

บทความพิเศษ

Special article

คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย

บัณฑิต ศรไพศาล พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์), M.P.H., Ph.D.*, **

Jakob Manthey, Ph.D. candidate***

Jürgen Rehm, Ph.D.*, **, ***

วันรับ:	25 มี.ค. 2562
วันแก้ไข:	30 เม.ย. 2562
วันตอบรับ:	8 พ.ค. 2562

* Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada

** Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada

*** Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

บทคัดย่อ ประเทศไทยเกิดนโยบายกัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในประวัติศาสตร์ชาติไทยตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ จึงต้องคิดให้ชัดเพื่อที่จะสามารถออกแบบและดำเนินระบบให้สามารถใช้ประโยชน์สูงสุดและป้องกันโทษที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเข้มแข็ง บทความนี้รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและสังเคราะห์แนวคิดที่สำคัญ ซึ่งพบว่ากัญชาทางการแพทย์มีทั้งคุณและโทษ มุมมองต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ก็มีทั้งด้านบวกและด้านลบ การทำความเข้าใจร่วมกันอย่างชัดเจนในสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่บางส่วนของกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์ในการช่วยบำบัดรักษาผู้ป่วยเรื้อรังบางอาการหรือบางโรค แต่กัญชาเป็นยาเสพติด มีฤทธิ์เสพติดจริง จึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและไม่กล่าวอ้างถึงประโยชน์เกินจริง ประเทศไทยต้องใช้ทั้งมุมมองด้านการแพทย์และการสาธารณสุขควบคู่กันไปใน การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ คือออกแบบระบบให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์และป้องกันผลกระทบทางลบเชิงระบบที่อาจเกิดกับสังคมโดยรวม ควรมีระบบควบคุมที่เข้มข้นเพียงพอที่จะป้องกันผลกระทบเชิงลบได้ อีกทั้งควรออกแบบให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยประสานร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และสุดท้ายประเทศไทยยังไม่ควรก้าวไปสู่อิมเมดิเคชันยาเพื่อเศรษฐกิจเนื่องจากยังไม่มีระบบควบคุมกำกับที่ดีพอและอาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคมภายหลังอย่างไม่คุ้มค่าได้ และสุดท้ายที่สำคัญมาก คือต้องมีการลงทุนกับการวิจัยและการสร้างระบบเฝ้าระวังผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยอย่างจริงจังและเพียงพอ

คำสำคัญ: กัญชา, การแพทย์, ยาเสพติด, นโยบาย, ประเทศไทย

บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในประวัติศาสตร์ชาติไทยในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ มีเหตุการณ์ที่สะท้อนถึงโอกาสที่จะเกิดความไม่เข้าใจในนโยบายกัญชาทางการแพทย์นี้ของผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สอดคล้องในการให้และรับบริการ

ที่เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์นี้ได้ เช่น กระทรวงสาธารณสุขบอกว่ากัญชาเป็นยาเสพติด⁽²⁾ ขณะที่นักการเมืองบอกว่ากัญชาเป็นสมุนไพร⁽³⁾ วงการแพทย์บอกว่ากัญชารักษาได้บางโรค บรรเทาอาการได้บางอาการ (เช่น คลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง)^(4,5) ขณะที่วงการผู้สนใจกัญชาทางการแพทย์

บอกว่า กัญชา รักษาได้หลายโรค รวมทั้งโรคมะเร็งให้หายขาดได้ด้วย⁽⁶⁾ และแพทย์ทางคลินิกพูดถึงประโยชน์ของการใช้กัญชากับผู้ป่วย^(7,8) ขณะที่นักวิจัยทางด้านสาธารณสุขศาสตร์กล่าวถึงผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมโดยรวม⁽⁹⁾ เป็นต้น

ประเด็นที่ชวนให้คิดกับนโยบายกัญชา

ประเด็นที่ 1 กัญชาเป็นยาเสพติดหรือสมุนไพร

ตามที่ได้รับรู้ถึงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันจากชาวทางสาธารณะเป็นการทั่วไป คือกระทรวงสาธารณสุขบอกว่ากัญชาเป็นยาเสพติด⁽²⁾ ขณะที่นักการเมืองบอกว่ากัญชาเป็นสมุนไพร⁽³⁾

ข้อเท็จจริง:

ก. กัญชา เป็นส่วนผสมในตำรับยาการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยที่ประกาศรับรองให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 11 เมษายน 2562) ซึ่งขณะนี้มี 16 ตำรับ⁽¹⁰⁾ และล่าสุดคณะกรรมการด้านการประเมินรับรองตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาและการใช้ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้พิจารณาเห็นชอบรับรองตำรับยาของหมอพื้นบ้าน 8 ตำรับ ซึ่งจะเสนอต่อคณะกรรมการอำนวยการกัญชาและกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนไทยและคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป⁽¹¹⁾ ซึ่งหมายถึงกัญชาเข้าได้กับคำนิยามของสำนักงานราชบัณฑิตยสภา คำนิยามของคำว่า “สมุนไพร” ของสำนักงานราชบัณฑิตยสภา ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง พืชที่ใช้เป็นยารักษาโรคหรือเสริมสุขภาพ เช่น ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เห็ดหลินจือ⁽¹²⁾

ข. กัญชา เป็นสารเสพติดตามนิยามหลายนิยามและข้อมูลดังต่อไปนี้

1) กัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามกำหนดในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522⁽¹⁾

2) ยาเสพติด หรือสารเสพติด ตามนิยามของสำนักงานราชบัณฑิตยสภา⁽¹²⁾ คือสารเคมีหรือสิ่งใด ๆ ที่เสพเข้าสู่ร่างกาย โดยรับประทาน ดม สูบ หรือฉีด ติดต่อกันในช่วงเวลาหนึ่งแล้วทำให้ติด สารเสพติดก่อให้เกิดพิษเรื้อรังทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และต้องเพิ่มปริมาณที่เสพขึ้นเป็นลำดับ เมื่อไม่ได้เสพยาตามต้องการจะมีอาการกระวนกระวาย ทุรนทุราย ทรมาน ซึ่งเรียกว่า ลงแดง

3) การเสพติดกัญชามีอยู่จริงโดยเป็นหนึ่งในโรคที่ระบุไว้ในการจัดกลุ่มโรคขององค์การอนามัยโรค ที่เรียกว่า International Classification of Diseases, 11th Revision หมวด 6C41 – disorder due to use of cannabis⁽¹³⁾

4) จากการศึกษาระบาดวิทยาของกลุ่มโรคที่เกิดจากการดื่มสุราและการเสพยาเสพติดระดับโลก พบว่า หากไม่นับการเสพติดสุรา การเสพติดกัญชา (cannabis dependence) พบได้มากที่สุดในกลุ่มการเสพยาเสพติดทั้งหมด โดยประมาณการว่ามีผู้ป่วยเสพติดกัญชาทั่วโลกถึง 22.1 ล้านรายทั่วโลก หรือร้อยละ 0.3 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁴⁾

สรุป: กัญชาเป็นยาเสพติดแน่ ๆ แต่มีส่วนที่ใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ หากไม่ใช้ผิดจนเกิดการเสพติด

ประเด็นที่ 2 กัญชาสามารถ “รักษาได้บางโรค บรรเทาอาการได้บางอาการ” หรือ “รักษาโรคให้หายขาดได้จำนวนมาก”

มีการถกเถียงกันมากกว่ากัญชาใช้ได้ผลกับโรคและอาการได้กว้างขวางมากขึ้นเพียงใด เช่น วงการแพทย์บอกว่ากัญชา รักษาได้บางโรค บรรเทาอาการได้บางอาการ เช่น คลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง^(4,5) ขณะที่วงการผู้สนใจกัญชาทางการแพทย์บอกว่ากัญชา รักษาได้หลายโรค เช่น มีการกล่าวไว้ในสื่อหนังสือพิมพ์ว่า “(กัญชา) สามารถรักษามะเร็ง

เบาหวาน โรคซึมเศร้า ภูมิแพ้ตัวเองได้ กลับไม่พุดถึง และจากที่ศึกษา รักษาได้ประมาณ 700 โรค”⁽¹⁵⁾

ข้อเท็จจริง:

ตัวอย่างของการสรุปความรู้ว่ากัญชารักษาโรคอะไรได้บ้าง ได้แก่ National Academies of Science, Engineering, and Medicine⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาอิสระทางวิชาการให้กับรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ได้สรุปความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้กัญชาเป็นยา ในปี 2017 ดังนี้

- 1) อาการที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับชัดเจนว่าใช้แล้วได้ผล ได้แก่ ลดอาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัด และลดอาการแข็งเกร็งจากโรค multiple sclerosis
- 2) มีหลักฐานรองรับปานกลาง ได้แก่ การช่วยให้หลับได้ในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีอาการหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) ฯลฯ
- 3) มีหลักฐานรองรับอย่างจำกัด ได้แก่ การเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ ลดอาการวิตกกังวล ฯลฯ

สรุป:

ก. ในระดับสากล การสรุปด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ว่าโรคหรืออาการใดสามารถใช้กัญชาหรือน้ำมันกัญชาได้นั้นจะทำได้ด้วยความละเอียดและระมัดระวังเป็นอย่างมากก่อนที่จะสรุป เนื่องจากการสรุปใดๆ นั้นจะถูกใช้อ้างอิงในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในวงกว้างต่อไป สิ่งใดที่มีการพิสูจน์ว่าได้ผลตรงกันข้ามแล้วซ้ำอีกจึงจะสรุปว่ามีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับอย่างชัดเจน แต่หากสิ่งใดยังได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลตรงกันไม่มากนัก ก็จะสรุปว่ามีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับอย่างจำกัด ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์แบบชื่อนี้ จะสามารถเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยและประชาชนได้ว่าจะผู้ป่วยจะไม่ใช่เหยื่อทดลองยาโดยไม่จำเป็น

ข. ขณะนี้โรคหรืออาการที่ใช้กัญชาได้ผลอย่างชัดเจนนั้นยังมีจำนวนไม่มากนัก

จากข้อสรุปนี้ผู้เขียนขอเสนอสองประการ คือ (1) ผู้ป่วยและผู้รักษาอย่าเพิ่งด่วนเชื่อและใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคหรืออาการใดๆ โดยพร่ำเพรื่อ ควรตรวจสอบข้อมูลให้ดีและใช้ด้วยความระมัดระวัง และ (2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงควรทำการศึกษาวิจัยอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ทั้งองค์ความรู้จากนานาชาติและการวิจัยในประเทศไทยเอง (เช่น การศึกษาแบบทดลอง randomized control trial) เพื่อหาข้อสรุปว่ากัญชา ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย สามารถรักษาอาการหรือโรคใดได้บ้างในประเทศไทย ทั้งนี้ควรดึงการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนกัญชามาร่วมในการศึกษาวิจัยด้วยเพื่อให้เกิดการยอมรับผลการศึกษาจากทุกฝ่ายไม่ว่าผลจะออกมาว่ากัญชาใช้รักษาโรคหรืออาการนั้นๆ ได้หรือไม่ก็ตาม

ประเด็นที่ 3 กัญชา มุมมองด้าน “การแพทย์” หรือ “การสาธารณสุข”

ข้อเท็จจริง:

ก. การแพทย์ (medicine) คือศาสตร์ที่เน้นการรักษาผู้ป่วยรายบุคคล การแพทย์มักจะพุดถึงประโยชน์ของการใช้กัญชากับผู้ป่วย โดยจะมองไปที่อวัยวะ เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย ปฏิกริยาของสารเคมีคือยากับร่างกายและการรักษาโรคและบรรเทาอาการ ตลอดจนการเกิดผลข้างเคียงต่างๆ^(7,8) เช่น การกล่าวถึงว่ากัญชาประกอบด้วยสาร cannabinoid หลายชนิด โดยมีสารหลักสองตัวคือ THC (tetrahydrocannabinol) และ CBD (cannabidiol) โดยที่ THC จะจับกับตัวรับ (receptor) CB1 มากหน่อย และทำให้เกิดอาการสุขหรรษา (euphoria) ส่วน CBD จะจับกับตัวรับ CB2 มากหน่อย ซึ่งจะทำให้เกิดการลดการอักเสบในร่างกายได้ เป็นต้น ทำให้ยาที่เป็น cannabinoid-based จึงสามารถใช้รักษาโรค multiple sclerosis ซึ่งเป็นโรคที่เกิดการอักเสบของปลอกเส้นประสาทได้⁽⁸⁾ หรือข้อมูลที่พบว่ากัญชามีผลต่อความสามารถในการขับกรดที่ลดลง การเกิดอัมพาต รบกวนการทำงานของปอด อาการวิกลจริต โรคเสพติดกัญชา มะเร็งอัมพาต ลดการ

ทำงานของสมอง ลดความจำ เป็นต้น⁽¹⁷⁾

ข. การสาธารณสุข (public health) คือศาสตร์ที่เน้นสุขภาพของประชากร (คือบุคคลหลายๆ คน) การสาธารณสุขจึงมักจะพูดถึงประโยชน์ของผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทั้งระบบ การเข้าถึงกัญชา ความสามารถของระบบบริการที่จะให้บริการได้ ต้นทุนของระบบบริการ การรั่วไหลของกัญชาทางการแพทย์ออกจากระบบ การเข้าถึงการเสพติด (abuse) การใช้เพื่อความบันเทิงของกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเยาวชน การเมากัญชาแล้วขับยานพาหนะ เป็นต้น^(9,18)

สรุป: มุมมองทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขต่างมีอยู่จริง จึงควรทำความเข้าใจกันและกัน ขณะนี้กฎหมายกัญชาทางการแพทย์เพิ่งถือกำเนิดขึ้นเพื่อนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างถูกวิธีเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงควรจะต้องคำนึงถึงการนำมุมมองด้านสาธารณสุขมาช่วยออกแบบการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างรอบคอบรัดกุมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรวงกว้าง

ประเด็นที่ 4 โมเดลการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ “แบบหลวมๆ” หรือ “แบบเข้มข้น”

มีการรณรงค์แก้ไขกฎหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้นด้วยการอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปลูกเองที่บ้านได้เพื่อการใช้รักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น “การเดินรณรงค์เป็นระยะทาง 268 กิโลเมตรเพื่อผู้ป่วย”⁽¹⁹⁾ เป็นต้น การให้ผู้ป่วยปลูกเองได้แทนการควบคุมเข้มข้นโดยรัฐ คือตัวอย่างหนึ่งของการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ “แบบหลวมๆ” การควบคุมกระบวนการต่างๆ โดยรัฐ ตั้งแต่การปลูก การกระจาย การจำหน่าย คือตัวอย่างของการควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ “แบบเข้มข้น” ซึ่งเป็นสิ่งที่ระบบกัญชาทางการแพทย์ที่แคนาดาใช้ในช่วงแรกๆ⁽²⁰⁾

ข้อเท็จจริง:

Pacula RL และคณะ⁽²¹⁾ ทำการศึกษาผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในหลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ข้อมูลหลายฐานข้อมูล พบว่ารายละเอียดของระบบปฏิบัติการของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลที่แตกต่างกัน ได้แก่ การอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกในบ้านตนเองได้ ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการเสพติดกัญชา และการอนุญาตให้ร้านขายยาจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความชุกของผู้ใช้กัญชาใน 30 วัน และความชุกของผู้ใช้กัญชาอย่างหนัก (ใช้ 20 วัน ใน 30 วัน)

สรุป: การเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่จำเป็นมีความสำคัญจริง และการควบคุมระบบกัญชาทางการแพทย์แบบหลวมๆ อันได้แก่ การอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกเอง การอนุญาตให้ร้านขายยาจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ได้ ส่งผลให้เกิดผลกระทบในภาพรวมมากขึ้น เช่น เกิดผู้ใช้กัญชาใน 30 วันมากขึ้น หรือเกิดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการเสพติดกัญชา ก็เป็นสิ่งที่อยู่จริง ดังนั้นควรมีการออกแบบระบบปฏิบัติการที่มีการควบคุมที่เข้มข้นเพียงพอแต่ก็ให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้โดยสะดวกและทั่วถึง

ประเด็นที่ 5 กัญชากับระบบการแพทย์ “แผนปัจจุบัน” และ “แผนไทย”

กลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทมากในนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562⁽¹⁾ คือกลุ่มวิชาชีพในระบบการแพทย์ “แผนปัจจุบัน” และ “แผนไทย” โดยกลุ่มวิชาชีพในระบบการแพทย์ “แผนปัจจุบัน” ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ และเภสัชกร ขณะที่กลุ่มวิชาชีพในระบบการแพทย์ “แผนไทย” ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ

การแพทย์แผนไทย ซึ่งแต่เดิมระบบต่างๆ ก็ดำเนินการไปอย่างปกติในสมดุตามธรรมชาติของระบบต่างๆ ในประเทศไทย บนพื้นฐานหลักการที่ว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมักเน้นการใช้ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการปฏิบัติการทางการแพทย์แบบที่พึงพาวิทยาศาสตร์ตะวันตก ส่วนระบบการแพทย์แผนไทยก็จะเน้นไปที่การใช้ภูมิปัญญาไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาตะวันออกซึ่งมักใช้สิ่งที่เป็นธรรมชาติเข้ามาช่วยบำบัด เช่น การนวด โยคะ การบริหารจิตใจ การปรับวิถีชีวิตด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและการนอน ตลอดจนการใช้พืชสมุนไพรต่างๆ เข้ามาช่วยในการบำบัด รักษา หรือบรรเทาอาการของผู้ป่วย^(22,23) โดยที่สองระบบนี้ไม่ได้เชื่อมต่อกันชัดเจน เป็นเรื่องให้ผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการตามความเชื่อและข้อมูลที่ได้รับ

ข้อเท็จจริง:

กัญชาทางการแพทย์นั้นส่วนหนึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่แพทย์แผนปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น การหายาที่ตีมารักษาโรค multiple sclerosis ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ การนำสารสกัดจากพืชสมุนไพรบางชนิดมาใช้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นโอกาสใหม่ที่เกิดขึ้น⁽⁸⁾ และเมื่อประเทศไทยมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ขึ้นซึ่งจะทำให้ประเทศไทยมีการนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น (ดังเช่นประสบการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁴⁾ แคนาดา⁽²⁵⁾ และเยอรมัน⁽²⁶⁾) ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽²⁴⁾ จึงจะเกิดปรากฏการณ์เชื่อมต่อกันระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะใช้ยาที่ทำจากสารสกัดจากกัญชามากขึ้น (ดังประสบการณ์ในประเทศยุโรป⁽²⁷⁾) และผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาในระบบแพทย์แผนปัจจุบันแต่ไม่เป็นที่พอใจก็จะหันไปใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทยที่มีตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาในจำนวนที่มากขึ้น จึงน่าจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจากทั้งสองระบบผสมปนเปกันไปมามากขึ้น

สรุป: นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยจะ

ทำให้เกิดการเชื่อมต่อกันระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์แผนไทยมากขึ้น จากแต่เดิมที่สองระบบนี้ไม่ได้เชื่อมต่อกัน เป็นเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเลือกใช้บริการใดตามแต่ความเชื่อและข้อมูลที่ได้รับ หลังจากมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์นี้ ผู้ป่วยจะรับบริการทั้งสองระบบมากขึ้น จะได้รับยาจากทั้งสองระบบมากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการหารือการออกแบบภาพรวมทั้งระบบว่าผู้ป่วยมีทางเลือกอะไรบ้าง ทางเลือกใดมีข้อดีข้อเสียอย่างไร เหมาะสมกับสภาพเงื่อนไขการเจ็บป่วยอย่างไร การได้รับยาจากทั้งสองระบบจะเกิดผลที่ตามมาอย่างไร ผู้ให้บริการแต่ละระบบทำอะไรได้เพียงใด ทั้งในแง่ของการวินิจฉัยโรค การส่งจ่ายยา การจัดเตรียมยา การหารือหรือส่งต่อผู้ป่วยหรือร่วมบำบัดรักษา ผู้ป่วยควรเป็นอย่างไร ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยต่อการรับบริการทั้งสองระบบควรมีอะไรบ้าง เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยการออกแบบอย่างเป็นระบบ แทนการปล่อยให้ผู้ป่วยไปวิ่งหาบริการตามยถากรรม ซึ่งในที่สุดจะเกิดเป็นความขัดแย้งของระบบทั้งสองระบบด้วยว่าจะมีมวลชนที่ชื่นชอบศรัทธาและได้ประโยชน์จากการบำบัดของแต่ละระบบอยู่จริง

ประเด็นที่ 6 บทบาทของการวิจัยและระบบการเฝ้าระวัง กับนโยบายกัญชาทางการแพทย์

ข้อเท็จจริง:

ก. นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย เพิ่งเริ่มต้นเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา ย่อมส่งผลต่อระบบปฏิบัติการเดิมในหลายมิติ ทำให้มีคำถามมากมายที่ต้องตอบ เช่น กัญชาบำบัดโรคให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ เหมาะกับโรคและอาการใดบ้าง ยาสกัดตามแนวแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยมีส่วนผสมตัวยาระบบใดบ้าง คุณภาพยา มาตรฐานยา ความปลอดภัยของยา ผลข้างเคียงของยา ประสิทธิภาพของยา ต้นทุนของยา เป็นอย่างไร ระบบปฏิบัติการควรเป็นอย่างไร ทั้งในแง่ของการปลูก การผลิต การกระจาย การจำหน่าย การเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพไทย แนว

ปฏิบัติของผู้ให้บริการ ระบบการตรวจสอบคลังยา ระบบ ข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบในวงกว้าง เช่น การเกิด อุบัติเหตุจากการเมากัญชาแล้วขับ การเข้าถึงกัญชา ทางการแพทย์และนำไปใช้อย่างผิด ๆ ของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชน โอกาสของการเพิ่มขึ้นของการ ใช้ยาเสพติดอื่น ๆ เป็นต้น

ข. มาตรา 20 ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562⁽¹⁾ กำหนดให้คณะกรรมการ ควบคุมยาเสพติดให้โทษทำการประเมินผลการดำเนินงาน เกี่ยวกับการอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองกัญชาทุกหกเดือน เพื่อให้คณะกรรมการ ใช้ประกอบการเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขพิจารณาทบทวนหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการ อนุญาตให้เหมาะสมต่อไป

สรุป: นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ใน สังคมไทย การสร้างและใช้ความรู้สนับสนุนการพัฒนาจะ ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก ดีกว่าปล่อยให้ระบบใหม่ ดำเนินไปอย่างไม่มีความรู้และไม่สร้างความรู้แล้วค่อยมา แก้ปัญหาภายหลัง ซึ่งก็จะมีข้อมูลและความรู้ที่ดีพอ สำหรับการแก้ปัญหาอยู่ดี การวิจัย คือการหาความรู้ในสิ่ง ที่ยังไม่รู้ เช่น กัญชาในรูปแบบใด ส่วนผสมอย่างไร เหมาะ กับโรคหรืออาการอะไร ยาที่ผลิตขึ้นในประเทศไทยได้ผล หรือไม่อย่างไร ระบบการเฝ้าระวัง คือการจัดระบบให้ได้ มาซึ่งข้อมูลที่จะทำให้ทราบได้ว่าสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น เป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยที่ควรได้รับกัญชาทางการแพทย์ ได้รับจริงหรือไม่ เพียงใด ประชาชนและเยาวชนที่ไม่ควร เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์เข้าถึงและนำไปใช้ผิด ๆ เพื่อ ความบันเทิงจริงหรือไม่ เพียงใด เกิดอุบัติเหตุจากการ เมากัญชาทางการแพทย์จริงหรือไม่ เพียงใด เกิดการแพร่ ระบาดของกัญชาเพื่อความบันเทิงและการใช้ยาเสพติด อันเป็นผลจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์จริงหรือไม่ เพียงใด⁽¹⁸⁾ รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องถือว่าและ ต้องลงทุนอย่างเพียงพอต่อการจัดให้มีระบบการวิจัยและ เฝ้าระวังเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของ นโยบาย คือต้องทำให้เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อสร้างการเรียนรู้

เพื่อการพัฒนาและนโยบายต่อไป

ประเด็นที่ 7 ประเทศไทยกับโมเดลกัญชาเพื่อ เศรษฐกิจ

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายจากนโยบาย กัญชานานาชาติ คือหนึ่ง ประเทศไทยมีนโยบายกัญชา ทางการแพทย์อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา ระบบการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระบบ กำลังจะต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่นี้ให้ได้ และสอง ขณะนี้มีข้อเสนอโมเดลนโยบายกัญชาเพื่อ เศรษฐกิจเพื่อปากท้องของประชาชน⁽²⁸⁾ โดยเสนอให้ ประชาชนทั่วไปสามารถปลูกกัญชาได้เพื่อจำหน่ายเป็น รายได้ของครัวเรือน คำถาม คือประเทศไทยพร้อมหรือไม่ เหมาะสมหรือไม่ กับนโยบายกัญชาเพื่อเศรษฐกิจ

ข้อเท็จจริง:

ก. ผลประโยชน์มหาศาลทางธุรกิจอยู่เบื้องหลังการ ขยายตัวของอุตสาหกรรมกัญชา ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย ข้อเท็จจริงบางประการดังนี้

1) ข้อมูลทางการตลาดระบุว่าธุรกิจกัญชาเป็นธุรกิจ ขนาดใหญ่ในอนาคต คาดประมาณว่าภายในสิบปี ตลาด ของกัญชาถูกกฎหมายจะขยายตัวไปถึง 57 พันล้าน เหรียญสหรัฐ ภายในปี 2027⁽²⁹⁾

2) สื่อแคนาดาระบุว่าธุรกิจบุหรี่ยี่ห้ออาชีฟักซ์ใหญ่ ระดับโลก Marlboro ใช้เงิน 2.4 พันล้านเหรียญแคนาดา ซื้อบริษัทกัญชาในประเทศแคนาดา⁽³⁰⁾ ซึ่งจะมาด้วยการใช้กลยุทธ์การตลาดชั้นเซียนและความสัมพันธ์ที่แนบ แน่นกับฝ่ายนโยบายในการขยายตลาดกัญชาในประเทศ แคนาดาต่อไป

ข. จากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าหากการควบคุมระบบกัญชาทางการแพทย์หย่อนยาน เช่น การให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาเอง การให้ร้านขายยาสามารถ ขายกัญชาทางการแพทย์ได้โดยไม่มี การควบคุม จะทำให้เกิดการใช้กัญชามากขึ้นในสังคมทั่วไป การอนุญาตให้ ประชาชนสาธารณสุขปลูกกัญชาเพื่อเศรษฐกิจได้ในทุก ๆ ครัวเรือนจะมีระบบการควบคุมไม่ให้เกิดการใช้ผิดเพื่อ

ความบันเทิงจนเสพติดได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เด็กและเยาวชน⁽²¹⁾ เพียงแค่สถานการณ์ปัจจุบันนี้ ก็มีข่าวอันน่าสลดจากการเสพติดกัญชาให้เห็นทางหน้าหนังสือพิมพ์เป็นระยะอยู่แล้ว เช่น “สลด! พ่อบังคับลูกวัย 13 ให้คนข่มขืนแลกกัญชา”⁽³¹⁾ “พ่อทาสกัญชาประสาหลอนฆ่าในไส้ 1 ขวบ”⁽³²⁾ “หลอน!! ลูกพี่กัญชาจนผวาเกรงคนฆ่าแม่เจ็บ”⁽³³⁾ หากในอนาคตประชาชนและเด็กและเยาวชนเข้าถึงกัญชากันทุกครัวเรือน สังคมไทยจะหายนะขนาดไหน

สรุป: ผลประโยชน์มหาศาลทางธุรกิจอยู่เบื้องหลังการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทั่วโลก ธุรกิจสิ่งเสพติดที่เป็นอันตรายกำลังมองหาโอกาสในการขยายโอกาสทางธุรกิจ (ธุรกิจบุหรี่ก้าวเข้ามาในธุรกิจกัญชา เป็นต้น) หายนะที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นก็จะตกอยู่ที่ประชาชนโดยรวม ประสพการณ์กัญชาทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาบ่งบอกชัดเจนว่าการควบคุมที่ย่อนยานก่อให้เกิดผลกระทบทางลบที่ตามมา การกำหนดนโยบายกัญชาเพื่อเศรษฐกิจในประเทศไทยจึงต้องพิจารณาอย่างรอบครอบเป็นอย่างยิ่ง และต้องอยู่บนพื้นฐานของผลประโยชน์ของประชาชนโดยรวม ไม่ใช่ผลประโยชน์ทางธุรกิจของคนส่วนน้อย

ประเด็นที่ 8 บทเรียนจากประสบการณ์การใช้กัญชาและฝิ่นทางการแพทย์ในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา

ประเทศไทยสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ประเทศอื่นได้เพื่อที่จะไม่ต้องพบกับความผิดพลาดที่ควรหลีกเลี่ยงได้ ผู้เขียนเสนอบทเรียนการใช้กัญชาและฝิ่นทางการแพทย์ของประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกาโดยย่อตั้งต่อไปนี้

ข้อเท็จจริง:

ก. บทเรียนจากประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศแคนาดา ซึ่งอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2544) พบว่า

1) มีผู้ป่วยได้รับกัญชาทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษามากขึ้น⁽²⁵⁾

2) ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ว่าโรคหรืออาการใดเหมาะกับการใช้กัญชาทางการแพทย์⁽²⁵⁾

3) เกิดการอ้างว่าป่วยเพื่อให้ได้กัญชาทางการแพทย์และการหาแพทย์หลายคนเพื่อให้ได้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้น และที่จริงแล้ว ไม่รู้ว่ามี การแอบใช้กัญชาทางการแพทย์ไปเพื่อความบันเทิงเล็กน้อยเพียงใด⁽³⁴⁾

4) อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าในเวลาประมาณ 10 ปี ระหว่าง ค.ศ. 1996 ถึง 2005 (พ.ศ. 2539 ถึง 2548) โดยเพิ่มขึ้นจากอัตรา 14 เป็น 31 ต่อแสนประชากร⁽²⁵⁾ ขณะที่อัตราการตรวจพบการใช้กัญชาในผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการตรวจว่ามีสารเสพติดหรือไม่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 โดยเพิ่มจากร้อยละ 36.3 ของตัวอย่างที่ตรวจในปี ค.ศ. 2006–2010 (พ.ศ. 2549–2553) เป็นร้อยละ 41.9 ของตัวอย่างที่ตรวจในปี ค.ศ. 2011–2014 (พ.ศ. 2554–2557)⁽²⁵⁾ อย่างไรก็ตามข้อมูลการเพิ่มขึ้นนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์หรือไม่ก็ได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่บ่งบอกสถานการณ์ก่อนและหลังการมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์เท่านั้น

ข. บทเรียนจากประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งทยอยอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในบางรัฐ Wall MM และคณะ⁽³⁵⁾ พบข้อมูลที่น่าสนใจ คือรัฐที่มีความชุกของการเสพกัญชาในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาสูงกว่าจะมีนโยบายอนุญาตการใช้กัญชาทางการแพทย์ก่อนรัฐที่มีความชุกต่ำกว่า และรัฐที่มีความชุกของการเสพกัญชาสูงจะมีความชุกการเสพกัญชาที่ลดลง แต่รัฐที่มีความชุกของการเสพกัญชาต่ำจะมีความชุกของการเสพกัญชาสูงขึ้นหลังจากที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมาย (ตารางที่ 1) เช่น รัฐ Montana ผ่านกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ในปี ค.ศ. 2004 มีความชุกลดลงจากร้อยละ 12.1 เป็นร้อย-

ตารางที่ 1 ความชุกโดยเฉลี่ยของการใช้กัญชาในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาของเยาวชนอายุ 12-17 ปี ใน 8 รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการผ่านกฎหมายการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Marijuana Law)

รัฐ	ปีที่ผ่าน กฎหมายกัญชา ทางการแพทย์	ก่อน		หลัง		การเปลี่ยนแปลง (หลังลบด้วยก่อน)
		จำนวนครั้งของ ข้อมูลสำรวจ	ความชุกของการใช้ กัญชาโดยเฉลี่ย(%)	จำนวนครั้งของ ข้อมูลสำรวจ	ความชุกของการใช้ กัญชาโดยเฉลี่ย(%)	
1. Montana	2004	1	12.1	4	9.5	-2.5
2. Vermont	2004	1	13.3	4	11.3	-2.0
3. Rhode Island	2006	2	10.8	3	10.0	-0.9
4. New Mexico	2007	2	9.7	3	9.1	-0.6
5. Michigan	2008	3	8.1	2	8.0	-0.0
6. Arizona	2010	4	7.3	1	8.2	+0.9
7. New Jersey	2010	4	6.4	1	8.0	+1.6
8. Delaware	2011	4	7.7	1	10.6	+2.9

แหล่งข้อมูล: ประยุกต์จาก Wall MM และคณะ⁽³²⁾

ละ 9.5 แต่รัฐ Delaware ซึ่งผ่านกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ในปี ค.ศ. 2011 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.7 เป็นร้อยละ 10.6⁽¹⁹⁾ บทเรียนนี้จึงมีความสำคัญมากต่อประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยมีความชุกของผู้ใช้กัญชาเพียงร้อยละ 0.2 ในหมู่ประชากร⁽³⁶⁾ การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยจึงต้องระมัดระวังในทางปฏิบัติเป็นอย่างมากที่จะไม่ปล่อยให้ความชุกของผู้ใช้กัญชาในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มประชากรและเยาวชนที่ไม่ควรได้รับ อันจะนำสังคมไปสู่สังคมที่ใช้กัญชาเพื่อความบันเทิงจำนวนมากต่อไปอย่างไม่สามารถที่จะถอยหลังได้

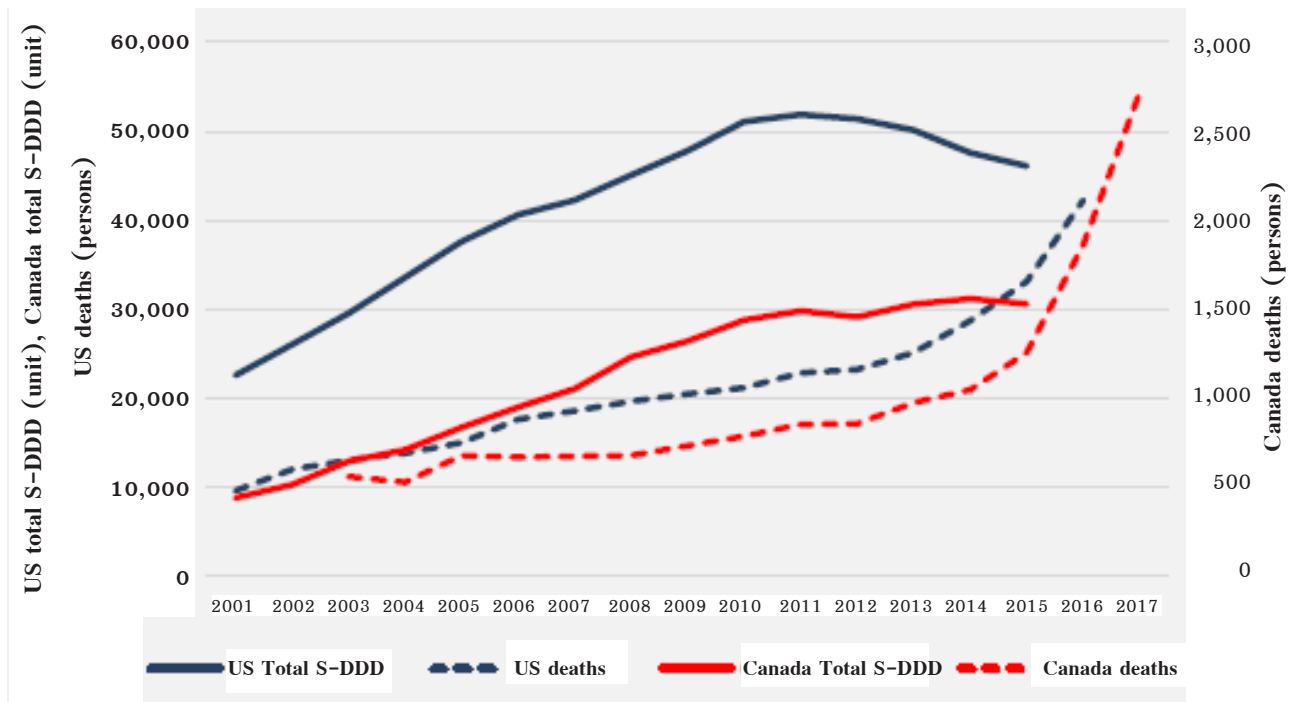
ค. บทเรียนจากการใช้สารสกัดจากฝิ่นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (prescription opioid) ของประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ opioid เกินขนาด (opioid overdose death) และอัตราการใช้สารสกัดจากฝิ่นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (prescription opioid) ในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา⁽³⁶⁾ ซึ่งพบว่าอัตราการสั่งจ่าย prescription opioid เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทั้งสองประเทศ และจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น

อย่างต่อเนื่องเช่นกันและสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามหลังการเพิ่มขึ้นของการสั่งจ่ายยาอยู่หลายปี ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้เสียชีวิตในช่วงปีหลังๆ อย่างก้าวกระโดดทั้งๆ ที่อัตราการสั่งจ่าย opioid ได้เริ่มลดลงว่าเกิดจากการมีการแพร่ระบาดของ fentanyl ในตลาดยาเสพติดผิดกฎหมาย (fentanyl เป็น opioid สังเคราะห์ที่มีความแรงสูงมาก ก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้แม้ใช้ขนาดเพียงเล็กน้อย) เมื่อมีผู้เสพติด opioid มากขึ้นก็จะหันไปใช้ยาเสพติดในตลาดผิดกฎหมายเนื่องจากมีราคาถูกกว่าหรือกรณีที่ไม่สามารถหา prescription opioid จากแพทย์ได้⁽³⁷⁾

สรุป: ด้านบวก ผู้ป่วยที่ควรได้รับกัญชาทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ด้านลบ มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางที่ผิดมากขึ้น เกิดผลกระทบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการเมากัญชามากขึ้น เกิดการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น ในรัฐที่มีความชุกของการเสพกัญชาอยู่ในระดับต่ำ เกิดการใช้ฝิ่นทางการแพทย์ในทางที่ผิดและเกิดการเสียชีวิตจากการใช้ฝิ่นเกินขนาดมากขึ้น ทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่ตอกย้ำให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของ

ภาพที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ opioid เกินขนาด และอัตราการเสียชีวิตจากฝิ่นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในประเทศ แคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2001 ถึง 2015



แหล่งข้อมูล: ประยุกต์จาก Imtiaz S และคณะ⁽³⁶⁾

หมายเหตุ: DDD ย่อจาก defined daily doses ซึ่งหมายถึง ขนาดการยาหนึ่งวันของผู้ใหญ่หนึ่งคน

ประเทศไทยต้องคิดให้ชัดอย่างมากว่าจะทำอะไรให้ประเทศไทยสามารถได้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

บทสรุป

กัญชาทางการแพทย์มีทั้งคุณและโทษ ในขณะที่บางส่วนของกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์ในการช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยเรื้อรังบางอาการ/บางโรค แต่กัญชาเป็นยาเสพติด มีฤทธิ์เสพติดจริง จึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและไม่กล่าวอ้างถึงประโยชน์เกินจริง ประเทศไทยต้องใช้ทั้งมุมมองด้านการแพทย์และการสาธารณสุขควบคู่กันไป ในการดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ คือออกแบบระบบให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์และป้องกันผลกระทบทางลบเชิงระบบที่อาจเกิดกับสังคมโดยรวม ควรมีระบบควบคุมที่เข้มข้นเพียงพอที่จะป้องกันผลกระทบเชิงลบได้ อีกทั้งควรออกแบบให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและแผน

ไทยประสานร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และสุดท้ายประเทศไทยยังไม่ควรก้าวไปสู่โมเดลกัญชาเพื่อเศรษฐกิจ เนื่องจากยังไม่มีระบบควบคุมกำกับที่ดีพอและอาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคมภายหลังอย่างไม่คุ้มค่าได้ และสุดท้ายที่สำคัญมาก คือต้องมีการลงทุนกับการวิจัยและการสร้างระบบเฝ้าระวังผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยอย่างจริงจังและเพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณการสนับสนุนงบประมาณจาก Canadian Institutes of Health Research's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (Canadian Research Initiative on Substance Misuse Ontario Node Grant SMN-13950)

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
2. Hfocus. รว. สธ. ย้ำกฎหมายอนุญาตนำกัญชาไปใช้เฉพาะ ‘ประโยชน์ทางการแพทย์’ เท่านั้น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: hfocus; 27 เม.ย. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2019/04/17119>
3. ไทยรัฐออนไลน์. อนุทิน เห็นต่าง สธ. ยันกัญชาคือสมุนไพร มีค่าทางการแพทย์ไม่ใช่ยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไทยรัฐออนไลน์; 28 พ.ค. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th/news/politic/1578455>
4. Lake S, Kerr T, Montaner J. Prescribing medical cannabis in Canada: are we being too cautious? Canadian Public Health Association 2015;106:e328–e30.
5. Health Canada. Information for health care professionals: cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids [Internet]. Health Canada; 2018 [cited 2018 Dec 10]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/information-medical-practitioners/information-health-care-professionals-cannabis-cannabinoids.html#a4.0>
6. The People. อ.เดชา ศิริภัทร สกัดน้ำมันกัญชา เปลี่ยนสาร “ยี้ม” เป็นสาร “ยา” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: People; 5 เม.ย. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://thepeople.co/decha-siripat-cannabinoid/>
7. กรุงเทพธุรกิจ. ‘หมอธีระวัฒน์’ ยัน ‘กัญชา’ รักษาโรคทางสมองได้ ถูกกว่ายาปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ; 10 มิ.ย. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837386>
8. Chiurchiu V, Stelt MVD, Centonze D, Maccarrone M. The endocannabinoid system and its therapeutic exploitation in multiple sclerosis: clues for other neuroinflammatory diseases. Progress in Neurology 2018;160: 82–100.
9. Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical marijuana programs: implications for cannabis control policy – observations from Canada. Int J Drug Policy 2015;26:15–19.
10. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง กำหนดรื้อรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 94 ง (ลงวันที่ 11 เมษายน 2562).
11. กรุงเทพธุรกิจ. รับรอง ‘น้ำมันกัญชาสูตรเดชา’ เป็นตำรับยาหมอพื้นบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ; 13 มิ.ย. 2562. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837674>
12. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. ศัพท์บัญญัติ สำนักงานราชบัณฑิตยสภา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www.royin.go.th/?page_id=130
13. World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision: the global standard for diagnostic health information [Internet]. [cited 2019 Jun 16]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
14. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Psychiatry 2018;5:987–1012.
15. เพ็ญลักษณ์ ภักดีเจริญ. กัญชารักษาโรค มุม ‘เดชา ศิริภัทร’ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ จุดประกาย; 6 เม.ย. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.judprakai.com/feature/996>
16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: Current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: National Academies Press; 2017.
17. Memedovich KA, Dowsett LE, Spackman E, Noseworthy T, Clement F. The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. CAMH Open 2018;6:e339–e46.

18. Fischer B, Russell C, Rehm J, Leece P. Assessing the public health impact of cannabis legalization in Canada: core outcome indicators towards in 'index' for monitoring and evaluation. *J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 15]; fdy090. doi: 10.1093/pubmed/fdy090. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article-abstract/doi/10.1093/pubmed/fdy090/5025670>
19. ไทยพีบีเอส. เดิน cannabis 268-kilometre walk for patients [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ไทยพีบีเอส; 21 พ.ค. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://news.thaipbs.or.th/content/280221>
20. Singh M. ACMPR vs MMPR vs MMAR: Canadian Cannabis Regulation simplified. Toronto, Ontario: Apollo; 2016.
21. Pacula RL, Powell D, Heaton P, Sevigny EL. Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details. *J Policy Anal Manage* 2015;34:7-31.
22. คณะกรรมาธิการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานแพทย์แผนไทยกันเถาะ [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 5 ม.ค. 2553 [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=8>
23. มหาวิทยาลัยรังสิต. วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก [อินเทอร์เน็ต]. จังหวัดปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; ไม่ระบุวันที่ [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www2.rsu.ac.th/faculty/College-of-Oriental-Medicine>
24. Boehnke KF, Gangopadhyay S, Clauw DJ, Haffajee RL. Qualifying conditions of medical cannabis license holders in the United States. *Health Affairs* 2019;38:295-302.
25. Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. Canadian drug summary: cannabis. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction; 2018.
26. Rehm J, Mantney J, Sornpaisarn B. Medical marijuana, quo vadis? Ontario, Canada: Centre for Addiction and Mental Health; 2019.
27. Abuhassira R, Shbiroa L, Landschaft Y. Medical use of cannabis and cannabinoids containing products – Regulations in Europe and North America. *European Journal of Internal Medicine* 2018;48:2-6.
28. MSN ข่าว. “ภูมิใจไทย” ชูนโยบาย “ปลูกกัญชาเสรี” ชี้ ช่วยปัญหาปากท้องคนไทยได้ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: Nation; 18 ม.ค. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.msn.com/th-th/news/national/ภูมิใจไทย-ชูนโยบาย-ปลูกกัญชาเสรี-ชี้-ช่วยปัญหาปากท้องคนไทยได้/ar-BBSmSXX>
29. Pellechia T. Legal cannabis industry poised for big growth, in North America and Around the World [Internet]. [cited 2019 Jun 24]. Available from: <https://www.forbes.com/sites/thomaspellechia/2018/03/01/double-digit-billions-puts-north-america-in-the-worldwide-cannabis-market-lead/#6a6402bb6510>
30. Canadian Press. Marlboro maker places \$2.4B bet on Canadian marijuana company (news), 7 December 2018 [Internet]. [cited 2018 Dec 10]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/business/altria-group-marlboro-cannabis-cronos-1.4936531>
31. เดลินิวส์. สลด! พ่อบังคับลูกวัย 13 ให้คนข่มขืนแลกกัญชา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: เดลินิวส์; 4 เม.ย. 2562. [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dailynews.co.th/regional/704879>
32. ไทยรัฐออนไลน์. พ่อทาสกัญชา ประสาทหลอน ฆ่าในไส้ 1 ขวบ [Internet]. กรุงเทพมหานคร: ไทยรัฐออนไลน์; 16 พ.ย. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 2562 มิ.ย.16]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th/content/216952>
33. ข่าว 8. หลอน!! ลูกพี่กัญชาจนผวาเกรงคนมาฆ่า แหว่งพ่อแม่เจ็บ” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ข่าว 8; 3 พ.ค. 2560 [สืบค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.thaich8.com/news_detail/33039
34. Janus A. Medical marijuana regime is ‘bad medicine,’ CMA head warns [Internet]. CTVNews.ca; 18 August 2014 [cited 2019 Jun 16]. Available from: <https://www.ctvnews.ca/health/medical-marijuana-regime-is-bad-medicine-cma-head-warns-1.1964794>
35. Wall MM, Mauro C, Hasin D, Keyes KM, Cerda M, Martins SS, Feng T. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass

- medical marijuana laws: commentary on Stolzenberg et al (2015) and reanalysis of US National Survey on Drug Use in Households data 2002–2011. *Int J Drug Policy* 2016;29:9–13.
36. Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Likhitsathian S, Thaikla K, Kanato M, Perngarn U, et al. Trends in the use of illicit substances in Thailand: results from national household surveys. *Drug and Alcohol Review* 2018; 37:658–63.
37. Imtiaz S, Shield KD, Fischer B, Elton–Marshall T, Sornpaisarn B, Rehm J. Recent increases in opioid overdose deaths in North America explained by levels of prescription opioid use: implications for prevention and policy. Ontario, Canada: Centre for Addiction and Mental Health; 2019.

Abstract: Think Clearly about the Medical Cannabis Policy in Thailand

Bundit Sornpaisarn, M.D., FRCPSy–Thai, M.P.H., Ph.D.*,; Jakob Manthey, Ph.D. candidate***; Jürgen Rehm, Ph.D.*,**,*****

* *Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada;* ** *Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada;* *** *Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany*

Journal of Health Science 2019;28:755–66.

On 18 February 2019, for the first time in their history Thailand enacted a law governing medical marijuana use. Various related stakeholders are subsequently forced to think clearly in order to design and implement health and social systems so as to get the most benefits and to protect potential negative consequences caused by this policy. This article is a literature review and synthesis of important provocative ideas for societal discourses. The current trends indicated that the use of cannabis for strictly medical reasons has both pros and cons. There are also equal for and against views expressed by the people towards the medical marijuana policy. Hence, it is necessary and important to create a mutual understanding within Thai society. While there are some components of cannabis that can be used to treat patients with some chronic symptoms or diseases, the fact that it can result in possible addiction cannot be ignored. Care should be taken when using cannabis for medical purposes and it should not be abused. Thailand has to apply both medical and public health perspectives in dealing with the medical cannabis policy aiming to provide benefits to relevant patients and to prevent negative consequences that can affect society in general. In addition, the general and traditional medical systems should work together in harmony to ensure that patients get the most benefit from medical cannabis. Furthermore, Thailand should not apply the economic cannabis model since there are no adequate control systems in place yet and that fact may create some serious negative irreversible consequences to Thai society. Finally and most importantly, Thailand should seriously and sufficiently invest in research on medical cannabis treatment for Thais and surveillance systems to evaluate both positive and negative impacts of this new policy in an effort to aim for what is best for Thai society.

Keywords: cannabis, marijuana, substance, medical, policy, Thailand