

เอกสารสรุป

การปราบปรามยาเสพติดและ

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

เขียนโดย

ดร.เวอร์จิเนีย แมคโดนัลด์¹ และ คุณ สุภัทรา นาคะฉิว²

พฤศจิกายน 2556

บทนำ

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ³ นอกจากนี้ ยังเป็นที่รู้กันดีว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการปลูกฝิ่น รวมถึงประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการพัฒนาอาชีพทางเลือกให้กับเกษตรกรผู้ปลูกฝิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย⁴ อย่างไรก็ตาม ในมุมมองอื่นๆ ต่อรัฐบาลไทยในการจัดการปัญหาการค้ายาเสพติดในประเทศไทย ทำให้ลดทอนความสำเร็จต่างๆ เหล่านี้ลง โดยเฉพาะจากการกีดกันและแบ่งแยกผู้ใช้ยาออกจากสังคม ซึ่งยิ่งเป็นการกระตุ้นทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น

รัฐบาลไทยยังคงดำเนินนโยบายต่างๆ ในการปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายแบบ “zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขังควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต

นโยบายปราบปรามยาเสพติดที่รุนแรงของรัฐบาลไทยสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการบรรลุข้อตกลงคำประกาศปฏิญญาร่วมว่าด้วยการปลอดยาเสพติดในอาเซียน ภายในปี พ.ศ. 2558⁵ (Drug Free ASEAN by 2015) ยิ่งไปกว่านั้น ในขณะที่กฎหมายยาเสพติดของไทยสนับสนุนหลักการแนวคิด ‘ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร’ แต่ในความเป็นจริง มีผู้ใช้ยาจำนวนมากที่ถูกจำคุก ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นถึงความเป็นจริงต่างๆ ที่มีความเข้าใจเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับการใช้ยา, ภาวะพึ่งพิงยา, การกลับไปเสพซ้ำ หรือ การยอมรับและเข้าใจเงื่อนไขทางการแพทย์ต่อการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงยาว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง⁶ ภายในเรือนจำและศูนย์บำบัดยาเสพติดต่างๆ การให้บริการบำบัดรักษาภาวะพึ่งพิงยาที่มีอยู่จำกัด หรือยังไม่มีบริการที่มีแนวทางการบำบัดรักษาที่มีข้อมูลหลักฐานที่พิสูจน์ได้ ในชุมชนผู้ใช้ยาถูกตีตราและกระทำรุนแรงจากเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ทั้งการบังคับเรียกตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด การควบคุมตัวกรณีสงสัยว่ามีการใช้ยา ซึ่งการกระทำเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ใช้ยาเข้าไม่ถึงบริการด้านสังคม, บริการด้านสุขภาพ และบริการช่วยเหลือต่างๆ ทางกฎหมาย

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์นโยบายด้านยาเสพติดต่างๆ ของรัฐบาลไทยในการจัดการปัญหาความรุนแรงและอันตรายต่างๆ ที่สืบเนื่องและเชื่อมโยงกับการใช้ยาเสพติด เพื่อทำเป็นข้อเสนอแนะที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีตามหลักการและมาตรฐานสากล อันจะเป็นแนวทางสร้างความเข้มแข็งในดำเนินนโยบายด้านยาเสพติดให้กับประเทศไทยต่อไป

แนวโน้มตลาดยาเสพติดในปัจจุบัน

เป็นที่ยอมรับกันว่าการดำเนินการในการยกเลิกปลูกฝิ่นและวิธีการพัฒนาอาชีพทางเลือกของประเทศไทยถือว่าประสบความสำเร็จที่สุดในระดับสากล ซึ่งมีผลไม่ใช่เพียงแต่สามารถลดจำนวนการปลูกฝิ่นได้อย่างมากแล้ว แต่ยังสามารถพัฒนาความเป็นอยู่-คุณภาพชีวิตในพื้นที่อยู่อาศัยให้กับเกษตรกรผู้ปลูกฝิ่นอีกด้วย⁷ ปัจจุบันไม่มีการผลิตเฮโรอีนในประเทศไทยแล้ว แต่ประเทศไทยยังคงเป็นเส้นทางการค้าและขนส่งเฮโรอีนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁸

อย่างไรก็ตาม ผลพวงที่ไม่ได้คาดการณไว้จากการยกเลิกการปลูกฝิ่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คือการเพิ่มขึ้นของการผลิตและการใช้สารกระตุ้นประสาทในกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเภทเมตแอมเฟตามีน (Methamphetamine) จากรายงานยาเสพติดประจำปี พ.ศ. 2555 ของ UNODC ระบุว่าในปี พ.ศ. 2553 มีข้อมูลการจับกุมและการตรวจยึดยาเสพติดประเภทยาบ้าของประเทศไทยในระดับที่สูงมาก ซึ่งนี่เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของอุตสาหกรรมการผลิต

และการค้ายาเสพติดประเภทนี้จากประเทศพม่า อิหร่าน และประเทศในแถบอัฟริกาตะวันตกมากกว่าการผลิตภายในประเทศไทยเอง⁹ ยิ่งไปกว่านั้น ในขณะที่การลักลอบขนส่งยาบ้าเข้ามายังประเทศไทยส่วนใหญ่เพื่อตลาดการค้ายาเสพติดในประเทศ ทำให้สามารถประมาณการปริมาณยาเสพติดที่ถูกลักลอบขนส่งไปยังประเทศเพื่อนบ้าน และส่วนน้อยขนส่งไปยังประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ นอกจากนั้น ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเส้นทางการลักลอบขนส่งสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดจำนวนมากๆ (ส่วนใหญ่เป็นสารตั้งต้นที่มีส่วนผสมของอีเฟดรีน (ephedrine) และซูโดอีเฟดรีน (pseudoephedrine) ผ่านประเทศไทยไปยังฐานการผลิตในประเทศพม่า และยังมีบางส่วนที่ไปสู่ฐานการผลิตในประเทศกัมพูชาก็ด้วย

ในประเทศไทย มีความกังวลเป็นอย่างมากต่ออัตราการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาเสพติดประเภทเมตแอมเฟตามีน ทั้งในรูปแบบเม็ด หรือที่เรียกว่า “ยาบ้า” และในรูปแบบผงที่เรียกว่า “ยาไอซ์” การรายงานข่าวของสื่อมวลชน ยิ่งทำให้มีความเชื่อว่ามีการใช้ยาเสพติดกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งยิ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และความมั่นคงของประเทศไทย¹⁰ ผลการสำรวจเมื่อเร็วๆ นี้ ระบุว่า 88% ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ร้ายแรงที่สุดที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย¹¹ ซึ่งในความเป็นจริงในประเทศไทยยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ยังไม่ชัดเจนถูกต้องนัก รวมทั้งมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือในเรื่องนี้ไม่กี่แห่ง

กล่อง 1 สถานการณ์พืชกระท่อมในประเทศไทย

กระท่อม (*mitragynia speciosa korth*) เป็นพืชผลัดใบเมื่อร้อนที่มีแหล่งกำเนิดอยู่ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ทำปฏิกิริยากับตัวรับสัญญาณสารเสพติดประเภทฝิ่น และจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทถ้าใช้ปริมาณน้อย และมีฤทธิ์กล่อมประสาทถ้าใช้ในปริมาณมาก โดยทั่วไปนิยมบริโภคกระท่อมด้วยการเคี้ยวหรือนำไปต้มน้ำเพื่อดื่มเหมือนน้ำชา ไม่นานมานี้ วิทยาลัยในกรุงเทพฯ และ

ทางภาคใต้ของประเทศไทยได้นำเอาใบกระท่อมมาทำเป็นเครื่องดื่มประเภท cocktail ที่เรียกว่า 4x100 โดยมีส่วนผสมคือ น้ำกระท่อม, โคคาโคล่า, ยาแก้ไอ และน้ำแข็ง กระท่อมเป็นสารเสพติดที่อยู่ภายใต้การควบคุมและด้วยมาตรการเน้นการจับกุมและตรวจยึดของเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย จำนวนการตรวจยึดกระท่อมเพิ่มขึ้นจาก 1.7 ตัน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 23 ตัน ในปี พ.ศ. 2556 ส่วนตัวเลขของการจับกุมจากคดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับใบกระท่อม เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัวคือระหว่างปี 2550 ถึงปี 2554 จาก 5,571 เป็น 13,134 คดี

เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2013 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมได้ประกาศว่า กระทรวงจะเสนอให้มีการพิจารณาตัดกระท่อมออกจากบัญชีรายชื่อยาเสพติดให้โทษ การประกาศดังกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นครั้งที่ 3 ในการที่จะทำให้อาณาเขตกระท่อมไม่ผิดกฎหมายอาญาตามพระราชบัญญัติ กระท่อม ปี 2486 กระทรวงยุติธรรมได้ให้อำนาจแก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในการดูแลเรื่องดังกล่าว โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานล่าสุดที่ระบุว่า กระท่อมนั้นมีความปลอดภัยโดยที่มีผลทางลบต่อสุขภาพและสังคมน้อยและไม่ก่อให้เกิดอาการติด¹² ยิ่งไปกว่านั้นคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ให้ข้อมูลสนับสนุนว่ากระท่อมมีคุณสมบัติสามารถทดแทนสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการติดได้ และยังสามารถเป็นตัวช่วยในเรื่องของการช่วยจัดการกับความอยากยาและช่วยในเรื่องของภาวะถอนพิษยาเสพติด ดังนั้น อันตรายนอกจากกระท่อมที่ได้เคยกล่าวถึงก็มีแค่เพียงตัวเครื่องดื่ม 4x100 และการผสมกระท่อมกับตัวยาอื่น ๆ ไม่ได้มาจากตัวกระท่อมเอง ความคิดเห็นจากการสุ่มสำรวจจากผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ต่อการทำให้กระท่อมถูกกฎหมาย ปรากฏว่า มีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น: 52% มีความกังวลว่าจะมีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูก และ 48% คิดว่าพืชกระท่อมเป็นยาสมุนไพรที่ไม่มีอันตราย¹³

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) ใช้ผลการสำรวจสำมะโนประชากรในการประมาณการผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมายประเภทต่างๆ¹⁴ ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 ป.ป.ส. ประมาณการว่ามีจำนวนประชากร 125,000 คน ที่ใช้สารเสพติดประเภทเมตาแอมเฟตามีน (ยาบ้าหรือยาไอซ์) อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังมีการประมาณการว่าประมาณ 98,000 คน มีการใช้กัญชาและ 400,000 คนมีการใช้กระท่อมอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ปริมาณการติดยาเสพติดสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดการขยายตัวของปัญหาเสพติดของประเทศ แต่ผลการดำเนินการนโยบายยาเสพติดเหล่านี้กลับชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ โดยไม่มีการจำแนกประเภทของการใช้ยาระหว่างการติดยาเป็นประจำกับการติดยาเป็นครั้งคราวเพื่อการรีนิจและผ่อนคลาย ความเข้าใจผิดในเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นได้จากกฎหมายและ

นโยบายต่างๆ เกือบทั้งหมดของไทยที่ไม่มีการจำแนกแยกประเภทการติดยาเสพติด ระหว่างการติดยาทั่วไป (Drug use) กับภาวะพึ่งพิงยา (Drug dependence) บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่รัฐปฏิบัติงานด้วยการรับรู้และเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนี้ว่าผู้ติดยาทุกคนจะต้องพัฒนาเป็นผู้พึ่งพิงยาและต้องการการบำบัดรักษา ข้อเท็จจริงก็คือ ยังไม่มีข้อมูลว่ามีจำนวนผู้ติดยาเสพติดประเภทเมตาแอมเฟตามีน เท่าไรในประเทศไทยที่เป็นผู้พึ่งพิงยา และมีจำนวนเท่าไรที่จะพัฒนาเป็นผู้พึ่งพิงยา และจากข้อมูลของ UNODC ได้ระบุไว้ว่าประมาณ 10% ของผู้ติดยามีโอกาสจะพัฒนาไปเป็นผู้พึ่งพิงยา¹⁵

ข้อมูลวิจัยจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2551 ระบุจำนวนผู้ติดยาด้วยวิธีฉีดในประเทศไทยว่ามีประมาณ 40,300 ถึง 97,300 ราย¹⁶ ซึ่งจำนวนประมาณการขั้นต่ำ 40,300 รายนี้ ถือเป็นตัวเลขที่หน่วยงาน

รัฐบาลใช้อย่างเป็นทางการ ทำให้คิดได้ว่าการฉีดเมตแอมเฟตามีน เริ่มมีมากขึ้นจนกลายเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งงานวิจัยของกรุงเทพมหานครชี้ให้เห็นว่าอัตราผู้ฉีดเมตแอมเฟตามีนมีประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด¹⁷ ผลสำรวจฯ ล่าสุดของ IBBS ยังระบุจำนวนผู้ฉีดเมตแอมเฟตามีนที่มีค่อนข้างสูง (ประมาณ 30.3% ในพื้นที่ภาคกลาง 29.9% ในจังหวัดเชียงใหม่และ 18.1% ในจังหวัดสงขลาของประเทศไทย) อีกด้วย

กรณียาเสพติดประเภทอื่นที่ยังเป็นที่น่ากังวล อาทิเช่น มิดาโซแลม (Midazolam), เบนโซไดอาเซพิน (Benzodiazepine) ซึ่งเป็นสารที่ไม่สามารถละลายน้ำได้ ที่บ่อยครั้งถูกนำมาฉีดอย่างผิดกฎหมาย ในกรณีการนำเบนโซไดอาเซพินทุกประเภทมาใช้ฉีดนั้น จะมีผลกระทบหลายอย่างต่อสุขภาพ ทั้งต่อระบบประสาทต่อหลอดเลือด อาจทำให้เกิดภาวะพังกายาและภาวะขาดยาได้ ทั้งนี้ มีสาเหตุมาจากที่เฮโรอีนมีน้อยในประเทศไทย ทำให้ปริมาณการนำมิดาโซแลมมาฉีดมีเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลนี้ได้มาจากการให้บริการต่างๆ แก่ผู้ใช้ยาพบว่า มีจำนวนผู้ใช้ยากว่า 1 ใน 3 ของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในกรุงเทพฯ ที่นำมิดาโซแลมมาฉีดเป็นประจำทุกวันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา¹⁸

กฎหมายและการปฏิบัติในการลงโทษ จำคุกผู้ต้องหาคดียาเสพติด

ในกฎหมายฉบับต่างๆ เกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศไทย มีการกำหนดเกี่ยวกับสารเสพติดควบคุมในพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518, พระราชบัญญัติควบคุมยาเสพติด พ.ศ. 2519 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 Gamma-hydroxybutyric acid หรือ จีเอชบี ถูกกำหนดให้อยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 1 ส่วนสารเสพติดประเภท อีเฟดรีน, มิดาโซแลม, เคตามีน และซูโดอีเฟดรีน ถูกจัดให้อยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2 และจากการกำหนดบทลงโทษตามกฎหมายดังกล่าว หากผู้ใดก็ตามที่มีการเสพ หรือ ครอบครองโดยไม่ได้รับอนุญาต จะถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย โดยระวางโทษจำคุก

เป็นเวลา 1 ถึง 5 ปี และ/หรือปรับเป็นจำนวนเงิน 100,000 ถึง 400,000 บาท และหากผู้ใดทำการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ จำหน่าย ยาเสพติดประเภท 2 ต้องระวางโทษจำคุกเป็นเวลา 5 ถึง 20 ปี และ/หรือปรับเป็นจำนวนเงิน 100,000 ถึง 400,000 บาท

สารเสพติดควบคุมจัดอยู่ในรายชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ถึง 4 ใน พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ได้แก่ เฮโรอีน แอมเฟตามีน, เมตแอมเฟตามีน, เอ็กซ์ตาซี, และแอลเอสดี เป็นต้น ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป ได้แก่ โบโคคา, โคเคน, โคเคอีน, มอร์ฟีน และเมทาโดน ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่ไม่เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึง 4 เช่น กัญชาและพืชกระท่อม ภายใต้ พ.ร.บ.ยาเสพติดฯ พ.ศ. 2522 การเสพ และครอบครอง(แม้แต่ในปริมาณเพียงเล็กน้อย) จำหน่าย การมีไว้ในครอบครองเพื่อจุดประสงค์ในการจำหน่าย การผลิต นำเข้าและส่งออก มีโทษจำคุก และ/หรือ ปรับ โดยระยะเวลาในการจำคุก และจำนวนการเสียค่าปรับขึ้นอยู่กับปริมาณและประเภทของยาเสพติด ตัวอย่างเช่น การครอบครองหรือ การครอบครองเพื่อจุดประสงค์ในการจำหน่ายในปริมาณน้อยที่สุดถึง 20 กรัม ของยาเสพติดประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 4 ปีถึงตลอดชีวิต และปรับเป็นจำนวนเงิน 400,000 ถึง 5 ล้านบาท และหากมีสารเสพติดมากกว่า 20 กรัม ของยาเสพติดประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุก ปรับเป็นเงิน 1,000,000 - 5,000,000 บาทหรือ โทษประหารชีวิต ซึ่งโทษประหารชีวิตนั้นกำหนดไว้สำหรับกรณีการผลิต การนำเข้า หรือ ส่งออก ด้วยจุดประสงค์เพื่อจำหน่ายยาเสพติดประเภท 1 ในจำนวนที่มากกว่าปริมาณน้อยที่สุดที่กำหนดไว้พ.ร.บ.ยาเสพติดฯ พ.ศ. 2522 ได้ให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจในการหยุด, ตรวจค้น, ตรวจยึด, การจับกุม รวมถึงการให้อำนาจแก่ตำรวจในการขอเรียกตรวจปัสสาวะ

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้กำหนดวิธีการปราบปรามยาเสพติดที่แตกต่างจากกฎหมายอื่นๆ

โดยการทำให้มีทางเลือกอื่นนอกเหนือจากการจำคุกสำหรับผู้ต้องหาคดียาเสพติด ด้วยมีจุดประสงค์เพื่อต้องการเบี่ยงเบนคดีสำหรับผู้ต้องหาในกรณีเสพ (ซึ่งอธิบายไว้ในย่อหน้าถัดไป) โดยการให้ผู้ต้องหาเข้ารับการบำบัดแทนการจำคุก อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ พ.ร.บ. ฟื้นฟูฯ ได้พยายามเปลี่ยนมุมมองต่อผู้เสพ โดยการปฏิบัติต่อผู้เสพเหมือนผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร แต่พระราชบัญญัติเกี่ยวกับยาเสพติดฉบับอื่นๆ ยังคงกำหนดให้การเสพและการครอบครองยาเสพติดเป็นการกระทำความผิดกฎหมาย โดยยังไม่มีความหมายฉบับใดที่มีมุมมองแนวคิดในเรื่องการให้บริการเพื่อการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด หรือ การปฏิบัติต่อผู้ติดยาเหมือนผู้ป่วยเลย

กลไกของการเบี่ยงเบนคดีจะสามารถใช้ได้กับผู้ต้องหาคดียาเสพติดในกรณีการเสพ การครอบครองเพื่อเสพ การเสพ และครอบครองเพื่อจำหน่าย และการเสพ และจำหน่าย ในทุกกรณี จำนวนของสารเสพติดจะต้องมีปริมาณน้อยเพื่อที่สามารถนำเข้าสู่กระบวนการเบี่ยงเบนคดี¹⁹ หลังจากการจับกุมแต่ละคดีจะต้องถูกส่งไปให้ศาลพิจารณาภายใน 48 ชั่วโมง กรณีบุคคลนั้นมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมง คดีจะได้รับการเบี่ยงเบนหรือไม่ เป็นการตัดสินใจของศาลว่าจะพิจารณาส่งคดีนั้นๆ ไปยังคณะอนุกรรมการฯ หรือไม่²⁰ ทั้งนี้ ยังไม่มีเกณฑ์หรือข้อกำหนดที่ชัดเจนว่ากรณีในลักษณะใดที่จะส่งไปยังพนักงานอัยการ หรือส่งให้ศาลเพื่อนำบุคคลนั้นเข้าสู่กระบวนการเบี่ยงเบนคดี อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ปรากฏคือ คนส่วนใหญ่ที่ถูกจับในข้อหาเสพยาเสพติดไม่ได้เข้าสู่กระบวนการเบี่ยงเบนคดี ซึ่งเป็นจำนวนถึง 3% ของผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 และหลังจากส่งไปยังคณะอนุกรรมการฯ แล้ว คณะอนุกรรมการฯ จะต้องพิจารณาว่าบุคคลผู้นั้นเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดภายใน 15 วัน โดยสามารถขยายระยะเวลาในการพิจารณาได้อีก 30 วัน แต่ต้องไม่เกิน 45 วัน ซึ่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าวนี้ตรงข้ามกับแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับทั่วไปในระดับสากล ซึ่งจะใช้มาตรการและวิธีการประเมินหลายวิธีเพื่อพิจารณาภาวะการติดยา ตัวอย่างเช่น เครื่องมือตัวชี้วัด

ภาวะการติดยาขององค์การอนามัยโลก การพิจารณาบุคคลคนหนึ่งว่าเป็นผู้เสพ หรือ ผู้ติดยาหรือไม่ ซึ่งโดยทั่วไป(ในประเทศไทย) ใช้วิธีการตรวจปัสสาวะ โดยจะไม่ประเมินจากระดับหรือปริมาณของการใช้ยา, พฤติกรรมเสี่ยง หรือ พฤติกรรมการพึ่งพิงยา และระหว่างรอการพิจารณาบุคคลนั้นๆ จะต้องถูกควบคุมตัวในเรือนจำ (กรณีอายุมากกว่า 18 ปี) หรือ ในสถานพินิจฯ กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งในขั้นตอนกระบวนการในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำคุกด้วย ในขณะที่ควรจะได้รับเบี่ยงเบนคดีและออกจากกระบวนการเรือนจำและสู่กระบวนการบำบัดได้เลย²¹

กรณีถ้าผลการตรวจพิสูจน์ฯ พบว่ามีการใช้สารเสพติดมาก่อน จะมีคำสั่งให้บุคคลผู้นั้นเข้ารับการบำบัด คณะอนุกรรมการฯ อาจพิจารณาสั่งให้เข้ารับการบำบัดในแบบภายใต้การควบคุมหรือไม่ควบคุมฯ ก็ได้ ซึ่งในแบบควบคุมนั้นแบ่งออกเป็นแบบ “เข้มข้น/เข้มงวด” เช่น ถูกควบคุมตัวในสถานบำบัดฯ ซึ่งยากมากที่จะหลบหนี และแบบไม่เข้มข้น/เข้มงวด มีการรายงานว่าผู้ใช้ยาเสพติดอย่างหนักหรือพวก hard core จะถูกส่งไปศูนย์บำบัดฯ ภายใต้การควบคุมแบบเข้มงวด และผู้พึ่งพิงยาแต่ไม่ถึงระดับ hard core จะถูกส่งไปยังศูนย์บำบัดฯ ที่ไม่เข้มงวด²² (อ่านข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในหัวข้อต่อไป)

นโยบาย และบริการด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

อัตราการติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับที่สูงมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาตัวเลขการประมาณการล่าสุดพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดระหว่าง 25.2²³ ถึง 50%²⁴ และอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 89.8%²⁵ โครงการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด (NSP) การบำบัดด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (MMT) บริการตรวจและรักษาเชื้อเอชไอวี

และไวรัสตับอักเสบบี ถือเป็นวิธีการที่พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อที่ส่งผ่านทางเลือดในกลุ่มผู้ติดยาด้วยวิธีฉีด อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนจากทางการเมืองในด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดและบริการลดอันตรายฯ ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการเพื่อป้องกันการส่งต่อเชื้อฯ ด้วยการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดยังคงถือว่า มีน้อยมากในประเทศไทย²⁶

ในปี พ.ศ. 2552, คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ให้การเห็นชอบต่อ(ร่าง)นโยบายเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเสนอโดยศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง(ร่าง)นโยบายดังกล่าวประกอบด้วยข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติในเรื่อง “ชุดบริการที่ครอบคลุมรอบด้าน”²⁷ สำหรับลดการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาด้วยวิธีฉีด (รวมถึงการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดและบริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดน) แต่หลังจากมีมติเห็นชอบต่อ(ร่าง)นโยบายฯ ดังกล่าวจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แล้ว ได้มีการส่ง(ร่าง)นโยบายฯ ไปหารือขอความเห็นกับคณะกรรมการกฤษฎีกา²⁸ ในประเด็นการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดว่าขัดต่อกฎหมายหรือไม่ ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาในปี พ.ศ. 2554 ได้ตอบข้อหาหรือว่าการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดน่าจะเข้าข่ายเป็นการสนับสนุนในการเสพยาเสพติดตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ²⁹ ส่งผลให้ไม่มีการลงนามในนโยบายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดที่ผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมคณะกรรมการฯ ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ไปถึงแม้ว่าจะไม่มีการลงนามและประกาศใช้(ร่าง)นโยบายฯ ดังกล่าว แต่ด้วยเหตุนี้ทำให้ภาคประชาสังคม นำโดยเครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (12D) และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้เข้าพบหารือ และยื่นหนังสือต่อคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) พิจารณาให้ความเห็นต่อร่างกฎหมายที่กระทรวงยุติธรรมขอแก้ไขพ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และขอให้พิจารณา

ปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดทั้งระบบ ซึ่งคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายได้มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 โดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการฯ

เดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้กำหนดให้มาตรการการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเป็นมาตรการทางเลือกในประกาศนโยบายของ ป.ป.ส. โดยกำหนดให้มีพื้นที่ปฏิบัติการนำร่องการให้บริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดใน 10 จังหวัด แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณในการดำเนินการในเรื่องนี้ถูกนำไปใช้ในการบริหารจัดการ เพื่อการจัดประชุมต่างๆ และไม่ได้มีการนำมาตราทางเลือกและชุดบริการที่รอบด้านไปดำเนินการ อย่างเป็นทางการใด ในปี พ.ศ. 2556 ป.ป.ส. ได้ขยายพื้นที่การให้บริการลดอันตรายฯ เพิ่มอีก 9 จังหวัด โดยเป็นการดำเนินงานการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดร่วมกันในพื้นที่ 19 จังหวัดของ ป.ป.ส. และภาคประชาสังคมภายใต้โครงการ แคมเปญ - ใจดียู (ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับโครงการแคมเปญ-ใจดียู ด้านล่าง) ซึ่งถือว่าการบูรณาการด้านความร่วมมือในการทำงานของหน่วยงานภาคประชาสังคมและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนี้ ป.ป.ส. โดยศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ยังกำหนดให้บริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดอยู่ในแผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดปี พ.ศ. 2557 คำสั่งฯ ที่ 19/2556 ซึ่งได้ประกาศไปเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา³⁰

โครงการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด

โครงการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดเริ่มต้นอย่างไม่เป็นทางการในประเทศไทย จากโครงการขนาดเล็กในจังหวัด เชียงรายทางภาคเหนือเมื่อปี พ.ศ. 2535 โดยการใช้เข็มและกระบอกฉีดสะอาดที่เหลือจากโครงการฉีดวัคซีน³¹ ในปี พ.ศ. 2546 เครือข่ายผู้ติดยาแห่งประเทศไทย (TDN), มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ (TTAG) บ้าน ออดันท์ และมูลนิธิรักชาติไทย ได้รับ

การสนับสนุนจากกองทุนโลก (GFATM) ให้เป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการกลไกความร่วมมือระดับประเทศ (non-CCM) ดำเนินโครงการนี้ในประเทศไทย ซึ่งต้องถือว่าโครงการนี้ เป็นโครงการต้นแบบในการขับเคลื่อนงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดระดับประเทศ ที่นำไปสู่การได้รับงบประมาณสนับสนุนต่างๆ จากกองทุนโลกในเวลาต่อมา เป็นเรื่องที่น่าสังเกตอย่างมากว่า องค์กรเหล่านี้ที่มีผู้ใช้ยาเป็นผู้นำ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการให้บริการการลดอันตรายฯ ต่างๆ โดยไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆ จากรัฐบาลไทย ปัจจุบันโครงการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยกองทุนโลก ดำเนินการโดยคณะกรรมการกลไกความร่วมมือระดับประเทศ (CCM) ภายใต้โครงการแชมเปียน – ไอเดีย โดยโครงการแจกเข็มฯ ในปัจจุบันสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์การลดอันตราย 13 ศูนย์ และเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานกับกลุ่มคนเข้าถึงยาก 10 เครือข่ายใน 19 จังหวัดจาก 77 จังหวัดทั่วไปของไทย

โครงการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดอย่างครอบคลุมในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการตีความทางกฎหมายในเรื่องการให้บริการเข็มฯ ในประเทศไทย: ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนเข็มและกระบอกฉีดสะอาดน้อยกว่า 1,500, 000 ชุดที่ได้รับการกระจายออกไปในขณะที่เป้าหมายการกระจายเข็มฯ อยู่ที่ประมาณ 5 ล้านชุด ปี พ.ศ. 2553 ข้อมูลฯ แห่งชาติระบุว่าน้อยกว่า 1% ของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่สามารถเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด ด้วยอัตราการเข้าถึงที่น้อยกว่า 1 ชุดต่อผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด 1 คนต่อปี³² ในปี พ.ศ. 2555 ข้อมูลจาก UNAIDS ระบุว่าผู้ใช้ยาสามารถเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฯ 12 ชุดต่อคนต่อปี ผ่านโครงการแจกเข็มฯ ซึ่งเป็นจำนวนอัตราการเข้าถึงเข็มฯ ที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับแนวทางการเข้าถึงเข็มฯ ที่องค์การอนามัยโลกและ UNODC ได้แนะนำไว้ว่าการเข้าถึงเข็มฯ 100 ชุด (หรือน้อยกว่านั้น) ต่อคนต่อปีของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ถือว่าเป็นอัตราการกระจายเข็มฯ ที่อยู่ในระดับต่ำ³³ การศึกษาชิ้นหนึ่งเกี่ยวกับผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในกรุงเทพฯ พบว่า 30% ของผู้ใช้ยาเคยมีเข็มที่ใช้แล้วในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

และ 65% ของผู้ใช้ยาเหล่านี้มีรายงานพบว่ามีการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นด้วย ผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้รายงานว่าเหตุผลต่างๆ ที่สำคัญที่ทำให้ยากต่อผู้ใช้ยาในการเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด คือ ศูนย์ให้บริการฯ อยู่ไกลเกินไป ร้านยาปิด หรือร้านยาปฏิเสธที่จะให้บริการเข็มฯ สะอาด³⁴ ภายใต้โครงการแชมเปียน – ไอเดีย เครือข่ายร้านยาเอกชนสนับสนุน การให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด และถึงแม้ว่าจะมียุทธศาสตร์และช่องทางต่างๆ ในการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด แต่การให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดของโครงการแชมเปียน – ไอเดีย ยังคงถูกจำกัดด้วยอุปสรรคทางกฎหมายต่อการให้บริการเข็มฯ และการคุกคามจากเจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งกับตัวผู้ใช้ยาและเจ้าหน้าที่ฯ ของโครงการ เจ้าหน้าที่ภาคสนาม และผู้ใช้ยาต่างๆ รายงานว่าถูกตำรวจทำร้ายร่างกายหลายครั้ง³⁵ ถูกตำรวจยึดยา³⁶ ถูกบังคับตรวจปัสสาวะ³⁷ และการกระทำรุนแรงอื่นๆ

การให้บริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว

การให้บริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว (MMT)³⁸ เป็นการบำบัดที่ได้รับความนิยมเชื่อว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการบำบัดผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสารเสพติดจากอนุพันธ์ฝิ่น การให้บริการสารทดแทนเมทาโดนระยะยาวเชื่อมโยงกับการลดการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายและการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี³⁹ การให้บริการเมทาโดนเริ่มมีในประเทศไทยในลักษณะการบำบัดชั่วคราว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 และได้รับอนุญาตให้ใช้ในการบำบัดรักษาในระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543⁴⁰ เมทาโดนถูกบรรจุอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับการจัดให้มีคู่มือแนวทางการนำไปใช้ในการบำบัดรักษา และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) เป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการบำบัดฯ ด้วยสารเมทาโดน ซึ่งในทางทฤษฎีการบำบัดด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาวนั้นควรจะมีให้บริการในทุกโรงพยาบาลทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ขึ้น

ทะเบียนเพื่อรับบริการสารทดแทนเมทาโดนในกลุ่มผู้ใช้ยา
เฮโรอีนในประเทศไทยยังมีน้อย ในขณะที่องค์การอนามัยโลก
(WHO) แนะนำว่าเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ต้องมีอย่างน้อย 40% ของกลุ่มผู้ใช้เฮโรอีน ที่ควรได้รับการ
บำบัดรักษาด้วยสารทดแทนจากอนุพันธ์ฝิ่น ในประเทศไทยมี
ผู้ขึ้นทะเบียนรับบริการสารทดแทนเมทาโดนเพียง 7% และมี
อัตราการเลิกบำบัดค่อนข้างสูง⁴¹

มีหลายประเด็นในการให้บริการบำบัดฯ ด้วยสารทดแทนเมทา-
โดนในประเทศไทย ซึ่งเป็นอุปสรรคและข้อจำกัดต่อการรับบริการ
บำบัดรักษา ที่ต่อเนื่องครบถ้วน และควมมีประสิทธิภาพใน
การให้บริการ ในขณะที่มีแนวทางการบำบัดรักษาแห่งชาติ ที่มี
สนับสนุนการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว
อย่างชัดเจน แต่ในความเป็นจริงมีการให้บริการฯ สารเมทาโดน
ระยะยาวเพียงไม่กี่แห่ง ซึ่งผู้ใช้ยาที่ขึ้นทะเบียนในโครงการบำบัด
รักษาด้วยสารเมทาโดนระยะยาวรายงานว่ามีการให้บริการ
เมทาโดนแบบชั่วคราวประมาณ 45-90 วัน ซึ่งปริมาณเมทาโดนที่
ได้รับจะลดลงเรื่อยๆ⁴² ในศูนย์บริการฯ บางแห่งมีเกณฑ์การรับ
บำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว คือจะได้รับ
บำบัดฯ ระยะยาวก็ต่อเมื่อล้มเหลวในการบำบัดฯ แบบชั่วคราว
มาแล้ว 3 ครั้ง⁴³ สารเมทาโดนที่ให้บริการในแต่ละวันพบว่ามี
ปริมาณที่น้อยมาก โดยเฉลี่ยประมาณ 45-50 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่ง
ปริมาณสารที่ให้บริการกันอยู่นั้นค่อนข้างไม่มีคุณภาพทั้งในด้าน
การลดปริมาณสารลงอย่างรวดเร็ว หรือแบบฟันเลื่อย (saw-
tooth) (หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับสารทดแทนเมทาโดนใน
ปริมาณที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนไม่มีอาการอยากยา ซึ่งรู้กันว่าเป็น
ได้รับการรักษาแล้ว และต่อมาปริมาณเมทาโดนที่ให้จะลดลง
อย่างรวดเร็วด้วยจุดประสงค์เพื่อการถอนพิษ ซึ่งปริมาณสาร
เมทาโดนจะถูกเพิ่มขึ้นเมื่อมีอาการอยากยาเกิดขึ้นอีก)⁴⁴ ซึ่งยังไม่
มีการให้บริการสารทดแทนเมทาโดนแบบไหนเลยจากที่กล่าวมา
แล้วที่ได้มาตรฐานสากลในการบำบัดรักษา ยาเสพติดหรือในการ
ป้องกันเอชไอวี

แม้ว่าจะมีศูนย์ให้บริการฯ สารทดแทนเมทาโดนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่
กรุงเทพฯ ถึง 18 แห่ง จาก 108 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่
ภายใต้การดูแลของกรุงเทพมหานคร และถึงแม้การรับบริการฯ
สารเมทาโดนนั้นจะไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือมีค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย
ในพื้นที่กรุงเทพฯ หรือจากหน่วยบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่
ทั่วประเทศ แต่การเข้าถึงบริการฯ สารทดแทนเมทาโดนของ
กลุ่มผู้ใช้ยายังคงมีข้อจำกัดด้วยหลายเงื่อนไข อย่างเช่น กรณีไป
รับบริการจากคลินิกเอกชนค่าบริการมีราคาค่อนข้างสูง ผู้ป่วย
มากมายถอนตัวออกจากการขึ้นทะเบียนการบำบัดรักษาด้วย
สารทดแทนเมทาโดน ด้วยเหตุผลเรื่องระยะทางในการเดินทาง
มารับบริการที่ศูนย์ฯ หรือคลินิก ประกอบกับมีศูนย์ให้บริการ
เพียงไม่กี่แห่งที่อนุญาตให้นำสารทดแทนเมทาโดนกลับบ้านได้
ซึ่งอนุญาตให้นำกลับได้ในปริมาณมากที่สุด 350 มิลลิกรัมต่อ
สัปดาห์ (ตามประกาศของ อ.ย.ที่กำหนดไว้) ซึ่งทำให้เป็นการ
ยากสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยาส่วนใหญ่ที่มีอาการอยากยา
ในการเข้าถึงการบำบัดรักษาด้วยเงื่อนไขเช่นนี้⁴⁵

การบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนนั้นอยู่ในสิทธิประโยชน์
ของระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบค่าใช้จ่าย
ทั้งหมด ซึ่งสิทธิประโยชน์ฯ นี้ไม่ครอบคลุมถึงลูกจ้างและผู้ที่อยู่ใน
ระบบประกันสังคม และถึงแม้ว่าค่าบริการสารทดแทนเมทาโดน
จะฟรี แต่บางคลินิกยังเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการกับ
ผู้ป่วย สำหรับพื้นที่ต่างจังหวัดในทางปฏิบัติมีเพียงศูนย์บางแห่ง
เท่านั้นที่ให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสำหรับผู้ป่วยส่งต่อจาก
ระบบการบังคับบำบัด จะไม่เสียค่าใช้จ่ายค่าบริการแต่ปริมาณ
สารเมทาโดนที่ได้รับจะลดลงเรื่อยๆ และสำหรับการบำบัดฯ
ระยะยาวนั้นจะต้องจ่ายเอง⁴⁶ นอกจากนี้ ยังไม่มีการประสาน
งานเพื่อฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถให้บริการฯ
สารทดแทนเมทาโดนระยะยาว รวมทั้งยังไม่มีการติดตามเพื่อ
ประเมินผลการให้บริการการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทา-
โดน และไม่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ออกจากโครงการบำบัด
รักษาฯ ไปแล้ว

เมื่อเร็วๆ นี้ องค์การอนามัยโลก, สถาบันธัญญารักษ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, โรงพยาบาลรัฐ และกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้ตกลงเห็นชอบร่วมกันในการขยายการเข้าถึง การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งให้กับแนวทางการให้บริการฯ รวมทั้งสนับสนุนโดยการจัดสรรทรัพยากรของชาติในการปรับปรุงการเข้าถึงการบำบัดรักษาสารทดแทนเมทาโดนให้สำหรับกลุ่มผู้ใช้ยา

การบริการบำบัดรักษาอื่นๆ สำหรับผู้ใช้ยา

ในขณะที่ประเทศไทยมีการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ค่อนข้างครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งสำหรับผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ในการได้รับการรักษา (ประมาณ 60-79% ได้รับยาต้านฯ) แต่มีเพียง 2% ของผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านฯ⁴⁷ จากการให้บริการลดอันตรายฯ ในพื้นที่กรุงเทพฯ ตรวจพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดค่อนข้างสูงประมาณ 70%⁴⁸ และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 30%⁴⁹ การบริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทน เมทาโดน การรักษาการติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี ยังแยกกันอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ โดยยังไม่มีการให้บริการอย่างบูรณาการครบวงจรในการบริการต่างๆ เหล่านี้แก่ผู้ใช้ยา

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาไวรัสตับอักเสบบี แบบ Genotypes 2 และ 3 เท่านั้น ซึ่งไม่รวมถึงการติดเชื้อร่วมอื่นๆ และค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ทำการศึกษาการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีข้อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ขยายสิทธิประโยชน์การรักษาบำบัดไวรัสตับอักเสบบี ให้ครอบคลุมการติดเชื้อร่วมอื่นๆ และครอบคลุมถึง Genotypes 6 รวมถึงการค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย สป.สช. จึงขอให้ HITAP ทำการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องงบประมาณที่ต้องใช้ในการขยายบริการต่างๆ รวมถึงงบประมาณที่ต้องใช้ในการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้วย ซึ่ง

งานศึกษาวิจัยนี้จะแล้วเสร็จภายในปี พ.ศ. 2556 และหากการศึกษาพบว่ามีความคุ้มค่า คาดว่าการขยายสิทธิประโยชน์การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่างๆ นี้จะรวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายในตุลาคม ปี พ.ศ. 2557

ผลงานวิจัยที่กำกับชุมชนพบว่า 30% ของผู้ใช้ยาในเขตกรุงเทพมหานคร เคยประสบเหตุการณ์ที่ใช้จ่ายเกินขนาดจนเกือบเสียชีวิต โดยพบมากในกลุ่มผู้ใช้เฮโรอีน และ 68% เคยเห็นเหตุการณ์การใช้ยาเกินขนาดและมีเพียงจำนวนน้อยที่รู้จักจัดการกับการใช้ยาเกินขนาด⁵⁰ แม่นาล็อกโซน (Naloxone) เป็นสารที่ยับยั้งการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสามารถใช้ป้องกันการเสียชีวิตและยับยั้งผลของการใช้ยาเกินขนาดประเภทอนุพันธ์ฝิ่นได้⁵¹ นาล็อกโซนไม่ได้ถูกจัดอยู่ในประเภทยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย และสามารถหาได้ในประเทศไทยภายใต้การกำกับดูแลขององค์การอาหารและยา (อ.ย.) แต่นาล็อกโซนถูกจัดให้อยู่ในประเภท "ยาอันตราย" และอนุญาตให้ใช้ได้โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เท่านั้น ซึ่งนี่เป็นข้อจำกัดในการใช้นาล็อกโซน และข้อจำกัดในการดำเนินโครงการนาล็อกโซนในชุมชน ในขณะที่พื้นที่การดำเนินอื่นๆ ชี้ให้เห็นว่าการใช้นาล็อกโซนสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งวิธีการช่วยเหลือด้วยนาล็อกโซนนี้ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างถูกกฎหมายได้ในประเทศไทย

การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545, ผู้ใช้ยาได้รวมตัวกันเพื่อจุดประสงค์ในการรณรงค์ผลักดันขับเคลื่อนด้านนโยบาย โดยเรียกตัวเองว่าเครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย (TDN) และได้องค์กรภาคีภาคประชาสังคมรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อร่วมมือทำงานรณรงค์ขับเคลื่อนในประเด็นการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเพื่อป้องกันและรักษาเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้ชื่อ 'เครือข่าย 12D'⁵² (เครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด) ปัจจุบันโครงการแซมเปียน - ใจดีเยี่ยม ถือเป็นศูนย์รวมหน่วยงานความร่วมมือที่ดีที่สุดในการทำงานกับผู้ใช้ยาภายใต้การบริหาร

งานของมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) ในฐานะองค์กรผู้ได้รับทุนหลัก เช่นเดียวกับทำให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาดทั้งหมดในประเทศ บทบาทของมูลนิธิพีเอสไอ และองค์กรภาคี⁵³ ได้เข้าร่วมพูดคุยในการขับเคลื่อนด้านนโยบายกับผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่เรือนจำ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปราบปรามยาเสพติดเพื่อสนับสนุนการให้บริการลดอันตรายฯ ต่างๆ รวมถึงการขับเคลื่อนด้านนโยบายในระดับชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อผลักดันให้ มีการนำมาตรการลดอันตรายฯ ไปดำเนินการ, การหยิบยกอุปสรรคด้านนโยบายในน่านาฬิกาเรือนมาใช้, การประสานงานกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจและลดอุปสรรคในการ

ทำงานของเจ้าหน้าที่โครงการกับผู้ใช้ยา รวมทั้งการจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับผู้ใช้ยาในระดับชุมชน ถึงแม้ว่าหน่วยงานเหล่านี้จะทำงานอย่างหนักในเรื่องดังกล่าว แต่ยังคงถือว่าองค์กรภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมน้อยมากในการทำงานรณรงค์ขับเคลื่อนด้านนโยบายในประเทศไทย ทั้งนี้ เนื่องจากยังคงเป็นเรื่องยากที่จะพูดคุยสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยาในประเทศไทย เพราะยังคงมีความเชื่อว่าการใช้ยาเป็นสิ่งต้องห้าม รวมทั้งยังขาดงบประมาณในการสนับสนุนการทำงานขององค์กรเหล่านี้อีกด้วย

กล่อง 2 “Support Don’t Punish” โครงการรณรงค์สนับสนุนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

เนื่องในวันต่อต้านยาเสพติดโลกเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2556 ที่ผ่านมา เครือข่าย 12D ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการรณรงค์ผลักดันที่ทำพร้อมกันทั่วโลกในหัวข้อ “Support Don’t Punish”⁵⁴ ระหว่างการประชุมผู้นำทำเนียบรัฐบาล เลขาธิการ ป.ป.ส. ซึ่งเป็นตัวแทนของนายกรัฐมนตรี ได้ออกมาพบกับตัวแทนเครือข่าย 12D เพื่อรับจดหมายเปิดผนึกซึ่งมีข้อเรียกร้องต่างๆ เช่น ขอให้รัฐบาลดำเนินนโยบายด้านยาเสพติดที่มีข้อเท็จจริงซึ่งสามารถพิสูจน์ได้, สนับสนุนมาตรการเพื่อการลดอันตรายฯ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการให้บริการการลดอันตรายฯ ต่างๆ แก่ผู้ใช้ยา และข้อเรียกร้องที่สำคัญคือ ขอให้รัฐบาลยกเลิกการบังคับบำบัด สนับสนุนการบำบัดอย่างสมัครใจ และเปิดโอกาสให้หน่วยงานภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ใช้ยามีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติดต่างๆ หลังจากการยื่นจดหมายฯ เลขฯ ป.ป.ส. ได้ตกลงที่จะประชุมพูดคุยเกี่ยวกับรายละเอียดข้อเรียกร้องต่างๆ ซึ่งหลังจากการประชุมของป.ป.ส. กับเครือข่าย ภาคประชาสังคม มีผลให้เกิดการตกลงทำงานในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดร่วมกัน โดย ป.ป.ส. ได้ขยายพื้นที่การทำงานเพิ่มอีก 9 จังหวัด และเจ้าหน้าที่ตำรวจจะให้ความร่วมมือในการทำงานของเจ้าหน้าที่โครงการภายใต้โครงการแซมเปียน – โอดียู ซึ่งการตกลงทำงานร่วมกันในครั้งนี้ ถือเป็นความก้าวหน้าอย่างมากในการทำงานของ ป.ป.ส. และภาคประชาสังคมในประเด็นยาเสพติด

สมาชิกขององค์กรภาคประชาสังคมเป็นตัวแทนในโครงการฯ กองทุนโลก CCM และคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ และยังเป็นกระบอกเสียงแทนผู้ใช้ยาในการประชุมวิชาการสารเสพติดระดับชาติครั้งที่ 8 ที่จังหวัดเชียงใหม่ และการประชุมสัมมนาที่ร่วมจัดโดยกรมคุ้มครองสิทธิฯ กระทรวงยุติธรรม และ Transnational Institute และหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านนโยบายยาเสพติด (IDPC) เพื่อพูดคุยกันในเรื่องกรอบการทำงาน

ด้านกฎหมายเพื่อรับมือกับกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด⁵⁵ และเมื่อเดือนกันยายนที่ผ่านมา เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน นำโดยมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย), เครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย, มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และองค์กรอื่นๆ อีกประมาณ 20 องค์กร รวมทั้งตัวแทนผู้ใช้ยาได้เสนอข้อเสนอแนะและหลักฐานข้อมูลต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอาหารและยาในการสนับสนุนให้ถอนพืชกระท่อมออก

จากรายชื่อยาเสพติดให้โทษ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เหล่านี้ได้เรียกร้องให้รัฐบาลพิจารณาให้พืชกระท่อมเป็นพืชถูกกฎหมาย และเรียกร้องให้มีการทำวิจัยเพิ่มเติมในการนำพืชกระท่อมมาเป็นสารในการบำบัดรักษาภาวะพึ่งพิงยาสำหรับยาเมตแอมเฟตามีน

ระบบและการดำเนินงานในการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย

ประเทศไทยมีระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด 3 ระบบ คือ :

1. ระบบฯ แบบสมัครใจ (ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) รับผิดชอบและดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข
2. ระบบฯ แบบบังคับบำบัด (ตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545) รับผิดชอบและดำเนินการโดยให้กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม

3. ระบบฯ แบบต้องโทษ รับผิดชอบและดำเนินการโดยกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 อนุญาตให้ผู้ใช้ยา ผู้ค้ายา หรือผู้มียาไว้ในครอบครองตามปริมาณที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ที่มาแสดงตนและยอมเข้ารับการบำบัดรักษาก่อนที่จะถูกตรวจพบโดยเจ้าหน้าที่ฯ จะถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิด จะไม่ถูกจับกุมและไม่ถูกบันทึกประวัติอาชญากรรม

ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2555 มีรายงานจำนวนสถานบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทยทั้งหมด 1,278 แห่ง : เป็นแบบสมัครใจ 1,008 แห่ง⁵⁶ ซึ่งมีบริการทั้งแบบผู้ป่วยในเข้าพักรักษา แบบผู้ป่วยนอก โครงการบำบัดฯ ในชุมชน และในโรงเรียน (ดูตารางที่ 1) โดยในจำนวนดังกล่าว พบว่า 91 แห่งเป็นศูนย์ฯ บังคับบำบัดแบบเข้าพักรักษา (16 แห่งเป็นสถานกักกันแบบ "เข้มงวด"⁵⁷ และ 75 แห่ง เป็นสถานกักกันที่ "ไม่เข้มงวด"⁵⁸) และ 179 แห่งเป็นสถานบำบัดแบบต้องโทษของกรมราชทัณฑ์⁵⁹

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ใช้ยาที่มีการลงทะเบียนเข้ารับการบำบัดฯ ตามประเภทของศูนย์ฯ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556⁶⁰

| ระบบการรักษา | จำนวนผู้ลงทะเบียน |
|--------------------------------|-------------------|
| แบบสมัครใจ | |
| ชุมชนบำบัด | 213,552 |
| การบำบัดตามมาตรการ 315 | 6,164 |
| ค่ายเยาวชน | 7,439 |
| การสนับสนุนที่ปรึกษาในโรงเรียน | 17,219 |
| ศูนย์การรักษา | 147,819 |
| รวมแบบสมัครใจ | 392,163 |
| แบบบังคับ | 148,026 |
| แบบจับกุม | 19,857 |
| ยอดรวมทั้งสิ้น | 560,046 |

ปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาและบำบัดยาเสพติดเป็นจำนวน 400,000 ราย ซึ่งในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 จนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 560,046 ราย ที่ได้มีการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการบำบัดฯ ในประเทศ ซึ่งเป็นตัวเลขที่เกินการคาดการณ์ ไปมาก (ดูตามตารางที่ 1)

โดยทั่วไปแนวทางการบำบัดรักษาในระบบฯ การบังคับบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 4 เดือนในการรักษาและอีก 2 เดือนในการเฝ้าระวัง ซึ่งโดยรวมแล้วจะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลา 6 เดือน การบำบัดฯ ด้วยสารทดแทนจากอนุพันธ์ฝิ่นไม่มีบริการในศูนย์ฯ การบำบัดรักษาที่มีบริการโดยทั่วไปจะเป็นการปรับรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมาใช้ เช่นจะเป็นการทำงานเป็นกลุ่ม การรักษาแบบกลุ่ม การฝึกอาชีพ และการศึกษาทางกายภาพ โดยไม่มีการใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาประกอบในการบำบัดรักษาพวกเขาเลย ไม่มีการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งจะประเมินว่าผู้ป่วยเป็นผู้พึ่งพิงยาหรือไม่ (ถึงแม้ว่าเมื่อเร็ว ๆ นี้จะมีการริเริ่มการนำเอาวิธีการแบบ ASSIST⁶¹ มาใช้เป็นเครื่องมือประเมินคัดกรองผู้ป่วยในศูนย์ฯ ต่างๆ) แต่ผู้ป่วยทั้งหมดยังคงได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการเดียวกัน โดยที่ข้อมูลในเรื่องสภาพร่างกาย ประวัติการรักษา และประวัติการใช้ยาของพวกเขาไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การบำบัดรักษาพวกเขาเลย⁶² มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่สนับสนุนความมีประสิทธิภาพของวิธีการบำบัดรักษาฯ เช่นนี้ การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากการการปล่อยตัวออกจากสถานบำบัดฯ มีน้อยมากทำให้ไม่สามารถบอกได้ถึงอัตราการกลับมาเสพติด

นอกจากนี้ ยังมีการรายงานว่ามีภาระกระทำรุนแรงทำร้ายร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยภายในศูนย์บำบัดฯ อีกด้วย⁶³

สถานการณ์ในเรือนจำ

มีจำนวนผู้ต้องขัง 2 ใน 3 ซึ่งถูกจับด้วยข้อหาเกี่ยวกับคดียาเสพติดที่อยู่ในเรือนจำอันแออัดของประเทศไทย และประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ต้องขังเหล่านี้เป็นผู้ใช้ยาหรือผู้ค้ายา, (ผู้ขายบางคนขายยาด้วย ซึ่งเป็นยาเพียงจำนวนเล็กน้อยเพื่อให้ตัวเองจะได้มียาไว้เสพเองด้วย) แต่ค่าเป็นปริมาณน้อย ซึ่งไม่ใช่ผู้ค้ายาเสพติดจำนวนมาก หรือผู้ค้ารายใหญ่ๆ

ปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำทั้งหมด 287,335 คน โดยมีจำนวนผู้ต้องขังคดียาเสพติด 50% (143,068 คน)⁶⁴ 65.05% ของจำนวนผู้ต้องขังเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ การใช้เมตแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า, 8.84% เกี่ยวกับยาไอซ์, 2.34% เกี่ยวกับ แอมเฟตามีน, 0.75% เกี่ยวกับเฮโรอีน และ 0.28% เกี่ยวกับกัญชา ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ต้องขังที่มีข้อหาคดียาเสพติด ถูกจับจากข้อหาการเสพและ/หรือครอบครองเพื่อเสพโดยไม่มีเจตนาเพื่อขาย มีการศึกษาเกี่ยวกับ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในกรุงเทพฯ พบว่า 78% ถูกคุมขัง⁶⁵ และประมาณ 48% มีประสบการณ์ถูกตำรวจยึด⁶⁶ โดยสรุปสามารถชี้ให้เห็นว่าเป็นประสบการณ์ธรรมดาที่ผู้ใช้ยา และผู้ค้ารายย่อยจะถูกจับกุมและคุมขัง (ดูตารางที่ 2)

ภายใต้หลักการของ “การรักษาอย่างเท่าเทียม” ในกฎหมายไทย ผู้ต้องขังคนใดก็ตามที่มีสัญชาติไทย ต้องเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกันกับคนอื่น ๆ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในความเป็นจริง การบริการด้านสุขภาพในเรือนจำมีข้อจำกัดอยู่มาก เรือนจำต่างๆ ไม่มีบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด หรือบริการการแพทย์ใดๆ รวมทั้งไม่มีการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนจากอนุพันธ์ฝิ่น ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีโครงการนำร่องการให้บริการ เมทาโดนในเรือนจำที่อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ และมีผู้ต้องขัง 4 รายขึ้นทะเบียนรับบริการแล้วก็ตาม⁶⁷

ตารางที่ 2 แสดงประเภทของยาเสพติดและประเภทของการกระทำความผิดของผู้ต้องขังในเรือนจำ ปี พ.ศ. 2556⁶⁸

| | จำนวน | เปอร์เซ็นต์ % |
|-------------------------------------|---------|---------------|
| ผู้ต้องขังราชทัณฑ์ทั่วประเทศทั้งหมด | 287,335 | |
| ผู้ต้องขังคดียาเสพติด | 143,068 | 49.79 |
| ผู้ต้องขังคดีสิ้นสุดแล้ว | 210,744 | 73.34 |
| ประเภทของยาเสพติด | | |
| เมตแอมเฟตามีน | 93,070 | 65.05 |
| ยาไอซ์ | 12,646 | 8.84 |
| แอมเฟตามีน | 3,343 | 2.34 |
| เฮโรอีน | 1,074 | 0.75 |
| กัญชา | 395 | 0.28 |
| ประเภทการกระทำความผิด | | |
| จำหน่าย | 48,656 | 34.01 |
| ครอบครองเพื่อจำหน่าย | 61,004 | 42.64 |
| นำเข้า ส่งออก การผลิต | 4,975 | 3.48 |
| มีไว้เพื่อเสพ | 4,364 | 3.05 |
| มีไว้ครอบครอง | 8,021 | 5.61 |
| มีไว้เพื่อเสพและครอบครอง | 16,048 | 11.22 |

นโยบายและการดำเนินการในการบังคับใช้กฎหมาย

ปี พ.ศ. 2546 ในช่วงการบริหารงานของอดีตนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีการประกาศ “สงครามยาเสพติด” การประกาศนโยบายฯ ดังกล่าวนี้อาจกลายเป็นจุดเปลี่ยนในการปราบปรามยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดการลดจำนวนยาเสพติด และความต้องการการใช้ยาเสพติดขนานใหญ่ พ.ต.ท. ทักษิณ ได้แถลงจุดยืนในการกวาดล้างยาเสพติดให้หมดไปจากทุกตารางนิ้วของประเทศไทยภายในเวลา 4 เดือน ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้เกิดมาจากการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด รวมถึงการให้อำนาจพิเศษแก่ตำรวจและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายใน

การปฏิบัติหน้าที่กรณีพบเจอผู้ต้องสงสัยว่าจะใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด⁶⁹ กลุ่มปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Rights Watch) ได้รายงานว่ามีการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่างๆ ในประเทศไทย รวมถึงการสนับสนุนการกระทำความรุนแรงกับผู้ต้องสงสัยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของรัฐบาล การวิสามัญฆาตกรรม การขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยไม่มีกระบวนการการตรวจสอบใดๆ การข่มขู่คุกคามสิทธิฯ ต่างๆ ของผู้ต้องหา และการละเมิดฯ และฝ่าฝืนกระบวนการทางกฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ⁷⁰ ตัวเลขจากการคาดการณ์พบว่ามีผู้เสียชีวิต 2,800 รายและบาดเจ็บ 7,000 รายจากการประกาศสงครามยาเสพติด⁷¹ ซึ่งขณะนั้นได้รับการสนับสนุนอย่างมาก

นโยบาย “ขจัดปัญหาเสพยาเสพติดด้วยการบำบัดแทนการลงโทษ” เพื่อลดอาชญากรรม และนำสันติสุขมาสู่ชุมชน ยังคงเป็นนโยบายที่ได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่อง⁷² จนในปี พ.ศ. 2554 นายกรัฐมนตรี น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ประกาศต่อสาธารณะถึงจำนวนตัวเลขเป้าหมายในการนำผู้ช้ยาเข้ารับการบำบัดทั้งหมด 400,000 ราย ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีความเข้าใจเพียงเล็กน้อยเท่านั้นถึงที่มาของการกำหนดตัวเลขเป้าหมายนี้ หรือแม้กระทั่งวิธีการการบำบัด ที่ใช้ผู้มีประสิทธิภาพดีแล้วหรือไม่อย่างไรรัฐบาลไม่ได้มีการประเมินคุณภาพการบำบัดรักษา ของศูนย์บำบัดฯ ต่างๆ ในประเทศไทย อย่างไรก็ดี มีงานวิจัยสุ่มตัวอย่างผู้ช้ยาในพื้นที่กรุงเทพฯ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอัตราการช้ยาของผู้ช้ยาหลังจากการ ปล่อยตัวจากศูนย์บำบัดฯ แล้ว⁷³ และเพื่อที่จะทำให้การนำผู้ช้ยาเข้ารับการบำบัดฯ บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตำรวจได้เพิ่มความพยายามที่จะค้นหาและระบุตัวผู้ช้ยา ทำให้การเรียกตรวจปัสสาวะตามจุดตรวจบนท้องถนนต่างๆ และในโรงเรียน มหาวิทยาลัย และตามแหล่งสถานบันเทิงต่างๆ และด้วยมาตรการใหม่ล่าสุดของ ป.ป.ส. ทำให้มีการเรียกตรวจปัสสาวะแบบถึงหน้าประตูบ้าน การกระทำเช่นนี้ไม่ได้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายหรือประกาศใดๆ เพราะการเรียกตรวจปัสสาวะในที่ใดก็ตาม ที่ทำโดยการบังคับถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งการตรวจค้น จับกุม และคุมขังโดยมิชอบด้วยกฎหมายจากเจ้าหน้าที่ตำรวจมีเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก มีผู้คนที่ถูกเรียกตรวจปัสสาวะตามข้างทางบนถนน ข้างต้นไม้ และในพื้นที่โล่งแจ้งต่างๆ ผลบวกของการตรวจปัสสาวะที่เป็นสีม่วงจะนำไปสู่การควบคุมตัวชั่วคราวในเรือนจำในระยะเวลา 15-45 วัน โดยไม่มีการตั้งข้อหา (ดูกฎหมายเกี่ยวกับการจำคุก บทลงโทษ)

การกระทำเช่นนี้ ทำให้เกิดการตีตราในวงกว้างอย่างมากต่อผู้ช้ยา และยิ่งเป็นการตอกย้ำความเชื่อที่สังคมจะไม่ปลอดภัยในการมีผู้ช้ยาอยู่ร่วมในชุมชนอีกด้วย พ่อแม่บางคนขอให้ตำรวจมาจับตัวลูกๆ ของพวกเขาไปบำบัดฯ ด้วยความคาดหวังว่าหลังจากการถูกจับและบำบัดแล้ว ลูกๆ ของพวกเขาจะได้รับการรักษาและไม่กลับไปช้ยาอีก การกระทำลักษณะนี้แสดงให้เห็นถึง

เห็นถึงการขาดความเข้าใจในเรื่องของภาวะการพึ่งพิงยาว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง และการกลับไปเสพซ้ำเป็นอาการป่วยอย่างหนึ่ง รวมถึงในเรื่องการช้ยาทั่วไปว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะทำให้เกิดความไม่มั่นคงปลอดภัยกับสังคม

แนวทางเรื่องการลดอันตรายจากการช้สารเสพติด (Harm Reduction) ยังเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายมีความเข้าใจกันน้อยและไม่ชัดเจนนัก และยังไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการอบรมตำรวจ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2556 สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้ลงนามความตกลงร่วมกันกับสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ในการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการอบรมเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 10,000 นายต่อปี ในการสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตรา การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเน้นการทำความเข้าใจในกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบโดยตรงซึ่งรวมถึงผู้ช้ยาด้วย โครงการนี้มีชื่อว่า “ตำรวจไทยคือผู้เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ : โครงการนวัตกรรมการเรียนรู้แบบใหม่เรื่องเอชไอวีและสิทธิมนุษยชนในบริบทของการบังคับใช้กฎหมาย” ซึ่งตอนนี้ได้กำลัง ขยายจำนวนผู้อบรมไปถึงระดับเจ้าหน้าที่ตำรวจชั้นสูงขึ้น นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2556⁷⁴ หน่วยงาน UNODC สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก จะเริ่มการปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเพื่อความเข้าใจในเรื่องการลดอันตรายจากการช้สารเสพติดและผู้ช้ยา⁷⁵

อีกข้อกังวลในส่วนของการพัฒนา ป.ป.ส. ในความร่วมมือของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม วางแผนที่จะพัฒนาฐานข้อมูลอาชญากรรมซึ่งจะเป็นการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช้ยาในเรือนจำและศูนย์บำบัดฯ ต่างๆ โดยใช้ข้อกำหนดในการดำเนินการจากพ.ร.บ.ฟื้นฟู พ.ศ. 2545 ฐานข้อมูลนี้จะถูกใช้ในการติดตาม สืบสวน และค้นหาผู้ต้องหาคดียาเสพติดโดยตั้งเป้าหมายในการ มีรายชื่อ 60,000 รายชื่อในฐานข้อมูล ยัง

ไม่เป็นที่แน่ชัดว่าข้อมูลในส่วนนี้จะถูกนำไปให้อย่างไร และรายชื่อผู้ที่อยู่ในฐานข้อมูลจะมีโอกาสถูกถอนออกจากฐานข้อมูลหรือไม่

ข้อเสนอแนะทางนโยบาย

ทบทวนและแก้ไขกฎหมายต่างๆ ที่มีบทลงโทษทางอาญาต่อผู้ชื้อยา

ผู้กำหนดนโยบาย และผู้สนับสนุนในประเด็นยาเสพติด และสมาชิกรัฐสภา กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย ควร:

- การยกเลิกโทษทางอาญา รวมถึงโทษจำคุก และการควบคุมตัวระหว่างการรอผลการตรวจพิสูจน์ปัสสาวะในกรณี การเสพยาเสพติดและการครอบครองไว้เพื่อการเสพส่วนตัวในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545, นำมาตรการการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดมาปฏิบัติใช้ และ
- ปรับแก้วิธีการลงโทษจากการจำคุกสำหรับผู้ชื้อยาและผู้ค้ารายย่อย ซึ่งมีจำนวนถึง 25% ของผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ เป็นการลงโทษด้วยการจ่ายค่าปรับ หรือการบำเพ็ญประโยชน์กับสาธารณะ หรือการลงโทษรูปแบบอื่นๆ แทนการจำคุก

การนำวิธีการบำบัดรักษาที่มีข้อเท็จจริงซึ่งพิสูจน์ได้มาใช้

หน่วยงานของรัฐบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเสพติดควร:

- การนำเครื่องมือการประเมินคัดกรองภาวะพึ่งพิงยาที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับมาใช้ โดยนำมาใช้ประกอบ

การพิจารณาของคณะกรรมการ เพื่อให้ผู้ชื้อยาได้รับการบำบัดฯ ที่เหมาะสมและเบี่ยงเบนออกจากการจำคุก

- การจัดหาบริการการป้องกันเอชไอวีและบริการด้านสุขภาพต่างๆ รวมถึงการบริการทางการแพทย์ในทุกรูปแบบสถานที่เพื่อการถอนพิษสำหรับผู้ชื้อยา หรือ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยา
- การพัฒนาทางเลือกในการบำบัดรักษาเสพติดและบริการต่างๆ สำหรับผู้ชื้อยา เพื่อสร้างมาตรฐานขั้นต่ำในการบำบัดรักษาเสพติดที่มีรูปแบบเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ที่มีหลักฐานซึ่งพิสูจน์ได้ให้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพฯ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างระบบการบำบัดรักษาเสพติดที่สามารถปรับใช้ได้กับความจำเป็นต่างๆ ด้านสุขภาพของ ผู้ชื้อยา และ
- การยกเลิกนโยบายฯ ต่างๆ ที่มีการตั้งตัวเลขเป้าหมายในการส่งผู้ชื้อยาเข้ารับการบำบัดฯ ที่ไม่มีการแบ่งแยกระหว่างผู้ชื้อยาทั่วไปกับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยาอย่างชัดเจน และยกเลิกมาตรการในการคุ้มครองปัสสาวะซึ่งนำไปสู่การละเมิดสิทธิฯ ต่างๆ ที่กระทำโดยตำรวจ

การยกเลิกศูนย์บังคับบำบัดฯ สำหรับผู้ชื้อยา

หน่วยงานของรัฐบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาและนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ในศูนย์บังคับบำบัดฯ สำหรับผู้ชื้อยา ควร :

- การยกเลิกระบบการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัดฯ ทั้งนี้ เพราะระบบบังคับบำบัดฯ นั้นเป็นภาระทั้งในด้านงบประมาณแผ่นดินและภาระต่อสังคม และไม่ได้เป็นการบำบัดฯ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่มีหลักฐานซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ และจะเป็นการให้ความสำคัญต่อการแถลงการณ์ร่วมกันของสมาชิกรัฐสภาที่ประกาศเมื่อมีนาคม ปี พ.ศ. 2554 ให้มีการยกเลิกศูนย์ฯ บังคับบำบัดต่างๆ⁷⁶ นอกจากนี้ ระบบฯ บังคับบำบัดฯ ยังเป็นการละเมิด

สิทธิ-เสรีภาพ ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้ใช้ยา รวมทั้งยังทั้งประวัติอาชญากรรมซึ่งทำให้ผู้ใช้ยาขาดโอกาสในการมีงานทำและการเข้าถึงการศึกษา

- การสร้างความน่าเชื่อถือและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบศูนย์บำบัดฯ ต่างๆ ทั้งนี้ โดยการให้กรณีการละเมิดสิทธิ์ฯ และกระทำรุนแรงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ใช้ยา ได้รับการหยิบยกและดำเนินการแก้ไขตามมาตรฐานการคุ้มครองและปกป้องสิทธิมนุษยชนโดยทันที

การให้การรับรองและสนับสนุนการให้บริการเพื่อการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดต่างๆ

คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขควร:

- นำมาตรการการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแห่งชาติไปปฏิบัติใช้และจัดหาบริการที่เหมาะสมเพื่อการทำงานที่ประสานสอดคล้องกันระหว่างการปราบปรามยาเสพติดและวิธีการบำบัดรักษา รวมถึงการสนับสนุนการให้บริการเสริมและอุปกรณ์ฉีดสะอาดและการทำงานเพื่อยุติการกระทำรุนแรงของเจ้าหน้าที่ตำรวจต่อทั้งผู้ใช้ยาและเจ้าหน้าที่ภาคสนามของโครงการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดสะอาด
- การสร้างและการติดตามประเมินผลของมาตรฐานการให้บริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดน โดยการเพิ่มการเข้าถึงบริการและพัฒนาคุณภาพของบริการ จัดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อให้สามารถให้บริการฯ เมทาโดนระยะยาวตามมาตรฐานสากล อนุญาตให้มีการนำเมทาโดนกลับบ้าน รวมถึงการให้ผู้ใช้ยาและองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการฯ

การพัฒนาข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติด และการใช้ยาเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด

หน่วยงานของรัฐบาลและสถาบันวิชาการและสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องในประเด็นยาเสพติด ควร:

- ริเริ่มการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจขอบเขตและธรรมชาติของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา อันตรายต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยา อุปสรรคต่อการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดและอุปสรรคสำหรับผู้ใช้ยาในการเข้าถึงบริการการลดอันตรายฯ ต่างๆ การทำการศึกษาดังกล่าวสามารถช่วยให้แน่ใจว่าข้อมูลที่น่ามาใช้ในการพัฒนาเสริมประสิทธิภาพและความเหมาะสมต่อวิธีการจัดการกับการใช้นั้นเป็นข้อมูลล่าสุดที่ถูกต้องเชื่อถือได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นข้อมูลในการคัดกรองระหว่างการใช้ยาทั่วไปกับการพึ่งพิงยา

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และผู้กำหนดนโยบายควร:

- ค้นหาและอ้างอิงถึงหลักฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดีของสากลในการพิจารณาร่างนโยบายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาเสพติด และ
- ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมรวมทั้งตัวแทน ผู้ใช้ยาในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติด

พัฒนาความตระหนักรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดีต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในการทำงานเกี่ยวกับกับผู้ใช้ยา

หน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานของตำรวจและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสำนักงานตำรวจแห่งชาติควร:

- มีการส่งเสริมให้กลไกทางกฎหมายมีความน่าเชื่อถือ โดยสามารถให้เหยื่อที่ถูกตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รัฐ กระทำการโดยมิชอบสามารถเข้าถึงบริการความช่วยเหลือทางกฎหมายในกระบวนการยุติธรรม
- มีการสร้างกลไกในการติดตามและสืบสวนการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ปราบปรามยาเสพติด รวมถึงจัดให้มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการรายงานการปฏิบัติงานที่ละเมิดกฎหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้มีการลงโทษทางวินัยอย่างเข้มงวดต่อเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบนั้นทันที และ
- มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในทุกระดับชั้น รวมทั้งผู้พิพากษา พนักงานอัยการทั้งในส่วนกลาง และระดับจังหวัด ในการทำความเข้าใจถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับการใช้ยาและภาวะ

พึ่งพิงยา เพื่อยุติการตรวจค้น การควบคุมตัว และการเรียกตรวจปัสสาวะต่อผู้ใช้ยาโดยมิชอบด้วยกฎหมาย

องค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยงานรณรงค์ต่างๆ

ควร:

- ทำการรณรงค์ให้การศึกษาผู้ใช้ยาในเรื่องสิทธิต่างๆ ในกระบวนการและขั้นตอนการขอตรวจค้น การจับกุม การควบคุมตัว และการเรียกตรวจปัสสาวะ รวมถึงสิทธิต่างๆ ของผู้ต้องหาระหว่างขั้นตอนการพิจารณาคดีทางกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

¹ IDPC Consultant

² ผู้อำนวยการ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอชดี ประเทศไทย

³ Ungphakorn, J. & Kazatchkine, M. (18 September 2012), 'Are Thailand's drug policies really working?', *Bangkok Post*, <http://www.bangkokpost.com/print/312955/>

⁴ Transnational Institute (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: A drugs market in disarray*, p. 19, <http://www.tni.org/report/withdrawal-symptoms-golden-triangle-4>

⁵ Association of Southeast Asian Nations (2012), *Joint declaration for a drug-free ASEAN*, <http://www.asean.org/communities/asean-political-security-community/item/joint-declaration-for-a-drug-free-asean>

⁶ United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), p. 1, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

⁷ Transnational Institute (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: A drugs market in disarray*, <http://www.tni.org/report/withdrawal-symptoms-golden-triangle-4>

⁸ Global SMART programme (2012), *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs: Asia and the Pacific*, http://www.unodc.org/documents/scientific/Asia_and_the_Pacific_2011_Regional_ATS_Report.pdf

⁹ United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *World Drug Report*, <http://www.unodc.org/wdr/>

¹⁰ ตัวอย่างเช่น: Chantana, A. & Sarnsamak, P. (24 September 2012), 'Thousands join drug rehab courses', *The Nation*, <http://www.nationmultimedia.com/national/Thousands-join-drug-rehab-courses-30190979.html>

¹¹ Bangkok Post (30 June 2012), 'Poll: Drugs Thais' biggest concern', *Bangkok Post*, <http://www.bangkokpost.com/news/local/300382//page-2/>; For the poll results, available in Thai, see: <http://www.nidapoll.nida.ac.th/main/index.php/en/2012-08-06-13-57-45/226-poll16-55>

¹² Tanguay, P. & Vasconi, C. (23 September 2013), 'Kratom decriminalisation in Thailand', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2013/09/kratom-decriminalisation-in-thailand>

¹³ Winn, P. (17 September 2013), 'Thailand's cure for meth addiction? A leafy jungle stimulant', *Global Post*, <http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/asia-pacific/thailand/130916/kratom-bangkok-thailand-leafy-stimulant-drug-meth-opium>

¹⁴ มี 11,348 คนวัยเรียนและ 18,457 ผู้ตอบแบบสอบถามจาก 29 จังหวัดที่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีเป็นอัตรา 0.05% ของประชากรไทยทั้งหมดที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี

¹⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *World Drug Report*, p. 1, <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>

¹⁶ Aramratanna, A. et al. (2011), *Using the multiplier method to estimate the population size of people who inject drugs (IDUs) in Thailand, 2009*. Presented at the 10th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP), August 2011, Busan, Republic of Korea

¹⁷ Hayashi, K. et al. (2011), 'Methamphetamine injection and syringe sharing among a community-recruited sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', *Drug and Alcohol Dependence*, **115**: 145-149

¹⁸ Hayashi, K. *et al.* (2013), 'High rates of midazolam injection and associated harms in Bangkok, Thailand', *Addiction*, **108**(5): 944-952. doi: 10.1111/add.12094

¹⁹ ยาประเภท 1: เฮโรอีน: ไม่เกิน 100 ม.ล.; เมตาแอมเฟตามีน: ไม่เกิน 5 หนว่ยกาวใช้, หรือ มี น.น.รวม ไม่เกิน 500 ม.ล.; แอมเฟตามีน: ไม่เกิน 5 หนว่ยกาวใช้, หรือ มี น.น.รวม ไม่เกิน 500 ม.ล.; 3-4 เมตทีเลนนีโคทอกซีแอมเฟตามีน (เอ็มดีเอ); ไม่เกิน 5 หนว่ยกาวใช้, หรือ มี น.น.รวม ไม่เกิน 1200 ม.ล.; เมตทีเลนนีโคทอกซีเมตาแอมเฟตามีน (เอ็มดีเอ็มเอ); ไม่เกิน 5 หนว่ยกาวใช้, หรือ มี น.น.รวม ไม่เกิน 1200 ม.ล.; เฮโรอีน-เมตทีเลนนีโคทอกซี (เอ็มดีเอ หรือ เอ็มดีซี); ไม่เกิน 5 หนว่ยกาวใช้ หรือ มี น.น.รวม ไม่เกิน 1.25 กรัม ยาประเภท 2: โคเคน: สารบริสุทธิ์มี น.น. ไม่เกิน 200 ม.ล.; ฝุ่น: สารบริสุทธิ์มี น.น. ไม่เกิน 5 กรัม; ยาประเภท 5: กัญชา: สารบริสุทธิ์มี น.น. ไม่เกิน 5 กรัม

²⁰ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยทั่วไปแล้วมี 7 คน โดยเป็นตัวแทนจาก กระทรวงยุติธรรม (ส่วนใหญ่จะเป็นพนักงานอัยการและเป็นประธานคณะอนุฯ, ตัวแทนจากกรมคุมประพฤติ (เสนาฯ คณะอนุฯ) แพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคณะอนุฯ จะพบเพื่อพิจารณากรณีต่างๆ ประมาณครึ่งหรือสองครั้งต่อสัปดาห์

²¹ Canadian HIV/AIDS Legal Network (2010), *Compulsory drug treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>

²² *Ibid*

²³ Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2013), *Global Report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

²⁴ Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2012), *Thailand AIDS response progress report 2012*, https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_TH_Narrative_Report%5B1%5D.pdf

²⁵ Nelson, P.K. *et al.* (2011), 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: Results of systematic reviews', *The Lancet*, **378**(9791): 571-583, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol378no9791/PIIS0140-6736\(11\)X6033-6](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol378no9791/PIIS0140-6736(11)X6033-6)

²⁶ World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2012), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html

²⁷ World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2012), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html

²⁸ คณะกรรมการกฤษฎีกาและสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเป็นสถาบันที่ปรึกษากฎหมาย สถาบันทางวิชาการของรัฐ ภายใต้การดูแลของสำนักงานกฤษฎีกา มีหน้าที่ตีความทางกฎหมาย และให้ความเห็นทางกฎหมายแก่หน่วยงานรัฐต่างๆดู <http://www.krisdika.go.th>

²⁹ มาตรา 93/1 พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522: ผู้ใ้ดยองส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 โดยฝ่าฝืนบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปี ถึงห้าปี หรือปรับตั้งแต่ สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้าการกระทำตามวรรคหนึ่งเป็นการยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

³⁰ คำสั่งพต. 19/2556 แผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ปี 2557 <http://www.nccd.go.th/index.php?mod=news&id=292>

³¹ Des Jarlais, D.C. *et al.* (2013), 'High coverage needle/syringe programme for people who inject drugs in low and middle income countries: A systematic review', *BMC Public Health*, **13**: 53. doi: 10.1186/1471-2458-13-53

³² Mathers, B.M. *et al.* (2010), 'HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: A systematic review of global, regional and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-1028, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960232-2/abstract>

³³ Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2013), *Global Report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf; World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (2012), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html

³⁴ Kerr, T. (2009), 'Difficulty accessing syringes and syringe borrowing among injection drug users in Bangkok Thailand', *Drug and Alcohol Review*, **29**: 157-161

³⁵ Hayashi, K. *et al.* (August 2013), 'Reports of police beating and associated harms among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: A serial cross-sectional study', *BMC Public Health*, **13**: 733. doi: 10.1186/1471-2458-13-733, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/733>

³⁶ Fairbairn, N. *et al.* (2009), 'Reports of evidence planting by police among a community-based sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', *BMC International Health and Human Rights*, **9**: 24

³⁷ การสัมภาษณ์ส่วนต้วกับ คุณ ปาสศาล ทังเก ผู้ชำนาญการโครงการ มูลนิธิเอสไอ (ประเทศไทย)

³⁸ เมทาโดน คือสารสกัดจากอนุพันธ์ฝิ่น สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนพิษยาจากการใช้เฮโรอีนและยาเสพติดจากอนุพันธ์ฝิ่น ต่างๆ ได้ ออกฤทธิ์ขึ้นกระแสเลือดถึง 24 ชั่วโมง ซึ่งนานกว่าเฮโรอีน ซึ่งการบริโภคมเมทาโดนต่อวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ โดยไม่มีอาการเมายาหรืออยากยา

³⁹ Gowing, L.R. *et al.* (2006), 'Brief report: Methadone treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection', *Journal of General Internal Medicine*, **21**(2): 193-195

⁴⁰ Barrett, M. & Perngparn, U. (2010), *Rapid assessment and response: Preparation for the scale-up of comprehensive harm reduction services in Thailand: Bangkok Province* (Chiang Mai: Asian Harm Reduction Network)

⁴¹ Bergenstrom, A *et al* (2013) Overview of epidemiology of injection drug use and HIV in Asia. Presented at International AIDS society meeting, Kuala Lumpur, 3rd June 2013

⁴² Tyndall, M. (2011), *Harm reduction policies and interventions for injection drug users in Thailand* (World Bank), <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/08/15444886/harm-reduction-policies-interventions-injection-drug-users-thailand>

⁴³ *Ibid*

⁴⁴ การสัมภาษณ์ส่วนต้วกับ ดร.โจเนิร์ต ฮิลโด ผู้ชำนาญการศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกเพื่อการรักษายาเสพติดและ เหน้

⁴⁵ Hayashi, K. *et al.* (2013), 'Increasing availability of illicit drugs among people who inject drugs in Bangkok, Thailand', *Drug and Alcohol Dependence*, **132**(1-2): 251-256. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.011

⁴⁶ Tyndall, M. (2011), *Harm reduction policies and interventions for injection drug users in Thailand* (World Bank), <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/08/15444886/harm-reduction-policies-interventions-injection-drug-users-thailand>

⁴⁷ Bergenstrom, A. *et al.* (2013), *Overview of epidemiology of injection drug use and HIV in Asia*. Presented at International AIDS society meeting, Kuala Lumpur, 3rd June 2013

⁴⁸ Ti, I. *et al.* (2012), 'HIV testing and willingness to get HIV testing at a peer-run drop-in centre for people who inject drugs in Bangkok, Thailand', *BMC Public Health*, **12**: 189. doi: 10.1186/1471-2458-12-189

⁴⁹ Ti, L. et al. (2013), 'Low rates of hepatitis C testing among people who inject drugs in Thailand: implications for peer-based interventions', *Journal of Public Health*

⁵⁰ Milloy, M.J. et al. (2010), 'Overdose experiences among injection drug users in Bangkok, Thailand', *Harm Reduction Journal*, 7: 9, <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1477-7517-7-9#page-1>

⁵¹ United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2013), *Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality – Discussion paper*, <https://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>

⁵² เครือข่าย 12D ประกอบด้วย มูลนิธิรักชาติไทย, มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิคนเสพยา, มูลนิธิพิชิตใจ(ประเทศไทย), มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอชไอวี, สภาทนายความ, บ้านออกเคอร์, เครือข่ายผู้เสียหายแห่งประเทศไทย, มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, ศูนย์มิตรสัมพันธ์ฯ, เครือข่ายผู้ติดเชื้อ, บ้านโฮจิม, นักกิจกรรมอิสระที่ทำงานในประเด็นผู้ใช้ยา

⁵³ CHAMPION-IDU partners under the GFATM Programme include the Raks Thai Foundation, 12D, TDN, the Thai Red Cross and FAR

⁵⁴ International Drug Policy Consortium (28 June 2013), '26 June day of action in Bangkok, Thailand', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2013/06/26-june-day-of-action-in-bangkok-thailand>; Support. Don't Punish Global Day of Action, 'Thailand', <http://www.supportdontpunish.org/day-of-action/2013/th>

⁵⁵ Fordham, A. (28 September 2012), 'Amidst deep concern for Thailand's drug policies, some space for open debate', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2012/09/amidst-deep-concern-for-thailand-s-drug-policies-some-space-for-open-debate>

⁵⁶ ศูนย์บำบัดฯ แบบสมัครใจ : 715 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 70 แห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 25 แห่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ประกอบด้วย 20 แห่งสังกัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 1 แห่งสังกัดกรมการบริการทางการแพทย์ 74 แห่งโรงพยาบาลชุมชน 36 แห่งภายใต้ ศูนย์อาสาสมัครป้องกันภัยประเทศไทย 37 แห่งภายใต้ กรมแพทย์ของกองทัพบก 19 แห่งเป็นวัด และ 1 แห่งภายใต้ กองทัพอากาศ สถานที่ใช้ระบบบำบัดด้วยยาและเข็มฉีดยา ได้แก่ 1 แห่งสังกัดกรมราชทัณฑ์ 1 แห่งภายใต้ ความดูแลของกองทัพเรือ 1 แห่งสังกัด

⁵⁷ ศูนย์บำบัดแบบควบคุมตัวเข้มงวด: 1 แห่งสังกัดกรมราชทัณฑ์; 1 แห่งสังกัดกองทัพเรือ; 1 แห่งสังกัดกรมคุมประพฤติ; 13 แห่งสังกัดกองทัพอากาศ

⁵⁸ ศูนย์บำบัดแบบไม่เข้มงวด: 8 แห่งสังกัดกรมการแพทย์; 13 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต; 34 แห่งสังกัดกองทัพบก; 3 แห่งสังกัดกองทัพเรือ; 3 แห่งสังกัดกองทัพอากาศ; 10 แห่งสังกัดกองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดน; 10 แห่งสังกัดพล. 1 แห่งสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 1 แห่งสังกัดสำนักอนามัย กทม.

⁵⁹ ศูนย์บำบัดฯ ระบบต้องโทษ; 85 แห่งสังกัดกรมราชทัณฑ์; 94 แห่งสังกัดกรมพินิจฯ

⁶⁰ CCDE, Ministry of Public Health

⁶¹ ASSIST เป็นวิธีการคัดกรองระดับการใช้ยา หรือภาวะพึ่งพิงยาของผู้ติดเหล้า บุหรี่ และสารเสพติดที่เริ่มโดยองค์การอนามัยโลก

⁶² Canadian HIV/AIDS Legal Network (2010), *Compulsory drug treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>

⁶³ *Ibid*

⁶⁴ Department of Corrections survey, 30 September 2013, <http://www.correct.go.th/correct2009/stat.html>

⁶⁵ Hayashi, K. et al. (2009), 'Incarceration experiences among a community-recruited sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', *BMC Public Health*, 9: 492. doi:10.1186/1471-2458-9-492, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/492>

⁶⁶ Fairbairn, N. et al. (2009), 'Reports of evidence planting by police among a community-based sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', *BMC International Health and Human Rights*, 9:24. doi:10.1186/1472-698X-9-24, <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/24/>

⁶⁷ การสัมภาษณ์ส่วนตัวกับ คุณ ปาสคาล ทังเก ผู้ชำนาญการโครงการ มูลนิธิพิชิตใจ (ประเทศไทย)

⁶⁸ Report by Department of Correction, 31 May 2011

⁶⁹ Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *A Drugscope Briefing Paper – Thailand's 'War on Drugs'* (Beckley Foundation Drug policy programme), http://www.stanwayfountain.org/pdf/paper_05.pdf

⁷⁰ Human Rights Watch (2004), Not enough graves: The war on drugs, HIV/AIDS and violations of Human rights, <http://www.hrw.org/reports/2004/07/07/not-enough-graves>

⁷¹ International Harm Reduction Association & Human Rights Watch (March 2008), *Thailand's 'war on drugs'*, <http://www.hrw.org/news/2008/03/12/thailand-s-war-drugs>

⁷² United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *World Drug Report*, <http://www.unodc.org/wdr/>

⁷³ Csete, J. et al. (2011), 'Compulsory drug detention centre experiences among a community-based sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', *BMC International Health and Human Rights*, 11: 12. doi:10.1186/1472-698X-11-12, <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/12>

⁷⁴ LEAHN (October 2013), *Thai police are key change agents in HIV prevention*, <http://www.leahn.org/archives/1597>

⁷⁵ การสัมภาษณ์ส่วนตัวกับ คุณแอนนา เบอร์เกนสตรอม ที่ปรึกษาค้นหาเอชไอวี/เอดส์ ระดับภูมิภาค สหภาพพื้นเอเซียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิก UNODC

⁷⁶ United Nations (2012), *Joint statement – Compulsory drug detention and rehabilitation centres*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium - IDPC) เป็นเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้เชี่ยวชาญระดับโลก ที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมการอภิปรายอย่าง เป็นกลางและเปิดเผยเกี่ยวกับเนื้อหา ทิศทาง และประสิทธิภาพของนโยบายด้านยาเสพติดในระดับประเทศและสากล และสนับสนุนนโยบายที่ผ่านการพิสูจน์ว่าได้ผล ที่ช่วยลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้อย่างจริงจัง องค์กรสมาชิกของ IDPC มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์นโยบายและปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการอภิปรายเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในปี พ.ศ. 2533 แต่อย่างไรก็ดี ในมุมมองอื่นๆ ต่อรัฐบาลไทย ในการจัดการปัญหาเสพติดในประเทศไทยทำให้ลดทอนความสำเร็จต่างๆ เหล่านี้ลง โดยเฉพาะจากการ กีดกันและแบ่งแยกผู้ใช้ยาออกจากสังคม ยิ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงรัฐบาลไทยยังคงดำเนินนโยบายต่างๆ ในการปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายแบบ “zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขังควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต จุดประสงค์ของเอกสารสรุปฉบับนี้ คือการวิเคราะห์นโยบายต่างๆ ในการจัดการปัญหาเสพติด รวมถึงอันตรายและความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับยาเสพติดของรัฐบาลไทย ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีตามหลักการและมาตรฐานสากล อันจะเป็นแนวทางสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินนโยบายด้านยาเสพติดให้กับประเทศไทยต่อไป

สนับสนุนโดย:



International Drug Policy Consortium
Fifth floor, 124-128 City Road, London
EC1V 2NJ, United Kingdom

telephone: +44 (0) 20 7324 2975
email: contact@idpc.net
website: www.idpc.net

Copyright © 2013 International Drug Policy Consortium All rights reserved

