

กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์



น.ส.พิชญากร จ่างจันทรา

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Driving Mechanism for Khumuang Hospital Medical Cannabis



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์

กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน

โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

โดย

น.ส.พิชญากร จำจันทรา

สาขาวิชา

รัฐประศาสนศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ ดร.วгор พัวพันสวัสดิ์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริพรรณ นกสวน สวัสดิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.วгор พัวพันสวัสดิ์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกริช สังขมณี)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ศิริมา ทองสว่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พิชญากร จ่างจันทรา : กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง
จังหวัดบุรีรัมย์. (Driving Mechanism for Khumuang Hospital Medical Cannabis) อ.ที่
ปรึกษาหลัก : อ. ดร.วGOR พัวพันสวัสดิ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ใช้วิธีการศึกษาจากการค้นคว้าจากเอกสาร การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลคูเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลินเพื่อชุมชน จำนวน 9 ท่าน

ผลการวิจัยพบว่า การขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีจุดเริ่มต้นจากผู้อำนวยการตัดสินใจรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิด “บุรีรัมย์โมเดล” โดยร่วมมือกับวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลินเพื่อชุมชนปลูกกัญชา ผลิตยาก็กัญชา และให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตัวแสดงสำคัญจำแนกออกได้เป็น 7 กลุ่ม คือ นักการเมืองและผู้ทรงอิทธิพลทางการเมือง หน่วยงานภาครัฐ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ กลุ่มนักวิชาการ ภาคเอกชน ชุมชน และประชาชนผู้รับบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการเมืองและสังคม ทัศนคติต่อนโยบายของผู้มีอำนาจไปปฏิบัติ และเครือข่ายความร่วมมือ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ประชาชนยังเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้น้อย เนื่องจากการผูกขาดการจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์โดยภาครัฐ และแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ให้การยอมรับกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาทางการแพทย์ สร้างการยอมรับนโยบายในระดับหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูง และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และจัดระบบกระจายผลิตภัณฑ์กัญชาให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึง และเพียงพอ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6180988024 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD: Policy, medical cannabis, medical cannabis clinic

Phitchayaphorn Jangjuntra : Driving Mechanism for Khumuang Hospital Medical Cannabis.

Advisor: Vong-on Phuaphansawat, Ph.D.

This study is a qualitative research study. The purposes are as follows: 1) to study the implementation processes of the medical cannabis policy through the medical cannabis clinic of Khu Muang Hospital in Buriram Province, 2) to analyze the problems and obstacles of the implementation, and 3) to investigate the guidelines and suggestions for solving the problems in order to improve the operations of the medical cannabis clinic in the medical service centers in Thailand. The documentary research, non-participant observation and structured interview were conducted. There were nine informants from Khu Muang Hospital, Buriram Provincial Public Health Office and Play La Ploen Herbal Development Center Enterprise for Community.

It was found that the medical cannabis clinic of Khu Muang Hospital in Buriram Province started from the organization's leader who accepted and implement the policy under the concept of the "Buriram model" with the cooperation with Play La Ploen Herbal Development Center Enterprise for Community in order to produce medical cannabis and to provide medical cannabis services. The main actors could be classified into seven groups: politicians and political influencers, public organizations, public officers, academicians, private sector, communities and service users. The factors of success were the political and social conditions, implementers' attitudes towards the policy, and collaboration networks. The problems and obstacles were that the people rarely accessed to the medical cannabis because of the monopoly of the distribution of the cannabis by the public sector and most physicians did not accept the medical cannabis. Suggestions : The research studies about the benefits and drawbacks of the medical cannabis should be promoted and supported. The acceptance of the policy at the organizational level should be focused, particularly top managers and service providers. The cannabis distribution system should be efficient, complete and sufficient for patients' needs.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากความช่วยเหลืออย่างยิ่งของ อาจารย์ ดร.วงอร พัวพันธ์สวัสดิ์ ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่คอยให้คำชี้แนะตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นของการจัดทำสารนิพนธ์ แนะนำหนังสือที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนโครงร่างสารนิพนธ์และกำหนดแนวทางการศึกษา ให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหาหรือเงื่อนงำที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา รวมถึงแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการปรับปรุงและพัฒนาสารนิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้อันทรงคุณค่า ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการจัดทำสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สิริพรรณ นกสวน สวัสดิ์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และกรรมการทุกท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกริช สังขมณี และอาจารย์ ดร. ศิริมา ทองสว่าง ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่ามาให้ความรู้และข้อชี้แนะเพื่อการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรจากโรงพยาบาลคูเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน ทุกท่านที่ได้สละเวลาให้สัมภาษณ์ แบ่งปันข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์อย่างเต็มที่ แม้ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและคอยให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนประสานงานกับคณาจารย์ตลอดกระบวนการเรียนการสอนและการจัดทำสารนิพนธ์

และท้ายที่สุด ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนร่วมรุ่นที่ 49 และผู้ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลจนสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

พิชญากร จ่างจันทรา

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 คำถามการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
2.1 การเมืองท้องถิ่นกับการกำหนดนโยบาย.....	5
2.2 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ	6
2.3 ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ	8
2.4 แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบ Top-Down และ Bottom-Up	9
2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	11
2.6 การบริหารห่วงโซ่อุปทาน.....	13

2.7 ภูมิหลังของกัญชา	14
2.8 กัญชาทางการแพทย์	21
2.9 คลินิกกัญชาทางการแพทย์.....	51
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	69
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	70
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	70
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
3.4 การตรวจสอบข้อมูล.....	71
3.5 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล.....	71
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	72
4.1 การก่อรูปนโยบายกัญชาทางการแพทย์.....	72
4.2 กัญชา - นิรโทษกรรม (ไม่) สุดซอย	75
4.3 ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ “กัญชาทางการแพทย์”	77
4.4 บุริรัมย์โมเดล - การต่อสู้อะหว่างการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติ.....	83
4.5 กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง	91
4.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์	104
4.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน.....	111
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	114
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	114
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	120
5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	121
บรรณานุกรม.....	122
ประวัติผู้เขียน.....	128



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สถิติผลการจับกุมคดียาเสพติด จำแนกตามชนิดยาเสพติด จำนวนคดี จำนวนผู้ต้องหา น้ำหนักของกลาง และข้อหา พ.ศ. 2552 - 2561 ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม	32
ตารางที่ 2 บัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย	44
ตารางที่ 3 ข้อบ่งใช้ตำรับยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่	64
ตารางที่ 4 ปรับปรุงจากสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2557 – 2562	85



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ...	9
ภาพที่ 2 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ	11
ภาพที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	13
ภาพที่ 4 ส่วนประกอบของต้นกัญชา ที่มา : Leafly.com	15
ภาพที่ 5 สารสำคัญในกัญชา และการออกฤทธิ์ ที่มา : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	21
ภาพที่ 6 จำนวนข้อความที่มีการพูดถึง “กัญชา” บนโลกออนไลน์	50
ภาพที่ 7 องค์ประกอบการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)	52
ภาพที่ 8 ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ ของกัญชาทางการแพทย์ (ห่วงโซ่อุปทาน : Supply Chain)	78
ภาพที่ 9 บุริรัมย์โมเดล (ปรับปรุงจากข้อมูลเอกสารของโรงพยาบาลคูเมือง).....	87
ภาพที่ 10 กระบวนการปลูกและผลิตยา กัญชา	102
ภาพที่ 11 ขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง	102

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

กัญชา เป็นพืชที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนานและมีถิ่นที่หลายหลาย ทั้งในเชิงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม หลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยจัดประเภทให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่ห้ามนำมาใช้ประโยชน์ในทางใด การใช้กัญชาในอดีตที่เคยมีอยู่เป็นการทั่วไป ถูกควบคุม ปราบปราม และลงโทษทางกฎหมายตามเหตุแห่งความผิดดังเช่นยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ภาพลักษณ์ของ ผู้เสพกัญชาถูกถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้ของสังคม สื่อมวลชน หรือแม้กระทั่งบทเพลง ซึ่งสังคมล้วนไม่ให้การยอมรับ และมองว่าพฤติกรรมการเสพกัญชาเป็นอาชญากรรมทางสังคม แต่กระนั้นก็ยังคงพบการลักลอบเสพ ครอบครอง ปลูก ผลิต และจำหน่าย การนำมาใช้เป็นเครื่องประกอบอาหาร และการบำบัดรักษาโรคอยู่เสมอ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

เมื่อค่านิยม ความเชื่อที่มีต่อกัญชาของโลกเริ่มเปลี่ยนไป ข้อมูล ข้อเท็จจริงต่าง ๆ เริ่มชี้ให้เห็นว่า สารสำคัญในกัญชามีประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคและบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้ เริ่มมีการเปรียบเทียบว่าการเสพกัญชาไม่ได้ร้ายแรงไปกว่าการดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่มากนัก ซึ่งทั้งสองประเภท ล้วนได้รับอนุญาตให้ใช้ได้อย่างเสรี ประกอบกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของการเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครองลง จึงทำให้เกิดกระแสกัญชาฟีเวอร์ในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก และส่งผลให้เกิดแรงกระเพื่อมมาถึงประเทศไทย “สิทธิของผู้ป่วย ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดย ไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ” ถูกภาคส่วนประชาชน นักวิชาการ และคณะแพทย์ ส่วนหนึ่ง หยิบยกขึ้นมาใช้ในการเรียกร้องให้แก้ไขกฎหมายปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรคได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายภายใต้ การควบคุมของแพทย์ จนนำมาซึ่งการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 และตามมาด้วยนโยบายกัญชาเสรีเป็น นโยบายหาเสียงของพรรคภูมิใจไทย ทำให้กัญชากลายเป็นประเด็นที่คนในสังคมให้ความสนใจ และก่อให้เกิดกระแสการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง ซึ่งมีทั้งกลุ่มคนที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เรื่อง “นโยบายกัญชา” โดย “นิด้าโพล” ซึ่งทำการสำรวจระหว่างวันที่ 18 – 19 กรกฎาคม 2562 จากประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กระจายทุกภูมิภาค ระดับการศึกษา และอาชีพทั่วประเทศ จำนวน 1,257 คน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.03) ค่อนข้างเชื่อว่ากัญชาสามารถรักษาโรคร้ายแรงได้ โดยมองว่าควรอนุญาตให้แพทย์แผนปัจจุบัน

เป็นผู้ผลิตยาเสพติดและนำไปใช้รักษาโรคได้ (ร้อยละ 65.73) และวัตถุประสงค์ที่รัฐบาลควรกำหนดเกี่ยวกับนโยบายกัญชา คือ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการรักษาโรค (ร้อยละ 82.68) โดยไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ปลูกกัญชาเสรีได้บ้านละ 6 ต้น อีกทั้งยังขาดความเชื่อมั่นว่ารัฐบาลจะสามารถควบคุมการปลูก/การใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาให้เป็นไปตามกฎหมาย (ร้อยละ 51.10)¹

ต่อมาหลังการจัดตั้งคณะรัฐมนตรีคณะที่ 62 หรือคณะรัฐมนตรีประยุทธ์ 2 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2562 รัฐบาลได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 โดยแบ่งเป็นนโยบายหลัก 12 ด้าน และนโยบายเร่งด่วน 12 ด้าน นโยบายกัญชา ถูกกำหนดไว้ในนโยบายเร่งด่วนข้อที่ 2 การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และข้อที่ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม (4.1) แรงศึกษาวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยี “กัญชา” “กัญชง” รวมถึง พืชสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ จึงเป็นที่มาของการกำหนดนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในเวลาต่อมา โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก นำโดย นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเริ่มขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของรัฐบาลดังกล่าว อีกทั้งในแง่หนึ่งก็เป็นดำเนินการตามนโยบายกัญชาเสรีที่เคยหาเสียงไว้ในช่วงเลือกตั้งของพรรคภูมิใจไทย

ท่ามกลางความขัดแย้งต่อแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ในช่วงรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา 2 ได้เริ่มขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยได้เพิ่ม “สาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์” เป็นสาขาที่ 20 ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลน่านร่อง กระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อหวังเป็นแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์กัญชาทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยไปยังผู้ป่วยที่มีความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเลือกให้เป็น 1 ใน 19 โรงพยาบาลน่านร่องเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ภายใต้ชื่อ “Khumuang Hospital Medical Cannabis” ดำเนินงานภายใต้กรอบ “บุรีรัมย์โมเดล” ซึ่งเริ่มให้บริการในวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา นอกจากนี้ ยังเป็น 1 ใน 22 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำริบหมอบ้าน (สูตรอาจารย์เดชา) อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้รับมาตรฐาน GMP-WHO²

¹ "นโยบายกัญชา," 2562, <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=669>.

² GMP (Good Manufacturing Practice) หมายถึง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตาม และทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงที่อาจทำให้อาหารเป็นพิษ เป็นอันตราย หรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค รับรองโดย กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในการผลิตยา และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลชุมชนที่ร่วมมือกับวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่เพื่อปลูกัญชาทางการแพทย์อีกด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นถึงกระบวนการนโยบายตั้งแต่การก่อตัวของนโยบาย การแสดงบทบาทของทางการเมืองและทางวิชาการ ของกลุ่มต่าง ๆ จนกำหนดเป็นนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ท่ามกลางความคิดเห็นของสังคมที่มีความแตกต่าง จึงเป็นเรื่องท้าทายต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างยิ่ง ที่จะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่รัฐบาลได้กำหนดไว้ โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ว่ามีกระบวนการอย่างไร โดยใช้กรณีศึกษาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการบริหารจัดการระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ อันเชื่อมโยงถึงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.3 คำถามการวิจัย

การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีกระบวนการอย่างไร

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

กระบวนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นศึกษากรณีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเริ่มตั้งแต่การจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2563 โดยระยะเวลาในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกกัญชาทาง

การแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ตลอดจนหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงานผลการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2563

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

สามารถอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป



บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 การเมืองท้องถิ่นกับการกำหนดนโยบาย

การปกครองท้องถิ่นกับรัฐ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลาและอย่างกว้างขวาง การเปลี่ยนแปลงของรัฐ รูปแบบของรัฐ การปกครองของรัฐ นโยบายของรัฐ ฯลฯ ย่อมมีผลต่อการปกครองท้องถิ่น ในทางกลับกัน การเปลี่ยนแปลงของการปกครองท้องถิ่น ทั้งในทางเศรษฐกิจ การเมือง และในทางสังคมวัฒนธรรม ย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของรัฐในภาพรวมทั้งหมดด้วย³ และในอีกแง่หนึ่ง การปกครองท้องถิ่นเองก็เปรียบเสมือนสถาบันฝึกสอนการเมืองการปกครองให้แก่ประชาชน เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดและสัมผัสกับประชาชนมากที่สุด ประชาชนสามารถสะท้อนความคิดเห็นหรือเรียกร้องความต้องการผ่านตัวแทน คือ นักการเมืองท้องถิ่น ซึ่งสามารถรับรู้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้รวดเร็ว มีความเข้าใจในลักษณะของพื้นที่ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพสังคมของชุมชนท้องถิ่น รวมถึงสามารถเป็นกระบอกเสียงส่งต่อไปยังการเมืองระดับชาติได้โดยมีฐานเสียงสนับสนุนในท้องถิ่น เป็นเครื่องมือเจรจาต่อรอง หรืออาจมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ขัดแย้งแข่งขันกันก็ได้ ปฏิสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวโยงกันเช่นนี้ จึงทำให้การเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติไม่อาจแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาดมากนัก

ในกระบวนการกำหนดนโยบาย (Policy making process) ทั้งนโยบายระดับชาติและท้องถิ่นต่างก็สะท้อนให้เห็นสภาพการเมืองและโครงสร้างอำนาจทางสังคมได้อย่างชัดเจนที่สุด การจัดสรรทรัพยากรถูกตัดสินใจโดยใคร เมื่อไร อย่างไร นักวิเคราะห์นโยบาย เช่น Linblom, Lineberry และ Sharkansky, Jones, Caputo, Droy, Dye, Caiden และ Wildavsky มีแนวคิดที่สอดคล้องกันว่า กระบวนการกำหนดนโยบายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและถูกครอบงำโดยชนชั้นผู้ปกครองที่มีอำนาจในสังคม⁴ แม้การเลือกตั้งจะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายทางอ้อมผ่านตัวแทน แต่ท้ายที่สุดจะมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมและตัดสินใจในนโยบาย ในระดับการเมืองท้องถิ่น (local politics) ก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ สะท้อนถึงสภาพทางการเมืองในท้องถิ่นว่ามีลักษณะอย่างไร มีวัฒนธรรมทางการเมืองอย่างไร มีวัฒนธรรมการเมืองแบบปรึกษาหารือ (Deliberative) ซึ่งพัฒนามาจากรากฐานองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง วัฒนธรรมการเมืองแบบแข่งขันรุนแรง (Fragmented and volatile competition) ซึ่งพัฒนามาจากการแย่งชิงและยึดครองฐานเสียงและผลประโยชน์ทางการเมืองระหว่างกลุ่มการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น หรือ วัฒนธรรมการเมืองแบบรวมศูนย์-ผูกขาด

³ "รัฐกับการปกครองท้องถิ่น," 2552, <https://bit.ly/2A5R5cm>.

⁴ พชร สิริโรส, พลวัตนโยบายสาธารณะ : จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน (กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2556).

อำนาจทางการเมือง (*Monopolistic and centralized political culture*) ซึ่งพัฒนามาจากการรวมศูนย์อำนาจและการจัดระบบความสัมพันธ์ทางการเมืองการปกครองแนวตั้งในอดีต

กระบวนการกำหนดนโยบาย ซึ่งประกอบด้วย 1) *การระบุปัญหาและการนิยามปัญหา (Problem Identification and Definition)* ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการนโยบาย การรับรู้เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นตัวกำหนดและให้คำจำกัดความว่า “อะไรคือปัญหา” ที่จะถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อแสวงหาทางเลือกนโยบายต่อไป 2) *การนำปัญหาเข้าสู่ผู้กำหนดนโยบาย (Agenda – setting)* เหตุการณ์ที่ถูกตีความว่าเป็นปัญหาจะเข้าถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้มองเห็นปัญหา และบุคคลที่มีอำนาจตัดสินใจระดับนโยบายอยู่ในระบบการเมืองที่ต้องตอบสนองต่อกลุ่มที่ถูกกระทบจากเหตุการณ์นั้นหรือไม่ ซึ่งประเด็นปัญหาที่ได้รับการคัดเลือกนั้นมักเป็นประเด็นปัญหาที่ปลอดภัย (ไม่น่าจะส่งผลกระทบทางลบ) หรือประเด็นปัญหาที่มีเสียงสนับสนุนจากหลาย ๆ กลุ่ม 3) *การสร้างและก่อตัวของนโยบาย (Policy Formulation and Policy Proposals)* ในประเทศกำลังพัฒนา การขาดแคลนทรัพยากรทำให้กระบวนการก่อตัวนโยบายมีลักษณะเป็นการเมืองอย่างมาก และมีกรรมอำนาจไว้ที่ผู้นำทางการเมืองและข้าราชการ 4) *การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)* เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ว่าใครได้/ใครเสีย กลุ่มผลประโยชน์มักมีอิทธิพลในขั้นตอนนี้ โดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้กำหนดนโยบาย และผู้นำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อรักษาผลประโยชน์ของตน และบ่อยครั้งที่อิทธิพลทางการเมืองของรัฐบาลและผู้นำระดับท้องถิ่นเข้ามาแทรกแซงกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ 5) *การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation)* ส่งผลต่อการคงอยู่ของสถาบัน และเป็นข้อมูลป้อนกลับเพื่อการตัดสินใจนโยบายต่อไปว่าจะขยายผล ปรับปรุง หรือล้มเลิกนโยบาย⁵ ซึ่งกระบวนการกำหนดนโยบายเหล่านี้มีการเจรจาต่อรองเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ดังนั้น จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงประเด็นทางการเมืองในกระบวนการนโยบายได้เลย โดยในระดับชาตินั้นตัวแสดงสำคัญ คือ นักการเมือง ข้าราชการ กลุ่มผลประโยชน์ และภาคประชาสังคม ส่วนตัวแสดงทางการเมืองท้องถิ่นที่มีบทบาทหลัก ได้แก่ นักการเมืองท้องถิ่น ภาคราชการส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม เช่น ผู้นำชุมชน หรือบุคคลที่ได้รับการเคารพยกย่องจากสมาชิกชุมชน ชนชั้นนำทางสังคมเหล่านี้มักมีผู้อยู่ภายใต้อุปถัมภ์จำนวนมาก ส่งผลให้สามารถกุมนโยบายการตัดสินใจในระดับท้องถิ่นได้⁶

2.2 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ ความเชื่อมโยง การพึ่งพา และความเป็นอิสระขององค์กรและบุคคล หน่วยงานที่ให้บริการระดับล่างมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับ

⁵ พัชรีย์ สิโรตส, พลวัตนโยบายสาธารณะ : จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน.

⁶ "นักการเมืองท้องถิ่น ", 2562, <https://bit.ly/386Uq7l>.

หน่วยงานระดับสูงของรัฐ แต่ก็มีอิสระในการดำเนินงานของตนเองมากพอสมควร กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ จำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

2.2.1 การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค (Macro Implementation) คือ หน่วยงานระดับสูง ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและต้องทำให้หน่วยงานระดับล่างนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้วิธีที่เหมาะสม นโยบายระดับมหภาคส่วนใหญ่มักอาศัยการนำไปปฏิบัติโดยหลายหน่วยงาน โดยมีขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอน คือ 1) การแปลงนโยบายออกเป็นแนวทางการปฏิบัติ แผนงาน/โครงการ โดยระบุให้มีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม 2) การทำให้หน่วยงานระดับล่างยอมรับแนวปฏิบัติ แผนงาน/โครงการ และนำไปปฏิบัติต่อ

ปัญหาที่สำคัญของการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ หน่วยงานระดับสูงไม่สามารถทำให้หน่วยงานระดับล่างนำนโยบายไปปฏิบัติได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ทำให้เกิดความล้มเหลวหรือล่าช้า โดยมีเหตุปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) ความขัดแย้งของเป้าหมาย (goal discrepancies) ความคลุมเครือ ขาดความเฉพาะเจาะจง หรือความหลากหลายในเป้าหมายของนโยบาย 2) การให้ความสนับสนุนหรือให้อำนาจในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน (influence and authority differentials) 3) การขาดแคลนทรัพยากร (resource deficiencies) 4) อุปสรรคด้านการสื่อสารระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร (communication difficulties among organizations) เช่น ระดับความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนความร่วมมือในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.2.2 การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค (Micro Implementation) เริ่มต้นจากหน่วยงานระดับล่างรับนโยบาย แผนงาน/โครงการ แล้วนำมาแปลงเป็นแนวทางการปฏิบัติงานเป็นการประสานประโยชน์ระหว่างหน่วยงานเจ้าของนโยบายกับหน่วยงานระดับล่าง หรือที่เรียกว่า “การปรับตัวเข้าหากันและกัน” กระบวนการปรับตัวอาศัยการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) ขั้นการระดมพลัง (mobilization) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การพิจารณารับนโยบาย โดยมีหลักเกณฑ์ คือ ความเร่งด่วนและตรงกับเป้าหมายของหน่วยงาน และการแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิกในหน่วยงานบุคคลสำคัญ หรือหน่วยงานอื่น ๆ สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในท้องถิ่น เพื่อร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2) ขั้นการปฏิบัติ (deliverer implementation) คือ การปรับเปลี่ยนนโยบายที่ได้รับการยอมรับแล้วให้เป็นการปฏิบัติจริง โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล การให้บริการหรือรูปแบบการปฏิบัติงานจึงแตกต่างกันและหลากหลาย ซึ่งหน่วยงานระดับล่างต้องแสวงหาวิธีการปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันตามที่หน่วยงานพึงประสงค์ 3) ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (institutionalization/continuation) คือ

การที่นโยบายยังคงมีการปฏิบัติต่อไปในระยะยาว ถึงแม้ว่าระยะเวลาของนโยบายสิ้นสุดลงแล้วก็ตาม เนื่องจากนโยบายได้ถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับจนเป็นหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติไปแล้ว⁷

2.3 ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

องค์กรและผู้เกี่ยวข้องที่มีบทบาทและอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งมีผลต่อการผลักดันให้นโยบายประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว นั้น ประกอบด้วย 4 ฝ่าย ได้แก่⁸

2.3.1 ฝ่ายการเมือง ได้แก่ รัฐสภา คณะรัฐมนตรี เป็นผู้เสนอและกำหนดนโยบาย รวมถึงกำหนดขอบเขตในการนำนโยบายไปปฏิบัติในรูปแบบของ การออกกฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี กฎกระทรวง ตลอดจนระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ และการมอบหมายสั่งการให้มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากนโยบายใดได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากฝ่ายการเมืองย่อมมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จมากกว่านโยบายที่ไม่ได้รับความสนใจ

2.3.2 หน่วยงานราชการ มีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะผู้กำหนดนโยบาย เนื่องจากเป็นผู้วิเคราะห์ รวบรวม และป้อนข้อมูลประกอบการตัดสินใจให้แก่ฝ่ายการเมือง และในฐานะผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ คือ รับนโยบายจากฝ่ายการเมืองกำหนดแปลงลงสู่การปฏิบัติจริงไปจนถึงหน่วยงานระดับล่างและผู้ปฏิบัติ หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานราชการต่อนโยบายมักสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้น ๆ บ่อยครั้งที่นโยบายหนึ่งจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพจึงจะประสบความสำเร็จ

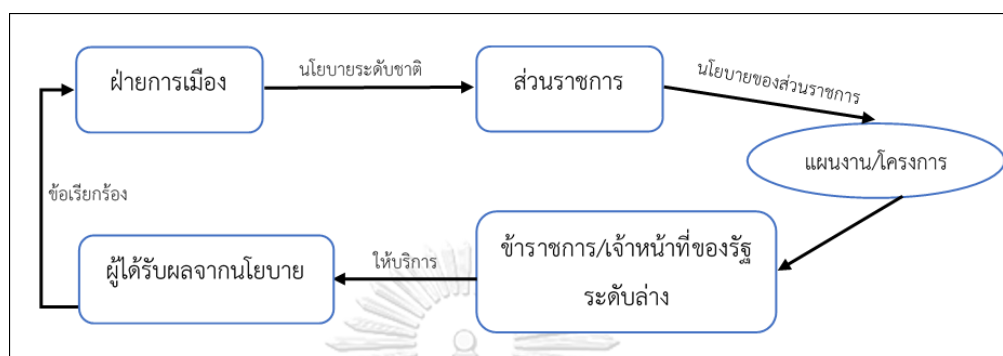
2.3.3 ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติจริง บทบาทในองค์กรที่แตกต่างกัน เช่น ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารโครงการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ส่งผลให้แรงจูงใจ ค่านิยม เป้าหมาย และความผูกพันต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายแตกต่างกัน ซึ่งผู้บริหารระดับสูงขององค์กรมีความสำคัญอย่างมากต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติเนื่องจากเป็นผู้กำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนนโยบายว่าจะให้การสนับสนุนมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานก็ถือเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของนโยบาย เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีอิสระอย่างมากที่จะใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจว่าจะแสดงออกพฤติกรรมการทำงานอย่างไร ซึ่งผลการปฏิบัติงานเหล่านี้จะนำมาซึ่งความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจของประชาชนที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน องค์กร และนโยบาย

⁷ วรเดช จันทรร, ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ, 4 ed. (กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย (TURA), 2552).

⁸ วรเดช จันทรร, ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.

2.3.4 ผู้ได้รับผลจากนโยบาย ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่ม ภาคส่วนเอกชน ภาคส่วนองค์กรที่ไม่ได้แสวงหาผลกำไร บุคคลเหล่านี้จะมีบทบาทและอิทธิพลต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมากขึ้น เมื่อมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มผลประโยชน์

สามารถแสดงความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ฝ่ายต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

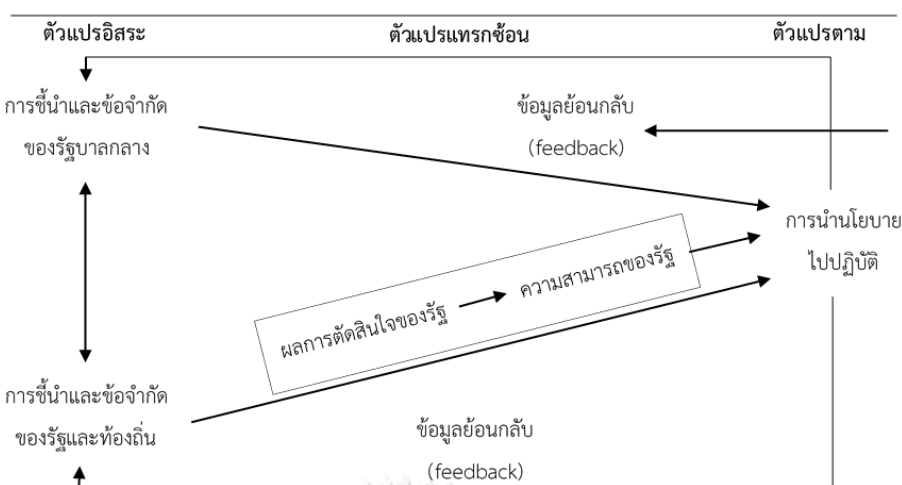
2.4 แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบ Top-Down และ Bottom-Up⁹

2.4.1 แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบจากบนลงล่าง (Top-Down Perspective) แนวคิดกลุ่มนี้มองตัวนโยบายเป็นศูนย์กลาง (Policy-centered) เน้นการรวมอำนาจและการควบคุมจากส่วนกลาง ผู้กำหนดนโยบายสามารถออกแบบขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของนโยบายได้อย่างเฉพาะเจาะจง สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ความสำเร็จของนโยบายขึ้นอยู่กับการวางระบบกลไกที่แน่นอน มีโครงสร้างองค์กรที่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการประสานงานที่สมบูรณ์แบบระหว่างองค์กรต่าง ๆ และหน่วยงานที่อยู่ในท้องถิ่น มีหลักการที่ชัดเจนในรูปแบบของกฎระเบียบ แผนงาน Standard Operational Procedures (SOPs) และการประเมินผลการปฏิบัติงาน แนวคิดนี้สนใจตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเป็นทางการเท่านั้น โดยผู้ตัดสินใจนโยบายระดับสูงจะพยายามเข้าไปควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีจำนวนจุดตัดสินใจ (clearance points) น้อยที่สุด เนื่องจากการใช้ดุลยพินิจเป็นจุดอ่อนของนโยบายเพราะอาจทำให้เกิดการเบี่ยงเบนออกจากแผนและเจตจำนงของนโยบายได้ อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องของการมองการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเส้นตรงและเรียบง่ายเกินไปไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และมองข้ามความสำคัญของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง นักคิดสำคัญในกลุ่มแนวคิดนี้ ได้แก่ Pressman & Wildavsky (1973), Donal Van Meter & Carl Van Horn (1975), Bardach (1977) และ Gai Domenico Majone (1983)

⁹ วรุตม์ อิงคदारวรงค์, "การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ : จากวันนั้น...เราเดินทางมาไกลเท่าไร," วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภาพสันธุ์ ปีที่ 3 เล่มที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2557) (2557).

2.4.2 แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up Perspective) แนวคิดกลุ่มนี้มีฐานคิดว่า ความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการช่วยสร้างระบบนโยบายย่อย (Policy Subsystems) มองการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องการเมือง โดยผู้ปฏิบัติระดับล่างเป็นศูนย์กลางในกระบวนการทางการเมืองนั้น และเป็นผู้กำหนดนโยบายตัวจริง นักคิดสำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ Michael Lipsky (1980) ได้สร้างทฤษฎีระบบราชการของผู้ปฏิบัติงานในระดับล่าง สนใจการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่รัฐระดับล่าง เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ส่งมอบสิ่งที่นโยบายต้องการให้แก่ประชาชนพลเมืองโดยตรง ดังนั้น ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในระดับท้องถิ่นที่จะสามารถปรับนโยบายให้เข้ากับเงื่อนไขของแต่ละท้องถิ่นได้ การควบคุมจากเบื้องบนเป็นการเพิ่มแรงกดดันการทำงานให้แก่ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อประชาชนผู้รับบริการ ดังนั้น จึงควรไว้วางใจต่อการใช้ดุลยพินิจของผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง แนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนโดยนักวิชาการ อาทิ Barrett & Fudge (1981), Hjerm (1982) ว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของตน ซึ่งอาจแตกต่างจากบุคคลอื่น ๆ และแตกต่างจากแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายด้วย อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ถูกโจมตีในเรื่องการใช้วิจารณ์ของของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมากเกินไป โดยมองข้ามเรื่องความรับผิดชอบและการถูกควบคุมตรวจสอบโดยรัฐ

2.4.3 การผสมผสานของแนวคิดแบบ Top-Down และ Bottom-Up แนวคิดกลุ่มนี้พัฒนาจากความขัดแย้งของแนวคิดทั้งสองแบบ ซึ่งต่างมองข้ามมุมมองที่มีต่อความเป็นจริงของอีกฝ่าย โดยมองว่ากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดจากการผสมผสานกันระหว่างแนวคิดแบบ Top-Down และ Bottom-Up นักวิชาการในกลุ่มนี้ อาทิ Richard F. Elmore (1979) เสนอว่า ควรนำการมองจากเบื้องบนลงมายังเบื้องล่าง (forward mapping) การมองจากเบื้องล่างขึ้นมาเบื้องบน (backward mapping) มาผสมผสานกันในการมองการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ก็มีให้เห็นว่าการมองอย่างหลังจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาได้ตรงตามสภาพความเป็นจริงและกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Goggin และคณะ (1990) ที่เสนอตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งเกิดจากการสังเคราะห์แนวคิดแบบ Top-Down และ Bottom-Up เข้าด้วยกัน โดยมองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นภาระหน้าที่และเงื่อนไขที่กำหนดให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ที่มาจากรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น และยังขึ้นอยู่กับแนวโน้มที่จะดำเนินการของรัฐ และความสามารถของรัฐ แต่ขณะเดียวกันการตัดสินใจของรัฐอาจไม่เป็นไปตามหลักเหตุผลเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับภาระจากรองทางการเมืองระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ดังนั้น ตัวแบบดังกล่าวนี้จึงตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับตัวแปรทั้งระดับ Top-Down และ Bottom-Up แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 2 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย และมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมากมาย สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายนั้นมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดไว้ ดังนี้

Grindle ได้อธิบายว่า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเนื้อหา นโยบาย (Policy Content) และ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่นโยบายนั้นดำเนินอยู่ (Policy Context) หากเนื้อหาของนโยบายต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของคน ย่อมมีผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในทางปฏิบัติ ส่วนบริบทของนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยแวดล้อมทางการเมือง เช่น การแทรกแซงจากอิทธิพลทางการเมืองของรัฐบาลหรือระดับผู้นำท้องถิ่นจนทำให้เป้าหมายนโยบายเบี่ยงเบนไป เป็นต้น ก็มีผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติเช่นกัน¹⁰

Donal Van Meter & Carl Van Horn (1975) ได้สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้ 6 ประการ ได้แก่¹¹

1) วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย (standards and objectives) คือ ปัจจัยกำหนดรายละเอียดของเป้าหมายนโยบายและเกณฑ์ที่ต้องการบรรลุ โดยการวัดผลการปฏิบัติตามนโยบาย จะกระทำได้ชัดเจนเพียงใด ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการกำหนดวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย

¹⁰ พัชรี สีโรรส, พลวัตนโยบายสาธารณะ : จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน.

¹¹ อลงกต แผนสนิท, "การนำนโยบายไปปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของราชการส่วน ภูมิภาคในจังหวัดนครราชสีมา" (ปริญญาเอก วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2557), <http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/4895>.

2) ทรัพยากร (resources) คือ สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย เช่น งบประมาณ เครื่องมือ กำลังคน และอื่น ๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงาน ทรัพยากรเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3) การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง (inter-organizational communication and enforcement activities) คือ การสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์นโยบาย แผนงาน โครงการ เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบนำนโยบายไปปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจตรงกัน

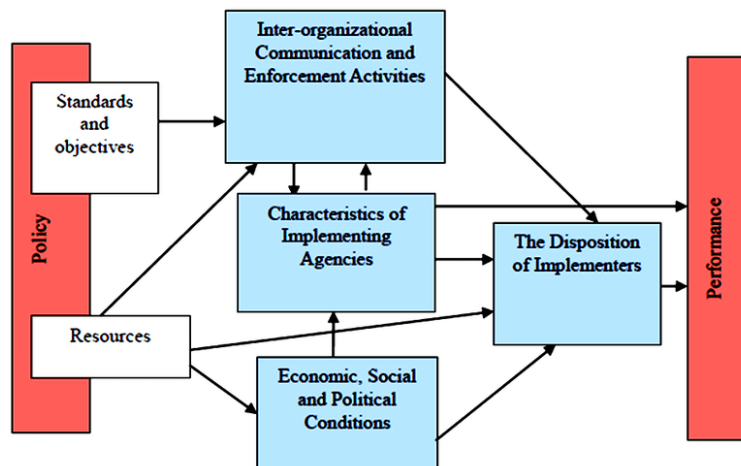
4) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (characteristics of the implementing agencies) ได้แก่ สมรรถนะและขนาดของทีมงานในหน่วยงาน ระดับความเข้มข้นของการควบคุม บังคับบัญชาของหน่วยงานย่อยในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทรัพยากรทางการเมืองของหน่วยงาน การสนับสนุนจากนักกฎหมายและฝ่ายบริหาร ความมีชีวิตชีวาขององค์กร ระดับการสื่อสารระบบเปิดในองค์กร และความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติกับผู้กำหนดนโยบายหรือองค์กรที่ประกาศใช้นโยบาย

5) สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (economic, social and political conditions) ต้องคำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีความเพียงพอต่อการส่งเสริมให้แผนงานโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติของความเห็นสาธารณะเป็นอย่างไร จุดเด่นของนโยบายสัมพันธ์กับประเด็นนโยบายอย่างไร ชนชั้นนำกลุ่มหลากหลายในสังคม รวมทั้งกลุ่มผลประโยชน์ ภาคเอกชน คัดค้านหรือสนับสนุนการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ

6) ทรรศนะต่อนโยบายของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (disposition of implementers) ได้แก่ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย 2)ทัศนคติต่อนโยบาย และ 3) ความเข้มข้นของทัศนคติ นอกจากนี้ Edwards and Sharkansky ยังกล่าวว่า ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติไม่เพียงแต่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายที่ต้องปฏิบัติเท่านั้น แต่จะต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่จะนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติให้บรรลุด้วย เพราะการยอมรับ เป็นกลาง หรือไม่ยอมรับนโยบายย่อมส่งผลโดยตรงต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ให้บริการ/ผู้ปฏิบัติงาน โดยปกติผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมักจะถูกครอบงำด้วยความคิดว่าตัวนโยบายจะมีผลกับหน่วยงาน และจะให้ผลประโยชน์ส่วนตัวมาน้อยเพียงใด ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจะไม่คัดค้านหรือต่อต้านมากนักหากได้เข้าไปมีส่วนร่วมหรือรับรู้นโยบายตั้งแต่แรก¹²

¹² วรชัย บุตรดาบุตร, "การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาโครงการคืนคนดีสู่สังคม" (ปริญญาโท วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2556).

สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติของนโยบายทั้ง 6 ประการ ได้ดังนี้¹³



ภาพที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.6 การบริหารห่วงโซ่อุปทาน

ห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) คือ เครื่องมือเชิงกระบวนการในการบริหารจัดการแบบบูรณาการทั้งกระบวนการ (ตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ จนถึงปลายน้ำ) เพื่อให้ได้ผลตอบแทนสูงสุด (สำหรับภาครัฐคือประสิทธิผลในการใช้จ่ายงบประมาณ) และเพื่อความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย (สำหรับภาครัฐคือประชาชน) เป็นการ “ผลัก” (Push) จากต้นน้ำ กลางน้ำ ไปยังปลายน้ำ คือประชาชน¹⁴ ในกระบวนการบริหารห่วงโซ่อุปทานนั้น Mentzer และคณะ (2001) ได้อธิบายไว้ว่าประกอบด้วยองค์การหรือบุคคล 3 ชนิด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของกิจกรรมต้นน้ำไปสู่ปลายน้ำ (ได้แก่ สินค้า บริการ การเงิน หรือข้อมูล)¹⁵ โดยองค์ประกอบหลักของห่วงโซ่อุปทาน ประกอบด้วย

1) Upstream Supply Chain (ห่วงโซ่อุปทานที่เข้าสู่ผู้ผลิต) ประกอบด้วย กระบวนการที่เกี่ยวกับการจัดหาโดยมีผู้เกี่ยวข้องหลักคือ Supplier

2) Internal Supply Chain (ห่วงโซ่อุปทานภายในกระบวนการผลิต) ประกอบด้วย กระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยน Input ให้เป็น Output โดยมีผู้เกี่ยวข้องหลักคือ ผู้ผลิต (Manufacturer)

¹³ วรกร พัวพันสวัสดิ์, "การเมืองของการนำนโยบายไปปฏิบัติ : เงื่อนไขของความสำเร็จเชิงนโยบาย" (การบรรยายรายวิชานโยบายสาธารณะ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, 2562).

¹⁴ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, "การสร้างมูลค่าจากต้นน้ำถึงปลายน้ำ" (โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสำหรับผู้บริหารระดับสูง พ.ศ. 2558 โรงแรมรามการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ 2558).

¹⁵ "การบริหารช่องทางการตลาดและการบริหารห่วงโซ่อุปทาน," 2559, <http://www.udru.ac.th/oldsite/attachments/elearning/07/18.pdf>.

3) Downstream Supply Chain (ห่วงโซ่อุปทานที่เข้าสู่ลูกค้า) ประกอบด้วยกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดส่งสินค้าให้ถึงมือผู้บริโภค¹⁶

ระดับของการบริหารห่วงโซ่อุปทาน แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ¹⁷ คือ

1) ห่วงโซ่อุปทานทางตรง ประกอบด้วยกลุ่มของบริษัท 3 บริษัท หรือมากกว่าที่มีความเกี่ยวข้องกันตั้งแต่ต้นทาง (ผู้ผลิต) ไปจนถึงปลายทาง (ลูกค้า) ทั้งในส่วนของ การส่งผ่านของสินค้า บริการ การเงิน และข้อมูลทางการค้า

2) การขยายห่วงโซ่อุปทาน เป็นการขยายห่วงโซ่อุปทานทางตรงให้กว้างออกไปอีกหนึ่งระดับ โดยจะมีการเพิ่มคนกลางทั้งในส่วนของผู้ผลิตและส่วนของลูกค้าขึ้นมา ทำให้การบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการไหลของข้อมูลทางการค้า (Information flow) จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น

3) ห่วงโซ่อุปทานขั้นสุดท้าย เป็นกลุ่มของบริษัทที่เกี่ยวข้องกันทั้งที่อยู่ต้นทางและปลายทาง โดยการส่งผ่านสินค้า/บริการ จะเริ่มต้นจากผู้ผลิตรายแรกสุด (Initial Supplier) ไปจนถึง ผู้บริโภคคนสุดท้าย (Ultimate Customer)

การจัดการห่วงโซ่อุปทานให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องพยายามจัดการทั้งการไหลของผลิตภัณฑ์ ข้อมูล และเงินทุนให้สามารถตอบสนองระดับความต้องการของลูกค้าได้เป็นอย่างดี ในขณะที่พยายามให้เกิดค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดและลดความสูญเสียโดยไม่จำเป็น รวมถึงการติดตามตรวจสอบว่าสิ่งที่วางแผนและปฏิบัติการ เป็นไปตามแผนที่วางไว้¹⁸

2.7 ภูมิหลังของกัญชา

กัญชา หรือ “Ganja” สันนิษฐานว่ามาจากภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายความว่า Cannabis พืชในวงศ์ Cannabaceae ที่รู้จักกันแพร่หลายมี 2 สายพันธุ์ใกล้เคียงกันคือ กัญชง (Hemp -- Cannabis sativa L. subsp. Sativa) และกัญชา (Marijuana -- Cannabis sativa forma indica)¹⁹

ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ของกัญชา เป็นพืชล้มลุกให้ดอกประเภทเดียวกับปอ มีอายุเพียงปีเดียว ใบเดี่ยว ใบเดี่ยว แผ่นใบแยกเป็น 5 - 7 แฉก ขอบใบเป็นฟันเลื่อยและเว้าลึกจนถึงโคนใบ ปลายใบ

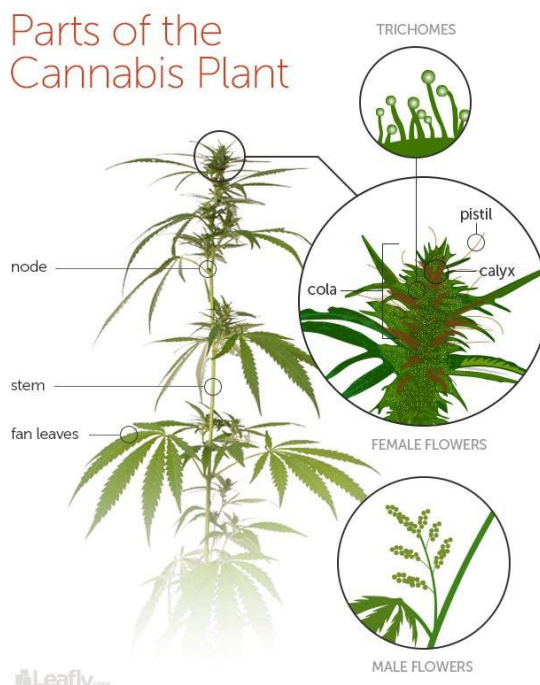
¹⁶ จัดตรงค์ เพลินหัด, การจัดการห่วงโซ่อุปทาน, (กรุงเทพมหานคร 2559).

¹⁷ ภาควิชา การจัดการห่วงโซ่อุปทาน, "ความสัมพันธ์ของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจัดการปฏิบัติการ และการจัดการโลจิสติกส์ของธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมประเทศไทย" (ปริญาโท การค้นคว้าอิสระ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559).

¹⁸ สุชาติพิทย์ เลิศวิวัฒน์ชัยพร และคณะ, การบริหารจัดการโลจิสติกส์และห่วงโซ่อุปทานให้กับเกษตรกรชาวสวนทุเรียน จังหวัดสุพรรณบุรี, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ 2561).

¹⁹ มานพ คณเดโช และคณะ, "รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาภูมิปัญญา : กรณีศึกษาประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกา," (2559), http://medipe2.psu.ac.th/tsan/wp-content/uploads/2016/09/รายงานโครงการภูมิปัญญา_58-B-001.pdf.

เรียวแหลม ลำต้นตรงสีเขียว สูงประมาณ 1 - 6 เมตร ดอกแบ่งเป็นดอกเพศผู้และดอกเพศเมีย เมล็ดเดี่ยวรูปไข่ป้อม ผิวเรียบเป็นมันมีลายประดับสีน้ำตาล



ภาพที่ 4 ส่วนประกอบของต้นกัญชา ที่มา : Leafly.com

สายพันธุ์กัญชา มี 3 สายพันธุ์ย่อย ได้แก่ 1) Cannabis sativa spp sativa แถบบริเวณเส้นศูนย์สูตร (โคลัมเบีย, เม็กซิโก, เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และไทย) 2) Cannabis sativa spp indica ปากีสถาน, อัฟกานิสถาน, โมร็อกโก และทิเบต 3) Cannabis sativa spp ruderalis อากาศหนาวเย็น ตอนกลางของรัสเซีย²⁰

การใช้พืชกัญชาทั่วโลกมีมาอย่างยาวนาน แม้จะไม่สามารถระบุช่วงเวลาชัดเจนได้อย่างแน่ชัด แต่ก็มีข้อสันนิษฐานและหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่สามารถชี้ให้เห็นว่า กัญชาถูกนำมาใช้ประโยชน์อย่างหลากหลาย ในทวีปต่าง ๆ อาทิ การค้นพบหลักฐานเชือกโบราณจากเส้นใยของต้นกัญชา ณ สาธารณรัฐเช็ก เมื่อปี ค.ศ.1997 สันนิษฐานว่ามีอายุ 26,900 ปีก่อนคริสตกาล ต่อมามีการค้นพบแปลงเกษตรที่ใช้เพาะปลูกกัญชา และการนำเอาเส้นใยของกัญชามาใช้ในงานเครื่องปั้นดินเผาของชนโบราณในแถบไต้หวัน ที่มีอายุราว 8,000 ปีก่อนคริสตกาล²¹ ในเอกสารเก่าโบราณหลายเล่มบันทึกไว้ว่า กัญชามีการกระจายพันธุ์เป็นบริเวณกว้างอยู่ทางตอนกลางของทวีปเอเชีย ตั้งแต่ทะเลสาบแคสเปียนจนถึงทางตอนใต้ของเทือกเขาหิมาลัยและทางตะวันตกของไซบีเรีย การปลูกกัญชาเป็นไป

²⁰ สุภาภรณ์ ปิติพร, กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์, (2562).

²¹ "ประวัติศาสตร์ฉบับย่อของ "กัญชา", " 2562, <https://www.thairath.co.th/news/society/1570476>.

เพื่อใช้ประโยชน์เป็นพืชเส้นใย และปลูกเป็นพืชเสพติดมาแต่ดึกดำบรรพ์ในประเทศจีนเมื่อประมาณ 6,000 ปีก่อนคริสตกาล นำเมล็ดกัญชามาสกัดเป็นน้ำมันเพื่อนำมาใช้เป็นอาหาร และมีการใช้เส้นใยเพื่อถักทอมาตั้งแต่ 5,000 - 4,000 ปีก่อนคริสตกาล ต่อมาในศตวรรษแรก จึงมีการพัฒนาการใช้ประโยชน์จากเส้นใยมาทำกระดาษ²² และในช่วง 2,600 ปีก่อนคริสตกาล จักรพรรดิเสินหนิงของจีน (Shun Nung ; 2,737 ปีก่อนคริสตกาล) ซึ่งเป็นผู้ค้นพบวิธีการชงชาและการดื่มชา เป็นผู้อธิบายสรรพคุณทางยาของพืชกัญชาในตำรายาสุนไพรมุขินเป็นครั้งแรก และริเริ่มให้มีการเพาะปลูกพืชกัญชาเพื่อใช้เป็นยารักษาโรคนับจากนั้นเป็นต้นมา นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานกระดาษปาปิรุสทางการแพทย์อายุราว 1,600 ปีก่อนคริสตกาล ที่ระบุถึงการนำ“เซมเซมตู” (Shemshemt) ซึ่งเป็นชื่อเรียกของพืชกัญชาในภาษาไฮอคุปต์ และน้ำผึ้งมาเป็นส่วนประกอบของยาที่ช่วยในการคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีสูตรยาที่นำเอากัญชามาเป็นส่วนผสมของยาสำหรับล้างตาเพื่อรักษาอาการต้อหิน แสดงให้เห็นว่าชาวอียิปต์โบราณก็มีการใช้ประโยชน์จากกัญชาในเชิงการแพทย์มาอย่างยาวนาน การปลูกกัญชาย้ายไปยังประเทศเพื่อนบ้านในแถบเอเชีย ประเทศอินเดีย²³ อเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ แอฟริกาจนถึงตะวันออกกลางและยุโรปในช่วง 500 ปีก่อนคริสตกาล มีการใช้งานกัญชาอย่างกว้างขวาง เพื่อวัตถุประสงค์ทางด้านอุตสาหกรรม ใช้ทำเป็นเชือกเพื่อการล่าสัตว์ และเป็นส่วนสำคัญของการขนส่ง ในระยะแรกเมื่อได้รับการแปรรูปเป็นใยกัญชง²⁴ ในช่วงศตวรรษที่ 14 -15 ในประเทศอิตาลีมีการปลูกพืชกัญชาอย่างแพร่หลายเพื่อนำเส้นใยมาทำเชือกใช้ในเรือเดินทะเลเนื่องจากมีความเหนียวและทน

นับตั้งแต่ช่วงยุคกลางเป็นต้นมา ชาวยุโรปก็เริ่มสังเกตเห็นถึงประโยชน์ของกัญชากันมากยิ่งขึ้น ปี ค.ศ.1621 รายงานเรื่อง “กายวิภาคศาสตร์ของโรคซึมเศร้า” (Anatomy of Melancholy) ถูกเรียบเรียงเขียนขึ้นโดยนายแพทย์โรเบิร์ต เบอร์ตัน (Robert Burton) ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า เพื่อระบุว่ากัญชาอาจจะใช้รักษา หรือบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคนี้ได้²⁵ ช่วงศตวรรษที่ 18 Sir William Brook O’Shaughnessy ได้นำเอาความรู้จากอินเดียมาสู่ชาวตะวันตก โดยใช้ในการรักษาโรคลมชักและปวดข้อได้ผลดี ตำราแพทย์แผนปัจจุบันเล่มแรกที่เขียนโดย William Osler (ค.ศ. 1849 – 1919) นั้นก็ได้ระบุถึงสรรพคุณกัญชารักษาโรค อีกทั้งปรัชญาในศตวรรษนี้ ผลิตยาจากกัญชามากกว่าร้อยละ 50 ต่อมาในปี ค.ศ. 1980 J. Russell Reynolds แพทย์ประจำราชสำนักอังกฤษ

²² ประภัสสร ทิพย์รัตน์, พืชกัญชา : ความรู้ทั่วไปและการตรวจสอบสารสำคัญ, (2559).

²³ ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์, "กัญชากับการรักษาโรค (Therapeutic Potential of cannabis)," (2562). <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0453.pdf>.

²⁴ Martin Woodbridge, ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (ขอนแก่น: ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2562), https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/MedicinalCannabisBook_v4.pdf.

²⁵ ณัฐพล เดชขจร, "ประวัติศาสตร์ฉบับย่อของ “กัญชา”."

ได้เขียนบันทึกประสบการณ์ทำงาน ชื่อเรื่อง “Therapeutical Uses and Toxic Effects of Cannabis Indica” โดยระบุว่าโรคและภาวะที่ใช้กัญชารักษาได้ ได้แก่ 1) ความผิดปกติทางจิตใจ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า 2) ความเจ็บปวดและชา ปวดเรื้อรัง ปวดข้อ 3) โรคกล้ามเนื้อ ชัก เกร็ง กระตุก ตะคริว และ 4) โรคอื่น ๆ เช่น หอบหืด²⁶

การใช้กัญชาในเชิงนันทนาการ โดยการนำกิ่ง ก้าน ใบ และช่อดอก มาใช้เสพในรูปกัญชาแห้ง ส่วนเรซิน (resin) ซึ่งเป็นสารเหนียวจะถูกแปรสภาพเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (Hashish) กัญชาน้ำ (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่น ๆ มีข้อสันนิษฐานว่า เมื่อประมาณ 430 ปีก่อนคริสตกาล มีการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในกลุ่มชาว Scythians (ชนเผ่าเร่ร่อน ในตะวันออกกลางและยูเรเชีย) ซึ่งนักประวัติศาสตร์ชาวกรีก นามว่า เฮโรโดตัส (Herodotus) บันทึกเอาไว้ในหนังสือ “ประวัติศาสตร์” เล่มที่ 4 บทที่ 75 ใจความว่า “ชาว Scythians จะนำเมล็ดของต้นกัญชามาแล้วคลานเข้าไปใต้เสื้อ พวกเขาจะโยนเมล็ดกัญชาลงไปบนหินที่ร้อนแดงจนมันพ่นควันออกมา ชาว Scythians จะร้องโหยหวนด้วยความสุขกับไอควันนั้น พวกเขาอาบควันแทนน้ำเพราะพวกเขาไม่เคยอาบน้ำเลย” ต่อมาในปี ค.ศ. 47 ชาว Thracians (ชนเผ่าในยุโรปใต้) เสพกัญชาเพื่อให้มีเมามา หลังจากนั้นเป็นต้นมา กัญชาก็เริ่มถูกใช้งานเพื่อความบันเทิงมากขึ้น นักประวัติศาสตร์ทราบจากงานเขียนโบราณหลายชิ้นว่า ชาวกรีกและโรมันก็เสพกัญชาเช่นกัน บันทึกจากหนังสือ “ประวัติศาสตร์ธรรมชาติ” ของนักเขียนชาวโรมันอย่างพลินีผู้ชรา (Pliny the Elder) กล่าวว่าชาวโรมันมักจะนำสิ่งที่เรียกว่า “ใบไม้แห่งเสียงหัวเราะ” (Leaves of Laughter) ผสมลงไปไวน์สำหรับดื่มเพื่อความมีเมาด้วย ซึ่งนักวิชาการตีความว่าใบไม้แห่งเสียงหัวเราะที่ว่านี้ คือ “ใบกัญชา” ช่วงหลังจากปี ค.ศ. 800 เป็นต้นมา กัญชาถือว่าเป็นที่นิยมในภูมิภาคตะวันออกกลางเป็นอย่างยิ่ง อันเป็นผลมาจากการแผ่ขยายอำนาจของชาวมุสลิมออกไปในหลายพื้นที่ และถึงแม้ว่าชาวมุสลิมจะถูกห้ามมิให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งสารมีเมาอื่น ๆ ทว่าพระคัมภีร์อัลกุรอานของศาสนาอิสลามกลับไม่ได้ระบุถึงกัญชาแต่อย่างใด นั่นจึงทำให้พืชชนิดนี้แพร่กระจายไปทั่วพื้นที่ตะวันออกกลางอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ กัญชายังถูกใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา เมื่อประมาณ 2,000 ปีก่อนคริสตกาล ชาวอินเดียนำเอาใบกัญชาแห้ง เมล็ด และกิ่งก้านของต้นกัญชามาใช้เป็นยาที่เรียกว่า “บัง” (Bhang) และยาชนิดนี้ก็ปรากฏอยู่ในคัมภีร์ที่เรียกว่า “คัมภีร์อาถรรพณ์เวท” (Atharvaveda) ในฐานะ “หญ้าศักดิ์สิทธิ์” และชาวฮินดูก็จะใช้ยา ที่เรียกว่า “บัง” นี้ในพิธีกรรมเพื่อถวายแด่พระศิวะตามความเชื่อด้วยเช่นกัน และประมาณ 700 ปีก่อนคริสตกาลกัญชาได้รับการยกย่องให้เป็นสารปรับอารมณ์ชั้นดีในพิธีกรรมทางศาสนาของชาวเปอร์เซีย

²⁶ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, "การวิจัยกัญชาทางการแพทย์" (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 18 เมษายน 2562 2562).

จุดเปลี่ยนของประวัติศาสตร์กัญชาจากพืชที่ใช้ประโยชน์ได้ทั่วไป กลายเป็น “ยาเสพติด” ที่ผิดกฎหมายชนิดหนึ่งของโลกนั้น เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อบริษัทค่ายรถยนต์แห่งหนึ่ง ชื่อ ฟอร์ด มอเตอร์ ได้เปิดตัวรถยนต์ที่ใช้พลังงานจากกัญชาเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 1908 การเปิดตัวรถยนต์ที่ใช้พลังงานจากพืชแทนน้ำมันจากฟอสซิล เป็นจุดเปลี่ยนอันสำคัญที่ทำให้พืชชนิดนี้ กลายเป็นศัตรูคู่แข่งของบริษัทน้ำมันที่ต้องทำทุกวิถีทางในการกำจัดพืชชนิดนี้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ของธุรกิจอีกหลายกลุ่ม เช่น อุตสาหกรรมกระดาษ อุตสาหกรรมปิโตรเคมี ยารักษาโรค ฯลฯ²⁷ จนในปี ค.ศ. 1933 หลังจากที่แอลกอฮอล์ถูกกฎหมายเพียง 1 ปี Harry J. Anslinger ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปราบปรามยาเสพติดของสหรัฐอเมริกาขณะนั้น เริ่มมีการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายอย่างจริงจัง ในปี ค.ศ. 1934 Anslinger เริ่มต้นจากการเปลี่ยนชื่อกัญชา จากที่เคยใช้คำว่า “Cannabis” ไปเป็น “Marijuana” ที่มาจากภาษาแม็กซิกัน เพื่อให้กัญชากลายเป็นสิ่งที่ชาวแม็กซิกันและคนดำใช้ และพยายามเชื่อมโยงอาชญากรรมที่เกิดขึ้นจากชนชั้นล่างกับอาชญากรรมในประเทศ ปี ค.ศ. 1935 Anslinger ใช้นโยบายทางด้านสื่อโจมตีกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยออกรายการวิทยุทุกสัปดาห์เพื่อพูดถึงเกี่ยวกับความเลวร้ายของกัญชาที่จะทำร้ายสังคม รวมทั้งการทำสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ใช้คำชวนเชื่อที่รุนแรงเพื่อสร้างความหวาดกลัวให้กับสังคม เช่น *"Marijuana: The devil's weed with roots in hell."* (กัญชาพืชปีศาจที่มีรากอยู่ในนรก) หรือ *"Marijuana: The assassin of youth."* (กัญชานักฆ่าเยาวชน)²⁸ อีกทั้งบางคำพูดที่แสดงถึงความเหยียดสีผิวอย่างเปิดเผย เช่น *"Reefer makes darkies think they're as good as white men"* (กัญชาทำให้พวกมึงคิดว่าตัวเองเก่งพอ ๆ กับคนขาว) "กัญชา คือ ยาเสพติดที่ก่อให้เกิดความรุนแรงอย่างที่สุดในประวัติศาสตร์ของมวลมนุษยชาติ พวกเสพกัญชาประกอบด้วยพวกนิโกร ฮิสแปนิก²⁹ ฟิลิปปินส์ และพวกเต็นกินรำกิน ไม่ว่าจะเป็กลุ่ม Sanatic (Jazz) หรือ Swing³⁰ ของพวกนี้ เป็นผลมาจากการใช้กัญชาทั้งสิ้น"³¹ นอกจากนี้ ยังทำภาพยนตร์โฆษณาทาง TV เสนอภาพคนใช้กัญชาแล้วแสดงความรุนแรงต่าง ๆ ภาพการเมาแล้วคลั่งคลั่ง และโดยเฉพาะภาพยนตร์ชื่อ *"Reefer Madness"* (ฉายเมื่อปี ค.ศ. 1936) ซึ่งเป็นภาพยนตร์ที่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความบ้าคลั่งของการเสพกัญชา การฆาตกรรม ความรุนแรงทางเพศ ทางภาษา อารมณ์ที่รุนแรงก้าวร้าวผ่านตัวละครที่เสพกัญชา ได้เข้าฉายทั่วมัธยมศึกษา และสร้างมุมมอง ทศนคติที่มีต่อกัญชาให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง

²⁷ "เปิดเบื้องหลังผลประโยชน์ของใคร ในการขวาง "กัญชา และ กระท่อม"? (ตอนที่ 2)," 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000095454>.

²⁸ "Harry J. Anslinger ผู้โยนบาปให้กัญชา," 2557, https://www.facebook.com/legalizethailand/posts/310535005760559:0?__tn__=K-R.

²⁹ ฮิสแปนิก คือ คนที่พูดภาษาสเปน (Spanish) ในที่นี้ หมายถึงความเฉพาะฮิสแปนิกในสหรัฐอเมริกา

³⁰ Swing คือ กลุ่มคนที่หลงใหลในการเต้นสวิง

³¹ "The Gage & Jazz สายสัมพันธ์จากกัญชา มาร่วมศตวรรษ," 2562, <https://blog.ganjalabs.co/2019/the-gage-jazz/>.

ในปี ค.ศ. 1937 สภาคองเกรสของอเมริกาออกกฎหมายห้ามการใช้กัญชาทุกรูปแบบ รวมถึงการใช้เส้นใยในอุตสาหกรรม ผู้ใดฝ่าฝืนถือว่าเป็นอาชญากรรม และในปี ค.ศ. 1940 ทศนคติ มุมมอง และการทำให้กัญชาผิดกฎหมายจากสหรัฐอเมริกาได้แพร่กระจายไปทั่วโลก ค.ศ. 1941 กัญชาถูกลบออกจากตำรับยา และไม่ถูกพิจารณาเป็นยาอีกต่อไปในอเมริกา ค.ศ. 1951 สหรัฐอเมริกาเพิ่มความรุนแรงในการลงโทษกรณียาเสพติด

จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1961 องค์การสหประชาชาติก็ได้มีอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) กัญชา (Cannabis and Cannabis Resin) ถูกจัดให้อยู่ในตารางการควบคุมในบัญชี ประเภทที่ 1 และ 4 ของอนุสัญญาฯ และภาคีประเทศต้องกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันมิให้มีการนำใบของพืชกัญชาไปใช้ในทางที่ผิดหรือทำการค้าที่ผิดกฎหมาย³² ผลของอนุสัญญานี้ได้ทำให้กัญชาถูกขึ้นทะเบียนเป็นยาเสพติดทั่วโลก และอนุสัญญานี้ว่าด้วยวัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 แต่อย่างไรก็ตาม อนุสัญญาทั้ง 2 ฉบับนี้ ยินยอมให้ใช้กัญชาทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ได้

แม้ภายหลังมีการเปิดเผยว่าการกระทำที่ใส่ร้ายกัญชาของ Anslinger แท้จริงแล้วเป็นไปเพื่อต้องการได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาลในการปราบปราม (หลังถูกตัดงบประมาณเมื่อแอลกอฮอล์ถูกกฎหมาย) และได้รับผลประโยชน์จากบริษัทยาแอสไพริน (บริษัท Bayer จากเยอรมนี)³³ และบริษัทผลิตไนลอน (บริษัท DuPont ในสหรัฐอเมริกา)³⁴ และบริษัทอื่น ๆ ที่มีพืชกัญชาเป็นศัตรูทางเศรษฐกิจ³⁵ ซึ่งบริษัทเหล่านี้เป็นผู้ให้เงินสนับสนุนมหาศาลในการทำแคมเปญต่อต้านกัญชาเพิ่มเติมจากรัฐจัดสรรให้³⁶ ซึ่ง Andrew Mellon รัฐมนตรีกระทรวงการคลัง และเป็นเจ้าของ Mellon Bank ร่ำรวยที่สุดในสหรัฐฯ ขณะนั้น เป็นผู้แต่งตั้งให้ Anslinger ดำรงตำแหน่ง ทั้งยังมีความเกี่ยวพันในฐานะเครือญาติเนื่องจากหลานสาวของ Mellon แต่งงานกับ Anslinger³⁷ แต่ก็ไม่สามารถลบภาพความเป็นยาเสพติดของกัญชาลงได้

³² วชิระ อำพนธ์, "พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์" (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2562).

³³ ยาแอสไพริน คือ ยาที่ใช้บรรเทาอาการปวด อักเสบ และลดไข้ รักษาภาวะหลอดเลือดอุดตัน ทั้งหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ วันที่ 6 มีนาคม ค.ศ. 1899 บริษัท ไบเออร์ เอจี (Bayer AG) บริษัทอุตสาหกรรมเคมีและยา ประเทศเยอรมนี ได้จดทะเบียนแอสไพรินเป็นเครื่องหมายทางการค้า ซึ่งในขณะนั้นแอสไพรินเป็นผลิตภัณฑ์หลักของบริษัท

³⁴ ปี ค.ศ. 1938 บริษัท ดูปองท์ (DuPont) จากสหรัฐอเมริกา จดสิทธิบัตรในกระบวนการสร้างพลาสติกจากถ่านหินและน้ำมัน และสิทธิบัตรกระบวนการผลิตกระดาษจากเยื่อไม้ ซึ่งก่อนหน้านี้กระดาษที่ใช้ในอเมริกา 70% ผลิตมาจากกัญชง (Hemp)

³⁵ "ประวัติศาสตร์กัญชา," 2561, <https://highlandnetwork.org/ประวัติศาสตร์กัญชา/>.

³⁶ "Harry J. Anslinger ผู้โยนบาปให้กัญชา," 2559, <https://highlandtestblog.wordpress.com/2016/05/26/harry-j-anslinger-ผู้โยนบาปให้กัญชา/>.

³⁷ "ทำไมคนหยิบมือเดียวจึงทำให้กัญชา-กัญชงเป็นพืชที่ผิดกฎหมายไปทั่วโลก," 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000054848>.

สำหรับประเทศไทยมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ว่ามีการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคตั้งแต่สมัยอยุธยา ก่อนยุคสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช นอกจากนี้ยังมีการใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหารมาอย่างยาวนาน และมีการปลูกในระดับครัวเรือนในลักษณะเป็นพืชผักสวนครัว³⁸ และยังคงมีการใช้เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจหากัญชาในกัญชงเดี่ยวเนื้อในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2533 จำนวน 31 ร้าน พบว่าใส่กัญชา จำนวน 21 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 67.74 เมื่อเทียบสัดส่วนกับร้านที่ไม่ใส่แล้วคิดเป็นอัตราส่วน 2 : 1³⁹ และในปี พ.ศ. 2562 สุภาภรณ์ ปิติพร เลขาธิการมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้ลงสำรวจในพื้นที่ภาคใต้ พบว่า ชาวบ้านมีการใช้กัญชาปรุงอาหาร ใบอ่อนนำมาใช้เป็นอาหาร โดยเอามาสับแกงส้ม แกงกะทิ แกงมัสมั่นเมนู ผัดหรือรับประทานสดเป็นผักจิ้มน้ำพริก น้ำบูดู แต่จะใช้ปริมาณน้อย 1 - 2 ใบ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มรสชาติอาหาร ทำให้กินข้าวได้มาก นอนหลับสบาย⁴⁰ จะเห็นได้ว่าตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่ว่าจะกัญชาจะเป็นยาเสพติดหรือไม่ แต่คนไทยบางส่วนก็ยังคงนิยมนำกัญชามาเป็นเครื่องประกอบอาหาร

ชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ทางภาคเหนือมีการใช้เส้นใยจากลำต้นของต้นกัญชาเพศผู้ หรือเรียกว่า กัญชง (Hemp) ซึ่งมีคุณภาพสูง มีความยืดหยุ่น แข็งแรงและทนทาน สามารถใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตผ้าและกระดาษได้ดี มีคุณภาพดีกว่าเส้นใยจากฝ้ายและลินิน และปริมาณเส้นใยมากกว่าฝ้าย 2 - 3 เท่า แต่เนื่องจากกัญชงถูกจัดให้เป็นพืชเสพติดเช่นเดียวกับกัญชา ดังนั้น การปลูกกัญชงของชาวเขาช่วงนั้นจึงเป็นการลักลอบปลูกเช่นเดียวกับกัญชา ต่อมา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงสนพระทัยผลิตภัณฑ์จาก กัญชง และได้มีพระราชเสาวนีย์ให้มีการศึกษาการเพาะปลูกกัญชงอย่างจริงจังในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา⁴¹

การลักลอบปลูกกัญชาก็เริ่มแพร่หลายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ.2510 พื้นที่ปลูกกัญชาครอบคลุมถึง 63 จังหวัดทั่วประเทศ และมีการแพร่ระบาดของกัญชาเพิ่มอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ในปี พ.ศ.2554 พบว่า มีผู้เคยใช้กัญชาจำนวน 2,440,785 คน มีผู้ที่ใช้กัญชาใน 1 ปี จำนวน 109,040 คน รวมทั้งมีผู้ที่ใช้กัญชาใน 30 วัน จำนวน 9,880 คน และในปี 2558 พบว่า ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อประกอบอาหารมากที่สุด รองลงมาเป็นการใช้กัญชาเพื่อสุขภาพ การใช้กัญชาเพื่อเสริมงานอาชีพ และการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย⁴²

³⁸ มานพ คณะโต และคณะ, "รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหา กัญชา : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา."

³⁹ สกฤตรัตน์ อุษณาวรงค์, "การสำรวจหากัญชาในกัญชงเดี่ยวเนื้อในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น" (มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536), <https://opac.kku.ac.th/catalog/ArticleItem.aspx?JMarcID=j00031448>.

⁴⁰ "สรวลเฮฮา เล่าเรื่อง "กัญชา" ในประวัติศาสตร์," 2561, https://voicetv.co.th/read/B1ld7u_9X.

⁴¹ "เฮมพ์กับโครงการหลวง," 2563, <http://www.royalprojectthailand.com/node/1877>.

⁴² มานพ คณะโต และคณะ, "รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหา กัญชา : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา."

จากประวัติศาสตร์อันยาวนานของการใช้ประโยชน์จากกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ ของนานาประเทศ จึงอาจกล่าวได้ว่า กัญชาอยู่ในวิถีชีวิตของมนุษยชาติมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน มุมมองของชาวโลกที่มีต่อกัญชามีทั้งแง่บวกและแง่ลบเปลี่ยนแปลงไปตามค่านิยมและกระแสสังคมในแต่ละยุคสมัย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้กัญชาในแง่บวกของยาเสพติดและอาชญากรรมที่เป็นภัยร้ายต่อโลก ดำเนินควบคู่กับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์จากการนำกัญชามาใช้ในการบำบัดรักษาโรคอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และทำให้เกิดคำถามที่กลายเป็นประเด็นที่โลกให้ความสนใจว่าควรมีการทบทวนมาตรการต่าง ๆ เกี่ยวกับกัญชาอย่างไร สรุปแล้ว กัญชา คือ “ยาเสพติดให้โทษ” หรือ “สมุนไพรเพื่อการบำบัดรักษาโรค” การตีความไปในทางใดทางหนึ่งหรือทั้งสองทางจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายหรือออกกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติและควบคุมพฤติกรรม กำหนดหน้าที่ สิทธิ และเสรีภาพของคนในสังคมเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าว ซึ่งนอกจากจะเป็นนโยบายภายในประเทศแล้ว ยังรวมถึงบรรดาข้อตกลงหรือนโยบายความร่วมมือระหว่างประเทศเกี่ยวกับกัญชาที่มีองค์กรระหว่างประเทศหลายหน่วยงานเข้ามากำกับดูแลในเรื่องนี้ เช่น องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) สหประชาชาติ (United Nations : UN) เป็นต้น

2.8 กัญชาทางการแพทย์

กัญชาสามารถสร้างสารสำคัญที่มีลักษณะเฉพาะ เรียกว่า สารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ชนิดที่รู้จักมากที่สุด ได้แก่ THC หรือ Δ 9THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ CBD (cannabidiol) ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดอาการปวด นอกจากนี้มีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลชีพและเชื้อรา⁴³ นอกจากนี้ ยังมีสารเทอร์ปีน ซึ่งทำงานร่วมกับสารแคนนาบินอยด์ เพื่อเปลี่ยนหรือเพิ่มฤทธิ์ของสารแคนนาบินอยด์ (Entourage effect)

CBD	THC
non-psychoactive ไม่มีผลต่อจิตและประสาท ช่วยลดผลข้างเคียงทางจิตและประสาทจาก THC (anxiety, dysphoria, panic reactions, and paranoia) และทำให้ THC ออกฤทธิ์ดีขึ้น [1]	psychoactive effects ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง อาจกระตุ้น กัด และหลอนประสาทร่วมกัน [1,2] สารนี้ทำให้ “เมา” / “HIGH”
ต้านการชัก (Anti-seizure) [1]	เพิ่มความอยากอาหาร (Appetite stimulant) [3]
ต้านโรคจิต (Anti-psychotic) ต้านวิตกกังวล (Anti-anxiety) ต้านซึมเศร้า (Anti-depressant) [6]	ต้านซึมเศร้า (Anti-depressant) [6]
ต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory), ต้านอนุมูลอิสระ (Anti-oxidant), ต้านมะเร็ง (Anti-cancer), ต้านการปวด (Analgesic), ต้านอาเจียน (Anti-nauseant) [1-6]	

ภาพที่ 5 สารสำคัญในกัญชา และการออกฤทธิ์ ที่มา : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

⁴³ ประภัสสร ทิพย์รัตน์, Short พืชกัญชา : ความรู้ทั่วไปและการตรวจสอบสารสำคัญ.

มีข้อค้นพบว่าสมองของมนุษย์และอวัยวะอื่น ๆ มีตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (CB) ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และสารเคมีที่จับกับตัวรับเหล่านั้น เราเรียกระบบนี้ว่า ระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ของมนุษย์ (ECS) หน้าที่ของ ECS คือการรักษาความสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ โดยการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ระบบนี้มีหน้าที่สำคัญในระบบประสาทของเรา และควบคุมหลาย ๆ กระบวนการทางกายภาพ ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนอาการตอบสนองต่อความปวด ความอยากอาหาร การย่อยอาหาร การนอน อารมณ์ การอักเสบ และการจดจำ ECS ยังช่วยลดระดับชัก (หรือโรคลมชัก) รวมถึงส่งผลต่อการทำงานร่วมกัน และกระบวนการอื่น ๆ เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของหัวใจ ระบบประสาทสัมผัส (การสัมผัส ความสมดุล การรับรู้พื้นที่) การเจริญพันธุ์ สรีระของกระดูก และระบบตอบสนองต่อความเครียดส่วนกลาง (HPAA) การพัฒนาระบบประสาทและความดันโลหิต

ในร่างกายมนุษย์สามารถสร้างสารแคนนาบินอยด์เองได้ คือสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ สารชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์หรือกระตุ้นตัวรับแคนนาบินอยด์ ซึ่งมีกลไกการทำงานเช่นเดียวกับสารไฟโตแคนนาบินอยด์ที่เป็นส่วนประกอบเฉพาะที่พบในต้นกัญชา ซึ่งจับกับตัวรับเหล่านั้น⁴⁴ เมื่อร่างกายมีความเจ็บป่วยหรือผิดปกติจนไม่สามารถสร้างสารแคนนาบินอยด์เองได้ กัญชาจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ในการทำหน้าที่เหล่านั้นแทน โดยมีองค์ประกอบหลักอย่าง สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) และแคนนาบินไดออล (CBD) ที่ช่วยปรับสมดุลในการทำงานของร่างกาย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาอาการและโรคต่าง ๆ

1. ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด (Antiemetic effect) : สาร Nabilone และ Dronabinol เป็นสารสังเคราะห์ที่เป็นอนุพันธ์ของสาร THC ซึ่งมีผลการวิจัยทางคลินิกยืนยันว่า Nabilone และ Dronabinol มีประสิทธิภาพในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดี จึงได้รับการอนุมัติให้ขายในประเทศอเมริกา (ค.ศ.1985) และแคนาดา (ค.ศ. 1995) ตามลำดับ

2. เพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็งและเอดส์ (Appetite stimulation) : ผลการวิจัยพบว่าสาร THC สามารถช่วยเพิ่มความอยากอาหารให้ผู้ป่วยมะเร็งและเอดส์ เมื่อมีการทดลองใช้ทางคลินิกเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ และได้รับการอนุมัติให้ใช้สาร Dronabinol ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของสาร THC เพื่อเพิ่มความอยากอาหารได้ในประเทศแคนาดา

3. ลดอาการปวด (Analgesic effect) : สารในกลุ่มแคนนาบินอยด์ส่วนใหญ่โดยเฉพาะ THC สามารถใช้ลดอาการปวดแบบฉับพลัน และแบบเรื้อรัง (Acute และ Chronic pain) โดยเฉพาะการใช้เพื่อระงับการปวดแบบเรื้อรังนั้น นับเป็นสาเหตุหลักของการใช้สารสกัดกัญชาในการลดอาการปวด

⁴⁴ Woodbridge, ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.

ได้มีการทดลองทางคลินิกและพบว่าสาร THC ในขนาด 2.5 หรือ 2.7 มิลลิกรัม สามารถช่วยลดอาการปวดเรื้อรัง (central neuropathic pain) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพิ่มขึ้น มีการตั้งตำรับยาสเปรย์ (Oromucosal spray, Nabiximols) โดยใช้ส่วนผสมของ THC และ CBD ซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวดข้อ (Rheumatoid arthritis) แต่สำหรับอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งนั้น ยังไม่มีข้อสรุปทางคลินิกที่ชัดเจน

4. ลดอาการปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis, MS) : MS เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทซึ่งมักเกิดร่วมกับการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดรุนแรงและมีอาการปวดแบบเรื้อรัง และพบว่า ทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ THC เพียงชนิดเดียว และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาที่มีส่วนผสมของ THC และ CBD ในอัตราส่วน 1 ต่อ 0.5 สามารถช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและช่วยบรรเทาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ในการทดสอบทางคลินิกโดยไม่พบอาการข้างเคียงที่ร้ายแรง แต่อย่างไรก็ตามตำรับยาทั้งสองชนิดนี้ (อัตราส่วนของ THC:CBD เท่ากับ 1 : 0.9) ได้รับอนุญาตให้สามารถสั่งจ่ายได้ในประเทศแคนาดา อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา

5. ช่วยควบคุมอาการลมชัก (Epilepsy) : พบว่าสาร CBD สามารถต้านอาการชักได้ดี และไม่มีความเป็นพิษต่อระบบประสาท จึงได้รับการอนุมัติโดย U.S. FDA ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2018 ให้สามารถใช้ในการรักษาอาการชัก 2 ชนิด คือ Dravet and Lennox-Gastaut syndromes

6. ลดความดันในตาของผู้ป่วยต้อหิน (Glaucoma) : มีการศึกษาความสามารถของสาร THC, 0.01-0.1% eye drop solution เพื่อช่วยลดความดันในลูกตาและพบว่าขนาด 0.05-1.0% THC สามารถช่วยลดความดันในลูกตาของผู้ป่วยต้อหินได้ แต่เป็นการออกฤทธิ์ในระยะสั้น 2-3 ชั่วโมงเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ายานี้ก่อให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ในระหว่างใช้ ดังนั้น การพัฒนาตำรับ (Formulation) และรูปแบบการให้ (Dosage form design) อาจสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว

7. ป้องกันและรักษาอาการสมองฝ่อ (Neurodegeneration and neuroprotection) : มีการค้นพบ Cannabinoid receptors (CB₁, CB₂) ในปีค.ศ. 1988 และจากผลการวิจัยพบความเป็นไปได้ในการใช้สารกลุ่ม acid cannabinoids และ endocannabinoids ในการรักษาความผิดปกติทางสมอง แต่ปัจจุบันยังไม่มีสารสรุปที่ชัดเจน อยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก

8. คลายความวิตกกังวล (Antianxiety effect) : จากรายงานทางคลินิกพบว่าการใช้สาร Fatty acid amide hydrolase inhibitors (FAAH inhibitors) ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Endocannabinoids มีความสามารถในการลดอาการวิตกกังวลได้ ปัจจุบันสารหลายชนิดในกลุ่มนี้อยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก

9. การรักษามะเร็ง (Anticancer effect) : จากการวิจัยพบว่าสารหลายชนิดในกลุ่ม Cannabinoids (THC, CBD) และ Endocannabinoids สามารถต้านการเจริญเติบโตของ

เซลล์มะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้โดยการยับยั้ง Angiogenesis และลด Metastasis ในมะเร็งหลายชนิด โดยการกระตุ้นให้เกิด Program cell death และยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง กลไกอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้คือ การกระตุ้นให้เกิด Cell-cycle arrest และ antiangiogenic effect ปัจจุบัน สารในกลุ่มนี้อยู่ในระหว่างการศึกษาดังกล่าวทางคลินิก นอกจากนี้ ยังพบว่าสารให้สาร Cannabinoids ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด Temozolomide สามารถช่วยลดการเติบโตของเนื้องอกสมอง (Glioma xenograft) ได้อย่างดี

ข้อห้ามใช้และอาการข้างเคียง

มีคำแนะนำว่าไม่ควรใช้สารกลุ่มนี้ในผู้ที่ตั้งครรภ์ ผู้อยู่ระหว่างให้นมบุตร และผู้ป่วยจิตเวช ส่วนการใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและโรคความดันควรอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรให้สารกลุ่มนี้ ร่วมกับ ยาในกลุ่ม CNS depressants อาการข้างเคียงของการใช้สารกลุ่ม THC ขึ้นอยู่กับ ความเหมาะสมในการใช้ และขนาดยาที่ใช้ โดยควรเริ่มจากขนาดต่ำก่อนและถ้าจำเป็นต้องเพิ่มขนาด ควรทำช้า ๆ ผู้ที่ได้รับสารกลุ่มนี้มักสามารถพัฒนาให้ร่างกายยอมรับผล psychoactive effect ของยา (tolerance) ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงควรรักษาขนาดของยาให้คงที่โดยพิจารณาตาม ผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะการมองเห็น ไม่ชัดเจน ปากแห้ง วิดกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คลื่นไส้ มีความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่ไม่ค่อยพบ เช่น เดินเซ ซึมเศร้า ท้องเสีย ความดันต่ำ หวาดระแวง ปวดท้อง และอาเจียน (cannabis hyperemesis syndrome)⁴⁵

กรมการแพทย์ ได้ให้คำจำกัดความของ กัญชาทางการแพทย์ ว่าหมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น⁴⁶

Martin Woodbridge นักเภสัชวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านกัญชาทางการแพทย์จากประเทศ นิวซีแลนด์ ได้เขียนหนังสือแนะนำการใช้กัญชาเพื่อบำบัดรักษาโรค โดยอธิบายความหมายว่า กัญชาทางการแพทย์ คือ กัญชาที่มีจุดประสงค์การใช้งานเพื่อบำบัดรักษาโรค ซึ่งจะได้รับการสั่งจ่ายโดย บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม สำหรับภาวะโรคที่รู้จักโดยทั่วไป หรือกลุ่มภาวะโรคที่มีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธีการรับกัญชาทางการแพทย์ที่เป็นที่นิยม ที่สุดในหมู่ผู้ป่วยทั่วโลก ได้แก่⁴⁷

1. การสูดไอระเหย โดยใช้เครื่องพ่นไอระเหย หรือเครื่องมือสูดไอระเหยทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะสูดดมสารแคนนาบินอยด์ (จากช่อดอกกัญชา) ในรูปแบบไอระเหยซึ่งจะดูดซึมเข้าไป

⁴⁵ ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์, "กัญชากับการรักษาโรค (Therapeutic Potential of cannabis)."

⁴⁶ แพทยสภา, คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์., (2562).

⁴⁷ Woodbridge, ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.

ในกระแสเลือดผ่านทางปอด หรือใช้วิธีการสูบ แต่มีข้อเสีย คือ เมื่อมีการสูบหรือการเผาไหม้ จะมีการสร้างสารประกอบไพโรไลซิสที่เป็นพิษขึ้น ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. การให้ยาทางปาก โดยการกลืนหรือดูดซึมจากทางใต้ลิ้น เมื่อกลืนยาเข้าไป ยาจะเข้าสู่กระแสเลือดผ่านทางกระเพาะอาหาร ลำไส้ และตับ เมื่อให้ยาดูดซึมทางใต้ลิ้น ยาจะไม่ผ่านตับและเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรง ยาที่ใช้มักอยู่ในรูปแบบ น้ำมัน สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปาก แคปซูล ชาหรือสารละลาย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา เนื่องจากยากต่อการควบคุมปริมาณสารสกัดที่ได้รับ และผลการรักษาไม่แน่นอน

3. การส่งยาผ่านผิวหนัง (Transdermal) ครีมที่ทาลงบนผิวหนังหรือเยื่อเมือกบุผิว และแผ่นแปะผิวหนัง ซึ่งเป็นการแปะแผ่นติดที่มียาอยู่ลงบนผิวหนังโดยตรง ผู้ป่วยจะค่อย ๆ ได้รับยาปริมาณที่เฉพาะเจาะจงในเวลาที่กำหนด

การใช้กัญชาทางการแพทย์นั้นยังอยู่ในช่วงของการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาจึงมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยต่าง ๆ ทั่วโลกอยู่ตลอดเวลา ซึ่งถือเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยในการเพิ่มช่องทางการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการใหม่ ๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นความท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องทำการศึกษาเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่เหล่านี้ให้เท่าทันกับความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาทักษะความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคเพื่อคัดกรองว่าผู้ป่วยรายใดที่สมควรได้รับยากัญชา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา และเกิดประสิทธิผลในการรักษามากที่สุด

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในจีน เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยก่อนคริสตกาล⁴⁸ ส่วนในยุโรปเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1839 โดยนายแพทย์ชาวไอร์แลนด์ ชื่อ William O'Shaughnessy ได้ทำการสังเกต ทดลอง และค้นพบว่ากัญชามีสรรพคุณทางการแพทย์ สามารถใช้ระงับอาการปวด เพิ่มความอยากอาหาร ลดการอาเจียน คลายกล้ามเนื้อและลดอาการชักได้ จึงได้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยนี้ในวารสารทางยาสมัยนั้น จึงทำให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศอังกฤษและในกลุ่มประเทศตะวันตก ตลอดจนมีการซื้อขายกัญชาในร้านยาทั่วไปได้โดยไม่ผิดกฎหมาย มีการบรรจุสรรพคุณทางยาของสารสกัดจากกัญชา และยาทิงเจอร์ใน British Pharmacopoeia และ United States Pharmacopoeia มีการบันทึกในประวัติศาสตร์ด้วยว่า แพทย์มีการส่งจ่ายกัญชาเพื่อใช้ลดอาการปวดประจำเดือนแก่พระราชินีวิกตอเรียของประเทศอังกฤษ⁴⁹ จึงถือได้ว่าการใช้กัญชา

⁴⁸ มานพ คณะโต และคณะ, "รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา."

⁴⁹ ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์, "กัญชากับการรักษาโรค (Therapeutic Potential of cannabis)."

ทางการแพทย์ในยุคเริ่มต้นนั้น มีการใช้ทั่วไปอย่างเสรีทั้งในประชาชนทั่วไปจนถึงชนชั้นนำหรือชนชั้นปกครอง และผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการมีส่วนสำคัญต่อการนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ในหลากหลายตำรับยามากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาจากการขาดมาตรฐาน และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อีกทั้งยังขาดมาตรการกำกับดูแลหรือกฎหมายที่รัดกุมจากรัฐเพื่อจำกัดพื้นที่การผลิต การควบคุมคุณภาพยา กัญชาที่จะป้อนเข้าสู่ระบบตลาดหรือร้านขายยาทั่วไป ตลอดจนการกำหนดข้อบังคับใช้ที่ถูกต้องและการจำกัดปริมาณการใช้ และสิทธิในการครอบครองกัญชา ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาในปริมาณที่น้อยเกินไปจนไม่เกิดผล หรือได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาเกินขนาดหรือผิดวิธี ซึ่งข้อบกพร่องเหล่านี้ทำให้การใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรคส่วนใหญ่ถูกทดแทนด้วยยาที่สกัดจากฝิ่น เช่น โคเดอีน และมอร์ฟีน กัญชาจึงค่อย ๆ สูญหายไปจากตำรับยาตะวันตก อีกทั้งในปี ค.ศ. 1937 ประเทศอเมริกา ได้มีการรายงานว่าการใช้กัญชามีผลทำให้ผู้ใช้ขาดสติ เกิดอาการประสาทหลอน และก่อให้เกิดอาชญากรรมขึ้นได้ จึงมีการถอนกัญชาออกจาก United States Pharmacopoeia ต่อมาในช่วงปลายทศวรรษ ค.ศ. 1950 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุว่ากัญชาและยาเตรียมจากกัญชาไม่มีประโยชน์ด้านการแพทย์อีกต่อไป⁵⁰ และท้ายที่สุดได้ยกเลิกการใช้กัญชาในการรักษาโรค มีการห้ามใช้กัญชาในการรักษาโรคในอังกฤษและยุโรปในตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1971 เป็นต้นมา⁵¹ นอกจากนี้ สหประชาชาติ ยังระบุว่า กัญชาถูกจัดเป็น ยาเสพติดกลุ่ม narcotic drug และการใช้กัญชาเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในเกือบทุกประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา⁵² ต่อมาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายยาเสพติดโดยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของการเสพยาเสพติด และการมียาเสพติดไว้ในครอบครองลง ส่งผลให้รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวทางด้านการทบทวนนโยบายและรับรองกัญชาให้ถูกกฎหมาย จนกลายเป็นปรากฏการณ์ “กัญชาฟีเวอร์” โดยมีกรณีตัวอย่างการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ ดังนี้

เนเธอร์แลนด์ ปัจจุบันยังไม่ได้ถอดชื่อกัญชาออกจากบัญชีสิ่งเสพติด การครอบครองกัญชายังคงมีการระบุโทษไว้ แต่ในทางปฏิบัตินั้น นับจากปี ค.ศ. 1976 เป็นต้นมา มีการใช้กัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์อยู่ภายใต้กฎหมาย Opium Act ปี ค.ศ. 2002 โดยสามารถทำได้หากแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถนำใบสั่งยาไปซื้อยาได้ที่ร้านขายยา ทั้งนี้ อาการป่วยที่มีรายงานทางการแพทย์ว่ากัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการป่วยได้ คือ อาการปวดหรือกล้ามเนื้อหดเกร็งที่เกิดจากโรคปลอกประสาทอักเสบ หรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง อาการเบื่อ

⁵⁰ Woodbridge, ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์.

⁵¹ ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์, "กัญชากับการรักษาโรค (Therapeutic Potential of cannabis)."

⁵² "กัญชา" ยาเสพติด ที่สมัย "พระนารายณ์" ใช้เป็นยารักษาโรค, 2562, https://www.silpa-mag.com/culture/article_22667.

อาหาร หรือน้ำหนักลดอย่างรวดเร็วที่เป็นผลจากโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ อาการเบื่ออาหาร หรือ อาเจียน ซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาโดยการให้คีโม อาการปวดเรื้อรังที่เกี่ยวกับระบบประสาท ต้อหิน และโรคพรีเอร์ตี⁵³

กระบวนการในการควบคุมกัญชาของเนเธอร์แลนด์จะมีหน่วยงาน OMC Office of Medical Cannabis ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ดูแลควบคุมการผลิต คุณภาพ และกระจาย ให้เพียงพอในการใช้ควบคุมการผลิต ปลูกในอาคารภายใต้แสงประดิษฐ์ ปราศจากยาฆ่าแมลง ป้องกัน การปนเปื้อนจากเชื้อโรค ต้องผ่านการตรวจสอบว่ามีคุณภาพดีแล้วจึงส่งจำหน่ายได้⁵⁴

เยอรมนี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 2017 แพทย์ในประเทศเยอรมนีสามารถจ่ายยาที่มี ส่วนผสมของกัญชาให้แก่คนไข้ได้ เพื่อช่วยบรรเทาอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรค กล้ามเนื้ออ่อนแรง และบรรเทา อาการปวดเรื้อรัง ด้วยเหตุนี้ยา กัญชาจึงเป็นที่ต้องการของตลาดสูงมาก จนในปี ค.ศ. 2018 เยอรมนีเกิดสภาวะกัญชาเป็นที่ต้องการมากจนสินค้าขาดตลาด⁵⁵ สถาบันยาและ แพทย์ภัณฑ์แห่งชาติ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM) จึงเข้ามา แก้ไขสถานการณ์ด้านอุปทานของกัญชาได้อย่างเร่งด่วน โดยการจัดสรรสิทธิการปลูกกัญชาเพื่อใช้ ประโยชน์ในทางการแพทย์ เป็นระยะเวลา 4 ปี โดยให้บริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ⁵⁶

อิตาลี เช่นเดียวกับประเทศในสหภาพยุโรปอื่น ๆ เช่น เยอรมนี และกรีซ ประเทศอิตาลี ยอมรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อบรรเทาอาการจากโรคเรื้อรัง ทางระบบประสาท ผลข้างเคียงจากการรักษาโรคเอดส์หรือโรคมะเร็ง บำบัดโรคสมาธิสั้น ไมเกรน ฯลฯ โดยเป็นสาร CBD หรือ THC จากกัญชา และบรรจุในรูปแบบแคปซูล สเปรย์พ่นในช่องปาก อบแห้ง สำหรับชงชา หรือยาหอมระเหย แต่ไม่อนุญาตให้ใช้ในลักษณะการสูบ อิตาลีอนุญาตให้เพาะปลูก กัญชาเพื่อการแพทย์หรือการวิจัยเท่านั้น โดยการเพาะปลูกดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุม ของทหาร⁵⁷ ในปี ค.ศ. 2017 กองทัพรับหน้าที่ปลูกและผลิตกัญชาเพื่อนำไปจำหน่ายเป็นยาให้แก่ ประชาชน นอกจากนี้ ยังมีร้านขายยาในอิตาลีเป็นแหล่งจำหน่ายกัญชาที่ผลิตโดยรัฐสำหรับนำไปใช้ เพื่อจุดประสงค์ทางการแพทย์อีกช่องทางหนึ่ง⁵⁸

⁵³ สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ กรุงเฮก, กัญชาและกัญชงเชิงพาณิชย์ของเนเธอร์แลนด์, (2562).

⁵⁴ "ประธานบอร์ด อภ.เปิดข้อมูลนานาประเทศกับการใช้ "กัญชา", 2562, <https://www.prachachat.net/general/news-297305>.

⁵⁵ สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ นครแฟรงก์เฟิร์ต, อนาคตสดใสของธุรกิจกัญชา (ใช้ทางการแพทย์) ในเยอรมนี, (2562).

⁵⁶ สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ นครแฟรงก์เฟิร์ต, กัญชา "Made in Germany", (2562).

⁵⁷ สำนักงานที่ปรึกษาการเกษตรต่างประเทศ ประจำสหภาพยุโรป, กัญชาในสหภาพยุโรป, (2561).

⁵⁸ "กองทัพอิตาลีปลูกกัญชาขายเป็นยาให้ประชาชน," 2560, <https://www.bbc.com/thai/international-38942943>.

สหราชอาณาจักร มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้แล้วตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2018 สั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทาง ระบบประสาทและกุมารเวชศาสตร์ ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับอนุญาต ได้แก่

- มีส่วนประกอบของ Cannabis. Cannabis resin. Cannabinol or Cannabinol derivatives
- สำหรับใช้ทางการแพทย์
- เป็นส่วนผสมของยา

แนวทางการใช้ยากัญชามารักษาโรคของสหราชอาณาจักร ได้แก่ โรคลมชักอย่างรุนแรงในเด็กกล้ามเนื้อโหดเกร็งอย่างรุนแรงจากโรคปลอกประสาทเสื่อม อาเจียนอย่างรุนแรงจากเคมีบำบัดเป็นการรักษาเฉพาะรายกรณี case by case โดยผ่านการรักษาวิธีอื่นมาแล้วแต่ไม่ดีขึ้นหรือเป็นหนทางเดียวในการรักษา⁵⁹ นอกจากนี้ สถาบันสุขภาพและความเป็นเลิศทางด้านทางการแพทย์แห่งชาติ (National Institution Health and Clinical Excellence หรือ NICE) ในสหราชอาณาจักร ยังได้ทำการทบทวนข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่มีอยู่ทั่วโลก ตามขั้นตอนมาตรฐานสากล เพื่อหาข้อสรุปเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยออกร่างแนวทางและคำแนะนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประเทศอังกฤษและเวลส์ เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม ค.ศ. 2019 มีใจความสำคัญดังนี้

1. อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังเคมีบำบัด : สามารถใช้ยา Nabilone ซึ่งประกอบด้วยสารสกัดจากกัญชาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง "แต่ให้ใช้ได้เฉพาะกรณีที่รักษาด้วยยามาตรฐานต่าง ๆ แล้วไม่ได้ผล" และจำเป็นจะต้องระวังเรื่องผลข้างเคียงจากสารสกัดกัญชาที่มีโอกาสเกิดสูง รวมถึงปฏิกิริยากับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

2. อาการปวดเรื้อรัง : ไม่แนะนำให้ใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชาใด ๆ ในการรักษาอาการปวดเรื้อรัง เพราะหลักฐานต่าง ๆ ที่มีอยู่นั้นบ่งชี้ว่า มีสรรพคุณน้อยมาก โดยเฉลี่ยลดปวดได้เพียง 0.4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 เท่านั้น และพบว่าการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาไม่ได้ช่วยให้ใช้ยาแก้ปวดประเภทอนุพันธ์ฝิ่นลดลงเลย นอกจากนี้หากนำไปประเมินด้านเศรษฐศาสตร์แล้ว ก็พบว่าไม่คุ้มค่า สำหรับการใส่สาร CBD เพียงอย่างเดียวเพื่อนำมารักษาอาการปวดนี้ ไม่มีหลักฐานใด ๆ ในขณะนี้ และห้ามส่งจ่าย ยกเว้นแต่จะใช้ในการวิจัยเท่านั้น

3. อาการเกร็งในผู้ป่วย Multiple sclerosis : ไม่แนะนำให้ใช้ยาที่เป็นสารสกัดจากกัญชา เนื่องจากผลที่ได้นั้นไม่คุ้มค่า และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการใช้สารสกัดกัญชานั้นน้อยมาก สำหรับอาการเกร็งจากโรคอื่น ๆ นั้นยังไม่มีข้อมูล จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยต่อไป

4. อาการชักรุนแรง : มียาที่เป็นสารสกัดจากกัญชา เพื่อใช้ในกรณีเด็กที่เป็นโรคลมชักรุนแรงหายากบางชนิดคือ Dravet Syndrome และ Lennox-Gastaut Syndrome แต่จะใช้เฉพาะราย

⁵⁹ ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, "ประธานบอร์ด อภ.เปิดข้อมูลนานาชาติประเทศกับการใช้ "กัญชา"."

ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานแล้วเท่านั้น แต่โรคลมชักในผู้ใหญ่ และในเด็กกรณีอื่น ๆ นั้น ไม่แนะนำให้ใช้ เพราะไม่มีข้อมูลวิชาการที่ตีพิมพ์พอ นอกจากนี้การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกลุ่มผู้ป่วย โรคลมชักนั้น ต้องระวังผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดสูงมาก บางรายงานพบถึงร้อยละ 98⁶⁰

สหรัฐอเมริกา ณ เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2019 รัฐในสหรัฐฯ จำนวน 11 รัฐ ได้แก่ อะแลสกา แคลิฟอร์เนีย โคโลราโด อิลลินอยส์ เมน แมสซาชูเซตส์ มิชิแกน เนวาดา ออริกอน เวอร์มอนต์ วอชิงตัน และ 1 เขตการปกครองพิเศษ คือ ดิสตริกต์ออฟโคลัมเบีย อนุญาตให้ซื้อขาย กัญชาเพื่อการสันตินาการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และอีก 33 รัฐ (รวมทั้งเขตปกครองอิสระ หรือ U.S. Territories) จากทั้งหมด 50 รัฐ อนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ถึงแม้ว่า กฎหมายระดับประเทศ (Federal Law) ยังคงห้ามอยู่ก็ตาม กระแสต่อต้านกัญชาในสหรัฐฯ เริ่มเปลี่ยนแปลง นับแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา หลังมีงานวิจัยทางการแพทย์รับรองถึงคุณประโยชน์ ของกัญชา เช่น กรณีเด็กหญิงชาร์ล็อต ฟิจิ (Charlotte Figi) ในรัฐโคโลราโด สหรัฐ ซึ่งเป็นโรคลมชัก (Dravet Syndrome – ลมชักหลังฉีดวัคซีน) ที่มีอาการดีขึ้นหลังเลือกรักษาด้วยกัญชา จึงกลายเป็น จุดเปลี่ยนของการเรียกร้องกฎหมายให้การรักษาด้วยกัญชาทั่วประเทศถูกกฎหมาย⁶¹ จนทำให้ในปี ค.ศ. 1996 กัญชาสามารถใช้ในทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมายในรัฐแคลิฟอร์เนีย และรัฐอื่น ๆ ในเวลา ต่อมา แม้จะอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ แต่ก็ยังมีองค์กรวิชาชีพหลายหน่วยงาน เช่น American Academy of Neurology (AAN), American Epilepsy Society, American Medical Association (AMA), ที่คอยแสดงความเห็นโดยการออกแถลงการณ์และกำกับดูแลให้มีการใช้อย่าง ระมัดระวัง⁶²

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าภาพรวมของการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ของประเทศ ต่าง ๆ จะควบคู่ไปกับการควบคุมโดยรัฐอย่างรัดกุม โดยมีข้อบ่งชี้กำกับอย่างชัดเจนว่าอนุญาตให้ใช้ เพื่อการรักษาในกรณีใดบ้าง และส่วนใหญ่อนุญาตให้ใช้เป็นทางเลือกสุดท้ายของขั้นตอนการรักษา กล่าวคือ เมื่อมีเหตุจำเป็นอันเกิดจากการรักษาด้วยวิธีการอื่นไม่ได้ผลเท่านั้น นอกจากนี้ การกำกับดูแล อย่างใกล้ชิดขององค์กรสากลอย่างคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (INCB) องค์กร ออนามัยโลก (WHO) และสหประชาชาติ (UN) ตลอดจนองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ นักวิจัยและ นักวิชาการทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ แสดงให้เห็นว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์นั้น มีกลไกการ ควบคุมทั้งในระดับประเทศและระดับสากล ซึ่งจะคอยกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุม

⁶⁰ "สถานการณ์ 'กัญชาทางการแพทย์' จากอเมริกาและอังกฤษ สิงหาคม 2562," 2562, <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17643>.

⁶¹ "เสรีภาพกัญชาไทย ใครกำหนด?," 2558, <https://waymagazine.org/medical-mj/>.

⁶² "บทบาทขององค์กรวิชาชีพในเรื่อง "กัญชาทางการแพทย์", 2562, <https://www.isranews.org/isranews-article/74581-cannabisa.html>.

การออกนโยบายหรือแก้ไขกฎหมายของรัฐบาลแต่ละประเทศอีกชั้นหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาผลกระทบ หรือวิกฤตการณ์ทางด้านสาธารณสุขของโลกในอนาคต

การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย

หลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นว่ามีการใช้กัญชาทางการแพทย์มาอย่างยาวนาน ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ราชทูตฝรั่งเศสลาลูแบร์ ได้บันทึกถึงอุปกรณ์สูบยาของแขกมัวร์ที่ชาวสยามนิยมใช้ เรียกว่า "มอระกุ" เป็นที่สันนิษฐานว่าอาจถูกใช้กับกัญชาอยู่บ้าง แต่ถึงอย่างนั้น กัญชาก็ไม่ได้ใช้เพื่อความเพลิดเพลินใจอย่างเดียว เพราะยังพบหลักฐานการใช้เป็นยาในตำรับยาของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ที่เรียกว่า "ตำราพระโอสถพระนารายณ์" มีตำรับยากัญชาจำนวน 3 ตำรับ แต่ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบหลักมี 2 ตำรับ คือ ยาทิพภาค ยาสุขไสยาสน์ โดยระบุให้ "กินพอสมควร" นอกจากนี้ กัญชายังปรากฏในตำรายาอีกหลายเล่ม เช่น ยาโทสันทะฆาฎ และยาธรรณีสันทะฆาฎ แก้กลมกษัย จากตำรายาเกร็ด ของสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์, ยาสุขไสยาสน์ ตำรับยาของหมื่นชำนาญแพทยา (พลอย แพทยานนท์)⁶³ ส่วนในตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งเป็นตำราหลวงในสมัยรัชกาลที่ 5⁶⁴ ที่ผ่านขั้วระความถูกต้องและรวบรวมเนื้อหาจากพระคัมภีร์แพทย์แผนไทยต่าง ๆ ได้แก่พระคัมภีร์ปฐมจินดา พระคัมภีร์มหาโชติรัต พระคัมภีร์ชวดาร และพระคัมภีร์กษัย⁶⁵ พบว่ามีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ จำนวน 11 ตำรับ ได้แก่

ยากุ่มบำรุงร่างกาย มี 2 ตำรับ คือ ยาอัมฤตย์โอสถ และยาแก้ไข้ไอพอมเหลือง

ยากุ่มระบบทางเดินอาหาร มี 3 ตำรับ คือ ยาชื่อไฟอาวุธ ยาแก้ริดสีดวงมหากาฬ และยาแก้ลงแก้บิดให้มวนท้อง

ยากุ่มที่มีฤทธิ์แก้ปวด มี 3 ตำรับ คือ ยาแก้กษัยเหล็ก ยาแก้กษัยกร่อน 5 ประการ และยาแก้กษัยเสียด

ยารักษากระษัยสืบพันธุ์ มี 1 ตำรับ คือ ยาแก้โรคสำหรับบุรุษ

ยาระบบทางเดินหายใจ มี 1 ตำรับ คือ ยาชื่อพรหมภักตร์

ยาแก้ลม มี 1 ตำรับ คือ ยาแก้ลมอุทังคมาวาตะ⁶⁶

⁶³ online, "สรวลเฮฮา เล่าเรื่อง "กัญชา" ในประวัติศาสตร์."

⁶⁴ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงโปรดเกล้าฯ ให้เจ้านายชั้นผู้ใหญ่ ตำแหน่งจางวางแพทย์ คือ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอมฤตย์ กรมหมื่นภูตราชหฤทัย พระราชโอรสในรัชกาลที่ 3 ให้เป็นประธานในการชำระความถูกต้องและสงเคราะห์พระคัมภีร์แพทย์แผนไทยทั้งหมดขึ้นเป็น "ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง" ในปี พ.ศ. 2413 ใช้เวลารวบรวมเวลานานถึง 37 ปี จัดพิมพ์เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2450 โดย "พระยาพิศณุประสาธเวช" (คง ถาวรเวช) เรียกกันว่า "หมอมคง" ผู้เป็นอาจารย์เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยของราชแพทยาลัย และผู้จัดการโรงเรียนเวชสโมสร

⁶⁵ "ว่าด้วย...กัญชาในตำรับยาโบราณไทย," 2563, <https://www.medicinalthaicannabis.com/thai-cannabis>.

⁶⁶ นุสรพร เกษสมบุรณ์ วีรยา ถาอุปชิต, "การใช้กัญชาทางการแพทย์," วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 13 (2560), <https://www.oncb.go.th/ncsmi/cannabis3/การใช้กัญชาในทางการแพทย์%20ม.ขอนแก่น.pdf>.

อย่างไรก็ดีในเวลาต่อมา “สแตนดาร์ด ออยล์” ซึ่งเป็นธุรกิจน้ำมันของตระกูลร็อกกี้เฟลเลอร์ มลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มเข้ามาลงทุนในประเทศไทยตั้งแต่ รัชกาลที่ 5 โดยจัดตั้ง มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยปรับปรุงด้านการแพทย์และแพทยศาสตร์ศึกษา อย่างไม่เป็นทางการตั้งแต่ พ.ศ. 2458 (สมัยรัชกาลที่ 6) และด้วยอิทธิพลของการแพทย์แผนตะวันตก ที่มีบทบาทมากยิ่งขึ้น โรงเรียนราชแพทยาลัย จึงปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ โดยยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์แผนไทย และหลังการตราพระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุม การประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ. 2466 หมอแผนไทยจึงเป็นอาชีพที่ผิดกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2468 ได้ออกกฎหมายบดบังกัญชา ซึ่งกำหนดให้ กัญชา หรือ ยางกัญชาที่ใช้ในการปรุงยาทั้งหมดเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 แต่อนุโลมให้ผู้มีใบอนุญาตใช้กัญชา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้เป็นเวลา 1 ปี ต่อมาหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับแรก ได้มีการตราพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. 2477 ขึ้น ซึ่งถึงแม้กัญชาจะยัง ผิดกฎหมายอยู่ แต่มีการบรรจุสาระสำคัญเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ไว้ใน มาตรา 5 (2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยอาจอนุญาตให้เฉพาะบุคคล ปลูกหรือมีพันธุ์กัญชาไว้ เพื่อการทดลอง หรือประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีการจัดกลุ่มกัญชาเป็นยาเสพติดตาม อิทธิพลที่ได้รับจากตะวันตก แต่ประเทศไทยก็ยังเล็งเห็นถึงประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์อยู่⁶⁷ และหลังจากนั้นก็ได้มีการแก้ไขและออกกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดอีกหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2502 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2504

แต่หลังจากมีอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 พิธีสารแก้ไขฯ ค.ศ.1972 ซึ่งจัดให้กัญชา (Cannabis and Cannabis Resin) อยู่ในตารางการควบคุมในบัญชี ประเภทที่ 1 และ 4 และจำกัดการใช้สำหรับทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุ ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 ซึ่งกำหนดให้สาร THC ถูกควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท 1 ประเทศไทยจึงได้เข้าเป็นภาคีด้วยวิธีภาคยานุวัติและรับเอาพิธีสารแก้ไขอนุสัญญา⁶⁸ มาปรับแก้ไขกฎหมายภายในที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดและนโยบาย ยาเสพติดของภาคีเครือข่ายดังกล่าว โดยตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดให้ กัญชา เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ห้ามมิให้ผู้ใดเสพ ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้

⁶⁷ "เปิดเบื้องหลังผลประโยชน์ของใคร ในการชวาง “กัญชา และ กระท่อม”? (ตอนที่ 1)," 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000093179>.

⁶⁸ ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961, ค.ศ. 1972 เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2518

ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นราย ๆ ไป

ในส่วนของการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ แม้จะเปิดช่องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถอนุญาตได้โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ อีกทั้งเปิดช่องให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำยาเสพติดให้โทษมาทำการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยต้องรายงานการรับ การจ่าย การเก็บรักษา และวิธีการปฏิบัติอย่างอื่นที่เกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษให้ คณะกรรมการทราบทุกหกเดือน แต่ในทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ขออนุญาต แต่กลับไม่ได้รับการอนุญาต จากหน่วยงานที่มีอำนาจ⁶⁹ ดังนั้นจึงถือว่าในทางพฤตินัยกฎหมายไทยมีการควบคุมกัญชาเข้มงวด มากกว่าข้อตกลงระดับสากล แต่แม้ว่าจะมีการกำหนดบทลงโทษและมีการปราบปรามอย่างต่อเนื่อง แต่กัญชาก็ไม่เคยหมดไปจากประเทศไทย โดยจากสถิติในปี พ.ศ. 2552 – 2561 มีผลการจับกุมคดียาเสพติด ประเภทกัญชา ดังนี้

สถิติผลการจับกุมคดียาเสพติด จำแนกตามชนิดยาเสพติด จำนวนคดี จำนวนผู้ต้องหา นำหนักของกลาง และข้อหา พ.ศ. 2552 - 2561											
หน่วย: คดี											
ชนิดยาเสพติด	ประเภทข้อมูล	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
กัญชาแห้ง	จำนวนคดี	12,898	11,342	9,698	10,834	14,639	13,958	9,441	10,122	8,629	8,584
	จำนวนผู้ต้องหา	14,404	12,601	10,725	11,821	15,794	15,300	10,350	11,018	9,407	9,300
	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	17,534.92	17,820.32	12,794.81	24,398.47	26,668.50	32,203.98	24,518.92	33,234.07	31,701.70	44,143.55
กัญชาสด	จำนวนคดี	1,156	573	455	595	672	1,562	1,098	925	834	968
	จำนวนผู้ต้องหา	1,228	622	474	632	709	1,644	1,167	973	881	1,005
	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	7,780.26	2,608.25	1,353.04	2,625.11	1,354.99	5,970.72	2,458.33	1,702.53	1,224.56	1,619.55
ยางกัญชา/กัญชาน้ำ	จำนวนคดี	15	18	16	6	10	6	3	9	3	5
	จำนวนผู้ต้องหา	18	22	16	7	12	6	3	10	3	11
	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	10.20	55.35	71.15	18.19	49.70	13.01	5.60	2.14	5.01	8.59
พันธ์กัญชา	จำนวนคดี	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	จำนวนผู้ต้องหา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ตารางที่ 1 สถิติผลการจับกุมคดียาเสพติด จำแนกตามชนิดยาเสพติด จำนวนคดี จำนวนผู้ต้องหา นำหนักของกลาง และข้อหา พ.ศ. 2552 - 2561 ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

จะเห็นได้ว่าแม้จะมีการจับกุมมากเพียงใด แต่ก็ยังคงมีผู้ใช้กัญชาได้ดินเป็นจำนวนมาก และตัวเลขที่น่าสนใจคือ ปริมาณกัญชาที่กลับมาเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงระยะปี พ.ศ. 2559 – 2561 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2561 ที่ปริมาณกัญชาแห้งที่จับกุมได้มีมากถึง 44,143.55 กิโลกรัม สูงที่สุดในรอบเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการปราบปรามยาเสพติดของไทยนั้นล้มเหลว เรื่อยมา สำหรับสาเหตุที่แท้จริงความล้มเหลวในการปราบปรามยาเสพติดนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับ

⁶⁹ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, "กัญชา : กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพการแพทย์," วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 3 (2561), <https://bit.ly/3bTtyIJ>.

การแสวงหาผลประโยชน์จากสิ่งผิดกฎหมาย (กัญชา) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุมพล พงษ์สุวรรณ⁷⁰ ที่พบว่า กลุ่มชนชั้นนำในท้องถิ่น คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ตำรวจท้องถิ่น) กลุ่มนักการเมืองท้องถิ่น (เป็นกลุ่มเดียวกับพ่อค้ายาเสพติด) มีความสัมพันธ์กับขบวนการค้ากัญชาอย่างเด่นชัดที่สุดในลักษณะที่มีส่วนช่วยเหลือขบวนการทางอ้อม และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการค้ากัญชาโดยตรง โดยต่างได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน และขบวนการค้ากัญชายังคงดำรงอยู่ได้ต่อไป นอกจากนี้ ยังแสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีความต้องการใช้กัญชามากอยู่จำนวนมากแม้ว่าจะเสี่ยงต่อการรับโทษตามกฎหมายมากเพียงใด และมีความเป็นไปได้ว่า เหตุที่การลักลอบค้ากัญชามากขึ้น อาจเนื่องมาจากกระแสการเคลื่อนไหวเพื่อปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์และการวิจัยให้ถูกกฎหมายในประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทิศทางนโยบายกัญชาของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session 2016 -UNGASS 2016) ซึ่งมีนโยบายให้ความสำคัญกับการดูแลความปลอดภัยในด้านสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดยปรับทิศทางจากการสงครามกับยาเสพติด เป็นการควบคุมโดยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดลง มองว่าผู้เสพคือผู้ป่วย จนเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างทบทวนกฎหมายและมาตรการด้านยาเสพติดของประเทศ และตามมาด้วยการออกกฎหมายปลดล็อกกัญชามากมาย ทั้งปลดล็อกเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และเพื่อนันทนาการ จนทำให้เกิดเป็นกระแส “กัญชาฟีเวอร์” ทั่วโลก และการอนุญาตให้ธุรกิจนำเข้า – ส่งออกกัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายในหลาย ๆ ประเทศ ที่ส่งผลให้ธุรกิจกัญชาเติบโตอย่างก้าวกระโดด มีการผลิต และจำหน่ายกัญชามากยิ่งขึ้นการซื้อขายในตลาดกัญชาทั่วโลกก็ทำได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยยังไม่อนุญาตให้นำเข้ากัญชาจากต่างประเทศ ดังนั้น จึงทำให้เกิดการลักลอบนำเข้าเมล็ดพันธุ์และผลิตภัณฑ์กัญชาจากต่างประเทศ นำมาปลูกและขายใต้ดิน วัตถุประสงค์ในการใช้กัญชาเป็นไปเพื่อสันทนาการ และการบำบัดรักษาโรค จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า มีผู้ป่วยใช้กัญชาใต้ดิน ประมาณ 800,000 คน⁷¹ การสกัดน้ำมันกัญชาเพื่อการรักษาโรค กระทำโดยขาดกลไกการควบคุมกระบวนการผลิตที่มีมาตรฐานจากองค์กรของรัฐ และขาดข้อบ่งชี้ที่ถูกต้องว่าควรใช้อย่างไร ในปริมาณเท่าใด ดังนั้น ประชาชนผู้ใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรค จึงต้องเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาด้วยตนเองเรื่อยมา จนทำให้

⁷⁰ จุมพล พงษ์สุวรรณ, "การเมืองเรื่องกัญชา : การศึกษาในมิติของการใช้อำนาจและอิทธิพลในโครงสร้างอำนาจทางการเมืองท้องถิ่น" (ปริญญาโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530), <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/38014>.

⁷¹ สำเริง แหงกระโทก, "บรรยายเรื่อง นโยบายรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพ" (การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562, โรงแรมแอมบาสเตอร์ฮิลล์ จอมเทียนพัทยา ชลบุรี, 2562).

ภาคส่วนประชาชน ทั้งผู้ป่วย หมอพื้นบ้าน แพทย์ นักวิจัย และนักวิชาการต่างออกมาเรียกร้องให้มีการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ให้ถูกกฎหมายในเวลาต่อมา

ในระยะแรกความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้การใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ถูกกฎหมายในประเทศไทยถูกขับเคลื่อนโดยเครือข่ายภาคประชาชน หมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในวงการกัญชาเพื่อการรักษาโรค กลุ่มแพทย์ และนักวิชาการ เช่น

คณะแพทย์และนักวิชาการที่มีความสนใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์ ได้เริ่มค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ เป็นระยะเวลา 3 – 4 ปี ก่อนนำเสนอไปยังทำเนียบรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2559 แต่ไม่มีความคืบหน้ามากนัก คณะแพทย์และนักวิชาการบางส่วนจึงขับเคลื่อนกันเอง โดยสมาคมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย ได้จัดโครงการสอบสวนผู้ช้ยาเสพติดรักษาตนเองใน 3 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน กลุ่มโรคสมองพิการ และกลุ่มโรคมะเร็ง และจัดหลักสูตรอบรม “การแพทย์แคนนาบินอยด์ และกัญชาทางการแพทย์” เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับพืชกัญชาที่จะมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และสามารถวิจัยพืชกัญชาได้ โดยในปี พ.ศ. 2561 จัดอบรม 5 รุ่น มีผู้สนใจเข้าร่วม จำนวนประมาณ 500 คน ทั้งนักวิชาการสายเกษตร สายวิศวกร รวมทั้งนักวิจัย แพทย์ และเภสัชกร⁷² และได้มีการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมอีก 2 หลักสูตร คือ การใช้ยาเสพติดรักษาผู้ป่วย-แผนปัจจุบัน และการใช้ยาเสพติดรักษาผู้ป่วย-แผนไทย หลักสูตรละ 10 รุ่น จัดอบรมตลอดปี 2562⁷³

นพ.สมนึก ศิริพานทอง กรรมการสมาคมเซลล์บำบัดไทย หนึ่งในแพทย์ส่วนน้อยในเครือข่ายที่ช่วยรักษาผู้ป่วยด้วยสารสกัดกัญชา ให้สัมภาษณ์กับบีบีซีไทยว่า “ผู้ป่วยมะเร็งหลายคนที่ใช้กัญชา มาให้ผมตรวจเลือดให้ ปรากฏว่าค่าเซลล์มะเร็งลดลงจริง แต่คนเหล่านี้คือคนที่ปฏิเสธการใช้คีโมกับฉายแสงมาแล้ว หลายคนตั้งคำถามกับผมว่าในไทยยังไม่มีการวิจัยรองรับทำไมถึงออกมาพูดแบบนี้ ผมก็บอกว่าคุณมาดูสิคนป่วยตัวเป็น ๆ ที่ใช้กัญชายังมีชีวิตอยู่ ทั้งมะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ ปอด ประสาทเสื่อม ก้านสมองอักเสบ แล้วใช้ชีวิตได้ปกติไม่ทุกข์ทรมาน นี่เป็นผลที่เกิดขึ้น ส่วนเหตุก็ต้องให้นักวิทยาศาสตร์ช่วยกันหาสิว่าเป็นเพราะอะไร แล้วช่วยกันออกมาพูดหน่อย”

มหาวิทยาลัยรังสิต เป็นสถาบันการศึกษาเอกชนที่สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มแรก ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยรังสิต กล่าวว่า “กัญชาเป็นพืชที่มีคุณค่าและมีประโยชน์มากมาย มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงว่ากัญชามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหลายชนิด และมีแนวโน้มการนำมาใช้ทางการแพทย์มากขึ้น” วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ค้นพบ

⁷² “วาระแห่งชาติด้านกัญชาเพื่อการแพทย์ : จากการค้นคว้าวิชาการ สู่อการวิจัยสร้างยารักษาโรค,” 2561, <https://thaipublica.org/2018/11/cannabis-medical-thai-02/>.

⁷³ กองทรัพยากรบุคคล มหาวิทยาลัยมหิดล, MUHR, (2562).

CBN จากกัญชาขี้ขี้เซลล์มะเร็งปอด จัดทำผลิตภัณฑ์นวัตกรรมต้นแบบจากสารสกัดกัญชา 4 ผลงาน ได้แก่ ยาเม็ดเวเฟอร์จากสารสกัดกัญชา ยาประสะกัญชา น้ำมันกัญชา และแคนนาบินอยด์สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปาก อีกทั้งมีการจัดตั้ง “สถาบันวิจัยกัญชาเพื่อการแพทย์” และเปิดวิชากัญชาศาสตร์ ระดับปริญญาตรี คณะนวัตกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยรังสิต เป็นที่แรกในประเทศไทย⁷⁴ นอกจากนี้ นายปานเทพ พัวพงษ์พันธ์ คณบดีสถาบันแพทย์แผนบูรณาการและเวชศาสตร์ชะลอวัยของมหาวิทยาลัยรังสิต ยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่ผู้ประสานงานเครือข่ายประชาสังคมกัญชาเพื่อการแพทย์สำหรับประชาชน นำสมาชิกเครือข่ายยื่นหนังสือถึงประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ผ่านนายสมชาย แสวงการ เลขาธิการกรรมาธิการกิจการ สนช. เพื่อขอให้แก้ไขปรับปรุงร่าง พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ. ... อีกด้วย⁷⁵

เครือข่ายผู้ใช้กัญชาแห่งประเทศไทย (ผู้ติดตามใน Facebook Page จำนวน 19,911 คน) และกลุ่มผู้นิยมพืชกัญชาแห่งประเทศไทย (ผู้ติดตามใน Facebook Page จำนวน 1,758 คน) โดยมีผู้นำคนสำคัญคือ นายบัณฑิต นียมมาภา หรือ "ลุงตุ้" นักเคลื่อนไหวกัญชาเพื่อรักษาโรค ผู้ผลิตน้ำมันกัญชารักษาโรคมะเร็งผู้ป่วยในเครือข่ายมาตลอดหลายปี ส่วนหนึ่งของรายได้จากการขายสารสกัดกัญชาในขวดขนาด 5 มิลลิลิตร ถูกนำไปช่วยเหลือกลุ่มครอบครัวที่มีลูกป่วยจากโรคลมชักหรือสมองพิการ อีกทั้งยังสนับสนุนการปลูกกัญชาโดยเสรีเพื่อขยายการผลิตสู่ภาคอุตสาหกรรม เครือข่ายภาคประชาชนเหล่านี้บทบาทสำคัญในการยื่นข้อเรียกร้อง อาทิ การนัดรวมตัวกันเมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2561 ที่หน้าศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ทำเนียบรัฐบาล เพื่อยื่นหนังสือถึง พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และหัวหน้า คสช. เรียกร้องให้กรมทรัพย์สินทางปัญญายกเลิกคำขอจดสิทธิบัตร ‘สารสกัดจากกัญชา’ ซึ่งขอโดยบริษัทต่างชาติทั้งหมด⁷⁶

นายเดชา ศิริภัทร ประธานมูลนิธิข้าวขวัญ ที่สังคมไทยรู้จักในนาม “อานาจ มงคลเสริม” คนที่ทำการวิจัยใช้กัญชามาสกัดน้ำมัน ศึกษาคุณสมบัติของกัญชาในการรักษาโรคต่าง ๆ สกัดน้ำมันกัญชาแคปซูลแจกฟรีให้ผู้ป่วยที่วัดป่าวชิรโพธิญาณ จังหวัดพิจิตร มาตั้งแต่ปี 2561 ต่อมาเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร และ ป.ป.ส. บุกจับกัญชาที่มูลนิธิข้าวขวัญ จ.สุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2562 ในข้อหาผลิตและครอบครองกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาต ได้สร้างคลื่นลูกใหญ่ให้การเรียกร้องการใช้กัญชาทางการแพทย์กลับมาอยู่ในความสนใจของสังคมไทยอีกครั้ง ภาคประชาสังคม

⁷⁴ "วิทยาลัยเภสัชฯ ม.รังสิต ค้นพบ CBN จากกัญชาขี้ขี้เซลล์มะเร็งปอด," 2562, <https://voicetv.co.th/read/ihwrhsOvf>.

⁷⁵ "เครือข่ายกัญชาเพื่อการแพทย์ร้อง สนช.แก้ร่าง พ.ร.บ.ยาเสพติด ปลดล็อกใช้ประโยชน์," 2561, <https://mgronline.com/politics/detail/9610000116653>.

⁷⁶ "เรียกร้องยกเลิกทุกคำขอจดสิทธิบัตรสารสกัดกัญชา รมว. พาณิชย์ แจงมี 8 คำขอทำได้ เพราะเอาสารสกัดไปผสมสารอื่น," 2561, <https://thestandard.co/cannabis-patent-registration/>.

ซึ่งประกอบด้วย มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และมูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI) ได้รวบรวมเงินบริจาคจากประชาชนเพื่อขอยื่นประกันตัวต่อศาลจังหวัดสุพรรณบุรี ในวันที่ 9 เมษายน 2562 นายอนุทิน ชาญวีรกูล หัวหน้าพรรคภูมิใจไทยที่ประกาศนโยบายกัญชาเสรีตลอดช่วงหาเสียงเลือกตั้ง โพสต์เฟซบุ๊กส่วนตัวว่า “เพราะปัญหาของประชาชน รอไม่ได้ ผมขอรับผิดชอบเป็นผู้ประกันตัว และการต่อสู้คดีตามกระบวนการยุติธรรม ให้คุณเดชา ศิริภัทร และ คุณพรชัย ชูเลิศ เอง” นายประพัฒน์ ปัญญาชาติรักษ์ ประธานสภาเกษตรกรแห่งชาติ พร้อมใช้ตำแหน่งเพื่อขอประกันตัวและเสนอตัวที่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ที่อาจดำเนินการโดยมิชอบ เนื่องจากอยู่ในช่วงเวลาที่รัฐให้ประชาชนยื่นขอสิทธิขอการคุ้มครองกัญชา คือ ระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 20 พฤษภาคม 2562 จากคลื่นลูกใหญ่นี้ จึงทำให้ท้ายที่สุด ป.ป.ส. ไม่ดำเนินการฟ้องคดีกับนายเดชา ศิริภัทร⁷⁷ อีกทั้งมีการต่อยอดการจัดกิจกรรม “เดินเพื่อผู้ป่วย : กัญชารักษาโรค” (Cannabis Walk Thailand) เส้นทางจากวัดป่าวชิรโพธิญาณ จังหวัดพิจิตร ถึงวัดบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี ระยะทาง 259 กิโลเมตร ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม - 9 มิถุนายน 2562 เพื่อระดมทุนผลิตยา กัญชา รักษาโรค แจกจ่ายผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายสนับสนุนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้ผู้ป่วยเข้าถึงกัญชา รักษาโรค จัดโดย 11 องค์กร ประกอบด้วย มูลนิธิข้าวขวัญ มูลนิธิกิจกรรมธรรมชาติ มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI) มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน(ประเทศไทย) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสุขภาพไทย มหาวิทยาลัยรังสิต เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก เครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ ขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ (ขสช.) ประชาชน และเครือข่ายผู้ป่วย (Healthy Forum)⁷⁸ หลังสิ้นสุดกิจกรรม มีประชาชน 32,049 คนร่วมลงชื่อเพื่อเสนอแก้ไขกฎหมายการใช้กระท่อมและกัญชาเพื่อการแพทย์ และผู้ป่วยจำนวน 40,145 คนร่วมลงชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยการใช้กัญชาสูตรน้ำมันเดชาเพื่อรักษาโรค มียอดเงินบริจาคทุกบัญชีรวมกัน ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2562 จำนวนเงิน 4,968,742.78 บาท⁷⁹ ซึ่งในเวลาต่อมาจากความร่วมมือของสถานศึกษา 3 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยรังสิต ได้ร่วมทีมวิจัย “น้ำมันกัญชา” สูตร “อ.เดชา ศิริภัทร” จนในปัจจุบันได้รับ

⁷⁷ “อำนาจ มงคลเสริม: หน้ากากของ เดชา ศิริภัทร ผู้ปลุกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์,” 2562, <https://waymagazine.org/decha-and-hemp/>.

⁷⁸ “คำประกาศเจตนารมณ์ “เดินเพื่อผู้ป่วย : Cannabis Walk Thailand” โดย 11 องค์กร,” 2562, <https://matemnews.com/News/68950>.

⁷⁹ “เดชา”เดิน 268 กม.สู่อีสราภพขงรัฐ 4 ข้อ...ปลดล็อกกัญชา,” 2562, <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/374898>.

การบรรจุเพิ่มในตำรับยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และสามารถผลิต แจกจ่ายไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยได้⁸⁰

พรรคภูมิใจไทย ได้ประกาศ "นโยบายกัญชาเสรี" ปลุกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น ตามแนวทางแคลิฟอร์เนียโมเดล เป็นหนึ่งในนโยบายด้านเศรษฐกิจของพรรคในหาเสียงเลือกตั้งวันที่ 24 มีนาคม 2562 พร้อมให้คำมั่นสัญญากับประชาชนผู้เป็นฐานเสียงสนับสนุนว่าหากได้เป็นรัฐบาลจะทำนโยบายนี้ให้เป็นจริง โดยหลังจากหัวหน้าพรรคภูมิใจไทย นายอนุทิน ชาญวีรกูล ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทินได้กล่าวว่า “เราต้องได้เห็นปลุกกัญชาบ้านละ 6 ต้นอย่างแน่นอน เพราะพรรคเราตลอดว่านโยบายนี้ทำให้พรรคได้รับโอกาสเข้ามาในสภาครั้งนี้ ถ้าทำไม่ได้ ก็ไม่มีพรรคภูมิใจไทยสมัยหน้า”⁸¹ ดังนั้น “นโยบายกัญชาเสรี” ของพรรคซึ่งได้ถูกถอดทอนลงเป็น “นโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์” จึงถูกผลักเข้าสู่นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ข้อที่ 2 การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และข้อที่ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม (4.1) เร่งศึกษาวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยี “กัญชา” “กัญชง” รวมถึง พืชสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ และนำมาสู่การแปลงสู่การปฏิบัติในเวลาต่อมา จะเห็นได้ว่าแม้พรรคภูมิใจไทยจะไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในช่วงที่มีการขับเคลื่อนการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ในช่วงแรก แต่ในช่วงหลังการเลือกตั้งเป็นต้นมานโยบายนี้ได้กลายเป็นผลงานหลักที่พรรคภูมิใจไทยใช้รักษาฐานเสียงที่ให้การสนับสนุน กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้นโยบายกัญชาทางการแพทย์มักปรากฏพรรคภูมิใจไทย และนายเนวิน ชิดชอบ ประธานสโมสรฟุตบอลบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด ซึ่งเป็นที่ปรึกษาคนสำคัญของพรรค ประกาศตัวมีส่วนร่วมให้การสนับสนุนอย่างจริงจังอยู่เสมอ ทั้งกิจกรรมภายในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งเป็นฐานที่มั่นของพรรค และกิจกรรมในระดับประเทศ

ในส่วนของผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์นั้น ผลการศึกษาวิจัยต่างก็สนับสนุนให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ เช่น อติรส เจริญบวรจงกิจ⁸² ได้ศึกษา เรื่อง การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด : กรณีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ พบว่า กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่เคยถูกบรรจุอยู่ในตำรับยาหลวงของไทยมาตั้งแต่

⁸⁰ “ลุยวิจัย “น้ำมันกัญชา” สูตร “อ.เดชา” จ่อขออนุญาตต้น พ.ค. แจกยาผู้ป่วยทันทีากผ่าน กกก.วิจัยในมนุษย์,” 2562, <https://mgronline.com/qol/detail/9620000037765>.

⁸¹ “กัญชา: เปิดนโยบายกัญชาของภูมิใจไทยอีกครั้ง หลังโปรดเกล้าฯ “อนุทิน ชาญวีรกูล” เป็น รมว. สาธารณสุข,” 2562, <https://www.bbc.com/thai/thailand-48973471>.

⁸² อติรส เจริญบวรจงกิจ, “การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด : กรณีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์,” วารสารนิติพัฒน์ นิต้า 2/2561 (2561), <https://bit.ly/2ZCd1W0>.

สมัยอยุธยาเท่าที่มีจารึกอยู่ในประวัติศาสตร์ แต่ด้วยนโยบายการปราบปรามยาเสพติดที่เด็ดขาดของ ไทย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การใช้ประโยชน์จากกัญชาทั้งทางด้านการรักษาโรคและการวิจัยทางยา ถูกปิดตายอย่างสิ้นเชิง ในขณะที่หลายประเทศทั่วโลกมีการใช้นโยบายการลดทอนความเป็น อาชญากรรมให้แก่กัญชา และนำมาใช้ทางการแพทย์จนประสบความสำเร็จแล้ว ซึ่งผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะให้ประเทศไทยควรทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยเฉพาะการลดทอนความเป็นอาชญากรรมให้แก่กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ต่อไป

ชลิตา อุปัญญา⁸³ ซึ่งได้ศึกษาสถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จาก กัญชา/กัญชงของประเทศไทย โดยผู้วิจัยเสนอรูปแบบการใช้กัญชาที่เหมาะสมกับประเทศไทย คือ 1) การใช้กัญชา/กัญชงในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย 2) การใช้เสพและครอบครองกัญชาโดยมี เงื่อนไข 3) การนำมาตราการทางปกครองมาใช้บังคับเฉพาะการเสพและครอบครองกัญชาส่วนบุคคล 4) การเสพและการครอบครองกัญชาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

พิรพจน์ ปิ่นทองดี⁸⁴ ได้ศึกษากฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อกัญชาทางการแพทย์ กัญชา เป็นสิ่งผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก ครอบครอง เสพ ต้องถูกลงโทษทั้งจำคุกและปรับ ดังนั้น พ.ร.บ. ฉบับนี้ จึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์ สมควรมีการปรับปรุงและแก้ไข โดยควรจัดทำประมวลกฎหมายยาเสพติดเพื่อให้มี กฎหมายเพียงเท่าที่จำเป็น และควรทบทวนสถานะของกัญชาให้ไม่เป็นความผิด ทั้งควรมีหน่วยงาน ระดับชาติที่มีอำนาจและหน้าที่ในการเสนอแนวนโยบายและแผนงานระดับชาติ เพื่อกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ อันนำไปสู่มาตรการในการป้องกัน ปราบปราม และการแก้ไขปัญหายาเสพติด

สุนทร พุทธศรีจารุ⁸⁵ ได้ศึกษาการพัฒนามาตรการทางกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาทาง การแพทย์และการนำไปสู่การปฏิบัติ พบว่า แต่ละประเทศมีความเหมือนกันในการควบคุมเรื่องของการ เข้าถึงพื้นที่การปลูกกัญชา รวมถึงมาตรการรักษาความปลอดภัย และป้องกันการเข้าถึงพื้นที่ รวมถึงระบบที่ใช้ในการติดตามกัญชา สำหรับประเทศไทย หลักเกณฑ์ที่เหมาะสมควรประกอบไปด้วย ข้อกำหนดมาตรฐาน 4 หัวข้อหลัก คือ 1) ด้านสถานที่ 2) ด้านการรักษาความปลอดภัย 3) ด้านการ เก็บรักษา และ 4) ด้านการควบคุมการใช้ โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ ขึ้นพื้นฐานสำหรับผู้ขออนุญาต และแนวทางการควบคุมและป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิดได้

⁸³ ชลิตา อุปัญญา, "สถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ของประเทศไทย," *Assumption University Law Journal* 9 (2561), <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/LawJournal/article/view/3669>.

⁸⁴ พิรพจน์ ปิ่นทองดี, "กัญชา : กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์."

⁸⁵ สุนทร พุทธศรีจารุ, "การพัฒนามาตรการทางกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์และการนำไปสู่การปฏิบัติ," *THAI FOOD AND DRUG JOURNAL* MAY-AUGUST (2562),

https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=665.

ท่ามกลางกระแสสังคมที่ต่างออกมาผลักดันให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย ทั้งสนับสนุน โดยมีขอบเขตเพียงการใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคไปจนถึงระดับเสรีสุดโต่งในแง่ธุรกิจและการใช้เพื่อสันตนาการยังมีอีกหลายเสียงที่คัดค้านการเคลื่อนไหวนี้ เนื่องจากกังวลถึงผลกระทบที่จะตามมาหลังจากเปิดเสรีกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมีทั้งที่ให้เกิดผลทางการแพทย์ เช่น นพ.ธีระ วรธนารัตน์ ที่ให้เหตุผลว่า “ไม่เชื่อว่ารัฐ และกลไกต่าง ๆ ในสังคมที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันนี้ จะสามารถที่จะดูแลปกป้องประชาชนจากผลร้ายที่จะเกิดขึ้นจากการปลดล็อกกัญชาได้ ที่ผ่านมาก็ถูกนำมาตีรวนให้สับสนและหาทางลัดเลาะให้นำมาใช้ทันทีในระบบการดูแลสุขภาพโดยกล่าวอ้างข้อมูลวิจัยที่จับแพะมาชนแะงานวิจัยทั้งหลายของสากลที่ทำกันนั้น ส่วนใหญ่แล้วเป็นการวิจัยทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่กระทำอย่างมีมาตรฐานตามขั้นตอน ส่วนการวิจัยการแพทย์แบบพื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือกนั้น มีความยากลำบากพอสมควรในการพิสูจน์ทั้งเรื่องความปลอดภัยและสรรพคุณ และยากที่จะฟันธงถึงความ เป็นเหตุและผลได้อย่างแม่นยำ”⁸⁶ และผู้คัดค้านด้วยเหตุผลทางการเมือง เช่น ร.ต.อ.เฉลิม อยู่บำรุง ได้แถลงว่าตน “ไม่เห็นด้วย” กับการปลดล็อกกฎหมายใช้กัญชาทางการแพทย์ แล้วจะอนุญาตให้มีการปลูกกัญชาและมีกัญชาในครอบครองได้โดยไม่ผิดกฎหมาย และเห็นว่าเรื่องนี้ไม่ควรให้ทางสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) จัดการ ควรที่จะให้รัฐบาลที่มาจากกาเลือกตั้งจัดการดูแล⁸⁷

งานวิชาการที่สะท้อนให้เห็นถึงความกังวลเกี่ยวกับการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปใช้ โดยขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอ และขาดการศึกษาถึงผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงบทบาทของสื่อมวลชนที่มุ่งผลักดันให้มีการใช้กัญชามากเกินไป เช่น วิชัย โชควิวัฒน์⁸⁸ ได้ศึกษาเรื่องกัญชา กัญญา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ พบว่า การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการของโลก มีความก้าวหน้ามาก แต่วงวิชาการของไทยที่ผ่านมาอยู่ในภาวะแทบ “หลับสนิท” ทำให้สังคมตกอยู่ภายใต้ความครอบงำของความเชื่อ และความเห็นที่มีได้อยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ผ่านการกลั่นกรองตามขนบทางวิชาการของสากล ทำให้สังคมยากที่จะได้ประโยชน์อย่างถูกต้อง และเหมาะสมจากกัญชา ซึ่งเป็นพืชที่อาจมีคุณอนันต์และโทษมหันต์ งานวิจัยที่สนับสนุนการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ยังไม่มีน้ำหนักเพียงพอ มีหลักฐานผลไม่พึงประสงค์ของกัญชา ในเรื่องการทำลายสมองของเด็ก ผลต่อความรู้คิด ความจำ เสี่ยงต่อโรคจิตเภทและซึมเศร้า รวมทั้งความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มขึ้น ข้อสำคัญที่มีผู้ “ฟันธง” ว่ากัญชาไม่ใช่ยาเสพติดนั้น พบว่าผู้ที่มีประวัติการใช้กัญชา ร้อยละ 31 มีภาวะติดกัญชา และยังพบว่ารัฐที่ใช้กัญชามาก เช่น อลาสก้า โคลอราโด แคนดักกี พบความชุกของ

⁸⁶ นพ.ธีระ วรธนารัตน์ : บทเรียนสังคมไทยจากเรื่องกัญชา, 2562, <https://www.hfocus.org/content/2019/06/17257>.

⁸⁷ "เฉลิม" ค้าน ปลดล็อก กม.ใช้กัญชาทางการแพทย์, 2562, <https://www.komchadluek.net/news/breaking-news/359600>.

⁸⁸ วิชัย โชควิวัฒน์, "กัญชา กัญญา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ," วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 17 (2562), <https://bit.ly/2ASNN5X>.

ผนังกันห้องหัวใจด้านบน (Atrial Septal Defect: ASD) เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในทางนโยบายและกฎหมาย มีหลายประเทศเปิดให้นำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ แต่มีการควบคุมค่อนข้างเข้มงวด โดยให้เป็นยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ หลายประเทศเปิดให้นำกัญชามาใช้ในทางนันทนาการแต่ก็มีการควบคุม จำกัด ไม่มีประเทศหรือรัฐใดเลยที่เปิดให้กัญชาเสรี

อีกทั้งหน่วยงานสำคัญอย่างแพทยสภาก็ยังไม่ให้การยอมรับกัญชาเป็นยารักษาโรค หลังจากได้ขอความเห็นจาก ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ทำหน้าที่พิจารณางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค) ซึ่งระบุว่ากรณีศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับกัญชายังมีจำนวนน้อยเกินไป และบางส่วนยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะรับรองให้กัญชาเป็น "ยารักษาโรค" ซึ่งหมายถึงยาที่สามารถรักษาโรคได้ด้วยตัวมันเอง พ.ญ.ชญวลี ศรีสุโข โฆษกแพทยสภา ได้ให้สัมภาษณ์กับบีบีซีไทยว่า หลักการของแพทย์ประการสำคัญคือ "Do no harm" กล่าวคือ แพทย์จะไม่ทำอะไรมาก่อนที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย ซึ่งการประกาศว่ากัญชารักษาโรคได้ อาจทำให้ผู้ป่วยหลายคนปฏิเสธการรักษา โดยแพทย์แผนปัจจุบันที่มีการศึกษารองรับ แต่ยืนยันว่าแพทยสภาไม่ได้ต้องการปิดกั้นการรักษาหรือทางเลือกของผู้ป่วย "การที่จะบอกว่าเอากัญชามารักษาโรค อาจจะเป็นผลเสียกับคนไข้ที่เขาควรจะได้เข้ารักษาด้วยแพทย์ปัจจุบัน การใช้คำว่ากัญชารักษาโรค อาจจะไม่เป็นธรรมกับคนไข้ แต่การเอามาใช้เสริมก็ไม่ได้เป็นเรื่องขัดข้อง" นอกจากนี้ยังเสนอแนะเพิ่มเติมว่า "อยากขอรับรองว่าอย่าละเลยการรักษาแผนปัจจุบัน เพราะมีการศึกษาวิจัยที่มันลงรายละเอียดเยอะแล้ว ว่าแต่ละระยะมีโอกาสหายเท่าไร ในบางชนิดมีโอกาสหายสูงถึง 90 เปอร์เซ็นต์"⁸⁹ ซึ่งการแสดงจุดยืนไม่เห็นด้วยกับการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์เฉพาะทางหลายแขนงนั้นเกิดขึ้นทั้งช่วงก่อนและหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

อย่างไรก็ตาม แม้อย่างมีความคิดเห็นที่แตกต่างหลากหลายและยังเป็นที่ถกเถียงของสังคม ปัจจัยเกื้อหนุนต่าง ๆ ทั้งภายในประเทศและอิทธิพลจากกระแสการเปิดเสรีกัญชาจากต่างประเทศ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักได้เริ่มศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2561 จำนวน 22 คน โดยมี นพ.โสภณ เมฆธน ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) เป็นประธานกรรมการ เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและแผนการพัฒนากัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และศึกษาวิจัยภายในประเทศต่อกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาและวางระบบการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ให้ครบวงจรตั้งแต่การปลูก การปรับปรุงสายพันธุ์ การผลิตสารสำคัญที่ได้จากกัญชา การพัฒนาผลิตภัณฑ์และการนำไปใช้ประโยชน์ รวมถึงการวางระบบการควบคุม พัฒนาและวางระบบการ

⁸⁹ "กัญชา: พืชร้ายหรือสมุนไพรทางเลือก," 2561, <https://www.bbc.com/thai/thailand-42748753>.

ศึกษาวิจัยเพื่อนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ในประเทศ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ได้ตั้งคณะทำงาน 4 คณะ ได้แก่ 1) คณะทำงานเพื่อการพัฒนาการปลูกและปรับปรุงสายพันธุ์ (นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผอ. องค์การเภสัชกรรม เป็นประธาน) 2) คณะทำงานเพื่อพัฒนาการสกัดและการตรวจวิเคราะห์ (นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผอ.องค์การเภสัชกรรม เป็นประธาน) 3) คณะทำงานเพื่อพิจารณา การนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน) และ 4) คณะทำงานเพื่อวางระบบการควบคุมในการศึกษาวิจัยและการใช้ทางการแพทย์ (นพ.วันชัย สัตยาวิฑูรย์ ผอ.เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นประธาน) ทั้งนี้ เพื่อรองรับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยในประเทศ และเตรียมความพร้อมสารสกัดจากกัญชาที่จะนำมาใช้ในมนุษย์ได้ทันที หลังจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับแก้ไขประกาศใช้⁹⁰

สำหรับเส้นทางการแก้ไขกฎหมายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เริ่มต้นจากเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 สภานิติบัญญัติแห่งชาติรับหลักการร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ.... ที่เสนอโดยนายสมชาย แสวงการ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติและคณะ ต่อมาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 มีการสัมมนา "สนช.ปลดล็อกกัญชาเป็นยารักษาโรค" และเปิดรับฟังความคิดเห็นของประชาชนผ่านทางเว็บไซต์ ระหว่างวันที่ 1-15 ตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยมีจำนวนผู้แสดงความคิดเห็นทั้งสิ้น 16,431 คน มีผู้เห็นด้วย จำนวน 16,288 คิดเป็นร้อยละ 99.13 ไม่เห็นด้วย จำนวน 138 คิดเป็นร้อยละ 0.84 และไม่แสดงความคิดเห็น จำนวน 5 คิดเป็นร้อยละ 0.03 จากนั้น จึงได้เสนอร่าง พ.ร.บ.ซึ่งเป็นร่างกฎหมายแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เข้าสู่วาระการประชุม สนช. และระหว่างนั้น คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ใช้อำนาจในมาตรา 44 ให้อำนาจอธิบดี กรมทรัพย์สินทางปัญญายกเลิกการยื่นขอจดสิทธิบัตรสารสกัดจากกัญชาของบริษัทต่างชาติตามการเรียกร้อง ของนักวิชาการ นำโดย ศ.นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา หัวหน้าศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁹¹ เพื่อป้องกันให้บริษัทต่างชาติเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ทางธุรกิจ และทำให้คนไทยเสียโอกาสในการเข้าถึงกัญชา ก่อนที่ประชุมคณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ.... เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 และประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ในราชกิจจานุเบกษา มีผลใช้วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีเจตนารมณ์ คือ เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

⁹⁰ กระทรวงสาธารณสุข, คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 530/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์, (2561).

⁹¹ "เส้นทางปลดล็อก "กัญชา" สู่ยารักษาโรค," 2561, <https://news.thaipbs.or.th/content/275665>.

และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ โดยสาระสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับปรับปรุงแก้ไขนี้ คือ

1. กัญชาและพืชกระท่อม ยังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เช่นเดิม

2. กำหนดเงื่อนไขการอนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออก ให้กระทำได้เฉพาะในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัย และพัฒนา ทั้งนี้ ให้อำนาจถึง การเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ และในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของแพทย์

3. กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งประกอบด้วย 7 กลุ่ม คือ

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เภสัชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เภสัชกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์ แผนไทยและหมอพื้นบ้าน

(3) สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัย และจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(4) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น หรือสหกรณ์ การเกษตร ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาต ตาม (1) หรือ (3) ทั้งนี้ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมดังกล่าว สามารถร่วมผลิตและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ด้วย

(5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

(7) ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง ผู้ขออนุญาตตามวรรคหนึ่ง (2) (3) (4) และ (7) ในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดาต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย และกรรมการของ นิติบุคคล หุ่นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อยสองในสามต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยและมีสำนักงานในประเทศไทย

4. ห้ามจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต และยังคงมีการกำหนดบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ได้รับใบอนุญาต แต่บทลงโทษมีการลดทอนลงทั้งค่าปรับและระยะเวลาจำคุก

5. ภายในระยะเวลา 5 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ การขอรับใบอนุญาตผลิตนำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือการรักษาผู้ป่วยให้อินทรีย์ได้เฉพาะกรณีและผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ (1) หรือ (2) (3) (4) (7) ร่วมกับ (1) ไม่รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายซึ่งตนเองเป็นผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศ

6. นิรโทษกรรม ‘กัญชา’ โดยให้แจ้งการครอบครองต่อเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาภายในกำหนด 90 วัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ โดยเมื่อแจ้งการครอบครองแล้วให้ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลาย⁹²

หลังประกาศใช้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศ เพื่อกำหนดรายละเอียดและวิธีปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 สำคัญ คือ กำหนดให้กัญชาที่ได้รับมอบตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข และให้ตั้งคณะกรรมการเพื่อตรวจรับ และทำลาย โดยสามารถแจ้งความประสงค์ขอใช้ประโยชน์กัญชาได้

⁹² มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สรุปสาระสำคัญ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562, (2562).

2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 สาระสำคัญ คือ นรโทษกรรมผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว โดยแสดงเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงอาการความเจ็บป่วย

3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วย ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 สาระสำคัญ คือ นรโทษกรรมผู้มีกัญชาไว้ในครอบครองเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย

4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 12 เมษายน 2562 ซึ่งกำหนดตำรับยาไว้จำนวน 16 ตำรับ ได้แก่

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
๑. ยาอัคคินี้วณะ	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
๒. ยาสุขไสยาสน์	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
๓. ยาแก้ลมเนาวนารีวโย	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๔. ยาน้ำมันสนันไตรภพ	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๕. ยาแก้ลมชั้นเบื้องสูง	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๖. ยาไฟอาวุธ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช
๗. ยาแก้ลมไม่หลับ /ยาแก้ไข้ผอมเหลือง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช
๘. ยาแก้ลมขมขาด กล่อนแห้ง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๙. ยาอัมฤตโอสถ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๑๐. ยาโกลยาสาลี	เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
๑๑. ยาแก้ลมแก้เส้น	เวชศาสตร์วินิจฉัย
๑๒. ยาแก้โรคจิต	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๓. ยาไพสาลี	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๔. ยาหาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๕. ยาทำลายพระสุเมรุ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
๑๖. ยาทัพยาคูณ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์

ตารางที่ 2 บัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย

5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 12 เมษายน 2562 สาระสำคัญ คือ กำหนด

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการปลูกหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการ และมีการนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 9 สิงหาคม 2562 สาระสำคัญ คือ กำหนดตำรับยาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประยุกต์และหมอบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ปรุงขึ้น

7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอบ้าน ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปลูก หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 9 สิงหาคม 2562 สาระสำคัญ คือ แก้ไขแนวทางการปรุงยาสำหรับผู้ป่วยของตนของ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอบ้าน ต้องมีการระบอบุญและความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

8. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 9 สิงหาคม 2562 สาระสำคัญ คือ การคืนสภาพหมอบ้านที่เคยได้รับการรับรองตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอบ้าน พ.ศ. 2554 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 24 สิงหาคม 2562 มีสาระสำคัญ คือ เพิ่มตำรับยา 2 ชนิด คือ น้ำมันจอตกระดุก (ชื่อผู้ปรุง นายนาต ศิริหัตตา) และน้ำมันหมอบเดชา (ชื่อผู้ปรุง นายเดชา ศิริภัทร)

10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 31 สิงหาคม 2562 สาระสำคัญ คือ แก้ไขนิยามของกัญชา โดยแยกประเภทกัญชาและกัญชงออกจากกันอย่างชัดเจน อีกทั้งปลดล็อกสารสกัดจากกัญชาที่มีปริมาณสาร THC ไม่เกินร้อยละ 0.01 และสารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีปริมาณสาร THC ไม่เกิน ร้อยละ 0.2 ซึ่งเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร

11. เสนอร่างกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. โดยที่ประชุม ครม. มีมติอนุมัติหลักการ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2562 มีสาระสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และ

เงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อให้มีการควบคุมและกำกับดูแลที่เข้มงวด รัดกุม อันเป็นการป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่มีขอบด้วยกฎหมาย ซึ่งอยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

12. เสนอร่างกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับโฆษณาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. โดยที่ประชุม ครม. มีมติอนุมัติหลักการ เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2562 มีสาระสำคัญเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับการโฆษณาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการโฆษณาที่กระทำโดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ และครอบคลุมถึงการโฆษณาที่เป็นเอกสาร ภาพ ภาพยนตร์ การบันทึกเสียงหรือภาพด้วย ซึ่งอยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

13. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 มีผลใช้วันที่ 15 พฤษภาคม 2563 สาระสำคัญ คือ ให้สถานพยาบาลในสังกัดซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่สามารถตรวจสอบการใช้ความรู้ความสามารถของหมอฟันบ้านได้ อีกทั้งแก้ไของค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหมอฟันบ้านให้มีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การรับรองหมอฟันบ้าน และสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ได้

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ซึ่งมีหน้าที่ให้ความเห็นชอบต่อรัฐมนตรีในการอนุญาตให้ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 และประเภท 5 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และออกประกาศเพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการขออนุญาตการดำเนินการในเรื่องกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมจากกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตการผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ. 2559 ซึ่งอยู่ระหว่างปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. แนวทางการพิจารณาอนุญาตให้ปลูกกัญชา พ.ศ. 2562 (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562)

2. แนวทางการปฏิบัติ ด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษาและการควบคุมการใช้สำหรับผู้ขอรับอนุญาตปลูก ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562)

3. แนวทางการขออนุญาต ผลิต นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2562)

4. แนวทางการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการจำหน่ายภายใต้วัตถุประสงค์การบริหารยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ใช้ในทางการแพทย์ในประเทศ (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2562)

5. แนวทางการปฏิบัติ ด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษาและการควบคุม การใช้สำหรับผู้ขอรับอนุญาตผลิต (ประเภทอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ปลูก) นำเข้า ส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2562)

6. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 5 กรกฎาคม 2562

7. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 5 กรกฎาคม 2562

8. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การแสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 สำระสำคัญ คือ กำหนดวิธีปฏิบัติดำเนินธุรกิจต่อสำหรับทายาท กรณีผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย การมีไว้ในครอบครองเสียชีวิต

9. แนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วย (กรณีการแพทย์แผนปัจจุบัน) (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2562)

10. แนวทางการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยการปรุงตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยของตน (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562)

11. แนวทางการขออนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วยของตน (กรณีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน) (ผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562)

12. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภาชนะบรรจุ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติด

ให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิตนำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562 มีผลใช้วันที่ 30 ตุลาคม 2562

นอกเหนือจากการออกกฎหมายตามลำดับศักราชเพื่อแปลงวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 สู่การปฏิบัติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยการดำเนินการเพื่อยกเลิกพืชกระท่อมจากยาเสพติดให้โทษ และบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการดำเนินการเพื่อพิจารณายกเลิกพืชกัญชาจากยาเสพติดให้โทษ กับกระทรวงยุติธรรม เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2562 อีกทั้งภาคส่วนต่าง ๆ ยังคงมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น นายอนุทิน ชาญวีรกูล ในนามพรรคภูมิใจไทยพร้อมคณะได้เสนอร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ...) พ.ศ. และพระราชบัญญัติสถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย พ.ศ. เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร เพื่อปลดล็อกให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น และมีหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ดูแลพืชยาเสพติดทุกชนิดอย่างเป็นระบบ โดยอยู่ระหว่างกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนต่อร่างกฎหมายดังกล่าว ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 23 ธันวาคม 2562 เป็นต้นมา “เครือข่ายนักวิชาการและภาคประชาสังคมด้านพืชยา กัญชา กระท่อม” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และภาคีเครือข่าย ร่วมกันผลักดันร่างพระราชบัญญัติพืชยา กัญชา กระท่อม พ.ศ. (ฉบับประชาชน) " ด้วยต้องการให้เกิดกฎหมายที่ดูแลจัดการพืชยาแบบครบวงจร ปลดล็อกกัญชาและกระท่อมจากสถานะยาเสพติดตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดฯ มาเป็น "พืชยา" ที่สามารถนำไปใช้ทางการแพทย์หรือเพื่อการบริโภคตามวิถีชีวิต โดยมีมาตรการในการควบคุมซึ่งมาจากชุมชนและภาครัฐ โดยได้ยื่นร่างฉบับประชาชนแก่ผู้แทนประธานรัฐสภาไปเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2562⁹³

จะเห็นได้ว่าเส้นทางกัญชาทางการแพทย์นั้น แม้มีการปลดล็อกให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แล้ว แต่ก็ยังคงมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากฝั่งที่ต้องการผลักดันให้กฎหมายเปิดกว้างมากกว่าที่บังคับใช้ในปัจจุบันมีเงื่อนไขและข้อจำกัดที่เคร่งครัด เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายยิ่งขึ้น และอีกฝั่งที่ทวนกระแสออกคำเตือนข้อควรระวังต่าง ๆ ในการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรค เช่น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2563 ผศ.ดร.สทัญญู ศรีสุมะ นักวิชาการจากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระบุ

⁹³ "คลายล็อก 'กระท่อม' พ้นบัญชียาเสพติด พร้อมผลักดันร่าง พ.ร.บ.พืชยาฯ," 2563,

https://waymagazine.org/mitragyna_speciosa_drug/.

ว่า "ในรอบปีที่ผ่านมา มีรายงานผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาเข้ามาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ...บางคนไม่มีโรคอะไรแต่อยากลองใช้เท่านั้น กรณีแบบนี้เป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น มันคือการสื่อสารที่ผิดพลาด เพราะมันคือยา อยู่ดี ๆ จะหยิบมาใช้ไม่ได้ ถ้าใช้ในทางการแพทย์ต้องมีคำแนะนำการใช้ มีการติดตาม นอกจากนี้ก็ยังมีผลกระทบบ้างด้านอื่นด้วย มีรายงานจากแคนาดาว่า อุบัติเหตุเกิดบ่อยครั้งขึ้นและอาจสัมพันธ์กับการใช้กัญชา ดังนั้นถ้าจะใช้กัญชาก็ต้องไม่ขับรถ บทเรียนจากโคโลราโดยังพบว่ามีการใช้กัญชาในทางที่ผิดและการเสียชีวิตจากการขับขี่ก็ตรวจพบสาร THC ในผู้ขับขี่สูงชันเช่นกัน ข้อมูลเหล่านี้ในประเทศไทยเราไม่รู้เลย เพราะไม่เคยเก็บข้อมูล จึงต้องเร่งศึกษาและเก็บข้อมูลเหล่านี้" นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ เลขาธิการมูลนิธิสุขภาพไทย กล่าวว่า "สิ่งที่ต้องเร่งทำในวันนี้ คือการหา "จุดสมดุล" ที่รับกันได้ระหว่างฝ่ายสนับสนุนและคัดค้านการปลดล็อกกัญชา เพราะความจริงแล้วทุกฝ่ายต่างมองเห็นในเป้าหมายคล้ายกัน คือ การเปิดรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพียงแต่ยังมองแตกต่างกันในการควบคุมกำกับดูแลตอนนี้เกิดการปะทะแรงมาก ระหว่าง "วิชาชีพ" กับ "พลเมือง" ที่ต้องการลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตัวเอง...หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มงวดในการตามจับน้ำมันกัญชาได้คืน"⁹⁴

แพทยสภา ซึ่งเป็นองค์กรซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ได้ขอความเห็นทางวิชาการจากราชวิทยาลัยและสถาบันทางการแพทย์แขนงต่าง ๆ เพื่อหาข้อสรุปและขอแนะนำในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ข้อมูลจนถึงปัจจุบันที่แสดงประโยชน์อย่างชัดเจนในการใช้สารสกัดกัญชารักษาโรคตามทางการแพทย์แบบแผนปัจจุบันยังมีข้อบ่งชี้ ที่จำกัด ต้องการการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบที่จะแสดงข้อมูลที่ชัดเจน มีข้อห้ามในการใช้กัญชารักษาโรคในสตรีมีครรภ์และระหว่างการให้นมบุตร เด็กและวัยรุ่น และผู้ป่วยโรคจิต ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา ผู้ป่วยเป็นลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยอาจมีการทดลองใช้สารสกัดจากกัญชาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ในเฟซบุ๊กเพจของแพทยสภา โปสต์ข้อความว่า "กัญชาทางการแพทย์ ก็คือยา การใช้จึงต้องมีข้อบ่งชี้ ชัดระวัง...ใช้ผิดอันตรายได้ การใช้ต้องมีแพทย์ควบคุมดูแล ปัญหาที่เกิดในปัจจุบัน เป็นเพราะ ใช้เอง ไม่ได้ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ไม่ทราบขนาด ส่วนผสมเกินขนาด ผิดวิธี จึงเกิดพิษจากกัญชา มาในหลายรูปแบบ กรณีคุณหมอมือที่ห้องฉุกเฉิน ต้องระลึกละเมอว่าอาจมีผู้ป่วยที่ได้รับยาคลุ้มนี้เกินขนาด มาในหลายอาการ เพื่อรักษาครอบคลุมในกรณีไม่ทราบสาเหตุ"

อย่างไรก็ตาม แม้จะยังมีข้อกังขาและข้อถกเถียงมากมายในทางวิชาการ ซึ่งต้องรอการศึกษาวิจัยเพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนต่อไป แต่ก็ถือได้ว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

⁹⁴ "สมัชชาสุขภาพฯ ใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องรู้จักจริง-เท่าทัน ย้ำมีทั้งโทษ-ประโยชน์," 2563, <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1757861>.

นับเป็นจุดเริ่มต้นของการอนุญาตให้ประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อการรักษาโรคได้มากกว่า ในช่วง 5 – 6 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่มีการลักลอบใช้กัญชาใต้ดินอย่างแพร่หลายมาโดยตลอด ซึ่งการออกกฎหมายฉบับนี้เป็นการจุดประกายให้ภาคส่วนต่าง ๆ หันมาให้ความสนใจและช่วยกันสะท้อนมุมมองและสถานการณ์จริงของการใช้กัญชาในประเทศไทยให้ชัดเจนขึ้น ดังเช่นในรายงาน Thaihealth Watch จับตาสถานการณ์สุขภาพคนไทย ในปี 2563 ที่จัดทำโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า 1 ใน 10 มีเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และพบว่า กระแสกัญชาไปไกลกว่าสรรพคุณที่ประกาศรับรอง โดยเฉพาะบนโลกออนไลน์



ภาพที่ 6 จำนวนข้อความที่มีการพูดถึง “กัญชา” บนโลกออนไลน์

จากการสำรวจข้อความที่มีการพูดถึงกัญชา โดย WISESIGHT ร่วมกับ สสส. พบว่ามีจำนวนถึง 378,400 ข้อความ (กรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562) โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 เป็นต้นมา ซึ่งมีข้อความที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ด้านสุขภาพถึง 44,574 ข้อความ หรือคิดเป็น 12% ของจำนวนข้อความทั้งหมด

ในมุมมองของผู้ใช้พบว่า โรคที่ได้รับการกล่าวถึงเมื่อมีคำว่า ‘กัญชา’ อันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง 77% ตามด้วยซึมเศร้า 7% เบาหวาน 7% พาร์กินสัน 4% ไมเกรน 3% และสะเก็ดเงิน 1 % ส่วนโรคไต 1% เป็นการพูดถึงการบรรเทาอาการ ซึ่งพบว่า กลุ่มคนที่แชร์ประสบการณ์การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคในด้านบวก มักอ้างว่า ใช้งับตัวเองแล้วได้ผลจริงหรือคนในครอบครัวใช้แล้วได้ผล ในขณะเดียวกันพบว่า มีข่าวกลุ่มผู้ใช้เกินขนาดแล้วเกิดอาการรุนแรงจนต้องพบแพทย์ หรือกลุ่มที่ใช้ในขนาดที่แนะนำแล้วเกิดอาการข้างเคียงเช่นกัน

ในขณะที่ผู้ผลิตสารสกัดกัญชาเพื่อขายผ่านโลกออนไลน์ พบว่า มีการขายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อประโยชน์ ในการรักษาโรคผ่านเฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์จำนวนมาก เช่น #กัญชารักษาโรค #สายเขียว ซึ่งในช่วงระยะเวลา 1 ปี (กรกฎาคม 2561- มิถุนายน 2562) พบว่า มีจำนวนถึง 3,527 ข้อความ โดยพบว่าการขายกัญชาในหลายรูปแบบทั้งเจลลี่ สบู่ก้อน แคปซูล ผงนัวร์ ซึ่งไม่ใช่แค่เพียงน้ำมัน

สภัดหรือตำรวจที่ได้รับการรับรองตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ หรือ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังพบกลุ่มคนที่ต้องการปลูก กัญชาเอง โดยให้เหตุผลต้องการใช้เป็นยารักษาโรคต่าง ๆ เพราะประหยัดค่ารักษาพยาบาลหรือใช้ รักษาอาการอื่นที่ยังไม่ได้รับการรับรอง เช่น ไมเกรน เป็นต้น⁹⁵

จึงอาจกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะกัญชาจะอยู่ใต้ดินหรือถูกนำมาอยู่บนดินอย่างถูกต้องตามกฎหมาย สถานการณ์จริงของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้นไปเร็วและไกลกว่าที่หน่วยงาน ภาครัฐจะไล่ตามทัน แต่อย่างไรก็ตามกลไกภาครัฐก็ยังคงมีความจำเป็น เนื่องจากเป็นหลักประกันว่า หากประชาชนได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อชีวิตและทรัพย์สินจากการใช้กัญชาโดยขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ยังคงมีหน่วยงานรัฐเป็นที่พึ่งที่จะคอยแสวงหาหนทางแก้ไขและแนวทางป้องกันปัญหา ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

2.9 คลินิกกัญชาทางการแพทย์

หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และการเตรียม ความพร้อมระเบียบ หลักเกณฑ์ แนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุกัญชา ทางทางการแพทย์ ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาที่ 20 “สาขากาให้บริการกัญชา ทางทางการแพทย์” และมีข้อสั่งการการดำเนินงานด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการ สุขภาพ เพื่อให้มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ Medical Cannabis Clinic ในสถานบริการ สุขภาพที่มีความพร้อมทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน⁹⁶ เปิดดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องได้รับสารสกัดจากกัญชา ภายใต้ ความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้⁹⁷

1. ให้มีการจัดบริการกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย (Medical Cannabis Clinic) ในสถานบริการสุขภาพ

⁹⁵ "กพย.ชี้ 3 เส้นนโยบายกัญชาทางการแพทย์ -โลกออนไลน์ไปไกลกว่าสรรพคุณที่รับรอง," 2562, <https://www.isranews.org/thaireform/thaireform-news/83946-cabi839461.html>.

⁹⁶ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดประจำภูมิภาคที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง

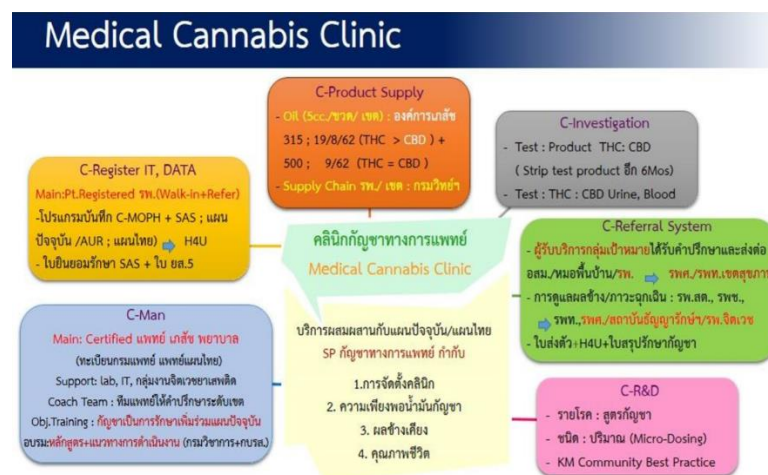
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไปหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ที่มี ขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 120 - 500 เตียง

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 10 - 120 เตียง

⁹⁷ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ, (2562).

- 1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นที่ปรึกษา และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน
- 1.2 จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา พร้อมให้ แนวทางแก้ไขปัญหาแก่สถานบริการสุขภาพในเครือข่าย
- 1.3 จัดให้มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลข้อมูล ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษา ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทันต่อ สถานการณ์ พร้อมรายงานเสนอต่อผู้บริหาร
- 1.4 มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชาสามารถตรวจสอบจำนวนการใช้ไปและ คงเหลือ เพื่อการสำรองสารสกัดจากกัญชาในปริมาณที่เหมาะสม เพียงพอต่อการใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 1.5 มีระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาแล้วเกิด อาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือมีสัญญาณเตือนแสดงอาการที่พึงเฝ้าระวัง
- 1.6 มีการตรวจสอบสารสกัดจากกัญชาทั้งในผู้ป่วยและผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา ด้วยเครื่องมือ ชุดทดสอบจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตามขั้นตอน การปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง
- 1.7 มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ โดยนำผลการวิเคราะห์ ข้อมูลด้านการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย การกระจายสารสกัดจากกัญชา การตรวจสอบสารสกัดจาก กัญชาและปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน สถานบริการสุขภาพศึกษาวิจัยให้เกิดองค์ความรู้ การพัฒนาที่ต่อยอด พัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุด

2. องค์ประกอบการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)



ภาพที่ 7 องค์ประกอบการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)

หลักการกำกับดูแลการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) คือ 1) การจัดตั้งคลินิก 2) ความเพียงพอน้ำมันกัญชา 3) ผลข้างเคียง 4) คุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 C-MAN บุคลากรผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

- ทีมบุคลากรประจำหน่วย Medical Cannabis Clinic ประกอบด้วย

แพทย์ 1 คน	นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน
เภสัชกร 1 คน	แพทย์ระบบประสาท (หน่วยสนับสนุน)
พยาบาล หรือนักวิชาการ 1 คน	ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด (หน่วยสนับสนุน)
แพทย์แผนไทย 1 คน	ทีมบุคลากรห้องฉุกเฉิน (หน่วยสนับสนุน)

- บุคลากรผู้ให้บริการ (แพทย์ เภสัช พยาบาล) ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการอบรม “การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์” ของกรมการแพทย์หรือกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และได้รับใบประกาศนียบัตรเพื่อใช้ในการสมัครสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้สั่งใช้/จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และอบรมเพิ่มเติมด้านจิตเวชยาเสพติด ภาวะฉุกเฉิน และการบริหารยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน : สามารถสั่งใช้ในผู้ป่วยเฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้ โดยต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กรณีสั่งจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรม และไม่ได้รับใบอนุญาต จะมีโทษตามกฎหมาย

- เภสัชกร : หากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใดมีเภสัชกร เภสัชกรทำหน้าที่ช่วยควบคุมการจัดเก็บ และจ่ายยาตามการสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อย่าที่มีส่วนผสมของกัญชาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมกับมีการจัดทำบัญชีตามที่กฎหมายกำหนด และสามารถใช้ระบบการรายงานการใช้อย่าและอาการไม่พึงประสงค์ SAS⁹⁸ ได้

⁹⁸ SAS (Special Access Scheme) คือ รูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา แม้ว่าสารสกัดกัญชาที่ผลิตขึ้นจะถูกกฎหมาย แต่ยังคงจัดว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยา (unapproved product) แพทย์สามารถสั่งจ่ายในกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายผ่านช่องทาง SAS เท่านั้น ระบบรายงาน SAS รับผิดชอบโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- พยาบาล : สามารถให้ความรู้ คัดกรอง คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้น และติดตามผลการรักษาผลข้างเคียง สามารถใช้ระบบการรายงาน C-MOPH⁹⁹ ได้

- นักเทคนิคการแพทย์ : สามารถตรวจพิสูจน์หรือให้คำปรึกษาแนะนำตรวจความเข้มข้นสารสกัดกัญชา

- กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด : สามารถให้การสนับสนุนความรู้ ฝ้าระวังผลข้างเคียงด้านจิตเวชและยาเสพติด บุคลากร สถานที่หากจำเป็นในบางหน่วยบริการเพื่อช่วยบริหารจัดการผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

- เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ : สามารถให้การสนับสนุนความรู้ เครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อช่วยจัดทำกรบันทึกข้อมูลการรักษาและส่งรายงานของคลินิกฯ ผ่านทางอินเทอร์เน็ตให้เป็นปัจจุบันได้

- ผู้ป่วย : สามารถใช้เพื่อการรักษาโรคได้ โดยผู้ป่วยจะต้องไปเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด หากมีความจำเป็นแพทย์ก็ออกไปรับรองและส่งจ่ายยาจากสถานพยาบาลให้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปขออนุญาต เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยจะนำยาที่มีส่วนผสมของกัญชาติดตัวเข้าหรือออกจากราชอาณาจักร ต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน โดยผู้ป่วยที่ใช้และครอบครองยา ที่มีส่วนผสมของกัญชา โดยมีใบรับรองตามคำสั่งแพทย์ ก็จะได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานเสพ ตามมาตรา 58 วรรคสอง และได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานครอบครองตามมาตรา 26/4 (1) หากผู้ป่วยใช้กัญชาโดยไม่ได้ไป เข้ารับการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และไม่มีใบรับรองหรือส่งจ่ายยาจากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตในการครอบครองเป็นการฝ่าฝืนต้องรับผิดชอบตามแต่กรณีไป หากการครอบครองมีปริมาณกัญชาเพียงเล็กน้อยไม่เกิน 5 กรัม สามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ แต่หากมีการครอบครองเกินกว่า 5 กรัม จะถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมตามฐานความผิด

2.2 C-Register ขั้นตอนการรับบริการและแนวทางการพิจารณาส่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) ต้องมีข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทุกราย ทุกครั้งที่มารับบริการ โดยดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงรายงานข้อมูลตามโปรแกรมที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลกับกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

⁹⁹ ระบบรายงาน Cannabis Clinic Data Center: C-MOPH คือ ระบบรายงานและติดตามการดำเนินการให้บริการสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (screening) ข้อบ่งใช้ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย และข้อห้าม กรณีผู้รับบริการแพทย์แผนปัจจุบันมีการรักษาเดิมอยู่ควรได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้เดิม

- การประเมินอาการผู้ป่วยแต่ละอาการ/โรค เพื่อสั่งการรักษาหรือส่งต่อ ก่อนแพทย์สั่งจ่ายสารสกัดจากกัญชา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทุกรายต้องผ่านขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินก่อนสั่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตเวช และการประเมินผู้ป่วยตามแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)¹⁰⁰

- โปรแกรมบันทึก C-MOPH และ SAS และ H4U¹⁰¹ ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะบำบัด ตลอดการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชา ติดตามผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยและประเมินผลข้างเคียง อาการแสดงทางกายและจิตที่ไม่พึงประสงค์

- ใбыินยอมการรักษา SAS (แบบฟอร์มแสดงความยินยอมสำหรับการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 (กัญชาทางการแพทย์) ในการรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) และ ใบ ยส.5 (ใบอนุญาต ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5)

- ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำตามแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ เช่น ข้อมูลยา/ฉลากยาที่ส่งมอบให้ผู้ป่วย/ เอกสารกำกับยา/ คู่มือสำหรับผู้ป่วย : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ข้อมูลผลข้างเคียงและอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับสารสกัดจากกัญชา เป็นต้น

2.3 C-Product Supply

- น้ำมันกัญชา (5 ซีซี/ขวด/เขตสุขภาพ) : ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม (315 ขวด 19/8/62 (สูตร THC>CBD) และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 500 ขวด 9/62 (สูตร THC=CBD)

- Supply Chain โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.4 C-Investigation

- Test: Product THC: CBD (Strip test) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชาทางห้องปฏิบัติการ

¹⁰⁰ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้ในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล ความซึมเศร้าของผู้ป่วย

¹⁰¹ สมุดสุขภาพประชาชน (H4U) เป็นแอปพลิเคชัน สำหรับการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบสถานพยาบาล และผู้รับบริการผ่านระบบ HIS Gateway ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้เข้าถึงประวัติการเข้ารับบริการ และข้อมูลสุขภาพของตนเอง

- Test: Urine Blood THC: CBD การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะและเลือดทางห้องปฏิบัติการ

2.5 C-Referral System ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

- Service Clinic: อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/หมอพื้นบ้านส่งต่อโรงพยาบาลทุกระดับ/ใบส่งตัวรับบริการตามแนวทางฯ โรงพยาบาลน่านอง
- Service ADR /ER: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)>โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)>โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)>โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) >สถาบันธัญญารักษ์/โรงพยาบาลจิตเวช
- ใบส่งตัวและใบสรุป/บัตรนัดรักษา บันทึก H4U และให้ QR code

2.6 C-R&D

- ศึกษาประเด็น รายโรค:สูติรรักษา,ชนิด:ปริมาณ (Micro-Dosing) และ KM Community Best Practice

3. โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง Medical Cannabis Clinic ตามข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

3.1 รอบที่ 1 (น่านอง) ตามข้อสั่งการเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 จำนวน 19 แห่ง ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| - รพ.ลำปาง | - รพ.สุราษฎร์ธานี |
| - รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก | - รพ.หาดใหญ่ จ.สงขลา |
| - รพ.สวรรคตประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ | - รพ.พระยพราชเด่นชัย จ.แพร่ |
| - รพ.สระบุรี | - รพ.หนองฉาง จ.อุทัยธานี |
| - รพ.ราชบุรี | - รพ.ดอนตูม จ.นครปฐม |
| - รพ.ระยอง | - รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี |
| - รพ.ขอนแก่น | - รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร |
| - รพ.อุดรธานี | - รพ.คูเมือง จ.บุรีรัมย์ |
| - รพ.บุรีรัมย์ | - รพ.ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี |
| - รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุดรธานี | |

3.2 รอบที่ 2 ตามข้อสั่งการเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2562 จำนวน 32 แห่ง ได้แก่

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| - รพ.น่าน | - รพ.สมุทรปราการ |
| - รพ.เขียงรายประชานุเคราะห์ | - รพ.บางละมุง จ.ชลบุรี |
| - รพ.แพร่ | - รพ.ตราด |
| - รพ.ลำพูน | - รพ.พระปกเกล้าจันทบุรี |

- รพ.แม่สอด
- รพ.เพชรบูรณ์
- รพ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก
- รพ.ชัยนาทนเรนทร
- รพ.อุทัยธานี
- รพ.พิจิตร
- รพ.นครนายก
- รพ.ปทุมธานี
- รพ.อ่างทอง
- รพ.เสาไห้ จ.สระบุรี
- รพ.สมุทรสาคร
- รพ.พุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา
- รพ.ชลบุรี
- รพ.สระแก้ว
- รพ.พล จ.ขอนแก่น
- รพ.ยโสธร
- รพ.มุกดาหาร
- รพ.ศรีสะเกษ
- รพ.พนา จ.อำนาจเจริญ
- รพ.วชิระภูเก็ต
- รพ.ระนอง
- รพ.ตรัง
- รพ.ป่าบอน
- รพ.การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

3.3 รอบที่ 3 ตามข้อสั่งการเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 จำนวน 71 แห่ง ได้แก่

- รพ.เชียงคำ จ.พะเยา
- รพ.อุดรดิตถ์
- รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก
- รพ.สุโขทัย
- รพ.ศรีสังวรสุโขทัย จ.สุโขทัย
- รพ.กำแพงเพชร
- รพ.พระนครศรีอยุธยา
- รพ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
- รพ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี
- รพ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี
- รพ.พระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี
- รพ.พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
- รพ.พหลพลพยุหเสนาฯ จ.กาญจนบุรี
- รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม
- รพ.โพธาราม จ.ราชบุรี
- รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จ.สุพรรณบุรี
- รพ.มะการักษ์ จ.กาญจนบุรี
- รพ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร
- รพ.บางพลี
- รพ.แกลง จ.ระยอง
- รพ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ
- รพ.นางรอง จ.บุรีรัมย์
- รพ.ประโคนชัย จ.บุรีรัมย์
- รพ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์
- รพ.สตึก จ.บุรีรัมย์
- รพ.เฉลิมพระเกียรติ จ.บุรีรัมย์
- รพ.กระสัง จ.บุรีรัมย์
- รพ.แคนดง จ.บุรีรัมย์
- รพ.นาโพธิ์ จ.บุรีรัมย์
- รพ.โนนดินแดง จ.บุรีรัมย์
- รพ.โนนสุวรรณ จ.บุรีรัมย์
- รพ.บ้านกรวด จ.บุรีรัมย์
- รพ.บ้านด่าน จ.บุรีรัมย์
- รพ.พลับพลาชัย จ.บุรีรัมย์
- รพ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์
- รพ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์
- รพ.หนองหงส์ จ.บุรีรัมย์
- รพ.ห้วยราช จ.บุรีรัมย์
- รพ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์
- รพ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

- รพ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี
- รพ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว
- รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ ระยอง
- รพ.ร้อยเอ็ด
- รพ.มหาสารคาม
- รพ.หนองบัวลำภู
- รพ.สกลนคร
- รพ.หนองคาย
- รพ.มหาราชนครราชสีมา
- รพ.เทพรัตนนครราชสีมา
- รพ.ปากช่องนานา จ.นครราชสีมา
- รพ.ชัยภูมิ
- รพ.สุรินทร์
- รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์
- รพ.ขานี จ.บุรีรัมย์
- รพ.บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์
- รพ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี
- รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี
- รพ. 50 พรรษา มหาวิชราลงกรณ จ.อุบลราชธานี
- รพ.มหาสารนครศรีธรรมราช
- รพ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช
- รพ.กระบี่
- รพ.พังงา
- รพ.ตะกั่วป่า จ.พังงา
- รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- รพ.สตูล
- รพ.สุโงโก-ลก จ.นราธิวาส
- รพ.ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ

3.4 รอบที่ 4 ตามข้อสั่งการเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2562 จำนวน แห่ง 37 ได้แก่

- รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่
- รพ.พะเยา
- รพ.ศรีสังวาลย์ จ.แม่ฮ่องสอน
- สมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จ.พิจิตร
- รพ.บางมูลนาก จ.พิจิตร
- รพ.โพทะเล จ.พิจิตร
- รพ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร
- รพ.ทับคล้อ จ.พิจิตร
- รพ.สามง่าม จ.พิจิตร
- รพ.สากเหล็ก จ.พิจิตร
- รพ.วชิรบำรุง จ.พิจิตร
- รพ.บึงนาราง จ.พิจิตร
- รพ.ตจเจริญ จ.พิจิตร
- รพ.สิงห์บุรี
- รพ.กาฬสินธุ์
- รพ.เลย
- รพ.เจริญศิลป์ จ.สกลนคร
- รพ.กุสุมาลย์ จ.สกลนคร
- รพ.วาริชภูมิ จ.สกลนคร
- รพ.กุดบาก จ.สกลนคร
- รพ.ส่องดาว จ.สกลนคร
- รพ.บ้านม่วง จ.สกลนคร
- รพ.โพนนาแก้ว จ.สกลนคร
- รพ.คำตากล้า จ.สกลนคร
- รพ.อากาศอำนวย จ.สกลนคร
- รพ.พังโคน จ.สกลนคร
- รพ.เต่างอย จ.สกลนคร
- รพ.โคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร
- รพ.นิคมน้ำอูน จ.สกลนคร
- รพ.พระอาจารย์แบน ธนากโร จ.สกลนคร
- รพ.อำนาจเจริญ
- รพ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี
- รพ.นราธิวาสราชนครินทร์
- รพ.ปัตตานี
- รพ.พัทลุง

โดยกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการขยายการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563) มีคลินิกให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 147 แห่ง และแผนไทย จำนวน 86 แห่ง โดยมี องค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นหน่วยงานหลักในการผลิตสารสกัดน้ำมันกัญชาสูตรแพทย์แผนปัจจุบัน และมีโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร นำร่องผลิตยา กัญชาตำรับแพทย์แผนไทย 16 ตำรับ โดยผลิตภัณฑ์กัญชาเหล่านี้ถูกกระจายให้กับโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง Medical Cannabis Clinic ทั่วประเทศ

ในระยะเริ่มต้นนั้น สารสกัดน้ำมันกัญชาชนิด THC สูง จากองค์การเภสัชกรรม ได้นำร่องกระจายไปให้โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) จำนวน 12 แห่ง เขตสุขภาพละ 1 แห่ง ได้แก่ รพ.ลำปาง, รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก, รพ.สวรรคตประชารักษ์ จ.นครสวรรค์, รพ.สระบุรี, รพ.ราชบุรี, รพ.ระยอง, รพ.ขอนแก่น, รพ.อุดรธานี, รพ.บุรีรัมย์, รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี, รพ.สุราษฎร์ธานี และรพ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โดยผู้ป่วยสามารถเข้าไปรับบริการได้ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562

ส่วนน้ำมันกัญชาสูตรตำรับแพทย์แผนไทย กระจายผ่านสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 7 แห่ง ครอบคลุมทุกภาค ได้แก่ ภาคเหนือ-รพ.สมเด็จพระยุพราช เด่นชัย จ.แพร่ และรพ.หนองจาง จ.อุทัยธานี, ภาคกลาง-รพ.ดอนตูม จ.นครปฐม และรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร และรพ.คูเมือง จ.บุรีรัมย์, ภาคใต้-รพ.ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี

นอกจากนี้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังได้ดำเนินโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตำรับหมอพื้นบ้าน (สูตรอาจารย์เดชา) ซึ่งผลิตโดย กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขนาดบรรจุ 5 ซีซี จำนวน 660,000 ขวด ให้แก่โรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและเข้าร่วมในโครงการวิจัยฯ จำนวน 22 แห่ง

การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย” เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้การดูแล รักษา ควบคุมอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล โดยมีหลักการ¹⁰² ดังนี้

¹⁰² กระทรวงสาธารณสุข, คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย, (2563).

โรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ได้ประโยชน์ในการรักษา มีข้อมูลสนับสนุนทางด้านวิชาการชัดเจน ได้แก่
 - ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting)
 - ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis)
 - โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy)
 - ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) ที่รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล
 - ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย AIDS ที่มีน้ำหนักตัวน้อย
 - การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. น่าจะได้ประโยชน์ในการรักษา (ในการควบคุมอาการ) มีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนจำนวนจำกัด ซึ่งต้องการข้อมูลการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนต่อไป เช่น
 - โรคพาร์กินสัน
 - โรคอัลไซเมอร์
 - โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorders)
 - โรคปลอกประสาทอักเสบ (demyelinating diseases) อื่น ๆ อาทิ neuromyelitis optica และ autoimmune encephalitis มะเร็งระยะสุดท้าย
3. อาจมีประโยชน์ในการรักษา แต่ยังขาดข้อมูลจากงานวิจัยสนับสนุนที่ชัดเจนเพียงพอในประเด็นความ ปลอดภัยและประสิทธิผล ซึ่งต้องศึกษาวิจัยในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ก่อนนำมาศึกษาวิจัยในมนุษย์ เช่น การใช้กัญชารักษาโรคมะเร็งต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ควรได้รับการรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน หากเลือกใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชา ในการรักษาโรคมะเร็งแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิผลด้วยวิธีมาตรฐานได้¹⁰³

ข้อห้ามใช้ คำเตือน หรือข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชา
2. หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์
3. อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย

¹⁰³ กรมการแพทย์, คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์, (2563).

4. ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง
5. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดัน เลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันเลือดสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือด สมอง
6. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง
7. ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติ ความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรควิต โรควิตเภท ภาวะวิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรควิตเภท
8. ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำ ควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยาลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา
9. ควรใช้กัญชาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพร้อมกับยากล่อมประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท
10. ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติดรวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา
11. หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
12. ควรเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ และ คำเตือน/ข้อควรระวัง

1. ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา และ/ หรือควบคุมอาการของผู้ป่วยเป็นการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products)¹⁰⁴ ยกเว้นในกรณีที่ได้รับข้อมูลทางการแพทย์และเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวตามสิทธิขั้นพื้นฐาน
2. Unapproved products ต้องปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่าง ๆ อาทิ สารโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา และสารอันตรายอื่นๆ ในกรณีที่ไม่ทราบอัตราส่วนของ THC และ CBD

¹⁰⁴ Unapproved products หมายถึง ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในแต่ละผลิตภัณฑ์ การใช้ อาจกระทำได้โดยใช้ปริมาณที่น้อยที่สุด และเพิ่มขนาดที่ละน้อยโดยสังเกต การตอบสนองและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

3. การใช้ unapproved products ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลก่อน นำมาใช้ รวมถึงให้การดูแล ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

4. การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรจำกัดเฉพาะกรณีที่ต้องการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน ต่าง ๆ ไม่ได้ผล/ หรืออาจเกิดผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้

5. การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาควรใช้เพื่อเป็นส่วนเสริม หรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน

6. ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ต้องเป็นแพทย์ หรือทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง และได้รับอนุญาตจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้เป็นผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาได้

นอกจากนี้ แพทย์สภายังได้เผยแพร่ “ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (สำหรับ ประชาชน)” เพื่อเป็นแนวทางการใช้กัญชาเพื่อการรักษาและการบรรเทาอาการของโรคอย่างปลอดภัย อีกทั้งป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด โดยมีสาระสำคัญ คือ

- หลัก 3P Safety ซึ่งเป็นแนวการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรค ประกอบด้วย 1) Personnel - แพทย์ต้องผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่กรมการแพทย์รับรอง 2) Place - สถานพยาบาลที่จะให้ การรักษาต้องขึ้นทะเบียนกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3) Product - ต้องรู้แหล่งที่มา ของผลิตภัณฑ์และได้รับการรับรองจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัย

- กัญชาไม่ใช่ยาวิเศษที่ใช้ได้กับทุกโรคทุกอาการอย่างครอบคลุม สารสกัดจากกัญชาคือ สารเคมีเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน มีทั้งคุณและโทษ ฤทธิ์ส่วนใหญ่ คือ ทุเลาอาการ ไม่ได้ทำให้หาย จากโรค อีกทั้งยังคงจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 อนุญาตให้ใช้ในทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรคได้เท่านั้น

- กัญชา คือ สมุนไพรที่มีคุณสมบัติใช้เป็นยารักษาหรือบรรเทาอาการของโรคบางอย่างได้ มีทั้งคุณและโทษ อีกทั้งมีช่วงความปลอดภัยของปริมาณการใช้ (Safety marginal dose) ที่แคบมาก ออกฤทธิ์ต่อร่างกายทุกระบบ จึงจำเป็นต้องควบคุมการใช้รอบคอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากการใช้กัญชาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ กัญชายังเป็นพืชที่ดูดซับโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง และสารพิษจากดินได้ดี ดังนั้น การใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาโดยไม่รู้แหล่งผลิตที่ชัดเจนและไม่ผ่านการรับรองจึงเป็นอันตรายอย่างมาก

- มีเพียง 4 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ ได้แก่ กล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ลมชักที่ดื้อต่อยาแผนปัจจุบัน ปวดประสาท อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด ที่มีหลักฐานทาง วิชาการที่น่าเชื่อถือ ยืนยันว่าได้ประโยชน์จากการใช้กัญชา โรคอื่น ๆ ที่อาจได้ประโยชน์จากกัญชา อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย และพิสูจน์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือว่าได้ประโยชน์มากกว่าโทษ

- กัญชาสามารถส่งผลข้างเคียงรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้พิการหรือเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความดันโลหิตแปรปรวนรุนแรง ใจสั่น ซึ่พจรไม่คงที่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และความรู้สึกตัวผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการใช้กัญชาที่ไม่รู้ส่วนประกอบที่แน่ชัด การใช้ปริมาณมากเกินไป หรือออกฤทธิ์ทับซ้อนกับยาแผนปัจจุบัน แพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ

- กัญชาสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการป่วยทางจิตรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติซึมเศร้าหรือป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่เดิม หรือมีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิต

- กัญชาอาจทำให้เด็กปัญญาอ่อนหรือป่วยด้วยโรคจิตเภท ห้ามใช้กัญชาในเด็กหรือผู้มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ยกเว้นเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักบางประเภทซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาแผนปัจจุบัน

- สำหรับโรคมะเร็ง กัญชาเพียงช่วยให้อาการดีขึ้น เช่น ทานอาหารได้มากขึ้น คลื่นไส้อาเจียนลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม กัญชาไม่ใช่ทางเลือกแรกของการรักษา ฤทธิ์ของกัญชาในการรักษาโรคมะเร็งเกือบทุกชนิดอยู่ในระหว่างการวิจัยทดลอง ห้ามละทิ้งการรักษาในแผนปัจจุบัน ยกเว้นผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยวิธีแผนปัจจุบัน

- ในโรคต่อหีน กัญชาไม่มีฤทธิ์เหนือกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่กลับจะส่งผลเสียต่อสมองและระบบประสาทมากกว่า

- ห้ามใช้กัญชาในคนปกติเพื่อนันทนาการโดยเด็ดขาด และห้ามลองใช้กัญชาเองโดยพลการ เนื่องจากปัจจุบัน พบว่า ในทุก ๆ วันห้องฉุกเฉินต้องให้การรักษาผู้ป่วยอันเกิดจากผลข้างเคียงรุนแรงของการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม¹⁰⁵

การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

องค์ประกอบของการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

1. แพทย์แผนไทยที่สั่งการรักษาผ่านการอบรมและได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. สถานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. เวชภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตผลิตตามมาตรฐาน GMP-WHO/ ผ่านการตรวจวิเคราะห์คุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และดำเนินการจัดส่งโดยองค์กรเภสัชกรรม
4. มีแนวเวชปฏิบัติ (CPG) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

¹⁰⁵ "ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดย แพทย์สภา," 2562, <https://tmc.or.th/cannabis.php>.

ข้อบ่งใช้ตำรับยากัญชา

ลำดับ	ตำรับยา	ข้อบ่งใช้
1	ตำรับยาอัคคีนิวคณะ	แก้คลื่นเหียนอาเจียน ที่เกิดจากไฟย่อยอาหารผิดปกติ
2	ตำรับยาสุขไสยยาศน์	ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร
3	ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย	แก้ลมเนาวนารีวาโย (เป็นลมที่ทำให้มีอาการเจ็บแปล็บที่ปลายมือ ปลายเท้าคล้าย ปลาตุกยกอก ต้นคอตึงแข็งเกร็ง หันคอไม่ได้)
4	ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ	แก้กษัยเหล็ก (เป็นกษัยอันเกิดจากอุปาทิกะโรคชนิดหนึ่ง เกิดจากลมอัดแน่นแข็งเป็นดานอยู่ในท้องน้อย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดท้อง แข็งลามขึ้นไปถึงยอดอก กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น)
5	ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง	ลมขึ้นเบื้องสูง (โรคลมที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ตาแดง หูตาฝ้า ฟาง หูอื้อ อ่อนเพลีย สวิงสวาย เป็นต้น)
6	ยาไฟอาวุธ	ลมจุกเสียด ปวดมวนท้อง แก้กานเสมหะ (เสมหะที่คั่งค้างในลำไส้ ทำให้ท้องแข็งปวดมวน)
7	ตำรับยาแก่นอนไม่หลับ (ยาแก้ไข้ฟอมเหลือง)	1. แก่นอนไม่หลับ 2. แก้ไข้ฟอมเหลือง มีอาการตัวสั่น เสียงสั่น อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง
8	ยาแก้สันชฆาต กล่อนแห้ง	บรรเทาอาการท้องผูกเป็นพรรตึก อาการปวดเมื่อยทั่วร่างกาย มือชาเท้าชา ปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน จุกเสียดท้อง แน่นหน้าอก ที่เกิดจากโทษสันชฆาตและกล่อนแห้ง
9	ตำรับยาอัมฤตโอสถ	แก้ลมกษัย (เป็นลมที่ทำให้ผอมแห้งแรงน้อย ทำให้มีนติง มือเท้าอ่อนแรง เป็นต้น)
10	ยาอโกลยสาลี	แก้โรคทางลม บรรเทาอาการจุกเสียดแน่น
11	ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น	แก้ลมในเส้น (เป็นลมที่พัดประจำอยู่ตามเส้นต่าง ๆ ในร่างกาย) บรรเทาอาการมือเท้าชา อ่อนแรง
12	ยาแก้โรคจิต	แก้โรคลมที่ทำให้กังวล เครียด นอนไม่หลับ
13	ยาไฟสาลี	แก้โรคลม แก้หืดไอ มีเสมหะ
14	ตำรับยาทวาริตสีดวงทวาร หนัก และโรคผิวหนัง	ทาแก้ริดสีดวงทวารหนัก และโรคผิวหนัง เช่น เรื้อนกวาง เรื้อนมูลนก
15	ยาทำลายพระสุเมรุ	แก้ลมจุกเสียด ลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมเปลี่ยวดำ ลมอัมพฤกษ์ อัมพาต
16	ยาทัพยาคุณ	แก้กล่อนที่ทำให้จุกเสียดเป็นพรรตึก เจ็บเมื่อยขบตามร่างกาย กินอาหารไม่รู้รส นอนไม่หลับ

ตารางที่ 3 ข้อบ่งใช้ตำรับยาเสพติดให้ โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผลมอยู่
ปรับปรุงจากข้อมูลของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เกณฑ์ที่รับผู้ป่วยการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือเป็นโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวเวชปฏิบัติในการเข้ารับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
2. ภาวะที่แพทย์/แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ เห็นสมควรได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทย ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
3. เพศชาย หรือ เพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. ได้รับการรักษาด้วยยาขนานแรกและวิธีการมาตรฐานทางการแพทย์แผนไทยแล้วอาการไม่ดีขึ้น
5. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable)
6. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ

เกณฑ์ที่ไม่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้กัญชาและส่วนประกอบอื่น ๆ ในตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการหรือโรคตามแนวแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ในสถานบริการสุขภาพ
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น โรคหัวใจ ยังมีอาการกำเริบบ่อย ๆ โรคความดันโลหิตสูงที่คุมความดันไม่ได้ เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับและไตผิดปกติ
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกอื่น ๆ ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
6. อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ วางแผนการตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร
7. ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย
8. ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวช หรือ มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน หรือ โรควิตกกังวล
9. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือเป็นผู้ดื่มสุราอย่างหนัก¹⁰⁶

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

การสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชับเคลื่อนโดยองค์กรหลักคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (สสจ.บุรีรัมย์) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ “ร่วมสร้างบุรีรัมย์สู่สังคมแห่งสุขภาพที่ยั่งยืน ด้วยระบบสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน” มีสถานพยาบาลรัฐบาลในสังกัด จำนวน 2,780 แห่ง จำแนกเป็น

¹⁰⁶ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, Short คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ.

- โรงพยาบาลศูนย์	จำนวน	1 แห่ง
- โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวน	1 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	จำนวน	21 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	227 แห่ง
- โรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่น ๆ	จำนวน	1 แห่ง
- ศูนย์แพทย์ชุมชน	จำนวน	3 แห่ง
- ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	จำนวน	2,520 แห่ง
- การบริการจัดการแบบ Cup Split ¹⁰⁷	จำนวน	6 แห่ง

โรงพยาบาลคูเมือง เป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สังกัด สสจ.บุรีรัมย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ขนาด 60 เตียง ซึ่งในเขตพื้นที่อำเภอคูเมืองมีจำนวนประชากร 67,486 คน¹⁰⁸ มากเป็นอันดับ 10 ของจังหวัด จากทั้งหมด 23 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลคูเมือง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 29,485 คน จำนวนครั้งในการให้บริการ 100,805 ครั้ง และให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 5,827 คน รวมจำนวนวันนอน 20,090 วัน¹⁰⁹ นอกเหนือจากภารกิจในการให้บริการรักษาพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลคูเมืองยังมีภารกิจด้านงานผลิต ยาสมุนไพร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โดยมีแนวคิดในการนำสมุนไพรมาใช้เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน และผลิตเพื่อใช้ในโรงพยาบาล โดยมีพัฒนาการ ดังนี้¹¹⁰

- พ.ศ. 2552 ก่อสร้างอาคารผลิตยาสมุนไพร
- พ.ศ. 2556 เข้าร่วมโครงการ GMP-WHO โรงงานผลิตยาสมุนไพร ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- พ.ศ. 2558 ผ่านการประเมินมาตรฐานการผลิตยาที่ดี GMP-WHO ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้รับมาตรฐาน GMP-WHO จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- พ.ศ. 2561 ผ่านการประเมิน React มาตรฐานการผลิตยาที่ดี GMP-WHO พัฒนายาเม็ดบรรจุขวด เป็นบรรจุแบบ Blister และผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรตำรับครีมกะเม็งเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

¹⁰⁷ การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถบริหารจัดการ และจัดบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ประชาชนมั่นใจในการไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก (First Contact) และปรับเปลี่ยนเป็น CUP Split รับโอนงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรงได้

¹⁰⁸ ข้อมูลปี พ.ศ. 2558 จาก (ร่าง) ฉบับประชาพิจารณ์ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)

¹⁰⁹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, (ร่าง) ฉบับประชาพิจารณ์ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564), (2559).

¹¹⁰ โรงพยาบาลคูเมือง, "โครงการผลิตยาจากสมุนไพรกัญชา เพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์" (2562).

- พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน ผลิตยาตำรับเฉพาะรายแผนไทย จำนวน 33 รายการ สนับสนุนในจังหวัด วางแผนส่งเสริมการปลูกสมุนไพร วิสาหกิจชุมชน และผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข สู่การกำหนดกรอบการดำเนินงานด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัดที่เรียกว่า “บุรีรัมย์โมเดล” โรงพยาบาลสังกัด สสจ. บุรีรัมย์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลคูเมือง ได้รับการคัดเลือกให้เป็น 2 ใน 19 โรงพยาบาลนำร่องจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ Medical Cannabis Clinic ตามข้อสั่งการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 โดยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลคูเมืองใช้ชื่อว่า “Khumuang Hospital Medical Cannabis” นับเป็น 1 ใน 13 โรงพยาบาลนำร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่สามารถจำหน่ายน้ำมันกัญชาสูตรตำรับแพทย์แผนไทย และเป็น 1 ใน 22 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตำรับหมอฟันบ้าน (สูตรอาจารย์เดชา) โดยเริ่มเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2562 เป็นต้นมา

พร้อมกันนั้น โรงพยาบาลคูเมืองยังได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้ดำเนินการปลูกและผลิตกัญชาได้ ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 โดยร่วมมือกับวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพร เพลาเพลินเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นวิสาหกิจชุมชนที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปลูกกัญชา medical grade ตามแนวทาง GAP¹¹¹ อีกทั้งได้ทำข้อตกลงร่วมกับกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกไว้เพื่อสนับสนุนยาให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมถึงโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 และลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างโรงพยาบาลคูเมืองกับโรงพยาบาลและวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 แห่ง เพื่อดำเนินการความร่วมมือกัญชาสำหรับประโยชน์ทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์กับวิสาหกิจชุมชน โดยโรงพยาบาลที่จับคู่กับวิสาหกิจชุมชนจะดำเนินการปลูกกัญชา ส่งต่อให้กับโรงพยาบาลคูเมืองนำไปใช้ในการผลิตสารสกัดกัญชาส่งกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทางเจ้าของวัตถุดิบเพื่อใช้ในการให้บริการผ่านคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไป หน่วยงานที่ทำ MOU ครั้งนี้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลนางรองกับวิสาหกิจชุมชนเกษตรสมุนไพรก้าวหน้า อำเภอเมืองบุรีรัมย์ โรงพยาบาลโนนดินแดงกับวิสาหกิจชุมชนไร่เพื่อนคุณ อำเภอประโคนชัย โรงพยาบาลละหานทราย กับวิสาหกิจชุมชนสมุนไพรอินทรีย์เพื่อสุขภาพละหานทราย อำเภอละหานทราย โรงพยาบาลสตึกกับวิสาหกิจ

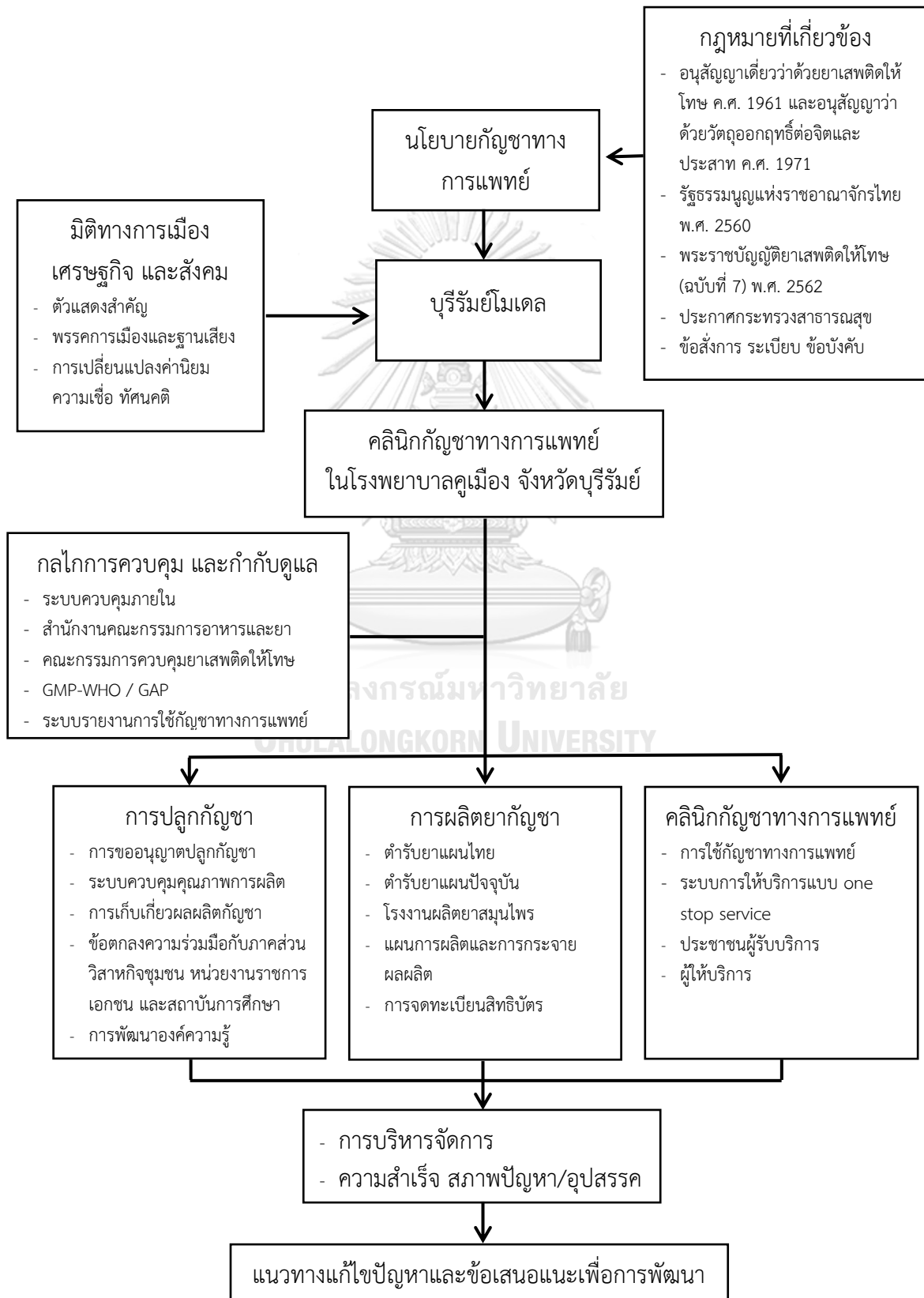
¹¹¹ GAP (Good Agricultural Practice) หมายถึง ระบบการผลิตที่ถูกต้องในฟาร์ม โดยพิจารณาตั้งแต่พื้นที่การปลูก การดูแลรักษา การเก็บเกี่ยว และการจัดการหลังเก็บเกี่ยว เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ มีลักษณะตรงตามความต้องการ และมีความปลอดภัยต่อการบริโภค สำหรับประเทศไทย รับรองโดยกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ชุมชนกลุ่มสมุนไพรพื้นบ้านเสาระตึก อำเภอสตึก โรงพยาบาลพุทไธสงกับเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน พุทไธสง อำเภอพุทไธสง โรงพยาบาลบุรีรัมย์กับวิสาหกิจชุมชนเกษตรสมุนไพรก้าวหน้า อำเภอเมืองบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลบ้านกรวดกับวิสาหกิจชุมชนเกษตรผสมผสานไร่กิ่งทอง อำเภอบ้านกรวด ปัจจุบัน “Khumuang Hospital Medical Cannabis” ถือเป็นต้นแบบและแหล่งเรียนรู้การดำเนินงาน ด้านกัญชาทางการแพทย์อย่างครบวงจรให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจ¹¹²

¹¹² "ชู 'บุรีรัมย์โมเดล' ต้นแบบวิสาหกิจชุมชนปลูก-ผลิตกัญชาเพื่อการแพทย์," 2562, <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/847336>.

2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สำหรับการศึกษาวิจัยในเรื่อง กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแสดงได้ดังแผนภาพ



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารและบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน รวมจำนวน 9 ท่าน ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่คำนึงถึงความเป็น (Non-probability Sampling) โดยเลือกตัวอย่างแบบจงใจ (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจรวมถึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นศึกษา โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) จากกลุ่มผู้มีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงและบุคลากรของโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 5 ท่าน ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารและบุคลากรของวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน จำนวน 3 ท่าน

3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การค้นคว้าจากเอกสาร (Documentary Research) หนังสือ เอกสารทางวิชาการ รายงานของส่วนราชการกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Structured Interview) เพื่อการสัมภาษณ์เป็นไปตามที่กรอบที่ต้องการศึกษาโดยไม่หลุดออกนอกประเด็น และใช้รูปแบบคำถามชุดนี้กับกลุ่มตัวอย่างหลายคนซึ่งจะช่วยให้จัดสามารถจัดระบบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) สำหรับประเด็นที่มีรายละเอียดเฉพาะ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในประเด็นอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกรอบคำถามที่ผู้สัมภาษณ์กำหนดไว้ โดยสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านช่องทางโทรศัพท์ และโซเชียลมีเดีย (Line call)

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยสังเกตสภาพการปฏิบัติงานจริง ในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และสถานที่ปลูกกัญชา จากสื่อวีดิทัศน์

และภาพถ่ายที่โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลิน เพื่อชุมชน ได้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย หรือจากการเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อมวลชนและโซเชียลมีเดียต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ เฟลลาเพลินทีวี Facebook YouTube เป็นต้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเอกสาร/หลักฐาน/เหตุการณ์ ใช้ในการบันทึกข้อมูลสรุปสาระสำคัญจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และการสังเกต และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) โดยกำหนดกรอบแนวทางการถามในประเด็นหลัก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ส่วนประเด็นย่อยจะมีการเพิ่มเติมระหว่างการสนทนาเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมของสถานการณ์

3.4 การตรวจสอบข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร งานวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสังเกตจากสถานการณ์จริงที่ในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์และภาพถ่าย และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แยกแยะเพื่อหาจุดแตกต่างและหาจุดร่วมกันจากข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง ในทุกประเด็นที่ทำการศึกษา จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลในลำดับต่อไป

3.5 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ แหล่งข้อมูล (Key Informants) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่ได้จากการค้นคว้าเอกสารมาสังเคราะห์เชื่อมโยงกัน ตีความ และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย นำเสนอโดยใช้วิธีการพรรณนาข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 การก่อรูปนโยบายกัญชาทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ข่าว และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ทำให้เห็นภาพกว้างของการใช้กัญชาของประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมา ก่อนที่จะมีการระบุและนิยามว่าการปล่อยให้กัญชาทางการแพทย์ผิดกฎหมายทั้งที่มีการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคอย่างแพร่หลายในสังคมไทยนั้น เป็นปัญหาที่ควรหยิบยกขึ้นมาแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป จนนำมาสู่การแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ให้กัญชาทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ถูกกฎหมายในปี พ.ศ. 2562 และผลักดันเป็นนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในเวลาต่อมา ดังนี้

“กัญชา” ในประเทศไทยมีประวัติศาสตร์อันยาวนาน การใช้ประโยชน์จากกัญชาเป็นไปอย่างแพร่หลายทั้ง 3 ด้าน คือ การเสพเพื่อนันทนาการ เป็นเครื่องประกอบอาหาร และเป็นยารักษาโรค กัญชาถูกใช้เป็นการทั่วไป โดยไม่มีมาตรการควบคุมที่ชัดเจน การออกกฎหมายเพื่อควบคุมกัญชาเริ่มต้นจากกฎหมาย เรื่อง กัญชา ในปี พ.ศ. 2468 (ค.ศ. 1925) กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 แต่อนุโลมให้ผู้มีใบอนุญาตใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้เป็นเวลา 1 ปี เป็นที่น่าสังเกตว่าในประเทศไทยนั้นมีการกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ก่อนที่จะมีอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961 ซึ่งไทยก็เข้าร่วมเป็นรัฐภาคีด้วย ส่งผลให้การควบคุมการใช้กัญชาเข้มงวดมากขึ้นไปอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กัญชากลายเป็นยาเสพติดให้โทษที่ห้ามนำมาใช้ประโยชน์ทุกด้าน หากฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษทางกฎหมาย ทั้งจำทั้งปรับตามฐานความผิดที่ก่อขึ้น

แม้จะมีกฎหมายบังคับและมีบทลงโทษอย่างชัดเจน หรือในช่วงที่มีการทำสงครามยาเสพติดของทั่วโลกและในประเทศ แต่การใช้ประโยชน์จากกัญชาก็ยังคงมีอย่างต่อเนื่องในลักษณะการลักลอบ หลายภูมิภาคในประเทศไทยยังคงใช้กัญชาเป็นส่วนประกอบของอาหารในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยชูรสและช่วยให้เจริญอาหาร การลักลอบเสพ ครอบครอง ผลิต จำหน่ายยังคงมีให้เห็นอย่างต่อเนื่องผ่านการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน และจากรายงานสถิติการจับกุมของสำนักงาน ป.ป.ส. ขบวนการค้ากัญชามีความสัมพันธ์ในเชิงผลประโยชน์ต่างตอบแทนกับกลุ่มชนชั้นนำในท้องถิ่น คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ตำรวจท้องถิ่น) กลุ่มนักการเมืองท้องถิ่น (เป็นกลุ่มเดียวกับพ่อค้ายาเสพติด) ความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะช่วยเหลือขบวนการทางอ้อม และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการค้ากัญชาโดยตรง สายสัมพันธ์อันหยั่งรากลึกนี้ กอปรกับความล้มเหลวของการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการค้ากัญชาและยาเสพติดประเภทอื่น ๆ ยังคงดำรงอยู่ได้

เรื่อยมา และกลายเป็นปัญหาปกติธรรมดาของสังคมที่ไม่เคยถูกแก้ไขให้หมดไปแม้ว่าจะเปลี่ยนกลยุทธ์วิธีการเป็นการใช้ไม้แข็งหรือไม้ نرمก็ตาม

แต่เหตุใด “กัญชา” ซึ่งไม่ใช่เรื่องใหม่ของสังคมจึงถูกหยิบยกขึ้นมาให้ความสนใจ และถูกนิยามว่าเป็นปัญหาที่ควรผลักดันเป็นวาระแห่งชาติ จนถึงขั้นเรียกร้องให้มีการถอดกัญชาออกจากรายชื่อยาเสพติดให้โทษ ภายใต้คำถามและมุมมองที่เปลี่ยนแปลงไป จาก “ทำอย่างไรให้กัญชาจะถูกกวาดล้างจนหมดสิ้นไปจากสังคม” เป็น “ทำอย่างไรจึงจะสามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม” จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา รวบรวม พบว่า การเคลื่อนไหวเพื่อปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์และผลักดันสู่วาระนโยบายเกิดขึ้นอย่างเข้มข้นในช่วงปี พ.ศ. 2561 ซึ่งตรงกับช่วงรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา 1 (30 สิงหาคม 2557 – 16 กรกฎาคม 2562) แม้ว่าจะก่อนหน้านี้ ในปี พ.ศ. 2559 จะมีนักวิชาการพยายามนำเสนอผลงานศึกษาค้นคว้าเพื่อผลักดันประเด็นปัญหานี้เข้าสู่การพิจารณาผ่านสมาชิกคณะรัฐมนตรี แต่ก็ไม่ได้รับความสนใจจากผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบายแต่อย่างใด เนื่องจากในขณะนั้นมีการปรับเปลี่ยนโยกย้าย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบภายในคณะรัฐมนตรี ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อวาระเข้าสู่กระบวนการพิจารณา และเป็นอันตกไป

ตัวแสดงสำคัญอย่าง ผู้ได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายเหมือนดังเช่นในหลาย ๆ ประเทศ เริ่มมีการรวมกลุ่มกันในลักษณะเครือข่าย ขบวนการ ร่วมมือกับองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร และหน่วยงานทางวิชาการ เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันวิจัย เป็นต้น รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน แสดงความต้องการและขอเรียกร้องไปยังฝ่ายการเมืองอีกครั้ง โดยจำแนกเป้าหมายของข้อเรียกร้องออกได้เป็น 2 แนวทาง คือ

1) กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยในการเข้าถึงการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษาโรคและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้สนับสนุนแนวคิดนี้ ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน มูลนิธิข้าวขวัญ มูลนิธิสิริกรรมธรรมชาติ มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI) มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสุขภาพไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก เครือข่ายสิทธิกรรมธรรมชาติ ขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ (ขสช.) ประชาชน และเครือข่ายผู้ป่วย (Healthy Forum) และเครือข่ายภาคประชาสังคมอื่น ๆ

2) กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมการนำสารสกัดและองค์ประกอบของกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน เพื่อต้องการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น จากการใช้กัญชาใต้ดินซึ่งมีความเสี่ยงสูง ทั้งในเรื่องของการปนเปื้อนสารอันตราย และวิธีการใช้ที่ไม่ถูกต้อง ผู้สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่ กลุ่มนักวิชาการ นักวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต และบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนที่ให้การยอมรับว่ากัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์

จุดร่วมของทั้งสองแนวทาง คือ ต้องการให้แก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อให้สามารถใช้กฎหมายในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมเหล่านี้กระทำด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การแสดงจุดยืนสนับสนุนการแก้ไขกฎหมายผ่านทางผู้นำกลุ่ม เช่น นายเดชา ศิริภัทร (อ.เดชา) นายบัณฑิต นิชมาภา (ลุงตู่) ซึ่งเป็นหมอฟันบ้านที่มีชื่อเสียงและประสบการณ์ตรงในการผลิตน้ำมันกัญชาแจกให้กับผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับกัญชาผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย และการรวบรวมรายชื่อเสนอข้อเรียกร้องต่อรัฐบาล กลุ่มนักวิชาการและบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนร่วมผลักดันการแก้ไขกฎหมายผ่านการเสนอผลงานวิจัย การจัดประชุมเสวนาทางวิชาการ การจัดฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ การเขียนบทความวิชาการ การให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อมวลชน และร่วมเป็นที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับรัฐบาล นอกจากนี้ยังพบว่ามีการสร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และเครือข่ายประชาสังคม เพื่อร่วมกันผลักดันและยื่นข้อเรียกร้องต่าง ๆ ไปยังรัฐบาล ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบาย

เมื่อข้อเรียกร้องจากหลายภาคส่วนมีอย่างต่อเนื่องและเริ่มเป็นประเด็นทางสังคม รัฐบาลจึงได้หยิบยกวาระนี้ขึ้นมาพิจารณาอย่างจริงจัง โดยกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ขึ้น เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและแผนการพัฒนากัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และศึกษาวิจัยภายในประเทศ กระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ท้ายที่สุด สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้รับหลักการร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ.... ซึ่งเสนอโดย นายสมชาย แสวงการ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติและคณะ จากนั้นจึงผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน และคณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีเจตนารมณ์คือ เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้

ช่วงเวลาที่ประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้อยู่ในช่วงคาบเกี่ยวในการเตรียมการเลือกตั้ง วันที่ 24 มีนาคม 2562 ดังนั้นจึงปรากฏตัวแสดงขึ้นมา มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ นักการเมือง และพรรคการเมือง ที่เด่นชัดที่สุด คือ พรรคภูมิใจไทย ซึ่งใช้นโยบายกัญชาเสรีเป็นนโยบายหลักในการหาเสียงเลือกตั้ง โดยใช้แคลิฟอร์เนียโมเดลเป็นต้นแบบในการออกแบบนโยบาย แนวทางในการผลักดันนโยบายของพรรคภูมิใจไทยแตกต่างออกไปโดยมองกัญชาในฐานะพืชเศรษฐกิจชนิดใหม่ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคาชาความยากจนในประเทศ นำเสนอจุดแข็งของไทยสู่การเป็นแหล่งผลิตกัญชาเกรดพรีเมียม ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาเพื่อใช้ในครัวเรือนและสร้างรายได้ ผลักดันให้กัญชาสามารถ

ใช้ประโยชน์ในทุก ๆ ด้านได้อย่างเสรี การเสพเพื่อนันทนาการและการผ่อนคลายไม่ควรเป็นสิ่งผิดกฎหมายอีกต่อไป และมองว่ากัญชาไม่ได้มีโทษต่อร่างกายร้ายแรงไปกว่าแอลกอฮอล์หรือบุหรี่ซึ่งรัฐบาลอนุญาตให้บริโภคอย่างเสรีหรือแม้กระทั่งเป็นเจ้าของธุรกิจเอง กลุ่มให้การสนับสนุนและเสริมแรงให้แก่พรรคการเมือง ได้แก่ นายเนวิน ชิดชอบ ประธานสโมสรฟุตบอลบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด และฐานเสียงสนับสนุน การหาเสียงเป็นไปอย่างเข้มข้นผ่านเวทีปราศรัย ป้ายหาเสียง การให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อมวลชน เว็บไซต์ของพรรคการเมือง การโพสต์ข้อความในโซเชียลมีเดียส่วนตัวของสมาชิกพรรคการเมือง

ผลคะแนนการเลือกตั้งที่ไม่มีพรรคการเมืองใดได้รับเสียงข้างมากในรัฐสภา จึงส่งผลให้เกิดการเจรจาต่อรองเพื่อหาพรรคร่วมจัดตั้งรัฐบาลผสม พรรคภูมิใจไทยกลายเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอำนาจต่อรองสูงทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ นายอนุทิน ชาญวีรกูล หัวหน้าพรรคภูมิใจไทย ได้ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข นโยบายกัญชาทางการแพทย์จึงได้รับการสนับสนุนจากทั้งจากฝ่ายการเมือง และส่วนราชการอย่างกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้านายนโยบาย โดยรัฐบาลได้กำหนดให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นนโยบายเร่งด่วน 12 ด้าน ในข้อที่ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม (4.1) เร่งศึกษาวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยี “กัญชา” “กัญชง” รวมถึง พืชสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ จึงเป็นที่มาของการสานต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อจากรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา 1 นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ในช่วงรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา 2 ได้เริ่มแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มต้นจากการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดให้แนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเพิ่ม “สาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์” เป็นสาขาที่ 20 ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) กำหนดบทบาทหน้าที่ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการปลูก ผลิตยา กัญชาทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบัน และเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลกระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ

จะเห็นได้ว่า ก่อนการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ตัวแสดงที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการผลักดันนโยบาย คือ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ นักวิจัย และคณะแพทย์บางส่วน แต่ภายหลังการแก้ไขกฎหมายปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์แล้ว พรรคภูมิใจไทย นำโดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล และนายเนวิน ชิดชอบ ผู้สนับสนุนอยู่เบื้องหลัง ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

4.2 กัญชา – นิรโทษกรรม (ไม่) สุดซอบ

หลังการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ด้วยการตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 กระทรวงสาธารณสุข

ได้ออกประกาศตามมาอีก 3 ฉบับ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการกัญชาอยู่ก่อนประกาศใช้กฎหมาย ฉบับใหม่นี้ ได้แจ้งข้อมูลต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาภายในกำหนด 90 วัน คือระหว่าง วันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 21 พฤษภาคม 2562 โดยให้ยาเสพติดให้โทษที่ได้จากการรับแจ้งตกเป็นของ กระทรวงสาธารณสุขกรณีกัญชาที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ หรือให้ทำลายทิ้งหากมีการปนเปื้อน วัตถุอันตราย ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อนุญาตผู้ป่วยที่แจ้งครอบครองกัญชา สามารถใช้กัญชาต่อเนื้อได้อีก 3 เดือน ระหว่างรอให้มีกัญชาใช้ในระบบการรักษา

คุณสมบัติของผู้ที่สามารถแจ้งการครอบครองกัญชาได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ผู้มีคุณสมบัติ 7 กลุ่ม ได้แก่ หน่วยงานของรัฐ กลุ่มผู้ประกอบการ วิชาชีพทางการแพทย์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน วิสาหกิจชุมชน/สหกรณ์การเกษตรที่ความร่วมมือ กับหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่ใช้กัญชารักษาโรคเฉพาะตัว และผู้ขออนุญาตอื่นตามกฎหมายกระทรวง รวมถึงบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยด้วย แต่ทว่าผลจากการรับจดนิรโทษกรรมทั้งประเทศมีเพียง ประมาณ 20,000 กว่ารายเท่านั้น หากเทียบกับตัวเลขประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่ใช้กัญชาได้ดินซึ่งมีจำนวนถึง 800,000 ราย ยังถือว่าห่างไกล

สาเหตุที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายมากนัก เนื่องมาจากสาเหตุหลัก 4 ประการ คือ 1) กัญชายังคงมีสถานะตามกฎหมายเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 การใช้ในวัตถุประสงค์อื่น ที่ไม่ใช่การแพทย์และการวิจัย ยังคงมีบทลงโทษตามกฎหมายทั้งปรับและจำคุก 2) ประชาชนยังขาด ความเชื่อมั่นต่อระบบราชการ ไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถชี้แจงเหตุผลตามหลักเกณฑ์ได้หรือไม่ และกังวลว่าหากออกมาแสดงตัวแล้วจะถูกตลบหลังด้วยการดำเนินคดีในเวลาต่อมาหรือไม่ 3) เหตุการณ์ เจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. บุกจับกุมเจ้าหน้าที่มูลนิธิขวัญข้าว ซึ่งมีนายเดชา ศิริภัทร เป็นประธานมูลนิธิ ธิบของกลางทั้งหมด พร้อมแจ้งข้อหาครอบครองกัญชา ในวันที่ 3 เมษายน 2562 ซึ่งอยู่ในช่วง การจดนิรโทษกรรม แม้ต่อมาจะเกิดกระแสคลื่นลูกใหญ่ของภาคประชาชนต่อผู้จันสำนักงาน ป.ป.ส. ยกเลิกการดำเนินคดีไป แต่เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ยังเป็นหลักฐานที่เน้นย้ำถึงความไม่จริงจังของ หน่วยงานราชการ และการทำงานที่ไม่ประสานสอดคล้องกันระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา ผู้รับจดนิรโทษกรรม และ สำนักงาน ป.ป.ส. ผู้ปราบปราม และ 4) ขบวนการจับกุมคดีลักลอบ กัญชาทั้งความผิดฐานลักลอบปลูก ขนส่ง จำหน่าย และเสพ มีให้เห็นเกือบรายวันตลอดช่วงจดนิรโทษกรรม กัญชา ทั้งที่เป็นขบวนการค้ารายใหญ่ที่อาศัยโอกาสทองช่วงแก้ไขกฎหมายใหม่ก่อคดี และรายเล็ก ที่อ้างว่ากระทำไปด้วยความเข้าใจผิดว่ามีสารเปิดเสรีให้ปลูกและเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมาย

“การนิรโทษกรรม” ที่ดำเนินไปควบคู่กับ “การจับกุมกวาดล้าง” ความย้อนแย้งนี้ย่อมสร้าง ความสับสนให้แก่สังคมในวงกว้างว่า แท้จริงแล้วทิศทางของการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประเทศ ไทยเป็นเช่นไร แม้กระทั่งบรรดานักกฎหมายก็ยังมีมติความเจตนาของกฎหมายแตกต่างกันออกไป

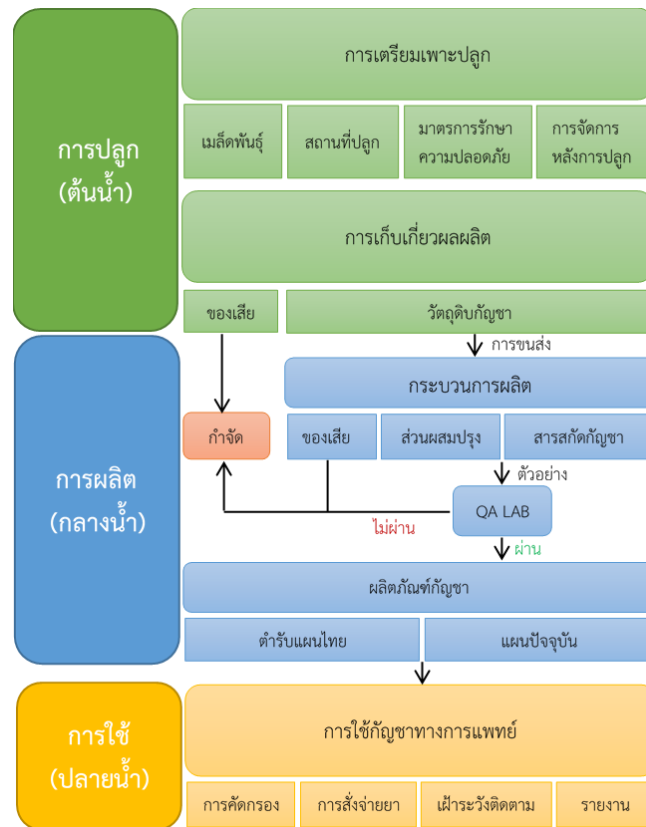
และเมื่อห้วงเวลาแห่งการยื่นขอจดนิรโทษกรรมสิ้นสุดลง และนโยบายขับเคลื่อนดำเนินต่อไปจนถึงขั้นตอนการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมีเงื่อนไขกำกับอย่างรัดกุมสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้ที่ไม่ได้ยื่นคำขอจดนิรโทษกรรมตามกรอบเวลา 90 วัน เริ่มได้รับผลกระทบเพราะไม่มีใบอนุญาตนำทางให้เข้ารับการรักษาได้ จึงเกิดการรวมกลุ่มกันเพื่อยื่นร้องทุกข์ต่อรัฐบาลให้เปิดนิรโทษกรรมรอบใหม่ แต่ยังไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินการ จึงคาดการณ์สถานการณ์ได้ว่ายังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังคงใช้กัญชาเพื่อการรักษาจากช่องทางใต้ดินอยู่ ดังนั้น ในอนาคตจึงเป็นไปได้ที่จะเห็นภาพว่ามีการขยายช่วงเวลาการจดนิรโทษกรรมอีกครั้งเพื่อเปิดให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาตามระบบได้มากขึ้น สอดคล้องกับความพร้อมของระบบการปลูก ผลิต และให้บริการกัญชาทางการแพทย์ที่เตรียมการไว้รองรับ

แม้การจดนิรโทษกรรมที่ผ่านมาจะไม่สามารถดึงผู้ป่วยให้เข้ามาในระบบได้ทั้งหมด แต่ก็ยังเป็นสื่อกลางให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียนได้มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยที่ใช้กัญชาใต้ดินมากขึ้น จากเดิมที่ข้อมูลเหล่านี้มักถูกปกปิดมาตลอดเนื่องด้วยเกรงกลัวความผิดตามกฎหมาย ข้อมูลที่ได้จากการพบปะพูดคุยสอบถามก่อนออกใบอนุญาต จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งนอกเหนือจากองค์ความรู้ทางวิชาการที่จะมีผลต่อการพิจารณาปรับเปลี่ยนมุมมองทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อกัญชาว่าจะสามารถยอมรับกัญชาในฐานะพืชยาชนิดหนึ่งหรือจะยังมองว่ากัญชาคือยาเสพติดที่มีโทษมากกว่าประโยชน์เช่นเดิม ซึ่งมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์นี้มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของนโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

4.3 ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ “กัญชาทางการแพทย์”

ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาว่า “นโยบายกัญชาทางการแพทย์” นั้น มีเส้นทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติจริงอย่างไร เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบายในระดับชาติถ่ายทอดไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจนถึงระดับปฏิบัติ คือ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านมุมมองห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ของผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างครบวงจรตั้งแต่ “ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ” ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เอกสารทางวิชาการ และข่าวเหตุการณ์สำคัญผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ ทำให้เห็นภาพกว้างของนโยบายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ของผลิตภัณฑ์กัญชา ตั้งแต่ “ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ” สรุปเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพที่ 8 ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ ของกัญชาทางการแพทย์ (ห่วงโซ่อุปทาน : Supply Chain)

ภาครัฐมีอำนาจผูกขาดในฐานะผู้ผลิต (Supplier) ผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เพื่อส่งมอบให้กับผู้รับบริการ (Customer) ซึ่งได้แก่ประชาชนที่มีความต้องการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไหลเวียนตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำส่วนใหญ่ดำเนินการโดยรัฐ รัฐเป็นทั้งผู้ผลิต วัตถุดิบกัญชา โดยดำเนินการเพาะปลูกกัญชาเอง หรืออาจร่วมมือกับวิสาหกิจชุมชนเพื่อทำการเพาะปลูก เมื่อเก็บเกี่ยววัตถุดิบแล้วรัฐก็เป็นผู้ดำเนินการขนส่ง และดำเนินการผลิตผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ทั้งตำรับแผนปัจจุบันและแผนไทย ห้องปฏิบัติการที่ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์สารสำคัญและสารปนเปื้อนก็ยังเป็นหน่วยงานของรัฐ รวมถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดส่งผลิตภัณฑ์กัญชาให้ถึงมือผู้บริโภคคนสุดท้าย (Ultimate Customer) ก็ดำเนินการโดยสถานบริการสุขภาพของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงยาตำรับแผนไทยเท่านั้นที่มีหมอพื้นบ้าน และแพทย์แผนไทยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการผลิต และส่งมอบยา กัญชาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายของตน

กระบวนการดำเนินงานตั้งแต่ ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ ทุกขั้นตอนล้วนต้องผ่านการขออนุญาตและการกำกับติดตาม ตรวจสอบ อย่างใกล้ชิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และกฎหมายลำดับรองกำหนดไว้ เช่น คณะกรรมการควบคุม

ยาเสพติดให้โทษ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัด คณะทำงานจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด เป็นต้น ซึ่งในการพิจารณาอนุญาตมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ค่อนข้างรัดกุม และอนุญาตให้ดำเนินการเกี่ยวกับกัญชาตามขั้นตอนเท่าที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น กล่าวคือ

การปลูกกัญชา จำกัดเงื่อนไขวัตถุประสงค์ไว้เฉพาะการปลูกเพื่อใช้ทางการแพทย์ และการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในประเทศ โดยในช่วง 5 ปีแรก กำหนดคุณสมบัติของผู้ขออนุญาตปลูกไว้หลัก ๆ คือ

1. หน่วยงานของรัฐ
2. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เภสัชกรรม ทันตกรรม การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน
3. สถาบันอุดมศึกษาเอกชน
4. ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มจดทะเบียนตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชน หรือสหกรณ์การเกษตร ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตามข้อ 1. หรือ 3.

ทั้งนี้ ผู้ขออนุญาตจะต้องไม่เคยมีประวัติการถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ เพื่อป้องกันการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด และเมื่อได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชา ผู้รับอนุญาตจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการเพาะปลูกกัญชา ดังนี้

1. สถานที่เพาะปลูก ต้องเป็นไปตาม “แนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษาและการควบคุม การใช้สำหรับผู้ขออนุญาตปลูกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 เฉพาะกัญชา” กล่าวคือ สถานที่เพาะปลูกกัญชาสามารถระบุค่าพิกัดสถานที่ GPS ได้ ไม่ว่าจะจะเป็นลักษณะตัวอาคาร โรงเรือน หรือแปลงปลูกกลางแจ้ง มีแบบแปลน แผนที่ เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ หนังสือยินยอมให้ใช้ที่ดิน โครงสร้างแนวเขตพื้นที่ปิดกั้นทั้ง 4 ด้าน ประตูเข้าออกแข็งแรง ป้องกันบุคคลจากภายนอกได้ มีป้ายข้อความ “สถานที่ผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5” แสดงไว้อย่างเปิดเผย ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือต่อเติมอาคารสถานที่จะต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2. ปริมาณการปลูก ต้องสอดคล้องกับแผนการผลิต แผนการจำหน่าย และแผนการใช้ประโยชน์ จำนวนผู้ป่วยและความต้องการใช้ยา กัญชาจะเป็นตัวกำหนดว่าจะต้องผลิตยาสูตรใด จำนวนเท่าไรจึงจะเพียงพอต่อความต้องการนั้น ซึ่งสูตรและจำนวนยาที่ต้องผลิตเมื่อคำนวณแล้ว จะทำให้ทราบว่าต้องใช้สารสำคัญชนิดใด ปริมาณเท่าใด และเพื่อให้ได้สารสำคัญนั้นจะต้องปลูกกัญชาสายพันธุ์ใดบ้าง จำนวนกี่ต้น และควรวางแผนบริหารความเสี่ยงจากการสูญเสียระหว่าง

การปลูกไว้มากน้อยเพียงใดต่อรอบ ผลงานการปลูกครั้งที่ผ่านมาจะช่วยให้ผู้ขออนุญาตปลูกสามารถวางแผนบริหารจัดการได้ดีขึ้น

3. มาตรการรักษาความปลอดภัย เพื่อป้องกันการรั่วไหลของกัญชา เป็นไปตาม “แนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษาและการควบคุม การใช้สำหรับผู้ขออนุญาตปลูก ซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภทที่ 5 เฉพาะกัญชา” ซึ่งมีข้อกำหนดสำคัญ คือ ทั้งบริเวณพื้นที่โดยรอบและภายในพื้นที่ปลูกต้องมีระบบกล้องวงจรปิด CCTV ตลอด 24 ชั่วโมง สำรองไฟล์ข้อมูลได้ 1 ปี และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยคอยตรวจสอบเฝ้าระวัง ประตูทางเข้า-ออกต้องมีระบบควบคุมอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Access Control) สำหรับควบคุม การผ่านเข้า-ออก กำหนดรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้า-ออกพื้นที่ มีระบบแจ้งเตือนภัยฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุมีผู้บุกรุก พร้อมกำหนดแผนรักษาความปลอดภัยในพื้นที่รอบ ๆ และสถานที่เพาะปลูก

4. วิธีดำเนินการปลูกต้องเป็นไปตามตามมาตรฐานการปลูกและการเก็บเกี่ยวที่ดีของพืชสมุนไพร (GAP) และรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedures : SOPs) เช่น

- น้ำ เก็บตัวอย่างน้ำเพื่อวิเคราะห์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงวางระบบผลิต น้ำที่ใช้ต้องมีคุณภาพ ไม่ปนเปื้อนจากวัตถุหรือสิ่งที่เป็นอันตราย มีการจัดการน้ำเสียจากการใช้งาน
- พื้นที่ปลูก เก็บตัวอย่างดินเพื่อวิเคราะห์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงวางระบบผลิต ดินจะต้องไม่ปนเปื้อนจากวัตถุหรือสิ่งที่เป็นอันตราย วางผังแปลงค้ำึงถึงผลกระทบต่อ คุณภาพของผลิตผล สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ปฏิบัติงาน มีดูแลรักษาพื้นที่เพื่อป้องกันการเสื่อมโทรมของดิน
- ห้ามใช้วัตถุอันตรายทางการเกษตร
- การจัดการคุณภาพในกระบวนการผลิตก่อนการเก็บเกี่ยว เมล็ดพันธุ์มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีวิธีการปลูก การกำจัดศัตรูพืช การกำจัดของเสีย การเก็บเกี่ยว การเก็บรักษาและขนย้ายที่เหมาะสม
- บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างถูกสุขลักษณะ บันทึกข้อมูลการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ

5. การเก็บรักษา มีห้องเฉพาะเพื่อเก็บเมล็ดพันธุ์ ใบ ช่อดอก หลังจากเก็บเกี่ยวแล้ว แยกเป็นสัดส่วนจากห้องเฉพาะเพื่อเก็บรักษาส่วนที่เหลือของกัญชาที่เตรียมกำจัดทิ้ง

6. การควบคุมการใช้ นอกเหนือจากหลักมาตรฐาน GAP และขั้นตอนการปฏิบัติงาน SOPs แล้ว ยังต้องดำเนินการสุ่มวิเคราะห์หาปริมาณสารสำคัญและสารปนเปื้อนในทุกรอบ (crop) การเพาะปลูก โดยวิเคราะห์ด้วยตนเองหรือส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือห้องปฏิบัติการอื่น

ที่ได้รับมาตรฐาน ISO/IEC 17025 กำหนดมาตรการควบคุมการเก็บเกี่ยว ขนส่ง และทำลายส่วนที่เหลือของกัญชา พร้อมจัดทำระบบรายงานบัญชีรับ - จ่าย และติดตามการใช้กัญชาตั้งแต่ต้นทาง - ปลายทาง

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้ จำนวน 24 ราย มีสถานที่ปลูก จำนวน 28 แห่ง จำแนกเป็น หน่วยงานของรัฐ มีผู้ขออนุญาตปลูกจำนวน 19 ราย สถานที่ปลูก 23 แห่ง (ผู้ขออนุญาตบางรายขออนุญาตปลูก 2 แห่ง) มหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 1 ราย คือ มหาวิทยาลัยรังสิต และวิสาหกิจชุมชนร่วมกับหน่วยงานของรัฐ จำนวน 4 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2563)

การผลิตยา กัญชา หลังการเก็บเกี่ยวผลผลิตที่ได้จากการปลูกกัญชา และการตรวจสอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์จะถูกขนย้ายจากสถานที่เพาะปลูกไปยังห้องเก็บรักษาเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์กัญชา สายพันธุ์ของกัญชาที่ปลูกและเก็บเกี่ยวจะเป็นตัวแยกประเภทวัตถุประสงค์ตั้งแต่แรกว่า วัตถุประสงค์ที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการปรุงยาตามตำรับแผนไทย หรือสกัดสารสำคัญจากกัญชาตามสูตรแผนปัจจุบัน

กระบวนการผลิตยา กัญชาเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (GMP) ซึ่งมีข้อกำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2556 ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการผลิตยา เครื่องมือและอุปกรณ์ การผลิตยา การผลิตยาปราศจากเชื้อ การผลิตเภสัชเคมีภัณฑ์ที่เป็นสารออกฤทธิ์ และมีรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedures : SOPs) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในทุกขั้นตอน เช่น การเข้าสู่สถานที่ผลิต การแต่งกาย สุขลักษณะ การรับและจัดเก็บวัตถุดิบ การขนส่ง การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น

หนึ่งในกระบวนการผลิตจะต้องมีการส่งตัวอย่างสารสำคัญที่สกัดได้เพื่อไปตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับมาตรฐาน ISO/IEC 17025 ด้วย 2 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อตรวจหาปริมาณยาฆ่าเชื้อรา การปนเปื้อนจากเชื้อรา โลหะหนัก หรือสารอื่น ๆ ในกัญชา และ 2) สารสำคัญในกัญชา CBD : Cannabidiol หรือ THC : Tetrahydrocannabinol กรณีที่ตัวอย่างผ่านการตรวจสอบว่าไม่มี การปนเปื้อนวัตถุดิบอันตรายซึ่งไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค และมีปริมาณสารสำคัญเป็นไปตามเกณฑ์ จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์กัญชาต่อไป แต่หากพบว่ามีสารปนเปื้อนวัตถุดิบอันตรายกัญชา ที่ทำการปลูกในรอบนั้นจะต้องถูกทำลายทิ้งทั้งหมด ห้ามนำไปผลิตเป็นยาแจกจ่ายให้กับผู้ป่วย

ปัจจุบันการผลิตยา กัญชาในประเทศไทยจำแนกเป็น ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภากาการแพทย์แผนไทย ตามบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศ กำหนดให้มี 16 ตำรับ และมีตำรับเพิ่มเติม คือ น้ำมันจอตกระดุก (ชื่อผู้ปรุง นายนาต ศรียาตา) และน้ำมันหอมเดชา (ชื่อผู้ปรุง นายเดชา ศิริภัทร) ส่วนสารสกัดกัญชาแผนปัจจุบัน (น้ำมันกัญชา) ซึ่งเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศภายใต้การรักษาโรค กรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme)

มี 3 สูตร คือ สูตร THC สูง สูตร CBD สูง และสูตร THC : CBD Balance จำนวนยาที่จะผลิตต้องเป็นไปตามแผนการผลิตยาที่เคยขออนุญาตไว้ในตอนแรก ไม่มีการผลิตสำรองคลังไว้ในปริมาณมาก หากผู้ขออนุญาตผลิตต้องการตั้งตำรับยาเอง นอกเหนือจากตำรับและสูตรที่มีอยู่ จะต้องดำเนินการในลักษณะของโครงการวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของยาที่คิดค้น โดยผู้ป่วยที่รับยาได้จะต้องเป็นผู้ป่วยรายที่มีความประสงค์และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น เช่นเดียวกับโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตำรับหม้อพื้นบ้าน (สูตรอาจารย์เดชา)

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนการผลิตยาตำรับยากัญชาแผนไทยในปัจจุบัน คือ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางมอบนโยบายให้กับผู้รับอนุญาตผลิตว่าต้องผลิตยาตำรับใด จำนวนเท่าใด เพื่อส่งมอบให้กับหน่วยงานใด นำไปใช้ประโยชน์ โดยในขั้นตอนการขนส่งนั้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับ บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ให้เป็นผู้ขนส่งผลิตภัณฑ์ไปยังหน่วยงานปลายทาง ส่วนแผนปัจจุบันมีหน่วยงานหลักที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต คือ องค์การเภสัชกรรม ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาได้ จำนวนทั้งสิ้น 20 ราย มีสถานที่ผลิตยา จำนวน 21 แห่ง จำแนกเป็น หน่วยงานของรัฐ จำนวน 19 ราย มีสถานที่ผลิตยา จำนวน 20 แห่ง (มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขออนุญาต 2 แห่ง) มหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 1 ราย คือ มหาวิทยาลัยรังสิต (ข้อมูล ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2563)

การใช้กัญชาทางการแพทย์ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย (Medical Cannabis Clinic) ในสถานบริการสุขภาพที่กระจายอยู่ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานปลายน้ำให้บริการส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันให้กับผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะใช้ยากัญชา ซึ่งมีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดกรองโรคเบื้องต้น อีกทั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามในการใช้ยากัญชา เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำหน่วยที่มีหน้าที่เกี่ยวกับกระบวนการส่งจ่ายยา (แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาล) จะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกกำหนดไว้ ผู้ทำหน้าที่ส่งจ่ายยาจะต้องผ่านการสอบขึ้นทะเบียนกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงานประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์จะมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากเพียงพอที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยได้

ขั้นตอนการให้บริการเป็นไปตาม “รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์” ของกรมการแพทย์ และ “คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ” ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบไปด้วย จุดลงทะเบียน จุดคัดกรอง จุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จุดพบแพทย์ และจุดจ่ายยา ผู้ป่วยสามารถแจ้งความประสงค์ขอใช้

กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง ณ สถานที่รับบริการ (walk-in) หรือลงทะเบียนออนไลน์ของคลินิกหมายก่อนได้ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลจะทำการให้คำปรึกษา คัดกรองอาการเบื้องต้น ภาวะทางจิตเวช จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายการตรวจพื้นฐาน คือ การวัดปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด (BUN : Blood Urea Nitrogen) การตรวจสอบสมรรถภาพการทำงานของไต (Cr : Creatinine) และการตรวจการทำงานของตับ (LFT : Liver Function Test) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการประเมินคัดกรองโรค จะถูกรวบรวมส่งไปยังแพทย์เพื่อทำการซักประวัติ ตรวจรักษา และหากเข้าเกณฑ์ที่สามารถรับยาได้ก็จะให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษา SAS ก่อนรับยาที่จุดจ่ายยาโดยคำแนะนำของเภสัชกร โดยผู้ป่วยได้รับกัญชาทางการแพทย์จะได้รับหนังสือรับรองจากแพทย์เพื่อใช้เป็นหลักฐานรับรองตนเองว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดประเภทที่ 5 เพื่อการรักษาโรค สำหรับใช้แสดงต่อเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมกฎหมาย เพื่อจะได้ไม่ต้องรับโทษตามกฎหมายในความผิดฐานเสพกัญชา หลังจากผู้ป่วยรับยากัญชาจะต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้นการรักษาเพื่อสังเกตผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งรายงานการส่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์ผ่านระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบ C-MOPH ระบบ SAS ระบบรายการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์ และระบบ REDCap เพื่อเป็นฐานข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์

4.4 บุริรัมย์โมเดล – การต่อสู้ระหว่างการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

ในเวทีการเมืองระดับชาติ หลังการเลือกตั้ง 24 มีนาคม 2562 พรรคภูมิใจไทยถือเป็นพรรคที่มีอำนาจต่อรองทางการเมืองสูงเป็นอย่างมาก เนื่องจากที่นั่ง ส.ส. 51 ที่นั่งของพรรคภูมิใจไทยกลายเป็นตัวแปรสำคัญที่จะเป็นตัวตัดสินว่าพรรคเพื่อไทย หรือพรรคพลังประชารัฐจะเป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาลบริหารประเทศ และเมื่อพรรคภูมิใจไทยตัดสินใจเข้าร่วมกับพรรคพลังประชารัฐในการจัดตั้งรัฐบาล กระแสโจมตีต่างพุ่งเข้าหาทันที เนื่องจากช่วงหาเสียงนั้นหัวหน้าพรรคอย่าง นายอนุทิน ชาญวีรกูล ได้ประกาศจุดยืนอยู่คนละขั้วกับทหารและพรรคพลังประชารัฐ อีกทั้งไม่สนับสนุนนายกรัฐมนตรีที่ไม่ได้มาจากประชาชน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าหมายถึง พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้า คสช. ขณะนั้น ดังนั้น การเปลี่ยนจุดยืนมาร่วมจัดตั้งรัฐบาลกับพรรคพลังประชารัฐจึงเป็นเสมือนการผิดสัญญาประชาคมที่เคยให้ไว้ วิกฤตศรัทธาของพรรคภูมิใจไทยจึงเกิดขึ้น ซึ่งหากไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ในการเลือกตั้งสมัยหน้าพรรคภูมิใจไทยอาจต้องตกที่นั่งลำบาก แก้อัรัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่พรรคได้มา ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงคมนาคม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงสาธารณสุข พ่วงด้วยนโยบาย/โครงการสำคัญภายใต้ 3 กระทรวงดังกล่าว ได้แก่ โครงการก่อสร้างถนนมอเตอร์เวย์ ทางด่วน รถไฟฟ้า รถไฟทางคู่ ไฮสปีดเทรน รถเมล์ และ บขส. มูลค่ารวมประมาณ 1 ล้านล้านบาท นโยบายส่งเสริมภาคการท่องเที่ยวและ

กีฬา และนโยบายกัญชาทางการแพทย์ จึงเป็นหมากตัวสำคัญที่จะทำให้พรรคภูมิใจไทยยังพอมิทางรอดในสมรภูมิการเมืองของประเทศต่อไป

ฐานเสียงสำคัญของพรรคภูมิใจไทยมาจากพื้นที่ในท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งถือเป็น “ถิ่น” ของพรรคภูมิใจไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากการผลการเลือกตั้ง 24 มีนาคม 2562 ที่ผ่านมา พรรคภูมิใจไทยชนะการเลือกตั้งในจังหวัดบุรีรัมย์ แบบเหมาครบทั้ง 8 เขต นอกจากนี้ เบื้องหลังของพรรคภูมิใจไทยยังมีผู้ทรงอิทธิพลซึ่งเป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้ให้การสนับสนุนอย่าง “นายเนวิน ชิดชอบ” อดีตหัวหน้าพรรคภูมิใจไทยที่ผันตัวเองไปเป็นประธานสโมสรฟุตบอลบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด และเจ้าของสนามแข่งระดับโลกที่มีชื่อว่า บุรีรัมย์ ยูไนเต็ด อินเตอร์เนชั่นแนล เซอร์กิต Buriram United International Circuit : BRIC ซึ่งแม้หันหลังให้สนามการเมือง แต่ก็ยังคงมีบทบาทในการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น และได้รับการยอมรับให้เป็นผู้นำทางความคิดภายในจังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งยังมีสายสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นกับหัวหน้าพรรคภูมิใจไทยคนปัจจุบัน คือ นายอนุทิน ชาญวีรกูล ซึ่งร่วมต่อสู้ทางการเมืองกันมาอย่างยาวนานตั้งแต่ก่อนจัดตั้งพรรคภูมิใจไทยในปี พ.ศ. 2551 โดย 2 ตระกูล ช. “ชิดชอบชาญวีรกูล” ที่ประกอบด้วย คุณพ่อ 2 ช. “ชัยชรัตน์” และลูกชาย 2 น. “เนวิน อนุทิน” หรือที่รู้จักกันว่า “พีเน กับ น้องหนู” มีความสนิทสนมและช่วยเหลือเกื้อกูลกันประดุจเครือญาติ ดังจะเห็นได้จากบทสัมภาษณ์ของนายอนุทิน ชาญวีรกูล ตอนหนึ่งว่า “เอาเป็นว่าผมรักเขาเหมือนกับพี่ชายแท้ ๆ และไม่เคยรู้สึกว่าเขาไม่มีความจริงใจกับผมและครอบครัว ด้วย ก่อนหน้านี้รู้จักกันมานานแล้ว แต่เพิ่งมาสนิทกันลึก ๆ เมื่อ 23 ปีที่ผ่านมา...ในชีวิตของผมจะมีเพื่อนแท้สักคน พี่เนวินถือเป็นเพื่อนแท้ที่ผมไม่ต้องระแวงว่าเขาจะทำอะไรผม และเขาก็ไม่ต้องระแวงว่าผมจะคิดไม่ดีไม่ร้ายกับเขา...มันเหมือนคนที่เข้าใจกัน ไม่ต้องคุยกัน แค่มองท่าเดินก็รู้แล้วว่าเขาต้องการอะไร พวกผมคบกันแบบนี้ ผมกับคุณเนวิน คุณศักดิ์สยาม คุณพ่อผม คุณลุงชัย... ความสัมพันธ์ตรงนี้มีมันล้นเหลือ เพราะทุกอย่างมาจากความจริงใจ รู้กันใครเบอร์ใหญ่เบอร์เล็กอย่าทะเลาะทะเลาะกัน เขาเป็นพี่ใหญ่ผมอยู่แล้ว...ความสนิทสนมซิดเชื้อที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เรื่องแค่มกับเขาเท่านั้น แต่มันสนิทกันหมด ทั้งพ่อ เมีย และลูก ซึ่งเรียนอยู่โรงเรียนเดียวกันที่อังกฤษอีกต่างหาก” (โพสต์ทูเดย์, 2553) หรือข้อความแสดงความสนิทสนมจากการโพสต์เฟซบุ๊กส่วนตัวของนายอนุทินว่า “วันที่ 4 ตุลาคมของทุกปี จะต้องมาร่วมงานวันเกิดของพี่ชายใหญ่ เนวิน ชิดชอบ ผู้ซึ่งเป็นเสมือนพี่เพื่อน และในบางครั้งก็ดูตลก ๆ ด้วยความห่วงใยเหมือนเป็นพ่อ เวลาเกือบยี่สิบปีบนถนนสายการเมือง หากไม่ได้พี่คนนี้ชี้แนะ ก็คงไม่มีวันได้เป็นถึงหัวหน้าพรรค รัฐมนตรี และรองนายก ปีนีพี่คงดีใจที่น้องคนหนึ่งได้เป็นรองนายกและอีกคนได้เป็นรัฐมนตรีคมนาคม ก็จะทำงานรับใช้บ้านเมืองและประชาชนให้สุดความสามารถตามที่พี่ได้สั่งสอนมาว่า นายใหญ่สุดของพวกเอ็งคือประชาชน มีโอกาสแล้วก็ทำงานคืนให้พวกเค้าอย่างสุดชีวิต ก็ตามนั้นอะนะพี่ ปีนี 62 แล้ว ก็ขอให้พี่มีความสุขมาก ๆ สุขภาพแข็งแรง สมปรารถนาในสิ่งที่หวังและเป็นอาหารบำรุงสมองให้น้องของพี่ทั้งสองคนได้ทำงาน

ให้กับบ้านเมืองให้เจริญ ๆ เต็ม ช่วงที่ผ่านมามาก่อนได้ทำสิ่งใดที่กวน Teen ที่ไปบ้างก็ถือโอกาส กราบขอภัยและให้สัญญาอย่างหนักแน่นกับพี่ชายสุดที่เลิฟคนนี้ว่า น้องก็จะกวน Teen ที่ต่อไปอย่าง ไม่มีวันจบสิ้น เพราะชอบเวลาโดนพี่ชกพี่เตะ มีริยป่าว #แฮปปี้เบิร์ดเดย์ผู้ชนะครับพี่ไอ้จ๋” ก็เป็นการ ยืนยันได้เป็นอย่างดีว่าสายสัมพันธ์นี้ยังคงแน่นแฟ้นมาจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบัน นายเนวิน ชิดชอบ ปักหลักอยู่บ้านเกิดจังหวัดบุรีรัมย์ เปลี่ยนบทบาทจาก นักการเมืองเต็มตัวหันมาทุ่มเททำงานให้กับสโมสรฟุตบอลบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด และสนามแข่งรถบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด อินเทอร์เน็ตชั้นแนล เซอร์กิต ที่สร้างขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2557 พร้อมประกาศเจตนารมณ์ที่ต้องการ สร้างจังหวัดบุรีรัมย์ให้เป็นเมืองใหม่ เป็นเมืองกีฬา (Sport City) “ผมคุยกับเด็ก ๆ รุ่นใหม่ของบุรีรัมย์ ที่เข้ามาทำงานร่วมกันว่า เราจะครีเอตจังหวัดบุรีรัมย์ของเราให้เป็นอะไรดี เพราะในอนาคต บุรีรัมย์ จะต้องอยู่ในมือของพวกเขา ขณะที่เราไม่มีทั้งทะเล น้ำตก หรือแม้แต่ภูเขา ทำอย่างไรจึงจะสร้างแรง ดึงดูดผู้คนให้หลั่งไหลเข้าสู่บุรีรัมย์ เหมือนกับที่พวกเขาแหกกันไปหัวหิน สมุย พัทยา เขาใหญ่ หรือ เชียงใหม่...ข้อสรุปที่ได้มาก็คือ ต้องช่วยกันคิดคอนเทนต์ดี ๆ แล้วจัดอีเวนต์ ภายใต้สโลแกน Buriram beyond unbelievable “บุรีรัมย์อยู่เหนือความคาดคิด” ที่จะออกมาโปรโมตจังหวัดที่ทุกสิ่งกำลัง เปลี่ยนไป ความไม่มี กำลังเดินไปสู่ความมีอะไรให้นำค้นหามากมายในบุรีรัมย์” นายเนวินกล่าว (ไทยรัฐออนไลน์, 2557) ซึ่งแนวคิดของผู้นำทางการเมืองอย่างนายเนวิน ชิดชอบ มีผลอย่างมาก ต่อทิศทางการพัฒนาจังหวัดบุรีรัมย์ ดังจะเห็นได้อย่างชัดเจนจากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนพัฒนาจังหวัดบุรีรัมย์นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ได้หันมามุ่งเน้นยุทธศาสตร์ ส่งเสริมการท่องเที่ยวและกีฬาเป็นหลักตามทิศทางของนายเนวิน ชิดชอบ โดยสัดส่วนงบประมาณ ด้านการพัฒนาการท่องเที่ยวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามตารางที่ 4 ดังนี้

ปีงบประมาณ พ.ศ.	งบประมาณประจำปี	งบประมาณด้านการท่องเที่ยวและกีฬา	คิดเป็นร้อยละ
2557	203,749,300.00	51,315,300.00	25.19
2558	199,381,600.00	81,938,200.00	41.10
2559	327,400,600.00	38,828,500.00	11.86
2561	385,714,500.00	196,170,800.00	50.86
2562	339,506,500.00	181,357,100.00	53.42

ตารางที่ 4 ปรับปรุงจากสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2557 – 2562

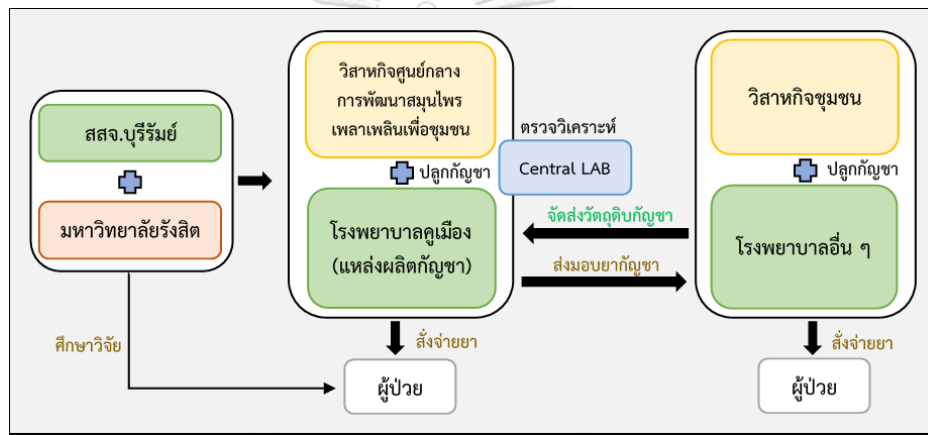
เมื่อเริ่มทิศของผู้นำทางการเมืองในจังหวัดเริ่มเบนมาทาง “กีฬา” งาน “พันธูบุรีรัมย์” ซึ่งเป็นมหรหรณมกัญชาครั้งแรกของประเทศไทย จึงถูกจัดขึ้นอย่างยิ่งใหญ่ในวัน 420 หรือ วันกัญชา โลก เมื่อวันที่ 19 – 21 เมษายน 2562 ณ สนามช้าง อินเตอร์เนชั่นแนล เซอร์กิต จังหวัดบุรีรัมย์

ซึ่งตรงกับวันกัญชาโลก (20 เมษายน) โดยหัวหน้าหอคนสำคัญในการจัดงานอย่าง “นายเนวิน ชิดชอบ” ในฐานะภาคส่วนเอกชนร่วมมือกับพรรคภูมิใจไทย และส่วนราชการในจังหวัดบุรีรัมย์ เป้าหมายหลักนอกเหนือจากการสนับสนุนนโยบายกัญชาทางการแพทย์แล้ว ยังมีวัตถุประสงค์หลักที่ต้องการชูให้ “กัญชา” เป็นพืชเศรษฐกิจชนิดใหม่ที่สร้างรายได้งามให้กับประเทศ โดยมีบุรีรัมย์เป็นศูนย์กลางสอดคล้องตามนโยบายหาเสียงของพรรคภูมิใจไทยที่เคยให้สัญญาประชาคมไว้ กิจกรรมภายในงานแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ 1) การจดนิรโทษกรรมกัญชา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ระดมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งจังหวัด 200 กว่าคน ให้บริการตลอดทั้งวัน โดยผู้แจ้งครอบครองกัญชาจะต้องมีใบรับรองแพทย์ (หากไม่สามารถขอใบนี้ได้) และเอกสารแสดงการครอบครองต้นกัญชา น้ำมันกัญชา แสดงต่อเจ้าหน้าที่เพื่อพิจารณาออกใบอนุญาตครอบครองกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ได้ 2) การให้ข้อมูลความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับกัญชา ผ่านการบรรยายจากวิทยากร ซึ่งมีทั้งแพทย์ นักวิชาการ และนักกฎหมาย นิทรรศการกัญชา และการสาธิตการสกัดกัญชาให้เป็นยารักษาโรค ตลอดระยะเวลา 3 วัน มีจำนวนผู้ร่วมงานประมาณ 150,000 คน มีผู้ยื่นจดนิรโทษกรรมประมาณ 10,000 คน โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์การยื่นขอจดนิรโทษกรรมกัญชาประมาณ 5,000 คน เพียงจังหวัดเดียวคิดเป็น 1 ใน 4 ของยอดรวมทั่วประเทศ

การจัดงานพันธุ์บุรีรัมย์ของชนชั้นผู้ปกครองที่มีอำนาจในจังหวัดในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมการเมืองเป็นไปในรูปแบบแข่งขันรุนแรง (Fragmented and volatile competition) เพื่อแย่งชิงและยึดครองฐานเสียงและผลประโยชน์ทางการเมืองระหว่างกลุ่มการเมืองในระดับชาติ และท้องถิ่น เพื่อผลักดันนโยบายกัญชาเสรีซึ่งเป็นนโยบายของพรรคภูมิใจไทย เมื่อนำปัญหาเข้าสู่ผู้กำหนดนโยบาย ผ่านกระบวนการเจรจาต่อรอง และแรงดันจากผลสำรวจของนิด้าโพลที่ชี้ชัดว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคภายใต้การควบคุมดูแลโดยแพทย์เท่านั้น และยังไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ปลูกกัญชาเสรีบ้านละ 6 ต้น เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นว่ารัฐบาลจะสามารถควบคุมการปลูก/การใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาให้เป็นไปตามกฎหมายได้ นโยบายกัญชาเสรี จึงถูกลดทอนลงมาเป็น นโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ ซึ่งถือได้ว่ามีความปลอดภัยกว่า และไม่ส่งผลกระทบต่อรัฐบาล ซึ่งหลังเข้ารับตำแหน่ง นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเดินหน้าขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ทันที โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ เป็นหน่วยปฏิบัติผู้รับการถ่ายทอดนโยบายและแปลงลงสู่หน่วยงานสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพและจังหวัด

สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์นั้น ความสำเร็จจากการจัดงานพันธุ์บุรีรัมย์ในเดือนเมษายน 2562 นอกจากสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนให้ความสนใจเกี่ยวกับกัญชาเป็นอย่างมากทั้งในแง่การใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคและแง่มุมทางเศรษฐกิจแล้ว ยังถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำหนดทิศทางขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดบุรีรัมย์ให้ดำเนินรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว

ด้วยปัจจัยเกื้อหนุนด้านการเมืองท้องถิ่นที่กลายเป็นแต้มต่อ “บุรีรัมย์โมเดล” จึงได้ถือกำเนิดขึ้น ภายใต้การนำของหน่วยงานหลัก คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งขณะนั้นตัวแสดงสำคัญ ในการร่วมกำหนดบุรีรัมย์โมเดลขึ้นมา ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 3 คน หนึ่งในนั้นมีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลคูเมืองซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งรอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำหรับชื่อ “บุรีรัมย์โมเดล” เคยถูกใช้เรียกในการเป็นต้นแบบ การสร้างเมืองใหม่ เป็นเมืองกีฬา (Sport City) ซึ่งเป็นแนวคิดของนายเนวิน ชิดชอบ ที่มีหลักการสำคัญ 3 ข้อ คือ แดกต่าง อลังการ มาตรฐานระดับโลก ส่วน “บุรีรัมย์โมเดล” ด้านการขับเคลื่อนนโยบาย กัญชาทางการแพทย์นั้น ก็ใช้คำเรียกเดียวกันแต่มีเป้าหมายสำคัญคือ เป็นศูนย์กลางกัญชา ของประเทศ โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชา 2) วิสาหกิจ ชุมชนได้ปลูก 3) โรงพยาบาลคูเมืองผลิต



ภาพที่ 9 บุรีรัมย์โมเดล (ปรับปรุงจากข้อมูลเอกสารของโรงพยาบาลคูเมือง)

“คำว่าบุรีรัมย์โมเดล หมายถึง องค์ापพพในการทำงาน เรามีอยู่ 3 concept คือ ผลิต ที่เดียวก็คือโรงพยาบาลคูเมือง วิสาหกิจได้มีโอกาสปลูกเอามาทำยา แล้วก็ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงยา กัญชา...จริง ๆ ภาพที่พี่คิดในหัวพี่เองนะ พี่อยากให้ทุกคนบอกว่าถ้าเกิดใครอยากรักษาอาการกัญชา ให้นำนี้ถึงบุรีรัมย์ พี่มีหน้าที่ทำให้คุณหมอ เภสัชกร และพยาบาลเก่งเรื่องนี้ คือถ้าอยากรักษาอาการ กัญชาให้นำนี้ถึงบุรีรัมย์ ซึ่งก็หลัง ๆ ก็คงประมาณนั้นไหม ทั้ง ๆ ที่เมื่อก่อนเขตบุรีรัมย์ไม่น่าจะเป็นเรื่องนี้ กัญชามันจะเป็นทางลาวเหนือ นครพนม สกลนคร ที่เราเห็นข่าวประจำ ๆ หลักคิดเราใช้ตามท่านเน วิน outstanding world standard แล้วก็ shared profit ก็คล้าย ๆ กัน คือถ้าคุณกล้าที่จะคิดต่าง และทำต่าง ถ้าคุณทำให้มีมาตรฐาน แล้วก็ shared profit ก็คือว่า วิสาหกิจมีโอกาสได้ปลูก แต่เราก็ screen นะ ไม่ใช่ไปปลูกเพื่อเสพนะ เราอิงตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย ก็คือ เพื่อการรักษา ถ้าเกิด คุณคิดว่าจะไปหวังปลูกในวัตถุประสงค์อื่นก็ต้องรอให้กฎหมายมันแก้มันอะไรไปก่อน ก็คือทำงาน ภายใต้กรอบกฎหมาย”

ผู้บริหารระดับสูง สสจ. บุรีรัมย์ (สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

“พี่ทำงานกัญชามาคุยกันอยู่แค่ 3 คนหลัก ๆ เอง มีพี่ มีท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วก็ท่าน ผอ. โรงพยาบาลคูเมือง ก็ไม่ได้มีคณะกรรมการ เป็นเรื่องที่แปลก เพราะอย่างระบบราชการต้องมีคณะกรรมการ ต้องมีคำสั่ง ต้องประชุมหลายรอบ แต่ของเราคุยกัน 3 - 4 คน เราก็ making decision แล้วก็ทำ ก็จะมีความไวในกรณีนี้แหละ แต่ปกติของที่อื่นก็ต้องตั้งกรรมการนู่นนี่นั่นหลายรอบ อันนี้พี่พี่ทำมากิจกรรมหลายกิจกรรม ก็คือ คุยกันกับท่าน สสจ. พี่วางแผน ท่านดูให้ ก็ทำไปหลายกิจกรรม กรรมการก็มีแหละแต่ไม่ได้คุย พุดง่าย ๆ ก็คือไม่ได้มานั่งคุย มันก็เลยอาจจะเป็นข้อเด่นอันหนึ่งที่ทีมบริหารคุยกันแล้วก็ลงมือทำ โดยพี่เป็นคนจัดการ ถ้าอย่างอันอื่นต้องประชุมหลายรอบ ต้องเรียก แต่ว่าของพี่จะคุยกลุ่มเล็ก ๆ มากกว่า คุยกับเจ้านายสองสามคนแล้วก็ทำ ซึ่งก็เป็นการทำงานที่ขับเคลื่อนได้นะ”

ผู้บริหารระดับสูง สสจ. บุรีรัมย์ (สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาได้ คือ การผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดเดียวในประเทศไทยที่มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบทั้ง 23 อำเภอ ตามข้อสั่งการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 (นำร่อง) จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (แผนปัจจุบัน) และโรงพยาบาลคูเมือง (แผนไทย) และรอบที่ 3 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 อีก 21 แห่งที่เหลือ ซึ่งในช่วงระหว่างรอผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้จากการผลิตโดยโรงพยาบาลคูเมือง สสจ. บุรีรัมย์ ทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับการสนับสนุนผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อกระจายให้กับคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ

“ในเมื่อคนไข้มีความต้องการที่จะใช้ ไม่จำเป็นที่จะต้องคนไข้อยากใช้ยากัญชาจะต้องนั่งรถมาโรงพยาบาลคูเมือง หรือโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พี่ก็เลยทำเรื่องเข้าไปที่กระทรวง รวมถึงว่าจัดหายาให้โรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วย พี่มี passion ในเรื่องนี้ กลายเป็นว่าจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่เปิดครบทุกที่ แล้วพี่ก็จัดหายามาจากอภัยภูเบศรมาให้ ผอ.ก็ direction เดียวกัน เขาเรียกว่าต้องเป็นนักจิตวิทยาเหมือนกันในการทำงาน ใช้หลายศาสตร์กว่ามันจะเปิดได้ครบ มันก็ใช้หลักการตลาดใช้หลาย ๆ อย่างเข้ามา set เพราะว่าการที่จะจัดตั้งคลินิกมันไม่ใช่เฉพาะเป็นแพทย์กับเภสัชกร จะต้องมีการคัดกรอง screening ต้องคอยตรวจก่อน แต่ว่าเราใช้หลักการตลาดที่เราโปรโมทไปก่อน แล้วพี่พยาบาลก็ follow ตาม ก็ได้ผล ตอนนี่ก็คือเปิดได้ครบ”

ผู้บริหารระดับสูง สสจ. บุรีรัมย์ (สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

แต่หลังจากมีการเปิดคลินิกกัญชาครบทุกพื้นที่ในจังหวัดแล้ว กลับพบว่ามีปัญหาตามมาในลักษณะเช่นเดียวกับโรงพยาบาลนำร่อง 19 แห่งที่ได้เปิดให้บริการไปก่อนแล้ว คือ แพทย์ส่วนใหญ่

ไม่ส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงรักษาทางการแพทย์ได้ ซึ่งสาเหตุสำคัญหลายประการ คือ 1) ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products) แพทย์สามารถสั่งจ่ายในกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายผ่านช่องทาง SAS เท่านั้น 2) ตามแนวทางของกรมการแพทย์ ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา และ/หรือควบคุมอาการของผู้ป่วยเป็นการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี 3) งานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ส่วนงานวิจัยต่างประเทศก็มีทั้งข้อค้นพบด้านประโยชน์และโทษของกัญชา 4) ความกลัวถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหากมีผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วย และ 5) ทศนคติเชิงลบต่อกัญชาซึ่งยังคงมีสถานะเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการวินิจฉัยไม่ส่งจ่ายยาของแพทย์ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายข้อแรกของบุรีรัมย์โมเดลทั้งสิ้น

“หมอบางคนที่ไม่ไปเรียนมา เขาไม่กล้าใช้ก็เยอะเหมือนกัน พี่ก็พยายามจะเต็มส่วนนี้ให้เขามั่นใจ เป็นเรื่องธรรมดาของยาใหม่ เพราะมันยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนถูกต้อง มันเป็น SAS ซึ่งเป็นรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยาอยู่ แต่พี่ก็ถือว่ายาเราก็ได้มาฟรี สมมุติว่าเปิดไป 23 ที่ พี่ก็มีความคาดหวังว่ามันต้องมีซัก 5 ที่ 10 ที่ ที่กล้าใช้ คือเรื่องนี้มันเป็น learning by doing ถ้าคุณไม่เห็นคนไข้ที่อาการดีขึ้น คุณก็จะไม่กล้า เพราะช่วงแรก ๆ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ก็ไม่กล้าเหมือนกัน พอเขาเห็นคนไข้ดีขึ้น หลังจากคนไข้ทำเคมีมาแล้วมาได้รับยา ทุกอย่างดีขึ้น หมอาก็เริ่มกล้า ก็ตามเก็บเคส เขาก็มีการช่วยกัน screen ตอนนี้อย่างไรก็เป็นสายเขียวไปแล้ว คือมันต้องทดลองก่อน”

ผู้บริหารระดับสูง สสจ. บุรีรัมย์ (สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

“เอาจริง ๆ ปลายน้ำ แพทย์ไม่ใช้ แต่คนไข้ต้องการที่จะใช้มาก แต่บางโรงพยาบาลมียาอยู่ในสต็อก แล้วอย่าลืมนว่ายาก็มีการหมดอายุได้ ปีหนึ่งก็หมดแล้ว ขององค์กรเภสัชกรรมที่ทำออกมากับอภยภูเบศรที่มอบจ่ายให้ฟรี อยู่ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ตอนนี้ หมอบุรีรัมย์หลายท่านก็ไม่ประสงค์ที่จะใช้ เพราะว่าเขาไม่ได้มีความรู้ ไม่มี paper ในประเทศที่รองรับ เขาก็เลยไม่มั่นใจว่าแหล่งที่มาปนเปื้อนใหม่ ดีพอที่จะใช้ใหม่ จำนวน drop ที่จะใช้ในคนไข้รายนี้เป็นอย่างไร”

ผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน (สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

“ถ้าในมุมมองระดับกว้าง การที่ผลิตภัณฑ์กัญชายังเป็น SAS อาจจะมีผลกับแพทย์แผนปัจจุบันอยู่บ้าง เพราะว่าเขาจะมีบางส่วนที่ยอมรับและบางส่วนที่ไม่ยอมรับเพราะว่ามันเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่แล้วก็ไม่มีการรองรับ เขาก็ไม่กล้าตัดสินใจที่จะให้คนไข้ของเขาใช้ยากัญชา”

แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2563)

ดังนั้น สสจ. บุรีรัมย์ และเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) จึงได้แสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานี้ โดยร่วมมือกับกรมการแพทย์ อำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยการจัดประชุมวิชาการขึ้นที่บุรีรัมย์แทนการเดินทางไปอบรมที่กรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยดำเนินการแล้วเสร็จจำนวน 2 ครั้ง คือ

- ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 22 – 23 สิงหาคม 2562 จัดประชุมวิชาการ “การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์” ณ ห้องประชุมสนามช้าง อารีนา ต.เสม็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์โรงแรมอมาเรีย บุรีรัมย์ ยูเนิตี๊ด มีบุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 9 เข้าร่วมอบรม จำนวน 200 คน โดยผู้เข้ารับการอบรมที่ผ่านเกณฑ์การทดสอบความรู้หลังการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากกรมการแพทย์ เพื่อใช้ประกอบการขออนุญาตจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการเป็นผู้สั่งใช้-จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ สำหรับค่าใช้จ่ายในการอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปกติแล้วต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง จำนวน 2,500 บาท/คน เขตสุขภาพที่ 9 เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งหมด

- ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2563 จัดการสัมมนาวิชาการ “การใช้กัญชาในทางการแพทย์เพื่อความยั่งยืน” เขตสุขภาพที่ 9 ณ ห้องประชุมพลอร่าม อุทยานไม้ดอกเพลลาเพลิน อ.คูเมือง จ.บุรีรัมย์ มีบุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 9 เข้าร่วมอบรม จำนวน 360 คน

แนวทางการส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชนได้ปลูกเพื่อสร้างรายได้ให้กับเกษตรกร เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย คือ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรจะต้องรวมกลุ่มกันจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชน โดยร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐหรือสถานศึกษาเอกชนเพื่อขออนุญาตปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์นั้น สสจ. บุรีรัมย์ ได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกัญชาสำหรับประโยชน์ทางการแพทย์กับมหาวิทยาลัยรังสิต มีระยะเวลา 5 ปี เป็นความร่วมมือดำเนินการนำเข้า เพาะปลูก ผลิต ครอบครอง ขนส่ง จำหน่าย ส่งออก ศึกษา วิจัย ร่วมกันพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการผลิตยา กัญชาและตำรับยา โดยมหาวิทยาลัยรังสิตเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้แก่โรงพยาบาลในสังกัดของ สสจ. บุรีรัมย์ และวิสาหกิจชุมชน และ สสจ. บุรีรัมย์ เป็นผู้รับผิดชอบจัดหาวัตถุดิบป้อนเข้าสู่กระบวนการศึกษาวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีโรงพยาบาลคูเมือง และวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลินเพื่อชุมชนเป็นศูนย์การเรียนรู้ต้นแบบด้านการปลูกกัญชา ในระยะ 5 ปี หากมีผลิตภัณฑ์ที่คิดค้นขึ้นใหม่ภายใต้ความร่วมมือนี้ สสจ. บุรีรัมย์ และมหาวิทยาลัยรังสิตมีสิทธิ์เป็นเจ้าของสิทธิบัตรร่วมกัน

หลักการข้อสุดท้ายของบุรีรัมย์โมเดล คือ โรงพยาบาลคูเมืองผลิต สสจ. จังหวัดบุรีรัมย์ มอบหมายให้โรงพยาบาลคูเมือง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดที่มีความพร้อมด้านการผลิตยา

กัญชา โดยมีโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตยาที่ดี GMP-WHO และบุคลากรที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการผลิตยาสมุนไพรและสกัดสารสกัดจากพืชสมุนไพรอยู่แล้ว อีกทั้งยังเป็น 1 ใน 19 โรงพยาบาลนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์อีกด้วย สสจ. บุรีรัมย์ จึงได้จัดให้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลคูเมืองกับโรงพยาบาลและวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อดำเนินการความร่วมมือกัญชาสำหรับประโยชน์ทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สสจ.บุรีรัมย์กับวิสาหกิจชุมชน ซึ่งมีจำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลนางรอง กับ วิสาหกิจชุมชนเกษตรสมุนไพรก้าวหน้า
2. โรงพยาบาลโนนดินแดง กับ วิสาหกิจชุมชนไร่เพื่อนคุณ
3. โรงพยาบาลละหานทราย กับ วิสาหกิจชุมชนสมุนไพรอินทรีย์เพื่อสุขภาพละหานทราย
4. โรงพยาบาลสตึก กับ วิสาหกิจชุมชนกลุ่มสมุนไพรพื้นบ้านเสราสตึก
5. โรงพยาบาลพุทไธสง กับ เครือข่ายวิสาหกิจชุมชนพุทไธสง
6. โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กับ วิสาหกิจชุมชนเกษตรสมุนไพรก้าวหน้า
7. โรงพยาบาลบ้านกรวด กับ วิสาหกิจชุมชนเกษตรผสมผสานไร่กิ่งทอง

โรงพยาบาลที่จับคู่กับวิสาหกิจชุมชนจะดำเนินการขออนุญาตปลูกกัญชา เมื่อได้ผลผลิตจากการเก็บเกี่ยวจะต้องขนส่งไปให้กับโรงพยาบาลคูเมือง เพื่อนำไปใช้เป็นวัตถุดิบตั้งต้นในการผลิตยา กัญชาตามสูตรที่โรงพยาบาลต้นทางแจ้งความประสงค์มาในตอนแรก เมื่อโรงพยาบาลคูเมืองจัดทำผลิตภัณฑ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว จะจัดส่งผลิตภัณฑ์เหล่านี้กลับไปให้โรงพยาบาลเจ้าของวัตถุดิบเพื่อนำไปใช้ในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไปซึ่งนอกจากโรงพยาบาลคูเมืองจะเป็นแหล่งผลิตยา กัญชาให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ยังมีแผนการขยายขอบเขตให้ครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) ในอนาคตอีกด้วย

4.5 กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง

โรงพยาบาลคูเมืองได้รับเลือกให้เป็น 1 ใน 19 โรงพยาบาลนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้ชื่อว่า “Khumuang Hospital Medical Cannabis” นับเป็น 1 ใน 13 โรงพยาบาลนำร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่สามารถจ่ายยาน้ำมันกัญชาสูตรตำรับแพทย์แผนไทย และเป็น 1 ใน 22 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตำรับหมอฟันบ้าน (สูตรอาจารย์เดชา) ด้านการปลูกกัญชาเป็นโรงพยาบาลแรกของประเทศที่จับคู่กับวิสาหกิจชุมชนขออนุญาตปลูกกัญชาทางการแพทย์สำเร็จ ส่วนด้านการผลิตยานั้นได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ผลิตยาตำรับแผนไทย และผลิต

สารสกัดกัญชา (แผนปัจจุบัน) เป็นแห่งที่ 2 และ 3 ของประเทศตามลำดับ และถือเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดด้วย

ความสำเร็จที่โดดเด่นนี้ทำให้ผู้วิจัยเกิดคำถามว่า เหตุใดโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจึงสามารถเป็นโรงพยาบาลนำร่องในระดับประเทศได้ และนอกจากมุมมองด้านการประสบความสำเร็จแล้ว มีปัญหาอุปสรรคใดในการดำเนินงานหรือไม่ เพื่อจะได้นำบทเรียนที่ได้เหล่านี้ไปปรับใช้กับคลินิกกัญชาทางการแพทย์แห่งอื่นที่กำลังอยู่ระหว่างเตรียมการเปิดให้บริการ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหาร บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีข้อค้นพบ ดังนี้

จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง ซึ่งขณะนั้นควบตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้เข้าร่วมงานพันธุ์บุรีรัมย์ และได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ในการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัด จนกลายเป็น “บุรีรัมย์โมเดล” ซึ่งถือเป็นกรอบทิศทางในนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาปฏิบัติในโรงพยาบาลคูเมือง

“เราก็เริ่มต้นจริง ๆ คือ วันที่ 20 เมษายน 2562 เป็นวันกัญชาโลก ทาง Buriram Castle ทางพรรคการเมืองก็ได้จัดงานพันธุ์บุรีรัมย์ขึ้นมาเพื่อให้รู้ประโยชน์ของกัญชา แล้วก็มีการออกมาให้กัญชาเป็นยารักษาโรคได้ในเรื่องของด้านการแพทย์ และด้านการวิจัยการศึกษา เพราะว่าต่างประเทศก็ใช้เรื่องของกัญชาและการรักษาโรคค่อนข้างเยอะ เราก็เดินทางต่างประเทศ ก็เลือกเดินในทิศทางนี้”

ผู้บริหารระดับสูง รพ.คูเมือง (สัมภาษณ์, 16 เมษายน 2563)

ด้วยการที่ผู้นำองค์กรมองเห็นโอกาสแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น จากลักษณะของตัวนโยบาย ซึ่งถูกนำไปปฏิบัติในระดับมหภาค โดยเป็นแผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุข และอยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมสู่การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค พร้อมด้วยปัจจัยเกื้อหนุนจากบริบทในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งพลังทางการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติที่พร้อมให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ประกอบกับความพร้อมขององค์กร จึงทำให้ผู้นำองค์กรพิจารณาปรับนโยบายนี้มาปฏิบัติ และเริ่มแสวงหาการสนับสนุนจากบุคลากรในโรงพยาบาล ภาคเอกชน วิชาชีพชุมชน และส่วนราชการในพื้นที่ และหน่วยงานพันธมิตรอื่น ๆ เพื่อร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้น ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์และส่วนงานผลิตยาเสพติด มีส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผนงาน กำหนดรูปแบบการให้บริการ และขั้นตอนกระบวนการให้บริการ โดยมีผู้บริหารทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษากำกับติดตามอย่างใกล้ชิด อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนด้านการจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งคู่ความร่วมมืออย่าง

วิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน ส่วนราชการในพื้นที่ และพันธมิตรจากสถานศึกษา/ส่วนราชการอื่นที่เข้ามาช่วยเหลือและให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ นอกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง ที่เป็น Key Success คนสำคัญแล้ว ยังมีตัวแสดงอื่น ๆ ที่เข้ามามีบทบาทต่อการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลคูเมือง ดังนี้

ตัวแสดงที่สำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง

เนื่องจากทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายนั้นล้วนมีการเมืองแทรกอยู่เสมอ การปักธงว่าดำเนินการหรือไม่ดำเนินการในกิจกรรมใด การกำหนดวิธีการ ผู้รับผิดชอบ จัดสรรงบประมาณ รวมถึงทรัพยากรอื่น ๆ ย่อมมีตัวแสดง (actor) ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการตัดสินใจและการเจรจาต่อรอง สำหรับตัวแสดงที่สำคัญของการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ สามารถจำแนกออกได้เป็น 7 กลุ่ม คือ นักการเมือง หน่วยงานภาครัฐ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ กลุ่มนักวิชาการ ภาคเอกชน ชุมชน และประชาชน ผู้รับบริการ

1. นักการเมืองและผู้ทรงอิทธิพลทางการเมือง ได้แก่ พรรคภูมิใจไทย นายเนวิน ชิดชอบ (ผู้สนับสนุนพรรคภูมิใจไทย) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สนับสนุนการงบประมาณจัดซื้อเครื่องมือ สกัดสารสกัดจากกัญชา)
2. หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นายอนุทิน ชาญวีรกูล (รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) องค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรีรินทร์) ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคูเมือง สถานีตำรวจภูธรคูเมือง
3. ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติจริง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ส่วนงานผลิตยา กัญชา
4. กลุ่มนักวิชาการ ได้แก่ นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชา ประกอบด้วย ดร.วีรชัย ภู นคร (ที่ปรึกษาสำนักงานทรัพย์สินพระมหากษัตริย์) รศ.ดร.วิเชียร กิรตินิจกาล (อาจารย์จากภาควิชาพืชไร่ร่นา คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และที่ปรึกษาองค์การเภสัชกรรม) มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ และสถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ (องค์ความรู้กัญชาจากต่างประเทศ)

5. ภาคเอกชน ได้แก่ อุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลิน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นเจ้าของสถานที่เพาะปลูกกล้วยา

6. ชุมชน ได้แก่ วิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลลินเพื่อชุมชน

7. ประชาชนผู้รับบริการ

เนื่องจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายสาธารณะระดับชาติที่ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติของคนในสังคมไทยที่มีต่อกัญชาในฐานะยาเสพติดให้โทษมายาวนานหลายทศวรรษ ให้เป็นมุมมองใหม่ในฐานะพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อการรักษาและบรรเทาอาการหลายโรค ดังนั้น นักการเมือง จึงเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทที่โดดเด่นเป็นอย่างมากในช่วงแรกของการขับเคลื่อนนโยบาย เนื่องจากนักการเมืองเป็นผู้มีอิทธิพลทางความคิดต่อกลุ่มคนในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ฐานเสียงที่ให้การสนับสนุน การจัดเวทีปราศรัย ประกาศเจตนารมณ์ หรือแสดงจุดยืนสนับสนุนนโยบายกัญชาอย่างแข็งขันของพรรคภูมิใจไทย นำโดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล (ในฐานะหัวหน้าพรรค) และนายเนวิน ชิดชอบ (ผู้สนับสนุน) ในเวทีการเมืองระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ย่อมส่งแรงกระเพื่อมมาถึงทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดบุรีรัมย์ด้วย แรงกระเพื่อมนี้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นหลังการเข้ารับตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของ นายอนุทิน ชาญวีรกูล นโยบายกัญชาทางการแพทย์ถูกขับเคลื่อนด้วยความเร็วสูง เขตสุขภาพที่ 9 ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ และ สสจ. บุรีรัมย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับนโยบายของจังหวัดรับลูกต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สสจ. บุรีรัมย์ มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนแนวคิด “บุรีรัมย์โมเดล” ซึ่งเปรียบเสมือนแผนที่นำทางนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของจังหวัดให้เกิดขึ้นผลจริง

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง ที่เปิดให้บริการอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ โดยการร่วมมือกับวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลลินเพื่อชุมชน เพื่อปลูกกล้วยา ใช้สถานที่เพาะปลูกภายในพื้นที่อุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลิน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นภาคเอกชนที่ให้การสนับสนุน การผลิตยา กัญชา และการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาล และเนื่องจากกัญชาแม้จะใช้ในการรักษาโรคได้ แต่ก็ยังคงมีสถานะเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ดังนั้น จึงมีหน่วยงานรัฐที่เข้ามากำกับติดตามดูแลทุกกระบวนการอย่างใกล้ชิด เพื่อควบคุมกระบวนการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ และจริยธรรมทางการแพทย์ อีกทั้งป้องกันการรั่วไหลของการนำกัญชาใช้ในทางที่ผิด ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในขณะที่หน่วยงานรัฐในพื้นที่อำเภอคูเมืองต่างร่วมให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคูเมือง และสถานีตำรวจภูธรคูเมืองที่เข้ามามีส่วนสำคัญในระบอบรักษา

ความปลอดภัยตั้งแต่การตรวจนับเมล็ดพันธุ์ การปลูก การเก็บเกี่ยว การขนย้าย และการทำลาย ส่วนที่เหลือจากกระบวนการผลิต

ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญในแง่ของการพิจารณารับนโยบาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจกำหนดรูปแบบวิธีการให้บริการต่อประชาชน ซึ่งประชาชนเองเมื่อรับบริการจากโรงพยาบาลแล้วก็มีบทบาทในแง่ของการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่และองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเห็นได้ว่าตัว แสดงทุกกลุ่มต่างมีทิศทางและเป้าหมายเดียวกันในการสนับสนุนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น จึงเป็นการเสริมแรงให้โรงพยาบาลคูเมืองสามารถดำเนินการตามเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นโรงพยาบาลชุมชนนำร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 19 โรงพยาบาลแรกของประเทศ และเป็นหน่วยงานรัฐที่ร่วมมือกับวิสาหกิจชุมชนคู่แรกของประเทศที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชา

การปลูกกัญชา-ภายใต้ความร่วมมือรัฐ วิสาหกิจชุมชน และเอกชน

กัญชาที่ได้จากการจดนิรโทษกรรมส่วนใหญ่มีการปนเปื้อนโลหะหนัก สารเคมี และวัตถุอันตราย จึงไม่อาจนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ ดังนั้น การปลูกกัญชาแบบ medical grade จึงเป็นวิธีการที่ถูกเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุดิบตั้งต้นของการผลิตยาที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย “สถานที่เพาะปลูก” เป็นปัจจัยแรกที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากข้อกำหนดในการจัดเตรียมสถานที่ เพาะปลูกถูกกำหนดเงื่อนไขไว้อย่างละเอียด ทั้งพิถีพิถันตำแหน่งรูปแบบตัวโครงสร้างอาคาร ระบบการควบคุมการเข้า-ออก ระบบรักษาความปลอดภัยของพื้นที่อย่างเข้มงวด ที่ต้องใช้ทั้งคนและเทคโนโลยี อีกทั้งขั้นตอนการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และรายงานในทุกขั้นตอนกระบวนการตั้งแต่เริ่มปลูก จนถึงการเก็บเกี่ยว ทำให้การหาพื้นที่เพาะปลูกกัญชาที่เหมาะสมจึงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้ทั้งเงินลงทุนจัดเตรียมสถานที่ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ มีองค์ความรู้ในการปลูกกัญชาแบบ medical grade ซึ่งมีกระบวนการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าการปลูกพืชทั่วไป และต้องมีกำลังคนที่มีทักษะความรู้และความเชี่ยวชาญ ในการดูแลควบคุมกระบวนการปลูกให้เป็นไปตามมาตรฐาน หาวิธีป้องกันโรคและศัตรูพืชที่จะเข้ามาทำให้ผลิตเสียหายโดยไม่ใช้สารเคมีและวัตถุอันตราย คำถามที่เกิดขึ้น คือ เกษตรกรที่เป็นชาวบ้านในชุมชนที่มารวมกลุ่มกันจนกลายเป็นวิสาหกิจชุมชนจะมีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินการด้วยตัวเองได้หรือไม่ จะทำอย่างไรที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จตามที่กฎหมายได้เปิดช่องทางให้

โรงพยาบาลคูเมือง ไม่มีทั้งสถานที่เพาะปลูก งบประมาณลงทุน และกำลังคนในการเพาะปลูก ดังนั้น การขออนุญาตปลูกเองจึงเป็นหนทางที่เต็มไปด้วยอุปสรรคและประสบความสำเร็จได้ยาก การแสวงหาพันธมิตรความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกจึงเป็นทางเลือกที่พอเป็นไปได้ ความสัมพันธ์อันดีเป็นทุนเดิมระหว่างโรงพยาบาลคูเมืองและอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินในการร่วมกันผลิตและแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้กับผู้ป่วยและจำหน่ายในโรงพยาบาลมาเป็นเวลานาน 8 - 9 ปี จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือต่อยอดมายังพืชกัญชาซึ่งเป็นโจทย์ใหม่จากบุรีรัมย์โมเดล

แม้อุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินจะมีความพร้อมด้านสถานที่อยู่แล้ว เนื่องจากเป็นสถานที่ท่องเที่ยวและศูนย์การศึกษาเรียนรู้จัดแสดงไม้ดอกและพันธุ์ไม้ในพื้นที่กลางแจ้งและโรงเรือนบนพื้นที่ 400 ไร่ ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในอำเภอคูเมือง ห่างจากโรงพยาบาลคูเมืองเพียง 1.7 กิโลเมตร แต่ความร่วมมือก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างราบรื่นเช่นเดียวกับสมุนไพรชนิดอื่น ๆ เนื่องจากกัญชายังคงมีสถานะเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 และความกังวลจะถูกสังคมมองว่าเป็นนายทุนที่เข้ามาหาผลประโยชน์จากโครงการของรัฐ จึงทำให้ผู้บริหารของอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินปฏิเสธให้ความร่วมมือในตอนแรก แต่ด้วยเงื่อนไขการดำเนินการที่ไม่ถึงงบประมาณจากรัฐมาให้การสนับสนุน และสามารถต่อยอดการเป็นแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติมได้ในลักษณะการแสดงความรู้รับผิดชอบต่อสังคมและ สิ่งแวดล้อมขององค์กร (Corporate Social Responsibility : CSR) อีกทั้งความสัมพันธ์อันดีที่เกิดจากการร่วมกันส่งเสริมให้เกษตรกรในชุมชนพื้นที่มีรายได้จากปลูกพืชผักสมุนไพรจัดส่งให้กับโรงพยาบาลคูเมือง โดยมีอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินเป็นตัวกลางเชื่อมโยงกับชุมชน ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลลินเพื่อชุมชน ซึ่งมีสมาชิกประมาณ 50 คน โดยใช้พื้นที่ของอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินในการผลิตพืชสมุนไพรหลายชนิดควบคู่กับการรับผลผลิตจากพื้นที่ปลูกในหลายชุมชน “โครงการผลิตยาจากสมุนไพรกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์” จึงเกิดขึ้นได้ในท้ายที่สุด

“เราเริ่มคุยกันตั้งแต่เดือนเมษายน หลังจากงานกัญชา หมอก็เข้ามาทาบถามที แต่หลังจากนั้นพี่ก็ปฏิเสธไปหลายครั้งเหมือนกัน จนในที่สุดเขาไปประชุมมาแล้วมันไม่มีที่ไหนที่เขาทำให้ เพราะว่าเป็นการทำฟรีไม่มีงบสนับสนุนช่วยเลย พี่ก็เลยกลับไปคุยกับวิสาหกิจทุกคน วิสาหกิจก็เห็นชอบ ทางประธานวิสาหกิจก็ไปสุมเสียงกับคนที่อยู่กลุ่มสมุนไพร คัดเลือกเอาคนที่เก่ง ๆ ที่เข้าใจเรื่องเทคโนโลยีเข้ามา เป็นคนรุ่นใหม่ ๆ เข้ามา ก็เลยตกลงกัน ก็ช่วยกันตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 เป็นต้นมา...ตอนแรกพี่ก็ไม่ค่อยศรัทธาไม่อยากจะเชื่อ กลัวเสียชื่อ เพราะว่าเพลลาเพลลินกว่าจะสร้างชื่อเสียงขึ้นมาได้ อันนี้เหมือนเราไปเกาะกับภูมิใจไทย ไม่เกี่ยวนะ เราไม่ได้รู้จักกับเนวินเลย นักข่าวจะถามตลอดว่า คุณเกี่ยวข้องกับอะไรกับทางเมืองใหม่ถึงต้องมาสนับสนุน พรรคภูมิใจไทย นโยบายคือกัญชา แต่เรามองว่าประโยชน์ที่มันได้กับชุมชน ได้กับโรงพยาบาลกับสาธารณสุข พี่มองตรงนี้เป็นสำคัญ พี่ไม่ได้สนใจเรื่องการเมือง เพราะว่าพี่ไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับทางพรรคภูมิใจไทยหรือการเมืองใด ๆ ทั้งสิ้น”

“โรงพยาบาลคูเมืองทำ MOU ร่วมกับวิสาหกิจเพลลาเพลลินเพื่อชุมชน ส่วนอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลินช่วยในส่วนของสถานที่ ร่วมสนับสนุนโครงการร่วมกับโรงพยาบาลเท่านั้น แหล่งที่มาของต้นพันธุ์ทางวิสาหกิจต้องเป็นคนจัดหา แรงงานวิสาหกิจต้องเป็นคนดูแล ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าใช้จ่ายทุกอย่างนำร่องทั้งหมดวิสาหกิจต้องเป็นคนจ่าย โดยที่โรงพยาบาลไม่ได้มีงบ เป็นการขอความร่วมมือซึ่งกันและกัน ทุกคนที่เข้ามาทำงานร่วมกันก็คือฟรี รวมทั้งเพลลาเพลลินด้วย...ตอนแรกพี่ปฏิเสธทุกประตูเลย

เราไม่ทำ เดียวใครจะมองว่าเราเป็นนายทุนอีก เราไม่ได้อยากปลูกกล้วยชา งานเราก็เยอะพออยู่แล้ว เรามีโชว์ทั้งปี งานเราอื่น ๆ ก็มากมาย ด้วยความที่ศักยภาพแต่ละที่ถ้าเขาไปทำเขาต้องลงทุนเยอะ ถ้าเกิดลองผิดลองถูกแล้วไม่สำเร็จก็คือทิ้งเลย เป็น 0 บาท แต่ของเราด้วยปัจจัยที่ว่าเรามีห้องอยู่แล้ว เราแค่เจียดห้องของเราออกมาให้กับโรงพยาบาลแค่ส่วนหนึ่งเท่านั้น ที่มีห้องตู้คอนเทนเนอร์ 5 ห้อง แล้วก็มีส่วนอื่น ๆ แล้วก็มีการเพิ่มทำห้องตากช่อดอก อบแห้ง มันต้องเอาไว้ในพื้นที่ที่ไม่เสี่ยงต่อการปนเปื้อน เป็นระบบปิด เราก็ต้องทำห้องตากตัวผลิตภัณฑ์ของเราที่เพิ่ม เบ็ดเสร็จที่ก็ช่วยอยู่ที่ประมาณ 700,000 บาท ถ้าถามว่าแลกกับความรู้ที่เราได้มา สำหรับพี่มันก็คุ้มกับการที่ได้ช่วยโรงพยาบาลด้วย ดีกว่าการที่เราไปช่วยทำ CSR อื่น ๆ แล้วความรู้นั้นก็ยังอยู่ในกลุ่มชาวบ้านของเราด้วย...”

ผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน (สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

โครงการผลิตยาจากสมุนไพรกล้วยชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สกัดและวิเคราะห์หาสารสำคัญในสายพันธุ์กล้วยชา และระยะที่ 2 นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดยกระบวนการปลูกกล้วยชา เริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมงานของโรงพยาบาลคูเมืองและวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน **ปลายน้ำ**-จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการใช้กล้วยชาทางการแพทย์ต่อปี และโรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นตัวสะท้อนว่า **กลางน้ำ**-จะต้องใช้ยาตำรับ/สูตรใด ใช้สารสำคัญชนิดใด ปริมาณเท่าไร เพื่อให้ได้สารสำคัญปริมาณนั้นต้องใช้ช่อดอกแห้ง ปริมาณเท่าใด คิดเป็นช่อดอกสดเท่าใด ซึ่งชนิดของสารสำคัญและจำนวนช่อดอกสดที่คำนวณได้ จะเป็นตัวกำหนดว่า **ต้นน้ำ**-จะต้องปลูกกล้วยชาสายพันธุ์ใด จำนวนกี่ต้น และต้องเผื่อความเสียหายไว้กี่ต้น ปลูกกี่รอบต่อปี แหล่งเมล็ดพันธุ์จะมาจากแหล่งใด ก่อนดำเนินการจัดทำเอกสารต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตปลูกจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ซึ่งจะส่งเจ้าหน้าที่ลงมาตรวจสอบสถานที่จริงประกอบการพิจารณา

ขั้นตอนต่อมา คือ การจัดเตรียมสถานที่ปลูกปฏิบัติตาม “แนวทางการปฏิบัติด้านการจัดเตรียมสถานที่ การเก็บรักษา และการควบคุมการใช้สำหรับผู้ขอรับอนุญาตปลูกซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕ เฉพาะกล้วยชา” ดังนี้

- โรงปลูกเป็นอาคารระบบปิด ควบคุมกระบวนการทั้งระบบ อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งสภาพแสง ความชื้น อุณหภูมิ แร่ธาตุ ควบคุมศัตรูพืชด้วยวิธีการควบคุมพืชโดยชีววิธี (biological control หรือ biocontrol) ห้องปลูกมีจำนวน 4 ห้อง และมีห้องเตรียมอุปกรณ์ ดินปลูก วัสดุปลูก ระบบการให้น้ำเป็นแบบ sprinkle ควบคุมผ่านทางมือถือทางแอปพลิเคชัน มีแผงโซลาร์เซลล์บนหลังคาโรงปลูกกล้วยชา ช่วยในเรื่องการประหยัดพลังงาน เจ้าหน้าที่เข้า-ออกต้องแต่งกายรัดกุมด้วยชุดปฏิบัติการเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสิ่งแปลกปลอม

- ระบบรักษาความปลอดภัย สถานที่เพาะปลูกแยกห่างออกจากพื้นที่โรงเรือนจัดแสดงพันธุ์ไม้ดอก ซึ่งนักท่องเที่ยวและบุคคลทั่วไปเข้าไม่ถึง รอบพื้นที่อาคารมีรั้วลวดหนาม สูง 2 เมตร พร้อมป้อมเฝ้าที่อินฟราเรดเซนเซอร์ 4 ลำแสง¹¹³ ระบบสแกนใบหน้าผู้ผ่านเข้า - ออก ด้วยเครื่องสแกนใบหน้า (face scan) ระบบกล้องวงจรปิด CCTV ทั้งภายในอาคารและรอบอาคาร 24 ชั่วโมง เก็บข้อมูลได้ 1 ปี โดยกำหนดผู้มีสิทธิ์เข้า - ออกอาคารปลูกกัญชาได้ จำนวน 5 คน ได้แก่ สมาชิกวิสาหกิจ จำนวน 3 คน รับผิดชอบปฏิบัติงานด้านการเตรียมดินปลูก การตัดแต่งกิ่ง ใบ นักเกษตร 1 คน ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการปลูก นักวิทยาศาสตร์เคมี จำนวน 1 คน รับผิดชอบงานด้าน pest control (การกำจัดแมลง) pesticide (สารกำจัดศัตรูพืช) นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ดูแลระบบ IT ที่เข้ามาช่วยดูแลระบบน้ำ ระบบแสง อุณหภูมิ ซึ่งจะมีภาพเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิ์เข้า-ออก ติดอยู่ที่หน้าโรงเรือน และหน้าห้องปลูก นอกจากนี้ ยังมีพนักงานรักษาความปลอดภัยตรวจความเรียบร้อยทุก 1 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) ตรวจสอบและเฝ้าระวังพื้นที่ตลอด 24 ชั่วโมง และสถานีตำรวจภูธรคูเมืองได้ติดตั้งตู้แดง จุดตรวจ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเวียนจุดตรวจทุก 2 ชั่วโมง และบันทึกการตรวจ อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปลูกทุกขั้นตอน ตั้งแต่การตรวจนับเมล็ดพันธุ์ การเก็บเกี่ยว การทำลายของที่เหลือจากกระบวนการปลูกและการสกัดกัญชา และการขนส่งวัตถุดิบจากแหล่งเพาะปลูกไปยังโรงพยาบาลคูเมือง

“เราก็ต้องส่ง database ไปว่าคนที่เข้าไปทำปฏิบัติจริงไหม มุมกล้องเป็นอย่างไร แล้วก็เก็บ record ว่าการตัดแต่งกิ่งใบต้องอยู่ในห้องเก็บขยะ ไม่สามารถเอาออกมาได้จนกว่าจะมีตำรวจมาเซ็น แล้วก็ทำลายทิ้งพร้อมกันกับโรงพยาบาล ประธานวิสาหกิจ และตำรวจ ของเราเลือกวิธีไม่เผาทิ้ง แต่ทุกอันที่ตัดแต่งกิ่ง ใบ ต้นเนาเสีย เราจะเออลงถังขยะ แล้วก็ทำการทำลายโดยเอาน้ำเค็มอาหารต่าง ๆ ใสลงไปทันทีทันใด ไม่สามารถเอาไปเสพหรือทำอะไรได้ ซึ่งตำรวจก็ต้องคุม ทำเสร็จทิ้งไม่ได้ ต้องทิ้งไว้นานกว่า อย. จะมาตรวจ ปิดถังซีลล็อกไว้เลย แต่ให้อยู่พื้นที่ที่ควบคุม พอ อย. ตรวจแล้วก็ทำลายต่อโดยการกลบฝัง”

ผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชน (สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

- แหล่งเมล็ดพันธุ์และต้นพันธุ์ ได้มาจาก 2 แหล่ง คือ 1) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สนับสนุนต้นพันธุ์กัญชา สายพันธุ์ตะนาวศรี จำนวน 9 ต้น และสายพันธุ์หางกระรอก 40 เมล็ด และ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (จากการนิรโทษกรรม) สนับสนุนสายพันธุ์หางกระรอก สายพันธุ์ Charlotte's Angel สายพันธุ์ Sensi#34 Auto CBD และช่อดอกกัญชาแห้ง จำนวน

¹¹³ รั้วป้อมเฝ้าที่อินฟราเรด เซนเซอร์ 4 ลำแสง (Active infrared 4 beam detector) ใช้สำหรับตรวจจับอุณหภูมิร่างกายของมนุษย์ และสัตว์ โดยจะเซนเซอร์ตัดแสง แล้วแจ้งเหตุร้องเตือน อลาร์ม เมื่อมีผู้บุกรุกเข้าใกล้ในระยะ 500 เมตร ซึ่งเมื่อสัญญาณดัง จะเชื่อมต่อข้อมูลไปยังหน้าจอสถานีตำรวจภูธรคูเมือง โทรศัพท์มือถือของประธานวิสาหกิจชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง

4 กิโลกรัม โดยในระยะที่ 2 อยู่ระหว่างขออนุญาตปลูกประมาณ 200 ต้น โดยเพิ่มสายพันธุ์ 1 : 1 (มีสัดส่วนสาร THC : CBD balance) และทดลองปลูกเมล็ดพันธุ์ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัยในประเทศ ออสเตรเลียที่เคยมาเยี่ยมชมพื้นที่ปลูก ซึ่งเป็นเมล็ดพันธุ์ที่เคยทดลองปลูกแบบกลางแจ้งที่จาไมก้า มาแล้วได้ผลดี ทนแดดทนร้อน ทนแมลง อีกทั้งมีแผนในการผลิตเมล็ดพันธุ์เอง รวมถึงพัฒนาวิธีการ ขยายพันธุ์แบบอื่นเพื่อลดต้นทุน เช่น การปักชำ เป็นต้น

- การเตรียมดิน วางระบบแปลงปลูก ระบบน้ำ ระบบแสง ได้รับการสนับสนุน จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นในการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างดินและน้ำ ซึ่งผลการตรวจผ่านตามเกณฑ์ เมื่อโรงพยาบาลคูเมืองตรวจรับเมล็ดพันธุ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมงานโรงพยาบาลคูเมือง พร้อมเจ้าหน้าที่ตำรวจ จะนำเมล็ดพันธุ์มาส่งต่อให้กับวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลิน เพื่อชุมชน เพื่อตรวจนับอีกครั้งก่อนนำไปจัดเก็บ และนำเมล็ดพันธุ์ออกมาแช่น้ำเตรียมปลูก ในการดูแลการเพาะปลูกเจ้าหน้าที่จากวิสาหกิจชุมชนจะทำงานร่วมกับนักวิทยาศาสตร์เคมี นักเกษตร และเจ้าหน้าที่ดูแลระบบ IT ซึ่งเป็นบุคลากรของอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลินซึ่งเข้ามาช่วยสอนงานให้กับ วิสาหกิจชุมชน และกำกับดูแลการปลูกก็อนุญาตให้เป็นไปตามมาตรฐาน GAP และข้อกำหนดของทาง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- การเก็บเกี่ยวผลผลิตช่อดอกกัญชา ดำเนินการหลังการปลูกประมาณ 4 – 5 เดือน การเก็บเกี่ยวผลผลิตจะทำการชั่งน้ำหนัก และโรงพยาบาลคูเมืองจะมารับผลผลิต พร้อมเจ้าหน้าที่ ตำรวจเป็นพยานการรับมอบ ยานพาหนะที่มารับผลผลิตจะมี GPS เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ว่า จัดส่งถึงที่จริง โดยจะรายงานผลไปที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากนั้นจึงนำไปจัดเก็บในห้องเก็บ วัตถุดิบ (เฉพาะกัญชา) แยกออกจากสมุนไพรตัวอื่น ใช้พลาสติกแรปห่อหุ้มเพื่อป้องกันกลิ่น และควบคุมคุณภาพวัตถุดิบ

การผลิตยาจากกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

โรงงานผลิตยาสมุนไพร ของโรงพยาบาลคูเมืองได้รับมาตรฐานการผลิตยาที่ดี GMP-WHO มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ดังนั้น จึงมีความพร้อมดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ได้ทันที จึงเป็นที่มาของหลักการ ข้อที่ 3 ของบุรีรัมย์โมเดล คือ “โรงพยาบาลคูเมืองผลิต” โดยโรงพยาบาล คูเมืองเป็นแห่งเดียวในจังหวัดที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาจากกัญชาได้ นอกจากนี้ ยังได้ที่รับนโยบาย และงบประมาณจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นผู้ผลิตยาตำรับแผนไทย เพื่อกระจายให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย เป็นแห่งที่ 2 ต่อจากโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น จังหวัดสกลนคร และเป็นหน่วยงานรัฐแห่งที่ 3 ของประเทศ ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตสารสกัดกัญชา (แผนปัจจุบัน) ต่อจากองค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สถานที่ผลิตยาภิณฑา คือ อาคารผลิตยาสมุนไพร ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาลคูเมือง ลักษณะเป็นอาคาร 2 ชั้น ภายในอาคารประกอบด้วย ห้องเก็บวัตถุดิบ (เฉพาะกัญชา) ภายในมีตู้เก็บรักษาเมล็ดพันธุ์ ห้องสกัดยาสมุนไพร ห้องอบบรรจุ ห้องเก็บสารสกัด/ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป และห้องเฉพาะที่ใช้เก็บส่วนที่เหลือจากของกัญชากการสกัด

ระบบรักษาความปลอดภัย ประกอบด้วย มีระบบกล้องวงจรปิดทั้งหมด 16 จุด ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ซึ่งสามารถดูผลการบันทึกภาพผ่านระบบออนไลน์ได้ มีระบบสะแกนใบหน้าจำนวน 5 จุด คือ ทางเข้า-ออก อาคาร จำนวน 3 จุด , ห้องเก็บวัตถุดิบ (เฉพาะกัญชา) จำนวน 1 จุด และห้องเก็บสารสกัด/ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป จำนวน 1 จุด การเข้า - ออกแต่ละห้องภายในอาคารกระทำได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ควบคุม และผู้ตรวจสอบ เมื่อมีการนำกัญชากออกจากห้องเก็บวัตถุดิบจะต้องมีการจดบันทึกการตรวจรับวัตถุดิบทุกครั้ง นอกจากนี้ ยังมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ตลอด 24 ชั่วโมง และติดตั้งตู้แดง จุดตรวจ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเวียนจุดตรวจเป็นระยะ

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการผลิตยาภิณฑา จะต้องดำเนินการตามข้อกำหนดขั้นตอนวิธีปฏิบัติในสถานที่ผลิต (Standard Operation Procedures : SOPs) ซึ่งกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับข้อกำหนดทั่วไป การเข้าสู่สถานที่ผลิต การแต่งกาย สุขลักษณะ การรับและจัดเก็บวัตถุดิบตั้งต้น การขนส่ง การรักษาความปลอดภัย ระบบการตรวจสอบกล้องวงจรปิด วิธีการสกัด การปฏิบัติงานห้องสำนักงานคลังวัสดุ/วัตถุดิบ การเบิก-จ่ายวัสดุ มาตรการการทำลายกัญชาก การทำความสะอาด Rotary Evaporator (เครื่องมือสกัดสารสำคัญ) สถานที่ โต๊ะเก้าอี้ สถานที่ภายในห้องสกัด นอกจากนี้ ยังมีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน (internal audit) จากส่วนงานอื่นที่มีใช้กลุ่มงานผลิตสมุนไพร ทำหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติงาน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP-WHO หากมีประเด็นที่ต้องแก้ไขจะนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อแจ้งผลการตรวจสอบว่าต้องปรับปรุงอะไรบ้าง ส่วนการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก (external audit) จะมีการประเมินในช่วงต่ออายุการอนุญาตผลิต และประเมิน React เกณฑ์มาตรฐาน GMP-WHO

เนื่องจากกัญชากยังเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดว่า ยาที่ผลิตออกมาจะต้องมีการตรวจสอบ ตรวจทานได้ว่ายามีแหล่งผลิตจากที่ไหน ส่งไปที่ไหน ส่งจ่ายให้ใคร ดังนั้นยาที่ผลิตได้จึงต้องมีรหัสสากล (GS1) บาร์โค้ด GS1DataMatrix¹¹⁴ และเลข

¹¹⁴ GS1DataMatrix หรือ บาร์โค้ดแบบ 2 มิติ เป็นบาร์โค้ดที่สามารถบรรจุข้อมูลของสินค้าตามมาตรฐานสากล GS1 ได้ทุกประเภทโดย บาร์โค้ดมีขนาดกะทัดรัด สัญลักษณ์บาร์โค้ดทำหน้าที่สำคัญในซัพพลายเชนโดยการทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ค้าปลีก ผู้ผลิต ผู้ให้บริการด้านการขนส่ง หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลสามารถระบุและติดตามสินค้าในสายซัพพลายเชนได้

หมายเลขประจำตัวสินค้า (GTIN)¹¹⁵ โดยยา گیัญชาทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลคูเมืองผลิตได้สำเร็จ ในปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 20 เมษายน 2563) มีจำนวน 6 ตำรับ ประกอบด้วย ยา گیัญชาแผนปัจจุบัน ได้แก่ น้ำมัน گیัญชาชนิด CBD , THC , THC : CBD ต้นทุนการผลิตประมาณ 1 พันกว่าบาท/หลอด และตำรับยาที่มี گیัญชาปรุงผสมอยู่ (แผนไทย) ได้แก่ สุขไสยาสน์ แคปซูล , ทำลายพระสุเมรุ แคปซูล , ยาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง (ยาแผนไทยมีการยื่นขออนุญาตผลิตแล้ว จำนวน 9 ตำรับ จาก 16 ตำรับ) ในอนาคตมีการวางแผนร่วมมือกับมหาวิทยาลัยรังสิต และมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ในการพัฒนาตำรับยาของตนเอง เช่น ครีม เป็นเจลที่ใช้ภายนอก แชมพู ชาชง ฯลฯ ในลักษณะของ โครงการศึกษาวิจัย หรืออาจเป็นยา SAS หากมีการแก้ไขระเบียบหลักเกณฑ์เปิดช่องให้ทำได้

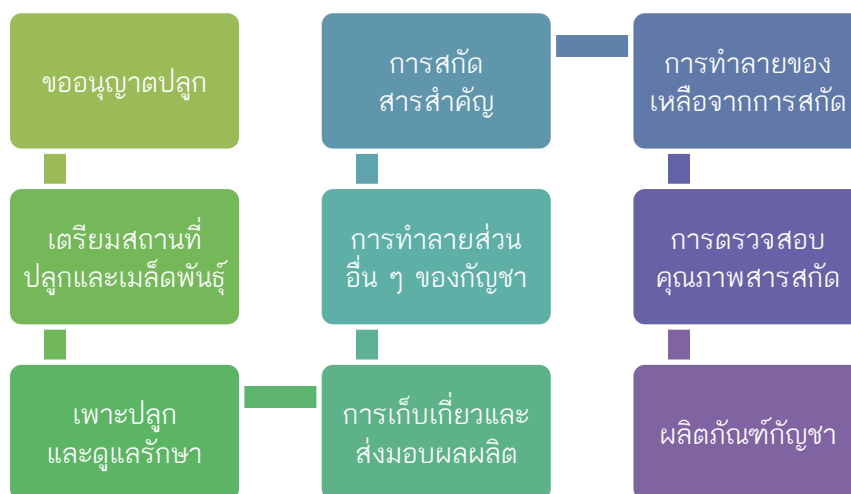
สารสกัดน้ำมัน گیัญชาสูตร THC เติ่น ช่วยรักษาและบรรเทาอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วย HIV และโรคอัลไซเมอร์ สูตร CBD เติ่น ช่วยรักษาและบรรเทาอาการโรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชัก ที่ดื้อต่อการรักษา (intractable epilepsy) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (end-state cancer) โรคพาร์กินสัน และโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorders) ส่วนสูตร THC : CBD ช่วยรักษาและบรรเทาภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) โรคอัลไซเมอร์ และโรคปลอกประสาทอักเสบ (demyelinating diseases) อื่น ๆ อาทิ neuromyelitis Optica และ autoimmune encephalitis ความแตกต่างของยา گیัญชา แผนปัจจุบันและแผนไทยสะท้อนได้จากมุมมองของแพทย์แผนไทย ดังนี้

“ยา گیัญชาแผนปัจจุบันมี 2 สูตร THC จะช่วยในเรื่องกลุ่มปวดกล้ามเนื้อ ช่วยนอนหลับ ช่วยเจริญอาหาร จะมีคนใช้อีกกลุ่มหนึ่งที่เขาจะไม่ตอบต่อ THC จะใช้ได้ดีในพวก CBD เช่น คนใช้ พาร์กินสัน อาการสั่น พวกเด็กที่มีปัญหาทางระบบสมอง ส่วนยาแผนไทยเป็นยาตำรับที่มีส่วนผสม ที่ฆ่าฤทธิ์ยาแล้ว ทำให้ยาไม่ออกฤทธิ์แรงจนเกินไป สามารถควบคุมได้ง่ายกว่าที่เป็นแบบสารสกัดล้วน บางคนอาจจะตอบสนองไม่เหมือนกัน คนใช้ก็เลือกรู้สึกสบายใจมากกว่าที่แบบใช้แบบสารสกัดโดยตรง”

แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2563)

กระบวนการปลูกและผลิตยา گیัญชาสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 8 ดังนี้

¹¹⁵ GTIN (Global Trade Item Number) คือ ตัวเลขที่ใช้บ่งเฉพาะชนิดของสินค้าหรือบริการนั้น ๆ โดย ประกอบด้วย รหัสประเทศ เลขหมายประจำตัวสมาชิกหรือรหัสประจำตัวบริษัท รหัสประจำตัวสินค้าที่ผู้ใช้งานเป็นผู้กำหนดเอง และตัวเลขตรวจสอบที่ได้จากการคำนวณ โดยในแต่ละภูมิภาคจำนวนตัวเลข GTIN จะแตกต่างกันไปซึ่งประเทศไทยใช้บาร์โค้ดระบบ GTIN-13 (EAN/UCC-13



ภาพที่ 10 กระบวนการปลูกและผลิทยา กัญญา

ระบบการให้บริการแบบ one stop service

คลินิกกัญญาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง เป็นคลินิกกัญญาทางการแพทย์แผนไทยที่มีการจัดรูปแบบการให้บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่ไม่ต้องเดินขึ้นลงหลายจุด เปิดให้บริการทุกวันพุธ เวลา 08.30 – 12.00 น. สถานที่ให้บริการ คือ บริเวณพื้นที่คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกรองรับผู้ป่วยทุกวันพุธ) คลินิกกัญญาทางการแพทย์ มีขั้นตอนการให้บริการ ดังนี้



ภาพที่ 11 ขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญญาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง

หลังการทำบัตรผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจิตเวชจะทำการคัดกรองอาการเบื้องต้นและประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยว่ามีสุขภาพจิตดีหรือไม่ มีลักษณะอาการทางจิตตามข้อห้ามใช้กัญชาทางการแพทย์หรือไม่ และส่งต่อไปยังจุดคัดกรองยา เภสัชกรจะทำการซักประวัติการใช้ยาเพื่อตรวจสอบว่ามียาชนิดใดที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นยาห้ามใช้ร่วมกับกัญชาหรือไม่ ก่อนส่งต่อไปยังแพทย์แผนไทยเพื่อประเมินโรคทางแพทย์แผนไทย ให้ผู้ป่วยลงนามใบยินยอมการรักษา SAS และส่งเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการตรวจหาสารเสพติด (Methamphetamine), ตรวจค่าการทำงานของไต BUN และ Creatinine, ตรวจค่าการทำงานของตับ AST และ ALT และตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือด (Blood Electrolyte) แพทย์จะทำการประเมินผลการตรวจวิเคราะห์เลือดและโรคอื่น ๆ หากเข้าเห็นสมควรได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ แพทย์จะสั่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย โดยหลังจากได้รับยา ผู้ป่วยจะต้องอยู่เฝ้าระวังอาการเป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นก่อนรับยากลับบ้าน โดยแพทย์จะนัดตรวจติดตามอาการเป็นระยะ และมีเภสัชกรติดตามอาการทางโทรศัพท์หลังได้รับยา 7 วัน หรือ 1 เดือน เพื่อติดตามผลและสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

จำนวนผู้ป่วยช่วงแรกที่เปิดให้บริการมีจำนวนมาก แต่ช่วงหลังจำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลงเนื่องจากเริ่มกระจายไปใช้บริการที่อื่นที่อยู่ใกล้บ้านมากกว่า โดยปัจจุบันคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 30 - 35 คน/วัน จำแนกเป็นผู้ป่วยใหม่ประมาณ 10 - 15 คน/วัน และผู้ป่วยเก่าประมาณ 20 คน/วัน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดใกล้เคียง (สุรินทร์ นครราชสีมา ร้อยเอ็ด) และมักเป็นผู้ที่เคยใช้น้ำมันกัญชา สูตร อ.เดชา เป็นประจำอยู่แล้ว ส่วนคนไข้ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์มีประมาณร้อยละ 10 ผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับบริการส่วนใหญ่มาด้วยอาการนอนไม่หลับ และมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งรักษาทางแผนปัจจุบันแล้วยังไม่ดีขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการคนไข้ใหม่ค่อนข้างนานเกือบตลอดทั้งวัน เนื่องจากผ่านการคัดกรองหลายจุดเพื่อให้แน่ใจว่าสมควรได้รับยากัญชาทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องสังเกตอาการหลังใช้ยาประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนกลับบ้าน ส่วนคนไข้รายเก่าจะเอายามาให้เภสัชดูแลเภสัชจะชั่งยาแล้วก็ประเมินอาการ อาการข้างเคียง คำนวณยา และจ่ายยาให้ จบกระบวนการใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยการให้บริการที่ผ่านมายังไม่พบข้อร้องเรียนใด ๆ เกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่หรือจากผลข้างเคียงของการใช้ยากัญชาทางการแพทย์

4.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์

4.6.1 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางการแพทย์และสังคม

ในมุมมองของภาคส่วนประชาชนส่วนใหญ่แล้วเห็นด้วยที่รัฐบาลเปิดช่องทางให้มีการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อการรักษาโรคร้ายใต้การควบคุมของแพทย์ สาเหตุอาจเนื่องมาจากกระแสกัญชาฟีเวอร์จากทั่วโลก และในประเทศไทยเองก็มีการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคอย่างแพร่หลายในวงจำกัดินอยู่แล้ว และผู้ป่วยบางกลุ่มมีความเชื่อถึงขนาดที่ว่ากัญชาเป็นยาครอบจักรวาลรักษาได้ทุกโรค อีกทั้งในวิถีชีวิตยังพบเห็นการนำกัญชามาเป็นเครื่องประกอบอาหารอยู่บ้าง การนำกัญชาทางการแพทย์ขึ้นมาอยู่บนดินจึงนับว่าเกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่จะสามารถเข้าถึงกัญชาได้อย่างถูกกฎหมายและปลอดภัยต่อสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อของประชาชนในประเทศที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์จึงไม่ใช่เรื่องยากมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมีผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดและพรรคการเมืองประกาศให้การสนับสนุนนโยบายอย่างเต็มที่ผ่านกิจกรรมทางการเมือง การให้สัมภาษณ์ต่อสื่อมวลชน และการจัดงานพันธู์บุรีรัมย์ ส่วนในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์นั้นต่างกัน การเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อต้องอาศัยหลักฐานทางวิชาการ ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย และข้อเท็จจริงเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ งานพันธู์บุรีรัมย์จึงเป็นเสมือนตัวกลางที่เชื่อมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคให้มีโอกาสได้สัมผัสผู้ป่วยที่มีอยู่จำนวนมาก แลกเปลี่ยนมุมมองแนวคิดต่าง ๆ จากผู้ป่วย รวมถึงทราบข้อมูลโรคที่นิยมใช้กัญชาในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนมีความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะยอมรับกัญชาในฐานะยารักษาโรครวมมากขึ้น และเห็นโอกาสที่จะหยิบยกเรื่องนี้มาขับเคลื่อนให้ประสบความสำเร็จได้ ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลคูเมืองก็เป็นหนึ่งในนั้น ซึ่งหลังจากจุดประกายแนวคิดแล้ว ก็มีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์และความเชื่อนี้ไปยังบุคลากรภายในหน่วยงาน สนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ได้พัฒนาศักยภาพตนเองผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด เพื่อเตรียมความพร้อมในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ พร้อมเปิดโอกาสให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานในการวางแผนการบริหารจัดการ และมีโอกาสแสดงความสามารถในเวทีวิชาการต่าง ๆ จึงเป็นการลดแรงต้าน และปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรจนทำให้การปฏิบัติงานขับเคลื่อนไปได้

“พอดีวันผมได้ช่วยงานของทางจังหวัด ได้ออกไปดูเรื่องของหน่วยจัดแจ้งนิรโทษกรรมของบุรีรัมย์ ซึ่งคนมาลงทะเบียน 4,000 – 5,000 คน ในงานพันธู์บุรีรัมย์ ผมก็เห็นคนไข้หลายคนที่หมอบอกว่าระยะสุดท้ายแล้ว คนไข้ก็ยังสามารถอยู่ได้จนถึงปัจจุบันก็หลายคนหลังจากที่เค้าใช้กัญชา ถึงแม้ว่าเขาจะไม่ได้หาย แต่ว่าเขามีคุณภาพชีวิตที่ดี แล้วก็บางโรคคนไข้ก็ดีขึ้นจริง ๆ อย่างเช่นเขาเป็นพาร์กินสัน จากเดิมเขานอนแบบเตียงลั่นนะ เขาก็สามารถลุกขึ้นมาทำกิจวัตรประจำวันได้ ผมก็เริ่มเห็นว่า

ประโยชน์มันคงมีอยู่แหละ แต่ว่าโทษมันก็มี ประโยชน์ก็มีจะต้อง balance กันยังไงดี ที่นี้คนมาจดแจ้งเยอะขนาดนี้แสดงว่ากฎหมายมันมีการใช้งานได้ดีคนค่อนข้างเยอะ โดยที่เราในฐานะเราเป็นแพทย์ แพทย์ถูกสอนให้ดูแลคนไข้ ผมก็มองว่าเราเป็นแพทย์ ทำไมต้องให้การรักษาด้วยกฎหมายอยู่ใต้ดินด้วย เราเอาขึ้นมาอยู่บนดินในมือเรามากกว่า การอยู่ใต้ดินมันทำให้เราสบายใจเรื่องทางการแพทย์เฉย ๆ แต่เราไม่ได้รักษาคนไข้ จริง ๆ แพทย์ก็ถูกสอนองค์รวม กาย ใจ จิตวิญญาณ สังคม ทุกมิติในการดูแลคนไข้ คนไข้ที่เขาไปใช้กฎหมาย เราก็เอามาดูผลข้างเคียง ดีไม่ดีก็ว่ากันด้วยงานวิจัยไป เพราะผลจากการรักษาก็มี เราก็ดู monitor เรื่องค่าแล็บ ค่าผลต่าง ๆ ที่เกิดกับคนไข้ ผมว่าน่าจะปลอดภัยกว่าที่ปฏิเสธแล้วก็ปล่อยคนไข้ไปใช้ใต้ดิน”

“เรื่องคลินิกผมว่ามันไม่ได้ยากหรือครับ ความยากของมันก็คือการทำอะไรให้ห้อง ๆ แพทย์ ห้อง ๆ บุคลากรสาธารณสุขเขายอมรับ เพราะว่าแพทย์เราถูกปลูกฝังมาตั้งแต่สมัยโบราณแล้วว่า กฎหมายเป็นยาเสพติด พอกฎหมายเป็นยาเสพติด ทำให้แพทย์ก็จะต่อต้านเป็นใน ๆ อยู่แล้วที่ไม่ดี งานวิจัยก็แล้วแต่คนเอามาใช้ประโยชน์ งานวิจัยที่เชียร์ก็เยอะ งานวิจัยที่ต่อต้านก็เยอะ ผมก็เลยเข้าใจอยู่ว่าวันนี้คนที่เดือดร้อนจริง ๆ คือประชาชน ประชาชนก็เดือนร้อนเพราะว่าเวลาจะใช้ยาฝ่ายหนึ่งก็ต่อต้านฝ่ายหนึ่งก็สนับสนุน แต่เวลาคนที่มันสิ้นหวัง มันก็คงต้องแสวงหาอะไรบางอย่างใหม่ ผมก็มองว่า ไม่เป็นไร ถ้าเขาจะแสวงหาการใช้กฎหมาย เราก้ไปอยู่ในแง่ที่เราเป็นคนทำให้มันปลอดภัยมากที่สุด”

ผู้บริหารระดับสูงโรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 16 เมษายน 2563)

“จริง ๆ นโยบายกฎหมายที่พีรภัฏมา ไม่ได้รู้สึกขัดแย้งนะ แต่จุดที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง มันเกิดจากการที่เราได้จัดนิรโทษกรรมข้างนอกสถานที่ ถ้าเราเห็นในช่วงปีที่แล้วเดือนเมษายน วันที่ 19 - 21 เมษายน 2562 มีการจัดงานพันธมิตรบุรีรัมย์ ที่สนามช้าง ตรงนั้นเป็นจุดที่ทำให้รู้สึกตัวกฎหมาย น่าจะมีประโยชน์ทางการแพทย์ เพราะว่าบุรีรัมย์ก็จะเป็นจังหวัดที่ได้เห็นคนไข้มากที่สุดในภูมิภาคเลยเป็น mindset สำคัญในการทำเรื่องนี้ จริง ๆ แล้ว สสจ. ทุกแห่งก็รับจัดนิรโทษกรรม เพราะเป็นยาเสพติดให้โทษ เจ้าหน้าที่ค่อนข้างจะ panic หน่อย มันก็เลยกลายเป็นว่าพอมันมีการจัดงานเกิดขึ้น ทุกคนก็หลังไหลมางาน แล้วก็หลังไหลที่จะมาจด ทำให้จังหวัดบุรีรัมย์เห็นคนไข้ รวมถึงคุณหมอที่เข้ามาร่วมในการทำงาน ตัวนี้เป็นจุดที่ทำให้ direction ต่าง ๆ มองไปในเป้าหมายใกล้เคียงกัน เลยเป็นจุดที่ทำให้เกิดบุรีรัมย์โมเดลได้ไม่ยาก ถ้าเกิดใครที่เป็น mindset ว่าเป็นยาเสพติดเหมือนเดิม มันก็จะขับเคลื่อนลำบาก...คืองานนี้เป็นของทางจังหวัดร่วมกับทางเอกชนจัด สสจ. ก็ไปเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรม ก็เลยทำให้เห็นคนไข้ที่เข้ามาจด มีแบบนี้ด้วยหรือ มีคนใช้แบบนี้ด้วยหรือ มันก็ตอนที่จัดก็ระดมเภสัชกรทั้งจังหวัดมาร่วมกันเป็นคนจด ห้อง ๆ เภสัชกร ห้อง ๆ หมอที่มาออกไปรับรองแพทย์

ก็จะได้เห็นบรรยากาศ ได้เห็นคนไข้ที่เขาใช้ ที่นี้พี่คิดว่ามันก็เลยเป็นจุดที่ทำให้ขับเคลื่อนได้มากกว่าที่อื่น ที่อื่นก็ยังไม่ค่อยเห็นเท่าไรเพราะมุมมองก็ยังเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 อยู่”

ผู้บริหารระดับสูง สสจ. บุรีรัมย์ (สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

แรงสนับสนุนทางการเมืองต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของนายอนุทิน ชาญวีรกูล พรรคภูมิใจไทย และนายเนวิน ชิดชอบ ผู้ทรงอิทธิพลทางการเมืองภายในจังหวัดบุรีรัมย์ ถูกประกาศอย่างต่อเนืองตั้งแต่ก่อนเลือกตั้ง 24 มีนาคม 2562 แม้จะเป็นการลดระดับจากนโยบายกัญชาเสรี เป็นเสรีทางการแพทย์ แต่ก็มีส่วนสำคัญอย่างมากในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายในจังหวัดบุรีรัมย์ งานพันธู์บุรีรัมย์ ซึ่งจัดขึ้นโดยความร่วมมือของนายเนวิน ชิดชอบ ประธานสโมสรฟุตบอลบุรีรัมย์ ยูไนเต็ด ในฐานะภาคเอกชน พรรคภูมิใจไทย และส่วนราชการภายในจังหวัดบุรีรัมย์ ถือเป็นเวทีแสดงจุดยืนในการสนับสนุนนโยบาย ดังจะเห็นได้จากการเดินทางไปร่วมงานทั้ง 3 วัน ของนายอนุทิน ชาญวีรกูล ในฐานะหัวหน้าพรรคภูมิใจไทย และคำกล่าวเปิดงานของผู้ว่าราชการจังหวัด และนายเนวิน ชิดชอบ

“หลายประเทศได้มีการปลดล็อกให้กัญชาเป็นพืชสมุนไพร ไม่ใช่ยาเสพติด ให้กัญชาเป็นส่วนประกอบสำคัญของยารักษาโรคในปัจจุบัน ซึ่งไทยก็ได้ยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีกัญชากุณภาพดีที่สุดใน...การจัดงาน “พันธู์บุรีรัมย์” เป็นการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนว่า พืชกัญชามีประโยชน์สามารถรักษาโรคได้ และได้พบปะนักวิชาการผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่ใช้ประโยชน์จากกัญชาบำบัดรักษาโรค”

ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ (กล่าวเปิดงาน “พันธู์บุรีรัมย์”, 19 เมษายน 2562)

“สิ่งที่เราคาดหวังที่สุดก็คือความเข้าใจในการใช้กัญชาว่าจะใช้ประโยชน์อย่างไร แนนอนครับ กัญชามีทั้งคุณและมีทั้งโทษ แต่ถ้าถ้าเราใช้ให้มันเป็น ก็จะเป็นคุณมหาศาลสำหรับคนไทยทุกคนในอดีตเราเคยผ่านชีวิตของคนไทยมาจากบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ผมเชื่อว่ากัญชาในอนาคตจะเป็นยิ่งกว่าบัตรทองที่ช่วยคนไทยจากความเจ็บป่วย เพราะกัญชาจะช่วยทั้งรักษาโรค ที่เป็นโรคร้ายใช้เจ็บของร่างกาย และจะเป็นทั้งยารักษาโรคแก่นใจให้กับคนไทยทั้งประเทศด้วย”

นายเนวิน ชิดชอบ (กล่าวในงาน “พันธู์บุรีรัมย์”, 19 เมษายน 2562)

แม้กัญชาทางการแพทย์จะถูกขับเคลื่อนมาก่อนหน้านี้แล้วโดยกลุ่มนักวิชาการ และภาคประชาสังคม อีกทั้งกฎหมายฉบับใหม่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งมีสาระสำคัญในการปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์และการวิจัย ได้ถูกประกาศใช้ก่อนหน้าที่จะมีการเลือกตั้งแล้ว แต่ในจังหวัดบุรีรัมย์นั้น นโยบายนี้ คือ นโยบายของพรรคภูมิใจไทย และผู้นำทางการเมืองระดับจังหวัดก็พร้อมให้การสนับสนุนไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2562 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 ยังได้เดินทางไป

เยี่ยมชมการเตรียมความพร้อมสู่ “บุรีรัมย์โมเดล” ในการปลูกและผลิตน้ำมันกัญชาเพื่อนำไปใช้ทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลคูเมือง และอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลลิน จังหวัดบุรีรัมย์พร้อมขอให้ “Khumuang Hospital Medical Cannabis” เป็นต้นแบบบุรีรัมย์โมเดล ปลูกและผลิตยา กัญชาและ ส่งต่อความรู้ด้านการปลูกสู่วิศวศิกชุมชนอื่น ๆ ร่วมมือกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 (ไทยโพสต์, 2562) ดังนั้น จึงถือได้ว่า การสนับสนุนทางการเมือง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จอย่างหนึ่งที่เป็นพลังเสริมในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว

“เนื่องจากเราก็คงทราบว่าอันนี้เป็นนโยบายของพรรคภูมิใจไทย ภูมิใจไทยอยู่ในบุรีรัมย์อยู่แล้ว เพราะฉะนั้นบุรีรัมย์ส่วนใหญ่ก็ support เราอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าเราขอว่าเราจะทำ เขาก็ support เราอยู่แล้ว เพราะเป็นนโยบายของพรรคการเมือง อยู่แล้ว อันที่หนึ่ง อันที่สองคือ ผู้ใหญ่ในกระทรวง ผู้ใหญ่ที่อยู่ระดับผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือว่าส่วนราชการต่าง ๆ เขาก็ให้การสนับสนุนอยู่แล้ว ทำให้เรื่องของการที่ต้องมาเปลี่ยนความเชื่อของคนในระดับนี้ มันไม่เสียเวลาเหมือนที่อื่น ที่อื่นมีความยากมากในการที่จะไป run เรื่องนี้ เพราะจะมีแรงต่อต้านค่อนข้างเยอะ บุรีรัมย์ไม่ใช่ บุรีรัมย์จะมีแต่มีแต่ที่สูงกว่า ทำให้เรามีความสะดวกในการที่เราจะทำในเรื่องนี้มากกว่าที่อื่น...ส่วนการเมืองระดับจังหวัด ไม่ว่าจะผ่านทาง อบจ. หรือทางผู้นำระดับการเมือง เขาก็ support หมดเลย ใช้งบประมาณมาในการซื้อเครื่องมือ โรงพยาบาลคูเมืองขาดอะไรก็ซื้อให้”

ผู้บริหารระดับสูงโรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 16 เมษายน 2563)

4.6.2 ปัจจัยด้านลักษณะของหน่วยงาน

เป้าหมายของนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลคูเมือง ซึ่งเปิดให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั้งรูปแบบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก กัญชาจึงถือเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่น่าสนใจในการรักษาโรคเพิ่มเติมจากสมุนไพรชนิดอื่นที่ให้บริการแก่ประชาชนอยู่แล้ว เพียงแต่ลักษณะพิเศษของกัญชาซึ่งยังคงเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 จึงทำให้ต้องเพิ่มกระบวนการด้านความปลอดภัย และการตรวจสอบอย่างรัดกุม การถ่ายทอดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ลงมาสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลคูเมืองเป็นไปอย่างราบรื่น ด้วยแรงสนับสนุนทางการเมือง และสายสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติทั้งรูปแบบที่เป็นทางการตามสายการบังคับบัญชาและแบบไม่เป็นทางการจากความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างทีมงานโรงพยาบาลกับทีมงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4.6.3 ปัจจัยด้านทรัพยากร

เนื่องจากภายในโรงพยาบาลมีคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกซึ่งมี แพทย์ และ แพทย์แผนไทยประจำอยู่แล้ว ดังนั้น บุคลากรของโรงพยาบาลคูเมืองจึงมีความพร้อมด้านศักยภาพ ในการปฏิบัติงานระดับหนึ่ง เมื่อผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ก็สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ส่งจ่ายยากัญชากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ ส่วนงานด้านผลิตยากัญชา นั้น โรงพยาบาลคูเมืองมีโรงงานผลิตยาสมุนไพร ซึ่งมีบุคลากรที่มีทักษะความสามารถในการผลิตยาสมุนไพร ตามมาตรฐาน GMP-WHO อยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อได้รับหมายให้ดำเนินการจึงสามารถสร้างทีมงาน ที่เข้มแข็งขึ้นมา เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ประกอบกับ ความพร้อมด้านเครื่องมือและ อุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนจาก อบจ. ก็ทำให้งานให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการผลิต ยากัญชาขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี

4.6.4 ปัจจัยด้านทรศนะต่อนโยบายของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

นายแพทย์กิตติ โล่สุวรรณรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ เป็นอย่างมากในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์จากหน่วยงานเบื้องบนมาขับเคลื่อน ในองค์กร ด้วยสไตล์การบริหารแบบคิดเร็ว-ทำเร็ว-ขับเคลื่อนเร็ว และมีความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย จึงนำมาสู่การกำหนดวิสัยทัศน์อย่างชัดเจนในการเป็นโรงพยาบาลต้นแบบให้บริการกัญชา ทางการแพทย์อย่างครบวงจร และสื่อสารเป้าหมายนี้ไปยังบุคลากรภายในหน่วยงานเพื่อให้รับรู้ และมีความเข้าใจตรงกัน โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้บุคลากรผู้ปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการออกแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ การวางแผนการดำเนินงาน กำหนดแผนผัง รูปแบบการให้บริการ ผู้บริหารระดับสูงทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน กำกับติดตามและคอยแก้ไข ปัญหาให้กับทีมงานอย่างใกล้ชิดในทุกกระบวนการ นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้แสดง ความรู้ความสามารถในเวทีวิชาการต่าง ๆ จึงทำให้ได้รับการยอมรับและให้ความร่วมมืออย่างทุ่มเท และกระตือรือร้นจากทีมงาน ส่วนการประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ในระดับนโยบายนั้น มุ่งเน้นการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ โดยใช้การปรึกษาหารือเพื่อประสาน ประโยชน์ร่วมกัน แบบ win-win อีกทั้งมีความพยายามในการแสวงหาองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพให้กับตนเองและทีมงาน และเข้าใจในตัวนโยบายมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จาก บทสัมภาษณ์หลายตอน ดังนี้

“การทำงานของผมไม่เน้นเรื่อง one man show อยู่แล้ว ผมเน้นการทำงานที่เป็น team work หรือเขาเรียกว่า ภาษาทางการบริหารเขาเรียกว่า collaboration คือเน้นเรื่องความร่วมมือ เป็นหลัก...ถ้าดูในเรื่องของ SWOT Analysis สิ่งนี้เรียกว่า strategic opportunity หรือโอกาสเชิงกลยุทธ์

เวลาโอกาสเชิงกลยุทธ์ลอยเข้ามา สิ่งที่ต้องใช้ก็คือ ผมจะมาถามตัวเองก่อนว่า ฉันมี strategic advantage หรือว่าฉันมี competency นี้ใหม่ ถ้าฉันมีสิ่งเหล่านี้อยู่ฉันจะเอาพวกนี้ไปปรับ strategic opportunity ฉันมีจุดแข็งใหม่ ฉันมีเรื่องของความเชี่ยวชาญองค์กรใหม่ ความเชี่ยวชาญของผม competency แนนอนอยู่แล้วสูตรยาสมุนไพร ผมมีจุดแข็งอยู่แล้ว ผอ.ก็รู้เรื่องแพทย์แผนไทยด้วย รู้เรื่องสมุนไพรด้วย รู้เรื่องเหล่านี้ผมคิดว่าผมน่าจะรับมือไหว...ผมมองว่าโอกาสสูงมากเพราะเป็นนโยบายทางการเมือง นโยบายทางประเทศ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ถ้า take ตอนนี้อย่างไร ประโยชน์สูงมาก ผมก็เอาทรัพยากรที่มีทั้งหมด ทั้งทรัพยากรด้านคน และเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว เอาไปปรับเลยว่าผมจะทำ สิ่งที่ผมได้มาคือได้งบประมาณเข้ามา ได้ความรู้ ได้ knowhow ได้ความช่วยเหลือเข้ามา”

“ผมทำให้ลูกน้องรู้สึกว่าได้ทำงานท้าทาย งานที่มันมีคุณค่า เวลาไปนำเสนออย่างนี้ผมให้เขาไปหมดเลยผมจะต้องให้ค่าเขา ให้เขาเห็นคุณค่าของตัวเองว่าเขาได้ทำอะไรที่มันยิ่งใหญ่ มากไปทางไหนเขาก็รู้สึกว่าคุณอื่นอยากได้ความรู้อยากได้ความรู้จากคน ๆ คนนี้ คนนี้เก่ง คนนี้ มีความสำคัญ...ลูกน้องจะทำงานแบบเต็มที่ได้เต็มที่เต็มกำลัง น้องทำก็พยายาม force น้อง ขาดอะไรช่วยเหลืออะไร ผม support หมดเลย ผมไม่ได้ลงไปยุ่งในเรื่องเทคนิค...ทำให้พวกลูกน้องก็รู้สึกว่ามันทำงานแล้วมีคน support ตลอดเวลา ลูกน้องก็รู้สึกว่าคุณปลื้มคนน้อยในเรื่องนี้ งานหลายงาน ลูกน้องต้องเสียเวลากับการไปตีลเรื่องงบประมาณ ไปขอของ ไปขอผู้ใหญ่ มันหมดแรงตั้งแต่ตรงนี้แล้ว ตรงนี้ผมจัดการให้คุณมาหมดแรงกับเรื่องงานของคุณดีกว่า”

ผู้บริหารระดับสูงโรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 16 เมษายน 2563)

“ยา SAS สำหรับโรงพยาบาลเองไม่มีปัญหา เพราะ ผอ. มีนโยบายแล้วก็ส่งแพทย์ไปอบรมทุกคน เขาก็ค่อนข้างเปิด”

แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 25 เมษายน 2563)

“การบริหารภายในโรงพยาบาลมีส่วนทำให้เรื่องนี้สำเร็จ เพราะผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบายที่ชัดเจน ทุกองคาพยพที่เกี่ยวกับเรื่องของกัญชามันก็จะราบรื่น การบริหารงานของการมีส่วนร่วม เช่น ตัวโรงงานผลิต นโยบายก็ขึ้นตรงกับผู้บริหาร ผอ. เพราะฉะนั้นเรื่องการบริหารการขับเคลื่อน มันจะตรง มีการสั่งการรวดเร็ว ไม่ต้องผ่านหลายขั้นตอน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน การขับเคลื่อน การแก้ปัญหาไปพร้อมกัน...สิ่งที่มองว่าเป็น key success คือ วัฒนธรรมของผู้บริหาร การกำหนดนโยบาย และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ นี่คือนี่สิ่งสำคัญ”

เภสัชกร โรงพยาบาลคูเมือง (สัมภาษณ์, 2 พฤษภาคม 2563)

“คนที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องกัญชา คือ คุณหมอกิตติ ที่เป็น ผอ.โรงพยาบาลคูเมือง กับคุณเอ๋ (ผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจเพื่อพลาน) เขาทำงานร่วมกันมานาน แล้วก็มีความพร้อมที่จะทำตรงนี้ คุณหมอมิวีล้วยทัศนกว้าง เป็นที่คิดอะไรเร็ว ทำอะไรเร็ว แล้วก็ไปทำตรงนี้ให้มันเกิดขึ้นมาได้เร็ว”

นักวิทยาศาสตร์เคมี วิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน (สัมภาษณ์, 13 เมษายน 2563)

“ตอนแรกพี่ก็คิดว่าพี่ทำงานกับราชการมาเยอะ พี่ก็มองว่าโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานเล็ก ๆ ที่น่าจะทำงานแล้วไม่ได้ *effective* สูง แต่กลายเป็นว่าเขาก็ *active* มาก ๆ มากจริง ๆ อันนี้ต้องขอชมว่าที่มันประสบความสำเร็จเพราะบุคลากรของโรงพยาบาลค่อนข้างที่จะเขียนแผนขออนุญาตกันเก่ง อยู่ดีหนึ่ง ดีสอง ดีสาม แล้วก็วิ่งเข้ามาเข้า เราก็มา *stand by* 7 โมงเช้ารอ *defend* กับ อย. ทั้งที่เราไม่มีความพร้อม ไม่มีองค์ความรู้ใด ๆ เลย อันนี้ก็ต้องชมว่า โรงพยาบาลเรามีบุคลากรที่ค่อนข้างจะมีความพร้อม แล้วก็มี ผอ. ที่มีวิสัยทัศน์ค่อนข้างจะดี...ตอนแรกพี่ก็กลัวระบบราชการที่สุด แต่พอไปจับมือกับโรงพยาบาลคูเมือง มุมมองพี่ก็เปลี่ยนไปเหมือนกันนะ เขาทำงานเร็ว”

ผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน (สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

4.6.5 ปัจจัยด้านเครือข่ายความร่วมมือ (Collaboration)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ คือ เครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่ความร่วมมือในการปลูกกัญชาทางการแพทย์ อย่างวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน และภาคส่วนเอกชนอย่างอุทยานไม้ดอกเพลาเพลินซึ่งเป็นทั้งเจ้าของสถานที่ เงินลงทุน และกำลังคน วิสัยทัศน์ของผู้นำองค์กรเอกชน ประธานวิสาหกิจชุมชน และความเห็นพ้องต้องกันของสมาชิกวิสาหกิจชุมชน อีกทั้งสายสัมพันธ์อันยาวนานในการดำเนินงานร่วมกันกับโรงพยาบาลคูเมือง ทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินโครงการผลิตยาจากสมุนไพรกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ขึ้น ซึ่งถือเป็นต้นแบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและวิสาหกิจชุมชนแห่งแรกของประเทศไทย เจ้าของอุทยานไม้ดอกเพลาเพลินซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพื่อชุมชน เป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันโครงการให้ประสบความสำเร็จ ด้วยอาศัยเครือข่าย (connection) ที่มีอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ เป็นตัวช่วยในการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาซึ่งเป็นพืชชนิดใหม่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ปลูกมาก่อน การศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญจึงเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการเริ่มต้นใหม่ด้วยตนเองจากศูนย์ นอกจากนี้ ยังใช้ทักษะด้านการตลาดในการประชาสัมพันธ์ให้โครงการนี้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง ผ่านสื่อมวลชนและโซเชียลมีเดียช่องทางต่าง ๆ ที่มี connection อยู่ จนทำให้มีหน่วยงานราชการ สถานศึกษา และผู้สนใจทั้งในและต่างประเทศต่างหลั่งไหลเข้ามาศึกษาดูงานกันอย่างคึกคัก และหลายแห่งที่มาศึกษาดูงาน

ขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลคูเมืองและวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลลาเพลินเพื่อชุมชน เป็นพี่เลี้ยงเรื่องการเตรียมการขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เกิดเป็น เครือข่ายความร่วมมือขยายวงกว้างออกไป ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของอุทยานไม้ดอกเพลลาเพลิน ที่ต้องการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรด้วย

ความร่วมมือจากหน่วยงานราชการและที่มีใช้ส่วนราชการ ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด บุรีรัมย์ โดยการยื่นมือให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ทั้งการจัดเตรียมเอกสาร การอนุมัติให้ดำเนินการ งบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงาน กำลังคนสนับสนุนภารกิจ องค์ความรู้ด้านวิชาการ การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการปลูก เทคโนโลยี และผลิตภัณฑ์กัญชา ทางการแพทย์ จากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก องค์กรเภสัชกรรม โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล คูเมืองเป็นไปด้วยความราบรื่น และสามารถบรรลุผลสำเร็จได้

4.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

จากการศึกษาวิเคราะห์จากบทสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์นั้น มีตั้งแต่กระบวนการ ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ ดังนี้

การปลูกกัญชา

1. การส่งสารสกัดกัญชาไปตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ใช้เวลา ค่อนข้างนาน ส่งผลให้การขออนุญาตปลูกกรอบถัดไปล่าช้า ขาดตอน (ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็น หนึ่งในเกณฑ์การพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตปลูก)

2. ขาดมาตรฐานราคากลางผลผลิตกัญชา เนื่องจากกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษที่มีการใช้ อย่างแพร่หลายในวงการใต้ดิน ไม่ใช่พืชสมุนไพรทั่วไป ดังนั้นจึงไม่เคยมีการกำหนดราคากลางมาก่อน มีเพียงราคาวงการใต้ดินซึ่งเป็นราคาปั่นตามกระแสที่ไม่ได้เกิดจากการคำนวณต้นทุนผลิต การขาด มาตรฐานราคากลางในการรับซื้อผลผลิตกัญชา ส่งผลให้วิสาหกิจชุมชนไม่กล้าตัดสินใจที่จะเข้ามาลงทุน ปลูกกัญชา เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่าหรือไม่

3. วิเคราะห์ต้นทุนที่แท้จริงทำได้ยาก เนื่องจากใช้ประโยชน์จากกัญชาถูกกำหนดไว้ตั้งแต่ ตอนขออนุญาตแล้วว่าจะปลูกจำนวนกี่ต้น เพื่อใช้ประโยชน์ส่วนใดจากต้นกัญชาบ้าง หากได้ผลผลิต ดีเกินกว่าที่ขออนุญาตไว้หรือต้องการนำส่วนที่เหลือไปใช้ประโยชน์อย่างอื่นก็ไม่สามารถทำได้ ต้องทำลายทิ้งเท่านั้น ทำให้ผลผลิตที่ได้ไม่สามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงได้

4. การขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎระเบียบของตัวแทนวิสาหกิจชุมชนที่เข้ามาปฏิบัติงาน ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกที่เริ่มดำเนินการ แต่เมื่อมีการสอนงานและเริ่มสะสมความเชี่ยวชาญ ปัญหาเหล่านี้จะค่อย ๆ ลดลง

การผลิตยาสมุนไพร

1. นโยบายและทิศทางที่ไม่ชัดเจนระดับชาติ และระดับเขตสุขภาพ เนื่องจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายที่ยังคงมีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไขกฎหมายเพิ่มเติมอีกอย่างต่อเนื่องทั้งจากพรรคการเมือง นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ดังนั้นจึงเป็นนโยบายที่ยังไม่นิ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้อีกในอนาคต อีกทั้งในระดับเขตสุขภาพที่ 9 นั้น แม้จะมีการวางแนวทางให้โรงพยาบาลคูเมืองเป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพร แต่ยังไม่มีการกำหนดแผนการผลิตที่ชัดเจน ดังนั้นโรงพยาบาลคูเมืองจึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะต้องเตรียมความพร้อมกำลังการผลิตมากน้อยเพียงใด

2. ขาดแคลนบุคลากรในการผลิตยาสมุนไพร เนื่องจากมีแผนในการผลิตยาสมุนไพรทั้งตำรับแผนไทยและสารสกัดน้ำมันกัญชาแผนปัจจุบัน ดังนั้นภาระงานจึงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กำลังคนที่มีอยู่ไม่เพียงพอ

3. หากแพทย์ไม่สั่งจ่ายยาสมุนไพรจะส่งผลให้เกิดปัญหา over supply ในกระบวนการผลิต กล่าวคือ ผลิตแล้วไม่มีคนใช้ และด้วยอายุการใช้งานของยาสมุนไพรเพียง 1 ปี อาจก่อให้เกิดความสูญเสียงบประมาณด้านสาธารณสุขมูลค่ามหาศาลในภาพรวมของประเทศได้

การใช้กัญชาทางการแพทย์

1. ประชาชนยังเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้น้อย เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจ่ายยาสมุนไพรในหลายกรณีต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อแพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยของตนรับยากัญชาจากที่อื่น และไม่ออกใบรับรองให้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมืองได้

2. การขาดหลักฐานทางวิชาการ/ผลงานวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาทั้งในและต่างประเทศที่เพียงพอ ส่วนผลการวิจัยที่มีอยู่ก็มีทั้งแง่บวกและแง่ลบ ส่งผลให้ไม่อาจส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

3. ระบบรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์มีหลายระบบ ได้แก่ ระบบ C-MOPH ระบบ SAS ระบบรายการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ และระบบ REDCap ขาดการบูรณาการฐานข้อมูลทำให้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ

4. ยาสมุนไพรมีราคาสูง (ประมาณ 1,000 – 6,000 บาท/30 ซีซี) เนื่องจากมีต้นทุนการผลิตสูง สถานที่ปลูก และการผลิตมีกระบวนการที่ซับซ้อนมากกว่าพืชชนิดอื่น และผลิตได้ตามจำนวนที่กำหนดเท่านั้น ดังนั้น หากในระยะยาวรัฐบาลไม่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อยา อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังซื้อ หรือจ่ายอมใช้ยาคุณภาพต่ำกว่าในวงการใต้ดิน

5. มาตรฐานการจ่ายยาแผนไทยหลักถิ่น ขณะที่สถานบริการสุขภาพบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลคูเมือง ตรวจวิเคราะห์ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ และคัดกรองอย่างละเอียดก่อนรับยา แต่บางแห่งมีการอนุโลมลดขั้นตอนบางอย่างเพื่อต้องการให้ประชาชนเข้าถึงยากัญชาได้ง่ายขึ้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและประชาชนเกิดความสับสนจากมาตรฐานการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

6. การคัดกรองโรคเบื้องต้นเพื่อรับยากัญชาแผนไทย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ แยกผู้ป่วยจริงกับผู้แอบอ้างได้ยาก อาจมีผู้อาศัยช่องทางนี้เป็นข้ออ้างขอรับยากัญชาเพื่อให้ได้ใบรับรองแพทย์ไปใช้ยืนยันกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อเลี่ยงความผิดจากการเสพกัญชาเพื่อนันทนาการได้

7. บรรจุภัณฑ์น้ำมันกัญชาเป็นแบบขวดพลาสติกทึบ ยากต่อการสังเกตความผิดปกติของตัวยา และปริมาณคงเหลือของยา เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

1. การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ผ่านกลไกคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดแบบ Top-Down และ Bottom-Up กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้กำหนดนโยบายมีความพยายามในการรวมอำนาจและควบคุมกระบวนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยการออกระเบียบ ประกาศ แผนงาน Standard Operational Procedures (SOPs) ทั้งขั้นตอนการปลูก การผลิต และการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ จัดทำคู่มือการดำเนินงานทุกขั้นตอนอย่างละเอียดทั้งสำหรับหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเพื่อลดการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ สร้างระบบการรายงานการส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตัวแทนคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ลงพื้นที่ตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าหน่วยปฏิบัติจะดำเนินการตามเป้าหมายของนโยบายโดยเกิดความเบี่ยงเบนน้อยที่สุด

ในสภาพการปฏิบัติงานจริง แม้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะถือเป็นภาระหน้าที่และเงื่อนไขที่กำหนดมาจากหน่วยงานเบื้องบนอย่างกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายทอดลงมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการสุขภาพตามลำดับ แต่เป้าหมายของนโยบายในการทำให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์จะบรรลุผลสำเร็จหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติทั้งสิ้น โดยที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถควบคุมหรือบังคับสั่งการได้เลยทำได้เพียงจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์ตัดสินใจส่งจ่ายยากัญชาเพิ่มขึ้น และตรวจสอบข้อมูลการส่งจ่ายยาของแพทย์เท่านั้น ซึ่งการตัดสินใจของแพทย์ตั้งอยู่บนหลักเหตุผลทางวิชาการ หลักเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม จริยธรรมแพทย์ และทักษะความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล การนำกัญชาซึ่งมีสถานะเป็นยาเสพติดมาใช้ทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมายถือเป็นสิ่งใหม่ของวงการแพทย์ อีกทั้งกระบวนการนำนโยบายมาปฏิบัติมีอิทธิพลทางการเมืองเข้ามาแทรกแซงอย่างมาก ดังนั้น การทำให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีอำนาจการตัดสินใจอย่างอิสระยอมรับนโยบายและนำไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจทุ่มเทนั้น จึงเป็นเรื่องที่มีความท้าทายอย่างมากสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

จุดอ่อนจากการขาดหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์หรือผลการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ และข้อค้นพบจากงานวิจัยที่มีอยู่ต่างมีข้อสรุปว่ากัญชามีทั้งประโยชน์และโทษ อีกทั้งผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products) ให้ใช้ได้เฉพาะช่องทาง SAS ซึ่งเป็นรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยาที่แพทย์สั่งจ่ายได้เฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น ส่งผลให้แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากนัก ดังนั้น การสั่ง

ใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากัญชาแผนปัจจุบันจึงยังขับเคลื่อนได้ค่อนข้างช้า โดยหากเปรียบเทียบกันระหว่างการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนไทย พบว่า การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยสามารถขับเคลื่อนไปได้เร็วกว่ามาก เนื่องจากมีเงื่อนไขและข้อจำกัดในการจ่ายยาน้อยกว่า อีกทั้งยังมีช่องทางในการจ่ายยามากกว่า เพราะนอกเหนือจากสถานบริการสุขภาพของรัฐแล้ว ยังสามารถกระจายยาผ่านทางแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านได้อีกด้วย

2. เส้นทางการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เริ่มต้นจากการหยิบยกประเด็นปัญหาโดยเครือข่ายภาคประชาสังคม นักวิชาการ นักวิจัย และคณะแพทย์บางส่วนที่ให้การยอมรับประโยชน์ของกัญชาในการบำบัดรักษาโรค พร้อมข้อมูล ข้อเท็จจริง ผลการวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ และเหตุผลในทางมนุษยธรรม ซึ่งประเด็นเรียกร้อง คือ ต้องการให้รัฐบาลแก้ไขกฎหมายปลดล็อกให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมาย ดังเช่นหลายประเทศทั่วโลก โดยขอเรียกร้องดังกล่าวได้รับการผลักดันต่อโดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งมีนายสมชาย แสวงการ และคณะ เป็นผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่...) พ.ศ. ... ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน และคณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 ก่อนประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 การต่อรองยังคงมีให้เห็นหลังการเลือกตั้ง 24 มีนาคม 2562 พรรคภูมิใจไทยและผู้สนับสนุนอย่างนายเนวิน ชิดชอบ พยายามชวนนโยบายกัญชาเสรีผ่านการจัดงานพันธุบุรีรัมย์ซึ่งตรงกับวันกัญชาโลก เพื่อหวังผลให้รัฐบาลผลักดันนโยบายกัญชาให้ไปไกลกว่ากัญชาทางการแพทย์ แต่การประกาศนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ของนายอนุทิน ชาญวีรกูล ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หลังเข้ารับตำแหน่งก็เป็นคำตอบที่ชัดเจนว่ารัฐบาลตัดสินใจที่จะผลักดันนโยบายกัญชาแคในขอบเขตที่ปลอดภัย คือ เพื่อใช้ทางการแพทย์และการวิจัยเท่านั้น ก่อนที่จะมีการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติผ่านกลไกคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศในเวลาต่อมา

เป็นที่น่าสังเกตว่ากระบวนการนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่การก่อตัว การผลักดันเข้าสู่วาระนโยบาย จนกระทั่งถึงขั้นตอนการแก้ไขกฎหมายเพื่อปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์ที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและราบรื่นนั้น ล้วนแต่อยู่ในช่วงรัฐบาล คสช. ซึ่งมีใช่อำนาจที่เกิดจากระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยในสภาวะการณูปกติ ดังนั้น การผ่านกฎหมายในช่วงเวลาดังกล่าวนี้นี้จึงเป็นการเพิ่มข้อก้ำกัเกี่ยวกับการใช้อำนาจทางการเมืองของรัฐบาลเพื่อผลักดันให้นโยบายเกิดขึ้น มากกว่าที่จะเกิดจากการวิเคราะห์นโยบายตามหลักการอย่างสมเหตุสมผล กอปรกับประเด็นทางวิชาการที่ยังมีหลักฐานงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศยังไม่เพียงพอ จึงทำให้หลังประกาศใช้กฎหมายก็ยังคงมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทยสภา ซึ่งออกตัวแสดงจุดยืนแบบแบ่งรับแบ่งสู้ เพื่อชะลอนโยบายไม่ให้

ขับเคลื่อนเร็วเกินไปตามแรงผลักดันทางการเมือง จนเกิดผลกระทบต่อระบบการรักษาปกติหรือผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย โดยใช้มาตรฐานทางวิชาชีพเป็นกรอบกำหนดแนวทางการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติจากกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้กำหนดนโยบาย ถ่ายทอดลงมาเป็นรูปแบบที่เป็นทางการผ่านสายการบังคับบัญชา โดยมีส่วนราชการ ซึ่งได้แก่สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดต่าง ๆ และสถานบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นหน่วยงานปลายทางที่รับนโยบายมาปฏิบัติ แม้นโยบายจะได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองอย่างเต็มที่ แต่ในชั้นการแปลงสู่การปฏิบัตินั้นไม่สามารถทำได้อย่างพร้อมเพรียงกันทั่วประเทศ เนื่องจากหน่วยงานที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อม ดังนั้นการขับเคลื่อนนโยบายในช่วงแรกจึงเป็นไปในลักษณะการนำร่อง โดยคัดเลือกหน่วยงานระดับปฏิบัติที่ให้การยอมรับนโยบายและมีความพร้อมทั้งทางด้านทรัพยากร และบริบททางสังคม การเมือง เป็นหน่วยงานต้นแบบในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จากนั้นจึงค่อย ๆ ขยายขอบเขตนโยบายออกไปยังหน่วยงาน และพื้นที่อื่น ๆ ทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทยเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงตามเจตจำนงของนโยบาย

3. “บุรีรัมย์โมเดล” เป็นกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดบุรีรัมย์ มีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชา วิสาหกิจชุมชนได้ปลูก และโรงพยาบาลคูเมืองผลิต ซึ่งหลักการสำคัญนี้ถือเป็นการแปลงจากแนวคิด ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักปฏิบัติ คือ การส่งเสริมให้มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์กระจายทั่วทุกพื้นที่ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของแพทย์และบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ให้สามารถสั่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้โรงพยาบาลร่วมมือกับวิสาหกิจชุมชนปลูกกัญชา และให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านการผลิตยา กัญชาเป็นผู้ผลิตเพียงแหล่งเดียว โดยหลักการและหลักปฏิบัตินี้สามารถนำไปปรับใช้ได้ในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ได้ ภายใต้เงื่อนไขแห่งความสำเร็จ คือ ผู้นำองค์กรของส่วนราชการในจังหวัดซึ่งมีอำนาจตัดสินใจ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นต้น พิจารณารับนโยบาย และทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการยอมรับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

4. กลไกการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ภายใต้กรอบบุรีรัมย์โมเดล มีจุดเริ่มต้นจากวิสัยทัศน์ของผู้นำองค์กร ซึ่งมองเห็นโอกาสแห่งความสำเร็จจากการรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข โดย “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง” แสวงหาการสนับสนุนและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับบน ขณะที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมืองดำรงตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ วางแผนการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ด้วยแนวคิด “บุรีรัมย์โมเดล” ที่มีหลักการสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชา ส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชนปลูกกัญชาและกำหนดให้โรงพยาบาลคูเมืองเป็นแหล่งผลิตยา กัญชาเพียงแห่งเดียวของจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งหลักการนี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลคูเมืองกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรตั้งแต่ ต้นน้ำ - กลางน้ำ - ปลายน้ำ คือ ปลูกกัญชา ผลิตยา กัญชา และเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์

2) ระดับเดียวกัน ได้ประสานความร่วมมือกับอุทยานไม้ดอกเพลาเพลินซึ่งเป็นภาคส่วนเอกชน ริเริ่มจัดตั้งวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชนขึ้นร่วมกับสมาชิกในชุมชน เพื่อเป็นคู่ความร่วมมือในการปลูกกัญชา รวมถึงส่วนราชการอื่น ๆ ทั้งในและนอกพื้นที่เพื่อขอรับการสนับสนุนองค์ความรู้ ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

3) ระดับล่าง ได้แก่ การถ่ายทอดวิสัยทัศน์และนโยบายไปยังผู้ได้บังคับบัญชา โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ วางแผนการดำเนินงานวางระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการผลิตยา กัญชา รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่และมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมถึงส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผ่านหลักสูตรอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านทักษะในการให้บริการ ซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากรเกิดการยอมรับและน่านโยบายไปปฏิบัติด้วยความจริงใจและทุ่มเท

ในระยะแรกของการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมือง กระบวนการสำคัญคือการประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้การเจรจาต่อรองเป็นเครื่องมือประสานประโยชน์ เพื่อให้ทุกฝ่ายเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน ต่อมาเมื่อเกิดข้อตกลงความร่วมมือแล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบเข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน ดำเนินการเพื่อขออนุญาตปลูกกัญชา ผลิตยา กัญชา และเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามเงื่อนไขข้อกำหนด จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการตามกระบวนการขั้นตอนของงานแต่ละด้าน โดยมีวิสาหกิจศูนย์กลางการพัฒนาสมุนไพรเพลาเพลินเพื่อชุมชนเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบเรื่องการปลูกภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลคูเมือง ส่วนกระบวนการผลิตยา กัญชารับผิดชอบโดยส่วนงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลคูเมือง และคลินิกกัญชาทางการแพทย์รับผิดชอบโดยแพทย์และบุคลากรประจำหน่วยการทำงานทั้ง 3 ส่วนต่างเชื่อมโยงกันแบบ 2 ทิศทาง กล่าวคือ ผลผลิตที่เก็บเกี่ยวได้จากการปลูกกัญชา จะเป็นวัตถุดิบตั้งต้นของการผลิตยา กัญชา และกลายเป็นผลิตภัณฑ์กัญชาที่นำไปใช้กับผู้ป่วย

ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในทางกลับกัน ปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จะเป็นตัวกำหนดแผนการผลิตยา กัญชา และกำหนดแผนการปลูกกัญชา ท้ายที่สุดของกระบวนการ คือ การรายงานผลการส่งจ่ายยา กัญชาทางการแพทย์ไปยังระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์และผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ อันจะเป็นข้อมูลกำหนดทิศทางของนโยบายต่อไป

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้การขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลคูเมืองเป็นไปอย่างรวดเร็วและโดดเด่น ที่สำคัญที่สุดคือ ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการเมือง และผู้นำองค์กร เนื่องจากพลังสนับสนุนทางการเมืองทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น นำมาซึ่งความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ การประสานงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน แรงต้านจากความเปราะบางเสถียรของกัญชาลดน้อยลงโดยไม่ต้องต่อสู้หรือลงทุนลงแรงในการเปลี่ยนค่านิยมของผู้บริหารหน่วยงานเบื้องบน เพราะบรรดาผู้มีอำนาจตัดสินใจต่างให้ความสำคัญและเห็นพ้องต้องกันเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้นชื่อว่าเป็นฐานที่มั่นของพรรคภูมิใจไทย ซึ่งเกี่ยวโยงไปถึงรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ที่มีฐานะเป็นหัวหน้าพรรคภูมิใจไทยอีกหนึ่งตำแหน่ง และการสนับสนุนจาก นายเนวิน ชิดชอบ ภาคเอกชนผู้ให้การสนับสนุนพรรคภูมิใจไทย และเป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่องในจังหวัด ย่อมเป็นแต้มต่อที่มากกว่าจังหวัดอื่น ๆ และถูกหมายตาให้เป็นพื้นที่โมเดลตัวอย่างแห่งความสำเร็จที่จะขยายผลไปยังที่อื่นต่อไป นอกจากนี้ ผู้นำองค์กรของโรงพยาบาลคูเมืองก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นผู้ที่สามารถมองเห็นโอกาสจากปัจจัยเกื้อหนุนที่มีอยู่ ทั้งปัจจัยทางการเมือง ความพร้อมขององค์กร และเครือข่ายความร่วมมือ และตัดสินใจยอมรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์มาปฏิบัติในองค์กร สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายให้บุคลากรในองค์กรเกิดการยอมรับที่จะนำไปปฏิบัติ รวมถึงแสวงหาความร่วมมือและการสนับสนุนจากภายในและภายนอกองค์กรจนสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ไปถึงปลายทาง คือ การให้บริการกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน

4. ปัญหาที่สำคัญที่สุดของการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ คือ ประชาชนเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้น้อยเมื่อเทียบกับความต้องการ เนื่องจากเงื่อนไขและข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) การผูกขาดการจ่ายยา กัญชาทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน) โดยภาครัฐ ซึ่งเปิดให้มีช่องทางเดียวที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงกัญชาได้คือ สถานบริการสุขภาพของรัฐเท่านั้น เงื่อนไขจากขั้นตอนการคัดกรองตรวจสอบประวัติอย่างละเอียด ข้อควรระวัง และข้อกำหนดที่เข้มงวดของสถานบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ได้ค่อนข้างน้อย 2) แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ และไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยในความดูแลใช้กัญชาทางการแพทย์จากที่อื่น ด้วยเหตุผลหลายประการ อาทิ ไม่กล้าสั่งจ่ายยาเพราะเกรงว่าจะต้องรับผิดชอบกับความเสี่ยงที่เกิดจากผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์/

แพทย์สภาไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษาหรือควบคุมอาการของผู้ป่วยลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี และให้ใช้เฉพาะกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานต่าง ๆ ไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น นอกจากนี้ ค่านิยม ความเชื่อของแพทย์บางส่วนยังไม่ให้การยอมรับกัญชาในฐานะยา รักษาโรค เพราะผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products) และขาดงานวิจัยรองรับอย่างเพียงพอ อีกทั้งกัญชายังถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษอยู่ เมื่อปลายน้ำสะดุด ต้นน้ำ - กลางน้ำ ก็อาจเกิดปัญหาตามมา เพราะแม้จะปลูกและผลิตได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงใด แต่หากไม่มีการสั่งจ่ายยาเกิดขึ้นย่อมสูญเปล่า

5. สารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เป็นสารสำคัญในกัญชาที่วงการแพทย์ยังมีความกังวลเกี่ยวกับการใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคและบรรเทาอาการ เนื่องจาก แม้จะช่วยเพิ่มความอยากอาหาร ด้านซึมเศร้า ลดอาการปวด การอาเจียน ด้านมะเร็ง และต้านอนุมูลอิสระได้ดี แต่สาร THC นั้นมีผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิดอาการ “เมา” / “High” เนื่องจากเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง อาจกระตุ้น กัด และหลอนประสาทพร้อมกัน โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะการมองเห็นไม่ชัดเจน ปากแห้ง วิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คลื่นไส้ มีความผิดปกติของการรับรู้อาการที่ไม่ค่อยพบ เช่น เดินเซ ซึมเศร้า ท้องเสีย ความดันต่ำ หัวใจระแวง ปวดท้อง และอาเจียน ส่วนสาร CBD (cannabidiol) นั้น ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งยังช่วยลดผลข้างเคียงทางจิตและประสาทจากสาร THC และช่วยให้ THC ออกฤทธิ์ดีขึ้น ดังนั้น ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเน้นกระจายสารสกัดกัญชาสูตร CBD และ THC : CBD มากกว่าสูตร THC ซึ่งมีผลข้างเคียงมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมยังไม่มีการวิจัยทางคลินิกที่ยืนยันหรือพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่า ในการบำบัดรักษาโรคและบรรเทาอาการเดียวกันนั้น สารสกัดจากกัญชาให้ผลการรักษาดีกว่ายาแผนปัจจุบันอื่น ๆ ซึ่งเป็นยาที่ผ่านการรับรองตำรับ (approved products) อีกทั้งมีความคุ้มค่ากว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบต้นทุนราคา

6. การลดขั้นตอนการตรวจปัสสาวะและเลือดทางห้องปฏิบัติการก่อนสั่งจ่ายยากัญชาแผนไทยของบางหน่วยบริการปลายน้ำ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยากัญชาได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น อันแสดงถึงความสำเร็จของนโยบาย สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากหลักการที่พึงประสงค์ (Displacement of Goal) ยังคงเป็นปัญหาของระบบราชการและข้าราชการไทย จากการที่หน่วยปฏิบัติมุ่งเน้นการตอบสนองต่อหน่วยงานเบื้องบนผู้ออกนโยบาย มากกว่าคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งอาจได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการใช้ยากัญชาภายใต้การคัดกรองที่ไม่รัดกุมมากเพียงพอ

7. ทิศทางของคลินิกกัญชาทางการแพทย์อาจเป็นไปได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ขยายการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครอบคลุมทั่วประเทศ และมีการจ่ายยากัญชาแผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นตามลำดับหลังมีงานวิจัยยืนยันประโยชน์จากการใช้กัญชาเผยแพร่มากขึ้น 2) ยากัญชา

ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเช่นเดียวกับยาปกติทั่วไป คลินิกกัญชาทางการแพทย์ยุค/ยุคเล็ก เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องแยกออกมาจากการรักษาในระบบปกติ 3) มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แต่ไม่มีการสั่งจ่ายยา ทำให้เกิดความเสียหายจากกรณียากัญชาหมดอายุทิ้งไป จนต้องพิจารณายุตินโยบาย

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรเร่งส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมจากงานวิจัยที่มีในต่างประเทศ เพื่อเป็นการค้นหาข้อเท็จจริง และหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์ได้ว่ากัญชามีประโยชน์อย่างไรบ้าง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์เทียบเคียงกับยาชนิดอื่นที่ใช้ในการรักษาโรคหรือควบคุมอาการเดียวกัน เพื่อหาข้อสรุปและกำหนดแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรคและอาการใดบ้าง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวินิจฉัยสั่งจ่ายกัญชาของแพทย์ เพราะปัจจุบันแม้จะมีแนวทางการสั่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ที่กรมการแพทย์/แพทยสภา กำหนดไว้แล้วแต่แนวทางดังกล่าวขึ้นอยู่กับพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากการแพทย์เฉพาะทางหลายสาขายังขาดงานวิจัยรองรับ ดังนั้นหากมีการศึกษาค้นคว้าและวิจัยมากขึ้น จะทำให้มีข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูล และข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษาวิจัยเหล่านี้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายว่าจะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยน หรือยุตินโยบาย

2. เนื่องจากกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ของสังคม และสถานะของกัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษอยู่ ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพประสบความสำเร็จ ควรมุ่งเน้นการสร้างการยอมรับนโยบายในระดับหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูงขององค์กร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพราะหากหน่วยงานปลายทางและผู้ปฏิบัติไม่ยอมรับหรือรู้สึกคัดค้าน ย่อมส่งผลเสียต่อพฤติกรรมบริการแก่ประชาชน โดยการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังคงจำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กับการกำกับดูแลโดยรัฐ เพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

3. ควรจัดฝึกอบรมหรือพัฒนาสื่อการเรียนรู้ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์การให้บริการด้านกัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีความรู้ความเข้าใจ และได้เรียนรู้จากประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะทำให้สามารถรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น

4. จัดระบบการกระจายผลิตภัณฑ์กัญชาให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึง และเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่ผู้ป่วยมีความต้องการใช้สูง เพื่อป้องกัน

การกลับไปซื้อขายผลิตภัณฑ์กัญชาจากวงการค้าใต้ดิน แต่ขณะเดียวกันก็ต้องมีระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการผลิตและปรุงยาของหมอพื้นบ้าน และแพทย์แผนไทย ที่ได้รับอนุญาตให้ปรุงตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าปลอดภัยกับผู้ป่วยที่รับยา

5. การวางกรอบนโยบายเรื่องงบประมาณสนับสนุนผลิตภัณฑ์กัญชาในระยะยาวเป็นเรื่องที่ควรคำนึงถึง เนื่องจากราคาต้นทุนในการผลิตยาที่กัญชานั้นค่อนข้างสูง หากผู้ป่วยต้องแบกรับภาระเอง อาจทำให้ราคาเป็นตัวกีดกันการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้ ดังนั้น การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐจึงสำคัญ และหากในอนาคตมีการพิสูจน์ด้วยข้อเท็จจริงจากการประมวลผลรายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ หรือผลงานทางวิชาการว่ากัญชาช่วยรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ดีจริง อีกทั้งมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นน้อยหรืออยู่ในระดับที่ควบคุมได้ จนทำให้ผลิตภัณฑ์กัญชาผ่านการรับรองทะเบียนตำรับยา (approved products) หรือถูกบรรจุเข้าเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในท้ายที่สุด ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสิทธิใช้ยาฟรีตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น ภาครัฐจะต้องเตรียมการจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนในระยะยาวเพื่อรับมือกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นมูลค่ามหาศาล

6. วางระบบควบคุมดูแล ปรึษาปราม การจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาใต้ดินที่ไม่ได้มาตรฐาน มีการปนเปื้อนสารเคมี และโลหะหนัก ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ควบคู่กับการประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดของประชาชนที่อาจเข้าใจว่ากฎหมายฉบับใหม่นี้เปิดเสรีให้การเสพกัญชากระทำได้โดยไม่ผิดกฎหมายในทุกกรณี ซึ่งในความเป็นจริงแล้วให้เสพได้เพื่อการรักษาภายใต้การควบคุมของแพทย์อย่างใกล้ชิดเท่านั้น และการเสพเพื่อนันทนาการยังคงผิดกฎหมายอยู่

5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลาของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในสถานที่จริงได้ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังของรัฐบาล และนโยบายของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้น จึงทำได้เพียงการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านทางโทรศัพท์ และการสังเกตผ่านวิดีโอทัศน์และรูปภาพที่มีการเผยแพร่ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต และโซเชียลมีเดียเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ขาดความละเอียดที่ควรได้จากการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ให้สัมภาษณ์และบรรยากาศการให้บริการจริง

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตของการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น หรือศึกษาในเชิงเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานเพื่อให้เห็นภาพกว้างมากยิ่งขึ้น หรืออาจประเมินผลนโยบายและศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดทิศทางนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในอนาคต

บรรณานุกรม

- "Harry J. Anslinger ผู้ โย น บ า ป ไ ห้ กั ณุ ช า . " 2559, <https://highlandtestblog.wordpress.com/2016/05/26/harry-j-anslinger-ผู้โยนบาปให้กัญชา/>.
- "คำประกาศเจตนารมณ์ “เดินเพื่อผู้ป่วย : Cannabis Walk Thailand” โดย 11 องค์กร." 2562, <https://matemnews.com/News/68950>.
- "The Gage & Jazz สายสัมพันธ์จากกัญชา มาร่วมศตวรรษ." 2562, <https://blog.ganjalabs.co/2019/the-gage-jazz/>.
- "นโยบายกัญชา." 2562, <http://nidapoll.nida.ac.th/index.php?op=polls-detail&id=669>.
- "วิท ยาลั ย เภ ส์ ช ะ ม . รัง สิต คั น พ บ Cbn จา ก กั ณุ ช า ยั บ ยั ้ง เซ ลล์ มะ เ รื่ ง ป อ ด . " 2562, <https://voicetv.co.th/read/ihwrhsOvf>.
- "สรวลเฮฮา เล่าเรื่อง "กัญชา" ในประวัติศาสตร์." 2561, https://voicetv.co.th/read/B1ld7u_9X.
- "ประวัติศาสตร์กัญชา." 2561, <https://highlandnetwork.org/ประวัติศาสตร์กัญชา/>.
- "วาระแห่งชาติด้านกัญชาเพื่อการแพทย์ : จากการค้นคว้าวิชาการ สู่อการวิจัยสร้างยารักษาโรค." 2561, <https://thaipublica.org/2018/11/cannabis-medical-thai-02/>.
- "กพย.ชี้ 3 เส้นนโยบายกัญชาทางการแพทย์ -โลกออนไลน์ไปไกลกว่าสรรพคุณที่รับรอง." 2562, <https://www.isranews.org/thaireform/thaireform-news/83946-cabi839461.html>.
- "คลายล็อก ‘กระท่อม’ พันธุ์ชียาเสพติด พร้อมผลักดันร่าง พ.ร.บ.พืชยาฯ." 2563, https://waymagazine.org/mitragyna_speciosa_drug/.
- "อำนาจ มงคลเสริม: หน้ากากของ เดชา ศิริภัทร ผู้ปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์." 2562, <https://waymagazine.org/decha-and-hemp/>.
- Woodbridge, Martin. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์. ขอนแก่น: ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2562. https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/MedicinalCannabisBook_v4.pdf.
- "ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดย แพทยสภา." 2562, <https://tmc.or.th/cannabis.php>.
- แพทยสภา. คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์., 2562.
- โรงพยาบาลคูเมือง. "โครงการผลิตยาจากสมุนไพรกัญชา เพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์." 2562.
- "สมัชชาสุขภาพฯ ชี้ใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องรู้จริง-เท่าทัน ย้ำมีทั้งโทษ-ประโยชน์." 2563, <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1757861>.

กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์, 2563.

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ, 2562.

กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย, 2563.

———. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 530/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์, 2561.

"ซู 'บุรีรัมย์โมเดล' ต้นแบบวิสาหกิจชุมชนปลูก-ผลิตกัญชาเพื่อการแพทย์." 2562,

<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/847336>.

"Harry J. Anslinger ผู้ โย น บ า ป ไ ห้ กั ก ญ ช า ." 2557,

https://www.facebook.com/legalizethailand/posts/310535005760559:0?__tn__=K-R.

"เส้นทางปลดล็อก "กัญชา" สู่ยารักษาโรค." 2561, <https://news.thaipbs.or.th/content/275665>.

""เฉลิม" คำน พล ด ลี อ ก ก ม . ใช้ กั ก ญ ช า ท า ง ก า ร แ พ ท ธ์ ." 2562,

<https://www.komchadluek.net/news/breaking-news/359600>.

""เดชา" เดิน 268 ก ม . สู่ อี ส ร ภา พ ช ง ร ัฐ 4 ชั อ ... ปล ด ลี อ ก กั ก ญ ช า ." 2562,

<https://www.komchadluek.net/news/edu-health/374898>.

จัดตรงค์ เพลินหัด. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน. กรุงเทพมหานคร, 2559.

จุมพล พงษ์สุวรรณ. "การเมืองเรื่องกัญชา : การศึกษาในมิติของการใช้อำนาจและอิทธิพลในโครงสร้างอำนาจทางการเมืองท้องถิ่น." ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/38014>.

ชลิตา อุปัญญา. "สถานะทางกฎหมายและมาตรการควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์จากกัญชา/กัญชง ของประเทศไทย."

Assumption CHULABOROM UNIVERSITY Journal 9 (2561).

<http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/LawJournal/article/view/3669>.

"นักการเมืองท้องถิ่น", 2562, <https://bit.ly/386Uq7l>.

"ประวัติศาสตร์ฉบับย่อของ "กัญชา". 2562, <https://www.thairath.co.th/news/society/1570476>.

"กัญชา: พืชร้ายหรือสมุนไพรทางเลือก." 2561, <https://www.bbc.com/thai/thailand-42748753>.

ธิดารส เจียรบรรจงกิจ. "การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด : กรณีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์." วารสารนิติพัฒน์ นิต้า 2/2561 (2561). <https://bit.ly/2ZCd1WO>.

"น พ .ธีระ วรธนารัตน์ : บทเรียนสังคมไทยจากเรื่องกัญชา." 2562,

<https://www.hfocus.org/content/2019/06/17257>.

"บทบาทขององค์กรวิชาชีพในเรื่อง "กัญชาทางการแพทย์". 2562, <https://www.isranews.org/isranews-article/74581-cannabisa.html>.

- "สถานการณ์ 'กัญชาทางการแพทย์' จากอเมริกาและอังกฤษ สิงหาคม 2562." 2562, <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17643>.
- "รัฐกับการปกครองท้องถิ่น." 2552, <https://bit.ly/2A5R5cm>.
- "กองทัพอิตาลีปลูกกัญชาขายเป็นยาให้ประชาชน." 2560, <https://www.bbc.com/thai/international-38942943>.
- "ประธานบอร์ด อภ.เปิดข้อมูลนานาชาติเกี่ยวกับการใช้ "กัญชา" ." 2562, <https://www.prachachat.net/general/news-297305>.
- ประภัสสร ทิพย์รัตน์. พืชกัญชา : ความรู้ทั่วไปและการตรวจสอบสารสำคัญ, 2559.
- "ทำไมคนหยิบมือเดียวจึงทำให้กัญชา-กัญชงเป็นพืชที่ผิดกฎหมายไปทั่วโลก." 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000054848>.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. "การวิจัยกัญชาทางการแพทย์." คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 18 เมษายน 2562 2562.
- "เปิดเบื้องหลังผลประโยชน์ของใคร ในการขวาง "กัญชา และ กระท่อม"? (ตอนที่ 1)." 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000093179>.
- "เปิดเบื้องหลังผลประโยชน์ของใคร ในการขวาง "กัญชา และ กระท่อม"? (ตอนที่ 2)." 2562, <https://mgronline.com/daily/detail/9620000095454>.
- ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์. "กัญชากับการรักษาโรค (Therapeutic Potential of Cannabis)." (2562). <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0453.pdf>.
- "เครือข่ายกัญชาเพื่อการแพทย์ร้อง สนช.แก้ร่าง พ.ร.บ.ยาเสพติด ปลดล็อกใช้ประโยชน์." 2561, <https://mgronline.com/politics/detail/9610000116653>.
- "ลุยวิจัย "น้ำมันกัญชา" สูตร "อ.เดชา" จ่อขออนุญาตต้น พ.ค. แจกยาผู้ป่วยทันทีหากผ่าน กกก.วิจัยในมนุษย์." 2562, <https://mgronline.com/qol/detail/9620000037765>.
- "เรียกร้องยกเลิกทุกคำขอจดสิทธิบัตรสารสกัดกัญชา รมว. พาณิชย์ แจงมี 8 คำขอทำได้ เพราะเอาสารสกัดไปผสมสารอื่น." 2561, <https://thestandard.co/cannabis-patent-registration/>.
- พัชรี ลีโรส. พลวัตนโยบายสาธารณะ : จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2556.
- พิรพจน์ ปิ่นทองดี. "กัญชา : กฎหมายยาเสพติดอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา กัญชาทางการแพทย์." วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 3 (2561). <https://bit.ly/3bTtylJ>.
- ภคมน กิจนุสนธิ์. "ความสัมพันธ์ของการจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจัดการปฏิบัติการ และการจัดการโลจิสติกส์ของธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมประเทศไทย " ปริญญาโท การค้นคว้าอิสระ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
- มหาวิทยาลัยมหิดล, กองทรัพยากรบุคคล. *Muhr*, 2562.

"การบริหารช่องทางการตลาด และการบริหารห่วงโซ่อุปทาน." 2559, <http://www.udru.ac.th/oldsite/attachments/elearning/07/18.pdf>.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สรุปลงสารสำคัญ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562, 2562.

มานพ คณะโต และคณะ. "รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหาภัยสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ และ ประเทศสหรัฐอเมริกา." (2559). http://medipe2.psu.ac.th/tsan/wp-content/uploads/2016/09/รายงานโครงการภัยสุขภาพ_58-B-001.pdf.

"เฮมพ์กับโครงการหลวง." 2563, <http://www.royalprojectthailand.com/node/1877>.

วงอร พัทพ์สนธิ์. "การเมืองของการนำนโยบายไปปฏิบัติ : เงื่อนไขของความสำเร็จเชิงนโยบาย." การบรรยายรายวิชา นโยบายสาธารณะ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, 2562.

วชิระ อำนวย. "พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์." สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2562.

วเรช จันทรร. ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. 4 ed. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย (TURA), 2552.

วรชัย บุตรดาบุตร. "การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาโครงการคืนคนดีสู่สังคม." ปริญญาโท วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2556.

วรุตม์ อิงคถาวรวงศ์. "การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ : จากวันนั้น...เราเดินทางมาไกลเท่าไร." วารสารรัฐศาสตร์ และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ ปีที่ 3 เล่มที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2557) (2557).

วิชัย โชควิวัฒน์. "กัญชา กัญญา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ." วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 17 (2562). <https://bit.ly/2ASn5X>.

วีรยา ถาอุปชิต, นุสรพร เกษสมบุรณ์. "การใช้กัญชาทางการแพทย์." วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 13 (2560). <https://www.oncb.go.th/ncsmi/cannabis3/การใช้กัญชาในทางการแพทย์%20ม.ขอนแก่น.pdf>.

"“กัญชา” ยาเสพติด ที่สมัย “พระนารายณ์” ใช้เป็นยารักษาโรค." 2562, https://www.silpa-mag.com/culture/article_22667.

สกุรัตน์ อุษณาวรงค์. "การสำรวจหากัญชาในกัญชงเนื้อในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น." มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536. <https://opac.kku.ac.th/catalog/ArticleItem.aspx?JMarCID=j00031448>.

"กัญชา: เปิดนโยบายกัญชาของภูมิใจไทยอีกครั้ง หลังโปรดเกล้าฯ “อนุทิน ชาญวีร์กุล” เป็น รมว. สาธารณสุข." 2562, <https://www.bbc.com/thai/thailand-48973471>.

สำเร็จ แหงกระโทก. "บรรยายเรื่อง นโยบายรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพ." การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562, โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ จอมเทียนพัทยา ชลบุรี,

2562.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. "การสร้างมูลค่าจากต้นน้ำถึงปลายน้ำ." โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสำหรับผู้บริหารระดับสูง พ.ศ. 2558 โรงธรรมรามการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ 2558.

สำนักงานที่ปรึกษาการเกษตรต่างประเทศ ประจำสหภาพยุโรป. กัญชาในสหภาพยุโรป, 2561.

สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ กรุงเฮก. กัญชาและกัญชงเชิงพาณิชย์ของเนเธอร์แลนด์, 2562.

สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ นครแฟรงก์เฟิร์ต. กัญชา "Made in Germany", 2562.

———. อนาคตสดใสของธุรกิจกัญชา (ใช้ทางการแพทย์) ในเยอรมนี, 2562.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (ร่าง) ฉบับประชาชนพิจารณา แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564), 2559.

สุชาติพิทย์ เลิศวิวัฒน์ชัยพร และคณะ. การบริหารจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทานให้กับเกษตรกรชาวนาแก้ว จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ 2561.

สุนทร พุทธศรีจารุ. "การพัฒนามาตรการทางกฎหมายควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์และการนำไปสู่การปฏิบัติ."

THAI FOOD AND DRUG JOURNAL MAY-AUGUST (2562).

https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=665.

สุภาพรณ์ ปิติพร. กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์, 2562.

"เสรีภาพกัญชาไทย ใครกำหนด?", 2558, <https://waymagazine.org/medical-mj/>.

อลงกต แผนสนธิ. "การนำนโยบายไปปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของราชการส่วน ภูมิภาคในจังหวัดนครราชสีมา."

ป ริ ญ ญา แ อ ก วิ ท ย า นิ พ ษ์ , ม ห า วิ ท ย า ลั ย ศ รี ป ทุ ม , 2557.

<http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/4895>.

"ว่าด้วย...กัญชาในตำรับยาโบราณไทย." 2563, <https://www.medicinalthaicannabis.com/thai-cannabis>.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพิชญากร ว่างจันทรา
วัน เดือน ปี เกิด	20 พฤศจิกายน 2529
สถานที่เกิด	บุรีรัมย์
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY