



ผลกระทบของนโยบาย กัญชาเสรีต่อเด็กและ เยาวชน: บทเรียนจากนานาชาติ

รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารวิชาการในงานสมัชชาการพัฒนาเด็ก
และเยาวชนแห่งชาติ ครั้งที่ 14
ประจำปี พ.ศ. 2565

จัดโดย
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรีต่อเด็กและเยาวชน:
บทเรียนจากนานาชาติ

รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารวิชาการในงานสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ครั้งที่ 14
ประจำปี พ.ศ. 2565

จัดโดย
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คำนำ

รัฐบาลปัจจุบันมีนโยบายกัญชาเสรี เพื่อการแพทย์และเศรษฐกิจ ตามนโยบายที่หาเสียงไว้ในตอนเลือกตั้ง มีการปลดพืชกัญชาออกจากรายการยาเสพติด ยกเว้นสารสกัดกัญชาที่ส่วนผสมของสารทีเอชซี (THC) มากกว่าร้อยละ 0.2 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และกำลังมีการร่าง พ.ร.บ. กัญชากัญชง เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมกำกับต่างๆ ตามมา แต่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า ร่าง พ.ร.บ.นี้ จะถูกประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อไร

ในช่วงเวลาที่เกิดสູญญากาศดังกล่าว ทำให้ประชาชนเครือข่ายต่างๆ ได้ออกมาแสดงความห่วงกังวลว่าการปล่อยให้มีการปลูกกัญชาได้อย่างเสรี จะก่อให้เกิดผลกระทบทางลบที่รุนแรง โดยเฉพาะกับเด็กและเยาวชน จะทำให้มีการใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสม เสพติดกัญชา มีผลกระทบต่อสมอง และสติปัญญา ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เป็นโรคจิต ฆ่าตัวตาย เกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ จำเป็นมีมาตรการควบคุมกำกับเรื่องนี้อย่างเร่งด่วน และเรียกร้องให้บัญญัติมาตรการต่างๆ ใน ร่าง พ.ร.บ. กัญชากัญชง ที่มีการควบคุม การปลูก การใช้ การขายกัญชาที่เข้มงวด มีบทลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืน บางเครือข่ายเรียกร้องกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดอีกครั้ง และอนุญาตใช้ในการทางการแพทย์เท่านั้น

กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงจัดกิจกรรมสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี พ.ศ.2565 ครั้งนี้ขึ้น เพื่อระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ทำความเข้าใจสถานการณ์และร่วมกันเสนอทางออกที่เหมาะสม

เอกสารวิชาการฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นวัตถุดิบและเนื้อหาเข้าสู่การถกอภิปรายในเวทีสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชน โดยเน้นการสรุปและสังเคราะห์บทเรียนจากนานาชาติที่มีประสบการณ์การแก้กฎหมายยาเสพติดมาก่อนประเทศไทย ในประเด็นผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาเสรี หวังว่าจะมีส่วนช่วยสนับสนุนเวทีสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนครั้งนี้ในการถกอภิปรายเพื่อเสนอแนะ แนวทางการจัดการเรื่องกัญชา ที่เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป

รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

วันที่ 14 กันยายน 2565

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นอย่างสูงที่สนับสนุนการทำเอกสารวิชาการในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	1
1. นโยบายกัญชาเสรี	3
2. ความห่วงกังวลเรื่องผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนที่อาจเกิดขึ้น	6
3. การแก้กฎหมายยาเสพติดของประเทศต่างๆ	9
4. ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลกระทบ” ของนโยบายกัญชาเสรี	12
5. ข้อค้นพบ เรื่อง “ผลดี” และ “ผลเสีย” ของนโยบายกัญชาเสรี	13
6. ผลกระทบด้านลบจากนโยบายกัญชาเสรีที่ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่	26
7. มาตรการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในต่างประเทศ	38
8. ร่าง พระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. ...	39
9. สรุปและข้อเสนอแนะ	42
ภาคผนวก	44
เอกสารอ้างอิง	48

บทคัดย่อ

1. ปัจจุบันรัฐบาลไทยมีนโยบายส่งเสริมกัญชาทางการแพทย์และทางเศรษฐกิจ มีการแก้กฎหมาย ถอดพืชกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด เปิดโอกาสให้ประชาชนปลูกได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังคงจัดให้สารสกัดกัญชาที่สาร ทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) เกิน 0.2% โดยน้ำหนักยังคงเป็นสารเสพติด ที่มีการควบคุมการผลิตและการใช้อย่างเข้มงวด และกำลังพิจารณาร่าง พรบ.กัญชา กัญชง
2. การเปิดโอกาสให้ประชาชนปลูกกัญชาได้อย่างกว้างขวางนี้ ทำให้ประชาชนจากหลายภาคส่วนแสดงความห่วงใยว่านโยบายนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน เช่น จะทำให้เด็กและเยาวชนเสพติดกัญชา นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่นๆ ทำลายสมองและสติปัญญา ตกออกจากโรงเรียน มีอาการทางจิต เช่น เกิดอาการซึมเศร้า เป็นโรคจิต ผ่าตัวตาย เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เกิดอุบัติเหตุ ก่ออาชญากรรม ฯลฯ
3. ปัจจุบันหลายประเทศได้มีการแก้กฎหมายยาเสพติด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและสามารถใช้อย่างเหมาะสม บางประเทศอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์เท่านั้น บางประเทศอนุญาตให้เฉพาะสารสกัดกัญชาที่ไม่มีฤทธิ์เมาเท่านั้น บางประเทศอนุญาตให้ใช้แบบนันทนาการหรือสูบพืชกัญชาได้
4. จากการรวบรวมผลการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้พบว่ามี “ข้อจำกัด” หลายประการ เช่น ไม่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การเก็บข้อมูลในช่วงก่อนการแก้กฎหมายมีความน่าเชื่อถือน้อย เพราะคนตอบแบบสอบถามไม่บอกความจริง งานวิจัยหลายงานไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ ไม่ได้แยกแยะว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาแบบธรรมชาติ หรือใช้กัญชาสังเคราะห์
5. ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ หลายประเทศที่แก้กฎหมายยาเสพติด เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากกัญชามากขึ้น มีความเห็นตรงกันว่า ก่อให้เกิด “ผลดี” มากกว่า “ผลเสีย” และผลเสียที่เกิดขึ้นสามารถออกมาตรการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจำนวนมากหรือลดความรุนแรงของผลกระทบลงได้
6. “ผลดี” ของการแก้กฎหมายยาเสพติดฯ คือ ผลกระทบด้านสุขภาพ: ทำให้ผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรคมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและของประเทศ; ผลกระทบด้านสังคม: ทำให้ลดจำนวนคนที่ถูกจับกุมและจองจำในคุก เพราะคดีกัญชา ลดอาชญากรรม; ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ: ทำให้เพิ่มการจ้างงาน เพิ่มรายได้ให้ประชาชน เพิ่มรายได้ภาษีให้ประเทศ ลดค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม

7. “ผลเสีย” ของการแก้กฎหมายยาเสพติดฯ คือ ผลกระทบด้านสุขภาพ มีจำนวนคนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีบางคนที่เกิดอาการแพ้กัญชา อาเจียนรุนแรง เมา ใจสั่น วิดกกังวล ง่วงนอน หลอน จนต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล
8. “ผลเสีย” ของกัญชาบางประการ ยังไม่สามารถสรุปยืนยันได้ว่าเกิดจากกัญชาหรือไม่ เพราะมีงานวิจัยที่ให้ผลตรงกันข้าม บางงานวิจัยสรุปว่า “ใช่” บางงานสรุปว่า “ไม่ใช่” ได้แก่ประเด็นเรื่อง การเสพติดกัญชา นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่นๆ ทำลายสมองและสติปัญญา ตกออกจากโรงเรียน ออกจากงานที่ทำ มีอาการทางจิต เช่น เกิดอาการซึมเศร้า เป็นโรคจิต ฆ่าตัวตาย เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เกิดอุบัติเหตุ ก่ออาชญากรรม ซึ่งเกิดจากการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน ดังได้กล่าวมาแล้ว
9. ประเทศต่างๆ ได้ออกมาตรการมาป้องกันและควบคุมผลเสียของกัญชา เช่น การควบคุมปริมาณกัญชาที่ผสมในอาหารและเครื่องดื่ม การกำหนดอายุ การควบคุมสถานที่จำหน่าย การโฆษณา การส่งเสริมการขาย การใช้ในขณะขับขี่ยานพาหนะ ผู้ฝ่าฝืนมีบทลงโทษ
10. ปัจจุบัน คณะกรรมการวิสามัญ ร่าง พระราชบัญญัติกัญชากัญชง สมาชิกผู้แทนราษฎร ได้ดำเนินการร่าง พรบ.ดังกล่าวเสร็จแล้ว กำลังนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในวาระที่ 2 และ 3 ต่อไป ก่อนจะประกาศใช้ เนื้อหาของ ร่าง พรบ. ดังกล่าว มีประเด็น ปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน หลายประการ ได้แก่ ห้ามจำหน่ายกัญชาให้แก่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ และกำลังให้นมบุตร ห้ามจำหน่ายกัญชาในสถานศึกษา ห้ามจำหน่ายโดยใช้เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ หรือทางอินเทอร์เน็ต ห้ามโฆษณา ห้ามส่งเสริมการขาย ห้ามใช้ในขณะขับขี่ยานพาหนะ ผู้ฝ่าฝืนมีบทลงโทษ
11. ในช่วงที่ยังไม่มีพระราชบัญญัติกัญชากัญชง รัฐบาลจึงใช้กฎหมายอื่นๆ มาควบคุมการผลิต การจำหน่าย การใช้กัญชา เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พระราชบัญญัติยา
12. ข้อเสนอแนะต่อภาคีสมัชชาพัฒนาเด็กและเยาวชน 1) การสร้างระบบข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์เรื่อง ผลกระทบด้านต่างๆ ของนโยบายกัญชาเสรี ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐภาคประชาชน และรวมทั้งเครือข่ายเด็กและเยาวชนเอง 2) การสร้างระบบสื่อสาร ให้การศึกษาแก่สาธารณะ เด็กและเยาวชน เพื่อให้รู้ทันสถานการณ์ และสามารถปรับตัว ปกป้องตัวเอง ครอบครัวยุ และชุมชน 3) การผลักดันทางนโยบาย ระดับต่างๆ โดยจัดทำรายงานสังเคราะห์ข้อเสนอทางนโยบาย และ จัดกิจกรรมหรือรณรงค์ในระดับท้องถิ่นชุมชน ที่มีเยาวชนเข้าร่วม 4) ติดตามข้อมูลสถานการณ์ในภาพรวมเกี่ยวกับปัญหาและภัยคุกคามอื่นๆ ที่มีต่อสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย

ผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรีต่อเด็กและเยาวชน: บทเรียนจากนานาชาติ

1. นโยบายกัญชาเสรี

ปัจจุบันรัฐบาลไทยมีนโยบายส่งเสริมกัญชาทางการแพทย์และทางเศรษฐกิจ มีการแก้กฎหมาย ถอดพืชกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด เปิดโอกาสให้ประชาชนปลูกได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังคงจัดให้สารสกัดกัญชาที่มีสาร ทีเอชซี (Tetrahydrocannabinol, THC) เกิน 0.2% โดยน้ำหนัก ยังคงเป็นสารเสพติด ที่มีการควบคุมการผลิตและการใช้อย่างเข้มงวด และขณะนี้รัฐสภาได้ตั้งคณะกรรมการพิจารณา ร่าง พรบ.กัญชา กัญชง ฉบับใหม่ขึ้นมาเพื่อควบคุม

นโยบายเกี่ยวกับกัญชาของประเทศไทยมีพัฒนาการมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่การบัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดโทษ ประเภทที่ 5 ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หรือเมื่อ 43 ปีมาแล้ว ที่ห้ามปลูก ห้ามครอบครอง ห้ามใช้ ห้ามจำหน่าย

แต่เมื่อกระแสข่าวประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาแล้วมีอาการดีขึ้น หายจากโรคร้าย และข่าวการแก้กฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศแพร่หลายทางสื่อต่างๆ ทำให้เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการแก้กฎหมายยาเสพติดในประเทศไทย

สภานิติบัญญัติแห่งชาติจึงได้แก้ไข พ.ร.บ.ยาเสพติด เพื่อคลายล็อก ให้สามารถนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยได้ มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขเปิดคลินิกกัญชาในหลายโรงพยาบาลทั่วประเทศ องค์การเภสัชกรรมและโรงพยาบาลหลายแห่งผลิตยาจากดอกกัญชา ภาคเอกชนให้ความสนใจลงทุน

พรรคภูมิใจไทยหาเสียงเลือกตั้งด้วยนโยบายกัญชาเสรี แก่ พ.ร.บ.ยาเสพติด อนุญาตให้ประชาชนปลูกได้บ้านละ 6 ต้น และส่งเสริมการทำธุรกิจกัญชาแบบมัลติรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ได้ที่นั่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเพิ่มขึ้น จากเดิม 34 ที่นั่ง ในการเลือกตั้งเมื่อปี พ.ศ.2554 เพิ่มขึ้น เป็น 51 ที่นั่ง ในปี พ.ศ.2562

นายอนุทิน ชาญวีรกูล หัวหน้าพรรคภูมิใจไทย นำพรรคเข้าร่วมรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้รับตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินนโยบายด้านกัญชาเสรีตามที่หาเสียงไว้ตามลำดับ

ระยะแรกเป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบของ พ.ร.บ. ยาเสพติด ฉบับที่ 7 ได้แก่ 1) ขยายคลินิกกัญชาในหน่วยบริการสาธารณสุข 2) ตั้งสถาบันกัญชาขึ้นมาในกระทรวงสาธารณสุข 3) ปลดล็อกกัญชาไม่เป็นยาเสพติด ยกเว้น ช่อดอก ใบติดช่อดอก เมล็ดกัญชา 4) อนุญาตให้ประชาชน

ปลูกได้ บ้านละ 6 ต้น แต่ต้องรวมกลุ่ม 7 คน เป็นวิสาหกิจชุมชน 5) ส่งเสริมนำไปกัญชาไปปรุงอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ 6) ส่งเสริมสถานพยาบาลภาคเอกชนให้จัดตั้งคลินิกกัญชา 6) ส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากกัญชา

การดำเนินนโยบาย ภายใต้ พ.ร.บ. ยาเสพติด ฉบับที่ 7 ดังกล่าวมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ประชาชนที่ต้องการปลูกกัญชาต้องขออนุญาตในทุกขั้นตอน มีต้นทุนสูง ขั้นตอนทางราชการยุ่งยาก ทำให้มีผู้ได้รับอนุญาตเพียงน้อยราย ในขณะที่จำนวนคนที่ต้องการปลูกมีจำนวนมาก จึงเกิดกระแสเรียกร้องให้แก้กฎหมายเพื่อเปิดกว้างกว่านี้ คนจำนวนมากปลูกกัญชาโดยไม่ขออนุญาต เพื่อเอาไว้รักษาตนเอง จึงถูกตำรวจจับกุม จนเป็นกระแสข่าวครึกโครมวิพากษ์วิจารณ์ถึงความเหมาะสมต่าง ๆ ประชาชนบางกลุ่มถึงกับจัดตั้งพรรคการเมืองขึ้นมาใหม่และเน้นนโยบายเสรีกัญชา

ช่วงปี พ.ศ. 2563 – พ.ศ. 2564 เกิดวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ทำให้เรื่องนโยบายกัญชาหยุดนิ่งไปช่วงหนึ่ง แต่เพราะการเลือกตั้งครั้งต่อไปใกล้จะเกิดขึ้นในอีกไม่นาน ด้านนโยบายกัญชาเสรีที่หาเสียงไว้ ไม่มีความคืบหน้า น่าจะมีผลต่อการเลือกตั้ง ทำให้พรรคภูมิใจไทยขยับเรื่องนโยบายกัญชาอีกครั้ง เปลี่ยนตัวผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และพยายามแก้ไข พ.ร.บ.ยาเสพติด

นโยบายกัญชาเสรีของพรรคภูมิใจไทยเป็นตัวอย่างให้นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม พรรคพลังประชารัฐผลักดันนโยบายเสรีพืชกระท่อม จนสำเร็จ มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2564 ประชาชนปลูกได้โดยไม่ต้องขออนุญาต

ในขณะที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) ก็ได้พยายามดำเนินการแก้ไข พ.ร.บ.ยาเสพติด เริ่มตั้งแต่สมัยรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา รอบแรก โดยมุ่งที่จะออก พ.ร.บ.ที่รวมเอากฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดทุกฉบับมาไว้ในที่เดียวกัน เรียกว่า พ.ร.บ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด จึงสอดคล้องกับความพยายามของพรรคภูมิใจไทย พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้ผ่านมติรับรองอย่างเป็นทางการเป็นเอกฉันท์จากรัฐสภา ประกาศบังคับใช้ เมื่อ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 เนื้อหาสำคัญ คือ ไม่มีการระบุชื่อ กัญชา และกระท่อม แต่เปิดช่องให้คณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ เป็นผู้กำหนดในภายหลังได้ และในวันที่ 25 มกราคม 2565 คณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติก็ได้ปลดกัญชาออกจากรายชื่อยาเสพติด มีผลในวันที่ วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2565

วันที่ 27 มกราคม 2565 พรรคภูมิใจไทยและพรรคอื่นๆได้ร่วมกันยื่น ร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง เพื่อกำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมกัญชา กัญชงต่อรัฐสภา ในอีก 5 เดือนถัดมา คือเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2565 รัฐสภามีมติรับหลักการ ร่าง พ.ร.บ. นี้ ในวาระที่ 1 และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญเพื่อพิจารณา พ.ร.บ.ดังกล่าว โดยมีนายศุภชัย ใจสมุทร เป็นประธาน¹ เนื้อหาสำคัญคือ ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้ในจำนวนที่ไม่เกินกำหนด โดยการจดแจ้ง แต่ถ้าจะทำเป็นธุรกิจต้องขออนุญาต

ถึงแม้ว่า ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง จะยังไม่ผ่านรัฐสภา แต่รัฐบาลก็ได้ส่งเสริมให้ประชาชนที่ต้องการปลูกกัญชาจัดแจง ผ่านเว็บไซต์ ชื่อ “ปลูกกัญ” มีผู้ลงทะเบียนจัดแจงปลูกกัญชา กัญชง ไปแล้ว รวม 1,019,800 คน ณ วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2565 ²

ตารางที่ 1 พัฒนาการของนโยบายกัญชาเสรี³

ระยะของพัฒนาการ	วันที่	เนื้อหาสำคัญ
ระยะที่ 1 – ใช้ในทางการแพทย์และวิจัย	18 กุมภาพันธ์ 2562	ประกาศใช้ พ.ร.บ.ยาเสพติด ฉบับที่ 7 - ปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์เป็นประเทศแรกในอาเซียน - ไม่ให้เสรีเพื่อความบันเทิงหรือนันทนาการ
ระยะที่ 2 – ระดับชุมชน, ปลูกบ้านละ 6 ต้น	15 กุมภาพันธ์ 2563	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข - ปลดล็อกกัญชาไม่เป็นยาเสพติด ยกเว้นช่อดอก ใบติดช่อดอก เมล็ดกัญชา - ปลูกบ้านละ 6 ต้น รวมกลุ่ม 7 คน เป็นวิสาหกิจชุมชน
ระยะที่ 3 – ไก่เสรี, ไม่ใช่ยาเสพติดอีกต่อไป	25 มกราคม 2565	คณะกรรมการ ป.ป.ส. ถอดกัญชาออกจากยาเสพติดประเภทที่ 5 - มีผลบังคับใช้ 9 มิถุนายน 2565 - ใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น ไม่ใช่สูบเสรี - ราก ต้น ใบ ดอก ที่มีสาร THC ไม่เกิน 0.2% ไม่ผิดกฎหมาย
ระยะที่ 4 – ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง	27 มกราคม 2565	ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง เข้าสู่รัฐสภา - ปลูกในครัวเรือนต้องจัดแจงตามจำนวนที่กำหนด - แปรรูป สกัดเป็นน้ำมัน ต้องขออนุญาต

2. ความห่วงกังวลของสังคมเกี่ยวกับผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนที่อาจจะเกิดขึ้น

การเปิดโอกาสให้ประชาชนปลูกกัญชาได้อย่างกว้างขวางนี้ ทำให้หลายภาคส่วนออกมาแสดงความห่วงใยว่านโยบายนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน เช่น จะทำให้เด็กและเยาวชนเสพติดกัญชา นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่นๆ ทำลายสมองและสติปัญญา ตกออกจากโรงเรียน ออกจากงานที่ทำ มีอาการทางจิต เช่น เกิดอาการซึมเศร้า เป็นโรคจิต ฆ่าตัวตาย เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การอุบัติเหตุ ก่ออาชญากรรม ฯลฯ

เครือข่ายต่างๆในสังคมที่ออกมาแสดงความห่วงใยดังกล่าว ได้แก่

2.1 เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2565 เครือข่ายนักวิชาการและภาคประชาชนด้านกัญชาเสพติด⁴ ได้แสดงความห่วงใยว่า ร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง ฉบับพหุภาคีของไทย เป็นนโยบายกัญชาเสรีอนุญาตให้ปลูกกัญชาโดยไม่จำกัดจำนวนและนำช่อดอกมาสูบได้ในครัวเรือน และมีมาตรการควบคุมการปลูกและใช้กัญชาในทางที่ผิดที่น้อยมาก ประชาชน เด็กและเยาวชน ทุกอายุ ทุกเพศ จะสามารถเสพหรือสูบกัญชาได้อย่างเสรี เพราะมีเพียงการกำหนดมาตรการ “ห้ามจำหน่ายกัญชา” แก่เยาวชนอายุต่ำกว่ายี่สิบปี และสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตรเท่านั้น ไม่ใช้การห้ามเสพ เครือข่ายฯ จึงมีข้อเสนอแนะให้ออกกฎหมายเพื่อการควบคุมการใช้กัญชาในทางที่ผิด สรุปใจความสำคัญ มีดังนี้

- 1) กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดอยู่ต่อไป
- 2) ควบคุมการบริโภคกัญชา เช่น ห้ามการบริโภคกัญชาโดยบุคคลอายุต่ำกว่ายี่สิบปีโดยเด็ดขาด โดยยกเว้นให้บริโภคได้ในกรณีใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ที่มีแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย
- 3) สนับสนุนเศรษฐกิจครัวเรือนจาก “กัญชง” เนื่องจากมีสารเมา THC ต่ำ จะเกิดการใช้ในทางที่ผิดได้ยาก
- 4) ควบคุมการใช้กัญชาในเชิงพาณิชย์ทุกระดับ ทั้งระดับครัวเรือน ธุรกิจขนาดย่อม และธุรกิจขนาดใหญ่
- 5) ควบคุมสถานที่จำหน่าย ทั้งที่ให้ซื้อและบริโภคในร้าน หรือที่ซื้อกลับไปบริโภคภายนอกจะต้องมีใบอนุญาต ไม่อนุญาตให้เยาวชนเข้าไป
- 6) ห้ามการจำหน่าย เมล็ดพันธุ์กัญชา ต้นกัญชา และผลิตภัณฑ์กัญชาทางออนไลน์
- 7) ควบคุมบรรจุภัณฑ์ เช่น ต้องบรรจุผลิตภัณฑ์กัญชาในบรรจุภัณฑ์แบบเรียบ (plain packaging) มีการระบุระดับ THC และ CBD ของผลิตภัณฑ์ มีการติดฉลากคำเตือน
- 8) ห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิงเพื่อปกป้องเด็กและเยาวชน เช่นเดียวกับกรณีบุหรี่
- 9) จำกัดปริมาณการครอบครองกัญชาในที่สาธารณะ ห้ามสูบกัญชาในที่สาธารณะ
- 10) ห้ามขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักรภายใต้อิทธิพลของกัญชา

11) มีมาตรการภาษีกัญชา กำหนดให้นำส่วนหนึ่งของภาษีกัญชา มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดกัญชา ให้ความรู้และการป้องกันเยาวชนใช้กัญชา การวิจัยและการติดตามประเมินผลกระทบทางลบจากการใช้กัญชา

2.2 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 องค์กอร์ดานเด็ก เยาวชนและครอบครัว 33 องค์กร⁵ เข้าพบนายศุภชัย ใจสมุทร ประธานคณะกรรมการสิทธิการวิสามัญพิจารณาร่างพ.ร.บ.กัญชา กัญชง พ.ศ. ... เพื่อยื่นข้อเสนอต่อการพิจารณา ร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว เพราะเป็นห่วงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อเด็กและเยาวชน

เครือข่ายนี้ นำโดยนางทิตา ณ นคร ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (ชาย) บ้านกาญจนาภิเษก องค์กรอื่นๆ ที่เข้าร่วม อาทิ สมาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เครือข่ายเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยง เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพเยาวชน เครือข่ายผู้ปกครองในสถานศึกษา มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเด็กเยาวชนและครอบครัว เครือข่ายบางกอกดีจัง เป็นต้น

เครือข่ายฯ แลกเปลี่ยนว่า ไม่สนับสนุนการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ เพราะจะมีผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้มีเมามา ประสาทหลอน เสพติด พัฒนาการของสมองผิดปกติ ความสามารถในการตัดสินใจ คิด วิเคราะห์ลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตกังวล ซึมเศร้า หรือฆ่าตัวตาย

เครือข่ายฯ เสนอให้มีการควบคุมกัญชาทุกมิติ ทั้งด้าน การปลูก การนำไปใช้ ผลิตภัณฑ์ ระบุปริมาณส่วนผสม การจำหน่าย ระบุข้อความคำเตือน การจำหน่ายผ่านเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ กำหนดสถานที่ห้ามเสพ ห้ามขายกัญชา จำกัดการเข้าถึง ควบคุมอายุของผู้ซื้อ ห้ามโฆษณา กิจกรรมส่งเสริมการขาย การชื้อยานพาหนะ การให้ความรู้แก่ประชาชน มีคณะกรรมการควบคุมกำกับดูแล และลดผลกระทบจากกัญชา เปิดรับฟังความคิดเห็น มีบทลงโทษ แต่กรณีผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ แต่ถ้าเป็นเด็กหรือผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ควรต้องรับโทษทางอาญา โดยเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 เป็นต้น

2.3 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2565 แพทยสภา ได้ออกประกาศ⁶ ใจความสำคัญ คือ หลังจากวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2565 เป็นต้นมา มีผู้ใช้กัญชาจำนวนมากเจ็บป่วยฉุกเฉิน/ประสาทหลอน ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ไปเพิ่มภาระงานที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น และกัญชามีผลกระทบด้านลบต่อการเจริญเติบโตของสมองและพัฒนาการของเด็กในระยะยาว อีกทั้งกัญชาไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ใช้เพียงบรรเทาอาการชั่วคราวของโรค ตามข้อบ่งใช้เท่านั้น จึงได้ออกประกาศ เพื่อแนะนำประชาชน ว่าควรใช้และไม่ควรใช้กัญชาในกรณีต่างๆ ดังนี้

- 1) ควรใช้เฉพาะสารสกัดกัญชาที่ทราบปริมาณของสาร CBD และ THC ที่แน่นอน ในการรักษาโรคตามข้อบ่งใช้ จากแพทย์ที่ผ่านการอบรม
- 2) ไม่ใช้กัญชาในลำดับแรกในการรักษาโรค จะใช้กัญชาเมื่อใช้ยามาตรฐานขนานอื่นแล้วไม่สามารถรักษาหรือควบคุมอาการหรือภาวะของโรคได้
- 3) ไม่ใช้กัญชาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กและเยาวชน อายุไม่เกิน 25 ปี เพราะมีผลต่อการพัฒนาการของสมอง
- 4) ไม่ผสมกัญชาหรือกัญชงลงในอาหารหรือขนม สำหรับให้ประชาชนรับประทาน
- 5) ไม่ใช้กัญชาหรือกัญชงเพื่อนันทนาการโดยเด็ดขาด
- 6) ไม่ใช้ ช่อดอกของกัญชา เพราะมีสารเสพติด ซึ่งจะทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงได้มาก
- 7) ไม่ใช้กัญชาหรือกัญชงโดยเด็ดขาดในประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้มีโรคตามข้อบ่งใช้
- 8) ประกาศให้อาคารมหรertainment (สำนักของแพทย์สภา) เป็นพื้นที่ปราศจากกัญชา/กัญชง บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้าและยาเสพติดทั้งมวล

2.4 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2565 แพทย์สาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 851 คน ออกแถลงการณ์ เรื่อง “ขอแสดงจุดยืนและเรียกร้องให้ปิดสถานะกัญชาเสรีในสถานะสุญญากาศทันที”

โดยในแถลงการณ์ได้ระบุว่า เนื่องจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้พืชกัญชาไม่ เป็นยาเสพติด ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 เป็นต้นมา แต่ไม่มีนโยบายควบคุมการใช้กัญชาอย่าง ครอบคลุมและปลอดภัย จึงทำให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรีในเชิงนันทนาการอย่างแพร่หลาย นำไปสู่ การเข้าถึงการใช้กัญชาของเด็กและเยาวชน ซึ่งผิดจากเหตุผลของการออกนโยบายกัญชาเสรีที่รัฐบาล และผู้เกี่ยวข้องเคยกล่าวอ้าง ว่าต้องการให้ประชาชนได้เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น

นอกจากนี้การใช้กัญชาอย่างเสรีโดยปราศจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้นมีหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนมากมายว่า ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และการเจริญเติบโตของสมองในเด็กและ วัยรุ่นอย่างมาก

สถานการณ์ในปัจจุบันนี้จึงนับว่าเป็นภัยคุกคามต่อระบบสาธารณสุขและสุขภาพของ ประชาชนทั้งในระยะสั้น และระยะยาวอย่างแท้จริง เรียกร้องขอให้รัฐบาลออกมาตรการ “ปิดสถานะ

กัญชาเสรีในสถานะสุญญากาศทันที” และ “จัดให้มีกระบวนการรับฟังผู้เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านเพื่อร่วมกันออกแบบนโยบายกัญชาแห่งประเทศไทย”

แพทย์คณะนี้ได้รณรงค์ บนช่องทาง change.org เรื่อง “ชะลอกัญชาเสรี ขอออกกฎหมายคุ้มครองไม่ให้เด็กใช้กัญชาออกมาก่อน” เพื่อให้รัฐบาลและผู้เกี่ยวข้องหยุดภัยคุกคามทางสุขภาพในครั้งนี้อันตรายที่สุด⁷

ความห่วงใยจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคมข้างต้น ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ บรรลุไว้ใน ร่าง พรบ.กัญชา กัญชง เพื่อนำไปสู่การพิจารณาของรัฐสภา ในวันที่ 2 และ 3 ต่อไป (ดูหัวข้อที่ 8)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงได้จัดงานสมัชชาเด็กและเยาวชนครั้งนี้ขึ้น เพื่อเป็นอีกเวทีหนึ่งที่ภาคประชาสังคมจะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตน ช่วยกันให้ข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาประเทศไปในทิศทางที่ดี

3. การแก้กฎหมายยาเสพติดของประเทศต่าง ๆ

ประเทศไทยไม่ใช่ประเทศแรกที่แก้กฎหมายยาเสพติด การศึกษาบทเรียนทั้งด้านบวกและด้านลบจากประเทศอื่น ๆ น่าจะทำให้เรามีข้อมูลมาพิจารณาอย่างรอบด้าน โดยเริ่มจากเหตุการณ์สำคัญในประวัติศาสตร์ และความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันแก้กฎหมายยาเสพติดของนานาชาติ

3.1 ประวัติศาสตร์ของกัญชาโดยย่อ

มนุษย์ใช้ประโยชน์กัญชา มาแล้วไม่ต่ำกว่า 12,000 ปี⁸ การใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นมีความตั้งแต่โบราณ จากบันทึกทางประวัติศาสตร์ เมื่อ 4,700 ปีก่อน โดยจักรพรรดิเซินนิงของจีน บันทึกไว้ว่ากัญชาสามารถใช้รักษามากกว่า 100 โรค⁹ มีบันทึกในคัมภีร์ต่างๆ ของศาสนาฮินดูในประเทศอินเดีย เมื่อ 4,000 ปีก่อน กัญชาเป็นเครื่องบูชาพระศิวะ¹⁰ ในประเทศไทย พบว่า กัญชาเป็นส่วนผสมหนึ่งของตำรับยาสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ 360 ปีก่อน จำนวนมากกว่า 90 ตำรับ¹¹

ในประเทศแถบตะวันตกก็มีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย หลังจากที่ประเทศอังกฤษไปยึดประเทศอินเดียเป็นอาณานิคม ในศตวรรษที่ 18¹² มียาจากกัญชาขายตามร้านขายยาทั่วไป ร้อยละ 50 ของตำรับยาที่ขายในขณะนั้นจะมีส่วนผสมของกัญชา บริษัทฯต่างๆ ก็ผลิตยาจากกัญชาจำหน่าย^{13 14} กัญชาถูกบรรจุอยู่ในเภสัชตำรับของทั้งประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา¹⁵

แพทย์ประจำราชสำนักอังกฤษใช้ยาจากกัญชารักษาคคนในราชวงศ์ ด้วยโรคต่างๆ ต่อไปนี้¹⁶ ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ; อาการเจ็บปวดและอาการชา ได้แก่ อาการปวดทุกชนิด โดยเฉพาะอาการปวดจากระบบประสาท อาการปวดเรื้อรัง ปวดหัวไมเกรน ปวดข้อ อาการชาแขนขา ปวดประจำเดือน; โรคที่แสดงอาการทางกล้ามเนื้อ ได้แก่ กล้ามเนื้อกระตุกเกร็ง อาการชักบางชนิด ชักจากเนื้องอกในสมอง กล้ามเนื้อขาเป็นตะคริวตอนกลางคืน และโรคอื่นๆ เช่น หอบหืด



ภาพที่ 1 การใช้กัญชาในช่วงศตวรรษที่ 18 ของประเทศตะวันตก

แต่แล้วในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 กลุ่มอิทธิพลในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้อำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจผลักดันให้กัญชาเป็นยาเสพติด และผลักดันให้ประเทศสมาชิกสหประชาชาติมีมติ จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติด เมื่อปี พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961)^{17 18} ทำให้ประชาชนและแพทย์ไม่สามารถใช้กัญชาได้

โดยเริ่มจากการเปลี่ยนชื่อกัญชา จากเดิม คือ เฮมพ์ (hemp) และแคนนาบิส (cannabis) มาเป็น มารีฮวน่า (marijuana) เพื่อให้มีความรู้สึกเป็นเรื่องของชาวละตินอเมริกา คนส่วนน้อย

หลังจากนั้นก็ออกกฎหมายเก็บภาษีคนที่ปลูกกัญชา ผู้ฝ่าฝืนมีความผิดถูกปรับเป็นเงินหลายเท่า มีการ สร้างงานวิจัยเท็จ กุข่าว สร้างภาพยนตร์หลายเรื่องมาใส่ร้ายป้ายสีกัญชา ว่าเป็นยาเสพติด เสพแล้วมีอาการคลั่งเป็นโรคจิต ก่ออาชญากรรม มั่วเซ็ก คนผิวดำเสพกัญชาแล้วไปข่มขืนเด็กผู้หญิง ผิวขาว ฯลฯ

คนอเมริกันซึ่งมีความรู้สึกเหยียดผิวอยู่แล้ว จึงไม่มีการคัดค้านใด ๆ เมื่อรัฐบาลออกกฎหมาย จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 เทียบเท่ากับเฮโรอีน และระบุว่า ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ใด ๆ¹⁹ ทั้ง ๆ ที่มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างปลอดภัย มานานนับร้อยปี

ในช่วงนั้น มีคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่คัดค้านการจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติด คือ สมาคมแพทย์อเมริกัน เพราะตอนนั้นแพทย์ก็ใช้กัญชารักษาคนไข้อยู่ แต่ก็ไม่มีพลังทางสังคมเพียงพอที่จะไปคัดค้านได้²⁰



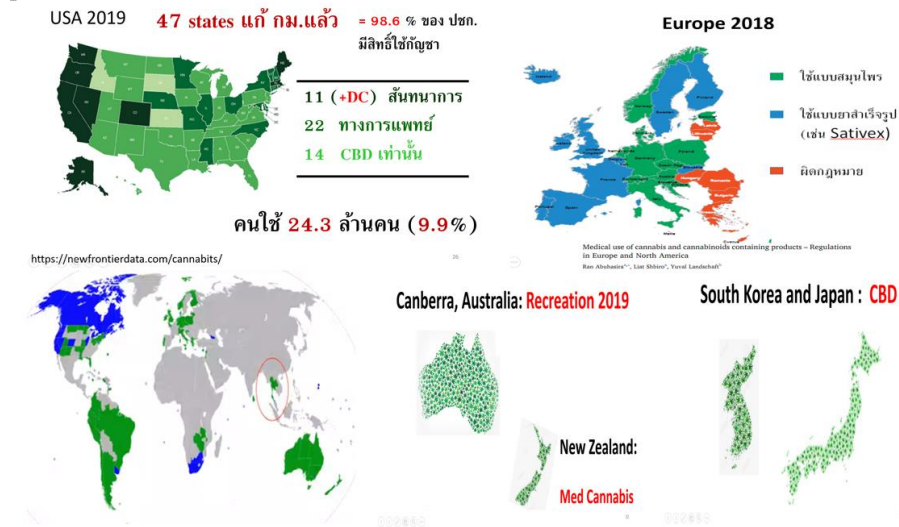
มายาคติ: เสพติด/โรคจิต/ทำลายสมอง/ก่อกบฏ/ฆ่า/ข่มขืน/โคตตึก

ภาพที่ 2 มายาคติที่กลุ่มผลประโยชน์เผยแพร่ประโคม เพื่อใส่ร้ายป้ายสีกัญชา

3.2 ความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันแก้กฎหมาย

แม้ว่ากฎหมายจะจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดแต่ประชาชนก็ยังคงใช้กัญชาแบบใต้ดินกันอย่างแพร่หลาย เมื่อมีอินเทอร์เน็ตเกิดขึ้น ทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชวยิ่งแพร่หลายไปอย่างกว้างขวาง มีคนรู้ความจริงมากขึ้น กดดันนักการเมือง ผลักดันให้มีการแก้กฎหมายยาเสพติด หรือฟ้องศาล จึงพบว่า ในปัจจุบันมีหลายประเทศได้มีการแก้กฎหมายยาเสพติด หรือเป็นคำตัดสินของศาล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและสามารถใช้กัญชามากขึ้น

เริ่มต้นที่มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ.2539 หรือเมื่อ 26 ปีมาแล้ว หลังจากนั้นก็มีอีกหลายประเทศที่ได้แก้กฎหมายยาเสพติด ตามมาเช่นกัน



ภาพที่ 3 ประเทศต่างๆที่แก้กฎหมายยาเสพติด หรือจากคำสั่งศาล

บางประเทศอนุญาตให้ใช้พืชกัญชาเพื่อการแพทย์เท่านั้น บางประเทศอนุญาตให้เฉพาะสารสกัดกัญชาที่ไม่มีฤทธิ์เมาเท่านั้น (ซีบีดี CBD, cannabidiol) บางประเทศอนุญาตให้ใช้แบบนันทนาการหรือสูบพืชกัญชาได้ บางประเทศแม้จะมีกฎหมายจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติด ตามมติของสหประชาชาติ แต่ไม่บังคับใช้กฎหมาย²¹

ดังนั้นประเทศไทยจึงควรเรียนรู้บทเรียนจากประเทศเหล่านี้ เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กและเยาวชน และมาตรการในการป้องกันและควบคุมผลกระทบเหล่านั้น

4. ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลกระทบ” ของนโยบายกัญชาเสรี

จากการรวบรวมผลการศึกษาจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับเรื่องนี้พบว่า “ข้อจำกัด” หลายประการ ที่จำเป็นต้องนำมาเกริ่นนำไว้ก่อนเป็นเบื้องต้น เพื่อให้ผู้อ่านได้ใช้วิจารณญาณในการตีความ และระมัดระวังในการนำไปประยุกต์ใช้

เช่น หลายประเทศหรือมลรัฐ ที่มีการแก้กฎหมายยาเสพติด แต่ไม่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไม่มีข้อมูลที่เป็นตัวแทนที่ดีของทั้งประเทศ หรือไม่ได้เก็บข้อมูลสถานการณ์ช่วงก่อนแก้กฎหมายทำให้ไม่มีข้อมูลมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันว่าดีขึ้นหรือแย่ลง

การเก็บข้อมูลในช่วงก่อนการแก้กฎหมายมีความน่าเชื่อถือน้อย เพราะคนตอบแบบสอบถาม ไม่บอกความจริง เพราะกลัวถูกลงโทษ หรือกลัวถูกสังคมรังเกียจ

งานวิจัยหลายงานไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเดียวกันจึงเปรียบเทียบกันไม่ได้ บางงานวิจัยไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เคร่งครัดเพียงพอ ทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อย เช่น ไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม

ที่สำคัญมาก คือ ไม่ได้แยกแยะว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาแบบธรรมชาติ หรือใช้กัญชาสังเคราะห์ (ซึ่งมีอันตรายมากจริง) ดังจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดในหัวข้อ 5.2.2

5. ข้อค้นพบ เรื่อง “ผลดี” และ “ผลเสีย” ของนโยบายกัญชาเสรีในต่างประเทศ

ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ หลายประเทศที่แก้กฎหมายยาเสพติด เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากกัญชามากขึ้น มีความเห็นตรงกันว่า ก่อให้เกิด “ผลดี” มากกว่า “ผลเสีย” และผลเสียที่เกิดขึ้นสามารถออกมาตรการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจำนวนมากหรือลดความรุนแรงของผลกระทบลงได้

5.1 “ผลดี” ของการแก้กฎหมายปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด

ผลดีของการแก้กฎหมายยาเสพติด มีทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ดังนี้

5.1.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ

พบว่า กัญชามีข้อดีด้านการแพทย์หลายประการ และเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ประเทศต่างๆ แก้กฎหมายกัญชา เพราะทำให้ผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรคและกลุ่มอาการมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและของประเทศ

5.1.1.1 กลุ่มโรคและอาการที่ใช้รักษารักษาหรือบรรเทาอาการได้

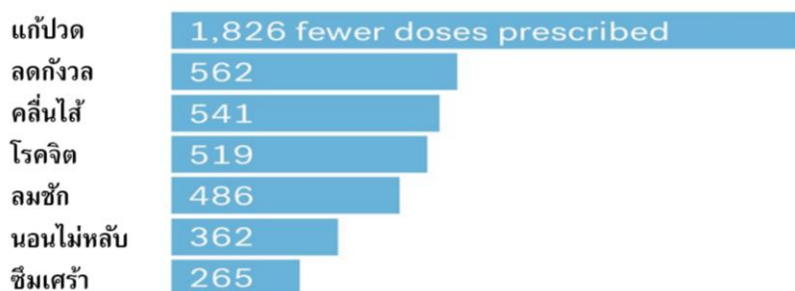
ปัจจุบันการวิจัยทางการแพทย์ พบว่า ยากัญชามีสรรพคุณในการรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยหลายกลุ่มโรค^{22 23 24 25} ได้แก่

- 1) กลุ่มโรคระบบประสาทและจิตเวช
- 2) กลุ่มโรคระบบภูมิคุ้มกัน
- 3) กลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร
- 4) กลุ่มโรคเกี่ยวกับระบบการเผาผลาญ

- 5) กลุ่มโรคผิวหนัง
- 6) ใช้พยางค์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 7) สามารถนำมาใช้ลดอาการลงแดง และใช้บำบัดทดแทนสารเสพติดอื่นๆ เช่น เฮโรอีน ยาบ้า เหล้า บุหรี่
- 8) ป้องกันโรคเบาหวาน โรคไต โรคมะเร็ง และโรคสมองเสื่อม

5.1.1.2 ลดการสั่งยาแผนปัจจุบัน

ในสหรัฐอเมริกา พบว่า มลรัฐที่แก้กฎหมายฯ มีสถิติการสั่งยาแผนปัจจุบันลดลง ^{26 27}



Source: Bradford and Bradford, Health Affairs, July 2016

ภาพที่ 4 จำนวนยาแต่ละโรคที่ลดลง

5.1.1.3 กัญชาช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในผู้ใหญ่มากกว่า 10,896 คน พบว่า คนอเมริกันที่บริโภคกัญชามีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน “น้อยกว่า” คนที่ไม่ได้ใช้กัญชา คิดเป็น 2.4 เท่า นั่นคือ คนที่ไม่เคยใช้กัญชาเลยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 8.7, คนที่ใช้กัญชา 1-4 ครั้งต่อเดือน เป็นเบาหวาน ร้อยละ 4.2, คนที่ใช้กัญชาตั้งแต่ 5 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป เป็นเบาหวาน เพียงร้อยละ 3.2 ²⁸

5.1.1.4 กัญชาช่วยลดความเสี่ยงโรคมะเร็ง

การวิจัยเรื่อง การใช้กัญชากับการโรคมะเร็งทางเดินปัสสาวะ ในประเทศอังกฤษ พบว่า คนที่เคยใช้กัญชาเป็นโรคมะเร็งทางเดินปัสสาวะ (ไตและต่อมลูกหมาก) “น้อยกว่า” คนที่ไม่เคยใช้กัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก: คนที่ไม่เคยใช้กัญชา เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ร้อยละ 4, คนที่เคยใช้กัญชา เป็นเพียง ร้อยละ 2 หรือต่างกัน 2 เท่า; มะเร็งไต: คนที่ไม่เคยใช้กัญชา เป็นมะเร็งไต ร้อยละ 0.16, คนที่เคยใช้กัญชา เป็นเพียง ร้อยละ 0.08 หรือต่างกัน 2 เท่า²⁹

(เป็นการศึกษาจากฐานข้อมูล the UK Biobank 500,000 คน เริ่มเก็บข้อมูล ปี พ.ศ.2549, ติดตามไปนาน 14 ปี, วิเคราะห์ผล ณ ปี พ.ศ.2563, ในจำนวนนี้ มีข้อมูลเรื่องการใช้กัญชา 151,945 ราย แบ่งเป็น ไม่เคยใช้กัญชา 118,496 ราย, เคยใช้ 33,449 ราย คิดเป็น เคยใช้ร้อยละ 28.2%)

5.1.1.5 ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

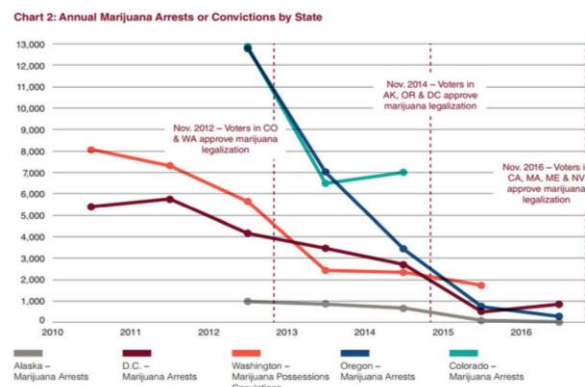
การศึกษาของมหาวิทยาลัยจอร์เจีย ที่สหรัฐอเมริกา พบว่า มลรัฐที่แก้กฎหมายให้นำกัญชามา ใช้ทางการแพทย์ได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายให้กับระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้ถึง 165 ล้านดอลลาร์ในปี พ.ศ. 2556 และคำนวณว่า ถ้าแก้กฎหมายทั่วประเทศ จะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้รวม 470 ล้านดอลลาร์³⁰

5.1.2 ลดผลกระทบด้านสังคม

ลดจำนวนคดีกัญชา

การแก้กฎหมายฯ ในบางมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้จำนวนคนที่ถูกจับกุม และจองจำในคุก จากคดีที่เกี่ยวกับกัญชา มีจำนวนลดลงอย่างมาก³¹

คดีเกี่ยวกับกัญชา ลดลง หลังแก้กฎหมาย



ภาพที่ 5 คดีเกี่ยวกับกัญชาลดลง หลังการแก้กฎหมายในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา

จำนวนผู้ต้องขังลดลงอย่างมาก จนต้องปิดเรือนจำ

กฎหมายยาเสพติดของของประเทศเนเธอร์แลนด์ จัดประเภทยาเสพติดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ผลต่อสุขภาพรุนแรง (Hard drug เช่น เฮโรอีน) กับกลุ่มที่มีผลต่อสุขภาพไม่รุนแรง (Soft drug เช่น กัญชา) แล้วใช้วิธีการจัดการที่แตกต่างกัน

สำหรับสารเสพติดกลุ่มที่มีผลต่อสุขภาพไม่รุนแรง จะมีการผ่อนปรน เช่น อนุญาตให้คนสูบกัญชาในร้านกาแฟได้ เมื่อมีการทำผิดกฎหมาย จะไม่มีการลงโทษทางอาญา ไม่นำคนไปขังคุก แต่เน้นการใช้มาตรการ ตักเตือน บำบัดรักษา ปรับเป็นเงิน หรือให้บำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม ทำให้จำนวนนักโทษในคุกลดลงไปเป็นจำนวนถึงครึ่งหนึ่งในช่วงระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา

จึงต้องปิดกิจการเรือนจำบางแห่ง นำไปทำเป็นโรงเรียน พิพิธภัณฑ์ ศูนย์ดูแลผู้อพยพ หรือให้ประเทศอื่นมาเช่าแทน

อัตราการถูกขังคุกของประเทศเนเธอร์แลนด์เท่ากับ 61 คนต่อประชากรแสนคน^{32 33} ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราการถูกขังคุกสูงถึง 549 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561³⁴

ข้อมูลประเทศไทย:

หลังจากที่คณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ “ปลดกัญชา” ออกจากบัญชียาเสพติด วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ทำให้เรือนจำต้องปล่อยตัวผู้ต้องขังคดีกัญชา จำนวน 4,103 ราย³⁵ และยุติกระบวนการทางศาล จำนวน 7,488 ราย³⁶ ดังนั้นจึงจะมีผู้ได้รับอิสรภาพจำนวนรวม 10,688 ราย

เมื่อสมาชิกในครอบครัวถูกจำคุก จะขาดคนหาเลี้ยงดูแลและอบรมสั่งสอนเด็ก เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในชีวิตเพิ่มขึ้น จากการวิจัยพบว่า การถูกจับกุมและคุมขัง ส่งผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทำให้ถูกจำกัดการเข้าถึงการศึกษา บริการสุขภาพ ลดโอกาสการจ้างงาน เพิ่มคนยากจน จำกัดสิทธิสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย สะท้อนปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสังคม เพราะผู้ที่ถูกจับกุมส่วนใหญ่คือคนผิวดำ แม้ว่ามีสถิติการใช้กัญชาไม่แตกต่างจากคนผิวขาว

การกักขังสมาชิกครอบครัวทำให้ครอบครัวไม่มั่นคง มีผลกระทบต่อเด็กในครอบครัวและถือเป็น “ประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์” (Adverse childhood experiences, ACE) ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ รวมทั้งสัมพันธ์กับการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^{37 38}

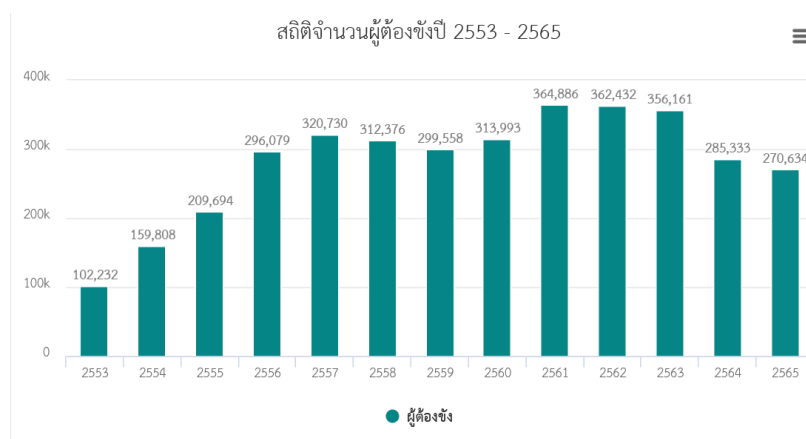
ในสหรัฐอเมริกา ก่อนการแก้กฎหมายกัญชา เยาวชน อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนมากถูกจับกุมในคดีกัญชา บางมลรัฐสูงเป็น 7 เท่าของผู้ใหญ่ที่ถูกจับกุม³⁹

เด็กหรือเยาวชนที่ถูกจับกุมคุมขังเพราะคดีกัญชา จะมีประวัติติดตัว เกิดผลกระทบทางสังคม เช่น ตกออกจากโรงเรียน การหางานทำยาก สังคมรังเกียจ การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐได้ยาก ฯลฯ

เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งของการแก้กฎหมายยาเสพติด ของประเทศต่าง ๆ คือ การมองเห็นผลเสียของการลงโทษทางอาญา ภายใต้กฎหมายเดิม ที่สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าปัญหาที่เกิดจากยาเสพติดเสียอีก

ข้อมูลประเทศไทย:

สถิติจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดของไทย ปี พ.ศ. 2553 – 2565 มีจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 364,886 ราย จากนั้นจำนวนลดลงเหลือ จำนวน 270,634 ราย ในปี พ.ศ.2565⁴⁰ แต่เรือนจำทั้งประเทศสามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพียง 254,302 ราย เท่านั้น⁴¹ จึงทำให้ผู้ต้องขังต้องอยู่กันแบบแออัด เพิ่มความเสี่ยงโรคติดเชื้อ ความเครียด และโรคเรื้อรัง เป็นที่น่าสังเกตว่า หลังจากมีการแก้กฎหมายยาเสพติดปลดกัญชาและกระท่อม ทำให้จำนวนผู้ต้องขังมีแนวโน้มลดลง จากเดิมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



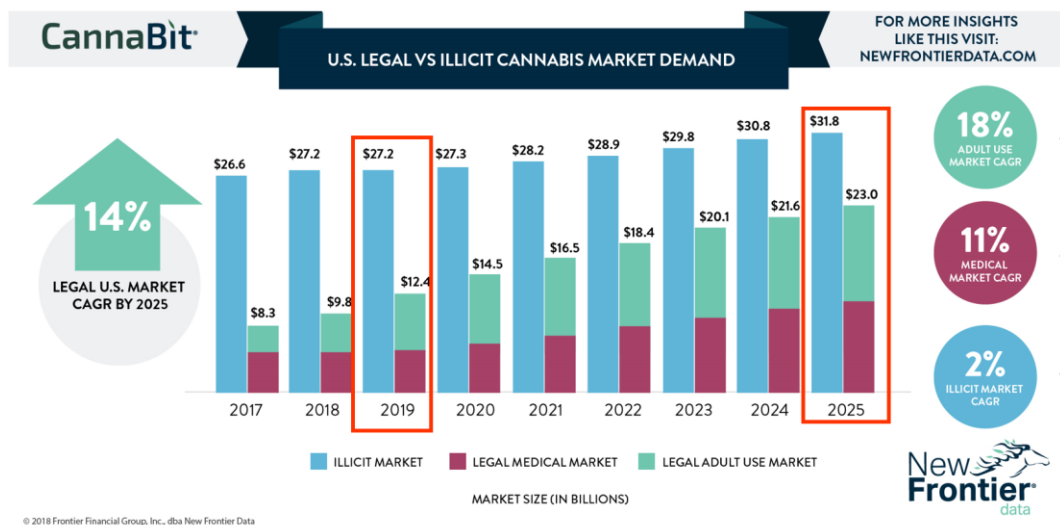
ภาพที่ 6 สถิติจำนวนผู้ต้องขังทั่วประเทศ ปี 2553 – 2565

5.1.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การให้ปลูกกัญชาและนำไปทำเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทำให้เพิ่มการจ้างงาน เพิ่มรายได้ให้ประชาชน เพิ่มรายได้ภาษีให้ประเทศ (จากเดิมประชาชนซื้อจากผู้ค้ากัญชาแบบใต้ดิน ไม่เสียภาษี) ลดค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1) เพิ่มความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

มูลค่ากัญชาในสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ทั้งที่ค้าขายถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย สูงถึง 39,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นไปถึง 54,800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ⁴² หรือคิดเป็น 2 ล้านล้านบาท ณ อัตราแลกเปลี่ยนปัจจุบัน



ภาพที่ 7 มูลค่าผลิตภัณฑ์กัญชา ในสหรัฐอเมริกา

จากการศึกษาที่มลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา หลังจากแก้กฎหมายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้และต่อมาขยายเป็นสามารถใช้แบบนันทนาการได้ พบว่า ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 US News and World Report จัดอันดับให้โคโลราโดเป็นรัฐที่มีเศรษฐกิจดีที่สุดในประเทศ พบว่า ภายในปี พ.ศ. 2558 อุตสาหกรรมกัญชาฯ สร้างกิจกรรมที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมแล้วถึง 2.4 พันล้านเหรียญ⁴³

นิตยสาร Forbes จัดอันดับ “190 สถานที่ที่เหมาะสมกับการทำธุรกิจที่สุด” โดยมี 5 เมืองในรัฐโคโลราโดที่ติดอันดับดีที่สุด 50 อันดับแรก ซึ่งเมือง เดนเวอร์ (เมืองหลวงของรัฐโคโลราโด) ติดอันดับ 1

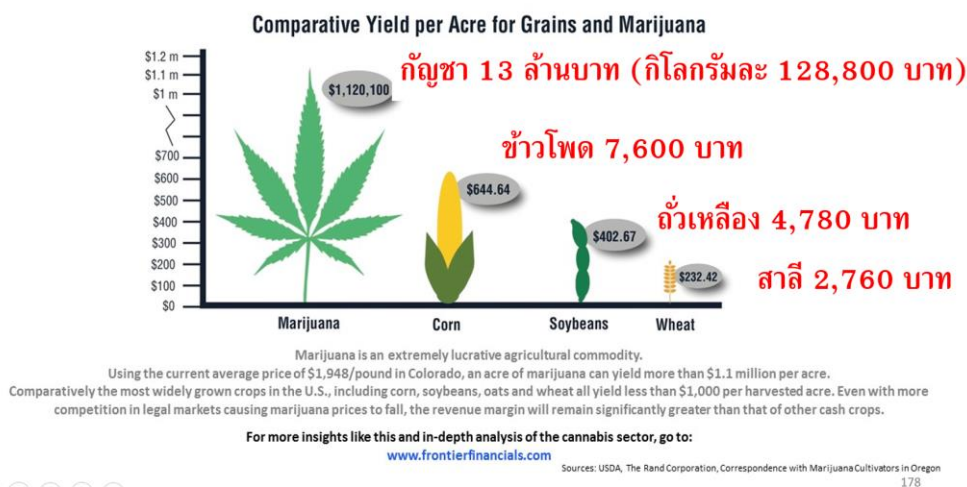
ในปี พ.ศ. 2558 โคโลราโดยังคงเป็นมลรัฐที่เป็นจุดหมายยอดนิยมในการเดินทางเพื่อนันทนาการและธุรกิจ ทำลายสถิติจำนวนผู้มาเยือนและจำนวนเงินที่มีการใช้จ่ายใช้สอย 5 ปีซ้อน

CoreLogic ซึ่งติดตามแนวโน้มอสังหาริมทรัพย์ พบว่าระหว่างปี พ.ศ.2555 ถึง พ.ศ.2559 โคโลราโดเป็นรัฐหนึ่งที่ราคาบ้านเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วที่สุด

เกษตรกรที่ปลูกกัญชามีรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าการปลูกพืชผลอย่างอื่น ถ้าคำนวณโดยใช้ราคาเฉลี่ย 1,948 เหรียญสหรัฐต่อน้ำหนักหนึ่งปอนด์ในมลรัฐโคโลราโด ดังนั้น กัญชาสามารถให้สร้างรายได้ ได้มากกว่า 1.1 ล้านเหรียญสหรัฐต่อเอเคอร์⁴⁴

รายได้ต่อ 1 ไร่ (1 เอเคอร์ = 2.53 ไร่)

CannaBit



ภาพที่ 8 รายได้จากการปลูกกัญชา เปรียบเทียบกับพืชอื่น ๆ

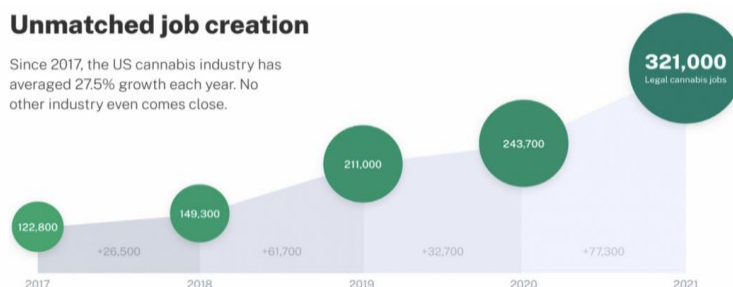
2) เพิ่มอัตราการจ้างงานที่เกี่ยวข้องกับกัญชาโดยตรงและโดยอ้อม

จากการศึกษาที่มลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา หลังจากแก้กฎหมายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้และต่อมาขยายเป็นสามารถใช้แบบนันทนาการได้ พบว่า จากข้อมูลกรมสรรพากรระบุว่า ภายในเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตทางวิชาชีพเพื่อทำงานในธุรกิจที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกัญชาในโคโลราโด มีมากถึง 28,247 คน ทั้งนี้ ธุรกิจกัญชาเป็นธุรกิจที่ช่วยรักษาอัตราการจ้างงาน และใช้บริการจากธุรกิจต่อเนื่องภาคอื่นๆ เช่น การก่อสร้าง วิศวกรรม ความปลอดภัย กฎหมาย ประกันภัย อสังหาริมทรัพย์ และค้าปลีก เป็นต้น⁴⁵

การศึกษาที่ประเทศแคนาดา ประเมินการณ์ว่า หลังจากแก้กฎหมายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้และต่อมาขยายเป็นสามารถใช้แบบนันทนาการได้ พบว่าจะสร้างรายได้ประชาชาติสูงถึง 22,600 ล้านเหรียญแคนาดาต่อปี ประกอบด้วย มูลค่าการบริโภคกัญชา 4,900 – 8,700 ล้านเหรียญ, มูลค่าธุรกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกัญชา เช่น การปลูก การทำเป็นผลิตภัณฑ์ การ

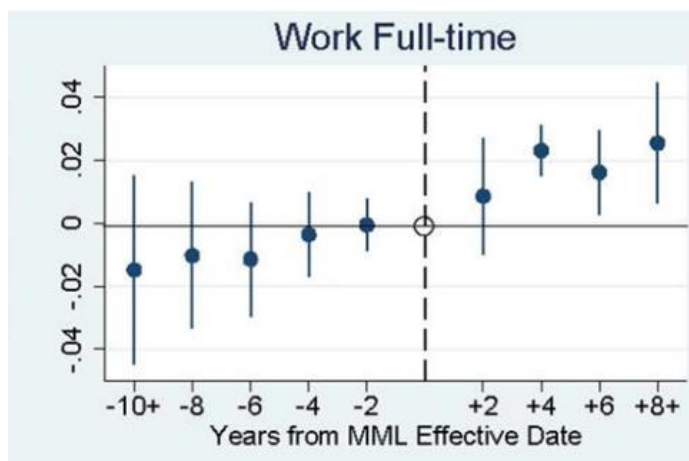
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบความปลอดภัย เป็นเงิน 12,700 – 20,000 ล้านบาท, ยังไม่รวมมูลค่าจากธุรกิจเกี่ยวเนื่องอื่นๆ เช่น การท่องเที่ยว ค่าใบอนุญาต ภาษีธุรกิจ ธุรกิจการค้าอื่นๆที่เติบโตขึ้น⁴⁶

ในปี พ.ศ. 2564 อุตสาหกรรมกัญชา ในสหรัฐอเมริกา สร้างงาน 321,000 ตำแหน่ง เพิ่มขึ้น 77,300 ตำแหน่งจากปีที่แล้ว แม้จะเจอวิกฤตโรคระบาดโควิด⁴⁷



ภาพที่ 9 จำนวนการจ้างงานในอุตสาหกรรมกัญชา ในสหรัฐอเมริกา

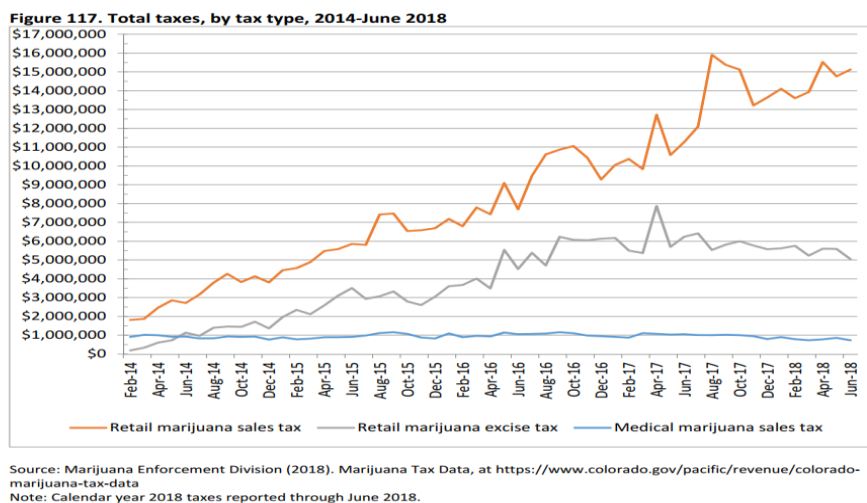
ในสหรัฐอเมริกา หลังจากแก้ กม.กัญชา ทำให้ผู้ที่อายุมาก (อายุ 51 ปีขึ้นไป) และมีโรคประจำตัว “มีโอกาสได้รับการจ้างงานมากขึ้น” เพราะกัญชาช่วยควบคุมอาการปวดและไม่มีอุปสรรคด้านสุขภาพในการทำงาน⁴⁸



ภาพที่ 10 โอกาสการได้รับการจ้างงานของผู้มีอายุมาก หลังแก้กฎหมายกัญชา

3) รัฐบาลเก็บภาษีได้มากขึ้น

จากการศึกษาที่มลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา หลังจากแก้กฎหมายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้และต่อมาขยายเป็นสามารถใช้แบบนันทนาการได้ พบว่า จากข้อมูลของกรมสรรพากร (Department of Revenue) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2559 การขายกัญชาอย่างถูกกฎหมายในโคโลราโด สร้างรายได้ให้กับรัฐถึง 200 ล้านดอลลาร์ จากการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมใบอนุญาตต่างๆ และจนถึงฤดูใบไม้ร่วงของปี พ.ศ. 2559 รัฐได้แจกจ่ายเงินจากกองทุนภาษีกัญชาไปแล้วถึง 220.8 ล้านดอลลาร์ โดยส่วนหนึ่งถูกนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการควบคุมกัญชาตามกฎหมายซึ่งน้อยกว่า 10% ของเงินก้อนดังกล่าว



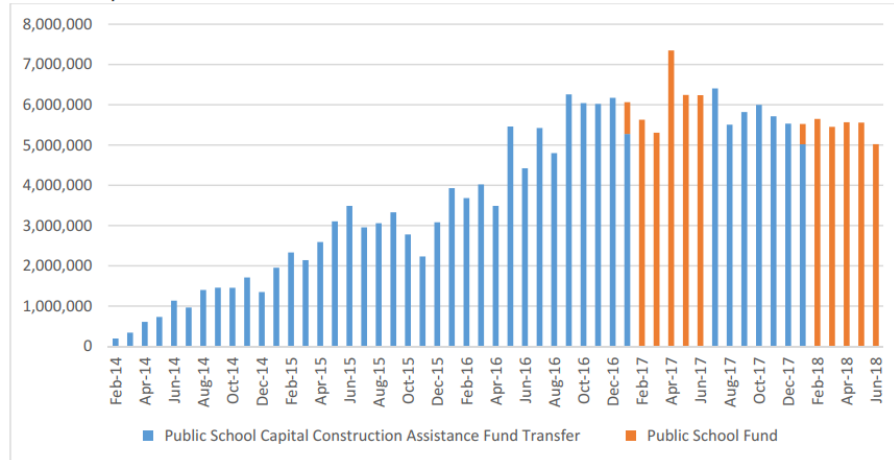
ภาพที่ 11 รายได้จากภาษีเพิ่มขึ้น ที่รัฐโคโลราโด

ขณะที่รายได้จากภาษีจำนวน 138.3 ล้านดอลลาร์ถูกจ่ายให้แก่ กรมการศึกษาของมลรัฐ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงเรียนต่างๆ ในจำนวนนี้ รวมถึง 115 ล้านดอลลาร์สำหรับการก่อสร้างโรงเรียน

นอกจากนี้รายได้จากภาษีกัญชาของมลรัฐ ยังถูกนำไปใช้ในการบังคับใช้กฎหมายอื่น ๆ สาธารณสุข โครงการบำบัดผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน เมืองน้อยใหญ่ในรัฐโคโลราโด ก็มีรายได้เพิ่มขึ้นหลายล้านเหรียญจากการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมระดับท้องถิ่น ทำให้สามารถใช้รายได้นั้นไปกับการสร้างซ่อมบำรุงโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น จัดการกับปัญหาคนไร้บ้าน และให้ทุนการศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นต้น

Figure 118. Monthly transfer of marijuana excise taxes to school construction fund and general public school fund, 2014-June 2018



Source: Colorado Department of Revenue, Marijuana Enforcement Division (2018). Marijuana Tax Data, at <https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-tax-data>

Note: Amendment 64 calls for the transfer of the first \$40 million in retail marijuana excise taxes to the Public School Capital Construction Assistance Fund (BEST) every year. Once this \$40 million is reached the taxes are transferred to the general public school fund for the rest of the fiscal year.

ภาพที่ 12 การนำภาษีจากกัญชาไปอุดหนุนระบบการศึกษา ที่รัฐโคโลราโด

4) ลดค่าใช้จ่ายของกระบวนการยุติธรรม

จากการศึกษาที่มรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา หลังจากแก้กฎหมายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้และต่อมาขยายเป็นสามารถใช้แบบนันทนาการได้ พบว่า คดีความเกี่ยวกับกัญชาที่ไปถึงชั้นศาล ลดลงถึง 81% นั่นคือลดลงจาก 10,340 คดีในปี พ.ศ.2555 เป็น 1,954 คดีในปี พ.ศ. 2558 ⁵⁰ เจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายไม่ต้องเสียเวลาในการจับกุม เขียนบันทึกหรือไปขึ้นศาลในคดีการกระทำผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกี่ยวกับกัญชาอีกต่อไป ซึ่งหมายความว่าเจ้าหน้าที่สามารถใช้เวลามากขึ้นกับคดีอาชญากรรมร้ายแรง ⁵¹

ศาสตราจารย์เจฟฟรี ไมรอน แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์เวิร์ด ศึกษาวิจัยพบว่า ถ้าสหรัฐอเมริกามีการแก้กฎหมายกัญชาได้ทั่วประเทศ จะประหยัดงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปกับค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรมได้ทั้งหมด 7,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และมีโอกาสที่จะได้ภาษีจากการค้าขายกัญชาและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง 2,400 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และถ้าคิดอัตราภาษีเท่ากับเหล้าและบุหรี่ยังจะได้ภาษี 6,200 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ดังนั้นถ้ารวม 2 หมวด จะคิดเป็นผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจเท่ากับ 9,400 ถึง 13,200 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ⁵²

ข้อมูลของประเทศไทย:

การปลดกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษ เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2564 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (ทีดีอาร์ไอ) ได้ศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคดีที่เข้าสู่การพิจารณาของศาลเท่ากับ 76,612 บาท ซึ่งคดีขอหาพืชกระท่อมที่ขึ้นสู่ศาลตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 30 มิถุนายน 2564 มีจำนวน 22,076 คดี ดังนั้นจึงสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของภาครัฐและในส่วนของผู้ต้องหาหรือจำเลย รวมเป็นเงินจำนวน 1,691,287,000 บาท⁵³

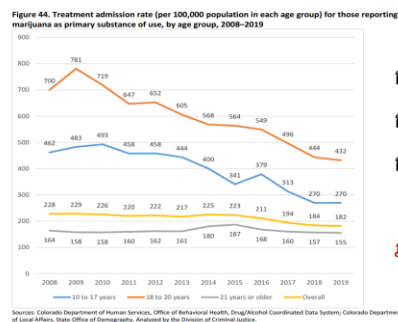
5.2 “ผลเสีย” ของการแก้กฎหมายยาเสพติดฯ

5.2.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ

มีจำนวนคนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีบางคนที่เกิดอาการแพ้กัญชา อาเจียนรุนแรง เมา ใจสั่น วิดกกังวล ง่วงนอน หลอน จนต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

แต่จากสถิติของมลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา ซึ่งแก้กฎหมายให้ใช้กัญชาแบบนันทนาการได้เมื่อปี พ.ศ.2557 กลับพบว่า มีคนไข้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากใช้กัญชาจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง⁵⁴ เพราะประชาชนเกิดการเรียนรู้และขีด ไม่ใช้เกินขนาด

โคโลราโด: หลังจากแก้ กม. อัตราการเข้ารับการบำบัดใน รพ. จาก ปัญหา “กัญชา” ลดลง (ต่อแสน)



กลุ่ม 10-17 ปี จาก 462 เหลือ 270

กลุ่ม 18-20 ปี จาก 700 เหลือ 432

กลุ่ม 21+ ปี จาก 164 เหลือ 155

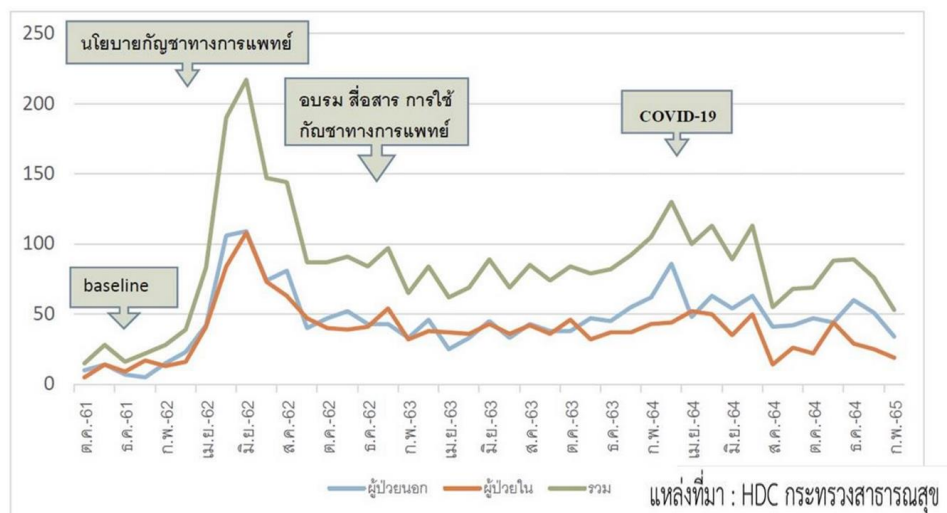
ภาพรวม ทุกกลุ่ม จาก 228 เหลือ 180

ภาพที่ 13 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากใช้กัญชาจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่รัฐโคโลราโด

ข้อมูลประเทศไทย:

ในช่วงแรกที่รัฐบาลคลายล็อกให้สามารถนำกัญชามาใช้ในการแพทย์ได้ เมื่อปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนคนที่แพ้หรือเมากัญชาจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากกัญชาที่ได้มาจากนอกระบบ เพราะกัญชาในระบบยังมีไม่เพียงพอ มีจำนวนคลินิกกัญชาจำกัด หรือถึงแม้ว่าบางโรงพยาบาลจะมีคลินิกกัญชา แต่แพทย์ไม่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย แต่หลังจากนั้นสถิติเรื่องนี้ก็ลดน้อยลงตามลำดับ แม้จำนวนคนที่ใช้กัญชาจะเพิ่มมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชา
เฉลี่ยต่อเดือน ปีงบประมาณ 2562-2565 มีแนวโน้มจำนวนลดลง



ภาพที่ 14 จำนวนคนที่ใช้กัญชาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในประเทศไทย ต่อเดือน

5.2.2 ผลกระทบจากกัญชาสังเคราะห์

ปัจจุบันมีบริษัทหลายแห่ง ผลิตยา กัญชาสังเคราะห์^{55 56} แต่พบว่า กัญชาสังเคราะห์มีสรรพคุณสู้กัญชาจากธรรมชาติไม่ได้ และมีอันตรายมากกว่า

บริษัทซานofi ประเทศฝรั่งเศส ผลิตยาต้านไวรัสชื่อ “ไรโมนาแบนท์” (Rimonabant) นำมาใช้รักษาโรคเบาหวานและโรคอ้วน กลับพบว่า ทำให้มีอาการทางจิตประสาทและฆ่าตัวตาย ^{57 58}

สิ่งที่น่าห่วงมากคือ มีการจำหน่ายยาต้านไวรัสทางอินเทอร์เน็ต นำมาผสมในพืช ยาจากธรรมชาติ

การวิจัยที่ประเทศอังกฤษ พบว่า คนใช้ยาต้านไวรัสมีอาการทางจิตมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ^{59 60} นอกจากนี้ยังพบว่า ยาต้านไวรัสมีผลต่อการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ ⁶¹

ตารางที่ 2 ผลเสียของยาต้านไวรัส⁶²

อวัยวะ	ผลกระทบ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นเร็ว, หัวใจเต้นช้า, ความดันสูง, หัวใจขาดเลือด, เต้นผิดจังหวะ, เจ็บหน้าอก, ใจสั่น, เพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจ
อาการทางจิต	อาการทางจิตรุนแรง เช่น กระสับกระส่าย, ก้าวร้าว, เฉื่อยชา, ระวัง, ประสาทหลอน, เห็นภาพหลอน, การรับรู้เปลี่ยนไป, มีอาการทางจิตแบบต่อเนื่อง, เพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคจิต
เซาว์ปัญญา	ความผิดปกติทางเซาว์ปัญญาแบบรุนแรง เช่น หลงลืม, สมาธิสั้น, ทำงานตามปกติในชีวิตไม่ได้
สมอง, ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ	วิงเวียน, ง่วงซึม, ชัก, กล้ามเนื้ออ่อนล้า, ระบบประสาทตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ, กล้ามเนื้อเกร็งยึด, ประสาทรับสัมผัสเปลี่ยนไป, กล้ามเนื้อกระดูกสัน, โครงสร้างและการทำงานของสมองผิดปกติ
ระบบทางเดินอาหาร	คลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร, ปวดท้อง, ท้องร่วง, หิวน้ำมาก, ปากแห้ง, อาเจียนรุนแรง, น้ำหนักลด, กลืนแระในเลือดไม่สมดุล, เลือดเป็นกรด
อาการอื่น ๆ	ไตบาดเจ็บ, เป็นโรคไต, ม่านตาหด, ม่านตาขยาย, ปากแห้ง, ไข้สูง, อ่อนเพลีย, กล้ามเนื้อสลาย, ไอ, เม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงผิดปกติ, ทักษะการขับรบกพร่อง, นอนไม่หลับ, ผื่นร้าย, เสพติด, ตื้อยา, ถอนยา

ตัวอย่างยาเสพติดสังเคราะห์ที่มีจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ต เช่น ยี่ห้อ Spice, K2, Green Giant, Smacked, Wicked X, AK-47, Geeked Up, Ninja, Caution, Red Giant, Keisha Kola, Scoobie Snacks, 24-Karat Dream, Yucatan Fire⁶³



ภาพที่ 15 ตัวอย่างยาเสพติดสังเคราะห์ที่มีจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ต

การแก้กฎหมายกัญชาของมลรัฐ Washington สหรัฐอเมริกา คนสามารถเข้าถึงกัญชาที่มีคุณภาพแบบถูกกฎหมาย ทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกัญชาสังเคราะห์จะต้องเข้าโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง ร้อยละ 37 ในช่วงปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562⁶⁴

6. ผลกระทบ “ด้านลบ” จากนโยบายกัญชาเสรี ที่ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่

“ผลเสีย” ของกัญชาบางประการ ยังไม่สามารถสรุปยืนยันได้ว่าเกิดจากกัญชา (ชนิดธรรมชาติ) หรือไม่ เพราะมีงานวิจัยที่ให้ผลตรงกันข้าม บางงานวิจัยสรุปว่า “ใช่” บางงานสรุปว่า “ไม่ใช่” ได้แก่ประเด็นเรื่อง การเสพติดกัญชา นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่นๆ ทำลายสมอง และสติปัญญา มีอาการทางจิต เช่น เกิดอาการซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ ก่ออาชญากรรม

6.1 การเสพติดกัญชา

จากการวิจัยพบว่า กัญชามีฤทธิ์เสพติดน้อยกว่าบุหรี่และสุรา งานวิจัยตีพิมพ์เมื่อในปี พ.ศ. 2554 พบว่านับตั้งแต่ที่สูบบุหรี่ครั้งแรกจะมีโอกาสจะเสพติดบุหรี่ 67.5%, ครั้งแรกที่ดื่มเหล้ามีโอกาสติดเหล้า 22.7%, และหากใช้กัญชาครั้งแรกจะมีโอกาสติดกัญชา 8.9%⁶⁵

การจัดลำดับ “ฤทธิ์เสพติด” ของสารเสพติด 6 ชนิด โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา 3 คน พบว่า ทุกคนเห็นตรงกันหมดว่า ในบรรดาสารเสพติด 6 ชนิดนั้น กัญชามีฤทธิ์เสพติด “น้อยที่สุด” และ น้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับ “กาแฟ” (ลำดับที่ 1 = เสพติดมากที่สุด)⁶⁶

J. Henningfield Ph.D.	N. Benowitz MD	D. Perrine Ph.D.
1. Heroin	1. Heroin	1. Nicotine
2. Alcohol	2. Cocaine	2. Alcohol
3. Cocaine	3. Alcohol	3. Heroin
4. Nicotine	4. Nicotine	4. Cocaine (Nasal)
5. Marijuana & Caffeine	5. Caffeine	5. Caffeine
	6. Marijuana	6. Marijuana

ภาพที่ 16 ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับยาเสพติด

ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านประกอบไปด้วย 1) ศาสตราจารย์ Jack E. Henningfield ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ทำงานให้หลายองค์กรสำคัญเช่น NIDA, FDA, DEA 2) ศาสตราจารย์ Neal L. Benowitz ศูนย์วิจัยยาสูบ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองซานฟรานซิสโก และ 3) รองศาสตราจารย์ Daniel M. Perrine วิทยาลัยโลโยลา เมืองบัลติมอร์ รัฐแมริแลนด์

6.2 กัญชานำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่น ๆ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กัญชาไม่ได้นำไปสู่การใช้สารเสพติดรุนแรงอื่น ๆ แต่กลับทำให้เลิกหรือลดการใช้ยาเสพติดร้ายแรงอื่น ๆ ลงได้

การสำรวจที่ประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ป่วย 2,030 คน ที่ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย นำไปใช้เพื่อทดแทนสารเสพติดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ สุรา ร้อยละ 44.5, ยาแก้ปวดมอร์ฟีน ร้อยละ 35.3, บุหรี่ ร้อยละ 31.1, ยาเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 26.6 ^{67 68}

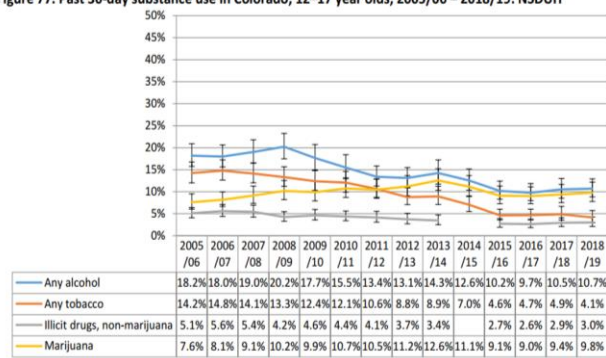
สถิติการใช้กัญชาและสารเสพติดอื่นๆ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ 2, 4 และ 6 ในมลรัฐจำนวน 21 มลรัฐ ที่ออกกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ จนถึง ปี พ.ศ.2558 พบว่า อัตราการใช้กัญชาและสารเสพติดอื่นๆ “ลดลง” ⁶⁹

ตารางที่ 3 การใช้กัญชาและสารเสพติดอื่นๆ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ 2, 4 และ 6 ในรัฐต่างๆ จำนวน 21 มลรัฐ ที่ออกกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ จนถึง ปี พ.ศ.2558

ใช้ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา		ความชุก		p-value
		ก่อนแก้กฎหมาย	หลังแก้กฎหมาย	
กัญชา	มัธยมศึกษาที่ 2	7.9	5.8	< 0.0001
	มัธยมศึกษาที่ 4	17.3	17.3	0.9375
	มัธยมศึกษาที่ 6	21.9	21.3	0.6204
สารเสพติดอื่นๆ	มัธยมศึกษาที่ 2	4.4	3.4	< 0.0001
	มัธยมศึกษาที่ 4	6.2	6.1	0.5518
	มัธยมศึกษาที่ 6	8.2	8.7	0.1567

สถิติของมลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา พบว่า เยาวชนอายุ 12 – 17 ปี มีแนวโน้มใช้กัญชาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 9.8; แต่สูบบุหรี่ “ลดลง” จากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 4.1; ดื่มสุรา “ลดลง” จากร้อยละ 18.2 เป็นร้อยละ 10.7; และใช้สารเสพติดอื่นๆ “ลดลง” จากร้อยละ 5.1 เป็นร้อยละ 3.0 ⁷⁰

Figure 77. Past 30-day substance use in Colorado, 12–17 year olds, 2005/06 – 2018/19: NSDUH

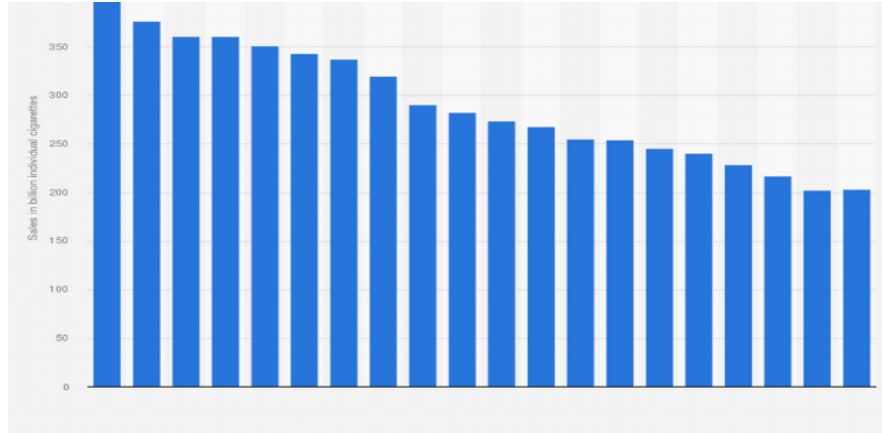


Note: There were no state-level estimates for use of illicit drugs other than marijuana in 2014/2015.
Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey on Drug Use and Health, at <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>

- กัญชา
7.6 % → 9.8 %
- บุหรี่
14.2 % → 4.1 %
- สุรา
18.2 % → 10.7 %
- สารเสพติดอื่นๆ
5.1 % → 3.0 %

ภาพที่ 17 แนวโน้มการใช้กัญชา บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่นๆ ของเยาวชน มลรัฐโคโลราโด

สถิติการสูบบุหรี่ของคนอเมริกันมีแนวโน้มลดลง ยอดขายบุหรี่ในสหรัฐอเมริกาตกลง จาก ยอดจำหน่ายบุหรี่ 398.3 พันล้านชิ้นในปี พ.ศ. 2544 เหลือเพียง 203.7 พันล้านชิ้นในปี พ.ศ. 2563 หรือคิดเป็น “ลดลง” ไปร้อยละ 45 ⁷¹



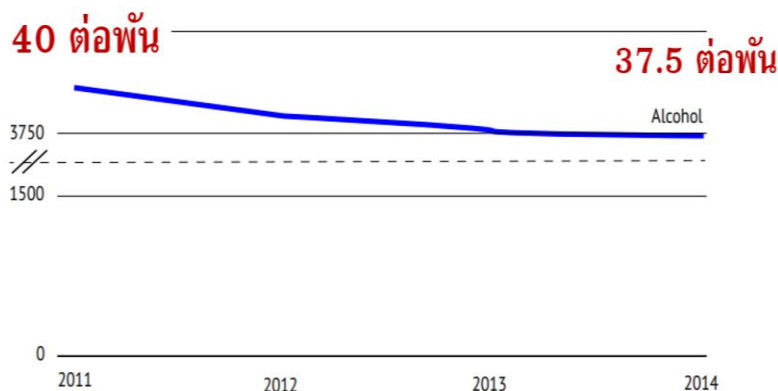
ภาพที่ 18 แนวโน้มยอดขายบุหรี่ในสหรัฐอเมริกาตกลง

6.3 ภัยสุขภาพช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคสุรา

หลังจากที่รัฐวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา ออกกฎหมายให้การใช้กัญชาเพื่อนันทนาการได้ในปี พ.ศ.2555 นักวิจัยนี้ ได้สำรวจ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 25 ปี ทั้งหมด 12,694 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ.2562 พบว่า การใช้แอลกอฮอล์โดย ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยแล้ว “ลดน้อยลง” รวมทั้งการดื่มอย่างหนัก การใช้ยาแก้ปวดและผลิตภัณฑ์นิโคติน ก็ลดลงด้วยเช่นกัน ⁷²

หลังจากที่รัฐโคโลราโด แก้กกฎหมายให้สามารถใช้กัญชาเพื่อนันทนาการได้ ทำให้อัตราการมาห้องฉุกเฉินจากสุราลดลงจาก อัตรา 40 ต่อพัน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น อัตรา 37.5 ต่อพัน ในปี พ.ศ. 2557 ⁷³ เพราะคนใช้กัญชาทดแทนสุรา และลดอาการลงแดงจากสุรา

FIGURE 1: SUBSTANCE-RELATED EMERGENCY ROOM ADMISSIONS IN COLORADO, 2011–2014 (RATES PER 100,000 ED VISITS)



Source: Colorado Department of Public Health and Environment

ภาพที่ 19 สถิติการป่วยเพราะสุราจนต้องมาห้องฉุกเฉิน ที่โคโลราโด ลดลง

ข้อมูลประเทศไทย:

คนไทยติดสุรา จำนวน 2.75 ล้านคน, เสียชีวิต 1 คน ทุก 10 นาที, ประชาชน 1 ใน 4 เคยถูกคุกคามทางเพศและทำร้ายร่างกายจากคนที่ดื่มสุรา, เกิดอุบัติเหตุ 20,000 รายต่อปี, ร้อยละ 60 มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกำหนด⁷⁴

6.4 กัญชาลดอัตราการตายจากยาที่สกัดจากฝิ่น เช่น มอร์ฟีน

มลรัฐโคโลราโด หลังจากแก้กฎหมายกัญชา ทำให้การสั่งยาที่สกัดจากฝิ่น เช่น มอร์ฟีน ออกซีโคโดน เมทาโดน มีจำนวนลดลง โดยเฉลี่ยลดลง ร้อยละ 31.5⁷⁵ และการสั่งยาที่สกัดจากฝิ่น ในภาพรวมของทั้งประเทศก็ลดลงเช่นกัน⁷⁶

มลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว มีอัตราการตายจากยาที่สกัดจากฝิ่น เช่น มอร์ฟีน “น้อยกว่า” มลรัฐที่ไม่ได้แก้กฎหมาย ยิ่งนานไป ยิ่งมีอัตราการตายจากยาที่สกัดจากฝิ่น “ยิ่งน้อยกว่า” เฉลี่ยร้อยละ 24.8⁷⁷

USA มลรัฐ ที่แก้กฎหมายกัญชา มีอัตราตายจากยาที่เข้าฝิ่น (Opioid)
 น้อยกว่ารัฐที่ไม่ได้แก้กฎหมาย และอัตราตายยิ่งน้อยกว่า เมื่อเวลาผ่านไป



ภาพที่ 20 สถิติการตายจากยาที่สกัดจากฝิ่นในมลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว “น้อยกว่า” มลรัฐอื่น

ข้อมูลประเทศไทย:

หลังจากการแก้กฎหมายยาเสพติด พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของผู้ติดยาเสพติด ทุกประเภท มีแนวโน้ม “ลดลง” จากเดิม มีจำนวนเฉลี่ยช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2561–2563) เท่ากับ 257,198 คน พอถึงปี พ.ศ. 2564 จำนวนลดลงเหลือเพียง 210,715 คน นั่นคือ มีจำนวนลดลง 46,483 คน⁷⁸ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต่อราย มีมูลค่า 55,913 บาท⁷⁹ ดังนั้นจึงประหยัดค่าบำบัดรักษาได้เป็นจำนวนเงิน 2,599 ล้านบาทต่อปี

6.5 กัญชาทำลายสมองและสติปัญญาเด็กและเยาวชน

มีรายงานวิจัยทางระบาดวิทยาพบว่า ถ้าวัยรุ่นใช้กัญชาจะมีผลต่อพัฒนาการทางสมอง แต่งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อผิดพลาดที่สำคัญคือ ไม่ได้จัดตัวแปรกวนต่างๆ ในการวิเคราะห์ผล เช่น การใช้สุราและยาเสพติดอื่นๆ ร่วมไปด้วย⁸⁰

ในขณะที่การวิจัยอีกงานหนึ่งซึ่งวัดผลโดยใช้ สแกนสมองแบบคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าคุณภาพสูง (high-resolution MRI scans) เปรียบเทียบเยาวชนที่ใช้กับไม่ใช้กัญชา ไม่พบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม นั่นคือ กัญชาไม่ได้ทำให้เด็กและเยาวชนมีปัญหาทางสมอง⁸¹

การวิจัยแบบอภิมาน (Meta-analysis) รวบรวมจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 16 งาน เป็นเยาวชนที่ใช้กัญชา 386 คน และไม่ใช้กัญชา 444 คน พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีปริมาณเนื้อสมอง (ทั้งในภาพรวมและบริเวณของสมองส่วนต่าง ๆ) ไม่แตกต่างกัน⁸²

และมีงานวิจัยอีกจำนวนมากที่พบว่า กัญชาไม่มีผลต่อสมองและสติปัญญาของเด็ก เช่น ผลจากการวิจัยที่ประเทศอังกฤษ โดยมหาวิทยาลัยยูนิเวอร์ซิตีคอลลิจ ลอนดอน (University College London) ที่ได้ติดตามเด็กนักเรียน 2,612 ราย เพื่อวัดสติปัญญา (IQ) และผลการเรียน ตอนที่เด็กมีอายุ 8 ปี และ 15 ปี ซึ่งพบว่า การใช้กัญชาไม่มีผลต่อสติปัญญา และผลการสอบของเด็ก⁸³

ผลการวิจัยโดย คิงคอลเลจ (King College) ประเทศอังกฤษ ร่วมกับมหาวิทยาลัย อริโซนาสเตต และมหาวิทยาลัยดุค ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการติดตามเด็กคู่แฝด จำนวน 1,989 คู่ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทางชีววิทยา โดยให้คนหนึ่งใช้กัญชา อีกคนไม่ได้กัญชา ซึ่งพบว่า การใช้กัญชา ไม่มีผลต่อสติปัญญา (IQ) และความสามารถในการ ปฏิบัติหน้าที่ (Executive Function, EF) แต่สิ่งที่มีผลต่อ IQ และ EF คือ ปัจจัยด้านครอบครัว⁸⁴

การวิจัยโดย ศาสตราจารย์เมลานี เดรเฮอร์ (Melanie Dreher) คณบดีของคณะพยาบาล เมืองชิคาโก สหรัฐอเมริกา ทำวิจัยที่ประเทศจาไมกา ได้ทำการติดตามหญิงตั้งครรภ์ 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ให้สูบกัญชา กลุ่มที่ 2 ไม่ได้สูบกัญชา ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ลูกที่เกิดจากแม่ที่สูบกัญชาระหว่างตั้งครรภ์ จะมีพัฒนาการด้านความตื่นตัว การควบคุมตนเองที่ดีกว่า และคนดูแลเลี้ยงเด็กพึงพอใจมากกว่า⁸⁵

อีกหลายปีต่อมา ศาสตราจารย์เมลานี เดรเฮอร์ ไปติดตามเยี่ยมแม่และเด็กกลุ่มที่ตนเคยศึกษา ณ ประเทศจาไมกา ก็พบว่าเด็ก ๆ เจริญเติบโตแข็งแรงดี นอกจากนี้ยังพบว่า คุณแม่ชาวจาไมกา มีวัฒนธรรมการเลี้ยงลูกอย่างหนึ่ง คือ การชงชาจากใบกัญชาให้ลูกดื่มเป็นประจำ⁸⁶

จากการทบทวนงานวิจัย 1,001 งาน (Totality of evidence) โดยนักวิจัยประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับนักวิจัยของออสเตรเลีย ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ.2563 สรุปว่า การใช้กัญชาในระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ได้ ทำให้เด็กมีปัญหาทางสมอง⁸⁷

มีการใช้กัญชารักษาโรคทางสมองในเด็กเป็นจำนวนมาก เช่น โรคลมชัก โรคสมาธิสั้น โรคออติสติก มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พิสูจน์ว่า ยาแก้กัญชาโรคลมชักในเด็ก ได้ผลดี และงานวิจัยที่ประเทศอิสราเอล พบว่า เด็กที่เป็นโรคลมชัก ใช้ยาแผนปัจจุบัน มากถึง 7 ขนาน ก็ไม่หยุดชัก แต่พอมาใช้ยาแก้กัญชา ทำให้อาการชักลดลง และบางคนหายชัก และทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น สื่อสารได้ดีขึ้น มีทักษะหัตถการดีขึ้น ทำให้สมองดีขึ้น⁸⁸

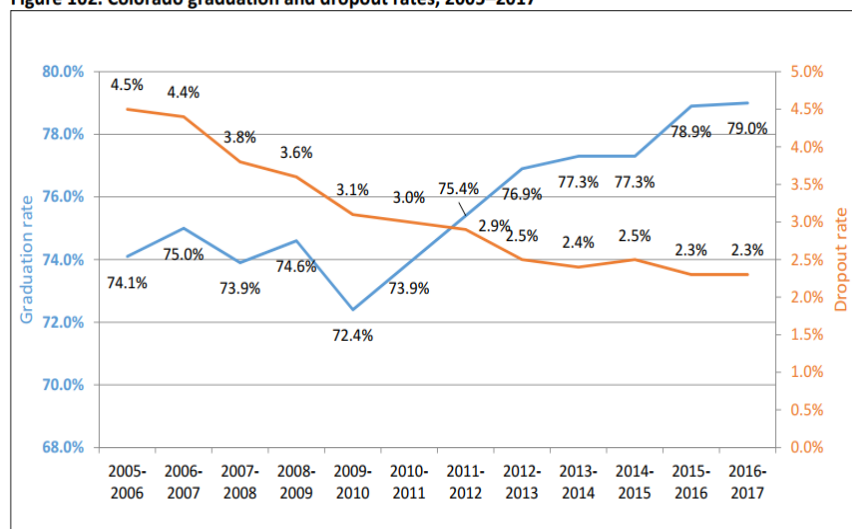
มีผลการวิจัยที่พบว่า ยาแก้กัญชามีสรรพคุณในการรักษาอาการของโรคออติสติก ทำให้การทำร้ายตนเอง ลดลง 68% อาการอยู่ไม่สุข ลดลง 68% อาการนอนหลับดีขึ้น 71% อาการวิตกกังวลดีขึ้น 47%⁸⁹

6.6 กัญชาทำให้คนซึ่เกียจ ตกออกจากโรงเรียน

นักวิจัยของมหาวิทยาลัยแคมบริดจ์ ประเทศอังกฤษ ศึกษาเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ของการใช้กัญชา กับ ภาวะเฉยชา (anhedonia) โดยเปรียบเทียบคนที่ใช้กัญชา จำนวน 143 คน กับคนที่ไม่ได้กัญชา จำนวน 125 คน พบว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้กัญชา มีคะแนนความเฉยชา “มากกว่า” คนที่ใช้กัญชา⁹⁰

สถิติของมลรัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา พบว่า หลังจากแก้กฎหมายกัญชา รัฐเก็บภาษีได้มากขึ้น เอามาอุดหนุนโรงเรียน ครูและนักเรียน ทำให้มีเด็กจบการศึกษา “มากขึ้น” และ ตกออกหรือลาออกจากโรงเรียน “ลดลง”⁹¹

Figure 102. Colorado graduation and dropout rates, 2005–2017



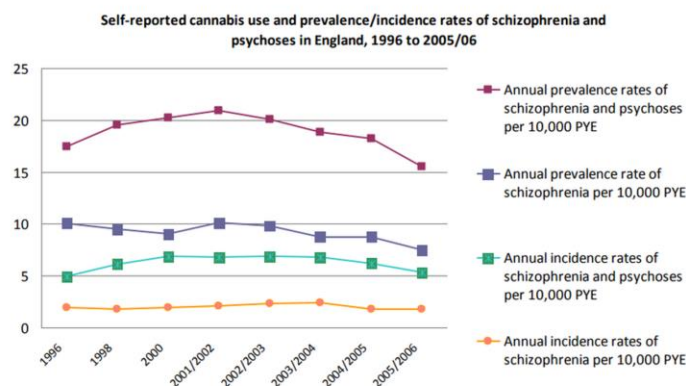
Source: Colorado Department of Education, <http://www.cde.state.co.us/cdereval>.

ภาพที่ 21 สถิติ นักเรียนจบการศึกษาและการตกออกจากโรงเรียนของมลรัฐโคโลราโด

6.7 กัญชาทำให้เป็นโรคจิต

มีงานวิจัยที่ระบุว่า กัญชาไม่ได้ทำให้เกิดโรคจิต เช่น การศึกษาของมหาวิทยาลัยแคมบริดจ์ และคิงส์คอลเลจ ประเทศอังกฤษ พบว่า แม้ว่าจะมีการใช้กัญชาในอังกฤษเพิ่มมากขึ้นถึง 20 เท่าในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา แต่สถิติอุบัติการณ์และความชุกของการเป็นโรคจิตในอังกฤษก็ยังคงมีอัตราคงที่ มาโดยตลอด และกลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย^{92 93 94}

Despite 20x increase in UK cannabis users since 1970, Schizophrenia and psychoses rates are in steady decline



99

ภาพที่ 22 คนที่อังกฤษใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 20 เท่า แต่อัตราป่วยด้วยโรคจิต มีแนวโน้มลดลง

คนที่เป็โรคจิต มักจะมีพันธุกรรม ที่เสี่ยงจะเป็นโรคจิตอยู่ก่อน แม้ไม่ใช้กัญชา⁹⁵ การใช้กัญชาไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว (โรคไบโพลาร์) คนเป็นโรคอารมณ์สองขั้วอยู่ก่อนแล้ว จึงมาใช้กัญชาในภายหลัง⁹⁶

และกลับพบว่า กัญชา (แคนนาบิไดออล) มีสรรพคุณในการรักษาโรคจิตได้ดี จึงพบว่าคนไข้โรคจิตจะใช้กัญชา เพราะทำให้อาการเขาดีขึ้น⁹⁷ มีการทดลองแบบมาตรฐาน ที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม จำนวน 2 งานวิจัย ที่พบว่า กัญชา (แคนนาบิไดออล) มีสรรพคุณในการรักษาโรคจิตเภทได้เท่ากับยาแผนปัจจุบัน แต่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า^{98 99}

6.8 กัญชาทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการวิจัยแบบอภิมาน ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ (systematic review) ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ.2561 สรุปว่า ไม่พบความสัมพันธ์¹⁰⁰ กลับพบว่า กัญชาทำให้คนเป็นโรคเหล่านี้ลดลง เพราะกัญชามีสรรพคุณในลดน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต ทำให้ลดปัญหาของผนังเส้นเลือด¹⁰¹

ยืนยันด้วย ผลการศึกษาของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัย South Carolina, Texas & Florida ที่พบว่า คนที่มีอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 1,420 คน ตรวจด้วยเครื่อง CT scan (Coronary CT angiography) พบว่า “คนที่ใช้กัญชา” มีแนวโน้ม จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด “น้อยกว่า” คนที่ไม่ได้ใช้

นั่นคือ คนใช้กัญชา เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจเพียง ร้อยละ 6.8 ในขณะที่คนไม่ใช้กัญชา เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจถึง ร้อยละ 15.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ¹⁰²

6.9 กัญชาทำให้เป็นโรคเส้นเลือดสมอง

การศึกษาวิจัยที่มิลรัฐมิสซิสซิปปี ตีพิมพ์เมื่อ ปี พ.ศ.2563 ศึกษาคนใช้จำนวน 9,350 คน มีการวัดสารกัญชาในปัสสาวะเพื่อยืนยันว่าใช้กัญชาจริง และตัดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การใช้สารเสพติดตัวอื่นๆ ออก พบว่า การใช้กัญชาไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเส้นเลือดสมอง และกลับพบแนวโน้มว่ามีความเสี่ยง “ลดลง” เสียด้วยซ้ำ นั่นคือ คนใช้กัญชาเกิดโรคเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 7.9 ในขณะที่คนไม่ใช้กัญชา เกิดโรคเส้นเลือดสมอง สูงถึงร้อยละ 15.7¹⁰³

กัญชามีศักยภาพที่จะทำให้เป็นโรคเหล่านี้ลดลง เพราะมีสรรพคุณในลดน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต ทำให้ลดปัญหาของผนังเส้นเลือด ดังได้กล่าวไปแล้ว ในหัวข้อ 6.8

6.10 กัญชาทำให้เป็นหมัน

การวิจัยพบว่า กัญชาไม่ได้ทำให้จำนวนอสุจิ ลดลงหรือเคลื่อนไหวช้าลง แต่อย่างใด ¹⁰⁴ และจากการศึกษาของนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์เวิร์ด ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ.2562 กลับพบว่า ผู้ชายที่ใช้กัญชามีจำนวนอสุจิมากกว่าผู้ชายที่ไม่ใช้กัญชา และมีฮอร์โมนเพศชายอยู่ในระดับที่สูงกว่า ¹⁰⁵ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

- คนสูบกัญชา 365 คน มีจำนวนอสุจิ เฉลี่ย 62.7 ล้านตัว/มล.
- คนไม่สูบกัญชา 297 คน มีจำนวนอสุจิ เฉลี่ย 45.4 ล้านตัว/มล.
- คนสูบกัญชา 365 คน มีจำนวนอสุจิ ต่ำกว่ามาตรฐาน WHO (< 15 ล้านตัว/มล.) = 5 %
- คนไม่สูบกัญชา 297 คน มีจำนวนอสุจิ ต่ำกว่ามาตรฐาน WHO (<15 ล้านตัว/มล.) = 12 %

6.11 กัญชาทำให้เกิดอุบัติเหตุมากขึ้น

การศึกษาที่มลรัฐโคโลราโด พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 สถิติการเสียชีวิตบนท้องถนนในรัฐโคโลราโดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบุว่ามาจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ การขับรถโดยประมาท และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย แต่ไม่ได้ระบุว่ากัญชาเป็นปัจจัยร่วม ขณะเดียวกันในบางรัฐที่กัญชายังไม่ถูกกฎหมาย พบว่าอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนกลับเพิ่มสูงกว่าโคโลราโด และในรัฐวอชิงตันซึ่งกัญชาถูกกฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 พบว่าสถิติเดียวกันลดลงเล็กน้อย

ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 สำนักบริหารความปลอดภัยในการจราจรบนทางด่วนแห่งชาติ (National Highway Traffic Safety Administration) รายงานว่าอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนในช่วงปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นทั่วประเทศ ซึ่งระบุว่าเป็นผลจากการที่เศรษฐกิจดีขึ้นและราคาน้ำมันที่ลดลง โดยหมายความว่าคนจำนวนมากขึ้นขับรถในระยะทางไกลขึ้น¹⁰⁶ ดังนั้นเมื่อคำนวณโดยใช้จำนวนไมล์ของการเดินทางเป็นตัวหาร จะพบว่าอัตราตายจากอุบัติเหตุในมลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว มีจำนวนลดลง^{107 108}

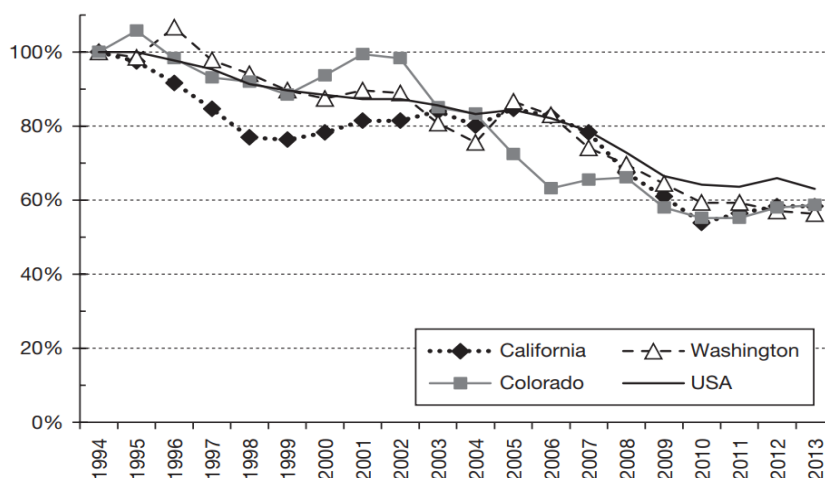


Figure 14.1 Auto crash fatalities have been trending downward in California, Colorado, Washington, and the United States overall since well before the marijuana-policy changes
(Fatalities per million miles traveled, normalized so 1994 = 100 percent)

ภาพที่ 23 อัตราตายจากอุบัติเหตุ ที่คำนวณโดยใช้จำนวนไมล์ของการเดินทางเป็นตัวหาร

6.12 กัญชาเพิ่มสถิติอาชญากรรม

ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว คดีความเกี่ยวกับกัญชาลดลง ทำให้ตำรวจและระบบยุติธรรมมีเวลาไปทำงานอื่น ๆ ที่สำคัญได้มากขึ้น ส่งผลให้อาชญากรรมลดลง¹⁰⁹

นายจอห์น สปีซซ์ นายอำเภอเขต Chaffee County ของรัฐโคโลราโด ให้สัมภาษณ์สื่อท้องถิ่น The Mountain Mail ไว้ในเดือนสิงหาคม 2558 ว่า “เท่าที่ผมเห็น ยังไม่พบประเด็นอะไรเป็นพิเศษเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา” นายจิมมี่ ทิตเวลล์ หัวหน้าตำรวจหน่วย Buena Vista เสริมว่า “กับกัญชา คุณจะเจอประเด็นพฤติกรรมรุนแรงหรือการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เหมือนที่เป็นปัญหาจากคนใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดร้ายแรง”¹¹⁰

รัฐบาลของมลรัฐโคโลราโดและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ได้กล่าวซ้ำหลายครั้งว่า มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่ากฎหมายเกี่ยวกับกัญชาของมลรัฐส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดอาชญากรรม; ไม่มีหลักฐานว่าการใช้กัญชาเป็นปัจจัยให้เกิดอาชญากรรมเพิ่มขึ้น และสถิติอาชญากรรมในภาพรวมของมลรัฐก็ค่อนข้างคงที่และในบางกรณีลดลงเล็กน้อย; ฝ่ายตำรวจรายงานว่าอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมกัญชา ถือเป็นสัดส่วนเพียงเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับสถิติอาชญากรรมในภาพรวม¹¹¹

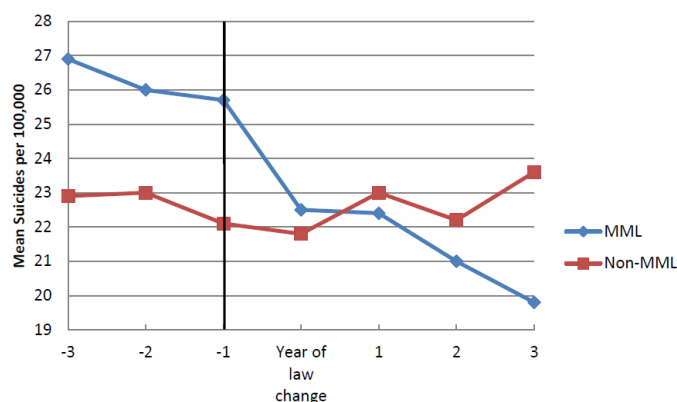


ภาพที่ 24 สถิติการก่ออาชญากรรมลดลง ในมลรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว

6.1.3 กัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐที่แก้กฎหมายให้นำกัญชามาใช้ในการแพทย์ได้ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง มากกว่ารัฐที่ยังไม่ได้แก้กฎหมาย¹¹² เพราะยากัญชามีฤทธิ์ในการลดความเครียด ภาวะเครียดรุนแรงจากภาวะวิกฤติในชีวิต (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) และลดอาการปวดทรมานได้ดี¹¹³

Figure 8. Pre- and Post-Legalization Trends in Suicide Rates, Males 20 to 39 years-old



ภาพที่ 25 สถิติการฆ่าตัวตายลดลง ในรัฐที่แก้กฎหมายแล้ว

7. มาตรการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในต่างประเทศ

แม้ว่า จะยังมีข้อถกเถียงหลายประการ เกี่ยวกับผลกระทบด้านลบ แต่ประเทศต่าง ๆ ก็ได้ออกมาตราการมาป้องกันและควบคุมผลเสียของกัญชา เช่น การควบคุมปริมาณกัญชาที่ผสมในอาหารและเครื่องดื่ม การกำหนดอายุ การควบคุมสถานที่จำหน่าย การโฆษณา การส่งเสริมการขาย การใช้ในขณะขับขี่ยานพาหนะ ผู้ฝ่าฝืนมีบทลงโทษ

แต่ความพยายามในการควบคุมอย่างเข้มงวดข้างต้น ทำให้ผู้ประกอบการที่ทำตามกฎหมายมีต้นทุนเพิ่มขึ้น จึงพบว่า การค้าขายกัญชาแบบใต้ดินมีมูลค่าสูงกว่าการทำธุรกิจกัญชาแบบถูกกฎหมาย ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ในหัวข้อที่ 5.1.3 และภาพที่ 6

ประเด็นสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ให้ความสนใจมากในขณะนี้ คือ การควบคุมอันตรายจากกัญชาสังเคราะห์ เพราะอันตรายจริง และขายแบบผิดกฎหมายทางอินเทอร์เน็ต^{114 115} ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อ 5.2.2

8. ร่าง พระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. ... โดยคณะกรรมการอาหารของรัฐบาล

ปัจจุบัน คณะกรรมการวิสามัญ ร่าง พระราชบัญญัติกัญชา กัญชง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ได้ดำเนินการร่าง พรบ.ดังกล่าวเสร็จแล้ว กำลังนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในวาระที่ 2 และ 3 ต่อไป ก่อนจะประกาศใช้

เนื้อหาของ ร่าง พรบ. ดังกล่าว มีประเด็น ปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน หลายประการ ได้แก่ ห้ามจำหน่ายกัญชาให้แก่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ และกำลังให้นมบุตร ห้ามจำหน่ายกัญชาในสถานศึกษา ห้ามจำหน่ายโดยใช้เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ หรือทางอินเทอร์เน็ต ห้ามโฆษณา ห้ามส่งเสริมการขาย ห้ามใช้ในขณะขับขี่ยานพาหนะ ผู้ฝ่าฝืนมีบทลงโทษ

หลักการและสาระสำคัญอื่นๆ ของร่าง พรบ.กัญชา กัญชง จากการประชุมเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2565 มีดังนี้¹¹⁶

1) มีการควบคุมกัญชาโดยการผสมผสานประยุกต์ใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบและการควบคุมสุรา และกระท่อม ดังนั้นการควบคุมกัญชาจึงไม่ต่ำกว่าการควบคุมสุรา ยาสูบ และกระท่อม

2) แม้สำหรับประเทศไทยแล้วจะไม่ได้จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติด แต่ยังคงให้สารสกัดที่มี THC (สารทำให้มึนเมา) เกินกว่าร้อยละ 0.2 เป็นยาเสพติด ดังนั้นสารสกัดของกัญชา กัญชงที่มีสาร THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 ของน้ำหนักจะต้องไปดำเนินการตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

3) ได้กำหนดให้มีการแบ่งพืชกัญชา กัญชง ออกจากกันเพื่อให้มีระดับการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน โดยจะให้พิจารณาจากปริมาณสารที่ทำให้มึนเมา คือ สาร THC ในช่อดอกเป็นตัวแทน กัญชา(ควบคุมเข้มมากกว่า) และกัญชง (ควบคุมอ่อนกว่า) แต่ไม่ว่ากัญชาหรือกัญชงก็ยังคงจะต้องมีการควบคุมต่อไป

4) คณะกรรมการฯ ยังคงเห็นว่าทั้งกัญชา กัญชง โดยภาพรวมจะยังคงต้องปฏิบัติตามแนวทางของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปี พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961) โดยให้ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ และยังคงให้ใช้ประโยชน์ในฐานะเป็น “พืชกรรมสวน” (Horticultural purpose) เพื่อใช้ประโยชน์ในครัวเรือนได้ โดยปรากฏหลักฐานการใช้ส่วนต่างๆ ของกัญชาในการประกอบอาหารในประวัติศาสตร์ตำราอาหารของประเทศไทยที่ใช้กันอย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัย สำหรับวัตถุประสงค์ในเชิงอุตสาหกรรมและการพาณิชย์ โดยในด้านอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับใยไฟเบอร์ของพืชกัญชง รวมถึงการพาณิชย์เพื่อสุขภาพและทางการแพทย์ และยังคงมีการให้ มีไว้เพื่อการพาณิชย์ในรูปของอาหารและเครื่องดื่ม ภายใต้การควบคุมระดับความปลอดภัยในด้าน

อาหารตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติอาหาร ประกาศกรมอนามัย ฯลฯ และยังมีพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ควบคุมเข้มข้นกว่าอีกหลายประเทศที่ได้เปิดกัญชาในทางนันทนาการ ซึ่งรวมถึง หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกา, แคนาดา, อูรุกวัย, เนเธอร์แลนด์ ฯลฯ

5) สำหรับการปลูกกัญชา และกัญชง “ในครัวเรือนจะห้ามขาย” จะใช้เพียงการ “จัดแจ้ง” เท่านั้นและหน่วยงานที่รับจัดแจ้งจะต้องทำให้แล้วเสร็จภายใน 1 วัน โดยกำหนดให้กัญชาเพื่อใช้ในครัวเรือนได้ไม่เกิน 15 ต้น ในขณะที่กัญชงที่ไม่มีนเมาและเน้นการใช้ใยผ้าสามารถจัดแจ้งใช้ในครัวเรือนได้ไม่เกิน 5 ไร่ ให้ใช้การจัดแจ้งโดยไม่ต้องขออนุญาตเช่นกัน

6) สำหรับการปลูกกัญชา และกัญชง การผลิต การสกัด การแปรรูป และขาย “เพื่อธุรกิจ” จะต้องขออนุญาตทุกกรณี และหากภาครัฐได้รับเอกสารครบถ้วนทางคณะกรรมการอาหารและยา จะต้องอนุญาตให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน

7) การใช้กัญชา กัญชง หรือสารสกัด ที่เป็นวัตถุดิบที่มีกฎหมายอื่นๆควบคุมดูแลอยู่แล้ว ก็ให้ดำเนินการตามกฎหมายฉบับนั้นๆไป เช่น เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา เป็นอาหารตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร เป็นเครื่องสำอางตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามที่กฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้ รวมถึงการนำเข้า การส่งออก การขาย และการโฆษณา ซึ่งผลิตภัณฑ์ ดังกล่าวให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

8) กฎหมายฉบับนี้ห้ามโฆษณา “ช่อดอกหรือยางของกัญชา หรือสารสกัด” รวมถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ในการสูบกัญชาโดยเด็ดขาดไม่ว่าในรูปแบบใด อีกทั้งรวมถึงการห้ามโฆษณาส่วนอื่นๆของกัญชาและกัญชงที่เกินจริงด้วย

9) ห้ามขายกัญชา กัญชง สารสกัดให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ และสตรีให้นมบุตร ซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางและมีบทลงโทษจำคุก 1 ปีและปรับไม่เกิน 1 แสนบาท ส่วนบทลงโทษในมาตราอื่นๆหากกระทำกับกลุ่มเปราะบางดังกล่าวด้วย จะมีบทลงโทษเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

10) ประการที่สิบ มีการควบคุมวิธีการขาย และสถานที่ห้ามขาย

11) ห้ามสูบกัญชาในสถานที่ต้องห้าม ซึ่งรวมถึง วัด, สถานที่สาธารณะ, สถานที่ราชการ, สถานศึกษา, สถานพยาบาล, หอพัก, สวนสาธารณะ, ร้านอาหาร รวมถึงสถานที่ซึ่งรัฐมนตรีอาจประกาศกำหนดเพิ่มเติมในพื้นที่ห้ามสูบเพิ่มเติมได้โดยคำแนะนำของคณะกรรมการฯ

12) ห้ามผู้มีเงินมาจากกัญชาขายยานพาหนะ

13) เปิดให้มีการปลูกเพื่อปรุยาเพื่อผู้ป่วยเฉพาะรายได้ในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลโดยการจดแจ้ง

14) บทลงโทษในความผิดเล็กน้อยมีตั้งแต่ปรับ ไปจนถึงโทษจำคุก โดยโทษสูงสุดคือกรณีการ “นำเข้า” กัญชากัญชงจากต่างประเทศโดยไม่ได้ขออนุญาตจะมีบทลงโทษจำคุกสูงสุดไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 5 แสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่ถ้าความผิดใดกระทำความผิดร่วมกับการขายให้กับเด็กเยาวชน สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร ให้มีบทลงโทษเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของความผิดนั้น

15) กฎหมายฉบับนี้อ่อนุญาตให้สำหรับการบริโภคกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ รวมถึงการสูบของผู้ป่วยในสถานพยาบาลของภาครัฐและสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย หรือผู้ป่วยระยะประคับประคอง ฯลฯ) โดยการอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน อีกทั้งยังให้คณะกรรมการกัญชา กัญชงสามารถให้ความเห็นชอบเพื่อให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเขตหรือสถานที่สูบกัญชาได้อย่างมีการควบคุมและได้มาตรฐานเพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบกัญชา โดยต้องมีการประกาศหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเอาไว้ในกฎกระทรวง ซึ่งคณะรัฐมนตรีต้องให้ความเห็นชอบกฎกระทรวงนั้นด้วย

16) ผู้ที่จะออกกฎกติกา หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ คือ คณะกรรมการกัญชา กัญชง ซึ่งมีองค์ประกอบคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ คณะกรรมการไม่รวมรัฐมนตรีมี 24 คน มีข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข 6 คน (รวม เลขา อ.ย.), มีผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน, ข้าราชการอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข 4 คน เป็นผู้แทนเอกชนจากองค์การอาชีพและวิชาชีพต่าง ๆ 6 คน

ในช่วงที่ยังไม่มีพระราชบัญญัติกัญชากัญชง รัฐบาลจึงใช้กฎหมายอื่น ๆ มาควบคุมการผลิต การจำหน่าย การใช้กัญชา ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พระราชบัญญัติยา

9. สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปบทเรียนของต่างประเทศ พบว่า นโยบายกัญชาเสรีมีทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งทางด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม แต่ก่อให้เกิด “ผลดี” มากกว่า “ผลเสีย” และผลเสียที่เกิดขึ้นสามารถออกมาตรการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดผลกระทบจำนวนมากหรือลดความรุนแรงของผลกระทบลงได้

สิ่งที่สังคมและภาคีเครือข่ายต่างๆ ควรดำเนินการในช่วงนี้ คือ เสนอแนะมาตรการที่จะทำให้ผลกระทบ “ด้านบวก” ของนโยบายกัญชาเสรี “เพิ่มพูนขึ้น” และกระจายผลดีนั้น “อย่างทั่วถึง” ในขณะเดียวกัน ควรจะลดผลกระทบ “ด้านลบ” ให้มีจำนวนและมีความรุนแรง “น้อยที่สุด” โดยเสนอแนะผ่านทางคณะกรรมการการวิสามัญ ร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งการดำเนินงานในขอบเขตที่ตนรับผิดชอบดูแลอยู่

ข้อเสนอแนะ

แนวทางสำคัญ คือ “การสร้างความรู้จริง นำเอาความรู้จริงมาขับเคลื่อนสังคม และคนทั้งสังคมต้องช่วยกันขับเคลื่อนประเทศไทย ทำให้ทุกคนได้ประโยชน์” ดังตัวอย่างต่อไปนี้

9.1 การสร้างระบบข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์ เรื่อง ผลกระทบด้านต่างๆ ของนโยบายกัญชาเสรี ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐภาคประชาชน และรวมทั้งเครือข่ายเด็กและเยาวชนเอง

9.1.1 ภาครัฐลงทุน หรือให้ทุนแก่ภาคส่วนต่างๆ สร้างระบบการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ทั้งก่อนและหลังการมีนโยบายกัญชาเสรี ทั้งด้านผลกระทบด้านบวกและด้านลบ โดยอาจจะใช้ประเด็นที่จะติดตาม แบบเดียวกับที่เสนอในรายงานฉบับนี้ และนำไปเผยแพร่ในข้อ 9.2

9.1.2 สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในการติดตามสถานการณ์ ผลกระทบด้านบวกและด้านลบ ของนโยบายกัญชาเสรี ที่เกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นของตน และนำไปใช้ในข้อ 9.2

9.2 การสร้างระบบสื่อสาร ให้การศึกษาแก่สาธารณะ เด็กและเยาวชน เพื่อให้รู้ทันสถานการณ์ และสามารถปรับตัว ปกป้องตัวเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเชื่อมโยงกับข้อ 9.1

9.2.1 เผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากข้อ 9.1 ในหลายๆรูปแบบ รวมทั้งสื่อสาธารณะ

9.2.2 จัดเวทีสัมมนาในหลายระดับ หลายลักษณะ หลายครั้ง เพื่อถกอภิปรายข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากข้อ 9.1 โดยให้เยาวชนมีโอกาสเข้าร่วมด้วย

9.3 การผลักดันทางนโยบายระดับต่างๆ

9.3.1 จัดทำรายงานสังเคราะห์ข้อเสนอทางนโยบาย ที่ผ่านกระบวนการถกอภิปรายในข้อ 9.2.2 แล้ว นำเสนอต่อนักการเมือง รัฐสภา หน่วยงานที่รับผิดชอบ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง

9.3.2 จัดกิจกรรมหรือรณรงค์ในระดับท้องถิ่นชุมชน ที่มีเยาวชนเข้าร่วม ทั้งในด้านการเพิ่มพูนผลบวก และลดผลกระทบด้านลบ ของนโยบายกัญชาเสรี เช่น การหลีกเลี่ยงกัญชาสังเคราะห์ การใช้กัญชาธรรมชาติอย่างถูกต้อง การใช้เทคนิคเกษตรอินทรีย์เพื่อเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ การทำธุรกิจเกี่ยวกับกัญชา กัญชง การสร้างเครือข่ายธุรกิจ เป็นต้น เพราะในอนาคตอาจจะมีเด็กและเยาวชนในวันนี้ที่พัฒนาตนเองจนเป็นผู้นำของธุรกิจกัญชา กัญชง หรือเป็นผู้บริหารประเทศ

9.4 ติดตามข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและภัยที่คุกคามต่อสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย ในภาพรวม

ยังมีภัยคุกคามต่อสวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย อีกจำนวนมากในสังคมไทย ทั้งที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับนโยบายกัญชาเสรี ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (ดูภาคผนวก) ที่ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด มีการจัดลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นสำคัญมาดำเนินการ ตามแนวทางในหัวข้อ 9.1 ถึง ข้อ 9.3

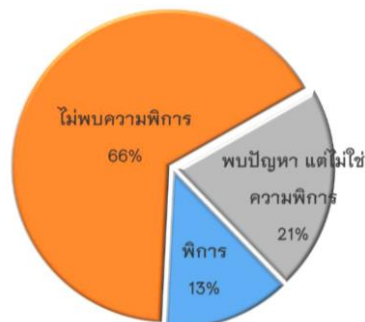
ภาคผนวก

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กไทยและคนไทย

ก. มีเด็กไทยที่มีความพิการจำนวนมาก

เด็กไทยจำนวนมาก ซึ่งควรจะเป็นอนาคตของชาติ กลับจะกลายเป็นภาระของชาติ จากการสำรวจขนาดใหญ่ใน 9 จังหวัด ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ.2557 – พ.ศ.2558 จากกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 2 – 12 ปี จำนวน 6,334 ราย พบว่า มีสัดส่วนเด็กพิการมากถึง ร้อยละ 13 หรือคิดเป็นจำนวนสูงถึงเกือบ 1 ล้านคนทั่วประเทศ (983,381 คน) แบ่งเป็นความพิการทางการเรียนรู้สูงสุด ร้อยละ 9 รองลงมาคือความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 3 พิการซ้ำซ้อน ร้อยละ 0.3 พิการแบบออทิสติก ร้อยละ 0.1 และมีเด็กอีก ร้อยละ 21 มีปัญหาอื่น ๆ ¹¹⁷

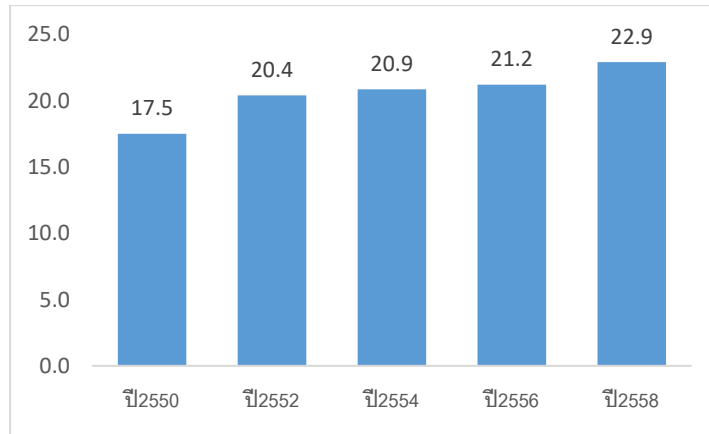
มีสาเหตุหลายประการที่เกี่ยวพันกัน แต่ที่มีลำดับความสำคัญสูงมาก ได้แก่ อาหารพิษ อากาศพิษ น้ำพิษ และแผ่นดินอาบยาพิษ จากสารเคมีอันตรายต่าง ๆ ¹¹⁸



ภาพที่ 26 สัดส่วนของเด็กไทย อายุ 2-12 ปี ที่มีความพิการ

ข. คนไทยเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อสมาชิกในบ้านเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ในที่สุดจะกระทบกับเด็ก

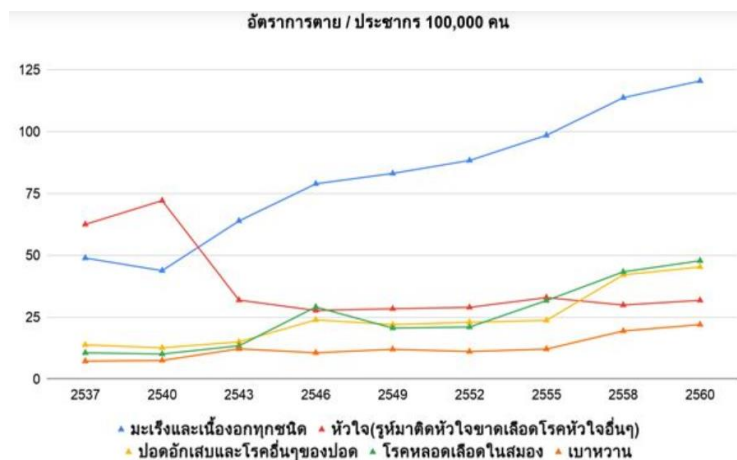
คนไทยเจ็บป่วยจนต้องไปใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในรอบ 8 ปี จากร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 22.9 ในปี พ.ศ. 2558¹¹⁹ คนไทย 65-66 ล้านคน เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจาก 11.5 ล้านคนไปเป็น 15.1 ล้านคน นั่นคือ ถ้าเห็นคนไทยเดินมา 4.5 คน ในนี้จะเป็นคนที่เจ็บป่วยเสีย 1 คน



ภาพที่ 27 ร้อยละของคนไทยที่เจ็บป่วยจนต้องไปรับบริการ

ค. คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรงเพิ่มมากขึ้น

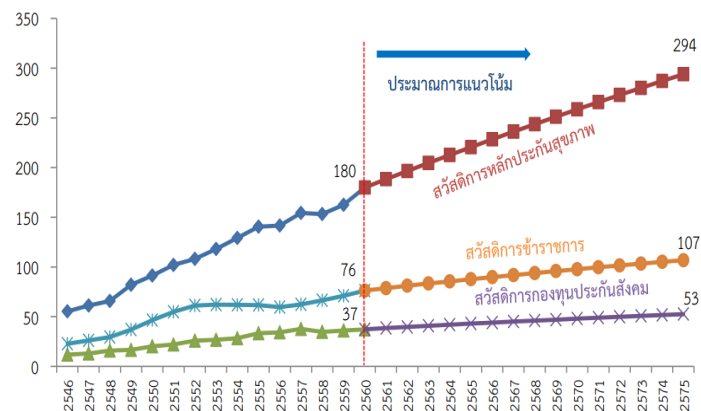
พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วย “โรคมะเร็ง” ของคนไทยเป็นสาเหตุอันดับ 1 ต่อเนื่องมา มากกว่า 20 ปี โดยเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว จากปี พ.ศ. 2537 มีอัตราเพียง 48.9 คนต่อแสน กลับ เพิ่มขึ้นเป็น 120.5 คนต่อแสน ในปี พ.ศ. 2560 นั่นคือในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง สูงถึง 8 หมื่นกว่าคน หรือคิดเป็นวันละ 219 คน หรือเท่ากับชั่วโมงละ 9 คน นอกจากนี้ยังพบว่า คน ไทยเสียชีวิตจากโรคร้ายแรงอื่นๆ เพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจด้วยเช่นกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง กลุ่มโรคปอด และโรคเบาหวาน ¹²⁰



ภาพที่ 28 อัตราการเสียชีวิตของคนไทย

ง. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นเกินอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบของไทย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นต่อปี ประมาณร้อยละ 10 นับว่ามีอัตราเพิ่มที่สูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ คาดว่าในอีก 15 ปี ข้างหน้า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมจาก 293,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2560 จะเพิ่มขึ้นเป็น 454,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2575 ¹²¹ ทั้งนี้ตัวเลขทั้งหมดนี้ยังไม่นับที่ประชาชนและครอบครัวควักกระเป๋าจ่ายเองเมื่อไปรับบริการทั้งจากสถานบริการภาครัฐและเอกชนอีกประมาณร้อยละ 22 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ¹²²

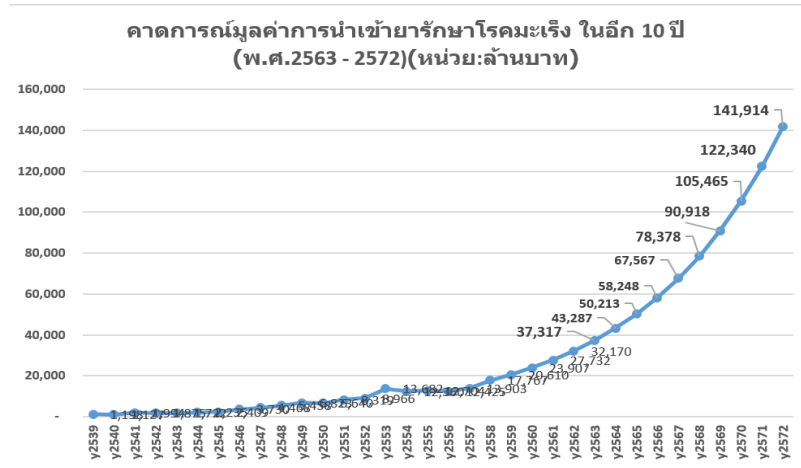


ภาพที่ 29 แนวโน้มและการประมาณการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล

ของ 3 กองทุน ปี พ.ศ. 2546-2575 (หน่วย: พันล้านบาท)

จ. ค่ายารักษาโรคมะเร็งจะเป็นภาระอันไม่สามารถแบกรับได้

คนไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ค่ายารักษาโรคมะเร็งมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด มีอัตราเพิ่มสูงถึงร้อยละ 16 ต่อปี ¹²³ คาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า มูลค่าการนำเข้ายารักษาโรคมะเร็งจะสูงถึง 140,000 ล้านบาท อันนี้ยังไม่นับราคายาขยปลีกที่จะสูงกว่านี้ไม่ต่ำกว่า 3-20 เท่าของราคานำเข้า



ภาพที่ 30 คาดการณ์มูลค่าการนำเข้ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษามะเร็งบางรายการสูงถึงปีละ 1.5 ล้านบาท เมื่อระบบประกันไม่สามารถจ่ายให้ได้ก็ต้องตกมาเป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัว คนที่ไม่สามารถแบกรับได้บางคนจึงตัดสินใจฆ่าตัวตายอย่างน่าอนาใจ

นอกจากนี้หลายคนยังไปเจอสภาพที่ว่า จ่ายแพงแล้วยังไม่รอด เสมือนจ่ายเงินให้ไปทดลองยาที่ไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน

ค่ารักษาพยาบาล คือ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ครอบครัวคนไทยยากจนซ้ำซ้อน ในที่สุดจะเกิดผลกระทบกับเด็ก

เอกสารอ้างอิง

-
- ¹ กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. วันที่ 8 มิถุนายน 2565. ภูมิไทย์ไทย ตีพิมพ์ ร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง ขอ ส.ส.หนุนรับหลักการ. <https://www.bangkokbiznews.com/politics/1008771>
- ² ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 30 กรกฎาคม 2565. ทะลุ 1 ล้าน! จัดแจงปลูกกัญชากัญชง. <https://mgronline.com/qol/detail/9650000072510>
- ³ สกู๊ปไทยรัฐ. ไทยรัฐออนไลน์. วันที่ 27 มกราคม 2565. เส้นทางปลดล็อกกัญชา ไม่ผิดกฎหมาย สายเขียว ต้องรู้. <https://www.thairath.co.th/scoop/infographic/2298547>
- ⁴ บ้านเมืองออนไลน์. วันที่ 15 มิถุนายน 2565. เครือข่ายนักวิชาการและภาคประชาชนต้านภัยยาเสพติดเสนอรัฐ 4 ข้อคุมกัญชา. <https://www.banmuang.co.th/news/education/284266>
- ⁵ ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 1 กรกฎาคม 2565. “ทิวา” จับมือเครือข่ายผู้ปกครอง องค์กรเด็กและเยาวชน กว่า 33 องค์กร บุกรื้อหนังสือ “ศุภชัย” ถกร่าง พ.ร.บ.กัญชา เน้นใช้ทางการแพทย์ ไม่เปิดนันทนาการ. <https://mgronline.com/politics/detail/9650000062543>
- ⁶ แพทยสภา. ประกาศแพทยสภา ฉบับที่ 53/2565 เรื่อง ไม่ใช้กัญชาในทางที่ผิด <https://tmc.or.th/pdf/cnb-02-22072565.pdf>
- ⁷ HFocus. แพทย์รามา 851 รายชื่อแสดงจุดยืนปิดสภากะกัญชาเสรี. Monday, 25 July 2022. <https://www.hfocus.org/content/2022/07/25598>
- ⁸ Crocq MA. History of cannabis and the endocannabinoid system. Dialogues Clin Neurosci. 2020 Sep;22(3):223–8. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.3/mcrocq. PMID: 33162765.
- ⁹ Hui-Lin L. An archaeological and historical account of cannabis in China. Econ Bot. 1974;28:437–48.
- ¹⁰ Hand A, Blake A, Kerrigan P et al. History of medical cannabis. J Pain Manage 2016;9(4):387–94.
- ¹¹ วีรยา ถาอุปชิต, นุศราพร เกษสมบุรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2560; 13 (Supl.): 228–40.
- ¹² Hand A, Blake A, Kerrigan P et al. History of medical cannabis. J Pain Manage 2016;9(4):387–94.
- ¹³ Holland J (Ed.). The Pot Book: A Complete Guide to Cannabis – Its Role in Medicine, Politics, Science and Culture. Rochester: Park Street Press. 2010.

-
- ¹⁴ Merck. *Materia Medica: A Ready Reference Pocket Book for The Physician and Surgeon*. Published by E. Merck Daemstad (Germany). 1899. <https://www.gutenberg.org/ebooks/41697>
- ¹⁵ Hempshopper. Marijuana is listed in the U.S. Pharmacopoeia. <http://www.hempshopper.com/en/19th-century/94-1851>.
- ¹⁶ Reynolds JR. On the therapeutic uses and toxic effects of cannabis indica. *The Lancet* 1890; March 22,637-38.
- ¹⁷ Cheri Sicard. *Cannabis History: Anslinger, Hearst, and Rockefeller. Senior Stoner*. <https://www.seniorstoner.com/education/anslinger-hearst-rockefeller-cannabis-history/>
- ¹⁸ Hardaway RM. *Marijuana Politics: Uncovering The Troublesome History and Social Costs of Criminalization*. Santa Barbara: Praeger. 2018.
- ¹⁹ Hardaway RM. *Marijuana Politics: Uncovering The Troublesome History and Social Costs of Criminalization*. Santa Barbara: Praeger. 2018.
- ²⁰ Wikipedia. Legal history of cannabis in the United States. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Legal_history_of_cannabis_in_the_United_States
- ²¹ Wikipedia. Legality of cannabis. https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_cannabis
- ²² Mikuriya TH. Marijuana in medicine: past, present and future. *Calif Med*. 1969 Jan;110(1):34-40. PMID: 4883504.
- ²³ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jan 12. PMID: 28182367.
- ²⁴ Amin MR, Ali DW. Pharmacology of Medical Cannabis. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1162:151-165. doi: 10.1007/978-3-030-21737-2_8. PMID: 31332738.
- ²⁵ Cyr C, Davis MP, Schechter D, Daeninck P. *Cannabis and Cannabinoid-Based Medicines in Cancer Care: A Comprehensive Guide to Medical Management*. Switzerland: Springer Nature. 2022.
- ²⁶ Christopher Ingraham. *The Washington Post*. July 13, 2016. One striking chart shows why pharma companies are fighting legal marijuana. <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2016/07/13/one-striking-chart-shows-why-pharma-companies-are-fighting-legal-marijuana/>
- ²⁷ <https://mobile.twitter.com/steephilllab/status/839234710547103745/photo/1>

-
- ²⁸ Rajavashisth TB, Shaheen M, Norris KC, Pan D, Sinha SK, Ortega J, Friedman TC. Decreased prevalence of diabetes in marijuana users: cross-sectional data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *BMJ Open*. 2012 Feb 24;2:e000494. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000494.
- ²⁹ Huang J, Huang D, Ruan X, Huang J, Xu D, Heavey S, Olivier J, Na R. Association between cannabis use with urological cancers: A population-based cohort study and a Mendelian randomization study in the UK biobank. *Cancer Med*. 2022 Aug 17. doi: 10.1002/cam4.5132. PMID: 35975633.
- ³⁰ Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana law reduce prescription medication use in Medicare Part D. *Health Affairs*. 2016;35(7):1230-6. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1661>
- ³¹ Drug Policy Alliance. From Prohibition to Progress: A Status Report on Marijuana Legalization. Washington DC: Drug Policy Alliance. 2018. Page 5. <https://drugpolicy.org/legalization-status-report>
- ³² Government of the Netherland. Drug Policy. <https://www.government.nl/topics/drugs>
- ³³ Danielle Batist. How the Dutch Are Closing Their Prisons. *US News*. May 13, 2019. <https://www.usnews.com/news/best-countries/articles/2019-05-13/the-netherlands-is-closing-its-prisons>
- ³⁴ กรมราชทัณฑ์. สถิติจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดของไทย ปี พ.ศ. 2553 – 2565. <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
- ³⁵ AmarinTV online. วันที่ 4 มิถุนายน 2565. กัญชาเสรี ปลดล็อก 9 มิ.ย. นักโทษรับอานิสงส์ ราชทัณฑ์ปล่อยตัว 4,103 ราย. <https://www.amarintv.com/news/detail/136655>
- ³⁶ วิชัย ไชยมงคล. เลขาธิการ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2406131>
- ³⁷ Gjelsvik A, Dumont D M, Nunn A, Rosen D L. Adverse childhood events: incarceration of household members and health-related quality of life in adulthood. *J healthcare poor underserved*. 2014;25(3):1169-82. <http://doi.org/10.1353/hpu.2014.0112> and <https://muse.jhu.edu/article/552192>
- ³⁸ Thomas JC, Torrone E. Incarceration as Forced Migration: Effects on Selected Community Health Outcomes. *Am J Public Health*, 2008;98(Suppl 1):S181-4.

³⁹ Drug Policy Alliance. From Prohibition to Progress: A Status Report on Marijuana Legalization. Washington DC: Drug Policy Alliance. 2018. Page 5.

<https://drugpolicy.org/legalization-status-report>

⁴⁰ กรมราชทัณฑ์. สถิติจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดของไทย ปี พ.ศ. 2553 – 2565.

<http://www.correct.go.th/stathomepage/>

⁴¹ สำนักวิชาการ. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. ผู้ต้องขังล้นเรือนจำ. Academic Focus. มิถุนายน 2563.

https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/article/article_20200608145458.pdf

⁴² New Frontier data. U.S. Legal vs Illicit Cannabis Market Demand. June 3, 2018.

<https://newfrontierdata.com/cannabis-insights/colorado-flower-sales-exceed-1-1-million-pounds-since-markets-launch-2/>

⁴³ The Marijuana Policy Project (MPP). The Impact of Legalization in Colorado.

<https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>

⁴⁴ New Frontier data. Comparative Yield Per Acre For Grains And Marijuana. January 20th, 2016.

<https://newfrontierdata.com/cannabis-insights/comparative-yield-per-acre-for-grains-and-marijuana/>

⁴⁵ The Marijuana Policy Project (MPP). The Impact of Legalization in Colorado.

<https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>

⁴⁶ Daniel Tencer. The Huffington Post Canada. October 27th, 2016. Legalized Marijuana In Canada Would Be Worth Up To \$22.6B Per Year.

https://www.huffingtonpost.ca/2016/10/27/marijuana-legalization-market-size-canada_n_12676754.html

⁴⁷ Kyle Jaeger. Marijuana Industry Sees Record Jobs Gains In 2020 Despite Pandemic, New Report Shows. Marijuana Moment. February 16th, 2021.

<https://www.marijuanamoment.net/marijuana-industry-sees-record-jobs-gains-in-2020-despite-pandemic-new-report-shows/>

⁴⁸ Nicholas LH, Maclean JC. The Effect of Medical Marijuana Laws on the Health and Labor Supply of Older Adults: Evidence from the Health and Retirement Study. J Policy Analysis and

Management.2019;38(2):455–80. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pam.22122>
หรือ <https://doi.org/10.1002/pam.22122>

⁴⁹ The Marijuana Policy Project (MPP). The Impact of Legalization in Colorado.
<https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>

⁵⁰ The Marijuana Policy Project (MPP). The Impact of Legalization in Colorado.
<https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>

⁵¹ Drug Policy Alliance. From Prohibition to Progress: A Status Report on Marijuana Legalization. Washington DC: Drug Policy Alliance. 2018. <http://www.drugpolicy.org/legalization-status-report>

⁵² Miron J. The Budgetary Implications of Marijuana Prohibition. In: Pot Politics: Marijuana and the Costs of Prohibition. Oxford University Press, Inc. 2006.
https://scholar.harvard.edu/files/miron/files/budget_2010_final_0.pdf

⁵³ สำนักงานบริหารนโยบายของนายกรัฐมนตรี. ส่งเสริมกระท่อมเป็นพืชเศรษฐกิจสร้างอาชีพให้ประชาชน. <https://www.pmdu.go.th/ส่งเสริมกระท่อมเป็นพืช/>

⁵⁴ Reed JK. Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2021.

⁵⁵ Wikipedia. Synthetic cannabinoids.
https://en.wikipedia.org/wiki/Synthetic_cannabinoids

⁵⁶ Wikipedia. List of cannabis companies. Available at
https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cannabis_companies.

⁵⁷ Sam AH, Salem V, Ghatei MA. Rimnabant: From RIO to Ban. J Obes. 2011;2011:432607. doi: 10.1155/2011/432607.

⁵⁸ Wikipedia. Cannabinoid. Available at <https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabinoid> [Accessed 2019-12-03]

⁵⁹ Di Forti M, Marconi A, Carra E, et al. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. Lancet Psychiatry. 2015 Mar;2(3):233–8.

⁶⁰ Mensen VT, Vreeker A, Nordgren J, Atkinson A, de la Torre R, Farré M, Ramaekers JG, Brunt TM. Psychopathological symptoms associated with synthetic cannabinoid use: a comparison with natural cannabis. Psychopharmacology (Berl). 2019 Sep;236(9):2677–2685. doi: 10.1007/s00213-019-05238-8.

⁶¹ Boland DM, Reidy LJ, Seither JM, Radtke JM, Lew EO. Forty-Three Fatalities Involving the Synthetic Cannabinoid, 5-Fluoro-ADB: Forensic Pathology and Toxicology Implications. *J Forensic Sci.* 2020 Jan;65(1):170–182. doi: 10.1111/1556-4029.14098.

⁶² Alves VL, Gonçalves JL, Aguiar J, Teixeira HM, Câmara JS. The synthetic cannabinoids phenomenon: from structure to toxicological properties. A review. *Crit Rev Toxicol.* 2020 May;50(5):359–382. doi: 10.1080/10408444.2020.1762539. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32530350.

⁶³ Office of Addiction Service and Support. New York State. Synthetic-cannabinoids. <https://oasas.ny.gov/synthetic-cannabinoids>

⁶⁴ Klein TA, Dilley JA, Graves JM, Liebelt EL. Synthetic cannabinoid poisonings and access to the legal cannabis market: findings from US national poison centre data 2016–2019. *Clin Toxicol (Phila).* 2022 Aug 8:1–5. doi: 10.1080/15563650.2022.2099887. PMID: 35942512.

⁶⁵ Catalina Lopez-Quintero, et al, Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence.* 2011, 115 (1–2): 120–30.

⁶⁶ Steven C. Markoff. Is Marijuana Addictive? *The Medical Marijuana Magazine.*
<http://www.drugsense.org/mcwilliams/www.marijuanamagazine.com/toc/addictiv.htm>

⁶⁷ Lucas P, Walsh Z, Crosby K, Callaway R, Belle-Isle L, Kay R, Capler R, Holtzman S. Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. *Drug Alcohol Rev.* 2016 May;35(3):326–33. doi: 10.1111/dar.12323.

⁶⁸ Lucas P, Baron EP, Jikomes N. Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients. *Harm Reduct J.* 2019 Jan 28;16(1):9. doi: 10.1186/s12954-019-0278-6.

⁶⁹ Cerdá M, Sarvet AL, Wall M, Feng T, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. (2018). Medical marijuana laws and adolescent use of marijuana and other substances: Alcohol, cigarettes, prescription drugs, and other illicit drugs. *Drug and Alcohol Dependence.* 2018;183(December 2017), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.021>

⁷⁰ Reed JK. Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2021.

⁷¹ Koen van Gelder. Cigarettes sold in the United States 2001–2020. Statista.
<https://www.statista.com/statistics/1092860/cigarettes-sold-in-the-us/#statisticContainer>

⁷² Fleming CB, Ramirez JJ, Rhew IC, Hultgren BA, Hanson KG, Larimer ME, Dilley JA, Kilmer JR, Guttmanova K. Trends in Alcohol, Cigarette, E-Cigarette, and Nonprescribed Pain Reliever Use Among Young Adults in Washington State After Legalization of Nonmedical Cannabis. *J Adolesc Health*. 2022 Jul;71(1):47–54. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.03.006. PMID: 35550333.

⁷³ Howell A. Will Marijuana Legalization Increase Hospitalizations and Emergency Visits? Reason Foundation. 2018. Available at: www.reason.org/topics/drugpolicy

⁷⁴ Workpoint Today. 16 ธ.ค. 2560. เปิดสถิติ คนไทยติดเหล้าเกือบ 3 ล้านคน เสียชีวิตเพราะน้ำเมาทุก 10 นาที <https://workpointtoday.com/เปิดสถิติ-คนไทยติดเหล้า/>

⁷⁵ Kropp Lopez AK, Nichols SD, Chung DY, Kaufman DE, McCall KL, Piper BJ. Prescription Opioid Distribution after the Legalization of Recreational Marijuana in Colorado. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 7;17(9):3251. doi: 10.3390/ijerph17093251. PMID: 32392702.

⁷⁶ Ben Adlin. State With Medical Marijuana Law Saw 20% Drop In Some Opioid Prescriptions. Schedule 6 Foundation. <https://www.marijuanamoment.net/states-with-medical-marijuana-laws-saw-20-drop-in-some-opioid-prescriptions/>

⁷⁷ Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999–2010. *JAMA* 2014. *Intern Med*; 174:1668–73.

⁷⁸ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). <https://antidrugnew.moph.go.th/>

⁷⁹ ขจรศักดิ์ แสนสุภา, มานพ คณะโต, พรหมพิศิษฐ์ โจทย์กั้ง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(3):435–53.

⁸⁰ Camchong J, Lim KO, Kumra S. Adverse Effects of Cannabis on Adolescent Brain Development: A Longitudinal Study. *Cereb Cortex*. 2017;27(3):1922–1930. doi: 10.1093/cercor/bhw015.

⁸¹ Weiland BJ, Thayer RE, Depue BE, Sabbineni A, Bryan AD, Hutchison KE. Daily marijuana use is not associated with brain morphometric measures in adolescents or adults. *J Neurosci*. 2015 Jan 28;35(4):1505–12. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2946–14.2015.

⁸² Lorenzetti V, Kowalczyk M, Duehlmeier L, Greenwood LM, Chye Y, Yücel M, Whittle S, Roberts CA. Brain Anatomical Alterations in Young Cannabis Users: Is it All Hype? A Meta-Analysis of Structural Neuroimaging Studies. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2022 Apr 19. PMID: 35443799.

doi: 10.1089/can.2021.0099.

⁸³ Mokrysz C, Landy R, Gage SH, Munafò MR, Roiser JP, Curran HV. Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *J Psychopharmacol*. 2016 Feb;30(2):159–68. doi: 10.1177/0269881115622241. PMID: 26739345.

⁸⁴ Meier MH, Caspi A, Danese A, Fisher HL, Houts R, Arseneault L, Moffitt TE. Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: a longitudinal co-twin control study. *Addiction*. 2018 Feb;113(2):257–265. doi: 10.1111/add.13946. PMID: 28734078.

⁸⁵ Dreher MC, Nugent K, Hudgins R. Prenatal marijuana exposure and neonatal outcomes in Jamaica: an ethnographic study. *Pediatrics*. 1994 Feb;93(2):254–60. PMID: 8121737.

⁸⁶ Deher MC. Pregnancy and Cannabis. <https://www.youtube.com/watch?v=RDV5HhmP4UI>

⁸⁷ Torres CA, Medina-Kirchner C, O'Malley KY, Hart CL. Totality of the Evidence Suggests Prenatal Cannabis Exposure Does Not Lead to Cognitive Impairments: A Systematic and Critical Review. *Front Psychol*. 2020 May 8;11:816. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00816. PMID: 32457680.

⁸⁸ Tzadok M et al. SEIZURE: European Journal of Epilepsy (2016)
doi:10.1016/j.seizure.2016.01.004

⁸⁹ Barchel D, Stolar O, De-Haan T, et al. Oral Cannabidiol Use in Children With Autism Spectrum Disorder to Treat Related Symptoms and Co-morbidities. *Front Pharmacol*. 2019 Jan 9;9:1521. doi: 10.3389/fphar.2018.01521.

⁹⁰ Skumlien M, Mokrysz C, Freeman TP, et al. Anhedonia, apathy, pleasure, and effort-based decision-making in adult and adolescent cannabis users and controls. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2022 Aug 24;pyac056. doi: 10.1093/ijnp/pyac056. PMID: 35999024.

-
- ⁹¹ Reed JK. Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2018.
- ⁹² Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, McCrone P, Murray RM, Jones PB. Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and Other Psychoses in England. Conducted for the Department of Health Policy Research Programme. 2012.
- ⁹³ Hickman M, Vickerman P, Macleod J, Kirkbride J, Jones PB. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction*. 2007;102(4):597–606.
- ⁹⁴ Kirkbride JB et al. Systematic review of the incidence and prevalence of Schizophrenia and other psychoses in England. 2012. Available at <https://www.psychiatry.cam.ac.uk/files/2014/05/Final-report-v1.05-Jan-12.pdf> [Accessed 2019-12-03]
- ⁹⁵ Farris MS, Shakeel MK, Addington J. Cannabis use in individuals at clinical high-risk for psychosis: a comprehensive review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020 May;55(5):527–537. doi: 10.1007/s00127-019-01810-x. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31796983.
- ⁹⁶ Jepsen OH, Speed M, Speed D, Østergaard SD. Bipolar disorder and cannabis use: A bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *Addict Biol*. 2021 Nov;26(6):e13030. doi: 10.1111/adb.13030. PMID: 33733564.
- ⁹⁷ Ksir C, Hart CL. Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb;18(2):12. doi: 10.1007/s11920-015-0657-y.
- ⁹⁸ Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, et al. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 2012;2:e94. doi:10.1038/tp.2012.15.
- ⁹⁹ McGuire P, Robson P, Cubala WJ, et al. Cannabidiol (CBD) as an adjunctive therapy in schizophrenia: A multicenter randomized controlled trial. *AJP in Advance*. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17030325.
- ¹⁰⁰ Ravi D, Ghasemiesfe M, Korenstein D, Cascino T, Keyhani S. Associations between marijuana use and cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2018 Feb 6;168(3):187–94. doi: 10.7326/M17-1548.

-
- ¹⁰¹ Rajavashisth TB, Shaheen M, Norris KC, Pan D, Sinha SK, Ortega J, Friedman TC. Decreased prevalence of diabetes in marijuana users: cross-sectional data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *BMJ Open*. 2012 Feb 24;2:e000494.
- ¹⁰² Burt JR, Agha AM, Yacoub B, Zahergivar A, Pepe J. Marijuana use and coronary artery disease in young adults. *PLoS One*. 2020 Jan 29;15(1):e0228326. doi: 10.1371/journal.pone.0228326.
- ¹⁰³ Carmela V. San Luis. *Neurology Clinical Practice* 2020. DOI: 10.1212/CPJ.0000000000000888
- ¹⁰⁴ López-Cardona AP, Ibarra-Lecue I, Laguna-Barraza R, Pérez-Cerezales S, Urigüen L, Agirregoitia N, Gutiérrez-Adán A, Agirregoitia E. Effect of chronic THC administration in the reproductive organs of male mice, spermatozoa and in vitro fertilization. *Biochem Pharmacol*. 2018;157:294–303. doi: 10.1016/j.bcp.2018.07.045.
- ¹⁰⁵ Nassan FL, Arvizu M, Mínguez-Alarcón L, et al. Marijuana smoking and markers of testicular function among men from a fertility centre. *Hum Reprod*. 2019;34(4):715–723. doi:10.1093/humrep/dez002
- ¹⁰⁶ <https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>
- ¹⁰⁷ Caulkin JP, Kilmer B, Kleiman MAR. *Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know* (Second Edition). New York: Oxford University Press. 2016.
- ¹⁰⁸ Reed JK. *Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283*. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2018.
- ¹⁰⁹ Reed JK. *Impacts of Marijuana Legalization in Colorado: A Report Pursuant to Senate Bill 13-283*. Denver: Colorado Department of Public Safety. 2021.
- ¹¹⁰ Drug Policy Alliance. *From Prohibition to Progress: A Status Report on Marijuana Legalization*. Washington DC: Drug Policy Alliance. 2018. Page 5. <https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>
- ¹¹¹ <https://www.mpp.org/issues/legalization/regulationworks/>
- ¹¹² Anderson DM, Rees DI, Sabia JJ. Medical marijuana laws and suicides by gender and age. *Am J Public Health*. 2014 Dec;104(12):2369–76. doi: 10.2105/AJPH.2013.301612. Epub 2014 Jan 16.
- ¹¹³ Shannon S, Lewis N, Lee H, Hughes S. Cannabidiol in Anxiety and Sleep: A Large Case Series. *Perm J*. 2019;23:18–041.

¹¹⁴ European Monitoring Centre for Drug and Addiction. Synthetic cannabinoids drug profile. https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cannabinoids_en

¹¹⁵ Alves VL, Gonçalves JL, Aguiar J, Teixeira HM, Câmara JS. The synthetic cannabinoids phenomenon: from structure to toxicological properties. A review. Crit Rev Toxicol. 2020 May;50(5):359–382. doi: 10.1080/10408444.2020.1762539. PMID: 32530350.

¹¹⁶ ปานเทพ พัวพงษ์พันธ์. 20 สิงหาคม เวลา 14:03 น. https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=607275417432829&id=100044511276276

¹¹⁷ โชษิตา ภาวสุทธิไพจิตร, ลือชัย ศรีเงินยวง, ณรงค์ฤทธิ์ อัครวงศ์พิภพ, ธันวรัตน์ บุรณสุขสกุล, วนิดา ชนินทุทวงศ์, วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, ธวัชรัตน์ ศรีวิลาส. สถานการณ์ความพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการที่จำเป็นของรัฐสำหรับเด็กพิการในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(3):469–79.

¹¹⁸ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์. ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเด็ก. นนทบุรี: เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. 2562.

¹¹⁹ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, พลิชฐ์ พัจนา. สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ: ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ และพื้นที่. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 10 มกราคม 2562. Available from <https://tdri.or.th/2019/01/> [<https://tinyurl.com/ydh8kp5o>]

¹²⁰ คุณวิศรุต จารูนันทพงษ์. 5 กลุ่มโรคภัยแรง ที่คนไทยเสียชีวิตสูงสุด. อ้างใน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 13 มกราคม 2563. Available from <https://www.tisco.co.th/th/advisory/top5-deadliest-group-diseases-thailand.html>

¹²¹ ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกื้อรอด, ภัทร อภิวัฒน์กุล, ขวัญกมล ถนัดคำ. ประเมินการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2561.

¹²² วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วิศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัทธนฤมล, แอนน์ มิลส์. การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.(แปลจาก) Lancet. 2018 Mar 24;391(10126):1205–1223. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30198-3.

¹²³ www.fda.moph.go.th และ www.bot.or.th