติดจะไม่ถูกปฏิบัติอย่างผู้กระทำผิดอาญา ทั้งนี้ นโยบายหลัก คือ การดูแลรักษาผู้เสพยาเสพติดเพราะหากปล่อยไว้จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพของสังคมโดยรวม ในปี ค.ศ. 2008 รัฐบาลได้จัดตั้ง National Taskforce on Organized Hemp Cultivation เพื่อปราบปรามองค์กรอาชญากรรมที่เกี่ยวกับยาเสพติด³⁶

³⁵ From *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (pp. 3-5), by G. Glenn, 2009, The Cato Institute. Copyright 2009 by G. Glenn.

³⁶ From *Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs International Narcotics Control Strategy Report: Volume I Drug and Chemical Control*, by United States Department of State, 2011, Copyright 2011 by United States Department of State. Retrieved from <http://www.state.gov/documents/organization/156575.pdf>.

สำหรับกฎหมายยาเสพติดตาม Dutch Opium Act ยาเสพติด แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ (1) ยาเสพติดร้ายแรง (Hard Drugs or Unacceptable risks) เช่น Heroin, Cocaine, Ecstasy และ (2) ยาเสพติดไม่ร้ายแรง (Soft Drugs) เช่น ผลិតภัณฑ์กัญชา ผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทแรก จะต้องระวางโทษร้ายแรงแต่สำหรับผู้กระทำผิดยาเสพติดไม่ร้ายแรง จะไม่ถูกปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้กระทำผิดอาญาโดยรัฐจะสร้างระบบบำบัดรักษา ให้กับผู้เสพ โดยเฉพาะสารเสพติดประเภท Hemp/Cannabis Product แต่ผู้เสพยาเสพติดประเภทแรก จะต้องถูกลงโทษอย่างรุนแรง

ปัจจุบันนโยบายในทางอาญาสำหรับยาเสพติดไม่ร้ายแรง เช่น การมียาเสพติดประเภทสองไม่เกิน 5 กรัม จะไม่ถูกฟ้องร้องเป็นคดีอาญาภายใต้คำแนะนำของ Public Prosecution Service Guideline of 1996 เว้นแต่การกระทำดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานที่ซึ่งมีเด็กและเยาวชนใช้เป็นปกติ แต่ถ้าเกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทแรกจะถูกลงโทษร้ายแรง และจะเพิ่มโทษหนึ่งในสามเพิ่มโทษจำคุกสูงสุดอีก 12 ปีสำหรับการจำหน่ายยาเสพติดร้ายแรง หากกระทำผิดซ้ำเป็นนิสัย

ในเนเธอร์แลนด์ จะมีผู้เสพยาเสพติดประมาณ 323,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 2.5 ของประชากรทั้งหมด โดยเสพกัญชาเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น รัฐบาลจึงพิจารณาเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ในการห้ามไม่ให้เสพกัญชาในประเทศ ดังนั้น ในทางปฏิบัติ (De facto) จะไม่ปฏิบัติต่อผู้เสพกัญชา เช่นผู้กระทำผิดอาญา แต่จะเข้ากระบวนการบำบัดรักษาตามนโยบาย Decriminalization & Harm reduction program ผู้เสพกัญชา สามารถซื้อกัญชาได้จากร้านกาแฟ ที่ได้รับอนุญาต (Licensed Coffee Shops) ซึ่งจะต้องไม่อนุญาตให้เด็กและเยาวชนเข้าไปในร้านค้าของตน และไม่มีโฆษณาเชิญชวน นโยบายนี้ได้ดำเนินการภายใต้บทสันนิษฐานที่ว่า การอนุญาตให้จำหน่ายกัญชาจะทำให้ลดส่วนแบ่งตลาดกัญชาที่ผิดกฎหมายลง และลดอันตรายจากสารเคมีหรือสารพิษต่าง ๆ ต่อผู้เสพได้ ซึ่งดูเหมือน จะประสบความสำเร็จไม่น้อยทีเดียว

ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายในการรักษาบำบัดโดยความร่วมมือของหลายกระทรวง เช่น Public Security, Justice และเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นดำเนินนโยบายไตรภาคีที่ปรึกษา ระหว่าง นายกเทศมนตรี (Mayor) หัวหน้าพนักงานอัยการประจำเขต และหัวหน้าตำรวจ นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ (Operation of Information) ภายใต้แนวคิดว่าการดำรงชีวิตอยู่อย่างถูกสุขภาวนามัย โดยองค์การ The Netherlands Institute of Mental Health and Addiction or Trimbos Institute เพื่อให้ความรู้ถึงอันตราย

ของยาเสพติดต่อสังคมและโรงเรียน รวมทั้งการมีระบบที่ปรึกษา 24 ชั่วโมง เรียกว่า The 24-hour National Drug Info Hot Line of The Trimbos Institute ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน

สำหรับนโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด หรือ The Harm-Reduction Programs ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง โดยสำนักงาน National Drug Monitor (NDM) ซึ่งสามารถจูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษาได้มากกว่าร้อยละ 75 โดยสมัครใจได้ ระบบนี้ จะมีการแจกจ่ายเข็มที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค (The Needle Supply and Exchange Programs of Syringe) และมีห้องเสพยา (Fix Room) ชนิดที่ไม่ร้ายแรงให้บริการแก่ผู้เสพยาที่ลงทะเบียนไว้กับรัฐ โดยมีอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์คอยช่วยเหลือในกรณีใช้ยาเกินหรือมีอาการแพ้ยาเกิดขึ้น เพื่อลดอัตราการตายและการติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งเป็นคลินิกผู้ป่วยนอกและศูนย์รักษา (Both Out-Patient Treatment Center & Clinic Treatment Center) สำหรับผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างมากในการลดจำนวนผู้เสพยา และลดอัตราการจากการเสพยาลง เนเธอร์แลนด์ ยังใช้ระบบบังคับบำบัดสำหรับผู้ติดยาจนเป็นนิสัย ซึ่งอาจจะใช้เวลาในการรักษาและจำคุกผู้นั้นไว้เป็นเวลาไม่เกิน 2 ปีพร้อมกับการฝึกอบรมอาชีพไปพร้อม ๆ กัน

1) บทบัญญัติแห่งกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด

กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้แก่ รัฐบัญญัติฝิ่น ค.ศ. 1919 Opium Act of 1919 ซึ่งเป็นผลจากการที่เนเธอร์แลนด์เข้าร่วมลงนามในอนุสัญญากรุงเฮกว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 International Opium Convention in The Hague ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ดี มีการแก้ไขรัฐบัญญัติดังกล่าวในปี ค.ศ.1976 โดยมีใจความสำคัญในการแก้ไขคือ จำแนกยาเสพติดให้โทษ (Hard Drugs) ออกจากยาเสพติดเพื่อเสพหรือรักษา (Soft Drugs) และกำหนดระดับความเสี่ยงของการใช้ยาแต่ละประเภท โดยในรัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ฉบับปี1976 จำแนกว่า ยาเสพติดประเภทใดก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สังคมรับไม่ได้ จะเรียกว่า Hard Drugs ส่วนยาเสพติดที่สามารถใช้ในการบำบัดและการทดลองได้ เช่น กัญชา เรียกว่า Soft Drugs นอกจากนี้ ในประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ ยังกำหนดมาตรการบังคับเอาโทษทัณฑ์ที่ได้จากการฟอกเงินจากการค้ายาเสพติดภายใต้รัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่นด้วย และยังมีรัฐบัญญัติว่าด้วยการใช้สารเคมีที่ผิดกฎหมาย The Abuse of Chemical Substances Act เพื่อเป็นการตรวจสอบการค้ายาเสพติดที่ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ที่ต้องควบคุมการใช้ โดยบังคับใช้ผ่าน Regulations 273/2004, 111/2005 and 1277/2005

1.1) การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม

การจำแนกประเภทของยาเสพติดที่ต้องควบคุม เป็นไปตาม รัฐบาลบัญญัติว่าด้วยฝิ่น Opium Act ตามตารางแนบท้ายกฎหมาย และแบ่งสารเสพติดออกเป็นสองกลุ่มจำแนกตามความเสี่ยงต่ออันตราย ได้แก่ สารเสพติดอันตราย และสารเสพติดอย่างอื่น

การจำแนกความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด กฎหมายยาเสพติดของเนเธอร์แลนด์ อยู่บนหลักการพื้นฐานของการแยกัญชา ในฐานะ ยาเสพติดอย่างอ่อน และยาเสพติดอื่น ๆ ที่เรียกว่า ยาเสพติดอย่างหนัก การกำหนดบทลงโทษใดๆ จะต้องตั้งอยู่ในกรอบของบริบท ซึ่งการทำความผิดแล้วไม่ต้องรับโทษทุกกรณี แต่จะพิจารณาว่ายาเสพติดที่จำหน่ายอยู่ในบัญชี 1 หรือบัญชี 2 พิจารณาจากความเป็นอันตรายของตัวยาเป็นหลักในการกำหนดโทษ ดังนั้น การครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติดในบัญชี 2 Schedule II ของรัฐบาลบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ในปริมาณที่ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดคงได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจไม่ต้องถูกดำเนินคดีก็ได้ และมาตรการของกฎหมายระดับท้องถิ่นของเนเธอร์แลนด์ ให้อำนาจหัวหน้าเจ้าพนักงานท้องถิ่นออกคำสั่งปิด “ร้านกาแฟ” หรือสถานประกอบการอื่นๆ ที่มีการจำหน่ายยาเสพติดและก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคมได้

1.2) มาตรการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด

มาตรการลดความรุนแรงของการดำเนินคดียาเสพติด ใช้หลักการ “การไม่บังคับใช้กฎหมายยาเสพติด” (Non-Enforcement) นโยบายด้านยาเสพติดของเนเธอร์แลนด์มีทั้งมาตรการที่รุนแรงและไม่รุนแรง โดยมีตัวชี้วัดในการเลือกใช้มาตรการคือ ความรุนแรงของสารเสพติดที่ครอบครอง ัญชายังคงเป็นสารควบคุมในเนเธอร์แลนด์และการครอบครองและการผลิตเพื่อการใช้งานส่วนบุคคลยังคงเป็นความผิดทางอาญาโทษโดยปรับ ร้านกาแฟยังผิดกฎหมายในทางเทคนิค แต่ยังไม่ฟ้องอยู่ อย่างไรก็ตาม นโยบายการไม่บังคับใช้ได้นำไปสู่สถานการณ์ที่การพึ่งพาการบังคับใช้ที่ไม่เป็นระเบียบได้กลายเป็นเรื่องปกติ

ปัจจุบันการครอบครองัญชาสูงสุด 5 มิลลิกรัม สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลจะไม่ถูกดำเนินคดี การเพาะปลูกได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน การเพาะปลูกพืช 5 ชนิดหรือน้อยกว่าปกติจะไม่ถูกดำเนินคดี ในส่วนของการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่มีปริมาณยาน้อย จะใช้มาตรการบังคับทางอาญาที่ไม่รุนแรง โดยสำนักงานอัยการสูงสุดเนเธอร์แลนด์ได้กำหนด Guidelines เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายในส่วนนี้ และยังมี รัฐบาลบัญญัติว่าด้วยการป้องกัน

อาชญากรรมและปกป้องสุขภาพ (Collective Prevention and Public Health Act) เพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษา และรัฐบัญญัติว่าด้วย

1.3) มาตรฐานในการรับการรักษาพยาบาล (Care Institutions Quality Act)

มีกฎหมายฉบับอื่นๆที่เกี่ยวข้อง อาทิ รัฐบัญญัติว่าด้วยการสาธารณสุข รัฐบัญญัติว่าด้วยการศึกษาขั้นพื้นฐาน รัฐบัญญัติว่าด้วยยา เป็นต้นมาตรการทางกฎหมายเปิดโอกาสให้ผู้เข้ามาติดต่อกับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมอื่นๆ ในการให้หยุดการควบคุมตัวในเรือนจำเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ภายใต้เงื่อนไขของการหยุดการพิจารณาคดีเพื่อการบำบัด “Suspension of Detention Pending Trial” ภายใต้รัฐบัญญัติว่าด้วยการบำบัดรักษา (Penal Care Facility for Addicts-Strafrechtelijke Opvang Verslaafden) มีผลใช้บังคับเมื่อปี 2001 กฎหมายฉบับดังกล่าวให้อำนาจศาลในการใช้ดุลยพินิจพิจารณาประวัติการเสพยาและการกระทำ ความผิดภายในระยะเวลา 2 ปี ประกอบการพิจารณาให้ใช้มาตรการบำบัดรักษา ส่วนรัฐบัญญัติว่าด้วยการเลือกวิธีการบำบัดรักษา Placement in an Institution for Prolific Offenders Act (ISD : Pleasing in been Infighting Door Stelselmatige Daders) มีผลใช้บังคับใช้ตั้งแต่ปี 2004 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้รวมไปถึงวิธีการบำบัดรักษา

2) การบังคับใช้กฎหมาย

การดำเนินคดี และการตัดสินของศาล ตามปกติ ตำรวจไม่มีอำนาจจะ ยกเลิกการดำเนินคดีอาญา เว้นแต่การกระทำนั้นเป็นความผิดเล็กน้อย (Minor Offenses) เช่น ลักขโมยของห้าง อย่างไรก็ตาม การที่ตำรวจจะยุติการดำเนินคดีใดๆ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากพนักงานอัยการเสียก่อน นโยบายการฟ้องร้องในคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จะถูกกำหนดโดยคำสั่งที่ ออกโดยอัยการสูงสุด นำมาใช้ในปี 1996 และที่แก้ไขเพิ่มเติมในปี 2001 และ 2005 โดยเนื้อหาของ คำสั่งบ่งชี้ว่าการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทใดและปริมาณเท่าใด จะต้อง ดำเนินคดีอย่างไรและต้องโทษเท่าไร โดยเฉพาะการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดรายย่อย รวมไปถึงถึงร้านกาแฟ จะต้องพิจารณาจากปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในการกระทำความผิดเป็นเงื่อนไขของการ กำหนดโทษด้วย

ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของประเทศเนเธอร์แลนด์ การสอบสวนคดีอาญาและการฟ้องคดีต่อศาล อัยการเป็นหน่วยงานเดียวที่มีอำนาจให้ดำเนินคดียาเสพติด สามารถตัดสินใจด้วยตนเองและมีอำนาจเต็มในการละเว้นจากการฟ้องร้องคดียาเสพติด โดย

พิจารณาว่าการดำเนินคดีเป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือไม่ โดยในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาเนเธอร์แลนด์ มาตรา 167 และ 242 ให้อำนาจอัยการในการใช้ดุลพินิจในการดำเนินคดีหรือไม่ก็ได้กรณีของความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ การดำเนินคดีอาญาในเนเธอร์แลนด์ ความผิดส่วนใหญ่จะได้รับการโทษจำคุกเฉลี่ยไม่เกิน 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 ของประมาณคดีทั้งหมด โดยเฉพาะในคดีที่เป็นความผิดเล็กน้อย (Minor Cases) พนักงานอัยการสามารถกำหนดให้ผู้กระทำความผิดได้รับโทษปรับขั้นสูงสุดแทนการจำคุกได้ และอาจไม่ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาล ให้คดีอาญาระงับที่ชั้นอัยการ ในส่วนของคดียาเสพติด คดีที่สามารถยุติคดีได้ในชั้นอัยการได้ต้องเป็นคดีที่มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

กรณีที่ 1 : ครอบครองเฮโรอีน สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลโดยผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ใหญ่ ในการครอบครองเฮโรอีน สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลที่มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี และหรือปรับ ประมาณ € 6,700 อย่างไรก็ตาม พนักงานอัยการให้ความสำคัญในระดับต่ำ ในการสอบสวนและดำเนินคดีดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พนักงานอัยการอาจกำหนดโทษเพียงยึดยาเสพติดและส่งให้เข้ารับการรักษา กรณีที่มีสารเสพติดในการครอบครอง 0.5 กรัม หรือน้อยกว่า 136

กรณีที่ 2: อาชญากรรมเกี่ยวกับทรัพย์สิน ที่เกี่ยวเนื่องกับการเสพยาเสพติด อาชญากรรมเกี่ยวกับทรัพย์สินทั้งหลาย ได้แก่ ลักทรัพย์ ปล้นทรัพย์ ฯลฯ ที่สืบเนื่องมาจากการต้องการเงินไปเสพยาเสพติดของบุคคล ถูกกำหนดเป็นความผิดที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคม Drug-Related Nuisance ทางรัฐบาลได้กำหนดมาตรการทางกฎหมายมหาชน เพื่อลดความเดือดร้อนรำคาญจากอาชญากรรมเรื่องดังกล่าว ในปี 1993 โดยผู้กระทำความผิดจะต้องโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน เมื่อพิจารณาจากมูลค่าทรัพย์สินที่เสียหายจากการกระทำความผิด

กรณีที่ 3 : ความผิดเกี่ยวกับการซื้อขายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยเพื่อการเสพ สถานการณ์นี้ อยู่ภายใต้รัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ที่เกี่ยวกับการขายยาเสพติดในบัญชี 2 เช่นกัญชา ไม่เกิน 30 กรัม ไม่เป็นความผิดร้ายแรง ที่ได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี และปรับ 6700 ยูโร ในขณะที่การขายยาเสพติดในบัญชี 1 ถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง การพิจารณาว่าคดีใดเป็นความผิดร้ายแรงหรือไม่เป็นดุลพินิจของพนักงานอัยการ โดยเฉพาะ ดังนั้น คดีที่เป็นความผิดฐานซื้อขายยาเสพติดเพื่อการเสพยาเสพติดได้ในชั้นพนักงานอัยการ หรือระหว่างการสอบสวนของตำรวจ ภายใต้ความเห็นชอบของอัยการสูงสุด โดยไม่ต้องลงโทษจำคุก แต่ให้เหลือโทษปรับ หรือการสั่งให้เข้ารับการรักษาบำบัดแทน

4) การป้องกันและการบำบัดรักษา

รัฐบาลแห่งชาติกำหนดเงื่อนไขสำหรับการดำเนินการป้องกันอาชญากรรมยาเสพติดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดในสถาบันการศึกษา 139 โดยรัฐบัญญัติการประถมศึกษา 140 และรัฐบัญญัติการสามัญศึกษากำหนดให้หน่วยงานเทศบาลและหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามมาตรการป้องกันร่วมกัน ภายใต้การบูรณาการการป้องกัน และรัฐบัญญัติเกี่ยวกับการสาธารณสุข

อีกแนวคิดหนึ่งที่เกิดขึ้น ได้แก่ ได้แก่ ศูนย์ดำเนินการสำหรับผู้ติดยา “Placement in an Institution for Prolific Offenders (ISD)” หรือในอดีตเรียกว่า Penal Care Facility for Addicts (SOV) ศูนย์นี้มีขึ้นเพื่อดำเนินการป้องกันสังคมโดยการนำผู้กระทำความผิดไปรับการบำบัดและปรับปรุงพฤติกรรมเสียเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี โดยมาตรการนี้มุ่งโดยตรงต่อการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของผู้กระทำความผิดเป็นหลัก และจะนำผู้นั้นไปควบคุมตัวไว้ในทัณฑสถานเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะ

5) ห้องบริโภคนยาเสพติด

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ภาษาที่ใช้เรียกห้องบริโภคนยาเสพติด คือ Gebruikersruimten (ห้องของผู้ใช้) มุ่งเน้นด้านสังคมของห้องในฐานะสถานที่นัดพบของผู้ใช้ยาทั้งหลาย 143 การสนับสนุนอย่างเป็นทางการสำหรับการจัดตั้ง 'ห้องผู้บริโภคน' เกิดขึ้นหลังจากปี พ.ศ. 2539 เมื่อหน่วยงานท้องถิ่นเริ่มเชื่อว่าห้องบริโภคนสามารถเป็นเครื่องมือในการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพสำหรับผู้ใช้นาเสพติดได้ และลดความรำคาญเกี่ยวกับยาของบุคคลอื่นในสังคมได้ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับฉลากยาเสพติด ในการจูงใจผู้ใช้ให้ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกับผู้ใช้ยาได้ ตัวอย่างเช่น เมืองรอตเตอร์ดัมสนับสนุนอย่างเป็นทางการการจัดตั้งห้องบริโภคนเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายต่อต้านการรบกวน

ห้องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงการจัดการผู้ติดยาที่ถือว่าเป็น 'ปัญหา' แม้ว่าพวกเขาไม่ต้องการที่จะแสวงหาการรักษาและก่อให้เกิดความรำคาญให้กับประชาชนอื่น ๆ โดยใช้และค้ายาตามท้องถนนจำนวนผู้ติดยาเรื้อรังและให้บริการที่สำคัญจำนวนหนึ่งแก่พวกเขา หนึ่งในกุญแจเหล่านี้ห้องบริโภคนยาในเนเธอร์แลนด์ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับตำรวจท้องที่

3.2.3 กรณีศึกษากฎหมายยาเสพติดของประเทศสวิสเซอร์แลนด์

ประเทศสวิสเซอร์แลนด์หรือสมาพันธรัฐสวิส ประกอบไปด้วยรัฐทั้งหมด 26 รัฐ (Canton) มีอำนาจบริหารภายในรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดของแต่ละรัฐแยกจากกัน สวิสเซอร์แลนด์ใช้การลงประชามติในเรื่องนโยบายที่สำคัญของประเทศรวมถึงนโยบายยาเสพติด ในระยะแรกกฎหมาย ยาเสพติดของสวิสเซอร์แลนด์มีมาตรฐานเช่นเดียวกับกฎหมายยาเสพติดของประเทศอื่น ๆ ในทวีปยุโรป สอดคล้องกับอนุสัญญาสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่มุ่งเน้นการปราบปรามแต่ภายหลังประเทศสวิสเซอร์แลนด์รับเอาแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม มาจัดการกับปัญหาเสพติดเช่นกัน ปัจจุบันนโยบายยาเสพติดของประเทศอยู่บนนโยบายสี่เสาหลัก (Four Pillars) ได้แก่ การป้องกัน (Prevention) การบำบัดรักษา (Treatment) การลดอันตราย (Harm Reduction) และการบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) นโยบายทั้งหมดมีวัตถุประสงค์สุดท้ายเพื่อลดปริมาณของยาเสพติด จำกัดการลักลอบค้ายาเสพติด จำกัดธุรกรรมทางการเงินที่ผิดกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการลักลอบค้ายาเสพติดและจำกัดองค์การอาชญากรรม

สำหรับประเด็นด้านการบังคับใช้กฎหมาย สวิสเซอร์แลนด์มีกฎหมายที่สะท้อนแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดที่สำคัญได้แก่ กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1951 (Federal Narcotics and Psychotropic Substances Act 1951) มาตรา 19 เอ และมาตรา 19 บี ซึ่งบัญญัติว่า³⁷

มาตรา 19 เอ (1) บุคคลใดเจตนาเสพยาเสพติดหรือกระทำความผิดตามมาตรา 19 โดยกระทำส่วนบุคคล บุคคลนั้นต้องรับโทษกักขังหรือโทษปรับ

(2) กรณีกระทำความผิดหลูโทษในคดียาเสพติด เจ้าหน้าที่อาจดำเนินคดีหรือลดการลงโทษก็ได้โดยใช้การดักเตือนแทน

(3) กรณีที่ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดยอมรับการเข้าบำบัด โดยเข้ารับการดูแลจากแพทย์ อาจไม่ต้องส่งฟ้องคดีอาญา แต่หากผู้กระทำผิดไม่ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวให้ดำเนินคดีต่อไป

³⁷ จาก การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ : ศึกษาเฉพาะกรณีประเทศญี่ปุ่นฝรั่งเศส สวิสเซอร์แลนด์ เยอรมนี (น. 23), โดย ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, 2557, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. ลิขสิทธิ์ 2557 โดย ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์.

(4) กรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นผู้ติดยาเสพติด ศาลอาจสั่งให้ผู้กระทำความผิดเข้ารักษาตัวในสถานบำบัด หรือให้นำมาตรา 44 แห่งประมวลกฎหมายอาญาสวีเดนมาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 19บี กรณีบุคคลใดเตรียมยาเสพติดเพื่อใช้ส่วนตัวหรือเสพร่วมกับบุคคลอื่นโดยไม่ได้เสียบ่าใช้จ่าย หากยาเสพติดมีจำนวนน้อย (ไม่เกิน 10 กรัม) บุคคลนั้นไม่ต้องรับโทษ

จากกฎหมายทั้งสองมาตราดังกล่าว เห็นได้ว่า สวีเดนแลนด์ยอมรับแนวความคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติดมาใช้กรณีของผู้เสพยาหรือผู้ขายยาเสพติดที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองจำนวนเล็กน้อยให้ไม่มีความผิดอาญาและไม่ต้องรับโทษเช่นกัน นอกจากนี้ สวีเดนแลนด์ยังแก้ไขกฎหมายยกเลิกความเป็นอาชญากรรมของกัญชา โดยเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557 สวีเดนแลนด์แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 19บี กำหนดให้บุคคลที่มีอายุกว่า 18 ปีขึ้นไปที่มีกัญชาไว้ในครอบครองเพื่อใช้เป็นการส่วนตัวน้อยกว่า 10 กรัม จะไม่ถูกบันทึกประวัติการกระทำผิดแต่จะถูกปรับเป็นเงิน 100 เหยริชฟรังก์สวีเดน หรือประมาณ 110 เหยริชดอลลาร์สหรัฐอเมริกา การแก้ไขกฎหมายครั้งนี้ทำให้ปริมาณคดีความผิดฐานมีกัญชาจำนวนเล็กน้อยไว้ในครอบครองลดลงจากศาลได้ถึงปีละประมาณ 30,000 คดี

ทั้งนี้ หากทบทวนประวัติศาสตร์ของการปราบปรามยาเสพติดของประเทศสวีเดนแลนด์ซึ่งตั้งแต่ทศวรรษ 1950 นั้น สวีเดนแลนด์เผชิญกับปัญหาเสพติดประเภทเฮโรอีนอย่างหนัก โดยมีจำนวนผู้ขายยาเสพติดมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งพอถึง ค.ศ. 1975 สวีเดนแลนด์เองก็ใช้แนวทางเดียวกับประเทศอื่น ๆ ในโลก นั่นคือการประกาศสงครามกับยาเสพติด โดยมีการทบทวนกฎหมายอันส่งผลให้เกิดการจับกุมเพื่อปราบปรามอย่างหนัก ทว่านั่นก็ไม่ได้ช่วยให้ปัญหาเสพติดลดลงแต่อย่างใด โดยจะเห็นได้จากการที่จำนวนผู้ใช้เฮโรอีนนั้นเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่า 4,000 รายในปี ค.ศ. 1975 เป็นประมาณ 10,000 ราย ในปี ค.ศ. 1985, 20,000 รายในปี ค.ศ. 1988 และ 30,000 รายในปี ค.ศ. 1992

เมื่อการปราบปรามอย่างหนักของรัฐบาลไม่สามารถทำให้ยอดตัวเลขของผู้เสพลดลงได้ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นและมีการใช้ยาเสพติดที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เพราะนอกจากปัญหาการใช้เฮโรอีนแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือการแพร่กระจายของเชื้อ HIV (โรคเอดส์) อันนำไปสู่การ

ขยายตัวของจำนวนผู้เป็นโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ดังนั้นทางการประเทศสวิตเซอร์แลนด์จึงมีการทดลองใช้การจำกัดขอบเขตความเสียหายด้วยการเปิดพื้นที่พิเศษที่อนุญาตให้สามารถมาทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับเฮโรอีนและยาเสพติดชนิดต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีเจ้าหน้าที่รัฐเข้ามาจับกุม จะเสพ จะขาย ทำได้ทั้งสิ้น โดยสถานที่ดังกล่าวนั้นก็คือ “สวนสาธารณะพลาดซ์สปิตซ์” (Platzspitz Park) หรือที่เป็นที่รู้จักกันในชื่อ “สวนเข็ม” (Needle Park) จากการเปิดให้เป็นพื้นที่เสรีของกิจกรรมอันเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในปี ค.ศ. 1987³⁸

แม้จะเกิดจากเจตนาที่ดี รวมทั้งมีการทำโครงการอย่าง ZIPP-AIDS (Zürich Intervention Pilot Project – AIDS) ซึ่งเป็นการพยายามป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีในหมู่ผู้ที่ยังสวนเข็มด้วยการแจกจ่ายและเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาที่ถูกสุขลักษณะเพื่อใช้ในการเสพ โดยใน 3 ปีแรกของการมีส่วนร่วมเข้มนั้น ZIPP-AIDS ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน (เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสภาอากาศ) แจกจ่ายชุดเข็มฉีดยาและกระบอกเข็มฉีดยาไป 7 ล้านชุด เข็มเพิ่มเติมอีก 2.8 ล้านเข็ม แผ่นแอลกอฮอล์ 8 ล้านแผ่น และฉีดยาเพื่อหาปกป้องเส้นเลือดอีก 1.3 ล้านถุง 2 ก็ยังไม่เพียงพอต่อการรับมือกับสวนเข็มกลายเป็นที่รวมตัวของพ่อค้ายาจากทั่วยุโรปและผู้มาทำกิจกรรมทางยากว่า 20,000 คน จนในที่สุดก็เกิดปัญหากับละแวกที่อยู่อาศัยรอบ ๆ สวน ทั้งในแง่ของการได้เห็นสภาพอันน่าเวทนาของผู้ใช้ยาเกิดขนาดจนเสียชีวิตในสวน การตกเป็นทาสรูปแบบต่าง ๆ ของพ่อค้าเพื่อแลกกับยา รวมถึงปัญหาอาชญากรรมที่สันตหาลักออกมา และแล้ว ด้วยปัญหาทั้งหมดนั้น สวิตเซอร์แลนด์ก็ตัดสินใจปิดสวนเข็มลงในปี ค.ศ. 1992 และนั่นถือเป็นความล้มเหลวครั้งใหญ่ครั้งที่สองในการพยายามรับมือกับปัญหาเสพติดของสวิตเซอร์แลนด์

ทว่า แม้จะล้มเหลวซ้ำซาก แต่การเกิดขึ้นและล่มสลายของสวนเข็มก็ทำให้สวิตเซอร์แลนด์ค้นพบว่าการเปิดเสรีสุดๆ (แม้จะจำกัดพื้นที่) กับการปิดเสรีสุดๆ นั้นล้วนไม่ได้ให้ผลดีไปกว่ากันหรือพูดให้ชัดเจนกว่านั้นก็คือ ในภาพใหญ่แล้ว ต่างก็ให้ผลร้ายมากขึ้นด้วยกันทั้งสิ้น (แถมการปิดสวนเข็มก็ไม่ได้ช่วยให้ปัญหาหมดไป เพราะเหล่าผู้ค้าและผู้ใช้ก็ไปรวมตัวกันเองในที่

³⁸ From *Heroin-assisted treatment in Switzerland: successfully regulating the supply and use of a high-risk injectable drug*, by R. Steve, 2020, Copyright 2020 by R. Steve. Retrieved from <https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/Heroinassisted%20treatment%20Switzerland.pdf>

อื่น ๆ อีก) แต่สวิตเซอร์แลนด์ก็ยังคงเดินหน้าในการหาวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาเสพติดต่อไป และในปี ค.ศ. 1992 สิ่งที่พวกเขาทำก็คือการใช้ “หมวก”

หมวกที่ว่านี้คืออะไร ก็คือคำแปลตรง ๆ มาจาก HAT ซึ่ง HAT นี้ก็ย่อมาจาก Heroin-Assisted Treatment หรือก็คือการเปิดศูนย์บริการให้ผู้เสพยาเฮโรอีนนั้นเข้ามารับเฮโรอีนตามใบสั่งจ่ายภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญและใช้มันภายในสถานที่ที่ทางารจัดไว้ให้ที่เรียกว่า ห้องเสพยา (Fix room) กล่าวคือ เมื่อผู้เสพยาเฮโรอีนมาใช้บริการ นอกจากจะได้รับการสั่งจ่ายเฮโรอีนให้แล้ว ยังสามารถเสพยาเฮโรอีนที่นี้ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งการได้รับอุปกรณ์การเสพยาที่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งนโยบายเช่นนี้นั้นมีมาก่อนในประเทศอังกฤษ ต่างกันตรงที่ของอังกฤษนั้นจะเป็นการแจกเฮโรอีนให้เลย ๆ ตามการสั่งของผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์นั้นเมื่อได้รับยาไปแล้วจะต้องใช้ในสถานที่ที่จัดไว้ให้ ซึ่งตรงนี้นั้นนอกจากจะช่วยให้ผู้เสพยาได้รับเฮโรอีนบริสุทธิ์ที่รู้ชัดเจนว่าเสพยาแล้วจะเกิดผลเช่นไรและไม่มีสารพิษอื่น ๆ ปนเปื้อนแล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้ยาหลุดไปสู่ตลาดนอกกฎหมาย รวมทั้งทำให้สามารถป้องกันการเสพยาเกินขนาดเนื่องจากการเสพนั้นจะอยู่ในการควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้วย

แต่ทั้งนี้ การจะเข้ามา “สวมหมวก” นี้ก็ไม่ใช่แค่เป็นผู้ใช้หรือกระทั่งเสพยาเฮโรอีนแล้วจะเข้ามาได้ แต่คือต้องชัดเจนแล้วว่าไม่มีการรักษาใด ๆ ที่จะทำให้เลิกขาดจากการใช้เฮโรอีนได้อันนี้ การ “สวมหมวก” นั้นไม่ได้เป็นการยอมจำนนต่อปัญหาจนหันมาแจกยาเสพติดให้ผู้เสพติด แต่คือมาตรการที่สร้างขึ้นเพื่อทำการวิจัยว่าเป็นมาตรการที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่สังคมโดยรวม ก็ได้มีการวิจัยและรวบรวมผลดีที่เกิดขึ้นจากการ “สวมหมวก” ออกมาดังนี้³⁹

- 1) สุขภาพของผู้ที่เข้าร่วมในการ “สวมหมวก” นั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- 2) ภายในสองถึงสามเดือน ปริมาณการใช้เฮโรอีนนั้นก็คงที่ ไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างที่กำลังกังวลกัน
- 3) การใช้เฮโรอีนและโคเคนอย่างผิดกฎหมายนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
- 4) การทำผิดกฎหมายเพื่อหาเงินไปซื้อยาในหมู่ผู้ที่เข้าร่วมการ “สวมหมวก” นั้นลดลงอย่างมาก
- 5) เฮโรอีนที่ใช้การใช้นั้นไม่หลุดไปสู่ตลาดนอกกฎหมาย

³⁹ From Switzerland, *HIV and the power of pragmatism: Lessons for drug policy development*, by C. Joanne & P.J. Grobb, 2020, Copyright 2020 by C. Joanne & P.J. Grobb. Retrieved from <https://goo.gl/DzEaF9>,

6) การเพิ่มขึ้นของผู้ใช้หน้าใหม่นั้นลดลง รวมทั้งการคัดค้านตามท้องถนนและการหาผู้เสพหน้าใหม่จากผู้ขายและผู้ใช้ที่ลดลงด้วย (เพราะการทำให้กลายเป็นเรื่องของการบำบัดรักษาได้ทำให้การใช้เฮโรอีนมีความดึงดูดใจลดลง)

7) การบำบัดรักษาด้วยการรับสารทดแทนนั้นเพิ่มขึ้นแทนที่จะลดลงดังที่หลายคนกังวลกัน

3.3 ห้องเสพยา

การเสพติด (Addiction) เป็นพฤติกรรมของมนุษย์มีมาตั้งแต่สมัยกรีกโบราณในช่วงเดียวกับสมัยพุทธกาล⁴⁰ การเสพติดในวงแคบอาจพูดเฉพาะจากพืชเสพติดที่มีสรรพคุณออกฤทธิ์ตามธรรมชาติที่มีมาช้านานแล้ว เช่น ฝิ่น กระบือ ฯลฯ ถูกพัฒนาโดยมนุษย์ผู้เสพติดที่มีการผ่านกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการสกัดหรือปฏิกิริยาทางเคมีต่าง ๆ เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เป็นต้น ซึ่งต่อมามีผู้ใช้พืชเสพติดและสารเสพติดต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น ๆ จนเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาเสพติดในปริมาณที่มากขึ้น ๆ และเกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้เสพ คนเสพจำนวนมากต้องตายจากการเสพยาเกินขนาด กอปรกับมีการพัฒนาขององค์กรอาชญากรรมทางด้านยาเสพติด เนื่องจากลงทุนน้อยแต่กำไรมาก มีความต้องการของคนที่ไม่จำกัดและมีคนเสพติดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ภาครัฐในระดับประเทศและในระดับระหว่างประเทศต้องให้ความสนใจและพยายามแก้ไขปัญหาการเสพยาเสพติดมาอย่างต่อเนื่องยาวนานมาจนถึงปัจจุบัน

3.3.1 ความหมายและความเป็นมาของห้องเสพยา

ห้องบริโภคนยาเสพติด (DCRs) ตามหลักสำคัญที่ว่า “ผู้เสพยาเสพคือผู้ป่วย” จะถูกตอบสนองหลักการนี้โดยการมี “ห้องเสพยา” ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานร่วมมือกับฝ่ายปกครองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ดีใน สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี อังกฤษ แคนาดา เดนมาร์ก และอีกหลาย ๆ ประเทศ เหตุผลสำคัญคือ ผู้เสพที่เดิมต้องพึ่งพาเสพยาเสพติด จากพ่อค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และยังคงหลบซ่อนจากสายตาของกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ได้มีโอกาสมิทางเลือกใหม่ที่คิดว่า ได้ยาเสพติดที่บริสุทธิ์ภายใต้การดูแลต่อสุขภาพของเขาโดยรัฐและไม่ผิดกฎหมาย โดยการที่รัฐจัดให้มี “ห้องเสพยา” ไปพร้อม ๆ กับการ

⁴⁰ จาก “การเสพติด,” โดย กำจัด พ่วงสวัสดิ์, 2561, *วารสารกำลังใจ*, 6(2), 33-35. ลิขสิทธิ์ 2561 โดย กำจัด พ่วงสวัสดิ์.

บำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้องแท้จริง กล่าวคือรัฐต้องตรา “พระราชบัญญัติลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” เพื่อการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมกรมการบริโภคยาเสพติดใหม่นั้นเอง

คำว่า “ห้องเสพยา” (Drug Consumption Room) ในที่นี้หมายถึง ห้องหรืออาคารที่ ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ ภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับจังหวัด โดยให้ใช้เป็นสถานที่เสพยาเสพติดตามคำสั่งของแพทย์ ภายใต้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลความสงบเรียบร้อยของฝ่ายปกครองตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ต้องออกมารับรอง⁴¹

ห้องบริโภคยาเสพติด (Drug Consumption Rooms (DCRs)) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้เปิดให้บริการใน 8 ประเทศ ได้แก่ เคนมาร์ก สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี นอร์เวย์ สเปนและสหราชอาณาจักร ในปี 2014 เครือข่ายลดอันตรายของยุโรป เผยแพร่รายงานการใช้งานเครือข่ายป้องกันยาเกินขนาดอย่างกว้างขวาง หรือที่เรียกว่าห้องบริโภคยาเสพติด (DCRs) และการกระจาย naloxone เพื่อตอบโต้การใช้ ผื่นเพิ่มขึ้นทั่วทั้งภูมิภาค⁴² ตั้งแต่ปี 2018 การใช้งานห้องบริโภคยาเสพติดมีความหลากหลาย ได้จัดตั้งมีห้องเสพยา DCR จำนวนรวมทั้งสิ้น 89 แห่ง ตั้งแต่รายงานสถานการณ์การลดอันตรายทั่วโลกครั้งล่าสุด ห้องเสพยา DCR ใหม่ได้เปิดในเบลเยียม ฝรั่งเศส สเปน สวิตเซอร์แลนด์ และนอร์เวย์ โดยแต่ละประเทศเหล่านี้มีแผนดำเนินการและออกมาตรการทางกฎหมายสำหรับสถานประกอบการในการจัดตั้งห้องเสพยาทั้งหมดจะมีกฎหมายอนุญาตให้มีการบริโภคยาเสพติดผ่านการสูดดม หรือการฉีด โดยมีหลักการที่ว่า ผู้ที่เข้ามาใช้บริการห้องดังกล่าวจะต้องได้รับประโยชน์และความปลอดภัยและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐ มาตรการทางกฎหมายกำหนดรวมไปถึงแนวทางในการจัดหาอุปกรณ์ที่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับการใช้ยาในห้องบริโภคยาด้วย เฉพาะในสหพันธ์รัฐเยอรมนี มีเพียงหกใน 16 รัฐของเยอรมนีเสนอให้มีห้องบริโภคยาเสพติด

⁴¹ จาก ธานี วรภัทร์, *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 7*, (น. 31)

⁴² From *Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations on Opioid Overdose*, by EHRN, 2014, Porto: European Harm Reduction Network. Copyright 2014 by EHRN.

DCRs⁴³ ในแคว้นบาวาเรียรัฐบาลของรัฐได้ปฏิเสธในการจัดตั้งห้องเสพยา DCR เนื่องด้วยปรากฏมีจำนวนมากที่เสียชีวิต จากการเสพยาในเมืองใหญ่ ๆ เช่น มิวนิค ออกสบูร์ก และนูเรมเบิร์ก โดยทั่วไปห้องเสพยา ภายใต้การดูแลจะต้องเป็นสถานที่ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ใช้จ่ายสามารถฉีดหรือสูดดมยาฝิ่นกฎหมายที่ได้รับมาล่วงหน้าในสถานที่แห่งนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างเป็นทางการระหว่าง Health Canada จังหวัด หน่วยงานด้านสุขภาพระดับภูมิภาคและเทศบาล

อาจกล่าวได้ว่า ห้องเสพยา เป็นสถานที่คุ้มครองสำหรับการเสพยาที่ผู้บริโภคจะได้รับอย่างถูกสุขลักษณะ โดยถูกต้องตามกฎหมายและอยู่ภายใต้การดูแลของพนักงานที่ผ่านการฝึกอบรม ให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ ทำหน้าที่ให้บริการด้านยา การให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่าง ๆ แก่ผู้บริโภคเป็นการ เฉพาะในกลุ่มเครือข่ายการให้บริการสำหรับผู้ใช้จ่ายซึ่งอยู่ในท้องถิ่นที่ครอบคลุม เพื่อเข้าถึงและเติมเต็มความต้องการของชุมชนที่เกิดจากการใช้จ่าย ในประเทศที่มีห้องบริโภคนยาเสพติดเป็นบริการด้านการสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ ได้รับทุนจากงบประมาณท้องถิ่นหรือระดับภูมิภาคหรือตามคริสตจักร⁴⁴ บางแห่งได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน

ห้องเสพยาที่เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เปิดให้บริการเฉพาะใน 8 ประเทศมาแล้ว ได้แก่ เคนมาร์ก สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี นอร์เวย์ สเปน และ สหราชอาณาจักร จากสถานการณ์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นคือการเสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดในอังกฤษและเวลส์จำนวนมาก และความพยายามในการลดอันตรายในยุโรปตะวันตกโดยโปรแกรมแจกเข็มและเข็มฉีดยาและห้องบริโภคนยาเสพติด ซึ่งในบางพื้นที่จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษอื่น ๆ ให้ด้วย สำหรับการบริโภคนยาเสพติดด้วยวิธีแบบสูดดมหรือฉีด⁴⁵ ตลอดจนทั้งการให้บริการตรวจยาเสพติดในงานปาร์ตี้และงานเทศกาลต่าง ๆ อย่างไรก็ตามในบริการ

⁴³ From *Germany Drug Report 2018*, by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug. Copyright 2018 by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

⁴⁴ From European report on drug consumption rooms (pp. 8), by H. Dagmar, 2004, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Copyright 2004 by H. Dagmar.

⁴⁵ From *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*, by J.R. Guardioli, 2018, Copyright 2018 by J.R. Guardioli. Retrieved from://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf.

ตรวจยาเสพติดหลายประเทศยังคงดำเนินต่อไปโดยการขาดการสนับสนุนทางกฎหมายและทางการเงินจากรัฐ⁴⁶

จุดมุ่งหมายของห้องบริโกคคือการเข้าถึงตัวยาที่ต้องการโดยง่าย ไม่ต้องพึ่งพายาจากแหล่งที่ผิดกฎหมายและแก้ไขปัญหาคือเฉพาะความเสี่ยงที่สูงของประชากรผู้เข้าเสพยาโดยเฉพาะผู้ฉีดและบริโกคในที่สาธารณะ กลุ่มเหล่านี้มีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่สำคัญซึ่งไม่มีการบริการหรือแนะนำอย่างใด ๆ ในช่วงที่ผ่านมา และก่อให้เกิดปัญหาสำหรับชุมชนท้องถิ่นที่ไม่ได้รับการแก้ไขด้วยการตอบสนองอื่น ๆ โดยบริการด้านยาบริการสังคมหรือการบังคับใช้กฎหมาย

ห้องเสพยามีวัตถุประสงค์ในด้านเพื่อสุขภาพและการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชนและความปลอดภัยของสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อและการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด และเพื่อเพิ่มการให้ภาครัฐได้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคือผู้เข้ายาอย่างแท้จริง เพื่อการดูแลสุขภาพ การจัดสวัสดิการต่าง ๆ และบริการบำบัดยาที่ยอมรับได้ตามมาตรฐาน เพื่อคุ้มครองดูแลประชาชนในเรื่องความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในสังคม ในขณะที่เดียวกันเพื่อทำให้มีสภาพแวดล้อมที่กำบังและเหมาะสมสำหรับการเสพยา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมดังกล่าวมาแล้ว การบริการต้องสามารถเข้าถึงสมาชิกได้มาก ต้องเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด อาจสรุปวัตถุประสงค์หลักของห้องบริโกคยาเสพติดได้ดังนี้⁴⁷

- 1) เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการบริโกคยาเสพติดให้ได้มากที่สุด
- 2) วัตถุประสงค์เพื่อการดูแลในด้านสุขภาพของผู้บริโกคยาเสพติด
- 3) เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่ช่วยให้การบริโกคยาที่มีความเสี่ยงต่ำและถูกสุขอนามัยมากขึ้น (วัตถุประสงค์ระยะสั้น)
- 4) เพื่อลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยในประชากรเป้าหมาย (วัตถุประสงค์ระยะกลาง)
- 5) เพื่อรักษาเสถียรภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ (วัตถุประสงค์ระยะยาว)

⁴⁶ จาก การลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด (คุชฌีบัณฑิต), โดย จีรวุฒิ ลิปิพันธ์, 2562, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. ลิขสิทธิ์ 2562 โดย จีรวุฒิ ลิปิพันธ์.

⁴⁷ From Dagmar Hedrich, footnote 44, (pp. 9)

6) เพื่อเป็นการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชนในสังคมและ
วัตถุประสงค์ด้านความปลอดภัยจากอาชญากรรม

7) เพื่อลดการใช้สารเสพติดของบุคคลที่เสพยาในที่สาธารณะและลดความ
รำคาญที่เกี่ยวข้องที่อาจเกิดขึ้นในสังคมได้

8) เพื่อหลีกเลี่ยงการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมในและรอบ ๆ พื้นที่นั้น ๆ สร้างสิ่ง
อำนวยความสะดวก ในการใช้สารเสพติดและการค้ายาเสพติดในที่สาธารณะ

งานด้านสาธารณสุขและด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน จะมีบทบาท
ในห้องอุปโภคบริโภคทุกห้อง ในเนเธอร์แลนด์ สิ่งอำนวยความสะดวกส่วนใหญ่จะมีต้นกำเนิดมา
จากความคิดริเริ่ม โดยชาวบ้านในละแวกใกล้เคียงและตำรวจ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน
ท้องถิ่นและ หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีอำนาจ เป็นผู้กำหนดนโยบายท้องถิ่นและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลยา
เสพติดจะเป็นผู้กำหนดเกณฑ์การรับเข้า กลุ่มขึ้นทะเบียน มักจะเป็นการทำงานร่วมกับตำรวจ
ประชาชน อัยการและผู้อยู่อาศัยในละแวกนั้น และอาจจะมีความร่วมมือกับกลุ่มผลประโยชน์ผู้ใช้ยา

3.3.2 ลักษณะของห้องบริโภคนยาเสพติด

ในรายงานของมูลนิธิโจเซฟ รันทรี โดย Neil Hunt⁴⁸ ได้ทำการศึกษาภาพรวมของ
รูปแบบการนำส่งยาของห้องเสพยา ทำให้เห็นภาพชัดเจนของลักษณะของห้องเสพยา อย่างเข้าใจได้
เข้าใจมากยิ่งขึ้น

ห้องเสพยา (DCRs) ถูกกำหนดเป็นสถานที่คุ้มครองการบริโภคอย่างถูกสุขลักษณะ ยา
ที่ได้รับล่วงหน้าในสภาพแวดล้อมที่ไม่ใช่สภาพของการตัดสินดำเนินคดีและภายใต้การดูแลของ
เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม ในกระบวนการของห้องเสพยาอย่างดี โดยทั่วไปประกอบด้วย
3 องค์ประกอบหลัก⁴⁸

3.3.2.1 การประเมินและการจัดเตรียมรายการเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรเป้าหมาย
ที่ได้รับการเสนอชื่อแต่ละรายเป็นผู้ที่สามารถเข้าใช้บริการได้ตามหลักเกณฑ์

⁴⁸ From *An overview of models of delivery of drug consumption rooms*, by H. Neil, 2006, Joseph
Rowntree Foundation: The Homestead 40 Water End York YO30 6WP. Copyright 2006 by H. Neil.

3.3.2.2 การจัดหาพื้นที่ที่มีการจัดการที่ช่วยทำให้ถูกสุขอนามัย การบริหารยา ส่วนใหญ่โดยวิธีการฉีด บางครั้งโดยวิธีการสูดดม (ลักษณะแบบการสูบบุหรี่) การบริหารลักษณะของการดมกลิ่น

3.3.2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกที่ช่วยให้สามารถตรวจสอบผลที่ตามมาได้ทันทีของการบริหาร จัดการการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาด ก่อนที่คนบริโภคนยาจะกลับออกมาสู่สังคมภายนอก ผู้เชี่ยวชาญให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกการบริโภคนยาเฉพาะกับผู้ใช้งาน พยายามให้เกิดการเสพยาอย่างปลอดภัยและภายใต้สภาพแวดล้อมที่ถูกสุขอนามัย ห้องบริโภคนยาเสพติดหลายแห่งตั้งอยู่ในอาคารขนาดใหญ่ซึ่งประกอบด้วยร้านอาหาร ห้องให้คำปรึกษา และคลินิก สำหรับผู้เข้าใช้บริการครั้งแรก อาจมีการดูแลรักษาทางการแพทย์ มีห้องที่สามารถฉีดขนาดเล็กลงและค่อนข้างปลอดภัย มีโต๊ะหลายตัวที่ผู้บริโภคนานั่งเตรียมฉีดยาและฉีดยาตลอดทั้งของกระจุกกระจิก เช่น เข็มฉีดยา เทียน น้ำยาฆ่าเชื้อและช้อน กระดาษเช็ดมือ สำลี ผ้าพันแผล และถังขยะ เป็นต้น ห้องเสพยาจะมีผู้เชี่ยวชาญ มีบริการที่สามารถส่งต่อไปยังผู้อื่นได้ภายนอก เป็นบริการแบบบูรณาการ โดยทั่วไปจะมีบริการการรักษาพยาบาลและสวัสดิการเพิ่มเติมโดยตรง ซึ่งภาพรวมรูปแบบการนำส่งห้องเสพยา คือ

พื้นที่ 1 ห้องรอและพื้นที่การประเมินเป็นที่ที่ลูกค้าจะได้รับการประเมินสำหรับสิทธิ์ในการใช้บริการ การประเมินมีวัตถุประสงค์เพื่อ:

1) พิสูจน์ว่าลูกค้าเป็นผู้ใช้งานจริงแล้ว ไม่ใช่ผู้สูงวัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ได้ตั้งครรภ์หรือมาพร้อมกับเด็กและไม่ได้มีเงินมา

2) รวบรวมข้อมูลทางประชากรและประวัติทางการแพทย์ของลูกค้า รวมทั้งยาเกินขนาดและข้อมูลการรักษาก่อนหน้านี้ ภาพรวมรูปแบบการนำส่งห้องบริโภคนยา

พื้นที่ 2 ห้องฉีดเป็นคลินิก สภาพแวดล้อมที่มีสองคนผ่านการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่อยู่เสมอ มีแปดเปิดบูธที่สามารถนั่งได้สองคน ให้พนักงานดูแลได้ ในห้องฉีดยา ลูกค้าได้รับเข็มสะอาดและฉีดปลอดภัยกว่าปฏิบัติและจัดให้ก่อน ความช่วยเหลือและบริการทางคลินิกอื่น ๆ มีถังขยะสำหรับใช้แล้วเข็มและห้องช่วยชีวิตเพื่อจัดการยาเกินขนาด

พื้นที่ 3 After Care Area เป็นที่ที่ลูกค้ายังคงอยู่ภายใต้การดูแลจนกว่าพวกเขาจะพร้อมจากไปที่ปรึกษาและสวัสดิการสังคมมีเจ้าหน้าที่คอยเชื่อมโยงลูกค้ากับบริการอื่น ๆ ได้แก่ที่อยู่อาศัย กฎหมาย ยา สวัสดิการสังคมการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางออกลูกค้าอาจออกจาก MSIC จาก ด้านหลัง สู่ถนน ประตูนี้อย่างอนุญาตให้รถพยาบาลเข้าถึงศูนย์

ห้องบริ โภคยาทุกแห่งจะต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้มีการบริ โภคยาเสพติดผ่านการสูดดม หรือการฉีด⁴⁹ โดยมีหลักการที่ว่า ผู้ที่เข้ามาใช้บริการห้องดังกล่าวจะต้องได้รับประโยชน์และความปลอดภัย และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐ มาตรการทางกฎหมายกำหนดรวมไปถึงแนวทางในการจัดหาอุปกรณ์ที่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับการใช้ในห้องบริ โภคยา⁵⁰

3.3.3 ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดหวังของห้องเสพยา

สำหรับประเทศที่มีการนำห้องเสพยามาใช้แล้ว พบว่ามีประเด็นระหว่างที่ผลประโยชน์สาธารณะแตกต่างกันและสุขภาพส่วนบุคคล ความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชน ผู้อยู่อาศัยในท้องถิ่นและธุรกิจ การบังคับใช้กฎหมายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผลประโยชน์ของผู้ใช้ในระดับหนึ่ง การอภิปรายอย่างเข้มข้น มักจะอยู่ในกรอบของการประสานงานโครงการที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานท้องถิ่น นำไปสู่ความคาดหวังที่เป็นจริงมากขึ้นของการมีบริ โภคของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยงานหลัก ได้แก่ ตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสังคม การวิเคราะห์พลวัตของยา การกำหนดนโยบายในเขตเมือง สรุปว่านโยบายจากท้องถิ่นเป็นรูปแบบการประสานงาน ที่ได้เริ่มกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในระหว่างนั้นจะมีการปรับการปฏิบัติร่วมกันเพื่อ เป็นกระบวนการที่ช่วยลดผลกระทบจากการต่อต้านจากเดิมในกลุ่มประชากรที่ไม่เห็นด้วยหรือมีความขัดแย้งบ้างบางประการของบริการดังกล่าวโดยการทำความร่วมมือ ตำรวจและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในเมืองยอมรับสิ่งอำนวยความสะดวกการใช้ในเชิงปฏิบัติและเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การลดอุปสงค์ที่ครอบคลุมการขยายบริการและแนวทางที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหาร้ายแรงด้านสุขภาพและความสงบเรียบร้อยของประชาชน ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดหวังที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ตามวัตถุประสงค์หลักสามประการของห้องบริ โภคคือ⁵¹

ข้อแรกคือ เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ประชากรเป้าหมายมักถูกกำหนดให้เป็นผู้ใช้ยาที่มีปัญหาความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใช้เฮโรอีนและโคเคนเป็น

⁴⁹ From *Unlinked Anonymous Monitoring Survey of People Who Inject Drugs: Data Tables*, by National Infection Service, 2018, London: Public Health England. Copyright 2018 by National Infection Service.

⁵⁰ From *Speed Limits: Harm Reduction for People who use Stimulants*, by R. Rigoni, J. Brecksema, S. Woods, 2018, Amsterdam: Mainline. Copyright 2018 by R. Rigoni, J. Brecksema, S. Woods.

⁵¹ From Dagmar Hedrich, *footnote 44*, (pp.22)

เวลานาน ยาฉีด ผู้ค่าบริการทางเพศที่ไร้ยาเสพติด ผู้ใช้ถนน และกลุ่มชายขอบอื่น ๆ ซึ่งมักไม่อยู่ในระบบการรักษา เพื่อให้บรรลุผลในเชิงสุขภาพของประชาชนและความสงบเรียบร้อย จึงจำเป็นต้องดำเนินการให้เกิดการดึงดูประชากรกลุ่มเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้การบริโภครายได้การดูแลเป็นที่ยอมรับได้ของผู้ไร้ยาและผู้ไร้ยาที่ยังคงเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ ต้องบริหารจัดการจัดให้มีการดูแลสุขภาพที่เพียงพอในระดับท้องถิ่น ในสถานที่ที่เหมาะสม และในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุความครอบคลุมของประชากรเป้าหมาย

เป้าหมายในด้านสุขภาพระยะแรก เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการบริโภคยาที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือการลดอันตรายทันทีที่อาจเกิดขึ้นจากการเสพยา โดยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการฉีดยาแรงด่วนในที่สาธารณะ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ ห้องเสพยาพยายามให้แน่ใจว่า ยาที่ใช้ในการบริโภคภายใต้สภาวะที่ถูกสุขลักษณะและอำนวยความสะดวกในการใช้งานที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น มีระบบที่มีการดูแลอย่างรวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ด้านสุขภาพระยะกลาง เพื่อลดการเจ็บป่วยและการตาย เป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการสร้างเสริมสุขภาพและการศึกษาการใช้ยาอย่างปลอดภัยที่ห้องบริโภค ได้แก่ การปรับปรุงอย่างยั่งยืนในความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงในหมู่ผู้บริโภค ลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ลดการสัมผัสและการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับยา ลดการใช้ยาเกินขนาด การใช้และการจัดการเหตุฉุกเฉินด้านยาอย่างปลอดภัยในห้องบริโภคควรมีส่วนทำให้การลดการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดในชุมชน

วัตถุประสงค์ด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อสร้างเสถียรภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ ประโยชน์ที่คาดหวังของห้องบริโภคคือ การเพิ่มการเข้าถึงและการใช้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการให้คำปรึกษาผ่านบริการในสถานที่ ปรับปรุงการรับยารักษาและส่งเสริมการปรับปรุงสุขภาพของลูกค้านาระยะยาวและการทำงานทางสังคมผ่านการส่งต่อไปยังบริการอื่น ๆ

วัตถุประสงค์เพื่อความสงบเรียบร้อยของประชาชน: เพื่อลดการใช้สารเสพติดสาธารณะและความรำคาญที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่น่าคาดหวัง คือการลดการใช้ยาในที่สาธารณะ โดยเฉพาะการฉีดยา การลดระดับความรำคาญในละแวกใกล้เคียงที่มีจากยาเสพติดที่มองเห็นได้

ผลกระทบหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการมีห้องเสพยา คือห้องเสพยาอาจดึงดูดผู้ใช้ยาจากที่อื่นเพิ่มขึ้นพื้นที่ชุมชนหรือเมือง ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญอีกข้อคือ ด้านความปลอดภัยสาธารณะ เพื่อป้องกันอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้นในและรอบ ๆ ห้องเสพยาอาจกลายเป็นแม่เหล็กสำหรับผู้ใช้ยาและผู้ค้ายา ส่งผลให้เกิดความรำคาญและอาชญากรรมต่อสาธารณะมากขึ้น ห้องจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมในบริเวณใกล้เคียง การค้ายาเสพติดในบริเวณใกล้เคียง และการค้ายาเสพติดและกิจกรรมทางอาญาอื่น ๆ ภายในห้อง

3.3.4 หลักนิติธรรมและหลักสิทธิมนุษยชนกับการใช้มาตรการห้องบริโภคยาเสพติด

จากบทความของ นาโคฟี อันนัน เรื่อง “ยกเลิกการห้ามได้แล้ว” ถึงเหตุผลที่ถึงเวลาอันควรอนุญาตให้ใช้ยาเสพติดได้โดยถูกกฎหมาย ความสำคัญตอนหนึ่งว่า “ยาเสพติดมีอันตราย แต่นโยบายยาเสพติดในปัจจุบันกลับเป็นภัยคุกคามร้ายแรงยิ่งกว่าเนื่องจากให้ความสำคัญแก่การลงโทษมากกว่าสุขภาพและสิทธิมนุษยชน ถึงเวลาแล้วสำหรับการควบคุมที่ให้ความสำคัญแก่ชีวิตและความปลอดภัยมาเป็นอันดับแรก นายโคฟี อันนัน อธิบดีเลขาธิการขององค์การสหประชาชาติได้โต้แย้งไว้⁵²

กอปรกับใจความอีกตอนหนึ่งว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่า ที่ผ่านมายาเสพติดทำลายชีวิตคนจำนวนมากแต่นโยบายยาเสพติดที่ผิดของรัฐบาลได้ทำลายชีวิตผู้คนไปมากกว่านั้นเสียอีก พวกเราทั้งหมดต่างปรารถนาจะคุ้มครองครอบครัวของพวกเราจากอันตรายของยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้น แต่หากลูกหลานของพวกเราเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นมา แน่แน่นอนว่าเราต้องการให้พวกเขาได้รับการดูแลในฐานะผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษาและไม่ถูกตีตราว่าเป็นอาชญากร”

ห้องเสพยา นับว่าเป็นนวัตกรรมใหม่ในการป้องกันและช่วยปราบปรามปัญหาเสพติดของประเทศต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ในอดีตก่อนมาการริเริ่มใช้ “ห้องเสพยา” นี้ วิธีการนี้ก็จะถูกปฏิเสธจากผู้บริหารในทางนโยบายระดับชาติและสังคม แต่เมื่อมีการเริ่มเปิดการให้บริการ “ห้องเสพยา” แห่งแรก ๆ และในช่วงเวลาต่อ ๆ มา กลับพบว่า “ห้องเสพยา” เป็นมาตรการในการป้องกันและการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์หลายประการ ในเชิงการดูแลสุขภาพ การจัดการที่มีมนุษยธรรมลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของผู้ใช้ในที่สาธารณะ ในบ้านในครอบครัว ในโรงเรียน วัด หรือ

⁵² จาก *บรรดาอดีตผู้นำโลกระบุ “สงครามปราบยาเสพติด” ล้มเหลว*, โดย สำนักข่าวอิศรา, 2554, ลิขสิทธิ์ 2554 โดย สำนักข่าวอิศรา. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/content-page/item/2292-บรรดาอดีตผู้นำโลกระบุ-สงครามปราบยาเสพติด-ล้มเหลว.html>.

ในที่อื่น ๆ ทั่วไป เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับสังคม ในมิติของการควบคุมได้ กล่าวคือ รัฐสามารถได้กลุ่มเป้าหมายและจำนวนผู้บริโภคนยาเสพติดที่ค่อนข้างแน่นอน จากการ “ขึ้นทะเบียน” ผู้เสพยาเสพติด ซึ่งทำให้ได้จำนวนที่แท้จริงที่จะต้องทำการบริหารจัดการในทางแพทยุทธศาสตร์ในการช่วยเหลือ การรักษา การดำเนินการต่าง ๆ ตลอดทั้งงบประมาณในการดำเนินการด้วย⁵³

หลักความเสมอภาคกันต่อหน้ากฎหมาย (Equality Before the Law) สมาชิกทุกคนในรัฐได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันทุกชนชั้น อันเป็นหลักพื้นฐานของ “หลักนิติธรรม” ที่สำคัญยิ่ง ดังนั้นกลุ่มคนที่เสพยาเสพติดก็ต้องได้รับการปฏิบัติจากรัฐเช่นกัน การเสพถือเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ หลายประเทศได้รับการรับรองหลักที่ว่า “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” จึงต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจากแพทย์และระบบสาธารณสุข มิใช่ นำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพื่อลงโทษ จึงจะสอดคล้องต่อ “หลักสิทธิมนุษยชน” ในการคุ้มครองชีวิต ร่างกาย การเข้าถึงสุขอนามัย ทั้งผู้เสพยาเสพติดและสมาชิกทุกคนในสังคม และด้วยหลักการกฎหมายอยู่เหนือสิ่งอื่นใด (Supremacy or Predominance of Regular Law) อันเป็นหลักพื้นฐานของ “หลักนิติธรรม” ที่สำคัญยิ่งอีกหลักหนึ่งจึงต้องมีบทบัญญัติของกฎหมายที่อนุญาตให้มี “ห้องบริโภคนยาเสพติด” และกฎหมายสนับสนุนในกิจกรรมของมาตรการนี้ ได้แก่ การลดทอน ความผิดทางอาญาและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (De-Criminalization & Harm Reduction) ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป

เมื่อพิจารณาหลักนิติธรรมและหลักสิทธิมนุษยชน กับห้องบริโภคนยาเสพติด กลับพบว่า การมีห้องบริโภคนยาเสพติด ที่ดำเนินการภายใต้กฎหมายมีกฎหมายที่ถูกต้องชอบธรรม กลับเป็นการส่งเสริมความมีมนุษยธรรม ตามหลักสิทธิมนุษยชน การเคารพในหลักศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพราะแท้จริงแล้ว การบริโภคนยาเสพติด หากไม่ก่ออันตรายให้กับบุคคลอื่นและสังคม ก็เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถคิดและตัดสินใจในการบริโภคได้ อันเป็นพัฒนาการของ “สิทธิที่จะเสพของมนุษย์” ซึ่งมีพัฒนาการที่เห็นเป็นแนวทางแนวคิด ที่กล่าวว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ได้ชัดเจนที่สุด

การออกกฎหมายปราบปราม “ผู้เสพ ซื่อขายหรือครอบครองเพื่อเสพยาเสพติด” เป็นความผิดในทางอาญา นำคนกลุ่มนี้ไปปรับโทษจำคุก นอกจากขาดหลักการของการกำหนดความผิดอาญาแล้ว ยังไม่เป็นไปตามหลักนิติธรรมและหลักสิทธิมนุษยชนและหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

⁵³ จาก สำนักข่าวอิศรา, *อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 52*, น. 4.

ข้อสำคัญคือรัฐ และนโยบายแห่งรัฐต้องสนับสนุนหรือให้การดูแลและการเสพหรือ บริโภคยาเสพติดที่เป็นไปตามหลักการทางการแพทย์และสาธารณสุข และให้มีพื้นที่ของการบริโภค ที่รับรองได้ตามกฎหมาย ตลอดทั้งมาตรการในการควบคุมดูแลไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลอื่น และสังคม เพื่อสังคมปลอดภัย สงบเรียบร้อย อันเป็นการปฏิบัติที่ดีของนโยบายแห่งรัฐอย่างธรรมาภิบาล (Good Governance) โดยการมี “ห้องบริโภคยาเสพติด” เป็นมาตรการในทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

นอกจากนี้การมีห้องบริโภคยาเสพติด นอกจากจะทำให้การบริโภคยาเป็นพื้นที่ สักส่วน ไม่พบเห็นในที่สาธารณะและยังลดอันตรายทั้งคนบริโภคและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมแล้ว ยังมีความสำคัญมากอีกประการหนึ่งคือ เป็นมาตรการทางกฎหมายที่ทาลาย “องค์กรอาชญากรรม เกี่ยวกับยาเสพติด” ได้อย่างตรงเป้าหมาย เพราะบริการของห้องเสพยาหลายแห่ง ใช้หลักผู้เสพเป็นผู้ป่วย การสั่งยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา การลดปริมาณการใช้ จะเป็นไปได้ควบคู่กับยาอื่น ๆ ที่ลด การเสพติดและดูแลสุขภาพด้วย อันเป็นสวัสดิการของรัฐไม่มีค่าใช้จ่าย กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้เสพได้รับ ยาเสพติดฟรีจากการสั่งในเวชระเบียนของแพทย์ตามประเภท ชนิด และปริมาณที่แพทย์กำหนดเป็น รายบุคคล ทั้งยังได้ปรึกษาที่เป็นสารบริสุทธิ์ปราศจากการเจือปนสารอื่น ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ด้วย กรณีดังกล่าวนี้ทำให้ตัดรายได้ของผู้ค้ายาเสพติด อาชญากรรมยาเสพติดเกิดขึ้นเพราะยาแต่ละเม็ดให้กำไรสูงมาก ถ้ามียาเข้าสู่สังคมผู้บริโภคยาเสพติดจากองค์การเภสัชกรรมของรัฐเอง ราคาย่อมถูกกว่าและดีกว่าในตลาดมือที่ผิดกฎหมาย ทั้งรัฐยังจัดห้องเสพยาเสพติดที่ถูกต้องตาม กฎหมายไว้ให้ด้วย ปลอดภัยและปลอดภัยจากการจับกุมดำเนินคดีจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ แน่นอน ผู้บริโภคย่อมเลือกบริการที่รัฐมอบให้

3.3.5 ห้องเสพยาในต่างประเทศ

ข้อมูลศูนย์ตรวจสอบยาเสพติดและยาเสพติดของสหภาพยุโรป (EMCDDR) มีการเน้น ถึงความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการลดอันตรายอันเกิดจากการ ใช้ยาเกินขนาดและการจัดตั้งห้องเสพยา (DCRs) จากข้อมูลที่ครอบคลุมสหภาพยุโรป นอร์เวย์และ ตุรกี มีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,138 ในภูมิภาคในปี 2016 ประมาณ 84% ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากเสพ ผีน (Opioid) เกินขนาดอย่างไรก็ดี สถิติผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในบางประเทศ เช่น สเปน เดนมาร์ก และ โปรตุเกส เป็นต้น

ในปี 2014 เครือข่ายลดอันตรายของยุโรป เผยแพร่รายงานการใช้งานเครื่องช่วยป้องกันยาเกินขนาดอย่างกว้างขวาง หรือที่เรียกว่าห้องบริโภคนาแลกซ์ (DCRs) และการกระจาย Naloxone เพื่อตอบโต้การใช้ฝิ่นเพิ่มขึ้นทั่วทั้งภูมิภาค⁵⁴ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018 การใช้งานห้องบริโภคนาแลกซ์มีความหลากหลาย ได้จัดตั้งมีห้อง DCR จำนวนรวมทั้งสิ้น 89 แห่ง ตั้งแต่รายงานสถานการณ์การลดอันตรายทั่วโลกครั้งล่าสุด ห้อง DCR ใหม่ได้เปิดในเบลเยียม ฝรั่งเศส สเปน สวิตเซอร์แลนด์ และนอร์เวย์ โดยแต่ละประเทศเหล่านี้มีแผนดำเนินการและออกมาตรการทางกฎหมาย สำหรับสถานประกอบการในการจัดตั้งห้องบริโภคนาแลกซ์⁵⁵ ห้องบริโภคนาแลกซ์ ทั้งหมดจะมีกฎหมายอนุญาตให้มีการบริโภคนาแลกซ์ผ่านการสูดดม หรือการฉีด⁵⁶ โดยมีหลักการที่ว่า ผู้ที่เข้ามาใช้บริการห้องดังกล่าวจะต้องได้รับประโยชน์และความปลอดภัยและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐ มาตรการทางกฎหมายกำหนดรวมไปถึงแนวทางในการจัดหาอุปกรณ์ ที่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับการใช้ยาในห้องบริโภคนาแลกซ์⁵⁷

ในกรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นของรัฐได้จัดสร้างห้องเสพยา หรือที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Fix Room ซึ่งเป็นห้องที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดชนิดรุนแรง สามารถเข้ามาใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดมากเกินไป (Overdose) ห้องเสพยาจะเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติด สามารถเข้ามาเสพยาได้อย่างเต็มที่ โดยมีทีมแพทย์ และพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ที่ห้องเสพยา นี้ จะไม่ได้มียาเสพติดไว้คอยให้บริการ ดังนั้นผู้ที่มาใช้บริการจำเป็นต้องนำยาเสพติดเข้าไปเสพยาในห้องดังกล่าวเอง โดยผู้เข้าใช้บริการทุกคนจะมีเวลาเพียงแค่ 45 นาที ต่อการเข้ามาใช้บริการ 1 รอบเท่านั้น ซึ่งจากการสำรวจของ BBC NEWS พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ติดยาเสพติดชนิดรุนแรงอย่าง เฮโรอีนหรือโคเคน มักจะเข้ามาใช้บริการวันละมากกว่า 1 รอบ และมีการสำรวจพบว่า

⁵⁴ From *Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations On Opioid Overdose*, by EHRN, 2014, Porto: European Harm Reduction Network. Copyright 2014 by EHRN.

⁵⁵ From “Global State of Harm Reduction 2018 survey response,” by P. Klein, 2018, *Clin Pharmacol*, 10, 1-22. Copyright 2018 by P. Klein.

⁵⁶ From *Unlinked Anonymous Monitoring Survey of People Who Inject Drugs: Data Tables*, by National Infection Service, 2018, London: Public Health England. Copyright 2018 by National Infection Service.

⁵⁷ From *Drugs fix room is like my second home*, by BBC News, 2017, Copyright 2017 by BBC News. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=qm0Qz41IWIE&t=1s>

ห้องเสพยาในกรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์กสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเกินขนาดในผู้ใช้น้ำยาเสพติดตามที่สาธารณะ หรือตามข้างถนนได้ถึงร้อยละ 90 และสามารถลดอาชญากรรมที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาเสพติดได้ถึงร้อยละ 60 เช่น ผู้เสพยามีอาการประสาทหลอน อาการวิตกกังวลหรืออาการหวาดกลัวจนเป็นเหตุให้ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ผู้เสพยามีอาการโมโห ฉุนเฉียวง่าย จนนำไปสู่การทำลายทรัพย์สินของประชาชน รวมถึงผู้เสพยาที่มีอาการมึนเมาในขณะที่ขับจักรยานพาหนะ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น

ในเมืองลิสบอน ประเทศโปรตุเกส มีการจัดตั้งรถตู้เสพยาเคลื่อนที่ขึ้นในเมือง โดยเทศบาลของเมืองลิสบอนเป็นผู้อนุมัติและให้การสนับสนุนทุนในการจัดตั้งรถดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์คล้ายกับห้องเสพยา แต่เพิ่มความสะดวกและสามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการที่ไม่สะดวกจะเข้ามาในห้องเสพยา ที่ทางเทศบาลจัดตั้งไว้ โดยภายในรถจะมีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเสพยาให้บริการ เช่น เข็มฉีดยา อุปกรณ์จุดไฟ สายยาง เป็นต้น รวมถึงจะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมมาอย่างดีเป็นผู้คอยควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่ใช้บริการรถตู้เสพยา

3.4 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้น้ำยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้น้ำยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้น้ำยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ

ประเด็น	ไทย	โปรตุเกส	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน
มาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564	กฎหมาย 30/2000 (Law no. 30/2000)	- Dutch Opium Act - รัฐบัญญัติฝิ่น ค.ศ. 1919 Opium Act of 1919 - The Abuse of Chemical Substances Act	กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1951 (Federal Narcotics and Psychotropic Substances Act 1951) มาตรา 19 เอ และมาตรา 19 บี
นโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพติด	ประเทศไทยได้เปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติจากที่เคยเน้นการใช้ความรับผิดชอบและโทษทางอาญาเป็นมรรควิธีในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาเป็นการลดทอนความผิดอาญาโดยใช้ความผิดทางปกครองมาแทนที่	แผนยุทธศาสตร์ต่อต้านยาเสพติดแห่งชาติ การนำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาใช้เป็นจุดเปลี่ยนจากวิธีเดิมที่แก้ไขปัญหายาเสพติดบนฐานของการลงโทษยาเสพติดซึ่งนโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสประกอบด้วย	นโยบายในการจัดการกับปัญหายาเสพติด ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพในการป้องกัน (Prevention) 2) การบำบัดรักษา (Therapy) และ 3) การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug help)	ปัจจุบันนโยบายยาเสพติดของประเทศอยู่บนนโยบายสี่เสาหลัก (Four Pillars) ได้แก่ 1) การป้องกัน (Prevention) 2) การบำบัดรักษา (Treatment)

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	โปรตุเกส	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน
นโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพติด (ต่อ)	และการจัดการกับปัญหาเสพติดต้อง ดำเนินการ คือ 1) การ ป้อง กั้น การ บำบัดรักษา 2) การช่วยเหลือผู้ติดยา 3) การดำเนินคดี	1) การป้องกัน 2) การบำบัดด้วยยา 3) การลดอันตรายของยาเสพติด 4) การนำกลับคืนสู่สังคม		3) การลดอันตราย (Harm Reduction) 4) การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement)
มาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติด	การเพิ่มโทษทางอาญาแก่ผู้ติดยาเสพติดให้หนักขึ้นเพียงประการเดียว มิได้มีผลโดยตรงที่จะลดอัตราการเสพยาเสพติดของผู้เสพได้	กระบวนการบำบัดรักษาตามนโยบาย ผู้เสพยาสามารถซื้อยาได้จากร้านกาแฟ ที่ได้รับอนุญาต (licensed coffee shops) ซึ่งจะต้องไม่อนุญาตให้เด็กและเยาวชนเข้าไปในร้านค้าของตน และไม่มีการโฆษณาเชิญชวน	มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา ได้แก่ 1) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่ผิดกฎหมาย 2) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดทางอาญา	มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา ได้แก่ 1) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่ผิดกฎหมาย 2) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดทางอาญา

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	โปรตุเกส	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน
มาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด (ต่อ)			3) การทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่ต้องรับโทษทางอาญา 4) การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด	3) การทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่ต้องรับโทษทางอาญา 4) การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด
นโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายสู่ห้องเสพยา	ทางด้านบริหารที่ยังไม่สนับสนุนการบำบัดหรือดูแลผู้เสพยาเสพติดเท่าที่ควร ยังมีการตีตราผู้เสพยาอยู่ไม่ได้มองผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง	มาตรการลดความรุนแรงของการดำเนินคดียาเสพติดใช้หลักการ “การไม่บังคับใช้กฎหมายยาเสพติด” สำหรับนโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด ระบบนี้จะมีการแจกจ่ายเข็มที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค และมีห้องเสพยา (Fix Room)	เปลี่ยนสถานะจากผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยเป็นพื้นฐาน มาตรการทางเลือกแทนการจำคุกให้ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาษาได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การใช้สารทดแทน การแจกเข็มฉีดยามีห้องบริโภคนยาเสพติด และจุดจ่ายยาเสพติดเพื่อการบำบัดให้สาธารณะเข้าถึงได้	กำหนดการลดความรุนแรงในแผนพัฒนาแห่งชาติการแจกเข็มฉีดยาการบำบัดโดยฝืน ห้องบริโภคนยาเสพติด มีการบำบัดโดยนาล็อกโซน การบำบัดด้วยฝืนในเรือนจำ ห้องบริโภคนยาในเรือนจำ เป็นต้น

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	โปรตุเกส	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน
นโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายสู้อภัยโทษ (ต่อ)		ชนิดที่ไม่ร้ายแรงให้บริการแก่ผู้เสพยาที่ลงทะเบียนไว้กับรัฐ โดยมีอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์คอยช่วยเหลือในกรณีใช้ยาเกินหรือมีอาการแพ้ยาเกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการตายและการติดเชื้อ เป็นต้น		



บทที่ 4

วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในแต่ละ ที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติด

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ ซึ่งสภาพปัญหาเสพติดที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสังคมและก่อให้เกิดความเสียหายต่อประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้นานาประเทศจำเป็นต้องหามาตรการต่างๆ มาดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การที่นานาประเทศพยายามหามาตรการต่างๆ มาแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ส่งผลให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการดำเนินการแก้ไขในด้านการป้องกัน และปราบปรามอีกทั้งยังต้องใช้กำลังเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดทำให้สูญเสียกำลังเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ ตลอดจนสูญเสียบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งจากการทบทวนกฎหมายเสพติดเปรียบเทียบกับนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ กล่าวคือ ทิศทางเกี่ยวกับยาเสพติดกำลัง เปลี่ยนไป หลายประเทศเห็นว่าการแก้ไขปัญหาเสพติดในเรื่องสิทธิเสรีภาพ และการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้เสพ โดยในที่ประชุม UNGASS ไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ยกเรื่องให้คำนึงถึงการลงโทษที่ได้สัดส่วน เช่น อันตรายของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ในสังคม บทบาทของผู้กระทำผิด มาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุก ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ทำการศึกษามาจากบทที่ 1- 3 มาทำการวิเคราะห์ในประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อหาคำตอบ เป็นข้อสรุปเสนอแนะในบทต่อไป ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

- 4.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพติด
- 4.2 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติด
- 4.3 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายผู้

ห้องเสพยา

4.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการจัดการกับปัญหายาเสพติด

จากการศึกษากฎหมายยาเสพติดเปรียบเทียบกับนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ พบว่า ทุกประเทศมีแนวทางในการใช้นโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งในการจัดการกับปัญหายาเสพติดในระดับชาติและระดับจังหวัด ตลอดจนทั้งกระจายอำนาจให้ระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางและตัดสินใจดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแก้ไขและช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้คนอื่นและเป็นภาระต่อคนรอบข้าง อันยังให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกัน (Prevention) การบำบัดรักษา (Therapy) และการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug Help) ในมิติของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกต้องแท้จริงร่วมกับบทบาทของฝ่ายปกครอง ครอบครัว ศาสนา สถานศึกษา และนายจ้าง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยทันสมัยอย่างยั่งยืน สามารถอธิบายได้ดังนี้

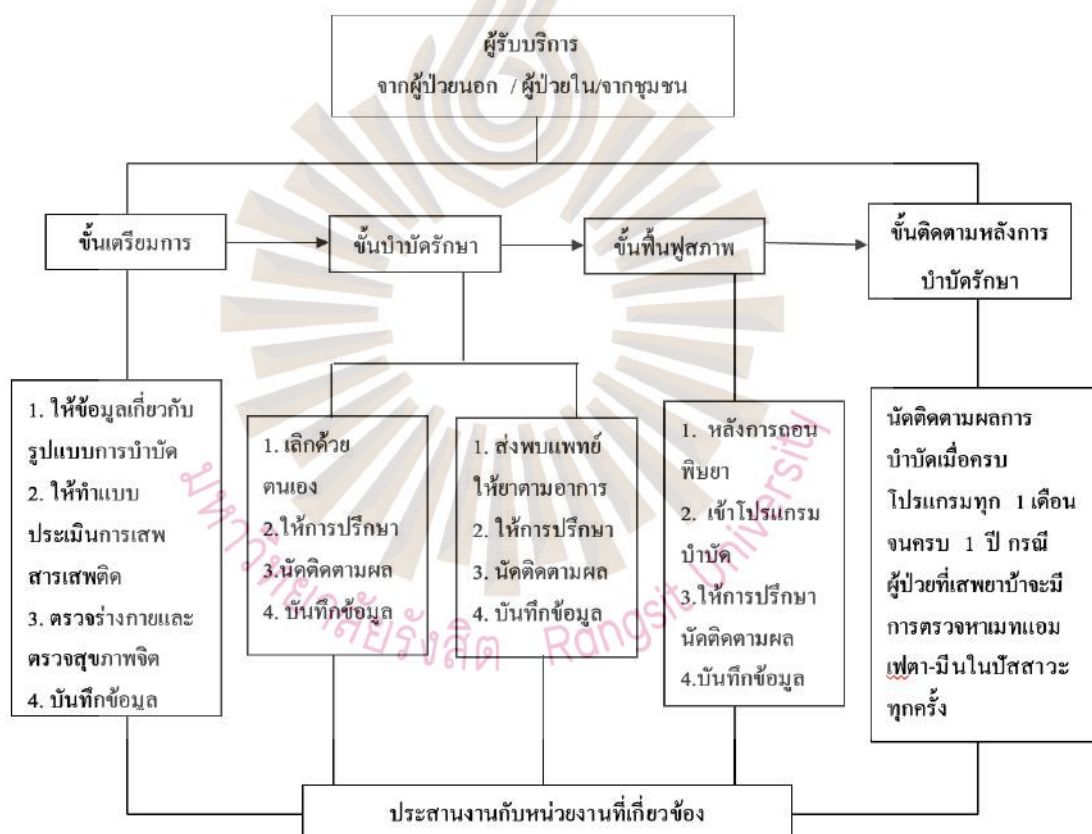
1) การป้องกัน (Prevention)

ก่อนที่จะมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดในประเทศอุปสรรคยิ่งใหญ่ที่สุดที่เกิดขึ้นในการเสนอให้การรักษาแก่ประชาชนที่ติดยาเสพติด คือ ความเกรงกลัวต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐอันเป็นผลมาจากความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดยังเป็นความผิดอาญา ความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด เป้าหมายอันท้าทายคือ ความกลัวของผู้ติดยาในการแสวงหาการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับหน่วยงานของรัฐที่ให้การรักษานั้น เพราะผู้ติดยาเสพติดกลัวที่จะถูกจับและดำเนินการทางกฎหมาย เหตุผลเบื้องต้นอันดับแรกของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมคือการทำลายกำแพงที่กีดขวางนั้น เพื่อให้ผู้ติดยาสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพโดยปราศจากความกลัวที่จะถูกดำเนินการตามกฎหมาย ยิ่งไปกว่านั้นการลดทอนความเป็นอาชญากรรมเป็นการเปิดเสรีให้ประชาชนสามารถเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ของรัฐได้รวมถึงโปรแกรมการลดอันตรายอื่น ๆ ด้วย

2) การบำบัดรักษา (Therapy)

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด มีทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับ บำบัดที่ส่งมาจากสำนักงานคุมประพฤติ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยา/ผู้ติดยาและสารเสพติด โดยใช้ รูปแบบการบำบัดแบบ กาย จิต สังคม แบบประยุกต์ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นบำบัดรักษา ขั้นฟื้นฟูสภาพ และขั้นติดตาม

ซึ่งหน่วยงานยาเสพติดมีแนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษาโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและรูปแบบวิธีการบำบัดรักษา มีการประเมินการเสพยาเสพติดเพื่อจำแนกประเภทการเสพยา พร้อมประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ถ้ามีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการทางกายและอาการทางจิต จะส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาให้การบำบัดรักษาก่อน ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูสภาพจะมีการนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเข้ามามีผล และการประเมินผลการบำบัดเป็นระยะ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัด หรือพิจารณาจำหน่าย เมื่อเข้ารับการรักษาครบตามระยะเวลา เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยยาเสพติดให้กลับไปใช้ชีวิตร่วมกับกับ และมีการประสานส่งต่อทีมชุมชน



รูปที่ 4.1 Flow Chart การบำบัดรักษาเสพติด 4 ขั้นตอน

ที่มา: สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2560

3) การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug Help) เป็นที่ยอมรับว่าบุคคลบางคนไม่สามารถผ่าน ขั้นตอนการบำบัดรักษาได้และไม่สามารถจะรักษาได้ในเวลาจำกัด รัฐจึงต้องให้ยาเสพติดแก่บุคคลเพื่อรักษา หรือ Drugs Substitute Treatment เช่น Methadone Program โดยการจัดให้มี “ห้องเสพยา” หรือ Injection Room หรือการอนุญาตให้เสพยา Heroin ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐ กระบวนการดังกล่าวนี้มีข้อโต้แย้งว่า ไม่ได้เป็นมาตรการที่ทำให้บุคคลเลิกเสพยา แต่ยังให้เขายังคงเสพยาต่อไป อย่างไรก็ตามก็ต้องยอมรับความจริงที่ว่า มาตรการที่ทำให้คนเลิกเสพยาด้วยการเสพยา จะได้ผลในการป้องกันการกระทำความผิดได้อย่างสมบูรณ์

นอกจากนี้ โขบยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสยังเน้นถึงองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 4 ประการคือการป้องกัน (Prevention) การบำบัดด้วยยา (Drug Treatment) การลดอันตรายของยาเสพติด (Harmreduction) และการนำกลับคืนสู่สังคม (Social Reintegration) การจัดให้มีการบำบัดด้วยยาที่สำคัญคือการใช้เมทาโดนบำบัดระยะยาว (Methadone Maintenance) (ซึ่งจัดให้มีขึ้นในเรือนจำด้วย) แต่การบำบัดโดยไม่ใช้ยา การล้างสารพิษ การถอนยา และการใช้บิวพรีนอร์ฟินทดแทน (Buprenorphine Substitution) ก็มีการใช้ด้วยเช่นกัน ขอบเขตของมาตรการลดอันตรายของยาเสพติด รวมถึงโครงการเข็มฉีดยา หน่วยทำงานบนท้องถนน และศูนย์บำบัดและสถานพักพิงที่มีการจัดตั้งขึ้น เช่นเดียวกับการบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรค เอชไอวีและเอดส์ท้ายที่สุดประเทศโปรตุเกสจะเน้นอย่างมากในความพยายามที่จะนำผู้ติดยากลับคืนสู่สังคม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่าง ๆ เช่น การฝึกงานเป็นระยะเวลาเก้าเดือนสำหรับผู้เสพยา และการสนับสนุนด้านการเงินให้กับนายจ้างเพื่อรับผู้ที่ติดยาเข้าทำงาน⁵⁸

แม้จะอยู่ในกรอบการลดทอนความเป็นอาชญากรรม เจ้าหน้าที่ตำรวจที่พบว่ามีการใช้ยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองจะต้องออกหมายเรียกให้กับผู้กระทำความผิด แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจจะไม่ได้รับอนุญาตให้ทำการจับกุม หมายเรียกจะถูกแจ้งไปยังคณะกรรมการด้วยและกระบวนการต่าง ๆ จะเริ่มขึ้นผู้กระทำความผิดที่ได้รับหมายเรียกจะต้องรายงานตัวต่อคณะกรรมการภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากการออกหมายเรียกของตำรวจ หากคณะกรรมการพบว่าไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดก็จะส่งต่อคดีไปที่ศาลอาญาผลของการใช้ระบบการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในทางปฏิบัติ อาจมีตำรวจ (บางส่วน) ดำเนินการกับผู้เสพยาเสพติดยังไม่เต็มขั้นนัก อัน

⁵⁸ From *Encyclopedia of Drug Policy*, by A.R. Mark Kleiman, E.H. James, 2011, SAGE: Publications.

เป็นที่มาของข้อถกเถียงในหมู่ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายยาเสพติดโปรตุเกส กรณีมีเจ้าหน้าที่ตำรวจส่วนใหญ่ละเว้นจากการออกหมายเรียกแก่ผู้ขายยาเสพติด โดยเห็นว่าไม่มีประโยชน์ เนื่องจากเห็นว่าผู้ที่ได้รับหมายเรียกยังคงใช้ยาซ้ำอีกบนถนน ทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้น เพราะเห็นว่าการออกหมายเรียกโดยไม่มีการจับกุมคุมขังหรือการขู่เพื่อดำเนินคดีตามกฎหมายเป็นการกระทำที่เปล่าประโยชน์

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า กระบวนการทางกฎหมายใหม่ด้านยาเสพติดของประเทศได้เปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติจากที่เคยเน้นการใช้ความรับผิดชอบและโทษทางอาญาเป็นมรรควิธีในการแก้ไขปัญหาเสพติดมาเป็นการลดทอนความผิดอาญาโดยใช้ความผิดทางปกครองมาแทนที่ เพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมามีประเทศโปรตุเกสพบว่า การใช้กฎหมายอาญาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และเยาวชนเป็นจำนวนมาก ทั้งยังก่อให้เกิดผลร้ายข้างเคียงจากการที่ผู้เสพและผู้ติดยาไม่กล้าเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ได้แก่ การเสียชีวิตเนื่องจากใช้ยาเกินขนาดและการติดเชื้อเนื่องจากใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ดังนั้น สำหรับประเทศไทยจึงมีคำถามสำคัญว่า ถึงเวลาแล้วหรือยังที่ประเทศไทยจะปรับเปลี่ยนวิธีคิดและแนวทางการแก้ปัญหาเสพติดในปัจจุบันที่ใช้มาหลายทศวรรษ แต่ปรากฏว่าการค้าและการใช้ยาเสพติดกลับไม่มีทีท่าว่าจะลดลงเลยแม้แต่น้อย

4.2 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติด

นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ได้เปลี่ยนไปจากเดิม โดยเห็นว่าผู้เสพยาเสพติดมิได้เป็นอาชญากรที่ต้องถูกดำเนินคดีอาญา จึงมีการแยกผู้เสพออกมาอยู่ภายใต้การดูแลของทางราชการสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง ทั้งนี้ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายที่นำไปสู่การดำเนินการที่บรรลุล่วงประสงค์ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด⁵⁹ โดยมีแนวทางและหลักการสำคัญดังนี้

1) มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction on Narcotic Drugs) เป็นมาตรการที่เข้ามาดูแลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด การดูแลเรื่องสุขภาพของผู้เสพยา สุขอนามัย ความปลอดภัยของผู้ใช้ยาและสังคม เป็นต้น ดังนั้น การนำมาตรการการลดอันตรายจาก

⁵⁹ From Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016, by General Assembly, 2016, New York USA: UN. Copyright 2016 by General Assembly.

การใช้ยาเสพติดมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท ให้บริการตามความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ (Holistic Needs) ผู้ให้บริการจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางอย่างรอบด้าน ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ ทักษะ ประสบการณ์ จิตวิญญาณของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสม⁶⁰ โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือ การปรับเปลี่ยนเจตคติ เข้าใจธรรมชาติผู้ป่วยยาเสพติด มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เป็นโรคเรื้อรังทางสมองที่อาจมีการติดซ้ำได้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ถูกต้อง อย่างลึกซึ้ง และพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร ให้บริการลดอันตรายแบบรอบด้าน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า ตระหนักถึงปัญหาอันเกิดจากการใช้ยาเสพติดด้วยตัวของผู้ป่วยเอง พร้อมเข้าสู่กระบวนการลด ละ และเลิกใช้ยาเสพติดได้ด้วยความสมัครใจ นำไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

2) มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา ซึ่งจากการศึกษา พบว่า การเพิ่มโทษทางอาญาแก่ผู้ติดยาเสพติดให้หนักขึ้นเพียงประการเดียว มิได้มีผลโดยตรงที่จะลดอัตราการเสพยาเสพติดของผู้เสพได้ ซึ่งในหลายประเทศได้มีความพยายามในการพัฒนาและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหาการเสพยาเสพติด และปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดจนมีประเด็นข้อถกเถียงว่ารัฐสมควรนำโทษทางอาญามาใช้แก้ปัญหายาเสพติด หรือสมควรจะใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา ได้แก่

2.1) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่ผิดกฎหมายที่เรียกว่า (Legalization) คือ การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอีกต่อไป โดยการยกเลิกโทษทางอาญาและโทษทางปกครองที่ได้เคยมีการกำหนดไว้สำหรับยาเสพติดนั้น⁶¹

2.2) การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดทางอาญาที่เรียกว่า (Decriminalization) คือ การไม่นำโทษทางอาญามาใช้กับการเสพยาเสพติด แต่จะใช้ทางเลือกโดยการนำมาตรการทางปกครองมาใช้แทนหรือการที่รัฐจะไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็กน้อย เช่น ครอบครองเพื่อเสพ หรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทาง

⁶⁰ จาก คู่มือการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสำหรับผู้ให้บริการ (น. 24), โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2561, กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ลิขสิทธิ์ 2561 โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.

⁶¹ จาก สง่า อัครปรีดี, *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 20*

การแพทย์โดยใช้ยาเสพติด เสพยาเสพติดเพื่อความบันเทิงในบางประเทศในยุโรป การครอบครองยาเสพติดบางประเภทที่ไม่มีควมร้ายแรงหรือสามารถใช้ในการทางการแพทย์ได้ในปริมาณไม่เกินที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการนำยาเสพติดไปใช้ประโยชน์อื่นกว่าวิจัยทางการแพทย์ การกระทำเหล่านี้ไม่ให้ถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาหรือความผิดทางปกครองเกี่ยวกับยาเสพติด⁶²

2.3) การทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่ต้องรับโทษทางอาญาที่เรียกว่า (Depenalization) คือ การเสพยาเสพติดยังถือว่าเป็นความผิดอาญา แต่จะไม่มีหรือนำโทษจำคุกมาใช้ในการลงโทษ ทั้งนี้ โทษอาญาในลักษณะอื่น ได้แก่ การปรับ การบันทึกประวัติอาชญากรรม การทำทัณฑ์บน ยังคงมีการบังคับใช้อยู่⁶³

3) การลดความรุนแรงให้น้อยที่สุด (Harm Minimization) หมายถึง แนวนโยบายการลดความรุนแรงในการดำเนินคดียาเสพติดให้น้อยที่สุด เป็นการผันคดียาเสพติดระดับเล็กออกจากความผิดจากเสพติดระดับสูง โดยใช้มาตรการทางสาธารณสุขเป็นตัวหลัก เพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด อย่างไรก็ตาม⁶⁴ นโยบายการลดความรุนแรง ในการดำเนินคดียาเสพติดให้น้อยที่สุด เป็นการผันคดียาเสพติดระดับเล็กออกจากความผิดจากเสพติดระดับสูง โดยใช้มาตรการทางสาธารณสุขเป็นตัวหลัก เพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพายาเสพติด อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวยังถือว่าการครอบครองยาเสพติดทุกประเภทก็ยังคงเป็นความผิดที่ต้องดำเนินคดีอยู่ แต่ได้นำเสนอ มาตรการกึ่งขานเพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยเป็นหลัก⁶⁵

มาตรการดังกล่าวยังถือว่าการครอบครองยาเสพติดทุกประเภทก็ยังคงเป็นความผิดที่ต้องดำเนินคดีอยู่ แต่ได้นำเสนอมาตรการกึ่งขานเพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดคือผู้ป่วย

⁶² From *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, by Greenwald, G., 2009, Copyright 2009 by Greenwald, G. Retrieved from http://www.midcoastforum.org/wp-content/uploads/greenwald_whitepaper.pdf:

⁶³ From “What can we learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?,” by Hughes, E. and Stevens, A., 2010, *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-111. Copyright 2010 by Hughes, E. and Stevens, A.

⁶⁴ From *Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016*, by General Assembly, 2016, New York USA: UN. Copyright 2016 by General Assembly.

⁶⁵ จาก ธานี วรภัทร์, *อ้าวแล้วชิงอรรถที่ 7*, (น. 32)

เป็นหลักทั้ง 3 ประการเป็นการมุ่งเน้นไปที่การผ่อนปรนให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วย และใช้การบำบัดรักษา และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเข้ามาแทน แต่ถึงอย่างไรก็ตามมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องจัดให้มีอย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักทางการแพทย์และสาธารณสุข มาตรการทางกฎหมายเหล่านี้ได้มีการนำมาใช้ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ⁶⁶ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ แต่ประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์ช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังต้องดำเนินการเพื่อนำไปสู่มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

4.3 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายผู้ห้องเสพ

ทุกประเทศมีการปรับเปลี่ยนทิศทางของนโยบายการจัดการกับปัญหาเสพติดใหม่ซึ่งได้รับการยอมรับจากประเทศเหล่านั้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนสถานะจากผู้เสมาเป็นผู้ป่วยมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยเป็นพื้นฐาน โดยพบว่า ประเทศที่ทำการศึกษามีการจัดทำมาตรการในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการนำมาใช้ในหลายมาตรการ ได้แก่ กำหนดการลดความรุนแรงในแผนพัฒนาแห่งชาติการแจกเข็มฉีดยาการบำบัด โดย ผื่น ห้องบริโภคนยาเสพติด มีการบำบัดโดยนาล็อกโซน การบำบัดด้วยฝิ่นในเรือนจำ ห้องบริโภคนยาในเรือนจำ เป็นต้น

ส่วนมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่สนับสนุนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งได้แก่ ให้ผู้เสหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาเสพติดเข้าสู่การใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุก ให้ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพายาได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การใช้สารทดแทน การแจกเข็มฉีดยามีห้องบริโภคนยาเสพติด และจุดจ่ายยาเสพติดเพื่อการบำบัดให้สาธารณะเข้าถึงได้ การออกใบอนุญาตให้ปลูกพืชเสพติดเพื่อบริโภคส่วนตัวหรือเพื่อผลิตยารักษาโรค คงเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถกระทำต่อไปในอนาคต ภายใต้กรอบของการดำเนินการต่อไปตามแนวทางของประกาศคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติฉบับที่ 108/2557 ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การเภสัชกรรม หรือร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ใน

⁶⁶ From *Early Warning System on New Synthetic Drugs: Guidance on Implementation*, by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictio. Copyright 2002 by European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

การแก้ไขปัญหยาเสพติดให้โทษ และกำหนดขอบเขต สถานที่ บุคคลที่สามารถดำเนินการวิจัยใน กัญชาได้ รวมถึงกำหนดกฎเกณฑ์ในการออกใบอนุญาต และกำหนดขอบเขตว่าสิ่งไหนไปวิจัยได้ คือสารตั้งต้น พืชเสพติด หรือสารสกัดจากพืชเสพติด เพื่อความชัดเจนถูกต้องมีการควบคุมปริมาณ การนำสารเสพติดไปใช้เพื่อการวิจัยทางการแพทย์ไม่ให้ส่อไปในทางการค้ายาเสพติดกำหนด โดย ต้องผ่านการศึกษาทดลองวิจัยเพื่อพิจารณาว่าแต่ละมาตรการเหล่านั้นสามารถลดปัญหาต่างๆอันเกิด จากการดำเนินคดียาเสพติด และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการก่อให้เกิดปัญหาเสพติดในเรื่อง อื่นๆตามมาหรือไม่ เช่น ปัญหาการเสพยาเกินขนาดของผู้ป่วยที่บำบัด หรือนักโทษในเรือนจำที่ต้อง บำบัด หรือการแพร่ระบาดของโรคอันเกิดจากการกระจายเข็มฉีดยา หรือการทุจริตในการแจกจ่ายยา เสพติดเพื่อการบำบัดโดยหน่วยงานด้านสาธารณสุข เป็นต้น⁶⁷

ห้องบริโภคนยาเสพติด (Drug Consumption Rooms (DCRs)) หรือห้องเสฟ ทุกแห่งจะมี กฎหมายอนุญาตให้มีการบริโภคนยาเสพติดผ่านการสูดดม หรือการฉีด⁶⁸ ผู้เข้ารับบริการห้องดังกล่าว จะต้องได้รับ ประโยชน์และความปลอดภัยและภายใต้การกำกับดูแลตามกฎหมายและหน่วยงาน ภาครัฐ ใน สหพันธ์รัฐเยอรมนี มี 6 รัฐใน 16 รัฐที่เสนอให้มีห้องบริโภคนยา DCRs⁶⁹ แต่ใน แคว้นบา วาเรียได้มีการปฏิเสธในการจัดตั้ง DCRs เนื่องจากปรากฏมีคนจำนวนมากที่เสียชีวิต จากการเสพยา ในเมืองใหญ่ ๆ เช่น มิวนิค ออกสบูร์ก และนูเรมเบิร์ก⁷⁰ แต่ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีห้องการ บำบัด Drugs Room ที่บุคคลทั่วไปในสังคมสามารถเข้าไปใช้บำบัดได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบาย ลดทอนความรุนแรงของ อาชญากรรมยาเสพติดของรัฐบาล แต่ห้องดังกล่าวมีเฉพาะเมืองใหญ่ ๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ภาครัฐ ไม่ได้ควบคุมดูแลเองทั้งหมด ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณขององค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGOs) ทั้งนี้ การจะตั้งห้องบำบัดจะต้องขึ้นทะเบียน และเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ตาม กฎหมาย ต้องอยู่ในความดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ใช้ยาสามารถฉีดหรือสูดดม ยาผิด กฎหมายที่ได้รับมาแล้วล่วงหน้าในสถานที่แห่งนั้น รัฐควบคุมขอบเขตการดำเนินงานและการ ประเมินผลอย่างใกล้ชิดสะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างรัฐระดับจังหวัดหน่วยงานด้าน สุขภาพระดับภูมิภาคและเทศบาลท้องถิ่น

⁶⁷ จาก จิรวุฒิ ลิปิพันธ์, *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 46*

⁶⁸ From National Infection Service, *footnote 49*

⁶⁹ From European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *footnote 29*

⁷⁰ From *The Global State of Harm Reduction 2020*, by Harm Reduction International, 2020, 7th.ed.

ห้องเสพยาขึ้นสร้างขึ้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากการเสพยาเกินขนาด โดยสร้างพื้นที่ให้ผู้ขายเสพติชนิตรายแรงและผิดกฎหมายเข้ามาเสพยาได้ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือพยาบาล โดยผู้เสพยาจะไม่ถูกตำรวจจับกุมแต่อย่างใดภายในห้องเสพยาจะมีพื้นที่และอุปกรณ์เพื่อการเสพยาเสพติเตรียมไว้ให้พร้อม เช่น เข็มสะอาด แก้วน้ำ และภาชนะที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ผู้มาใช้บริการต้องนำยาเสพติมาเอง⁷¹ อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายหลักของห้องเสพยานี้ไม่ใช่การส่งเสริมให้ผู้มาใช้บริการเลิกยาเสพติได้ แต่เมื่อใดก็ตามที่มีการแสดงความประสงค์จะลดหรือเลิกยาเสพติต่อเจ้าหน้าที่ทางศูนย์จะเข้าช่วยเหลือให้คำแนะนำและติดต่อสถาบันเพื่อการบำบัดและเลิกยาเสพติให้ในทันที

ประเทศไทยเองได้มีความพยายามที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดจากต่างประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้เสพ ที่สมัครใจจะรักษาตัวเอง แต่กระนั้นวิธีการในประเทศไทยมิใช่เป็นการทำให้ถูกกฎหมาย (Legalization) หรือลดทอนความเป็นอาชญากรรมหรือลดความผิดทางอาญาลง (Decriminalization) แต่เป็นการยกเว้นความผิด หรือทำให้ผู้เสพยาเสพติไม่ต้องรับโทษทางอาญา (Depenalization) เท่านั้น แนวคิดนี้มองว่า การเสพยาเสพติยังถือว่าเป็นความผิดอาญา แต่จะยกเว้นความผิดให้ในบางกรณี หรือไม่นำโทษจำคุกมาใช้ในการลงโทษ เพราะไม่ต้องการให้ผู้เสพได้รับโทษแบบเดียวกับอาชญากรร้ายแรง แต่ยังคงมีการบังคับใช้โทษอาญาในลักษณะอื่นอยู่ ได้แก่ การปรับ การบันทึกประวัติอาชญากรรม และการทำทัณฑ์บน เป็นต้นกฎหมายและ ข้อบังคับที่น่าสนใจ ได้แก่

1) การชะลอการดำเนินคดีและชะลอการฟ้องผู้ต้องหาคดีเสพยาเสพติ ระหว่างเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู หากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติวินิจฉัยว่าผู้ต้องหาที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติผู้ใดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติจนครบถ้วนตามที่กำหนดในแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติและผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติเป็นที่พอใจแล้ว ให้ถือว่าผู้นั้นพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา และให้มีคำสั่งปล่อยตัวผู้นั้นไป แล้วแจ้งผลให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ⁷²

2) การนำผู้เสพติเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการ

⁷¹ จาก ไปดู “ห้องเสพยา” ที่เคนมาร์ก เปิดให้ใช้ยาเสพติได้ไม่ถูกตำรวจจับ, โดย BBC News, 2017, ลิขสิทธิ์ 2017 โดย BBC News. สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/international-38568367>

ดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งประกาศนี้มีความน่าสนใจมาตรงที่มีกระบวนการคล้ายกับประเทศโปรตุเกส กล่าวคือ ผู้ต้องสงสัยเสพติดหรือครอบครองยาเสพติดชนิด ประเภท และปริมาณที่ประกาศกำหนด จะถูกส่งตัวไปยังศูนย์คัดกรอง (โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานที่อื่นตามความเหมาะสม) และมีเจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง 3 คน พิจารณาส่งตัวเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในค่ายปรับพฤติกรรมหรือสถานพยาบาลแล้วแต่กรณีหลังจากออกจากค่ายและสถานพยาบาลแล้วจะมีศูนย์ประสานการดูแลติดตามช่วยเหลือต่อไปโดยใช้กำนัน ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครคุมประพฤติในอำเภอ เขต เทศบาล ฯลฯ⁷³

อย่างไรก็ตาม แม้กระบวนการของประกาศนี้จะคล้ายกับของประเทศโปรตุเกสในเชิงกระบวนการแต่ในรายละเอียด ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ คือ

- 1) ควรสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สมัครใจให้กล้าเข้ารับการบำบัดรักษา
- 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองควรเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีความเป็นมืออาชีพในการวิเคราะห์จำแนกผู้ติดยาเสพติด อันมีองค์ประกอบจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ และนักกฎหมาย อีกทั้ง ต้องมีศูนย์คัดกรองในพื้นที่อย่างเพียงพอ
- 3) สถานพยาบาลที่รองรับผู้ติดยา ควรจะต้องมีความเหมาะสม มีอย่างทั่วถึง และมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเต็มที่

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ในทางปฏิบัติ トラบดีก็ตามที่กฎหมายไทยยังถือว่าการเสพยาเสพติดเป็นความผิดทางอาญา ผู้เสพยา่อมไม่ประสงค์จะเปิดเผยตัว เนื่องจากเกรงกลัวโทษทัณฑ์ อีกทั้งการเข้าถึงสถานพยาบาลยังค่อนข้างจำกัด ทำให้การรับยาทดแทนจึงมีความยากลำบากไปด้วย ดังนั้น ทางแก้ที่น่าจะได้ผลคือการแก้ไขกฎหมายให้เหมาะสมกับผู้เสพ โดยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยาเสพติดซึ่งไม่ต่างไปจากการเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำหน่ายอย่างถูกกฎหมายในขณะนี้ สำหรับประเทศไทย การลดทอนดังกล่าวน่าจะใช้รูปแบบของประเทศโปรตุเกสได้ กล่าวคือ กำหนดปริมาณที่ครอบครอง เช่น ห้ามครอบครองกัญชาเกิน 25 กรัม โคเคน 2 กรัม หรือเฮโรอีน 1 กรัม เป็นต้น และใช้กระบวนการจัดการผู้ครอบครองยาเสพติดโดยเบื้องต้นอาจทดลองประกาศใช้กฎหมายลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยาเสพติดในบางเขตหรือบางจังหวัด

⁷³ ข้อ 1-5 ในประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตาม กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู, ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2557

จากหลักสำคัญที่ว่า “ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย” จะถูกตอบสนองหลักการนี้โดยการมี “ห้องเสฟ” ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีการจัดการทำงานร่วมมือกับฝ่ายปกครองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ผลดีในประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เหตุผลสำคัญคือ ผู้เสฟที่เดิมต้องพึ่งพายาเสพติดจากพ่อค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และยังคงหลบซ่อนจากสายตาของกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ได้มีโอกาสมีทางเลือกใหม่ที่ดีกว่า ได้ยาเสพติดที่บริสุทธิ์ภายใต้การดูแลต่อสุขภาพของเขาโดยรัฐและไม่ผิดกฎหมาย โดยการที่รัฐจัดให้มีห้องบริโภคนยาเสพติดไปพร้อมๆ กับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้องแท้จริง ภายใต้กฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ⁷⁴

กรณีถ้าผู้เสฟเป็นผู้ป่วยจริง จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสาธารณสุขมีแพทย์ประจำตัวและบันทึกการบำบัดรักษาในเวชระเบียน และปฏิบัติตามกฎหมายนี้เท่านั้นที่มีฐานะผู้ที่เป็นผู้ป่วย ได้รับยกเว้นไม่มีความผิดอาญาในการเสฟ ซื้อมาเพื่อเสฟ ครอบครองเพื่อเสฟ ตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมีห้องเสพยาเสพติด”(Drug Consumption Rooms) ที่มีลักษณะเป็นห้องหรืออาคารที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ ภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับจังหวัด โดยให้ใช้เป็นที่เสฟยาเสพติดตามคำสั่งของแพทย์ ภายใต้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลความสงบเรียบร้อยของฝ่ายปกครองตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ต้องออกมารับรอง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ดังนั้น ประเทศเราจึงต้องมีการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมี “ห้องเสฟ” โดยให้จัดให้มีพื้นที่ ห้อง หรืออาคาร ที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ โดยผ่านการเสนอของคณะกรรมการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในแต่ละจังหวัด และได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ เพื่อให้ใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลจังหวัด หรือสถานีนามัยตำบล เพื่อเป็นพื้นที่สำหรับการรับยาเสพติดและเสพยาเสพติดในช่วงเวลาที่ยาเสพติดชนิดนั้นออกฤทธิ์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์ และการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง เช่นเดียวกันกับประเทศต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อให้เกิดศักยภาพในการจัดการกับปัญหาเสพติดในเชิงป้องกันและบำบัดรักษา และเห็นควรวินิจฉัย

⁷⁴ จาก จิรวุฒิ ลิปิพันธ์, *อ่วงแล้วเชิงอรรถที่ 26*

ต้นแบบกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อการจัดการกับปัญหาเสพติดที่ไม่ประสบความสำเร็จเพราะไม่สามารถควบคุมผู้เสพได้จริง จำแนกแยกแยะไม่ได้ว่าใครคือ ผู้เสพ ซื่อขายหรือครอบครองเพื่อเสพ ซึ่งมีฐานะเป็น “ผู้ป่วย” ที่รอการบำบัดรักษา กับผู้ค้ายาเสพติดเป็นอาชีพ ผู้ผลิต ผู้ขนส่ง ผู้นำเข้า ส่งออก นายทุนที่เป็นตัวการใหญ่ ซึ่งมีฐานะเป็น “อาชญากร” ตัวจริง ทำให้กลุ่มของผู้เสพที่เป็น “ผู้ป่วย” ต้องถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกติดไปด้วยเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นนโยบายการปราบปรามอย่างหนักกลับช่วยทำให้ราคาขายเสืดยาเสพติดมีราคาสูงขึ้นอีก และเกิดพัฒนาการของผู้เสพ ซื่อขายเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อเสพ เปลี่ยนเป็นผู้ค้าอย่างเต็มตัวเพราะถูกระบบยุติธรรมของรัฐผลักดันให้เป็นเช่นนั้น และเมื่อพ้นโทษออกมาแล้วก็ยังต้องพึ่งพายาเสพติดอยู่อีกถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยต้องมีการจัดการกับปัญหาเสพติดด้วยวิธี “การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” ที่ใช้วิถีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกต้อง และบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การรับรองของกฎหมาย “ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” เป็นพื้นฐานของการดำเนินการ

บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ มีบทสรุป และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 บทสรุป

ปัญหา ยาเสพติดในประเทศไทยยังเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นปัญหาที่สร้างความกังวลให้กับทุกคน เพราะไม่เพียงแต่ประเทศจะต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการเสพยาเกินขนาด ปัญหา ยาเสพติดยังนำมาซึ่งปัญหาอื่นๆ อีก ทั้งในแง่สังคมอย่างเช่น การก่ออาชญากรรมต่างๆ ปล้นจี้ ชิงทรัพย์ ฯลฯ เกิดปัญหาส่วนบุคคลในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น ปัญหาทางจิต ปัญหา ด้านสุขภาพ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ แม้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะออกมาทำหน้าที่ป้องกันปราบปราม และบำบัด แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะยุติปัญหาดังกล่าวไปได้ ส่งผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคงของชาติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนเยาวชนที่เป็นบุคลากรสำคัญของชาติในอนาคต คนรอบข้าง รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด มีสุขภาพร่างกาย จิตใจเสื่อมโทรมลง เพราะนับวันปัญหาการติดยาเสพติดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นระบอบไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ และเป็นปัญหาที่ทุกประเทศ และแนวทางการแก้ไขยาเสพติดในประเทศไทยยังไม่มีที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน กล่าวคือ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ทั้งนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติดซึ่งอยู่แนบท้ายพระราชบัญญัตินี้ มีผลใช้บังคับ ในวันที่ 4 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นวันที่ยกเลิกกฎหมายยาเสพติดเดิมและให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดแทน กฎหมายฉบับนี้ จะเป็นการกำหนดกลไกการแก้ไขปัญหายาเสพติด การควบคุม และใช้ประโยชน์จากยาเสพติด การปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติด การดูแลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ตลอดจนกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องให้มีความสอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านยาเสพติด และผลการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก (United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem - UNGASS 2036) และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความผิดยาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 8 ธันวาคม 2564 โดยกฎหมายฉบับนี้ มีหลักการสำคัญ

คือ การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ยาเสพติด พ.ศ. 2550 เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการแสดงตนของจำเลยต่อเจ้าพนักงานศาลในขณะยื่นอุทธรณ์ ยื่นคำขอ อนุญาตฎีกาและยื่นฎีกาให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาโดยแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550 แต่จะเห็นได้ว่ายังไม่ครอบคลุมถึงปัญหายาเสพติดในแนวทางการป้องกัน บำบัดรักษา และช่วยเหลือทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

เมื่อพิจารณาถึงบทลงโทษที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดลักษณะ 3 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

มาตรา 113 ผู้ใดยกเหตุว่าตนได้เสพยาเสพติดตามมาตรา 162 หรือมาตรา 163 หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เพื่อเสพตามมาตรา 164 และได้สมัครใจขอเข้ารับ การบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติดก่อนที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจจะตรวจพบ อีกทั้งได้ปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาจนได้รับการรับรอง เป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดในมาตราดังกล่าว

มาตรา 114 ในกรณีที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบ ผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดตามมาตรา 162 หรือมาตรา 163 หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพตามมาตรา 164 ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรือ อยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษ จำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือ มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการ ที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวผู้นั้น ไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์กักตมต่อไป

เมื่อผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตามวรรคหนึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาและปฏิบัติ ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการ บำบัดรักษาเป็นที่ความผิดในมาตราดังกล่าว

หากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาตามวรรคหนึ่งหลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการ บำบัดรักษาจนครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ผู้ติดยาเสพติดกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจัดทำประวัติ ข้อมูล และพฤติกรรมของผู้หลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้เข้ารับการบำบัดรักษาตามวรรคหนึ่ง

ส่วนประเทศโปรตุเกส ได้กำหนดกฎหมายว่าการครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัวและการบริโภคของยาเสพติดทั้งหมดไม่ว่าในกรณีใดหรือเพื่อวัตถุประสงค์ใดขณะนี้ จะได้รับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในโปรตุเกส ดังที่มีการระบุไว้ “การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (decriminalization)” มีความหมายต่างกับกับ “ถูกต้องตามกฎหมาย (legalization)” กล่าวคือ การใช้ยา ยังคงเป็นสิ่งต้องห้ามภายใต้กฎหมายในโปรตุเกส ดังนั้นมาตราที่ 1514 ของกฎหมายเรื่อง “บตลงโทษ” กำหนดอำนาจบริหารในการลงโทษต่อการละเมิดต่าง ๆ แทนการกำหนดให้เป็นอาชญากรรม กฎหมายโปรตุเกสในมาตรา 515 ได้กำหนดให้มี คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด ซึ่งรับผิดชอบต่อการพิจารณาโทษคดียาเสพติดและกำหนดบทลงโทษหากมี ส่วนแรกของบทลงโทษตามกฎหมาย มาตรา 15 กำหนดให้ ผู้บริโภคที่ไม่ติดยาเสพติดอาจจะถูกตัดสินให้ชำระค่าปรับ คณะกรรมการ โดยกฎหมายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม มาตรา 11 (1) กำหนดให้ระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราว ด้วยวิธีนี้ไม่มีการกำหนดบทลงโทษ มาตรา 11 (3) มอบอำนาจให้แก่คณะกรรมการในการพิจารณาระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราว แม้กระทั่งสำหรับผู้ติดยาที่เคยมีประวัติมาก่อน หากยอมรับการรักษา หรืออีกทางหนึ่งภายใต้มาตรา 1420 ในกรณีของผู้ติดยาเสพติดที่เคยมีประวัติมาก่อนคณะกรรมการสามารถกำหนดบทลงโทษ แต่แล้วสามารถระงับได้ในทันทีขึ้นอยู่กับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์และไม่มีการกระทำผิดกฎหมายต่อมา การดำเนินการจะถือว่าสิ้นสุดหลังจากช่วงเวลาที่ระบุไว้ในทางทฤษฎี คณะกรรมการสามารถกำหนดบทลงโทษได้หลากหลายต่อผู้กระทำผิดที่พบว่าติดยาเสพติดภายใต้กฎหมายมาตรา 17 รวมทั้งการระงับสิทธิในการฝึกอาชีพรับใบอนุญาต (แพทย์ ทัศนศาสตร์ คนขับรถแท็กซี่) ห้ามการไปตามสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง (ไนต์คลับ) ห้ามคบหากับบุคคลบางกลุ่ม ต้องมีการรายงานเป็นระยะต่อคณะกรรมการเพื่อที่จะแสดงว่าไม่มีการติดยาเสพติดหรือการกระทำผิดอย่างต่อเนื่อง ห้ามการท่องเที่ยวในต่างประเทศ ดัดสิทธิประโยชน์สาธารณะด้านเงินอุดหนุนเบียดเบียนหรือเพียงการเตือนด้วยวาจา มาตรา 15 (4) กำหนดความหลากหลายของปัจจัยที่คณะกรรมการนำมาพิจารณาในการกำหนดการลงโทษ(ถ้ามี) ปัจจัยดังกล่าวรวมถึงความร้ายแรงของการกระทำ ชนิดของยาเสพติดข ที่บริโภค การใช้ในที่สาธารณะหรือที่ส่วนบุคคล และการใช้ยาเป็นครั้งคราวหรือเป็นปกตินิสัย คณะกรรมการได้รับอำนาจในการพิจารณาว่าปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาและวิธีการที่จะตัดสินให้จำคุกคดีได้ตามความเหมาะสมแต่ละกรณี ประสิทธิภาพมากกว่าการเปลี่ยน

ผู้ใช้เป็นให้เป็นอาชญากร รายงานในปี ค.ศ. 2007 พบว่า ภาคส่วนที่บังคับใช้กฎหมายถูกมองว่าเป็นผู้สนับสนุนการปฏิรูป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิดเห็นที่ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการเสพยา การให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นการตอบสนองดีกว่าสำหรับผู้ติดยา และดีกว่ากฎหมายเดิม ข้อมูลสำคัญคือการบังคับใช้กฎหมายใหม่มีบทบาทในเชิงป้องกันให้แก่ผู้ติดยาเสพติด

ในขณะที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้แก่ รัฐบัญญัติฝิ่น ค.ศ.1919 Opium Act of 1919 ซึ่งเป็นผลจากการที่เนเธอร์แลนด์เข้าร่วมลงนามในอนุสัญญากรุงเฮกว่าด้วยฝิ่น ค.ศ.1928 International Opium Convention in The Hague ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ดี มีการแก้ไขรัฐบัญญัติดังกล่าวในปี ค.ศ.1976 โดยมีใจความสำคัญในการแก้ไขคือ จำแนกยาเสพติดให้โทษ (Hard Drugs) ออกจากยาเสพติดเพื่อเสพหรือรักษา (Soft Drugs) และกำหนดระดับความเสี่ยงของการใช้ยาแต่ละประเภท โดยในรัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่น ฉบับปี1976 จำแนกว่า ยาเสพติดประเภทใดก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สังคมรับไม่ได้ จะเรียกว่า Hard Drugs ส่วนยาเสพติดที่สามารถใช้ในการบำบัดและในการทดลองได้ เช่น กัญชา เรียกว่า Soft Drugs นอกจากนี้ ในประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ ยังกำหนดมาตรการบังคับอาชญากรรมที่เฝ้าระวังจากการฟอกเงินจากการค้ายาเสพติดภายใต้รัฐบัญญัติว่าด้วยฝิ่นด้วย และยังมีรัฐบัญญัติว่าด้วยการใช้สารเคมีที่ผิดกฎหมาย The Abuse of Chemical Substances Act เพื่อเป็นการตรวจสอบการค้ายาเสพติดที่ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ที่ต้องควบคุมการใช้ โดยบังคับใช้ผ่าน Regulations 273/2004, 111/2005 and 1277/2005

และประเทศสวีเดนได้รับเอาแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาจัดการกับปัญหาเสพติดเช่นกัน ปัจจุบันนโยบายยาเสพติดของประเทศอยู่บนนโยบายสี่เสาหลัก (Four Pillars) ได้แก่ การป้องกัน (Prevention) การบำบัดรักษา (Treatment) การลดอันตราย (Harm Reduction) และการบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) นโยบายทั้งหมดมีวัตถุประสงค์สุดท้ายเพื่อลดปริมาณของยาเสพติด จำกัดการลักลอบค้ายาเสพติด จำกัดธุรกรรมทางการเงินที่ผิดกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการลักลอบค้ายาเสพติดและจำกัดองค์การอาชญากรรม โดยมีการเปิดศูนย์บริการให้ผู้เสพยาโรอินนั้นเข้ามาใช้บริการโรอินตามใบสั่งจ่ายภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญและใช้มันภายในสถานที่ที่ทางการจัดไว้ให้ที่เรียกว่า ห้องเสพยา (Fix room) กล่าวคือ เมื่อผู้เสพยาโรอินมาใช้บริการ นอกจากจะได้รับการสั่งจ่ายเฮโรอินให้แล้ว ยังสามารถเสพยาโรอินที่นัภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งการได้รับอุปกรณ์การเสพที่ถูกต้องลักษณะ ซึ่งนโยบายเช่นนี้นั้นมีมาก่อนในประเทศอังกฤษ ต่างกันตรงที่ของอังกฤษนั้นจะเป็นการแจกเฮโรอินให้เฉย ๆ ตามการสั่งของ

ผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ประเทศสวีเดนนั้นเมื่อได้รับยาไปแล้วจะต้องใช้ในสถานที่ที่จัดไว้ให้ ซึ่งตรงนี้นั้นนอกจากจะช่วยให้ผู้เสพได้รับเฮโรอีนบริสุทธิ์ที่รู้ชัดเจนว่าเสพแล้วจะเกิดผลเช่นไรและไม่มีสารพิษอื่น ๆ ปนเปื้อนแล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้ยาหลุดไปสู่ตลาดนอกกฎหมาย รวมทั้งทำให้สามารถป้องกันการเสพยาเกินขนาดเนื่องจากการเสพนั้นจะอยู่ในการควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้วย

ซึ่งผู้วิจัยสรุปปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ โดยผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในเชิงกฎหมาย ในแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในแต่ละที่ เพื่อเป็นมาตรการทางเลือกในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยและต่างประเทศ ตามที่ได้ทำการศึกษามาแล้ว เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยกับของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศสวีเดน และหาข้อดีและข้อเสียมาปรับปรุงพัฒนาในประเทศไทยต่อไปให้มีความทัดเทียมกับนานาชาติอารยประเทศและเป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำในเรื่องมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้อันเป็นหลักสากล โดยแบ่งปัญหาออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) นโยบายในการจัดการกับปัญหาเสพติด ในการกระจายอำนาจให้ระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางและตัดสินใจดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแก้ไขและช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้คนอื่นและเป็นภาระต่อคนรอบข้าง อันยังให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกัน (Prevention) การบำบัดรักษา (Therapy) และการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug help) ซึ่งประเทศไทยได้เปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติจากที่เคยเน้นการใช้ความรับผิดชอบและโทษทางอาญาเป็นมรรควิธีในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาเป็นการลดทอนความผิดอาญาโดยใช้ความผิดทางปกครองมาแทนที่ แต่ปรากฏว่าการค้าและการใช้ยาเสพติดกลับไม่มีที่ท่าว่าจะลดลงเลยแม้แต่น้อย

2) มาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งใช้มาตรการทางเลือกแทนการดำเนินคดียาเสพติดรูปแบบต่าง ๆ สามารถกระทำได้ตั้งแต่

ชั้นเจ้าพนักงานตำรวจ อัยการ ศาล เป้าหมายคือ การให้โอกาสผู้ที่ไม่ใช่ผู้กระทำความผิดยาเสพติดระดับสูง สามารถได้รับการพิจารณาใช้มาตรการลดอันตรายในรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นผลดีต่อผู้เสพยาเสพติดและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้เสพยาเสพติด ซึ่งมาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญา พบว่า การเพิ่มโทษทางอาญาแก่ผู้ติดยาเสพติดให้หนักขึ้นเพียงประการเดียว มิได้มีผลโดยตรงที่จะลดอัตราการเสพยาเสพติดของผู้เสพได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามมาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องจัดให้มีอย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักทางการแพทย์และสาธารณสุข

3) นโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายผู้ห้องเสพยา โดยปัญหาที่พบจากนโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทางด้านบริหารที่ยังไม่สนับสนุนการบำบัดหรือดูแลผู้เสพยาเสพติดเท่าที่ควร ยังมีการตีตราผู้เสพอยู่ไม่ได้มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริงและนโยบายทางด้านนิติบัญญัติในการจัดการกับปัญหาเสพยาเสพติดของประเทศไทยมุ่งเน้นไปในทางการปราบปรามโดยใช้การบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับความผิดยาเสพติดในลักษณะครอบคลุมนุคคลทุกคนที่เกี่ยวกับยาเสพติดทุกกรณีมีความผิดอาญาทั้งหมดซึ่งรวมถึง ผู้เสพ ซื่อขายเพื่อเสพยาครอบครองเพื่อเสพ เป็นต้นประเทศไทยเองได้มีความพยายามที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดจากต่างประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้เสพ ที่สมัครใจจะรักษาตัวเอง แต่กระนั้นวิธีการในประเทศไทยมิใช่เป็นการทำให้ถูกกฎหมาย (Legalization) หรือลดทอนความเป็นอาชญากรรมหรือลดความผิดทางอาญาลง (Decriminalization) แต่เป็นการยกเว้นความผิด หรือทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่ต้องรับโทษทางอาญา (Depenalization) เท่านั้น แนวคิดนี้มองว่า การเสพยาเสพติดยังถือว่าเป็นความผิดอาญา แต่จะยกเว้นความผิดให้ในบางกรณี หรือไม่นำโทษจำคุกมาใช้ในการลงโทษ เพราะไม่ต้องการให้ผู้เสพได้รับโทษแบบเดียวกับอาชญากรร้ายแรง แต่ยังคงมีการบังคับใช้โทษอาญาในลักษณะอื่นอยู่ จากหลักสำคัญที่ว่า “ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย” จะถูกตอบสนองหลักการนี้โดยการมี “ห้องเสพยา” ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีการจัดการทำงานร่วมมือกับฝ่ายปกครองและชุมชนท้องถิ่น โดยการที่รัฐจัดให้มีห้องบริโภคนยาเสพติดไปพร้อมๆ กับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้องแท้จริง ภายใต้กฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรม เป็นการลดความเสี่ยงได้ที่ต้นเหตุและแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดได้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังนี้

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมาย ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่รัฐอนุญาตให้ใช้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังนี้

5.2.1 นโยบายในการจัดการกับปัญหายาเสพติด

1) ควรมีการลดทอนความผิดอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดลง คือการที่จะไม่ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในระดับเล็กน้อย กล่าวคือ ผู้ที่ครอบครองเพื่อเสพหรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ยาเสพติด การครอบครองยาเสพติดบางประเภทที่ไม่มีความร้ายแรงหรือสามารถใช้ในทางการแพทย์ได้ในปริมาณไม่เกินที่กฎหมายกำหนดให้ โดยการตั้งคณะกรรมการในการพิจารณาระงับการดำเนินการตามกฎหมายชั่วคราว แม้กระทั่งสำหรับผู้ติดยาที่เคยมีประวัติมาก่อน หากยอมรับการรักษาในกรณีของผู้ติดยาเสพติดที่เคยมีประวัติมาก่อนคณะกรรมการสามารถกำหนดบทลงโทษ และสามารถระงับโทษได้ในทันทีขึ้นอยู่กับการรักษาอย่างต่อเนื่องในห้องเสพยาเสพติด (Drug Consumption Room) ในกรณีที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์และไม่มีการกระทำผิดกฎหมายต่อมา การดำเนินการจะถือว่าสิ้นสุด ซึ่งการจัดการกับปัญหายาเสพติดต้อง ดำเนินการเป็น 4 แนวทาง คือ 1) การป้องกันการบำบัดรักษา 2) การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด และ 3) การดำเนินคดี

2) ควรพิจารณาความผิดของผู้กระทำผิดว่าการกระทำของเขาเป็นภัยต่อตนเอง หรือเป็นภัยต่อสังคม พร้อมทั้งมีการผ่อนปรนการลงโทษทางอาญาให้เหมาะสม และได้สัดส่วนกับความผิดของผู้กระทำความผิด จะเป็นผลดีกว่าที่จะเอามาตรการการลงโทษทางอาญาสถานเดียว โดยอาจจะใช้การลงโทษทางแพ่งหรือการลงโทษทางปกครองแทนก็ได้เช่นกัน โดยศึกษาจากแนวคิดและทฤษฎี การบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดของต่างประเทศ และอนุสัญญายาเสพติดแห่งสหประชาชาติที่ไทยเป็นภาคี จะทำให้กฎหมายยาเสพติดของไทยมีความเป็นสากลและเทียบทันประชาคมโลกมากขึ้น

5.2.2 มาตรการทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

1) ควรนำมาตรการบังคับโทษทางเลือกนอกจากจำคุก เช่น ฟื้นฟูบำบัดรักษา กลุ่มประพฤตีสีกอบรม พักการลงโทษ หรือโทษอื่น ๆ ทำนองเดียวกัน เพื่อลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ มีการแจ่มแจ้งคดีสำหรับผู้ป่วยหรือต้องพึ่งพาเสพติดเพื่ออยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญรวมถึงการจัดตั้งห้องบริโภคนยาเสพติด

2) ควรนำนโยบายการทำให้ผู้ติดยาเสพติด ไม่ตกเป็นผู้กระทำความผิดทางอาญามาปรับใช้เพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

5.2.3 นโยบายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและกฎหมายสู່ห้องเสฟ

1) มีการทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการทางกฎหมายให้สามารถนำเอามาตรการใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีลักษณะเป็นความผิดเล็กน้อย เช่น ความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้เสฟสำหรับตนเอง หรือผู้ติดยาเสพติดรุนแรงที่มีได้ส่งผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากำหนดให้เป็นการไม่กำหนดความผิดอาญา (Decriminalization) หรือการลดความรุนแรงหรือลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการใช้มาตรการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) ส่วนมาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ ที่สนับสนุนการลดความรุนแรงในคดียาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งได้แก่ให้ผู้ใช้เสฟหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเสฟติดเข้าสู่การใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุกให้ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเสฟได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ มีห้องเสฟยาเสพติด ภายใต้การดูแลสุขภาพโดยรัฐและไม่ผิดกฎหมาย พร้อมกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง โดยผู้เสฟยาเสพติดจะต้องขึ้นทะเบียน ผู้เสฟยาเสพติดกับภาครัฐจึงจะได้รับยกเว้นจากความรับผิดชอบทางอาญา ซึ่งจะทำให้สามารถระบุตัวบุคคลและจำนวนที่แท้จริงได้ รวมทั้งยังแยกให้เห็นชัดเจนถึงพฤติกรรมกรรมกรเป็นผู้เสฟ ซื่อ ขายเพื่อเสฟหรือครอบครองเพื่อเสฟ ออกจากอาชญากรในความผิดยาเสพติดได้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถกระทำได้อต่อไปในอนาคต

2) ควรมีการกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติด โดยการจัดให้มีห้องเสฟยาเสพติด (Drug Consumption Room) เป็นพื้นที่ปิด โดยให้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุข และผู้ที่ต้องการเสฟยาเท่านั้นในการเข้าใช้ห้องเสฟยา และการใช้จะต้องอยู่ในความดูแลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งเข้ารับการเสฟยาเสร็จสิ้น

3) ควรมีการจัดทำเวชระเบียน เพื่อรวบรวมรายชื่อผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการใช้ยาเสพติด โดยระบุปัญหาสุขภาพ ประสิทธิภาพ และปริมาณยาที่ต้องใช้ รวมถึงปริมาณที่ลดลงในการเสฟต่อครั้ง เพื่อที่ผู้ป่วยติดยาเสพติดจะเข้ามาใช้ห้องเสฟยาเสพติด (Drug Consumption Room) ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำงานด้วยความร่วมมือกับฝ่ายปกครอง และ ชุมชนท้องถิ่น

4) เสนอให้มีการร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดที่รัฐอนุญาตให้ใช้ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและองค์การเภสัชกรรม ร่วมมือกันเพื่อดูแลผู้ที่ต้องการเสฟยาเสพติด และอนุญาตให้ผู้ที่ต้องการเข้ารับการรักษาโดยใช้ห้องเสฟยาเสพติด (Drug Consumption Room) โดยการให้จัดให้มี

พื้นที่ ห้อง หรืออาคาร ที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ โดยผ่านการเสนอของ คณะกรรมการลดอันตรายจากการเสพติดในแต่ละจังหวัด ซึ่งในบَابัดนั้น เป็นการลดปริมาณ การเสพยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่ต้องหันกลับมา เสพยาเสพติดอีก



บรรณานุกรม

- กระทรวงยุติธรรม กรมคุมประพฤติ. (2554). *กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด*. สืบค้นจาก <http://www.probation.go.th/medicine/chart.htm>
- กำจัด พวงสวัสดิ์. (2561). การเสพติด. *วารสารกำลังใจ*, 6(2), 33-35.
- จิรวุฒิ ลิปิพันธ์, ธานี วรภัทร์ และประชาชน วัฒนวาณิชย์. (2563). มาตรการลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด ประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ในประเทศต่าง ๆ ในโลก. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 34(110), 201-215.
- จิรวุฒิ ลิปิพันธ์. (2562). *การลดความรุนแรงในการบังคับคดียาเสพติด* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพฯ.
- จิรวุฒิ ลิปิพันธ์. (2564). มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. *วารสารกฎหมายและสังคมรังสิต*, 3(3), 1-10.
- จุฑามาศ พลฉิมวิญญู. (2553). *มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรสุมน พลฉิมวิญญู. (2551). *มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพสารหรือผู้ติดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธานี วรภัทร์. (2564). ห้องบริโกคยาเสพติด. *วารสารกำลังใจ*, 9(1), 29-34.
- นันท์พัช ไซยอักษรพงศ์. (2555). *นโยบายและมาตรการทางเลือกในคดียาเสพติด : ศึกษาเฉพาะกรณีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม* (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นันท์พัช ไซยอักษรพงศ์. (2556). การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด : กรณีศึกษา นโยบายและมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ (Decriminalization of Drug Cases : A case Study of Policy and Alternative Measure From Foreign Countries). *วารสารการเมือง การบริหารและกฎหมาย*, 5(3), 213-239.
- ประชาชาติธุรกิจ. (2560). *ประยุทธ์ ประกาศปีแห่งการสู้ยาเสพติด สั่งนำผู้ต้องหาแถลงข่าวไม่ปล่อยให้พูดเพื่อเจ้อ*. สืบค้นจาก https://m.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1498195468

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์. (2557). การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ : ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์. (2563). กฎหมายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส: ต้นแบบความท้าทายในการแก้ไขปัญหาเสพติด. วารสารกฎหมายนิติพัฒน์ นิตยสาร, 9(1), 1-20.
- ศุภกร ชินะเกตุ. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- สง่า อัครปริดี. (2561). การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด. สืบค้นจาก <http://web.krisdika.go.th/pdfPage.jsp?type=act&actCode=213>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2561). คู่มือการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสำหรับผู้ให้บริการ. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักข่าวอิศรา. (2554). บรรดาอดีตผู้นำโลกระบุ “สงครามปราบยาเสพติด” ล้มเหลว. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/content-page/item/2292-บรรดาอดีตผู้นำโลกระบุ-“สงครามปราบยาเสพติด”-ล้มเหลว.html>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2522). พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ: กอนนิติการ
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2554). สรุปผลการสัมมนาวิชาการ เรื่อง Harm Reduction กับการแก้ไขปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด. สืบค้นจาก http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/conclusion/Harm_reduction.pdf
- สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2560). คู่มือการใช้งาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ของประเทศไทย (บสต.). สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุดมศึกษา.
- อินทรัช พานิชกุล. (2559). ปลดล็อกผู้เสพยาจากคำว่าอาชญากร นับหนึ่งใหม่ นโยบาย ยาเสพติด โปสตันเดย์. สืบค้นจาก <https://www.posttoday.com/>
- BBC News. (2017a). *Drugs fix room is like my second home*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=qm0Qz41IWIE&t=1s>

บรรณานุกรม (ต่อ)

- BBC News. (2017b). *Fix Room*. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/international-38568367>
- BBC News. (2017c). *Fix Room*. Retrieved from <https://www.catdumb.com/old/?p=511910>
- BBC News. (2017d). *ไปดู "ห้องเสพยา" ที่เคนมาร์ก เปิดให้ใช้ยาเสพติดได้ไม่ถูกตำรวจจับ. สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/international-38568367>*
- Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2018). *Drug Courts: Equivocal Evidence on a Popular Intervention*. Retrieved from <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention-20160928.pdf>
- Dagmar, H. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Dunstan, J. (2021). *Addiction workers back push for more Victorian safe injecting rooms in Melbourne suburbs*. Retrieved from <https://www.abc.net.au/news/2021-05-11/safe-injecting-rooms-push-for-melbourne-suburbs/100130336>
- EHRN. (2014). *Preventing Avoidable Deaths: Essentials and Recommendations on Opioid Overdose*. Porto: European Harm Reduction Network.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2002). *Early Warning System on New Synthetic Drugs: Guidance on Implementation*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictio.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Germany Drug Report 2018*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *European Legal Database on Drugs: Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>.
- General Assembly. (2016). *Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016*. New York USA: UN.
- Glenn, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. the Cato Institute.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Greenwald, G. (2009), *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. Retrieved from http://www.midcoastforum.org/wp-content/uploads/greenwald_whitepaper.pdf:
- Greenwald, G. (2011). *Drug decriminalization in Portugal: lesson for creating fair and successful drug policies*. the United States of America: Cato Institute.
- Haan, D. (2011). *The effect of Marijuana Decriminalization*. Retrieved from <http://homes.chass.utoronto.ca/~haans/misc/mjdcrim.html>
- Hannah, L. (2014). *Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal (Law & Social Inquiry, 2014)*. Retrieved from https://www.law.berkeley.edu/files/Laqueur_%282014%29_Uses_and_Abuses
- Harm Reduction International. (2019). *Global Harm Reduction Report 2018*. UK: Harm Reduction International.
- Hughes, E. & Stevens, A. (2010), What can we learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?, *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-111.
- Internal Security Operations Command. (2014). *News of internal security operations command*. Retrieved from <http://www.isoc.go.th/>
- Joanne, C. & Peter, J.G. (2020). *Switzerland, HIV and the power of pragmatism: Lessons for drug policy development*. Retrieved from <https://goo.gl/DzEaF9>,
- Klein, P. (2018). Global State of Harm Reduction 2018 survey response. *Clin Pharmacol*, 10, 1-22.
- Mark, K.A. & Jonathan, C. & Angela, H.P. (2011). *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know* (1st edn). Oxford: University Press.
- National Infection Service. (2018). *Unlinked Anonymous Monitoring Survey of People Who Inject Drugs: Data Tables*. London: Public Health England.
- Neil, H. (2006). *An overview of models of delivery of drug consumption rooms*. Joseph Rowntree Foundation. The Homestead 40 Water End York YO30 6WP.
- Rigoni, R. & Brecksema, J. & Woods, S. (2018). *Speed Limits: Harm Reduction for People who use Stimulants*. Amsterdam: Mainline.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Rodklai, K. (2008). *Ministry of Education releases drug addiction policy focus on child voice filter - revive morality*. Khaosod.
- Rovira, G.J. (2018). *Global State of Harm Reduction 2018 survey response*. Retrieved from <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>
- Time. (2020). *Want to Win the War on Drugs? Portugal Might Have the Answer*. Retrieved from <https://time.com/longform/portugal-drug-use-decriminalization/>
- United States Department of State. (2011) *Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, "International Narcotics Control Strategy Report: Volume I Drug and Chemical Control"*. Retrieved from <http://www.state.gov/documents/organization/156575.pdf>
- World Health Organization. (2020). *narcotics*. Retrieved from <http://www.krusarawut.net/123-/p1>



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	สุภัทสรุา เวศสุวรรณ์
วัน เดือน ปีเกิด	25 พฤศจิกายน 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์, 2557
ที่อยู่ปัจจุบัน	ศุภาลัยซีดีโฮมรัชดา เลขที่ 579/13 อาคาร V2 ซอย รัชดาภิเษก 10 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขต ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
สถานที่ทำงาน	การทางพิเศษแห่งประเทศไทย อาคารศูนย์บริหารทางพิเศษ กทพ. เลขที่ 111 ถนนริมคลองบางกะปิ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ตำแหน่งปัจจุบัน	นิติกร 4 แผนกคดีแพ่ง กองคดี ฝ่ายกฎหมาย การทาง พิเศษแห่งประเทศไทย

