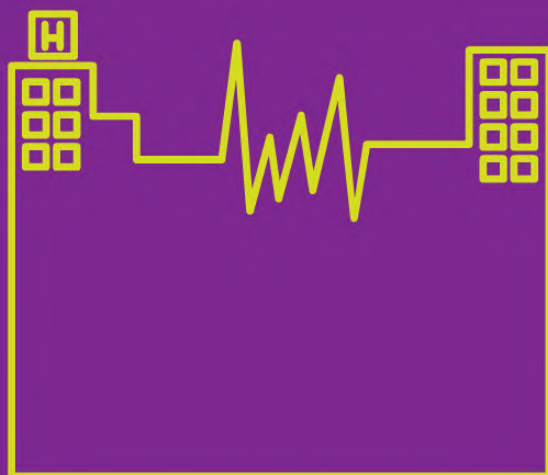


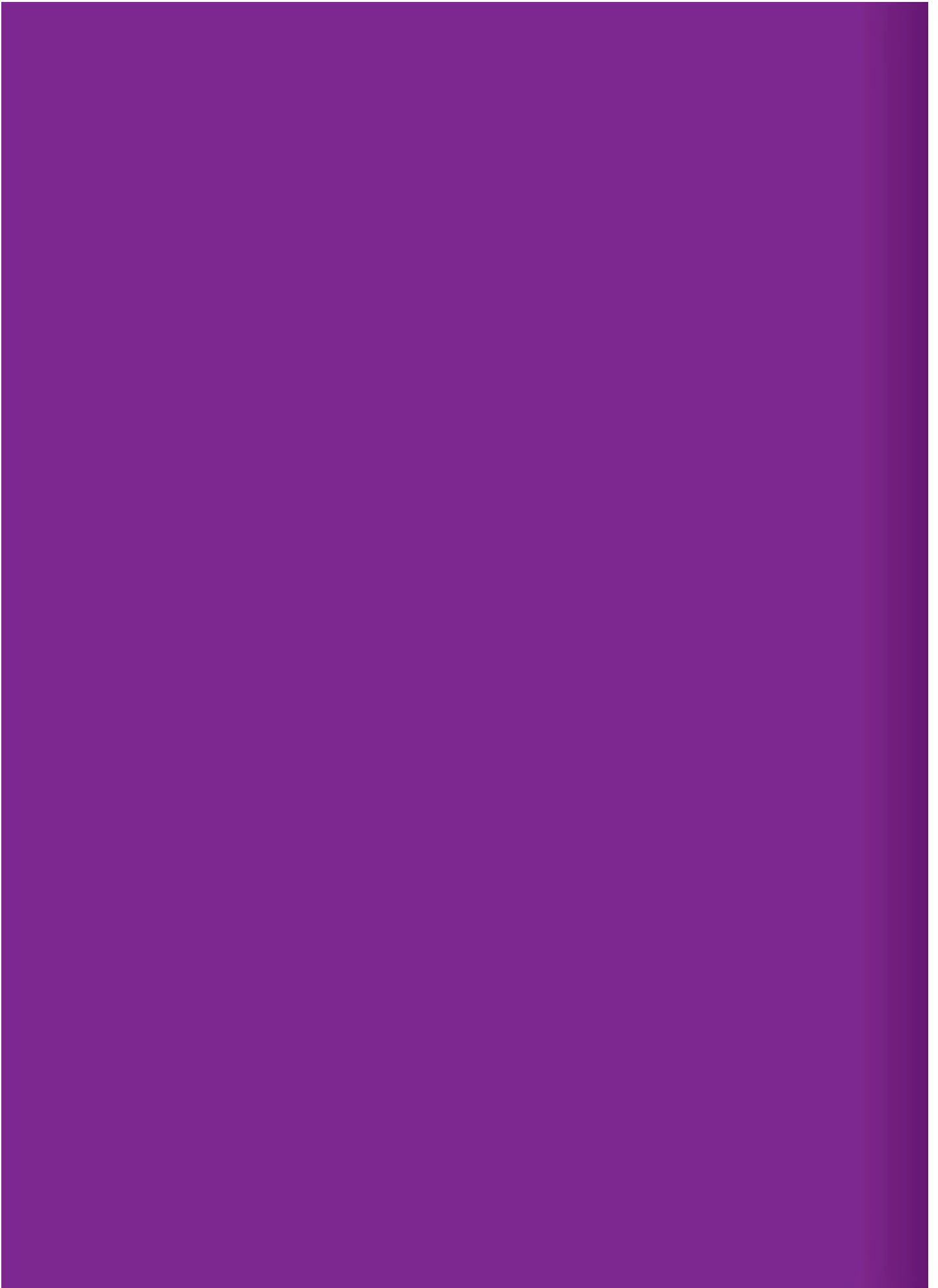


ยาและสารเสพติด

(Drugs and Addictive Substances)

9

นพ.วิโรจน์ วีรชัย
 นพ.อังกูร ภัทรากธ
 นพ.ลำชำ ลักขณาภิชนชัย
 อ.ดร.ประภาพรรณ จูเจริญ
 นพ.ชาญชัย ธงพานิช
 นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์
 พญ.ภัทรีนทร์ ชมภูคำ
 พญ.วรางคณา รักษ์งาน
 นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์
 ดุชนิย์ ชาญปรีชา
 รุจิรา อาภาบุษยพันธ์
 วันเพ็ญ ใจปทุม
 ระเบียบ โตแก้ว
 สมบัติ มากัน
 สำเนา นิลบรรพ์
 ยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล
 สมบูรณ์ เทือกแถว
 รัชนิกร ชันดี
 เสมอเหมือน โลหะกิจ
 นันทา ชัยพิชิตพันธ์
 ธิญญา สิงห์โต



ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)

นพ.วิโรจน์ วีระชัย* นพ.อังศุร ภักธกร* นพ.ลำซำ ลักขณาภิชนชัย* อ.ดร.ประภาพรรณ จูเจริญ**
 นพ.ชาญชัย ธงพานิช*** นพ.อภิศักดิ์ วิกยานุกุลลักษณ์**** พญ.ภัทรินทร์ ชมภูคำ*
 พญ.วรางคณา รัชงงาน* นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์* ดุชนิย์ ชาญปรีชา*
 รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์* วันเพ็ญ ใจบุญ* ระเบียบ ไธแก้ว* สมบัติ มากัน*
 สำเนา นิลบรรพ* ยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล* สมบูรณ์ เกื้อกแก้ว*
 รัชนิกร ชันดี* เสมอเหมือน โลหะกิจ* นันทา ชัยพิชิตพันธ์* ธัญญา สิงห์โต*

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ และเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติที่ต้องระดมกำลังทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากข้อมูลสำนักพัฒนาโยบายเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศ ปี 2552 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในเพศชาย ของประเทศไทยอันดับที่ 1 เกิดจากการดื่มสุรา และปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 คือการเสพติดบุหรี่และยาสูบ ซึ่งบุหรี่และสุราเป็นยาเสพติดที่ถูกกฎหมายที่เป็นสารเสพติดเริ่มต้นของผู้ใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นๆ ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าประมาณการผู้ที่ใช้ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี 2554-2556 และประมาณการมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาในปี 2555 จำนวน 560,000 ราย และปี 2556 จำนวน 434,131 ราย (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.), 2555)

นอกจากนั้นปัญหาเสพติดยังเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งลักษณะการแพร่ระบาดของยาเสพติด มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย โดยพบว่าสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กัมพูชา มีการแพร่ระบาดมากของยาบ้าและไอซ์ ส่วนประเทศสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์ เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย มีการใช้เฮโรอีนมากที่สุด โดยในระดับภูมิภาคอาเซียนได้มีคณะกรรมการอาวุโสอาเซียน (ASEAN Senior Officials on Drug Matters หรือ ASOD) เป็นคณะกรรมการกลางที่มีการประชุมและสร้างความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องในภูมิภาค ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันให้อาเซียนปลอดยาเสพติดในปี 2558 (Drug Free ASEAN in 2015) โดยกำหนดให้แต่ละประเทศเป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆ คือ ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการปราบปราม ประเทศสิงคโปร์เป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาวิจัย ประเทศมาเลเซียเป็นศูนย์กลางด้านการบำบัดฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมด้านความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านวิชาการการบำบัดรักษานั้น ถือว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีการริเริ่มในเรื่องการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับภูมิภาค โดยเริ่มจัดประชุมวิชาการร่วมกันครั้งแรกในปี 2556 รวมทั้งประเทศไทยเป็นประเทศศูนย์กลางด้านการฝึกอบรมความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งที่ผ่านมามีการอบรมให้กับบุคลากรจาก สปป.ลาว กัมพูชา และสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ เมื่อปี 2554 กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุ 12-24 ปี จากระบบฐานข้อมูลกรมการปกครองปี 2553 จำนวน 12,253,191 คน พบว่า เด็กและเยาวชนใช้สารเสพติดมากขึ้น จากการประมาณการจำนวนเด็กและเยาวชนที่ใช้สารเสพติดไม่นับรวมสุราและบุหรี่ทั่วประเทศมีจำนวน 1,715,447 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาอยู่ในช่วง 15-17 ปี และยาเสพติดที่ใช้ใน 3 ลำดับแรกคือ กัญชา ยาบ้า ยาไอซ์ สอดคล้องกับข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2551-2555 พบส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 51.0-52.0 ในขณะที่วัยกลุ่มผู้เสพติดอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 2.1 ในปี 2555 ผู้ที่เสพยาบ้าเข้ารับรักษามากที่สุด ร้อยละ 82.0-86.0 ในปี 2551-2555 รองลงมาคือ ผู้เสพยาไอซ์ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (จากร้อยละ 0.6 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 5.2 ในปี 2555)

* สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

** มหาวิทยาลัยมหิดล

*** โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

**** โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่



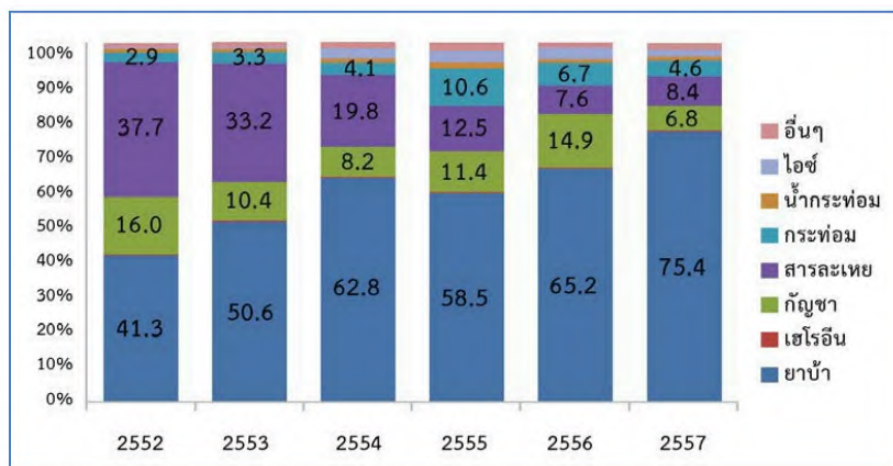
ตารางที่ 9.1 ผลประมาณการจำนวนเด็กและเยาวชนที่ใช้สารเสพติดทั่วประเทศ จำแนกตามตัวยาเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ลำดับ	ประเภท	จำนวน (คน)	อายุเฉลี่ย (ปี)	อายุที่ใช้ครั้งแรก (ปี)
	ยาเสพติด (ไม่นับรวมเหล้าและบุหรี่)	1,715,447	-	-
1	กัญชา	894,483	17	-
2	ยาบ้า	649,419	17	7 ขวบ
3	ยาไอซ์	563,647	16	-
4	ยานอนหลับ-ยากลายเครียด	453,368	17	-
5	กระท่อม	428,862	17	-
6	สารระเหย	343,089	15	-
7	ยาอี/เอ็กซ์ตาซี/ยาเลิฟ	171,545	16	-
8	โคเคน	110,279	-	-
9	เฮโรอีน	98,026	-	-
10	ฝิ่น	85,772	-	-

ที่มา: สำนักวิจัยแบบคโพลส์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2554

ด้านการจำแนกความรุนแรงของการเสพติดพบว่าร้อยละ 70.0-75.0 เป็นกลุ่มเสพติด ร้อยละ 25.0 เป็นกลุ่มติด และร้อยละ 2.0-3.0 เป็นกลุ่มติดยาหนัก มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 75.0 โดยใช้ยามาก่อน 3-5 ปี ส่วนข้อมูลด้านการติดตามหลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 47.0 ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะติดตามการรักษา 1 ปี และในกลุ่มที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง พบว่าไม่กลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 85.0 (สำนักงาน ป.ป.ส., 2555)

นอกจากนี้ สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส. ยังมีรายงานถึงแนวโน้มสถานการณ์ยาเสพติดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2552-2557) พบว่าปัญหาสำคัญประการหนึ่งคือ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 1.0-1.5 ซึ่งแม้ว่าจะเป็นสัดส่วนที่ไม่มากนัก แต่เป็นกลุ่มที่พบในเกือบทุกจังหวัด โดยตัวยาที่ใช้ คือ ยาบ้า ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 75.4 ในปี 2557 ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องพิจารณาแก้ไขโดยเร่งด่วน (ภาพที่ 9.1)



ภาพที่ 9.1 สัดส่วนผู้เข้าบำบัดที่อายุน้อยกว่า 15 ปี แยกตามชนิดยาเสพติด

ที่มา: สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส.



สถานการณ์ปัญหาและสารเสพติด

1. ยาบ้า

ยาบ้ามีแนวโน้มการแพร่ระบาดมากขึ้นตามภูมิภาคต่างๆ ของโลก จากรายงานสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC, 2012) แสดงให้เห็นแนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดโดยเปรียบเทียบจากข้อมูลของกลางที่จับกุมได้ว่าสารกลุ่ม Amphetamine-type stimulants (ATS) มีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูงขึ้น และมากกว่าสารเสพติดกลุ่มอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2553 ประมาณการว่าประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งประมาณ 153-300 ล้านคน และพบว่าประชากรกลุ่มนี้ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนถึงร้อยละ 0.3-1.2 หรือประมาณ 14-52 ล้านคน และยังพบว่าแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ใช้สารกระตุ้นสูงกว่าภูมิภาคอื่นทั่วโลก

ในประเทศไทย พบว่า ขนาดของปัญหาเสพติดภายในประเทศไทยมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหลังจากการประกาศสงครามยาเสพติดในปีงบประมาณ 2546 พบจำนวนคดี การจับกุม และจำนวนของกลางสูงขึ้นโดยพบคดีการจับกุมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2547-2556 พบว่า คดีการจับกุมสูงขึ้นกว่าเดิม 4 เท่าตัว และพบของกลางมีจำนวนสูงขึ้นกว่าเดิม 5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยเอแบคโพลล์ ปี 2555 ในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปี จำนวนมากกว่า 48 ล้านคนทั่วประเทศพบว่า ตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของชนกลุ่มนี้มีผู้เคยใช้ยาบ้าจำนวน 3.7 ล้านคน หรือประมาณ 76.6 คนต่อพันคน และผู้เคยใช้ยาบ้าในช่วง 1 ปีก่อนการสำรวจมีอยู่ประมาณเกือบ 3 ล้านคน จึงอาจกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 80.0 ของผู้เคยใช้ยาบ้าครั้งหนึ่งในชีวิตยังคงมีการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ผู้เสพติดปัจจุบัน) หรือประมาณ 62.1 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าในการสำรวจปี 2550 ที่พบผู้เคยใช้ยาบ้า 12.4 ต่อ 1,000 ประชากร โดยในปี 2555 มีผู้ที่ใช้ยาบ้าสูงขึ้นกว่าในปี 2550 ถึง 5 เท่า และจากจำนวนผู้เสพติดยาบ้าในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นใกล้จำนวนคนที่เคยใช้ยาบ้าตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา สอดคล้องกับประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดจากการสำรวจครัวเรือนของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดที่ได้สำรวจในปี 2554 พบว่ามีผู้เคยใช้ยาบ้า จำนวน 902,244 คน (หรือประมาณ 18.7 ต่อ 1,000 ประชากร) ในจำนวนนี้ผู้ที่ใช้ยาบ้าใน 1 ปี จำนวน 92,510 คน (1.92 ต่อ 1,000 ประชากร) รวมทั้งมีผู้ใช้ยาบ้าภายใน 30 วัน จำนวน 36,834 คน (ประมาณ 0.76 ต่อ 1,000 ประชากร) ซึ่งพบว่ามีการแพร่ระบาดรุนแรงในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และในทุกภูมิภาคต่อเนื่องตลอดมา

สำหรับการสำรวจของสำนักงานวิจัยเอแบคโพลล์ เมื่อปี 2554 พบเด็กและเยาวชนที่ใช้สารเสพติดไม่นับรวมสุราและบุหรี่ทั่วประเทศ จำนวน 1,715,447 คน ซึ่งในกลุ่มนี้พบผู้ที่ใช้ยาบ้าและยาไอซ์มากเป็นอันดับ 2 และ 3 กล่าวคือมีผู้ที่ใช้ยาบ้าจำนวน 649,419 คน และยาไอซ์ 563,647 คน มีอายุเฉลี่ย 17 ปี และ 16 ปี ตามลำดับ และพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ พบผู้เสพติดครั้งแรกเมื่ออายุเพียง 7 ปีเท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามาตรการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษากำลังประสบปัญหาเนื่องจากการป้องกันการระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรืออาจจะกระจายไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวยังเชื่อมโยงถึงวิธีการปราบปรามด้วยว่า ระบบนี้ยังมีช่องว่างที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้รวมถึงระบบการบำบัดรักษาที่ขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปเสพติดซ้ำและวนเวียนในวงจรนี้ต่อไป

2. ฝิ่น และเฮโรอีน

จากสถานการณ์การใช้ยาเสพติดทั่วโลก พบว่ามีผู้ที่ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายร้อยละ 5.0 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ สารหลักยังคงเป็นสารกลุ่มกัญชา เมทแอมเฟตามีน ฝิ่นและอนุพันธ์ ในรายงานล่าสุดของ UNODC พบว่าพื้นที่การปลูกและการเก็บเกี่ยวฝิ่นมีปริมาณลดลงโดยรวมในระดับโลก ส่วนในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาในปลายทศวรรษ 1960 จากเดิมที่สูบฝิ่น เป็นเสพยาโรอีนแทน และเนื่องจากมีการบังคับใช้กฎหมาย และมีการต่อต้านการผลิตในประเทศแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน การผลิตเฮโรอีนในภูมิภาคเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จึงเพิ่มมากขึ้น จนทำให้กลับมีการขยายตลาดในภูมิภาคเอเชียแทน ในช่วงประมาณ 20 ปีต่อมา เป็นช่วงที่บางประเทศ เช่น ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนจากการสูบฝิ่นมาเป็นการสูบเฮโรอีน และล่าสุดจะเป็นการฉีดเฮโรอีน มีรายงานล่าสุดที่เป็นสัญญาณเตือนถึงขนาดของปัญหาฝิ่นและอนุพันธ์ว่ามีพื้นที่การปลูกและการเก็บเกี่ยวฝิ่นในปริมาณเพิ่มมากขึ้น มีการผลิต แปรรูป และลำเลียงฝิ่นและอนุพันธ์ รวมไปถึงสารเสพติดอื่นๆ เพิ่มขึ้น (UNODC, 2011)



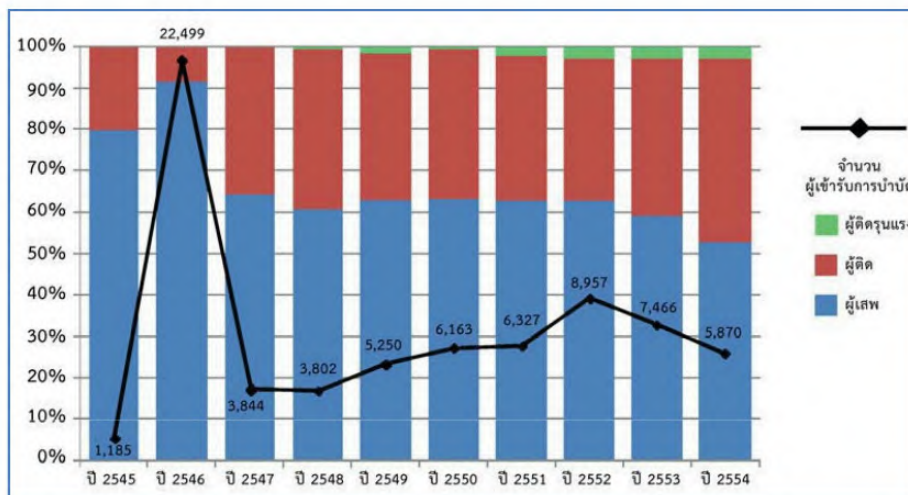
ในประเทศไทยยังคงมีการลักลอบปลูกฝิ่นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยปัญหาฝิ่นและเฮโรอีนจากระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2556 พบเป็นสารเฮโรอีน 3,369 ราย และฝิ่น 3,497 ราย ในจำนวนนี้พบว่าการบำบัดด้วยเมทาโดน 4,012 ราย กระจายตัวมากที่บริเวณภาคเหนือ ภาคใต้ตอนล่าง และกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้จากการคาดการณ์ทางสถิติของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยการใช้หลักการทางระบาดวิทยาคาดการณ์ว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลุ่มฝิ่นและเฮโรอีนมากถึง 40,300 ราย

3. กัญชา

รายงานของ UNODC ปี 2012 ระบุว่า กัญชาเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มากกว่ายาเสพติดชนิดอื่น โดยประชากรทั่วโลกจำนวน 119-224 ล้านคนที่เป็นผู้เสพกัญชา ทั้งชนิดกัญชาแห้งและผลิตภัณฑ์จากเรซิน มีผู้เสพในปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่างร้อยละ 2.8-4.5 ของประชากรอายุ 15-64 ปี

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาเสพติดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการจับกุมผู้ต้องหาติดกัญชา ร้อยละ 9.7 ของผู้ต้องหาทั้งหมด จำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับกัญชามีมากถึง 120,000 ราย ในแต่ละปี ในจำนวนนี้เป็นเยาวชนถึงร้อยละ 40.0 และพบว่าเยาวชนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับกัญชาทั้งการเสพและการค้ามีแนวโน้มอายุลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง

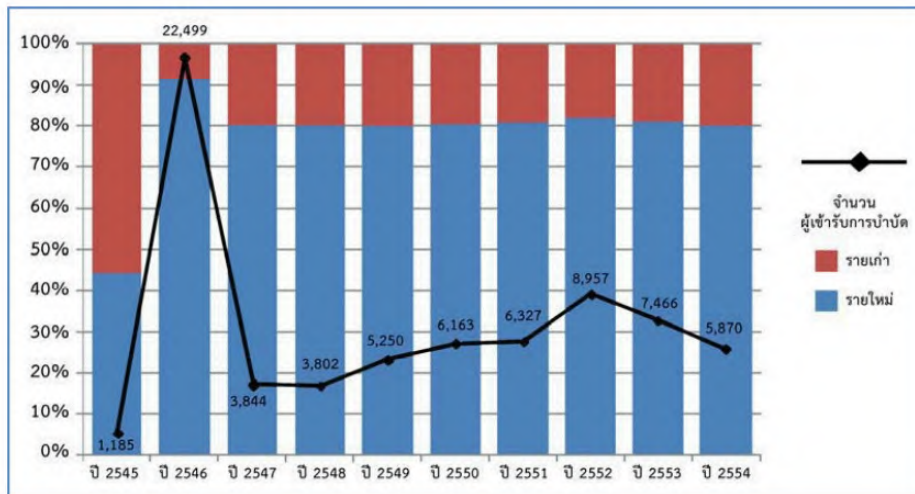
ในปี 2554 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ได้สำรวจเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติด พบว่ามีผู้เคยใช้กัญชาจำนวน 2,440,785 ราย เป็นผู้ที่ใช้กัญชาใน 1 ปี จำนวน 109,040 ราย และผู้ที่ใช้กัญชาใน 30 วัน จำนวน 9,880 ราย และจากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดกัญชาจากปี 2545 มีจำนวนเพียง 1,135 ราย เพิ่มขึ้นถึงหลายเท่าในปี 2546 ซึ่งเป็นช่วงสงครามยาเสพติด และลดลงเป็นปกติในปีถัดมา (ภาพที่ 9.2) โดยมีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีอย่างช้าๆ จนสูงสุดในปี 2552 และเริ่มลดลง ในปี 2554 สำหรับอัตราส่วนผู้เข้ารับการบำบัด พบว่าในช่วงปี 2545 ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนมากเป็นผู้เข้าบำบัดรายเก่า ประมาณร้อยละ 55.0 สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ในปี 2546 มีสัดส่วนผู้เข้าบำบัดรายเก่าเหลือเพียงร้อยละ 10.0 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 ตั้งแต่ปี 2547 มาจนถึงปี 2554 (ภาพที่ 9.3)



ภาพที่ 9.2 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาพิษยาเสพติด และสัดส่วนของผู้ติดยาเสพติดตามระดับการเสพติด

ที่มา: ข้อมูล สำนักงาน ป.ป.ส. วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2555





ภาพที่ 9.3 อัตราส่วนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดกัญชารายเก่าต่อรายใหม่

ที่มา: ฐานข้อมูล สำนักงาน ป.ป.ส. วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2555

4. ไอซ์

ไอซ์เป็นกลุ่มยา club drugs ที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่าตัว จากร้อยละ 0.6 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 5.2 ในปี 2555 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ไอซ์เป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพเข้ารับการรักษาบำบัดเป็นอันดับที่สองรองจากยาบ้า คือ ร้อยละ 1.0-5.0 (สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส., 2555) และผู้เข้าบำบัดรักษารายใหม่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 5.3 ในปี 2555 ซึ่งไอซ์เข้ามาแพร่ระบาดได้ไม่นานนัก แต่มีการกระจายและขยายตัวทั่วทั้งพื้นที่ 77 จังหวัด ของประเทศ โดยปัจจัยที่ทำให้การแพร่ระบาดของไอซ์ คือ มีแหล่งผลิตอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา นอกจากนี้การจำหน่ายไอซ์ให้ผลตอบแทนที่สูง ทำให้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ไอซ์จะแพร่ระบาดรุนแรงขึ้น

จากข้อมูลสถานการณ์ไอซ์ สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส. ปี 2552 ได้รายงานไว้ในปี 2549-2551 กลุ่มอายุ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรายใหม่อยู่ในช่วง 20-24 ปี (ร้อยละ 30.0-37.0) รองลงมาอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 28.0-30.0) และอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 15.0-16.0) โดยกลุ่มบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 33.0-37.0) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 9.0-28.0) ขณะที่กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา มีประมาณร้อยละ 8.0-10.0 อย่างไรก็ตามจากการที่กลุ่มผู้เข้าบำบัดรักษารายใหม่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มว่างงานและรับจ้างที่มีรายได้ไม่สูงนักขณะที่ราคาจำหน่ายไอซ์ค่อนข้างสูง ซึ่งเมื่อพิจารณาสาเหตุการเข้ามาบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่ถูกจับกุม มีถึงร้อยละ 64.0-70.0 และไม่มีเงินซื้อยาเสพติด แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่ผู้เสพไอซ์จะเข้ามาบำบัดรักษา หรือสมัครใจเข้ามาบำบัดรักษามีอยู่ไม่มากนัก

จากการสำรวจของ Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) เมื่อปี 2003 ตามโครงการ National survey on Drug Use and Health รายงานว่า พบผู้ใช้ไอซ์ร้อยละ 5.0 ของประชากรในสหรัฐอเมริกาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 0.3 ยังคงใช้ไอซ์ต่อเนื่องมานานกว่า 1 เดือน ทั้งนี้ยาไอซ์ที่แพร่ระบาดในสหรัฐอเมริกา มีแหล่งผลิตที่ประเทศเม็กซิโก จากการสำรวจดังกล่าวยังพบว่าการแพร่ระบาดของยาไอซ์ในเขตนี้เกิดจากผลิตไอซ์ด้วยการปรุงขึ้นเองมากถึงร้อยละ 20.0 โดยใช้ห้องทดลองเล็กๆ ที่เรียกว่า kitchen lab และหาซื้อสารเคมีตามท้องตลาด โดยสารตั้งต้นของยาไอซ์สกัดได้จากตัวยาที่ใช้รักษาโรคบางชนิด ซึ่งผู้สนใจที่จะผลิตยาไอซ์สามารถสืบค้นข้อมูลการผลิตได้จากอินเทอร์เน็ต สำหรับการแพร่ระบาดของยาไอซ์ในประเทศแถบเอเชีย มีข้อมูลรายงานว่า พบโรงงานผลิต มากกว่า 100 โรงงาน และประเทศที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด และมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ประเทศกัมพูชา จีน อินโดนีเซีย และไทย (มานพ, นสพร และวรพล, 2553)



5. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญาของประชากรไทย ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคนั้น ยังรวมถึงครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2554 พบว่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นนักดื่มในปัจจุบัน หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 17 ล้านคน (ร้อยละ 31.5) ของประชากรผู้ใหญ่และยังพบประชากร 4.7 ล้านคน (ร้อยละ 8.7) เป็นผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยพบว่าเพศชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า

ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี 2544-2554 พบว่าภาพรวมความชุกของนักดื่มในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมาค่อนข้างคงที่ โดยมีทิศทางลดลงเล็กน้อยคือ จากร้อยละ 32.7 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 31.5 ในปี 2554 ซึ่งลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.37 ต่อปี ในการสำรวจนี้พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ 20.4 ปี ประชากรชายที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 19.4 ปี สำหรับประชากรหญิงเริ่มดื่มเฉลี่ยที่อายุ 24.5 ปี มีข้อสังเกตว่าประชากรกลุ่มอายุที่น้อยกว่ามีแนวโน้มเริ่มดื่มเร็วกว่ากลุ่มประชากรที่อายุมากกว่า โดยผู้ชายเริ่มดื่มก่อนผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของการดื่มสุราในการสำรวจปี 2554 พบว่า จำนวนกว่า 7.5 ล้านคนหรือเกือบครึ่งของผู้ดื่มเป็นผู้ดื่มประจำ (regular drinker) ซึ่งดื่มทุกสัปดาห์ และอีกกว่า 9 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 56.0 ดื่มแบบนานๆ ครั้ง (occasional drinker) ซึ่งดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อพิจารณาการดื่มประจำพบว่า มีผู้ดื่มทุกวันและเกือบทุกวันประมาณ 2.8 ล้านคน (ร้อยละ 18.3) ของผู้ดื่มทั้งหมด โดยในกลุ่มนักดื่มชายมีสัดส่วนการดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันสูงกว่านักดื่มหญิงอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 20.0 และร้อยละ 10.2 ตามลำดับ

5.1 สถานการณ์การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นเรื่องง่ายและไม่เป็นปัญหาสำหรับประชาชนและผู้ดื่มของไทยข้อมูลในปี 2550 ชี้ว่ามีร้านค้า/จุดจำหน่ายที่ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่า 530,000 ร้านหรือประมาณหนึ่งร้านต่อประชากร 118 คน ประชากรทั่วไปใช้เวลาประมาณ 7.5 นาทีในการหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับเด็กและเยาวชนสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านค้า ร้านอาหารบริเวณรอบโรงเรียนในรัศมีไม่เกิน 500 เมตรโดยใช้เวลาเฉลี่ย 12-14 นาที นอกจากนี้เด็กและเยาวชนยังได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผู้อื่นทั้งผู้ที่อายุมากกว่าและต่ำกว่า 20 ปี

5.2 ความสำคัญของปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกจัดให้อยู่ใน 4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จากภาวะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ได้ถูกผลักดันให้เป็นวาระระดับโลก เพราะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจัดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรโลกซึ่งมากถึงร้อยละ 63.0 และยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศในเดือนกันยายน 2554 ได้มีมติเรียกร้องให้ผู้นำแต่ละประเทศจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างจริงจัง ส่งผลให้การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์เป็นเรื่องสำคัญตามไปด้วย และในรายงานสถานการณ์โลกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2553 ขององค์การอนามัยโลก (Global Status Report on NCDs 2010) ได้รวบรวมข้อมูลทางวิชาการว่าด้วยการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ซึ่งได้เสนอมาตรการที่มีความคุ้มค่าในการดำเนินการและระบุประสิทธิภาพว่าจะช่วยลดภาระโรคลง 5-10 ล้านปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) หรือร้อยละ 10.0-20.0 ของภาระโรครวมของแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดภาระโรคมกกว่า 50 ล้าน DALYs หรือประมาณร้อยละ 4.5 ของภาระโรคโดยรวม

นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุรากับการบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมที่พบร่วมกัน และมีความสัมพันธ์กันได้ในหลายรูปแบบ ทั้งลักษณะการชักนำ และการใช้ร่วมกัน จากการสำรวจในปี 2554 พบว่าผู้ดื่มสุราในปัจจุบันที่มีการใช้ยาสูบควบคู่ไปด้วยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 48.4 โดยกลุ่มที่ดื่มมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงเป็น 8.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยดื่มเลยในช่วงชีวิต



5.3 ปัญหาสุขภาพจิตกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มักดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะการดื่มหนักและการดื่มเป็นประจำ ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่มีการเข้าถึงการบริการ แต่ปัญหาในส่วนนี้ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่มีภาวะติดสุราคิดเป็นมูลค่าถึง 43 ล้านบาทต่อปี หากมีจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดสุราเช่นนี้เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดภาระของสังคมในแง่ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติทางจิตเวชของคนไทยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในปี 2551 ประเมินการได้ว่าคนไทยวัยดังกล่าวซึ่งมีจำนวน 43 ล้านคนมีคนไข้ที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรมดื่มสุรามากถึง 5 ล้านคน (ร้อยละ 11.7) ในจำนวนนี้ มีผู้ที่เข้าข่ายถูกวินิจฉัยได้ว่าใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (alcohol abuse) จำนวน 2.12 ล้านคน และเข้าข่ายมีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) จำนวน 2.94 ล้านคน ในจำนวนนี้พบ 3.5 แสนคนที่มีปัญหาทั้งจากการดื่มสุราและปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล โรคจิตเภท และอื่นๆ ภาวะโรคด้านสุขภาพจิตยังชัดเจนในประชากรเพศชายโดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปสู่การทำร้ายตนเอง องค์กรอนามัยโลก รายงานว่าหากไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจะลดลงร้อยละ 16.0-41.0 การดื่มสุรายังทำให้เสียชีวิตถึง 916 ราย จากการฆ่าตัวตาย (suicides) ในปี 2552 หรือร้อยละ 15.3 ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด 5,992 คน

ข้อมูลด้านการผลิตยาเสพติดของไทย

ด้านการผลิตส่วนใหญ่ทั้งยาบ้า ไอซ์ และเฮโรอีน อยู่ในพื้นที่อิทธิพลของชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทยเพื่อนบ้าน มีศักยภาพในการผลิตยาเสพติดได้อย่างไม่จำกัด ส่วนการผลิตในประเทศ ยังมีจำนวนน้อยไม่ส่งผลโดยรวมต่อสถานการณ์ยาเสพติดภายในประเทศ ส่วนสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ ยังคงมีความพยายามลักลอบส่งออกสารตั้งต้นประเภทซูโดอีเฟดรีนไปยังแหล่งผลิตในประเทศเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่จะนำเข้ามาจากประเทศอินเดีย ซึ่งมีระบบการควบคุมไม่เข้มงวดกับซูโดอีเฟดรีนในรูปแบบเม็ด และบางส่วนมีการลักลอบนำเข้าจาก สปป.ลาวไปสู่แหล่งผลิต ในด้านการลักลอบนำเข้ายาเสพติดทั้งยาบ้า ไอซ์ และเฮโรอีนมีการนำเข้าทางแนวชายแดนของเมียนมาร์เข้าสู่ตลาดไทยโดยตรงมากกว่าร้อยละ 90.0 ส่วนที่เหลือนำอ้อมไปผ่านชายแดน สปป.ลาว นำเข้ามาประเทศไทยและมีแหล่งเก็บพักยาเสพติดที่สำคัญยังคงอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (สำนักงาน ป.ป.ส.; 2556)

สาเหตุของการเสพติดยาและสารเสพติด อธิบายได้จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิต (psychodynamics) ทฤษฎีดั้งเดิมที่เกี่ยวข้อง เช่น classic theory พบว่าการเสพติดและสารเสพติดเปรียบเสมือนการถึงจุดสุดยอด หรือเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลของจิตใจในทฤษฎีใหม่ๆ เชื่อว่าเป็นการแสดงถึงจิตใจที่อ่อนแอ ถูกครอบงำได้ง่ายไม่อยู่ในความเป็นจริง
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral theories) ซึ่งเน้นพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดที่เกิดจากสารนั้นส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสพอย่างต่อเนื่อง (positive reinforcement)
3. ปัจจัยด้านพันธุกรรม เห็นได้ชัดในการเสพติดสุรา จากการศึกษาวิจัยด้านพันธุกรรมศาสตร์ที่พบว่า ฝาแฝดเหมือน ผู้ถูกเลี้ยงดูและเติบโตในสถานที่ต่างกัน แต่เป็นโรคติดสุรา (alcoholism) เหมือนกัน
4. ปัจจัยด้านสมองและสารสื่อประสาท ยาและสารเสพติดจะออกฤทธิ์ผ่านตัวรับและสารสื่อประสาทมีผลต่อสารเคมี และสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการติด อาการถอนยาและสารเสพติด โดยเฉพาะ brain reward circuit

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เสพติด

1. ภาวะจิตใจที่อ่อนแอ อ่อนไหว มีภาวะเครียด ซึมเศร้า
2. อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง
3. ถูกชักชวน ชักจูง หลอกลวง บังคับ
4. ครอบครัวขาดความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ การดูแลสอดส่อง
5. สิ่งแวดล้อม อยู่ในแหล่งที่มีการแพร่ระบาดมาก
6. ค่านิยมที่ผิด โดยเลียนแบบตัวอย่างจากสื่อ ดารา นักแสดง เป็นต้น



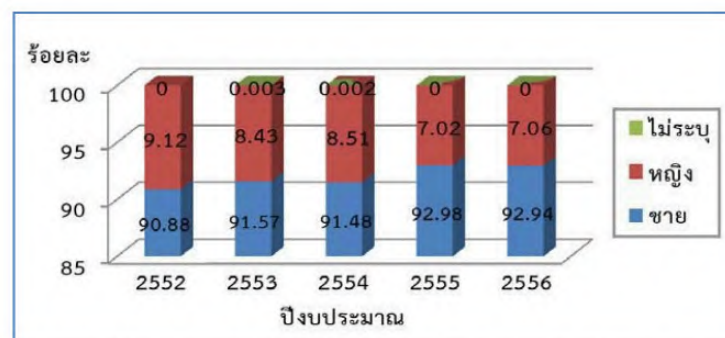
ผลกระทบทางสุขภาพจากการเสพติดยาและสารเสพติด

1. โรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ฯลฯ
2. โรคร่วมทางกาย เช่น โรคแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบสมอง-ประสาท การติดเชื้อแทรกซ้อน เป็นต้น

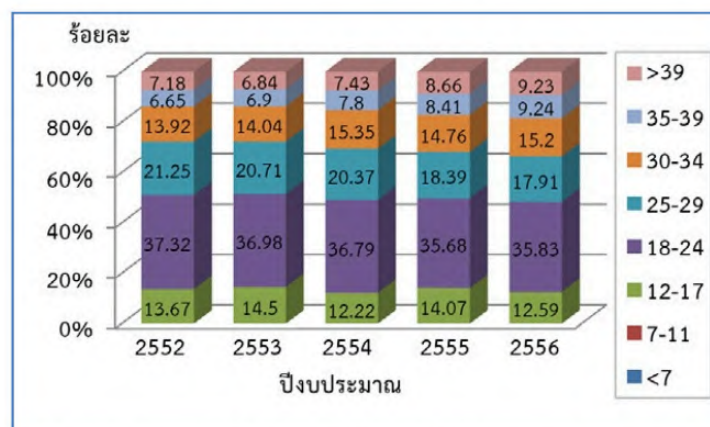
ตารางที่ 9.2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2556

ผู้ป่วยยาเสพติด จำแนกตามเพศ	2552		2553		2554		2555		2556	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	122,077	90.88	134,025	91.57	187,237	91.48	319,389	92.98	300,151	92.94
หญิง	12,249	9.12	12,338	8.43	17,425	8.51	24,129	7.02	22,800	7.06
ไม่ระบุ	1	0	4	0.003	4	0.002	1	0	0	0
รวมทั้งหมด	134,327	100	146,367	100	204,666	100	343,519	100	322,951	100

ที่มา: ข้อมูล บสต.3 ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557

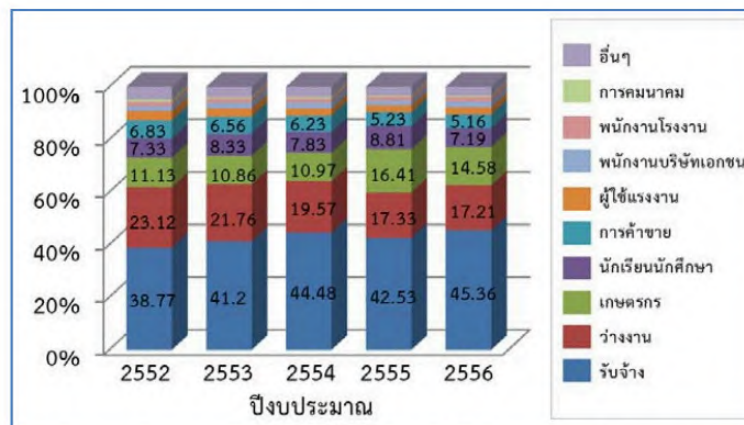


ภาพที่ 9.4 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามเพศ



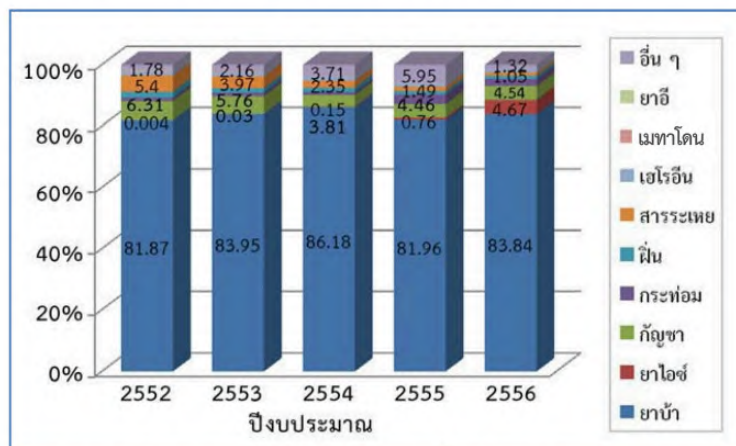
ภาพที่ 9.5 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ





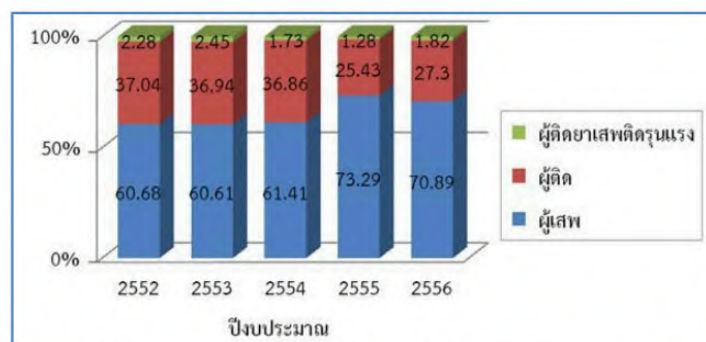
ภาพที่ 9.6 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามอาชีพ

จากภาพที่ 9.4-9.6 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นชาย กลุ่มอายุที่เสพมากที่สุด คือ 18-24 ปี รองลงมาคือ อายุ 25-29 ปี อาชีพส่วนใหญ่ของผู้เสพติดส่วนใหญ่คือ รับจ้าง รองลงมาคือ ผู้ว่างงาน และทำการเกษตร



ภาพที่ 9.7 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามชนิดยาเสพติด

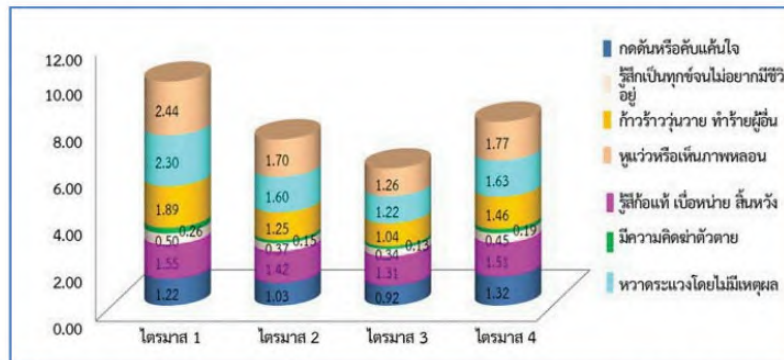
จากภาพที่ 9.7 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดยาบ้ามีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กัญชา สารระเหย กระท่อม ส่วนในปีงบประมาณ 2556 ไอซ์เป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่า 6 เท่าเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2555



ภาพที่ 9.8 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามระดับการเสพติด



จากภาพที่ 9.8 แสดงให้เห็นว่า เมื่อจำแนกผู้ป่วยเสพติดตามระดับการเสพ พบว่าผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552-2556 ส่วนใหญ่เป็นเพียงผู้เสพ รองลงมาคือ ผู้ติด และผู้เสพติดรุนแรง โดยในปี 2556 มีผู้เสพ ผู้ติด และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ร้อยละ 70.89 รองลงมาคือร้อยละ 27.30 และ 1.82 ตามลำดับ



ภาพที่ 9.9 ร้อยละผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิตทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2556 จากฐานข้อมูล บสต.3

จากภาพที่ 9.9 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดทั่วประเทศมีแนวโน้มเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล และรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง แม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็มีมากกว่าร้อยละ 6.2-10.2 ของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมด ซึ่งอาการแสดงนี้เป็นอาการนำของอาการทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด

ระบาดวิทยาของยาเสพติดที่น่าเสนอเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยสืบค้นจากสถิติของสถาบันอนุรักษ์ และสถิติจากระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) นับเป็นข้อมูลภาพรวมของประเทศที่สามารถเข้าถึงได้ในขณะนี้ ซึ่งจากข้อเท็จจริงพบว่ามีผู้เสพยาเสพติดอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หรือรักษาในภาคเอกชน วัด หรือหน่วยงานต่างๆ อีกจำนวนมาก ดังนั้นข้อมูลการแพร่ระบาดของยาเสพติดจึงเป็นเพียงการประมาณการเท่านั้น แต่ก็นับเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ใช้ข้อมูลพึงตระหนักว่ายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มขนาดและจำนวนของปัญหาตลอดเวลาแม้ว่าจะมีการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขแล้วก็ตาม ทั้งนี้ข้อมูลที่น่าเสนอนับเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการอ้างอิง และพัฒนางาน รวมถึงใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แนวโน้มการแพร่ระบาดของปัญหาและสารเสพติดของประเทศ เพื่อวางยุทธศาสตร์การดูแลปัญหานี้ต่อไป

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

สืบเนื่องจากขณะนี้ปัญหาเสพติดมีความรุนแรง และมีการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ ภาครัฐและเอกชน ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันใช้มาตรการ แนวทางที่หลากหลายรูปแบบ ใช้ความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้กระบวนการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเสพติด การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดมาโดยตลอด แต่ปัญหานี้ก็ยังไม่ลดลง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสังเคราะห์ให้เห็นถึงขนาดของภาระโรคจากการติดยาเสพติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการรับและพัฒนานโยบายให้เหมาะสมกับปัญหาต่อไป

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงการเสียชีวิตและความพิการอันเนื่องมาจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงขาดข้อมูลหรือตัวเลขนำเข้าที่จะใช้สำหรับคำนวณภาระโรคจากการติดยาและสารเสพติด แต่พอจะมีการคำนวณจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุ การเสียชีวิต ความพิการ และการมีปัญหাসุภาพทางจิตร่วมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานผลการศึกษาพบว่า ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ในเพศชาย ร้อยละ 0.7 และเพศหญิง ร้อยละ 0.1 ของภาระโรคจาก 14 สาเหตุความเสี่ยงที่ศึกษา ซึ่งมีค่าเท่ากับ 45,147 ปี มีการสูญเสียสูงในช่วงอายุ 30-44 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรคกับปัจจัยอื่นๆ การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายจะอยู่ในอันดับที่ 12 จาก 14 ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำมาก โดยมีข้อจำกัดของการศึกษาคือ ข้อมูลความชุกของการใช้สารเสพติดได้



จากการสำรวจสถานภาพการใช้สารเสพติด ในปี 2550-2551 ซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศ โดยใช้แบบสอบถาม คำถามคือ “ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านใช้ เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา หรือไม่” ซึ่งนับเป็นคำถามที่อ่อนไหว จึงอาจจะไม่ได้รับคำตอบที่แท้จริง

นอกจากนี้ การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ติดยาเสพติดในปี 2552 พบผู้ติดยาเสพติดจำนวน 14,376 ราย แบ่งเป็น กัญชา 6,711 ราย แอมเฟตามีน 6,634 ราย และเฮโรอีน 1,031 ราย มีผู้เสียชีวิต 403 ราย (ร้อยละ 0.1) ของผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด ส่งผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการที่มีผู้เสียชีวิตและพิการจากการใช้ยาเสพติดทั้งหมดรวมกันแล้วกว่า 1.36 (100,000 ปี) แบ่งเป็นชาย 1.28 (100,000 ปี) และหญิง 8.6 (1,000 ปี) ที่น่าตกใจคือ ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้ส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ซึ่งสะท้อนว่าการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ให้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ แม้ว่าภาพรวมของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังคงมีสาเหตุหลักมาจากการมีเพศสัมพันธ์ แต่การใช้ยาเสพติดก็เป็นสาเหตุอันดับสอง ด้วยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นอกจากนั้นข้อมูลที่คาดประมาณว่า ข้อมูลอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากตั้งแต่ปี 2545 รัฐบาลมีความจริงจังในการณรงค์ปราบปรามยาเสพติด มีการดำเนินการจริงจัง มีบทลงโทษที่รุนแรง ทำให้ผู้เสพไม่กล้าเปิดเผยว่าตัวเองติดยาเสพติด

ภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทยในปี 2552 พบปัจจัยเสี่ยงอันดับแรก คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในเพศชาย ถึง 912,885 ปี หรือ ร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติถึง 3 เท่า โดยเกิดจากความผิดปกติทางจิตสูงสุด (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือ บาดเจ็บ (ร้อยละ 23.0) โรคตับแข็ง (ร้อยละ 10.0) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 9.0)

ในภาพรวมของประเทศปี 2552 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยในเพศชายถึง 20,842 ราย หรือร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มสุราส่งผลให้ประชากรชายไทยตายก่อนวัยอันควรนับรวมเป็น 408,839 ปี ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLLs: Years of life lost) ซึ่งร้อยละ 10.9 ของการสูญเสียจำนวนปีจากการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าการดื่มสุราทำให้ประชากรชายไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,046 ปี หรือร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียจากความพิการ (YLDs: Years lived with disability) โดยเฉพาะในเพศชายพบภาวะติดสุราเป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) และความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ร้อยละ 22.6 และ 8.7 ตามลำดับ

ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์

จากรายงานการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั่วโลกมีจำนวน 22-55.9 ต่อ 1,000,000 ประชากรผู้ใหญ่ ส่วนในเอเชียพบว่ามีจำนวน 5.4-48.6 ต่อ 1,000,000 ประชากรผู้ใหญ่ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้องในประเทศไทย เกี่ยวกับการตายจากการใช้ยาเสพติด และจากการศึกษาทั้งหมดไม่พบว่ามี การแบ่งชนิดของสารเสพติดออกมาเป็นกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ ภาระโรคส่วนใหญ่จากการใช้ฝิ่นและเฮโรอีนเป็นภาระโรคที่เกิดจากอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดผิด (harm-related) กับการระบาดของเชื้อเอชไอวี พบว่า การใช้ยาชนิดผิดเป็นช่องทางของการติดเชื้อไวรัสที่ติดมากับกระแสเลือด เช่น เอชไอวี การใช้เข็มและอุปกรณ์การฉีดยาร่วมกันในหลายแห่งของโลกสามารถทำให้มีการแพร่ระบาดของรวดเร็วของเชื้อเอชไอวี เอชซีวี และเอชบีวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดผิด ได้มีการคาดประมาณว่า อาจจะมีสูงถึงร้อยละ 10.0-80.0 ของการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดผิด

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

ในการคิดภาระโรคทั่วไปจะคิดจากการเสียชีวิตและพิการ แต่ผลจากการติดยาเสพติดไม่สามารถหาความสัมพันธ์จากการพิการและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติด มีดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพอนามัย พบการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นบ่อยใน 1 ปี เช่น ไข้หวัด ภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหาร แต่ได้รับประทานอาหารก็ไม่ครบมื้อหลัก และไม่ปฏิบัติตามหลักโภชนาการของวัย ดัชนีมวลกายไม่สมดุล ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากรายงานการวิจัยพบความบกพร่องทางความคิด และการตอบสนองทางพฤติกรรม และยังพบว่าผู้ป่วยเสพติดมักมีอาการความจำเสื่อม นอนไม่หลับ และเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด



2. ด้านเศรษฐกิจ จากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อติดยาเสพติดผู้ติดยาต้องการเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา สาเหตุเกิดจากภาวะสมองติดยา และมีภาวะพึ่งยา (drug dependence) จึงทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องการเงินในปริมาณมากขึ้นตามไปด้วย เป็นเหตุให้สูญเสียสภาพคล่องทางการเงินและฐานะทางเศรษฐกิจของตนเองและต่อเนื่องไปยังครอบครัว ประกอบกับผลกระทบในข้อที่ 1 ทำให้ผู้ติดยาไม่สามารถประกอบอาชีพ หายรายได้ตามปกติได้ เพราะสุขภาพไม่อำนวยในการประกอบสัมมาอาชีพ

3. ด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม การติดยาเสพติดยังเกิดผลกระทบกับครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เมื่อติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดจะปลีกตัว ไม่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดั้งเดิม ถ้าบุคคลนั้นจำหน่ายยาเสพติด เมื่อถูกจับกุมครอบครัวนั้นจะเกิดสภาวะแม่หรือพ่อเลี้ยงเดี่ยว หรือหากพ่อหรือแม่ติดคุกทั้งคู่ ลูกจะต้องไปอยู่กับญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะเกิดปัญหาตามมามากมาย นอกจากนั้นการเสพติดยังก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวจากการใช้ยาเสพติดทุกรูปแบบ ทั้งความรุนแรงจากการปล่อยปะละเลยไม่ดูแลกันและกันในครอบครัว ความรุนแรงทางร่างกาย เพศ และวาทะกรรม การไม่ไว้วางใจของบุคคลในครอบครัวจากการลักทรัพย์ของผู้ติดยาเพื่อนำไปใช้ในการซื้อขายยาเสพติด สารเสพติดยังเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาสังคมอย่างมาก โดยเฉพาอย่างยิ่งปัญหาอาชญากรรม เพราะผู้ติดยาจำเป็นต้องใช้เข็มสำหรับฉีดยาเสพติดเป็นประจำทุกวัน และจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณการเสพติดตลอดเวลา ดังนั้น การประกอบอาชีพสุจริตต่างๆ ไปนั้น ย่อมเป็นการยากที่จะหาเงินมาซื้อสารเสพติดได้อย่างเพียงพอ สำหรับผลกระทบในชุมชนทั้งจากปัญหาหลักทรัพย์ในชุมชน อาชญากรรม รวมถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการลักลอบนำเข้ายาเสพติด สะท้อนความต้องการยาเสพติดที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น บันทอนสภาพเศรษฐกิจเพราะประชากรวัยแรงงานติดยาเสพติดไม่สามารถหารายได้หรือมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ เกิดความเสียหายต่อภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศร่วมกับสภาพทางสังคมอ่อนแอ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจสังคมโดยรวม

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถวิเคราะห์ภาระโรคที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายได้อย่างชัดเจน บทความนี้จะสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาและสารเสพติดควรมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลผลเสีย ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด และคำนวณภาระโรคจากการใช้ยาเสพติดให้ได้เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศต่อไป

Cost and Interventions

ผลทางเศรษฐศาสตร์ของระบบการบำบัดรักษายาเสพติด

การประเมินผลเศรษฐศาสตร์สุขภาพในผู้ติดยาและสารเสพติดของประเทศไทย พบว่ามีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2546 ทั้งที่เป็นวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยของหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษายาเสพติดเอง ซึ่งจะประเมินเฉพาะในหน่วยงานเท่านั้น ในการประเมินต้นทุนของระบบการบำบัดรักษายาเสพติดนั้น มีข้อมูลจากรายงานการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาของบุรณี และคณะ ในปี 2550 เรื่องต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดในปีงบประมาณ 2549 โดยศึกษาทั้งต้นทุนรวม ซึ่งรวมถึงค่าแรงบุคลากร ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่ ค่าครุภัณฑ์ และต้นทุนผันแปร ซึ่งจะไม่นับรวมค่าแรงบุคลากร ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่ และค่าครุภัณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสถานบำบัดรักษายาเสพติดที่เป็นตัวแทนในระบบต่างๆ ซึ่งได้จากการสุ่ม (randomization) จำนวน 40 แห่ง (ตารางที่ 9.3)



ตารางที่ 9.3 ต้นทุนเฉลี่ยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำแนกตามระบบการบำบัดรักษา

ระบบ/ขั้นตอน	ต้นทุนรวม (full cost)		ต้นทุนผันแปร (selected variable cost)	
	ต่อคนเฉลี่ย	ต่อครั้งเฉลี่ย	ต่อคนเฉลี่ย	ต่อครั้งเฉลี่ย
ระบบสมัครใจ				
การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	8,199.52	257.40	1,543.04	48.44
การบำบัดแบบผู้ป่วยใน (IPD)	41,419.29	1,379.58	11,701.68	389.76
การติดตามผล (OPD)	1,234.46	453.20	185.34	68.04
ระบบบังคับบำบัด				
ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์	2,105.28	788.61	844.90	316.49
ขั้นตอนการควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์	3,246.51	138.56	1,001.21	42.73
ขั้นตอนการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัวรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	2,628.95	615.71	1,230.36	288.16
ขั้นตอนการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัวรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD)	29,884.56	447.78	10,015.90	150.07
ขั้นตอนการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD)	65,190.73	645.38	14,932.35	147.83
ขั้นตอนการฟื้นฟูโดยคุมประพฤติ (2 เดือน)	2,172.29	1,170.43	656.19	353.55
ขั้นตอนการติดตามผล	3,419.74	1,532.99	680.54	305.07
ระบบต้องโทษ	19,058.23	77.94	8,189.48	33.49

2. การศึกษาของศิริเพ็ญ อุษณีย์ และจากรั้วฉนวน ในปี 2552 ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของระบบการบำบัดรักษาเสพติด ในส่วนต้นทุนรวมทั้งหมดได้จากการรวมต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปร และต้นทุนดำเนินการ ซึ่งคิดเฉพาะต้นทุนที่ใช้ดำเนินการในการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษาเสพติดทั้งในและนอกสถานที่ โดยไม่รวมค่าแรงค่าเสื่อมราคา เช่นเดียวกับการศึกษาของบุรณี และคณะ (2550) แต่แยกรายงานเป็นหน่วยงานที่เป็นตัวแทน (ตารางที่ 9.4)



ตารางที่ 9.4 ต้นทุนรวมทั้งหมดของการบำบัดรักษายาเสพติดจำแนกตามระบบการบำบัดรักษา และหน่วยงาน

หน่วยงาน	ระบบบำบัดรักษา							ต้องโทษ
	สมัครใจ	บังคับบำบัด						
		ขั้นตรวจพิสูจน์	ขั้นควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์	ขั้นฟื้นฟูแบบควบคุมตัว	ขั้นฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว	ฟื้นฟูโดยคุมประพฤติ	ติดตามผล	
สถาบันธัญญารักษ์	7,880.70			65,181.92				
โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี	1,310.10				1,037.98			
สำนักงานคุมประพฤติ		2,920.06				3,650.08	730.02	
ประจำศาลแขวงดุสิต								
ศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา			20,113.30					
สถานที่ควบคุมตัวเพื่อการตรวจพิสูจน์ สถานกักขังกลาง จ.ปทุมธานี			1,071.34					
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว				37,378.35				
ศูนย์ฟื้นฟูฯ กองบิน 46				37,092.98				
รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์					24,378.61			
ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนพระนครศรีอยุธยา								33,422.48
ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่เรือนจำกลางคลองไผ่								12,376.31

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาต้นทุนต่อประสิทธิผล โดยการใช้ภาพจำลอง (scenario) ร้อยละของผู้ไม่กลับมาเสพติดใน 1 ปี โดยกำหนดร้อยละของการไม่กลับมาเสพติดที่ร้อยละ 10.0, 15.0, 30.0, 50.0 และ 70.0 ของจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในแต่ละหน่วยงานในปีงบประมาณ 2550 พบว่า ต้นทุนทั้งหมดต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพติดใน 1 ปี ของทั้ง 10 หน่วยงาน เท่ากับ 155,971.22 บาท, 103,980.81 บาท, 51,990.41 บาท, 31,194.24 บาท และ 22,281.60 บาท ส่วนต้นทุนดำเนินการต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพติดใน 1 ปี ของทั้ง 10 หน่วยงาน เท่ากับ 35,195.89 บาท, 23,463.93 บาท, 11,731.96 บาท, 7,039.18 บาท และ 5,027.98 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนทั้งหมดของผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า ต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ เท่ากับ 27,378 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 4,496 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีมีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,745 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,069 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนของผู้เสพยาที่ไม่มีอาการทางจิต มีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,190 บาท และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 462 บาท

3. การศึกษาของอังกูร และนันทา ในปี 2557 ได้ประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะเวลาการเสพติด ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และระบบการบำบัดในผู้เสพติดกับพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ในการเลิกยาเสพติด ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาตามแนวคิดของการประเมินผลผลิต (summative evaluation) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective) เฉพาะผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ตามเกณฑ์กำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเสพติดทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการบำบัดทั้งระบบสมัครใจ และบังคับบำบัดตามรูปแบบ FAST Model ในสถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555 และติดตามหลังการบำบัดนาน 1 ปี ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้ขนาดตัวอย่าง 351 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2557 (ตารางที่ 9.5)



ตารางที่ 9.5 ค่าร้อยละ และค่าไคสแควร์ของความสัมพันธ์ระหว่างผลการบำบัดกับลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะ ส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) ผลการบำบัดเมื่อติดตามหลังการ รักษาครั้งที่ 4 ระบบสมัครใจ (n=172)			จำนวน (ร้อยละ) ผลการบำบัดเมื่อติดตามหลัง การรักษาครั้งที่ 4 ระบบบังคับบำบัด (n=179)		
	หยุดเสพยา	เสพยาซ้ำ	p-value	หยุดเสพยา	เสพยาซ้ำ	p-value
เพศ						
ชาย	52 (82.5)	3 (100)	0.21	32 (66.7)	1 (100)	0.08
หญิง	11 (17.5)	0 (0)		16 (33.3)	0 (0)	
อายุ						
> 20 ปี	19 (30.2)	2 (66.7)	0.03*	8 (16.7)	0 (0)	0.29
20-30 ปี	33 (52.4)	0 (0)		21 (43.8)	1 (100)	
31-40 ปี	9 (9.2)	1 (33.3)		10 (20.8)	0 (0)	
41 ปี ขึ้นไป	2 (3.2)	0 (0)		9 (18.8)	0 (0)	
ยาเสพติดหลัก						
ยาบ้า	54 (85.6)	2 (66.7)	0.74	47 (97.9)	0 (0)	0.00*
ไอซ์	3 (4.8)	1 (33.3)		0 (0)	0 (0)	
อื่นๆ (กัญชา หินเนอร์ ฝิ่น กระเทียม)	6 (9.6)	0 (0)		1 (2.1)	1 (100)	
ระยะเวลาที่ใช้						
≤ 1 ปี	11 (17.5)	1 (33.3)	0.23	14 (29.2)	1 (100)	0.68
> 1-5 ปี	25 (39.7)	2 (66.7)		19 (39.6)	0 (0)	
> 5-10 ปี	16 (5.4)	0 (0)		10 (20.8)	0 (0)	
>10-15 ปี	8 (12.7)	0 (0)		3 (6.3)	0 (0)	
>15 ปีขึ้นไป	3 (4.8)	0 (0)		2 (4.2)	0 (0)	
ระยะเวลาบำบัด						
< 30 วัน	13 (20.6)	0 (0)	0.19	1 (2.1)	0 (0)	0.97
31 - 60 วัน	7 (11.1)	1 (33.3)		1 (2.1)	1 (100)	
61 - 90 วัน	13 (20.6)	1 (33.3)		0 (0)	0 (0)	
91-120 วัน	12 (19.1)	1 (33.3)		43 (89.6)	0 (0)	
> 120 วัน	18 (28.6)	0 (0)		3 (6.3)	0 (0)	

หมายเหตุ: * Pearson Chi-square, Fisher's Exact Test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 9.5 พบว่าพฤติกรรมในการเลิกเสพยาของผู้ผ่านการบำบัด เมื่อติดตามหลังการรักษาครั้งที่ 4 พบว่า พฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจ มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้เสพยา และในผู้ผ่านการบำบัดระบบ บังคับบำบัดมีความสัมพันธ์กับชนิดของยาเสพติดหลักที่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมในการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดเมื่อติดตามหลังการรักษาในครั้งที่ 1-4 ขึ้นอยู่กับ ระบบการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยระบบสมัครใจจะหยุดเสพยาได้มากกว่าผู้ป่วยระบบ บังคับบำบัด ในการติดตามครั้งที่ 1-4 ร้อยละ 75.8, 64.2, 58.9 และ 52.5 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัด ในผู้ผ่านการบำบัดทั้ง 2 ระบบ พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจมีผลลัพธ์การบำบัดที่ดีกว่าระบบบังคับบำบัด เมื่อติดตาม หลังการรักษา 4 ครั้งใน 1 ปี

เมื่อติดตามผู้ผ่านการบำบัดทั้ง 2 ระบบ พบว่า การติดตามครั้งที่ 1 ของผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจเลิก/หยุดใช้ ยาเสพติดได้มากที่สุด (ร้อยละ 75.8) และลดลงในการติดตามครั้งที่ 2-4 ส่วนในระบบบังคับบำบัด พบว่าเมื่อติดตามครั้งที่ 1-2 ผู้ผ่านการบำบัดหยุดเสพยาได้มากที่สุด (ร้อยละ 35.2) และลดลงในครั้งที่ 3-4 (ตารางที่ 9.6)



ตารางที่ 9.6 ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของความสัมพันธ์ระหว่างผลการติดตามกับระบบการบำบัดรักษา

ผลลัพธ์การติดตาม	จำนวน (ร้อยละ) เมื่อติดตามครั้งที่ 1			จำนวน (ร้อยละ) เมื่อติดตามครั้งที่ 2			จำนวน (ร้อยละ) เมื่อติดตามครั้งที่ 3			จำนวน (ร้อยละ) เมื่อติดตามครั้งที่ 4		
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	p-value	สมัครใจ	บังคับบำบัด	p-value	สมัครใจ	บังคับบำบัด	p-value	สมัครใจ	บังคับบำบัด	p-value
หยุด/เลิกเสพ	116 (75.8)	63 (35.2)		88 (64.2)	63 (35.2)		76 (58.9)	54 (30.2)		63 (52.5)	48 (26.8)	
เสพติดซ้ำ	19 (12.4)	2 (1.1)		12 (8.8)	1 (0.6)		9 (7.0)	1 (0.6)		3 (2.5)	1 (0.6)	
ติดตามไม่ได้	14 (9.2)	112 (62.6)	.00*	34 (24.8)	114 (63.7)	.00*	43 (33.3)	123 (68.6)	.00*	53 (44.2)	130 (72.6)	.00*
อื่นๆ (ถูกจับ เสี่ยงชีวิต)	4 (2.6)	2 (1.1)		3 (2.2)	1 (0.6)		1 (0.8)	1 (0.6)		1 (0.8)	0 (0)	
รวม	153 (100)	179 (100)		137 (100)	179 (100)		129 (100)	179 (100)		120 (100)	179 (100)	

* Pearson Chi-square, Fisher's Exact Test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการรวบรวมงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า

1. ต้นทุนรวมต่อการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD) มีต้นทุนสูงกว่าการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากทั้งในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยในใช้ต้นทุนในการรักษาสูงทั้งเจ้าหน้าที่ สถานที่ ค่าสาธารณูปโภค ครุภัณฑ์ วัสดุของใช้ อาหาร อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอนที่อยู่ในสถานบำบัดนั้นๆ ด้วย
2. ต้นทุนของผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตจะสูงกว่าต้นทุนของผู้เสพยาที่ไม่มีอาการทางจิต
3. ต้นทุนทั้งหมดต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพติดซ้ำใน 1 ปี ร้อยละของการไม่กลับมาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น ต้นทุนยิ่งลดน้อยลง
4. ในการวิเคราะห์แยกตามหน่วยงานแต่ละแห่งจะมีต้นทุนแตกต่างกันมาก ต้นทุนของหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยเฉพาะจะมีต้นทุนสูงกว่าหน่วยงานที่เป็นหน่วยย่อยภายในโรงพยาบาล
5. ผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจเลือกใช้อยาเสพติดได้มากกว่าผู้ผ่านการบำบัดระบบบังคับบำบัด รวมถึงการติดตามหลังการบำบัดพบว่า ระบบสมัครใจติดตามผลหลังการบำบัดได้มากกว่า ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเลิกใช้อยาเสพติด พบว่าการเลิกใช้อยาเสพติดขึ้นกับระบบการบำบัดรักษา เมื่อติดตามหลังการรักษาในครั้งที่ 1-4 ($p=0.00$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดของยาเสพติด ระยะเวลาการเสพติด และระยะเวลาการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลิกใช้อยาเสพติด

ผลกระทบด้านต้นทุนต่อสังคมไทยจากปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในแต่ละปีประเทศไทยต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากไปกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนต่อสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม

จากการศึกษาต้นทุนต่อสังคมจากการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี 2549 นั้นพบต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมูลค่าสูงถึง 156,105.4 ล้านบาท เทียบเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยหากนำต้นทุนทั้งหมดนั้นมาเฉลี่ยกับจำนวนประชากรในปี 2549 จะพบว่าต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรจะอยู่ที่ 2,391 บาท ซึ่งจำแนกตามประเภทของต้นทุนได้ 2 ชนิด พบว่าต้นทุนทางอ้อม (ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง) มีมูลค่าสูงมากเป็นร้อยละ 95.8 ของต้นทุนทั้งหมด ส่วนต้นทุนทางตรง (ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนทรัพย์สินที่เสียหายจากอุบัติเหตุการจราจร ต้นทุนการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ) มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบมูลค่าผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเม็ดเงินภาษีสรรพสามิตสุราของประเทศไทยในปี 2549 พบว่ารายรับในรูปแบบของภาษีที่ประเทศไทยได้จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี 2549 นั้นมีมูลค่า 72,871 ล้านบาท ในขณะที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นก่อให้เกิดผลกระทบในรูปต้นทุนเป็นมูลค่าสูงกว่า 156,105 ล้านบาท ซึ่งนับเป็นมูลค่าที่สูงกว่าถึง 2 เท่าตัว หากเทียบกับรายรับจากกรมสรรพสามิต ซึ่งเมื่อเทียบแล้วต้องสูญเสียเม็ดเงินจำนวนมากเมื่อเทียบกับรายได้



การวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการรักษาผู้ติดสารโอปิออยด์

1. การรักษาผู้ติดสารโอปิออยด์มีประสิทธิภาพในการลดการใช้โอปิออยด์ที่ผิดกฎหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับการประหยัดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขและสังคม การรักษาแพ่งน้อยกว่าทางเลือกอื่นๆ เช่น การไม่รักษาผู้ติดสารโอปิออยด์ หรือการนำไปคุมขัง

2. ตามการคาดประมาณการอย่างต่ำหลายๆ ครั้ง แสดงว่าทุกๆ 1 ดอลลาร์ของการลงทุนในโปรแกรมการรักษาผู้ติดสารโอปิออยด์ อาจให้ผลตอบแทนประมาณ 4-7 ดอลลาร์ ในการลดลงของการก่ออาชญากรรมที่เกี่ยวข้องยาเสพติด ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในกระบวนการยุติธรรมและความเสียหายจากการลักทรัพย์และถ้ากล่าวรวมถึงความคุ้มค่าของค่าบริการทางสาธารณสุข ความคุ้มค่ารวมอาจมีมากถึง 12:1

3. ยังมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่า การรักษาโดยให้ยาทดแทนระยะยาวเป็นการรักษาที่คุ้มค่าเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเทียบกับประสิทธิภาพ ถ้าประเมินค่าใช้จ่ายเทียบกับประสิทธิผลเปรียบเทียบกับบริการสาธารณสุขอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง หรือการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4. ค่าใช้จ่ายในการเสพยาโอปิออยด์ทั้งตัวผู้เสพยา และของสังคมโดยรวมยังสูงมากจากการศึกษา พบว่า ผู้ติดสารโอปิออยด์เป็นภาระและมีผลกระทบที่สำคัญต่อสังคม นำมาซึ่งการว่างงาน ไม่มีที่อยู่อาศัย ครอบครัวแตกแยก สูญเสียกำลังผลิตทางเศรษฐกิจ สังคมขาดความมั่นคงและการก่ออาชญากรรม ปัญหาสำคัญทางสุขภาพของผู้ใช้สารโอปิออยด์ รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเสพยาโดยการฉีดเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโดยทางเลือด เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี และซี

5. ผู้ติดสารโอปิออยด์แต่ละคนได้รับประโยชน์จากการรักษาโดยให้ยาทดแทนระยะยาว คือ มีความมั่นคงในชีวิตมากขึ้น ชีวิตความเป็นอยู่และการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยให้ยาทดแทนยังสามารถพัฒนาชีวิตร่างกายและอารมณ์ ทั้งยังช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ต่อผู้อื่น และความสามารถในการมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมกับชุมชนและสังคมในวงกว้างได้

6. สังคมโดยรวมได้รับประโยชน์จากการรักษาโดยให้ยาทดแทน การลดลงของพฤติกรรมอาชญากรรม ลดปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในกระบวนการยุติธรรมและการลดลงของความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีและไวรัสอื่นที่ติดต่อทางเลือด และเพิ่มความสามารถในการผลิต การให้การรักษาโดยให้ยาโอปิออยด์ทดแทนระยะยาวจึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ซึ่งผลตอบแทนที่ได้รับมากกว่าที่ลงทุนอย่างมาก

แนวปฏิบัติการให้บริการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

กระทรวงสาธารณสุข มีเจตนารมณ์และให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นและให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุม สามารถสร้างหลักประกันว่า ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้เลิกยาเสพติดได้ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด ได้พัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว หรือใช้สารทดแทนภายใต้การกำกับของแพทย์ ตลอดจนพัฒนารูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้มีแนวทาง รูปแบบ และสามารถให้บริการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และดำรงสถานภาพ ไม่กลับไปเสพยาซ้ำให้นานขึ้นจนสามารถเลิกยาได้ด้วยความสะดวกใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีสมคุณค่าความเป็นมนุษย์

จากการประมาณการโดยการเข้าถึงผู้ใช้ยาของภาคประชาสังคม ที่คาดว่าจะมีผู้ป่วยฝิ่นและเฮโรอีนประมาณ 40,300 ราย ภาระโรคส่วนใหญ่จากการใช้ฝิ่นและเฮโรอีนเกิดจากอันตรายจากการใช้ (harm-related) และสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติดวิธีฉีดที่เข้ารับบริการในปี 2555 พบผู้ติดเชื้อร้อยละ 25.2 (ที่มา: ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี 2555 สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค)

ปัญหาเสพติด เฮโรอีน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการแบบครบวงจรรอบด้านเพื่อเป็นการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ นโยบายด้านยาเสพติดของรัฐบาลปี 2557 ยังสนับสนุนให้มีการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดมา



แก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยา ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา (harm reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

เป้าหมายการลดอันตราย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. เป้าหมายเบื้องต้น ลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ใช้ยาได้รับสิทธิในการดูแลสุขภาพ
2. เป้าหมายระยะสั้น ป้องกันและดูแลการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยเฉพาะโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเลือด
3. เป้าหมายเฉพาะ จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดฉีด เช่น ใช้เมทาโดนทดแทน เป็นต้น
4. เป้าหมายสูงสุด ช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดสามารถปรับตัวเอง ให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพติดให้หนักขึ้น ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข จนถึงหยุดใช้ยา

บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการทุกด้านอย่างเหมาะสมและทั่วถึง เป็นการให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ภายใต้ 10 ชุดบริการ ได้แก่

- 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด (IEC)
 - 2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) ได้แก่ เมทาโดน
 - 3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
 - 4) การแจกถุงยางอนามัย
 - 5) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อรับบริการดูแลรักษา (VCT)
 - 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 7) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค
 - 8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
 - 9) การให้บริการรักษาจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด
 - 10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการเสพติดซ้ำ
- โดยในทุกพื้นที่ที่มีผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ จะต้องจัดให้มีการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ควบคู่กับการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศกำหนดให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างบูรณาการโดยได้แต่งตั้งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด (ศพส.) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานสำนักงาน ป.ป.ส. เป็นเลขานุการ กระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการร่วม และกำหนดแผนการดำเนินงานทั้งหมด 7 แผน มีเป้าหมายการดำเนินงานและกำหนดผู้รับผิดชอบหลักดังนี้

1. แผนงานการสร้างพลังสังคมและพลังชุมชนเอาชนะยาเสพติด มีเป้าหมายลดระดับความรุนแรงของปัญหายาเสพติด จำนวน 78,925 หมู่บ้าน/ชุมชน จากเป้าหมายรวม 84,320 หมู่บ้าน/ชุมชน (ร้อยละ 93.6) กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
2. แผนงานการแก้ไขปัญหายาเสพติด กำหนดให้มีการนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาให้ได้อย่างน้อย 300,000 ราย โดยผ่านกระบวนการของศูนย์จำแนกและคัดกรองผู้เข้าบำบัดรักษาในระดับอำเภอ (หนึ่งอำเภอหนึ่งศูนย์จำแนกคัดกรอง) และติดตามช่วยเหลือ ดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้ได้ร้อยละ 80.0 ของฐานข้อมูลรายชื่อบุคคล ที่ผ่านการบำบัดในปี 2556-2557 เพื่อไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
3. แผนงานการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด ป้องกันเด็กและเยาวชนก่อนวัยเสี่ยงไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด สร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้แก่กลุ่มเยาวชนก่อนวัยเสี่ยง ในระดับชั้น ป.4-ป.6 ร้อยละ 80.0 ของนักเรียนจำนวน 2,400,000 คนทั่วประเทศ กำหนดให้กระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้รับผิดชอบหลัก



4. แผนงานการปราบปรามยาเสพติดและบังคับใช้กฎหมาย สามารถจับกุมผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดได้มาก จับกุมคดียาเสพติดในฐานความผิดสำคัญ ให้ได้ร้อยละ 30.0 ของการจับกุมในคดียาเสพติด ทุกจังหวัดสามารถลดปัญหาภัยอันตรายของยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอาชญากรรมจนประชาชนรู้สึกมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น กำหนดให้กระทรวงยุติธรรมเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

5. แผนงานความร่วมมือระหว่างประเทศ จากนโยบายยกระดับการแก้ไขปัญหายาเสพติดจาก “วาระแห่งชาติ” เป็น “วาระแห่งภูมิภาค” ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้มีผลคืบหน้าทุกมาตรการที่ดำเนินการในปี 2557 รวมทั้งการขับเคลื่อนความร่วมมือในภูมิภาคเพื่อบรรลุเป้าหมายการเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียนปี 2558 ความร่วมมือการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกันกับประเทศเมียนมาร์ และ สปป.ลาว มีความคืบหน้าทั้งกิจกรรมและผลเพิ่มมากกว่าปี 2556 ทั้งในด้านความร่วมมือด้านการข่าว การสกัดกั้น การปราบปรามการจับกุมผู้ค้าระดับสำคัญ ความร่วมมือของกลไกตามแนวชายแดน โดยผลักดันการดำเนินการภายในประเทศดังกล่าวและการปฏิบัติการร่วมในแต่ละประเทศ และส่งเสริมสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับประเทศต้นทาง ประเทศทางผ่าน และประเทศผู้บริโภค เชื่อมโยงกลไกความร่วมมือที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปริมาณการผลิตและการค้ายาเสพติดในประเทศเพื่อนบ้านและสกัดกั้นปัญหายาเสพติดโดยเน้นประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว รวมทั้งการผลักดันวาระแห่งภูมิภาค ให้ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดผู้รับผิดชอบหลักคือ กระทรวงการต่างประเทศ และสำนักงาน ป.ป.ส.

6. แผนงานการสกัดกั้นยาเสพติด กำหนดเป้าหมายในการลดปริมาณการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากนอกประเทศ ด้วยการจับกุม ปราบปรามยาเสพติดในปริมาณสัดส่วน ร้อยละ 50.0 ของการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศ รวมทั้งกำหนดเป้าหมายให้หมู่บ้านตามแนวชายแดนมีความเข้มแข็งเชิงคุณภาพ ร้อยละ 50.0 ของจำนวนหมู่บ้านเป้าหมายและมีระบบเครือข่ายป้องกันยาเสพติดชายแดนอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำหนดให้กระทรวงกลาโหมเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

7. แผนงานการบริหารจัดการแบบบูรณาการ การอำนวยการ และบริหารจัดการการทำงานที่เป็นเอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การอำนวยการของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) และศูนย์อำนวยการ/ศูนย์ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดระดับต่างๆ ผ่านกลไกการอำนวยการ กำกับ ติดตาม ของคณะอนุกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์ และคณะอนุกรรมการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมทั้งการพัฒนาห้องปฏิบัติการข้อมูล (operation room) และระบบการรายงานผลผ่านทางระบบรายงานของ ศพส. สามารถติดตามสถานการณ์และผลการดำเนินงานได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งได้ผลักดันเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลยาเสพติดในระดับศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัด (ศพส.จ.)/กทม. ให้ครอบคลุม เพื่อประสิทธิภาพในการกำกับ ติดตามการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดให้สำนักงาน ป.ป.ส. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด ได้แต่งตั้งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข (ศพส.สธ.) เป็นหน่วยงานกลางด้านการกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และกำหนดให้กรมการแพทย์รับผิดชอบหลักด้านการพัฒนาวิชาการและการบำบัดรักษา ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั่วประเทศ กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบหลักด้านการป้องกันผู้เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับผิดชอบหลักด้านการควบคุมตัวยาและสารตั้งต้นที่นำไปสู่การผลิตยาเสพติด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบหลักด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสติดนับเป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และร่วมกันแก้ไขปัญหการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสติดแต่ละประเภท ควรมีแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสติดเหล่านั้นให้ปลอดภัยจากอาการ อาการแสดง และภาวะของโรคเสติด ทั้งนี้คุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสติด และกิจกรรมการบำบัด (intervention) ที่พัฒนาขึ้น จึงต้องมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เสติดแต่ละประเภท และเพื่อเป็นการสะท้อนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องได้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติ การช่วยเหลือ การดูแล รักษา และการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสติด รวมถึงมองเห็นถึงจุดแข็ง และโอกาสพัฒนาในวงการสาธารณสุขไทยที่อาจเป็นอีกหนึ่งพลังในการผลักดันให้เกิดนโยบายการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสติดให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้



1. ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ

การติดยาเสพติดก่อให้เกิดโทษทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้เสพติด รวมทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดรักษาให้หายจากสภาพของการเสพติด ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

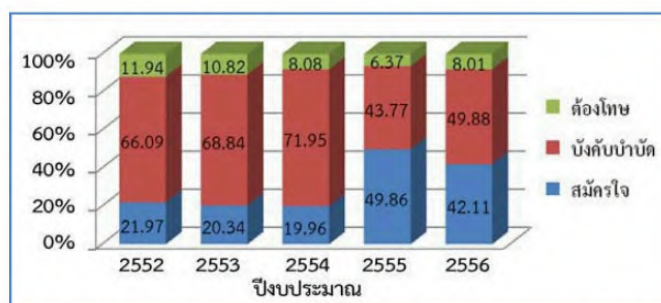
1.1 ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติด สามารถขอรับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้อาจจะเป็นการสมัครใจตามมาตรการของโรงเรียน โรงงาน หรือมาตรการทางสังคมหรือครอบครัวที่จูงใจให้ผู้ป่วยมาขอรับการบำบัดรักษาโดยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาครัฐ จำนวน 997 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชน 38 แห่ง และศูนย์ฟื้นฟู ของรัฐร่วมกับเอกชนอีก 30 แห่ง (ข้อมูลปี 2556)

1.2 ระบบบังคับบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกนำเข้ารับการบำบัดในระบอบนี้ และหากผู้เข้ารับการบำบัด มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี การนำผู้เสพติดเข้าบังคับบำบัด เริ่มจากการที่ผู้เสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟู พ.ศ. 2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจสอบพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพติดจริง ผู้เสพติดจะถูกกักกันไว้ในสถานที่รอตตรวจพิสูจน์ ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 114 แห่ง (กรมราชทัณฑ์ 80 แห่ง กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 34 แห่ง) พนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน หากไม่เสร็จสามารถขยายได้อีก 15 วัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 45 วัน และเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟู เพื่อวางแผนการฟื้นฟู และส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานที่ที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการฟื้นฟู ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1.2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบไม่ควบคุมตัว มีหลักการปฏิบัติเช่นเดียวกับการบำบัด แบบผู้ป่วยนอกของระบบสมัครใจในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจให้การฟื้นฟู ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่ายวิถีพุทธ หรือโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

1.2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบควบคุมตัว เน้นการฟื้นฟู แบบพักค้างในสถานที่จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟู ได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี ซึ่งในการดำเนินงานได้บูรณาการทรัพยากรบุคคลและสถานที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การฟื้นฟู แบบควบคุมตัวมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีศูนย์ฟื้นฟู แบบควบคุมตัว จำนวน 86 แห่ง โดยแยกเป็นการควบคุมแบบเข้มงวดได้แก่ กองทัพอากาศ 12 แห่ง กองทัพเรือ 4 แห่ง กรมคุมประพฤติ 1 แห่ง กรมราชทัณฑ์ 1 แห่ง และควบคุมไม่เข้มงวด ได้แก่ กรมการแพทย์ 7 แห่ง กรมสุขภาพจิต 13 แห่ง ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด 1 แห่ง กรมการปกครอง (กองร้อย อสจ.) 10 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทย 3 แห่ง กองทัพบก 32 แห่ง

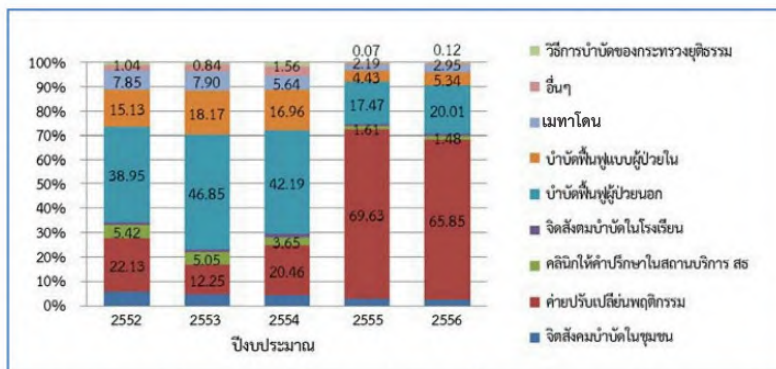
1.3 ระบบต้องโทษ หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟู ขึ้นภายในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี จะได้รับการบำบัดรักษาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน



ภาพที่ 9.10 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามระบบการรักษา



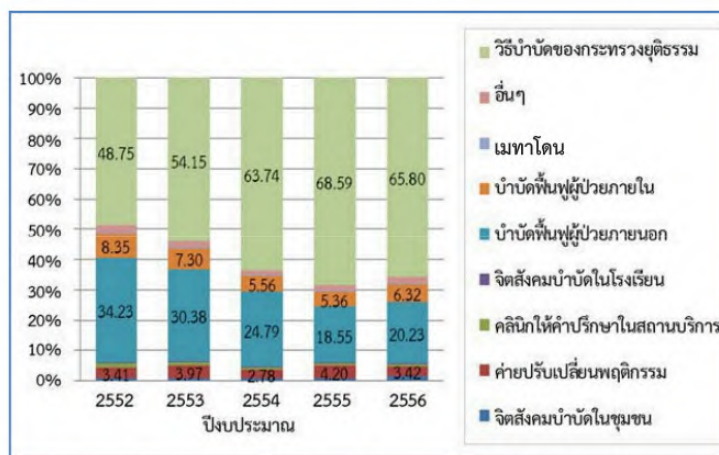
ในช่วงปีงบประมาณ 2552-2554 ผู้ป่วยเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระบบบังคับบำบัดมากที่สุด รองลงมา คือ เข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจ และระบบต้องโทษ ทั้งนี้เมื่อมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดเพิ่มมากขึ้นเมื่อปีงบประมาณ 2555 ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจมากขึ้น รองลงมาคือ การบำบัดในระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ตามลำดับ การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดมีส่วนช่วยให้ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากยาเสพติดลดน้อยลงด้วย เช่น ปัญหาอาชญากรรม การลักขโมย และชิงหรือปล้นทรัพย์ เป็นต้น



ภาพที่ 9.11 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟู จำแนกตามลักษณะการเข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจ

9

จากภาพที่ 9.11 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจ ปีงบประมาณ 2552-2554 นิยมเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 38.95, 46.85 และ 42.19 ตามลำดับ ในขณะที่ปีงบประมาณ 2555-2556 ผู้ป่วยเสพติดนิยมเข้ารับการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 69.63 และ 65.85 ตามลำดับ รองลงมาคือ เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 5.43-15.13

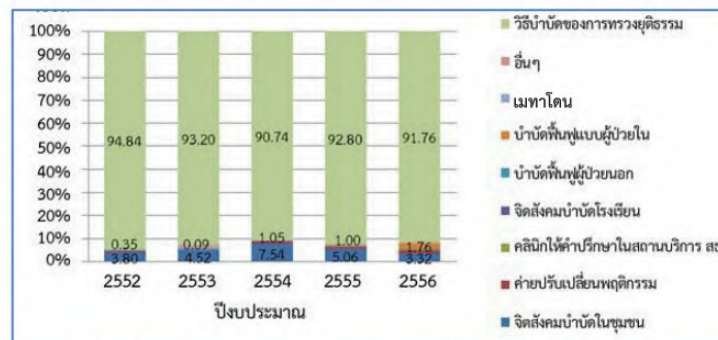


ภาพที่ 9.12 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟู จำแนกตามลักษณะการเข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด

จากภาพที่ 9.12 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดระบบบังคับบำบัดถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดของกระทรวงยุติธรรมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552-2556 ร้อยละ 48.75, 54.15, 63.74, 68.59 และ 65.80 ตามลำดับ รองลงมาคือ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกซึ่งจะมีจำนวนลดน้อยลงจากร้อยละ 34.23 ในปีงบประมาณ 2552 ลดลง



เหลือร้อยละ 20.23 ในปีงบประมาณ 2556 ในขณะที่การบำบัดด้วยค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีปริมาณไม่มากเพียงร้อยละ 3.41-4.20 เท่านั้น



ภาพที่ 9.13 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดและฟื้นฟู จำแนกตามลักษณะการได้รับการบำบัดระบบต้องโทษ

จากภาพที่ 9.13 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดระบบต้องโทษถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดของกระทรวงยุติธรรมมากกว่าร้อยละ 90.74-94.84 รองลงมาคือ การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัดในชุมชน ร้อยละ 3.32-7.54 ในปีงบประมาณ 2552-2556

2. การเข้าถึงการบริการ และแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทต่างๆ

2.1 การเข้าถึงการบำบัดรักษา จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาภายหลังการประกาศสงครามยาเสพติดในปี 2547 มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพียง 23,000 คน และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 180,000 คนในปี 2554 กระจายตามพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ พบมากที่สุดในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสะสมมีจำนวน 775,900 คน พบสัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดยาบ้ารายใหม่มีมากถึงประมาณร้อยละ 80.0 ในทุกภูมิภาค ในปี 2556 ยังพบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เข้ารับการบำบัด 320,947 คน ในจำนวนนี้พบผู้เข้ารับการบำบัดเสพติดยาบ้าสูงถึง 268,959 คน (ร้อยละ 83.8) ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด

เมื่อพิจารณาถึงการเข้ารับบำบัดพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่จะเข้ามาด้วยระบบบังคับบำบัด จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบผู้ถูกบังคับบำบัดร้อยละ 70.3 ซึ่งถูกบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จากข้อมูลนี้ พบผู้เสพติดประเภทสารกระตุ้นเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจน้อยมาก และเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในช่วงปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมส่งผลให้การเข้าถึงกลุ่มผู้เสพติดในแหล่งต่างๆ เช่น โรงเรียน ชุมชน โรงงาน สถานบันเทิง และจากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาพการปราบปรามและการทำงานที่ขาดความต่อเนื่อง อาทิ การทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจเฉพาะช่วงมีคำสั่งให้ X-ray หรือ Re-X-ray พื้นที่ และบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ ขาดการประสานงาน ไม่มีความเชื่อมโยงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ กรมการหมู่บ้าน อบต. อบจ. มูลนิธิต่างๆ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลเฉพาะทาง การคัดกรองแยกกลุ่มเสพติด กลุ่มเสี่ยง กลุ่มติดยาเสพติด ซึ่งจากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นระบบบังคับบำบัดส่งผลให้คุณภาพการบำบัดรักษาที่ผ่านมาให้ผลลัพธ์ไม่น่าพอใจ เนื่องจากผู้รับการบำบัดไม่ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดอย่างแท้จริง นอกจากนี้ระบบบริการของสถานบำบัดมีความหลากหลายส่งผลให้เกิดอุปสรรคจากระบบบริการขณะที่การเข้ารับบริการเกิดช่องว่างในการเข้าถึงการบริการ และเชื่อมโยงถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า สถานบริการที่ให้บริการด้านยาเสพติดมี 3 ระบบ ทั้งระบบสมัครใจจำนวน 1,008 แห่ง ระบบบังคับบำบัด จำนวน 91 แห่ง (ควบคุมตัวเข้มงวด 16 แห่ง และควบคุมตัวไม่เข้มงวด 75 แห่ง) ระบบต้องโทษ 179 แห่ง (กรมราชทัณฑ์ 85 แห่ง กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 94 แห่ง) ความหลากหลายของระบบการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการบำบัด เช่น ความรู้ความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ ทรัพยากร อุปกรณ์ที่มีความหลากหลาย ส่งผลให้เกิดมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกัน



การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น นอกจากการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการติดยาและไม่หวนกลับไปเสพติดซ้ำอีก ยังมุ่งหวังที่จะสร้างความตระหนักถึงอันตรายและภัยที่เกิดจากยาเสพติด และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ดังนั้น นโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน จึงเน้นการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด รวมถึงการให้โอกาสและการยอมรับให้กลับเข้าสู่สังคมได้อย่างสมภาคภูมิ

จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดปี 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชาชนร้อยละ 97.9 ระบุว่าชุมชน/หมู่บ้านมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและพบร้อยละ 11.8 ระบุว่าปัญหาเกี่ยวกับการมีผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดกลับไปใช้ยาซ้ำ และอีกร้อยละ 49.5 ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบในปัญหา ด้านการส่งเสริมฟื้นฟูอาชีพให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดพบว่า การส่งเสริมด้านอาชีพลดลง จากร้อยละ 15.3 (กุมภาพันธ์ 2554) เป็นร้อยละ 8.2 (กุมภาพันธ์ 2555) และพบว่าการจัดกิจกรรม/การมีบทบาทของประชาชน ร้อยละ 54.1 ลดลงจากปีก่อน ทั้งที่ผลการสำรวจความระวังในการเข้ามามีบทบาท/ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนมีสูงถึง ร้อยละ 86.6 และพบว่าประชาชนร้อยละ 85.7 ระบุว่ายอมรับหรือให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดคืนกลับสู่สังคม ซึ่งส่วนใหญ่ยอมรับได้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือ ยอมรับได้มาก-มากที่สุด (ร้อยละ 38.4) และยอมรับได้น้อย (ร้อยละ 4.0) ส่วนประชาชนที่ระบุว่าไม่ยอมรับมีอยู่ร้อยละ 14.3

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นอนาคตของชาตินั้นว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมากที่สุด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง เนื่องจากสถาบันครอบครัวนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดภูมิคุ้มกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ในทางกลับกันหากครอบครัวมีปัญหา ก็จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนหาทางออกด้วยการไปพึ่งพายาเสพติด ในขณะที่สังคมต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลในกลุ่มนี้กลับเป็นคนดีของสังคม และเมื่อบุคคลเหล่านี้มีที่ยืนอย่างมั่นคงในสังคมแล้ว ก็จะเป็นการปิดประตูที่ทำให้ไม่หวนกลับไปสู่เส้นทางแห่งความมืดมนได้อีก

2.2 การเข้าถึงระบบการบำบัดผู้ป่วยสารระเหย ปัจจุบันสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสารระเหยในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการรักษาที่จำเพาะสำหรับสารระเหยในสถานบริการแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เนื่องจากการแพร่ระบาดอยู่ในเขตภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในปริมาณน้อย ดังนั้นรูปแบบการรักษาที่จำเพาะสำหรับสารระเหยจึงจำกัดอยู่เฉพาะที่สถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเท่านั้น โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นได้พัฒนาแบบคัดกรองสำหรับผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารระเหย ชื่อว่า KKU Voudit และพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสารระเหยขึ้นจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารระเหย

ระบบการบำบัดสารระเหย แบ่งได้เป็น 2 ระบบ คือ

2.2.1 ระบบสมัครใจ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ รวมทั้ง 1,008 แห่งทั่วประเทศ

2.2.2 ระบบบังคับบำบัด พิจารณาแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม พระราชกฤษฎีกาป้องกันการติดยาเสพติด พุทธศักราช 2533 (ฉบับที่ 3) พุทธศักราช 2550 ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดตามระบบบังคับบำบัดจำนวน 91 แห่ง

ความแตกต่างของศักยภาพการบำบัดรักษาในแต่ละหน่วยมีทรัพยากรที่แตกต่างกัน ทั้งบุคลากร สถานที่ องค์กรความรู้ ส่งผลต่อมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกันทำให้เกิดช่องว่างให้ผู้บำบัดได้รับบริการไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งระบบการดูแลเชิงขาดการเชื่อมโยงกับสถานบริการในระดับปฐมภูมิที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสารระเหยน้อยกว่าสารเสพติดชนิดอื่นๆ

การคัดกรองเป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถช่วยให้เกิดการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยสารระเหยจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ต่ำกว่าปกติ จำเป็นต้องได้รับกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับภาวะพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย การคัดกรองผู้ป่วยสารระเหยในหน่วยคัดกรอง เช่น ชุมชน รพ.สต. รพช. และสำนักงานคุมประพฤติด้วยแบบ



คัดกรอง KKU-VOUDIT/ ASSIST แบ่งระดับการเสพติดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มทดลองเสพติดระยะเหว กลุ่มทดลองเสพติดระยะเหวแบบอันตราย และกลุ่มติดสารระยะเหว ซึ่งแต่ละกลุ่มมีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้

1) กลุ่มทดลองเสพติดระยะเหว ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน KKU-VOUDIT น้อยกว่า 24 หรือ ASSIST 0-3 คะแนน ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถได้รับการดูแลโดยการให้คำแนะนำหรือการบำบัดอย่างย่อ (brief advice/ brief intervention) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. และ ศสม. แต่ในปัจจุบันพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่มีบริการคัดกรองและการบำบัดเบื้องต้น จึงเริ่มดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งเป็นเขตบริการสุขภาพที่พบปัญหาสารเสพติดในพื้นที่ และมีการจัดทำแผนการให้บริการสาขาสารเสพติด

2) กลุ่มทดลองเสพติดระยะเหวแบบอันตราย ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน KKU-VOUDIT 24-31 หรือ ASSIST 4-26 คะแนน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจประเมินภาวะพหุปัญญาด้วยแบบประเมิน MOCA เพื่อคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะพหุปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวควรได้รับการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดด้วยกิจกรรมจำเพาะ ส่วนในกลุ่มที่พหุปัญญาปกติ สามารถได้รับการดูแลในหน่วยบริการทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดอย่างย่อได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่ทุกสถานบริการใช้เป็นโปรแกรมหลักในการดูแล แต่โปรแกรดังกล่าวยังมีความหลากหลายในรูปแบบ/จำนวนครั้งการบำบัด ขึ้นอยู่กับแต่ละหน่วยบริการ

3) กลุ่มติดสารระยะเหว ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนน KKU-VOUDIT มากกว่า 31 หรือ ASSIST มากกว่า 27 คะแนน ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินและการรักษาที่จำเพาะ ตรวจประเมินภาวะพหุปัญญาด้วยแบบประเมิน MOCA การตรวจร่างกายระบบประสาทโดยเฉพาะ cerebella sign และตรวจสุขภาพทางจิต

การรักษาผู้ป่วยสารระยะเหว แบ่งเป็น

1) การรักษาเพื่อลดอาการ intoxication (symptomatic treatment) การดูแลเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจวัดชีพจรและระดับการรู้สึกตัว ให้วิตามินและสารน้ำอย่างเพียงพอ ถ้ามีอาการก้าวร้าว หูแว่วประสาทหลอน ให้ antipsychotic drug เช่น Haloperidol ควรหลีกเลี่ยงการใช้ sedative drug เนื่องจาก ยาจะไปเพิ่มการกดศูนย์หายใจในผู้ป่วยเสพติดสารระยะเหว

2) การรักษาเพื่อลดอาการขาดยา ผู้ป่วยสารระยะเหวจะมีอาการนี้ไม่มาก แสดงเพียงอาการหงุดหงิด ฟุ้งซ่าน นอนไม่หลับ อาการทางร่างกายมักมีอาการปวด เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก การรักษาจึงเน้น symptom treatment และ supportive treatment เท่านั้น

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดเสพติดสารระยะเหว โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด จิตสังคมบำบัด การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

จากแนวทางการดูแลข้างต้น พบว่าสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ แต่ยังต้องมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมใน รพ.สต. ทุกแห่ง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิให้สามารถประเมินปัญหาทางจิต ภาวะพหุปัญญา และมององค์ความรู้ที่หลากหลายเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัด นอกเหนือจากจิตสังคมบำบัดอย่างย่อ (matrix program) ส่วนในระดับตติยภูมิ ได้แก่ สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค โรงพยาบาลจิตเวช สามารถให้การดูแลในแนวทางดังกล่าวได้ แต่รูปแบบการบำบัด พบว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดสารระยะเหวจะบำบัดรวมกับผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่นๆ ขณะเดียวกันพบว่าในทุกระดับยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้ป่วยสารระยะเหวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น หนีออกจากบ้าน เร่ร่อน ว่างาน เป็นต้น ดังนั้นการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่ง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและเข้าสู่ระยะติดตามดูแลต่อเนื่อง



ตารางที่ 9.7 ข้อมูลพื้นฐานการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารระเหย

ข้อมูลพื้นฐาน	เขตบริการ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Service plan สาขา ยาเสพติด	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
2. จำนวนสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. ศสม.)	1,244	690	592	817	941	791	825	888	964	864	733	822
3. จำนวนสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (รพช. รพท. รพศ.)	99	58	56	69	67	72	28	88	89	70	78	76
4. จำนวนสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (รพ.จักษุรักษ์)	2	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	2
5. รูปแบบการคัดกรองในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ												
5.1 คัดกรองด้วย บสด.2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5.2 คัดกรองด้วย ASSIST	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6. รูปแบบการรักษาในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ												
6.1 บำบัดด้วยจิตสังคมบำบัดอย่างย่อ (matrix ประยุกต์)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6.2 บำบัดด้วยโปรแกรมสำหรับสารระเหย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7. รูปแบบการรักษาในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ												
7.1 MET, CBT, Psychotherapy, Group Therapy	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7.2 มีโปรแกรมการรักษาเฉพาะสารระเหย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ที่มา: เรียบเรียงโดย นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตบริการสุขภาพที่ 7 กรมการแพทย์ (จากการสัมภาษณ์)



2.3 การเข้าถึงบริการของผู้ติดยาเสพติด จากการสำรวจพฤติกรรมการติดยา โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่อายุ 11 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 ประเมินว่า มีผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาการติดยา/เครื่องติดยาเสพติด จำนวน 24 ล้านคน เมื่อจำแนกตามความต้องการได้รับการบำบัดรักษา พบว่ามี 14.5 ล้านคน (ร้อยละ 58.5) ต้องการการบำบัดรักษา และมีผู้ที่ไม่ต้องการรักษา 5 ล้านคน (ร้อยละ 19.8) ผู้ไม่แน่ใจ 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 21.7) และเมื่อจำแนกตามการเคยรับรู้หรือพบเห็นการบำบัดรักษาการติดยาพบว่ามี 8.6 ล้านคน (ร้อยละ 34.0) ที่รับรู้/พบเห็นและไม่แน่ใจสูงถึง 16 ล้านคน (ร้อยละ 65.0) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยที่มีปัญหาการติดยามีความต้องการการบำบัดรักษามากถึงร้อยละ 58.5 แต่ส่วนใหญ่ไม่รับรู้/ไม่แน่ใจในการบำบัดรักษาการติดยา

ซึ่งคล้ายกับการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชที่พบผู้ติดยาจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ข้อมูลการเข้ารับการรักษากลับพบว่า จำนวนผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงแอลกอฮอล์จากทุกโรงพยาบาลมีเพียง 1.2 แสนคน ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าคนไทยที่มีปัญหาจากการติดยาสูงกว่าร้อยละ 98.0 ไม่ได้เข้ารับบริการทางสุขภาพ และมีเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้น ที่มีโอกาสได้พบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาปัญหาจากการติดยา ซึ่งข้อจำกัดของการเข้าถึงเพื่อรับการบำบัดรักษาปัญหาจากการติดยาเป็นความเสี่ยงที่ทำให้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ลุกลามและรุนแรงมากขึ้น โดยปัญหาหลักอยู่ที่ผู้ติดยาและผู้ที่มีปัญหาจากการติดยาไม่คิดว่าเป็นปัญหาและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

3. แผนการพัฒนาระบบบริการด้านยาและสารเสพติด (service plan) ปี 2557-2559 และการวิเคราะห์จุดด้อย (gap) ของระบบบริการด้านยาและสารเสพติด

เป้าประสงค์

- 1) ปัญหายาเสพติดและสารเสพติดลดลง
 - 2) ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัว ชุมชน
 - 3) บุคลากรและสถานพยาบาลมีศักยภาพ และเพียงพอต่อสภาพปัญหา
 - 4) ผู้ป่วยยาและสารเสพติดระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน
- ครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู
- 5) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพ

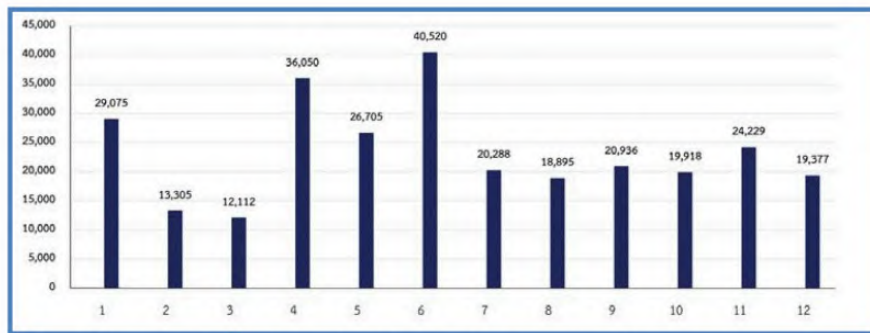
ตัวชี้วัด

- 1) ผู้เสพยาและสารเสพติดรายใหม่ลดลง
- 2) ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการคัดกรอง และเข้าถึงบริการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 60.0
- 3) ร้อยละของผู้ติดยาและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา สามารถใช้ชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ ร้อยละ 80.0
- 4) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดได้รับการรักษาและสามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 80.0
- 5) ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และไม่เสพยาซ้ำ ร้อยละ 80.0
- 6) สถานพยาบาลยาเสพติดได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ร้อยละ 70.0

แผนการพัฒนา

- 1) ด้านบุคลากร พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ เพียงพอตามความจำเป็นในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมทั้งมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- 2) ด้านสถานที่ พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีความพร้อมตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถรองรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความรุนแรงของการเสพติด และรองรับการรับส่งต่ออย่างสมบูรณ์ภายในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
- 3) ด้านกระบวนการ พัฒนาสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย มีการบูรณาการร่วมกับครอบครัว โรงเรียน สังคม ชุมชน ตลอดจนสถานประกอบการ ก่อให้เกิดทัศนคติการยอมรับและให้โอกาส ถือผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยมีข้อหาสุขภาพ และให้เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจเป็นเบื้องต้น





ภาพที่ 9.14 จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาปี 2556 แยกตามประเภทบริการสุขภาพ

ตารางที่ 9.8 จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษามากที่สุดใน 10 จังหวัด

ชื่อจังหวัด	ลำดับ	เขตบริการสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติด	ร้อยละ	แยกความรุนแรงการเสพติด			แยกตามระบบการรักษา		
					ผู้เสพ	ผู้ติด	ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ
กรุงเทพมหานคร	1	13	30,090	9.7	17,367	12,230	493	9,136	19,719	1,235
ชลบุรี	2	6	14,974		12,181	2,747	46	5,123	8,652	1,199
ปทุมธานี	3	4	10,773		3,752	4,264	2,757	6,817	1,829	2,127
นครราชสีมา	4	9	9,603		8,810	778	15	2,358	5,533	1,712
เชียงใหม่	5	1	9,372		4,315	4,843	214	4,473	4,029	867
สงขลา	6	12	8,920		6,229	1,843	848	4,629	2,926	1,364
อุบลราชธานี	7	10	8,598		7,975	606	17	1,985	5,826	787
เชียงราย	8	1	8,501		4,462	3,958	81	4,344	3,581	576
นครศรีธรรมราช	9	11	8,093		5,073	2,981	39	3,638	3,902	553
พระนครศรีอยุธยา	10	4	8,009		5,418	2,573	18	3,402	3,837	770
รวม 10 จังหวัด			116,933	37.5	75,582	36,823	4,528	45,905	59,834	11,190



4. สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา

ในระบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย ถือว่าผู้ติดยาเสพติดคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา มิใช่อาชญากร ถือเป็นปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเสพติดค่าใช้จ่ายจะอยู่ในภาระรับผิดชอบของรัฐหรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยระบบการเบิกจ่ายเป็นไปตามระบบระเบียบการเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยระบบสมัครใจ งบประมาณการบำบัดรักษาจะตั้งไว้ที่หน่วยงานที่ดูแลกำกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และมีการจัดสรรไปตามสถานพยาบาลต่างๆ ตามจำนวนและเป้าหมายที่กำหนดขึ้น และสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบที่สถานพยาบาลกำหนด ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเสพติดให้ดำเนินการบำบัดรักษาในชุมชน เช่น การบำบัดกลุ่มเสพติดด้วยวิธีค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งบประมาณจะจัดสรรไปที่หน่วยงานระดับพื้นที่ตามนโยบายกำหนด เช่น จัดสรรไว้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรไว้ที่สำนักงานจังหวัด สังกัดกระทรวงมหาดไทย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน หรือโรคร่วมระหว่างการรักษาเสพติดสามารถใช้สิทธิการรักษาตามระบบบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ ยกเว้นสิทธิประกันสังคมที่ยังเป็นประเด็นที่อยู่ระหว่างปรับแก้ให้ผู้ติดยาเสพติดและมีโรคแทรกซ้อนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

4.2 ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด งบประมาณด้านการบำบัดรักษาจะตั้งไว้ที่กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม และมีการจัดสรรให้กับสถานพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด เป็นต้น ซึ่งกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม หรือโรคแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาเสพติดสามารถใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยในระบบสมัครใจ คืออยู่ในความดูแลแห่งรัฐ

4.3 ผู้ป่วยระบบต้องโทษ จะมีการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษา การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างที่ให้การบำบัดรักษาระหว่างถูกคุมขังหรือการบำบัดในระบบต้องโทษ โดยจัดสรรงบประมาณไว้ที่กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม

สำหรับผู้ติดยาเสพติดที่เป็นแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในภาวะที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ต้องมีการเคลื่อนย้ายประชากร ผู้ใช้แรงงานต่างๆ อันมีผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด การเคลื่อนย้ายประชากรมากขึ้น อาจส่งผลทำให้ปัญหาการเสพยาเสพติดของแรงงานต่างด้าวเพิ่มมากขึ้น นโยบายในเรื่องการบำบัดรักษายาเสพติดในแรงงานต่างด้าว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาของระบบบริการสุขภาพด้านอื่นๆ กล่าวคือ กรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จะมีการเก็บเงินรายได้เพื่อใช้เป็นกองทุนในการบำบัดรักษาโรคทั่วไป และยาเสพติดที่ดำเนินการเช่นเดียวกับโรคทั่วไปนั่นเอง

5. คุณภาพสถานพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพ การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้มีรูปแบบและสามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม สร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู การดำเนินงานดังกล่าว จะกระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้กลไกการประเมินและรับรองคุณภาพระบบงานจากหน่วยงานภายนอก โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด มีการทำข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสถาบันธัญญารักษ์ กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ด้วยการจัดทำข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จัดให้มีระบบติดตามนิเทศ และประเมินผลการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งให้การรับรอง โดยคณะกรรมการร่วมกันระหว่างสถาบันธัญญารักษ์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งสิ้น 501 แห่ง จาก 936 แห่ง (ร้อยละ 53.5) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน 490 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 19 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 430 แห่ง (ตารางที่ 9.9)



ตารางที่ 9.9 จำนวนและร้อยละของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการที่	จำนวนรพ.ที่ได้รับรอง/ จำนวน รพ.ทั้งหมด	ร้อยละ	รพ.ที่ได้รับรองแต่ละระดับ		
			รพศ.	รพท.	รพช.
1	89/97	91.8	2/3	5/6	82/84
2	22/46	47.8	2/2	3/5	17/39
3	28/47	59.6	1/1	3/4	24/42
4	17/70	24.3	0/2	6/10	11/58
5	13/64	20.3	2/3	4/12	7/50
6	52/69	75.4	4/4	3/4	45/61
7	40/64	62.5	1/1	3/4	36/59
8	33/81	40.7	1/2	3/5	29/74
9	50/81	61.7	2/3	1/2	47/76
10	41/63	65.1	1/1	3/4	37/58
11	39/76	51.3	1/3	1/6	37/67
12	66/74	89.2	2/3	6/7	58/64
รวม	490/832	58.9	19/28 (67.9)	41/69 (59.4)	430/732 (58.7)

ที่มา: สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ มิถุนายน 2557

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดไปยังสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมคุมประพฤติ และสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบต้องโทษ ของกรมราชทัณฑ์ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยระบบบังคับบำบัดมีสถานฟื้นฟูฯ ได้รับการรับรองไปแล้ว 83 แห่ง จาก 87 แห่ง (ร้อยละ 95.4) และระบบต้องโทษได้รับการรับรองไปแล้ว 37 แห่งจาก 141 แห่ง (ร้อยละ 26.2) (ที่มา: สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ มิถุนายน, 2557)

สำหรับการขยายการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้มีการตรวจอนุญาตให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และได้รับการประกาศเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จำนวน 39 แห่ง และประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาวัดให้เป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนซึ่งกระจายอยู่ทุก 3 ภูมิภาค อีกจำนวน 30 แห่ง (สามารถดูรายชื่อสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และสถานพยาบาลยาเสพติดที่ได้รับการรับรองคุณภาพได้ที่ www.thanyarak.go.th)

ระบบข้อมูล และการติดตาม

จากนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด (demand) ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 82/2546 ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 เรื่อง แนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้จัดให้มีการทำระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ และร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งกระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ฯลฯ ให้ดำเนินการพัฒนาระบบรายงาน ซึ่งระบบนี้มีการเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ช่วงการประกาศสงครามยาเสพติดในปี 2546 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันและยังคงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ รายงานผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต <http://antidrug.moph.go.th> มีศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด/อำเภอ เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ประสานงานติดตามและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กรุงเทพมหานคร สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน เฝ้าระวัง แก้ไขปัญหายาเสพติดใน



พื้นที่ วางแผนกำหนดเป้าหมาย สถานการณ์ แนวโน้มด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันกลุ่มเสี่ยงของประเทศ ไทย การติดตามประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ รวมทั้งสำนักงบประมาณได้นำข้อมูลจากระบบ รายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ไปเป็นข้อมูลหลักในการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษาใน แต่ละหน่วยงาน

ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) เป็นระบบรายงานที่ครอบคลุมในกระบวนการ ตั้งแต่การค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การคัดกรองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด แบบการบันทึกประวัติ แบบการบำบัดรักษา แบบบันทึกการจำหน่ายและแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีข้อมูล ชนิด ประเภทสารเสพติดในพื้นที่ และมีระบบการเฝ้าระวัง และกำกับดูแลช่วยเหลือผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างครบวงจร

2) เพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยทั้งประเทศ เป็นฐานข้อมูลกลาง สำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงาน และงบประมาณสนับสนุนการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด และป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับนโยบายยาเสพติดของประเทศ มีระบบรายงาน ระบบ ติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ที่ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ตามกระบวนการบำบัดรักษา การ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้แก่

1. การค้นหา

การค้นหารายชื่อผู้ติดยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ติดยาเสพติด โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ได้แก่ กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พระ และแกนนำในชุมชน เป็นต้น ดำเนินการค้นหาผู้ติดยาและผู้ค้า ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จัดทำรายชื่อให้คณะกรรมการฯ ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง และรายงานข้อมูลให้ชุดปฏิบัติการ ดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของ ศพส.กทม. ศพส.น. 1-9 ศพส.จ. ศพส.อ. ส่งรายงาน บสต.1 ให้ ศพส.กทม. ศพส.น. 1-9 ศพส.จ. ศพส.อ. เพื่อใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังในพื้นที่และศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ/เขต รวบรวมส่งเฉพาะแบบสรุปการรายงาน เบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน (สรุป บสต.1) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

2. การจำแนกคัดกรองเพื่อส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

เมื่อมีการค้นหาผู้ติดยาแล้ว จะมีการจำแนกคัดกรอง และส่งตัวผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด บสต.2 (ปกปิด) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

ในกรณีที่ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งหน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกแห่ง ทำการบันทึกและรายงาน ด้วย แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด บสต.3 (ปกปิด) และกรณีส่งต่อเพื่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยย้ายที่อยู่ จึงขอย้าย ที่บำบัด หรือเนื่องจากต้องไปบำบัดในหน่วยที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น หน่วยบำบัดที่ทำการส่งผู้ป่วยต้องบันทึก บสต.3 (ในส่วนส่ง ต่อ) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

4. การจำหน่ายผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ชุมชน

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ทั้งแบบครบกำหนดหรือไม่ครบกำหนด ในแต่ละระบบหน่วยบำบัดที่ทำการบำบัดผู้ป่วยต้องจัดทำข้อมูลตามแบบจำหน่าย เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.4 (ปกปิด) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

5. การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่าย

เมื่อได้รับรายงาน บสต.4 ที่บันทึกสาเหตุการจำหน่ายเป็นแบบ “ครบกำหนด” ให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของ ศพส.กทม. ศพส.น. 1-9 ศพส.จ. ศพส.อ. ประสานทีมติดตามระดับพื้นที่ เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย หน่วย บำบัดได้เป็นผู้ติดตามหน่วยนั้นต้องรายงานผลการติดตามในแต่ละครั้งตามแบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต. 5 (ปกปิด)

ในกรณีที่ผู้ใช้สารเสพติดบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สำเร็จ หรือผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพสำเร็จ แต่ไม่สามารถติดตามได้ครบตามกำหนด ซึ่งการติดตามผลควรติดตามให้ได้ 7 ครั้ง หรืออย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน ให้ดำเนินการตามระบบการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดของชุมชนใหม่ แต่หากบุคคลนั้นยังอยู่ในชุมชน



ให้คงรายชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อตามแบบ บสต.1 และดำเนินการเพื่อให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาต่อไป เนื่องจากกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามการรักษายังไม่สิ้นสุด

จากข้อมูลข้างต้น กล่าวโดยสรุปได้ว่า แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) มีการจำแนกการรายงานเป็น 5 แบบรายงาน ดังนี้

- บสต.1 เป็นแบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน หรือเป็นการค้นหารายชื่อผู้ใช้ยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ใช้ยา/สารเสพติดในพื้นที่

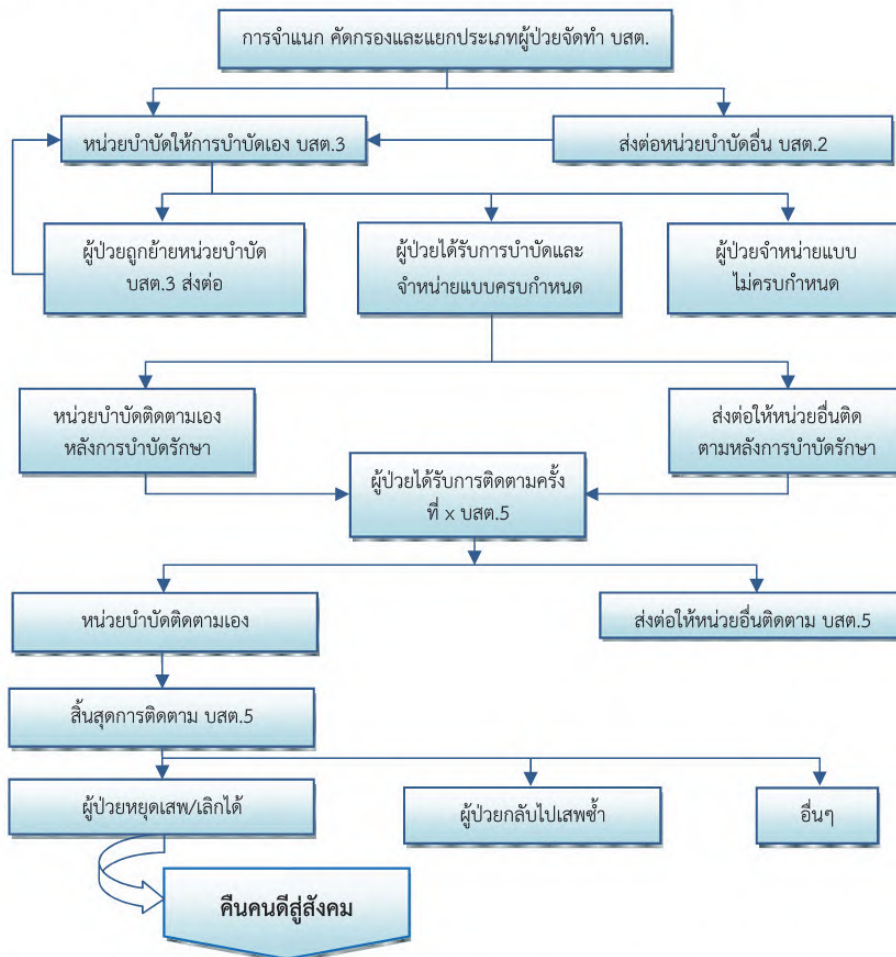
- บสต.2 เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

- บสต.3 เป็นแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

- บสต.4 เป็นแบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด รายงานสรุปผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด การจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

- บสต. 5 เป็นแบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยเกณฑ์การติดตามผู้ผ่านการบำบัดแล้ว ควรติดตามการรักษาย่างต่อเนื่อง จำนวน 7 ครั้งใน 12 เดือน กำหนดเป้าหมายการติดตาม เรียกว่า non-relapse หมายถึง สามารถเลิกพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ขั้นตอนกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามหลังการรักษา



ภาพที่ 9.15 แผนภูมิขั้นตอนกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามหลังการรักษา



ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) เป็นระบบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีข้อมูลของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่ถูกรวบรวมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ ทำให้ทราบถึงปัญหาเสพติดในองค์กรรวม และสามารถรับ-ส่งต่อข้อมูลข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกในการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาที่ต้องพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาการใช้งานระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด ของวิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปี 2555 ได้ศึกษาประเด็นปัญหาและความต้องการจากกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ดูแลระบบ และกลุ่มผู้ใช้งานระบบ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการ

1.1 นโยบายการเปิดให้เข้าถึงข้อมูลทะเบียนราษฎร จะเข้าถึงได้เฉพาะในช่วงเวลาทำการเท่านั้น การลงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลทะเบียนราษฎรในระบบจะไม่สามารถลงข้อมูลในช่วงนอกเวลาทำการได้

1.2 การปรับเปลี่ยนแบบฟอร์ม บสต. ในระบบ เพื่อให้รองรับกับข้อมูลใหม่ๆ เช่น ข้อมูลยาเสพติดชนิดใหม่ ต้องสร้างความเข้าใจนิยามศัพท์ให้ทุกหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันก่อน จึงเกิดความล่าช้า ระบบขาดความทันสมัยในการรองรับกับข้อมูลใหม่ๆ

1.3 ทบทวนนโยบายเรื่องการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน

1.4 ขาดงบประมาณในการบำรุงรักษาระบบ

2. ปัญหาด้านซอฟต์แวร์

2.1 ระบบข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน ไม่สามารถเชื่อมโยงและถ่ายโอนข้อมูลกับระบบ บสต. ได้แบบอัตโนมัติ ทำให้เกิดการลงข้อมูลซ้ำซ้อน เกิดข้อผิดพลาด ข้อมูลชุดเดียวกันแต่ระบบมีข้อมูลไม่ตรงกัน

2.2 การสืบค้นข้อมูลจากทะเบียนราษฎรโดยใช้ชื่อ - สกุลไม่ถูกต้อง ต้องใช้เลข 13 หลักเท่านั้น

2.3 ระบบไม่รองรับกรณีคนต่างชาติที่ไม่มีพาสปอร์ต

3. ปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานและฮาร์ดแวร์

3.1 เครื่องอ่าน smart card มีปัญหาเสถียรง่าย เข้าระบบไม่ได้

3.2 server ของระบบ และฐานข้อมูล mySQL ไม่สามารถรองรับการทำงานที่มีข้อมูลจำนวนมากได้

3.3 ระบบ บสต. ต้องเชื่อมต่อกับสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง และเครื่องแม่ข่ายที่กระทรวงสาธารณสุข หากระบบเครือข่ายจุดใดมีปัญหา ก็ทำให้ระบบล่ม และขาดเสถียรภาพ

4. ปัญหาด้านกระบวนการทำงาน การดำเนินการในบางขั้นตอนของระบบ ขาดเจ้าภาพที่ชัดเจน เช่น การค้นหา (บสต.1) และการติดตาม (บสต.5) กรณีที่ส่งผู้ป่วยไปติดตามหน่วยงานอื่น แต่ผู้ป่วยไม่ไปตามที่ตกลง เกิดปัญหาว่าใครควรเป็นเจ้าภาพในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงความไม่ชัดเจนของการไหล (flow) ของกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน

5. ปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาเรื่องภาระงานส่งผลต่อการลงข้อมูลล่าช้า และปัญหาเรื่องความเชี่ยวชาญในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อคัดกรองและบำบัดของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

6. ปัญหาด้านข้อมูล ข้อมูลที่ลงในระบบ บสต. ไม่ตรงกับความจริง ผู้ป่วยปกปิดข้อมูล ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่ใช้ระบบ บสต. มีข้อมูลไม่ตรงกัน หรือใช้ข้อมูลคนละมิติ

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จากการตรวจสอบระบบข้อมูลโดยสำนักสารนิเทศยาและสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ พบว่าปัจจุบันมีการนำเข้าสู่ข้อมูลลงในระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) น้อยกว่าการปฏิบัติงานจริง เช่น ข้อมูล บสต.1 และ บสต.2 มีการลงข้อมูลน้อยมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลและระบบสารสนเทศ และการตรวจสอบข้อมูลในระบบ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และการจัดการความรู้

1. **ด้านการรักษาผู้ติดยาเสพติด** ปัญหาเสพติดยังมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและพัฒนากระบวนการป้องกันแก้ไขต่อเนื่องดังนี้

1.1 ประชาชน ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดยังขาดความตระหนักในปัญหาเสพติด และขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน

1.2 ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดรายใหม่ยังมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย คือ สุรา และบุหรี่ และมีแนวโน้มการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุน้อยลง



1.3 ผู้ติดยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาในระยะแรก ส่วนใหญ่ไม่สมัครใจได้รับการบำบัดรักษา ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดมีปริมาณมากที่สุด ขณะที่ผู้ป่วยเสติดระบบสมัครใจได้รับการรักษาหลังจากใช้ยาเสพติดมานาน 3-5 ปี

1.4 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษา มีการเปลี่ยนงานบ่อย และไม่มีโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

1.5 สถานพยาบาลยาเสพติดทุกระบบยังมีมาตรฐานและปริมาณไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมต่อการรองรับผู้ป่วยที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและความรุนแรงในแต่ละพื้นที่

1.6 ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษานอกเขตบริการสุขภาพ ขาดระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทำให้เสียเงิน เสียเวลา และมีความเสี่ยงต่อชีวิตและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

1.7 ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน และมีการเสติดซ้ำหลังการรักษา ขบวนการติดตามทางการแพทย์และการบูรณาการร่วมกับครอบครัว สังคม ชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นไปได้ยาก

1.8 ระบบบริการของสถานบำบัดมีความหลากหลาย ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ และเชื่อมโยงถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จนเกิดมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกัน จึงควรเน้น การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพิ่มการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มมาตรฐานการบำบัดรักษาให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ รวมถึงเพิ่มการณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสติดยาเสพติด รวมถึงการให้โอกาสและการยอมรับให้กลับเข้าสู่สังคมได้อย่างสมภาคภูมิ

1.9 การดำเนินงานในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสติดยังขาดการบูรณาการทั้งระดับหน่วยงาน และระดับนโยบาย มีหลายหน่วยงาน หลายระบบ แม้ว่าจะมีความร่วมมือกันดำเนินงานแต่ก็ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน พบว่า ผู้ติดยาเสติดส่วนใหญ่จะเข้ามาด้วยระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 70.3 และผู้เสติดที่สมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดมีน้อยมาก แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม และบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ ขาดการประสานงาน ไม่มีความเชื่อมโยงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การคัดกรองกลุ่มเสติด กลุ่มเสี่ยง กลุ่มติดยาต่าง ๆ ซึ่งจากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นระบบบังคับบำบัดส่งผลให้คุณภาพการบำบัดรักษาที่ผ่านมาให้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีพอ

2. ระบบการติดตามหลังการบำบัดรักษา

2.1 พบปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร และความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ส่งผลให้ระบบการติดตามหลังการรักษาไม่ต่อเนื่อง และขาดความชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ และตกลงบริการร่วมกัน เพื่อความเข้าใจตรงกันว่า การติดตามการรักษาควรเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ส่งตัวหรือหน่วยงานที่รับตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษา จึงต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามการรักษาให้เป็นระบบ Seamless Care ต่อไป

2.2 การติดตามการรักษาจะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ดียิ่งขึ้น หากผู้ให้บริการนำครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังการดูแลจากครอบครัวผู้เกี่ยวข้อง เสริมพลังให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง เน้นภูมิปัญญาปฏิบัติ เสริมจุดแข็งที่ทำได้ มีการจัดการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกลุ่ม เช่น กลุ่มสนับสนุนทางสังคม เพื่อนช่วยเพื่อน ปัญญาสังคม ฯลฯ การส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ใช่แค่เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ผ่านการบำบัดรักษา แต่ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมของระบบ บุคคลในครอบครัว ชุมชนและเครือข่าย ควรรู้ช่องทางการปรึกษา การส่งต่อ การประสานบริการ ผสมผสานงานรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ดูแลองค์รวม กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากทุกระบบเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกันประสานเป็นระบบบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless care) แล้ว ก็จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้ยาและสารเสติด ไม่กลับไปเสติดซ้ำ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสติดชนิดฉีด

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสติด มิได้เป็นเพียงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเลือดเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการดูแลมนุษยชนในทุกมิติ ทั้งด้านมนุษยธรรม ด้านสาธารณสุข ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านเศรษฐศาสตร์ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีช่องว่างการดำเนินงานลดอันตราย ดังนี้



3.1 การเข้าถึงบริการของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาน้อย จากการประมาณการโดยการเข้าถึงผู้ใช้ยาของภาคประชาสังคม ที่คาดว่าผู้ใช้ยาฉีดและเฮโรอีนประมาณ 40,300 ราย แต่มีผู้เข้ารับบริการด้วยสารเมทาโดนทดแทนเพียง 4,012 ราย หรือร้อยละ 10.0 (รายงาน บสต. ปี 2556) ซึ่งยังมีช่องว่างในการเข้าถึงบริการมากถึงร้อยละ 90.0

3.2 ผู้ให้บริการยังขาดความรู้ความเข้าใจในการให้บริการเมทาโดนระยะยาว ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ โดยการได้รับยาในขนาดและปริมาณที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบำบัดในอัตราสูง ช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ทั้งลดอาชญากรรม ปัญหาการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย การเสียชีวิตจากการเสพยาเกินขนาด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

3.3 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ขาดแรงจูงใจในการรักษา

3.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ที่ให้บริการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ทั่วประเทศมีเพียง 113 แห่งจากสถานบริการกว่า 1,000 แห่งทั่วประเทศ

3.5 ยังไม่มีการกำหนดให้การบริการลดอันตรายแบบรอบด้าน 10 ชุดบริการอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับ

3.6 ทศนคติและมุมมองทางสังคม ยังมีการแบ่งแยก เลือกปฏิบัติและตีตราผู้ใช้ยา เป็นกำแพงกันทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบบริการ

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุของช่องว่างทางด้านสังคม เช่น ทศนคติของคนในสังคมต่อผู้ใช้ยา การตีตรา หรือแม้แต่ประเด็นจากการใช้กฎหมาย ที่ไม่เอื้อต่อการอำนวยความสะดวกซึ่งจะส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งหมดจึงทำให้พบช่องว่างของการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลต่อการพัฒนาระบบบริการบำบัดผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องและข้อพิจารณา

ประเด็นที่ 1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ระบุไว้ว่าเฮโรอีน เป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงประเภท 1 ส่วนประเภท 2 ได้แก่ ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (morphine) โคคาอีน (cocaine) โคเดอีน (codeine) ฝิ่นยา (medicinal opium)

ประเด็นที่ 2 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 164 (พ.ศ.2543) เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลซึ่งมีประเด็นสาระสำคัญ คือการผ่อนผันให้จ่ายยาเมทาโดนแก่ผู้เข้ารับการรักษา นำไปปรับประพจน์นอกสถานพยาบาลได้ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาการจ่ายยาเมทาโดนไม่ควรเกินครั้งละ 350 มิลลิกรัม และไม่อนุญาตให้ผู้อื่นมารับยาแทนผู้ป่วย

ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นอาจทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถเข้ารับบริการได้จากข้อจำกัดต่างๆ ส่งผลให้เกิดความไม่สม่ำเสมอของการอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษา และทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ในที่สุด

5. การศึกษาวิจัย

5.1 การวิเคราะห์ต้นทุนของการบำบัดรักษายาเสพติด ส่วนใหญ่จะวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการ และมุมมองของผู้รับบริการ และเป็นต้นทุนที่สัมผัสได้ (tangible cost) แต่ยังขาดการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ ได้แก่ จำนวนวันหรือปีที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality adjusted life-years) การสูญเสียสุขภาพ (DALYs) เป็นต้น และต้นทุนในมุมมองของสังคม หรือต้นทุนที่สัมผัสไม่ได้ (intangible cost) ประกอบด้วย ต้นทุนค่าเสียโอกาสในชีวิตการศึกษา การประกอบอาชีพ และการเสียโอกาสทางสังคมของผู้ป่วย (productivity cost) ปัญหาสุขภาพในอนาคต และปัญหาอาชญากรรม และการวิเคราะห์ต้นทุนจำแนกตามสารเสพติดในแต่ละชนิด เช่น กลุ่มยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน หรือสารระเหย เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม

5.2 ศึกษาแบบการป้องกันการติดยาและสารเสพติด ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสพ

5.3 ศึกษาแบบการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดที่เหมาะสม โดยนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาทำการศึกษา เช่น แรงจูงใจ ความร่วมมือในครอบครัว ต้นทุน ประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่า

5.4 ศึกษาแบบของระบบบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด การบูรณาการการบำบัดรักษา รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม

5.5 ศึกษาการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) ประเภทต่างๆ



บรรณานุกรม

1. กนิษฐา ไทยกล้า, กนก อุตวิชัย. ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ไอซ์ (Methamphetamine Hydrochloride). พิมพ์ครั้งที่ 2 : เชียงใหม่; 2556.
2. กรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดน ระยะยาว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
3. กรมการแพทย์และศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการใช้สารเสพติดปี 2551. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร; 2552.
5. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการใช้สารเสพติดปี 2554. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด: กรุงเทพมหานคร; 2555.
6. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/conclusion/estimate2011.pdf>.
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาและสารเสพติด. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาและสารเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
8. ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ. นโยบายการดำเนินงานด้านยาเสพติดกับเอดส์. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง นวัตกรรมในการให้การปรึกษาในผู้ติดยาเสพติด; 14-16 มิ.ย. 2549; โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท จังหวัดปทุมธานี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
9. ทักษพล ธรรมรังสี, อรทัย วลีวงศ์. แอลกอฮอล์และโรคมะเร็ง ใน: สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
10. ทิพาดี เอมะวรรณนะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง; 2548.
11. ธัญธ ทรัพย์วงศ์, พัชร รัตนแสง. รายงานการวิจัยระบบบริการช่วยเหลือฉุกเฉินในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2556.
12. นาริรัตน์ สุระพร. รายงานการศึกษาการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี ปี 2551. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2551.
13. เนตรนภา สังข์จันทร์, พัฒนา ราชวงศ์. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขวาง อำเภอโพธิ์ทะเล จังหวัดพิจิตร; 2555.
14. เนาวรัตน์ บุตรลักษณ์, ศศิธร พรหมดีสาร, นฤมล อารยะพิพัฒน์, เปรมจิต ไชยลังกา, วิภารัตน์ พรหมพิมพ์. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดในโรงพยาบาลอภัยภูธรระยองในโรงพยาบาลอภัยภูธรระยอง. รายงานวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลอภัยภูธรระยอง; 2555.
15. บุรณี กาญจนถวัลย์, อรรถพล สุนธกริรมย์, กฤตยากร แสงขาว, พรณิภา สังข์ทอง. การศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติด. รายงานวิจัย. 2550.
16. พรธนา เรื่องกิจ. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่อการใช้สารแอมเฟตามีนของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดปทุมธานี: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
17. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 118, ตอนที่ 102 ก, หน้า 6. (ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2544).
18. พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;17:129-148.
19. พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. บทบาทของวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.



20. ภริมา กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล. "การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาและการวิเคราะห์ความคุ้มค่า" ใน: พิเชฐ สัมปทานกุล, บรรณาธิการ. หลักการทำวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555; 143-156.
21. มานพ คณะโต, นสพร อนุสรณ์พานิชกุลและ วรพล หนู่น. เอกสารประมวลความรู้เรื่องไอซ์. เครื่องช่วยพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553. หน้า 15-25.
22. รายงานการประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านยาเสพติดครั้งที่ 35: วันที่ 1-4 กรกฎาคม 2557 ณ ประเทศฟิลิปปินส์.
23. วุฒิม พลพิทักษ์. กลยุทธ์การสร้างชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดของตำบลแชร่อ อำเภอดอนจาน จังหวัดสระแก้ว; ม.ป.ป.
24. วิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ปัญหา การใช้งานระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://ncts.oncb.go.th>.
25. วิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากร, ลำชา ลักษณภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (Textbook of Addiction Medicine). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
26. วิโรจน์ วีระชัย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย: การวิเคราะห์ห่อหุ้ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
27. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กัณติ, อุษณีย์ พึ่งปาน, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษาเสพติด. รายงานวิจัย. 2552.
28. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด; 2557.
29. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาว ในผู้เสพติดเฮโรอีน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
30. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุบบทเรียนบ้านอุ่นไอรัก ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
31. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาความคิดเห็นการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
32. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
33. สถาบันธัญญารักษ์. ตำรายาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552. หน้า 23-30.
34. สถาบันธัญญารักษ์และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การรักษาโดยให้ยาทดแทนระยะยาวในการจัดการดูแลผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
35. สำนักงาน ป.ป.ส. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2555.
36. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2555 การดำเนินงาน ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2555.
37. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ; 2554.
38. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ไอซ์: มิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติด/ไอซ์. ศูนย์วิชาการด้านสารเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2554. เข้าถึงได้จาก: <http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/August54/Ice.pdf>.
39. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ.2552, 2556. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2556.
40. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.



41. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ฯ ตัวชี้วัด และแนวทางจัดทำข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี; 2556.
42. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ; 22 พ.ย. 2555; กรุงเทพมหานคร. สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2555 .
43. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2552. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
44. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2553. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
45. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2554. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
46. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2555. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
47. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2556. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.antidrug.moph.go.th>.
48. สำนักยุทธศาสตร์.สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. สถานการณ์ไอซ์ 2555 [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค.2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/August54/Ice.pdf>.
49. สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, มานิต ศรีสุรณานนท์. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน; 2556.
50. โสภิตา ดาวสดใส, จันทรเพ็ง มูลศรี, แสงเดือน นิลมณี, ชุตินา เรืองแสน, สาธิต สมศรี. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสารระเหยในระบบบังคับบำบัด. รายงานวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น; 2555.
51. อังกูร ภัทรกร, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. ผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในผู้ป่วยเสพติด สถาบันธัญญารักษ์. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการวิจัย; 2557.
52. อังกูร ภัทรกร. ผลการรักษา Zuclopenthixol accuphase กับ haloperidol และ diazepam ในการรักษาอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15:162-169.
53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). APA: Washington DC; 2000.
54. Caplehorn JR, Dalton MS, Haldar F, Petrenas AM, Nisbet JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. Subst Use Misuse 1996;31:177-96.
55. Center for Substance Abuse Treatment. Methadone-Associated Mortality: Report of a National Assessment, May 8-9; 2003.
56. CSAT Publication No. 28-30. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004.
57. Darke S, Ross J, Hall W. The injection of methadone syrup in Sydney, Australia; 1995.
58. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Biddles Ltd, Guildford and King s Lynn; 1994.
59. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. New York :Biddles Ltd, Guildford and King s Lynn; 2000.
60. Fiellin DA. Methadone syrup injection in Australia: a sentinel finding? Addiction 2003;98:385-6.
61. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. Fifth ed. Pearson Prentice Hall: New Jersey; 2001.
62. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 1992;9:199-213.



63. O' Connor PG, Fiellin DA. Pharmacologic treatment of heroin-dependent patients. Ann Intern Med 2000;133:40-54.
64. Technical Report No. 23 National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney. UNODC 2012 world drugs report, june 2012.
65. UNODC. world drugs report 2012. [Internet]. [Cited 2014 Dec 20]. Available from: http://www.unodc.org/documents/data-and-nalysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
66. WHO. Global Report on NCD 2010. [Internet]. [Cited 2014 Feb 14]. Available from: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.
67. World health organization, Health risks :Mortality and burden of disease: Geneva; 2009
68. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision; 2006.
69. Zador DA, Sunjic SD. Methadone-related deaths and mortality rate during induction into methadone maintenance, New South Wales, 1996. Drug Alcohol Rev 2002;21:131-36.



ภาคผนวกที่ 9.1

กฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติด

1. กฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศไทย

ในประเทศไทยมีกฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติดที่สำคัญอยู่หลายฉบับ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และรวมกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุงใหม่) ได้แก่ การดำเนินการแก้ไขกฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติดปีงบประมาณ 2547 (21 มกราคม 2548) สรุปผลและความคืบหน้าการดำเนินการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับยาเสพติด ปีงบประมาณ 2545-2546

- 1.1 กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
- 1.2 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2519 ฉบับที่ 3 (แก้ไข) พ.ศ. 2543
- 1.3 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534
- 1.4 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2545
- 1.5 กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย และเคมีภัณฑ์ ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด
 - 1.5.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
 - 1.5.2 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518
 - 1.5.3 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533
 - 1.5.4 พระราชบัญญัติควบคุมโคคาอีน พ.ศ. 2495
 - 1.5.5 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545
- 1.6 กฎหมายว่าด้วยมาตรการเฉพาะด้าน
 - 1.6.1 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534
 - 1.6.2 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545
- 1.7 ระเบียบฯ ที่เกี่ยวข้อง
 - 1.7.1 เงินสินบนและเงินรางวัลคดียาเสพติด และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจ่ายเงินสินบนและเงินรางวัลคดียาเสพติด พ.ศ. 2537 ที่แก้ไขใหม่ (พ.ศ. 2546) (19 มีนาคม 2546)
 - 1.7.2 การแต่งตั้งเจ้าพนักงาน ป.ป.ส.
 - 1.7.3 จับ ยึด และตรวจพิสูจน์ยาเสพติด
 - 1.7.4 ประสานงานคดีความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด
 - 1.7.5 ป้องกันเจ้าหน้าที่ของรัฐมิให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
 - 1.7.6 ระเบียบ คตส. ว่าด้วยกองทุนป้องกันและปราบปรามฯ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2546
- 1.8 รวมกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุงใหม่)
 - 1.8.1 พระราชบัญญัติส่งผู้ร้ายข้ามแดน พ.ศ. 2472
 - 1.8.2 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479
 - 1.8.3 พระราชบัญญัติควบคุมโคคาอีน พ.ศ. 2495
 - 1.8.4 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518
 - 1.8.5 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 1.8.6 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
 - 1.8.7 พระราชบัญญัติการปฏิบัติ เพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศในการดำเนินการตามคำพิพากษาคดีอาญา พ.ศ. 2527
 - 1.8.8 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533
 - 1.8.9 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534
 - 1.8.10 พระราชบัญญัติให้อำนาจทหารเรือปราบปรามการกระทำความผิดบางอย่างทางทะเล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2534
 - 1.8.11 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535



- 1.8.12 พระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535
- 1.8.13 พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535
- 1.8.14 พระราชบัญญัติความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องทางอาญา พ.ศ. 2535
- 1.8.15 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542
- 1.8.16 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

1.9 อื่น ๆ

1.9.1 แนวปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในสถานประกอบการในระบบของการรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้ง 3 ระบบนั้น ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษนั้น พอลงกล่าวได้ว่า มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้เขียนจะขอลำถึงกฎหมายทั้ง 3 ฉบับพอสังเขป

1.9.2 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายฉบับนี้ กล่าวถึง การแบ่งประเภทของยาเสพติด การให้ความหมายและคำจำกัดความต่างๆ เช่น ยาเสพติดให้โทษ การผลิต จำหน่ายนำเข้า ส่งออก ฯลฯ ซึ่งจะเกี่ยวข้องถึงบทลงโทษด้วย

มาตรา 4

“ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุดิบใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

“ผลิต” หมายความว่า เพาะ ปลูก ทำ ผสม ปูรง แปรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ และให้หมายความรวมถึงการแบ่งบรรจุ หรือรวมบรรจุด้วย

“จำหน่าย” หมายความว่า ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้

“นำเข้า” หมายความว่า นำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักร

“ส่งออก” หมายความว่า นำหรือส่งออกนอกราชอาณาจักร

“เสพ” หมายความว่า การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด

“ติดยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดให้โทษนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ

“หน่วยการใช้” หมายความว่า เม็ด ชอง ขวด หรือหน่วยอย่างอื่นที่สร้างขึ้นซึ่งโดยปกติสำหรับการใช้เสพนึ่งครั้ง

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาด้วย

“สถานพยาบาล” หมายความว่า โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานที่อื่นใดเฉพาะที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้เป็นสถานที่ทำ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

มาตรา 7 ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

- (1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)
- (2) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) และฝิ่นยา (Medicinal Opium)
- (3) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
- (4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)
- (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึง 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม



พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

พระราชกำหนด หมายถึง กฎหมายรูปแบบหนึ่งซึ่งพระมหากษัตริย์ทรงตราขึ้นโดยคำแนะนำและยินยอมของคณะรัฐมนตรี โดยอาศัยอำนาจตามที่รัฐธรรมนูญวางไว้ว่าเป็นกรณีฉุกเฉิน ที่มีความจำเป็นรีบด่วนอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้ เพื่อประโยชน์ในการรักษาความปลอดภัยของประเทศ หรือความปลอดภัยสาธารณะหรือความมั่นคงในทางเศรษฐกิจของประเทศ หรือป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ หรือในกรณีที่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเกี่ยวกับการภาษีอากรหรือเงินตรา ซึ่งจะต้องได้รับการพิจารณาโดยด่วนและลับ เพื่อรักษาประโยชน์ของแผ่นดิน พระราชกำหนดมีผลใช้บังคับได้ตั้งพระราชบัญญัติ ดังนั้นพระราชกำหนดจึงแก้ไขเพิ่มเติม หรือยกเลิกพระราชบัญญัติได้ พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 107 ตอนที่ 13 (ฉบับพิเศษ) ลงวันที่ 19 มกราคม 2533 เนื่องจาก ได้มีการนำสารระเหยหรือวัตถุหรือผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปมีสารระเหยผสมหรือเจือปนอยู่ ซึ่งผลิตขึ้นเพื่อใช้ในทางอุตสาหกรรมหรือทางอื่น ไปใช้สูดดม หรือวิธีอื่นใด อันก่อให้เกิดอันตรายอย่างมากแก่ผู้สูดดม โดยเฉพาะเยาวชน ประกอบกับยังไม่มีกฎหมายใช้บังคับแก่สารระเหยโดยเฉพาะ สมควรที่จะดำเนินการป้องกันการใช้สารระเหยไปในทางที่ไม่ถูกต้อง และโดยที่เป็นกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นรีบด่วนในอันที่จะรักษาความปลอดภัยสาธารณะ จึงจำเป็นต้องตราพระราชกำหนดนี้และมีการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชกำหนดนี้ในภายหลังตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและความสำคัญในช่วงเวลานั้นๆ รวมทั้งสิ้น 3 ฉบับ ในปี พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2550 สารสำคัญของ พระราชกำหนดนี้ กล่าวถึง ความหมายของ สารระเหย ผู้ที่ติดสารระเหย การผลิต นำเข้า การเปิดโอกาสให้ ผู้ที่ติดสารระเหย สมัครใจเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลได้

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และมาตราที่เกี่ยวข้อง

ในอดีตประเทศไทยมีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ดำเนินการในประเทศไทยอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ มีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ และระบบต้องโทษ มีสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก กระทรวงยุติธรรม และกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบ แต่ทั้ง 2 ระบบดังกล่าวมีจุดอ่อนหลายประการที่ทำให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตลอดเวลาที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นในปี 2533 (สมัยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ) สำนักงาน ปปส. จึงได้ร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดขึ้นซึ่งเป็นระบบบังคับบำบัด โดยกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้ภารกิจนี้อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงาน ปปส. ต่อมาเมื่อร่างพระราชบัญญัตินี้เข้าสู่การพิจารณาของกรรมาธิการสภาผู้แทนราษฎรได้มีการเปลี่ยนให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติการรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 รัฐมนตรีฯ ได้มอบหมายกรมคุมประพฤติรับผิดชอบดำเนินการ แต่เมื่อยกร่างพระราชบัญญัตินี้แล้วยังไม่สามารถประกาศใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากมีบทบัญญัติบางประการที่เกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล อีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญคือยังไม่มีแนวทางที่จะจำแนกผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจน ดังนั้นเมื่อปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดทวีความรุนแรงมากขึ้นและแนวคิดที่ต้องการให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยาเสพติดซึ่งเปรียบเสมือนผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งเช่นกัน

กระทรวงยุติธรรมจึงได้มีการขอแก้ไขพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการบังคับใช้และให้สอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 และจากนโยบายของรัฐบาลดังกล่าวประกอบกับได้มีแนวคิดให้ขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้จำหน่ายเล็กน้อย รวมทั้งเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดดังกล่าว ตลอดจนขยายสถานที่ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งเป็นการระดมทรัพยากรเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหานี้จึงได้มีการยกร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้น โดยมีผลให้ยกเลิกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 และให้ใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แทนโดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 119 ตอนที่ 96ก. ลงวันที่ 30 กันยายน 2545 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 ตุลาคม 2545



1) ข้อดีของระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 คือ

1.1) ผลดีต่อผู้ติดยาเสพติด

- เป็นการบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการว่า ผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็งจนสามารถเลิกยาเสพติดได้โดยเด็ดขาด หรืออย่างน้อยก็อาจจะหยุดเสพยาเสพติดได้เป็นเวลานานก่อนจะหวนกลับไปเสพซ้ำ
- ระบบบังคับบำบัด อาจจะเป็นแนวผลักดันให้ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาชีพมั่นคงอยู่แล้วสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องการถูกจับกุมตัวส่งเข้าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน
- ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มีโอกาสพัฒนาตนเองให้กลับตนเป็นพลเมืองที่ได้รับการฝึกฝนทักษะชีวิตและฝึกฝนอาชีพจนสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ตามปกติไม่ต้องมีประวัติทางคดีสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ

1.2) ผลดีต่อสังคมและประเทศชาติ

- เป็นการตัดวงจรผู้เสพออกจากผู้ค้าด้วยการบำบัด
- ลดปัญหาอาชญากรรมอันสืบเนื่องมาจากผู้ติดยาเสพติด
- ลดจำนวนปริมาณคดีเกี่ยวกับความผิดตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ
- ลดปริมาณผู้ต้องขังคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในเรือนจำ
- เป็นการสนับสนุนนโยบายรัฐบาลด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด
- ลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและการแพร่กระจายโรคเอดส์

2) การดำเนินงานโดยสรุปตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มีดังนี้

2.1) เมื่อมีการจับกุมผู้ต้องหาว่ากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเข้าข่ายฐานความผิดตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พนักงานสอบสวนต้องนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมง หากผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีต้องส่งภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพยาเสพติด

2.2) ศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์ เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่โดยแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตพื้นที่ทราบ

2.3) คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกประวัติพฤติกรรมในการกระทำความผิด และสภาพแวดล้อมของผู้ต้องหา และดำเนินการตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับตัวไว้

2.4) การวินิจฉัยการตรวจพิสูจน์ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยผลการตรวจพิสูจน์ ดังนี้

- กรณีวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฯ จะกำหนดแผนการฟื้นฟูสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการทราบเพื่อดำเนินการต่อไป
- กรณีวินิจฉัยว่าไม่เป็นผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฯ ต้องรายงานผลการตรวจพิสูจน์ พร้อมทั้งส่งตัวผู้ต้องหาคืนให้พนักงานสอบสวน หรือพนักงานอัยการพิจารณาดำเนินการต่อไป

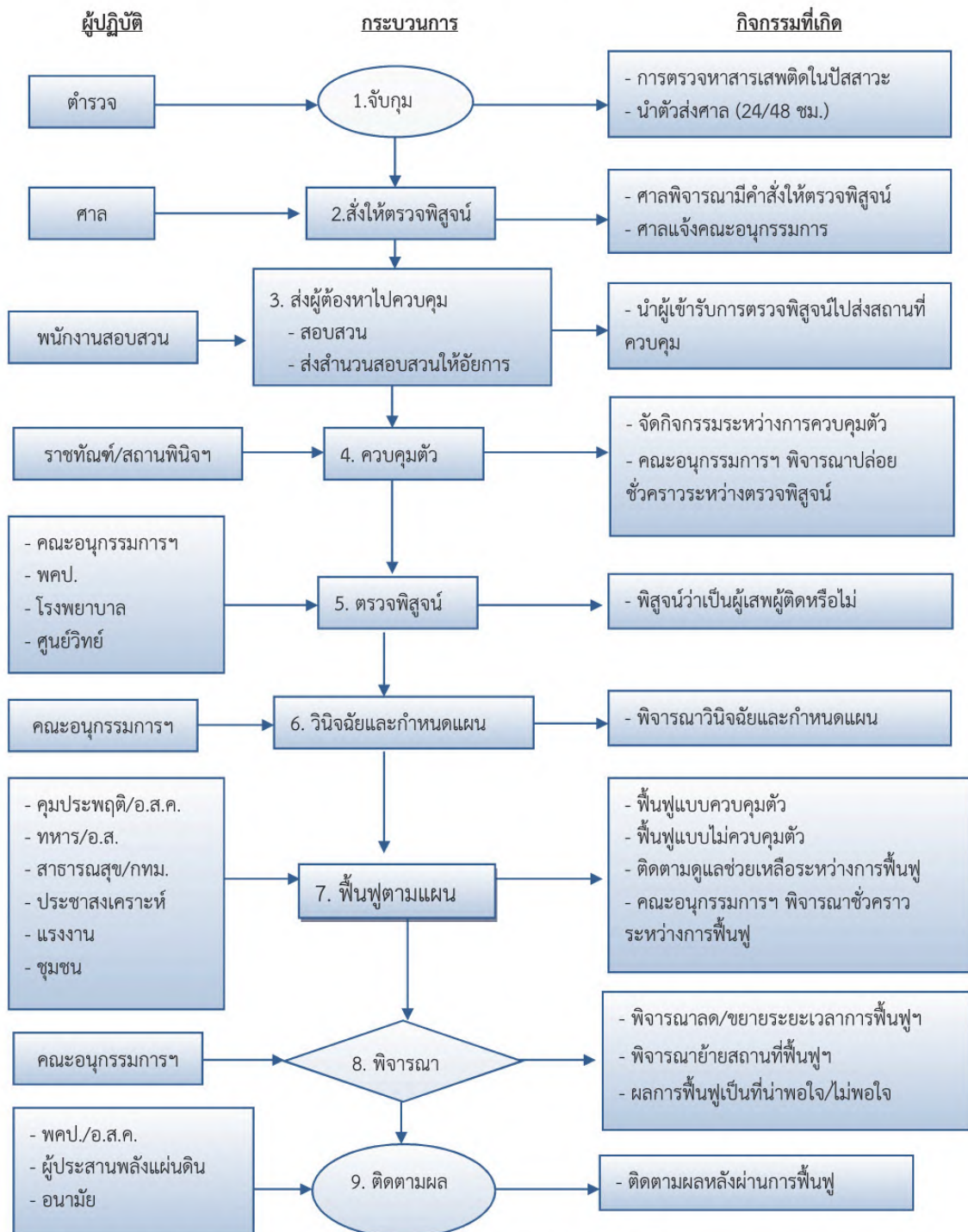
2.5) การกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้ฟื้นฟู ครั้งละไม่เกิน 6 เดือน หากผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่เป็นที่น่าพอใจ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสามารถขยายเวลาอีกครั้งก็ได้ โดยครั้งหนึ่งไม่เกิน 6 เดือน และรวมทั้งหมดไม่เกิน 3 ปี

2.6) การวินิจฉัยผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด วินิจฉัยผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

- ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่น่าพอใจ ให้ถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหาและให้ปล่อยตัวไป คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ต้องแจ้งให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการทราบ
- ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เป็นที่น่าพอใจ คณะอนุกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ต้องรายงานความเห็นไปยังพนักงานสอบสวน หรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินคดีต่อไป



2.7) การติดตามผลภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นกระบวนการที่ไม่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แต่ได้เตรียมการโดยสำนักงานคุมประพฤติส่งต่อข้อมูลให้ ศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด (ศตส.) ในพื้นที่ บริหารจัดการโดยใช้กระบวนการพลังแผ่นดินในชุมชนติดตามผลต่อไป



ภาพที่ 9.16 การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545



มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

ยาเสพติด หมายความว่า ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษและยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ติดยาเสพติด หมายความว่า เสพยาเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้นโดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ

มาตรา 12 ให้คณะกรรมการพิจารณาแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตพื้นที่ต่างๆ ตามความเหมาะสมประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานคณะอนุกรรมการ แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมี คุณสมบัติตามที่กำหนดในกฎกระทรวงไม่เกิน 2 คนเป็นคณะกรรมการ และให้ผู้แทนกรมประพฤติ 1 คนเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

แพทย์ตามวรรคหนึ่งให้พิจารณาแต่งตั้งจากจิตแพทย์ ถ้าไม่อาจแต่งตั้งจากจิตแพทย์ให้แต่งตั้งจากแพทย์อื่นที่เหมาะสม

มาตรา 13 คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) พิจารณาวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดหรือไม่
- (2) ติดตามดูแลการควบคุมตัวผู้ต้องหาในระหว่างการตรวจพิสูจน์หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด
- (3) พิจารณาย้ายตัวผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากสถาบันบำบัดหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งรวมทั้งพิจารณาลดหรือขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (4) พิจารณานุญาตให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว
- (5) พิจารณาแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแก่ผู้ต้องหาที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดในฐานความผิดที่ระบุได้ในมาตรา 19
- (6) เสนอแนะต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับวิธีการตรวจพิสูจน์และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (7) พิจารณาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 33

มาตรา 19 ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวงถ้าไม่ปรากฏว่าเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจ พิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากผู้ต้องหานั่นเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลาดังกล่าวได้ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าผู้ต้องหาไม่ยอมให้ถึงสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวนนำตัวส่งศาลเพื่อมีคำสั่งให้ตรวจพิสูจน์ภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน

การส่งไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ให้ศาลพิจารณาส่งตัวไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ และลักษณะเฉพาะบุคคลประกอบด้วยแล้วให้ศาลแจ้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ

ในระหว่างการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พนักงานสอบสวนดำเนินกระบวนการสอบสวนคดีต่อไป และเมื่อสอบสวนเสร็จให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการโดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วยและแจ้งให้ทราบว่ามีผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวแห่งใด



ในระหว่างที่ผู้ต้องหาถูกควบคุมตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการไม่ต้องดำเนินการฝากขังหรือขอคัดฟ้องตามกฎหมาย

มาตรา 26 ในกรณีที่มีเหตุสมควร คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจพิจารณาปล่อยชั่วคราวสำหรับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

3) แนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มีหลายรูปแบบโดยสามารถแบ่งแยกได้ตามลักษณะของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในดังนี้

3.1) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน

- รูปแบบของชุมชนบำบัด
- การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ FAST MODEL
- การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ จีราสา (ทหารอากาศ)

3.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก

- การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ กายจิตสังคมบำบัด (matrix program)

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของต่างประเทศ

เพื่อการเรียนรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีความครอบคลุม จึงขอนำเสนอเรื่องราวของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับในเรื่องระบบกฎหมายและบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ดังนี้

2.1 ประเทศญี่ปุ่น (Japan)

กฎหมายยาเสพติดหลักของประเทศญี่ปุ่น มี 5 ฉบับ ได้แก่

- 1) Narcotics & Psychotropics Control Law
- 2) Cannabis Control Law
- 3) Opium Law
- 4) Stimulants Control Law
- 5) Narcotics Special Law

กฎหมายควบคุมยาเสพติด (Narcotic Control Law) ของประเทศญี่ปุ่น ได้บัญญัติบังคับให้ผู้ติดยาต้องเข้ารับบำบัดรักษา (Compulsory hospitalization for treatment of addiction) ซึ่งค่อนข้างได้ผลในการควบคุมการเสพยาที่ กำหนดให้การบำบัดรักษาเป็นส่วนหนึ่งของคำพิพากษาคดียาเสพติด

ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดชนิดอื่น รวมถึงยาบ้าและสารระเหยจะอยู่ภายใต้กฎหมายควบคุมสารกระตุ้น (The Stimulant Control) กฎหมายวัตถุมีพิษและให้โทษ (The Poisonous and Deleterious Substance Laws) ซึ่งมีการบังคับรักษา แต่หากบุคคลใดไม่สมัครใจจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะอันตรายที่ควรจะต้องได้รับการรักษาหรือไม่ โดยใช้กฎหมายสุขภาพจิต (The Mental Health Law) จะเห็นได้ว่าการควบคุมการใช้ยาบ้า และสารระเหยจะเน้นที่การบังคับใช้กฎหมายควบคุมไปกับระบบสาธารณสุข อันเป็นตัวอย่างที่ดีเยี่ยมในการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติด

แต่บทบัญญัติทางกฎหมายกรณีการเข้ารับการรักษา (แบบสมัครใจ) ของประเทศญี่ปุ่นนั้น บังคับผู้ติดยาต้องแสดงตนหรือรายงานประวัติของตนต่อแพทย์ ต่างกับในสหรัฐอเมริกาซึ่งผู้รับการรักษาสามารถปิดประวัติตนเองได้ (ถือว่าเป็นข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล: Health Information Privacy)

2.2 ประเทศฝรั่งเศส (France)

กฎหมายฝรั่งเศสที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาจากหลายแหล่งรวมทั้งประมวลกฎหมาย 4 ฉบับ ได้แก่ ประมวลกฎหมายการกระทรวงสาธารณสุข (Code of Public Health/ Code de la Santé publique) ประมวลกฎหมายอาญา (Panel Code)



ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (Code of Panel Procedure) และประมวลกฎหมายศุลกากร (Code of Custom) และไม่แยกแยะระหว่างสารที่ผิดกฎหมาย ดังนั้นความผิดเช่นการใช้ยาเสพติดถูกดำเนินคดีและตัดสินในลักษณะเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงชนิดของสารที่ผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่พิจารณาอาจพิจารณาคุณสมบัติของสาร ปริมาณ และประวัติอาชญากรรมที่มีมาก่อนเพื่อการตัดสินพิจารณาดำเนินคดี ลดข้อกล่าวหา หรือไม่ดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด

การใช้ยาเพื่อสาธารณสุขหรือส่วนตัวในประเทศฝรั่งเศสเป็นสิ่งต้องห้าม และถูกบัญญัติให้เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในปี 1970 โทษสำหรับการใช้ยาเสพติดมีตั้งแต่จำคุกหนึ่งปีหรือปรับ 25,000 ฟรังก์ฝรั่งเศส หรือการหันไปใช้โปรแกรมการรักษาตามคำสั่งศาล (therapeutic injunction ในภาษาฝรั่งเศส "thérapeutique injunction") ในประมวลกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขจะใช้กับผู้ติดยาเสพติดทุกคนโดยไม่มีข้อยกเว้นตามประเภทของการใช้สารที่ผิดกฎหมาย

ประมวลกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติการเฝ้าระวังผู้ติดยาเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อัยการไม่อาจดำเนินการตามกฎหมายต่อผู้กระทำความผิดหากสามารถแสดงใบรับรองแพทย์ว่าได้รับการบำบัดหรือยินยอมเข้าป้อนในการควบคุมของแพทย์ตั้งแต่ได้รับการกระทำผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามหากผู้กระทำความผิดไม่สามารถแสดงใบรับรองแพทย์ได้ อัยการอาจสั่งให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาการติดยาเสพติดหรือเข้าป้อนภายใต้การเฝ้าระวังของแพทย์ การใช้โปรแกรมการบำบัดรักษาตามคำสั่งศาลทำให้การดำเนินการตามกฎหมายถูกยกเลิกชั่วคราวและจะไม่มีการดำเนินคดีต่อหากผู้นั้นผ่านโปรแกรมล้างพิษโดยเสรีจนสมบูรณ์ มันไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะมีผู้กระทำความผิดซ้ำที่ศาลสั่งให้เข้ารับโปรแกรมการรักษามากกว่าหนึ่งครั้งเนื่องจากไม่ค่อยมีการใช้มาตรการปราบปรามการใช้ยาเสพติดธรรมดาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กัญชา จะเห็นว่า ฝรั่งเศสให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการจำคุกสำหรับผู้กระทำความผิดน้อยครั้งและมองว่าผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัด

The Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie: MILDT) ได้รับการแต่งตั้งขึ้นในปี 1982 และได้ดำเนินงานภายใต้หลายชื่อตั้งแต่การก่อตั้งเป็นต้นมา องค์กรนี้ทำหน้าที่ประสานภารกิจของรัฐบาลในด้านการป้องกัน การดูแลด้านสุขภาพและสังคม การบังคับใช้กฎหมาย การฝึกอบรม การสื่อสาร การวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ The MILDT ทำหน้าที่จัดทำแผนของรัฐบาลเพื่อการต่อต้านยาเสพติดและกำกับดูแลการนำแผนไปใช้ ตั้งแต่ 16 มิถุนายน 1999 ข้อบังคับไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะสารที่ผิดกฎหมายเท่านั้น แต่รวมการใช้แอลกอฮอล์ ยาสูบ และยาที่มีผลกระทบจิตประสาทในทางที่ผิดด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเข้าใจ ทิศทางของนโยบายสาธารณะของฝรั่งเศส เนื่องจากการจัดการกับปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดได้กลายเป็นสิ่งที่รัฐบาลฝรั่งเศสให้ความสนใจเป็นหลักในหลายปีมานี้ นอกจากนั้น The MILDT ยังทำหน้าที่ตรวจสอบภารกิจของกระทรวงต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสู้รบต่อต้านยาเสพติดและการป้องกันเกี่ยวกับการพึ่งยาและการสนับสนุนงานของรัฐอื่นๆ และหุ้นส่วนเอกชน งบประมาณของ The MILDT มาจากหลายกระทรวงและมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้เงินอุดหนุนกลุ่มผลประโยชน์สาธารณะ เช่น the "French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction" (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies: OFDT) ซึ่งเป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เกี่ยวกับยาเสพติดและการพึ่งยา

2.3 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Switzerland)

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นประเทศที่รวมคนหลายชาติพันธุ์ไว้ด้วยกันและมีภาษาทางการทั้งหมดสี่ภาษา คณะรัฐมนตรีแห่งสหพันธ์ (Federal Council) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหาร ภายใต้โครงสร้างสหพันธรัฐของประเทศสวิตเซอร์แลนด์แต่ละรัฐในทั้งหมด 26 รัฐ (canton) มีอำนาจบริหารภายในของตนเอง ซึ่งรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดด้วย

นโยบายยาเสพติดของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ตั้งอยู่บน 4 เสาหลัก คือ การป้องกัน (prevention) การบำบัด (treatment) การลดอันตราย (harm reduction) และการบังคับใช้กฎหมาย (enforcement) มาตรการป้องกันมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสพยา โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสพยาเพียงครั้งคราวกลายเป็นการติดยา และเพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายที่เกิดจากยาเสพติดมีผลกระทบต่อสังคม มาตรการบำบัดได้รับการออกแบบเพื่อช่วยให้ผู้ที่ติดยาเสพติดเลิกเสพยาและกลับคืนสู่สังคมในฐานะคนปกติได้ พร้อมกับพัฒนาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของพวกเขา มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดรวมถึงโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาสำหรับผู้ติดยา จัดสถานที่ติดยา และให้ความช่วยเหลือหญิงโสเภณีที่ติดยาเสพติด ตลอดจนให้คำปรึกษากับเด็กที่พ่อแม่ติดยาเสพติด และท้ายที่สุดเป้าหมายของเสาหลักที่สี่คือการลดปริมาณของยาเสพติด และการจำกัดการลักลอบค้ายาเสพติด จำกัดธุรกรรมทางการเงินที่ผิดกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการลักลอบค้ายา และจำกัดองค์กรอาชญากรรม



นโยบายยาเสพติดของประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ได้ดึงดูดความสนใจเป็นอย่างมากในปีที่ผ่านมา ผลจากภาพการเผยแพร่การใช้ยาเสพติดอย่างเปิดเผยในสื่ออย่างกว้างขวาง ทำให้คลินิกที่ให้บริการฉีดและให้เฮโรอีนแก่ "ผู้ติดยาเสพติด" เป็นที่รู้จักกันทั่วโลก เมื่อเร็วๆ นี้รัฐสภาสวีเดนและนอร์เวย์ได้เสนอร่างกฎหมายเพื่อควบคุมการผลิตและการขายกัญชาและปัจจุบันกำลังมีการศึกษาร่างกฎหมายฉบับนี้อยู่

2.4 ประเทศเยอรมัน (German)

ประเทศเยอรมันเป็นประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในทวีปยุโรป แม้ว่าประเทศเยอรมันจะไม่ได้เป็นประเทศผู้ผลิตยาเสพติดเช่นกัญชา โคเคน หรือเฮโรอีนที่สำคัญ แต่ก็ยังเป็นแหล่งผลิตยาเสพติดสังเคราะห์ (synthetic drugs) และสารเคมีตั้งต้น (precursor chemicals) สำหรับผู้ผลิตโคเคนในประเทศทางแถบอเมริกาใต้ เนื่องจากประเทศเยอรมันเป็นผู้ผลิตยาที่สำคัญประเทศหนึ่ง ซึ่งทำให้ประเทศเป็นแหล่งที่มีศักยภาพของสารเคมีตั้งต้นที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ถึงแม้ว่าการควบคุมสารเคมีตั้งต้นในประเทศเยอรมันนั้นเข้มงวดก็ตาม และเป็นประเทศที่ใช้เป็นทางผ่านสำหรับยาเสพติด รัฐบาลเยอรมันต่อต้านอาชญากรรมและสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างแข็งขัน โดยเฉพาะเน้นด้านการป้องกันและการให้ความช่วยเหลือเหยื่อของการใช้ยาในทางที่ผิดโดยมีจุดเน้นเฉพาะไปที่การป้องกัน กัญชายังคงเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายที่ใช้กันโดยทั่วไปในประเทศเยอรมัน

ประเทศเยอรมันมีนโยบายและกฎหมายยาเสพติดหลายฉบับที่ถือว่าก้าวหน้า ซึ่งรวมถึงโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา เครื่องจำหน่ายเข็มฉีดยาแบบหยอดหยดยุติ หอสำหรับใช้ฉีดยาเสพติดที่ปลอดภัย การเปิดโอกาสให้เข้าโครงการรับการบำบัดการติดยาโคเคนและเฮโรอีนสำหรับผู้ติดยาโดยใช้การฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การให้ดุลยพินิจกับอัยการเพื่อจะไม่ดำเนินคดีกับผู้ที่มีความผิดจากการมียาเสพติดไว้ในครอบครองในปริมาณที่ไม่มากนักเพื่อใช้ในการส่วนตัว โดยเฉพาะกัญชา (ผู้ที่มีกัญชาต่ำกว่า 10 กรัมไว้ในครอบครองไม่ถูกดำเนินคดีภายใต้กฎหมายเยอรมัน) ตลอดจนการเข้ารับการบำบัดทดแทนการคุมขังสำหรับผู้ต้องโทษจากการเสพยาและการติดยา

การลงโทษตามกฎหมายยาเสพติดของเยอรมัน (BtmG) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความผิด ดังนี้

- ผู้ปลูก ผลิต จำหน่าย หรือ นำเข้า ส่งออก มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับ
- ผู้ใด จำหน่ายยาเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่น มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี
- ผู้ใด อายุเกินกว่า 21 ปี จัดหายาเสพติดให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีส่วนร่วมในการจำหน่าย ผลิต จ่าย

แจกยาเสพติด มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี

- ผู้ใด ปลูก ผลิต จ่ายแจกยาเสพติดในลักษณะของแก๊ง หรืออายุเกินกว่า 21 ปี จัดหายาเสพติดให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อการค้า หรือจ่ายแจกให้ผู้อื่นเป็นเหตุให้ผู้นั้นเสียชีวิตโดยประมาท หรือนำเข้ายาเสพติดโดยผิดกฎหมายในจำนวนพอสมควร (illegally imports narcotics in a not insignificant quantity) มีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี

- ผู้ใด ปลูก ผลิต จ่ายแจก นำเข้าส่งออกยาเสพติดในลักษณะของแก๊งค์ หรือผู้ใดอายุเกินกว่า 21 ปี ทำให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปีเข้าร่วมในการจำหน่ายยาเสพติด หรือผู้ใดกระทำโดยมีอาวุธหรือวัตถุอื่นใดที่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายผู้อื่นได้ มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี

นอกจากนั้น กฎหมายยาเสพติด ยังบัญญัติให้อำนาจอัยการอาจสั่งไม่ฟ้องผู้กระทำความผิดได้หากปริมาณยาเสพติดมีจำนวนน้อย และการฟ้องนั้นมิได้เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะหรือมิใช่เพื่อใช้ส่วนตัว หรือกรณีมีการดำเนินการสั่งฟ้องไปแล้วศาลอาญาคือกระบวนการพิจารณาได้โดยความยินยอมของอัยการและกระทำความผิด

สำหรับความรับผิดทางอาญานั้น กฎหมายยาเสพติดของเยอรมัน กำหนดให้สามารถลดโทษได้ หากศาลพบว่าความผิดดังกล่าว "ไม่รุนแรง" หากเป็นเช่นนั้น ศาลอาจลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดได้ เช่น น้อยกว่า 2 ปี หรือ 5 ปี หรือแล้วแต่กรณี ซึ่งศาลฎีกาเยอรมัน ได้เคยมีคำพิพากษาว่า ความผิดที่เข้าข่าย "ไม่ร้ายแรง" นั้น ขึ้นอยู่กับการพิจารณาภาวะแวดล้อมที่แสดงถึงความแตกต่างจากสภาพการณ์ทั่วไป อันทำให้ศาลเห็นได้ว่า การลงโทษที่ใช้ตามปกติ นั้น ไม่สมเหตุสมผล

กรณีความผิดมีความรุนแรง เช่น ในส่วนของการค้ายาเสพติด หากกระทำในลักษณะเป็นอันตรายต่อบุคคลหลายคนที่เป็นเยาวชน และยาเสพติดมีปริมาณมาก มีโทษจำคุก 1-15 ปี

หากกระทำในลักษณะกลุ่มอาชญากรรมหรือกลุ่มแก๊ง เพื่อค้ากำไร ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้อื่น มีการนำเข้ายาเสพติดปริมาณมาก มีโทษจำคุก 2-15 ปี

หากมีการกระทำในหลายลักษณะรวมกันดังกล่าวข้างต้น มีโทษจำคุก 5-15 ปี

ประเทศเยอรมันไม่มีโทษจำคุกตลอดชีวิตในคดียาเสพติด แต่มีโทษจำคุกตลอดชีวิตในคดีประเภทอื่น และไม่มีโทษประหารชีวิต



2.5 ประเทศโปรตุเกส (Portugal)

ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2001 เป็นต้นมา ประเทศโปรตุเกสเริ่มเป็นที่สนใจของนานาชาติในความคิดริเริ่มเรื่องนโยบายยาเสพติดของประเทศ โดยเฉพาะในการตัดสินใจที่จะทำให้การเสพ การซื้อ และการครอบครองยาเสพติดทุกประเภท เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายหากใช้เป็นการส่วนตัวกฎหมายใหม่นี้ครอบคลุมถึงสารเสพติดทุกประเภท ซึ่งรวมถึง เฮโรอีน โคเคน กัญชา และยาอี หากผู้กระทำผิดมีการครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินที่ใช้เสพใน 10 วันของผู้กระทำผิดนั้น ในทางปฏิบัติปริมาณของยาเสพติดที่อนุญาตให้มีไว้ในครอบครองค่อนข้างต่ำ ตัวอย่างเช่น 2.5 กรัมสำหรับกัญชา การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้ทำให้การเสพยาทั้งหมดในประเทศโปรตุเกสเป็นสิ่งถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้น ประเทศโปรตุเกสจึงไม่ได้ฝ่าฝืนอนุสัญญาเตียว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 การครอบครองยาเสพติดยังคงเป็นสิ่งต้องห้ามในกฎหมายของประเทศโปรตุเกส และการลงโทษทางอาญากับผู้ค้าและผู้ลักลอบค้ายาเสพติดก็ยังคงมีอยู่

นโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกสยังเน้นถึงองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 4 ประการ คือ การป้องกัน (prevention) การบำบัดด้วยยา (drug treatment) การลดอันตรายของยาเสพติด (harm reduction) และการนำกลับคืนสู่สังคม (social reintegration) การจัดให้มีการบำบัดด้วยยาที่สำคัญคือการใช้เมทาโดนบำบัดระยะยาว (methadone maintenance) (ซึ่งจัดให้มีขึ้นในเรือนจำด้วย) แต่การบำบัดโดยไม่ใช้ยา การล้างสารพิษ การถอนยา และการใช้บิวพรีนอร์ฟิน ทดแทน (buprenorphine substitution) ก็มีการใช้ด้วยเช่นกัน ขอบเขตของมาตรการลดอันตรายของยาเสพติดรวมถึง โครงการเข็มฉีดยา หน่วยทำงานบนท้องถนน และศูนย์บำบัดและสถานพักพิงที่มีการจัดตั้งขึ้น เช่นเดียวกับการบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ท้ายที่สุดประเทศโปรตุเกสจะเน้นอย่างมากในความพยายามที่จะนำผู้ติดยากลับคืนสู่สังคม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่างๆ เช่น การฝึกงานเป็นระยะเวลาเก้าเดือนสำหรับผู้เสพยา และการสนับสนุนด้านการเงินให้กับนายจ้างเพื่อรับผู้ที่ติดยาเข้าทำงาน

วิธีที่สำคัญ "สำหรับการบริโภคของตัวเอง" ได้ถูกกำหนดไว้ใน ปริมาณไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับการบริโภคของแต่ละบุคคลโดยเฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 10 วัน การลดทอนความเป็นอาชญากรรมไม่ได้ใช้ถูกนำมาใช้กับการ "ค้ายาเสพติด" ซึ่งยังคงผิดกฎหมายและถูกกำหนดให้เป็น "การครอบครองมากกว่าปริมาณเฉลี่ยสำหรับการใช้สัปดาห์" ไม่มีความแตกต่างระหว่างชนิดของยาเสพติด (เรียกว่า hard drugs หรือ soft drugs) หรือไม่สำคัญว่าบริโภคในที่สาธารณะหรือ ส่วนบุคคล การครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัวและการบริโภคของยาเสพติดทั้งหมดไม่ว่าในกรณีใดหรือเพื่อวัตถุประสงค์ใด ขณะนี้ได้รับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในโปรตุเกส และประเทศโปรตุเกสไม่มีโทษจำคุกตลอดชีวิตและประหารชีวิตในคดีทุกประเภท



2.6 ประเทศอังกฤษหรือสหราชอาณาจักร (United Kingdom)

สหราชอาณาจักร ประกอบด้วย อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือโดยประชากรร้อยละ 84.0 จะอยู่ในอังกฤษ อำนาจส่วนใหญ่จากรัฐสภาแห่งสหราชอาณาจักร ได้รับการถ่ายโอนไปยัง เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ

รัฐบาลของสหราชอาณาจักรรับผิดชอบในการวางยุทธศาสตร์ให้แก่อุตสาหกรรมที่ได้รับมอบอำนาจไป เว้นไว้แต่อาจจะมีการสงวนอำนาจบางอย่างเท่านั้น มีการนำยุทธศาสตร์ใหม่ด้านยาเสพติดมาใช้เมื่อเดือนธันวาคม ปี 2010 แทนยุทธศาสตร์เดิม ปี 2008 โดยในยุทธศาสตร์ใหม่นี้ได้วางนโยบายด้านสุขภาพ การศึกษา การเคหะ การให้ความดูแลทางสังคมในเขตอังกฤษ ส่วนนโยบายด้านตำรวจและระบบงานยุติธรรมทางอาญา กำหนดให้ครอบคลุมอังกฤษ และเวลส์ (Charlotte, Davies, 2011: 29-30)

มีรายงานสรุปว่า ประเทศอังกฤษมีระดับของการติดยาเสพติดสูงที่สุดในยุโรปตะวันตก ร้อยเอ็ดเปอร์เซ็นต์ และสถิติแนวโน้มร้ายแรงด้วยชาวอังกฤษใช้ยาเสพติดเพื่อความสุขสนุกสนานมากที่สุดในยุโรปตะวันตก และเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากยาเสพติดสูงที่สุดเป็นอันดับสองของประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันตก Encyclopedia of Drug Policy (Mark A.R Kleiman and James E. Hawdon. 2011)

กฎหมายหลักเกี่ยวกับยาผิดกฎหมายคือพระราชบัญญัติว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด (Misuse of Drugs Act – MDA) (ซึ่งเทียบเท่ากับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษของไทย) กฎหมายนี้และกฎข้อบังคับของกฎหมาย (Misuse of Drugs Regulations 1985) ควบคุมการใช้ยาตามบัญชีรายชื่อ (ซึ่งรวมถึงทั้งยาที่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรคและยาที่ไม่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรค) ในข้อบังคับนั้นได้มีการแจกแจงพฤติกรรมซึ่งถูกต้องตามกฎหมายในการนำเข้า ผลิต จัดส่ง ครอบครองไว้เพื่อการจัดส่ง และครอบครองยาควบคุม

ภายใต้ หมวด 2 (schedule 2) ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยาที่ถูกจำแนกตามหลักการ A, B หรือ C เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงระดับอันตรายที่เกิดกับบุคคลหรือสังคมเมื่อใช้ผิด แต่ละประเภทมีโทษสูงสุดต่างกันที่นำมาใช้กับการกระทำที่ต้องห้ามอันเนื่องมาจากยา

ประเภท A ประเภทนี้สำรองไว้สำหรับยาอันตรายมากกว่าซึ่งถูกลงโทษหนักกว่า ประเภทนี้ประกอบด้วย ยาอันตรายประเภทอื่นๆ เฮโรอีน มอร์ฟีน สารเสพติด คล้ายมอร์ฟีนช่วยระงับปวดได้ โคเคน ฟีน และสารก่อประสาทหลอน เช่น ยาอี และ LSD นอกจากนี้ยังรวมถึงกัญชาซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลว (น้ำมันกัญชา) แคนนาบินอยด์ และ cannabinol derivatives และยาประเภท B ที่ทำเพื่อฉีด มีโทษสูงสุดจำคุก 7 ปี และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการครอบครอง โทษจำคุกตลอดชีวิต และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการผลิตหรือเพื่อการค้าสิ่งเสพติดพร้อมทั้งส่งลงโทษ 7 ปี

ประเภท B ประเภทนี้ประกอบด้วย กัญชา ยางกัญชา สารเข้าฝิ่นที่มีฤทธิ์อ่อน (codeine) สารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์กระตุ้นแรง (oral amphetamines) และ sedatives (barbiturates) มีโทษสูงสุดจำคุก 5 ปี และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการครอบครอง และโทษจำคุก 14 ปี และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการผลิตหรือการค้าสิ่งเสพติด

ประเภท C ประเภทนี้สำรองไว้สำหรับยาอันตรายน้อยที่สุด ได้แก่ tranquilizers สารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์กระตุ้นน้อยบางชนิด และ mild opioid analgesics จำคุก 2 ปี และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการครอบครอง และโทษจำคุก 5 ปี และ/หรือปรับไม่จำกัดสำหรับการผลิตหรือการค้าสิ่งเสพติด

จากกฎหมายที่บัญญัติออกมาทั้งหมดในศตวรรษที่ 19 และ 20 กฎหมายเอมดีเอมีอิทธิพลต่อนโยบายยาเสพติดของอังกฤษมากที่สุด กฎหมายนี้ได้ตั้งระบบการแบ่งแยกประเภทของยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้และต่อสังคมโดยทั่วไป การลงโทษสำหรับการใช้ในทางที่ผิดและการจำหน่ายยาได้ถูกเพิ่มเติมเข้าไปในการจำแนกประเภทของยาดังกล่าว ภายใต้กฎหมายเอมดีเอ ยาในบัญชี ก (เช่น เฮโรอีน มอร์ฟีน เมทาโดน เมทแอมเฟตามีน โคเคน ฟีน หรือยาอี) ถูกกำหนดให้เป็นยาที่ “มีอันตรายที่สุด” ดังนั้นการเสพยาหรือจำหน่ายยาในบัญชีนี้จะได้รับโทษที่รุนแรงที่สุด

2.7 ประเทศสหรัฐอเมริกา (United States of America)

ประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอกฎหมายยาเสพติดและการบังคับที่มีความสลับซับซ้อนและมีการบังคับใช้ได้จริง กฎหมายเสริมของรัฐบาลกลางและกฎหมายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายมีความซับซ้อนกัน และในบางครั้งมีความขัดแย้งกันเอง ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประวัติการพัฒนานโยบายยาเสพติดของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Senate Special Committee on Illegal Drugs, 2001) ในปี 1970 สภาองเกรสได้ตรากฎหมายสารควบคุมของรัฐบาลกลาง (Controlled Substances Act - “CSA”) เป็นรากฐานของกฎหมายยาเสพติดของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน ยาเสพติดได้ถูกจำแนกประเภทและควบคุมในหลากหลายระดับ ยาเสพติดในกลุ่มที่หนึ่งซึ่งมีข้อจำกัดมากที่สุด ซึ่งผู้ใดก็ไม่สามารถมีไว้ในครอบครองได้ ยกเว้นเพื่อจุดประสงค์ด้านการวิจัยซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากรัฐบาลกลาง กลุ่มนี้รวมยาเสพติด



ติด เช่น กัญชา เฮโรอีน MDMA LSD และตะบองเพชรที่มีฤทธิ์ทำให้ประสาทหลอน ซึ่งได้รับการพิจารณาว่าไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์และมีความเสี่ยงในการใช้อย่างผิดๆ สูง สารในกลุ่มที่สองซึ่งได้รับการยอมรับเพื่อใช้ในการแพทย์และมีความเสี่ยงในการใช้อย่างผิดๆ น้อยกว่าสารในกลุ่มที่หนึ่ง ก็ต้องอยู่ในกรอบการควบคุมอย่างเคร่งครัดด้วยเช่นกัน ยาเสพติดในกลุ่มที่สองยังรวมไปถึง โคเคน ฟีน meperidine (demerol) และโคเดอีน (codeine)

ในสหรัฐอเมริกาที่กลุ่มที่เรียกว่า National Conference of Commissioners on Uniform State Law มีหน้าที่ร่างกฎหมายที่จะมีการนำไปปรับใช้โดยมลรัฐทั้งหมดเพื่อสนับสนุนการใช้กฎหมายเหมือนกันทั่วทั้งประเทศ มีการร่างกฎหมาย The Uniform Controlled Substances Act ล่าสุดในปี 1994 กฎหมายกำหนดรายละเอียดกิจกรรมต้องห้าม แต่รายละเอียดเฉพาะเรื่องการปรับ และการลงโทษยังคงปล่อยให้อำนาจการตัดสินใจของแต่ละมลรัฐ ตารางที่ 9.10 เป็นตารางสรุปบทลงโทษปรับและเงื่อนไขต่างๆ ของโทษจำคุกสำหรับการละเมิดกฎหมาย The Controlled Substances Act ของรัฐบาลกลางและกฎหมายรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้อง สังเกตว่าสำหรับการกระทำความผิดทางอาญาด้านยาเสพติดครั้งที่สามเกี่ยวข้องกับปริมาณนับเป็นความผิดขั้นสูงซึ่งมีโทษจำคุกตลอดชีวิต โดยอาจไม่มีการปล่อย นอกจากนี้น้ำหนักที่ระบุของส่วนผสมที่มีปริมาณยาเสพติดที่ผิดกฎหมายที่สามารถตรวจวัดได้ โดยไม่คำนึงถึงสารในส่วนผสม "ความผิดเรื่องการคบคิด (conspiracy)" และ "ความพยายาม (attempt)" มีโทษเช่นเดียวกับการกระทำความผิดกฎหมายพื้นฐาน

ตารางที่ 9.10 สรุปบทลงโทษปรับและเงื่อนไขต่างๆ ของโทษจำคุก กฎหมาย The Controlled Substances Act ประเทศสหรัฐอเมริกา

การจำหน่ายที่ผิดกฎหมาย มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้าและส่งออก				
สาร	หมายเลขการกระทำผิด	ปริมาณ	ปรับ (เหรียญสหรัฐ)	โทษจำคุก
เฮโรอีน (heroin)	1. ครั้งแรก	1 กิโลกรัมหรือมากกว่า	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		100 กรัม - 1 กิโลกรัม	2 - 5 ล้าน	5 - 40 ปี
		น้อยกว่า 100 กรัม	1 - 5 ล้าน	สูงสุดถึง 20 ปี
	2. ครั้งที่ 2	1 กิโลกรัมหรือมากกว่า	8 - 20 ล้าน	20 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		100 กรัม - 1 กิโลกรัม	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		น้อยกว่า 100 กรัม	2 - 10 ล้าน	สูงสุดถึง 30 ปี
โคคา โคลีน หรือ เครก (Coca leaves, Cocaine or "Crack")	1. ครั้งแรก	50 กรัม หรือมากกว่า	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		5 - 50 กรัม	2 - 5 ล้าน	5 - 40 ปี
		น้อยกว่า 5 กรัม	1 - 5 ล้าน	สูงสุด ถึง 20 ปี
	2. ครั้งที่สอง	50 กรัมหรือมากกว่า	8 - 20 ล้าน	20 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		5 - 50 กรัม	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		น้อยกว่า 5 กรัม	2 - 10 ล้าน	สูงสุด ถึง 30 ปี
LSD	1. ครั้งแรก	10 กรัม หรือมากกว่า	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		1 - 10 กรัม	2 - 5 ล้าน	5 - 40 ปี
		น้อยกว่า 10 กรัม	1 - 5 ล้าน	สูงสุด 20 ปี
	2. ครั้งที่ 2	10 กรัม หรือมากกว่า	8 - 20 ล้าน	20 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		1 - 10 กรัม	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		น้อยกว่า 10 กรัม	2 - 10 ล้าน	สูงสุดถึง 30 ปี



ตารางที่ 9.10 สรุปลงโทษปรับและเงื่อนไขต่างๆ ของโทษจำคุก กฎหมาย The Controlled Substances Act ประเทศสหรัฐอเมริกา (ต่อ)

การจำหน่ายที่ผิดกฎหมาย มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้าและส่งออก				
กัญชา (Marijuana)	1. ครั้งแรก	1000 กิโลกรัม หรือมากกว่า หรือ 1000 ต้นหรือมากกว่า	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึง ตลอดชีวิต
		100 - 1000 กิโลกรัม หรือ 100 - 1000 ต้น	2 - 5 ล้าน	5 - 40 ปี
		50 - 100 กิโลกรัม หรือ 100 ต้น	1 - 5 ล้าน	สูงสุด 20 ปี
		น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	250,000 - 1 ล้าน	สูงสุด 5 ปี
	2. ครั้งที่ 2	1000 กิโลกรัม หรือมากกว่า หรือ 1000 ต้นหรือมากกว่า	8 - 20 ล้าน	20 ปี ถึงตลอดชีวิต
		100 - 1000 กิโลกรัม หรือ 100 - 1000 ต้น	4 - 10 ล้าน	10 ปี ถึงตลอดชีวิต
		50 - 100 กิโลกรัม หรือ 100 ต้น	2 - 10 ล้าน	สูงสุด ถึง 30 ปี
		น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	500,000 - 2 ล้าน	สูงสุด ถึง 10 ปี

สำหรับประเทศไทยนั้น มีบทบัญญัติกฎหมายยาเสพติดจำนวนมากพอสมควรและถือได้ว่าครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ด้านการป้องกันและควบคุม ปราบปราม และบำบัดแก้ไขฟื้นฟู

ส่วนประเทศในแถบตะวันตก ได้แก่ ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส รวมถึงประเทศอังกฤษ และประเทศสหรัฐอเมริกา ยังคงนโยบายให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่มีนโยบายที่ผ่อนปรนมากขึ้น พิจารณาได้จากนโยบายลดทอนความผิดคดียาเสพติด (decriminalization) หรือเป็นการลดทอนบทลงโทษ เช่น การครอบครองและเสพกัญชาเฉพาะตัว ในปริมาณเล็กน้อย อาจเพียงแค่เตือน ให้ทำงานบริการสังคมหรือปรับ จึงเป็นวิธีการที่อยู่กึ่งกลางระหว่างการห้ามอย่างเด็ดขาด (prohibition) กับการทำให้การเสพยาเสพติดถูกต้องตามกฎหมาย (legalization)

นอกจากนี้ กลุ่มประเทศในทวีปยุโรป เช่น เยอรมัน ค่อนข้างเน้นกระบวนการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (harm reduction) อย่างมาก นอกจากจะใช้เมทาโดนทดแทนการเสพยาเฮโรอีนแล้วยังมีมาตรการอื่นๆ อีก เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มใหม่ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การใช้เฮโรอีน โดเคนในการบำบัดรักษา ทำให้เห็นว่าชาติตะวันตกค่อนข้างจะให้น้ำหนักในทางตัวแบบทางการแพทย์ (medical model) กับปัญหาเสพติดมาก โดยมองผู้เสพยาว่าเป็นผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นอาชญากร

ตรงกันข้ามกับประเทศทางด้านตะวันออกอย่างประเทศญี่ปุ่น ยังคงมีนโยบายมุ่งปราบปรามการเสพยาเสพติด อย่างหนัก เป็นไปตามตัวแบบทางงานยุติธรรม (justice model) ที่เน้นการใช้กฎหมายนำหน้า โดยไม่ได้ใช้นโยบายลดทอนความผิดคดียาเสพติด (decriminalization) หรือการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (harm reduction) หากแต่จะเน้นที่การบังคับใช้กฎหมายควบคู่ไปกับระบบสาธารณสุข รวมถึงการทำงานเชิงป้องกันมากกว่า โดยเฉพาะในหมู่เยาวชน ซึ่งบทบาทงานป้องกันดังกล่าวอยู่ที่ Drug Abuse Prevention Center (DAPC)

ในประเทศญี่ปุ่นใช้การลงโทษคดียาเสพติดที่นับว่ายังคงรุนแรง แต่กระนั้นยังรุนแรงน้อยกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่อัตราคดียาเสพติดในญี่ปุ่นกลับลดน้อยลงกว่าคดียาเสพติดในสหรัฐอเมริกา ด้วยเหตุผล 2 ประการ ประการแรก การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดโดยเจ้าหน้าที่ของประเทศญี่ปุ่น อีกประการหนึ่งที่สำคัญมาก ก็คือวิถีทางแบบไม่ทางการ (informal ways) ในการต่อต้านยาเสพติดจากสมาชิกในชุมชนที่เกือบจะเป็นเอกฉันท์ทั้งนี้เพราะความได้เปรียบของสังคมญี่ปุ่นที่มีลักษณะเป็น homogeneous society (David Hume Bayle, 1978: 125-130) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในปี 1994 ของ Sharyn Bowman Greberman, and Kiyoshi Wada (1994: 734) พบว่า การลงโทษคดียาเสพติดในภาพรวมของสหรัฐอเมริกาได้ลดความรุนแรงน้อยกว่าประเทศญี่ปุ่น



จากการใช้กฎหมายของประเทศทั้ง 7 ประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าการใช้กฎหมายยาเสพติดแบบปราบปรามอย่างเข้มงวด หรือใช้การห้ามอย่างเด็ดขาด (prohibition) อาจมีใช้ทางออกในการแก้ปัญหาเสพติด แต่การทำให้ยาเสพติดบางประเภท เป็นสิ่งถูกกฎหมายในประเทศ (legalization) แม้จะเป็นยาเสพติดบางประเภท เช่น กัญชา สันคมไทยคงยอมรับได้ยาก

นอกจากนี้ ในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งศาลยาเสพติด (drug court) หรือศาลเพื่อการบำบัดรักษาเสพติด (drug treatment court) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินคดียาเสพติดในเชิงบำบัดฟื้นฟูโดยเฉพาะ เป็นสิ่งหนึ่งที่นำมาพิจารณาในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตามการควบคุมคดียาเสพติดให้ได้ผลดี ต้องคำนึงถึงทฤษฎีการลงโทษด้วย ได้แก่ การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ที่รวดเร็ว มีโทษหนักพอเหมาะพอควร มีความสม่ำเสมอ และจะต้องไม่ปล่อยให้ผู้กระทำความผิดฐานค้ายาเสพติดหลบหนีไปได้ ผนวกกับความร่วมมือจากประชาชนแบบ informal social control ดังเช่นประเทศญี่ปุ่นก็จะส่งผลให้อัตราคดียาเสพติดลดลง



ภาคผนวกที่ 9.2
แผนการพัฒนาระบบบริการสาขาสารเสพติด (service profile)

ตารางที่ 9.11 แผนการพัฒนาระบบบริการสาขาสารเสพติด (service profile)

ระดับหน่วยงาน	จำนวน (แห่ง)	ผู้ช่วยกลุ่มเป้าหมาย	ศักยภาพด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ	ศักยภาพด้านบุคลากร	ตัวชี้วัดการบำบัดรักษา	ตัวชี้วัดการพัฒนาตาม Service Plan
ศส.ม. รพ.สต.	215 9,755	- กลุ่มผู้ใช้ (user) - ผู้ป่วยระยะติดตาม การรักษาที่ได้รับการส่งต่อจากรพ. - กลุ่มเสี่ยง	- สามารถประเมินคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยและส่งต่อที่เหมาะสม - สามารถดูแลขั้นเตรียมการก่อนรักษา - ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นกลุ่มผู้ใช้ด้วยรูปแบบ BA และ/หรือ BI - สามารถดูแลขั้นติดตามการรักษา - สามารถดำเนินการป้องกันเชิงรุกร่วมกับหมู่บ้าน วัด ชุมชน และโรงเรียน	- พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม หลักสูตร การบำบัดรูปแบบ BA, BI และการรักษา 1-2 คน	- ร้อยละของผู้ใช้ยา และสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 3 เดือน - ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลระยะติดตามการรักษาอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปีและไม่เสพยาซ้ำ	- ร้อยละของ รพ.สต. ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพด้านการคัดกรองและการติดตาม ร้อยละของ รพ.สต. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดด้วยรูปแบบ BA และ/หรือ BI
รพท. (M1) รพช. (M2) รพช. (F1) รพช. (F2) รพช. ขนาดเล็ก (F3)	35 91 73 518 94	- กลุ่มเสพยา (abuse) - กลุ่มติดที่มีโรค - แทรกซ้อนหรือมีโรค - แทรกซ้อนแต่ได้รับ - การรักษาและส่งต่อ จาก รพท. รพช. - ผู้ป่วยระบบบังคับ บำบัดแบบไม่ควบคุมตัว	- บำบัดรักษาครบ 4 ขั้นตอน โดยรักษาขั้นบำบัดด้วยยาที่เสพยาติด บุหรี่ สุรา เช่น รักษาอาการ DTs ยาเลิกบุหรี่ อนุพันธ์อื่น - ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก - รูปแบบการรักษา BI, MI, CBT - รูปแบบค่ายบำบัดกลุ่มเสพยา - ดำเนินการบำบัดร่วมกับวัด ชุมชน ร.ร. - ดำเนินการ harm reduction	- แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์ 1 คน (หลักสูตร 5 วัน) - พยาบาลเฉพาะทางสาขารักษาพยาบาลผู้ป่วย ผู้ใช้ยาและสารเสพติดหรือสาขาสุขาภาพจิตและจิตเวช 1 คน - พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการบำบัดรักษายาและสารเสพติด 1 คน	- ร้อยละของผู้เสพยาและสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 3 เดือน - ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลระยะติดตามการรักษาอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี	- ร้อยละของ รพท. รพช. ที่ผ่านเกณฑ์คลินิกยาเสพติด
รพท. (A) รพท. ระดับจังหวัด (S)	43 48	- กลุ่มติด (dependence) ที่มีโรคแทรกซ้อนโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชที่ระดับรุนแรง	- บำบัดรักษาครบ 4 ขั้นตอน - โดยสามารถรักษาก่อนบำบัดด้วยยาแบบผู้ป่วยใน เช่น ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ผู้ป่วยเสพยาติดที่มีอาการทางจิตเวชไม่รุนแรง	- จิตแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติด สำหรับแพทย์ 1 คน - พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขาภาพจิตและจิตเวช 2 คน	- ร้อยละของผู้ติดที่ผ่านการรักษาระยะบำบัดด้วยยาที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ร้อยละของ รพท. รพช. ระดับจังหวัดที่สามารถรับรักษาผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาแบบผู้ป่วยใน

ตารางที่ 9.11 แผนการพัฒนาบริการสาขาสารเสพติด (service profile) (ต่อ)

ระดับหน่วยงาน	จำนวน (แห่ง)	ผู้ปกครองเป้าหมาย	ศักยภาพด้านบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ	ศักยภาพด้านบุคลากร	ตัวชี้วัดการบำบัดรักษา	ตัวชี้วัดการพัฒนาตาม Service Plan
รพ. เฉพาะทาง	12	- กลุ่มติดที่มีโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรง	- รักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบการรักษ Bi, Mi, CBT	- นักจิตวิทยาคลินิก และ/หรือนักสังคมสงเคราะห์	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูและสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง 3, 6, 12 เดือน	- ร้อยละของ รพศ. รพท. ระดับจังหวัดที่ผ่านคลินิกยาเสพติด
สังกัดกรมสุขภาพจิต			- ดำเนินการ harm reduction (พื้นที่แพร่ระบาด)	- เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องด้านการบำบัดรักษายาเสพติด 2-4 คน	- ร้อยละของผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับการดูแลระยะติดตามการรักษายาอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี	
สถาบันธัญญา รักษาและโรงพยาบาล	7	- กลุ่มติดที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย/จิตเวช/ปัญหาด้านสังคมระดับรุนแรง	- ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรงที่ต้องการรักษาแบบผู้ป่วยใน	- จิตแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ 1 คน	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน	- ร้อยละของสถานบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน
ธัญญา รักษาและโรงพยาบาล			- ผู้ป่วยที่ต้องรักษาฟื้นฟูพื้นที่ฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน	- พยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัด 2 คน	- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลระยะติดตามการรักษายาอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี	- ร้อยละของสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ
กรมการแพทย์			- ผู้ป่วยที่ต้องรักษาฟื้นฟูพื้นที่ฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน	- พยาบาลสาขาจิตเวช 5 คน	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากความเสี่ยงและโรคแทรกซ้อน	
			- ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว	- ทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทางครบทุกสาขา (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด) หน่วยงานของกรมการแพทย์มีโครงสร้างหน่วยงานรับผิดชอบนโยบาย ยุทธศาสตร์ยาเสพติด การศึกษาวิจัย การถ่ายทอดองค์ความรู้ และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด		



ภาคผนวกที่ 9.3 การดำเนินการวิจัยด้านยา และสารเสพติด

จากการประชุมระดมสมองจากภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานด้านยาและสารเสพติด ได้สรุปเป็นโครงการวิจัยชุดที่นับเป็นโครงการวิจัยที่สามารถดำเนินการได้เป็นสหสาขาวิชาชีพ และเป็นพหุภาคีได้ ดังนี้

1. โครงการวิจัยชุด เรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยา และสารเสพติดในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยโครงการย่อย จำนวน 3 โครงการ ดังนี้

- 1.1 โครงการศึกษา และพัฒนาสื่อเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเสพ
- 1.2 โครงการประเมินสื่อการสอน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเสพ
- 1.3 โครงการพัฒนาศักยภาพครอบครัว เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวในการป้องกันยาเสพติด

2. โครงการวิจัยชุด การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการใช้ยา และสารเสพติดในวัยเรียน ประกอบด้วย โครงการย่อย จำนวน 4 โครงการ ดังนี้

- 2.1 โครงการพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติดของเด็กในวัยเรียน
- 2.2 โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้ยา และสารเสพติดในสถานศึกษา
- 2.3 โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้ยา และสารเสพติดนอกสถานศึกษา
- 2.4 โครงการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการใช้ยา และสารเสพติด

3. โครงการวิจัยชุด เรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้เสพติด ประกอบด้วยโครงการย่อย จำนวน 4 โครงการ ดังนี้

- 3.1 โครงการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้เสพติดยาเสพติดทุกประเภท
- 3.2 โครงการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน
 - 3.2.1 โครงการศึกษาการจัดตั้งศูนย์แรกรับในชุมชน
 - 3.2.2 โครงการศึกษาชุมชนต้นแบบในการบำบัดผู้ป่วยเสพติด
- 3.3 โครงการศึกษาประสิทธิผลการใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเสพติดแต่ละประเภท
- 3.4 โครงการวิจัยทางคลินิกเพื่อศึกษาโครโมโซมที่เกี่ยวข้องกับการติดยา และสารเสพติด

4. โครงการวิจัยชุด เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย ประกอบด้วยโครงการย่อย จำนวน 5 โครงการ ดังนี้

- 4.1 โครงการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดในทุกระบบของประเทศ
- 4.2 โครงการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูทั้งระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)
- 4.3 โครงการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4.4 โครงการพัฒนาคุณภาพรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดของประเทศ
- 4.5 โครงการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดทุกระบบ

5. โครงการวิจัยชุด เรื่องการพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยเสพติดหลังผ่านการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ประกอบด้วย โครงการย่อย จำนวน 5 โครงการ ดังนี้

- 5.1 โครงการวิจัยประเมินผลรูปแบบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดในปัจจุบัน
- 5.2 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเสพติดที่ผ่านการบำบัด
- 5.3 โครงการพัฒนาเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดในชุมชน
- 5.4 โครงการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด (Refer link)
- 5.5 โครงการศึกษาผลการใช้ Placebo ในการติดตามผู้ป่วยเสพติด



6. โครงการวิจัยชุด เรื่องการพัฒนางานยาเสพติดสู่ระบบบริการสุขภาพเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย โครงการย่อย จำนวน 3 โครงการ ดังนี้

- 6.1 โครงการพัฒนานักวิจัยด้านยาเสพติดในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างประเทศ
- 6.2 โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถเข้าถึงระบบการรักษาอย่างเสมอภาคเท่าเทียม
- 6.3 โครงการวิจัยการกำหนดนิยามศัพท์ยาเสพติด

