

ประเด็นเชิงนโยบาย การวิจัยที่สำคัญเร่งด่วนและข้อเสนอแนะเบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย

บัณฑิต ศรีไพศาล*

วรานิษฐ์ ลำไย†

เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล‡

ชัยสิริ อังกระวรรณท์§

นิศาชล เดชเกรียงไกรกุล§

Jürgen Rehm*

ผู้รับผิดชอบบทความ: บัณฑิต ศรีไพศาล

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: ประเทศไทยมีระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นครั้งแรกที่มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคำถามเชิงนโยบายและวิจัยที่สำคัญเพื่อการติดตามและประเมินผลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยพร้อมข้อเสนอแนะเบื้องต้น **ระเบียบวิธีศึกษา:** ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ครอบคลุมการทบทวนองค์ความรู้ประสบการณ์กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศและในประเทศไทย การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องจำนวน 18 ราย และสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการจำนวน 9 ราย และการสังเกตการณ์ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข **ผลการศึกษา:** ลักษณะที่สำคัญสามประการของระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย คือ (1) ระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนสูง คือมีสามระบย่อย ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน แต่ไม่เชื่อมโยงส่งต่อกันทำให้ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ส่งผลให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบจำนวนมาก (2) นโยบายกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษ จึงต้องการระบบการสร้างความรู้และการติดตามประเมินผลอย่างมากและเร่งด่วน และ (3) การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์และนโยบายกัญชามีลักษณะซับซ้อน เข้าได้กับ “เศรษฐกิจการเมือง” (political economy) ซึ่งหมายถึงการจัดสรรผลประโยชน์มีผลกระทบต่อความคิดเห็นทางนโยบาย ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบอภิบาลที่ดีเพียงพอ จึงเกิดคำถามเชิงนโยบายและวิจัยที่สำคัญที่จะต้องตอบให้ได้หกประการ คือ (1) โครงสร้างขององค์การปฏิบัติงานทั้งระบบและแผนงานควรเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดการตัดสินใจทางนโยบายที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ

* Centre for Addiction and Mental Health, Ontario, Canada

† วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

§ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received 28 April 2021; Revised 16 October 2021; Accepted 18 March 2022

Suggested citation: Sornpaisarn B, Lamyai W, Ratchadapunnathikul C, Angkurawaranon C, Dejkiengkraikul N, Rehm J. Essential and urgent policy and research and initial policy recommendations regarding the medical cannabis policy in Thailand. Journal of Health Systems Research 2022;16(1):34-53.

บัณฑิต ศรีไพศาล, วรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ชัยสิริ อังกระวรรณท์, นิศาชล เดชเกรียงไกรกุล, Jürgen Rehm. ประเด็นเชิงนโยบาย การวิจัยที่สำคัญเร่งด่วนและข้อเสนอแนะเบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(1):34-53.

สังคมไทย (2) จะพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยที่มีความซับซ้อนจากสามระบบย่อยอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ (3) ควรจะลงทุนกับการสร้างความรู้ การติดตามการปฏิบัติและการประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์หรือไม่/เพียงใด/อย่างไร (4) จะทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างไร (5) ผลกระทบกัญชาทางการแพทย์ต่างๆ ที่ผลิตขึ้นในประเทศไทยมีประสิทธิผลและความคุ้มค่าหรือไม่/เพียงใด และ (6) ในอนาคตประเทศไทยควรมีนโยบายการใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างไร **วิจารณ์และข้อยุติ:** โดยสรุประบบกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน มีความซับซ้อนสูงในบริบทสังคมไทย แนวโน้มมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องจำนวนมาก รัฐและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจะต้องร่วมกันจัดและปฏิบัติระบบบริการกัญชาทางการแพทย์อย่างสร้างสรรค์ โดยเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง และกำหนดนโยบายอย่างรอบคอบ พร้อมกับการคำนึงถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย

คำสำคัญ: กัญชา, การแพทย์, นโยบาย, ประเทศไทย, ระบบกัญชาทางการแพทย์

Essential and Urgent Policy and Research and Initial Policy Recommendations regarding the Medical Cannabis Policy in Thailand

Bundit Sornpaisarn^{*}, Waranist Lamyai[†], Chet Ratchadapunnathikul[‡], Chaisiri Angkurawaranon[§], Nisachol Dejkriengkraikul[§], Jürgen Rehm^{*}

^{*} Centre for Addiction and Mental Health, Ontario, Canada

[†] Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[‡] Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

[§] Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Corresponding author: Bundit Sornpaisarn, bundit.sornpaisarn@alum.utoronto.ca

Abstract

Background and rationale: The Thai medical cannabis (or medical marijuana: MMJ) system was first established in February of 2019. This study aimed to identify the most essential and urgent policy and research and initial policy recommendations regarding the implementation and impacts of the MMJ policy in Thailand. **Methodology:** A narrative literature review and other qualitative methods; 18 in-depth interviews with key stakeholders, focus group discussions of nine service providers and patients, and a participant observation in the MMJ clinic at the Ministry of Public Health. **Results:** Our crucial findings showed that: (a) the Thai MMJ system is complex, consisting of three subsystems: modern medicine, Thai traditional medicine, and folk medicine. These subsystems are not harmonized, and have resulted in poor access to legal MMJ products. (b) MMJ is a new entity in Thailand, and a comprehensive monitoring and evaluation system is needed. (c) the MMJ movement in Thailand has “political economy” attribute, meaning that the policies may be driven by benefits beyond a medical rationale. These findings lead to six research questions. (1) What do the governance structure and plans regarding MMJ policy in Thailand look like? (2) How do we improve the complex MMJ system to best serve patients? (3) How much and how to invest in a knowledge-generation system, and a monitoring and evaluation system regarding the MMJ policy? (4) How do we build MMJ consumers’ health literacy? (5) What are the efficacy levels and cost-effectiveness of the Thai medical cannabis products? And (6) What should be the future MMJ policy in Thailand? **Conclusion:** The newly established and complicated Thai medical cannabis system is novel for Thai society. This system has potentials to produce both positive and negative consequences, with potentially enormous underlying economic benefits. Therefore, the government and all relevant sectors must collaboratively manage the medical cannabis system in a transparent, creative, and considerate way, to provide the best benefits for patients and the whole of Thai society, in both the short- and long-term.

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

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยมีระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 สารสำคัญคือแมกนีเซียจะยังเป็นสารเสพติดที่ผิดกฎหมายประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 แต่ก็สามารถอนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และการวิจัยได้⁽¹⁾ [ผู้วิจัยใช้คำว่าระบบกัญชาทางการแพทย์นี้ในความหมายระบบในภาพรวมอันเกิดตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดในครั้งนี ซึ่งหมายความครอบคลุมระบบย่อยๆ ต่างๆ เช่น ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ระบบอุปทานกัญชาทางการแพทย์ (ได้แก่ การปลูก การแปรรูป การนำเข้าและการจำหน่าย) ระบบการอนุญาตกิจกรรมต่างๆ ตามกฎหมาย ระบบการป้องกันและควบคุมการกระทำที่ผิดกฎหมาย ระบบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากระบบกัญชาทางการแพทย์นี้เป็นสิ่งใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบันและบทเรียนจากต่างประเทศที่มีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์แล้ว บ่งชี้ว่ากฎหมายนี้ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ (เช่น บางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือประเทศแคนาดา) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยที่จะต้องพัฒนาระบบการติดตามการปฏิบัติและประเมินผลที่มีศักยภาพในการสร้างข้อมูลและความรู้ที่สามารถตอบคำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลนโยบายกัญชาทางการแพทย์ได้

ตัวอย่างการติดตามและประเมินการดำเนินระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ (ดู process ของระบบบริการ) มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจต่อประสิทธิภาพของระบบ อันจะนำไปสู่การพัฒนาทำให้ดียิ่งขึ้นตลอดจนป้องกันและแก้ไขผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ได้ ตัวอย่างเช่น ประเทศแคนาดาซึ่งมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 2013 และ 2016 ก่อนที่จะมีนโยบายกัญชาเพื่อความบันเทิงในปี ค.ศ. 2018⁽²⁾ จากข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

ในประเทศแคนาดาพบว่า มีการจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์เป็นจำนวน 2,772 กิโลกรัมในปีงบประมาณ ค.ศ. 2014 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นจำนวน 76,124 กิโลกรัมในปีงบประมาณ ค.ศ. 2018 ขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับกัญชาทางการแพทย์จำนวน 18,512 รายในปีงบประมาณ ค.ศ. 2014 เพิ่มขึ้นเป็น 432,926 ราย ในปีงบประมาณ ค.ศ. 2018 ส่วนแพทย์ที่มีประสบการณ์ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์มีจำนวน 13,359 คนในปีงบประมาณ ค.ศ. 2017 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 26,319 คนในปีงบประมาณ ค.ศ. 2018⁽³⁾ ซึ่งหมายถึงมีความต้องการใช้บริการและมีระบบรองรับความต้องการนั้นได้มากขึ้น จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัญหาในทางปฏิบัติ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยขาดความรู้ว่าโรคหรืออาการใดควรได้รับกัญชาเป็นยาและจะหลีกเลี่ยงการใช้ที่ไม่เหมาะสมได้อย่างไร⁽⁴⁾ ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบหรือการพัฒนากระบวนการปฏิบัติต่อไป

การติดตามเผื่อระวังผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ (ดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ดู outcome / impact ของระบบ) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินผลด้านบวกที่ต้องการให้เกิดขึ้นและผลกระทบด้านลบอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อที่จะชี้แนะการปรับปรุงหรือพัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์นี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป มีตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศจำนวนมากที่สามารถทำให้เข้าใจผลที่เกิดขึ้นตามมาจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน เช่น Fischer et al. (2015)⁽⁵⁾ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ข้อมูลจำนวนมากมาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ตามด้วยประเทศแคนาดา และบางส่วนจากประเทศอังกฤษ พบว่า หนึ่งโปรแกรมการให้บริการกัญชาทางการแพทย์สามารถที่จะรักษาผู้ป่วยได้หลายโรค/อาการ เช่น อาการปวด อาการเครียดและวิตกกังวล การนอนไม่หลับ โรคปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ กัญชาทางการแพทย์สามารถทดแทนการ

เสพติดอย่างอื่น เช่น แอลกอฮอล์ และอนุพันธ์ฝิ่นทางการแพทย์⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม สาม พบว่าผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์มีการใช้หรือเสพติดกัญชามากขึ้น เช่น ในหมู่ผู้ป่วยใน California ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 90 ใช้กัญชาทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 18 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใช้กัญชาเกินหรือเสพติดกัญชา (cannabis abuse or dependence) และ ร้อยละ 86 สูบบุหรี่กัญชาโดยเฉลี่ยอย่างน้อยสองมวนต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในรัฐ Michigan พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์รายใหม่ใช้กัญชาทุกวันร้อยละ 51 แต่เพิ่มเป็นร้อยละ 76 สำหรับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยในประเทศแคนาดาที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ร้อยละ 33 บอกว่าใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมาก และร้อยละ 32 บอกว่าใช้กัญชาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังจากที่ประเทศแคนาดามีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยที่ร้อยละ 40 บอกว่าใช้มากกว่าวันละ 2 กรัม และ ร้อยละ 42 บอกว่าใช้มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน⁽⁵⁾

ในการนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงสนับสนุนมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและคณะผู้วิจัยให้ดำเนินการศึกษาวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อค้นหาคำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญที่เกี่ยวกับการปฏิบัติและผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย พร้อมข้อเสนอแนะเบื้องต้น

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษาที่ใช้คือการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะการพรรณนาปรากฏการณ์ (phenomenological study) แล้วนำข้อมูลนั้นมาสังเคราะห์คำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญและเร่งด่วนในการหาคำตอบ โดยมีวิธีวิจัยย่อยๆ ได้แก่ (ก) การทบทวนองค์ความรู้ในลักษณะ “เรื่องเล่า” (narrative review) โดยทำการทบทวนองค์ความรู้ที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ และเอกสารที่ตีพิมพ์ในประเทศไทยและบทสัมภาษณ์ในหนังสือพิมพ์ภาษาไทย ตลอดจนการบรรยายของบุคคลที่มีความสำคัญ

ในระบบกัญชาทางการแพทย์ในมิติต่างๆ ในที่สาธารณะ (เช่น ผู้ที่ผลักดันนโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงในสังคม) และมีการบันทึกการเผยแพร่ในสื่อทางสังคม (เช่น YouTube) เกี่ยวกับการดำเนินการและผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ medical cannabis (marijuana), policy, implementation, effect, impact, benefit, consequence ฐานข้อมูลที่สืบค้น คือ PubMed และ Google Scholar ทั้งนี้ ผลการสืบค้นเอกสารส่วนใหญ่จะเป็นประสบการณ์ของรัฐต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา จากนั้น (ข) คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อคัดเลือกให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถให้ภาพปรากฏการณ์ (phenomena) เกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญรวมจำนวน 18 ราย ประกอบด้วย หนึ่ง กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 10 ราย (ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องในกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กรรมการในคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ แพทยสภา สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด) สอง กลุ่มผู้ให้บริการ 6 ราย (ทั้งผู้ให้บริการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลจังหวัด แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการแพทย์แผนไทยที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย และแพทย์พื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในสังคม) และ สาม กลุ่มผู้รับบริการ 2 รายของหน่วยบริการแพทย์แผนไทยที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทยโดยผู้ให้บริการชักชวนผู้ป่วยให้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย (ผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาแพทย์แผนไทยหนึ่งรายและผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์แพทย์พื้นบ้านหนึ่งราย) สันทนากรกลุ่มจำนวนสองกลุ่มรวม 9 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการ 5 ราย (จากหน่วยงานที่ให้บริการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยคละกัน) ครอบคลุมเภสัชกรแผนปัจจุบัน เภสัชกรแผนไทย แพทย์แผนไทย และกลุ่มผู้รับบริการ 4 ราย (ผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาของแพทย์พื้นบ้าน) และสังเกตการณ์ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข 1

ครั้ง เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มารับบริการ ความสะดวกของการรับบริการ ความยากง่ายของการได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์ การเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยการสังเกตการณ์ที่คลินิกสุขภาพทางการแพทย์นั้น กระทำในเดือนมกราคม 2563

ทั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในลักษณะการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participant observation) อีก หลังจากการสังเกตการณ์ที่คลินิกสุขภาพทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข เพราะผู้วิจัยได้พบกับผู้ชายกัญชานอกระบบหนึ่งรายที่แฝงตัวมาขายกัญชานอกระบบในคลินิกสุขภาพทางการแพทย์นี้ และได้เสนอขายกัญชาทางการแพทย์นอกระบบให้แก่ผู้วิจัยและผู้วิจัยได้ซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพทางการแพทย์นั้นไว้ (กัญชาทางการแพทย์นอกระบบในที่นี้ หมายถึง นอกระบบกฎหมาย ซึ่งกัญชาทางการแพทย์ในระบบกฎหมายนั้นอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้กัญชาทางการแพทย์ได้โดยมีแพทย์ในระบบสาธารณสุขสั่งจ่ายให้หรือใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น) ผู้วิจัยจึงได้แลกเปลี่ยน “ไลน์” กับผู้ชายรายนี้เพื่อสอบถามข้อแนะนำเกี่ยวกับการใช้กัญชานอกระบบต่อในภายหลัง อีกทั้งผู้วิจัยได้พบกับผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบหนึ่งรายที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพทางการแพทย์นี้ ซึ่งได้คุยกับผู้วิจัยที่นั่งรอใช้บริการเช่นกันและพบว่าผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์รายนี้ได้ใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบควบคู่ไปด้วย จึงได้แลกเปลี่ยนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้กัญชานอกระบบกันในภายหลัง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ชายและผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบนี้ผ่านไลน์อย่างต่อเนื่องประมาณ 2-3 เดือน โดยผู้วิจัยแสดงตนเป็นลูกค้าและเพื่อนที่ใช้กัญชานอกระบบเช่นกัน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการรับรองเลขที่ 2019/258.0612 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้และผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาด้วย แต่จะกระทำการบันทึกเสียงเฉพาะเมื่อผู้ให้สัมภาษณ์อนุญาตเท่านั้น และมีการเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแนวคำถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งเป็นการค้นหาคำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญที่เกี่ยวกับการปฏิบัติและผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย พร้อมข้อเสนอแนะเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาประเด็นคำถามย่อยๆ ดังนี้ (ก) ในประเด็นการประเมินการปฏิบัติ (implementation) ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับระบบและวิธีการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข (ครอบคลุมผู้ให้ข้อมูลในมิติด้านอุปทาน การให้บริการ ระบบอนุญาตและระบบควบคุม ระบบอภิบาล ทั้งระบบบริการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน) นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติโดยฝ่ายการเมือง การปฏิบัติการให้บริการโดยแพทย์แผนปัจจุบัน/แพทย์แผนไทย/และแพทย์พื้นบ้าน การใช้บริการกัญชาทางการแพทย์โดยผู้ป่วย ตลอดจนสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคใดๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์ และ (ข) ในประเด็นการประเมินผลกระทบ ผู้วิจัยสอบถามถึงการคาดการณ์ผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์ (ผู้ป่วย ผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐในบทบาทที่เกี่ยวข้อง และฝ่ายการเมือง) แนวโน้มนโยบายและแผนเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในอนาคต ระบบข้อมูลในการประเมินผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ (ดูคำถามได้ในภาคผนวก)

หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ทุกรายแบบคำต่อคำกรณีที่ได้รับอนุญาต (ผู้วิจัยระบุรหัสผู้ให้สัมภาษณ์ไว้กับข้อมูล โดยเก็บแยกรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์กับรหัสผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ในที่ที่ปลอดภัยและอยู่นอกสถานที่กัน) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์

เนื้อหาเพื่อ “สังเคราะห์ประเด็น” ที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (thematic analysis) เพื่อพรรณนาปรากฏการณ์ (phenomenological study)⁽⁷⁾ ของการปฏิบัติและแนวโน้มที่เป็นอยู่ของระบบกัญชาทางการแพทย์ เมื่อผนวกข้อมูลการสังเคราะห์นี้เข้ากับการทบทวนองค์ความรู้ดังกล่าวข้างต้นแล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์คำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญพร้อมข้อเสนอแนะเบื้องต้น

สำหรับการควบคุมคุณภาพของการวิจัยนี้ ผู้เขียนสามคนแรกเป็นผู้เก็บข้อมูลซึ่งได้ปรึกษาออกแบบคำถามร่วมกันตั้งแต่ต้น โดยเข้าใจตรงกันทั้งคำถามนำที่เขียนไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและคำถามต่อเนื่องที่ไม่ได้เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้เขียนที่มีชื่ออยู่ในลำดับที่สองและที่สามได้แบ่งกันสัมภาษณ์และดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้เขียนที่มีชื่ออยู่ในลำดับแรกเข้าร่วมสัมภาษณ์และวิเคราะห์ความหมายร่วมกับผู้เขียนชื่อรองสำหรับผู้ให้สัมภาษณ์และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกราย (ไม่มีการตีความหมายข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียว) การตีความหมายและเขียนสรุปเนื้อหากระทำด้วยความระมัดระวัง โดยมีการตรวจสอบด้วยข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์หลายรายและข้อมูลจากเอกสาร (triangulation) และมีการใช้ข้อมูลรองรับข้อสรุปต่างๆ เช่น การอ้างอิงคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ (evidence-based) ทั้งนี้ไม่มีผู้วิจัยคนใดในคณะผู้วิจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลอันจะส่งผลให้เกิดการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง (หมายถึงการวิจัยนี้มี reflexivity ที่ไม่มีปัญหาต่อคุณภาพ ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของการวิจัย)

ผลการศึกษา

ลักษณะที่สำคัญสามประการของระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม มีข้อค้นพบเกี่ยวกับลักษณะที่สำคัญสามประการของระบบกัญชาทางการแพทย์

แพทย์ของประเทศไทย (อันจะนำไปสู่การสังเคราะห์คำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยต่อไป) คือ

(ก) ระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย มีความซับซ้อนสูงมาก มีระบบกัญชาทางการแพทย์ย่อยสามระบบ คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ระบบย่อยทั้งสามระบบนี้ไม่ได้เกิดการยอมรับและเชื่อมโยงส่งต่อกันเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการเท่าที่ควร ส่งผลให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบจำนวนมาก

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (medical grade) เป็นผลิตภัณฑ์ “สารสกัดกัญชา” ซึ่งขณะนี้ที่ผลิตในประเทศไทย ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม ซึ่งมีสามผลิตภัณฑ์ คือ tetrahydrocannabinol (THC) เคน cannabidiol (CBD) เคน และ THC:CBD 1:1⁽⁸⁾ และ ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นสูตรที่มี THC 1.7%⁽⁹⁾

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในระบบการแพทย์แผนไทยอ้างอิงสรรพคุณของกัญชาในฐานะที่เป็นพืชสมุนไพรที่มีการใช้เพื่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและถูกบันทึกเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ในคัมภีร์ตำรับตำราการแพทย์แผนไทยกว่า 300 ปี⁽¹⁰⁾ โดยใช้ใบ ช่อดอก ราก เมล็ดและก้าน ทั้งแบบสดและแบบแห้ง เพื่อเข้าสู่ตำรับยาในรูปแบบเม็ดลูกกลอน ปั้นแท่ง ผง ต้ม ดองและน้ำมัน โดยไม่ได้ทำในลักษณะสกัดสารเดี่ยวๆ แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งขณะนี้ได้มีการพิจารณาทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิและสรุปเป็นตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบที่ได้ประโยชน์เป็นที่รู้จักและยอมรับทางการแพทย์แผนไทย ด้วยหาง่าย ไม่เป็นอันตราย 16 ตำรับ ดูรายละเอียดข้อบ่งชี้ในคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ที่มีการกล่าวถึงถึงมากในปัจจุบัน ได้แก่ “สุขไสยาสน์” ใช้ช่วยให้นอน



หลัก เจริญอาหาร พื้นฟูกำลังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ “ทำลายพระสุเมรุ” ใช้บรรเทาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ขา ในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต⁽¹⁰⁾

ส่วนการแพทย์พื้นบ้านจะถือตามการปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปีและเป็นที่ยอมรับยกย่องจากชุมชน⁽¹¹⁾ ตัวอย่างภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับกัญชาและเป็นที่รู้จักกันดี คือ น้ำมันกัญชาสูตรของ อ.เดชา ศิริภัทร⁽¹²⁾ ที่มีการดูแลผู้ป่วยถึง 40,000 คน ตามคำกล่าวของ อ.เดชา ศิริภัทร⁽¹³⁾ ซึ่งกล่าวอ้างว่าน้ำมันกัญชาที่ใช้รักษาได้ทุกโรค เนื่องจากน้ำมันกัญชาจะทำให้ผู้ป่วยหลับสนิทอย่างมีคุณภาพ เป็นผลให้ร่างกายซ่อมแซมตัวเอง จึงรักษาได้ทุกโรค โดยยกตัวอย่างการรักษาตัวของ อ.เดชา ศิริภัทรเอง (โรคพาร์กินสัน) และการรักษาผู้ป่วยอื่นอีกหลายโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคอัลไซเมอร์ โรคลมชัก⁽¹³⁾ และยังได้รับการกล่าวถึงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท (ศ.นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุธา) ว่าน้ำมันกัญชาใช้ได้ผลในผู้ป่วยโรคสมอง และร่างกายถูกกว่ายาแผนปัจจุบัน⁽¹⁴⁾ และขณะนี้ น้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชาได้รับการรับรองเป็นตำรับยาหมอพื้นบ้านโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแล้ว⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การยอมรับประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่ใช้ตัวอย่างความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยบางรายแต่ไม่ได้ผ่านการวิจัยเชิงทดลองตามแนวปฏิบัติมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันทำให้การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เหล่านี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับจากแพทย์ทั่วไปในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹⁶⁾

ทั้งนี้ในความเป็นจริงยังมีอีกหนึ่งระบบนอกเหนือไปจากระบบย่อยที่ถูกกฎหมายทั้งสามระบบที่กล่าวไว้ข้างต้น ระบบนี้คือน้ำมันกัญชานอกกระบบซึ่งหมายถึงการใช้กัญชาที่ไม่ถูกกฎหมาย คือ ไม่มีแพทย์สั่งจ่ายให้หรือไม่ได้ใช้เพื่อการวิจัย⁽¹⁾ เป็นการซื้อขายและนำมาใช้กันเอง ทั้งนี้มีการ

ใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบอย่างแพร่หลายจำนวนมากโดยไม่มีการกล่าวถึงองค์ประกอบที่ชัดเจนภายในกัญชาทางการแพทย์นอกระบบเหล่านี้ มีเพียงการกล่าวอ้างสรรพคุณอย่างกว้างขวาง เช่น น้ำมันกัญชารักษาได้ 39 โรค

เมื่อวิเคราะห์เอกสารแนวปฏิบัติการจ่ายกัญชาทางการแพทย์ทั้งสามระบบย่อย พบว่า (ก) แพทย์แผนปัจจุบันจะใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักสำหรับการรักษาโรคและอาการต่างๆ ก่อน (ดูรายละเอียดโรคและอาการเหล่านี้ในเอกสารอ้างอิงหมายเลข 16)⁽¹⁶⁾ เมื่อไม่ได้ผลแพทย์ที่สนใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาแผนปัจจุบัน (สารสกัดกัญชา) และผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็จะจ่ายสารสกัดกัญชาให้ผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ตามข้อแนะนำของกรมการแพทย์และแพทยสภา ในเอกสาร “คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์” ของกรมการแพทย์มิได้กล่าวถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อื่นๆ แต่ประการใด เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เหล่านี้ไม่ได้ผ่านการพิสูจน์ตามขั้นตอนการผลิตยาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹⁷⁾ (ข) แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์จะดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการของแพทย์แผนไทยก่อน (ได้แก่ ยาสมุนไพร นวด ประคบ พอก แช่) หากไม่ได้ผลใน 7-15 วัน จึงจะเข้าสู่การใช้ตำรับยาแผนไทยเข้ากัญชา ซึ่งมี 16 ตำรับ แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์จะไม่เริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมก่อนที่จะใช้วิธีการพื้นฐานอื่นๆ ก่อน และหากใช้ตำรับยาแผนไทยเข้ากัญชาไม่ได้ผลให้พิจารณาวิธีการรักษาอื่นแต่ไม่ได้มีการพูดถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อื่นแต่อย่างใด⁽¹⁸⁾ (ค) ส่วนหมอพื้นบ้านที่จ่ายน้ำมันกัญชา นั้น (กรณีสูตร อ.เดชา) เมื่อผู้ป่วยไปพบเพื่อขอรับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา หลังการสอบถามประวัติอาการต่างๆ แล้ว ก็จะจ่ายน้ำมันกัญชาให้กลับมารับประทานก่อนนอน โดยมีหลักว่าจะต้องไม่มียาชนิดอื่นใดมาทานร่วมด้วยในเวลาก่อนนอน หากมียาอื่นต้องย้ายเวลาไปทานเวลาอื่น ห้ามทานก่อนนอนเพราะน้ำมันกัญชาจะ

ทำให้หลับอย่างมีคุณภาพอยู่แล้ว การมียาอื่นร่วมด้วยจะทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับน้ำมันกัญชา โดยเน้นย้ำว่าหากผู้ป่วยประสงค์จะรับประทานยาอื่นร่วมด้วยในช่วงก่อนนอนก็ไม่ควรมารับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ศิริภัทร (ผู้ให้สัมภาษณ์ 001) และเมื่อศึกษาแนวปฏิบัติของกัญชาทางการแพทย์ทั้งสามระบบย่อยจะพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ริเริ่มเข้าพบแพทย์แต่ละระบบเพื่อขอรับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง ไม่มีระบบของการแนะนำส่งต่อระหว่างระบบย่อยทั้งสามแต่อย่างใด⁽¹⁸⁻²⁰⁾

คณะผู้วิจัยยังพบว่า “ผู้ป่วยต้องการใช้ แต่แพทย์ไม่ยอมจ่าย และ/หรือ ระบบไม่เอื้อให้จ่ายได้สะดวก” โดยมีหลักฐานสนับสนุนสามประการ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์จริง เช่น ผู้ป่วยนอนไม่หลับปวดตามข้อ นอนหลับได้ดีขึ้นเมื่อใช้คุชโลยาซีนและทำลายพระสุเมรุ และกินข้าวได้และนอนหลับนานขึ้นเมื่อใช้น้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา⁽²⁰⁾ (2) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี ให้บริการกัญชาทางการแพทย์สูตร THC 1.7% ที่ผลิตขึ้นเอง โดยจ่ายให้ผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์ซึ่งใช้กับผู้ป่วยเพียงไม่กี่โรค ทั้งนี้มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพียงเดือนละสองวัน ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการน้อย เพียงวันละประมาณ 10 รายเท่านั้น ต่างจากโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสาน (โรงพยาบาลยศเส กรุงเทพฯ) ที่เปิดตรวจทุกวัน และจ่ายน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชาให้กับผู้ป่วยทุกรายที่ขอรับกัญชาทางการแพทย์สูตรนี้ ส่งผลให้มีผู้ป่วยมาขอรับบริการมากถึงวันละประมาณ 500 คน⁽²⁰⁾ และ (3) การศึกษาประมาณการผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบัน (กันยายน 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563) โดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ พบว่า มีผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทั่วประเทศประมาณ 442,756 คน โดยมีเพียงร้อยละ 20.4 ที่รับยาจากแพทย์ในระบบสาธารณสุข (แบ่งได้เป็น เพียงร้อยละ 0.4 รับจากคลินิกกัญชาของแพทย์แผนปัจจุบันในระบบสาธารณสุข ร้อยละ 12.8 รับจากคลินิกส่วนตัวของแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 7.2 รับจากคลินิกแพทย์แผนไทยใน

ระบบสาธารณสุข) และร้อยละ 79.6 ได้จากแหล่งที่มาออกระบบ (ได้แก่ ผู้ค้าในตลาดมืดร้อยละ 54.5 เพื่อน/ญาติ/คนรู้จักให้มาร้อยละ 12.2 ชมรม/เครือข่ายไม่แสวงหากำไรร้อยละ 5.2 แพทย์พื้นบ้านนอกระบบสาธารณสุขร้อยละ 4.6 และ ปลุกและผลิตเองร้อยละ 2.9)⁽²¹⁾ ซึ่งสรุปได้ว่ามีอุปสงค์ (demand) หรือความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงกว่าอุปทาน (supply) หรือความสามารถที่จะให้บริการกัญชาทางการแพทย์

ทั้งหมดนี้จึงเกิดปรากฏการณ์ปัญหา คือ (1) ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเลือกว่าจะใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์สูตรใด แทนที่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแล เนื่องจากการให้บริการกัญชาทางการแพทย์สามระบบย่อยไม่ได้เชื่อมโยงส่งต่อกันอย่างแท้จริง ผู้ป่วยจึงต้องอาศัยคำบอกเล่าของผู้ป่วยคนอื่นที่มีประสบการณ์หรือตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อของผู้จำหน่ายนอกระบบ⁽²⁰⁾ (2) สืบเนื่องจากการที่ระบบการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งสามแผนไม่ได้เชื่อมโยงส่งต่อกันและยังมีจำนวนสถานบริการที่ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ไม่มาก ผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดการใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบ (ผิดกฎหมาย) จำนวนมาก⁽²⁰⁾ และ (3) ผู้ป่วยจึงต้องเลือกที่จะปิดบังผู้รักษาในกรณี que ผู้ป่วยรับบริการมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ผู้ป่วยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจำนวนหนึ่งได้แอบใช้น้ำมันกัญชาด้วย (ไม่ว่าจะถูกกฎหมายหรือไม่ถูกกฎหมาย) และ/หรือ ย้ายยาแผนปัจจุบันที่ให้ทานก่อนนอนไปทานเวลาอื่นแต่ไม่กล้าบอกแพทย์แผนปัจจุบันที่ดูแล หรือแม้แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยอยากใช้น้ำมันกัญชาแต่ก็ไม่อยากเลิกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ก็จะไม่บอกหมอพื้นบ้านที่ดูแลอยู่⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามมีตัวอย่างที่น่าสนใจคือโรงพยาบาลดอนตูม ที่ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยอย่างผสมผสาน โดยผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงได้โดยไม่ต้องปิดบัง และในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกตรวจในระบบการแพทย์แผนไทย จะมีแพทย์แผนปัจจุบันออกตรวจด้วยเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น

กรณีต้องเจาะเลือดตรวจหาค่าตับก็สามารถทำได้ทันที⁽²⁰⁾ จึงมีความจำเป็นที่ภาครัฐจะต้องเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ การแพทย์ทั้งสามระบบและระบบการแพทย์แผนปัจจุบันให้เชื่อมต่อกันได้ดีขึ้นในระดับที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและประชาชนโดยรวม

(ข) นโยบายสุขภาพทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน มีทั้งประโยชน์และโทษ ประเทศไทยจึงต้องการระบบการสร้างความรู้และการติดตามประเมินผลอย่างมากและเร่งด่วน

ด้วยผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ที่คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ในโครงการวิจัยนี้ (ดังที่ชี้แจงในระเบียบวิธีการวิจัยข้างต้น) ได้ให้ความคิดเห็นกับการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพทางการแพทย์ในปัจจุบันและมองเรื่องการใช้ประโยชน์จากสุขภาพในอนาคตเป็นหลัก แต่ไม่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดตามมาจากระบบสุขภาพทางการแพทย์ในประเทศไทยเท่าใดนัก บทวิเคราะห์ส่วนนี้จึงอาศัยข้อมูลจากการทบทวนเอกสารวิชาการระดับนานาชาติเป็นหลัก จากการทบทวนดังกล่าว คณะผู้วิจัยสามารถสรุปข้อมูลที่น่าสนใจในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

(ก) สุขภาพทางการแพทย์กับผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เป็นผู้ชายและเป็นวัยกลางคน⁽²²⁾ การใช้สุขภาพทางการแพทย์สามารถลดการใช้ยอนัพนธ์ฝิ่นลงได้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง⁽²³⁾ ลดการใช้ยอนัพนธ์ฝิ่นในการรักษาผู้ป่วยลงได้ในระดับรัฐ⁽²⁴⁾ และลดการเสียชีวิตจากการใช้ยอนัพนธ์ฝิ่นเกินขนาดในระดับรัฐลงได้ด้วย⁽²⁵⁾ ในประเทศแคนาดา ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งระบุว่า การใช้สุขภาพทางการแพทย์สามารถทดแทนการใช้ยอนัพนธ์ฝิ่น ยาแก้ปวดประสาทชนิด benzodiazepine และยาต้านการซึมเศร้าได้ และในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐที่มีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการใช้เฮโรอีนลงได้⁽²⁶⁾ และรัฐที่มีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคที่สามารถใช้รักษาทางการแพทย์ทดแทนได้^(27,28)

(ข) ผลกระทบด้านสาธารณสุขและสังคมจากการมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์ พบว่า การมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคหัวใจ⁽²⁹⁾ การมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาสัมพันธ์กับการลดการเกิดอุบัติเหตุจากการเมาสุรา (ซึ่งหมายถึงการใช้สุขภาพถูกใช้ทดแทนการใช้สุรา และ ผู้ใช้สุขภาพทางการแพทย์มักจะใช้อยู่ที่บ้านจึงลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มักดื่มจากผับบาร์แล้วขับรถกลับบ้าน)⁽³⁰⁾ ส่วนในประเทศแคนาดา กลับพบว่าตรวจพบการใช้สุขภาพเพิ่มขึ้นในผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถที่ตรวจพบสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง⁽⁴⁾ การศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าการขับชี่ยานพาหนะภายใต้ฤทธิ์สุขภาพเพิ่มโอกาสการเกิดอุบัติเหตุจากรถ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงจนถึงเสียชีวิต^(31,32) รัฐที่มีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเสียชีวิตจาก opioid overdose ต่อ 100,000 ประชากรลดลงในช่วงปีแรกๆ⁽²⁵⁾ แล้วต่อมาเปลี่ยนเป็นเพิ่มขึ้น⁽³³⁾ รัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์พบว่ามีอาการก่ออาชญากรรมลดลง^(34,35) แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน⁽³⁶⁾ และการมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์ไม่ได้มีผลต่อการจ้างงานโดยตรง แต่พบมีความสัมพันธ์กับค่าแรงที่ลดลงของกลุ่มผู้ชายอายุ 30-39 ปี⁽³⁷⁾

(ค) ผลกระทบด้านการใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรทั้งผู้ใหญ่และเยาวชนจากการมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยนิยมไปรับบริการกับสถานบริการสุขภาพทางการแพทย์ที่เข้มงวดน้อยกว่า เนื่องจากรับสุขภาพทางการแพทย์ได้ง่ายกว่า⁽³⁸⁾ การทำให้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใช้ประโยชน์ได้ในทางการแพทย์ส่งผลให้เกิดการยอมรับการใช้สารเสพติดนั้นมากขึ้น⁽³⁹⁾ การมีกฎหมายสุขภาพทางการแพทย์สัมพันธ์กับการถูกจับกุมคดี

ครอบครองกัญชาซึ่งผิดกฎหมายมากขึ้น⁽²⁶⁾ การผ่อนคลาย การควบคุมการส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เกิดผู้ สมัครใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผล ให้เกิดผลกระทบ เช่น การเกิดการใช้กัญชาเกินขนาดและ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น⁽⁴⁰⁾ การอนุญาต ให้ผู้ป่วยปลูกได้ในบ้านเพิ่มผลของการใช้กัญชา ส่วน การอนุญาตให้มีร้านจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์อย่างถูก กฎหมายเพิ่มจำนวนการเข้าโรงพยาบาลด้วยการใช้กัญชา ผิดปกติ⁽⁴¹⁾

มีการศึกษาทั้งที่พบว่าผู้ใหญ่มีการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น⁽⁴²⁾ และไม่เพิ่มขึ้น⁽⁴³⁾ ในรัฐที่มีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาที่พบว่ามีการมีกฎหมาย กัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลด้วยสาเหตุเกี่ยวกับกัญชามากขึ้นในประเทศ แคนาดา⁽⁴⁴⁾

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของกฎหมายกัญชา ทางทางการแพทย์ต่อเยาวชน พบว่า การมีกฎหมายกัญชา ทางทางการแพทย์สัมพันธ์กับการใช้เวลาเรียนที่ลดลงและ การใช้เวลาเพื่อความบันเทิงที่เพิ่มขึ้นของนักศึกษาระดับ อุดมศึกษา⁽⁴⁴⁾ การมีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์ กับการมีทัศนคติยอมรับกัญชาที่มากขึ้นในกลุ่มเยาวชน⁽⁴⁵⁾ สัมพันธ์ต่อการเริ่มต้นใช้กัญชาที่มากขึ้น⁽⁴⁶⁾ และ สัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้น⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾ แต่บางการศึกษา ไม่พบว่ามีผลให้เยาวชนใช้กัญชามากขึ้น^(49,50)

รัฐที่เยาวชนเสพกัญชาในสัดส่วนที่สูงกว่าจะผ่าน กฎหมายกัญชาทางการแพทย์ก่อนรัฐที่เยาวชนเสพกัญชา ในสัดส่วนที่ต่ำกว่า^(51,52) แต่ผลที่ตามมาคือรัฐที่มีความชุก ของการเสพกัญชาในกลุ่มเยาวชนสูงกว่าร้อยละ 8 จะมี เยาวชนเสพกัญชาน้อยลง ส่วนรัฐที่มีความชุกของการเสพก ัญชาในกลุ่มเยาวชนต่ำกว่าร้อยละ 8 จะมีเยาวชนเสพก ัญชามากขึ้นหลังจากมีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์⁽⁵¹⁾

(หมายเหตุของคณะผู้วิจัย: ประเทศไทยมีความชุกของ ผู้เสพกัญชาทุกกลุ่มอายุเพียงร้อยละ 0.2 ในปี พ.ศ. 2554 จึงมีโอกาสสูงมากที่เยาวชนจะมีการเสพกัญชามากขึ้นหลัง

จากที่ประเทศไทยมีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์)

(ค) การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และนโยบายกัญชามีลักษณะซับซ้อน เข้าได้กับศาสตร์ที่ มีชื่อว่า “เศรษฐศาสตร์การเมือง” (political economy) ซึ่งหมายถึงศาสตร์ที่คำนึงว่าการจัดสรรทรัพยากร ทางด้านการเมืองและด้านเศรษฐศาสตร์จะมีผลต่อการ แบ่งปันผลประโยชน์อะไร ให้ใคร เมื่อใดและอย่างไร ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบอภิบาลที่ดีเพียงพอ เพื่อให้การจัดสรรผลประโยชน์เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ถูกต้องและเป็นธรรมต่อสังคมโดยรวม

ประเด็นกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยมี ลักษณะซับซ้อน เข้าได้กับนิยามของศาสตร์ที่มีชื่อว่า “เศรษฐศาสตร์การเมือง” (political economy) ซึ่งเป็นเรื่องของกรคำนึงว่า “การจัดสรรทรัพยากรทางด้านการเมืองและด้านเศรษฐศาสตร์มีผลกระทบต่อการจัดสรร ผลประโยชน์ว่า ใคร / ได้อะไร / เมื่อใด / อย่างไร”⁽⁵³⁾ (ซึ่ง ประยุกต์จากนิยามที่ระบุในหนังสือ Politics: who get what, when and how โดย Harold Lasswell (1936)⁽⁵⁴⁾ Michael Reich ได้ยกตัวอย่างเศรษฐศาสตร์การเมืองนี้ ในปรากฏการณ์การผลักดันนโยบายเพื่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases) โดยจะมีผู้เล่นสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ภาครัฐและ ภาคธุรกิจ ที่จะมีการตัดสินใจเชิงนโยบาย⁽⁵³⁾ ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยจะผลักดันนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่) ภาคธุรกิจจะผลักดันนโยบายที่เป็น ประโยชน์ต่อธุรกิจ (เช่น คัดค้านการขึ้นภาษีบุหรี่) ขณะที่ ภาครัฐเป็นผู้ที่ต้องจัดสมดุลความต้องการของฝ่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมโดยรวมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

จากข้อมูลการสัมภาษณ์และข้อมูลเอกสาร/ข่าวสารที่ ค้นได้ คณะนักวิจัยวิเคราะห์ว่า ความเป็น “เศรษฐศาสตร์ การเมือง” ในการผลักดันนโยบายกัญชาทางการแพทย์ใน ประเทศไทยมีความแตกต่างจากกรณีโรคไม่ติดต่อดังกล่าว

ข้างต้นพอสมควร เนื่องจากยังไม่มี “กลุ่มธุรกิจกัญชาหรือกัญชาทางการแพทย์” ที่ต้องการจะผลักดันนโยบายกัญชา/นโยบายกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจนในประเทศไทยมาก่อน เพราะกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายมาช้านาน อีกทั้งกัญชาทางการแพทย์เป็นของใหม่สำหรับประเทศไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทยยังไม่คุ้นเคยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จึงเกิดเป็นปรากฏการณ์ 3 เส้า แต่แตกเป็น 2 ฝ่าย (คือ เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์) คือ เส้าที่หนึ่ง ผู้ที่ได้ประโยชน์จากนโยบายส่งเสริมกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วยฝ่ายผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนหนึ่ง (เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยพาร์กินสัน) รับการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผลเท่าที่ควร จึงเกิดความหวังและต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ เส้าที่สอง ผู้ที่ห่วงใยต่อผลเสียของหรือการเสียประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วยองค์กรที่มีหน้าที่โดยตรงต่อการควบคุมผลเสียของการเสพติด เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) กลุ่มนี้จะแสดงความเห็นแย้งต่อการทำให้กัญชากฎหมายอย่างชัดเจน⁽²⁰⁾ และผู้เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันแต่ไม่ได้เป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น แพทยสภา กลุ่มนี้ก็แสดงความห่วงใยโดยตรงเช่นกันต่อมาตรการกัญชาทางการแพทย์ที่อาจเอื้อให้เกิดการแพร่ระบาดของการใช้กัญชาหรือการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางที่ผิดหรือในทางที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์⁽¹⁶⁾ อีกทั้งกลุ่มนี้สามารถครอบคลุมไปถึงผู้ที่เสียประโยชน์จากนโยบายส่งเสริมกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งคือ กลุ่มธุรกิจยาที่ได้ผลประโยชน์ทางธุรกิจจำนวนมากทั้งในปัจจุบันและอนาคตจากการจำหน่ายยาในสภาวะที่ยังไม่มีกัญชาทางการแพทย์⁽⁵⁵⁾ และ เส้าที่สาม ผู้กำหนดและปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งคือภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่กำหนดนโยบายและจัดระบบบริการที่จะสามารถเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและประเทศชาติอย่างแท้จริง โดยไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของผลประโยชน์ใดๆ แต่เส้าที่สามนี้แตก

ออกเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายเห็นด้วยและฝ่ายไม่เห็นด้วยกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยที่ฝ่ายที่เห็นด้วย คือ ฝ่ายนโยบาย (ฝ่ายการเมือง) ซึ่งประกาศชัดเจนว่ามีความมุ่งมั่นที่จะผลักดันนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยและเศรษฐกิจของประเทศไทยจะได้ประโยชน์ (และฝ่ายการเมืองได้ยอมรับอย่างเปิดเผยว่านโยบายนี้จะทำให้ได้คะแนนนิยมทางการเมืองด้วย เช่น นโยบายอนุญาตให้ประชาชนทั่วไปปลูกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น)^(56,57) และผู้ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เช่น หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนปัจจุบันที่เห็นประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ ก็ประสงค์ที่จะจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เช่นกัน ส่วนฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย คือ กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาของฝ่ายนโยบายโดยตรง กลุ่มนี้จึงมีลักษณะปฏิบัติตามนโยบายโดยมีความลังเลสงสัยหรือเห็นคัดค้านภายในใจ หมายเหตุ: ในอนาคตจะมีกลุ่มธุรกิจซึ่งจะมีผลกำไรเข้ามาอยู่ในเส้าที่หนึ่งเพิ่มขึ้น ขณะนี้ยังไม่มีเนื่องจากบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 (ฉบับแก้ไขที่ 7) นี้ ยังไม่อนุญาตให้ภาคธุรกิจเอกชนดำเนินการได้ในระยะเวลาห้าปีแรกหากไม่ได้ดำเนินการกับภาครัฐ

โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนบทวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้นดังต่อไปนี้

ข้อมูลจากตัวแทนเส้าที่หนึ่ง ฝ่ายผู้ป่วยและผู้ให้บริการกัญชาทางการแพทย์สนับสนุนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ เช่น “น้ำมันกัญชา รักษาได้ทุกโรค ทำให้หลับสนิท ร่างกายซ่อมแซมตนเอง” (002) “พี่เค้าป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ พอตัดเสร็จ กระจายเข้าปอด เข้าตับ เตรียมตัวฉายแสง เค้าเห็นดิฉันรอด (เพราะใช้กัญชาทางการแพทย์) เค้าเลยมาปรึกษา หลังจากใช้กัญชาทางการแพทย์ ปัจจุบันเค้าไม่ได้รับการฉายแสง ใช้ชีวิตปกติ ทำงานได้ ตัวดิฉันเองก็รอดแล้ว ไม่มีเชื้อมะเร็งแล้ว” (003) “ผมดูแลผู้ป่วย OPD case ยอมรับว่าใช้น้ำมันที่ผลิตบ้านๆ นี้ ไม่ได้มีข้อบ่งชี้ตามที่กระทรวงแจ้งแค่ 4 โรค ผมเก็บสถิติไว้ทั้งหมด

ประมาณ 3,500 ราย เป็นการติดตามผู้ป่วยแบบง่ายๆ จากประสบการณ์ผมยืนยันว่ากัญชาไม่ใช่ยาเสพติดถ้าใช้ให้ถูกวิธี อาจมีปัญหาบ้างช่วงแรกเกิดจากการใช้ overdose แต่ไม่ใช่พิษ” “เจอเด็ก 8 ขวบเป็นโรคลมชัก กินยาระงับชักมาตั้งแต่ 3-4 ขวบ เปลี่ยนตัวยาไปเรื่อยๆ พ่อแม่ไม่ต้องทำอะไร ไม่รู้ว่าลูกจะชักเมื่อไร ผมใช้ CBD enrich ใช้มาประมาณ 3 เดือนแล้ว ไม่ชักอีกเลยตั้งแต่วันแรกที่ใช้” “กรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมอที่โรงพยาบาลศูนย์โคราชไม่ยอม follow up แล้ว ไม่ตรวจเช็คอะไรให้เลย ถูกปฏิเสธจากระบบแล้ว เขาก็มาหาผม ผมให้น้ำมันบ้านๆ นีละ วันละ 2 หยดก่อนนอน เมื่อ 2 สัปดาห์ที่แล้ว กลับมาด้วยความสดชื่น ตอนนีใช้วันละครึ่ง ปรากฏว่าสดชื่นขึ้นมาก” (003) ข้อมูลจากตัวแทนเส้าที่สาม-ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย ฝ่ายการเมืองพยายามผลักดันนโยบายกัญชาทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ต่อการได้รับความนิยมนโยบายเมือง เช่น การหาเสียงของพรรคภูมิใจไทยที่ระบุว่านโยบายเสรีกัญชาทางการแพทย์ นโยบายปลูกกัญชาบ้านละ 6 ต้น ทำให้พรรคเป็นที่นิยมของประชาชน^(56,57) “ต้องคิดสองเรื่อง คือหนึ่ง วิธีการให้แพทย์ในโรงพยาบาลใช้ กับ ชาวบ้านต้องปลูกกันอย่างไร กำลังแก้กฎกระทรวงกันอยู่” “นโยบายทางการแพทย์ต้องเดินหน้าต่อ พวกไม่เห็นด้วยก็ยังไม่ต้องใช้ (กัญชาทางการแพทย์) อำนวยความสะดวกให้พวกที่อยากใช้ ที่จะให้ปลูกบ้านละ 6 ต้น ยังมีกฎหมายห้ามอยู่ก็จะไปลงแค่ รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) ให้คนที่อยากปลูกมารวมตัวกัน กฎหมายเปิดให้หน่วยราชการร่วมกับวิสาหกิจชุมชน แพทย์แผนไทย อสม. ก็มารวมกันปลูกที่ รพ.สต.” “กำลังแก้กฎกระทรวงให้หมอแผนปัจจุบันใช้สมุนไพรกัญชาได้แต่ต้องอบรม (ก่อน) และให้ใช้ลึกลงไปถึง รพ.สต. ให้ รพ.สต. นั่งตรวจนั่งจ่ายยาได้เรื่องกัญชา” (004)

ข้อมูลจากตัวแทนเส้าที่สาม-ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย คือข้าราชการประจำที่จำเป็นต้องดำเนินการตามนโยบาย แต่ก็มีความรู้สึกเห็นแย้งอยู่ภายในแต่ไม่กล้าแสดงออก เช่น “ผมยอมรับว่ามัน (กัญชาทางการแพทย์) มีประโยชน์ แต่ไม่

ได้มีประโยชน์ครบจากรวด” (005) “อยากเห็นนโยบายของรัฐที่เอากัญชามาใช้บนพื้นฐานของสติปัญญา” (006) “เรา (ควร) ทำนโยบายให้เป็นขั้นตอน ไม่ต้องเร่งรีบ ทำให้เกิดการยอมรับทางวิทยาศาสตร์” (006) “ผู้ป่วยอยากใช้ (กัญชาทางการแพทย์) แต่แพทย์ไม่กล้าจ่าย” และ “อยากให้ประเมินผลกระทบบวกลบ ทุกวันนี้ต่างคนต่างเสนอไปในสภาโดยไม่มี evidence อะไร จินตนาการ เอาฐานเสียง” (007) “กัญชาเป็นประเด็นทางการเมือง” (008)

จากปรากฏการณ์เส้าที่สามที่แตกความเห็นออกเป็นสองฝ่ายทำให้เกิดสภาพความขัดแย้งระหว่าง “ความรวดเร็วของฝ่ายนโยบาย” กับ “ความพร้อมของฝ่ายปฏิบัติ” ส่งผลให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไม่ราบรื่นดังที่ฝ่ายการเมืองคาดหวังไว้⁽²⁰⁾

คำถามเชิงนโยบายและคำถามการวิจัยที่สำคัญและเร่งด่วน และข้อเสนอแนะเบื้องต้น

คณะผู้วิจัยสรุปเป็นคำถามเชิงนโยบายที่สำคัญซึ่งเป็นคำถามการวิจัยที่จะต้องหาคำตอบให้ได้ต่อไป โดยใช้เกณฑ์ในการจัดกลุ่มเนื้อหาประเด็น (theme) ในลักษณะกลุ่มปัญหาที่ใหญ่พอ (คือไม่ละเอียดย่อยเกินไปจนไปไม่มี impact จากการตอบคำถามการวิจัย) และสามารถสร้างระบบหรือวิธีปฏิบัติได้ (พัฒนา intervention ได้) พร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเบื้องต้นเพื่อให้กัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลดีดังที่ตั้งใจไว้และป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **คำถาม:** จากการที่การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์เข้าได้กับเศรษฐศาสตร์การเมือง จึงเกิดคำถามว่าโครงสร้างและแผนการทำงานภาพรวมควรเป็นอย่างไร? แผนภาพรวม และ แผนระยะสั้น-กลาง-ยาว ควรเป็นอย่างไร เพื่อสมดุลระหว่าง “ความรวดเร็วของฝ่ายนโยบาย” และ “ความพร้อมของฝ่ายปฏิบัติ”? ตลอดจนโครงสร้างขององคาพยพการทำงานในระดับภาพรวมและภาพย่อยควรเป็นอย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้



ผลประโยชน์ส่วนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอยู่เหนือการคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสังคมที่จะได้ประโยชน์จากนโยบายกัญชาทางการแพทย์?

ข้อเสนอแนะ: ควรกำหนดให้มีคณะบุคคลที่เป็นอิสระ มีความรู้ความสามารถและเป็นที่ยอมรับของสังคมจำนวนหนึ่ง ให้มีพันธกิจเป็นที่ปรึกษาการจัดทำแผนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยที่คำนึงถึงการใช้ประโยชน์และการป้องกันและควบคุมโทษที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนสามารถสร้างสมดุลระหว่าง “ความรวดเร็วของฝ้ายนโยบาย” และ “ความพร้อมของฝ้ายปฏิบัติ” ด้วย

2. คำถาม: จากการที่ระบบบริการกัญชาทางการแพทย์มีหลายระบบย่อยซ้อนอยู่ใน ทั้งระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน คำถามคือจะพัฒนาระบบกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันอย่างไร? จะเชื่อมระบบกัญชาทางการแพทย์สามารถระบบอย่างไร? จะปล่อยให้ผู้ป่วยต้องหาข้อมูลและตัดสินใจเลือกบริการใช้ด้วยตนเองโดยต้องปิดบังแพทย์ที่รักษาตนเองอยู่ในกรณีที่ไม่ยอมรับบริการจากแพทย์แผนอื่นด้วย หรือระบบจะเชื่อมกันอย่างไรโดยเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง (ยอมรับกันและกัน เปิดเผย ส่งต่อ หรือ ดูแลผู้ป่วยพร้อมกัน) ซึ่งจะเป็นการป้องกันการต้องหันไปใช้บริการกัญชาทางการแพทย์นอกระบบ

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ที่สามารถดึงเอาด้านดีของทุกองค์ประกอบ/ระบบมาใช้ประโยชน์ ด้วยวิธีการหาหรืออย่างเปิดใจและให้เกียรติกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน และคิดออกแบบระบบบริการอย่างสร้างสรรค์ (creative) โดยถือประโยชน์ของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก

3. คำถาม: ด้วยกฎหมายกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อยจากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแคนาดาแสดงให้เห็นว่ามีทั้งประโยชน์และโทษ จึงเกิดคำถามว่าผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยจะมีประโยชน์และโทษอย่างไร/มาก

น้อยเพียงใด/จะแก้ปัญหายังไง? จึงตามมาด้วยคำถามเชิงนโยบายว่าจะลงทุนกับการสร้างความรู้ การติดตาม การปฏิบัติและการประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์หรือไม่/เพียงใด/อย่างไร?

ข้อเสนอแนะ: ควรจะมีการลงทุนกับการสร้างความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ ตลอดจนลงทุนกับการออกแบบและติดตั้งระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตามการปฏิบัติและประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ตลอดสายตั้งแต่อุปทาน การให้และรับบริการ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีข้อมูลและความรู้สำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

4. คำถาม: จากการที่ประชาชนขาดข้อมูลประสิทธิผลของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์จากระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนและเป็นเรื่องใหม่ อีกทั้งมีการให้ข้อมูลจากผู้จำหน่ายกัญชาทางการแพทย์นอกระบบจำนวนมาก ซึ่งมักจะกล่าวอ้างสรรพคุณเกินความจริง จึงเกิดคำถามเชิงนโยบายว่า ประชาชนจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างไร? (ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ หมายถึงระดับความสามารถของบุคคลในการหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและการบริการในการตัดสินใจและกระทำการใดๆ ด้านสุขภาพสำหรับตนเองและคนอื่น⁽⁵⁸⁾)

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดระบบการเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและความรู้อย่างเป็นระบบ โดยให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่มีในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนต้องหาข้อมูลกันเอง ส่งผลให้เกิดการตกเป็นเหยื่อของข้อมูลเท็จของผู้ให้บริการนอกระบบได้ง่าย

5. คำถาม: ด้วยเหตุผลหนึ่งที่ระบบการแพทย์แผน

ปัจจุบันยังไม่นิยมหรือยังไม่ยอมรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในแผนต่างๆ เท่าที่ควรเพราะยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผล (efficacy) ด้วยวิธีวิทยาศาสตร์ในประเทศไทย จึงเกิดคำถามว่าประสิทธิผล (efficacy) และความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ประเภทต่างๆ เป็นอย่างไร? ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ใดรักษา/บรรเทาโรค/อาการใดได้บ้าง? จะใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาแบบเดี่ยวๆ หรือใช้ร่วมกับยาอื่นได้? เป็นยาประเภทแรกที่ใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่ (first line drug)? หากได้ผลคล้ายกัน ผลิตภัณฑ์ใดคุ้มค่ากว่ากัน?

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดให้มีการศึกษาประสิทธิผล (efficacy) และความคุ้มค่า เช่น ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ต่างๆ ในประเทศไทย โดยใช้วิธีวิจัยที่มีมาตรฐานผนวกกับความคิดสร้างสรรค์ที่จะปรับวิธีวิจัยให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในมิติต่างๆ

6. คำถาม: ด้วยการผลักดันนโยบายกัญชาเข้าได้กับลักษณะเศรษฐกิจการเมือง จึงมีคำถามเชิงนโยบายว่า ในอนาคตประเทศไทยควรมีนโยบายการใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างไร? ซึ่งแบ่งนโยบายการใช้ประโยชน์จากกัญชาในอนาคตได้เป็นสองลักษณะ คือ (1) นโยบายกัญชาเพื่อความบันเทิง และ (2) นโยบายกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะครอบคลุมการพิจารณาอนุญาตให้ใครปลูกได้บ้าง จะปลูกและ/หรือจำหน่ายอย่างไร จะควบคุมได้อย่างไร และการพิจารณาใช้ประโยชน์จากกัญชาในลักษณะอื่นที่นอกเหนือไปจากยาแต่ไม่ใช่เพื่อความบันเทิง (ประโยชน์ลักษณะอื่นเหล่านี้ เช่น การใช้กัญชาเป็นส่วนหนึ่งของอาหาร เครื่องสำอาง และการส่งเสริมการท่องเที่ยว) จะมีนโยบายอย่างไร

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดให้มีการศึกษานโยบายการใช้ประโยชน์จากกัญชาในอนาคตสำหรับประเทศไทย โดยเร็ว เพื่อให้ประเทศไทยมีองค์ความรู้เชิงประจักษ์อย่างรอบด้านและเพียงพอต่อการกำหนดนโยบายบนฐานความรู้เพื่อไม่ให้เกิดการกำหนดนโยบายบนฐานผลประโยชน์ของ

กลุ่มคนบางกลุ่มที่อาจจะก่อให้เกิดต้นทุนกับสังคมโดยรวมในระยะยาว

วิจารณ์และข้อยุติ

สรุปการสังเคราะห์ข้อค้นพบสำคัญสามประการที่ได้จากการศึกษานี้ คือ (1) ระบบกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนสูงมาก อาจไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการเท่าที่ควร ส่งผลให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์นอกระบบจำนวนมาก (2) นโยบายกัญชาทางการแพทย์มีทั้งประโยชน์และโทษ เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ประเทศไทยจึงต้องการระบบการสร้างความรู้และการติดตามประเมินผลอย่างมากและเร่งด่วน (3) การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์มีลักษณะเข้าได้กับ “เศรษฐศาสตร์การเมือง” (political economy) และคำถามเชิงนโยบายและการวิจัยที่สำคัญหกประการ คือ (1) ระบบอภิบาลควรเป็นอย่างไร (2) ระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ที่ดีควรเป็นอย่างไร (3) ระบบการติดตามและประเมินผลควรเป็นอย่างไร (4) ระบบสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนควรเป็นอย่างไร (5) ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทยเป็นอย่างไร และ (6) นโยบายเกี่ยวกับกัญชาในอนาคตของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

ด้วยนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยเป็นเรื่องใหม่ จึงไม่มีบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องและเผยแพร่เท่าที่ควร ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการให้สัมภาษณ์หรือการบรรยาย/เสวนาต่างๆ ที่มีการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน มีเอกสารวิชาการเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนที่หนึ่งคือการให้ข้อมูลของผู้ที่เห็นประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย เช่น เดชา ศิริภัทร^(12,13) ธีระวัฒน์ เหมะจุธา⁽¹⁴⁾ ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์^(59,60) และในส่วนของฝ่ายการเมืองที่เห็นประโยชน์และมุ่งมั่นที่จะผลักดันนโยบายนี้อย่างแข็งขัน⁽⁶¹⁾ ข้อมูลส่วนหนึ่งมาจากฝ่ายที่มีความกังวลต่อผลกระทบด้าน

ลพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในแง่ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ผิดวัตถุประสงค์และการแพร่ระบาดของการใช้กัญชาเพื่อความบันเทิงในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน⁽¹⁶⁾ โดยกลุ่มหลังนี้ได้แก่ ปปส. และ แพทย์สภา และส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงสถานการณ์ของระบบกัญชาทางการแพทย์ที่พบว่ามีการใช้กัญชานอกระบบจำนวนมาก^(14,21) ถึงร้อยละ 80 ของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งหมด⁽²¹⁾ โดยสรุปคือมีความคิดเห็นแบ่งเป็นสองฝ่ายชัดเจน คือ สนับสนุนและคัดค้าน และ ข้อเท็จจริงของผลการรักษาส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์การรักษารายบุคคลของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ยังขาดการพิสูจน์แบบเป็นวิทยาศาสตร์ จึงสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะผู้วิจัยที่เสนอให้มีการศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ และทำการติดตามและประเมินผลนโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างจริงจัง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการเนื่องจากข้อจำกัดในด้านระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการวิจัยมีอย่างจำกัด คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลยังมีจำนวนไม่มาก ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของระบบกัญชาทางการแพทย์เนื่องจากเป็นระบบที่ซับซ้อนมาก เช่น ขาดข้อมูลจากผู้ปลูก ผู้ให้บริการนอกระบบ จึงควรที่จะแปลความหมายบนข้อจำกัดนี้ และควรจะทำการศึกษาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

โดยสรุประบบกัญชาทางการแพทย์เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่คุ้นเคยกับระบบแพทย์แผนปัจจุบัน มีความซับซ้อนสูงในบริบทสังคมไทย มีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องจำนวนมาก รัฐและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจะต้องร่วมกันจัดและปฏิบัติระบบบริการกัญชาทางการแพทย์อย่างสร้างสรรค์ โดยเอาประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง และกำหนดนโยบายอย่างรอบคอบ พร้อมคำนึงถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย มากกว่าผลประโยชน์ต่อกลุ่มบุคคลเพียงบางกลุ่มหรือเพียงเพื่อผล

ประโยชน์ระยะสั้นเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในฐานะผู้สนับสนุนทุนวิจัย และขอบคุณมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติในการเป็นองค์กรหลักในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและองค์กรของผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัย บัณฑิต ศรีไพศาล และ Jürgen Rehm ขอขอบคุณการสนับสนุนด้านการเงินจาก the Canadian Institutes of Health Research's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (Canadian Research Initiative on Substance Misuse Ontario Node Grant SMN-13950)

References

1. Narcotics Act (7th edition) B.E. 2562 (2019). The Government Gazette Volume 136, Section 19 (Feb 18, 2019). (in Thai)
2. Singh M. ACMPR vs MMPR vs MMAR: Canadian Cannabis Regulation Simplified [Internet]. Toronto, Ontario: Apollo; 2016. [cited 2020 Jul 14]. Available from: <https://apollocannabis.ca/mmar-vs-mmpr-canadian-cannabis-regulation-simplified/>.
3. Health Canada. Archived – market data under the Access to Cannabis for Medical Purpose Regulations (Mar 18, 2019) [accessed 2019 Apr 14]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/licensed-producers/market-data.html>.
4. Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. Cannabis. Ottawa, Canada: Author; 2018.
5. Fischer B, Murphy Y, Kurdyak P, Golder E, Rehm J. Medical marijuana programs – Why might they matter for public health and why should we better understand their impacts? Preventive Medicine Reports [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 13];2:53-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26844050/>. doi: 10.1016/j.pmedr.2014.12.006.
6. Lucas P, Baron EP, Jikomes N. Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients. Harm Reduct J. 2019;16(9):1-12. doi: 10.1186/s12954-019-0278-6.
7. Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative

- thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open*. 2019;6:733-9. doi: 10.1002/nop.2.275.
8. Government Pharmaceutical Organization. How can patients use medical cannabis products? [Internet]. Bangkok, Thailand: Government Pharmaceutical Organization; 2019. Nov 19. [accessed 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.gpo.or.th/view/25>. (in Thai)
 9. Abhaibhubejhr Herb. Stories from medical cannabis clinic, Abhaibhubejhr Hospital [Internet]. [accessed 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.facebook.com/abhaiherb/posts/2851795291552192/>. (in Thai)
 10. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Guideline for Thai medical cannabis use. Nonthaburi, Thailand: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2019. (in Thai)
 11. Thai Traditional Medicine Professional Act B.E. 2556 (2013). The Government Gazette Volume 130, Section 10 (Feb 1, 2013).
 12. Thai PBS. 268-kilometer cannabis walk for patients [Internet]. Bangkok, Thailand: Thai PBS; 2019. [accessed 2019 Jun 14]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/280221>. (in Thai)
 13. Siripat D. Medical cannabis for helping humanity [Online clip video]. Ubonratchathani, Thailand: Deja Siripat; 2019 Aug 14. [accessed 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=Weh3sluHpL4>. (in Thai)
 14. Bangkokbiznews. ‘Dr.Therawat’ confirms ‘cannabis’ can treat brain disease and is cheaper than modern medicine [Internet]. [accessed 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837386>. (in Thai)
 15. Bangkokbiznews. Certifying Deja’s cannabis oil to be a legal community medicine product. [Internet]. [accessed 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837674>. (in Thai)
 16. Sub-committee considering information regarding medical cannabis. Medical cannabis use: a guideline for physicians. Nonthaburi, Thailand: Medical Council; 2019. (in Thai)
 17. Department of Medical Service. Medical cannabis use guide. Nonthaburi, Thailand: Department of Medical Service; 2019. (in Thai)
 18. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Handbook for establishing medical cannabis clinic in health facilities. Nonthaburi, Thailand: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2019. (in Thai)
 19. Department of Medical Service. Patterns of medical cannabis counselling clinic. Nonthaburi, Thailand: Department of Medical Service; 2019. (in Thai)
 20. Sornpaisarn B, Lamyai W, Ratchadapannathikul C, Angurawaranon C, Dejkriengkrai N, Rehm J. The study evaluating impacts of the medical marijuana policy in Thailand – Phase 1: final report. Bangkok, Thailand: National Health Foundation; 2020. (in Thai)
 21. Assanangkornchai S, Thaikla K, Talae M, Paileaklee S, Chalernrat S, Saingam D. Thai medical cannabis use situation study project. Songkla, Thailand: Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2020.
 22. Reiman A. Medical cannabis patients: patient profiles and health care utilization patterns. *Complementary Health Practice Review* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jul 3];12(1):31-50. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1533210107301834> doi: 10.1177/1533210107301834.
 23. Vigil JM, Stith SS, Adams IM, Reeve AP. Associations between medical cannabis and prescription opioid use in chronic pain patients: a preliminary cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 2];12(11):e0187795. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187795>. doi: 10.1371/journal.pone.0187795.
 24. Wen H, Hockenberry JM. Association of medical and adult-use marijuana laws with opioid prescribing for Medicaid enrollees. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20];178(5):673-9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2677000>. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.1007.
 25. Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(10):1668-73. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.4005.
 26. Chu, YW.L. The effects of medical marijuana laws on illegal marijuana use. *Journal of Health Economics* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 4];38:43-61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629614000952>. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.07.003
 27. Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana laws reduce prescription medication use in Medicare Part D. *Health Affairs* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 3];7:1230-6. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.1661>. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1661
 28. Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana laws may be associated with a decline in the number of prescriptions for Medicaid enrollees. *Health Affairs* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 3];36(5):945-51. Available from: <https://www.healthaf>



- fairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2016.1135. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1135.
29. Abouk R, Adams S. Examining the relationship between medical cannabis laws and cardiovascular deaths in the US. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2018;53:1-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395917303511>. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.11.022.
 30. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *Journal of Law and Economics* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 2];56:333-69. Available from: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/668812?seq=1>. doi: 10.1086/668812.
 31. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *Bmj*. 2012;344:e536.
 32. Rogeberg O, Elvik R. The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised. *Addiction*. 2016;111(8):1348-59.
 33. Shover CL, Davis CS, Gordon SC, Humphreys K. Association between medical cannabis laws and opioid overdose mortality has reverse over time. *PNAS* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 3];116(26):12624-6. Available from: <https://www.pnas.org/content/116/26/12624>. doi: 10.1073/pnas.1903434116.
 34. Morris RG, TenEyck M, Barnes JC, Kovandzic TV. The effect of medical marijuana laws on crime: evidence from state panel data, 1990-2006. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [cited 2020 June 5];9(3):e92816. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0092816>. doi: 10.1371/journal.pone.0092816.
 35. Shepard EM, Blackley PR. Medical marijuana and crime: further evidence from the Western States. *Journal of Drug Issues* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 8];46(2):122-34. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022042615623983>. doi: 10.1177/0022042615623983.
 36. Grucza RA, Hur M, Agrawal A, Krauss MJ, Plunk AD, Cavazos-Rehg PA, Chaloupka FJ, Bierut LJ. A reexamination of medical marijuana policies in relation to suicide risk. *Drug and Alcohol Dependence* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 5];152:68-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459507/>. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.04.014.
 37. Sabia JJ, Nguyen TT. The effect of medical marijuana laws on labor market outcomes. *Journal of Law and Economics* [Internet]. 2018 [cite 2020 Jun 8];61:361-96. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/701193?mobileUi=0>. doi: 10.1086/701193.
 38. Williams R, Olfson M, Kim JH, Martins SS, Kleber HD. Older, less regulated medical marijuana programs have much greater enrollment rates than newer 'medicalized' programs. *Health Affairs* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 9];35(3):480-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845727/>. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0528.
 39. Fischer B, Kuganesan S, Room R. Medical marijuana programs: implications for cannabis control policy – observations from Canada. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 8];26:15-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395914002734>. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.09.007.
 40. Davis JM, Mendelson B, Berkes JJ, Suleta K, Corsi KF, Booth RE. Public health effects of medical marijuana legalization in Colorado. *Am J Prev Med* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 8];50(3):373-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762755/>. doi: 10.1016/j.amepre.2015.06.034.
 41. Pacula RL, Powell D, Heaton P, Sevigny EL. Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: The devil is in the details. *Journal of Policy Analysis and Management* [Internet]. 2015 [cited 2020 June 3];34(1):7-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25558490/>. doi: 1002/pam.21804.
 42. Martins SS, Mauro CM, Santaella-Tenorio J, Kim JH, Cerdá M, Keyes KM, Hasin DS, Galea S, Wall M. State-level medical marijuana laws, marijuana use and perceived availability of marijuana among the general U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 8];169:26-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5140747/>. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.10.004.
 43. Gorman DM, Huber JC. Do medical cannabis laws encourage cannabis use? *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 8];18:160-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395906002118>. doi: 10.1016/j.drugpo.2006.10.001.
 44. Chu YWL, Gershenson S. High times: The effect of medical marijuana laws on student time use. *Economics of Education Review* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 8];66:142-53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272775718302498>. doi: 10.1016/j.econedurev.2018.08.003.
 45. Wall MM, Poh E, Cerdá M, Keyes KM, Galea S, Hasin DS. Adolescent marijuana use from 2002 to 2008: higher in

- states with medical marijuana laws, cause still unclear. *Am Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 18];21(9):714-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3358137/>. doi: 10.1016/j.annepidem.2011.06.001.
46. Wen H, Hockenberry JM, Cummings JR. The effect of medical marijuana laws on adolescent and adult use of marijuana, alcohol, and other substances. *Journal of Health Economics* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 8];42: 64-80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629615000351>. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.03.007.
47. Lynne-Landsman SD, Livingston MD, Wagenaar AC. Effects of state medical marijuana laws on adolescent marijuana use. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 18];103(8):1500-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4007871/>. doi: 10.2105/AJPH.2012.301117.
48. Stolzenberg L, D'Alessio AJ, Dariano D. The effect of medical cannabis laws on juvenile cannabis use. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 8];27:82-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26123892/>. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.05.018.
49. Choo EK, Benz M, Zaller N, Warren O, Rising KL, McConnell KJ. The impact of state medical marijuana legislation on adolescent marijuana use. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 4];55:160-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24742758/> doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.02.018.
50. Harper S, Strumpf EC, Kaufman JS. Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 8];22(3):207-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26123892/>. doi:10.1016/j.annepidem.2011.12.002.
51. Wall MM, Mauro C, Hasin D, Keyes KM, Cerdá M, Martins SS, et al. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass medical marijuana laws: commentary on Stolzenberg et al. (2015) and reanalysis of US national survey on drug use in households data 2002-2011. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 14];29:9-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26895950/>. doi:10.1016/j.drugpo.2016.01.015.
52. Hasin DS, Wall M, Keyes KM, Cerdo M, Schulenberg J, O'Malley PM, et al. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *LANCET* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 9];2:601-8. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00217-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00217-5/fulltext). doi: 10.1016/S2215-0366(15)00217-5.
53. Reich MR. Political economy of non-communicable diseases: from unconventional to essential. *Health Systems & Reform*. 2019;5(3):250-6. doi: 10.1080.23288604.2019.1609872.
54. Lasswell HD. *Politics; who gets what, when, how*. New York, London: McGraw-Hill Book; 1936.
55. Wijitakorn N, Chaladsuk A, Guorrod P, Apiwatthanakul P, Thanadka K. Estimating health expenditures in the next fifteen years. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2018.
56. ThaiPost. Bhumjaithai confirms California model 'Freedom Cannabis Cultivation,' Be milliannaire, get half million baht per year for just cultivating six cannabis plants. [Internet]. Bangkok, Thailand: ThaiPost. [accessed 2019 Feb 12]. Available from: <https://www.thaipost.net/main/detail/28900>. (in Thai)
57. Thairat Online. Seriously, Bhumjaithai advocates for freedom cannabis: people plant, the government buys [Internet]. Bangkok, Thailand: Thairat Online. [accessed 2019 Feb 17]. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/politic/1498248>. (in Thai)
58. Centers for Disease Control and Prevention. What is health literacy? [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2021. [accessed 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.
59. Kessomboon P. A proposal proposed to Paliament for making the most benefit from cannabis for Thai people. A supporting document presented to the parliamentary commission on cannabis, hemp, and kratom [internet]. Khon Kaen, Thailand: Faculty of Medicine, Khon Kaen University. [accessed 2020 Nov 14]. Available from: <https://thaicam.go.th/wp-content/uploads/2020/07/ปิดพงษ์-ข้อเสนอต่อรัฐสภา-เพื่อให้กัญชามี-1.pdf>. (in Thai)
60. Kessomboon P. Medical cannabis for family medicine. *PCFM*. 2020;3(1):13-20. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/download/228052/166640/>.
61. BBC News Thai. Cannabis: Reopen the Bhumjaithai's cannabis policy again After His Highness Anutin Charnvirakul was appointed Minister of Public Health [Internet]. [accessed 2019 Jul 13]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-48973471>. (in Thai)



ภาคผนวก: คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

ก. แนวคำถามสัมภาษณ์กรณีผู้กำหนดนโยบาย

- 1) ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง?
- 2) ท่านมองระบบกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตอย่างไรบ้าง? (ด้านอุปทาน [ปลูก / แปรรูป / นำเข้า / จำหน่าย], ด้านผู้ให้บริการ [กี่หน่วยบริการ? ครอบคลุมระดับใดบ้าง? ฯลฯ], ด้านผู้ป่วย [ครอบคลุมโรคใดบ้าง? ผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียนหรือไม่? ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ (30 บาท) หรือไม่? ฯลฯ])
- 3) มีคำถามเชิงนโยบายอะไรบ้างที่ต้องการคำตอบ? (กรณีต้องการปฏิบัติดำเนินระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพ หรือ กรณีต้องการพัฒนาระบบกัญชาทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น)
- 4) ภาพในฝันของท่านเกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไรบ้าง?
- 5) ท่านต้องการให้มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุง/พัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อะไร/อย่างไรบ้างหรือไม่?
- 6) ท่านมีความคิดเห็นต่อตลาดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง? (แผนไทย, แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน, นอกกระบ)

ข. แนวคำถามสัมภาษณ์กรณีผู้ให้บริการกัญชาทางการแพทย์

- 1) ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง?
- 2) ในการทำหน้าที่ของท่าน มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างหรือไม่/อย่างไรที่ท่านอยากให้ภาครัฐปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง/พัฒนาให้ระบบบริการดียิ่งขึ้น?
- 3) ภาพในฝันของท่านเกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไรบ้าง?
- 4) ท่านต้องการให้มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุง/พัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อะไร/อย่างไรบ้างหรือไม่?
- 5) ท่านมีความคิดเห็นต่อตลาดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง?

ค. แนวคำถามสัมภาษณ์กรณีผู้ป่วย

- 1) ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง?
- 2) ในการรับบริการกัญชาทางการแพทย์ของท่าน มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างหรือไม่/อย่างไรที่ท่านอยากให้ภาครัฐปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง/พัฒนาให้ระบบบริการดียิ่งขึ้น?
- 3) ภาพในฝันของท่านเกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไรบ้าง?
- 4) ท่านต้องการให้มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุง/พัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อะไร/อย่างไรบ้างหรือไม่?
- 5) ท่านมีความคิดเห็นต่อตลาดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง? (แผนไทย, แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน, นอกกระบ)

ง. แนวคำถามสนทนากลุ่มกรณีผู้ให้บริการ

- 1) ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง?
- 2) ในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของท่าน มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างหรือไม่/อย่างไรที่ท่านอยากให้ภาครัฐปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง/พัฒนาให้ระบบบริการดียิ่งขึ้น?
- 3) ภาพในฝันของท่านเกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไรบ้าง?

- 4) ท่านต้องการให้มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุง/พัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อะไร/อย่างไรบ้างหรือไม่?
- 5) ท่านมีความคิดเห็นต่อตลาดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง? (แผนไทย, แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน, นอกกระบบ)

จ. แนวคำถามสนทนากลุ่มกรณีผู้ป่วย

- 1) ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง?
- 2) ในการรับบริการกัญชาทางการแพทย์ของท่าน มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างหรือไม่/อย่างไรที่ท่านอยากให้ภาครัฐปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง/พัฒนาให้ระบบบริการดียิ่งขึ้น?
- 3) ภาพในฝันของท่านเกี่ยวกับระบบกัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไรบ้าง?
- 4) ท่านต้องการให้มีการเพิ่มเติม/ปรับปรุง/พัฒนานโยบายกัญชาทางการแพทย์อะไร/อย่างไรบ้างหรือไม่?
- 5) ท่านมีความคิดเห็นต่อตลาดกัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไรบ้าง? (แผนไทย, แผนปัจจุบัน, แพทย์พื้นบ้าน, นอกกระบบ)