

## บทที่ 2

### ความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีและมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อ ผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

#### 2.1 การดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

##### 2.1.1 วิวัฒนาการในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

สารเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวชุมชนและประเทศชาติ หากจะย้อนไปถึงการเข้ามาของสารเสพติดจะพบว่า เริ่มมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาปัญหาสารเสพติดได้พัฒนาตัวเองไปในลักษณะที่สลับซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน โดยผู้นำเข้ามาครั้งแรกเป็นชาวอาหรับ โดยเป็นผู้นำเข้ามายังประเทศจีนในศตวรรษที่ 7 ต่อมาในศตวรรษที่ 14 ชาวเขาที่อยู่ทางตอนใต้ของจีนได้รับอิทธิพลวิธีเสพและการปลูกฝิ่นไว้จากชาวอาหรับ และเมื่อประเทศไทยได้มีการติดต่อกับชายทางเรือกับประเทศจีนในสมัยสุโขทัย จึงได้มีการรับเอาวัฒนธรรมการสูบฝิ่นเข้ามาและแพร่หลายต่อมาจนถึงสมัยกรุงศรีอยุธยา เป็นเหตุให้ประชาชนและทหารไม่เป็นอันทำมาหากินเพราะมัวแต่สูบฝิ่น ดังนั้นสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 แห่งกรุงศรีอยุธยาจึงทรงบัญญัติบทลงโทษผู้กระทำความผิดเอาไว้ในพระไอยการลักษณะ โจรที่มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า

“ 81 มาตราหนึ่งผู้เสพยาฝิ่นกินฝิ่นขายฝิ่นนั้นให้ลงพระอาญาจหนักหนาริบราชบาทไว้ให้สิ้นเชิง ทะเวนบก 3 วัน ทะเวนเรือ 3 วัน ให้จำคุกใส่คุกไว้กว่าจะอดได้ ถ้าอดได้แล้วให้เรียกเอาทานบนแก้ตัวญาติพี่น้องไว้แล้วจึงให้ปล่อยผู้สูบฝิ่นกินฝิ่นออกจากโทษ”

ต่อมาในสมัยสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวแห่งราชวงศ์รัตนโกสินทร์ มีการติดต่อกับประเทศจีนมากขึ้นและมีชาวจีนอพยพเข้ามามากขึ้นรวมทั้งได้มีการนำเอาฝิ่นเข้ามาสูบและจำหน่ายในประเทศไทย ทรงเล็งเห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจึงทรงมี พระราชบัญญัติเรื่องฝิ่นและสักเลข จ.ศ. 1186 ห้ามขายและสูบฝิ่นแต่ก็ไม่สามารถยุติการลักลอบการค้าฝิ่นในประเทศได้ ดังนั้น ในสมัยรัชกาลที่ 4 จึงได้โปรดเกล้าให้เปลี่ยนนโยบายใหม่ อนุญาตให้มีระบบเจ้าภาษี และให้คนไทยสูบฝิ่นหรือขายฝิ่นได้ ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นภัยอันตรายของปัญหาฝิ่นและมีพระราชประสงค์ให้การเลิกสูบฝิ่นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่รัฐได้รายได้จากภาษีอื่น แต่ถ้าพิจารณาถึงผลต่อรายได้ของประเทศ พบว่า ประมาณหนึ่งในห้าของรายได้

ทั้งหมดของประเทศมาจากภากษีฝิ่น ต่อมาในปี พ.ศ. 2414 รัฐได้เข้าควบคุมการจำหน่ายรวมทั้งการเสพฝิ่นด้วย มีการออกใบอนุญาตให้แก่ห้างร้านที่จำหน่ายฝิ่นให้แก่ผู้เสพ และเมื่อ พ.ศ.2449 ได้มีการจัดตั้งกรมฝิ่นหลวงขึ้น ส่วนมอร์ฟีนเข้ามาประเทศไทยโดยผ่านกระบวนการยาที่ใช้ในวงการแพทย์ เมื่อ พ.ศ.2451 ได้ประกาศห้ามนำมอร์ฟีนเข้ามาในประเทศไทยและได้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติด 3 ฉบับคือ พระราชบัญญัติมอร์ฟีนและโคเคอิน (หมายถึงมอร์ฟีนและโคเคอิน) พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ.2464 และพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ.2465

ปัจจุบันนี้กระบวนการค้าฝิ่นและสารเสพติดอื่น ๆ มีการพัฒนาไปอย่างมากมายและรวดเร็ว พบว่า ใน พ.ศ.2493 มีการนำเข้าเมทแอมเฟตามีนมาใช้ในการบำบัดโรค และได้มีการควบคุมให้เป็นยาอันตรายภายใต้พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ.2493

พ.ศ. 2498 รัฐบาลมีนโยบายให้เลิกการสูบและจำหน่ายฝิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499 แต่กระทรวงการคลังเห็นว่ารัฐจะขาดรายได้ของแผ่นดินลงไปจึงขอเลื่อนการให้เลิกฝิ่นเป็นสิ้นปี พ.ศ.2499

พ.ศ. 2546 รัฐบาลไทยนำโดย พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายการกวาดล้างสารเสพติดในประเทศไทย และเสนอให้เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ในช่วงเวลาของการปราบปรามสารเสพติดปีแรกนั้นที่ “แอมเฟตามีน” เพราะสถานการณ์สารเสพติดในขณะนั้น พบว่าวัยรุ่นและกลุ่มแรงงานนิยมใช้ ส่วนสารเสพติดอื่นๆ โดยเฉพาะเฮโรอีนความนิยมลดลงเพราะต้องใช้อุปกรณ์หลายอย่างในการเสพ และมีการเปลี่ยนฐานการผลิตจากสามเหลี่ยมทองคำไปสู่ประเทศอัฟกานิสถาน ทำให้การเข้ามาของเฮโรอีนยากกว่าเดิม ที่ฐานผลิตอยู่ที่สามเหลี่ยมทองคำ แต่ถึงกระนั้นผลพวงของการใช้เฮโรอีนที่พบก็ยังคงอยู่ อาทิเช่น การคิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวัณโรคในกลุ่มผู้ใช้เข็มทำให้ผู้เสพหลายรายเสียชีวิตและบางส่วนหลบซ่อน ซ้ำที่อยู่ บางรายใช้สารอื่นฉีดทดแทน<sup>1</sup>

พ.ศ. 2553 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้กำหนดนโยบายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 306/2553 เรื่องปฏิบัติการประเทศไทยเข้มแข็งชนะยาเสพติด อย่างยั่งยืน ได้กำหนดมาตรการทางเลือกโดยมุ่งลดอันตรายของชุมชนและสังคมจากการใช้ยาเสพติด และเปิดทางเลือกให้ผู้เสพรับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดความหนาแน่นของระบบบำบัดรักษาและลดจำนวนผู้กระทำผิดบางส่วนที่ถูกคุมขังในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นครั้งแรกที่ได้นำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาประกาศเป็นนโยบาย แต่ทว่ายังไม่ได้มีการกำหนดแนวทางชัดเจนในการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับ แต่มีการดำเนินโครงการนำร่องในบางพื้นที่ แต่ในปี

<sup>1</sup> จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อาภาศัพท์กุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น.62-63.

พ.ศ. 2554-2555 ปรากฏว่ามีได้มีการบรรจุ แนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไว้ในยุทธศาสตร์ของประเทศแต่อย่างไร

จนกระทั่งปลายปี พ.ศ. 2555 โดยรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายูสเอท/ผู้ติดยาเสพติด โดยได้กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเรื้อรัง<sup>2</sup> นั้น ต้องดำเนินการโดยส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในระยะยาวรวมถึงพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา<sup>3</sup>ร่วมด้วย ทั้งนี้เหมาะสมกับสภาพของผู้ติดยาเรื้อรังแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม และชุมชน ซึ่งนับว่ามีการให้ความสนใจในการนำแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีกครั้ง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดีอันจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

จากอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยในฐานะประเทศผู้ผลิตและประเทศทางผ่านของการลำเลียงสารเสพติดมักจะถูกเพ่งเล็งจากสายตาชาวโลก จนบางครั้งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศส่วนผู้เสพที่เข้ามารับการบำบัดแล้วมักติดยาซ้ำเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดทางจิต สภาพจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอที่จะสู้มรสุมชีวิตของยาและกลับไปเสพยา บางคนในครอบครัวต่างก็ติดสารเสพติดและพัฒนาจากผู้เสพกลายเป็นผู้จำหน่าย<sup>3</sup>

## 2.1.2 นโยบาย/ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

### 1.ความเป็นมา

ในเรื่องของยาเสพติด ประเทศไทยได้มีความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในระดับทวิภาคี และพหุภาคีในด้านของการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทั้งนี้ในกรอบอาเซียน รัฐบาลไทยกำหนดประเด็นปัญหายาเสพติดว่าเป็นปัญหาความมั่นคงในภูมิภาค และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีอาเซียนเองก็ได้ประกาศเจตนารมณ์ให้ภูมิภาคอาเซียนปลอดยาเสพติดในปี พ.ศ.2558 (Drug Free 2015) โดยกำหนดแผนปฏิบัติการอาเซียนเพื่อต่อต้านการลักลอบผลิต การค้า และการเสพยาเสพติด เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าพื้นที่ปลูกพืชเสพติดลดลง การจับกุมผู้ค้าเสพยาเสพติดบางประเทศลดลง บางประเทศเพิ่มขึ้น พบการทำลายโรงงานผลิตยาเสพติด บางประเทศผู้เสพยาเสพติดประเภทฝิ่น กัญชามีจำนวนเท่าเดิม ส่วนผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน หรือ ATS (Amphetamine-type

<sup>2</sup>หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพยาได้แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง.

<sup>3</sup>จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อากาศพิภวะกุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น. 63.

stimulants) ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน/ไอซ์ แอมเฟตามีน non-specified amphetamines และกลุ่มเอ็กซ์ตาซี มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามผลจากการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนครั้งที่ 21 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 3-4 เมษายน 2555 ณ กรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชาที่ผ่านมา ได้รับรองปฏิญญาร่วมของผู้นำประเทศอาเซียนในการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2558 ทั้งนี้อาเซียนได้ประกาศวิสัยทัศน์การเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียนภายในปี 2563 และต่อมาเห็นพ้องที่จะเลื่อนเป้าหมายของการให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดให้เร็วขึ้นอีก 5 ปี เป็นปี พ.ศ.2558 ทั้งนี้ได้นิยามการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดว่า คือการที่ประเทศสมาชิกอาเซียนสามารถควบคุม ปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุขของสังคม

## 2. นโยบายและยุทธศาสตร์<sup>4</sup>

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือด้านยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2556-2558 ถือเป็นยุทธศาสตร์ในประเทศเพื่อรองรับการเปิดประชาคมอาเซียน โดยมี 3 กรอบความคิดและ 4 กลยุทธ์ กล่าวคือ

### กรอบความร่วมมือ

ความร่วมมือด้านยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นความร่วมมือที่มีมานานในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ทุกประเทศต่างก็ตระหนักว่าปัญหายาเสพติดเป็นภัยของมนุษยชาติร่วมกัน ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือที่จะขจัดภัยดังกล่าวนี้ กรอบความคิดความร่วมมือด้านยาเสพติดจึงเป็นการพัฒนาต่อยอด ให้สำเร็จผลโดยเร็วยิ่งขึ้น โดยอาศัยเงื่อนไขของการรวมตัวกันเป็นประชาคมอาเซียนเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ทั้งนี้ให้กำหนดกรอบความคิด ทางยุทธศาสตร์ดังนี้

1. ใช้กรอบความคิดที่ทุกประเทศในอาเซียนได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ร่วมกัน ในการเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียน ภายในปี ค.ศ.2015 (2558) เป็นกรอบความคิดหลัก
2. ใช้กรอบความคิดที่จะทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระภูมิภาค ซึ่งเป็นกรอบข้อเสนอเชิงรุกของรัฐบาล และได้รับการขานรับจากทุกประเทศในอาเซียนในทางหลักการแล้ว
3. ใช้กรอบความคิดหลัก “ขยายจุดร่วม มุ่งผลโดยตรง เสริมสร้างความพร้อม” เป็นหลักที่จะพัฒนาความร่วมมือเชิงรุก เพื่อแสวงหามาตรการการปฏิบัติต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการลดระดับปัญหายาเสพติดโดยเร็ว

<sup>4</sup>จาก ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558 (น.4-40), โดย ศูนย์อำนวยการพลังยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.), 2556, กรุงเทพฯ: สำนักงานป.ป.ส.

### กลยุทธ์

เพื่อให้มีผลในการเร่งยกระดับการมีส่วนร่วมของประเทศต่างๆ ในประเทศอาเซียน ซึ่งจะมีผลต่อการลดระดับปัญหาเสพติดภายในประเทศในระยะเวลา 3 ปี เพื่อรองรับความเป็นประชาคมอาเซียน จึงกำหนด 4 กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุยุทธศาสตร์ตามลำดับดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 ขยายความร่วมมือเชิงรุกต่อมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อลดปัญหาเสพติดอย่างเป็นทางการ โดยในระยะเวลา 3 ปีนี้ แม้จะยังไม่เข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยสมบูรณ์ส่วนใหญ่จะมุ่งไปสู่การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ แต่เฉพาะกรณีปัญหาเสพติด อาศัยข้อตกลงการสร้างเขตปลอดยาเสพติดอาเซียนในปี 2558 และข้อตกลงร่วมให้ปัญหาเสพติดเป็นความร่วมมือระดับภูมิภาค ดังนั้นการกำหนดกลยุทธ์ขยายความร่วมมือในงานด้านยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนให้เป็นผลในการลดปัญหาเสพติดอย่างเป็นทางการ จึงเป็นกลยุทธ์หลัก ใน 3 ปีนี้ โดยขยายความร่วมมือที่สำคัญในด้าน Supply reduction เป็นหลัก ได้แก่ การขยายความร่วมมือในการข่าว การปราบปรามกลุ่มการค้ายาเสพติด การสกัดกั้นยาเสพติดทั้งตามแนวชายแดนและท่าอากาศยานนานาชาติ การปราบปรามยาเสพติด การลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติด

กลยุทธ์ที่ 2 เตรียมการ สร้างความพร้อมต่อมาตรการที่จะมุ่งขยายความร่วมมือที่มากขึ้น โดยพิจารณามาตรการที่สำคัญและจำเป็นที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในกลุ่มอาเซียนเพิ่มมากขึ้น ด้วยการสร้างความพร้อมหรือแสวงหาข้อตกลงใจเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเสพติดที่จะมีการยกระดับมากขึ้น

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคือความร่วมมือในหลายรูปแบบตามความเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจและการแสวงหาประเด็นร่วม โดยพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติดในรูปแบบต่างๆ ทั้งในรูปแบบของกลุ่มประเทศอาเซียน ความร่วมมือแบบพหุภาคี ไตรภาคีและทวิภาคี ตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา ภารกิจและข้อตกลงใจร่วมกัน เพื่อให้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นปรากฏผลเป็นรูปธรรม

กลยุทธ์ที่ 4 เสริมบทบาทภาคีนอกกลุ่มประเทศอาเซียน หรืออาเซียนบวก โดยชักชวนแสวงหาความร่วมมือกับประเทศนอกอาเซียน ที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศอาเซียน ทั้งในภาพรวมทุกประเทศ หรือในประเทศเฉพาะ เพื่อให้เกิดผลสะท้อนกลับต่อการลดปัญหาเสพติดในอาเซียนตามมาตรการที่เหมาะสมและเป็นข้อตกลงใจร่วมกัน

โดยสรุปแล้วการประกาศให้ประเทศเป็นเขตปลอดยาเสพติดนั้น หากพิจารณาตามความเป็นจริงเห็นได้ว่าไม่มีประเทศใดที่ปลอดยาเสพติดอย่างแท้จริง แม้ประเทศที่พัฒนาและมีมาตรการในการจัดการกับปัญหาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ยังคงมีการใช้ยาเสพติดภายในประเทศเช่นกัน ดังนั้นคำว่า “ปลอดจากยาเสพติด (Drug Free)” นั้นน่าจะหมายถึง ประเทศ

นั้นๆสามารถควบคุมปัญหาเสพติดได้ โดยการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักการใช้ยาเสพติดที่ปลอดภัย และลดผลกระทบทางลบอันเกิดจากการใช้ยาเสพติด ทั้งยังรวมไปถึงการลดจำนวนผู้ติดยาเสพติดรายใหม่อีกด้วย ดังนั้น “ปลอดยาเสพติด (Drug Free)” จึงหมายถึงประเทศที่มีอัตราส่วนผู้ติดยาเสพติดกับจำนวนประชากรของประเทศในปริมาณที่ควบคุมได้นั่นเอง

## 2.2 หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด

เมื่อกล่าวถึงปัญหาสารเสพติด ยังมีความเข้าใจผิดอยู่มากในเรื่องของ "การใช้ยา" และ "การเสพติดยา" ทำให้การพิจารณากระบวนการดูแลรักษาเป็นไปได้ค่อนข้างยุ่งยากรวมทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการประเมินผลกิจกรรมการรักษาด้วย ในช่วงเริ่มต้นของ "การใช้ยา" นั้น ผู้ใช้ยังอาจไม่มีสภาวะเสพติดเกิดขึ้น โดยเฉพาะหากใช้สารที่มีฤทธิ์เสพติดไม่สูง แต่เมื่อมีการใช้ต่อเนื่อง ฤทธิ์เสพติดที่สารนั้นมีต่อร่างกายจึงจะทำให้เกิด "ภาวะเสพติด" ขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ให้การนิยามของภาวะที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไว้ ดังนี้

1. การใช้ยาในทางที่ผิด (Harmful use, abuse) หมายถึง การใช้ยาเสพติดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้าจากการดื่มสุราอย่างหนัก

2. การติดยาเสพติด (Dependence syndrome) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรมสติปัญญาความคิดอ่าน และระบบสรีระร่างกายซึ่งเกิดภายหลังจากการเสพสารซ้ำๆ ทั้งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้กำหนดคตินิยามของคำว่า “ติดยาเสพติด” หมายความว่า “เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งพายาเสพติด”

### 2.2.1 สถานะของผู้กระทำความผิดยาเสพติด

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นั้น หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวไว้ว่า “โดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง”<sup>6</sup>

ดังนั้นเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แล้ว ผู้เสพยาเสพติดจึงอยู่ในสถานะของผู้ป่วย มิใช่อาชญากรตามกฎหมายอาญาอีกต่อไป และจากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยเช่นกัน โดยอาการติดยาเสพติดและแสดงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดนี้เป็นอาการของ “โรคสมองติดยา” ที่ต้องได้รับการเยียวยารักษา และ

<sup>5</sup>ผู้ติดยาเสพติด. สืบค้น 18 สิงหาคม 2556, จาก<http://www.udon-ncoc.com/sara3.php>.

<sup>6</sup>หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.

ดูแลบำบัดรักษาอย่างถูกวิธี ในการศึกษาถึงสถานะของผู้ติดยาเสพติดนั้นจำเป็นต้องพิจารณาหลักทฤษฎีต่างๆประกอบกัน ดังนี้

### 1. ทฤษฎีการติดตรา(The Label Theory)

โฮเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Saul Becker) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ผู้มีส่วนก่อตั้ง “ทฤษฎีการติดตรา” ในปี ค.ศ.1963 เห็นว่าการเบี่ยงเบนไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม ดังนั้นเบคเคอร์จึงจัดกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม

เบคเคอร์ เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะในเวลาใดก็อาจถูกติดตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้ เบคเคอร์ อธิบายว่า กลุ่มทางสังคมเป็นตัวละครสำคัญในการสร้างพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ (Rule) ขึ้นมาเป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

Shure (1971) แบ่งระดับการติดตราออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกลุ่มผู้สร้างกฎหมาย
2. ระดับกระบวนการยุติธรรม
3. ระดับตัวบุคคล

เซอร์ เน้นว่าการติดตราระดับตัวบุคคลสำคัญที่สุด เซอร์อธิบายกระบวนการตอบสนองต่อการติดตราไว้ว่าการตอบสนองแบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่

1. ประเภทฝังไว้ในความคิด (Stereotyping)
2. ประเภทการตีความย้อนหลัง (Retrospective interpretation)
3. ประเภทการเจรจาต่อรอง (Negotiation)

ในเรื่องการติดตรานี้เป็นเรื่องที่บุคคลในสังคมกำหนดความหมายให้แก่ผู้อื่น ว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือมีพฤติกรรมเป็นอาชญากร ซึ่งในการกำหนดความหมายอาศัยวิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่น และสังคมรับรู้ความหมายนั้น

ในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายนี้ วอลเตอร์ ลิปปมันน์ (Walter Lippmann) ปัญญาชนอเมริกันผู้มีชื่อเสียง ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการตีความหมายต่อสิ่งต่างๆ ของคนเรา จากการที่ได้รับรู้เรื่องราวเหตุการณ์ และสิ่งต่างๆ ใว้อย่างน่าสนใจว่า “บุคคลมักได้ยืมได้ทราบเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในโลกจากบุคคลอื่น ก่อนที่จะได้พบเห็นด้วยตนเอง หรือบางครั้งตลอดชีวิตก็ไม่เคยได้พบเห็นสิ่งนั้นๆด้วยตนเองเลย ดังนั้น บุคคลที่ยิ่งห่างเหินจากสิ่งใด ก็จะยิ่งใช้ความคิดที่ฝังอยู่ภายใน เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตนไม่ได้พบเห็นด้วยตนเอง...”

เมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องอาชญากรรม บุคคลทั่วไปได้รับรู้เรื่องอาชญากรรมจากบุคคลอื่น หรือจากสื่อมวลชน และมองอาชญากรรมจากความรู้สึกภายในของตนเอง ส่วนการตีความย้อนหลังเป็นขั้นตอนที่ใช้ในการสร้างเรื่องราวอัตตะชีวะประวัติของผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนขึ้นมาใหม่

เซอร์ เห็นว่า ชีวิตของบุคคลแต่ละคนย่อมประสบการณ์ และเคยประกอบพฤติกรรมบางอย่างที่สังคมไม่ยอมรับ หรือไม่เป็นไปตามครรลองของสังคมมากพอเพียง ที่จะทำให้เห็นว่าบุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมาตลอดชีวิต เซอร์พยายามที่จะให้มนุษย์มีบทบาทเป็นผู้กระทำทางสังคม ในทัศนะของเซอร์เขาเห็นว่ามนุษย์เป็นผู้กระทำทางสังคมมากกว่า โดยการใช้วิธีการตอบโต้การที่สังคมมุ่งตีตราตนเองโดยใช้วิธีการ 2 วิธีคือ วิธีการเจรจาเพื่อลดความผิด (Bargaining) และวิธีการปฏิเสธความเบี่ยงเบน (Deviant disavowal)<sup>7</sup>

## 2. โรคสมองติดยา (Brain Disease)

สมองคืออวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก โดยทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกาย โดยการทำงานของสมองนั้นเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารส่งสัญญาณกันระหว่างเซลล์ประสาทกับเซลล์อวัยวะอื่นๆ เช่น เซลล์กล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้สารเคมีในสมองที่ทำหน้าที่เป็นตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทนี้เองที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกการติดยาเสพติดของมนุษย์ แท้จริงแล้วกลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกายเพื่อใช้ในการแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และการทำนุบำรุงดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น ทั้งนี้สิ่งเหล่านี้เองที่เป็นสิ่งซึ่งเร้าหรือกระตุ้นความพอใจของมนุษย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ<sup>8</sup>

จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาเสพติด จะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกหรือสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นในหรือสมองส่วนอยาก (Limbic System) สมองส่วนคิดมีหน้าที่ควบคุมสติปัญญา การใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้นเวลาคนเราเสพยาเสพติด ด้วยจะไปกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารเคมีชื่อโดปามีน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกมีความสุข แต่ยาเสพติดทำให้สมองสร้างโดปามีนมากกว่าที่ธรรมชาติกำหนดจนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากขึ้นกว่าปกติ สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติด จึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการ

<sup>7</sup> จาก , เอกสารประกอบคำบรรยายวิชาทฤษฎีอาชญาวิทยา (น.59-60), โดย รองศาสตราจารย์ณัฐวัฒน์สุทธิโยธิน, 2553, กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

<sup>8</sup> จาก, สมองและกลไกการเสพติด, โดย ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (เรียบเรียงจาก Slide Teaching Packets, by NIDA (National Institute on Drug Abuse), 1999, USA).

ขาดสารโคปามีนทำให้มีอาการหงุดหงิด หรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสียหายพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะที่เดียวกันเมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลายไปด้วย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไป แล้วสมองส่วนอยากจะอยู่เหนือสมองส่วนคิด จนทำอะไรตามใจตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล ผู้ที่ใช้ยาจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทำให้มีการใช้ยาเสพติดบ่อยขึ้น พอเสพไปหลายๆ ครั้ง สมองก็จะจดจำตัวกระตุ้นที่อยู่แวดล้อมขณะเสพยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นสถานที่ เพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน หรือตัวยาเสพติด แล้วเอาไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติด เมื่อสมองไม่ได้รับการกระตุ้นจากยาเสพติด โคปามีนตามธรรมชาติก็ไม่เพียงพอที่จะสร้างความสุขได้ ผู้ติดยาเสพติดจะเกิดอาการทรมานทรมาน เมื่ออยากมีความสุขก็ต้องพึ่งยาเสพติด สมองจึงจะหลั่งโคปามีนมามากพอจนผู้ติดยาเสพติดเกิดความสุขได้ อาการเช่นนี้เรียกว่า “สมองติดยา”

ในที่สุดก็ห้ามตัวเองไม่ได้ ต้องทำทุกวิถีทางให้ได้ยาเสพติดมาเสพ ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียอย่างรุนแรงในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งนี้เพราะผู้เสพไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิดที่มีเหตุมีผล จึงทำให้มีอาการทางจิตและสามารถเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด การที่สมองติดยาทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง การที่คิดว่าเสพยาเสพติดแล้วถ้าจิตใจเข้มแข็งก็สามารถเลิกเสพยาได้นั้นเป็นความคิดที่ผิด เนื่องจากสมองได้ถูกทำลายไปแล้วจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา<sup>9</sup>

ทั้งนี้อาการของโรคสมองติดยานั้นจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1.) ระยะเวลา 2.) กรรมพันธุ์ และ 3.) สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูประกอบกัน โดยการดูแลและรักษาผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบันนี้คือการทำให้ผู้เสพรู้จักคิดโดยอาศัยเหตุผล และให้สมองฟื้นฟูจากยาและอาการเสื่อมของสมอง ทั้งนี้ยังต้องทำให้สมองส่วนคิดกลับมาควบคุมสมองส่วนอยากให้ได้ และต้องใช้การเบี่ยงเบนผู้เสพจากยาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำอีก ประกอบกับการประเมินทางคลินิกโดยจิตแพทย์เพื่อสังเกตพฤติกรรมอีกด้วย ทั้งนี้ระยะเวลาในการดูแลรักษาโดยทั่วไปใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป ซึ่งปัจจุบันกระบวนการดูแลรักษานี้เรียกว่ากระบวนการ FAST model, TC โดยโปรแกรมนี้เหมาะสำหรับผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ฟีน หรือสารเสพติดที่ไม่ใช่เฮโรอีน เพราะการรักษากลุ่มผู้เสพเฮโรอีนมีความยุ่งยากมากกว่า ส่วนภายหลังการรักษาต้องมีการติดตามผลว่า ผู้เข้ารับการรักษาไม่เสพยาหรือสารอื่นจนครบหนึ่งปีถึงจะเรียกว่าหายจากอาการติดยา<sup>10</sup>

<sup>9</sup>จาก โรคสมองติดยา (ภาพสไลด์ประชากรประชุม คณะอนุกรรมการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ครั้งที่ 2/2556), โดย นพ. อังกูร ภัทรการ, 2556.

<sup>10</sup>จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อากาศภะกุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น. 66.

### 3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

Sigmund Freud ผู้คิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้อธิบายและให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานของจิตเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ได้อธิบายว่าการทำงานของจิตเป็นผลจากแรงขับภายในของมนุษย์ เพื่อตอบสนองต่อสัญชาตญาณในการดำรงชีวิตอยู่ของคน แรงขับภายในของมนุษย์ก็เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของสภาวะจิต 3 ส่วน ได้แก่

1. Id เป็นสภาวะจิตที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด จึงหมายรวมถึงสัญชาตญาณ และมักเกี่ยวกับการตอบสนองความปรารถนาทางกาย เป็นพลังให้ได้มาซึ่งความพอใจ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริง หรือความถูกต้องดีงาม Id จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “พลังแสวงหาความสุข” (Pressure Seeking)

2. Ego เป็นสภาวะจิตแห่งการรู้และเข้าใจ การใช้เหตุผล การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการแสวงหาวิธีการเพื่อตอบสนองพลัง Id เช่น เมื่อหิว Id พลัง Ego ก็จะใช้เหตุผลตรรกะตรงว่าจะบำบัดความหิวโดยวิธีใด หรือมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า พลัง “รู้ความจริง” (Reality Principle)

3. Superego เป็นสภาวะจิตที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่นเดียวกับ Ego แต่แตกต่างจาก Ego คือ เป็นส่วนที่เกี่ยวกับคุณค่าที่เป็นสภาพในอุดมคติต่างๆ เช่น ความถูกต้อง มโนธรรม ความยุติธรรม ฯลฯ จึงกล่าวได้ว่า Superego จึงไม่ทำงานตอบสนอง Id แต่หากจะหักล้างความรุนแรงของพลัง Id ต่างหาก

อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมและบุคลิกภาพของคนจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของทั้ง 3 ส่วน ว่ามีความสอดคล้องและสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่ สภาวะจิตใดมีอิทธิพลเหนือตัวอื่นย่อมเป็นตัวชี้ลักษณะของคนนั้น เช่น ถ้าพลังของ Id มีอำนาจสูง บุคลิกภาพของคนผู้นั้นจะเป็นแบบเด็ก ไม่รู้จักโต เอาแต่ใจตนเอง ถ้า Ego มีอำนาจสูงคนผู้นั้นจะเป็นคนมีเหตุผลเป็นนักปฏิบัติ ถ้า Superego มีอำนาจสูง ก็เป็นนักอุดมคตินักทฤษฎี

สำหรับการใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์มาอธิบายการคิดยาเสพติดนั้น สามารถอธิบายได้ว่าการคิดยาเสพติด เป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการทำงานไม่เหมาะสมของทั้ง 3 ส่วน (Id Ego Superego) ในบุคคลนั้นๆ โดยการทำงานทั้ง 3 ส่วน จะให้น้ำหนักไปทางสัญชาตญาณดิบ (Id) มากกว่าส่วนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อการแสวงหาความสุข และความพึงพอใจตามสัญชาตญาณดิบของบุคคลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากการขาดหรือไม่สามารถแสวงหาความสุขและความพึงพอใจในรูปแบบพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ การใช้ยาเสพติดจึงเป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของการเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ เช่น ผู้ติด

ยาเสพติดมักมีสาเหตุมาจากการถูกเพื่อนชักจูง ถูกขอร้องให้เสพ หรือเสพเพราะต้องการการยอมรับจากผู้อื่น

เมื่อมีการใช้ยาเสพติดในครั้งแรกๆ ร่างกายของผู้เสพจะได้รับความสุขและความพึงพอใจจากการเสพอย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนสัญชาตญาณให้เป็นตัวสั่งการ เมื่อเกิดความต้องการการเสพยาเสพติดในครั้งต่อไป ซึ่งเป็นความสุขและความพึงพอใจในระดับเข้มข้น และการใช้ยาเสพติดนั้นได้กระตุ้นให้ระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หลุดพ้นจากการควบคุม และเริ่มเป็นตัวกลางสำคัญทำหน้าที่ควบคุม และสั่งการการดำเนินชีวิตของมนุษย์ให้เป็นไปตามที่จิตที่ถูกกดคั้นนั้นต้องการต่อไป นอกจากนี้เมื่อเกิดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแล้ว จิตใต้สำนึกจะทำหน้าที่สั่งการให้พฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคลนั้นเป็นไป เพื่อรักษาการดำรงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดไว้ อีกทั้งในช่วงที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด จิตใต้สำนึกจะทำให้เกิดความหวาดกลัว ในรูปลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันออกไป

ดังนั้น เพื่อปกป้องตนเองจากความกลัว ความเครียด และความกดดัน จิตใต้สำนึกจะทำหน้าที่สั่งการให้บุคคลนั้น รักษาหรือดำรงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด กล่าวคือการหันกลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง และหากบุคคลใดใช้กลวิธานนี้อยู่เป็นประจำย่อมจะพัฒนาไปสู่บุคลิกภาพที่อ่อนแอมากยิ่งขึ้น เริ่มมีการปลื้มตัว หลีกหนีความจริงและอยู่ในโลกของการหลอกลวง กระทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมาย ในท้ายที่สุดจิตใต้สำนึกก็จะสั่งการให้คนติดยาเสพติดประพฤติปฏิบัติ และแสดงพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการสั่งการโดยปราศจากความรู้สึกตัว และยากต่อการควบคุมหรือไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป จนกว่าจะได้รับการบำบัดรักษาเยียวยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการพัฒนาบุคลิกภาพไปสู่ความสมดุลต่อไป<sup>11</sup>

โดยสรุปเมื่อพิจารณาทั้งอาการของโรคสมองติดยา ประกอบกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ประกอบกันแล้ว อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดโรคซึ่งเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในส่วนจิตใต้สำนึกและการสูญเสียความรู้สึกผิดชอบชั่วดีของผู้ติดยาเสพติด ทั้งเป็นผลให้การทำงานของสมองนั้นเสียสมดุล โดยทำให้สมองส่วนอยากมาครอบงำสมองส่วนคิดของผู้ติดยา ด้วยเหตุดังกล่าวนี้เองทำให้ Social Judgment ของผู้ติดยาเสพติดเสียไป ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตต่างๆตามมามากมาย อาทิเช่น ความเป็นคนวิกลจริต หูแว่ว ประสาทหลอน และหนักที่สุดคืออาจทำให้เป็นอัลไซเมอร์ได้ในอนาคต ดังนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย โดยอาการเจ็บป่วยที่แสดงออกมาเพราะฤทธิ์ของยา ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยต้องหาวิธีการที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาต่อไป

<sup>11</sup>จาก ทำไมคนถึง ติดยาเสพติด ตอนที่ 1 : ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (เอกสารวิชาการเผยแพร่ ประจำเดือน กันยายน 2549) (น.3-5), โดย ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, 2549, กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สฟป.

## 2.2.2 หลักสากลเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด<sup>12</sup>

องค์การหลักขององค์การสหประชาชาติที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด คือ โครงการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Drug Control Program) โครงการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (UNDCP) เป็นองค์กรที่องค์การสหประชาชาติได้จัดตั้งและมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 โดยเป็นการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารภายในองค์การสหประชาชาติ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ จึงได้ยกเลิกองค์กรเดิมคือ กองยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการยาเสพติด กองทุนเพื่อควบคุมการใช้ยาในทางที่ผิด และฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ โดยโครงการฯ จะรับผิดชอบงานทั้งหมดอันเป็นผลสืบเนื่อง จากการดำเนินงานตามอนุสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับยาเสพติด การดำเนินงานวิจัยและการปฏิบัติงานผสมผสานต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดำเนินการ ตามข้อตัดสินใจของคณะกรรมการยาเสพติดระหว่างประเทศ และคณะกรรมการยาเสพติด

ผู้บริหารสูงสุด UNDCP คือผู้อำนวยการบริหาร (Executive Director) ซึ่งจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารงาน ควบคุม ดูแลกิจกรรมต่างๆ ด้านยาเสพติดภายใต้ขอบเขตของสหประชาชาติ จัดหางบประมาณและประสานงาน จัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้ระบบสหประชาชาติ ตำแหน่งผู้อำนวยการบริหารนี้เทียบเท่ากับตำแหน่งรองเลขาธิการระบบสหประชาชาติ

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทย ในการแก้ไขปัญหาเสพติดมาโดยตลอด และไทยเองก็มีบทบาทในเวทีของสหประชาชาติทางด้านยาเสพติด ซึ่งเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ และองค์การสหประชาชาติว่า รัฐบาลมีความตั้งใจจริงที่จะแก้ไขปัญหาเสพติด และให้ความร่วมมือกับองค์การสหประชาชาติอย่างเต็มที่ในการขจัดปัญหาเสพติด ประเทศไทยในฐานะเป็นประเทศภาคีอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านยาเสพติด ได้ปฏิบัติตามพันธกรณีตามอนุสัญญา และพิธีสารของสหประชาชาติด้านยาเสพติด และปฏิบัติตามมติและข้อเสนอแนะจากการประชุมด้านยาเสพติด ที่สหประชาชาติจัดขึ้นตลอดมา

ประเทศไทยได้เข้ามาเป็นภาคีอนุสัญญาของสหประชาชาติด้านยาเสพติดแล้วดังนี้

1. อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) แก้ไขพิธีสาร ปี ค.ศ. 1972

<sup>12</sup> การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศสืบค้น 6 สิงหาคม 2556, จาก <http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution28.htm>.

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic substances, 1971)

3. พิธีสาร ปี ค.ศ. 1972 แก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ปี ค.ศ. 1961 (1972 Protocol Amending the single Convention of Narcotic Drugs, 1961)

4. อนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ.1988 (Convention against illicit on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988)

ทั้งนี้อนุสัญญาเหล่านี้ได้มีบทบัญญัติที่ให้รัฐภาคีสมาชิกออกกฎหมายภายในให้เป็นไปตามที่อนุสัญญานับบัญญัติไว้ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดโทษและความผิด ตลอดจนมาตรการพิเศษในกรณีเป็นผู้ค้ายาเสพติด หรือผู้กระทำความผิดซึ่งน่าสนใจ มีดังต่อไปนี้

ข้อ 3 ความผิดและบทลงโทษ วรรค 4 ของอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ.1988 (Convention against illicit on Narcotic Drugs and Psychotropic Substance 1988) ได้กำหนดให้รัฐภาคีดำเนินการกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดดังนี้

4. (ก) แต่ละภาคีจะต้องดำเนินการให้การกระทำความผิดที่บัญญัติไว้ตามวรรค 1 ของข้อนี้มีโทษซึ่งพิจารณาตามลักษณะความร้ายแรงของความผิดเหล่านี้ เช่น การจำคุกหรือการจำกัดอิสรภาพในรูปแบบอื่น การปรับและการริบทรัพย์สิน

(ข) นอกจากการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษสำหรับความผิดแล้ว ภาคีอาจกำหนดให้ผู้กระทำความผิดต้องเข้ารับมาตรการต่างๆ เช่นการบำบัดรักษา การศึกษา การดูแลภายหลังการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการกลับคืนสู่สังคม

(ค) ถึงแม้ว่าจะมีอนุวรรค (ก) และ (ข) บัญญัติไว้ก็ตาม ในกรณีที่ความผิดมีลักษณะไม่ร้ายแรง และเมื่อเห็นเป็นการสมควร ภาคีอาจกำหนดมาตรการต่างๆ แทนการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษ เช่น การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการกลับคืนสู่สังคม รวมถึงการบำบัดรักษา หรือการดูแลภายหลังการบำบัดรักษาในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นผู้ค้ายาเสพติด

(ง) ภาครัฐอาจกำหนดมาตรการต่างๆ เป็นทางเลือกนอกเหนือจากการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษ หรือมาตรการเพิ่มเติมจากการตัดสินลงโทษ หรือการลงโทษสำหรับการกระทำความผิดที่บัญญัติไว้ ตามวรรค 2 ของข้อนี้ ได้แก่ การบำบัดรักษา การศึกษา การดูแลภายหลังการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการกลับคืนสู่สังคมของผู้กระทำความผิด<sup>13</sup>

<sup>13</sup> ข้อ 3 ความผิดและบทลงโทษ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988.

### 2.2.3 สารสำคัญเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด

ในระยะ 2-3 ปีมานี้ ปัญหาผู้เสพยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สูงขึ้นเรื่อยๆ ปัญหายาเสพติดจึงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งยังเป็นการส่งผลกระทบต่อสิทธิในชีวิต ร่างกาย สิทธิสุขภาพ สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิในความเป็นส่วนตัว การเลือกการดำเนินวิถีชีวิต และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และสิทธิที่จะได้รับการปกป้อง ช่วยเหลือและเยียวยาจากภาครัฐและสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เป็นเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ และความมั่นคงทางสังคมนั่นเอง

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ยังได้ประกาศ หลักการและเหตุผล 10 ประการ ที่สิทธิมนุษยชนควรเป็นศูนย์กลางของการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ทั่วโลก<sup>14</sup> ดังนี้

1. ทัวแต่ทำเทียมจะเป็นจริงไปไม่ได้ ถ้าปราศจากเรื่องสิทธิมนุษยชน
2. โครงการป้องกัน บำบัดและดูแลเอชไอวีกำลังได้รับผลกระทบ
3. ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันทางเพศที่เป็นไปอย่างกว้างขวาง
4. การละเมิดสิทธิมนุษยชนในประชาคมชายขอบก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อเอชไอวี
5. คนทำงานเอดส์ต้องเสี่ยงต่อการทำงานเพื่อที่จะให้รัฐบาลแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์
6. การเพิ่มงบประมาณสนับสนุนเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถเอาชนะเอชไอวี/เอดส์ได้
7. สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกออกจากสาธารณสุขที่ดีได้
8. เอดส์มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ
9. สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานจะตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และมีประสิทธิภาพ
10. สิทธิมนุษยชนไม่ใช่เพียงคำพูดเท่านั้น

2.2.4 ความหมาย ขอบเขตและความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย และสถานะของผู้ติดยาเสพติด

#### (1) หลักสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human Right) หมายถึง สิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้ง

<sup>14</sup> จาก รายงานการศึกษาทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านเอดส์ของประเทศไทย, โดย ชุตติ มีสิทธิ์, จิรสุมัย ณ หนองคาย, และอาจารย์ มีสิทธิ์, 2551, กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และองค์กรระหว่างประเทศด้านเอดส์ภายใต้สหประชาชาติ.

ความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ามนุษย์ทุกคนบนโลกใบนี้ล้วนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าผู้นั้นจะมีสถานะทางกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมหรือวัฒนธรรมเช่นไร ซึ่งบุคคลอื่นที่มีสิทธิเช่นเดียวกันนี้พึงต้องเคารพและไม่ละเมิดซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในสังคมจึงจะเกิดขึ้นได้ จึงมีการกล่าวไว้ว่าหลักการสิทธิมนุษยชนเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการแก้ไขความขัดแย้งในสังคมโลกทุกมิติ ทั้งนี้พบว่าการบัญญัติรับรองในเรื่องสิทธิมนุษยชนไว้ทั้งในระดับสากล และการบัญญัติรับรองโดยกฎหมายของประเทศไทย ซึ่งขอยกประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### (1.1) หลักสิทธิมนุษยชนในทางสากล

ในทางสากลนั้นมีแนวคิดที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่ แนวคิดที่ว่าผู้เสียหายเสียดชีวิตที่อยู่ในภาวะพึ่งพายาเสพติดนั้นเป็นอาการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงต้องได้รับการบำบัดมากกว่าการลงโทษ ทั้งนี้โดยพิจารณาประกอบกับหลักสิทธิมนุษยชนในทางสากลดังนี้

#### ปฎิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

โดยปฎิญญาสากลนี้ได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 ซึ่งนับเป็นรากฐานแนวคิดสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ โดยประกอบด้วยหลักการและมาตรฐานทั่วไปด้านสิทธิมนุษยชนทั้งสิ้น 30 ข้อ เช่น

ข้อ 1 มนุษย์เกิดมาทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาคและภราดรภาพ

ข้อ 2 สิทธิที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติไม่ว่าเพราะเหตุแห่งความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศิพ พศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือเผ่าพันธุ์แห่งชาติ หรือสังคม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น

ข้อ 11 สิทธิได้รับการสันนิษฐานว่าบริสุทธิ์ จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดตามกฎหมาย

ข้อ 21 ทุกคนมีสิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการเข้าถึงบริการสาธารณะ

ข้อ 25 ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและการบริการสังคมที่จำเป็น เป็นต้น

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ.1966 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. สิทธิในชีวิตและการกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง

2. พันธกรณีของภาครัฐภาคีต่อการไม่เลือกปฏิบัติ และความเสมอภาคของหญิงและชาย

3. สิทธิในกระบวนการยุติธรรม

4. เสรีภาพในความเป็นส่วนตัว ครอบครัวและการติดต่อสื่อสารเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การแสดงออกรวมถึงการรับและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

5. สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมถึงสิทธิในครอบครัวและสิทธิเด็ก

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ.1966โดยมีสาระสำคัญของกติกาดังนี้ ได้แก่

1. ห้ามการเลือกปฏิบัติ ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย

2. หลักสิทธิแรงงาน (เช่น สิทธิในการมีงานทำ สภาพการจ้างที่ยุติธรรม ฯลฯ)

3. สิทธิในครอบครัว การได้รับมาตรฐานขั้นพื้นฐานในการครองชีพ มาตรฐานทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสิทธิในการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อ 12

ข้อ 12.1 สิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อ 12.2 ขั้นตอนในการดำเนินการ โดยรัฐภาคีจะต้องดำเนินการรวมถึงสิ่งต่างๆที่จำเป็น หลักการสำคัญของปฏิญญาเรื่องโรคเอดส์

โดยมีกรอบความคิดต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์มี 3 กรอบความคิด คือ 1.) การป้องกันและรณรงค์ 2.) การรักษา 3.) การบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

ทั้งนี้ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของผู้ติดยา เช่น

1. ประชาชนทุกคนต้องได้รับการปกป้อง ค้ำครอง ดูแลช่วยเหลือ โดยแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหา คือการป้องกันและการรณรงค์เพื่อให้เกิดความตระหนัก

กลยุทธ์ในการป้องกันคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน ถุงยางอนามัย การได้รับอุปกรณ์การฉีดที่ปราศจากเชื้อ และเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีในการวินิจฉัยที่ทันสมัย โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

2. ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะพึงหาได้ในการที่จะมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในหลายภูมิภาคทั่วโลกนั้น พบว่าถ้ามีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปสู่การป้องกันที่ดีเช่นเดียวกัน

3. การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การพิจารณาและยกระดับสภาพความเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม และการลดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว

ทั้งนี้การจะบรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาดังกล่าวมานี้ ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรต่างๆ อาทิเช่น ครอบครัว สังคม ชุมชนและภาคีต่างๆ ให้มีบทบาทและมีส่วนร่วม ในการวางแผนการคิดแก้ปัญหาโรคเอดส์ในทุกด้าน ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่มาตรฐานการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนอีกด้วย<sup>15</sup>

### (1.2) หลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายของประเทศไทย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนชาวไทย ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และ แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559

#### รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

##### 1. การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

ทั้งนี้รัฐธรรมนูญฯ ได้คุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ตลอดจนความเสมอภาคของบุคคลไว้ในมาตรา 4 และการคุ้มครองนี้ยังรวมไปถึงการคุ้มครองนิติบุคคล คณะบุคคล ตลอดจนชุมชนอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามบุคคลได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญ ก็ต้องให้ความสำคัญเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ทั้งต้องไม่กระทำการใดๆ อันเป็นการล่วงละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือกระทำการใดๆ อันเป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญและศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามมาตรา 28<sup>16</sup>

<sup>15</sup>จาก สรุปร้อยจากปฎิญาสาเกล้าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ 2544), โดย กำพล ศรีวัฒนกุล (แปล), 2544, กรุงเทพฯ:คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .

<sup>16</sup>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”

มาตรา 28 “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

## 2. การคุ้มครองความเสมอภาคแก่ประชาชนชาวไทย

เพื่อกำหนดหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติแก่บุคคลที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ กำหนดตามหลักความเสมอภาค ทั้งเรื่องเหล่ากำเนิด เพศ ศาสนา เนื่องจากอยู่ภายใต้หลักกฎหมายเดียวกัน หลักความเสมอภาคกันต่อหน้ากฎหมาย เป็นหลักการสำคัญที่เป็นสากล จะต้องได้รับความคุ้มครองโดยไม่มีการแบ่งแยก ทั้งนี้รัฐมีหน้าที่จัดอุปสรรคและส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นอีกด้วย<sup>17</sup>

## 3. การคุ้มครองสิทธิในความเป็นส่วนตัว

สิทธิในความเป็นส่วนตัว ได้แก่ สิทธิของบุคคลที่จะอยู่โดยลำพังของบุคคลใดๆ โดยปราศจากการแทรกแซงของบุคคลอื่น ทั้งนี้รัฐต้องให้ความคุ้มครองและจะให้เกิดการล่วงละเมิดมิได้ แต่หากเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะแล้วก็อาจจะมีการกระทบสิทธิในความเป็นส่วนตัวได้ นอกจากนี้สิทธิในความเป็นส่วนตัวยังครอบคลุมถึงสิทธิครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนข้อมูลส่วนบุคคลอีกด้วย<sup>18</sup>

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติในหมวดนี้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติ รายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้วให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐ ในการใช้สิทธิตามความหมายในหมวดนี้”.

<sup>17</sup>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 5 “ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญนี้เสมอกัน”

มาตรา 30 “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียม ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะบุคคล ฐานะเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรค หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”.

<sup>18</sup>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 35 “สิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง การกล่าวหรือไขข่าวแพร่หลายซึ่งข้อความหรือภาพไม่ว่าด้วยวิธีใด ไปยังสาธารณชนอันเป็นการละเมิดหรือกระทบสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัว จะกระทำมิได้ เว้นแต่

#### 4. การคุ้มครองสิทธิด้านกระบวนการยุติธรรม

บุคคลที่เป็นจำเลย หรือผู้ต้องหาข่มขู่กลั่นแกล้งฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้บริสุทธิ์ และประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมและเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้โดยสะดวก รวดเร็วและทั่วถึง และระหว่างการพิจารณาคดีต้องเป็นไปอย่างถูกต้องรวดเร็วและเป็นธรรม ผู้เสียหาย ผู้ต้องหา จำเลย และพยานในคดีอาญาสามารถใช้สิทธิในการได้รับการคุ้มครอง และความช่วยเหลือจากภาครัฐ รวมถึงการชดเชยอีกด้วย

นอกจากนี้รัฐจะต้องดูแลให้มีการปฏิบัติและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเป็นธรรมทั่วถึง ทั้งยังต้องส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ทางกฎหมายแก่ประชาชน และต้องจัดระบบงานราชการและงานต่างๆ ในกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้องค์กรวิชาชีพช่วยเหลือประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินกระบวนการยุติธรรม หน้าที่อีกประการของรัฐคือต้องป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในกระบวนการยุติธรรม จากเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคคลอื่น และต้องอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมอีกด้วย<sup>19</sup>

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ.2542

กฎหมายฉบับนี้ถือเป็น กลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนระดับชาติ ทั้งนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 257 ได้กำหนดบทบาทของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติไว้หลายประการ ดังนี้

---

กรณีเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ บุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองจากการแสวงประโยชน์โดยมิชอบจากข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”.

<sup>19</sup>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 81 นี้มีเจตนารมณ์ เพื่อกำหนดให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนากฎหมายและการยุติธรรม โดยรัฐต้องดำเนินการดังนี้.

- (1) ให้บังคับใช้กฎหมายอย่างถูกต้องเป็นธรรม มีประสิทธิภาพและไม่เลือกปฏิบัติ
- (2) คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้พ้นจากการกระทำละเมิด และให้หมายความรวมถึงการถูกระงับไม่ว่าทางใดๆ
- (3) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติธรรมและเข้าถึงได้สะดวก
- (4) จัดให้มีการช่วยเหลือหรือสนับสนุนในองค์กรภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทางกฎหมาย ทั้งทางแพ่งทางอาญาและทางปกครองแก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว
- (5) จัดให้มีองค์กรอิสระในการพัฒนาและปฏิรูปกฎหมาย และตรวจสอบกฎหมายต่างๆ ว่าขัดหรือแย้งรัฐธรรมนูญหรือไม่ โดยให้นักกฎหมายหรือบุคคลจากภาคส่วนต่างๆมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง
- (6) จัดให้มีองค์กรอิสระเพื่อปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม โดยให้ประชาชนจากภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมถึงศาลซึ่งมีความเป็นอิสระตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ.

1. ตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือการละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน หรืออันไม่เป็นไปตามพันธกรณี ระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี และเสนอมาตรการการแก้ไขที่เหมาะสมต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่กระทำ หรือละเลยการกระทำดังกล่าวเพื่อดำเนินการ ในกรณีที่ปรากฏว่าไม่มีการดำเนินการตามที่เสนอ ให้รายงานต่อรัฐสภาเพื่อดำเนินการต่อไป

2. เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ต่อรัฐสภา และคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

3. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการเผยแพร่ความรู้ด้านสิทธิมนุษยชน

4. ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน

5. จัดทำรายงานประจำปีเพื่อประเมินสถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชน ภายในประเทศ และเสนอต่อรัฐสภา

6. อำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

ในการปฏิบัติหน้าที่ ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติและของประชาชน ประกอบด้วย คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีอำนาจเรียกเอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาให้ถ้อยคำ รวมทั้งมีอำนาจอื่นเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ<sup>20</sup> ดังนั้นกฎหมายฉบับนี้ย่อมเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้เสียหายเสพติด ที่ต้องได้รับการคุ้มครองและรับรอง

(2.) สิทธิของผู้ป่วย

คำว่า “ผู้ป่วย” ในที่นี้ มิได้หมายถึงเฉพาะแต่คนเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดทุกประเภท ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นผู้บริโภคทางการแพทย์และสาธารณสุข (health care consumers) นั่นเอง ดังนั้น สิทธิของผู้ป่วย จึงหมายถึงสิทธิของพลเมืองทุกคนที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

(2.1) หลักสิทธิของผู้ป่วยในทางสากล

หลักสิทธิของผู้ป่วยที่ปรากฏในทางสากลนั้นได้ปรากฏใน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) ซึ่งมีอยู่หลายข้อที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้องค์การระหว่างประเทศก็ได้มีการประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ เช่น

<sup>20</sup>บทบาทคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. สืบค้น 17 กรกฎาคม 2556, จาก

[http://www.nhrc.or.th/2012/wb/th/contentpage.php?id=2&menu\\_id=1&groupID=1&subID=2](http://www.nhrc.or.th/2012/wb/th/contentpage.php?id=2&menu_id=1&groupID=1&subID=2).

ปฏิญญาแห่งกรุงเฮลซิงกิ เกี่ยวเนื่องด้วยการวิจัยในมนุษย์ (Declaration of Helsinki on Biomedical Research involving Human Subject 1975)

คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย (The World Medical Association's Declaration on the Rights of the Patient 1981)

กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (European Charter on Rights of Patients in Hospital 1979) ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการว่าด้วย โรงพยาบาลของกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The EEC Hospital Committee)

## (2.2) หลักสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับสิทธิผู้ป่วยตามบทบัญญัติในกฎหมายไทยนั้น แม้จะมีได้มีระบุโดยตรงแต่ก็มีบทกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยบัญญัติไว้เช่นกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

1. สิทธิในร่างกาย สิทธิในการเลือกรับการรักษา สิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษา

ส่วนที่ 3 มาตรา 32 ของรัฐธรรมนูญได้วางหลักไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย .....การจับและคุมขังบุคคล จะกระทำมิได้เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ” บทบัญญัติในมาตรานี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีเสรีภาพในร่างกายที่บุคคลอื่นต้องไม่ละเมิด การกระทำใดๆ ในการตรวจวินิจฉัย หรือการบำบัด โรคที่จะกระทำต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ยินยอมเป็นการละเมิดแก่เสรีภาพของผู้ป่วย เว้นแต่จะเป็นการกระทำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ที่กระทำการต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ภายในขอบเขตของกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองสาธารณสุข ให้ได้รับความปลอดภัยจากโรคติดต่อตามที่กฎหมายบัญญัติ

2. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ

บทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 ได้กำหนดให้รัฐให้ความคุ้มครองด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเสมอภาค และต้องจัดการบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมและมีมาตรฐานทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และกำหนดให้ผู้ยากไร้ต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย<sup>21</sup> ดังนี้

<sup>21</sup>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่าง

อาจกล่าวได้ว่าสิทธิดังที่กล่าวมานี้ถือเป็น คำมั่นสัญญาที่เสมือนกำหนดหน้าที่ของรัฐพึงกระทำ ในการให้บริการเพื่อสุขภาพต่อพลเมืองของตน ทั้งยังสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ใน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (1984)<sup>22</sup> และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ก็คือความต้องการให้ประชาชนทุกคนบรรลุถึงความเป็นสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายนี้ได้ ก็คือการพัฒนาระบบ สาธารณสุขแห่งชาติของประเทศต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ<sup>23</sup>

### 3. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย<sup>24</sup>

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรอง สิทธิของผู้ป่วยไว้ โดยประกาศสิทธิผู้ป่วย ไว้ ณ วันที่ 16 เมษายน 2541 รวม 10 ข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือก ปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังกศัตร์ การเมือง เพศ อายุ และ ลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและ เข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือ ไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วย เหลือรีบด่วนหรือ จำเป็น

---

ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”.

<sup>22</sup>ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 1948 ข้อ 25 “ (1) มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตาม มาตรฐานเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว โดยรวมถึงการได้รับ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคง เมื่อว่างงาน เจ็บ ป่วย พิกัด เป็นหม้าย ยามชรา หรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขาไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย .

<sup>23</sup>จาก สิทธิผู้ป่วย (น.19-21), โดย ศาสตราจารย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการ จัดพิมพ์คบไฟ .

<sup>24</sup>ประกาศสิทธิผู้ป่วย. สืบค้น 20 สิงหาคม 2556, จาก<http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/ET/ETth>.

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดาหรือผู้แทน โดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิ์ด้วยตนเองได้

### (3) ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย และสถานะของผู้ติดยาเสพติด

เมื่อพิจารณาจากสถานะของผู้ติดยาเสพติดที่เป็นผู้ป่วย โดยศึกษาจาก โรคสมองติดยา และการวิเคราะห์อาการทางจิตตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ประกอบกันแล้ว ผู้เสพยาซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยนี้ควรจะได้รับ การบำบัดรักษาทั้งสามสามารถใช้สิทธิของผู้ป่วยที่กฎหมายบัญญัติและรับรองไว้ในฐานะพลเมืองและประชาชนของรัฐ รัฐจำต้องดูแลผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้ โดยการให้บริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานตามมาตรา 51 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยขององค์การวิชาชีพแพทย์ ทั้งนี้เพราะคำว่า “ผู้ป่วย” นั้นในวงการแพทย์ไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่ผู้เจ็บไข้ไม่สบายเท่านั้น แต่ยังมีหมายให้รวมไปถึงบุคคลทุกคนที่มารับ หรือต้องได้รับการทางการแพทย์ ดังนั้นสิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นสิทธิของพลเมืองทุกคนที่ควรได้รับการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ซึ่งสิทธิพลเมือง (Civil Right) ดังกล่าวก็มีรากฐานมาจาก สิทธิมนุษยชน (Human right) อีกทีหนึ่งนั่นเอง หลักการสำคัญของสิทธิของผู้ป่วย จึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากล นั่นก็คือ สิทธิของผู้ป่วยคือสิทธิของคนทุกคนรวมไปถึงผู้ติดยาเสพติด ที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงอิสระเสรีของมนุษย์ประการหนึ่ง

## 2.2.5 สถานการณ์สิทธิมนุษยชนของผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

สถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนของผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยนั้นพบว่าในปัจจุบันมีเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิมนุษยชนของเครือข่ายผู้เสพยาเสพติดจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายปราบปรามยาเสพติด และการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยา โดยในส่วนของนโยบายการปราบปรามยาเสพติดนั้นมีการมุ่งสถิติตัวเลขและเป้าหมายของจำนวนคดีเกี่ยวกับยาเสพติด จึงพบว่าปัญหาการละเมิดสิทธิเป็นจำนวนมาก อาทิเช่น ปัญหาการตั้งด่านของเจ้าหน้าที่ปราบปรามฯ เพื่อค้นยาเสพติดและตรวจปัสสาวะ ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้พบว่าโดยหลักการตามกฎหมายเรื่องค้นตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานั้น การจะทำการค้นบุคคลใดๆ จะต้องมิเหตุอันควรสงสัย แต่จากการกระทำของเจ้าหน้าที่ขัดต่อหลักดังกล่าว ทั้งยังพบว่าในการตรวจปัสสาวะก็มีการบังคับให้ตรวจในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น ช้างถนนอันเป็นที่สาธารณะโดยไม่มีฉากกั้นใดๆ และหากพบว่าผู้ใดมีปัสสาวะเป็นสีม่วงก็จะใส่กุญแจมือซึ่งไม่เป็นไปตามสิทธิของผู้ต้องหาตามกฎหมาย ในชั้นของการสอบสวนพบว่าการบังคับให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นสายให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อแลกกับการไม่ถูกดำเนินคดี ซึ่งเป็นนโยบายที่มุ่งในการปราบปรามยาเสพติดเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้มุ่งในการแก้ปัญหาโดยการ ใช้มาตรการลดอันตราย จึงไม่สามารถแก้ปัญหาเสพติดได้

ส่วนของการบำบัดผู้เสพยาเสพติดนั้นพบว่า ผู้เสพยาส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับกระบวนการบำบัด เพราะไม่เชื่อในประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของการบำบัดที่รับผิดชอบ และความเหมาะสมของกระบวนการบำบัดซึ่งพบว่า ในหลายกรณีไม่เหมาะสมกับประเภทยาเสพติดที่ผู้เสพยาเสพติดใช้ การเข้ารับการบำบัดของผู้เสพยาจึงมักพบว่าเป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดเพราะเหตุจูงใจอื่นๆ เช่น ครอบครัวบังคับ เรื่องความเกรงใจ หรือกลัวผลกระทบต่อหน้าที่การงานของญาติหรือครอบครัว และเมื่อมีผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดก็พบว่าการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด เช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดกล่าวคือ มีการทำบันทึกประวัติ และขึ้นบัญชีว่าเคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดซึ่งขัดต่อหลักการที่ว่า “ผู้เสพยาเป็นผู้ป่วย” มิใช่อาชญากร และในส่วนของ การให้บริการสารทดแทนเมธาโดนนั้น ผู้ที่จะเข้ารับบริการได้พบว่าจะต้องเป็นผู้ที่ถือบัตรทอง ตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงาน 3 กลุ่มสัญชาติอีกด้วย<sup>25</sup>

<sup>25</sup> จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวี (น.64-65) โดย ชฤทธิ์ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิทีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ .

## 2.3 ความเป็นมาและแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

### 2.3.1 ความหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) คือ การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชนและสังคมมักอยู่ในลักษณะของนโยบายและโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การลดอันตรายนี้จะมุ่งที่การป้องกันอันตรายที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารเสพติดมากกว่าการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยตรง เป็นการเน้นการป้องกันอันตราย โรค การตาย การพัฒนาและรักษาชีวิต การแบ่งแยกกีดกันทางสังคม การคุมขัง การจัดวิธีต่างๆ ที่ทำให้พฤติกรรมที่อันตรายเป็นอันตรายน้อยลง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจในขณะที่ผู้ติดยายังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ (อ้างถึงใน มณฑิรา อินทรชสาร, 2551)

การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction or Harm minimization) หมายถึง แนวนโยบายทางสาธารณสุขที่ออกแบบขึ้นเพื่อลดผลกระทบอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การกระทำผิดกฎหมาย และกิจกรรมอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้นโยบายนี้ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ในหลากหลายระดับโดยให้บริการตามภูมิภาคของประเทศ (Wikipedia, 2013)

คำว่า “การลดอันตราย” ในกรณีของยาเสพติด หมายถึงแนวทางที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันหรือการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคลหรือสังคม ซึ่งในขณะเดียวกันก็ปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชนของผู้ติดยาค้าย<sup>26</sup>

ดังนั้นโดยสรุป การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) นั้น หมายถึง วิธีการหรือแนวนโยบายใดๆที่มีส่วนช่วยในการลดผลกระทบในทางลบจากการใช้ยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการแพร่ระบาดของโรค การเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด (Overdose) ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพสังคม เนื่องจากผู้ติดยาแต่ละรายมีสถานะและสภาพที่แตกต่างกันไป นโยบายนี้จะมาช่วยให้การใช้ยาเสพติดมีความปลอดภัยขึ้นจนท้ายที่สุดคือการเลิกยาอย่างถาวรของผู้ติดยาเสพติด โดยตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ติดยาเสพติด

ความหมาย ขอบเขต และความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) กับแนวคิดอื่นๆ มาตรการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) แนวคิดทำให้ถูกกฎหมาย Legalization และแนวคิดหันเบี่ยงเบนคดียาเสพติด (Diversion)

<sup>26</sup> การลดอันตรายจากการใช้ยา. สืบค้น 2 สิงหาคม 2556, จาก

มาตรการลดทอนอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึง การลดความผิดทางอาญาหรือบทลงโทษ โดยการลงโทษนั้นใช้วิธีอื่นที่ไม่ใช่ขังคุก เช่นอาจใช้วิธีปรับ หรือการบริการสาธารณะ เป็นต้น โดยแนวคิด Decriminalization อยู่ระหว่างแนวคิด Prohibition กับแนวคิด Legalization<sup>27</sup>

แนวคิด Legalization หมายถึง การทำให้ความผิดนั้น (การกระทำผิดในคดีอาชญากรรมเล็กน้อย) ถูกต้องตามกฎหมายซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไข การบริหารจัดการบางอย่าง เช่นการกำหนดชนิด/ปริมาณยาเสพติดที่ครอบครอง, การใช้ยาเสพติดบางชนิดภายใต้จุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง, การใช้ยาเสพติดในบางสถานที่(การกำหนดโซน),การกำหนดอายุผู้เสพยาเสพติด,การกำหนดภาษี เป็นต้น<sup>28</sup>

แนวคิด Diversion เป็นแนวคิดที่มาจากแนวคิดของซีซาร์ เบคคาเรีย นักอาชญาวิทยา โดยมองว่าบุคคลผู้กระทำความผิดต้องได้รับโทษ การบังคับโทษทางอาญาต้องเสมอภาคกัน และเท่าเทียมกัน เว้นแต่บางกลุ่ม เช่น เด็ก คน โรคจิต ผู้เสพยา/ติดยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งมีสาเหตุในการกระทำความผิดที่แตกต่างจากผู้กระทำความผิดทั่วไป จึงต้องมีกระบวนการเป็นพิเศษ โดยเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรมกระแสปกติ กลับไปสู่กระบวนการยุติธรรมที่เหมาะสมรองรับ เช่น การปรับวิธีพิจารณา (Procedure) โทษ (Sanction) เพื่อให้เป็นธรรมกับตัวจำเลยผู้กระทำความผิด<sup>29</sup>

โดยสรุป Diversion ถือเป็นเครื่องมือหรือวิธีการอย่างหนึ่งตามแนวคิด Decriminalization กล่าวคือแนวคิด Decriminalization มีลักษณะเป็นการลดการลงโทษหรืออาจเป็นการยกเลิกโทษทางอาญาของการกระทำความผิดบางประการ ทั้งนี้วิธีการหรือเครื่องมือที่ใช้ในการลดการลงโทษหรือยกเลิกโทษอาจนำมาตราการเบี่ยงเบนคดีเป็นรูปแบบหนึ่งก็ได้ ทั้งนี้ในบริบทของแนวคิด Legalization เป็นแนวคิดที่ต้องการทำให้ความผิดบางอย่างถูกต้องตามกฎหมายภายใต้เงื่อนไขใดๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิด Decriminalization เป็นแนวคิดที่อยู่ตรงกลาง ระหว่างแนวคิด Legalization กับ Criminalization ส่วนความสัมพันธ์กับแนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) นั้นแนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) เป็นแนวคิดที่สนับสนุนแนวคิด Decriminalization ทั้งนี้เมื่อถือว่าผู้เสพยาคือ ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษาผู้เสพยาจึงไม่ใช่อาชญากรอีกต่อไป แนวคิด

<sup>27</sup> จากความแตกต่างระหว่าง Legalization กับ Decriminalization (เอกสารประกอบการประชุมเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต), กรุงเทพฯ, 17 กันยายน 2554.

<sup>28</sup> เรื่องเดียวกัน.

<sup>29</sup> อ้างถึงใน มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดีอาชญากรรมของประเทศไทย (น.25), โดย จุฑามาศ พุทธิวิญญู, 2553. ลิขสิทธิ์ 2553 โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Decriminalization จึงถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายหลักในเรื่องลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติด แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นการที่จะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้เสพยากลับสู่สังคมได้นั้นย่อมต้องอาศัยการดำเนินการตามมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) ซึ่งถือเป็นการเบี่ยงเบนคดีออกจากระบบราชทัณฑ์ ตามแนวคิด Diversion อีกประการหนึ่งด้วย และในกรณีที่การบริการตามมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) บางชุดบริการ อาทิเช่น คลินิกบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทน ตามปกติถือเป็นเรื่องผิดกฎหมายไม่สามารถกระทำได้ เพราะเป็นการครอบครองหรือจำหน่ายจ่ายแจกยาที่กฎหมายควบคุม ดังนั้นจึงต้องทำการรับรองการให้บริการของคลินิกดังกล่าว โดยออกมาตรการทางกฎหมาย โดยอาศัยแนวคิด Legalization ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นสิ่งที่กระทำได้อย่างเต็มที่ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายรับรองนั่นเอง

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดต่างๆดังที่กล่าวไปข้างต้น ล้วนแต่เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหาหายาเสพติด ได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้ต้องดูบริบทของการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมและความรับรู้ของสังคมประกอบกัน

### 2.3.2 หลักการและวัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

#### (1) หลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

The Canadian Centre on substance Abuse (CCSA, 1996) ได้เสนอหลักการของมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) ไว้ดังนี้

##### หลักปฏิบัตินิยม (Pragmatic)

แนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) ยอมรับว่าการใช้สารเสพติดของผู้เสพยา และการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตของผู้เสพนั้นเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของผู้เสพ แม้ว่าผู้ใช้ยาจะก่อให้เกิดอันตราย แต่ผู้เสพก็ได้ประโยชน์จากการใช้ยาเช่นกัน ดังนั้นการควบคุมและเยียวยาอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้น่าจะเป็นทางเลือกที่สามารถปฏิบัติได้จริง มากกว่าการมุ่งเน้นการเลิกใช้ยาอย่างสิ้นเชิง

##### คุณค่าความเป็นมนุษย์ (Humanistic Values)

การตัดสินใจใช้ยาเสพติดของผู้เสพนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีอยู่จริงซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับประการหนึ่ง แต่การยอมรับนี้หมายถึงการไม่นำหลักจริยธรรมมาตัดสินการใช้ยาของผู้เสพ ทั้งการตัดสินเชิงลบ(คัดค้าน) หรือการสนับสนุนให้มีการเสพยา ดังนั้นไม่ว่าผู้เสพยาเสพติดจะใช้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใด โดยวิธีการใดๆ ควรได้รับความเคารพเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้นั้นด้วย

### เน้นอันตรายจากการใช้ยา (Focus on Harm)

อันตรายจากการเสพยาเสพติดนับว่ามีความสำคัญมากกว่าการเสพยาเสพติด เพราะอันตรายนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับเรื่องของสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน และสภาพสังคมโดยรวม ดังนั้นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญจึงเป็นเรื่องของการลดผลกระทบทางลบของการเสพยาเสพติดทั้งผลกระทบในทางส่วนตัว และทางสังคม

### สร้างสมดุลระหว่างต้นทุนและผลประโยชน์ (Balancing Costs and Benefits)

เป็นการชั่งน้ำหนักโดยประเมินระหว่างปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด กับต้นทุนและประโยชน์จากการลดอันตราย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดการทรัพยากรได้ตามความสำคัญของเรื่อง ทั้งนี้การลดอันตรายอาจเป็นการประเมินผลที่ได้จากการทำกิจกรรมลดอันตรายหรือการไม่ทำกิจกรรมใดๆ แต่ทั้งนี้ในการประเมินเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยตัวแปรต่างๆมากมายและต้องพิจารณาเรื่องระยะเวลาอีกด้วย

ทั้งนี้ A British Columbia Community Guide ได้วางหลักของการลดอันตรายจากการใช้ยาที่เพิ่มเติมจากหลักดังกล่าวเบื้องต้นดังนี้<sup>30</sup>

### ดำเนินการกับเป้าหมายที่จำเป็นก่อน (Priority of immediate goals)

การลดอันตรายนั้นจะต้องมีการเรียงลำดับเป้าหมายที่สามารถดำเนินการได้ เป้าหมายแรกคือการดำเนินการอย่างเต็มที่กับปัญหาสาธารณสุขของผู้เสพยา และการสร้างความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นของสาธารณสุขชุมชน โดยเริ่มจากสถานที่ที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความกดดัน ทั้งนี้หลักการลดอันตรายมีพื้นฐานสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลซึ่งต้องอาศัยระยะเวลา

### ความเกี่ยวข้องของผู้เสพยา (Drug user involvement)

กิจกรรมที่จัดให้ผู้เสพยามีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจหลักของการลดอันตรายจากการใช้ยา โดยผู้เสพยาถือเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดเกี่ยวกับลักษณะการใช้ยา การตัดสินใจเข้ารับบริการที่จัดให้ ก็ถือเป็นการเบี่ยงเบนและช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตามหลักการลดอันตรายตระหนักถึงความสามารถของผู้เสพยาในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยสรุปการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นถือเป็น วิธีการหนึ่งที่จะลดผลกระทบในทางลบจากการใช้ยาเสพติด การดำเนินการตามหลักการดังกล่าวเบื้องต้นนั้น จะต้องพิจารณาว่าการประเมินผลสำเร็จของมาตรการนี้ มิใช่การพิจารณาจากสถิติตัวเลขการเสพยาเสพติดที่ลดลง หากแต่พิจารณาถึงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้เสพยา และสาธารณสุขที่ดีของชุมชนและสังคม ดังนั้น

<sup>30</sup> From Harm Reduction : a British Columbia community guide (pp 5), by Ministry of Health, 2005, also available in PDF format on the British Columbia Ministry of Health website.

จุดมุ่งหมายหลักของการลดอันตรายจึงไม่ใช่การลดจำนวนผู้เสพ หรือลดปริมาณการเสพยาเสพติด แต่อย่างไร

(2) วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงบริการที่รอบด้านของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะหากเป็นโครงการที่บำบัดโดยการให้สารทดแทนระยะยาว เช่น เมธาโดนจะได้ผลดี

เพื่อลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีฉีด หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดได้ หรือเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางโลหิตในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีฉีด

เพื่อลดความเสี่ยงทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนอันเป็นผลมาจากการใช้ยาเสพติด

เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้สำนึกและความมีเหตุมีผลของผู้เสพยาเสพติด

เพื่อสร้างนโยบายสารเสพติดและกระบวนการยุติธรรมเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด

เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนในเรื่องการลดตราบาปที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด และส่งเสริมให้ผู้เสพยาเสพติดได้รับการยอมรับจากสังคมชุมชน

เพื่อลดอันตรายจากการก่ออาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติด

(3) กรอบการดำเนินงานในการใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

สำหรับกรอบการดำเนินงานในการใช้มาตรการลดอันตรายในคดียาเสพติดนั้น ได้มีการจัดการเสวนาและได้เสนอยุทธศาสตร์การดำเนินการตามนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญได้แก่

(1.1) ยุทธศาสตร์การบริการแบบบูรณาการและครบวงจรทั้งนี้มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) เสริมสร้างความเข้าใจเชิงบวกของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

2) พัฒนาและให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ประกอบด้วยบริการ 10 ด้านให้ผู้ติดยาเสพติดแต่ละคนได้เข้าถึงบริการทุกด้านอย่างเหมาะสมและทั่วถึง โดยหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม

(1.2) ยุทธศาสตร์การบริการเชิงรุกทั้งนี้มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) เพิ่มการเข้าถึงผู้ติดยาเสพติดในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่ระบบบริการตามมาตรฐานของประเทศไทยในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างครบวงจร

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

3) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

(1.3) ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยและประเมินผลทั้งนี้ มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) พัฒนาระบบข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

2) ศึกษาวิจัยผลกระทบของการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงนโยบายและวิธีการดำเนินงาน

3) ติดตามและประเมินผลนโยบายและการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด<sup>31</sup>

### 2.3.3 รูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1) รูปแบบการดำเนินการตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดทั่วโลก มีการดำเนินงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

เวทีและองค์การระหว่างประเทศได้เสนอแนะและสนับสนุน ให้มีนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้<sup>32</sup>

(1) สมัชชาองค์การสหประชาชาติ

Resolution of the United Nations General Assembly High-Level Meeting on HIV/AIDS (June 2006)

Declaration of Commitment of HIV/AIDS by the United Nations General Assembly 26<sup>th</sup> Special Session (UNGASS) 27<sup>th</sup> June 2001

(2) องค์การอนามัยโลก

(3) สำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรมรวมทั้งกรมวิชาการด้านยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ

<sup>31</sup>จาก “ยุทธศาสตร์ มาตรการและวิธีการดำเนินการ” โดยแพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ ผ.อ.ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, รายงานสรุปการปฏิบัติงานล่าม การเสวนาเรื่อง “นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” จัดทำโดยคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะกรรมการประชากรและการพัฒนา, 4 มี.ค. 2553 เวลา 9.00-16.30 น., ณ ห้องประชุมคณะกรรมการหมายเลข 310 อาคารรัฐสภา 2.

<sup>32</sup>จาก นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ทางเลือกใหม่ประเทศไทย (น. 25-28), โดย วิโรจน์ วีรชัย, 2553 ลิขสิทธิ์ 2553 โดยกระทรวงการต่างประเทศ.

### โครงการ โรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ

WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Target for HIV Prevention, Treatment and Care for injecting Drug Users (2009)

Universal access for PWUD to all HIV and AIDS treatment is articulated in the WHO/UNAIDS: An Essential Practice Guide

(4) สำนักงานข้าหลวงใหญ่ด้านสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

(5) สหพันธ์สภาอากาศและสภาลียววงเดือนระหว่างประเทศ (IFRC)

ในปี 2551 เลขานุการองค์การสหประชาชาติ (United Nations) นายบัน คี มูน ได้กล่าวว่าการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้ากลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสยังไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงทางบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและสิทธิมนุษยชน เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หญิงบริการ กลุ่มชายรักชาย และผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด<sup>33</sup>

และเพื่อให้ประเทศในเอเชียและแปซิฟิกได้ดำเนินการเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) WHO ได้จัดทำข้อเสนอกลยุทธ์ในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (A strategy for harm reduction in Asia and the Pacific) โดยให้แต่ละประเทศจัดทำแผนงานระดับชาติในการดำเนินการดังนี้

Understanding the twin epidemic of injecting drug use, HIV and other blood borne viruses

Identifying the barriers to scaling-up of harm reduction services and to the achievement of Universal Access together with the development of realistic mechanisms and strategies to overcome these barriers

Setting realistic targets – taking into account capacity of both human and financial responses are already in place and which elements are lacking or inadequate

Developing appropriate advocacy strategies that will focus on specific issues

Developing a costed plan of action to address gaps in capacity to reach set targets steps potential sources of required technical assistance as necessary

WHO, UNODC, UNAIDS ให้แนวทางสำหรับประเทศเพื่อกำหนดมาตรการการเข้าถึงการรักษา (Universal Access) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เสพยาโดยวิธีฉีดแบบองค์รวมประกอบด้วย

---

<sup>33</sup>อ้างอิงใน เรื่องเดิม.

1. การออกไปให้บริการในชุมชนโดยเน้นรูปแบบ และวิธีการเพื่อนช่วยเพื่อน (Community outreach)

2. การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ กับผู้ติดยาและ  
คู่นอน

3. การเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด

4. การบำบัดรักษาการติดยาโดยการให้ยาทดแทน

5. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

6. การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การแจกถุงยางอนามัย สำหรับผู้ติดยา  
และคู่นอน

7. การดูแลรักษาเอคส์รวมทั้งการรับยาต้านไวรัส การป้องกัน การวินิจฉัย และการ  
รักษาวัณโรค โรคฉวยโอกาสอื่นๆ

8. การดูแลทางสาธารณสุขพื้นฐานรวมทั้งการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และ การ  
ดูแลปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยา

9. สนับสนุนนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง<sup>34</sup>

ทั้งนี้ในส่วนของประเทศต่างๆก็ได้จัดรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด  
เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดของประเทศตนนั้นได้เลือกเข้ารับบริการในรูปแบบต่างๆที่  
เหมาะสมกับปัญหาของตนได้ ดังนี้

1. โปรแกรมเข็มและกระบอกฉีด (Needle and Syringe Programs) โปรแกรมการ  
แลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดเป็นการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายมากกว่าวิธีการดำเนินงาน  
รูปแบบอื่นก็ว่าได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามี  
การดำเนินงานในยุโรป ออสเตรเลีย และบางส่วนของอเมริกาเหนือ ซึ่งปัจจุบันได้มีการดำเนินการ  
โครงการดังกล่าวในประเทศกำลังพัฒนามากขึ้น ทั้งนี้สามารถดำเนินการ โครงการดังกล่าวนี้ควบคู่  
กับวิธีการอื่น เช่นการทำกิจกรรมในชุมชน โดยใช้เพื่อนผู้ติดสารเสพติดในการช่วยเพื่อนและเน้น  
การดำเนินการให้เข้าถึงกลุ่มคนชายขอบ เช่นกลุ่มที่ทำงานบริการทางเพศและคนที่ติดคุก เป็นต้น

2. การให้เมธาโดนและการให้การบำบัดแบบทดแทนอื่นๆ (Methadone and other  
replacement therapies) โดยเมธาโดนจะนำมาใช้เพื่อเป็นสารทดแทนสารเสพติดในกลุ่มอนุพันธ์  
ฝิ่น เช่น เฮโรอีน ซึ่งถือเป็นการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการอยากยา ทั้งเป็นการลดอาการป่วยที่เกิดจาก  
การขาดสารเสพติดที่ใช้เป็นปกติ (WHO. 1992)

<sup>34</sup>อ้างอิงใน เรื่องเดิม.

3. ออกใบสั่งยาให้เฮโรอีน (Heroin Prescribing) การออกใบสั่งยาให้กับเฮโรอีนในทางเภสัช (Diamorphine) ให้กับคนติดยาเฮโรอีนมีอยู่ในบางประเทศ ซึ่งถือว่าการช่วยแก้ปัญหาให้กับทั้งบุคคลและสังคม ทั้งนี้ถือว่าเมธาโดนเป็นสารทดแทนเฮโรอีนที่มีอยู่โดยทั่วไป แม้ว่าผู้ติดยาบางคนอาจจะไม่ชอบผลจากการใช้เมธาโดนและไม่สามารถใช้เมธาโดนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติดยาได้ ดังนั้น การให้ใบสั่งยาเฮโรอีนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการกับปัญหาโดยการให้ใบสั่งเฮโรอีนอาจจัดให้เฉพาะคลินิกบางแห่ง

4. การลดโทษและอันตรายที่เกี่ยวข้องทางอาญาในการใช้สารเสพติด การลดโทษหรือลดความเป็นอาชญากรในการเสพยาเสพติดนำมาซึ่งการควบคุมการลงโทษและลงโทษทางอาญา (United Nations office for Drug Control and Crime Prevention-UNDCP . 2000:18) ทั้งนี้การลดการลงโทษไม่จำเป็นต้องมีการบัญญัติแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย แต่อาจจะให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือพนักงานสอบสวนในการออกคำสั่งใดๆ ในการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ให้ผู้ได้รับคำสั่งปฏิบัติก็ได้

5. ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการสื่อสาร (Information, Education and Communication – IEC) องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization. 1998) กล่าวว่าไว้ว่าการใช้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการสื่อสาร (IEC) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการกับเรื่อง การติดยาเฮโรอีนในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดแบบฉีด หลักการของ IEC จะกล่าวถึงการลดอันตรายได้หลายด้านและหลายรูปแบบ เช่น เรื่องการใช้ยาเกินขนาด การจัดทำสื่อประเภทต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลแก่สังคม เช่น โบปลิว วีดีโอ อินเทอร์เน็ต

6. การจัดห้องนิรภัยที่ปลอดภัยและการเสพยาเสพติดอื่นๆ ทั้งนี้เป็นการสร้างหรือจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดอันตรายทั้งต่อผู้เสพยาและกับชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีห้องเสพยาได้แก่ การลดการใช้ยาเกินขนาด การป้องกันการติดเชื้อโรค และเป็นการจัดให้มีการเข้าถึงการบำบัดรักษา ผลต่อชุมชน คือการป้องกันการติดเชื้อมึนติดยาไม่เป็นที่เป็นทาง และการลดภาพการติดยาเสพติดในที่สาธารณะ

7. การทดสอบเม็ดยาและจัดระบบการเตือนที่เกี่ยวข้องกัน (Pill testing and allied warning systems) เมื่อเทียบกับยาที่ถูกต้องตามกฎหมายแล้วพบว่า ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายมีองค์การที่ควบคุมคุณภาพยาน้อยมาก รวมถึงการบรรจุหรือแจกจ่ายด้วยก็ไม่มีองค์การใดๆ ทำการควบคุมมาตรฐานและความปลอดภัย จึงพบว่ามีกรณีตรวจพบอันตรายจากการผลิตยา และสารเสพติดหลายประการด้วยกัน

8. การสัมภาษณ์ที่เป็นแรงจูงใจ (Motivation interviewing) การให้บริการแก่ผู้ติดยาขององค์กรต่างๆ ต้องให้บริการที่เป็นมิตร เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาและการทำกิจกรรมนอกสถานที่

ซึ่งต้องการให้มีการติดต่อระหว่างผู้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับสารเสพติด ทั้งนี้ต้องการให้มีการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสัมภาษณ์ที่เป็นการสร้างแรงจูงใจจึงเป็นการพูดคุยหรือให้คำปรึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ติดยา และเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ลดการต่อต้านมากที่สุด ทั้งยังเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกด้วย<sup>35</sup>

2) รูปแบบการดำเนินการตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย มีการดำเนินงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการลดภาวะพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดด้วยวิธีหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติดแบบครบวงจรอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ประกอบด้วยบริการ 10 ด้าน ได้แก่

1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองเกี่ยวกับเอชไอวี และยาเสพติด

2) การฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด

3) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช และการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด

4) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลรักษา

5) การแจกถุงยางอนามัย

6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7) การบำบัดรักษายาเสพติด โดยใช้สารทดแทนรวมถึงเมธาโดน

8) การบริการแลกเปลี่ยนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา

9) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคมและการป้องกันการเสพยาซ้ำ<sup>36</sup>

<sup>35</sup>จาก การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสื่อและกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น (น.28-31), โดย มณฑิรา อินคชสาร, 2551 igit 2551 โดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.

<sup>36</sup>จาก นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (รายงานสรุปการปฏิบัติงานลุ่มจัดทำโดย คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนา), โดย ศาสตราจารย์กานทิณี กุลละวณิชย์ (ประธานคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนาในคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา), เมื่อวันที่ 4 มี.ค. 2553 เวลา 9.00-16.30 น., ณ ห้องประชุมคณะกรรมการหมายเลข 310 อาคารรัฐสภา 2.

## 2.4 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศไทย

2.4.1 ทฤษฎีจุดมุ่งหมายของการลงโทษทางอาญา โครงสร้างของความผิดอาญา และมาตรการบังคับทางอาญา

### 1. ทฤษฎีจุดมุ่งหมายของการลงโทษทางอาญา

#### 1) เพื่อยับยั้งข่มขู่(Deterrence)

เหตุผลสำคัญที่สุดในการบังคับใช้กฎหมายอาญา ได้แก่ การใช้กฎหมายเพื่อการยับยั้ง มิให้บุคคลอื่นเอาเยี่ยงอย่างด้วยการกระทำผิดเช่นเดียวกับผู้ที่ถูกลงโทษ กฎหมายสันนิษฐานต่อไปโดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า เมื่อผู้ประพฤติฝ่าฝืนกฎหมายถูกลงโทษยิ่งรุนแรงเท่าใด ก็ยิ่งมีผลในการยับยั้งหรือข่มขู่ผู้อื่นมิให้กระทำความผิด ในกรณีที่บุคคลใดก็ตามจะกระทำความผิดอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ผู้นั้นจะมีความยับยั้งเพราะได้รับบทเรียนจากตัวอย่างที่ประสบแล้ว

#### 2) เพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด

นักทฤษฎีอาชญาวิทยาได้ตั้งข้อสันนิษฐานว่ากฎหมายอาญาควรใช้บังคับโดยความมุ่งหมายในการแก้ไขผู้กระทำความผิด ถ้าสังคมนำกฎหมายไปใช้เพื่อปรับปรุงความประพฤติของผู้กระทำความผิด ก็เป็นที่เชื่อได้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถกลับตนเป็นพลเมืองที่เคารพกฎหมายได้ หมายความว่าผู้กระทำความผิดควรมีสติปัญญาเพียงพอที่สามารถเปลี่ยนแปลงความประพฤติและรับการศึกษาอบรมได้ เหตุผลในการบังคับใช้กฎหมายตามวัตถุประสงค์นี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกับการที่เราไม่ลงโทษบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งสอบไม่ตก หรือประกอบการทำงานไม่ได้ ดังนั้น จึงไม่ควรลงโทษผู้กระทำความผิดซึ่งช่วยตนเองไม่ได้

### 2. โครงสร้างของความผิดอาญา

แม้ว่าประเทศไทยได้รับเอาระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมายมาใช้เป็นเวลานานแล้วก็ตาม แต่ปัจจุบันก็ยังมิมีปัญหาเกิดขึ้นเสมอเกี่ยวกับความเข้าใจระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (Civil Law) ทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาของกฎหมาย (Legal contents) และนิติวิธี (justice method) ในทางกฎหมายอาญาก็เช่นกัน นักกฎหมายเรายังมีความเห็นแตกต่างกันไปในปัญหาต่างๆหลายประการ ความเห็นที่แตกต่างกันในการวิเคราะห์ปัญหาในหลายๆเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องโครงสร้างความผิดอาญา ทั้งนี้คงเนื่องมาจากการพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันระหว่างระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (Civil Law) และระบบกฎหมายแบบคอมมอนลอว์ (Common Law)<sup>37</sup>

<sup>37</sup>จาก “โครงสร้างความผิดอาญา : ความแตกต่างในระบบกฎหมาย” โดย แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2529, วารสารนิติศาสตร์, 14(4), น.1-21.

### 1) โครงสร้างความคิดอาญาของคอมมอนลอว์ (Common Law)

หลักเกี่ยวกับ “ความคิดอาญา” ของคอมมอนลอว์ (Common Law) มีว่า “Actus non facit reum, nisi mens sit rea” ซึ่งหมายความว่า

“การกระทำไม่ทำให้ (ผู้กระทำของการกระทำนั้น) เป็นความผิด หากไม่มีจิตใจที่ชั่วร้าย กล่าวคือ จิตใจที่เป็นอาชญากรรม เจตนาและการกระทำทั้งสองอย่างนี้ต้องประกอบกันจึงจะทำให้เป็นความผิดอาญา”<sup>38</sup>

ความรับผิดชอบทางอาญาตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์แบ่งการพิจารณาออกเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นภาวะวิสัยและส่วนที่เป็นอัตตวิสัย การพิจารณาส่วนที่เป็นภาวะวิสัยหมายถึงการพิจารณาส่วนที่เป็นกรกระทำของบุคคลซึ่งเข้าข่ายเป็นการกระทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย (Actus Reus) การพิจารณาส่วนที่เป็นอัตตวิสัยหมายถึง การพิจารณาส่วนที่เป็นจิตใจของบุคคลซึ่งดูที่การมีเจตนา ร้ายหรือจิตใจที่ชั่วร้าย (Men Rea)

ดังนั้นองค์ประกอบของความคิดในระบบคอมมอนลอว์นั้น จึงได้แก่

(1) การกระทำความผิด (Actus Reus) หมายถึง การกระทำในสิ่งที่กฎหมายบัญญัติไว้ว่าเป็นความผิด จุดเริ่มต้นของการพิจารณาความรับผิดชอบคือ จะต้องมีการกระทำเพราะกฎหมายอาญามุ่งลงโทษสิ่งที่เป็นกรกระทำจะไม่ลงโทษสิ่งที่เป็นความคิด

หลัก Actus Reus เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในความคิดอาญา หากพิจารณาจากลายลักษณ์อักษรของ Actus Reus หมายถึงการกระทำที่เป็นความผิด โดยนักทฤษฎีทางนิติศาสตร์พยายามจะกำหนดบทนิยามของการกระทำ โดยบางท่านอธิบายว่า “การกระทำ” คือการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใจสมัคร แม้ว่าบางกรกระทำอาจจำเป็นต้องพิจารณาพฤติการณ์ภายนอก และผลของการกระทำนั้นด้วย ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาเรื่องหลักความรับผิดชอบทางอาญา จึงอาจกล่าวได้ว่า Actus Reus หมายถึงการกระทำความผิดและไม่ใช่ความผิดธรรมดา และรวมไปถึงพฤติการณ์แวดล้อมและผลของการกระทำประกอบด้วย<sup>39</sup>

โดยสรุปแล้ว คำว่า “การกระทำ (Actus) ตรงกับคำว่า Act หมายถึง การกระทำ โดยประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ประการ คือ อริยาบท พฤติการณ์ประกอบอริยาบท และผลของอริยาบท และพฤติการณ์ประกอบอริยาบทนั้น

<sup>38</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 96-97), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นกร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>39</sup> From Criminal law in a nutshell (pp. 136-137), by A. H. Loewy, 1984, Minnesota: West publishing co. Copyright 1975 by West publishing Co.

ส่วน Reus ตรงกับคำว่า “Wrong” หมายถึง ความผิด เป็นการพิจารณาว่าการกระทำนั้น มีกฎหมายบัญญัติว่าเป็น “ความผิด” หรือไม่ ซึ่งในที่นี้จะต้องพิจารณาตามบทบัญญัติของกฎหมาย ถ้าหากไม่มีกฎหมายกำหนดว่าเป็นความผิด ก็ถือว่าขาดองค์ประกอบของความผิดแล้ว การพิจารณา ส่วนนี้เรียกว่า “Reus”

(2) เจตนาร้าย (Mens Rea) คือสิ่งที่บอกสถานะที่แท้จริงของจิตใจอันเกี่ยวกับจิตใจที่ชั่วร้าย (evil mind) นอกจากนี้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ คำว่า เจตนาร้าย ครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็น การกระทำโดยเจตนา (Intention) และส่วนที่เป็น การกระทำประมาทโดยรู้ตัว (Recklessness)

อาจกล่าวได้ว่า Mens Rea นี้เป็นองค์ประกอบภายในของความผิดอาญา และถือเป็นแนวคิดที่สำคัญของกฎหมายอาญาสารบัญญัติ ทั้งนี้ตามความเป็นจริง Mens Rea นี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความผิดอาญาแต่ละประเภทอีกด้วย โดย Mens Rea ถือเป็นเจตนาร้ายที่ไม่จำเป็นต้องพิจารณาว่าผู้กระทำความผิดรู้ถึงความชั่วร้ายของตนหรือไม่ และไม่จำเป็นต้องคำนึงว่าสิ่งที่ตนทำไปผิดต่อหลักศีลธรรม<sup>40</sup>

นอกจากนี้กฎหมายคอมมอนลอว์ยังพิจารณาเรื่อง

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล (Causation) โดยปัญหาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลนี้ถือเป็นเงื่อนไขความรับผิดชอบทางอาญา เช่น จำเลยตั้งใจเล็งปืนไปที่เหยื่อ ในจุดที่เป็นอวัยวะสำคัญ (หัวใจ) และผลจากการกระทำทำให้เหยื่อตายในทันที ผู้กระทำจึงถือเป็นฆาตกรตามความผิดฐานฆ่าผู้อื่น เมื่อการกระทำทุกอย่างครบเพื่อให้บรรลุผลของการกระทำ<sup>41</sup>

ทั้งนี้ในการพิจารณาเรื่องดังกล่าวนี้ เป็นการพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างการกระทำและผลของการกระทำ โดยต้องพิจารณาว่าการกระทำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผลของการกระทำหรือไม่อย่างไร ผลของการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำนั้นหรือไม่ เป็นผลโดยตรงหรือผลโดยอ้อม ตัว Causation เปรียบได้กับสะพานเชื่อมระหว่างการกระทำและผล

(4) ความสอดคล้องต้องกันระหว่างการกระทำและผล (Concurrence) หมายถึง การพิจารณาว่าเจตนาที่มุ่งร้ายนี้ มีความสอดคล้องต้องกันกับการกระทำหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อความชัดเจน อาจกล่าวได้ว่าเป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำผิด (Actusreus) และเจตนาชั่ว (Mensrea) ที่ก่อให้เกิดการกระทำผิดอาญา ทั้งนี้ยกเว้นความผิดโดยเคร่งครัด ในทาง

<sup>40</sup> From Criminal Law (pp. 120-122), by M. Jefferson, 1997, London: Pitman publishing. Copyright 1997 by Pearson professional Ltd.

<sup>41</sup> From Criminal law in a nutshell (pp. 49-53), by A. H. Loewy, 1984, Minnesota: West publishing co. Copyright 1975 by West publishing Co.

ทฤษฎีถ้าหากการกระทำชั่ว (Actusreus) ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวเจตนาชั่ว (Mensrea) ก็ไม่อาจถือได้ว่าความผิดทางอาญาได้เกิดขึ้นแล้ว<sup>42</sup>

## 2.) โครงสร้างความผิดอาญาของซีวิลลอว์ (Civil Law)

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “ความผิดอาญา” (Verbrechen / crime) โดยทั่วไปเราจะนึกถึงความผิดอาญาฐานต่างๆในประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด เพราะประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิดได้บัญญัติถึงความผิดอาญาฐานต่างๆ โดยบรรยายละเอียดเกี่ยวกับการกระทำที่ประกอบขึ้นเป็นความผิดอาญาฐานนั้นๆไว้ ซึ่งถ้าเรานึกถึงความผิดอาญาในทำนองดังกล่าวเราจะเห็นว่าความผิดอาญาฐานต่างๆ มิได้มีรายละเอียดการกระทำหรือส่วนประกอบต่างๆที่เหมือนกัน แม้กระนั้นก็ตามจากการศึกษาของนักนิติศาสตร์ภาคพื้นยุโรป โดยเฉพาะนักนิติศาสตร์เยอรมันพบว่าความผิดอาญาทุกฐาน มีข้อสาระสำคัญที่เหมือนกัน ซึ่งถ้าขาดข้อสาระสำคัญแล้วแม้เพียงข้อสาระสำคัญเดียว การกระทำนั้นจะไม่เป็น “ความผิดอาญา” ข้อสาระสำคัญ ที่เหมือนกันของความผิดอาญาทุกฐานนี้ จึงประกอบขึ้นเป็น “โครงสร้างของความผิดอาญา” (Verbrechensaufbau / Structure of crime)<sup>43</sup>

โดย “โครงสร้างของความผิดอาญา” ประกอบด้วยข้อสาระสำคัญสามประการคือ<sup>44</sup>

1. เป็นการกระทำที่มี “การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” (Tatbestandsmassigkeit) หรือไม่

องค์ประกอบของความผิดอาญาโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น “องค์ประกอบภายนอก” และ “องค์ประกอบภายใน”

“องค์ประกอบภายนอก” ประกอบด้วย ผู้กระทำ การกระทำ กรรมของการกระทำ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล และในบางกรณีอาจมีส่วนพิเศษอื่นๆด้วย เช่น เวลา กลางคืนในความผิดอาญาฐานลักทรัพย์ เป็นต้น

“องค์ประกอบภายใน” ประกอบด้วย เจตนา ประมาท มูลเหตุชกุงใจ และองค์ประกอบภายในอื่น เช่น การไตร่ตรองไว้ก่อน เป็นต้น

<sup>42</sup> *Concurrence*. Retrieved August 7, 2013 from <https://en.wikipedia.org/wiki/Concurrence>.

<sup>43</sup> จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น.29-30), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>44</sup> จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 103-104), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

“การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” นี้อาจครบเพียงในชั้นพยายามกระทำความผิด หรือครบในชั้นเตรียมกระทำความผิดในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดในการกระทำในชั้นเตรียมกระทำความผิด<sup>45</sup>

2. เป็นการกระทำที่มี “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) หรือไม่

ดังกล่าวมาแล้วว่าการกระทำจะเป็นความผิดก็ต่อเมื่อกรณีไม่มี “เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้” ในการพิจารณาการกระทำใดการกระทำหนึ่งต่อไปเมื่อเป็น “การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” แล้วก็ต้องพิจารณาว่ามี “เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้” หรือไม่นั่นเอง<sup>46</sup>

3. เป็นการกระทำที่มี “ความชั่ว” (Schuld) หรือไม่

“ความชั่ว” เป็นเรื่องของ “ความรู้ผิดชอบ” บุคคลที่จะสามารถมีความรู้ผิดชอบโดยปกติคือผู้ที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว “ความชั่ว” ของบุคคลอาจจะเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งคือ ไม่มีความชั่วเลย มีความชั่วอย่างจำกัด และมีความชั่วที่บริบูรณ์

โดยที่ “ความชั่ว” เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผิดอาญา และตามที่กล่าวมาแล้วว่าผู้ที่จะถูกดำเนินคดี หรือมีความช่วนั้น จะต้องเป็นบุคคลธรรมดาเท่านั้น นิติบุคคลไม่มีชีวิตจิตใจจึงไม่อาจมีความรู้ผิดชอบ นิติบุคคลจึงมีความชั่วไม่ได้<sup>47</sup>

ทั้งนี้ในข้อสาระสำคัญทั้งสามประการในโครงสร้างของความผิดอาญานั้น หากขาดข้อสาระสำคัญประการหนึ่งประการใดแล้วการกระทำนั้น ย่อมไม่เป็นความผิดอาญา (Verbrechen / crime) และข้อสาระสำคัญทั้งสามประการของความผิดอาญานี้ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเรียงลำดับจากข้อสาระสำคัญในทางรูปแบบคือ “การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” (Tatbestandsmassigkeit) ไปสู่ข้อสาระสำคัญในทางเนื้อหา คือ “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) และ “ความชั่ว” (Schuld) และในข้อสาระสำคัญในทางเนื้อหาด้วยกันนั้น “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) จะมาก่อน “ความชั่ว” (Schuld)<sup>48</sup> อีกด้วย

ข้อเท็จจริงที่อยู่นอกโครงสร้างของความผิดอาญา มี 2 ประการคือ

1. เหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวและ

<sup>45</sup>จาก ประมวลกฎหมาย : หลักกฎหมายและพื้นฐานการเข้าใจ (น.250-251), โดย ศาสตราจารย์ ดร. คณิต ฅ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>46</sup>แหล่งเดิม.

<sup>47</sup>แหล่งเดิม.

<sup>48</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 102-105), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฅ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

## 2. เหตุเพิ่มโทษเฉพาะตัว

“เหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัว” คือ ข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ที่อยู่นอกโครงสร้างของความผิดอาญา และเป็นข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดเป็นการเฉพาะตัว<sup>49</sup>

โดยเหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวมีอยู่ 2 ประเภทคือ “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” และ “เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว”

“เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” คือข้อเท็จจริงแห่งเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรง กับผู้กระทำความผิดที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ“ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) ของการกระทำความผิด และ “ความชั่ว” (Schuld) ของผู้กระทำความผิด ซึ่งเนื่องจากเหตุผลในทางนโยบายในทางอาญา การลงโทษผู้กระทำความผิดย่อมเป็นอันตกไป<sup>50</sup>

“เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว” คือข้อเท็จจริงแห่งเรื่องในตัวผู้กระทำความผิดที่ไม่ขึ้นอยู่กับ “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) และ “ความชั่ว” (Schuld) ที่ย้อนหลังไปจัดการลงโทษซึ่งมีอยู่เดิมออกไป เพราะความสมควรลงโทษซึ่งมีอยู่เดิมนั้นไม่มีอีกต่อไป<sup>51</sup>

กรณีที่มีการกระทำความผิดอาญาและมี “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” หรือมี “เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว” นั้นจะเห็นได้ว่า “โครงสร้างของความผิดอาญา” ยังครบบริบูรณ์ทุกประการ “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” ที่มีอยู่หรือ “เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว” ที่เกิดขึ้นนั้นมิได้ทำให้ความไม่ถูกต้องที่สมควรลงโทษสำหรับการกระทำนั้นเปลี่ยนแปลงไปแต่ประการใด แต่ในกรณีที่มีเหตุดังกล่าวมาแล้วนั้น กฎหมายเห็นว่าเป็นกรณีที่มีเหตุผลที่เป็นพิเศษนอกเหนือที่ยังไม่สมควรลงโทษผู้กระทำเท่านั้น<sup>52</sup>

ประเทศไทยเราได้รับเอาระบบซีวิลล์ (Civil Law) มาใช้ และในการร่างประมวลกฎหมายอาญาฉบับปัจจุบันนั้น อิทธิพลความคิดทางกฎหมายอาญาของเยอรมันก็น่าจะมีอยู่ไม่น้อย ดังนั้นในการพิจารณา “ความผิดอาญา” ของประเทศไทยก็ควรที่จะศึกษาและวิจัยในเรื่อง “โครงสร้างของความผิดอาญา” ตามแบบของระบบกฎหมายซีวิลล์ลอว์ (Civil Law)

### (3) มาตรการบังคับทางอาญา

<sup>49</sup>จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 35), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>50</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 115-117), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>51</sup>แหล่งเดิม.

<sup>52</sup>จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 36), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

“มาตรการบังคับทางอาญา”ตามประมวลกฎหมายอาญามี 2 มาตรการ คือ “โทษ” และวิธีการเพื่อความปลอดภัย” ซึ่งต่างเป็นมาตรการบังคับทางอาญา หลักกฎหมายอาญาในปัจจุบันจึงเป็นกฎหมายอาญาที่เรียกว่า “กฎหมายอาญาคู่ขนาน”<sup>53</sup> กล่าวคือ

“กฎหมายอาญา” คือ บรรดากฎหมายทั้งหลายที่ระบุถึงความผิดอาญา โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่น และเป็นกฎหมายที่กำหนดให้ความผิดอาญาเป็นเงื่อนไขของการใช้โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่นนั้น<sup>54</sup>

“โทษ” เป็นมาตรการบังคับทางอาญา (Criminal Sanction) ดั้งเดิมที่สุด และจนถึงบัดนี้ยังไม่มีสิ่งอื่นมาทดแทนโทษ อย่างไรก็ตามในต่างประเทศนั้น ได้มีแนวโน้มในการพัฒนาในเรื่องโทษดั้งเดิมไปในทิศทางที่จะใช้มาตรการอย่างอื่นมาทดแทนโทษดั้งเดิม<sup>55</sup>

“วิธีการเพื่อความปลอดภัย” หมายถึง มาตรการบังคับทางอาญา ที่ใช้กับผู้กระทำความผิด เพื่อให้สังคมปลอดภัยจากการกระทำความผิดของผู้กระทำความผิดนั้นในอนาคต

“วิธีการเพื่อความปลอดภัย” เป็น “มาตรการบังคับทางอาญา” ที่เกิดขึ้นใหม่ในกฎหมายอาญาของไทยเรา และเป็น “มาตรการบังคับทางอาญา” ที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่า “โทษ” เพราะในบางกรณีการใช้โทษหรือล้าพังเพียงการใช้โทษไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักประกันว่าสังคมจะปลอดภัย

อาจกล่าวได้ว่า การใช้โทษเป็นการกระทำเพื่อข่มขู่ผู้กระทำความผิดเอง และเป็นการข่มขู่ผู้อื่นไม่ให้เอาเยี่ยงอย่าง โทษจึงเป็นเรื่องของ “การป้องกันทั่วไป” (General prevention) ส่วนวิธีการเพื่อความปลอดภัยนั้นกระทำเพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดนั้นเองไปก่ออันตรายต่อสังคมอีกในอนาคต วิธีการเพื่อความปลอดภัยจึงเป็นเรื่องของ “การป้องกันพิเศษ” (Special prevention)<sup>56</sup>

ทั้งนี้วิธีการเพื่อความปลอดภัย มีจำกัดอยู่เฉพาะที่กำหนดในประมวลกฎหมายอาญาเท่านั้น “การพักใช้หรือถอนใบอนุญาตขับขี่” ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522 มาตรา

<sup>53</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 411), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>54</sup>แหล่งเดิม น.33.

<sup>55</sup>แหล่งเดิม น.379.

<sup>56</sup>แหล่งเดิม น.412.

162<sup>57</sup> ก็ถือเป็น “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” เช่นเดียวกันเพราะถือเป็นการป้องกันพิเศษ มิให้ผู้ซบชู้ ก่ออันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สินของผู้อื่นในอนาคตต่อไป

การใช้มาตรการบังคับทางอาญา โดยการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภยนั้น ศาลต้อง พิจารณาหลักอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการใช้ด้วย หลักดังกล่าวได้แก่ “หลักความสมควรแก่เหตุ” เป็นหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจรัฐของพนักงาน กล่าวคือ การใช้อำนาจรัฐนั้น ต้องใช้ให้ เหมาะสมกับพฤติการณ์แห่งเรื่องเป็นกรณีแต่ละกรณีไป ฉะนั้น ในเบื้องต้นศาลต้องพิจารณาให้ถ่อง แท้และศาลต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคตด้วย<sup>58</sup>

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา ในส่วนที่ เกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดนั้น กฎหมายกำหนดให้ศาลนำวิธีการเพื่อความปลอดภยประเภท “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” มาใช้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันความปลอดภัยสาธารณะและเพื่อบำบัดรักษาผู้ ติดยาเสพติดอีกวิธีการหนึ่งดังแสดงตามบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายอาญา ดังนี้

“มาตรา 48 ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคนจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็น การไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

“มาตรา 49 ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือพิพากษาว่ามี ความผิดแต่รอการ กำหนดโทษ หรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้น ได้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับ การเสพยาสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่า บุคคล นั้นจะต้อง ไม่เสพยาสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่ เกินสองปีนับแต่วันพ้น โทษ หรือวันปล่อยตัวเพราะรอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษก็ได้

ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรกไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาล จะสั่งให้ส่งไปคุม ตัวไว้ในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกินสองปีก็ได้”

ดังนั้น ความมุ่งหมายของการ “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” คือ

<sup>57</sup>มาตรา 162 “ในคดีที่ผู้ซบชู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ หรือ กฎหมายอื่นเกี่ยวกับรณนั้นๆ นอกจากจะได้รับการลดโทษตามบทบัญญัติดังกล่าวแล้ว ถ้าความปรากฏแก่ศาลว่า หากให้ผู้ นั้นซบชู้ต่อไปอาจเกิดอันตรายแก่บุคคล หรือทรัพย์สินของผู้อื่น ศาลมีอำนาจสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ซบชู้ของผู้นั้นได้”.

<sup>58</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 415), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

1. เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยสาธารณะชนจากผู้กระทำความผิดที่เนื่องจากเขาปราศจาก “ความชั่ว” (Schuld) เพราะจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ที่ไม่สามารถลงโทษผู้กระทำความผิดได้ แต่ผู้กระทำความผิดยังเป็นผู้ที่เป็นอันตรายต่อความมั่นคงสาธารณะอยู่ หรือ

2. เพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวข้องกับสุราเป็นอาจิน หรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษไปกระทำความผิดขึ้นอีก

การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสาธารณะชนจากผู้กระทำความผิดที่ปราศจาก “ความชั่ว” นั้นมีความสำคัญ เพราะผู้กระทำความผิดบางคนอาจไม่มีทางรักษาให้หายขาดจากความวิกลจริตได้ และยากยิ่งไปอีกก็คือ ผู้กระทำความผิดบางคนไม่อาจวินิจฉัยลงความเห็นในทางการแพทย์ได้ว่าเป็นผู้วิกลจริตหรือไม่<sup>59</sup>

สำหรับวิธีการเพื่อความปลอดภัยประเภท “การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลสำหรับผู้เสพสุราเป็นอาจินหรือผู้ติดยาเสพติดให้โทษ” นั้น

“การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” สำหรับผู้เสพสุราเป็นอาจิน หรือผู้ติดยาเสพติดให้โทษนี้คือ กรณีตามมาตรา 49

“การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” ในกรณีนี้นอกจากจะกระทำเพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดไปกระทำความผิดซ้ำแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงการเป็นมาตรการบำบัดอีกด้วย<sup>60</sup>

#### 2.4.2 กฎหมายยาเสพติดและกฎหมายสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวนมาก กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย มีกฤษฎีกาเป็นพระราชบัญญัติจำนวน 17 ฉบับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มได้ดังนี้<sup>61</sup>

กฎหมายที่กำหนดอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการปราบปรามยาเสพติด

1. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 กฎหมายที่เน้นตัวยาแต่ละกลุ่ม

2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

3. พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518

4. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533

<sup>59</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 478-479), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>60</sup>จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 480), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

<sup>61</sup>อ้างถึงใน มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของประเทศไทย (น.25), โดย จุฑามาศ พุทธิวิญญู, 2553. ลิขสิทธิ์ 2553 โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. พระราชบัญญัติควบคุมโรคกักกัน พ.ศ.2495
6. พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.2535  
กฎหมายที่เน้นมาตรการเฉพาะเรื่อง
7. พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ.  
2534
8. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
9. พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.2522
10. พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522
11. พระราชบัญญัติให้อำนาจทหารเรือปราบปรามการกระทำความผิดบางอย่างทาง  
ทะเล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2534
12. พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479
13. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542
14. พระราชบัญญัติความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องทางอาญา พ.ศ.2535
15. พระราชบัญญัติส่งผู้ร้ายข้ามแดน พ.ศ.2472
16. พระราชบัญญัติการปฏิบัติเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศในการดำเนินการตาม  
คำพิพากษาคืออาญา พ.ศ.2527

#### 17. พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509

จากการศึกษาการจําแนกกฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดที่มีอยู่ในประเทศไทยทั้งหมดแล้ว โดยภาพรวมกฎหมายยาเสพติดนั้นสามารถจําแนกกฎหมายที่เกี่ยวข้องออกเป็น กฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดโดยตรง และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติด สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

#### (1)กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด ได้แก่

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545) ได้นิยามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดว่า หมายถึง กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย และกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

#### 1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545)

ได้มีการแก้ไขปรับปรุงใหม่ในปี พ.ศ.2545 ทั้งนี้เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ คือ เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ก่อนการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย ได้ใช้บังคับมานานแล้วและมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย จึงสมควร

ปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษ เป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่<sup>62</sup>

ทั้งนี้มีการแก้ไขโทษในความผิดเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครอง มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษจำนวนเล็กน้อย ให้มีโทษขั้นสูงสุดลงเพื่อให้เหมาะสมกับความผิด และให้บุคคลซึ่งต้องหว่ายาเสพติดเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงกรณีให้ศาลสามารถลงโทษได้หากมีคำสารภาพของผู้กระทำผิด ทั้งนี้พนักงานอัยการไม่จำเป็นต้องสืบพยานประกอบเสมอไป และให้ศาลสามารถใช้มาตรการการรอกำหนดโทษหรือรอกำหนดลงโทษได้อย่างกว้างขวางขึ้น

ทั้งนี้เพื่อให้วัตถุประสงค์ในการปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญในพระราชบัญญัตินี้ซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงดังนี้

(1) กำหนดให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เช่น มีอำนาจกำหนดสถานพยาบาล ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานทีอื่นใด ให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

การออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2547 ซึ่งจะมีผลให้

1. ผู้เสพยาเสพติดให้โทษ
2. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง
3. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย
4. ผู้เสพและจำหน่าย

ตามกฎหมายกำหนดก่อนความผิดปรากฏ

(2) มาตรการในการควบคุมการผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติด

- (3) มาตรการในการป้องกันและปราบปรามการติดยาเสพติด และ
- (4) มาตรการในการบำบัดรักษาและแก้ไขผู้ติดยาเสพติด

แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้ก็ได้กำหนดให้มีมาตรการในลักษณะดังกล่าว ซึ่งอาจทำให้การป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ไม่อาจประสบความสำเร็จได้<sup>63</sup>

<sup>62</sup>หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (ฉบับแก้ไขปรับปรุง 2545).

### บทบัญญัติกฎหมายที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับมาตรการลดอันตราย

ในส่วนของมาตรา 57 ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 กล่าวคือ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin) หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่หกเดือนถึงสามปี หรือปรับ ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึง หกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตาม บทบัญญัติมาตรา 91 พระราชบัญญัติเดียวกัน หรือประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ใน ประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้ายาเสพติดให้โทษซึ่งเป็นวัตถุแห่งการกระทำความผิดดังกล่าวมานั้นเป็นพืชกระท่อม ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือ ปรับไม่เกินสองพันบาท ตามบทบัญญัติมาตรา 92 พระราชบัญญัติเดียวกันนี้<sup>64</sup>

ทั้งนี้มาตรา 58 ยังวางหลักห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 2 กล่าวคือเสพยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่น (Medicinal Opium) เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งใน สาขาทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 17<sup>65</sup> และมีบทกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืน โดยต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หก

<sup>63</sup>จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวี (น. 106-108) โดย ชุตติ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิ คำนเอดส์ .

<sup>64</sup>ดู พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 7 ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

- (1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)
  - (2) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medicinal Opium)
  - (3) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตาม มาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน (Codeine Cough Syrup)
  - (4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติกคลอไรด์ (Acetyl Chloride)
  - (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม
- ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตาม มาตรา 8 (1) เพื่อประโยชน์แห่ง มาตรา นี้ คำว่า ฝิ่นยา (Medicinal Opium) หมายถึงฝิ่นที่ได้ผ่านกรรมวิธี ปรุงแต่ง โดยมีความมุ่งหมายเพื่อใช้ในทางยา

<sup>65</sup> ดู มาตรา 17 “ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย หรือมิไว้ใจครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต

เดือนถึงสามปี หรือปรับ ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึงหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามบทบัญญัติ มาตรา 91 พระราชบัญญัติเดียวกัน

ส่วนบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ขึ้นได้แก่ มาตรา 94 แห่งพระราชบัญญัตินี้ ที่ได้กำหนดไว้เพื่อยกเว้นความรับผิดตามกฎหมายให้กับผู้เสียหายเสพติด หากได้เข้ารับการบำบัดตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดก่อนที่ความผิดจะปรากฏต่อเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลเช่นว่านี้ไม่ต้องรับผิดตามที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษกำหนดไว้ ตามบทบัญญัติมาตรา ดังกล่าว โดยถือเป็นบทบัญญัติมาตราเดียวที่พูดถึงเรื่องมาตรการลดอันตราย แต่ทั้งนี้ก็พบว่า บทบัญญัติดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม เนื่องด้วยหากตีความบทบัญญัติมาตรา 94 แล้วน่าจะหมายถึง การต้องบำบัดรักษาหรือฉีดยาหรือสารทดแทนที่สถานบริการ หรือโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ซึ่ง ในความเป็นจริงการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้เสียหายเสพติด ควรจะมีลักษณะยืดหยุ่นและ กว้างขวางมากกว่านี้

## 2.พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เดิมนั้นบทบัญญัติกฎหมายในเรื่อง ยาเสพติดไม่ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการทำลาย หรือนำไปใช้ประโยชน์ซึ่งของกลาง(วัตถุ ออกฤทธิ์) ที่พนักงานยึดตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่น ทั้งในกรณีที่ไม่มีการฟ้องร้อง คดีต่อศาล และในกรณีที่มีการฟ้องคดีสู่ศาล ทำให้ภาระหน้าที่ดังกล่าวตกอยู่แก่กระทรวง สาธารณสุขในการเก็บรักษาและดูแลของกลางวัตถุ และทำให้สูญเสียงบประมาณจำนวนมาก

ดังนั้นเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ และให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ ในการ ดำเนินคดีให้เป็นไปโดยรวดเร็วและบริสุทธิ์ยุติธรรม สมควรกำหนดให้ในกรณีที่มีการยึดวัตถุออก ฤทธิ์ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่น ถ้าไม่มีการฟ้องคดีต่อศาลและไม่มีความ เป็นเจ้าของ ภายในกำหนดเวลาให้ของกลางตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข และหากมีการฟ้องคดี สู่ศาลเมื่อศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาหรือมีคำสั่งให้รับของกลางวัตถุออกฤทธิ์ ให้กระทรวง สาธารณสุขหรือผู้ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายทำลาย หรือนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ต้อง รอให้คดีถึงที่สุด และสมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติให้ศาลมีอำนาจสั่งให้บริบรควาวัตถุออกฤทธิ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ยานพาหนะ หรือวัตถุอื่นเพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่มเติมดังกล่าว

---

การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองค่านวมเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อยกรัม ขึ้นไปให้ถือว่ามิไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ กำหนดในกฎกระทรวง”.

3. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 (แก้ไข พ.ศ.2542 และ พ.ศ. 2543)

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกำหนดฉบับนี้ในปี พ.ศ.2533 คือ โดยที่ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่มีส่วนผสมของสารระเหยเป็นส่วนผสมหรือเจือปนอยู่ ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอาจถูกนำไปใช้ในทางอุตสาหกรรมก็ตาม แต่ในความเป็นจริงพบว่าหากมีการนำผลิตภัณฑ์ดังกล่าวไปสูดดม จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ประกอบกับยังไม่มีกฎหมายใช้บังคับ

สาระสำคัญของกฎหมาย เช่น

มาตรา 24/2 บัญญัติว่า ผู้ใดใช้สารระเหยบำบัดความต้องการของร่างกายหรือจิตใจ และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ โดยได้ปฏิบัติครบถ้วนตามระเบียบว่าด้วยการเข้ารับการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาและการดูแลผู้ติดยาเสพติดในสถานพยาบาลดังกล่าว จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดแล้ว ให้ผู้นั้นพ้นจากความผิดตามกฎหมายบัญญัติไว้

ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีความผิดที่ได้กระทำไปภายหลังการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจากสาระของกฎหมายดังกล่าว มีความเห็นว่ากรณีการบำบัดโดยสมัครใจในกฎหมายแต่ละฉบับนั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่แตกต่างกันไป ไม่เชื่อมโยงกันและผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดก็ยังคงเป็นอาชญากรอยู่ และจะพ้นผิดต่อเมื่อได้รับการรับรองจากเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจก่อน

4. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545)

เหตุผลในการตราและแก้ไขปรับปรุงกฎหมายฉบับนี้คือ ประการแรก เนื่องจากมาตรา 238 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติว่า ในคดีอาญาการค้นในที่รโหฐานจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะมีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งหรือหมายของศาล ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจึงสมควรกำหนดเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีหมายค้นไว้ให้ชัดเจน<sup>66</sup>

ประการที่สอง เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สมควรแก้ไของค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้ผู้ซึ่งเจ้าพนักงานได้ขอให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่ มีอำนาจดำเนินการตรวจค้น จับ

<sup>66</sup>ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2545).

หรือ ตรวจ หรือทดสอบ หรือให้รับการตรวจ หรือทดสอบว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดๆ มีสารเสพติดในร่างกายหรือไม่ รวมทั้งสมควรกำหนดมาตรการพิเศษให้เจ้าพนักงานสามารถได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารในสิ่งสื่อสารที่ถูกใช้เพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด<sup>67</sup>

ตัวอย่างของมาตรการตามกฎหมายที่กำหนดกลไกและมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ซึ่งกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน อำนาจหน้าที่ประการหนึ่งคือ ประสานงานและกำกับเกี่ยวกับการบำบัดรักษาตัวผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 13 (6)) สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน รวมทั้งประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (มาตรา 13 (12)) และมีการจัดตั้งสำนักงาน ป.ป.ส. ด้วย

การให้อำนาจพิเศษแก่เจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้ เช่น เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ใดๆ หรือยานพาหนะใดๆ เพื่อตรวจ ค้น ยึด หรือ อายัดยาเสพติดได้ หรือเจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้เป็นพนักงานสอบสวนตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มีอำนาจควบคุมตัวผู้ถูกจับได้ไม่เกิน 3 วัน และไม่ถือเป็นระยะเวลาในการควบคุมของพนักงานสอบสวน

ค้นเคหสถาน สถานที่ หรือบุคคลใด ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามียาเสพติด ทั้งนี้โดยไม่ต้องมีหมายจับ หรือหมายค้น (ดู มาตรา 49-51 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ซึ่งรวมถึงการจับบุคคลใดที่กระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด โดยไม่มีหมายจับหรือหมายค้น ด้วย

#### 5. พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เนื่องจากในปัจจุบันการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดได้เปลี่ยนแปลงไปสู่อาชญากรรมที่มีการจัดตั้งในลักษณะองค์กร และมีลักษณะพิเศษมากยิ่งขึ้น โดยผู้กระทำความผิดอาศัยความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและข้อจำกัดของกฎหมายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบกับมีคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นสู่การพิจารณาของศาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งคดีดังกล่าวมีลักษณะพิเศษและซับซ้อนแตกต่างจากการกระทำความผิดอาญาทั่วไป สมควรมีกฎหมายว่าด้วยวิธีพิจารณาคดียาเสพติด โดยเฉพาะเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การสืบสวนสอบสวน โดยการใช้เทคนิคการสืบสวนสอบสวนพิเศษ และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับวิธีพิจารณาในศาลชั้นต้น การอุทธรณ์ ฎีกาและอายุ

<sup>67</sup>จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเฮโรอีน (น. 111-113) โดย ชุทธิ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิทีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ .

ความ รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับชำระค่าปรับตามคำพิพากษา เพื่อให้ศาลพิจารณาพิพากษาและบังคับโทษคดีอาชญากรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้<sup>68</sup>

โดยมาตรา 7 มาตรา 8 และมาตรา 10 ได้กำหนดเกี่ยวกับเรื่องการสืบสวน โดยมีกรมอำนวยการแห่งสำนักงานที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติการอำนาจเพื่อการสืบสวนความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดได้ และมีอำนาจครอบครองหรือให้มีการครอบครองยาเสพติดภายใต้การควบคุมทั้งในและนอกอาณาจักร และเจ้าพนักงานอาจร้องขอให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ดำเนินการให้ได้มาซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิสูจน์ความผิดและการดำเนินคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในกรณีจำเป็นและเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้

ส่วนเรื่องการพิจารณาของศาลนั้น ในกรณีของศาลชั้นต้น เมื่อศาลเห็นสมควรให้ศาลมีอำนาจสืบพยานหลักฐานลับหลังจำเลยได้ ทั้งนี้ต้องปรากฏว่าจำเลยมีทนายความ และจำเลยจงใจหลบหนีหรือจงใจไม่มาศาล และมีความจำเป็นเพื่อมิให้พยานหลักฐานสูญหายหรือยากแก่การนำมาสืบในภายหลัง ทั้งนี้ไม่ตัดโอกาสทนายจำเลยที่จะถามค้านและนำสืบหักล้างแต่อย่างใด<sup>69</sup>

ในชั้นพิจารณาศาลชั้นต้นหากจำเลยให้การรับสารภาพ ศาลจะพิพากษาโดยไม่สืบพยานหลักฐานต่อไปก็ได้ เว้นแต่กรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิด หรือคดีที่มีข้อหาในความผิดซึ่งจำเลยรับสารภาพนั้นกฎหมายกำหนดอัตราโทษอย่างต่ำให้จำคุกตลอดชีวิตหรือโทษสถานหนักกว่านั้น ศาลต้องฟังพยานหลักฐานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง<sup>70</sup>

## (2.) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

### 1. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

<sup>68</sup> ดู หมายท้ายพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีอาชญากรรม พ.ศ.2550.

<sup>69</sup> ดู มาตรา 12 ในคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งจำเลยมีทนายความ ถ้าปรากฏว่าจำเลยคนใดจงใจไม่มาศาลหรือหลบหนี และมีความจำเป็นเพื่อมิให้พยานหลักฐานสูญหายหรือยากแก่การนำมาสืบในภายหลัง เมื่อศาลเห็นเป็นการสมควรก็ให้ศาลมีอำนาจสืบพยานหลักฐานลับหลังจำเลย แต่ต้องให้โอกาสทนายความของจำเลยที่จะถามค้านและนำสืบหักล้างพยานหลักฐานนั้นได้.

<sup>70</sup> ดู มาตรา 13 ในชั้นพิจารณา ถ้าจำเลยให้การรับสารภาพตามฟ้อง ศาลจะพิพากษาโดยไม่สืบพยานหลักฐานต่อไปก็ได้ เว้นแต่กรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิดหรือคดีที่มีข้อหาในความผิดซึ่งจำเลยรับสารภาพนั้นกฎหมายกำหนดอัตราโทษอย่างต่ำให้จำคุกตลอดชีวิตหรือโทษสถานหนักกว่านั้น ศาลต้องฟังพยานหลักฐานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง.

กฎหมายฉบับนี้ไม่อยู่ในความหมายของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย  
มาตรการในการปราบปรามยาเสพติด

ทั้งนี้เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัญหาเกี่ยวกับการเสพยา  
เสพติดให้โทษ ในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็น  
ผู้ป่วยอย่างหนึ่งมิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำใ  
กว้างขวาง และโดยที่ผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่ง ถูกบังคับให้เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับ  
การได้ยาเสพติดไปเสพด้วย สมควรขยายขอบเขตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุม  
ถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและจำหน่าย  
ยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยด้วย

นอกจากนั้นเนื่องจากบุคคลซึ่งติดยาหรือเสพยาเสพติดมีจำนวนมากและเป็นปัญหาสำคัญ  
ของประเทศ สมควรขยายสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะ  
นอกจากมีหน่วยงานของกระทรวงยุติธรรมแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่นของรัฐ และหน่วยงานเอกชนที่มี  
ขีดความสามารถ เข้ามาร่วมในการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด และการฟื้นฟู  
สมรรถภาพของบุคคลดังกล่าว เช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร เขต อำเภอ และกิ่ง  
อำเภอ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนหรือหน่วยงานอื่น ซึ่ง  
สมควรร่วมทรัพยากรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ  
มากยิ่งขึ้น

กฎหมายฉบับนี้ให้ความหมายของ “ยาเสพติด” “ติดยาเสพติด” และ “ฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ผู้ติดยาเสพติด” ทั้งนี้การบำบัดรักษาตามกฎหมายนี้เป็นระบบบังคับ ซึ่งผู้ที่เข้าสู่กระบวนการตาม  
กฎหมายนี้ต้องเป็นผู้ที่ถูกจับกุมฐานความผิดในฐานความผิดดังนี้ 1.เสพยาเสพติด 2.เสพและมีไว้ใน  
ครอบครอง 3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือ 4.เสพและจำหน่าย ทั้งนี้ตามลักษณะ  
ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง<sup>71</sup>

ทั้งนี้กฎหมายได้กำหนดกลไกและกระบวนการทางกฎหมายที่สำคัญได้แก่

<sup>71</sup>มาตรา 19 ผู้ใดต้องพากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมี  
ไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดใน  
กฎกระทรวง ถ้าไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษ  
จำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน  
สี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหาขึ้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่ง  
ตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากตัว  
ผู้ต้องหาเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลา  
ดังกล่าวได้.

1) มาตรา 6 กำหนดคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยประกอบไปด้วย ปลัดกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานกรรมการ มีอำนาจหน้าที่สำคัญในการประกาศศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่งตั้งหรือถอดถอนอนุกรรมการฟื้นฟูฯ วางระเบียบและหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการตรวจพิสูจน์การเสพยาหรือติดยา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา การควบคุม การย้าย การปล่อยตัวชั่วคราว การตรวจสอบและการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพฯของผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว (ดูมาตรา 6-13 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้)

2) มาตรา 14-18 ได้กำหนดสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาทิเช่น ศูนย์ที่เป็นสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา และศูนย์ที่เป็นหน่วยงานสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม เป็นต้น

3) มาตรา 19-35 ได้กำหนดเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

4) มีหมวดว่าด้วยการกำหนดอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมาย การอุทธรณ์คำวินิจฉัย และคำสั่งต่างๆ และบทกำหนดโทษ

## 2.พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479

เนื่องจากเรือนจำเป็นสถานที่กลางในการควบคุมตัว ทั้งผู้ต้องหาหรือจำเลยในระหว่างพิจารณาคดี และนักโทษเด็ดขาดแล้ว ทำให้เรือนจำมีความแออัดอย่างยิ่ง และเมื่อรัฐบาลเร่งปราบปรามยาเสพติดจึงส่งผลให้นักโทษล้นเรือนจำ

นอกจากนี้บุคคลที่ถูกจับและรอการตรวจพิสูจน์สารเสพติด (ระยะเวลาไม่เกิน 45 วัน) ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ส่วนใหญ่ก็ถูกควบคุมตัวที่เรือนจำซึ่งไม่ส่งผลดีต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดและเอชไอวี เพราะเอื้อต่อการใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกันเนื่องจากไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์การฉีดที่สะอาดหรือปลอดเชื้อได้ จนนำไปสู่การส่งผ่านเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเลือดต่างๆ

(3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องพันระหว่างผู้ติดยาเสพติดกับสุขภาพ ได้แก่

### 1)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ในขณะเดียวกัน โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยาก สลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบ

เสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเมืองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง<sup>72</sup>

สาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายที่สามารถปรับใช้กับผู้ติดยาเสพติดและการลดอันตราย สรุปได้ดังนี้ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยไม่ได้ เว้นแต่ผู้นั้นยินยอม หรือเป็นกรณีที่มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้ให้ต้องเปิดเผย ทั้งนี้ไม่หมายความรวมถึงกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ ทั้งยังกำหนดหน้าที่ของบุคคลากรด้านสาธารณสุข ในการที่จะต้องแจ้งข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ผู้รับบริการรับทราบ ทั้งนี้ในกรณีจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับกรณี จะต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและบอกวิธีป้องกันผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นแก่สุขภาพของประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลโดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล<sup>73</sup>

## 2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการ

<sup>72</sup>ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

<sup>73</sup>ดู มาตรา 7, มาตรา 8 และมาตรา 10 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.

ช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกัน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้<sup>74</sup>

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้แล้วสามารถ สรุปกลไกและโครงสร้างกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพดังต่อไปนี้

1) กำหนดนิยามความหมายของคำว่า “บริการสาธารณสุข” “สถานบริการ” “หน่วยบริการ” และได้กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2) กำหนดบทบาทและให้อำนาจขององค์กรต่างๆ เพื่อเป็นกลไกของกฎหมาย เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการกฎหมาย

3) จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พนักงานเจ้าหน้าที่ และกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ เป็นต้น

2.4.3 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติดและมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

รัฐบาลได้แถลงนโยบายในการแก้ไขปัญหามันผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการปฏิบัติต่อผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดเสมือนหนึ่งเป็นคนไข้หรือผู้ป่วยตามเจตนารมณ์กฎหมาย ทั้งนี้โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย ให้โอกาสผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดได้เข้ารับการรักษา ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานระดับชุมชน และหมู่บ้านทุกแห่งทั่วประเทศมีการจัดทำทะเบียนไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้รัฐมีความตั้งใจให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาในรูปแบบสมัครใจเป็นหลัก โดยระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดนั้นๆ เช่น การบำบัดในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานพยาบาล นอกจากนี้การปรับเจตคติการปฏิบัติของชุมชนและสังคมให้เข้าใจและยอมรับผู้เสพยาและติดยาเสพติด ก็เป็นอีกหนึ่งแนวนโยบายที่รัฐได้ดำเนินการ แต่พบว่ายังมีอีกหลายมาตรการที่จะต้องพัฒนาการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ก่อนปี พ.ศ. 2545 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาผู้ติดยาเสพติด ดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีเพียง 2 ระบบ กล่าวคือระบบสมัครใจและระบบต้องโทษ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในระบบสมัครใจ กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในระบบต้องโทษ ต่อมารัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ซึ่งโดยหลักการคือต้องการนำผู้เสพยารายย่อย เข้าสู่กระบวนการบำบัดตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อยุติ

<sup>74</sup>ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.

พฤติกรรมดังกล่าว โดยมอบหมายให้กรมคุมประพฤติเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบทั้งนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ดังนั้นในปัจจุบันการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดและผู้เสพยาเสพติดจึงเพิ่มเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ<sup>75</sup>

### 1.ระบบสมัครใจ

แนวคิดที่มาจากทางการแพทย์ตะวันตกที่ว่า ผู้เสพยาเสพติดนั้นถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง เรียกว่า “สมองติดยา” ซึ่งถือเป็น โรคเรื้อรังและผู้ป่วยซึ่งอาจมีการกลับไปเสพยาซ้ำได้ หากไม่ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยระบบสมัครใจเป็นระบบที่ใช้วิธีการให้คนสมัครใจเข้าบำบัด ทั้งนี้ โดยการประกาศหรือกระจายข่าวในชุมชน หรือการสื่อสารสาธารณะผสมผสานกับการใช้วิธีการชักชวนในทางลึกลับ ซึ่งพบว่าในกระบวนการปฏิบัติจะมีการบันทึกและการทำประวัติว่าเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งได้ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดในสวัสดิภาพในอนาคตของตน

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขจำแนกผู้ติดยาเสพติดไว้ 2 ประเภทตามระดับความรุนแรงของการเสพยา ประเภทที่หนึ่ง คือผู้เสพที่ใช้ยาเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่องหรือเป็นพวกที่เพิ่งเริ่มเสพ ทั้งนี้การบำบัดรักษาในปัจจุบันประมาณ 2555 มีนโยบายให้นำผู้เสพประเภทนี้เข้ารับการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะเวลา 9 วัน โดยใช้สถานที่ของค่ายทหาร วัด มัสยิด เป็นต้น ประเภทที่สอง คือผู้ติดยาเสพติดซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ติดไม่รุนแรงและติดขั้นรุนแรง เรื้อรังผู้ป่วยประเภทนี้สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลทั่วไปทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือในศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการแพทย์ที่จังหวัดปทุมธานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี สงขลาและปัตตานี นอกจากนี้ยังมีศูนย์บำบัดขององค์กรเอกชน วัด และมัสยิด

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

เนื่องจากการติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีสาเหตุปัจจัยหลายอย่าง การบำบัดรักษาที่เช่นเดียวกันจำเป็นต้องอาศัยขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้สามารถเลิกยาและสารเสพติดได้ และกลับคืนสู่สังคมดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การที่จะให้ผู้ติดยาและสารเสพติดเลิกเสพได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ครบทุกขั้นตอน ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการก่อนรักษา (Pre-Admission)

<sup>75</sup>จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาเสพติด (น.41-43), โดย สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ความหมาย :เป็นการศึกษาประวัติข้อมูลและภูมิหลังผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการ รักษาและครอบครัวเพื่อชักจูงให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติดมีความตั้งใจในการรักษา

การดำเนินการ : การสัมภาษณ์ การลงทะเบียน และวิธีการทางการแพทย์ ได้แก่ การ ตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

กล่าวคือระยะนี้เป็นระยะแรกของการรักษา มีการเตรียมพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส เตรียมตัว เตรียมใจ จัดภารกิจธุระให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการรักษาคืบคืบตามระยะเวลา โดย ต่อเนื่องไม่ขาดตอนรวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา และมีความตั้งใจจริงในการบำบัดรักษารวมไปถึงกิจการเตรียมครอบครัวของผู้บำบัด

### ขั้นที่ 2 การบำบัดรักษาด้วยยา (Detoxification)

ความหมาย : การบำบัดอาการทางร่างกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

การดำเนินการ : การให้ยาชนิดอื่นทดแทน เช่น เมธาโดน ยาสมุนไพร หรือให้เลิกเสพ ทานที่ที่ เรียกว่า “หักดิบ” แบ่งเป็นการถอนพิษแบบ ผู้ป่วยนอก คือไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่นการ ดูแลสุขภาพ การป้องกัน เป็นต้น

โดยสรุปแล้วขั้นตอนนี้คือ การบำบัดอาการขาดยาและภาวะแทรกซ้อนจากยาเสพติด เนื่องจากผู้หยุดเสพยาเสพอาจมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรืออาจมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจจะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเป็นผู้ป่วยนอกรับยาไปรับประทานที่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจเป็นอย่างมากจากครอบครัว และสถานบำบัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านระยะนี้ไปด้วยดี ส่วนในรายที่มีอาการ ไม่รุนแรงหรือเลิกยาเสพติมาได้นานระยะหนึ่งแล้วอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป

### ขั้นที่ 3 ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ความหมาย :เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เลิกยาให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยน บุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ

การดำเนินการ : ใช้กิจกรรมต่างๆ ได้แก่การให้คำแนะนำปรึกษา ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การอบรมธรรมะ การสันตนาการ การฝึกอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่นๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ “ชุมชนบำบัด” ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพ ติดยาอยู่ร่วมกัน เพื่อให้ความช่วยเหลือกัน ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตัวเอง และแก้ไขปัญหา อย่างเหมาะสม เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และการฟื้นฟูจิตใจโดยใช้ศาสนา ได้แก่ การนำผู้เลิกยาเสพติดยาเข้ารับการอุปสมบท การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา เป็นต้น

ระยะนี้ผู้ป่วยจะเข้าไปเพื่อเรียนรู้กระบวนการอยู่ร่วมกัน การใช้กระบวนการจิตวิทยาในการแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง การฝึกสมาธิ การรู้จักหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธยาเสพติดรวมทั้งการฝึกอาชีพ เรียนรู้การปรับตัวให้เข้ากับสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติของผู้ติดยาเสพติด ระยะนี้เป็นกำบังเพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด เน้นการแก้พฤติกรรม ภาวะการเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด

#### ขั้นที่ 4 ติดตามการรักษา (After Care)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคมแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชนของตนจะมีการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจ และที่สำคัญคือป้องกันไม่ให้ติดยาเสพติดเป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติดอีกต่อไป

ความหมาย : เป็นการติดตามดูแลผู้เลิกยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้เลิกยาหนีไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก<sup>76</sup>

การดำเนินการ : การเยี่ยมเยียน โทรศัพท์ นัดพบ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

จะเห็นว่าการรักษาเสพติดมีหลายขั้นตอน บางท่านเข้าใจว่าให้การรักษาแค่ขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยา ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ครบขั้นตอน และส่งผลต่อการเลิกยาเสพติดได้ จำต้องช่วยกันดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบขั้นตอน เพื่อคืนเขาเป็นคนดีกลับสู่สังคมอีกครั้งหนึ่ง<sup>77</sup>

#### 2.ระบบบังคับบำบัด

เป็นระบบที่ใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยกำหนดให้ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดซึ่งมีการครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพ และจำหน่ายในปริมาณไม่มากออกจากการพิจารณาตีอาญาและเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยบุคคลที่จะเข้าสู่ระบบบังคับบำบัดจะเป็นผู้ที่ถูกจับกุมในความผิด 4 ฐานคือ เสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพและจำหน่าย ทั้งนี้ชนิด จำนวนและปริมาณของยาเสพติดต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมาย โดยกระบวนการจะเริ่มจากพนักงานสอบสวนต้องนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48

<sup>76</sup>ระบบสมัครใจ. สืบค้น 5 สิงหาคม 2556, จาก <http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution31f.htm>.

<sup>77</sup>ขั้นตอนการบำบัดรักษา. สืบค้น 7 สิงหาคม 2556, จาก [http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=43&Itemid=53](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=53).

ชั่วโมง และหากผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ต้องส่งศาลภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ณ สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์

ในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์นั้น พนักงานคุมประพฤติจะบันทึกประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดสภาพแวดล้อมที่ปวง ทั้งนี้เพื่อมาวิเคราะห์หาสาเหตุการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด พร้อมวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับตัวผู้ต้องหาไว้ หากคณะกรรมการฟื้นฟูวินิจัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการฟื้นฟู ต้องจัดให้มีแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและต้องแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานอัยการทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป แต่หากผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการฟื้นฟู ต้องรายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานสอบสวน หรือพนักงานอัยการพิจารณาคำเนินการ โดยให้ส่งตัวผู้ต้องหาคืนให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินการต่อไป

ทั้งนี้ในระหว่างที่รอผลการตรวจพิสูจน์นั้นคณะกรรมการฟื้นฟู อาจจะอนุญาตให้มีการประกันและปล่อยตัวชั่วคราว โดยให้มีการสาบานตน หรือปฏิญาณว่าจะมาพบตามนัดของพนักงานเจ้าหน้าที่ บุคคลนั้นสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามปกติอย่างเดิมได้ ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่คณะกรรมการฟื้นฟูวินิจัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด ต้องอยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งแบบควบคุมตัวนี้แบ่งเป็น ควบคุมตัวแบบเข้มงวดและไม่เข้มงวด

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาประเภทไม่ควบคุมตัว อาจถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข คลินิกยาเสพติดของกรุงเทพมหานคร หรือส่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่ายวิถีพุทธ วัด หรือ โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

ส่วนประเภทควบคุมตัว เน้นการพักอาศัยในศูนย์บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่ซึ่งจัดเป็นสถานฟื้นฟูที่ควบคุมตัวแบบเข้มงวด ตามประกาศของกระทรวงได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูลาดหลุมแก้วซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟูแห่งเดียวที่ดำเนินการโดยกรมคุมประพฤติ และใช้รูปแบบของชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) และยังมีสถานที่ฟื้นฟูที่เป็นภาคีของกรมคุมประพฤติซึ่งดำเนินงาน โดยกองทัพเรือ กองทัพอากาศและกรมราชทัณฑ์

ส่วนแบบไม่เข้มงวด สถานที่ฟื้นฟูที่เป็นภาคีของกรมคุมประพฤติซึ่งดำเนินงานโดย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพไทย กรมการปกครอง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และศูนย์บำบัดของกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าเป็นแบบเข้มงวดจะใช้โปรแกรม FAST Model

หรือถ้าเป็นแบบไม่เข้มงวดก็ใช้โปรแกรม Matrix บางแห่งก็เพิ่มเติมกระบวนการบำบัดมากขึ้น หรือพัฒนาเอารูปแบบอื่นมาบำบัดรักษา เช่น สถานบำบัดของกองทัพอากาศใช้โปรแกรม “จิรสา” และขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดรักษา คือการติดตามเพื่อช่วยเหลือเป็นระยะเวลาอีก 1 ปี<sup>78</sup>

### 3.ระบบต้องโทษ

คือระบบที่ผู้ติดสารเสพติดกระทำความผิด และถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลางกระทรวงยุติธรรม ทั้งนี้เป็นการบำบัดตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479

ในกรณีของเด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 18 ปีนั้น ในปีพ.ศ.2555 มีเด็กและเยาวชนที่อยู่ในการดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ประมาณ 46,000 – 50,000 ราย ประมาณร้อยละ 33 ของฐานความผิดทั้งหมดเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือกระท่อม กัญชา ทั้งนี้โปรแกรมที่ได้ออกแบบมาใช้สำหรับเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานแรกรับนั้น จะต้องผ่าน โปรแกรมที่ให้เด็กและเยาวชนได้รับรู้และตระหนัก ถึงผลกระทบและระลึกในสิ่งที่เกิดขึ้น และยังมีโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ ทั้งนี้เด็กและเยาวชนจะถูกเปลี่ยนมือตลอดเวลา โดยเริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการของตำรวจ ส่งต่อไปยังศาลและส่งต่อไปสถานพินิจฯ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กและเยาวชนเกิดความคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลง เกิดความผ่อนคลายลดภาวะความกดดัน และโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากการแก้ไขปัญหาของเด็กและเยาวชน ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ดังนั้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนต้องมีการพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยปัจจัยจำเป็นคือปัจจัยที่ต้องเข้าไปแก้ไขฟื้นฟู ส่วนปัจจัยเสี่ยงคือปัจจัยที่ต้องมีการบำบัดเพื่อไม่ให้มีการกระทำความผิดซ้ำอีก<sup>79</sup>

#### 2.4.4 การนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในประเทศไทย

ความรุนแรงและอันตรายจากสารเสพติดที่มีผลต่อสังคม ร่างกายและสิ่งแวดล้อมนั้น มีการแพร่ขยายในวงกว้างขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยมีการเริ่มระบาดจากกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดไปสู่หญิงขายบริการทางเพศ และชายผู้ใช้บริการนำไปแพร่แก่ครอบครัวของตน ในวิกฤตการดังกล่าวนี้ประเทศไทยสามารถจัดการกับกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศได้เป็นอย่างดี แต่ในกลุ่มผู้ฉีดยา

<sup>78</sup>จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาหายาเสพติด (น.42-43), โดย สำนักกรมราชทัณฑ์ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

<sup>79</sup>จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาหายาเสพติด (น.44-46), โดย สำนักกรมราชทัณฑ์ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ยาเสพติดนั้นยังคงเป็นปัญหาในปัจจุบันซึ่งรวมไปถึงการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบนชนิดซีอีก ด้วย

การนำแนวคิดลดอันตรายมาใช้ในประเทศไทยจึงเริ่มขึ้น โดยเริ่มต้นและพัฒนาการบำบัดเมธาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) โดยเริ่มจากทีมวิจัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการดำเนินโครงการพบว่าช่วยลดการแพร่เชื้อ HIV ในกรุงเทพมหานครอย่างได้ผล และพัฒนาเป็นการบำบัดด้วยเมธาโดนระยะยาวโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยสำนักงานมัย กรุงเทพมหานครในปัจจุบัน

สำหรับโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม ได้มีการจัดโครงการนำร่องโดย NGO ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้มีข้อสังเกตบางประการกล่าวคือไม่พบการดำเนินการ โครงการลดอันตราย และผลกระทบจากการใช้ยาบ้า(เมทแอมเฟตามีน) ทั้งๆที่เป็นยาเสพติดชนิดที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุดในสังคมไทยปัจจุบัน ดังนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้าน Harm Reduction มาสิบกว่าปีแล้ว เมื่อมีการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ทั้งโดยการสนับสนุนขององค์กรระหว่างประเทศ ชุดกิจกรรมของ Harm Reduction ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารการศึกษา โดยกลุ่มเพื่อนผู้เสพยา การให้คำปรึกษาแนะนำ การจัดสถานที่ให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติดพบปะเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน การใช้สารทดแทนยาเสพติดประเภทฝิ่น ผ่านการดำเนินงานของหน่วยงาน NGO และหน่วยงานของรัฐ ทั้งสำนักงานกรุงเทพมหานครและสถาบันชัญญารักษ์ รวมไปถึงการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ และการแจก/แจกเข็มฉีดยาที่สะอาดแก่ผู้ติดยาที่ใช้วิธีฉีดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางโลหิต

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้ริเริ่มแนวทางการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากการแพร่เชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในปี 2543 แบ่งเป็นมาตรการป้องกัน 4 ระดับด้วยกันได้แก่

การป้องกันระดับที่ 1 เพื่อป้องกันก่อนการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมายที่ติดและยังไม่ติดยาเสพติดโดยระดมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัว เน้นการทำงานเชิงรุก เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา ยาเสพติด และทักษะชีวิต สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นต้น จุดมุ่งหมายคือการป้องกันไม่ให้ทุกคนไปใช้ยาเสพติด แต่หากใช้ยาเสพติดแล้วต้องให้เลิกโดยเร็วที่สุด

การป้องกันระดับที่ 2 เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มปริมาณและคุณภาพของสถานบำบัดรักษา ด้านปริมาณ โดยการเพิ่มจำนวนสถานบำบัดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพิ่มการให้บริการเคลื่อนที่ บริการส่งต่อผู้ป่วย และเพิ่มทางเลือกอื่นในการบำบัดรักษา ด้านคุณภาพ โดยการพัฒนาความสามารถของผู้บำบัดในสถานบำบัด พัฒนาเครือข่ายการทำงาน พัฒนารูปแบบ

การบำบัดแบบครบวงจร เน้นโปรแกรมให้คำปรึกษาแนะนำ ใช้รูปแบบชุมชนบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนขยายการดำเนินงานด้านเครือข่ายสังคม เช่น การหางาน การเยี่ยมบ้าน ดำเนินกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย การบริการเพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อ การให้ความรู้การใช้เข็มฉีดยา การทำความสะอาดอุปกรณ์ เป็นต้น

การป้องกันระดับที่ 3 เพื่อส่งต่อตัวผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วให้กลับสู่ชุมชนและมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ โดยการสร้างเจตคติ/ทัศนคติของชุมชนและสังคมให้มีความเห็นอกเห็นใจผู้ติดยาเสพติด และผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS พร้อมทั้งจะให้โอกาสแก่คนเหล่านี้ ตลอดจนสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ติดยาและผู้ติดเชื้อได้ เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัว/อาสาสมัครในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟู

การป้องกันระดับที่ 4 เพื่อการบริหารจัดการ โดยการผสมผสานมาตรการและกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเสพติดและเอดส์ควบคู่กันไป และให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ควบคุมและติดตามเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ มีกลไกทางกฎหมาย ปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้เอื้อต่อการทำงาน มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินการและประสานกับหน่วยอื่น ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับสังคม เพื่อให้สังคมปฏิบัติต่อผู้ติดยาและผู้ติดเชื้ออย่างเท่าเทียมกันตามหลักสิทธิมนุษยชน

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน Harm Reduction ของไทยในปัจจุบัน

1. มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งในด้านการพัฒนาด้านข้อมูลวิชาการ แนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคี ความร่วมมือระหว่าง NGO และเครือข่ายผู้ติดเชื้อกับสำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนานโยบาย

2. มีการยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้าน Harm Reduction อย่างไม่เป็นทางการ นำเสนอต่อคณะทำงานด้านนโยบาย Harm Reduction ที่สำนักงาน ป.ป.ส. ตั้งขึ้น และนำเสนอในเวทีเตรียมการประชุมนานาชาติในบางเวที

3. NGO ระหว่างประเทศ เช่น IHRC, AHRN, TNI, GTZ และองค์กรระหว่างประเทศ UNODC, UNAIDS, WHO ในประเทศไทย เห็นความสับสนในการดำเนินงานด้าน Harm Reduction จึงให้การสนับสนุนด้านวิชาการมากขึ้น

4. มีการจัดเสวนาของกรมการสาธารณสุขเรื่อง Harm Reduction เพื่อกำหนดแนวทางและนโยบายที่เหมาะสม<sup>80</sup>

แม้ว่าแนวคิด Harm Reduction จะมีการนำมาใช้ในทางปฏิบัติมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว แต่พบว่าเพิ่งมีการประกาศให้นำแนวคิด Harm Reduction มาบรรจุอยู่ในนโยบายทางด้านยาเสพติดเมื่อปี พ.ศ. 2553 ซึ่งนับว่าเป็นครั้งแรกที่มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้อย่างเป็นทางการ โดยมีคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 306/2553<sup>81</sup> ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2553 กำหนดให้มีการดำเนินการมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นมาตรการที่มุ่งลดผลกระทบและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคร้ายแรง เช่น เอชไอวี อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อบุคคล ชุมชน สังคม ตามมติคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งนี้ในระยะแรกให้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดที่มีปัญหาหนาแน่น รวม 10 จังหวัดก่อน ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ เชียงราย เชียงใหม่ ตาก สุราษฎร์ธานี สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่องค์กรภาคประชาสังคมดำเนินงานมาก่อนแล้ว แต่ทว่านโยบายดังกล่าวได้ดำเนินการในช่วงปลายของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จึงไม่ส่งผลในทางปฏิบัติมากนัก ทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลใหม่ในปีถัดมา รัฐบาลต่อมาในปี 2554 และ 2555 มิได้ระบุนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไว้ในยุทธศาสตร์แต่อย่างใด ดังนั้นทำให้การปฏิบัติงานในโครงการประสบปัญหาขาดความต่อเนื่อง และอาจเป็นการสูญเปล่าของโครงการนำร่องที่ได้ดำเนินการไปแล้ว หากไม่มีการนำไปขยายผลสืบต่อไป ซึ่งนับเป็นเรื่องที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง<sup>82</sup>

แต่อย่างไรก็ตามช่วงปลายปี 2555 ได้มีการออกคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด<sup>83</sup> เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้นำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดบรรจุไว้ในกิจกรรมการจำแนกคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดและส่งต่อเข้าบำบัดฟื้นฟู ทั้งนี้ได้

<sup>80</sup> จาก การลดอันตรายจากสารเสพติดในประเทศไทย: การพัฒนานโยบายและแผนงาน(รายงานโครงการจัดสัมมนา เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2552) (น.13-15), โดย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

<sup>81</sup> ดู หนังสือที่ สธ. 0205.11 (ศตส. สธ.)/1345 ลงวันที่ 28 เมษายน 2554 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.

<sup>82</sup> จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาเสพติด (น.80), โดย สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

<sup>83</sup> ดู คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติดลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555.

กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง ให้ดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงการพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคมและชุมชน<sup>84</sup>

#### 2.4.5 รูปแบบและประสิทธิภาพของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศไทย

##### (1) รูปแบบที่ดำเนินการโดยภาครัฐ

###### 1. คลินิกยาเสพติด

เป็นการจัดการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด สารระเหยและสุรา เป็นที่ศึกษาฐานงานด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด (Dual Diagnosis) ให้บริการผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดและสุราพร้อมด้วย ผู้ติดยาเสพติดที่ส่งมาจากสำนักคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม โดยให้บริการในเวลาราชการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

###### โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย

1) โปรแกรมจิตสังคมบำบัด เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจาก โปรแกรมจิตสังคมบำบัดของกรมสุขภาพจิต โดยเน้นการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และการวางแผนเป้าหมายระยะเวลา 3 เดือน

2) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 สัปดาห์

3) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราแบบผู้ป่วยใน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุรา ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 สัปดาห์

4) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรารายบุคคลแบบผู้ป่วยนอก เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากคู่มือวันฟ้าใส ของกรมสุขภาพจิต ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 เดือน

###### 5) การบำบัดรายบุคคล / ครอบครัวบำบัด<sup>85</sup>

<sup>84</sup>คู เอกสารแนบคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติดลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555, ภาคผนวก 4.

<sup>85</sup>โปรแกรมบำบัดรักษา. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2556, จาก

ประสิทธิภาพของมาตรการคลินิกยาเสพติด<sup>86</sup>

พบว่า การดำเนินการตามแนวทาง Harm Reduction ทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้นตามลำดับ ประกอบกับการทำงานเชิงรุก โดยการออกไปให้บริการในชุมชน (Outreach) ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้บำบัดเข้าถึงผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในชุมชนนั้นๆ ได้ ทั้งสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และสามารถให้บริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ไม่ได้เข้ามาใช้บริการที่คลินิก สำหรับเจ้าหน้าที่ในคลินิกนั้นมีการดำเนินการโดยใช้เจ้าหน้าที่เป็นหลัก และอาสาสมัครเป็นผู้สนับสนุน ทั้งนี้อาสาสมัครนั้นก็คือกลุ่มผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดและผู้ที่ยังใช้ยาเสพติดชนิดฉีดอยู่นอกจากนี้ มาตรการในการติดตามการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อ HIV โดยสมัครใจ (VCT) ในคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ยังช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดยาเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพ เป็นอุปสรรคสำคัญในการเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง

## 2. การให้บริการแบบ Drop in “บ้านอุ่นใจรัก”

สถาบันธัญญารักษ์ได้นำแนวทาง Harm Reduction มาประยุกต์ใช้ตั้งตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ทั้งนี้เพื่อดำเนินการกับกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้เสพยา/ติดยาเสพติด โดยกำหนดเป้าหมาย 4 ระดับ ได้แก่

- 1) เป้าหมายเบื้องต้น คือ เพื่อลดอันตรายที่มากับการใช้ยา
- 2) เป้าหมายระยะสั้น คือ เพื่อปกป้องดูแลการติดเชื้อเอดส์ในผู้ติดยาเสพติด
- 3) เป้าหมายเฉพาะ คือ เพื่อดึงผู้เสพยาเสพติดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดฉีด
- 4) เป้าหมายสูงสุด คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาและไม่กลับไปเสพยา

กิจกรรมภายใต้แนวทาง Harm Reduction ที่ดำเนินการได้แก่ การจัดทำคู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมธาโดนระยะยาว การจัดประชุมวิชาการระดับประเทศ การแปลเอกสารการรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาว ตลอดจนการร่างหลักสูตรการบริการด้านการป้องกันดูแลผู้ติดเชื้อ HIV การร่างหลักสูตรการลดอันตรายในผู้ติดยาเสพติด และการเผยแพร่ความรู้ผ่านเว็บไซต์

<sup>86</sup>จาก การลดอันตรายจากสารเสพติดในประเทศไทย: การพัฒนานโยบายและแผนงาน(รายงานโครงการจัดสัมมนา เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2552) (น. 28), โดย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552, เชียงใหม่: เอกสารอัดสำเนา.

การเปิดบริการ Drop In Center ชื่อบ้านอุ่นไอรัก เป็นศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่ให้บริการตามความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ติดยาเสพติด ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ ความรัก ความรู้ การศึกษา อาชีพ การแบ่งแยกกีดกันทางสังคม การจับกุมคุมขัง การปกป้องสิทธิในสังคมอย่างเสมอภาคทั่วถึงและทัดเทียม โดยการใช้แนวทาง “ช่วยเพื่อตนเองและเพื่อนช่วยเพื่อน” นั่นเอง

#### ประสิทธิภาพของมาตรการ Drop in Center บ้านอุ่นไอรัก

มาตรการนี้เป็นมาตรการที่เป็นการประยุกต์ใช้แนวทาง Harm Reduction ที่ให้ผลการดำเนินงานที่น่าพอใจ เพราะสมาชิกที่ผ่านการเข้ารับบริการได้รับความรู้สึกสามารถปกป้องดูแลตนเองจากเอดส์ได้ ทั้งนี้สถาบันธัญญารักษ์เอง ได้มีแนวทางการขยายบริการในแนวทาง Harm Reduction โดยการพัฒนามาตรการต่างๆดังนี้

การพัฒนาการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาและลดผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV ในผู้ติดยาเสพติด 13 จังหวัด

การพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้าถึงชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

การขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีการให้เมทาโดนระยะยาว

การอบรมหลักสูตรการบริการด้านการป้องกัน การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และการลดอันตรายในผู้ติดยาเสพติด

3. การให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV ในผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดด้วยทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจะนะ<sup>87</sup>

ทีมสหวิชาชีพที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV นั้นประกอบไปด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาล จิตเวช พยาบาล TB Clinic พยาบาล ARV Clinic และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา โดยเป็นการประยุกต์ทักษะเพื่อการดูแลที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้จากประสบการณ์การบำบัดนั้น พบว่าผู้ป่วยมักเป็นโรค 4 ชนิดในเวลาเดียวกันคือ ติดยา จิตเวช เอดส์ และวัณโรค ดังนั้นแผนการดูแลจึงต้องปรับให้เหมาะสมโดยไม่มีแบบแผนตายตัว ทั้งการใช้มาตรการป้องกันและมาตรการแก้ไข เช่น การบำบัดด้วยยาหรือสารทดแทน การรักษาด้วยยาต้านเชื้อเอดส์ การเฝ้าระวัง CD4 การทำ VCT การตรวจสุขภาพคัดกรองโรคร่วมจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงใจ (MI) โดยเฉพาะ DARES และ FRAMES รวมไปถึงการใช้อุปกรณ์ อีกทั้งร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งยังต้องร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมชีวิต

<sup>87</sup> เรื่องเดิม น.29.

ของกลุ่มเป้าหมาย การทำงานกับองค์กรอื่นๆ ทำให้เกิดผลบวกแบบ  $1+1=3$  ส่งผลดีโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวชุมชน

ประสิทธิภาพจากการให้ให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV ในผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด ด้วยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจะนะ

จากการให้บริการพบว่า การวางแผนดูแลบริการร่วมกันทั้งทีม เพื่อที่จะทำให้นักๆหนึ่งมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพที่จะทำสิ่งดีๆต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต้องทำงานซ้ำๆการทำ VCT ต้องทำตลอดไปครอบคลุมถึงคู่สมรสด้วย หากจะเกิด Relapse ก็ให้ถือเป็นบทเรียนที่ทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ต้องทบทวนและหาวิธีที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องปรับการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การบำบัดสัมฤทธิ์ผล

#### 4. การผลักดันการให้บริการบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทน

สิ่งหนึ่งซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทนประเภทเมทาโดน ได้แก่ การผลักดันให้เมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขมีมติให้เมทาโดน เป็นสิทธิประโยชน์ร่วมอยู่ในบริการบัตรทอง โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 14 กรกฎาคม 2551 และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ก็มีมติให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวอยู่ในประกันสุขภาพผู้ถือบัตรทอง สามารถเข้ารับบริการได้ที่ศูนย์บำบัดยาเสพติด 111 แห่ง และจะมีการขยายสู่ 200 แห่งในปี 2554 และมีโครงการจะขยายการให้บริการออกไปอีก

ประสิทธิภาพของการผลักดันสารเมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักในระบบหลักประกันสุขภาพ

แม้ว่าจะมีการผลักดันให้เมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักแล้ว แต่พบว่าข้อมูลการอนุมัติดังกล่าวยังไม่ถูกเผยแพร่ไปในสถานบำบัดต่างๆ ขณะที่ผู้เสพยาเสพติดรับรู้สิทธิประโยชน์แล้วต้องการรับเมทาโดน แต่ผู้บำบัดไม่รู้ว่าสามารถใช้สิทธิบัตรทองได้จึงถูกปฏิเสธการจ่ายยาสะท้อนให้เห็นว่าโดยหลักการการผลักดันสิทธิประโยชน์แก่ผู้เสพยาเสพติดนั้นประสบความสำเร็จแล้ว แต่ทว่าในทางปฏิบัติยังมีปัญหาและต้องเร่งผลักดันต่อไป

#### (2) รูปแบบที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนและภาคีอื่นๆ

ทางการปฏิบัติที่ผ่านมามีการจับเคลื่อนนโยบาย Harm Reduction ในประเทศไทย จำเป็นต้องมีการผนึกกำลังจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคการเมือง ภาคสาธารณสุข ภาควิชาการ ภาคความมั่นคง ภาคประชาสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อผลักดันนโยบาย แผนงานเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการเป็นต้น จึงเกิดการรวมกลุ่มคนทำงานในประเด็นยาเสพติด (12D) ขึ้นประกอบด้วย 1.เครือข่ายผู้ใช้

ยาประเทศไทย 2.เครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ประเทศไทย 3.มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 4. เครือข่ายลดอันตรายจากการใช้ยาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 5.มูลนิธิรักษ์ไทย 6.มูลนิธิธรรมรงค์ เพื่อรักษาเอดส์ 7.มูลนิธิ PSI (ประเทศไทย) 8.บ้าน โอโซน 9.องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ 10. บ้าน Alden 11.ศูนย์ลดอันตรายมิตรสัมพันธ์ 12.นักกิจกรรมอิสระทำงานในประเด็นผู้ใช้ยา

ทั้งนี้การดำเนินการนั้นได้ยึดหลักการสิทธิมนุษยชน และมุ่งเน้นการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ ในฐานะของผู้มีสิทธิไม่ใช่การสงเคราะห์หรืออนุเคราะห์ ทั้งนี้ได้มีการจัดทำโครงการต่างๆ ออกมา ดังนี้

1. มูลนิธิรักษ์ไทย เริ่มดำเนินการเปิด Drop in Center ร่วมกับโรงพยาบาล สมุทรปราการ

2. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมการประชุมนานาชาติ Harm Reduction ที่เชียงใหม่

3. ขยายการดำเนินงาน Drop In Center โดย PSI ดำเนินการ 3 ศูนย์ในกรุงเทพฯ เชียงราย สงขลา TTAG ดำเนินการ 1 ศูนย์ที่ศูนย์มิตรสัมพันธ์ กรุงเทพฯ TDN ดำเนินการ 3 ศูนย์ในเชียงใหม่ สตูล ตรัง RTF ดำเนินการ 2 ศูนย์ ในกรุงเทพฯ สมุทรปราการ และ บ้าน Alden ดำเนินการ 1 ศูนย์ใน กรุงเทพฯ

4. การทำงาน Outreach โดยจัดให้มี Peer Education, IEC materials เยี่ยมบ้าน แจก อุปกรณ์ในการป้องกัน ดำเนินการส่งต่อ(refer) ให้ข้อมูลความรู้เรื่องเอดส์และการลดอันตรายจากการใช้ยา NSP ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวยาที่ใช้

5. การศึกษาเอกสารทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เอดส์ ทบทวนเอกสาร สรุปร่วมในการลดอันตรายจากการใช้ยา การศึกษาวิจัยโดยชุมชนคนใช้ยา จัดทำหนังสือชีวิตนอกกริด : เสียงของผู้หญิงใช้ยาเสพติด

6. การพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ ได้แก่ พัฒนาหลักสูตร Path way to Recovery จัดทำ คู่มือการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง จัดทำคู่มือจัดทำบันทึกการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้ใช้ยาพัฒนารูปแบบ การให้บริการสุขภาพในเรือนจำ

7. การผลักดันนโยบาย โดยเครือข่ายผู้ใช้ยาและองค์กรพันธมิตรยื่นข้อเรียกร้องต่อ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขให้เปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ ที่เป็นผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการผลักดันเรื่องเมทาโดนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเรียกร้องให้มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเริ่มที่บริการสุขภาพ<sup>88</sup>

<sup>88</sup> เรื่องเดิม น.43.

#### 2.4.6 ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย

จากการศึกษากฎหมายของไทยข้างต้น พบว่ามาตรการทางกฎหมายของไทยต่อผู้เสพยาเสพติดนั้น มุ่งเน้นทางด้านการปราบปรามโดยให้มีบทลงโทษไม่ว่าจะเป็นการจำคุกหรือปรับก็ตาม ซึ่งแม้ในภายหลังผู้ร่างกฎหมายจะได้มีวิวัฒนาการของมาตรการด้านการปราบปรามที่ไม่เน้นเพียงการกำหนดโทษ แต่หันมาสร้างมาตรการทางด้านการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นกรณีตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่เปิดโอกาสให้ผู้เสพยาที่มีสำนึกใจเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย หรือการตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดเรื่องการตรากฎหมายยาเสพติดของประเทศ ไทย โดยมุ่งเน้นที่การบำบัดรักษาและการให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดตามแนวคิดที่ว่าผู้เสพยาหรือผู้ติดยาคือผู้ป่วย และมีโช้ชาญากรทั้งเชื่อในหลักการว่าต้องใช้แนวทางการลดการเสพยาโดยอาศัยความพยายามร่วมกันของหลายฝ่าย แต่พบว่าโดยโครงสร้างของกฎหมายยังคงยึดโยงกับความผิด กระบวนการบำบัดต่อเนื่องมาจากการจับกุม หรือการดำเนินคดีตามความผิดในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดยังคงเป็นอาชญากรอยู่ และเมื่อผู้เสพยาเสพติดมีคุณสมบัติที่เข้าตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จะถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัด หากกระบวนการสัมฤทธิ์ผลก็จะไม่ถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย แต่ก็พบว่าไม่อาจแก้ไข ปัญหาในหลายๆด้านได้ ทั้งเมื่อพิจารณาด้านองค์กรที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟู พบว่าอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมคุมประพฤติ ซึ่งมีได้เป็นองค์กรที่เชี่ยวชาญกับ กระบวนการบำบัดรักษา อีกทั้งกระบวนการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมในเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทางสถิติระบบการบำบัดรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระบบ คือ ระบบบังคับบำบัด ระบบสมัครใจ และต้องโทษ พบว่า ตั้งแต่ปี 2551 -2554 พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.4 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 70.3 ในปี 2554 รองลงมาคือ ระบบสมัครใจ สัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงมากนักอยู่ที่ร้อยละ 21-23 และระบบต้องโทษ มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 8-13 และหลังจากประกาศแผนพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ที่ได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าตั้งแต่เปิดปฏิบัติการในเดือนกันยายน 2554 จนถึงปัจจุบัน มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะระบบสมัครใจที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาต่างจากช่วงก่อนหน้านี้อย่างสิ้นเชิง โดยพบผู้เข้ารับการบำบัดสูงถึงร้อยละ 70.0 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด<sup>89</sup> สถิติที่มีการเปลี่ยนแปลงน่าจะเนื่องมาจาก การที่รัฐบาลกำหนดเป้าหมายตัวเลขเป็นสำคัญ ปัญหาที่ตามมาคืออาจจะทำให้สถานการณ์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

<sup>89</sup>จาก ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556) สำนักงาน ปปส.

มีความเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์ที่แท้จริง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะย้ายผู้ที่ถูกจับดำเนินคดียาเสพติดไปเป็นกลุ่มสมัครใจ เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล และเพื่อให้ได้เป้าหมายตามที่รัฐบาลกำหนด เป็นต้น<sup>90</sup>

นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดเอง ยังคงปฏิเสธนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในเรื่องการบริการเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาดและจากการดำเนินงานให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้ติดยาเสพติดพบว่าอาสาสมัครในโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นถูกตรวจค้น จับกุม และดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดหลายราย<sup>91</sup> และปัญหาดังกล่าวได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่อ คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) เห็นต่อการประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในเรื่องมาตรการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดตามร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เรื่องนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี จะดำเนินการโดยใช้วิธีการส่งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร ไปให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาเสพติดโดยวิธีการฉีดเข้าสู่หลอดเลือดเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อและแนะนำให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด รวมทั้งใช้วิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้แก่ผู้เสพยาเสพติดว่า โดยที่มาตรา 57 และมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ ซึ่งในการเสพยาเสพติดบางประเภทตามมาตราดังกล่าวจะทำด้วยวิธีการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งในกรณีนี้เข็มและอุปกรณ์ฉีดย่อมจะเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ในการกระทำความผิด หากมีบุคคลใดแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดแก่ผู้ติดยาเสพติดโดยมีเจตนาให้นำเข็มและอุปกรณ์ฉีดนั้นไปใช้ในการเสพยาเสพติด การกระทำดังกล่าวถือเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติดจึงเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 86<sup>92</sup> นับว่าความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกานี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการที่เจ้าหน้าที่จะดำเนินโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้เพราะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิเสธความร่วมมือในการดำเนินงาน และทำให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขในบางพื้นที่เกิดความไม่แน่ใจ

<sup>90</sup>จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหายาเสพติด (น.28-29), โดย สำนักงานกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

<sup>91</sup>ข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์ปัญหาขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวีและผู้ติดยาเสพติด.

<sup>92</sup>บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องการประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี เรื่องเสรีที่ 663/2554.

ในการปฏิบัติงาน ทั้งๆที่เป็นงานในระดับความร่วมมือระหว่างประเทศ แม้ความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาจะไม่ใช้กฎหมายก็ตาม

ดังนี้สามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคได้ดังนี้

- 1) ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่มั่นใจการเข้ารับบริการตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพราะกลัวถูกบันทึกประวัติ และถูกจับกุมจากเจ้าหน้าที่
- 2) ผู้ปฏิบัติงานไม่มั่นใจว่าถ้าดำเนินการตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไปแล้ว ตนอาจจะมีผลตามกฎหมายยาเสพติดในภายหลัง
- 3) รัฐเองยังไม่ให้ความสำคัญอย่างแท้จริงกับการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ ทั้งนี้รัฐต้องพิจารณางบประมาณรายจ่ายจำนวนมากในการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว
- 4) มาตรการทางกฎหมายไม่เอื้ออำนวยในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ได้อย่างถูกต้อง และได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับใช้กฎหมาย
- 5) สังคมไม่รับรู้และเข้าใจสถานะของผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ทั้งมีมายาคติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดในทางลบ จึงไม่ให้ความร่วมมือกับรัฐและเจ้าหน้าที่