



# วารสารนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
THAMMASAT LAW JOURNAL

ชื่อเรื่อง : การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา

ชื่อผู้แต่ง : ตามพงศ์ ขอบอิสระ

การอ้างอิงที่แนะนำ : ตามพงศ์ ขอบอิสระ, ‘การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา’ (2567) 53(1) วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ 26.

## ผู้สนับสนุนหลัก



**SAIJO DENKI**

Tax and Legal Counsellors

**Seri Manop & Doyle**



**SATYAPON  
& PARTNERS**  
THAILAND Intellectual Property Law Firm

**Baker  
McKenzie.**

## ผู้สนับสนุนร่วม

**WEERAWONG C&P**  
WEERAWONG, CHINNAVAT & PARTNERS LTD.



**DEJ-UDOM & ASSOCIATES**  
Attorneys-at-Law



โครงการวารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง

เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 โทร. 02 613 2109 อีเมล [tu.lawjournal@tu.ac.th](mailto:tu.lawjournal@tu.ac.th)

การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์  
ของผู้ป่วยในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา  
Patients' Access to Medical Cannabis  
in Australia and the United States

ตามพงศ์ ชอบอิสระ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Tarmphong Chobisara

Assistant Professor, Faculty of Law, Thammasat University

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2566; วันแก้ไขบทความ 25 มกราคม 2567; วันที่รับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2567

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยในโครงการ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ตามนโยบาย กฎหมายต่างประเทศ และข้อเสนอแนะทางกฎหมาย” รายงานการวิจัยฉบับดังกล่าวเขียนขึ้นในช่วงที่กัญชายังคงเป็นยาเสพติดตามกฎหมายไทย และกฎหมายยาเสพติดถูกแก้ไขเพื่อให้กัญชาสามารถใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม กฎเกณฑ์ที่ถูกแก้ไขยังขาดความชัดเจนและก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์บางประการ การวิจัยดังกล่าวจึงทำขึ้นเพื่อศึกษา นโยบาย กฎหมาย และกลไกที่ควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ในต่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทางวิชาการที่สามารถสนับสนุนการพัฒนากฎหมายไทยในเรื่องนี้ บทความฉบับนี้เขียนขึ้นเพื่อนำเสนอข้อมูลบางส่วนของงานวิจัยดังกล่าว โดยกล่าวถึงเฉพาะมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยเท่านั้น เพราะมาตรการดังกล่าวของประเทศไทย

ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นผลจากนโยบายกัญชาเสรีที่กำหนดให้กัญชาไม่เป็นยาเสพติดและทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ไม่ตกอยู่ภายใต้กลไกการควบคุมที่เหมาะสม การนำเสนอข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดกฎเกณฑ์และกลไกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศไทย

บทความนี้แบ่งออกเป็นสี่ส่วน ส่วนแรกกล่าวถึงความจำเป็นของการมีมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่เหมาะสมในประเทศไทย ส่วนที่สองอธิบายกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในสองประเทศ โดยกล่าวถึงกฎเกณฑ์และกลไกของมลรัฐแคลิฟอร์เนียและโคโลราโดในสหรัฐอเมริกา และมลรัฐควีนส์แลนด์และแคปิทอลเทอร์ริทอรีในประเทศออสเตรเลีย ส่วนที่สามนำกฎเกณฑ์และกลไกที่ได้อธิบายในส่วนที่สองมาเปรียบเทียบเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่างกัน และส่วนสุดท้ายสรุปสาระสำคัญของบทความ พร้อมเสนอแนะว่าประเทศไทยควรนำมาตราการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของประเทศใดมาปรับใช้ เพื่อจำกัดการเข้าถึงกัญชาให้ทำได้เฉพาะเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

บทความนี้แสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างในแนวคิดพื้นฐานของการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ส่งผลให้ประเทศทั้งสองมีกฎเกณฑ์และกลไกที่ต่างกัน ทั้งในเรื่องของลักษณะของการควบคุม ลักษณะของกฎเกณฑ์ และผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย สิ่งที่เหมือนกัน คือ กฎเกณฑ์ของทั้งสองประเทศต่างกำหนดให้กัญชายังคงเป็นยาเสพติดและอยู่ภายใต้การควบคุมเพื่อมิให้กัญชาถูกนำไปใช้นอกเหนือจากเพื่อการรักษา แต่ก็พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยสะดวกด้วยเช่นกัน บทความนี้เสนอแนะในตอนท้ายว่า หากประเทศไทยต้องการจำกัดการเข้าถึงกัญชาให้ทำได้เฉพาะเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ประเทศไทยควรกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 และมีกฎเกณฑ์เพิ่มเติมเพื่อควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ให้อยู่ภายในขอบเขตที่เหมาะสม พร้อมนำแนวทางการควบคุมในเรื่องนี้ของประเทศออสเตรเลียมาปรับใช้ และไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาด้วยตนเอง

**คำสำคัญ :** กัญชาสำหรับการแพทย์, การเข้าถึงของผู้ป่วย, การปลูก, การสั่งจ่าย, การครอบครอง, กฎหมายยาเสพติด

## Abstract

This article aims to publish part of the research report in the project “Law and Policy on the Cannabis Use for Medical Purposes and Regulatory Measures”. The report was written when cannabis was still a drug under Thai law and the drug laws were



amended to allow cannabis to be used for medical purposes. Nevertheless, the amended rules lacked clarity and imposed limitations on access to medical cannabis in certain respects. Therefore, the research was carried out to study policies, laws, and mechanisms that regulate the use of medical cannabis in other countries so as to gather academic information that could support the development of Thai laws on this matter. This article is written to present some of the information from the research report. It specifically describes the measures that regulate patients' access to medical cannabis, as these measures in Thailand are still unclear due to the free cannabis policy that does not define cannabis as a drug, causing any access to medical cannabis fall outside appropriate regulating mechanisms. The presentation of this information is therefore beneficial for formulating rules and mechanisms that are appropriate for patients whose access to medical cannabis is of medical necessity in Thailand.

This article is divided into four parts. The first part discusses the necessity for appropriate measures to control access to medical cannabis in Thailand. The second part explains the rules and mechanisms that regulate access to medical cannabis in two countries, namely, California and Colorado in the United States and Queensland and Australian Capital Territory in Australia. The third part compares the rules and mechanisms that are described in the second part, in order to illustrate their similarities and differences. The last part summarizes the key points of this article and suggests which countries' regulatory measures Thailand should adopt so as to restrict access to cannabis to only medical purposes.

This article shows that difference in the fundamental ideas of regulating access to medical cannabis has resulted in different rules and mechanisms between these two countries, with respect to the nature of regulation, the nature of rules, and the persons who have a key role in accessing medical cannabis. Given the similarities between these two countries, cannabis is defined as a drug by their laws and is regulated to prevent cannabis from being used for purposes other than treatment, while patients' access medical cannabis is facilitated. This article eventually suggests that, if Thailand intends to restrict access to cannabis to only medical purposes, it

---

should categorize cannabis as a Class-5 drug and impose additional rules to ensure that medical cannabis is accessed within appropriate limits. It should also adopt Australia's approach for regulating medical cannabis and prohibit patients from growing cannabis themselves.

**Keywords:** medicinal cannabis, medical marijuana, patient access, grow, prescription, possession, drug law

## 1. ความนำ

บทความนี้ได้นำส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยในโครงการ “การใช้กัญชาทางการแพทย์ตามนโยบาย กฎหมายต่างประเทศ และข้อเสนอทางกฎหมาย”<sup>1</sup> มาตีพิมพ์เผยแพร่ งานวิจัยฉบับนี้ถูกทำขึ้นในช่วงที่ประเทศไทยเริ่มมีการแก้ไขกฎหมายยาเสพติด เพื่อเปิดโอกาสกัญชาถูกมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นครั้งแรกของประเทศไทย<sup>2</sup> ซึ่งกัญชาถูกพิจารณาว่าเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 และอยู่ภายใต้กลไกการควบคุมที่คล้ายคลึงกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ซึ่งเป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรงมาโดยตลอด<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม แม้การแก้ไขกฎหมายดังกล่าวได้ทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ง่ายขึ้น แต่ก็ยังคงมีอุปสรรคหลายประการ เพราะกฎเกณฑ์ที่แก้ไขยังคงกำหนดข้อจำกัดในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ และขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินการบางอย่างในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ กฎเกณฑ์ที่แก้ไขก็มิได้กำหนดให้มีหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ กับกัญชาสำหรับการแพทย์โดยเฉพาะ แตกต่างจากในต่างประเทศที่มีกจัดตั้งหน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์ รวมถึงควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ กับกัญชาสำหรับการแพทย์ งานวิจัยฉบับดังกล่าวจึงศึกษา นโยบายและกฎหมายในต่างประเทศที่เกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ รวมถึงมาตรการในการป้องกันผลกระทบจากการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์และการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากกฎหมายไทยที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในขณะนั้น และจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคเหล่านั้น อันจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงและพัฒนากฎหมายในเรื่องนี้ต่อไป นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับดังกล่าวยังศึกษารูปแบบและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่มีบทบาทในการบริหารจัดการกัญชาสำหรับการแพทย์ในต่างประเทศ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อจัดทำข้อมูลทางวิชาการที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศไทย

<sup>1</sup> ไพศาล ลิ้มสถิตย์ ตามพงศ์ ขอบอิสระ และจุมพล แดงสกุล, ‘การใช้กัญชาทางการแพทย์ตามนโยบาย กฎหมายต่างประเทศ และข้อเสนอทางกฎหมาย’ (รายงานผลการวิจัยเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ธันวาคม 2563).

<sup>2</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.

<sup>3</sup> ก่อนการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งในขณะนั้นกัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 การดำเนินการกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 จะต้องได้รับอนุญาตเป็นกรณี ๆ ไป (มาตรา 26) และการเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ถูกห้ามอย่างเด็ดขาดโดยไม่มีข้อยกเว้น (มาตรา 57) กลไกการควบคุมเหล่านี้คล้ายคลึงกับกฎเกณฑ์ของยาเสพติดให้โทษในประเภท 1.

บทความฉบับนี้เขียนขึ้นเพื่อนำเสนอเนื้อหาบางส่วนของงานวิจัยข้างต้น ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าเป็นประโยชน์ในทางวิชาการสำหรับประเทศไทยในปัจจุบันหากมีการกำหนดกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการนำกัญชาไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในอนาคต เพราะกฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ของประเทศไทยในปัจจุบันมิได้กำหนดกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาเพื่อการรักษาของผู้ป่วย ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นได้จากความพยายามขององค์กรวิชาชีพในการกำหนดหลักเกณฑ์การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของตนเอง<sup>4</sup> ซึ่งอาจบ่งบอกว่ากฎเกณฑ์และกลไกทางกฎหมายในเรื่องนี้ไม่เพียงพอ ผู้เขียนจึงเห็นว่า การควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน และกฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ยังสามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะจำกัดการเข้าถึงกัญชาให้ทำได้เฉพาะเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น<sup>5</sup> ผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญของการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในต่างประเทศ บทความนี้จึงนำเสนอกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในบางประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นถึงมาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่สามารถทั้งควบคุมและอำนวยความสะดวกการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ในเวลาเดียวกัน พร้อมวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎเกณฑ์และกลไกเหล่านั้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างของมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศเหล่านั้น และบทความนี้จะเสนอแนะด้วยว่าประเทศไทยควรมีกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยในลักษณะใด โดยพิจารณาจากกฎเกณฑ์และกลไกของต่างประเทศที่นำเสนอในบทความนี้

ทั้งนี้ บทความนี้กล่าวถึงกฎเกณฑ์และมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (medicinal use) เท่านั้น ไม่ได้กล่าวถึงการเข้าถึงกัญชาในเชิงสันทนาการ (recreational use) และบทความนี้กล่าวถึงมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์จากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการดำเนินการบางอย่างเท่านั้น ได้แก่ การครอบครองกัญชาสำหรับ

<sup>4</sup> ประกาศแพทยสภาที่ 53/2565 เรื่อง ไม่ใช้กัญชาในทางที่ผิด; ประกาศที่ รอ.ทั่วไป 48/2565 คำเสนอของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง กัญชา.

<sup>5</sup> นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน (นายเศรษฐา ทวีสิน) ได้กล่าวไว้ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 78 ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 18-24 กันยายน พ.ศ. 2566 ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกาว่า ประเทศไทยมีแผนที่จะแก้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา เพื่อยุติการใช้กัญชาอย่างเสรี และจำกัดให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น. ดู P Tanakasempipat, 'Thailand's New PM Vows to End the 'Free Use' of Cannabis' (Bloomberg: Politics, 21 September 2023) <<https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-09-21/new-thai-pm-vows-to-end-free-use-of-cannabis-a-year-after-lifting-all-controls?embedded-checkout=true&leadSource=verify%20wall>> สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2566.

การแพทย์ของผู้ป่วย การส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้ผู้ป่วย และการอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชา เพราะแม้ว่างานวิจัยข้างต้นจะกล่าวถึงมาตรการควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ ในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การผลิต การนำเข้า การส่งออก ฯลฯ แต่มาตรการควบคุมเหล่านั้นในแต่ละประเทศมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ความแตกต่างมีเพียงรายละเอียดเกี่ยวกับเงื่อนไขของการอนุญาต ประเภทของการอนุญาต และองค์กรที่เกี่ยวข้องเท่านั้น การนำเสนอมาตรการควบคุมเหล่านั้น จึงไม่น่าสนใจเมื่อเทียบกับกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย และเกิดจากแนวคิดที่แตกต่างกัน

บทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนแรกอธิบายปัญหาการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศไทย เพื่อแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่เหมาะสมในประเทศไทย ส่วนที่สองอธิบายกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในต่างประเทศ โดยกล่าวถึงกฎเกณฑ์และกลไกของมลรัฐแคลิฟอร์เนียและมลรัฐโคโลราโดในสหรัฐอเมริกา และมลรัฐควีนส์แลนด์และแคพิทอลเทอร์ริทอรีในประเทศออสเตรเลีย ส่วนที่สามวิเคราะห์เปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่างกฎเกณฑ์และกลไกของเขตอำนาจที่ได้อธิบายในส่วนที่สอง และส่วนสุดท้ายสรุปสาระสำคัญของบทความ พร้อมเสนอแนะว่าประเทศไทยควรนำแนวทางการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์ของเขตอำนาจใดมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน หากประเทศไทยต้องการจำกัดการเข้าถึงกัญชาให้ทำได้เฉพาะเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น

## 2. ปัญหาการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศไทย

พืชตระกูลกัญชามีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cannabis sativa* L. อยู่ในวงศ์ Cannabaceae กัญชามีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. subsp. *Indica* ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive) มากกว่ากัญชงซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. subsp. *Sativa* สายพันธุ์ที่นำมาใช้ทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นกัญชาสายพันธุ์ลูกผสมระหว่างสายพันธุ์ *Sativa* และ *Indica* กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์มาเป็นระยะเวลานานแล้ว จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์พบว่ามีการใช้กัญชามากกว่า 5,000 ปี ในบริเวณที่เป็นประเทศโรมาเนียในปัจจุบัน<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทย กัญชาเป็นพืชที่ถูกใช้ในการแพทย์แผนไทยมายาวนานตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา โดยกัญชาอาจเป็นทั้งตัวยาหลักหรือส่วนประกอบร่วมของตำรับยา เช่น ยาอัคคินิวคณะ ยาพิภภาค

<sup>6</sup> MB Bridgeman and DT Abazia, *Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting* (2017) 42 *Pharmacy and Therapeutics* 180.

ยาสุขไสยาสน์ ฯลฯ ดังที่ปรากฏในคัมภีร์โบราณหรือตำราการแพทย์แผนไทย เช่น ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฯลฯ<sup>7</sup>

สารเคมีในกัญชา (cannabinoids) ที่สำคัญ ได้แก่ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol: THC) และสารแคนนาบิไดโอล์ (cannabidiol: CBD) โดยที่สาร THC มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วนสาร CBD ไม่ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน (high feeling) แต่ช่วยลดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสาร THC และยังมีสรรพคุณในการบรรเทาอาการวิตกกังวลและต้านการชักด้วยสารเคมีในกัญชาส่งผลต่อร่างกายหลายประการขึ้นอยู่กับตัวรับสารสื่อประสาท (neurotransmitter receptors) ที่มาจับกับสารเคมีในกัญชา กล่าวคือ หากสารเคมีในกัญชามาจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิด 1 (cannabinoid receptor type 1) จะส่งผลต่อการนอน ความอยากอาหาร การรับรู้เวลา ความจำระยะสั้น และการทำงานประสานกันของการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ หากสารเคมีในกัญชามาจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิด 2 (cannabinoid receptor type 2) จะส่งผลต่อความเจ็บปวด การอักเสบ การทำลายของเนื้อเยื่อ และระบบเลือด<sup>8</sup>

กลไกการออกฤทธิ์ข้างต้นทำให้กัญชานำไปใช้ในการรักษาภาวะหรือโรคหลายประเภท เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายากหรือคือต่อยารักษา ภาวะปวดประสาทส่วนกลาง ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย ฯลฯ<sup>9</sup> อย่างไรก็ตาม กัญชาสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ใช้ด้วย กล่าวคือ สารเคมีในกัญชาสามารถก่อให้เกิดอาการเสพติด และก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ใช้ ไม่ว่าจะเป็นอันตรายแบบเฉียบพลันหรือระยะยาว ซึ่งอาจนำไปสู่อาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะสำหรับเด็กที่กัญชาสามารถส่งผลกระทบต่อทางการเจริญเติบโตของสมอง ไม่ว่าจะเป็นด้านสมาธิหรือความจำ ซึ่งส่งผลเสียต่อพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้ นอกจากนี้ การใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ยังอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมด้วย เนื่องจากสารเคมีในกัญชาช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นจากการลดผลข้างเคียงจากความเจ็บป่วยหรือการรักษา เช่น ลดอาการปวด ลดผลข้างเคียงจากการใช้

<sup>7</sup> กองบรรณาธิการศิลปวัฒนธรรม, “กัญชา” ยาเสพติดที่สมัย “พระนารายณ์” ใช้เป็นยารักษาโรค (ศิลปวัฒนธรรม (Silpa-mag.com), 9 มิถุนายน 2565) <[https://www.silpa-mag.com/culture/article\\_22667](https://www.silpa-mag.com/culture/article_22667)> สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2567.

<sup>8</sup> วันทนา เจริญมงคล และฉวีวรรณ รัตนจามิตร, ‘กัญชา (Cannabis)’ (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์), 2562).

<sup>9</sup> กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ‘คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Guidance on Cannabis for Medical Use)’ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5, 2565).

เคมีบำบัด เพิ่มความอยากอาหารของผู้ป่วยในบางกลุ่มโรค ฯลฯ ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาจึงอาจเข้าใจผิดว่าอาการหรือโรคของตนเองดีขึ้นจากการใช้กัญชา<sup>10</sup> แต่แท้จริงแล้วความรู้สึกที่ดีขึ้นเป็นผลจากสารเคมีในกัญชาที่ช่วยบรรเทาผลข้างเคียงเท่านั้น มิได้เกิดจากอาการหรือโรคที่ดีขึ้นหรือได้รับการรักษาแต่อย่างใด ความเข้าใจผิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาที่แพทย์อย่างเหมาะสม และขาดโอกาสที่จะทำให้อาการหรือโรคของตนเองหมดไปหรือบรรเทาลง ด้วยเหตุข้างต้น แม้ว่ากัญชามีสรรพคุณที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ แต่การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยควรอยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม เพื่อให้การใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงการรักษาอย่างแท้จริง และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นโดยไม่จำเป็น

ในขณะที่เขียนงานวิจัยฉบับนี้ กฎเกณฑ์ที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของประเทศไทยได้กำหนดข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาได้อย่างทั่วถึงและอาจต้องใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่เหมาะสมสำหรับการรักษา ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเหล่านั้นได้<sup>11</sup> กล่าวคือ กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตให้ปลูกกัญชามีได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อการรักษาสามารถปลูกกัญชาได้เอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์ทางการแพทย์จากกัญชาเท่าที่ควร แตกต่างจากกฎเกณฑ์ในหลายประเทศที่อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปลูกกัญชาได้หากปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ กฎเกณฑ์เหล่านั้นมิได้เปิดโอกาสให้แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านสามารถปลูกกัญชาเพื่อการรักษาได้เองเช่นกัน โดยจะต้องขออนุญาตจากคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ<sup>12</sup> ทั้ง ๆ ที่กิจกรรมเหล่านี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของสภาวิชาชีพมากกว่ากลไกที่ควบคุมการเข้าถึงยาเสพติดทั่วไป จึงทำให้แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านประสบอุปสรรคในการหากัญชาที่เป็นวัตถุดิบในการปรุงยาเพื่อรักษาผู้ป่วย และยังมีเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีทางกฎหมายด้วย เพราะกฎหมายยาเสพติดในขณะนั้นยังคงกำหนดให้ผู้ที่ใช้หรือครอบครองกัญชามีความรับผิดทางอาญาหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด<sup>13</sup> จึงอาจกล่าวได้ว่า กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการเข้าถึงกัญชาของประเทศไทย

<sup>10</sup> S Assanangkornchai and others, 'Medical Cannabis Use in Thailand after Its Legalization: A Respondent-Driven Sample Survey' (2022) 10 PeerJ <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35047242/>> สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2566.

<sup>11</sup> ในรายงานการวิจัยฉบับนี้ได้นำเสนอปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาการขาดองค์กรที่มีอำนาจในการบริหารจัดการกัญชาสำหรับการแพทย์ ปัญหาเกี่ยวกับทิศทางนโยบายกัญชาสำหรับการแพทย์ ปัญหาการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับกัญชา ฯลฯ แต่บทความนี้กล่าวถึงปัญหาการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยเท่านั้น.

<sup>12</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขเมื่อ พ.ศ. 2562) มาตรา 26/2(1).

<sup>13</sup> พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขเมื่อ พ.ศ. 2562) มาตรา 76 และ 92.

ในขณะนั้นสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับทั้งแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน และผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคข้างต้นหมดไปแล้วในปัจจุบัน เพราะกฎหมายที่สร้างข้อจำกัดในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ข้างต้นไม่มีผลบังคับใช้กับกัญชาอีกต่อไป กล่าวคือ กัญชาไม่ถูกพิจารณาว่าเป็นยาเสพติดในมุมมองของกฎหมายยาเสพติด มีเพียงสารสกัดกัญชาที่มีสาร THC ในปริมาณสูงเท่านั้นที่เป็นยาเสพติดตามกฎหมาย<sup>14</sup> ด้วยเหตุนี้ แม้ว่ากฎหมายยาเสพติดในปัจจุบันจะมีมาตรการควบคุมการเข้าถึงยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์<sup>15</sup> แต่มาตรการเหล่านั้นก็ไม่สามารถนำมาใช้กับกัญชาได้และไม่มีกฎหมายอื่นที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์โดยเฉพาะ และแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะออกประกาศกระทรวงโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 เพื่อกำหนดให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมและควบคุมการเข้าถึงกัญชา แต่ประกาศกระทรวงดังกล่าวกำหนดให้เฉพาะช่อดอกของกัญชาเท่านั้นเป็นสมุนไพรควบคุม และมีได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์หรือกำหนดกลไกการควบคุมในเรื่องนี้อย่างชัดเจน<sup>16</sup> ดังนั้น การเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์จึงไม่มีข้อจำกัดและทำได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชน แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านสามารถปลูกกัญชาเพื่อนำไปใช้ในการรักษาได้โดยไม่ต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐอีกต่อไป

แต่ในทางตรงกันข้าม ด้วยเหตุที่การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ไม่ตกอยู่ภายใต้การควบคุมตามกฎหมาย และไม่มีกลไกใด ๆ ที่สามารถนำมาใช้เพื่อควบคุมการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยเฉพาะ มีเพียงแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่นำกัญชามาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยของตนเองเท่านั้น<sup>17</sup> ซึ่งเป็นเพียงกลไกการควบคุมในเชิงจรรยาบรรณวิชาชีพ มิได้ก่อให้เกิดกลไกการควบคุมที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จึงทำให้ประเทศไทยในปัจจุบันไม่มีกฎหมายหรือ

<sup>14</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565.

<sup>15</sup> ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 32, 33, 58 และ 104.

<sup>16</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. (ลงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565). มีข้อสังเกตว่า ประกาศกระทรวงที่ลงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2565 กำหนดให้กัญชาทุกส่วนเป็นสมุนไพรควบคุม แต่ประกาศกระทรวงที่ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 กำหนดให้เฉพาะส่วนของช่อดอกกัญชาเท่านั้นที่เป็นสมุนไพรควบคุม.

<sup>17</sup> ตัวอย่าง แนวทางการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ออกโดยองค์กรทางวิชาชีพทางการแพทย์ เช่น ประกาศแพทย์สภาที่ 53/2565 เรื่อง ไม่ใช่กัญชาในทางที่ผิด ประกาศที่ รอ.ทั่วไป 48/2565 คำเสนอของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง กัญชา ฯลฯ.

กลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล การศึกษากฎหมายและกลไกในเรื่องนี้ของต่างประเทศจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

### 3. มาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาในต่างประเทศ

บทความนี้กล่าวถึงมาตรการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์สหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย แม้ว่าในงานวิจัยข้างต้นจะกล่าวถึงประเทศอื่น ๆ ด้วย แต่เนื่องจากสองประเทศนี้มีกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างกัน และความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเบื้องหลังการควบคุมที่แตกต่างกัน การกล่าวถึงสองประเทศนี้จึงแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการกำหนดมาตรการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์ และเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับการกำหนดมาตรการในเรื่องนี้ของประเทศไทย

#### 3.1 สหรัฐอเมริกา (United States of America)

สหรัฐอเมริกามีกฎหมายที่เกี่ยวกับการเข้าถึงกัญชา 2 ระดับ ได้แก่ กฎหมายระดับสหพันธรัฐและกฎหมายระดับมลรัฐ กฎหมายระดับสหพันธรัฐไม่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์<sup>18</sup> โดยมีกฎหมายยาเสพติดที่ชื่อว่า Controlled Substances Act ซึ่งแยกประเภทของยาเสพติดตามระดับของอันตรายต่อสุขภาพและประโยชน์ในทางการแพทย์ กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้กัญชาเป็นสารควบคุมในบัญชีที่ 1 ซึ่งเป็นบัญชีที่ระบุนยาหรือสารที่มีแนวโน้มที่จะถูกใช้ในทางที่ผิดสูงและไม่มีประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์<sup>19</sup> รวมถึงยาเสพติดที่มีอันตรายรุนแรง เช่น เฮโรอีน LSD methaqualone ฯลฯ การดำเนินการใด ๆ กับกัญชาจึงเป็นการกระทำที่มีขอบด้วยกฎหมาย แม้ว่าจะเป็นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ก็ตาม<sup>20</sup>

<sup>18</sup> องค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration: FDA) ของสหรัฐอเมริกายังไม่เคยรับรองว่ายาที่ทำจากกัญชาเป็นยาที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคใด ๆ แต่ได้อนุมัติยาที่ผลิตจากสารสกัด CBD (Epidiolex) และสาร THC สังเคราะห์ (Marinol Syndros และ Cesamet) ซึ่งจะต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตเท่านั้น ดู US Food and Drug Administration, 'FDA and Cannabis: Research and Drug Approval Process' (FDA, 24 February 2023) <<https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-and-cannabis-research-and-drug-approval-process>> สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2567.

<sup>19</sup> 21 U.S.C. § 812 (2021), Schedule 1 (c)(10) และ (c)(17).

<sup>20</sup> ทั้งนี้ แม้ว่าเคยมีความพยายามที่จะนำกัญชาออกจากบัญชีที่ 1 แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ ดู US Department of Justice, 'US Federal Register' (Vol.66 No.75, 18 April 2001).

อย่างไรก็ตาม กฎหมายระดับมลรัฐส่วนมากกลับอนุญาตให้สามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง โดยมีแนวคิดและระดับของการควบคุมที่แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ นอกจากนี้ กฎหมายในบางมลรัฐยังอนุญาตให้ใช้กัญชาเชิงสันตนาการด้วย ข้อมูลวันที่ 4 พฤศจิกายน ค.ศ. 2020 แสดงว่ามี 36 มลรัฐในสหรัฐอเมริกาที่อนุญาตให้สามารถนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยมีมลรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นมลรัฐแรก บทความฉบับนี้กล่าวถึงมาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ใน 2 มลรัฐ ได้แก่ มลรัฐแคลิฟอร์เนียและมลรัฐโคโลราโด โดยมีข้อสังเกตในเบื้องต้นว่า กฎหมายของทั้งสองมลรัฐอนุญาตให้กัญชาถูกนำไปใช้ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และเพื่อสันตนาการ แต่บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะมาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น

### 3.1.1 มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California)

ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย กฎหมายที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ มี 3 ฉบับ ฉบับแรก คือ Compassionate Use Act (“CA CUA”) หรือ Section 11362.5 ของ Health and Safety Code กฎหมายฉบับนี้วางรากฐานทางกฎหมายที่สำคัญสำหรับการใช้ การครอบครอง และการเพาะปลูกกัญชาสำหรับการแพทย์ ฉบับที่สอง คือ Medical Marijuana Program Act (“CA MMPA”) หรือ Article 2.5 ใน Chapter 6 ของ Division 10 แห่ง Health and Safety Code กฎหมายฉบับนี้ร่างขึ้นเพื่อแก้ไขความไม่ชัดเจนของกฎหมายใน CA CUA เกี่ยวกับการเพาะปลูกและการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ รวมถึงวางรากฐานทางกฎหมายของระบบบัตรประจำตัวผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ ฉบับที่สาม คือ Medicinal and Adult-use Cannabis Regulation and Safety Act ซึ่งมาจากกฎหมาย 2 ฉบับรวมกัน ได้แก่ Medical Cannabis Regulation and Safety Act และ Adult-use of Marijuana Act กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตสำหรับการดำเนินการกับกัญชา ไม่ว่าจะเป็นกัญชาสำหรับการแพทย์หรือไม่ ทั้งในเรื่องของการเก็บเกี่ยว การผลิต การขายปลีก และการทดสอบกัญชา ในปัจจุบัน กฎหมายฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ Division 10 ใน Business and Professions Code<sup>21</sup>

#### ก) การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

สำหรับกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ CA CUA กำหนดให้ การครอบครองและใช้กัญชาของผู้ป่วยไม่เป็นการกระทำความผิดทางอาญา โดยมีเงื่อนไขว่า

<sup>21</sup> หลังจากที่เขียนงานวิจัยฉบับนี้ กฎหมายฉบับที่สามมีบทบัญญัติเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2022 แต่บทบัญญัติที่เพิ่มเติมมิได้เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย. ดู Business and Professions Code, Division 10, Chapter 25 และ 26.



การครอบครองและใช้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาโรคของตนเอง และเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น<sup>22</sup> นอกจากนี้ CA CUA ยังกำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยชอบด้วยกฎหมาย เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ การปวดเรื้อรัง การชักเกร็ง ข้ออักเสบ ฯลฯ<sup>23</sup> รายละเอียดของกฎเกณฑ์ข้างต้นถูกกำหนดไว้ใน CA MMPA เช่น ลักษณะของคำแนะนำของแพทย์ รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของการกระทำและบุคคลที่ได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญา ข้อจำกัดในการครอบครองกัญชาแห้งและต้นกัญชาแต่ละประเภท ข้อจำกัดในการสูบกัญชาของผู้ที่มีสิทธิใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ ฯลฯ<sup>24</sup> ทั้งนี้ หากผู้ป่วยปลูกกัญชา ผู้ป่วยจะต้องครอบครองต้นกัญชาแก่ (mature) ไม่เกิน 6 ต้นหรือต้นกัญชาอ่อน (immature) ไม่เกิน 12 ต้น<sup>25</sup>

### ข) ระบบการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

CA MMPA กำหนดให้มีระบบบัตรประจำตัวผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ขึ้น โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการกัญชาสำหรับการรักษา (Medical Marijuana Program) ผู้ป่วยที่ต้องการมีบัตรประจำตัวนี้ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่รักษา (attending physicians) โดยรับรองว่าผู้ป่วยมีอาการหรือโรคตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่กฎหมายกำหนดและการใช้กัญชาเหมาะสมกับการรักษาข้อบ่งชี้<sup>26</sup> ผู้ป่วยถือบัตรประจำตัวนี้จะได้รับการคุ้มครองจากความรับผิดชอบทางกฎหมายสำหรับการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ เช่น การครอบครอง การจำหน่าย การขนส่งหรือนำเข้า การมีสถานที่ผลิตหรือเก็บ ฯลฯ<sup>27</sup> กฎหมายกำหนดให้ผู้ถือบัตรประจำตัวนี้มีหน้าที่บางประการด้วยเช่นกัน เช่น การแจ้งการเปลี่ยนแพทย์ที่รักษา การรายงานประจำปีเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ถือบัตรต้องใช้กัญชา ฯลฯ<sup>28</sup>

มีข้อสังเกตว่า การเข้าร่วมโครงการกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นระบบสมัครใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่ต้องเข้าร่วมโครงการดังกล่าว เพราะแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีบัตรประจำตัวนี้ ผู้ป่วยก็สามารถใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคของตนเองได้ หากผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ใน CA CUA ดังที่ได้อธิบายข้างต้น นั่นคือ เป็นการใช้เพื่อรักษาโรคตัวเอง เป็นการใช้ตามคำแนะนำของแพทย์ และเป็นการใช้กับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่กฎหมายกำหนด เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติ

<sup>22</sup> Health and Safety Code, s 11362.5.

<sup>23</sup> Health and Safety Code, s 11362.7(f) และ s 11362.765.

<sup>24</sup> Health and Safety Code, Division 10, Chapter 6, Article 2.5 Medical Marijuana Program.

<sup>25</sup> Health and Safety Code, s 11362.77.

<sup>26</sup> Health and Safety Code, s 11362.715(2).

<sup>27</sup> Health and Safety Code, s 11362.765.

<sup>28</sup> Health and Safety Code, s 11362.76.

ตามเงื่อนไขข้างต้นแล้วก็จะได้รับความคุ้มครองจากความรับผิดทางกฎหมายเมื่อดำเนินการต่าง ๆ กับ กัญชาสำหรับการแพทย์ จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้นจะได้รับความคุ้มครอง ไม่ว่าจะ ผู้ป่วยจะมีบัตรประจำตัวผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์หรือไม่ก็ตาม

### 3.1.2 มลรัฐโคโลราโด (Colorado)

กฎหมายของมลรัฐโคโลราโดที่กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์ มี 4 ฉบับ ฉบับแรก คือ รัฐธรรมนูญของมลรัฐโคโลราโด (Colorado Constitution) ซึ่งเป็นรากฐานทางกฎหมายที่สำคัญของกฎหมายระดับมลรัฐฉบับอื่น ๆ กฎเกณฑ์เกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์ อยู่ใน Section 14 ของ Article 18 (“CO Section 14”) ซึ่งกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ และการตั้งโครงการกัญชาสำหรับการแพทย์ (Medical Marijuana Program) ฉบับที่สอง คือ § 25-1.5-106 ใน Title 25 ของบทบัญญัติแห่งมลรัฐโคโลราโด (Colorado Revised Statutes) (“CO § 25-1.5-106”) กฎเกณฑ์ในกฎหมายฉบับนี้กำหนดให้ผู้มีสภาพร่างกายที่พิการสามารถเข้าร่วมโครงการกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ และกำหนดรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติมจาก CO Section 14 เช่น คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ของแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ สิทธิและหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก การใช้กัญชาในบริบทต่าง ๆ ฯลฯ ฉบับที่สาม คือ Marijuana Code ซึ่งอยู่ใน Title 44 ของบทบัญญัติแห่งมลรัฐโคโลราโด กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการดำเนินการกับกัญชาที่ถูกลงโทษโดยกรมสรรพากร (department of revenue) ของมลรัฐโคโลราโด กฎเกณฑ์เกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์และกัญชาค้าปลีกถูกกำหนดไว้ใน Article 10 โดยพิจารณากัญชาที่อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ส่วนนี้ว่าเป็นกัญชาที่ถูกลงทะเบียน (regulated marijuana) บทบัญญัติส่วนนี้กำหนดรายละเอียดของการอนุญาตในการดำเนินการกับกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ และมาตรการควบคุมการดำเนินการกับกัญชา ซึ่งมีผลบังคับใช้กับกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วย ฉบับสุดท้าย คือ ประมวลกฎหมายอาญาของมลรัฐโคโลราโดซึ่งอยู่ใน Title 18 ของบทบัญญัติแห่งมลรัฐโคโลราโด Article 18 ของกฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า Uniform Controlled Substances Act of 2013 ซึ่งกำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับสารที่ถูกลงโทษ (controlled substances) ส่วนที่กำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ใน § 18-18-406.3 ซึ่งกำหนดบทลงโทษทางอาญาสำหรับการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ฝ่าฝืนต่อ CO Section 14

#### ก) การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ในกฎหมาย 2 ฉบับ คือ CO Section 14 และ CO § 25-1.5-106 โดย CO Section 14 กำหนดกฎเกณฑ์พื้นฐานของการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ และ CO § 25-1.5-106 กำหนดรายละเอียดและกฎเกณฑ์เพิ่มเติมจากกฎเกณฑ์



พื้นฐานใน CO Section 14 กฎเกณฑ์ที่ปรากฏในกฎหมายทั้งสองฉบับนี้สามารถสรุปเป็นเงื่อนไข 3 ประการ

เงื่อนไขประการแรก คือ ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1. สภาพร่างกายทรุดโทรมลง (debilitating medical condition) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีโรคหรืออาการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น มะเร็ง โรคต่อหิน การติดเชื้อไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ฯลฯ หรือผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากโรคหรือการรักษาโรคที่แพทย์เห็นว่าสามารถบรรเทาได้ด้วยการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ เช่น ภาวะผอมหนังหุ้มกระดูก การเจ็บปวดอย่างรุนแรง คลื่นไส้อย่างรุนแรง ชักเกร็ง ฯลฯ<sup>29</sup> หรือ 2. สภาพร่างกายพิการ (disabling medical condition) ซึ่งหมายถึง โรคเครียดหลังจากเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder) กลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder) และข้อบ่งชี้ที่ทำให้แพทย์สามารถจ่ายโอปิออยด์ได้<sup>30</sup> เงื่อนไขประการที่สอง คือ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่า การใช้กัญชาสำหรับการแพทย์อาจเป็นประโยชน์ต่อข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของผู้ป่วย<sup>31</sup> เงื่อนไขประการสุดท้าย คือ ผู้ป่วยครอบครองกัญชาไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด กฎหมายกำหนดว่าผู้ป่วยจะต้องครอบครองกัญชาสำหรับการแพทย์ไม่เกินกว่าความจำเป็นทางการแพทย์ หากกัญชาอยู่ในรูปแบบพร้อมใช้ (usable form of marijuana) ผู้ป่วยจะต้องครอบครองไม่เกินกว่า 2 ออนซ์ หากผู้ป่วยปลูกกัญชา ผู้ป่วยจะต้องครอบครองต้นกัญชาไม่เกิน 6 ต้น โดยในจำนวนนี้จะต้องเป็นต้นกัญชาที่แก่ถึงขนาดมีดอกแล้วไม่เกิน 3 ต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสามารถครอบครองมากกว่าที่กฎหมายกำหนดได้หากมีความจำเป็นทางการแพทย์<sup>32</sup>

หากผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขทั้งสามประการนี้แล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่มีคามรบกวนทางอาญา<sup>33</sup>

### ข) ระบบการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

CO Section 14 กำหนดให้มีระบบทะเบียนผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ด้วย เพื่อบันทึกรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์<sup>34</sup> ซึ่งนำมาสู่การตั้งโครงการกัญชาสำหรับการแพทย์ (Medical Marijuana Program) ขึ้น โครงการนี้สร้างทะเบียนที่บันทึกรายชื่อผู้ป่วย

<sup>29</sup> Constitution, Article 18, § 14(1)(a) และ § 14(2)(a)(I).

<sup>30</sup> Public Health and Environment, § 25-1.5-106(2)(a.7) และ § 25-1.5-106(2.5)(a)(I).

<sup>31</sup> Constitution, Article 18, § 14(2)(a)(II); Colorado Public Health and Environment, § 25-1.5-106(2.5)(a)(II).

<sup>32</sup> Constitution, Article 18, § 14(2)(a)(III) และ § 14(4); Colorado Public Health and Environment, § 25-1.5-106(2.5)(a)(II) และ § 25-1.5-106(2.5)(g).

<sup>33</sup> Constitution, Article 18, § 14(2)(b); Colorado Public Health and Environment, § 25-1.5-106(2.5)(b).

<sup>34</sup> Constitution, Article 18, § 14(3).

ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ ผู้ที่มีชื่อในทะเบียนนี้สามารถครอบครอง เพาะปลูก ขนส่ง หรือใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ได้ โดยไม่มีความรับผิดทางกฎหมายหากดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดที่กฎหมายกำหนด ผู้ที่ลงทะเบียนแล้วจะได้รับบัตรประจำตัวผู้ลงทะเบียน (registry identification card) ที่บ่งบอกถึงสถานะการลงทะเบียนและสิทธิในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้นั้น กฎหมายได้กำหนดเงื่อนไขของการลงทะเบียนเพื่อเข้าร่วมโครงการนี้ไว้ด้วย เช่น เป็นผู้ที่อาศัยในมลรัฐโคโลราโด มีหนังสือจากแพทย์ที่รับรองว่าการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์เป็นประโยชน์ต่อข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยและแพทย์ที่ให้การรักษา ฯลฯ<sup>35</sup>

มีข้อสังเกตว่า การลงทะเบียนผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์จำเป็นสำหรับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในมลรัฐโคโลราโด เพราะหากผู้ป่วยมิได้ลงทะเบียนในโครงการนี้หรือไม่มีบัตรประจำตัวผู้ลงทะเบียนแล้ว ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ตามกฎหมาย<sup>36</sup>

### 3.2 ประเทศออสเตรเลีย (Australia)

สำหรับประเทศออสเตรเลียในอดีต หน่วยงานในระดับรัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ เพราะผู้ที่ต้องการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์จะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานในระดับรัฐเสมอ แต่ในปัจจุบัน ประเทศออสเตรเลียต้องการทำให้มาตรการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์มีลักษณะคล้ายกับมาตรการควบคุมยารักษาโรคชนิดอื่น<sup>37</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้สะดวกมากขึ้น โดยเริ่มแก้ไขกฎหมายระดับสหพันธรัฐเพื่อให้การดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย<sup>38</sup> และแก้ไขกฎหมายระดับรัฐเพื่อลดขั้นตอนการขออนุญาตในระดับรัฐ ทำให้บางมลรัฐยกเลิกการขออนุญาตในระดับรัฐสำหรับการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์บางอย่าง เช่น มลรัฐควีนส์แลนด์

<sup>35</sup> Constitution, Article 18, § 14(3)(b).

<sup>36</sup> ระบบการลงทะเบียนผู้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ของมลรัฐโคโลราโดแตกต่างจากระบบของมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่เป็นระบบสมัครใจ เพราะผู้ป่วยในมลรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้แม้ว่าผู้ป่วยจะมีได้ลงทะเบียนในโครงการกัญชาสำหรับการแพทย์ของมลรัฐ.

<sup>37</sup> Australian Department of Health, 'Submission to the Senate Community Affairs References Committee' (Senate Inquiry into the Current Barriers to Patient Access to Medicinal Cannabis in Australia, January 2020).

<sup>38</sup> S Thomsen, 'Medical Marijuana is Now Legal in Australia' (Business Insider, 24 February 2016) <<https://web.archive.org/web/20180624175418/https://www.businessinsider.com.au/medical-marijuana-is-now-legal-in-australia-2016-2>> สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2566.



ได้ยกเลิกการขออนุญาตเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในระดับมลรัฐเมื่อปี ค.ศ. 2016 คงเหลือไว้เพียง การเข้าถึงบางกรณีเท่านั้นที่ต้องได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานในระดับมลรัฐ ฯลฯ<sup>39</sup>

การเปลี่ยนแปลงข้างต้นทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์จะต้องได้รับการอนุญาตจาก หน่วยงานในระดับสหพันธรัฐเท่านั้น ในปัจจุบัน หน่วยงานในระดับสหพันธรัฐจึงมีบทบาทที่สำคัญใน การควบคุมการค้าและการต่าง ๆ กับกัญชาสำหรับการแพทย์ แตกต่างจากแนวทางของสหรัฐอเมริกาที่ หน่วยงานในระดับสหพันธรัฐมีบทบาทในเรื่องนี้น้อยกว่าหน่วยงานในระดับมลรัฐ ดังนั้น ในการอธิบาย กฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ของประเทศออสเตรเลีย จึงจำเป็นต้องกล่าวถึงกฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐก่อนที่จะ กล่าวถึงกฎเกณฑ์ของแต่ละมลรัฐ

### 3.2.1 กฎหมายระดับสหพันธรัฐที่เกี่ยวข้อง

กฎหมายที่ควบคุมการค้าและการต่าง ๆ กับกัญชาสำหรับการแพทย์มีหลายฉบับ แต่กฎหมายที่มีบทบาทสำคัญมี 2 ฉบับ ฉบับแรก คือ Therapeutic Goods Act 1989 (“TGA”) กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์พื้นฐานเกี่ยวกับสินค้าสำหรับการรักษา (therapeutic goods) ที่จำหน่ายในหรือที่ส่งออกจากประเทศออสเตรเลีย ซึ่งรวมถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วย กฎหมาย ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกฎเกณฑ์และสร้างระบบที่ควบคุมสินค้าสำหรับการรักษา ทั้งในเรื่อง ของคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของสินค้าสำหรับการรักษา รวมถึงช่วยให้สามารถเข้าถึง สินค้าสำหรับการรักษาอย่างทันทั่วถึง<sup>40</sup> มาตรการที่สำคัญในการควบคุมสินค้าสำหรับการรักษา คือ การลงทะเบียน (registration) หรือการขึ้นบัญชี (listing) เป็นสินค้าสำหรับการรักษาใน Australian Register for Therapeutic Goods (“ARTG”) สินค้าที่ลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีแล้วจะถูกจำหน่ายใน ประเทศออสเตรเลียได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม TGA ได้กำหนดข้อยกเว้นสำหรับสินค้า สำหรับการรักษาบางประเภทที่ไม่ต้องลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีด้วย ซึ่งกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นหนึ่งใน สินค้าตามข้อยกเว้นนี้ เพราะผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับการแพทย์ส่วนใหญ่ในประเทศออสเตรเลียยังไม่ ถูกลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG ฉบับที่สอง คือ Narcotic Drugs Act 1967 กฎหมายฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ในการอนุวัติการตาม Single Convention on Narcotic Drugs 1961 และกำหนด รายละเอียดเกี่ยวกับการอนุญาตและการอนุมัติสำหรับการดำเนินการเหล่านั้นกับกัญชาสำหรับการ แพทย์ ในปี ค.ศ. 2016 กฎหมายฉบับนี้ถูกแก้ไขเพื่อให้การปลูกต้นกัญชา การเก็บเกี่ยวกัญชา และ

<sup>39</sup> M Jacobson and A Zhang, ‘Recent Medicinal Cannabis Developments in Australia’ (Dentons, 10 October 2019) <<https://www.mondaq.com/australia/food-and-drugs-law/856110/recent-medicinal-cannabis-developments-in-australia>> สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2566.

<sup>40</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 4(1).

การผลิตกัญชาเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย ไม่ว่าจะกิจกรรมเหล่านี้จะมีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ (medicinal purposes) หรือทางวิทยาศาสตร์ (scientific purposes)<sup>41</sup>

นอกจากกฎหมาย 2 ฉบับข้างต้น ยังมีกฎหมายอื่นที่มีบทบาทในการควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วย ได้แก่ Australian Poisons Standard (“**Poisons Standard**”) ซึ่งเป็นเอกสารทางกฎหมายที่แบ่งยาและสารพิษชนิดต่าง ๆ ออกเป็นตาราง (schedules) โดยยาหรือสารพิษที่อยู่ในแต่ละตารางตกอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมทางกฎหมายที่มีความเคร่งครัดแตกต่างกัน<sup>42</sup> กัญชาสำหรับการแพทย์ปรากฏอยู่ใน Schedule 3, 4 และ 8 ซึ่งเป็นตารางที่ระบุยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร (pharmacist only medicine) ยาที่ต้องมีใบสั่งยา (prescription only medicine) และยาที่ถูกควบคุม (controlled drugs) ตามลำดับ กฎเกณฑ์อีกส่วน คือ Therapeutic Goods Order No. 93 (Standard for Medicinal Cannabis) ซึ่งกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับการแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อผลิตภัณฑ์นั้นยังไม่ได้ถูกลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีไว้ใน ARTG กฎเกณฑ์ส่วนนี้มีผลบังคับใช้กับผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับการแพทย์ที่จำหน่าย ผลิต หรือนำเข้ามาในประเทศออสเตรเลีย

### 3.2.2 การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

ในอดีต กัญชาถูกพิจารณาว่าเป็นสารต้องห้าม (prohibited substances) แต่ในปัจจุบัน กัญชาสำหรับการแพทย์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก คือ กัญชาสำหรับการแพทย์ที่ลงทะเบียนใน ARTG<sup>43</sup> ซึ่งในปัจจุบันมีเพียง 2 ผลิตภัณฑ์เท่านั้น ได้แก่ Savitex และ Epidyolax<sup>44</sup> ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้เหมือนยารักษาโรคทั่วไป และแพทย์สามารถสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์เหล่านี้

<sup>41</sup> Victoria State Government, ‘Medicinal Cannabis Regulatory Framework’ (health.vic, 2020) <<https://www2.health.vic.gov.au/public-health/drugs-and-poisons/medicinal-cannabis/regulatory-framework>> สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2566.

<sup>42</sup> Poisons Standard ฉบับล่าสุด คือ Therapeutic Goods (Poisons Standard— October 2023) Instrument 2023. ดู Australian Department of Health and Aged Care, ‘The Poisons Standard (the SUSMP)’ (Therapeutic Goods Administration, 7 November 2023) <<https://www.tga.gov.au/how-we-regulate/ingredients-and-scheduling-medicines-and-chemicals/poisons-standard-and-scheduling-medicines-and-chemicals/poisons-standard-susmp>> สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2567.

<sup>43</sup> โดยปกติ สินค้าที่ใช้ในการรักษาจะต้องผ่านการประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ และถูกลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG ก่อนที่จะมีการจำหน่ายในประเทศออสเตรเลีย.

<sup>44</sup> Queensland Health, ‘Medicinal Cannabis Products’ (Queensland Health, 5 September 2023) <<https://www.health.qld.gov.au/public-health/topics/medicinal-cannabis/regulation/products>> สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2566.



ได้โดยไม่ต้องได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานใด ส่วนที่สอง คือ กัญชาสำหรับการแพทย์ที่ถูกพิจารณาเป็นสินค้าสำหรับการรักษาในประเภทยาที่ถูกควบคุม (controlled drug) ตาม Schedule 8 ของ Poisons Standard กัญชาสำหรับการแพทย์ในส่วนนี้ยังไม่ลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG ซึ่งถือเป็นส่วนใหญ่เพราะมีกัญชาสำหรับการแพทย์บางผลิตภัณฑ์เท่านั้นที่ลงทะเบียนใน ARTG ของประเทศออสเตรเลีย ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น จึงถูกพิจารณาว่าเป็นสินค้าสำหรับการรักษาที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ (unapproved therapeutic goods)<sup>45</sup> การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในส่วนนี้มีลักษณะเดียวกับการเข้าถึงยารักษาโรคที่ถูกควบคุมชนิดอื่น ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการที่แตกต่างจากสินค้าสำหรับการรักษาที่ลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG แล้ว ดังที่จะกล่าวในลำดับถัดไป ส่วนสุดท้าย คือ กัญชาสำหรับการแพทย์ประเภทอื่นที่ไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนใน ARTG และไม่ถูกพิจารณาเป็นยาที่ถูกควบคุม ได้แก่ กัญชาสำหรับการแพทย์ที่เป็นส่วนหนึ่งของเสบียงทางการแพทย์ (medical supplies) บนเรือหรืออากาศยานที่มาเทียบท่าที่ออสเตรเลีย<sup>46</sup> และผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีสารสกัด CBD เป็นองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 98<sup>47</sup>

การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่เป็นยาที่ถูกควบคุม (ส่วนที่สอง) ต้องดำเนินการผ่านช่องทางที่ TGA กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างปลอดภัย ช่องทางดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ Authorized Prescriber Scheme และ ระบบ Special Access Scheme ซึ่งแต่ละระบบมีรายละเอียดดังนี้

**ระบบ Special Access Scheme (“ระบบ SAS”)** เป็นช่องทางเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพยื่นความประสงค์เพื่อขอเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่มีได้ลงทะเบียนใน ARTG<sup>48</sup> เหตุผลของการเข้าถึงแบ่งออกเป็น 2 กรณี<sup>49</sup> กรณีแรกคือการสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วย

<sup>45</sup> มีคำแนะนำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพพิจารณาหรือผลิตภัณฑ์ที่อยู่ใน ARTG ก่อนที่จะพิจารณาสินค้าสำหรับการรักษาที่ไม่ผ่านการอนุมัติ เพราะยาหรือผลิตภัณฑ์ที่อยู่ใน ARTG ถูกประเมินแล้วว่ามีความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิผลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

<sup>46</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008, s 12.

<sup>47</sup> ผลิตภัณฑ์กัญชาเหล่านี้มีความปลอดภัยมากกว่ากัญชาสำหรับการแพทย์ที่เป็นยาที่ถูกควบคุม จึงถูกกำหนดเป็นยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกรและยาที่ต้องมีใบสั่งยาตาม Schedule 3 และ 4 ของ Poisons Standard ตามลำดับ.

<sup>48</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 19(1AA).

<sup>49</sup> ระบบ SAS มีทั้งหมด 3 ช่องทาง คือ Category A, B และ C โดย Category A มีไว้สำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอย่างหนัก และ Category C มีไว้สำหรับสินค้าสำหรับการรักษาที่เคยมีประวัติการใช้มายาวนาน (established history of use) ในสองช่องทางนี้ แพทย์สามารถใช้สินค้าสำหรับการรักษาได้โดยไม่ต้องขออนุญาต แต่ต้องแจ้งแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภายหลัง ส่วน Category B มีไว้สำหรับกรณีที่ไม่สามารถใช้สองช่องทางข้างต้น โดยต้องผ่านการอนุมัติทุกครั้งก่อนใช้. ดู Australian Department of Health and Aged Care, ‘Special Access Scheme’ (Therapeutic Goods Administration, 2020) <<https://www.tga.gov.au/form/special-access-scheme>> สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2566.

อย่างหนัก (SAS Category A) เช่น ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหากไม่ได้รับการรักษา ฯลฯ แพทย์สามารถสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้ผู้ป่วยได้ แต่จะต้องแจ้งการสั่งจ่ายนั้นภายใน 28 วันนับแต่วันที่มีการใช้<sup>50</sup> กรณีที่สองคือการสั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของตนเอง (SAS Category B)<sup>51</sup> ซึ่งเป็นช่องทางหลักสำหรับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในปัจจุบัน ในกรณีนี้ผู้สั่งจ่ายจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผลกระทบกัญชาสำหรับการแพทย์ และผู้สั่งจ่ายตามที่กฎหมายกำหนดไว้ พร้อมระบุถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือเงื่อนไขที่เหมาะสมสำหรับการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ เช่น เหตุผลว่าทำไมยาที่ถูกลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG ไม่สามารถรักษาได้ ฯลฯ เพื่อขออนุญาตสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ในแต่ละครั้ง<sup>52</sup> มีข้อสังเกตว่า กฎหมายมิได้จำกัดว่าผู้ป่วยจะต้องมีอาการหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อะไรจึงจะเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ แพทย์ที่ยื่นความประสงค์ต้องให้เหตุผลทางคลินิกที่เพียงพอสำหรับการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์<sup>53</sup>

**ระบบ Authorized Prescriber Scheme (“ระบบ AP”)** เป็นการอนุมัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายที่มีอำนาจ (authorized prescribers) และสามารถสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ที่มีได้ลงทะเบียนใน ARTG ตามเงื่อนไขและระยะเวลาที่ได้รับการอนุมัติ<sup>54</sup> โดยผู้สั่งจ่ายที่มีอำนาจไม่ต้องแจ้งหรือขออนุญาตทุกครั้งที่มีการสั่งจ่าย แต่ต้องรายงานการสั่งจ่ายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุก ๆ หกเดือน<sup>55</sup> การอนุมัติตามระบบนี้อาจระบุสินค้าสำหรับการรักษาที่สามารถสั่งจ่ายได้อย่างเฉพาะเจาะจงหรือระบุเป็นประเภทของสินค้าสำหรับการรักษาก็ได้ และอาจระบุประเภทของผู้ป่วยที่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์สามารถสั่งจ่ายให้เพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทก็ได้<sup>56</sup>

มีข้อสังเกตว่า การสั่งจ่ายตามระบบ SAS และระบบ AP มีไว้สำหรับสินค้าสำหรับการแพทย์ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีใน ARTG ซึ่งจะต้องดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เท่านั้น จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่มีได้ลงทะเบียนใน ARTG ด้วยตนเอง

<sup>50</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 18(1); Therapeutic Goods Regulations 1990, s 12A.

<sup>51</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 19(1)(a).

<sup>52</sup> Australian Department of Health (เชิงอรรถ 37) 10.

<sup>53</sup> Australian Department of Health (เชิงอรรถ 37) 15.

<sup>54</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 19(5) และ 19(6); Therapeutic Goods Regulations 1990, s 12B; ดูประกอบ Australian Department of Health (เชิงอรรถ 37) 11.

<sup>55</sup> Therapeutic Goods Regulations 1990, s 47B.

<sup>56</sup> Therapeutic Goods Act 1989, s 19(5).



### 3.2.3 กฎเกณฑ์ระดับมลรัฐ

กฎเกณฑ์ระดับมลรัฐของประเทศออสเตรเลียควรนำมาพิจารณาด้วย เพราะการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์บางอย่างอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎเกณฑ์ระดับมลรัฐ ควบคู่กับการควบคุมของกฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐ โดยกฎเกณฑ์ระดับมลรัฐมักจะกำหนดให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในบางกรณีจะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานในระดับมลรัฐก่อนด้วย นอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานในระดับสหพันธรัฐแล้ว

บทความนี้จะกล่าวถึงกฎเกณฑ์ระดับมลรัฐของมลรัฐควีนส์แลนด์และมลรัฐแคปิตอลเทร์ริทอรี เพราะกฎเกณฑ์ของทั้งสองมลรัฐมีความแตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของมาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในระดับมลรัฐ

#### ก) มลรัฐควีนส์แลนด์ (Queensland)

มลรัฐควีนส์แลนด์เคยมีกฎเกณฑ์ที่กำหนดให้การดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานในระดับมลรัฐก่อน แต่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลในระดับสหพันธรัฐที่ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้สะดวกมากขึ้น มลรัฐควีนส์แลนด์จึงยกเลิกกฎเกณฑ์ดังกล่าว และได้แก้ไขกฎเกณฑ์ส่วนอื่นด้วย เช่น แก้ไขให้กัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ภายใต้ความหมายของคำว่า “ยา (medicine)” แก้ไขให้แพทย์ทั่วไปสามารถสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่ต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยกเลิกกฎเกณฑ์ที่กำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรืออาการของผู้ป่วยที่สามารถใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ ฯลฯ

กฎหมายที่กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์มี 2 ฉบับ ฉบับแรก คือ Health (Drugs and Poisons) Regulation 1996 (“QLD HDPR”) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนและคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของสาธารณะ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการเข้าถึงยาและสารพิษที่ระบุไว้ใน Poisons Standard ของสหพันธรัฐ ทั้งในเรื่องของการครอบครอง การจำหน่าย และการบริหารจัดการ กฎหมายฉบับนี้จึงมีบทบาทในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ เพราะกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นยาประเภทหนึ่งใน Poisons Standard อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้ถูกยกเลิกในวันที่ 27 กันยายน ค.ศ. 2021 และถูกแทนที่ด้วย Medicine and Poisons (Medicines) Regulations 2021 (“QLD MPMR”)<sup>57</sup> ฉบับที่สอง คือ Drugs Misuse Act 1986

<sup>57</sup> การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายนี้เกิดขึ้นเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 หลังจากที่มีการตีพิมพ์รายงานการวิจัยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 แล้ว. ดู Queensland Government, ‘About Poisons and Prohibited Substances’ (Queensland Health, 9 August 2023) <<https://www.health.qld.gov.au/system-governance/licences/medicines-poisons/poisons/about-poisons#:~:text=From%2027%20September%202021%2C%20the%20Medicines%20and%20Poisons,Management%20Regulation%202003%20with%20a%20new%20regulatory%20framework>> สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2566.

(“QLD DMA”) ซึ่งกำหนดความรับผิดชอบทางอาญาสำหรับการกระทำที่ผิดกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดที่อันตราย เนื่องจากกัญชาสำหรับการแพทย์ยังคงเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง กฎหมายฉบับนี้จึงกำหนดความรับผิดชอบไว้สำหรับการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามกฎหมาย

สำหรับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย ในอดีต หากแพทย์ต้องการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้ผู้ป่วย แพทย์จะต้องได้รับการอนุมัติกัญชาสำหรับการแพทย์ (medicinal cannabis approval) จากหน่วยงานในระดับมลรัฐทุกครั้งที่มีการส่งจ่าย<sup>58</sup> แต่ในปัจจุบัน แพทย์ไม่ต้องได้รับการอนุมัติดังกล่าวแล้ว เพราะกฎหมายกำหนดให้การกระทำที่ได้รับการอนุมัติหรือการอนุญาตตามกฎหมายระดับสหพันธรัฐแล้วจะไม่เป็นความผิดตามกฎหมายในระดับมลรัฐ<sup>59</sup> กล่าวคือ หากแพทย์ได้รับการอนุญาตตามระบบ SAS หรือการอนุมัติตามระบบ AP ตามที่กำหนดไว้ใน TGA ซึ่งเป็นกฎหมายระดับสหพันธรัฐแล้ว ก็สามารถส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่ต้องได้รับการอนุญาตในระดับมลรัฐอีก ผลที่ตามมาคือการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ตกอยู่ภายใต้กฎหมายในระดับมลรัฐที่ควบคุมการส่งจ่ายยาทั่วไป โดยแพทย์จะต้องปฏิบัติตามวิธีการและเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับการส่งจ่ายยาทั่วไปที่อยู่ในประเภทเดียวกัน นั่นคือการมีใบสั่งยาที่ขอบด้วยกฎหมาย<sup>60</sup>

มีข้อสังเกต 2 ประการสำหรับบทกฎหมายของมลรัฐควีนส์แลนด์ ประการแรก แม้ว่าการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์จะทำได้ง่ายเหมือนการเข้าถึงยารักษาโรคทั่วไป แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเพาะปลูกกัญชาไว้ใช้เพื่อการรักษา เพราะการเพาะปลูกกัญชายังคงเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ผู้ที่ต้องการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์จึงต้องติดต่อแพทย์เพื่อให้แพทย์ส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้เท่านั้น<sup>61</sup> ประการที่สอง ขณะที่ทำงานวิจัยในเรื่องนี้ QLD HDPR เคยกำหนดให้การส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ที่มีอาการพึ่งพายา (drug dependent person) จะต้องได้รับอนุญาตในระดับมลรัฐด้วย ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายระดับมลรัฐที่กำหนดไว้สำหรับยาที่ถูกควบคุมทุกชนิด<sup>62</sup> อย่างไรก็ตาม QLD HDPR ถูกยกเลิกไปเมื่อปี ค.ศ. 2021 และกฎหมายในลักษณะนี้ไม่ปรากฏใน QLD MPMR จึงกล่าวได้ว่า การส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีอาการพึ่งพายาไม่จำเป็นต้องได้รับอนุญาตในระดับมลรัฐอีก

<sup>58</sup> Public Health (Medicinal Cannabis) Act 2016. กฎหมายฉบับนี้ถูกยกเลิกในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

<sup>59</sup> Medicines and Poisons Act 2019, s 50.

<sup>60</sup> Queensland Health, ‘Prescribing and Dispensing Unapproved’ (Medicines and Poisons Act 2019 Factsheet, August 2023).

<sup>61</sup> Queensland Government, ‘Accessing Medicinal Cannabis’ 18 March 2022) <<https://www.qld.gov.au/health/conditions/all/medicinal-cannabis/access>> สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2566. กฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ของมลรัฐควีนส์แลนด์แตกต่างจากมลรัฐ ACT ที่อนุญาตให้ประชาชนทั่วไปสามารถเพาะปลูกและครอบครองกัญชาได้ในปริมาณที่กฎหมายกำหนด.

<sup>62</sup> Health (Drugs and Poisons) Regulation 1996, s 122(1).



## ข) มลรัฐแคพิทอลเทร์ริทอรี (Australian Capital Territory)

มลรัฐแคพิทอลเทร์ริทอรี (“ACT”) มีกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่แตกต่างจากกฎหมายระดับสหพันธรัฐและกฎหมายของมลรัฐอื่น ๆ ในประเทศออสเตรเลีย เพราะมีการอนุญาตให้ประชาชนสามารถปลูกและครอบครองกัญชาได้ อย่างไรก็ตาม มาตรการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์ของมลรัฐนี้ยังคงอยู่บนแนวคิดเดียวกัน คือ กัญชาสำหรับการแพทย์ถูกพิจารณาว่าเป็นยาที่ถูกควบคุมชนิดหนึ่งและอยู่ภายใต้กลไกการควบคุมในระดับมลรัฐที่กำหนดไว้สำหรับยาที่ถูกควบคุมทั่วไป กฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ของมลรัฐ ACT จึงมิได้แตกต่างจากกฎหมายของมลรัฐอื่นอย่างมีนัยยะสำคัญ

กฎหมายที่กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาสำหรับการแพทย์มี 3 ฉบับ ฉบับแรกคือ Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008 (“ACT MPTGA”) ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควบคุมการดำเนินการกับสารเคมีชนิดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสารพิษ ยา หรือสารเสพติด และกำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับการเข้าถึงยาที่ถูกควบคุมโดยมีขอบด้วยกฎหมาย เพื่อสนับสนุนและป้องกันสุขภาพและความปลอดภัยของสาธารณะ กฎหมายฉบับนี้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ กับกัญชาสำหรับการแพทย์ เพราะกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นยาที่ถูกควบคุมชนิดหนึ่ง กฎหมายฉบับนี้มี Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2009 (“ACT MPTGR”) เป็นกฎหมายลำดับรองที่กำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมจากกฎหมายที่ปรากฏใน ACT MPTGA ฉบับที่สองคือ Drugs of Dependence Act 1989 (“ACT DDA”) ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับการดำเนินการกับกัญชาที่มีขอบด้วยกฎหมาย โดยพิจารณาว่ากัญชาเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ฐานความผิดในกฎหมายฉบับนี้มีความหลากหลายมากกว่าฐานความผิดที่อยู่ใน ACT MPTGA กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดข้อยกเว้นความรับผิดสำหรับการดำเนินการกับกัญชาบางลักษณะด้วย ซึ่งมีผลเป็นการยกเว้นความรับผิดตาม ACT MPTGA<sup>63</sup> ฉบับสุดท้าย คือ Controlled Medicines Prescribing Standards (“ACT CMPS”) กฎหมายฉบับนี้กำหนดเงื่อนไขและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาที่ถูกควบคุมสำหรับกรณีที่ต้องได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานในระดับมลรัฐ กฎหมายฉบับนี้จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วยเช่นกัน<sup>64</sup>

สำหรับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย กฎเกณฑ์ของมลรัฐ ACT สามารถแบ่งออกเป็นสองส่วน

<sup>63</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008, s 9A.

<sup>64</sup> ในปัจจุบัน หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการสั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ใน Chapter 6 ของ Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Controlled Medicines Prescribing Standards 2023 (No 1).

ส่วนแรก คือ กฎเกณฑ์ที่ควบคุมการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ กฎเกณฑ์ในส่วนนี้ กำหนดว่าการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์จะต้องได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานในระดับมลรัฐ<sup>65</sup> รายละเอียดเกี่ยวกับเงื่อนไขและหลักเกณฑ์สำหรับการอนุมัตินี้อยู่ใน ACT MPTGR และ ACT CMPS<sup>66</sup>

ขณะที่ทำงานวิจัยในเรื่องนี้ การอนุมัตินี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ<sup>67</sup> รูปแบบแรก คือ การอนุมัติตามกลุ่มอาการ (category approval) ซึ่งเป็นการอนุมัติให้ส่งจ่ายยาเพื่อรักษาข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือกลุ่มอาการบางอย่าง ภายใต้เงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ไม่ใช่การส่งจ่ายให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพายา ผู้ส่งจ่ายต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรืออาการของผู้ป่วย ฯลฯ สำหรับการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ กฎหมายกำหนดให้การอนุมัติมีระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน แต่มีได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับปริมาณและวิธีการส่งจ่ายอย่างชัดเจน รูปแบบที่สอง คือ การอนุมัติตามชนิดยา (approval by drug) ซึ่งเป็นการอนุมัติให้ส่งจ่ายยาเพื่อรักษาผู้ป่วยตามลักษณะที่กำหนดไว้อย่างเฉพาะเจาะจง การอนุมัติรูปแบบนี้เหมาะสมสำหรับผู้ส่งจ่ายที่ต้องการใช้วิธีการส่งจ่ายของตนเองหรือไม่สามารถขอการอนุมัติตามกลุ่มอาการได้ การส่งจ่ายในลักษณะนี้จะต้องได้รับการอนุมัติเป็นกรณี ๆ ไปและการอนุมัติแต่ละครั้งมีระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน

แต่ในปัจจุบัน รูปแบบการอนุมัติสำหรับการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์มีเฉพาะการอนุมัติตามชนิดยาเท่านั้นซึ่งจะต้องผ่านการพิจารณาโดยหน่วยงานในระดับมลรัฐเป็นกรณี ๆ ไป สำหรับกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ลงทะเบียนใน ARTG แล้ว หน่วยงานระดับมลรัฐจะเป็นผู้พิจารณา แต่สำหรับกัญชาสำหรับการแพทย์ไม่ได้ลงทะเบียนใน ARTG หน่วยงานระดับสหพันธรัฐจะเป็นผู้พิจารณาหลัก และหน่วยงานระดับมลรัฐจะพิจารณาเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะมีอาการพึ่งพายาหรือมีพฤติกรรมแสวงหายา (drug seeking behaviors) ทั้งนี้ การอนุมัติแต่ละครั้งมีระยะเวลาไม่เกิน 24 เดือน<sup>68</sup>

อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นสำหรับการส่งจ่ายยาที่ถูกควบคุมในบางกรณีที่ไม่ต้องได้รับการอนุมัติในระดับมลรัฐ เงื่อนไขของข้อยกเว้นนี้มี 3 ประการ คือ 1. เป็นการส่งจ่ายให้กับผู้ที่มิได้

---

<sup>65</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Act 2008, s 20(1)(c). องค์กรที่ให้การอนุมัติ คือ Chief Health Officer ซึ่งมีบทบาทในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายทางด้านสุขภาพ

<sup>66</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Regulation 2008, s 563(2)(b) และ s 575.

<sup>67</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods (Category Approval) Determination 2020 (No 1), at 18-20.

<sup>68</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Controlled Medicines Prescribing Standards 2023 (No 1), 19.



พึงพยานนั้นในขณะที่มีการส่งจ่าย 2. เป็นการส่งจ่ายในระยะเวลาน้อยกว่า 2 เดือน และ 3. ผู้ที่รับยาเคยได้รับยานั้นมาอย่างน้อย 2 เดือน<sup>69</sup> ซ้อยกเว้นนี้ถูกนำมาใช้สำหรับการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วยเช่นกัน

ส่วนที่สอง คือ กฎเกณฑ์ที่กำหนดโทษทางอาญาสำหรับการดำเนินการกับกัญชาที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย กฎเกณฑ์ส่วนนี้กำหนดซ้อยกเว้นความรับผิดทางกฎหมายที่ทำให้บุคคลทั่วไปสามารถครอบครองและปลูกกัญชาไว้ใช้ส่วนบุคคลได้<sup>70</sup> ด้วยเหตุที่ซ้อยกเว้นนี้มีได้จำกัดว่าการครอบครองและการปลูกกัญชาจะต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ผู้ที่ต้องการครอบครองหรือเพาะปลูกกัญชาเพื่อการรักษาจึงได้รับประโยชน์จากซ้อยกเว้นนี้ด้วยเช่นกัน เงื่อนไขของซ้อยกเว้นนี้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อยกเว้นความรับผิดเฉพาะสำหรับการครอบครองและการปลูกกัญชาไว้ใช้ส่วนบุคคล โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่ครอบครองหรือปลูกและปริมาณของกัญชาที่ครอบครองหรือปลูก ดังนี้

สำหรับการครอบครองกัญชา ผู้ที่มีอายุไม่ถึง 18 ปีไม่สามารถครอบครองกัญชาได้ หากฝ่าฝืนก็จะมีผลความรับผิดทางอาญาตามปริมาณกัญชาที่ครอบครอง แต่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสามารถครอบครองกัญชาไว้ใช้ส่วนบุคคลได้ แต่จะต้องไม่เกินปริมาณตามที่กฎหมายกำหนด<sup>71</sup> สำหรับการปลูกกัญชา เงื่อนไขที่ทำให้การปลูกกัญชาชอบด้วยกฎหมาย คือ 1. ผู้ปลูกมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ปลูกต้นกัญชาไม่เกิน 2 ต้นต่อคนหรือ 4 ต้นต่อที่อยู่อาศัย และ 3. เป็นการปลูกภายในมลรัฐ ACT หากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวก็จะมีผลความรับผิดทางอาญาตามปริมาณต้นกัญชาที่ปลูก<sup>72</sup> นอกจากนี้การปลูกกัญชาในบางลักษณะก่อให้เกิดความรับผิดทางกฎหมายด้วยเช่นกัน เช่น การปลูกในสถานที่อื่นนอกเหนือจากที่อยู่อาศัยของตนเอง การปลูกในพื้นที่ที่บุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงได้อย่างถูกกฎหมาย การปลูกโดยวิธีการไฮโดรโปนิคส์ (hydroponically) ฯลฯ<sup>73</sup> ซ้อยกเว้นทางกฎหมายข้างต้นทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์สะดวกมากยิ่งขึ้น เพราะทำให้ผู้ป่วยสามารถปลูกและครอบครองกัญชาเพื่อการรักษาตนเองได้ง่ายขึ้น

มีข้อสังเกตว่า กฎเกณฑ์ส่วนที่สองทำให้มาตรการควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์ของมลรัฐ ACT แตกต่างจากกฎเกณฑ์ของมลรัฐอื่นและกฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐที่ยังคงกำหนดให้

<sup>69</sup> Medicines, Poisons and Therapeutic Goods Controlled Medicines Prescribing Standards 2023 (No 1), 2.

<sup>70</sup> ซ้อยกเว้นนี้ถูกกำหนดขึ้นโดย Drugs of Dependence (Personal Cannabis Use) Amendment Act 2019 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 ส่งผลเป็นการแก้ ACT DDA และกฎหมายอาญาของมลรัฐ ACT.

<sup>71</sup> Drugs of Dependence Act 1989, s 171AA(1) และ s 171AA(3).

<sup>72</sup> Drugs of Dependence Act 1989, s 162 และ s 171AAA.

<sup>73</sup> Drugs of Dependence Act 1989, s 171AAB; Criminal Code 2002, s 618.

การครอบครองกัญชาเป็นความผิดตามกฎหมายอาญา<sup>74</sup> ทั้งนี้ การครอบครองหรือปลูกกัญชาในมลรัฐ ACT ไม่ถูกดำเนินคดีโดยหน่วยงานในระดับสหพันธรัฐ เพราะหน่วยงานในระดับสหพันธรัฐจะไม่แทรกแซงการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้ของมลรัฐ ACT<sup>75</sup>

#### 4. การเปรียบเทียบมาตรการของสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย<sup>76</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกฎหมายที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ระหว่างสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลียที่ได้อธิบายข้างต้น อาจกล่าวได้ว่ากฎหมายของประเทศทั้งสองมีความเหมือนและความแตกต่างกันหลายด้าน ดังนี้

##### 4.1 ความเหมือน

ความเหมือนระหว่างกฎหมายของทั้งสองประเทศมี 2 ประการ **ประการแรก** ทั้งสองประเทศยังคงพิจารณาว่ากัญชาเป็นยาเสพติด จึงมีกฎหมายที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์อย่างชัดเจน และกฎหมายของทั้งสองประเทศกำหนดให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย กล่าวคือ กฎหมายของมลรัฐทั้งสองในสหรัฐอเมริกาคำหนดให้ผู้ป่วยจะต้องมีคำแนะนำจากแพทย์ที่ให้การรักษาว່ว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องใช้กัญชาในการรักษาหรือผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรืออาการตามที่กฎหมายกำหนด สำหรับประเทศออสเตรเลีย กฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐกำหนดให้แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ด้วยตนเอง เว้นแต่เป็นการปลูกหรือครอบครองกัญชาในปริมาณที่น้อยไว้ใช้ส่วนบุคคลในมลรัฐ ACT

**ประการที่สอง** ทั้งสองประเทศมีมาตรการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ง่ายขึ้น กล่าวคือ แม้กฎหมายระดับสหพันธรัฐของสหรัฐอเมริกายังไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ แต่หลายมลรัฐมีระบบการลงทะเบียนและการออกบัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ ระบบดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์

<sup>74</sup> Criminal Code Act 1995, s 308.1 และ 301.1; Criminal Code Regulations 2019, Schedule 1 (Item 50, 51).

<sup>75</sup> K Buchanan, 'Australia: ACT Law Allowing Possession and Cultivation of Cannabis for Personal Use Comes into Effect' (Library of Congress, 13 February 2020) <<https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2020-02-13/australia-act-law-allowing-possession-and-cultivation-of-cannabis-for-personal-use-comes-into-effect/>> สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2566.

<sup>76</sup> การเปรียบเทียบในหัวข้อนี้ได้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัย แต่มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าเสนอในรายงานวิจัย เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกฎหมายในเรื่องนี้ของประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา.



ได้โดยสะดวกแล้ว ยังช่วยให้การตรวจสอบทำได้ง่ายมากกว่าการกำหนดเงื่อนไขของการเข้าถึงเฉพาะในบทบัญญัติ สำหรับประเทศออสเตรเลีย กลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ถูกปรับเปลี่ยนให้เหมือนกับการเข้าถึงยาทั่วไป นอกจากนี้ การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในอดีตต้องได้รับการอนุญาตในระดับมลรัฐด้วย ซึ่งมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก แต่ในปัจจุบัน การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ต้องได้รับเพียงการอนุญาตในระดับสหพันธรัฐเท่านั้น การอนุญาตในระดับมลรัฐมีความจำเป็นเฉพาะในบางกรณีเท่านั้น และมีแนวโน้มด้วยว่าการอนุญาตในระดับมลรัฐจะมีบทบาทน้อยลงเมื่อพิจารณาจากกฎเกณฑ์ของมลรัฐ ACT

## 4.2 ความแตกต่าง

ความแตกต่างระหว่างกฎเกณฑ์ของทั้งสองประเทศมี 3 ประการ **ประการแรก** คือ ลักษณะของการควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์ ในสหรัฐอเมริกา การควบคุมการดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ในระดับมลรัฐมากกว่าระดับสหพันธรัฐ กล่าวคือ กฎหมายระดับสหพันธรัฐไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ แต่กฎหมายระดับมลรัฐกลับกำหนดให้มีระบบการอนุญาตหรือการลงทะเบียนที่ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ แม้ว่าจะมีการแก้ไขกฎหมายระดับสหพันธรัฐเกี่ยวกับกัญชาในช่วงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2018 แต่ก็เป็นเพียงการแก้ไขกฎหมายให้กัญชาไม่เป็นสารที่ถูกระงับตามกฎหมาย และทำให้การดำเนินการกับกัญชาชอบด้วยกฎหมาย<sup>77</sup> โดยมีได้ทำให้การดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย จึงกล่าวได้ว่า กฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐมิได้ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ แต่กฎเกณฑ์ระดับมลรัฐนอกจากจะกำหนดให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายแล้ว ยังสร้างกลไกและสร้างระบบในการควบคุมการเข้าถึงด้วย กฎเกณฑ์ระดับมลรัฐจึงมีบทบาทในเรื่องนี้มากกว่า สำหรับประเทศออสเตรเลีย กฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐกำหนดให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ภายใต้มาตรการควบคุมในลักษณะเดียวกับยารักษาโรคชนิดอื่น ๆ ไม่ว่าจะเข้าถึงกัญชาสำหรับการรักษาที่ลงทะเบียนใน ARTG แล้วหรือไม่ ถึงแม้ว่ากฎเกณฑ์ระดับมลรัฐได้กำหนดมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์เช่นกัน แต่ก็ควบคุมเพียงการเข้าถึงในบางลักษณะเท่านั้น เช่น การส่งจ่ายกัญชาให้กับผู้ที่มีอาการฟุ้งพายุ ฯลฯ จึงกล่าวได้ว่า กฎเกณฑ์ระดับสหพันธรัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในประเทศออสเตรเลีย

<sup>77</sup> Agriculture Improvement Act of 2018, section 12619 ได้แก้ความหมายของคำว่า “กัญชา (marihuana)” ใน Controlled Substances Act of 1970 ให้ไม่รวมถึงต้น Cannabis sativa L. หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของต้นดังกล่าวที่มีความเข้มข้นของ delta-9 tetrahydrocannabinol ไม่มากกว่าร้อยละ 0.3 ของน้ำหนักขณะแห้ง. ดู Agricultural Marketing Act of 1946, s 297A; Controlled Substances Act s 802(16); 7 U.S. Code § 1639o(1).

**ประการที่สอง** คือ ลักษณะของการออกกฎหมายที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา มลรัฐส่วนมากมีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์โดยเฉพาะเจาะจง รวมถึงมลรัฐที่กล่าวถึงในบทความฉบับนี้ ได้แก่ มลรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งมี Compassionate Use Act, Medical Marijuana Program Act และ Medicinal and Adult-use Cannabis Regulation and Safety Act และมลรัฐโคโลราโดซึ่งมี § 25-1.5-106 ในบทบัญญัติแห่งมลรัฐโคโลราโดและ Marijuana Code สำหรับประเทศออสเตรเลีย แม้ว่าในอดีตเคยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์โดยเฉพาะ แต่ในปัจจุบันกฎหมายในลักษณะนี้มีน้อยลงเนื่องจากความพยายามที่จะทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์เหมือนกับการเข้าถึงยารักษาโรคชนิดอื่น ตัวอย่างในระดับสหพันธรัฐคือ ระบบ SAS และ ระบบ AP ที่ถูกสร้างขึ้นสำหรับยาที่ถูกควบคุมทุกชนิด ทั้งสองระบบนี้ถูกนำมาใช้เป็นกลไกหลักในการควบคุมการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ สำหรับตัวอย่างในระดับมลรัฐ มลรัฐควีนส์แลนด์เคยมี Public Health (Medicinal Cannabis) Act 2016 ที่กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตเพื่อเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ในระดับมลรัฐ แต่ต่อมากฎหมายฉบับนี้ก็ถูกยกเลิกในปี ค.ศ. 2019 ซึ่งทำให้การขออนุญาตในระดับมลรัฐสิ้นสุดลง และทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ถูกควบคุมในลักษณะเดียวกับยาที่ถูกควบคุมชนิดอื่น

**ประการที่สุดท้าย** คือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยในมลรัฐแคลิฟอร์เนียและมลรัฐโคโลราโดของสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ เพราะผู้ป่วยจะต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานในระดับมลรัฐเพื่อให้ตนเองได้รับบัตรประจำตัวและมีสิทธิที่จะเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์<sup>78</sup> รวมถึงจัดหา กัญชาสำหรับการแพทย์ด้วยตนเอง แพทย์มีเพียงบทบาทในการทำคำแนะนำหรือหนังสือรับรองว่าการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์เป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียนหรือเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่มีควมรับผิดชอบตามกฎหมาย โดยแพทย์มิได้มีบทบาทในการควบคุมหรือดูแลการจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงสามารถหาซื้อผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับการแพทย์ได้จากร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต (licensed dispensaries) ทั่วไป โดยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขทางกฎหมายเกี่ยวกับปริมาณกัญชาที่ผู้ป่วยสามารถครอบครองได้ แต่ในประเทศออสเตรเลีย แพทย์มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย เพราะนอกจากแพทย์จะเป็นผู้ควบคุมการจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วยแล้ว แพทย์ยังต้องขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตนเองมีอำนาจที่จะส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ให้ผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นการขออนุญาตแต่ละครั้งที่มี

<sup>78</sup> มีข้อสังเกตสำหรับมลรัฐแคลิฟอร์เนียว่า ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนในลักษณะนี้ก็ได้อีก เพราะผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้ด้วยกรปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ใน CA CUA. ดู 3.1.1 ก).

การส่งจ่าย (ผ่านระบบ SAS Category B) หรือการขออนุญาตเพื่อส่งจ่ายผู้ป่วยหลายราย (ผ่านระบบ AP) จึงอาจกล่าวได้ว่า แพทย์มีบทบาทอย่างมากในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย

## 5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทความนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ประเทศไทยควรต้องมีกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์สำหรับผู้ป่วย และได้กล่าวถึงกฎเกณฑ์และกลไกที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วยในต่างประเทศ โดยกล่าวถึงกฎเกณฑ์ของมลรัฐแคลิฟอร์เนียและมลรัฐโคโลราโดในสหรัฐอเมริกา และกฎเกณฑ์ของมลรัฐควีนส์แลนด์และมลรัฐแคทอลเทอร์ริทอรีในประเทศออสเตรเลีย กฎเกณฑ์ของเขตอำนาจเหล่านี้มีแนวคิดพื้นฐานของการควบคุมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้กฎเกณฑ์และกลไกการควบคุมแตกต่างกันด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะที่กฎเกณฑ์ของเขตอำนาจเหล่านี้มีร่วมกัน คือ ความพยายามที่จะทำให้การเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์สะดวกมากขึ้นสำหรับผู้ป่วย แต่ยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันมิให้กัญชาถูกนำไปใช้ นอกเหนือจากการรักษา

การศึกษากฎเกณฑ์ของเขตอำนาจเหล่านี้จึงเป็นประโยชน์สำหรับการกำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ของประเทศไทยในอนาคต เพราะประเทศไทยมิได้มีมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ชัดเจนและเหมาะสม ซึ่งเป็นผลจากการกำหนดให้กัญชาไม่เป็นยาเสพติดตามกฎหมายที่ทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงกัญชาได้โดยง่าย ไม่ว่าจะการเข้าถึงจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อการสันทนาการ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่อาจเข้าถึงกัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือไม่เหมาะสมสำหรับการรักษา และยังส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไปที่อาจได้รับความเดือดร้อนจากการเสพกัญชาทั้งทางตรงหรือทางอ้อม มาตรการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับประเทศไทย และการศึกษากฎเกณฑ์ของเขตอำนาจเหล่านี้ช่วยนำเสนอแบบอย่างที่ดีสำหรับการกำหนดมาตรการในเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากประเทศไทยจะกำหนดให้กัญชากลับมาเป็นยาเสพติดและอยู่ภายใต้การควบคุมตามกฎหมายย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องมีกฎเกณฑ์และกลไกที่นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยสะดวกแล้ว ยังต้องควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์เพื่อป้องกันมิให้มีการใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสมด้วย

เมื่อพิจารณากฎหมายไทยในปัจจุบันที่อาจนำไปใช้ในการควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า<sup>79</sup> ประเทศไทยควรต้องแก้ไขและเพิ่มเติมกฎเกณฑ์หลายส่วน เพื่อให้มาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์มีความชัดเจนและเหมาะสมเหมือนกับมาตรการในเรื่องนี้ของสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลีย ดังนี้

ประเทศไทยควรกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เพื่อให้การดำเนินการกับกัญชาสำหรับการแพทย์อยู่ภายใต้การควบคุมของประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายของทั้งสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลียที่ยังคงพิจารณาว่ากัญชาเป็นยาเสพติดและควบคุมการเข้าถึงกัญชาของผู้ป่วยแม้ว่าการเข้าถึงนั้นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาก็ตาม ทั้งนี้ แม้กัญชาจะถูกพิจารณาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 แต่กัญชาก็สามารถถูกนำไปใช้เพื่อการรักษาได้ตามกฎหมายไทยในปัจจุบัน เพราะประมวลกฎหมายยาเสพติดอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้หากครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับการใช้รักษาโรคเฉพาะตัว และมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองจากแพทย์ผู้ให้การรักษา<sup>80</sup> อย่างไรก็ตาม กฎหมายไทยควรมีกฎเกณฑ์เพิ่มเติมอีกหลายส่วน ได้แก่ กฎเกณฑ์ที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรประกาศให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่สามารถเสพเพื่อการรักษาโรคภายใต้การควบคุมแพทย์ผู้ให้การรักษา<sup>81</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้โดยไม่มีควมรับผิดชอบทางอาญา<sup>82</sup> และกฎเกณฑ์ที่กำหนดข้อจำกัดของการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย เช่น ปริมาณกัญชาที่ผู้ป่วยสามารถครอบครองเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้กัญชาสำหรับการแพทย์ ฯลฯ เพื่อควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ให้อยู่ภายในขอบเขตที่เหมาะสมสำหรับการรักษาทางการแพทย์อย่างแท้จริง

สำหรับกลไกที่ควบคุมการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ หากประเทศไทยต้องการจำกัดให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น<sup>83</sup> ผู้เขียนเสนอแนะว่าประเทศไทยควรนำแนวทางการควบคุมการส่งจ่ายกัญชาสำหรับการแพทย์ของประเทศออสเตรเลียมาปรับใช้ ด้วยเหตุผล 2 ประการ

<sup>79</sup> ข้อเสนอแนะในส่วนนี้ของบทความไม่ใช่ข้อเสนอของงานวิจัยฉบับนี้ เนื่องจากข้อเสนอแนะเหล่านี้มาจากการวิเคราะห์กฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งมีกฎเกณฑ์ที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์แตกต่างจากกฎเกณฑ์ที่มีผลบังคับใช้ในขณะทำงานวิจัยฉบับนี้.

<sup>80</sup> ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 33(5).

<sup>81</sup> ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 58.

<sup>82</sup> ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 104 และ 162.

<sup>83</sup> ดู P Tanakasempipat (เชิงอรธ 5). ข้อเสนอแนะในส่วนนี้ไม่เหมาะสมสำหรับกรณีที่ประเทศไทยมีนโยบายที่จะอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อการสันตนาการ

ประการแรก แนวทางการควบคุมของประเทศออสเตรเลียกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ส่งจ่ายัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วย จึงเหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันที่ไม่มีมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงัญชาสำหรับการแพทย์อย่างชัดเจนและไม่มีกลไกที่ควบคุมการจำหน่ายัญชาอย่างเป็นรูปธรรม เพราะนอกจากแพทย์จะมีความรู้และแนวทางปฏิบัติในการใช้ัญชาเพื่อการรักษาแล้วยังมีความรับผิดชอบทางจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย แพทย์จึงควรมีบทบาทในการควบคุมการเข้าถึงัญชาสำหรับการแพทย์ของผู้ป่วย ในทางกลับกัน สำหรับแนวทางการควบคุมของสหรัฐอเมริกาแพทย์มีเพียงบทบาทในการทำคำแนะนำหรือหนังสือรับรองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงัญชาสำหรับการแพทย์ได้โดยไม่มีควมรับผิดชอบทางกฎหมาย โดยปกติแล้วแพทย์ก็ได้มีบทบาทในการควบคุมการจ่ายัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วยโดยตรง<sup>84</sup> ผู้ป่วยจึงอาจได้รับัญชาสำหรับการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน หรือไม่เหมาะสมสำหรับภาวะหรือโรคของผู้ป่วย

มีข้อสังเกตว่า กลไกการควบคุมของประเทศออสเตรเลียคล้ายคลึงกับการควบคุมการเข้าถึงยาควบคุมพิเศษที่ต้องส่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น มาตรการที่ต้องมีเพิ่มเติมเพื่อให้คล้ายคลึงกับกลไกการควบคุมของประเทศออสเตรเลีย คือ แพทย์จะต้องได้รับการอนุญาตหรืออนุมัติก่อนที่จะส่งจ่ายัญชาสำหรับการแพทย์ให้กับผู้ป่วย การใช้แนวทางการควบคุมของประเทศออสเตรเลียจึงไม่เพิ่มภาระมากเกินไปจากมุมมองของการบริหารจัดการ ในทางกลับกัน หากนำแนวทางการควบคุมของสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการลงทะเบียนและการออกบัตรประจำตัวผู้ใช้ัญชาสำหรับการแพทย์มาใช้ประเทศไทยจะต้องจัดตั้งระบบการลงทะเบียนของผู้ใช้ัญชาสำหรับการแพทย์ ควบคู่กับระบบการตรวจสอบการเข้าถึงัญชาของผู้ลงทะเบียนด้วย การจัดตั้งระบบเหล่านี้ใช้ทรัพยากรจำนวนมากทั้งในแง่ของเวลา กำลังคน และงบประมาณ จึงก่อให้เกิดภาระมากกว่าจากมุมมองของการบริหารจัดการ

ประการที่สอง แนวทางการควบคุมของประเทศออสเตรเลียที่อนุญาตให้แพทย์ส่งจ่ายผลิตภัณฑ์ัญชาที่ยังไม่ลงทะเบียนใน ARTG ให้ผู้ป่วยทำให้กลไกการควบคุมัญชาสำหรับการแพทย์มีความสมดุลระหว่างความยืดหยุ่นและการควบคุมที่เหมาะสมกับประเทศไทย กล่าวคือ การใช้ัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์มีมายาวนานในสังคมไทย ดังที่ปรากฏในหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่ัญชาเป็นพืชที่ถูกใช้ในทางการแพทย์แผนไทย ตำรับยาแผนไทยจำนวนมากที่มีัญชาเป็น

<sup>84</sup> ในสหรัฐอเมริกา แพทย์ส่งจ่ายได้เฉพาะยาที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA เท่านั้น ด้วยเหตุที่ผลิตภัณฑ์ัญชาสำหรับการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาส่งจ่ายส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก FDA โดยปกติแล้วแพทย์จึงไม่สามารถส่งจ่ายัญชาสำหรับการแพทย์ได้ แพทย์ทำได้เพียงแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ัญชาสำหรับการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงัญชาสำหรับการแพทย์ได้หรือสามารถซื้อผลิตภัณฑ์ัญชาสำหรับการแพทย์จากร้านขายยาได้ เฉพาะัญชาสำหรับการแพทย์บางผลิตภัณฑ์เท่านั้นที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA แล้ว โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้ส่งจ่ายผลิตภัณฑ์เหล่านั้น. ดู US Food and Drug Administration (เชิงอรรถ 18).

ส่วนประกอบ เช่น ยาอค์คินิวคณะ ยาน้ำมันสนันไตรภพ ยาอัมฤตโอสถ ฯลฯ<sup>85</sup> รวมถึงการตระหนักถึงความจำเป็นที่แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านต้องใช้กัญชาในการรักษา<sup>86</sup> ระบบการอนุญาตในลักษณะดังกล่าวย่อมทำให้การควบคุมกัญชาสำหรับการแพทย์มีความยืดหยุ่น โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเข้าถึงกัญชาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีอุปสรรคหรือไม่สามารถเข้าถึงการแพทย์แผนปัจจุบันได้ และการเข้าถึงกัญชาเหล่านั้นก็อยู่ภายใต้การควบคุมด้วยเช่นกัน โดยผ่านขั้นตอนการอนุมัติหรืออนุญาตโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการสั่งจ่ายโดยแพทย์ซึ่งมีความรู้ในการใช้กัญชาเพื่อการรักษา และมีความรับผิดชอบทางจรรยาบรรณวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่มีคุณภาพและใช้กัญชาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม แนวทางการควบคุมของสหรัฐอเมริกาไม่มีกลไกการควบคุมในลักษณะนี้อย่างชัดเจน โดยกฎหมายกำหนดเพียงปริมาณกัญชาสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถครอบครองได้ ผู้ป่วยจึงอาจเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพหรือไม่เหมาะสมกับการรักษาอาการหรือโรคของตนเอง<sup>87</sup> หรือเข้าถึงโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม<sup>88</sup> จึงอาจกล่าวได้ว่า แนวทางการควบคุมของสหรัฐอเมริกามีความยืดหยุ่นมากเกินไปและมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาสำหรับการแพทย์อย่างไม่เหมาะสม<sup>89</sup>

สำหรับการปลูกกัญชาเพื่อการรักษาของผู้ป่วย ผู้เขียนเสนอแนะว่า หากประเทศไทยต้องการจำกัดให้การเข้าถึงกัญชาเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น กฎหมายไทยไม่ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปลูกกัญชาเพื่อการรักษาด้วยตนเอง เพราะการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปลูกกัญชาเองก่อให้เกิดความยากลำบากในการควบคุมให้กัญชาถูกนำไปใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น ดังจะเห็นได้จากแนวทางการควบคุมของประเทศออสเตรเลียที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาเท่านั้นควบคู่กับ

<sup>85</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2564.

<sup>86</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565) ข้อ 3(5).

<sup>87</sup> VSingh and others, 'Concerns of Patients with Cancer on Accessing Cannabis Products in a State with Restrictive Medical Marijuana Laws: A Survey Study' (2019) 15 Journal of Oncology Practice 531; ดูประกอบ R Vandrey and others, 'Cannabinoid Dose and Label Accuracy in Edible Medical Cannabis Products' (2015) 313 JAMA 2491.

<sup>88</sup> B Dickson and others, 'Recommendations from Cannabis Dispensaries about First-Trimester Cannabis Use' (2018) 131 Obstetrics & Gynecology 1031.

<sup>89</sup> JH Martin and others, 'Ensuring Access to Safe, Effective, and Affordable Cannabis-based Medicines' (2020) 86 Br J Clin Pharmacol 630.

การไม่อนุญาตให้มีการปลูกกัญชาด้วยตนเอง<sup>90</sup> แตกต่างจากแนวทางการควบคุมของสหรัฐอเมริกาที่อนุญาตให้เข้าถึงกัญชาเพื่อการสันตนาการด้วย และเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาเองได้ ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าเกือบทุกเขตอำนาจที่กล่าวถึงในบทความนี้ อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปลูกกัญชาเองได้หากกัญชาที่ปลูกจะถูกนำไปใช้เพื่อการรักษา โดยกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับจำนวนและลักษณะของต้นกัญชาที่ผู้ป่วยสามารถมีไว้ในครอบครอง เฉพาะมลรัฐควีนส์แลนด์ของประเทศออสเตรเลียที่ห้ามผู้ป่วยปลูกกัญชาเพื่อการรักษาด้วยตนเอง แต่การที่ผู้เขียนเสนอแนะว่าประเทศไทยไม่ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาเองนั้นมีที่มาจากข้อเท็จจริงที่ว่าประเทศไทยต้องการจำกัดให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการรักษาเท่านั้น ดังนั้น ข้อเสนอแนะนี้จึงไม่เหมาะสมหากประเทศไทยมีนโยบายที่จะอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อการสันตนาการด้วย

จากการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะข้างต้นจึงอาจสรุปได้ว่า กฎเกณฑ์ของประเทศไทยในปัจจุบันยังขาดมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ชัดเจนและเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายในเรื่องนี้ของเขตอำนาจทั้งสิ้นที่ได้กล่าวถึงในบทความนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะนี้สามารถคาดหมายได้เมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่ากฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันมีที่มาจกนโยบายที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้อย่างเสรีด้วยการกำหนดให้กัญชาไม่ใช่ยาเสพติดตามกฎหมาย<sup>91</sup> จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่กฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันมีไม่เพียงพอต่อการสร้างกลไกการควบคุมที่เหมาะสมในเรื่องนี้ หากต้องการให้ประเทศไทยมีมาตรการที่ควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ที่ชัดเจนและเหมาะสม และจำกัดให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น ผู้เขียนเสนอแนะได้ว่าประเทศไทยควรกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 และมีกฎหมายเพิ่มเติมเพื่อควบคุมการเข้าถึงกัญชาสำหรับการแพทย์ให้อยู่ภายในขอบเขตที่เหมาะสมสำหรับการรักษาทางการแพทย์ นอกจากนี้ ประเทศไทยควรนำแนวทางการควบคุมของประเทศไทย ออสเตรเลียมาปรับใช้ และไม่ควรถูกอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปลูกกัญชาเองได้ แม้ว่ากัญชาที่ปลูกจะถูกนำไปใช้เพื่อการรักษาตนเองก็ตาม

<sup>90</sup> ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า เฉพาะมลรัฐแคทิพอลเทอร์ริทอรีของประเทศออสเตรเลียเท่านั้นที่อนุญาตให้ประชาชนทั่วไปสามารถใช้กัญชาเพื่อการสันตนาการ เพราะกฎหมายยกเว้นความรับผิดชอบทางกฎหมายให้สำหรับการปลูกต้นกัญชาไว้ใช้ส่วนบุคคล โดยไม่พิจารณาว่าผู้ปลูกมีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อการรักษาหรือไม่. ดู 3.2.3 ข).

<sup>91</sup> สมิตานัน หงษ์สตาร์, ‘กัญชา : เปิดนโยบายกัญชาของภูมิใจไทยอีกครั้ง หลังโปรดเกล้าฯ “อนุทิน ชาญวีรกูล” เป็นรมว. สาธารณสุข’ (BBC New ไทย, 13 กรกฎาคม 2562) <<https://www.bbc.com/thai/thailand-48973471>> สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2566.