

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โดย

นายสุเทพ เพชรมาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562 - 2563

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของ นายสุเทพ เพชรหมาก เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62 ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช 2562 -2563

พลโท

(พิสิทธิ์ ปฐมเอม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
ผู้วิจัย นายสุเทพ เพชรมาก **หลักสูตร** วปอ. รุ่นที่ 62

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. ศึกษาแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3. พัฒนารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยขอบเขตของการวิจัยเน้นศึกษาการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งได้ดำเนินการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 แห่ง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษารวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 8 คน ผู้ปฏิบัติงานคลินิกกัญชา 24 คน และผู้ป่วยที่ใช้บริการคลินิกกัญชา 24 คน **ผลการวิจัยพบว่า** บุคลากรทางการแพทย์และทีมมีความมุ่งมั่นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม จำนวน 842 คน ในภาพรวมของเขตมีการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการทั้งเขตสุขภาพ ยังมีข้อจำกัดมีข้อมูลหน่วยบริการคลินิกกัญชาฯ ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 6 เพียงร้อยละ 27.39 มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ 1,121 ราย ในอนาคตผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยากัญชาได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีโรงพยาบาลอีก 53 แห่งกำลังเตรียมเปิดดำเนินการ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 สำหรับรูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่พบในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยใช้รูปแบบการแพทย์ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ซึ่งในระยะต่อไปอาจพัฒนาในลักษณะ One Stop Service ในการให้บริการ ทั้งนี้จากการศึกษาเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมประกอบด้วย 1. สถานพยาบาลและบุคลากรได้รับอนุญาตถูกต้อง โรงพยาบาลได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทีมสหวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการมีบุคลากรและอุปกรณ์เพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย 2. กระบวนการให้บริการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้บริการมีระบบคัดกรองผู้ป่วยมีการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพการรักษา 3. ยาที่นำมาจ่ายให้ผู้ป่วยมีการผลิตที่มีคุณภาพ **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** 1. การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ควรบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งการให้บริการและการผลิตยา 2. ควรศึกษาวิจัยเชิงลึกการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 3. ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนถึงการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

Abstract

Title : The Development of Medical Cannabis Clinics in Hospitals under Ministry of Public Health

Field : Social – Psychology

Name : Mr. Sutep Petchmark

Course NDC **Class** 62

The Objectives of This Research are 1. To Explore The Situation, Problems and Obstacles in The Use of Medical Cannabis, 2. To Study Medical Cannabis Clinics (MCC) in Hospitals Under Ministry of Public Health (MOPH) and 3. To Suggest the Appropriate Model of MCC under MOPH. The Scope of this Research was Focused in MCC in 8 Provincial Hospitals Under Regional Health Office 6. A Mixed-Model Methods (Combination of Qualitative and Quantitative Approach) was Conducted. Secondary Documents Related to Medical Cannabis Services and Interview of 56 People Consisting of 8 Representatives of Executive Board in Each Hospital, 24 Health Providers and 24 Patients from Medical Cannabis Clinics were Performed. It was Found that Health Professionals had High Attempt to Provide Services in Order to Improve Accessibility of Service Users. In The Health Region, Eight Hundreds and Forty-Two Health Professionals were Trained in Cannabis Courses. Though, all Eight Provincial Hospitals were Provided Services But Coverage of Services was Still Limited as Only 27.39% of All Health Settings in The Region Provided Medical Cannabis and Number of Service Users Were Only 1,121. However, There Would be More Patients Accessing to The Services Because There are More 53 Hospitals Preparing to Open The Clinics. In Patient Side, Approximately 95.80% of Them Rated Themselves Satisfied to Strongly Satisfied with Average Score of 4.54 and Standard Deviation of 0.884 The Pattern of Services in All Hospitals was The Integration of Western and Thai Traditional Medicine. One Stop Service will be Developed in The Future. In Conclusion, The Appropriate Model Should Be Consisted of 3 Components 1. Health Setting and Professionals are Well Trained and Authorized to Provide Services 2. Safety is The First Priority in Provision of Services by Establishment of Monitoring Protocol to Ensure Safety and Efficacy of Medical Preparations 3. Qualified Medical Products are prescribed in The Clinics. Policy Recommendation 1. Cooperation Between Government and Private Sectors Throughout Value Chain of The Products Should be done in Order to Drive This Policy Forward 2. Comprehensive Research Should be Conducted to Improve Trust of Both Service Providers and Users 3. Health Literacy on Medical Cannabis Should be Developed Urgently.

คำนำ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการวิจัยเพื่อประกอบการศึกษาหลักสูตร วปอ. ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมถึงศึกษารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ผู้วิจัยเห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาเป็นช่วงระยะเริ่มดำเนินการมีปัญหา ยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างทั่วถึงอาจส่งผลต่อการจัดบริการให้แก่ประชาชน ภายใต้รูปแบบการจัดบริการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแบบการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลไปใช้ในพัฒนาการจัดบริการภายใต้บริบทที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติในระยะต่อไป

(นายสุเทพ เพชรมาก)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการวิจัยเพื่อประกอบการศึกษาหลักสูตร วปอ. ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษการพัฒนาแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พลตรี เทพชาตรี ผึ้งสระ และ พันเอกหญิง จิราพร ชั้นประดับ ที่ปรึกษาหลัก และ นาวาอากาศเอก ศราวุธ ฤทธาคนานนท์ ผู้อำนวยการกองวิชาที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องให้การจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผศ.ดร.นพ.ภูติพิ เตชาติวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน และรศ.ดร.สมบูรณ์ ศิริสรธริธีญ รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ รศ.ดร.นพ.นันทวัช สิริธีรภัฏ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านโครงสร้างเนื้อหาภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความชัดเจนและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขอขอบคุณที่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนประชาชนที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

(นายสุเทพ เพชรมาก)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ข้อจำกัดของการวิจัย	10
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	10
คำจำกัดความ	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐) และแผนการปฏิรูปประเทศ	12
แนวคิดคุณประโยชน์และโทษของกัญชาตลอดจนการนำผลิตภัณฑ์กัญชา	
มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์	24
แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อการรักษาโรคชนิดต่างๆ	
ที่ได้ผลดี	30
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพ	42
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา	46
นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และคลินิกกัญชา	70
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	86
กรอบแนวคิดของการวิจัย	90
สรุป	91

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 การวิเคราะห์นโยบายยุทธศาสตร์การดำเนินงานคลินิกกัญชา	
ในโรงพยาบาลของเขตสุขภาพที่ 6	92
สถานการณ์พืชสมุนไพรกัญชาในประเทศไทย	92
นโยบายที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ	94
ผลกระทบของนโยบายกัญชาด้านสาธารณสุข (Public Health Impact)	96
สภาพทั่วไปในการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัด	
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	97
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	100
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	101
ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข	102
ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข	103
ข้อมูลพื้นฐานสถานะสุขภาพและสภาพปัญหาของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6	104
ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 6	114
ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข	117
สรุป	118
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล	119
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง	119
ส่วนที่ 2 ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานคลินิกกัญชาในพื้นที่	
เขตสุขภาพที่ 6	122
ส่วนที่ 3 การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา	129
สรุป	135
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	136
สรุป	136
ข้อเสนอแนะ	138
บรรณานุกรม	140
ภาคผนวก	143
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนาารูปแบบคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล	144
ภาคผนวก ข แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการ	
คลินิกกัญชา	147
ประวัติย่อผู้วิจัย	152

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1-1	แสดงกลุ่มตัวอย่างการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชา ในโรงพยาบาล	6
2-1	แสดงบัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย 16 ตำรับ	58
2-2	แสดงบทบาทหน้าที่ของทีมนสหวิชาชีพของคลินิกกัญชาทางการแพทย์	78
3-1	การแบ่งเขตปกครองจำแนกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562	105
3-2	จำนวนประชากร หลังคาเรือนและความหนาแน่นของประชากร จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6	106
3-3	จำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ 6 ที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2562	107
3-4	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP)	108
3-5	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมและแรงงาน	108
3-6	การจัดระดับบริการสุขภาพของหน่วยบริการตาม Service Plan	110
3-7	จำนวนสถานพยาบาลเขตสุขภาพที่ 6	111
3-8	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนเขตสุขภาพที่ 6	112
3-9	แสดงสัดส่วนของแพทย์ และเตียง ต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 6	113
3-10	สถิติด้านการรักษาพยาบาล : จำนวนประชากร จำแนกรายสถิติ การรักษาพยาบาล รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562	114
3-11	แสดงผลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6	115
3-12	แสดงผลบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในเขตสุขภาพที่ 6	117
4-1	ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและจำนวนยาที่กัญชาที่ใช้แต่ละจังหวัด	120
4-2	บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในเขตสุขภาพที่ 6	121
4-3	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ	130
4-4	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจ ของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา	131
4-5	แสดงความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์	133
4-6	ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ	134

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2-1	องค์ประกอบคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)	72
2-2	แสดงขั้นตอนการรับบริการและแนวทางการพิจารณาสั่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) C- Register แนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยสารสกัดกัญชา และการส่งต่อระบบสาธารณสุข	74
2-3	แสดงขั้นตอนการให้บริการการดูแลรักษาที่ได้รับตำแน่งไทยที่มีกัญชาปรุงผสม อยู่ในสถานบริการสุขภาพ	80
2-4	แสดงขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ	81
2-5	แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	50

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (Bioactive Compounds) มากกว่า 400 ชนิด สารที่พบมากที่สุดเป็นสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (Delta-9 Tetrahydrocannabinol : THC) และแคนนาบิไดอัล (Cannabidiol : CBD) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งกระตุ้น ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมนโดยผ่านระบบ Endocannabinoid ของร่างกาย กัญชามีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชีย แต่สามารถปลูกได้ทุกประเทศทั่วโลก ตั้งแต่สมัยโบราณใช้กัญชาเป็นยา มีการบันทึกไว้ในตำราอายุรเวทของชนเผ่าต่าง ๆ มานานกว่า 3,000 ปี กัญชาใช้เป็น ส่วนประกอบอาหาร เครื่องเทศ ยาและเส้นใยกัญชาใช้เป็นสมุนไพรพื้นบ้าน หลายศตวรรษก่อน ถูกห้ามใช้ในคริสต์ทศวรรษ 1930 (พ.ศ.2473) ประเทศไทยตรากฎหมายเรื่องนี้เป็นพระราชบัญญัติ กัญชา พ.ศ.2477 ห้ามปลูกห้ามนำเข้า ห้ามเสพ ห้ามใช้ ไม่ให้ซื้อขายจำหน่าย แต่อนุญาตให้เฉพาะ บุคคลเพื่อรักษาโรคได้ ต่อมาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้กำหนดให้กัญชาเป็น ยาเสพติดให้โทษประเภท 5

ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บางโรคมีข้อมูลของการรักษาที่ชัดเจนว่ามีประโยชน์และอีกหลายโรคยังรอผลสรุปจากงานวิจัย การดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ ความต้องการในการรักษาด้วยกัญชาที่เกิดขึ้นในประชาชนคนไทย เพราะมีข้อจำกัดและปัญหาด้านกฎหมายและด้านอื่นๆ จึงนำมาสู่การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้

ในแผนการปฏิรูปประเทศ 11 ด้าน มีข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข 11 ประเด็น ข้อ 4 การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562 และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งอยู่ระหว่างนำเสนอพิจารณา ปัจจุบันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังขาดการดูแล คุ้มครองอย่างจริงจังทำให้ถูกฉกฉวยและละเมิดสิทธิ์จากการหายาใหม่ของต่างชาติ จึงมีความจำเป็นที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพและมาตรฐาน ให้บริการคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างความสามารถ ในการแข่งขัน ข้อ 4.2.2 อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร อาศัยความเชี่ยวชาญด้านบริการการแพทย์ของไทยเพื่อสร้างอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศเพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุ และความต้องการการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนำไปสู่ศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ โดยการพัฒนาอุตสาหกรรม

และบริการการแพทย์ครอบคลุมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ การผลิตอวัยวะเทียม การผลิตเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ การผลิตเภสัชภัณฑ์ซึ่งรวมถึงชีวเภสัชภัณฑ์ และการให้บริการการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องรวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนไทย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริการการแพทย์เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ยกระดับการให้บริการการแพทย์อย่างมีคุณภาพในระดับสากล และสร้างความมั่นคงให้กับระบบสาธารณสุขของไทย พร้อมทั้งการเชื่อมโยง อุตสาหกรรมทางการแพทย์และบริการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมและดูแลสุขภาพและรักษาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วันที่ 24 มีนาคม 2562 พระกฤษฎีกาไทยประกาศนโยบายกัญชาเสรี มุ่งแก้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ให้กัญชาเป็นพืชสมุนไพร ใช้รักษาโรค และเป็นพืชเศรษฐกิจตัวใหม่สร้างความร่ำรวยให้คนไทย ได้นำเสนอรูปแบบการปลูกกัญชา ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้ผู้ที่ต้องการจะปลูกกัญชา มาขึ้นลงทะเบียนก่อนการอนุญาตให้ปลูก ต่อมารัฐบาลชุดใหม่โดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 มีนโยบายเร่งด่วน 12 เรื่อง ในข้อ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรมต่อยอดภูมิปัญญาและความรู้ของปราชญ์ชาวบ้านในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์เกษตรแปรรูป รวมทั้งเร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้ กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์อื่นๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชนโดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุมเพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 26 แห่ง เมื่อเดือนกันยายน 2562 เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และแพทย์แผนไทย 13 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสกัดน้ำมันกัญชา และยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดได้แก่ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้วได้เข้าโครงการเริ่มแรก 2 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีและโรงพยาบาลระยอง ต่อมาในเดือนตุลาคมเขตสุขภาพที่ 6 ได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบ ทั้ง 8 จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง รวม 8 โรงพยาบาล

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระยะเริ่มดำเนินการมีปัญหา ยังไม่สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ทั่วถึง การใช้ยากัญชายังเป็นจำนวนน้อย บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมแล้ว บางส่วนภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งการบริการและงานเอกสารจำนวนมาก การวางระบบการรวบรวมข้อมูลติดตามการรักษาเพื่อสร้างความรู้เชิงประจักษ์และการวิจัยต่างๆ การจะพัฒนาต่อไปจึงควรได้ทบทวนศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ถึงการดำเนินงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเพื่อพัฒนาศูนย์กัญชาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลรักษาโรคได้สำเร็จไม่เกิดมีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ศึกษารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. พัฒนารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและทำการเก็บข้อมูลจากประชากรที่เกี่ยวข้องในการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อให้ได้ข้อสรุปแนวทางเพื่อการนำไปดำเนินการต่อไป

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 รวมถึงประชาชน ผู้รับบริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 6 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแบบเฉพาะเจาะจงใน 8 จังหวัดและกำหนดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 56 คน ดังนี้

2.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดละ 4 คน ดังนี้ ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด แห่งละ 1 คน รวม 8 คน ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด แห่งละ 3 คน จำนวน 8 จังหวัด รวม 24 คน แบ่งออกเป็น แพทย์ประจำคลินิกกัญชา 1 คน พยาบาลประจำคลินิกกัญชา 1 คน และเภสัชกรประจำคลินิกกัญชา 1 คน

2.2 ประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดจากการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า มีประชาชนผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาโดยใช้สารสกัดกัญชาทางกายแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 247 ราย ซึ่งแบ่งเป็น ประชาชนผู้รับบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งสิ้น 86 ราย (แหล่งที่มีข้อมูลจากรายงานสรุปตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563)

3. ขอบเขตด้านเวลา

ในการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เวลาในการรวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานและประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชา ในห้วงระยะเวลาประมาณ 10 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาดังกล่าวพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาจากตำราและเอกสารต่างๆ และข้อมูลปฐมภูมิ โดยการสัมภาษณ์ประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาในเขตสุขภาพที่ 6 และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนผู้รับบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6 ได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 6 รวมถึงประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 และกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงในพื้นที่จังหวัด 8 จังหวัด และกำหนดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 56 คน ดังนี้

1.1.1 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดละ 4 คน ดังนี้ ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 1 คน รวม 8 คน ผู้ปฏิบัติงานให้บริการคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 3 คน จำนวน 8 จังหวัด รวม 24 คน แบ่งออกเป็น แพทย์ประจำคลินิกกัญชา 1 คน พยาบาลประจำคลินิกกัญชา 1 คน และเภสัชกรประจำคลินิกกัญชา 1 คน

1.1.2 ประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดจากการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า มีประชาชนผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาโดยใช้สารสกัดกัญชาทางกัญแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 247 ราย ซึ่งแบ่งเป็นประชาชนผู้รับบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้งสิ้น 86 ราย (แหล่งที่มีข้อมูลจากรายงานสรุปตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.2.1 จังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 2 ราย

1.1.2.2 จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 2 ราย

1.1.2.3 จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 6 ราย

1.1.2.4 จังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด จำนวน 25 ราย

1.1.2.5 จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน

6 ราย

1.1.2.6 จังหวัดระยอง โรงพยาบาลระยอง จำนวน 39 ราย

1.1.2.7 จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

จำนวน 6 ราย

1.1.2.8 จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 0 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล การวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้ โรงพยาบาลประจำจังหวัด หมายถึง 1. จังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ 2. จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลพุทธโสธร 3. จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี 4. จังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด 5. จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 6. จังหวัดระยอง โรงพยาบาลระยอง 7. จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 8. จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า รวมจำนวน 8 แห่ง

1.2.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดละ 4 คน ดังนี้ ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 1 คน รวม 8 คน และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 3 คน จำนวน 8 จังหวัด รวม 24 คน แบ่งออกเป็น แพทย์ประจำคลินิกกัญชา 1 คน พยาบาลประจำคลินิกกัญชา 1 คน และเภสัชกรประจำคลินิกกัญชา 1 คน

1.2.2 กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ ในพื้นที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 24 ราย

ตารางที่ 1 – 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

ลำดับ	การศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล				
	วิธีการ	ผู้ให้ข้อมูล		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
		ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา
1	สัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด	ผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด	8 คน	24 คน (จำนวน 3 คนต่อ 1 คลินิกได้แก่แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกกัญชา 1, พยาบาล 1 คน , เภสัชกร 1 คน)
2	แบบประเมินความพึงพอใจ	ประชาชนผู้รับบริการ ในพื้นที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 แห่ง จำนวน 24 ราย (28 % ของจำนวนประชาชนผู้รับบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้งหมด)		24 ราย	

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument of Research)

การศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ดำเนินการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาตำราและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกกัญชา มีการพัฒนาเครื่องมือจากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและรูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลเป็นหลักในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดประเด็นและขอบเขตของคำถาม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ 1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล และ 2. แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ชื่อ-สกุล, ตำแหน่ง,เบอร์โทรศัพท์, หน่วยงาน, วัน เดือน ปีที่ให้ข้อมูล และประเด็นคำถามกึ่งโครงสร้างจำนวน 8 ข้อ ดังนี้

ประเด็นคำถามที่ 1 โปรดอธิบายการเตรียมความพร้อมรองรับการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชาในพื้นที่ของท่าน (ประกาศนโยบาย 2 กันยายน 2562) ในประเด็นการเตรียมการ, โครงสร้างอัตรากำลัง, ระบบการจัดบริการ และสนับสนุน,การจัดสรร

ทรัพยากร, ระบบบริหารจัดการ, องค์ความรู้, การพัฒนาบุคลากร และการสร้างความเข้าใจกับประชาชน

ประเด็นคำถามที่ 2 โปรดอธิบายกระบวนการและผลการดำเนินงาน การให้บริการคลินิกกัญชาในรอบ 6 เดือน (ตั้งแต่กันยายน 2562 ถึงเมษายน 2563) ในประเด็น กระบวนการดำเนินงาน, โครงสร้างอัตรากำลัง, ระบบการจัดบริการ, การจัดสรรทรัพยากร, องค์ความรู้, การพัฒนาบุคลากร และการสร้างความเข้าใจกับประชาชน

ประเด็นคำถามที่ 3 โปรดอธิบายรูปแบบคลินิกกัญชาในหน่วยงานของท่านเหมือนหรือต่างจากรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างไรและรูปแบบของคลินิกกัญชาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ควรเป็นอย่างไร

ประเด็นคำถามที่ 4 ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชามีปัจจัยใดบ้างจึงอธิบายพร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข

ประเด็นคำถามที่ 5 ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาประสบความสำเร็จอะไรบ้างจึงอธิบาย

ประเด็นคำถามที่ 6 ท่านคิดว่าการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ประเด็นคำถามที่ 7 ท่านคิดว่ากฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสม เพียงพอต่อการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ หรือไม่อย่างไรโปรดอธิบาย

ประเด็นคำถามที่ 8 ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆ อย่างไรโปรดอธิบาย

แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการ การดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชา เป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิดและแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชาเนื้อหา 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชา ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของให้ข้อมูลประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพ, ผู้ที่มาใช้บริการรักษาในคลินิกกัญชาในครั้งนี้

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านเวลาการให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านความพึงใจในภาพรวม

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 3.1 ท่านคิดว่านโยบายคลินิกกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประโยชน์ต่อการรักษาแก่ตัวท่าน 3.2 ท่านคิดว่าผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาปัญหาสุขภาพของท่าน 3.3 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยยาที่มีส่วนผสมสารจากสกัดกัญชาช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยได้ 3.4 ท่านคิดว่าสารสกัดกัญชามีความปลอดภัยในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย 3.5 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาควรนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยทุกคน

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ ประกอบด้วย 4.1 ด้านขั้นตอนการให้บริการ 4.2 ด้านบุคลากรที่ให้บริการ 4.3 ด้านเวลาการให้บริการ 4.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4.5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

1.3.2 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1.4 การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1. ผศ.ดร.นพ.ภูดิท เตชาติวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน 2. รศ.ดร.สมบุญ ศรีศิริทรัพย์ รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 3. รศ.ดร.นพ.นันทวิช สิริธิรักษ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ด้านโครงสร้างเนื้อหาภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ พร้อมทั้ง ปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความชัดเจนและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้มีความเที่ยงตรงมากขึ้น โดยหาค่าดัชนีความพ้องระหว่างข้อคำถามนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งค่า IOC (Index of item-Objective Congruence) ในแบบสอบถามมีค่ามากกว่า 0.5 ทุกข้อ

$$\text{สูตร } \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การกำหนดคะแนนของผู้เชี่ยวชาญจะเป็น +1 หรือ 0 หรือ -1 ดังนี้ โดยมีความหมายดังนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระบุไว้จริง

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ระบุไว้

-1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้ไม่วัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ระบุไว้

ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

1.5 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทำการทดลอง (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient; α) ของ Cronbach สำหรับผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.947 ซึ่งมากกว่า 0.7 แสดงว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการรายงาน การประชุม สัมมนาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของเอกสารข้อเสนอการปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ รายงานการวิจัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องและจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 แห่ง โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 8 แห่ง

1.7.2 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ

โดยศึกษาจากข้อมูลที่ได้รับจาก 1. คำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกคลินิกกัญชาสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดและ 2. แบบสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา

1.7.3 ข้อมูลจากกลุ่มบุคคล ดำเนินการดังนี้

1.7.3.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ใช้วิธีการสัมภาษณ์สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Dept Interview) ตามแนวคำถามการวิจัยเพื่อตอบโจทย์การวิจัยในประเด็นที่กำหนด

1.7.3.2 กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ ใช้การเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการโครงการตามนโยบายคลินิกกัญชา และข้อมูลเอกสารศึกษาข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 6 ที่ได้จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน และเอกสารนำเสนอผู้ศึกษา

เกณฑ์การให้คะแนน

พึงพอใจมากที่สุด	= 5 คะแนน
พึงพอใจ	= 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	= 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย	= 2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	= 1 คะแนน

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลผล ซึ่งผลจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544 : 29)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

ดังนั้น เกณฑ์เฉลี่ยระดับความพึงพอใจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการโครงการตามนโยบายคลินิกกัญชา สามารถกำหนดได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีระดับความสำคัญมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีระดับความสำคัญมาก
2.61 – 3.40	มีระดับความสำคัญปานกลาง
1.81 – 2.60	มีระดับความสำคัญน้อย
1.00 – 1.80	มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด

1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พร้อมทั้งวิเคราะห์ ผลดำเนินงานของคลินิกกัญชาทั้งในด้านปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการ ด้านความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Safety) ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วย (Effectiveness) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงการรักษา (Equity) และการนำเสนอข้อมูลรูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

1.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window 17.0 เพื่อประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชาการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่ามัธยฐานเลขคณิต (Arithmetic Mean) มัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ข้อจำกัดของการวิจัย

รูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างไรก็ตามต้องมีการรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ต้องมีการพัฒนา เช่น ประเพณีและความพอเพียงของสารสกัดกัญชา และการพัฒนากับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในต่างพื้นที่

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ทำให้ทราบรูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ทำให้สามารถพัฒนารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คำจำกัดความ

กัญชาทางการแพทย์	หมายถึง	สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชาเพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆ ของพืช กัญชา อาทียอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
ผลิตภัณฑ์กัญชา	หมายถึง	รูปแบบหรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ดสเปรย์พ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนัก และอื่นๆ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำองค์ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) และแผนการปฏิรูปประเทศ
2. แนวคิดคุณประโยชน์และโทษของกัญชาตลอดจนการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์
3. แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อการรักษาโรคชนิดต่างๆ ที่ได้ผลดี
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพ
5. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา
6. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และคลินิกกัญชา
7. เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย
9. สรุป

แนวคิดยุทธศาสตร์ชาติ 20ปี (พ.ศ.2561-2580) และแผนการปฏิรูปประเทศ

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 บัญญัติให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2560 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการ ยุทธศาสตร์ชาติเพื่อรับผิดชอบในการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561 เห็นชอบร่างยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2561 ที่ประชุมได้ลงมติให้ความเห็นชอบร่างยุทธศาสตร์ชาติ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ใช้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 - 2580)

ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) ซึ่งประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2561 เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่งยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนา

ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคนโดยมีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2561 : 1-9)

สำหรับการพัฒนาประเทศไทย นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ได้ส่งผลให้ประเทศมีการพัฒนาในทุกมิติทั้งในด้านเศรษฐกิจที่ประเทศไทยได้รับการยกระดับเป็นประเทศในกลุ่มบนของกลุ่มประเทศระดับรายได้ปานกลาง ในด้านสังคมที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งผลให้ประเทศไทยหลุดพ้นจากการเป็นประเทศยากจน และในด้านสิ่งแวดล้อมที่ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบในความหลากหลายเชิงนิเวศอย่างไรก็ตาม ประเทศไทย ยังมีความท้าทายต่อการพัฒนาที่สำคัญ อาทิอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจในปี 2560 ที่ร้อยละ 3.9 ถือว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าศักยภาพเมื่อเทียบกับร้อยละ 6.0 ต่อปี ในช่วงเวลาเกือบ 6 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีสาเหตุหลักจากการชะลอตัวของการลงทุนภายในประเทศและสถานการณ์เศรษฐกิจโลกที่ยังไม่ฟื้นตัวได้เต็มที่ โครงสร้างเศรษฐกิจไทยที่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ภาคบริการและภาคเกษตรมีผลผลิตการผลิตในระดับต่ำ ขาดการนำเทคโนโลยีเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต ประกอบกับแรงงานไทยยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพและสมรรถนะที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการในการขับเคลื่อนการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560 : 2)

นอกจากนั้น ศักยภาพและคุณภาพของประชากรไทยทุกช่วงวัยยังคงเป็นปัจจัยท้าทายสำคัญต่อการพัฒนาประเทศแม้ว่าการเข้าถึงระบบบริการสาธารณะ การศึกษา บริการสาธารณสุข โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ และการคุ้มครองทางสังคมอื่นๆ ของคนไทยมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการที่มีมาตรฐานแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประเทศไทยยังคงมีปัญหาความเหลื่อมล้ำในหลายมิติ ขณะที่ปัญหาด้านความยากจนยังคงเป็นประเด็นท้าทายในการยกระดับการพัฒนาประเทศให้ประชาชนมีรายได้สูงขึ้น และแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำอย่างยั่งยืนขณะเดียวกันการวางกลยุทธ์ระยะยาวในการฟื้นฟูการใช้และการรักษาทรัพยากรอย่างบูรณาการเพื่อการพัฒนาประเทศที่ผ่านมายังขาดความชัดเจน ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศยังมีปัญหาการใช้อย่างสิ้นเปลืองและเสื่อมโทรมลงอย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ การพัฒนาประเทศขาดความต่อเนื่องและความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของประชาชน ขณะที่ความมั่นคงภายในประเทศยังมีหลายประเด็นที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งลดความขัดแย้งทางความคิดและอุดมการณ์ที่มีรากฐานมาจากความเหลื่อมล้ำ ความไม่เสมอภาค การขาดความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรมและปัญหาการขาดเสถียรภาพทางการเมือง ตลอดจนส่งเสริมคนในชาติให้ยึดมั่นสถาบันหลักเป็นศูนย์รวมจิตใจให้เกิดความรัก ความสามัคคี

ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน และวัยเด็กที่ลดลงและประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประเทศในมิติต่างๆ มีความท้าทายมากขึ้น ทั้งในส่วนของเสถียรภาพทางการเงินการคลังของประเทศในการจัดสวัสดิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น การลงทุนและการออม การเจริญเติบโต

ทางเศรษฐกิจของประเทศ ความมั่นคงทางสังคม การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นประเด็นท้าทายต่อการขับเคลื่อนประเทศไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้วโดยมีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม โดยการประเมินผลการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติประกอบด้วย

1. ความอยู่ดีมีสุขของคนไทยและสังคมไทย
2. ชีตความสามารถในการแข่งขัน การพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้
3. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ
4. ความเท่าเทียมและความเสมอภาคของสังคม
5. ความหลากหลายทางชีวภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม และความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติ

6. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการเข้าถึงการให้บริการของภาครัฐ

เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และเป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้น จึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาวที่จะทำให้ประเทศไทยมีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตยมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในและภายนอกประเทศในทุกมิติทุกรูปแบบและทุกระดับ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการของประเทศได้รับการพัฒนายกระดับไปสู่การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการสร้างมูลค่าเพิ่มและพัฒนาเทคโนโลยีที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจใหม่ที่จะสร้างและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ เพื่อยกระดับฐานรายได้ของประชาชนในภาพรวมและกระจายผลประโยชน์ไปสู่ภาคส่วนต่างๆได้อย่างเหมาะสม คนไทยได้รับการพัฒนาให้เป็นคนดี เก่ง มีวินัย คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมและมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ สามารถ “รู้ รับ ปรับใช้” เทคโนโลยีใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐาน ระบบสวัสดิการ และกระบวนการยุติธรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

การพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาของยุทธศาสตร์ชาติ จะมุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบ “ประชารัฐ” โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุล และพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐโดยแต่ละยุทธศาสตร์มีเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา ดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เน้นการบริหารจัดการสถานะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคงปลอดภัย เอกอกราช อธิปไตยและมีความสงบเรียบร้อยในทุกกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ สังคม ชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาคน เครื่องมือ เทคโนโลยี และระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับภัยคุกคามและภัยพิบัติได้ทุกรูปแบบ และทุกระดับความรุนแรง ควบคู่ไปกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความมั่นคงที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ใช้กลไกการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการทั้งกับส่วนราชการ ภาคเอกชน ประชาสังคม และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านและมิตรประเทศทั่วโลก บนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล เพื่อเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อการดำเนินการของยุทธศาสตร์ชาติด้านอื่นๆ ให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามทิศทางและเป้าหมายที่กำหนด

1.2 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มีเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติบนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1. ต่อยอดอดีต โดยมองกลับไปที่รากเหง้าทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และจุดเด่นทางทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย รวมทั้งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศในด้านอื่นๆ นำมาประยุกต์ผสมผสานกับเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่ 2. ปรับปัจจุบันเพื่อปูทางสู่อนาคตผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศในมิติต่างๆ ทั้งโครงข่ายระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและดิจิทัลและการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคต และ 3. สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการ พัฒนาคู่มือใหม่ รวมถึงปรับรูปแบบธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตลาด ผสมผสานกับยุทธศาสตร์ที่รองรับอนาคต บนพื้นฐานของการต่อยอดอดีตและปรับปัจจุบันพร้อมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐให้ประเทศไทยสามารถสร้างฐานรายได้และการจ้างงานใหม่ขยายโอกาสทางการค้าและการลงทุนในเวทีโลก ควบคู่ไปกับการยกระดับรายได้และการกินดีอยู่ดี รวมถึงการเพิ่มขึ้นของคนชั้นกลางและลดความเหลื่อมล้ำของคนในประเทศได้ในคราวเดียวกัน

1.3 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจสติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มียัสน์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่สามและอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตสู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรม นวัตกรรม นักคิด ผู้ประกอบการ เกษตรกร ยุคใหม่และอื่นๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง

1.4 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคมชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดิน

ในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเองและการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อม ให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุดโดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

1.5 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ และความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายในและภายนอกประเทศอย่างบูรณาการใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงาน และการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในแบบทางตรงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเป็นการดำเนินการบนพื้นฐานการเติบโตร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต โดยให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุลทั้ง 3 ด้าน อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนเพื่อคนรุ่นต่อไปอย่างแท้จริง

1.6 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อปรับเปลี่ยนภาครัฐที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยภาครัฐต้องมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ แยกแยะบทบาทหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการกำกับหรือในการให้บริการในระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขัน มีสมรรถนะสูง ยึดหลักธรรมาภิบาล ปรับวัฒนธรรมการทำงานให้มุ่งผลสัมฤทธิ์และผลประโยชน์ส่วนรวม มีความทันสมัย และพร้อมที่จะปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างคุ้มค่าและปฏิบัติงานเทียบได้กับมาตรฐานสากล รวมทั้งมีลักษณะเปิดกว้างเชื่อมโยงถึงกันและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส โดยทุกภาคส่วนในสังคมต้องร่วมกันปลูกฝังค่านิยม ความซื่อสัตย์สุจริต ความมั่งคั่ง และสร้างจิตสำนึกในการปฏิเสธไม่ยอมรับการทุจริตประพฤติมิชอบอย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้กฎหมายต้องมีความชัดเจน มีเพียงเท่าที่จำเป็น มีความทันสมัย มีความเป็นสากลมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและเอื้อต่อการพัฒนา โดยกระบวนการยุติธรรมมีการบริหารที่มีประสิทธิภาพเป็นธรรมไม่เลือกปฏิบัติ และการอำนวยความสะดวกตามหลักนิติธรรม

สำหรับประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ตามประเด็นการวิจัย การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้แก่ ประเด็นด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ประกอบด้วยประเด็นย่อยทั้งสิ้น 5 ประเด็นสำคัญดังนี้ 4.1 การเกษตรสร้างมูลค่า 4.2 อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต 4.3 สร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว 4.4 โครงสร้างพื้นฐาน เชื่อมไทย เชื่อมโลก 4.5 พัฒนาเศรษฐกิจบนพื้นฐานผู้ประกอบการยุคใหม่ การดำเนินการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ข้อ 4.2 อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคตโดยมีสาระสำคัญดังนี้อุตสาหกรรม

และบริการแห่งอนาคต อุตสาหกรรมและบริการไทย ต้องพร้อมรับมือและสร้างโอกาสจากความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 ที่มาจากผลของการหล่อหลอมเทคโนโลยีดิจิทัล เทคโนโลยีชีวภาพและเทคโนโลยีทางกายภาพเข้าด้วยกันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างและลึกซึ้งทั้งระบบอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพื้นฐานโครงสร้างอุตสาหกรรมและบริการ โดยสร้างอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคตที่ขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ประเทศพัฒนาแล้วด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีแห่งอนาคตเพิ่มบุคลากรที่มีทักษะและความรู้ตามความต้องการของตลาด สร้างระบบนิเวศอุตสาหกรรมและบริการที่เหมาะสมและสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอย่างยั่งยืน ซึ่งภายใต้การดำเนินการขับเคลื่อน การดำเนินงานในประเด็นยุทธศาสตร์ ข้อ 4.2 มีประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นข้อ 4.2.2 อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจรอาศัยความเชี่ยวชาญด้านบริการการแพทย์ของไทย เพื่อสร้างอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศเพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุ และความต้องการการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำไปสู่ศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ โดยการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครอบคลุมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ การผลิตอวัยวะเทียม การผลิตเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ การผลิตเภสัชภัณฑ์ซึ่งรวมถึงชีวเภสัชภัณฑ์ และการให้บริการการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและการส่งเสริมการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนไทยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในบริการการแพทย์ เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ยกระดับการให้บริการการแพทย์อย่างมีคุณภาพในระดับสากลและสร้างความมั่นคงให้กับระบบสาธารณสุขของไทยพร้อมทั้งการเชื่อมโยงอุตสาหกรรมทางการแพทย์และบริการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมและดูแลสุขภาพและรักษาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กล่าวได้ว่าในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายในการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความสามารถทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง อาทิ ปัจจัยด้านความผันผวนของเศรษฐกิจโลก กฎ ระเบียบ ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขันทางการค้า ทักษะความสามารถของแรงงาน โครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย และเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วที่ส่งผลให้ภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และภาคบริการต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค รูปแบบการค้าที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย การพัฒนาของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคที่ทำให้เกิดการลงทุนจากนักลงทุนต่างประเทศมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคต อาทิ เศรษฐกิจโลก โครงสร้างประชากร เทคโนโลยีจะทำให้ประเทศไทยเผชิญความท้าทายมากขึ้นในการเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศในระยะต่อไป

การพัฒนาประเทศตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจำเป็นต้องปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจทั้งระบบเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและส่งผลให้เกิดการยกระดับรายได้ และในขณะเดียวกันการพัฒนาดังกล่าวจะต้องส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำลดลง ดังนั้น การพัฒนาประเทศในระยะต่อไปจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องสร้างเครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ ที่จะช่วยยกระดับการพัฒนา

ประเทศไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการพัฒนาในช่วง 20 ปีข้างหน้า จะมุ่งเน้นการวิจัย พัฒนานวัตกรรม และนำเทคโนโลยีใหม่มาปรับใช้และต่อยอดภาคการผลิตและบริการในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มผลิตภาพ และสร้างมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งการปรับโครงสร้างภาคการผลิตและบริการในปัจจุบันไปสู่ภาคการผลิตและบริการใหม่ที่มีศักยภาพ การพัฒนารูปแบบการค้าให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป การส่งเสริมให้เกิดสังคมผู้ประกอบการ การพัฒนาทักษะและความสามารถของแรงงาน

เพื่อยกระดับการพัฒนาประเทศให้เป็นประเทศที่มีรายได้สูงได้อย่างประสบความสำเร็จใน 20 ปี ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการขยายตัวและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีขีดความสามารถทางการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นในเวทีสากล ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้าง ความสามารถในการแข่งขันสำหรับประเทศไทย จึงได้มุ่งพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1. “ต่อยอดอดีต” โดยมองกลับไปที่รากเหง้าทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และจุดเด่นทางทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย รวมทั้งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศ ในด้านอื่น ๆ นำมาประยุกต์ผสมผสานกับเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท ของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่ 2. “ปรับปัจจุบัน” เพื่อปูทางสู่อนาคต ผ่านการพัฒนาโครงสร้าง พื้นฐานของประเทศในมิติต่าง ๆ ทั้งโครงข่ายระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและดิจิทัลและการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคต และ 3. “สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการพัฒนาคนรุ่นใหม่ รวมถึงปรับโมเดลธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตลาดผสมผสานกับยุทธศาสตร์ที่รองรับ อนาคต บนพื้นฐานของการต่อยอดอดีตและปรับปัจจุบัน พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุน จากภาครัฐ จะทำให้ประเทศไทยสามารถสร้างฐานรายได้และการจ้างงานใหม่ขยายโอกาสทางการค้า และการลงทุนในเวทีโลกควบคู่ไปกับการยกระดับรายได้และการกินดีอยู่ดีรวมถึงการเพิ่มขึ้นของ คนชั้นกลางในประเทศได้ในคราวเดียวกัน

ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันจึงกำหนดแนวทาง การพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคตที่สามารถสร้าง มูลค่าเพิ่มได้ทั้งในภาคเกษตร อุตสาหกรรมและบริการและการท่องเที่ยว โดยให้ประเทศสามารถ ยกระดับการผลิตทางการเกษตรเพื่อสร้างมูลค่าให้สูงขึ้นขณะที่มีอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต ที่จะเป็นกลไกขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ประเทศพัฒนาแล้วด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีแห่งอนาคต รวมทั้งรักษาการเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวระดับโลกในขณะเดียวกันจำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยสนับสนุนต่างๆทั้งในส่วนของโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพในด้านโครงข่าย คมนาคมพื้นที่และเมือง รวมถึงเทคโนโลยี และโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดต้นทุนในการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ เงินทุน บุคลากร และเชื่อมโยง ประเทศไทยกับประชาคมโลก และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสู่อนาคตโดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการได้แก่ 1. ประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วเศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพ และยั่งยืน 2. ประเทศไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงขึ้นและกำหนดตัวชี้วัดตามประเด็น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 4 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1. รายได้ประชาชาติ การขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวม ภายในประเทศและการกระจายรายได้ 2. ผลิตภาพการผลิตของประเทศทั้งในปัจจัยการผลิตและ แรงงาน 3. การลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา 4. ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

2. แผนการปฏิรูปประเทศ

สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเพื่อเป็นเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนาประเทศประกอบกับมาตรา 257 และมาตรา 259 กำหนดให้ทำการปฏิรูปประเทศเพื่อวางรากฐานการพัฒนาไปสู่ประเทศที่มีความสามัคคีปรองดองมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและมีความสมดุลประชาชนในสังคมมีโอกาสทัดเทียมกัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

ทั้งนี้รัฐธรรมนูญกำหนดให้เริ่มดำเนินการปฏิรูปในด้านต่างๆ ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญและที่จะกำหนดเพิ่มเติมภายในหนึ่งปีนับแต่วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญ โดยจะต้องดำเนินการปฏิรูปอย่างต่อเนื่องในช่วงห้าปีข้างหน้าโดยแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปจำนวน 11 คณะที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560 ได้แก่

1. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านการเมือง
2. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน
3. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านกฎหมาย
4. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านกระบวนการยุติธรรม
5. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านเศรษฐกิจ
6. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
7. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
8. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ
9. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม
10. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านพลังงาน
11. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

โดยการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศ พ.ศ.2560 มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562 : 2-59)

ภาพรวมจุดเน้นของการดำเนินการภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศนั้น คณะกรรมการปฏิรูปประเทศในแต่ละด้านได้นำร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 – 2579) รวมทั้งรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ สภาปฏิรูปแห่งชาติ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ คณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินตามกรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดองมาประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศ โดยดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศจะก่อให้เกิดประโยชน์ในภาพรวมของประเทศสรุปได้ดังนี้

1. ประเทศไทยมีฐานทรัพยากรรองรับการใช้ประโยชน์อย่างสมดุลในเชิงสังคมและเชิงเศรษฐกิจในการพัฒนาประเทศในระยะยาวการปฏิรูปประเทศในระยะ 5 ปี ข้างหน้าจะปรับโครงสร้างการบริหารจัดการ ปรับปรุงกฎหมายและการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการของหน่วยงานต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาการเสื่อมโทรมและฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ อาทิ ป่าไม้ สัตว์ป่า ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำและสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นให้เกิดการฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ สำหรับเป็นฐานทรัพยากรรองรับการพัฒนาในระยะยาวทั้งในเชิงสังคมและเชิงเศรษฐกิจ นอกจากนี้จะเน้นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างสมดุล มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม ประชาชน

และชุมชนในพื้นที่ต่างๆ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่ตนเองเพื่อการใช้ประโยชน์ในชุมชน ควบคู่ไปกับการอนุรักษ์ทรัพยากรภายใต้กรอบกฎหมาย

2. ประชาชนมีสวัสดิการของรัฐที่เหมาะสม มีโอกาสในการสร้างอาชีพและได้รับความเป็นธรรมในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และกระบวนการยุติธรรมแผนการปฏิรูปประเทศจะนำไปสู่การสร้างสวัสดิการที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อเป็นหลักประกันและสร้างความมั่นคงในการดำเนินชีวิตในช่วงวัยต่างๆ และส่งเสริมการออมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ประชาชน สามารถเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม มีการช่วยเหลือทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบภาษีและการถือครองทรัพย์สิน เพื่อให้เกิดการกระจายรายได้อย่างเป็นธรรมมากขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยประชาชนจะได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิประชาชนในพื้นที่ห่างไกลจะได้รับบริการทางการแพทย์ในระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อการวินิจฉัยโรคขั้นต้น และมีสวัสดิการพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อสร้างความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

การดำเนินงานในระยะต่อไปข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ จะเชื่อมโยงกันเพื่อให้การบริการในระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและชุมชนที่เคยมีข้อจำกัดขาดโอกาสในอาชีพและรายได้จะได้รับความเป็นธรรมในการประกอบอาชีพ มีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นและได้รับความช่วยเหลือในการสร้างอาชีพและรายได้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น ผ่านกลไกสถาบันการเงินชุมชนธนาคารที่ดิน และการลงทุนในวิสาหกิจชุมชน (Social Enterprise) ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชนร่วมกันกับภาคเอกชนมีการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถบริหารจัดการข้อมูลต่างๆ ภายในพื้นที่ เพื่อพัฒนาชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว ภาครัฐจะจัดทำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยให้ชุมชนสามารถนำสินค้าชุมชนเข้าสู่ตลาดพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งจะสร้างโอกาสในการสร้างรายได้

รวมทั้ง พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนการจัดทำนโยบาย และมาตรการช่วยเหลือทางสังคมที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นการปฏิรูปในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะทำให้ประชาชนเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้เท่าเทียมกันประชาชนสามารถแจ้งความต่างท้องที่ได้ทั่วประเทศ ระยะเวลาการทำงานทุกขั้นตอนในกระบวนการยุติธรรมมีความชัดเจนและสามารถตรวจสอบความคืบหน้าได้มีมาตรการลงโทษที่เหมาะสมกับฐานะผู้กระทำผิด มีการให้ความช่วยเหลือประชาชนทางกฎหมาย ผู้มีรายได้น้อยจะไม่ถูกขังเพราะไม่มีหลักทรัพย์มาวางเป็นประกัน นอกจากนี้ ในระยะต่อไปแผนการปฏิรูปได้กำหนดให้มีระบบยุติธรรมชุมชนที่จะช่วยให้เกิดระบบการไกล่เกลี่ยในระดับพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดจำนวนคดีที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมประชาชน และชุมชนจะมีพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น ประชาชนจะได้รับรู้ความเข้าใจเรื่องการปกครองในระบอบประชาธิปไตยที่มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ผ่านการศึกษาในโรงเรียน หน่วยงานด้านสื่อสารมวลชนของภาครัฐและภาคเอกชนจะมีการกำกับดูแลกันเองเพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

3. ยกระดับภาคเกษตร อุตสาหกรรม บริการ และการวิจัยพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งลดอุปสรรคในการดำเนินธุรกิจ เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศในระยะยาว อุตสาหกรรมหลักของประเทศ ได้แก่ อุตสาหกรรมเกษตร อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการ และอุตสาหกรรมอาหารจะได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต รวมทั้งการสร้างฐานอุตสาหกรรมใหม่ที่เป็นการต่อยอดจากฐานอุตสาหกรรมเดิม อาทิ อุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ อุตสาหกรรมดิจิทัล อุตสาหกรรมสุขภาพ เป็นต้น โดยในช่วง 5 ปีข้างหน้าแผนการปฏิรูปนอกจากจะเน้นการสร้างฐานอุตสาหกรรมภายในประเทศให้แข็งแกร่งขึ้น จะมุ่งเน้นการสร้างเชื่อมโยงการผลิตและขยายตลาดในภูมิภาคเพื่อให้ประเทศไทยเป็นฐานในการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานของภูมิภาค (Regional Supply Chain) ซึ่งผู้ประกอบการไทยทุกระดับจะได้ประโยชน์จากการเข้าสู่ตลาดที่กว้างมากขึ้นทั้งในส่วนของประเทศเพื่อนบ้านและประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้

นอกจากนี้ อุตสาหกรรมพลังงานที่เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบเศรษฐกิจ จะมีการปรับโครงสร้างเพื่อสร้างการแข่งขันในธุรกิจก๊าซและไฟฟ้ามากขึ้นในขณะที่ยังคงมีเน้นการสร้างความมั่นคงด้านพลังงานของประเทศ การเตรียมความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับเทคโนโลยี ด้านพลังงานทดแทนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การกำกับดูแลด้านพลังงานจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชน ชุมชน ภาคธุรกิจ และภาคอุตสาหกรรมจะมีค่าใช้จ่ายด้านพลังงานในระดับที่เหมาะสม และมีทางเลือกในการผลิตพลังงานเพื่อใช้เอง (Self-Consumption) และในระยะยาวสามารถสร้างรายได้จากการขายไฟฟ้าส่วนที่เกินจากการใช้งานเพื่อสร้างรายได้ ระบบการวิจัยและนวัตกรรมของประเทศจะได้รับการปรับปรุงให้สามารถตอบโจทย์ความต้องการของประเทศและสามารถใช้งานได้จริง

นอกจากการปฏิรูปโครงสร้างการผลิต การตลาด และการวิจัยนวัตกรรมแล้ว แผนการปฏิรูปจะเน้นการทบทวนกฎหมายที่ล้าสมัยและเป็นอุปสรรค รวมทั้งสร้างภาระต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนและการทำธุรกิจของภาคเอกชน ในระยะต่อไปการขออนุมัติ อนุญาต จากภาครัฐในการดำเนินธุรกิจจะมีความสะดวกรวดเร็วมขึ้น การใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐลดลง ประชาชนและภาคธุรกิจสามารถยื่นคำร้องต่างๆ ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสะดวกรวดเร็ว มีระยะเวลาการพิจารณาอนุมัติ/อนุญาตที่ชัดเจนสามารถติดตามและตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน

4. การบริหารจัดการภาครัฐมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชน การปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินจะทำให้ประชาชนสามารถได้รับบริการจากรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นข้อมูลต่างๆ ของหน่วยงานภาครัฐจะเชื่อมโยงเข้าด้วยกันเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนที่หลากหลาย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลและความช่วยเหลือจากภาครัฐทั้งในกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน โดยไม่สร้างภาระให้แก่ประชาชนเกินความจำเป็น กระบวนการขออนุมัติ/อนุญาตจะได้รับการปรับปรุงเข้าสู่การจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จผ่านช่องทางดิจิทัลและศูนย์บริการร่วมเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการประชาชน ทั้งนี้ในช่วง 5 ปีข้างหน้าการบริหารจัดการภาครัฐจะเข้าสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Government) โดยนอกจากจะมีระบบแพลตฟอร์มการให้บริการพื้นฐาน (Service Platform) สำหรับการให้บริการประชาชนแล้วจะมีการพัฒนาศูนย์ข้อมูลกลางภาครัฐ (Government Data

Analytic Centre) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และจัดทำนโยบายการพัฒนาที่เหมาะสมทั้งในระดับภาคพื้นที่และชุมชน

2.3 ประเด็นการปฏิรูปที่สำคัญภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศ มีประเด็นขับเคลื่อนการปฏิรูปที่สำคัญ โดยสรุปใน 6 มิติ ดังนี้

2.3.1 การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม การขับเคลื่อนการปฏิรูปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำจะดำเนินการผ่านแผนการปฏิรูปประเทศ 4 ด้านหลัก ได้แก่ แผนการปฏิรูปประเทศด้านเศรษฐกิจ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม แผนการปฏิรูปประเทศด้านกฎหมายและแผนการปฏิรูปด้านการสาธารณสุข โดยจัดให้มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการเสนอมาตรการที่เหมาะสมรวมถึงการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวินิจฉัยโรคขั้นต้นสามารถดำเนินการได้ผ่านคลินิกหมอครอบครัว และระบบการแพทย์ทางไกล การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพของตนได้ เมื่อต้องการและภาครัฐสามารถบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3.2 การพัฒนาเศรษฐกิจ การปฏิรูปเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศจะเป็นการพัฒนาเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ระดับผู้ประกอบการขนาดใหญ่และเชื่อมโยงการผลิตของไทยกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเพื่อให้ประเทศไทยเป็นฐานการผลิตสำคัญของห่วงโซ่การผลิตในภูมิภาค รวมทั้งการส่งเสริมธุรกิจ Start Up การพัฒนาพื้นที่ในภูมิภาคและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ การสร้างนวัตกรรมโดยสร้างระบบกลาง (Single Platform) เชื่อมโยงเครือข่ายการส่งเสริมผลิตภาพมาตรฐานและนวัตกรรมการจัดทำระบบวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data Analytic) ทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรม การปรับโครงสร้างการบริหารจัดการด้านพลังงานของประเทศ การขับเคลื่อนการปฏิรูปเศรษฐกิจในระดับชุมชน เชื่อมโยงการผลิตของชุมชนสู่ตลาดผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นกลไกในการสร้างงานและรายได้ภายในชุมชนและการจัดตั้งกองทุน Social Investment Fund เพื่อสนับสนุนการสร้างสังคมผู้ประกอบการสำหรับการพัฒนา ในระดับผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) และธุรกิจ Start Up ให้สามารถแข่งขันได้ และการปฏิรูปกฎหมายเพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศจะมุ่งเน้นการปรับปรุงกฎหมาย การปรับปรุงโครงสร้างภาษีและมาตรการส่งเสริมเพื่อสนับสนุนธุรกิจ SMEs รวมถึงการจัดการพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่สำหรับการเกษตรเพื่อให้เกิดการทำการเกษตรในพื้นที่ที่เหมาะสมและเป็นระบบ

2.3.3 การสร้างสังคมและชุมชนที่เข้มแข็ง การสร้างสังคมและชุมชนที่เข้มแข็งจะขับเคลื่อนการดำเนินการตั้งแต่ระดับบุคคลถึงระดับชุมชนโดยมุ่งเน้นให้คนในชุมชนทุกกลุ่ม มีความมั่นคงด้านอาชีพ รายได้มีหลักประกันทางรายได้ในวัยเกษียณที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสม รวมทั้งสถาบันทางสังคมสามารถแบ่งเบาภาระการลงทุนทางสังคมของรัฐบาลผ่านการออมสวัสดิการ การลงทุนเพื่อสังคมในการดำเนินการปฏิรูปโดยมุ่งเน้นให้คนไทยมีสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้างนำซ่อมมีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมไปสู่การมีจิตสาธารณะภาคีรัฐกระจายอำนาจการบริหารจัดการในท้องถิ่นมากขึ้น โดยเฉพาะการให้องค์กรท้องถิ่นจัดเก็บข้อมูลและบริหารข้อมูลของชุมชน บูรณาการข้อมูลสารสนเทศ ด้านสังคมกับทุกหน่วยงานและเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ ยังเน้นให้สังคม เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ยอมรับในความแตกต่างและมีความเอื้ออาทรกันผ่านกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การรับรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม

2.3.4 การฟื้นฟูและการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ดำเนินการใน 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. ทรัพยากรทางบก 2. ทรัพยากรน้ำ 3. ทรัพยากรทางทะเล และชายฝั่ง 4. ความหลากหลายทางชีวภาพ 5. สิ่งแวดล้อม 6. ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟู อนุรักษ์ เพื่อสร้างฐานทรัพยากรของประเทศในระยะยาวควบคู่ไปกับการใช้ประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และชุมชน โดยปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐให้มีความเป็นเอกภาพ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม ลดปัญหาข้อขัดแย้งในการใช้ประโยชน์ของชุมชน และเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองและฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติอย่างเป็นระบบการดำเนินการภายใต้แผนการปฏิรูปประเทศจะครอบคลุม การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนรวมทั้งการพัฒนาระบบยุติธรรม ด้านสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ขั้นการสอบสวน การรับข้อพิพาท การพิจารณาคดีและการบังคับคดีเพื่อสร้าง การเข้าถึงระบบยุติธรรมด้านสิ่งแวดล้อมและเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ

2.3.5 การสร้างประสิทธิภาพและความโปร่งใสในกระบวนการทำงานของ

ภาครัฐ การปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐจะมุ่งเน้นการยกระดับการบริหารจัดการที่มุ่งสู่การ เป็นรัฐบาลดิจิทัล สามารถให้บริการประชาชนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และลดภาระของประชาชนในการรับบริการจากภาครัฐ ทั้งในด้านเอกสารการชำระค่าธรรมเนียม และการอนุมัติ/อนุญาต การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างภาครัฐ การปฏิรูปโครงสร้างการบริหาร จัดการภาครัฐให้มีความกระชับรัดทั้งในระดับส่วนราชการและระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้น การบริหารเชิงพื้นที่การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นการวางแผนกำลังคนและนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม มาใช้ในการบริหารจัดการเพื่อให้กำลังคนภาครัฐอยู่ในระดับที่เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ สังคมผู้สูงอายุและฐานะการคลัง รวมทั้งพัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจที่สามารถดึงดูดผู้มีความสามารถ สูงเข้าสู่ระบบราชการการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐจะครอบคลุมถึงการปฏิรูปหน่วยงาน ด้านเศรษฐกิจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล การดำเนินงานด้านเศรษฐกิจของประเทศ ปรับปรุงระบบคัสตสรรผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงานสำคัญ พัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อการกำหนดนโยบายมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม ทั้งในระดับภาพรวมและระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น นอกจากนี้มุ่งเน้นการสร้างธรรมาภิบาลเพื่อป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่รัฐให้เหลือเท่าที่จำเป็นกำหนดวิธีการ ยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์และส่งเสริมการสร้างจิตสำนึกของบุคลากรภาครัฐและประชาชน ที่จะไม่อดทนต่อการทุจริต

2.3.6 การพัฒนากฎหมายและกระบวนการยุติธรรม การปฏิรูปกฎหมายจะมุ่งเน้นการปรับปรุงหรือยกเลิกกฎหมายที่ล้าสมัยและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะกฎหมายที่สร้างภาระให้แก่ประชาชนรวมถึงการปรับปรุงกฎหมายเพื่อสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งจะเชื่อมโยงการดำเนินการกับประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการพัฒนาเศรษฐกิจ การดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ทบทวนกฎหมายที่ล้าสมัยหรือสร้างภาระให้แก่ประชาชน แผนการปฏิรูปประเทศกำหนดให้มีการตรากฎหมายเท่าที่จำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดกลไกในการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการสร้างกลไกส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนสำหรับการปฏิรูปด้านกระบวนการยุติธรรม เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานที่เน้นการอำนวยความสะดวกที่สะดวกรวดเร็วแก่ประชาชนและกำหนดระยะเวลาการทำงานทุกขั้นตอนที่ชัดเจนจัดทำระบบการพิจารณาคดีทางปกครองที่ประชาชนสามารถเข้าถึงความยุติธรรมทางปกครองได้อย่างสะดวกรวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย การสร้างกลไกให้องค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือประชาชนสามารถฟ้องคดีแทนผู้เสียหายในคดีที่มีผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ และจัดทำระบบผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

กล่าวได้ว่าแนวคิดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนการปฏิรูปประเทศแผนการปฏิรูปประเทศ ทั้ง 11 ด้าน ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2561 มีข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข 11 ประเด็น โดยข้อ 4 “การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ซึ่งประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2561 ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ข้อ 4.2.2 อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร อาศัยความเชี่ยวชาญด้านบริการการแพทย์ของไทยเพื่อสร้างอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศเพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุฯลฯ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานตามนโยบายตามยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศโดยได้ดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 26 แห่ง เมื่อเดือนกันยายน 2562 เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และแพทย์แผนไทย 13 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสกัดน้ำมันกัญชาและยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกระดับได้เข้าถึงบริการที่ทั่วถึงและเป็นธรรม

แนวคิดคุณประโยชน์และโทษของกัญชาตลอดจนการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

1. ความหมายของกัญชา

กัญชา ความหมาย ของยาเสพติดประเภทกัญชา กัญชาเป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้าขึ้นได้ง่ายในเขตร้อน ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉกคล้ายใบมันสำปะหลังที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะๆ ออกดอกเป็นช่อเล็กๆ

ตามง่ามของกิ่งและก้าน ส่วนคนที่นำมาเสพได้แก่ส่วนของกิ่ง ก้าน ใบ และยอดช่อดอกกัญชา โดยนำมาตากหรืออบแห้งแล้ว บดหรือหั่นให้เป็นผงหยาบๆ จากนั้นจึงนำมาอัดใส่บุหรี่สูบหรืออาจสูบด้วยกล้องหรือบ้องกัญชาบ้างก็ใช้เคี้ยวหรือผสมลงในอาหารรับประทาน ปัจจุบันรูปแบบของกัญชาที่พบบนนอกจากจะพบวนลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่งเป็นก้อนแล้ว ยังพบในรูปของน้ำมันกัญชา (Hashish Oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลตามเข็มหรือสีดำได้จากการนำกัญชามาผ่านกระบวนการสกัดหลายๆ ครั้ง จึงได้เป็นน้ำมันกัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึง 20-60% หรืออาจพบในลักษณะของยางกัญชา (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบและยอดช่อดอกกัญชา ซึ่งโดยทั่วไปจะมีฤทธิ์มากกว่ากัญชาสดและมีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประมาณ 4-8% กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษที่ออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กดและหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่อยู่ในกัญชามีหลายชนิด แต่สารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol) หรือ THC ที่มีอยู่มากในส่วนช่อดอกกัญชา สาร THC นี้ในเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูด หัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายเมาเหล้าอ่อนๆ เชื่องซึม และง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ (นางสาวเนาวรัตน์ บุตรลักษณ์, 2550 : 20)

คณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายสายพันธุ์กัญชา ดังนี้ กัญชา เป็นพืชสกุล Cannabis อยู่ในวงศ์ Cannabaceae มี 3 สายพันธุ์ที่พบบ่อย ได้แก่ สายพันธุ์ซาติวา (Cannabis sativa) สายพันธุ์อินดิกา (Cannabis Indica) และสายพันธุ์เรอเดอราลิส (Cannabis Ruderalis) ส่วนคำว่ามาลิฮวนา (Marijuana) เป็นคำแสลงที่ใช้ส่วนดอกของต้นกัญชานำมาสูบ

2. แนวคิดคุณประโยชน์และโทษของกัญชา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมาน จากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใด ทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยดังกล่าวที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานและรอรับบริการในสถานพยาบาล ด้วยความหวังเชื่อมั่นในการแพทย์ของประเทศไทย

ดังนั้น สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ จึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทรมานแก่ผู้ป่วยได้โดยกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทย ได้ร่วมกันพัฒนาทำการวิจัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและองค์ความรู้ แพทย์แผนไทยร่วมกันอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลิตภัณฑ์และแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเสริมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ เพื่อลดความแออัดการรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาลและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล มอบนโยบายเร่งด่วน เพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นมาตรการเร่งด่วนโดยโรงพยาบาลนำร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่งทั่วประเทศ ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้บริการแบบแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่งและการแพทย์ทางเลือกและแผนไทย 13 แห่ง โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานดังนี้ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562 : 4- 12)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ กัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีมากกว่า 450 ชนิด โดยมากกว่า 60 ชนิด เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) มีองค์ประกอบหลัก คือ Delta-9-Tetrahydrocannabinol(THC) และสารชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน เช่น Cannabinol (CBN), Cannabidiol (CBD), Cannabichrome (CBC), Cannabigerol (CBG) เป็นต้นจากข้อมูลการศึกษามากที่สุดและเกี่ยวข้องกับประโยชน์หรือโทษของกัญชาที่นำมาสกัดเป็นสารออกฤทธิ์เชื่อว่าDelta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) มีคุณสมบัติในการรักษาโรค สารสกัด CBD มีฤทธิ์ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นประโยชน์ ได้แก่ มีฤทธิ์ต้านการชัก ต้านการอักเสบ กระตุ้นความอยากอาหาร แก้ปวด กำจัดความกระวนกระวาย และทำให้นอนหลับเมื่อให้ CBD ร่วมกับ THC สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ของ THC ได้ สารสกัด THC ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่งผลเฉียบพลันให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกสนุกแต่มีอาการข้างเคียงด้านลบต่อจิตประสาท ได้แก่ กระวนกระวาย ซึมเศร้า มีความบกพร่องในสมาธิ ความจำและการเรียนรู้ ตลอดจนการทำงานของระบบเคลื่อนไหวและการพูดและการใช้ศัพท์ มีผลต่อการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ประโยชน์สารสกัด THC จากกัญชามีผลต่อผู้ป่วยมะเร็ง และมีผลการวิจัยสนับสนุน คือ ฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยพบว่า สาร THC ต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่ายาแก้คลื่นไส้อาเจียนหลายชนิด

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัยจึงเร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์ เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษาทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชน โดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุม เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ทั้งนี้การใช้กัญชาก่อให้เกิดอันตรายทั้งในส่วนบุคคลและสังคม โดยผลกระทบที่สำคัญ คืออาจก่อให้เกิดโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและระบบทางเดินหายใจทั้งนี้ สามารถลดอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาได้โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติ ของกัญชา และผลกระทบทางลบที่จะตามมา รวมถึงการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ที่ใช้กัญชาในแง่ของการรักษา ห้ามการใช้ ในเด็กและเยาวชนและผู้ขับขี่ยานพาหนะและการพัฒนาแนวทางการใช้อื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเผาไหม้ เป็นต้น ยังคงต้องห้ามการเสพเพื่อความบันเทิง นันทนาการ เนื่องจากนโยบายฉบับนี้

เป็นการผ่อนปรนให้ใช้พืชเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้นหากเป็นกรณีที่ใช้เพื่อความบันเทิงในทางที่ผิดกฎหมายฉบับนี้ยังคง ควบคุมรับผิดชอบตามฐานความผิดต่อไป

คณะกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ให้คำจำกัดความของกัญชาในเอกสารของกรมการแพทย์ กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น ผลิตภัณฑ์กัญชา หมายถึง รูปแบบ หรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ด เสพรีพ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนักและอื่นๆ Unapproved Products หมายถึง ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/2562 ได้แบ่งโรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ แบ่งตามน้ำหนักของข้อมูลได้เป็น 3 แบบ 1.ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ได้ประโยชน์ 2. ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์น่าจะได้ประโยชน์ (ในการควบคุมอาการ) 3.ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อาจได้ประโยชน์ (ในอนาคต)

2.1 คุณสมบัติของกัญชาทางการแพทย์ กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (Bioactive Compounds) มากกว่า 400 ชนิด พบมากที่สุดเป็นสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (Delta-9 Tetrahydrocannabinol:THC) และแคนนาบิไดอัล (Cannabidiol : CBD) ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันผ่านระบบ Endocannabinoid ของร่างกายมีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชีย แต่สามารถปลูกได้ทุกประเทศทั่วโลก กัญชาใช้เป็นยาตั้งแต่สมัยโบราณมีบันทึกในตำรายาของชนเผ่าต่างๆ มานานกว่า 3,000 ปี ประเทศไทยมีกฎหมายไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาในด้านนันทนาการแต่ให้ใช้กัญชาเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา 18 กุมภาพันธ์ 2562 ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหลายโรคไม่มีข้อมูลของการรักษาที่ชัดเจนต้องรอผลสรุปของงานวิจัยที่เชื่อถือได้ประโยชน์ของสารสกัดกัญชาจากการศึกษาแบ่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.1.1 ประโยชน์ในการรักษา มีข้อมูลสนับสนุนทางด้านวิชาการชัดเจน ได้แก่ การเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดอาการกล้ามเนื้อ หดเกร็ง ในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis หรือ MS) โรคลมชักที่รักษายากในเด็ก และโรคลมชักที่ดื้อยา ภาวะปวดปลายประสาทที่รักษาด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล กัญชาอาจมีประโยชน์ในการรักษา แต่ยังขาดข้อมูลจากงานวิจัยสนับสนุนที่ชัดเจนเพียงพอในประเด็นความปลอดภัยและประสิทธิผล ซึ่งต้องศึกษาวิจัยในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ก่อนนำมาศึกษาวิจัยในมนุษย์ เช่น ความจำเสื่อม (Dementia) และการรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ส่วนการที่พบว่าสารบริสุทธิ์ในกัญชาซึ่งทำเป็นสารสังเคราะห์ คือ Dronabinol อาจจะทำให้การนอนหลับดีขึ้นในคนไข้ที่มีการรบกวนการนอนจาก OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) แต่ยังมีข้อมูลน้อยมากและต้องการข้อมูลที่ศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยอีก ประกอบกับการใช้สารสกัดกัญชาที่ยังมีสารอื่นๆ ปะปนอยู่หลายชนิดจะทำให้เกิดผลเสียได้ในการนำกัญชามารักษาหรือบรรเทาอาการนี้ในผู้ป่วย

2.1.2 ประโยชน์ในการรักษาในการควบคุมอาการ ซึ่งควรมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนหรือวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นความปลอดภัยและประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการนำมาใช้ เช่น Fibromyalgia โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวลทั่วไปผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง มะเร็งระยะสุดท้าย เพิ่มการอยากอาหาร ลดการสูญเสียน้ำหนักในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ลดอาการตื่นเต้น (Improving Anxiety Symptom) ทดสอบโดยให้พูดในที่สาธารณะใน Social Anxiety Disorder ลดอาการของ PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)

2.2 โทษของกัญชา คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากาชาใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้อธิบายการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชาอาจทำให้เกิดการเสพติดได้ ดังนั้นกัญชามีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญมี 2 ชนิด ในกัญชาที่ออกฤทธิ์ต่างกัน คือ Δ 9-TetraHydrocannabinol (THC) และCannabidiol (CBD) โดย THC ทำให้ความจำเสื่อมทั้งระยะสั้นและยาว ตื่นเต้นเร้าใจง่ายและเกิดโรคจิตประสาท มีความหวาดระแวง โดยออกฤทธิ์กระตุ้นที่ Endocannabinoid1 (CB1) Receptors ฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหลายและ การเสพติดมักจะเกิดจากการได้สาร THC เข้าร่างกาย สาร THC ออกฤทธิ์ในระบบสมองหลายแห่งและขัดขวางการสื่อสารไฟฟ้าระหว่างเซลล์สมอง (วัดด้วยวิธี Functional Magnetic Resonance Imaging) โดยเฉพาะในส่วนที่เป็น Posterior Cingulate Cortex ที่ทำให้ผู้เสพรู้สึกมึนเมา ตัวเบาและร่างกายไม่ทำตามที่ตั้งใจ (Feeling Of Being Stoned and High)

นอกจากนี้ THC ยังยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์สมองโดยทำให้เกิด Pruning ของ Dendritic Spines และการฝ่อของ Dendritic Arborization ในวัยรุ่นเร็วกว่าปกติ และทำให้การสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาท ขัดข้อง จึงอาจจะทำให้เกิดโรคจิตประสาทได้ง่ายขึ้น ส่วน CBD ออกฤทธิ์ตรงข้ามกับ THC และให้ผลตรงกันข้ามเหมือนกับคอยต้านฤทธิ์ของ THC เช่น ต่อด้านการเกิดโรคจิตประสาท ความจำเสื่อมและลดความตื่นเต้นตกใจง่ายจากสาร THC สาร CBD ไม่ก่อให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์เมื่อใช้ในขนาดปกติและลด Cellular Reuptake และ Hydrolysis ของ Anandamide ยังออกฤทธิ์ต่อด้านการกระตุ้น Orphan Receptor GPR 55 และ 5-HT1A Receptor และ CB 1 Receptor

ทั้งนี้สาร CBD ไม่ทำให้เสพติด ไม่ทำให้เกิดอาการเมา ซึมหรือร่างกายไม่ทำตามที่ตั้งใจ อาจจะทำให้บางรายนอนหลับได้ เพิ่มความอยากอาหาร และมีอารมณ์ดี บรรเทาอาการของโรคหลายชนิดแต่ไม่ได้เกิดผลดีทุกราย และเป็นสารที่เซลล์ในระบบประสาทผลิตเองอยู่แล้ว ในการศึกษา CBD เพิ่มระดับ Endocannabinoid ในโรค Schizophrenia และทำให้อาการดีขึ้น ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ CBD พบได้บ้าง เช่น อูจาระร่วง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ตัวเบา และต้องระวังการได้ยาชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น Warfarin ยากลุ่ม Proton Pump Inhibitors เช่น Omeprazole และ Amitriptyline เพราะจะทำให้ฤทธิ์ของยาดังกล่าวอยู่นานขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น สารสกัดกัญชาที่มี CBD สูงจะเป็นทางเลือกในการใช้ทางการแพทย์และต่อด้านฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของ THC ได้เนื่องจากโครงสร้างของสาร THC มีรูปร่างและส่วนประกอบคล้ายกับสาร (Anandamide) ที่เซลล์สมองใช้ในการสื่อสารระหว่างเซลล์สมองในระบบประสาท เมื่อสาร THC เข้ามาในสมองตัวรับ Cannabinoid ที่ผิวเซลล์สมองจะจับกับสาร THC ได้และเซลล์สมองจะถูกกระตุ้นให้ทำงานเพี้ยนหรือผิดปกติ ทำให้การสื่อสารระหว่างเซลล์สมองที่ควบคุมหน้าที่

ต่างๆ ดังกล่าวเพี้ยนไปจากปกติและส่งผลให้เซลล์สมองทำงานผิดไปจากปกติได้มาก ยกตัวอย่าง เช่น เมื่อเสพสารสกัดกัญชา THC จะเข้าไปจับกับตัวรับ Cannabinoid ในส่วน Hippocampus และสมองส่วนหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับความจำและสายตา (Orbitofrontal Cortex) และรบกวนความสามารถในการคิดและเรียนรู้พร้อมกับ ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนได้ นอกจากนี้สาร THC ยังรบกวนการทรงตัวซึ่งควบคุมด้วย Cerebellum ทำให้การประสานงานการยืนหรือเดินอย่างสมดุลเสียไป และยังลดความเร็วของปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้วย จึงเป็นเหตุผลที่ใช้ห้ามผู้ที่เสพสารสกัดกัญชาขับรถ หรือทำให้ผู้นั้นไม่สามารถที่จะแข่งกีฬาได้ดีหรือไม่สามารถประสานการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้ดีเหมือนเดิมได้ ส่วนผู้ที่เสพในขนาดสูง จะเกิดภาวะโรคประสาทที่เกิดขึ้นแบบฉับพลัน เกิดภาพหลอนหรือประสาทหลอนและสูญเสียความรู้สึกเป็นตัวตนของตนเองได้ แต่เนื่องจากสาร THC ก็กระตุ้นสมองส่วนที่หลั่งสาร Dopamine และทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรืออยากมีพฤติกรรมที่ให้ความรู้สึกดีหรือสนุกสนาน เช่น จากการกินหรือการมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีระดับความรุนแรงมากกว่าการกระตุ้นตามธรรมชาติเพราะมีการหลั่งสาร Dopamine มากเกินไปทำให้เกิดความสนุกสนานมากเกินไปจนเกิดอาการเมาหรือเมาเคลิ้มที่เรียกว่า High ซึ่งเป็นการใช้เพื่อมุ่งเรื่องนั้นจนหาการที่ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กล่าวได้ว่ามีข้อมูลและรายงานการศึกษาระบุชัดว่า การให้กัญชาทางการแพทย์อาจทำให้เกิดการทนต่อยา (Tolerance) กล่าวคือ เกิดการชินกับยาต่อการใช้ซ้ำทำให้ต้องเพิ่มปริมาณ ทั้งนี้ข้อควรระวังการใช้สารเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา มีดังนี้ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562 : 19-20)

1. ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชาและสารประกอบอื่นในผลิตภัณฑ์กัญชา
2. หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์
3. ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC เด่นในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง
4. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้เกิดความดันเลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้เกิดความดันเลือดสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง
5. ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง
6. ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC เด่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรคจิต โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเภท
7. ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่งหากใช้เป็นประจำควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับขนาดยาตามที่ลดลงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา
8. กรณีได้รับการรักษาด้วยยากดประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่นๆ ต้องแจ้งแพทย์และหากต้องใช้ร่วมกับกัญชาต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

9. ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติดรวมถึงผู้มีประวัติติดยา

10. หากมีการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

11. อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล
กล่าวได้ว่า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาไม่รุนแรงจนถึงระดับที่มีความเสี่ยงสูงจนอาจถึงแก่ชีวิต ซึ่งอาการข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น ง่วงซึม เวียนศีรษะ วิดกกังวล สับสน ปากแห้ง คลื่นไส้ ความจำระยะสั้นบกพร่อง ภาวะเคลิ้มสุข ความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนบกพร่องการมองเห็นไม่ชัด ความดันโลหิตต่ำไม่มีสมาธิ ทักษะการเคลื่อนไหว บกพร่อง โรคจิตหวาดระแวง อาการทางจิต การขาดความกระตือรือร้น ซึมเศร้า กระสับกระส่าย และในกลุ่มผู้ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี สามารถเกิดปัญหาระยะยาวด้านสมาธิความจำการเรียนรู้ เป็นต้น

ความเสี่ยงประโยชน์และอันตรกิริยากับกัญชาทางการแพทย์โรครักษาตัวเมื่อผสมกันสามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เช่น Morphine Codeine Oxycodone, ยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น ยากลุ่ม Benzodiazepines, ยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Macrolides, Calcium Channel Blockers, Cyclosporine, Sildenafil, Antihistamines, Haloperidol, ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine, Escitalopram, Sertraline, ยากลุ่ม Statin เช่น Atorvastatin, Simvastatin อื่นๆ เช่น Warfarin เป็นต้น

กัญชาเมื่อใช้ร่วมกับยาเหล่านี้จะทำให้ระดับของกัญชาในร่างกายและฤทธิ์ของกัญชาเพิ่มสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ยาด้านไวรัส เช่น Ritonavir, ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น Erythromycin, ยาฆ่าเชื้อรา เช่น Ketoconazole, Itraconazole, อื่นๆ เช่น Diltiazem, Verapamil

แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อการรักษาโรคชนิดต่างๆ ที่ได้ผลดี

1. แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์และรูปแบบการเปิดเสรีกัญชาในต่างประเทศ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Light และคณะ, 2016 (อ้างอิงใน ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2561 : 82-85) กล่าวถึงการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชาในต่างประเทศ ซึ่งมีการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายและเกินกว่าขีดความสามารถของภาครัฐ ในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อควบคุมการใช้กัญชาในหลายๆ ประเทศด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความพยายามในหลายๆ ประเทศในการเปิดเสรีการใช้กัญชาซึ่งขอบเขตของการเปิดเสรีแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็มีความแตกต่างกันบางแห่งเปิดเสรีในการครอบครองและใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย (Recreational Use) บางแห่งอนุญาตให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมาย บางแห่งไม่ได้เปิดเสรีการใช้กัญชาแต่ลดโทษทางอาญา (Decriminalization) ในผู้ครอบครองหรือเสพกัญชา

ทั้งนี้เหตุผลของผู้ที่สนับสนุนการเปิดเสรีการใช้กัญชามีหลากหลายเช่น 1. เชื่อว่าการจับกุมหรือทำโทษผู้ที่เสพหรือครอบครองกัญชารุนแรงเกินกว่าเหตุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดที่ถูกกฎหมายอื่นๆ เช่น สุราหรือบุหรี่ และการลงโทษที่รุนแรงก็ไม่ได้เป็นการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นหรือผู้เสพน้าใหม่เข้าถึงกัญชา ซ้ำยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีการคอร์รัปชัน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐอีกด้วย 2. เชื่อว่าการเปิดเสรีการใช้กัญชาทำให้รัฐสามารถควบคุมผู้เสพได้มากขึ้นทำให้ลดการพึ่งพาการซื้อขาย กัญชาในตลาดมืด และทำให้ผู้เสพสามารถเสพกัญชาได้ อย่างปลอดภัย รวมถึงประหยัดงบประมาณของรัฐในการ ลงโทษหรือจับกุมผู้ใช้กัญชา 3. เชื่อว่าการเปิดเสรีการใช้กัญชาสามารถช่วย สร้างงานกระตุ้นเศรษฐกิจและทำให้รัฐมีรายได้จากการ เก็บภาษีมากขึ้นดังนี้

รัฐโคโลราโดของสหรัฐอเมริกาได้เปิดเสรีการใช้กัญชาในปีค.ศ.2014 ทำให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้แก่ เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ.2015 จำนวน 18,005 ตำแหน่งรวมงานที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกและขายกัญชาทำให้เศรษฐกิจเติบโตประมาณ 2.39 พันล้านดอลลาร์ และรัฐสามารถเก็บภาษีได้ 121 ล้านดอลลาร์ ซึ่งมากกว่าภาษีที่ได้จากคาสโนประมาณร้อยละ 14 ขณะที่ผู้ที่คัดค้านการเปิดเสรีการใช้กัญชาก็ได้ยกเหตุผลหลายประการขึ้นมาคัดค้าน เช่น 1. การเปิดเสรีการใช้กัญชาแม้กระทั่งการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาในทางการแพทย์ เช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาไว้ที่บ้านในปริมาณที่กำหนด ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการรั่วไหลของกัญชาสู่ตลาดมืด

รายงานของ Salomonsen-Sautel และคณะ (2012) ระบุว่ากว่าร้อยละ 74 ของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษารื่องการเสพติด กัญชาในสหรัฐอเมริกาได้เคยเข้าถึงกัญชาจากบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตให้ถือครองกัญชาเพื่อการรักษาในทางการแพทย์ 2. การเปิดเสรีกัญชาเพิ่มความเสี่ยงในทางสาธารณสุขและสังคมวงกว้าง ตัวอย่างผลการศึกษาใน ประเด็นนี้ เช่น Kim และ Monte (2016) รายงานว่าหลัง การเปิดเสรีการใช้กัญชาในรัฐโคโลราโด (ปีค.ศ.2000 เปิดเสรีสำหรับใช้ในทางการแพทย์แต่กฎหมายเริ่มมีผลจริงจึงปี ค.ศ. 2009 ปี ค.ศ. 2012 มีการลงประชามติให้เปิดเสรีการใช้กัญชาเพื่อผ่อนคลาย โดยให้กฎหมายมีผลบังคับใช้ ในปี ค.ศ. 2014) ทำให้อุบัติการณ์ของเด็กและเยาวชนอายุ 9 ขวบขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสังกัดของ Colorado Hospital Association ด้วยเรื่องพิษกัญชาเฉียบพลัน (Acute Cannabis Intoxication) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการสำรวจของ Palamar และคณะ (2014) ระบุว่าประมาณร้อยละ 10 ของนักเรียนที่ไม่เคยใช้กัญชาระบุว่าจะลองใช้กัญชาหากมีการเปิดเสรีการใช้กัญชาและร้อยละ 18 ของผู้ที่เคยใช้กัญชาแล้วระบุว่าจะใช้ให้มากขึ้นถ้ามีการเปิดเสรี 3. ผู้คัดค้านมักแย้งว่าประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่อ้าง โดยผู้สนับสนุนการเปิดเสรีการใช้กัญชานั้น ไม่ได้คำนวณต้นทุนทางสังคมอื่นๆ ที่เกิดขึ้นและต้นทุนในการออก มาตรการควบคุมการใช้กัญชา Evans (2013) รายงานว่า รัฐโคโลราโดต้องลงทุนกว่า 5.7 ล้านดอลลาร์ ในปีค.ศ. 2012 ในการควบคุมการใช้กัญชาซึ่งมากกว่าภาษีการค้าที่ เก็บได้จากการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปีเดียวกัน ซึ่งมีค่าประมาณ 5.4 ล้านดอลลาร์ เพื่อให้เห็นภาพของการเปิดเสรีการใช้กัญชาในต่างประเทศมากขึ้น ในที่นี้ได้ยกตัวอย่างประเทศที่มีการเปิดเสรีการใช้กัญชามาเป็นกรณีศึกษาคือสหรัฐอเมริกา เนเธอร์แลนด์ อูรุกวัย และอิสราเอล

1.1 สหรัฐอเมริกา เปิดให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ใน 29 รัฐ และมี 8 รัฐ ที่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาและใช้เพื่อการผ่อนคลาย ได้แก่ อะแลสกา แคลิฟอร์เนีย วอชิงตัน โคโลราโด โอเรกอน แมสซาชูเซตส์ เมน และเนวาดา (ซึ่งตามลายลักษณ์อักษรที่ปรากฏในกฎหมายสหรัฐฯ ที่บังคับใช้ทั่วประเทศ (Federal Law) นั้น กัญชาและกัญชงถูกจัดอยู่ใน Schedule I ตาม Controlled Substances Act (1970) นั่นคือ เป็นสารที่มีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูงและไม่มีข้อบ่งใช้ในการทางการแพทย์ การครอบครองกัญชาจึงถือว่าผิดกฎหมายเว้น แต่เพื่อการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา อย่างไรก็ตาม ในกฎหมายระดับมลรัฐ (State Law) ได้มีการออกกฎหมายของรัฐตนเพื่ออนุญาตให้ใช้หรือครอบครองกัญชาได้ หรือออกมาตรการ Decriminalization แนวโน้มการเปิดเสรีการใช้กัญชาจึงมีมากขึ้นเรื่อยๆ และยิ่งชัดเจนขึ้นในปี ค.ศ.2009 หลังภัยการสูงสุดได้ให้ความเห็นว่าการที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาคงจะไม่ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก (First Priority) ในการลงโทษหรือปราบปรามผู้ที่ใช้และครอบครองกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หากการใช้นั้นสอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ในกฎหมายของแต่ละรัฐ

ในขณะที่กัญชงได้มีการกำหนดชื่อยกเว้นไว้ใน Agricultural Act of 2014 ซึ่งระบุว่า มหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานของรัฐสามารถปลูกกัญชงได้ หากเป็นไปเพื่อการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในเชิงอุตสาหกรรม (Research into Industrial Potential) ในที่นี้ได้ยกตัวอย่างสองรัฐในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีนโยบายเปิดกว้างต่อกัญชา ได้แก่ รัฐโคโลราโดและวอชิงตัน ทั้งสองรัฐอนุญาตให้ผู้ที่มีอายุเกิน 21 ปี สามารถซื้อกัญชาจากร้านค้าปลีกที่ได้รับอนุญาตในปริมาณไม่เกิน 28.5 กรัม มาตรการอื่นๆ คล้ายกับมาตรการที่ใช้ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เช่น ห้ามผู้เสพกัญชา ขับขี่ รัฐวอชิงตัน อนุญาตให้ใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 และมีการปรับปรุงกฎหมายเรื่อยมา

ทั้งนี้แพทย์ที่จะสั่งจ่ายกัญชาได้และผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการรักษาต้องลงทะเบียนกับรัฐมีเอกสารประกอบการลงทะเบียนที่แสดงใบหน้าของตน ร้านค้าปลีกไม่อนุญาตให้ครอบครองกัญชาเกินกว่า 60 วัน หรือเทียบเท่ากับกัญชา 15 ต้น ในรัฐโคโลราโด มีการเปิดให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้ตั้งแต่ปีค.ศ. 2000 โดยผู้ป่วยครอบครองกัญชาได้ไม่เกิน 2 ออนซ์ และให้ใช้กัญชา ได้เฉพาะในสถานที่ที่รัฐอนุญาตเท่านั้นในปี ค.ศ.2012 ได้มีการแก้กฎหมายของรัฐ (Colorado Amendment) ให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลายได้ผู้ที่มีอายุเกิน 21 ปี สามารถปลูกกัญชาที่บ้านได้ไม่เกิน 6 ต้น และต้องมีไม่เกิน 3 ต้น ที่ให้ดอกกัญชา ให้ครอบครองได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ ขณะเดินทางและอนุญาตให้เป็นของขวัญ (ห้ามจำหน่าย) แก่ผู้ที่มีอายุไม่เกิน 21 ปี ได้ไม่เกิน 1 ออนซ์ ในบางเมืองเช่น เดนเวอร์ มีกฎหมายย่อยที่เข้มข้นกว่ากฎหมายของรัฐ เช่น ในแต่ละบ้านอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้ สูงสุดไม่เกิน 12 ต้น (แม้ในบ้านนั้นจะมีผู้อายุเกิน 21 ปี มากกว่าสองคน) โดยการปลูกกัญชาที่บ้านให้ใช้เพื่อผ่อนคลายเท่านั้นห้ามจำหน่าย การซื้อขายต้องทำที่ร้านค้าปลีกที่ลงทะเบียนกับรัฐเท่านั้น

1.2 เนเธอร์แลนด์ การเปิดเสรีการใช้กัญชาในเนเธอร์แลนด์เริ่มในทศวรรษ 1970 จุดประสงค์ของการออกกฎหมายเปิดเสรีการใช้กัญชาขึ้นเพื่อแยกระหว่าง Hard Drugs เช่น โคเคน และแอมเฟตามีน กับ Soft Drugs เช่น กัญชา และยานอนหลับ ร้านค้าที่จะขายและใช้เป็นสถานที่ให้เสพกัญชาได้เรียกว่า Coffee Shop (ร้านกาแฟที่ไม่มี กัญชาให้เรียกว่า Café) ผู้ใช้บริการต้องอายุ

เกินกว่า 18 ปี กัญชาใน Coffee Shop ต้องเป็นสายพันธุ์ที่มีสาร THC น้อย กว่าร้อยละ 30 ส่วน Coffee Shop นั้น ต้องอยู่ห่างจาก สถานศึกษาอย่างน้อย 250 เมตร จำหน่ายได้ไม่เกิน 5 กรัมต่อคน (เดิมจำหน่ายได้ 30 กรัม) ห้ามทำการโฆษณา ห้ามมีกัญชาในครอบครองเกินกว่า 500 กรัม ผู้ประกอบการ มีหน้าที่ควบคุมผู้ที่ไม่ให้ก่อความรำคาญกับชุมชน และในแต่ละเมืองสามารถกำหนด โครด้าเพื่อควบคุมการเปิด Coffee Shop ได้การควบคุมเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ.2012 มีการออก กฎให้สามารถรับลูกค้าเฉพาะที่เป็นสมาชิกกับทางร้านเท่านั้น กฎหมายนี้ทำการนำร่องในจังหวัด ทางใต้ของเนเธอร์แลนด์แต่ต่อมาได้ยกเลิกมาตรการนี้ในปลายปี ค.ศ. 2012 คงเหลือไว้แต่มาตรการ ห้ามจำหน่ายกัญชาแก่ผู้ที่ไม่ใช่ประชากรเนเธอร์แลนด์ การปลูกกัญชาไว้ใช้เองที่บ้านถือว่าเป็น ความผิดตามกฎหมายแต่ด้วยมาตรการ Decriminalization หากน้อยกว่า 5 ต้น จะไม่มีโทษทาง อาญาแต่ตำรวจจะยึดกัญชาไว้หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกการครอบครองกัญชาเกินกว่า 5 กรัม ถือว่า มีไว้จำหน่าย ต้องโทษปรับ 3,500 ยูโร หากมากกว่า 30 กรัม ต้องโทษจำคุกสูงสุดสองปีหรือปรับ 16,750 ยูโร หรือทั้งจำและปรับนโยบายในภาพรวมของ Coffee Shop เป็นไปในลักษณะจำกัดการ เติบโต คือจะไม่ออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการรายใหม่แทน Coffee Shop ที่ปิดไปทำให้จำนวน Coffee Shop ลดลง อย่างต่อเนื่อง

สำหรับแนวทางการดำเนินงานในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์มีหน่วยงาน Office Of Medical Cannabis (OMC) เป็นผู้ควบคุมกำกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในช่วง มกราคม 2544 อยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีการทำงานเป็นการประเมินและ ว่าจ้างหน่วยงานเอกชนภายนอกในการดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้ 1. การเพาะปลูก โดยหน่วยงาน Bedrocan 2. การควบคุมคุณภาพ โดยหน่วยงาน Proxy Eurofins 3. การบรรจุและจัดจำหน่าย โดยหน่วยงาน Fagron BV 4.การพัฒนาผลิตภัณฑ์และร้านขายยา โดยหน่วยงาน Transvaal /Clinical Research (LMCA) ทั้งนี้ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ มีจุดเด่นการดำเนินงานกัญชาทาง การแพทย์ ได้แก่ 1. ผู้ขาดโดยรัฐ ทำให้สามารถกำหนดกลไกตลาดได้ 2. ทุกขั้นตอนเป็นไปตาม มาตรฐานผลิตภัณฑ์ (Good Manufacturing Practice : GMP) 3. การเพาะปลูกในร่มสามารถ ป้องกันการปนเปื้อนได้ดี 4. มาตรฐานกัญชาสารสำคัญคงที่ API 5. แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่าย ได้ภายใต้เกณฑ์ที่กำหนด 6. มีประสบการณ์การใช้กัญชามายาวนาน 7. มีการติดตามความ ปลอดภัยจากการใช้ยา มีการส่งออกหลายประเทศ เช่น เยอรมันนี อิตาลี ฟินแลนด์ เป็นต้น

1.3 อูรุกวัย นับเป็นประเทศแรกในโลกที่มีการออกกฎหมายอนุญาตให้ครอบครอง จำหน่าย และปลูก กัญชา ซึ่งกฎหมายนี้ (Law 19172) บังคับใช้ในปลายปี ค.ศ. 2013 ในยุคของ ประธานาธิบดี José Mujica เนื้อหา ของกฎหมายที่สำคัญคือ การเปิดให้ครอบครองกัญชาได้ อย่างถูกกฎหมายผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ 1. ในแต่ละครัวเรือนได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชาไม่เกิน 6 ต้น และต้องให้ผลผลิตไม่เกิน 480 กรัมต่อปี ผู้ที่ปลูกจะได้รับอนุญาตให้ ปลูกไม่เกินหนึ่งสถานที่ และ ต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐที่เรียกว่า Instituto De Regulaciony Control del Cannabis (IRCCA) 2. มีการจัดตั้ง Cannabis Club (CC) เพื่อเป็นแหล่งจัดหา กัญชาให้กับสมาชิกแต่ละ CC มีสมาชิกได้ระหว่าง 15 ถึง 45 คน และได้รับอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 99 ต้น อย่างไรก็ตาม ต้องไม่จำหน่ายกัญชาให้แก่สมาชิกเกินกว่า 480 กรัมต่อคนต่อปี และ 3. การขายกัญชาโดยตรงต่อ ผู้บริโภคที่ร้านขายยา ผู้ซื้อต้องได้รับ การลงทะเบียนก่อนและต้องไม่ซื้อกัญชาเกินกว่า 480 กรัม

ต่อคนต่อปี ร้านขายยานั้นๆ ต้องลงทะเบียนกับ IRCCA และกระทรวงสาธารณสุขเสียก่อนกัญชาที่จำหน่ายได้ต้องได้ รับการปลูกจากบริษัทเอกชนที่ได้รับอนุญาตจาก IRCCA เท่านั้น อย่างไรก็ตามประเทศอูรูกวัยพบกับแรงกดดัน ทางการเมืองจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพราะกฎหมายดังกล่าวขัดแย้งกับข้อตกลงระหว่างประเทศ จำนวนมาก และในทางปฏิบัติก็มีปัญหาอยู่พอสมควร โดยเฉพาะช่องทางที่ 3 (การขายกัญชาที่ร้านขายยา) ดังเช่น ในปี ค.ศ.2015 สองปีหลังออกกฎหมาย บริษัทเอกชนที่ได้รับอนุญาตในการปลูกกัญชายังไม่เริ่มกระบวนการปลูกตามข้อตกลงกับรัฐบาลงานของ Boidi และคณะระบุว่า มีเพียงร้อยละ 34 ของประชากรอูรูกวัย ที่เห็นด้วยกับ กฎหมายนี้ และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่สนับสนุนพรรคการเมืองฝ่ายซ้าย ซึ่งเป็นฐานเสียงของประธานาธิบดี José Mujica และมีเพียงร้อยละ 31 ของผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดแสดงความประสงค์ที่จะลงทะเบียนกับรัฐ ขณะที่ร้อยละ 20 ระบุว่าจะไม่ลงทะเบียนอย่างแน่นอน

1.4 อิสราเอล สำหรับแนวทางการดำเนินงานในรัฐอิสราเอลดังนี้ (องค์การเภสัชกรรม, 2562 : 1-15) มีหน่วยงาน Israeli Medical Cannabis Agency (IMCA)เป็นผู้ควบคุมกำกับ การใช้กัญชาทางการแพทย์ (2554) (องค์การดำเนินการภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีคณะกรรมการย่อย 5 ชุด ออกสิทธิและแนวทางเฉพาะในขั้นตอนต่างๆ เช่น การปลูก การผลิต การศึกษาทางคลินิกในการดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้ 1. การเพาะปลูกและการชลประทานโดยหน่วยงาน Netafim, Siach-Sarid, Breath of Life 2. การเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อโดยหน่วยงาน IlanBio 3. ผู้ผลิตยา โดยหน่วยงาน Panaxia Pharmaceutical Industries 4.การจัดส่งยาโดยหน่วยงาน Syqe ทั้งนี้ รัฐอิสราเอลมีจุดเด่นการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ 1. มีการจัดทำ Cannacopoeia กำหนดมาตรฐานเฉพาะสำหรับกัญชาทางการแพทย์ เช่น GMP, GAP, GSP และ GCP เป็นต้น 2. มีผู้ดำเนินการหลายราย ทำให้ราคาเป็นไปตามกลไกตลาด 3. มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบ โรงเรือนและการชลประทาน 4. การปลูกระบบโรงเรือนทำให้ต้นทุนต่ำกว่า 5. มีผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่หลากหลายและมีนวัตกรรม 6. แพทย์ที่สั่งจ่ายต้องได้รับ permission เฉพาะ 7.มีการบรรจุการใช้ กัญชาทางการแพทย์ในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ 8. กำหนดข้อบ่งใช้กัญชาตาม Evidence-Based 9.มีการคำนวณค่า Estimate Potency ของสารสำคัญในกัญชาแต่ละพันธุ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางการ ใช้ยาของแพทย์ 10. มีระบบสารสนเทศ Online Central Big Data รวบรวมข้อมูลตลอดทั้ง กระบวนการ 11. มีการส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่หลากหลาย โดยบริษัท BOL-Breath Of Life : เป็นผู้บุกเบิกตลาดกัญชาเพื่อใช้ในการแพทย์ควบคุมตั้งแต่ขั้นตอนการ เพาะปลูกจนกระทั่งได้ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ควบคุมคุณภาพให้สอดคล้องกับมาตรฐาน GAP และ GMP บริษัทเพียงแห่งเดียวในอิสราเอลที่ได้รับการยอมรับตามข้อบังคับในการขายผลิตภัณฑ์ในร้านยาและการส่งออกผลิตภัณฑ์ทั้งในรูปแบบชนิดเม็ดชนิดน้ำและแบบผง

2. แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรคชนิดต่างๆ ที่ได้ผลดี ในต่างประเทศ

อภिरดา มีเดช (2556) ได้ศึกษาประโยชน์ของกัญชาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่ากัญชา มีประโยชน์ดังนี้

1. ลดอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง กลุ่มศึกษาจากศูนย์การแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส (UCLA Medical Center) ในสหรัฐอเมริกาทดสอบกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury : TB) 446 ราย ตลอดระยะเวลา 3 ปี พบว่ากลุ่มที่มีผลทดสอบกัญชาเป็นบวก ร้อยละ 97.6 รอดชีวิตจากการผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยที่มีผลทดสอบกัญชาเป็นลบมีอัตราการรอดชีวิตจากการผ่าตัดร้อยละ 88.5 โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการเผยแพร่ในวารสาร American Surgeon

2. ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่ บทความตีพิมพ์ในวารสาร Carcinogenesis ระบุว่า สารสำคัญในกัญชาที่ให้ผลทางการรักษา คือ สารที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่าง Cannabigerol หรือ CBG โดยสามารถป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และการควบคุมการเจริญเติบโตของเนื้อร้ายที่อาจกลายเป็นมะเร็งที่มียาจากมหาวิทยาลัยเนเปิลในอิตาลี พบคุณสมบัติของสาร CBG ที่สามารถยับยั้งกระบวนการเกิดเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ (Colon Tumorigenesis) ทั้งนี้ยังพบความเชื่อมโยงระหว่างการใช้กัญชาและการตายของเซลล์มะเร็งดังกล่าว โดยผลการทดสอบในสัตว์เป็นที่น่าพอใจ ผลสรุปจากทีมวิจัยคือเสนอให้ CBG เป็นทางเลือกในการป้องกันและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

นอกจากนี้ยังพบว่ากัญชามีสรรพคุณในการฆ่าเซลล์มะเร็งและทำให้เนื้อร้ายในสมองเหี่ยวลงได้ โดยจากการศึกษาของสำนักปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติอเมริกัน แสดงให้เห็นว่าสารสกัดของกัญชาสามารถช่วยให้คนไข้ตอบสนองกับการบำบัดด้วยการฉายรังสีขึ้น ส่วนการทดลองกับสัตว์ก็พบว่าสารจากกัญชาสามารถฆ่าเซลล์มะเร็งบางชนิดได้ทำให้เนื้อร้ายเหี่ยวลง โดยมีหลักฐานว่าสารสกัดจากกัญชาสามารถทำให้เนื้อร้ายในสมองชนิดที่ร้ายแรงที่สุดมีขนาดลดลง ซึ่งสารสกัดเหล่านี้เมื่อนำมาใช้ควบคู่กับการฉายแสงจะทำให้ฤทธิ์ในการฆ่ามะเร็งมีมากขึ้นด้วย

3. เสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน จากผลการทดสอบประสิทธิภาพของสาร Cannabidiol หรือ CBD ในกัญชา เมื่อเทียบกับยาหลอก (Placebo) โดยทีมศึกษามหาวิทยาลัยเซาเปาโล บราซิลและเผยแพร่ในวารสาร Journal of Psychopharmacology ฉบับเดือนกันยายน หลังการคัดเลือกผู้ป่วยพาร์กินสัน 21 รายเข้าทำการทดสอบ โดยแบ่ง 3 กลุ่ม 2 กลุ่มแรกได้รับ CBD ในปริมาณ 75 และ 300 มิลลิกรัม ตามลำดับขณะที่กลุ่มสุดท้ายได้รับยาหลอกที่ไม่ให้ผลใดๆ ในการรักษาผลปรากฏว่ากลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับ CBD เป็นประจำทุกวันแม้จะมีอาการทางร่างกายไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอกแต่จากแบบประเมินด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมผลออกมาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก

4. ลดผลกระทบจากการเลิกยาเสพติดอื่นๆ การได้รับกัญชาในปริมาณที่เหมาะสมสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นระหว่างบำบัดอาการติดยาเสพติดยากลุ่มเมธาโดนได้ ซึ่งผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่ในวารสาร The American Journal on Addictions โดยสถาบันประสาทวิทยาศาสตร์ฟาร์เบอร์ (Farber Institute for Neurosciences) แห่งมหาวิทยาลัยเจฟเฟอร์สัน ในสหรัฐโดยศึกษาผู้ติดยาเสพติด 91 รายที่เข้ารับการบำบัดหลังจากให้อาสาสมัครได้รับกัญชา ระหว่างบำบัดยาเสพติด ทีมศึกษาพบว่า อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดลดความรุนแรงลง วัดได้จากแบบประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วย (Clinical Opiate Withdrawal

Scale : COWS) บทสรุปงานวิจัยนี้ถือเป็นสิ่งที่ดีของกัญชาในการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่ต้องการเลิกใช้ยาเสพติดตัวอื่นๆ

5. บรรเทาอาการทางเดินอาหารอักเสบ วารสาร Clinical Gastroenterology and Hepatology เผยแพร่งานวิจัยของทีมศึกษาด้านทางเดินอาหารและตับศูนย์การแพทย์เมียร์ (Meir Medical Center) ประเทศอิสราเอล ได้ทดสอบกัญชาเพื่อหาระดับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของกัญชาเมื่อเทียบกับยาหลอกในการบรรเทาอาการของผู้ป่วย โรคโครห์น (Crohn's disease : CD) 21 รายเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โรคโครห์นถือเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนที่เป็นปัญหาอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน 3 อาการหลักๆ ที่ผู้ป่วยโครห์นต้องประสบ ได้แก่ ท้องเสีย ปวดท้อง และมีไข้ ทีมวิจัยสรุปว่าการสูดไอระเหยจากกัญชาช่วยลดอาการของโรคโครห์นได้โดยยืนยันจากดัชนีของอาการป่วย (Crohn's disease and Activity Index : CDAI) นอกจากนี้ยังพบว่าไม่เกิดผลข้างเคียงละอาการไม่พึงประสงค์ใดๆ กับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษา ดังนั้นหากให้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาเป็นเวลานานเพราะเป็นโรคเรื้อรังสามารถปลูกกัญชาเองในสวนครัวน่าจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายได้มาก

หลักฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ได้เป็นในทิศทางเดียวกันตัวอย่างเช่น การทบทวนวรรณกรรมโดย Koppel และคณะ (2014) ซึ่งรวบรวมงานวิจัยจำนวน 34 ชิ้น ในช่วง ป.ศ.1948 ถึง 2013 พบว่า กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาที่มีประโยชน์ในการรักษาอาการปวดจากเส้นประสาท (Neuropathic Pain) และลดอาการเกร็ง (Spasticity) แต่ไม่มีประโยชน์ที่ชัดเจนในการรักษาภาวะทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น โรคลมชัก (Epilepsy) หรืออาการสั่น (tremors) สอดคล้องกับผลการทบทวน วรรณกรรมของ Deshpande และคณะ (2015) ซึ่งสรุปจากงานวิจัยทางคลินิก 6 ชิ้นว่าการใช้กัญชาเสริมกับยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ช่วยบรรเทาอาการปวดจากเส้นประสาท อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Amato และคณะ, (2016) ได้ทำการวิเคราะห์หอภิमानในงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากเส้นประสาทจำนวน 4 ชิ้นระหว่างปี.ศ.1975 ถึง 2015 ได้รายงานว่ามีหลักฐานที่แน่ชัด (Inconclusive Evidence) ที่บ่งชี้ถึงประโยชน์ของการใช้กัญชาในลดอาการปวดจากเส้นประสาทรายงานฉบับนี้ยกตัวอย่างโรคบางโรคที่เป้นที่สนใจในการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการสรุปจากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2016 และสืบค้นเพิ่มเติมจากวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคทางระบบประสาท โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งมีรายงานที่เป็น RCT 2 ชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งเทียบกับยาหลอก การศึกษาแรก โดย Greenberg และคณะ (1994) รายงานว่าการใช้กัญชาส่งผลเสียต่อการควบคุมการทรงตัวในผู้ป่วยมากกว่าการใช้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษา 20 คน เท่านั้น (10 คน เป็นคนปกติอีก 10 คน เป็นผู้ป่วย) การศึกษาที่สอง โดย Corey-Bloom และคณะ (2012) ในผู้เข้าร่วมการศึกษา 37 คน พบว่าการสูบกัญชาช่วยลดอาการปวดและลดอาการเกร็ง (Spasticity) ได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีประวัติสูบกัญชาอยู่แล้วและมีสัดส่วนผู้ถอนตัวจากการศึกษา ค่อนข้างสูง (Drop Out) คือผู้ถอนตัว 7 จาก 37 คน อาการปวดเส้นประสาทมีการศึกษาที่เป็น RCT เกี่ยวกับการใช้กัญชาด้วยวิธีการสูบโดยตรงหรือสูบผ่านไอน้ำแต่ไม่มีงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษา

อาการปวดเส้นประสาท เนื่องจากการปวดจากเส้นประสาทเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในที่นี้จึงได้ยกตัวอย่างเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเส้นประสาทอันเนื่องมาจากโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน และเอ็ดส์

2.2 โรคเบาหวาน Wallace และคณะ (2015) ศึกษาการลดอาการปวดจากปลายประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน 16 คน ด้วยการสูบกัญชา (ที่มีความเข้มข้น THC ร้อยละ 1, 4 และ 7) เทียบกับยาหลอก พบว่า กัญชาช่วยลดอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญและผลการรักษาสัมพันธ์กับความเข้มข้นของ THC แต่การได้รับ THC ที่ความเข้มข้นสูงก็ส่งผลข้างเคียงในเรื่องการทำงานของสมองด้านความคิดของผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่ได้รับ THC ในขนาดต่ำกว่าอนึ่งการทดลองนี้ประเมินการทำงานของสมองผ่านการทำแบบทดสอบทางจิตวิทยา

2.3 โรคเอ็ดส์ Brams และคณะ (2007) ศึกษาในผู้ป่วยเอ็ดส์จำนวน 50 คน เปรียบเทียบการสูบกัญชา (ที่มีความเข้มข้น THC ร้อยละ 3.5) เทียบกับยาหลอก พบว่าการสูบกัญชาช่วยลดอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญแต่ผู้ที่สูบกัญชาก็ได้รับผลข้างเคียง เช่น เกิดอาการวิงเวียน, สับสน (Disorientation) และ หวาดระแวง (Paranoid) มากกว่ากลุ่มยาหลอกแม้ผู้วิจัยจะสรุปว่าผลข้างเคียงดังกล่าวไม่ได้เป็นผลข้างเคียงร้ายแรง เนื่องจากผลข้างเคียงรวมถึงอาการเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) ด้วยจึงเป็นการยากที่จะแยกระหว่างอาการผ่อนคลายจากอาการเคลิ้มและฤทธิ์ด้านการลดความเจ็บปวดโดยตรง

2.4 โรคอัลไซเมอร์ ปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยที่เป็น RCT ที่ศึกษาผลของกัญชา โดยเฉพาะการใช้ในลักษณะพืชกัญชาโดยตรงเพื่อที่จะหยุดยั้งการดำเนินโรคอัลไซเมอร์ แนวคิดเรื่องการใช้กัญชาในการหยุดยั้งหรือรักษาโรคอัลไซเมอร์มาจากงานวิจัยระดับก่อนคลินิกหรือในสัตว์ทดลอง ซึ่งพบวาสารสกัดจากกัญชาอาจช่วยลด Amyloid Plaques ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบบ่อยในผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีการทดลองขนาดเล็กที่เป็น RCT ที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาในโรคอัลไซเมอร์ แต่เป็นการกินสารสกัด THC (1.5 mg) เทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 50 คน เพื่อเปรียบเทียบผลระยะสั้นในการลดอาการกระสับกระส่าย (Agitation) และลด Aberrant Motor Disturbance พบว่า THC ไม่ลดอาการดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.5 โรคทางระบบประสาทอื่นๆ อาทิ โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก Huntington's Disease และ Cervical Dystonia ยังไม่มีหลักฐานของการใช้กัญชาที่เป็งานวิจัยระดับ RCT แต่มีหลักฐานที่เป็งานวิจัยเชิงสังเกต (Observational Studies) เช่น Lotan และคณะ (2014) รายงานว่าการสูบกัญชาช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในคนไข้พาร์กินสันได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังสูบใน Tourette's Syndrome การทบทวนวรรณกรรมโดย Curtis และคณะ (2009) ไตรวบรวมการศึกษา สองชิ้นที่เป็น RCT เปรียบเทียบการกินสารสกัด THC กับยาหลอก พบว่า THC ช่วยลดอาการกล้ามเนื้อกระตุก (Tics) ในผู้ป่วยได้บ้าง แต่การลดอาการ Tics พบได้เฉพาะเมื่อวัดด้วยเครื่องมือบางตัวเท่านั้น และเนื่องจากมีผู้เข้าร่วมการการศึกษาค่อนข้างน้อย (28 คน) และผลการลดอาการ Tics ไม่ได้ลดในแง่ความรุนแรงและความถี่อย่างชัดเจน

2.5.1 เอดสปริมาณไวรัส (Viral Load) การใช้กัญชาไม่ว่าจะเป็นการสูบหรือการกินสารสกัดของกัญชาไม่พบวาสงผลเปลี่ยนแปลงระดับของ Viral Load ในผู้ป่วยเอดสอย่างไรก็ตามการศึกษามีการติดตามผู้ป่วยระยะเวลาค่อนข้างสั้นเพียง 21 วัน

2.5.2 ความอยากอาหาร (Appetite) การศึกษาของ Haney และคณะ (2005) ระบุว่ากัญชาและสารสกัดจากกัญชา (ในที่นี้คือ Dronabinol) ช่วยเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยเอดส์ที่มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้ออย่างมาก (Significant Muscle Loss) ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดตรงที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้สูบกัญชาที่บ้านได้จึงทำให้ควบคุมขนาดของกัญชาที่ได้รับได้ลำบาก การศึกษาเพิ่มเติมโดยนักวิจัยชุดเดิม คือ Haney และคณะ (2007) รายงานว่าการใช้กัญชาด้วยการสูบมีผลของการเพิ่มความอยากอาหารไม่ต่างไปจาก Dronabinol แต่การศึกษานี้ก็มีข้อจำกัดที่ผู้เข้าร่วมการศึกษามีเพียงสิบคนและล้วนมีประวัติการสูบกัญชามาก่อน

2.5.3 มะเร็ง ความอยากอาหารและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน Whiting และคณะ (2015) ได้รวบรวมงานวิจัย 28 ชิ้น ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารสกัดจากกัญชาในการลดอาการอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดงานวิจัย 23 ชิ้นจาก 28 ชิ้นมีความเสี่ยงต่ออคติ (Risk of Bias) ค่อนข้างสูง การศึกษาทั้งหมดบ่งชี้ว่าสารสกัดจากกัญชาช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกนี้ไม่มีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น Chlorpromazine หรือ Domperidone) การยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็ง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของกัญชาการเติบโตของเซลล์มะเร็งยังจำกัดอยู่เฉพาะงานวิจัยในสัตว์ทดลอง มีการศึกษาที่ทำในมนุษย์โดยตรงโดย Guzman และ คณะ (2006) แต่ยังเป็นงานวิจัยทางคลินิก Phase I เพื่อศึกษาความปลอดภัยของ THC โดยฉีดเข้าไปที่ตัวมะเร็งโดยตรงในผู้ป่วย Recurrent Glioblastoma Multiforme จำนวน 9 คน พบว่า THC ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้กับผู้ป่วยแต่ก็ไม่ได้มีผลเพิ่มอัตราการรอดหรือยืดอายุของผู้ป่วยและโรคอื่นๆ

2.5.4 Crohn's Disease มีการศึกษาในระดับ RCT ที่ได้รายงานว่าการใช้กัญชา (โดยการสูบกัญชาที่มี THC 115 mg สองครั้งต่อวัน) มีผลช่วยรักษาผู้ป่วย Crohn's Disease ได้ดีกว่ายาหลอกในแง่ที่ช่วยลด Crohn's Disease Activity Index อย่างไรก็ตามผลลัพธ์สุดท้าย (Complete Remission) ระหว่างกลุ่มที่ได้ยาหลอกกับ กลุ่มที่ได้กัญชาไม่ต่างกัน

2.5.5 ตอหิน มีแนวคิดเรื่องการใช้กัญชาในการลดความดันลูกตานิเนื่องจากมีหลักฐานในห้องปฏิบัติการ ว่า Endocannabinoids ทำงานผ่าน CB1 receptor ในการช่วยลดการผลิตน้ำวุ้นในลูกตา Tomida และคณะ (2006) ทำการศึกษาแบบ RCT เปรียบเทียบการใช้ THC 5 mg ในการอมใต้ลิ้นเทียบกับยาหลอกผล การศึกษาพบว่า THC ช่วยลดความดันลูกตาได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญแต่ผลที่ได้มีฤทธิ์ระยะสั้นเท่านั้น (ประมาณสี่ชั่วโมง)

2.5.6 โรคจิตเภท (Schizophrenia) มีแนวคิดเรื่องการใช้ CBD มารักษาโรคจิตเภทเนื่องจากพบว่าการได้รับ CBD 200-800 mg ต่อวัน ช่วยลดปริมาณสาร Anandamide ในน้ำไขสันหลังซึ่งเป็นสารที่พบมากใน ผู้ป่วยจิตเภทการศึกษาแบบ RCT โดย Leweke และคณะ (2012) ระบุว่า CBD ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดอาการทางจิต (โดยการประเมินด้วย Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS]) เทียบกับกอนโด CBD แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม

ซึ่งโดยยา Amisulipide ซึ่งเป็น ยารักษาโรคจิตเภทแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญปัจจุบันในต่างประเทศ ได้มีการอนุมัติยาที่มีเป็น Synthetic Cannabinoids ซึ่งผ่านการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานการผลิตอย่างเป็นระบบอยู่ 3 ตัวได้แก่

Nabilone มีชื่อการค้าว่า Cesamet® มีโครงสร้างโมเลกุลของยาคล้ายกับสาร THC สำหรับลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยเคมีบำบัด บริษัทที่ผลิตคือ Eli Lilly and Company ในปี ค.ศ.1985 แต่ต่อมาเปลี่ยนบริษัทผู้ผลิตเป็น Valeant Pharmaceuticals ยานี้ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาในหลายประเทศ 29 อาทิ สหรัฐอเมริกา, ออสเตรเลียและเบลเยียม อย่างไรก็ตามมี ขอบข้อว่า Nabilone ไม่ได้ใช้เป็นยาตัวแรก (First Line Drug) สำหรับบรรเทาอาการอาเจียนในผู้ป่วยเคมีบำบัด Madras (2015) ได้ให้ความเห็นว่าการอนุมัติยา Nabilone ในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากเหตุผลทางประวัติศาสตร์นั้นคือในช่วง ค.ศ.1960-1970 มีการตื่นตัวเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับเคมีบำบัดมาก และใน ช่วงเวลาดังกล่าวยังไม่มียาที่สามารถควบคุมอาการอาเจียนได้ดีในสหรัฐอเมริกาคัด Nabiloneไว้ใน Schedule II ซึ่งหมายถึงยาที่มีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูง ตัวอย่างยาใน Schedule II อาทิ Codeine, Methadone, Methylphenidate และ Morphine

Dronabinol มีชื่อการค้าคือ Marinol® มีโครงสร้างโมเลกุลคล้ายเหมือนกัน THC มีลักษณะเป็นยาเกิน ประเภทแคปซูลผลิตโดย Solvay Pharmaceuticals เดิมองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาคัดให้อยู่ใน Schedule I แต่ต่อมาปรับเป็น Schedule III ในปี ค.ศ.1999 (Schedule III หมายถึงยาที่มีความเสี่ยงต่อการ เสพติดระดับปานกลาง ตัวอย่างยาใน Schedule III อาทิ Ketamine และ Anabolic Steroids) การคัด Dronabinol ไว้ใน Schedule III ทำให้มีผู้เสนอว่า THC จากกัญชาตามธรรมชาติก็ควรจัดไว้ใน Schedule III เหมือนกัน ไม่ควรจัดไว้ใน Schedule I (Schedule I หมายถึง ยาที่ขาดหลักฐานด้านความปลอดภัยและมีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูง เช่น เฮโรอีน) อย่างไรก็ตามองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกายังไม่ อนุมัติให้ใช้ THC ตามธรรมชาติทางการแพทย์ได้แต่กฎหมายเฉพาะในแต่ละรัฐมีสิทธิที่จะอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ของข้อของ Dronabinol ในสหรัฐอเมริกาและ แคนาดาคือใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่น้ำหนักตัวลดอย่างมากในบางประเทศ เช่น เดนมาร์กได้มีการอนุมัติให้ใช้ Dronabinol ในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง

Nabiximols มีชื่อการค้าว่า Sativex® เป็นสเปรย์ฉีดทางปากผลิตโดยบริษัท GW Pharmaceuticals ทางบริษัท GW Pharmaceuticals เป็นผู้ผลิตรายเดียวที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐบาล สหราชอาณาจักรในการเพาะปลูกกัญชาเพื่อผลิตยาในแต่ละ Puff ของ Nabiximols ประกอบด้วย THC 2.7 mg และ CBD 2.5 mg ประเทศอื่นๆที่อนุญาตให้ใช้ Nabiximols ทางทางการแพทย์ได้เช่น เดนมาร์ก, เยอรมัน, สาธารณรัฐเช็กและ 30 สวีเดน Nabiximols ใช้ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งที่มีอาการเกร็งซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาชนิดอื่น ในแคนาดาอนุมัติการใช้ Nabiximols ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain)

บทเรียนจากต่างประเทศ เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์และการเปิดเสรีกัญชาข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากัญชามีทั้งประโยชน์และโทษ แต่การใช้กัญชาก็มีอย่างแพร่หลายและเกินกว่าขีดความสามารถของภาครัฐ ในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชาในหลายๆ

ประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีความพยายามในหลายๆ ประเทศในการเปิดเสรีกัญชา ซึ่งขอบเขตของการเปิดเสรีแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศหรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็มีความแตกต่างกัน

ทั้งนี้เห็นได้จากบางแห่งเปิดเสรีในการครอบครองและใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย (Recreational Use) บางแห่งอนุญาตให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกกฎหมาย (ในที่นี้ไม่รวมถึงสารสกัดจากกัญชา ที่ได้รับการรับรองและมาพัฒนาเป็นยา ซึ่งมีการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมอยู่แล้ว อาทิ Nabilone หรือ Dronabinol) บางแห่งไม่ได้เปิดเสรีกัญชาแต่ลดโทษทางอาญา (Decriminalisation) ในผู้ครอบครองหรือเสพกัญชา ประเด็นท้าทายของการใช้กัญชาทางการแพทย์และการเปิดเสรีกัญชาในประเทศไทย จากผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พอที่จะสรุปได้ ว่ากัญชามีทั้งคุณและโทษ และการศึกษาเรื่องการนำกัญชามาใช้ประโยชน์จึงไม่ได้เป็นเรื่องของเหตุผลทางการแพทย์อย่างเดียวแต่ถูกผลักดันด้วยหลายๆ ปัจจัย เช่น ประวัติศาสตร์, ระบบกฎหมายและเหตุผลทางเศรษฐกิจดังที่ได้กล่าวไว้เบื้องต้น ประเทศไทยมีรายงานการใช้กัญชาในตำรับยาแพทย์แผนไทยเดิมสำหรับบรรเทาอาการโรคลม, โรคจิตสับสนและหอบหืดเป็นต้น ในปีพ.ศ.2558-2559 มีการสนับสนุนให้ทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่อถอนกัญชาจากรายการยาเสพติดประเภทที่ 5 เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ก่อนหน้านั้นในปีพ.ศ.2556 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้มีการแก้ไขกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) และมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2556 เรื่องการระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 12) กำหนดเพิ่มเติมเงื่อนไขให้ยกเว้นเปลือกแห้ง, แก่นลำต้นแห้ง และเส้นใยแห้งของกัญชาไม่ให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 การแก้ไขนี้เป็เสมือนการเปิดช่องให้กับการใช้ประโยชน์จากเส้นใยของกัญชงได้ เพราะในพระราชบัญญัติให้โทษ พ.ศ.2522 กัญชงเป็นชนิดย่อยของกัญชา

ต่อมาได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2557 เรื่องร่างกฎกระทรวงขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเฮมพ์ (Hemp) มีสาระสำคัญคือกำหนดวัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาตผลิตจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองกัญชงและกำหนดคุณสมบัติของผู้ขอรับใบอนุญาตปลูกกัญชง ในปี พ.ศ.2559 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเพิ่มเติมเห็นชอบร่างกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือใน ประเภท 5 ซึ่งมีสาระสำคัญคือปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาต ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือ 5 สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับกระแสการเรียกร้องให้มีการเปิดกัญชา แต่คำว่า “เปิดเสรี” มีความหมายครอบคลุมเพียงใด

ปัจจุบันแนวโน้มกฎหมายที่เกี่ยวกับกัญชามีความผ่อนคลายมากขึ้น ในปี พ.ศ.2559 คณะกรรมการอาหารและยา ได้ชี้แจงว่าได้ส่งจัดทำร่างแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ส่งให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) พิจารณาแล้วสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติฉบับแก้ไขนี้ตามที่ในมาตราที่ 6 ในกรณีที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการวิจัยของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติด รัฐมนตรีมีอำนาจให้ทดลองเพาะปลูกพืชยาเสพติด ผลิต และทดสอบ และให้ครอบครองในพื้นที่ควบคุม หรือ

มาตรา 76 ที่เสนอแก้ไขระบอบกฎหมายให้ ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศกำหนดตำรับยาที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรค

การเสนอแก้ไขพระราชบัญญัติในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการวิจัยทางการแพทย์ได้ อย่างไรก็ตามก็มีฝ่ายคัดค้านว่าการแก้ไขกฎหมายในลักษณะดังกล่าวมีผลเสียเพราะคำว่า 'ตำรับยา' ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการใช้กัญชาในลักษณะยาสมุนไพรและต้องรอให้มีการวิจัยในมนุษย์และใช้เวลานานกว่าจะมีการพัฒนาเป็นตัวยาแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อบริษัทยา ต่างประเทศ จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่าประเด็นที่ถกเถียงกันจึงไม่ได้เน้นไปที่เรื่องประโยชน์และโทษของกัญชาแต่เป็นประเด็นเรื่อง 1. ความพร้อมในการควบคุมการใช้กัญชาของภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในการกำกับดูแลการใช้กัญชามากน้อยเพียงใด และ 2. กฎหมายที่มีอยู่ 'เอื้อ' หรือ 'ขัดขวาง' การวิจัยการใช้ประโยชน์จากกัญชาเพียงใด

ทั้งนี้หากถอดบทเรียนจากต่างประเทศจะพบว่า 1. ในประเทศที่มีการเปิดกว้างเรื่องการใช้กัญชามากใช้เวลาเตรียมการค่อนข้างนาน และการแก้ไขกฎหมายก็กระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมักคง กฎหมายหลักเรื่องการควบคุมกัญชาไว้ (เช่น federal law ของสหรัฐอเมริกา) แต่ปรับกฎหมายเฉพาะพื้นที่ หรือกฎหมายชั้นรองลงมาเพื่อให้มีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ซึ่งการแก้ไขกฎหมายไม่ใช่วิธีการเดียวเท่านั้นแต่ต้องรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายให้มีความเข้มงวด และต้องให้ความใส่ใจใน รายละเอียดมาก ทั้งการควบคุมผู้ประกอบการและผู้ซื้อ รวมถึงการบำบัดผู้เสพยาและ 2. เมื่อมีประเด็น เรื่องข้อถกเถียงเกี่ยวกับกัญชาการกำหนดขอบเขตของข้อถกเถียงให้ชัดเจนมีความสำคัญอย่างยิ่งว่าขณะนี้กำลังอภิปรายเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์หรือการเปิดเสรีกัญชาสำหรับใช้เพื่อผ่อนคลาย Pinkas และ คณะ (2016) ระบุว่าที่ผ่านมาประเด็นเรื่องการเปิดเสรีกัญชามักถูกสนับสนุนโดยกลุ่มลอบบี้ยิสต์หรือ องค์กรที่มีส่วนได้เสียกับการเปิดเสรีกัญชาซึ่งล้วนเป็นคนละประเด็นกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

นอกจากนี้ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ดังนี้ 1. Policy เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น 2. Organization จัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งระบบ TMCA 3. Road map เพื่อให้เป้าหมายและการดำเนินการที่ชัดเจน 4. Standardization กำหนดมาตรฐานทุกขั้นตอน (Medical Grade Cannabis) 5. Education and Public Relation ให้ความรู้กับสังคม และบุคลากร ทางทางการแพทย์ เพื่อผลักดันและมีส่วนร่วมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างเหมาะสม 6. Guidance จัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ 7. Recording and Tracking system ระบบจัดเก็บและสอกลับข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ 8. Research and Development ด้านสายพันธุ์ เทคโนโลยีการปลูก การสกัด และการศึกษาวิจัย ทางคลินิก 9. Patent เพื่อส่งเสริมนวัตกรรมทั้งด้านสายพันธุ์และรูปแบบการนำส่งยา 10. Good Practice กำหนดผู้รับผิดชอบใน 6 เรื่อง GAP โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์การเภสัชกรรม GMP โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (GLP) องค์การเภสัชกรรม GSP สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา GDP สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา GCP กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ แพทย์สภา สมาพันธ์แพทย์แผนไทย การกำจัดของเสียกัญชาที่เหลือจากกระบวนการเพาะปลูก/ผลิต/กระจาย ผลิตภัณฑ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์การเภสัชกรรม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพ ปรากฏว่า มีนักวิชาการได้ให้ ความหมายเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพไว้หลายท่าน ดังนี้ (อัศวิน บุญธรรมเจริญ, 2560 : 24-31)

ทิพาดี เมฆสุวรรณ, 2556 ได้กล่าวถึง ประสิทธิภาพไว้ว่า มีความหมายรวมถึง ผลผลิตภาพ และประสิทธิภาพ โดยประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่วัด ได้หลายมิติ ตามแต่วัตถุประสงค์ที่ต้องการ พิจารณา คือ

1. ประสิทธิภาพในมิติของกระบวนการบริหาร (Process) ได้แก่การทำงานที่ได้ มาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้องและใช้เทคนิคที่สะดวกขึ้นกว่าเดิม

2. ประสิทธิภาพในมิติของผลผลิตและผลลัพธ์ ได้แก่การทำงานที่มีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทนเวลาผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงานและให้บริการ เป็นที่พอใจของลูกค้าหรือผู้มารับบริการ

วิทยา ด้านธำรงกุล ได้กล่าวถึง ประสิทธิภาพ หมายถึงความสามารถในการใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าเพื่อการบรรลุเป้าหมายประสิทธิภาพจึงมักถูกวัดในรูปแบบของ ต้นทุน หรือจำนวนทรัพยากร ที่ใช้ไปเมื่อเทียบกับผลงานหรือผลผลิตที่ได้เช่น ต้นทุน แรงงาน เวลาที่ใช้ อัตรา ผลตอบแทนจากการลงทุน

อุทัย หิรัญโต ได้กล่าวถึง ประสิทธิภาพ ในวงการธุรกิจ หรือการจัดการที่ได้รับผลกำไร หรือขาดทุน สำหรับในการบริหารราชการ ในทางปฏิบัติวัดได้ยากมาก วิธีวัดประสิทธิภาพ ที่ใช้ในวง ราชการจึงหมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่เกิดความพึงพอใจ และประโยชน์แก่สังคม 8 แต่ประสิทธิภาพ ในวงราชการจะต้องพิจารณาถึงคุณค่าทางสังคม จึงไม่จำเป็นต้องประหยัดหรือมี กำไร เพราะงาน บางอย่างถ้าทำประหยัดอาจไม่มีประสิทธิภาพ ลักษณะการบริหารที่มีประสิทธิภาพ คือการบรรลุ เป้าหมาย แต่การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ คือการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด เกิดผลอย่างรวดเร็ว งานเสร็จทันเวลา ถูกต้อง เป็นต้น

จากการศึกษาเอกสารปรากฏว่า มีนักวิชาการได้ให้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ระบุว่า ประสิทธิภาพในการผลิต หรือผลิตภาพ แรงงาน หมายถึง การเปรียบเทียบระหว่างจำนวนสินค้าหรือบริการที่ผลิตได้ (Output) กับจำนวน ของทรัพยากรหรือปัจจัยที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการนั้นออก (Input) ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ จะสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของประสิทธิภาพในการผลิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่ม หรือลดลงของประสิทธิภาพการผลิตอาจแบ่งได้ 3 หมวดคือ 1. ปัจจัยทางด้านเทคโนโลยีเช่น กระบวนการผลิตกระบวนการทำงานของ เครื่องจักร หรือเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ 2. ปัจจัยด้าน ระบบการบริการ เช่น การใช้เทคนิคทางการบริหาร ส่งเสริม ระบบแรงงาน สัมพันธ์การใช้ระบบ ทวิภาคี เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น 3. ปัจจัยด้านแรงงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด เพราะกิจการใดๆ อาจใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องจักรที่ทันสมัยที่สุดมีการบริหารงานที่ดี เพื่อผลิตสินค้า หรือบริการที่ดีที่สุดในกิจการนั้นๆ แต่หากไม่มีแรงงานเป็นผู้ใช้เทคโนโลยีและระบบที่วางไว้เป็นอย่างดี

นั้นก็ย่อมไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นแรงงานจึงเป็นปัจจัยหรือองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด การปรับปรุงระบบการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพของแรงงานนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต

กันตยา เพิ่มผล ได้กล่าวถึง การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ความสามารถและทักษะในการทำงานของตนเองหรือผู้อื่นให้ดีขึ้นเจริญขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การ อันจะทำให้ตนเองผู้อื่นและองค์การเกิดความสุขในที่สุด การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์การหรือการพัฒนาสังคม นอกจากนั้นการพัฒนาตนเองกับการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานยังมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดอีกด้วยกล่าวคือประการแรกก่อนที่คนจะเข้าสู่การทำงานในองค์การหนึ่งๆ นั้น บุคคลนั้นต้องมีความรู้ความสามารถมีคุณสมบัติตรงตามที่องค์การนั้นต้องการ ซึ่งบุคคลจะมีคุณสมบัติตามที่ องค์การกำหนดนั้นจะต้องมีการพัฒนาตนเองหรือได้รับการพัฒนาจากสถาบันต่างๆ จนมีความสามารถเพียงพอที่จะเข้าสู่งาน และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประการที่สองเมื่อบุคคลเข้าสู่งานแล้วเป็นหน้าที่ขององค์การที่จะต้องพัฒนาบุคคลให้มีประสิทธิภาพ (ความสามารถ)ในการทำงานให้ดีที่สุดเพื่อประสิทธิผลขององค์การ จึงกล่าวได้ว่าการพัฒนาตนเองเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานจะก่อให้เกิดประสิทธิผลขององค์การในที่สุด

สมยศ นาวิการ ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร มี 7 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy) เป็นการกำหนดภารกิจ การพัฒนาจุดอ่อน จุดแข็ง การวิเคราะห์โอกาสและอุปสรรคภายใน และภายนอกองค์กร
2. ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure) เป็นการจัดโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้งานสะดวกขึ้น
3. ปัจจัยด้านระบบ (System) เป็นระบบขององค์กรที่ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย
4. ปัจจัยด้านรูปแบบ (Styles) เป็นรูปแบบเกี่ยวกับการบริหารจัดการของผู้บริหาร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร
5. ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff) เป็นผู้ปฏิบัติงานในองค์กร
6. ปัจจัยด้านความสามารถ (Skill) คือความรู้ความสามารถ ทักษะของบุคลากรที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน
7. ปัจจัยด้านค่านิยม (Shared Value) เป็นค่านิยมร่วมกับบุคลากรในองค์กร

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กล่าวถึงประสิทธิภาพการทำงานโดยทั่วไป หมายถึงการทำงานที่ประหยัดได้ผลงานที่รวดเร็วมีคุณภาพคุ้มค่ากับการใช้ทรัพยากร ในด้านการเงิน คน อุปกรณ์และเวลา ดังนั้นประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งซึ่งสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ และสามารถวัดได้โดยในทางปฏิบัติจะวัดประสิทธิภาพจากปัจจัยนำเข้ากระบวนการ หรือผลผลิตที่ออกมา โดยวัดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างประกอบกัน ดังนั้นประสิทธิภาพจึงสามารถมองได้ในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพในแง่ของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิต (Input) เช่น การใช้ทรัพยากร ทั้งเงิน คน วัสดุเทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างประหยัด คัดค้าน และเกิดการสูญเสียที่น้อยที่สุด

2. ประสิทธิภาพในแง่ของกระบวนการบริหาร (Process) เช่น การทำงานที่ถูกต้อง ได้มาตรฐาน รวดเร็วและใช้เทคนิคที่สะดวกสบายกว่าเดิม

3. ประสิทธิภาพในแง่ของผลลัพธ์เช่น การทำงานที่มีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทนเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงาน และบริการเป็นที่พอใจของลูกค้า

จอห์น ดี.มิลเล็ท (John D.Millet) ได้กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และได้รับผลกำไรจากการปฏิบัติงาน ซึ่งความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจในการบริการให้กับประชาชน โดยพิจารณาจาก เช่น การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน การให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการให้บริการอย่างก้าวหน้า เป็นต้น

ฮาร์ริงตัน อีเมอร์สัน (Harrington Emerson) ได้กล่าวถึงหลักการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ในหนังสือ The Twelve Principles of Efficiency ซึ่งได้รับการยกย่อง กล่าวถึงกันมากในหลัก 12 ประการ ของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน มีสาระสำคัญดังนี้

1. ทำความเข้าใจและกำหนดแนวคิดในการทำงานให้กระจ่างแจ้ง
2. ใช้หลักสามัญในการพิจารณาความน่าจะเป็นไปได้ของงาน
3. คำปรึกษาแนะนำต้องสมบูรณ์และถูกต้อง
4. ต้องรักษาด้วยความยุติธรรม
5. ปฏิบัติด้วยความยุติธรรม
6. การทำงานต้องเชื่อถือได้ มีความฉับพลัน มีสมรรถภาพ และมีการลงระเบียบ

(Record) เป็นหลักฐาน

7. งานควรมีลักษณะแจ้งให้ทราบถึงการดำเนินงานอย่างทั่วถึง
8. งานสำเร็จทันเวลา
9. ผลงานได้มาตรฐาน
10. การดำเนินงานสามารถยึดเป็นมาตรฐานได้
11. กำหนดมาตรฐานที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการฝึกสอนได้
12. ให้บำเหน็จรางวัลแก่งานที่ดี

เฮอร์เบิร์ต เอ. ซิมอน (Herbert A. Simon) ได้กล่าวถึง ประสิทธิภาพในเชิงธุรกิจ เกี่ยวกับการทำงานของเครื่องจักร โดยพิจารณาว่า งานใดที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดนั้น ดูได้จาก ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) กับผลผลิต (Output) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพ เท่ากับผลผลิตลบด้วยปัจจัยนำเข้า แต่หากเป็นระบบการทำงานของภาครัฐ ต้องนำความพึงพอใจ ของประชาชนผู้มาขอรับบริการรวมอยู่ด้วย ซึ่งอาจเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{องค์การภาคเอกชน } E = (O-I)$$

$$\text{องค์การภาครัฐ } E = (O-I)+S$$

E = Efficiency ประสิทธิภาพในการทำงาน

O = Output ผลผลิตหรือผลงานที่ได้รับออกมา

I = Input ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรทางการบริหารทั่วไป

S = Satisfaction ความพึงพอใจในผลงานที่ออกมา

ปีเตอร์สัน (Perterson) และ โพลแมน (Plowman) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของประสิทธิภาพการทำงาน ไว้ดังนี้

1. คุณภาพของงาน (Quality) จะต้องมีความสูงคือผู้ผลิตและผู้ใช้ได้ประโยชน์คุ้มค่า และมีความพึงพอใจ
2. ปริมาณ (Quantity) งานที่เกิดขึ้นต้องเป็นไปตามความคาดหวังของหน่วยงาน
3. เวลา (Time) คือเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานต้องอยู่ในลักษณะที่ถูกต้อง เหมาะสมกับหลักการและทันสมัย
4. ค่าใช้จ่าย (Cost) เป็นในการดำเนินการทั้งหมดจะต้องเหมาะสมกับงานและวิธีการ คือจะต้องลงทุนน้อยและได้ผลกำไรมากที่สุด

ทั้งนี้ การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการปัจจุบันพบว่าได้มีการนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) เข้ามาใช้ในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้ (มนัส สุนทรโชติ, 2549)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2542 : 45) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้บริการหรือลูกค้าด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสมตาม มาตรฐานเชิงวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ปราศจากข้อผิดพลาด (Zero Defect) คือการที่ไม่มีความเสี่ยงไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการพยาบาลกระทำในสิ่งที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก
2. ลูกค้าพึงพอใจ (Response of Customer's Need and Expectation) ความพึงพอใจของลูกค้าจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (Needs) ของตนได้รับการตอบสนองนั้น คือปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้บริการและได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่นำพอใจ
3. ใดมาตรฐาน (Professional Standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นจากความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม
4. สานคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่คำจำกัดความคำว่า คุณภาพในปัจจุบัน โดยทั่วไปจะมียุทธศาสตร์ประกอบดังนี้
 1. สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า
 2. ได้ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด
 3. ปราศจากข้อบกพร่อง
 4. เกี่ยวข้องกับคน กระบวนการผลิตภัณฑ์ บริการและสิ่งแวดล้อม
 5. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสุข
 6. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพคือการให้บริการจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐานวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน ผู้รับบริการยอมรับและพึงพอใจ มีความปลอดภัย มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) คือ การจัดระบบบริหาร และระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เข้าด้วยกัน

กล่าวโดยสรุป การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำของแต่ละบุคคล ที่มีความสามารถ และความพร้อม พยายามทุ่มเทอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงานของตนอย่างคล่องแคล่ว ด้วยความมีระเบียบ มีกฎเกณฑ์ ปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา รวดเร็ว ถูกต้อง มีคุณภาพและมาตรฐานตามแนวทางปฏิบัติขององค์กร หรือหน่วยงานที่กำหนด โดยเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) กับผลผลิต (Output) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพเท่ากับผลผลิตลบด้วยปัจจัยนำเข้า แต่หากเป็นระบบการทำงานของภาครัฐ ต้องนำความพึงพอใจของประชาชนผู้มาขอรับบริการรวมอยู่ด้วย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา

กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาเสพติด และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มีสาระสำคัญดังนี้

1. กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาเสพติดว่าด้วยอนุสัญญาสหประชาชาติ และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชา

1.1 อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

1.1.1 ยาเสพติดให้โทษที่ควบคุมภายใต้การอนุสัญญานี้ จำกัดการใช้สำหรับการทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น (Preamble)

1.1.2 กัญชา (Cannabis and Cannabis Resin) จัดให้อยู่ในตารางการควบคุมในบัญชี ประเภทที่ 1 และ 4 ของอนุสัญญาฯ (Yellow List-INCIB)

1.1.3 ภาคิประเทศ ต้องกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันมิให้มีการนำใบของพืชกัญชาไปใช้ในทางที่ผิดหรือทำการค้าที่ผิดกฎหมาย (Article 28)

1.2 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1971 (The Convention on Psychotropic Substances, 1971) อนุสัญญานี้มุ่งเน้นการควบคุมและจำกัดการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสำหรับทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ กำหนดข้อสารที่จะต้องควบคุม กำหนดมาตรการบังคับให้มีการออกกฎหมายภายในประเทศ การร่วมมือระหว่างประเทศ ภาคิในการควบคุมและจำกัดการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ 2 รวมถึงการมอบให้คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ INCIB เป็นองค์กรในการควบคุมการผลิต การนำเข้ายาเสพติด ฯลฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้วามีอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่ปัญหายาเสพติดยังคงขยายตัวไปยังประเทศต่าง ๆ และทวีความรุนแรงอย่างไม่หยุดยั้ง อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของกระบวนการค้ายาเสพติด ทำงานกันอย่างเป็นเครือข่ายและขยายตัวอย่าง รวดเร็ว ในขณะที่ความร่วมมือในการปราบปรามยาเสพติดระหว่างประเทศยังไม่มีผลชัดเจน จึงทำให้ไม่อาจ ดำเนินงานในแนวทางเดียวกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่เดิมในขณะนั้น ยังไม่เข้มแข็ง เพียงพอที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือปราบปรามยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการจัดทำอนุสัญญา ขึ้นมาใหม่อีกฉบับหนึ่ง

1.3 อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ.1988 (The United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า “อนุสัญญาฯ ค.ศ.1988” อนุสัญญานี้มีหลักการที่สำคัญหลายประการแต่ที่เป็นจุดเด่น ซึ่งถือว่าเป็นมาตรการใหม่ ๆ ที่นำมากำหนดไว้ให้ประเทศภาคีนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ได้แก่ 1. ความผิดและกำหนดโทษ (Offences and Sanctions) 2. เขตอำนาจรัฐ (Jurisdiction) 3. การบริหารทรัพย์สิน (Confiscation) 4. การส่งผู้ร้ายข้ามแดน (Extradition) 5. การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางกฎหมาย (Mutual Legal Assistance) 6. การโอนการดำเนินคดี (Transfer of Proceedings) 7. การปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล (Illicit Traffic By Sea) โดยอนุสัญญานี้ได้มีการกำหนดหลักการที่สำคัญ สรุปได้พอสังเขปดังนี้ (สิทธิพร, 2552) หลักการ คือ กำหนดให้รัฐภาคีจะต้องดำเนินการตามพันธกรณีภายใต้หลักการที่สำคัญ ดังนี้

1.3.1 ความผิดและการลงโทษ (Offences and Sanction) ซึ่งได้กำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับการลักลอบ ค้ายาเสพติดครอบคลุมกิจกรรมทุกประเภท และจะต้องได้รับการลงโทษอย่างรุนแรงเหมาะสมกับฐานความผิด

1.3.2 การริบทรัพย์สินผู้ค้ายาเสพติด (Forfeiture of the Process of Illicit Trafficking) เป็นมาตรการซึ่ง กำหนดให้มีการสืบเสาะ ติดตามอายัด ยึดหรือริบทรัพย์สินที่ได้มาจากการลักลอบค้ายาเสพติด ทั้งทรัพย์สินที่ได้มาจากการกระทำความผิดโดยตรง และทรัพย์สินที่มีใช้ได้มาจากการกระทำความผิดแต่มีมูลค่าเทียบเท่า เนื่องจากมีการแปลงสภาพทรัพย์สินที่ได้มาจากการกระทำความผิด รวมถึงการริบอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ หรือเจตนาที่จะใช้ในการผลิตหรือการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในเรื่องของการริบทรัพย์สินนี้ อนุสัญญาได้กำหนดให้มีการร่วมมือกันเพื่อสามารถริบทรัพย์สินตามคำขอของต่างประเทศ หรือคำพิพากษาต่างประเทศด้วย ซึ่งนับว่าเป็นมาตรการใหม่ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจาก ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการศาล (Judicial Assistance) หรือการยอมรับหรือการบังคับคดีตามคำพิพากษาของศาลต่างประเทศด้วย

1.3.3 การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางกฎหมาย (Mutual Legal Assistance) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านพยานหลักฐานระหว่างประเทศเพื่อให้มีผลในการลงโทษผู้กระทำความผิดได้ สำหรับมาตรการนี้อาจทำได้ทั้งในลักษณะของความตกลงทวิภาคี (Bilateral) หรือพหุภาคี (Multilateral) สำคัญของอนุสัญญานี้ มีข้อกำหนด 34 ข้อที่สำคัญ ได้แก่ การยึดทรัพย์สินนักค้ายาเสพติด การให้ความร่วมมือทางอาญา การส่งผู้ร้ายข้ามแดน การสกัดกั้นการลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล การสกัด กั้นการฟอกเงินที่ได้จากการค้ายาเสพติด การควบคุมการส่งผ่านยาเสพติดเป็นต้น ซึ่งขณะนี้มีประเทศต่างๆ เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาแล้ว จำนวน 153 ประเทศ และ 1 องค์การระหว่างประเทศ สนธิสัญญาดังกล่าวผูกพันประเทศที่เข้าเป็นสมาชิก รวมถึงประเทศไทยด้วย เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญา ดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2545 อนุสัญญาดังกล่าวถือเป็นบ่อเกิดของกฎหมายและความร่วมมือกัน ในทางระหว่างประเทศด้านยาเสพติดและเป็นจุดเริ่มจุดแรกๆ ของการเอาจริงเอาจังกับการปราบปรามยาเสพติดที่เริ่มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เพราะการค้ายาเสพติดส่วนใหญ่ลักลอบ

และผลิตกันตามแนวเขตชายแดนด้วยสะดวกต่อการค้าขายและหลบหนีการติดตามของเจ้าหน้าที่ (กอบกุล จันทวโร, 2546 : 2-4)

1.4 พระราชบัญญัติกัญชาพหุศักราช 2477 สรุปสาระสำคัญ และมาตราที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

มาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดพาภักษุเข้ามาและส่งออกป็นอกพระราชอาณาจักร

มาตรา 7 ห้ามมิให้ผู้ใดมีซื้อ ขาย จำหน่าย หรือสูบภักษุ

มาตรา 8 ห้ามมิให้ผู้ใดมี ซื้อ ขาย จำหน่าย บ้องภักษุ หรือเครื่องมืออย่างอื่นที่ใช้สูบภักษุ

1.5 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ.2522 สรุปสาระสำคัญดังนี้

เสพ หมายความว่า การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด

ภักษุ (Cannabis) จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ซึ่งมีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. และ Cannabis Indica Lam ให้หมายความรวมถึงทุกส่วนของพืชภักษุ เช่น ใบดอก ยอด ผล ลำต้น วัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชภักษุ เช่น ยาง น้ำมัน ยกเว้นเปลือกแห้ง แก่นลำต้นแห้งเส้นใยแห้งและ ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้งแก่นลำ ต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

มาตรา 26 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นราย ๆ ไป

มาตรา 57 ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 5

1.6 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 มีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 1-16) เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานและมีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ปรากฏผลการวิจัยว่าสารสกัดจากภักษุและพืชกระท่อมมีประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นอย่างมากซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้ภักษุและพืชกระท่อมเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ภักษุและพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้ภักษุเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการให้ทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายและเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศและป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยาสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป (18 กุมภาพันธ์ 2562)

มาตรา 3 เพิ่มองค์ประกอบคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษที่มี ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการฯลฯ อีก 8 คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ ฯลฯ ประชุมเฉพาะวาระที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

มาตรา 9 (มาตรา 26/2) ห้ามมิให้ผู้ใด ผลิตนำเข้า หรือส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้ โทษในประเภท 5 เว้น แต่ในกรณีดังต่อไปนี้

ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือ การศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรือ อุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วยซึ่งได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการฯ

ในกรณีที่เป็นการนำติดตัวเข้าหรือออกไปนอกราชอาณาจักรไม่เกินปริมาณ ที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัว โดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

มาตรา 9 (มาตรา 26/3) ห้ามมิให้ผู้ใด จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

มาตรา 9 (มาตรา 26/4) บทบัญญัติมาตรา 26/3 ไม่ใช้บังคับแก่การมียาเสพติด ให้โทษ ในประเภท 5 ไว้ในครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัวโดยมีใบสั่ง ยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพฯ (ตามคำสั่งผู้ประกอบวิชาชีพ)

มาตรา 9 (มาตรา 26/5) ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้เมื่อปรากฏว่าผู้ขอ อนุญาตเป็น

1. หน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทาง การแพทย์ เกษษศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เกษษกรรม หรือวิทยาศาสตร์หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด หรือสภากาชาดไทย

2. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ ทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ผู้ประกอบการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

3. สถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนทาง การแพทย์ หรือเภสัชศาสตร์

4. ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจ เพื่อสังคม สหกรณ์การเกษตร ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม วรรค 1 หรือวรรค 3 ทั้งนี้ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสามารถร่วมผลิตและพัฒนาสูตรตำรับยาแผน โบราณหรือยาสมุนไพรได้ภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของวรรค 1 หรือวรรค 3 ด้วย

5. ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

6. ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

7. ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง (ร่าง) ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา

ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร

มาตรา 9 (มาตรา 26/6) ในกรณีที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดตาม กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหา ยาเสพติดให้ โทษ อาจมีมติให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดเขตพื้นที่หนึ่ง พื้นที่ใดเพื่อ กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ได้

1. ทดลองเพาะปลูกพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรืออาจ ใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

2. ผลิตและทดสอบเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

3. เสพหรือครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ในปริมาณที่กำหนด

มาตรา 13 (มาตรา 57) ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

มาตรา 13 (มาตรา 58) ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่ เสพ เพื่อรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรมการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบอนุญาต เสพเพื่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ตราบที่เสพได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศกำหนด

บทเฉพาะกาล

มาตรา 21 ภายในระยะ 5 ปีแรก การขอรับใบอนุญาต ผลิต นำเข้า หรือส่งออก ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือการรักษาผู้ป่วยตาม ม. 26/2 (1) ให้อนุญาตได้เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตเป็น

หน่วยงานรัฐตาม ม. 26/5 (1) หรือ ผู้ขออนุญาตตาม ม. 26/5 (2) (3) (4) หรือ (7) ซึ่งดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ตาม ม. 26/5 (1)

ความในวรรคหนึ่ง ไม่ใช้บังคับแก่ การขอรับใบอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือการรักษาผู้ป่วยตามมาตรา 26/2 (1) ในกรณีผู้ขออนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผน ไทยประยุกต์หรือ หมอพื้นบ้านฯ ซึ่งเป็นการปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายซึ่งตนเอง เป็นผู้ให้การรักษา

นิรโทษ

มาตรา 22 ผู้ใดมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะ กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัยอยู่ ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับไม่ต้องรับโทษสำหรับการกระทำนั้นเมื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาภายใน เก้าสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับในกรณีที่เป็นผู้มีความประพฤติตาม มาตรา 26/5

2. แจ้งการครอบครองต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาภายในกำหนด เก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ หากเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว สำหรับบุคคลอื่นเมื่อแจ้งการครอบครองแล้ว ให้ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลาย

กลุ่มที่ 1 มีโอกาสได้รับใบอนุญาต ผู้ที่มีความประพฤติตาม ม. 26/5 : การแพทย์/ รักษาผู้ป่วย/ศึกษาวิจัยให้ยื่นคำขออนุญาตและจะครอบครองได้จนกว่าการพิจารณาจะแล้วเสร็จ : อาจได้/ไม่ได้

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ใช้กัญชารักษารักษาโรคอยู่ มีใบรับรองของแพทย์ แสดงว่าเจ็บป่วย ให้แจ้งการครอบครอง และให้ใช้ต่อไปได้

กลุ่มที่ 3 ไม่ได้เป็นผู้มีความประพฤติตาม ม.26/5 ไม่ใช่ผู้ป่วยให้แจ้งการครอบครอง ส่งมอบ ให้เจ้าหน้าที่เพื่อทำลาย/ใช้ประโยชน์

โดยสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 มีบทบัญญัติทั้งหมด 28 มาตรา ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 และมีผลบังคับใช้ในวันถัดไป มีหลักการสำคัญในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อให้ยาเสพติดประเภทที่ 5 สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้รวมทั้งกำหนด ผู้มีหน้าที่ในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ยาเสพติด ได้แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (สำนักงานเลขาธิการ สภาผู้แทนราษฎร, 2562 : 4-8) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตามมาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน (Codeine Cough Syrup) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม

ประโยชน์ที่ได้รับจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 เกี่ยวกับ กัญชาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จะช่วยเปิดโอกาสให้สามารถ นำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัย เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ ในการรักษาภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ ดังจะมีตัวอย่างในหลาย ๆ ประเทศ ที่ได้แสดงให้เห็นว่ากัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีผลการศึกษาและการพัฒนาเพื่อใช้เป็นยารักษาโรคร้ายแรง หลายโรค โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ดังนั้น การที่ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญในการวิจัยนี้จะส่งผลให้ อนาคตผู้ป่วย ในประเทศลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างมากและส่งผลทางด้านเศรษฐกิจ

ของประเทศ การลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศได้เป็นจำนวนมาก เนื่องจากในประเทศไทยมีกัญชาเป็นพืชที่ปลูกง่าย ของประเทศอยู่แล้วค่าใช้จ่ายจึงน้อยกว่าประหยัดงบประมาณของประเทศ

โทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับกัญชา 1. ผลิต นำเข้า หรือส่งออกต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 500,000 บาท (มาตรา 17 แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 75) หากเป็นการกระทำเพื่อจำหน่ายต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 1,500,000 บาท 2. ผู้ใดมีไว้ในครอบครอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 150,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับถ้าเป็นพืชกระท่อมต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท กรณีเป็นการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองไม่ถึงสิบกิโลกรัม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 150,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ กรณีเป็นการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองตั้งแต่สิบกิโลกรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปีถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 150,000 บาท ถึง 1,500,000 บาท 3. การเสพต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การนิรโทษกรรมผู้ครอบครองกัญชาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ต่อมาประกาศกระทรวงสาธารณสุข 3 ฉบับ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 มีสาระสำคัญ คือ กำหนดให้ผู้ที่มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 ผู้ที่มีครอบครองไว้เพื่อศึกษาวิจัย หน่วยงานรัฐที่สอนทางการแพทย์ แพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัย กลุ่มวิสาหกิจเกษตรกรรม ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว โดยจะต้องแสดงเอกสารหลักฐานอาการเจ็บป่วยจากแพทย์ และบุคคลอื่นผู้ที่มีกัญชาอยู่ในครอบครอง

นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในมาตรา 26/5 ซึ่งมีไว้ในครอบครองก่อนที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ประกาศกำหนดนั้น จะต้องแจ้งการครอบครองต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายในกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และกำหนดให้กัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคลตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีการจัดตั้งคณะทำงานทำลายกัญชาเพื่อ ปฏิบัติหน้าที่

1.7 พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 121-164)

ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ตามที่ปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติ คือปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นการเฉพาะ ทำให้ต้องนำ บทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยอาหารมาใช้บังคับ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวยังไม่เหมาะสมกับการควบคุมและกำกับ ดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมทั้งไม่สอดคล้องต่อการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์ สมุนไพร ดังนั้น สมควรมีกฎหมายควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับมนุษย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ และมีคณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพรทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพร ด้วยระบบการอนุญาต การขึ้นทะเบียน การแจ้งรายละเอียดและการจดทะเบียนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการ

ส่งเสริมให้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเป็นระบบและครบวงจร ซึ่งจะทำให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย มีความปลอดภัย มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากลรวมทั้งเพิ่มมูลค่าในการส่งออกไปยังต่างประเทศให้มากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ นอกจากนี้พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังสอดคล้องต่อการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรซึ่งเป็นไปตามแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 1.กำหนดบทนิยามคำว่า “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” เพื่อให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้สำหรับการรักษา บรรเทา ป้องกันโรคหรือ ให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์ รวมถึง

1. กำหนดนิยามคำว่า “สมุนไพร” “ยาแผนไทย” “ยาพัฒนาจากสมุนไพร” “การแพทย์แผนไทย” (มาตรา 4)

2. กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการและกรรมการจำนวน 35 คน มีหน้าที่และอำนาจที่สำคัญในการกำหนดนโยบายแห่งชาติ ด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี (หมวด 1 มาตรา 7 ถึง มาตรา 12)

3. กำหนดให้มีคณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรรมการจำนวน 20 คน มีหน้าที่และอำนาจ ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีในการออกประกาศตามมาตรา 6 เช่น รับรองตำรายา ตำราผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตำรามาตรฐานเภสัชผลิตภัณฑ์สมุนไพร กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเพื่อดำเนินการในเรื่องต่างๆ ตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนให้คำแนะนำแก่คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรและปฏิบัติงานหรือดำเนินการอื่นใดตามที่นายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีมอบหมาย (หมวด 2 มาตรา 13 ถึง มาตรา 16)

4. กำหนดหลักเกณฑ์การขออนุญาตและการอนุญาต โดยให้การผลิต นำเข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่รัฐมนตรีประกาศต้องยื่นคำขออนุญาต (หมวด 3 มาตรา 17 - มาตรา 24) และกำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (หมวด 4 มาตรา 25 ถึง มาตรา 33) พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

5. กำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับผลิตภัณฑ์สมุนไพร (หมวด 5 มาตรา 34 ถึง มาตรา 44) และกำหนดหลักเกณฑ์การแจ้งรายละเอียดหรือจัดแจ้ง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (หมวด 6 มาตรา 45 ถึง มาตรา 53)

6. กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาผลิตภัณฑ์สมุนไพร (หมวด 7 มาตรา 54 ถึง มาตรา 57)

7. กำหนดหลักเกณฑ์การควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพร ห้ามไม่ให้ผู้ใดผลิต นำ เข้า หรือขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรปลอม ผิดมาตรฐาน หรือเสื่อมคุณภาพ (หมวด 8 มาตรา 58 ถึง มาตรา 65)

8. กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการเลิกกิจการและการโอนกิจการ (หมวด 9 มาตรา 66 ถึง มาตรา 69) และหลักเกณฑ์การพักใช้ใบอนุญาตและการเพิกถอน ใบอนุญาต (หมวด 13 มาตรา 83 ถึงมาตรา 87)

9. กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพร (หมวด 10 มาตรา 70 ถึง มาตรา 75)

10. กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อส่งเสริมผู้ประกอบการที่เป็นวิสาหกิจชุมชน หรือผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก (หมวด 11 มาตรา 76 ถึงมาตรา 77)

11. กำหนดให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่รวมถึงอำนาจหน้าที่ของพนักงาน เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ (หมวด 12 มาตรา 78 ถึงมาตรา 82) รวมทั้งบทบัญญัติเกี่ยวกับอุทธรณ์ (หมวด 14 มาตรา 88 ถึง มาตรา 90)

12. กำหนดบทกำหนดโทษเมื่อมีการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม พระราชบัญญัตินี้ (หมวด 15 มาตรา 91 ถึง มาตรา 121)

13. กำหนดบทเฉพาะกาลรองรับใบอนุญาต ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับอาหารและกฎหมายลำดับรองตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร รวมถึงรับรองการดำเนินการของคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติและคณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพรในวาระเริ่มแรกตลอดจนกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้อง (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 121-164)

1.8 กฎหมายลำดับรองออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7)

พ.ศ. 2562

1.8.1 (ร่าง) กฎกระทรวง การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาประกอบด้วย หมวด 1 การขออนุญาต หมวด 2 การอนุญาต หมวด 3 การดำเนินการ หมวด 4 การรับรองตำรับ หมวด 5 การขออนุญาตเพื่อการวิจัย บทเฉพาะกาล ซึ่งเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2563 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอและให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา โดยให้ความเห็นของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ไปประกอบการพิจารณาด้วย แล้วดำเนินการต่อไปได้ และให้กระทรวงสาธารณสุขรับความเห็นของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติไปพิจารณาดำเนินการ สรุปสาระสำคัญดังนี้

1.8.1.1 กำหนดนิยามคำว่า “กัญชา” “ผู้รับอนุญาต” “หน่วยงานของรัฐ”

1.8.1.2 กำหนดให้การขออนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา มี 7 ประเภท

1. เพื่อการบริหารยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาที่ใช้ในทางการแพทย์ในประเทศ

2. เพื่อการศึกษาวิเคราะห์ วิจัยทางด้านการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์หรือเภสัชกรรม

3. เพื่อประโยชน์ของทางราชการ ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิด และความร่วมมือระหว่างประเทศ

4. เพื่อการผลิตเพื่อส่งออกและส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

5. เพื่อการผลิตซึ่งกระทำโดยการปรุงยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาสำหรับคนไข้เฉพาะราย ของผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

6. เพื่อรักษาโรครณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

7. กรณีผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรสำหรับใช้รักษาเฉพาะตัวภายในเก้าสิบวัน

1.8.1.3 กำหนดคุณสมบัติของผู้ขออนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออก ให้จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

1.8.1.4 กำหนดให้การดำเนินการปลูกกัญชาในสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้นในการปลูกทุกครั้งต้องใช้เมล็ดพันธุ์ เนื้อเยื่อ หรือวิธีการอื่นตามที่ได้รับอนุญาตแล้ว และจัดทำแนวเขตพื้นที่การเพาะปลูกที่เห็นได้ชัด

1.8.1.5 กำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีการสุ่มวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบหาปริมาณสาระสำคัญ ในกัญชา เช่น Cannabidiol (CBD) หรือ Tetrahydrocannabinol (THC) สารปนเปื้อนโลหะหนักหรือสารอื่นๆ ในการปลูกทุกครั้งตามมาตรฐานที่กำหนด และเก็บหลักฐานการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว ณ สถานที่ที่ได้รับอนุญาตเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ต้องจัดให้มีการสุ่มวิเคราะห์ดังกล่าวโดยผู้รับอนุญาตอื่นที่รับผลผลิตจากผู้รับอนุญาตปลูกไปดำเนินการแปรรูปหรือผลิตต่อไป

1.8.1.6 กำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าผลิตกัญชาเสพติดให้โทษในประเภท 5 จะผลิตหรือนำเข้าซึ่งตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ต้องขอการรับรองตำรับต่อผู้อนุญาตก่อน และเมื่อได้รับหนังสือรับรองผลิตภัณฑ์แล้ว จึงจะผลิตหรือนำเข้าซึ่งตำรับยาเสพติดให้โทษนั้นได้

1.8.1.7 กำหนดให้ผู้ขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา เพื่อการศึกษาวิจัย ให้ยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตตามแบบที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา พร้อมด้วยเอกสารหรือหลักฐาน

1.8.1.8 กำหนดบทเฉพาะกาล กรณีหนังสือสำคัญแสดงการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ออกตามกฎหมายการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง

ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ. 2559 ให้ถือว่าเป็นใบอนุญาตตามกฎหมาย
กฎกระทรวงนี้ และให้ใช้ได้ต่อไปจนกว่าใบอนุญาตนั้นสิ้นอายุ

1.8.1.9 กำหนดให้บรรดาคำขอใด ๆ ที่ได้ยื่นไว้ตามกฎหมายกระทรวง การขอ
อนุญาต และการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ. 2559 ก่อนวันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับและยังอยู่ในระหว่าง
การพิจารณาของผู้อนุญาต ให้ถือว่าเป็นคำขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงนี้โดยอนุโลม ในกรณี
ที่คำขอมีข้อแตกต่างไปจากคำขอตามกฎหมายกระทรวงนี้ ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งแก้ไขเพิ่มเติม หรือให้ส่ง
เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น เพื่อให้การเป็นไปตามกฎหมายนี้

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุง และสั่งจ่าย ตำรับยา
ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ.2562 มีผลบังคับใช้ 11 เมษายน 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 :
28-29) โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

โดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อให้เป็นไป
ตามหลักวิชาการ และมีการนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม อาศัยอำนาจตาม
ความในมาตรา 26/5 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านต้องมีคุณสมบัติ
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร
การใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข
หรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรองและในการปรุงหรือสั่งจ่ายต้องดำเนินการภายใต้
สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ 3 หมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร การใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุขหรือ
หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง

ข้อ 4 แนวทางการปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ประกอบวิชาชีพ
การแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน มีดังนี้

(1) วัตถุดิบกัญชาต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ
เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ โดยอาจใช้เครื่องยาสมกัญชากลาง ที่ต้องนำมาผสมกับตัวยานอื่นในตำรับ
ในการปรุงยาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งนี้ เครื่องยาสมกัญชากลาง หมายถึง เครื่องยาที่ได้จากการนำ
กัญชามาผสมกับตัวยานอื่นอีก 1-2 ชนิด เช่น พริกไทย ซึ่งเป็นตัวยานที่ใช้มากในตำรับยาแก้กัญชา
เพื่อป้องกันนำไปเสพเพื่อนันทนาการ (2) กรณีหมอพื้นบ้านต้องมีการระบอบุคคลความรู้และภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.8.2 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคได้ พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญดังนี้
 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 27) โดยที่เป็นการกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชา
 ปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการมีคุณภาพ
 ตามมาตรฐาน ที่กำหนด และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศ อาศัยอำนาจตาม
 ความในมาตรา 58 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
 โดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออก
 ประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ตำรับยาที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ
 ยาซึ่งครอบคลุม ทั้งตำรับยาแผนปัจจุบันและตำรับยาแผนไทย

ข้อ 2 ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย
 โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภากาการแพทย์แผนไทย
 ตามบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ 3 ตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรค
 กรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Special Access Scheme)

ข้อ 4 ตำรับยาที่ได้รับอนุญาต ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยที่ได้รับอนุญาต
 จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 5 ตำรับยาที่หมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญา
 การแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 ทั้งนี้วัตถุดิบจากกัญชา ต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้

ข้อ 6 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราช
 กิจจานุเบกษาเป็นต้นไป บัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย ที่ประกาศ
 กำหนดให้เป็นตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่อนุญาตให้เสพเพื่อรักษา
 โรคหรือการศึกษาวิจัยได้แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ
 ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัยได้พ.ศ. 2562 ตำรับยา
 ที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตัวยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณตำรับ
 ที่แก้ปัญหายาเสพติด จำนวน 16 ตำรับ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 แสดงบัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย 16 ตำรับ

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
1. ยาอัคคินี้วคณะ	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
2. ยาสุขไสยาสน์	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
3. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
4. ยาน้ำมันสนันไตรภพ	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
5. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
6. ยาไฟรุช	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุ ประสาทเวช
7. ยาแก้โรคนอนไม่หลับ/ยาแก้ไข้ ผอมเหลือง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุ ประสาทเวช
8. ยาแก้สัณห์มาต กล่อนแห้ง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุ ประสาทเวช
9. ยาอัมฤตโอสถ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุ ประสาทเวช
10. ยาอโภยสาลี	เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
11. ยาแก้ลมแก้เส้น	เวชศาสตร์วิณัณณา
12. ยาแก้โรคจิต	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
13. ยาไฟสาลี	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
14. ยาหาริตสิดวงทวารหนักและโรค ผิวหนัง	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
15. ยาทำลายพระสุเมรุ	คัมภีร์แพทย์แผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณ ลักษณ์
16. ยาทัพยธิคุณ	คัมภีร์แพทย์แผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณ ลักษณ์

ที่มา : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชา
ปรุงผสมอยู่ให้เสพติดเพื่อรักษาโรคได้ พ.ศ.2562

**1.8.3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพติดเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2)
พ.ศ. 2562** โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 111)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 58 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ
ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7)
พ.ศ.2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกความในข้อ 5 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือ การศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 5 ตำรับยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ปรุงขึ้นจากองค์ความรู้ และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการ แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราช กิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ประกาศ ณ วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2562

1.8.4 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 16)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 58 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ 5/1 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือ การศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพ เพื่อ รักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2562

“ข้อ 5/1 ให้กำหนดตำรับยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน ดังต่อไปนี้

(1) น้ำมันจอตกระดุก ชื่อผู้ปรุง นายนาต ศรีหาคา ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 6 ตำบลสบงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

(2) น้ำมันหอมเตชา ชื่อผู้ปรุง นายเดชา ศิริภัทร ที่อยู่ 13/1 หมู่ที่ 3 ถนนเทศบาลท่าเสด็จ 1 ซอย 6 ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราช กิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ประกาศ ณ วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2562

1.8.5 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 1-3) อาศัย อำนาจตามความในมาตรา 6 วรรคหนึ่ง และมาตรา 8 (1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ. 2522 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุม ยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ลำดับที่ 1 ในบัญชีท้าย ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2561 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับที่ 1 ชื่อยาเสพติดให้โทษ กัญชาเจือปนซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึง ทุกส่วนของพืชกัญชา เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ลำต้น วัสดุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ยาง น้ำมัน ยกเว้น 1.กัญชง (Hemp) ที่ได้ประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ 2.แคนนาบิไดโอล (Cannabidiol, CBD) ที่สกัดจากกัญชาซึ่งมีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99 โดยมีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนัก 3.สารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีสารแคนนาบิไดโอล (Cannabidiol, CBD) เป็นส่วนประกอบหลักและมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ซึ่งเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรเท่านั้นทั้งนี้ภายในระยะเวลา 5 ปีแรก นับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับการยกเว้นให้ใช้บังคับเฉพาะกับการผลิตในประเทศของผู้รับอนุญาตตามกฎหมายนั้นๆ 4.เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง

ข้อ 2 ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นลำดับที่ 5 ของชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ในบัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ลำดับที่ 5 ชื่อยาเสพติดให้โทษ กัญชง (Hemp) เจือปนซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis Sativa L.) ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึงทุกส่วนของพืชกัญชง เช่น ใบ ดอก ยอด ผล ลำต้น ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) และลักษณะเป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ยกเว้น 1.แคนนาบิไดโอล (Cannabidiol, CBD) ที่สกัดจากกัญชงซึ่งมีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 99 โดยมีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนัก 2. สารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีสารแคนนาบิไดโอล (Cannabidiol, CBD) เป็นส่วนประกอบหลักและมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักซึ่งเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์ สมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร เท่านั้น 3. เมล็ดกัญชง (Hemp Seed) หรือน้ำมันจากเมล็ดกัญชง (Hemp Seed Oil) ซึ่งเป็นอาหารตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางอาหารเท่านั้น 4. น้ำมันจากเมล็ดกัญชง (Hemp Seed Oil) หรือสารสกัดจากเมล็ดกัญชงซึ่งเป็นเครื่องสำอางตามกฎหมาย ว่าด้วยเครื่องสำอางและต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางเครื่องสำอางเท่านั้น ทั้งนี้เมล็ดกัญชงที่นำไปเป็นอาหาร หรือเครื่องสำอางต้องเป็นเมล็ดที่ไม่สามารถนำไปเพาะพันธุ์ได้ (Non -Viable Seed) หรือถูกทำให้ไม่มีชีวิตซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด 5.เปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง แกนลำต้นแห้ง เส้นใยแห้ง ภายในระยะเวลา 5 ปีแรกนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับการยกเว้นตามข้อ 2 ถึงข้อ 4 ให้ใช้บังคับเฉพาะกับการผลิตภายในประเทศของผู้รับอนุญาตตามกฎหมายนั้นๆ

1.8.6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการแจ้งการมีไว้ในครอบครอง
 ภัยสำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2)
 ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562
 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 2-4) โดยมีสาระสำคัญดังนี้ กำหนดให้ใช้กฎหมายเพื่อประโยชน์ทาง
 การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัยได้ แต่ด้วยมีหน่วยงานหรือ
 บุคคลผู้ครอบครองยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกฎหมายเพื่อวัตถุประสงค์เหล่านี้ก่อนกฎหมาย
 มีผลใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ หากมีการดำเนินการตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ
 กำหนด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 22 (1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติ
 ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบ
 ของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษในการประชุมครั้งที่ 399-3/2562 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์
 2562 จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้หน่วยงานหรือบุคคลผู้ครอบครองภัยก่อนกฎหมายมีผล
 ใช้บังคับเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย
 ดังต่อไปนี้ ต้องแจ้งลักษณะและปริมาณภัยที่มีไว้ในครอบครองภายในเก้าสิบวันนับแต่
 พระราชบัญญัติดังกล่าว ใช้บังคับ

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอน
 ทางกายภาพบำบัด เกษศาาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์
 เกษกรรม หรือวิทยาศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์
 หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด
 หรือสภากาชาดไทย

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบ
 วิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ
 การแพทย์แผนไทย

(3) สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
 ที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(4) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจัด
 ทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการ
 นั้นหรือสหกรณ์การเกษตร ซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความ
 ร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ทั้งนี้ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมดังกล่าว
 สามารถร่วมผลิต และพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์
 ภายใต้ความร่วมมือ และกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ด้วย

(5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนำยาเสพติด
 ให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

(7) ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง ผู้ขออนุญาตตามวรรคหนึ่ง (2) (3) (4) และ (7) ในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดาต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย และกรรมการของนิติบุคคลหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อยสองในสามต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยและมีสำนักงานในประเทศไทย

ข้อ 2 การแจ้งการมีไว้ในครอบครองตามข้อ 1 ให้แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามภูมิลำเนาที่อยู่อาศัย หรือสถานที่ตั้งของสำนักงานใหญ่กรณีเป็นนิติบุคคล เมื่อครบกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลตามวรรคหนึ่งมายังเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาด้วย

ข้อ 3 การแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 1 สามารถดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนด

ข้อ 4 เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้งพิจารณาคุณสมบัติของผู้แจ้งการมีไว้ในครอบครองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามข้อ 1 แล้ว ให้พิจารณาออกหนังสือแสดงการครอบครองยาเสพติด ให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ตามมาตรา 22 (1) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้ ทั้งนี้ จนกว่าจะได้รับใบอนุญาตหรือมีคำสั่งไม่อนุญาตตามกฎหมายว่า ออกตามมาตรา 26/2 (1) มาตรา 26/2 (3) มาตรา 26/3 มาตรา 34/1 มาตรา 34/2 มาตรา 34/3 มาตรา 34/4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 แบบแจ้งการมีไว้ในครอบครองและหนังสือแสดงการมีไว้ในครอบครอง ให้เป็นไปตามแบบที่แนบท้าย ประกาศนี้

ข้อ 5 ให้ผู้แจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 1 แจ้งการครอบครองภายในระยะเวลา เก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับไม่ต้องรับโทษ เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

ข้อ 6 บุคคลอื่นที่มีไว้ในครอบครองหรือไม่เข้าเงื่อนไขคุณสมบัติอย่างหนึ่งอย่างใดตามข้อ 1 ให้ผู้แจ้งรับส่งมอบกัญชาที่เหลือต่อเจ้าหน้าที่โดยเร็วแต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ

ข้อ 7 ให้หน่วยงานผู้รับแจ้งการมีไว้ในครอบครองตามข้อ 6 รวบรวมกัญชาที่รับมอบเพื่อดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562

ข้อ 8 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไปประกาศ ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

1.8.7 ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภาชนะบรรจุ หรือหีบห่อบรรจุ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออกสำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 267 ง ราชกิจจานุเบกษา 29 ตุลาคม 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 17-20) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 13 (7) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 34/1 (3) และมาตรา 34/2 (3) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 405-9/2562 เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562 คณะกรรมการ ควบคุมยาเสพติดให้โทษจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 13 (7) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 34/1 (3) และมาตรา 34/2 (3) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการควบคุม ยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 405 -9/2562 เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562 คณะกรรมการ ควบคุมยาเสพติดให้โทษจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภาชนะบรรจุ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออกสำหรับยาแผนไทย ซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ข้อ 3 ในประกาศนี้ “ฉลาก” หมายความว่า รูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมาย หรือข้อความใด ๆ ซึ่งแสดงไว้ที่ ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 “เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5” หมายความว่า กระดาษ หรือสิ่งอื่นใดที่ทำให้ ปรากฏความหมายด้วยรูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมาย หรือข้อความใด ๆ อันเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ซึ่งสอดแทรกหรือรวมไว้กับภาชนะ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 “ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทย” หมายความว่า ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่มุ่งหมายสำหรับใช้ตามศาสตร์องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ ข้อ 4 ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทย ต้องจัดให้มี

(1) ฉลากซึ่งแสดงไว้ที่ภาชนะ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 โดยให้อยู่ในตำแหน่งที่เห็นได้ง่ายและชัดเจน

(2) เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ซึ่งสอดแทรกหรือรวมไว้กับภาชนะหรือ หีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เว้นแต่กรณีเป็นยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่ผลิต เพื่อส่งออก การจัดให้มีเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษให้เป็นไปตามข้อกำหนดของประเทศผู้นำเข้าฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามวรรคหนึ่ง ต้องจัดทำ

ให้แล้วเสร็จก่อนจำหน่ายหรือส่งออก ข้อ 5 ผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งกระทำโดยการปรุงยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชาเพื่อจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยของตน ต้องจัดให้มีฉลากฉลากไว้ที่ภาชนะหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่ส่งมอบให้ผู้ป่วย ฉลากต้องแสดงรายการ ดังต่อไปนี้

- (1) ชื่อตำรับ
- (2) ขนาดและวิธีใช้
- (3) ชื่อผู้ป่วย
- (4) ข้อความว่า “คำเตือน (1) อาจเสพติดและให้โทษ ต้องใช้ตามแพทย์สั่ง (2) หากใช้ยานี้แล้วมีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดยาทันที และพบแพทย์หรือเภสัชกร”

(5) คำว่า “ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5” ด้วยอักษรสีแดงบนพื้นสีขาว มีเส้นกรอบสีแดง เห็นได้ชัดเจน

- (6) ปริมาณที่บรรจุ
- (7) วัน เดือน ปี ที่ผลิต หรือ วัน เดือน ปี ที่จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

(8) เลขที่ใบอนุญาตผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 5
ข้อ 6 ฉลากของยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทย ที่ผลิตหรือนำเข้า อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (1) ชื่อตำรับ
- (2) ปริมาณที่บรรจุ
- (3) เลขที่หนังสือรับรองผลิตภัณฑ์ที่ผู้อนุญาตออกให้ โดยรูปแบบการแสดงผลเลขที่หนังสือรับรองผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามที่เลขาธิการประกาศกำหนด (ถ้ามี)
- (4) เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิตหรือเลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่วิเคราะห์ (Batch or Lot Number or Control Number)
- (5) ชื่อผู้ผลิตและที่ตั้งของสถานที่ผลิต (Name and Address Of Manufacturer)

(6) ข้อความว่า “วันที่ผลิต” เพื่อแสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิต

(7) ข้อความว่า “ยาสิ้นอายุ” เพื่อแสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิตภัณฑ์สิ้นอายุ หากไม่สามารถ ระบุเป็นวันที่ให้ระบุเป็นเดือน ปี

(8) คำว่า “ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5” ด้วยอักษรสีแดงบนพื้นสีขาว มีเส้นกรอบสีแดง เห็นได้ชัดเจน

(9) ข้อความว่า “คำเตือน อาจเสพติดและให้โทษ ต้องใช้ตามแพทย์สั่ง” ด้วยอักษรสีแดง มีลักษณะและขนาดที่ชัดเจนและเด่นกว่าข้อความอื่นในฉลาก ยกเว้นชื่อตำรับ

(10) คำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจน หากไม่สามารถแสดงไว้ในฉลากให้แสดงคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ดังกล่าวไว้ในเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ

(11) รหัสคิวอาร์ (QR code) หรือรหัสอื่น ตามที่เลขาธิการประกาศกำหนดในกรณีที่ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 บรรจุไว้ในภาชนะและมีหีบห่อต้องแสดงฉลากไว้ที่ภาชนะและที่หีบห่อบรรจุนั้นด้วย แต่ถ้าภาชนะบรรจุมีขนาดเล็กไม่สามารถแสดงรายการทั้งหมดได้ การแสดงฉลากไว้ที่ภาชนะบรรจุอย่างน้อยต้องมีรายการตาม (1) (4) (7) (8) (9) และ (11)

ข้อ 7 ฉลากของยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทยที่ผลิตเพื่อส่งออกอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (1) รายการตามข้อ 6 (1) ถึง (4)
- (2) ชื่อผู้ผลิตและที่ตั้งของสถานที่ผลิต และคำว่า “Thailand”
- (3) ชื่อผู้ส่งออกและที่ตั้งของสถานที่ส่งออก ในกรณีที่มีตัวแทนส่งออก
- (4) ข้อความว่า “Manufacturing Date ...” หรือ “mfg. date ...” เพื่อแสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิต และข้อความว่า “Expiry Date ...” หรือ “exp. date ...” เพื่อแสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิตถึงวันสิ้นอายุ

(5) ข้อความว่า “Warning : May Be Habit Forming” ด้วยอักษรสีแดงเห็นได้ชัดเจน

(6) อักษร “E” ในกรอบสี่เหลี่ยม แสดงไว้ที่มุมบนด้านขวาของฉลากให้เห็นได้ชัดเจน เพื่อแสดงว่าเป็นฉลากของยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทยที่ผลิตเพื่อส่งออกเท่านั้น

(7) รหัสคิวอาร์ (QR code) หรือรหัสอื่น ตามที่เลขาธิการประกาศกำหนด กรณีที่ไม่สามารถระบุข้อความตาม (4) หรือ (5) หรือจำเป็นต้องใช้ข้อความในภาษาอื่นที่มีความหมายอย่างเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของประเทศผู้นำเข้า ให้ผู้ผลิตแสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อผู้อนุญาตโดยระบุเหตุผลและความจำเป็นและเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะดำเนินการตามนั้นได้ในกรณีที่ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 บรรจุไว้ในภาชนะและมีหีบห่อ ต้องแสดงฉลากไว้ที่ภาชนะและที่หีบห่อบรรจุนั้นด้วย แต่ถ้าภาชนะบรรจุมีขนาดเล็กไม่สามารถแสดงรายการทั้งหมดได้ การแสดงฉลากไว้ที่ภาชนะบรรจุอย่างน้อยต้องมีรายการตามข้อ 6 (1) และ (4) และข้อ 7 (4) และ (6) มิให้นำความในข้อ 9 มาใช้บังคับแก่ฉลากตามข้อนี้ ข้อ 8 เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ของผลิตภัณฑ์ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทยที่ได้รับหนังสือรับรองผลิตภัณฑ์จาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (1) ชื่อตำรับ (Product Name)
 - (2) ชื่อตัวยาอันเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของตำรับยาเสพติดให้โทษ
- ในประเภท 5

- (3) สรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ (Indication)
 - (4) ขนาดและวิธีใช้
 - (5) คำเตือนหรือข้อควรระวัง (Warning and Precautions) และข้อห้ามใช้
 - (6) ข้อความว่า “คำเตือนอาจเสพติดและให้โทษ ต้องใช้ตามแพทย์สั่ง”
- ซึ่งมีลักษณะและขนาดที่ชัดเจนและเด่นกว่าข้อความอื่นในเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 นั้น

(7) สภาวะการเก็บรักษา (Storage Condition)

(8) รูปแบบยาและขนาดบรรจุที่มีจำหน่าย (Dosage Forms and Packaging Available)

(9) ชื่อผู้ผลิต ผู้นำเข้ายาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ และสถานที่ตั้ง (Name and Address of Manufacturer / Importer / Marketing Authorization Holder)

(10) วันที่มีการแก้ไขปรับปรุงเอกสาร (Date of Revision of Package Insert) ความในวรรคหนึ่งไม่ใช้บังคับแก่ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิตเพื่อส่งออก ทั้งนี้ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของประเทศผู้นำเข้า เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นภาษาต่างประเทศต้องมีคำแปล เป็นภาษาไทยด้วย ข้อ 9 ข้อความในฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ต้องอ่านได้ชัดเจนต้องใช้ข้อความเป็นภาษาไทย ในกรณีมีข้อความภาษาต่างประเทศรวมอยู่ด้วยต้องไม่ขัดกับข้อความภาษาไทย

ข้อ 10 เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่เป็นยาแผนไทย ซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย ต้องมีสรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังและข้อมูลเพิ่มเติมเป็นไปตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้ ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2562

1.8.8 ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดลักษณะ

กัญชง (Hemp) พ.ศ.2562 ราชกิจจานุเบกษา 24 ตุลาคม 2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 264 ง (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 7-8) โดยที่เป็นการสมควรกำหนดลักษณะกัญชง (Hemp) เพื่อเป็นประโยชน์ในการควบคุมการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชง (Hemp) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์จากกัญชง (Hemp) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 13 (6/4) และมาตรา 26/2 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ประกอบกับมติของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษในการประชุมครั้งที่ 407-11/2562 เมื่อวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2562 คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดลักษณะกัญชง (Hemp) พ.ศ.2562 ”

ข้อ 2 ยกเลิกประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดลักษณะกัญชง (Hemp) พ.ศ.2562 ลงวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ.2562

ข้อ 3 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ 4 กัญชง (Hemp) มีลักษณะเป็นพืชซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis Sativa L. Subsp. Ssativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis sativa L.) ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ในใบและช่อดอก ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้งโดยตรวจวิเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ข้อ 5 เมล็ดพันธุ์รับรอง มีลักษณะเป็นเมล็ดพันธุ์กัญชง (Hemp) ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ในใบและช่อดอก ไม่เกินร้อยละ 1.0 ต่อน้ำหนักแห้ง ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยการตรวจวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด และเป็นพันธุ์พืชขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยพันธุ์พืช

ข้อ 6 ประกาศนี้ไม่ใช้บังคับกับกรณี ดังต่อไปนี้ 6.1 กัญชงที่ได้รับอนุญาตปลูกแล้ว ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ 6.2 เมล็ดพันธุ์รับรองที่ได้รับการรับรองแล้ว ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ประกาศ ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2562

1.8.9 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 94 ง ราชกิจจานุเบกษา 11 เมษายน 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 28-19) มีสาระสำคัญดังนี้ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ เพื่อให้เป็นไปตาม หลักวิชาการ และมีการนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26/5 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข หรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรองและในการปรุงหรือสั่งจ่ายต้องดำเนินการภายใต้สถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ 3 หมอพื้นบ้านที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง

ข้อ 4 แนวทางการปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์ แผนไทยและหมอพื้นบ้าน มีดังนี้

(1) วัตถุดิบกัญชาต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบเพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ โดยอาจใช้เครื่องยาผสมกัญชากลาง ที่ต้องนำมาผสมกับตัวยาอื่นในตำรับในการปรุงยาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งนี้เครื่องยาผสมกัญชากลาง หมายถึง เครื่องยาที่ได้จากการนำกัญชามาผสมกับตัวยาอื่น อีก 1 - 2 ชนิด เช่น พริกไทย ซึ่งเป็นตัวยาที่ใช้มากในตำรับยาเข้ากัญชาเพื่อป้องกันนำไปเสพเพื่อนันทนาการ

(2) กรณีหมอพื้นบ้าน ต้องมีการระบุงค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้อ 5 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ประกาศ ณ วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2562

1.8.10 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่าย ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 199 ง ราชกิจจานุเบกษา 8 สิงหาคม 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 12) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26/5 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกความในข้อ 4 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ.2562 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2562 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 4 แนวทางการปรุงยาสำหรับผู้ป่วยของตนของผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ต้องมีการระบอบรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและได้รับ การรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป ประกาศ ณ วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2562

1.8.10 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 199 ง ราชกิจจานุเบกษา 8 สิงหาคม 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 17-20) โดยมีสาระสำคัญดังนี้ โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขบทเฉพาะกาล ข้อ 47 แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 เพื่อให้การรับรองหมอพื้นบ้านที่เคยได้รับการรับรองไว้แล้ว ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรอง หมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2554 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความคล่องตัวและทันต่อสถานการณ์อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 วรรคหนึ่ง และมาตรา 31 (7) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับนับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกความในข้อ 47 แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน “ข้อ 47 ให้หมอพื้นบ้านตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยการออกหนังสือรับรอง หมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2554 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 ที่ได้รับการรับรองไว้แล้ว เป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบนี้ โดยให้ใช้หนังสือรับรองตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ ทางเลือกกว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.2554 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 แทนหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 จนกว่าจะหมดอายุ” ประกาศ ณ วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ.2562

1.8.11 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัวก่อน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง ราชกิจจานุเบกษา 26 กุมภาพันธ์ 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562 : 5-6) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชา เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ ไม่ต้องรับโทษ โดยต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 22 (2) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุมครั้งที่ 399-3/2562 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว และมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ดังกล่าว ก่อนวันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้แสดงเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงอาการความเจ็บป่วยจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ 2 ให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนแจ้งการมีไว้ในครอบครอง พร้อมเอกสารหรือหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพตามข้อ 1 ภายในกำหนดเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับและให้ใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาดังกล่าว ในการรักษาโรคเฉพาะตัวต่อไปได้

ข้อ 3 ปริมาณของกัญชาที่มีไว้ในครอบครองในการรักษาโรคเฉพาะตัว ต้องเหมาะสมกับลักษณะของโรค โดยพิจารณาจากเอกสารหรือหลักฐานของผู้ประกอบวิชาชีพตามข้อ 1 ปริมาณที่จำเป็นต้องใช้ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ หรือจนกว่าจะได้รับการรักษาและได้รับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาที่ส่งจ่ายจากหน่วยงานของรัฐ สภากาชาดไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพ ที่มีใบอนุญาต ตามกฎกระทรวงตามมาตรา 26/2 (1) มาตรา 26/2 (3) มาตรา 26/3 มาตรา 34/1 มาตรา 34/2 มาตรา 34/3 มาตรา 34/4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้ กรณีมีกัญชาไว้ในครอบครองปริมาณเกินตามวรรคหนึ่งให้แจ้งและส่งมอบกัญชาปริมาณที่เกินดังกล่าว

ข้อ 4 ให้หน่วยงานผู้รับแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ตามข้อ 3 รวบรวม กัญชาที่รับมอบ เพื่อดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบ

จากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562

ข้อ 5 การแจ้งการมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ให้แจ้ง ณ ที่้องที่ตามภูมิลำเนาหรือที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชานั้นตั้งอยู่ โดยให้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้แจ้ง ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

(2) ในท้องที่จังหวัดอื่น ให้แจ้ง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(3) การยื่นคำขอโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์หรือวิธีการอื่นใด โดยคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกและการลดภาระแก่ผู้ยื่นคำขอ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนดเมื่อครบกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลตามวรรคหนึ่งมายังเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาด้วย ทั้งนี้การแจ้งการมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา การส่งมอบและรับมอบกัญชาที่มีไว้ในครอบครองเกินปริมาณ ตามข้อ 3 วรรคสอง ให้เป็นไปตามแบบที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ 6 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

กล่าวได้ว่ากฎหมาย ระเบียบ ประกาศ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องนั้นมีสาระสำคัญสอดคล้องกับการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการรักษา ซึ่งเดิมกัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 แต่เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการให้ทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายและเพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้าน ยาสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ภายใต้การควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 และมีการกำหนดบทบัญญัติต่างๆ รองรับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ใช้ส่วนผสมของสารกีดน้ำมันกัญชาในการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและคำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชนผู้รับบริการภายใต้การควบคุมของกฎหมายในใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรทางการแพทย์

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และคลินิกกัญชา

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ดำเนินการขับเคลื่อนโดยใช้แนวทางการบริหารจัดการหน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) ในสถานพยาบาล การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการให้บริการทางการแพทย์ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562 : 4- 12)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข ได้ดำเนินการเตรียมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยมีการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ การเตรียมการจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับกรมวิชาการเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกัน มีการพัฒนาโปรแกรม C-MOPH และเชิญผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชา อบรมการใช้โปรแกรมมีหลักสูตรอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และซักซ้อมความเข้าใจ 19 โรงพยาบาลนาร่อง ในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดำเนินการจัดทำหนังสือ ส่งการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบ 12 เขตสุขภาพ โดยกำหนดให้มีโรงพยาบาลนาร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์ (เขตสุขภาพละ 1 แห่ง) และกรมการแพทย์ 31 แห่ง

เขตสุขภาพที่ 1 โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

เขตสุขภาพที่ 2 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

เขตสุขภาพที่ 3 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

เขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

เขตสุขภาพที่ 5 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

เขตสุขภาพที่ 7 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

เขตสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เขตสุขภาพที่ 11 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เขตสุขภาพที่ 12 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
ภาคเหนือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่

ภาคกลาง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

ภาคตะวันออก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร
โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

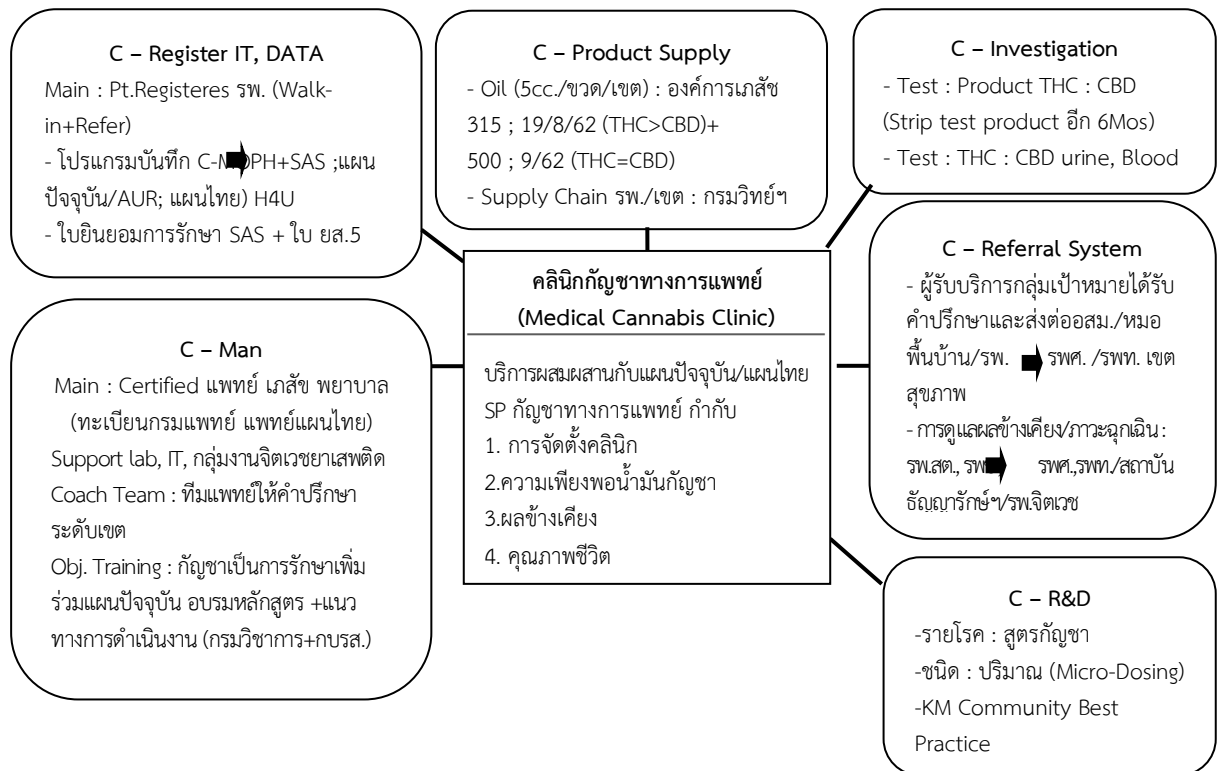
ภาคใต้ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. องค์ประกอบการจัดบริการ การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เพื่อการรักษาโรคได้ โดยผู้ป่วยจะต้องไปเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด หากมีความจำเป็นแพทย์ก็ออกใบรับรองและสั่งจ่ายยาจากสถานพยาบาลให้โดยผู้ป่วยไม่ต้อง ไปขออนุญาตเว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยจะนำยาที่มีส่วนผสมของกัญชาติดตัวเข้าหรือออกจากราชอาณาจักร ก็จะต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยาก่อน โดยผู้ป่วยที่ใช้และครอบครองยาที่มีส่วนผสมของกัญชา โดยมี ใบรับรองตามคำสั่งแพทย์จะได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานเสพ ตามมาตรา 58 วรรคสอง และได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานครอบครองตามมาตรา 26/4 (1)

แผนภาพที่ 2-1 องค์ประกอบคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)



ที่มา : คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

จากแผนภาพที่ 2-1 องค์ประกอบคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) ทั้งนี้สิ่งที่ควรเตรียมพร้อมคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่

1.1 C-MAN คือ บุคลากรผู้ให้บริการผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมการแพทย์หรือกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกบุคลากรผู้ให้บริการรับการอบรมเพิ่มเติมด้าน จิตเวชยาเสพติด ภาวะฉุกเฉินและการบริหารยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย

1. แพทย์ 1 คน
2. แพทย์แผนไทย 1 คน
3. พยาบาลหรือนักวิชาการ 1 คน
4. เภสัชกร 1 คน
5. นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน
6. เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ (หน่วยสนับสนุน)
7. กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด (หน่วยสนับสนุน)
8. บุคลากรสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

1.1.1 แพทย์ (ทันตแพทย์) แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน สามารถสั่งใช้ในผู้ป่วย เฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่จะสั่งให้ผู้ป่วยใช้กัญชาได้ตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้ จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจาก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.1.2 เกสซ์กร หากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีเกสซ์กร เกสซ์กรทำหน้าที่ ช่วยควบคุมการจัดเก็บ และจ่ายยาตามการสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมกับมี การจัดทำบัญชีตามที่กฎหมายกำหนด สามารถใช้ระบบการรายงาน SAS ได้

1.1.3 พยาบาล สามารถให้ความรู้ คัดกรอง คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นและติดตามผลการรักษาผลข้างเคียง สามารถ ใช้ระบบการรายงาน C-MOPH ได้โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

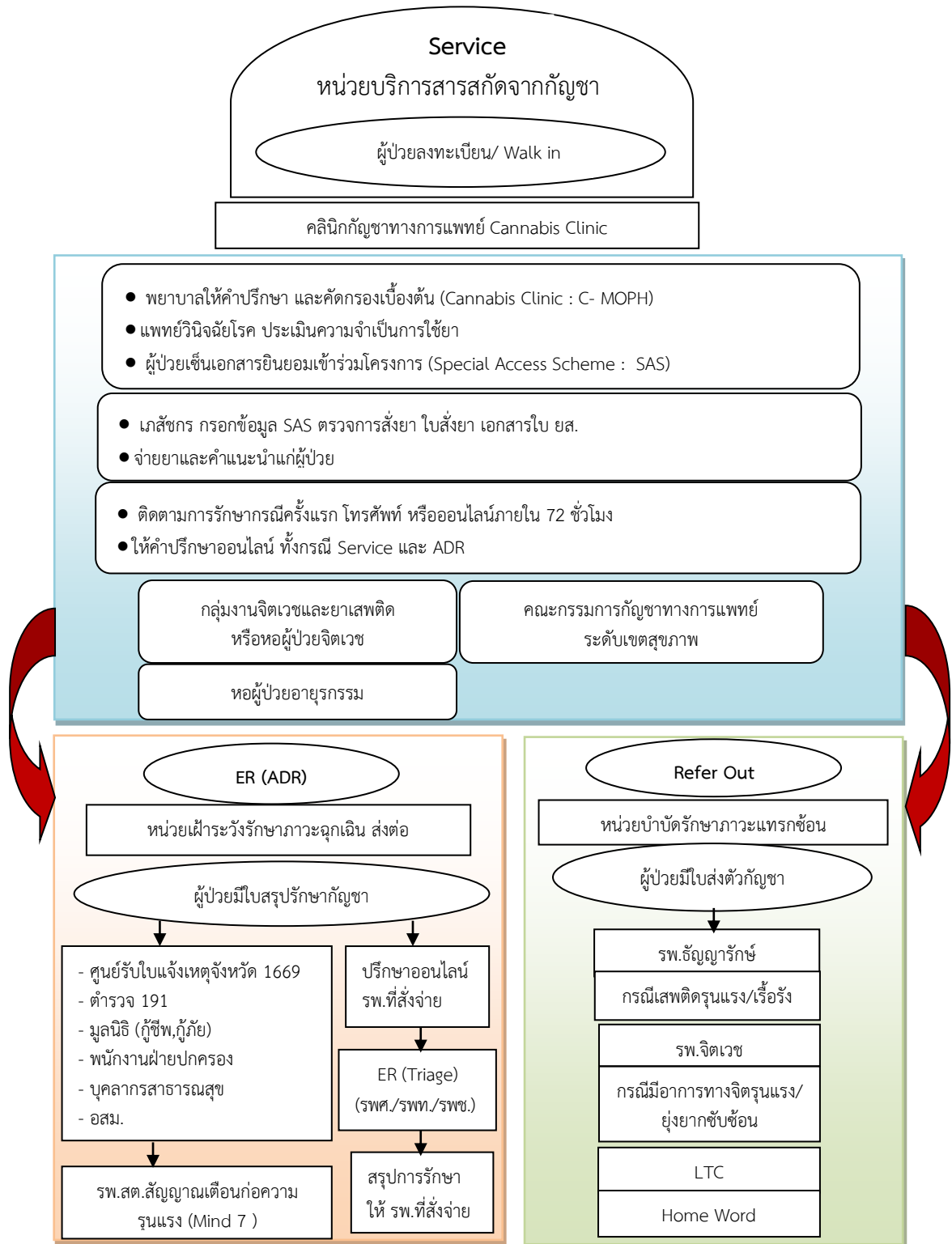
1.1.4 นักเทคนิคการแพทย์ สามารถตรวจพิสูจน์หรือให้คำปรึกษาแนะนำตรวจความเข้มข้นสารสกัดกัญชา

1.1.5 กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สามารถให้การสนับสนุน ความรู้เฝ้าระวังผลข้างเคียงด้านจิตเวชและยาเสพติด บุคลากร สถานที่หากจำเป็นในบางหน่วยบริการเพื่อช่วยบริหารจัดการผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาฯ

1.1.6 เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถให้การสนับสนุนความรู้เครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อช่วยจัดทำการบินบันทึก ข้อมูลการรักษาและส่งรายงานของคลินิกผ่านทางอินเทอร์เน็ตให้เป็นปัจจุบันได้

1.2 C-Register คือ ขั้นตอนการรับบริการและแนวทางการพิจารณาสั่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (screening) ข้อบ่งใช้ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยและข้อห้าม กรณีผู้รับบริการแพทย์แผนปัจจุบันมีการรักษาเดิมอยู่ควรได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้เดิม การประเมินอาการผู้ป่วยแต่ละอาการ/โรค เพื่อส่งการรักษาหรือส่งต่อโปรแกรมบันทึก C-MOPH และ SAS และ H4U ใบยินยอมการรักษา SAS และ ใบยส. 5 ข้อมูลยาฉลากยาที่ส่งมอบให้ผู้ป่วย เอกสารการกักยา คู่มือสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น โดยมีขั้นตอนการรับบริการดังนี้

แผนภาพที่ 2-2 แสดงขั้นตอนการรับบริการและแนวทางการพิจารณาส่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) C- Register แนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยสารสกัดกัญชา และการส่งต่อระบบสาธารณสุข



ที่มา : คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์

จากแผนภาพที่ 2-2 แสดงขั้นตอนการรับบริการและแนวทางการพิจารณาส่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) C- Registerแนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยสารสกัดกัญชา และการส่งต่อระบบสาธารณสุข

1.3 C-Product Supply คือน้ำมันกัญชา (Oil 5cc./ขวด/เขต) : องค์การเภสัช (315 ขวด 19/8/62 (THC>CBD) และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 500 ขวด 9/62 (THC= CBD) -Supply Chain รพ./เขต:กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.4 C-Investigation Test : Product THC: CBD (Strip test) Test : Urine Blood THC : CBD

1.5 C-Referral System - Service Clinic : อสม. /หมอพื้นบ้านส่งต่อรพ.ทุกระดับ
ใบส่งตัวรับบริการตามแนวทางรพ.นำร่อง- Service ADR /ER: รพสต>รพช>รพท./รพศ.>สถาบัน
ธัญญารักษ์ฯ/รพ.จิตเวชใบส่งตัวและใบสรุป/บัตรนัดรักษาฯ บันทึกH4U และให้ QR code

1.6 C-R&D การศึกษาประเด็นรายโรค : สูตรกัญชา ชนิด : ปริมาณ (Micro-Dosing) และKM Community Best Practice

2. ขั้นตอนการให้บริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์

สำหรับขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มต้นมีรายละเอียด
ดังนี้

2.1 คลินิกผู้ป่วยนอกโปรแกรม HIS ผู้รับบริการ ทำบัตร รพ. และออก OPD card

2.2 คลินิกกัญชาโปรแกรม HIS พยาบาล วัดความดัน v/s บันทึกผลเลือด (CBC, SCr/GFR, AST/ALT)

2.3 คลินิกกัญชาโปรแกรม C-MOPH พยาบาล คัดกรองข้อบ่งชี้และความเสี่ยงเบื้องต้น (ข้อมูล HIS บางส่วนถูกส่งมา)

2.4 คลินิกกัญชาโปรแกรม C-MOPH พยาบาล/เภสัชกร ประเมินฯ ทุก 1 เดือน
ได้แก่ คุณภาพชีวิต/คุณภาพ การรักษาโรคที่มีข้อบ่งชี้ฯ : EQ-5D-5L,UPDRS-8,TMSE,Pain Scale, ความรุนแรงของโรค

2.5 คลินิกกัญชาโปรแกรม C-MOPH แพทย์ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค ให้เซ็น
หนังสือแสดงเจตนายินยอมการรักษาพิจารณาส่งจ่ายยากัญชา หรือปรับขนาดยาโปรแกรม H4U
เพื่อแสดงตัวผู้ป่วยกัญชากรณีฉุกเฉินได้ (กรณีเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นแผนไทยให้ส่งต่อแผนกแผน
ไทยซึ่งใช้ โปรแกรม SAS)

2.6 คลินิกกัญชาโปรแกรม C-MOPH พยาบาล ให้คำปรึกษา ออกใบสรุป/บัตรนัด
รักษา และแจก QR CODE ให้ผู้ป่วยติดตามและแสดงตน -นัดเจาะเลือดตามแพทย์สั่งถ้าปกติเจาะซ้ำ
ทุก 3 เดือน ถ้าไม่ปกติติดตามทุก 1 เดือน

2.7 คลินิกกัญชา โปรแกรม C-MOPH เภสัชกร จ่ายยาโดย Link ต่อ โปรแกรม SAS
โดยให้คำแนะนำ การใช้ยา อย่างละเอียด (ข้อบ่งชี้ ขนาดยา ความแรง วิธีใช้ ผลข้างเคียง ข้อห้ามใช้
ข้อควรระวังพร้อมออกใบประกอบการสั่งใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะ กัญชาอันตรายกิริยา
ระหว่างยา)

2.8 คลินิกกัญชาโปรแกรม C-MOPH พยาบาล/เภสัชกร ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โทรศัพท์หรือเปิดช่องทางออนไลน์ภายใน 3 วัน หลังรับยาทุกครั้งและ นัดผู้ป่วยติดตามที่คลินิกกัญชา ภายใน 30 วัน พร้อมบันทึกข้อมูลและสรุปผลรายเดือน

2.9 คลินิกกัญชา กลุ่มงานเภสัชใบยส.5 เภสัชกร ตรวจสอบบันทึกทะเบียนรับ - จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาและมาทำบัญชีรับ - จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 กัญชาแบบบ.ย.ส.5 - จพ (กัญชา)/เดือน แบบ ร.ย.ส.5 - จพ (กัญชา)/ปี ภายหลังเสร็จสิ้นคลินิก

3. แนวทางการติดตามผู้ป่วยใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่คลินิก กัญชาทางการแพทย์

3.1 คลินิกผู้ป่วยนอก โปรแกรม HIS โปรแกรม C-MOPH คัดกรองข้อบ่งชี้และ ข้อห้ามใช้

3.2 คลินิกกัญชา Link ต่อ โปรแกรม SAS ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ (ผู้ป่วยนัดติดตามอาการ)

3.3 คลินิกกัญชา วัดความดันเจาะเลือด (CBC, Scr/GFR, AST/ALT,etc @day0 ,28 ของการรับยา)

3.4 คลินิกกัญชา ประเมินคุณภาพชีวิต/คุณภาพการรักษาแต่ละโรค:EQ-5D-5L, UPDRS-8, TMSE, Pain Scale, จำนวนครั้งของการชัก, ความรุนแรงของโรค

3.5 คลินิกกัญชา ตรวจสอบพิจารณาการใช้สารสกัดกัญชาให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ปริมาณยาที่ใช้และปรับขนาดยาอย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลในการรักษา โรคที่ดี และลดอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้เหลือน้อยที่สุด

3.6 คลินิกกัญชา แนะนำและติดตามผลการใช้สารสกัดกัญชา (@ day หลังการรับ ยา : day 3 (โทรศัพท์หรือเปิดช่องทางออนไลน์ภายใน 3 วันหลังรับ ยาทุกครั้ง) , day 28 (คลินิก กัญชาภายใน 30 วัน))

4. การกำกับประเมินผล (Monitoring) การให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. การจัดตั้ง Cannabis Clinic ให้ ครอบคลุม 2. ความพอเพียงของผลิตภัณฑ์กัญชา 3. ผลข้างเคียง 4. คุณภาพชีวิต

5. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการจัดตั้ง คลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพซึ่งได้กำหนดแนวทางเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีอาการตามกลุ่มอาการ/โรคที่สามารถรักษาได้ด้วย ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม อยู่ให้ดำเนินการไปอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ (กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก, 2562 : 1-34) โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 นิยามและคำจำกัดความคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ตามแนวทาง การแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน คำจำกัดความในคู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถาน บริการสุขภาพ คลินิกกัญชาในสถานพยาบาลของรัฐ หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดให้บริการดูแลรักษา

ผู้ป่วยด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน

ตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพ หมายถึง ตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ในตำราการแพทย์ แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสภาการแพทย์แผนไทย ตามบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีคุณภาพประสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 อาการข้างเคียงจากการรักษา หรือ โรคแทรกซ้อน หมายถึง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากผล ของตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ หรืออาการอื่นๆ ที่อาจเกิดจากอาการของโรค เป็นสาเหตุและมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น เบื่ออาหาร ท้องอืดเฟ้อ คลื่นไส้ วิงเวียน นอนไม่หลับ ปากเป็นแผล ฯลฯ ทั้งนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพดังนี้

5.2 หลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร

5.2.1 ด้านบุคลากร 1. ได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 2. มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา

5.2.2 ด้านการจัดบริการ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองการให้บริการคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ

5.2.3 ด้านตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ มีรายการตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ ตามแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ

5.2.4 ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม มีความพร้อมเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยทั้งในอาคารสถานที่การให้บริการและสถานที่เก็บ ตำรับยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่

5.2.5 ด้านโครงสร้างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกกัญชา จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ทีมสหสาขา วิชาชีพประกอบด้วย 1. แพทย์แผนปัจจุบัน 2. แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ 3. พยาบาลวิชาชีพ 4. เภสัชกร 5. นักเทคนิคการแพทย์ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพควรได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งทัศนคติ ความรู้ และทักษะ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

ตารางที่ 2-2 แสดงบทบาทหน้าที่ของทิมสหวิชาชีพของคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ฝ่ายที่รับผิดชอบ	หน้าที่รับผิดชอบ
แพทย์แผนปัจจุบัน	<p>ดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาในคลินิกกัญชา ร่วมกับวิชาชีพอื่นด้วยทัศนคติที่เป็นบวก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล - เป็นหัวหน้าทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยและเป็นผู้ประกาศหยุดในการช่วยฟื้นคืนชีพ - สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและ กำลังใจ
แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทย ประยุกต์	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาในคลินิกกัญชาร่วมกับวิชาชีพอื่นด้วยทัศนคติที่เป็นบวก - วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการดูแลรักษา - ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล - อธิบายอาการแผนการรักษา และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ - ทำหัตถการการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วย - สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและกำลังใจ - ประสานงานกับทิมสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการให้การ พยาบาล - ศึกษาวิเคราะห์ คิดค้น พัฒนา การพยาบาล และให้การพยาบาล ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ - ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง <p>และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล - ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย - สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและ กำลังใจ
เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเตรียมตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ตามการรักษาของแพทย์สำหรับผู้ป่วยให้เพียงพอตามมาตรฐานวิชาชีพ - ให้คำแนะนำการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย - ติดตามบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มี กัญชาปรุงผสมอยู่ - สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและกำลังใจ

ตารางที่ 2-2 แสดงบทบาทหน้าที่ของทีมนักวิชาชีพของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ต่อ)

ฝ่ายที่รับผิดชอบ	หน้าที่รับผิดชอบ
นักเทคนิคการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางเทคนิคการแพทย์ ภายในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หรือ ห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกกัญชาในสถาน บริการ สุขภาพ - ให้คำปรึกษาแก่สหวิชาชีพ บุคลากรสาขาอื่น อย่างถูกต้อง

ที่มา : คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ, 2562 : 4-5

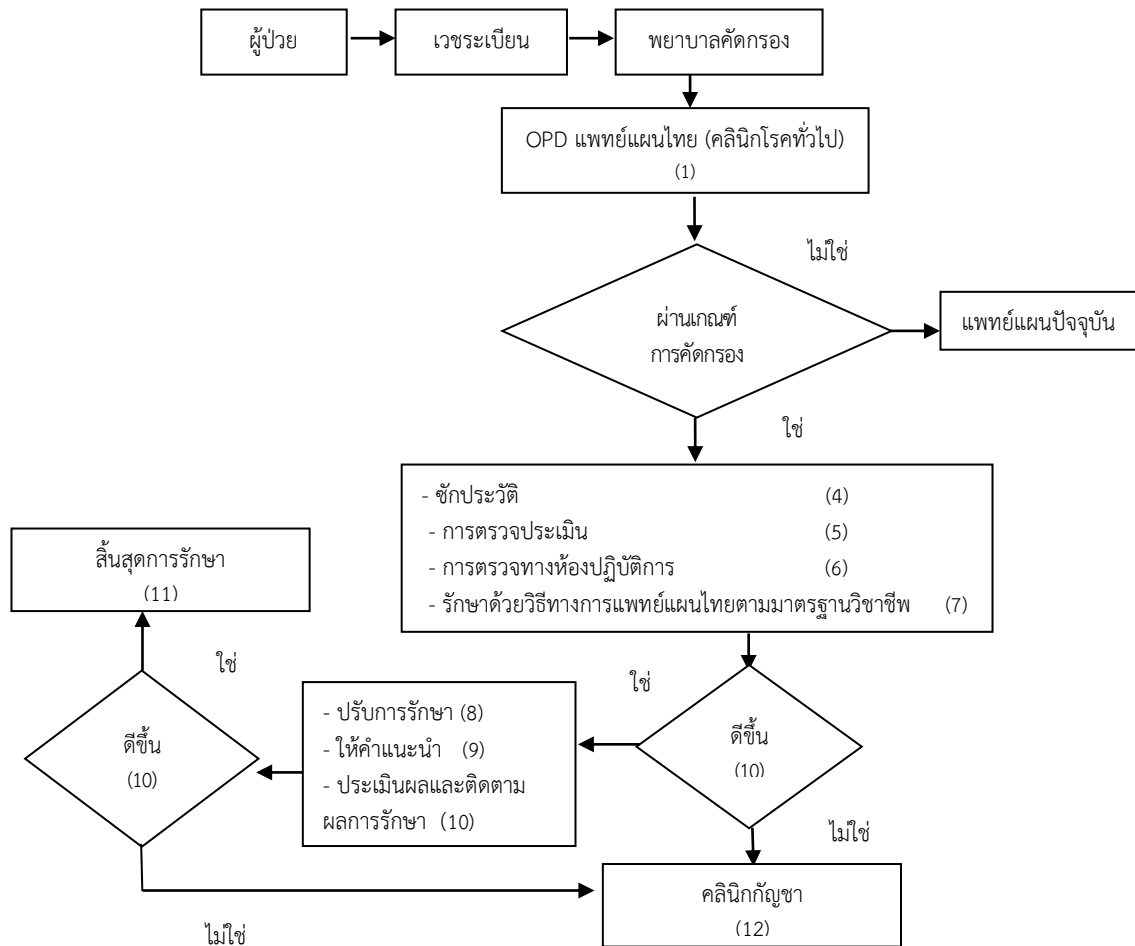
5.2.6 เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกกัญชาในสถาน

บริการสุขภาพ คลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพได้มีการดูแล คัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกกัญชา ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นหลัก โดยกำหนดเกณฑ์คัดกรองต่างๆ ดังนี้

5.2.6.1 เกณฑ์ที่รับผู้ป่วยการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ 1. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือเป็นโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวเวชปฏิบัติในการเข้ารับการรักษาดำเนินการตามแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 2. ภาวะที่แพทย์/แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์เห็นสมควรได้รับการรักษาดำเนินการตามแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 3. เพศชาย หรือ เพศหญิงมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4. ได้รับการรักษาด้วยยาขนานแรกและวิธีการมาตรฐานทางการแพทย์แผนไทยแล้วอาการไม่ดีขึ้น 5. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable) 6. มีการรับรู้และสติ สัมผัสสัญญาณดีสามารถสื่อความหมายเข้าใจ

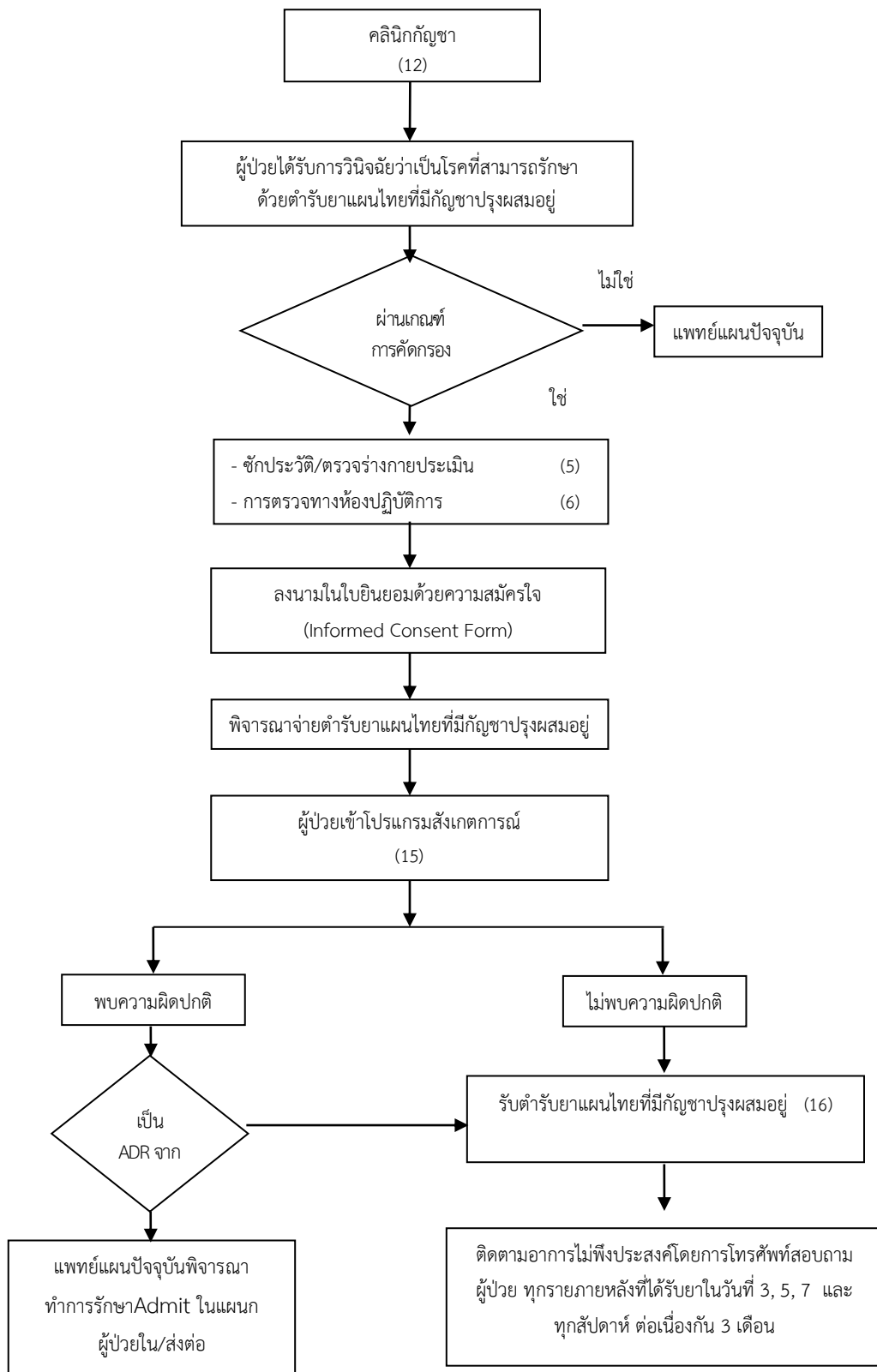
5.2.6.2 เกณฑ์ที่ไม่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ 1. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้กัญชาและส่วนประกอบอื่นๆ ในตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ 2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการหรือโรคตามแนวแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผน ไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ในสถานบริการสุขภาพ 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น โรคหัวใจ ยังมีอาการกำเริบบ่อยๆ โรคความดันโลหิตสูงที่คุมความดันไม่ได้ เป็นต้น 4. ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับและไตผิดปกติ 5. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกอื่นๆ ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 6. อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ วางแผนการตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร 7. ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย 8. ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชหรือมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน หรือ โรควิตกกังวล 9. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดรวมถึงนิโคตินหรือเป็นผู้ดื่มสุราอย่างหนัก

แผนภาพที่ 2-3 แสดงขั้นตอนการให้บริการการดูแลรักษาที่ได้รับตำแน่งไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ

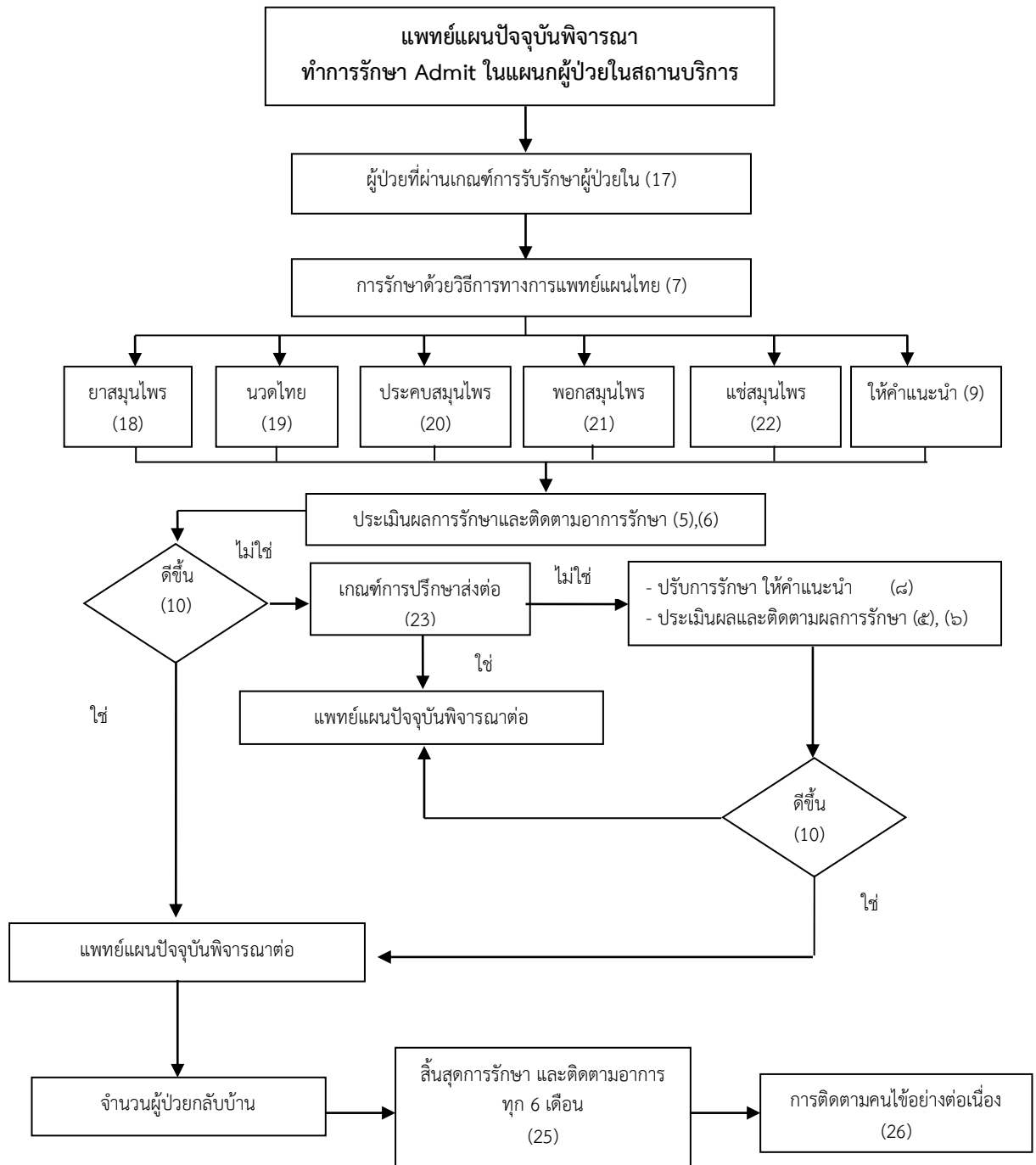


ที่มา : คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย, 2562 : 7-9

แผนภาพที่ 2-4 แสดงขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ



แผนภาพที่ 2-4 แสดงขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ (ต่อ)



ที่มา : คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย, 2562 : 7-9

จากแผนภูมิที่ 2-3 แสดงขั้นตอนการให้บริการการดูแลรักษาที่ได้รับตำแน่งไทย ที่มีคุณภาพประสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ และแผนภูมิที่ 2-4 ขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกศึกษาในสถานบริการสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

(1) คำจำกัดความ OPD แพทย์แผนไทย หมายถึง คลินิกผู้ป่วยนอกที่ผู้ป่วยได้รับตรวจ วินิจฉัย วางแผนการรักษาตาม วิชาชีพการแพทย์แผนไทย เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยนอกในคลินิกผู้ป่วยนอก สถานบริการสุขภาพได้มีการดูแล รักษาผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นหลัก โดยกำหนด เกณฑ์การคัดกรองต่างๆ ดังนี้

(2) เกณฑ์ที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษากlinikผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพ (Inclusion Criteria) ไม่มีประวัติการแพ้ยาสมุนไพร ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Sign Stable & Clinically Stable)

(3) เกณฑ์ที่ไม่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษากlinikผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพ (Exclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไทรุนแรง โดยมีค่า Serum Creatinine สูงกว่า 2.0 มก./ดล. และ/ หรือค่าBUN สูงกว่า 40 มก./ดล.มีความผิดปกติของค่าอิเล็กโทรไลต์ที่รุนแรง (Electrolyte Abnormalities)เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia), ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia)หรือภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) เป็นต้น หรือผู้ป่วยมีภาวะทางคลินิกอื่นๆ ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย

(4) การซักประวัติ การซักประวัติอาการผู้ป่วย

(5) การตรวจประเมิน การตรวจประเมินอาการทางคลินิกการจับชีพจรและการตรวจร่างกายตามเบญจอินทรีได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นและกาย การตรวจตามแบบประเมินเฉพาะโรค

(6) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยมีการตรวจ Methamphetamine, ตรวจค่าการทำงานของไต BUN และ Creatinine, ตรวจค่าการทำงานของตับ AST และ ALT, ตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือด (Blood Electrolyte)

(7) รักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพ การจ่ายยาสมุนไพร ตำรับต่างๆ การทำหัตถการอื่นๆ ตามความเหมาะสม อาทิ การนวด ประคบ พอก หรือแช่สมุนไพร เป็นต้น

(8) ปรับการรักษา มีการปรับจ่ายยาสมุนไพรตำรับต่างๆ ปรับการทำหัตถการอื่นๆ ตามความเหมาะสม อาทิ การนวด ประคบ พอก หรือ แช่สมุนไพร เป็นต้น

(9) ให้คำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้ว ต่อวันควรหลีกเลี่ยงการรับประทานของหมักดอง อาหารสำเร็จรูป ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ หรืออาหารที่ย่อยยาก แนะนำเรื่องอื่นๆ เช่น การรักษาความสะอาด การสวมหน้ากากอนามัย การคลายเครียด เป็นต้น

(10) การประเมินผลและการติดตามผลดีขึ้น นัดผู้ป่วยทุกๆ 1 -2 สัปดาห์ ในคลินิกผู้ป่วยนอกและนัดผู้ป่วยทุกๆ 1 เดือน เพื่อติดตามอาการ ประเมินอาการทางคลินิกเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา เช่น การประเมินผล PPS และ ESAS เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาและปรับเปลี่ยนการให้คำแนะนำ

(11) การจำหน่าย อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามแบบประเมินเฉพาะโรค

(12) คลินิกกัญชา หมายถึง คลินิกที่เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีหลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิก กัญชาในสถานบริการสุขภาพ

(13) เกณฑ์ที่รับผู้ป่วยการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือเป็นโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวเวชปฏิบัติในการเข้ารับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ภาวะที่แพทย์/แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์เห็นสมควรได้รับการรักษาด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยยาขนานแรกและวิธีการมาตรฐานทางการแพทย์แผนไทยแล้ว อาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ

(14) เกณฑ์ที่ไม่รับผู้ป่วยการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้กัญชาและส่วนประกอบอื่นๆ ในตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการหรือโรค ตามแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น โรคหัวใจยังมียาอาการกำเริบบ่อยๆ โรคความดันโลหิตสูงที่คุมความดันไม่ได้ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับและไตผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกอื่นๆ ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่า จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ วางแผนการตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจายผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวช หรือมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรควิตกกังวล ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดรวมถึงนิโคตินหรือเป็นผู้ดื่มสุราอย่างหนัก

(15) ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมสังเกตการณ์ สังเกตอาการกลุ่มผู้ป่วยใหม่ ที่ได้รับตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมภายในระยะเวลาจากรับยา 2 ชั่วโมงตามแนวทางแนวทางการปฏิบัติในการจ่ายตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

(16) ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ประกอบด้วย ยาตำรับสุขไสยาสน์ ยาตำรับทำลายพระสุเมรุ ตำรับทัพยาธิคุณ ยาตำรับไฟอาวุธ ยาตำรับแก้สันทฆาต กร่อนแห้ง

(17) เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วยใน พบอาการไม่พึงประสงค์จากการเฝ้าสังเกตการณ์การใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ และแพทย์แผนปัจจุบันเห็นควรเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยใน

(18) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ยาตำรับ ยาสมุนไพรเดี่ยว ยาตำรับปรุงเฉพาะราย

(19) การรักษาด้วยการนวดไทย การนวดไทย เป็นหัตถการหนึ่งที่น่าสนใจกับอาการร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในมีข้อบ่งใช้เพื่อบรรเทา อาการข้างเคียงที่เกิดจากอาการของโรคลดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก อาจใช้การนวดสัมผัสหรือนวดคลึงด้วยน้ำมันตามแขนขาเบาๆ เพื่อกระตุ้นความรู้สึกและคลาย ความรู้สึกปวดของผู้ป่วย ร่วมกับการประคบสมุนไพรเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด และควรให้กำลังใจ ผู้ป่วยร่วมด้วยการบำบัดรักษา นอกจากนี้ อาจใช้การทำหัตถการทางแผนไทยอื่นๆ เพิ่มเติมตามความ เหมาะสมร่วมด้วย เช่นการประคบ

สมุนไพรการพอกยา เป็นต้น ข้อห้ามของการนวด คือ หากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งห้ามนวดบริเวณที่มีรอย โรคหรือก้อนของมะเร็ง

(20) การรักษาด้วยการประคบสมุนไพร การประคบสมุนไพร เป็นหัตถการทางการแพทย์แผนไทยอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจกับอาการร่วมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากมักใช้วิธีการประคบสมุนไพร หลังจากการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาการประคบครั้งละประมาณ 30 นาที ด้วยยาสมุนไพรส่วนใหญ่มีตัวยาที่มีสรรพคุณในการแก้เคล็ด ขัด ยอก ฟกช้ำ ทำให้เส้นเอ็นหย่อน ซึ่งเมื่อผสมกับความร้อนจากลูกประคบแล้วก็เท่ากับเป็นการเสริมฤทธิ์ในการรักษาซึ่งกันและกัน สมุนไพรที่ใช้ห่อผู้ป่วยในนี้ควรเป็นยาสด เพราะจะมีสรรพคุณดีกว่ายาแห้ง สมุนไพร เช่น เหง้าไพล ขมิ้น อ้อย ขมิ้นชัน ต้นตะไคร้ ผิวมะกรูด มีน้ำมันหอมระเหยเป็นสาระสำคัญในการออกฤทธิ์ ถ้าเป็นยาแห้ง น้ำมันหอมระเหยจะระเหยออกไปมากแล้ว จะให้ผลในการรักษาได้น้อยกว่า

(21) การรักษาด้วยการพอกสมุนไพร การพอกยาสมุนไพร เป็นหัตถการหนึ่งที่ใช้เพื่อระบายหรือลดภาวะปิตตะกำเริบของผู้ป่วยเพื่อลดพิษร้อนในผู้ป่วย แบ่งออกได้ 2 ประเภท ดังนี้ 1. พอกดับ ลดอาการอักเสบความร้อนของผิวหนังทั่วบริเวณชายโครงขวา 2. พอกท้องลดอาการท้องมานอาการไม่สบายท้อง ปวดท้อง มีอาการท้องอืดจุกเสียด

(22) การรักษาด้วยการแช่สมุนไพร การแช่สมุนไพรเพื่อใช้ลดพิษในร่างกายและบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามอาการแสดงของตรีธาตุ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความกังวลและความเหนื่อยล้าจากการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับหัตถการแช่สมุนไพรในห่อผู้ป่วยในมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การแช่สมุนไพรสุตรเย็น และการแช่สมุนไพรสุตรร้อน

(23) เกณฑ์การปรึกษาส่งต่อ 1) พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้นหรือมีอาการเลวลง ในระหว่างเข้ารับการรักษานอนผู้ป่วยใน 2) เกิดภาวะฉุกเฉินดังต่อไปนี้เพื่ออาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยจนมีอาการอ่อนเพลียรุนแรงถ่ายดำ (Black Tarry Stool) /อาเจียนเป็นเลือด มีอาการปวดท้องคลื่นไส้เบื่ออาหาร และ/หรือมีภาวะช็อค อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วและเบาเป็นลม และหมดสติ หรือมีพฤติกรรมแปลกไป เช่น ซึม หมดสติ ชัก คลุ้มคลั่ง ควบคุมสติไม่ได้

(24) เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยในห่อผู้ป่วยใน ประเมินอาการตามแบบประเมินเฉพาะโรคพบว่าคะแนนดีขึ้นจากการประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้การดูแลตนเองได้ตามหลักธรรมานามัยได้แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันเห็นควรให้ผู้ป่วยจำหน่ายการรักษาจากห่อผู้ป่วยใน เช่น ผู้ป่วยมีเหตุผลขอไปรับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการตรงตามเกณฑ์การปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยและญาติขอยุติการรักษา

(25) สิ้นสุดการรักษาและติดตามอาการทุก 6 เดือน การประเมินผลและการติดตามอาการโดยการ ตรวจประเมินอาการทางคลินิก ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(26) การติดตามคนไข้อย่างต่อเนื่อง

กล่าวได้ว่ารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นรูปแบบการให้บริการแบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาบูรณาการในการรักษาผู้ป่วยมาจากอาการกลุ่มโรคต่างๆ ที่สามารถใช้การรักษาจากสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ได้ นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนแนวทางต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ขั้นตอนการระงับสังเกตอาการ

ของผู้แพ้ยาขั้นตอนปฏิบัติของการจ่ายยาตำรับที่มีคุณภาพสูง การติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์ทางโทรศัพท์ขั้นตอนการเข้ารับสังเกตอาการ แนวทางให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับผู้ป่วยในคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งการกำหนดแนวทางเหล่านี้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างปลอดภัยและสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ระบบบริการ และการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วย

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มานพ คณะโตและคณะ (2559) ศึกษาวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหากัญชา : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า อำนาจในการปรับย้ายประเภทอยู่ที่กฎกระทรวงซึ่งมีรัฐมนตรีสำนักนายกรัฐมนตรี ลงนามให้มีผลบังคับ ที่มาของการตัดสินใจ ในการปรับย้ายกัญชาจากประเภท B ไป ประเภท C รัฐมนตรีใช้ ความเห็นจากประชาชนในการสำรวจประชาชนเห็นด้วย ร้อยละ 49 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 36 ส่วนการตัดสินใจปรับย้ายกัญชาจากประเภท C ไปประเภท B รัฐมนตรี ให้ความสำคัญกับ ผลกระทบต่อสุขภาพเป็นหลัก สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากระบบกฎหมายเป็นกฎหมาย 2 ระดับ กฎหมายของประเทศเป็นไปตาม สัตยาบรรณที่ให้ไว้กับสหประชาชาติตามอนุสัญญาเดี่ยวที่ให้ กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายแต่ระบบของสหรัฐสามารถให้แต่ละมลรัฐออกกฎหมาย ของตัวเองได้แต่ละมลรัฐจึงพิจารณา กฎหมายให้ใช้ กัญชาเพื่อความบันเทิงเสรีตามความต้องการของประชาชน

ดังนั้น มลรัฐจึงมีกฎหมายอนุญาตที่แตกต่างกันการควบคุมการใช้กัญชาในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับมาตรการ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนทัศน์ของกฎหมายในแต่ละประเทศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตและมีความแปรปรวนในการใช้ดุลยพินิจและระบบศาลในแต่ละประเทศ รวมทั้งความแตกต่างในการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละประเทศด้วย

ในกระบวนทัศน์ที่เน้นปรากฏการณ์ทางสังคม ผลักดันให้ยอมรับว่าการเสพกัญชาเพื่อความบันเทิงนั้นมีอยู่จริงและเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เมื่อการเสพกัญชาไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมก็ไม่สมควรได้ รับโทษแนวคิดนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับกฎหมายที่มีอยู่ ส่วนกระบวนทัศน์ที่เน้นกฎหมายผลักดันให้มีกระบวนการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ซึ่งเห็นว่ากฎหมายเป็นกฎระเบียบที่สังคมใดๆ สร้างขึ้นเพื่อควบคุมสมาชิกหรือพฤติกรรมใดๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อสมาชิกหรือสังคมโดยให้น้ำหนักไปกับการพยากรณ์ผลที่อาจเกิดขึ้นกับการใช้กัญชาโดยผู้วิจัย ได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. การพิจารณากฎหมายแยกกัญชาออกจากยาเสพติดชนิดอื่นเนื่องจากระดับมลทินทางสังคมที่มีต่อผู้ใช้กัญชาอยู่ในระดับรุนแรง มากที่สุดถึงร้อยละ 75 เช่นเดียวกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ ประชาชนไทยรับรู้กัญชาเป็นยาเสพติดผิดกฎหมายเกิดขึ้นในสังคมไทยมากกว่า 80 ปี ซึ่งเป็นอิทธิพลสำคัญต่อระดับมลทินทางสังคม ถึงแม้ว่ากัญชาจะมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยกว่าสิ่งเสพติดถูกกฎหมายอื่น (บุหรี่ยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) แต่การที่ระดับมลทินทางสังคมสูง ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย/ผู้ติดกัญชาเอง ขาดการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องแม้บำบัดแล้ว สังคมยังคงตีตราทำให้ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเยี่ยงคนปกติในสังคมได้ ดังนั้นการดำเนินมาตรการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมและลดระดับ มลทินทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นนอกจากนี้ คนไทย

มีความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาในระดับต่ำมาก สังคมไทยรับรู้กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษแต่ไม่สามารถแยกแยะประเภทและโทษได้จึงรับรู้ว่าเป็น ยาเสพติดให้โทษต้องมีโทษเหมือนกันกับยาเสพติดร้ายแรงชนิดอื่น จึงควรพิจารณาเรื่องการแบ่งแยกกฎหมาย

2. การลดทอนความเป็นอาญาและกลับไปอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้เหมือนกับบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.กัญชา 2477 และ การแก้ไขกฎหมายยาเสพติด กฎหมาย ยาเสพติดในปัจจุบันมีความแข็งตัว ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน และยังเป็น การสร้างมลทินทางสังคมให้รุนแรงขึ้น การแก้ไขกฎหมายยาเสพติดให้มีความยืดหยุ่นมากพอจนสามารถ รองรับ การดำเนินการเกี่ยวกับมาตรการลดอันตรายและการลดทอนความเป็นอาญาของพืชกัญชาซึ่งควรดำเนินการ อาจพิจารณา แยกฐานความผิดจากกัญชาสด กัญชาแห้ง ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูป รวบรวมหลักฐาน ทางวิชาการ ที่หนักแน่นเพียงพอ/วิจัยในด้านการบำบัดกัญชา การใช้กัญชาในทางการแพทย์ในปัจจุบันยังคงมี ข้อสงสัยถึงหลักฐานทางวิชาการที่หนักแน่นเพียงพอในทุกขั้นตอนซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิชาการถามถึง ความเหมาะสมในระเบียบวิธีการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยรวมทั้งระดับของหลักฐานทางวิชาการ ที่หนักแน่นเพียงพอในการบำบัดกัญชาที่มีประสิทธิผล

3. การพิจารณาเรื่องโทษและอันตรายของกัญชา โดยอาจพิจารณาว่าการใช้กัญชา เพื่อเหตุผลทางการแพทย์และใช้ใน ครวเรือนตามวัฒนธรรมดั้งเดิมใช้เพื่อเหตุผลทางสุขภาพ โดยเฉพาะการบำบัดรักษาเป็นการแพทย์ทางเลือก และใช้เป็นเครื่องประกอบอาหารในครัวเรือน ในปริมาณการใช้ไม่มากและไม่มีการจำหน่าย จ่ายแจกน่าจะพิจารณามาตรการลดทอนทางอาญา การดำเนินมาตรการข้างต้น จะช่วยให้สังคมไทยสามารถกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมกับ พืชกัญชาในสังคมไทยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วีรยา ถาอูบชิต และนุศนาพร เกษสมบุรณ์ (2560) ศึกษาการใช้กัญชาทาง การแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ตำราการแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์มีตำรายาไทยที่เข้ากัญชา จำนวน 11 ตำรับ และในตำราพระโอสถพระนารายณ์ พบตำรายาไทยที่เข้ากัญชาจำนวน 3 ตำรับ โดยมีข้อบ่ง ใช้หลักคือ แก้ปวด เจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น ส่วนข้อมูลจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ พบการใช้กัญชาในแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อพิจารณาจากงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับน่าเชื่อถือได้ (Moderate Quality Evidence) มีการใช้สำหรับอาการปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะ NeurdepticPain หรือ Cancer Pain และภาวะกล้ามเนื้อเกร็งเนื่องจากภาวะปลอกประสาทอักเสบ (Spasticity Due to Multipal Sclerosis) โดยใช้สาร Cannabinoids ได้แก่ Nabixmol, Nabilone, Tetrahydrocannabinol/ Cannabidiol และ Dronaginol สรุปผลการวิจัยกัญชา เป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนทั้งแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน สรุปข้อบ่งใช้หลักคือ อาการ ปวดเรื้อรัง และโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ด้านผลข้างเคียงของกัญชาในระยะสั้นพบว่า มีผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ส่วนผลข้างเคียงในระยะยาวยังไม่มีข้อมูลแน่ชัด

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ (2561) ศึกษาประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้น จากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาทและที่ก่อให้เกิดการเสพติดซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษหลายประการกัญชาถูกจัดไว้ ในรายการยาเสพติดตามกฎหมายของหลายๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทยในปีพ.ศ.2558-2559

มีความเคลื่อนไหวจากหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยเรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อถอดกัญชาออกจากรายการยาเสพติด

จากการทบทวนสถานการณ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และประสบการณ์การเปิดเสรีการใช้กัญชาในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และอูรุกวัย เป็นกรณีศึกษา งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย คือ การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Medline และรายงานขององค์การอนามัยโลกผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับกัญชาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในห้องปฏิบัติการหรือทำในสัตว์ทดลอง หากเป็นงานวิจัยในมนุษย์ก็มักเป็นงานวิจัยขนาดเล็กและมักเป็นการเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยกัญชากับยาหลอกการเปิดกว้างต่อการใช้กัญชาในต่างประเทศมีหลายระดับ ตั้งแต่อนุญาตให้ใช้ยาที่ผลิตจากสารสกัดจากกัญชาเพื่อเป็นยาเสริมหรือใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาปกติ บางประเทศอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย บางประเทศลดโทษทางอาญาในการเสพและถือครอง แนวทางการเปิดกว้างการใช้กัญชาที่คล้ายกันในหลายประเทศ คือ 1. การปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชามักทำในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และ 2. มีการวางมาตรการอื่นๆ เสริมอย่าง เข้มข้นเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดไปจากวัตถุประสงค์ของกฎหมาย หากประเทศไทยจะดำเนินนโยบายที่เปิดกว้างต่อการใช้กัญชาการแยกประเด็นอภิปรายเรื่องการเปิดเสรีการใช้กัญชาออกจากการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดความสับสนในการสื่อสารกับสังคม รวมถึงรัฐไทยพึงประเมินขีดความสามารถของตนว่าสามารถกำกับดูแลการใช้กัญชาได้มากน้อยเพียงใด

อารีญา กฤดาตระกูล (2561) ศึกษาเรื่องการศึกษาการใช้พืชกัญชาทางด้านการแพทย์ของสหพันธรัฐรัสเซียและประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การใช้พืชกัญชาทางด้านการแพทย์ของสหพันธรัฐรัสเซียมีตำรับยาที่บ่งบอกสรรพคุณการรักษาด้วยการใช้พืชกัญชา มาตั้งแต่ประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 11-13 และยังใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แต่ในยุคปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์ในรัสเซียยังมีข้อจำกัดที่หลากหลาย ทั้งข้อกฎหมายที่ไม่อนุญาตให้มีกัญชาไว้ในครอบครองเกินปริมาณที่กำหนดเนื่องจากเกรงว่า อาจส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและความมั่นคงของประเทศอีกทั้งยังเชื่อว่าหากเปิดให้มีการใช้กัญชาได้ อย่างเสรีอาจส่งผลให้ควบคุมปริมาณการใช้ ได้ยากในประเทศไทยเช่นกันพบหลักฐานการใช้พืชสมุนไพร กัญชาในการรักษาทางการแพทย์มาตั้งแต่ก่อนสมัยรัตนโกสินทร์

ในหนังสือตำราพระโอสถพระนารายณ์ และตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ที่ระบุเครื่องยาสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมของกัญชาในยานั้น ๆ เพื่อใช้ ในการรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ประเทศไทยในปัจจุบันได้มีกฎหมายเกี่ยวกับการใช้ พืชสมุนไพรกัญชาทางด้านการแพทย์ที่เปิดกว้างมากกว่าแต่ก่อน เนื่องจากการอนุญาตให้ใช้กัญชา 2. ในทางการแพทย์ได้พร้อมทั้งยังต้องมีใบอนุญาตการใช้กำกับอย่างชัดเจน สามารถปลูกได้ในโรงเรือนที่ กำหนดเท่านั้น ดังนั้นการใช้พืชกัญชาทางด้านการแพทย์ของสหพันธรัฐรัสเซียและประเทศไทยนั้น รัฐบาลอนุญาตให้สามารถใช้ได้ในทางการแพทย์เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้กับผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการบำบัด รักษาอาการป่วยต่างๆ จากการใช้พืชสมุนไพรกัญชา แต่ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามกฎระเบียบและข้อจำกัดที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นการควบคุมและทำให้การนำไปใช้ในการรักษา ทางด้านการแพทย์เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอย่างแท้จริง

บังอร ศรีพานิชกุลชัย (2562) ศึกษาการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ผลการศึกษา พบว่ากัญชาเป็นพืชในวงศ์แคนนาบาสีที่ขึ้นได้ดีในเขตอากาศร้อน เช่น ประเทศไทยและจัดเป็นพืช เสพติดที่เคยใช้เป็นยารักษาโรค แต่ต่อมาได้มีการห้ามใช้เนื่องจากทำให้เกิดการเสพติด การศึกษาต่อมาพบสารสำคัญกลุ่มแคนนาบินอยด์ มีฤทธิ์ต่อร่างกายหลายประการ โดยที่สารสำคัญที่อยู่ในความสนใจคือ ทีเอชซี (Delta-9-Tetra cannabinol, THC) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและซีบีดี (Cannabidiol, CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปัจจุบันมีผลงานวิจัยชี้แนะว่าสารทั้งสองชนิดสามารถนำมาใช้เป็นยารักษาโรคและอาการแสดงได้หลายชนิด ได้แก่ อาการปวดประสาท อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อด้านการชัก อาการคลื่นไส้อาเจียน เพิ่มความอยากอาหาร โดยมีกลไกการทำงาน ผ่านตัวรับเอนโดแคนนาบินอยด์ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมภาวะโฮมีโอสติสของร่างกาย องค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในด้านการนำกัญชามาใช้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ของกัญชา ประวัติการใช้กัญชาเพื่อการรักษา สารสำคัญของกัญชา ระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ เกล็ดชีวิตยาและกลไกการทำงานของกัญชา รูปแบบยาเตรียมและผลิตภัณฑ์จากกัญชา ที่รวมทั้งตำรับยาแผนไทยที่เข้ากัญชาเภสัชจลนศาสตร์และอันตรกิริยาระหว่างยาของแคนนาบินอยด์ อาการไม่พึงประสงค์และพิษของแคนนาบินอยด์ แม้ว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ชี้แนะศักยภาพของกัญชาที่จะใช้เป็นยา แต่กัญชามีทั้งประโยชน์และโทษ และยังต้องการงานวิจัย อีกมากเพื่อสนับสนุนให้มีการใช้รักษาโรคต่างๆ อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยเฉพาะโรคอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็ง พาร์กินสัน และอัลไซเมอร์ต่อไป

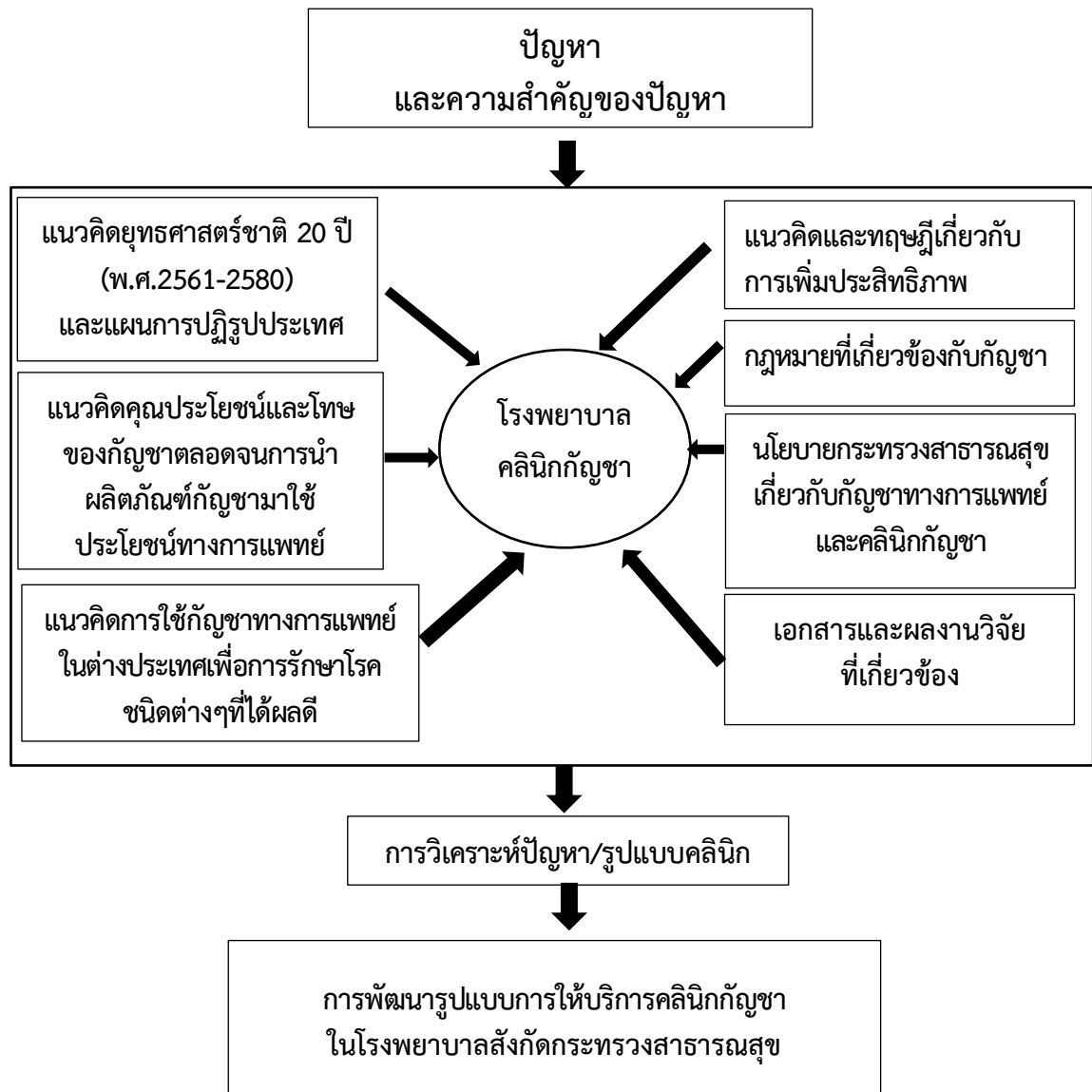
ธานี วรภัทร (2563) มาตราการทางกฎหมายในการลดอันตราย จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้กัญชาทางการแพทย์และศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการทาง กฎหมาย ในใช้กัญชาทางการแพทย์ของต่างประเทศกับประเทศไทย จากนโยบายทางกฎหมาย อาญา ที่ห้ามอย่างเด็ดขาดในการใช้ยาเสพติดทุกชนิดโดยเฉพาะยาเสพติดประเภท “กัญชา” ทำให้คนไทย และการแพทย์ของประเทศไทย ขาดโอกาสในการเข้าถึงและใช้คุณสมบัติในทางที่เป็นประโยชน์ทางยาของ “กัญชา” ในการรักษาโรค ในหลายอาการด้วยกัน ผลของการเรียกร้องจากหลายฝ่าย ในประเทศถึงคุณประโยชน์ของกัญชาในการนำมาใช้ในทางการแพทย์ จนกระทั่ง ในปี พ.ศ.2562 ได้มีกฎหมายจากภาครัฐออกมาลดทอน หรือตราบทบัญญัติออกมาเป็นข้อยกเว้นให้สามารถใช้กัญชา ในการรักษาโรคต่างๆ ทางทางการแพทย์ได้ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและวงการทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีมาตรการกฎหมายที่กำหนดมาตรการในการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง และลดอันตรายจากการใช้กัญชา เป็นกฎหมายฝ่าย บริหารในมาตรการและสาระสำคัญต่างๆ

ผลการศึกษาจากประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทาง การแพทย์มาก่อนประเทศไทย พบว่านโยบายทางนิติบัญญัติของรัฐจะออกกฎหมายมากำกับ ควบคุม วิธีการใช้สารเสพติด อย่างชัดเจน ถูกต้องตามหลักเภสัชศาสตร์และงานทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ให้ความปลอดภัยแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องจึงเสนอแนะให้ภาครัฐออกกฎหมายเพื่อการควบคุม กำกับ ดูแลวิธีการใช้กัญชาให้ตรงตามหลักเภสัชศาสตร์ที่ถูกต้องและการบริหารจัดการ งานทางการแพทย์ และสาธารณสุข อย่างปลอดภัยให้กับประชาชนที่เป็นผู้ใช้กัญชา เพื่อที่จะลดอันตราย (Harm

Reduction) จากการใช้กัญชา กำหนดประเภท ชนิด ปริมาณ ลักษณะ และการรักษาทางการแพทย์ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในรูปแบบของกฎหมายฝ่ายบริหารหรือกฎหมายมหาชนที่เป็นมาตรฐานต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แผนภาพที่ 2-5 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย



สรุป

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 26 แห่ง เมื่อเดือนกันยายน 2562 เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และแพทย์แผนไทย 13 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสกัดน้ำมันกัญชา และยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว ได้เข้าโครงการเริ่มแรก 2 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีและโรงพยาบาลระยอง ต่อมาในเดือนตุลาคมเขตสุขภาพที่ 6 ได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบทั้ง 8 จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง รวม 8 โรงพยาบาล ซึ่งจากการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระยะเริ่มแรก พบปัญหา还不能บริหารจัดการให้ประชาชนได้ทั่วถึง รวมถึงยังมีการส่งจ่ายยาที่มีสารสกัดกัญชามีจำนวนน้อย บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมแล้วบางส่วนภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งการบริการและงานเอกสารจำนวนมาก การวางระบบการรวบรวมข้อมูลติดตามการรักษาเพื่อสร้างความรู้เชิงประจักษ์และการวิจัยต่างๆ การจะพัฒนาต่อไปจึงควรได้ทบทวนศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ถึงการดำเนินงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเพื่อพัฒนาคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลรักษาโรคได้สำเร็จไม่เกิดมีภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้การศึกษาจากแนวคิดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) และแผนการปฏิรูปประเทศแนวคิดคุณประโยชน์และโทษของกัญชา ตลอดจนการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ แนวคิดการใช้กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อการรักษาโรคชนิดต่างๆที่ได้ผลดี การศึกษาแนวคิดทฤษฎีเพิ่มประสิทธิภาพ การศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา การศึกษานโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และคลินิกกัญชาและศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

ข้อมูลและหลักฐานการใช้กัญชาในรูปแบบสมุนไพรเกิดประโยชน์มากกว่าโทษต่อผู้ใช้ ขณะที่การใช้ในปริมาณที่เกินความจำเป็นส่งผลต่อผู้ใช้โดยตรง หากไม่มีแนวทางการกำกับที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบทั้งสุขภาพบุคคลและก่อให้เกิดปัญหาในต่อสังคม บทเรียนจากผลการดำเนินการในประเทศต่างๆ ที่ได้มีการจัดการระบบในการส่งเสริมการใช้กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจ รวมทั้งนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อการรักษาและวิจัย ส่งผลด้านบวกต่อประชาชนและประเทศนั้น ๆ รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนการใช้กัญชาทางการแพทย์และการวิจัย ดังนั้นเพื่อให้ทราบสถานการณ์ ปัญหาในการนำนโยบายกัญชามาใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นในการขับเคลื่อนคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคาดหวังในการมีรูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์พืชสมุนไพรกัญชาในประเทศไทย

กัญชา เป็นพืชสมุนไพรที่มีการนำมาใช้ทางการแพทย์มายาวนานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จากหลักฐานในประเทศไทยมีการบันทึกตำรายาไทยในตำราการแพทย์แผนไทยมากมาย เช่น ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ซึ่งรวบรวมขึ้นภายหลังรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อกว่าสามร้อยปีมาแล้ว ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามมีข้อบ่งชี้สรรพคุณเป็นยารักษาโรคต่างๆ เช่น โรคลม โรคริดสีดวงทวาร โรคหอบหืด เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ากัญชาถูกใช้เป็นยารักษาโรคในอดีตมาอย่างยาวนาน ในรอบสิบปีที่ผ่านมาแต่ละประเทศได้ส่งเสริมการวิจัยกัญชาในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อใช้ในทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา อิสราเอล และออสเตรเลีย ซึ่งประเทศเหล่านี้สามารถออกกฎหมายให้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคได้ภายใต้การดูแลของแพทย์ การวิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาสำหรับใช้ทางการแพทย์ถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง และสามารถขึ้นทะเบียนเป็นยาได้ในบางประเทศ เพื่อใช้บรรเทาอาการปวดจากมะเร็ง ป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัด ใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อเกร็งจากปลอกประสาทอักเสบ เป็นต้น แต่ในประเทศไทยนั้นเนื่องจากตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดการควบคุมกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ซึ่งห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นรายๆ ไปและยังห้ามมิให้ผู้ใดเสพกัญชาอีกด้วย การที่กฎหมายของไทยมีบทบัญญัติห้ามการเสพกัญชาจึงทำให้การมีข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ในห้วงที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้การใช้กัญชาในทางการแพทย์ในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีความพยายามจากหลายฝ่ายในการเสนอให้รัฐบาลถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด โดยทางผู้สนับสนุนได้ให้เหตุผลถึงการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ รวมถึงเหตุผลทางด้านการพัฒนาให้เป็นพืชเศรษฐกิจ กระแสเรื่องกัญชาเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างกว้างขวาง การนำเสนอของสื่อมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้คนในสังคมได้รับทราบว่าพืชกัญชาชนิดนี้มีประโยชน์ ถ้านำมาใช้ในทางที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันหน่วยงานและสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ วิเคราะห์ วิพากษ์ ให้ข้อเสนอแนะและนำเสนอมุมมองของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในแต่ละมิติอย่างแพร่หลาย ช่วงเวลาเดียวกันนั้นเอง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้แต่งตั้งนายแพทย์โสภณ เมฆธน เป็นประธานคณะกรรมการพิจารณา กัญชา มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้น 4 ชุด ดังนี้ 1. คณะทำงานเพื่อการพัฒนาการปลูกและ

ปรับปรุงสายพันธุ์ 2. คณะทำงานเพื่อพัฒนาการสกัดและการตรวจวิเคราะห์ 3. คณะทำงานเพื่อพิจารณาการนำกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ 4. คณะทำงานเพื่อวางระบบการควบคุมในการศึกษาวิจัยและการใช้กัญชาในทางแพทย์

ประเทศไทยได้มีการผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับกัญชา คือ มีการอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเฉพาะทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยในมนุษย์ได้ ทั้งนี้กัญชายังคงสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 แม้ว่าการปรับแก้กฎหมายในครั้งนี้ทำให้เกิดความตื่นตัวของนักวิจัยจำนวนมากที่มีความสนใจในการวิจัยยาเสพติดชนิดนี้ รวมถึงประชาชนให้ความสนใจเรื่องนี้เป็นวงกว้าง เห็นได้จากการออกมาเรียกร้องให้มีการใช้อย่างเสรีจากภาคเอกชน และมีการนำเสนอถึงผลการรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อคนไข้จำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคที่ยากต่อการรักษา จึงเป็นที่มาของการพูดคุยหารือระหว่างนักวิจัยในสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สนใจทางการแพทย์ในการวิจัยในทางการแพทย์ แต่หากพิจารณาให้ถี่ถ้วนมากขึ้นจะพบว่าเรื่องของกัญชาไม่ได้มีเฉพาะประเด็นปัญหาการวิจัยเพื่อมาใช้ทางการแพทย์เท่านั้น

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภูมิประเทศและภูมิอากาศที่เหมาะสมกับการปลูกกัญชา และกัญชาเป็นพืชพื้นถิ่น การปลูกกัญชาจึงทำได้ง่าย อย่างไรก็ตามการปลูกเพื่อใช้ทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการควบคุมให้ได้มาตรฐานที่ได้ระดับมาตรฐานยา (Medical Standard) ดังนั้น จึงต้องมีการวิจัยด้านวิธีการปลูกเพื่อใช้เป็นวัตถุดิบทางการแพทย์ด้วย การศึกษาและพัฒนาพันธุ์พืชกัญชาก็เป็นสิ่งจำเป็น ควรส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาพันธุ์ที่นิ่ง และให้สารออกฤทธิ์ที่ต้องการมีปริมาณสูง รวมถึงการพัฒนาการปลูกให้กัญชาที่เหมาะสม โดยการใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการเพาะปลูก (Good Agriculture Practice) จะเห็นว่าประเทศไทยมีต้นทุนทางด้านภูมิอากาศที่ดีต่อการปลูกกัญชา มีทรัพยากรที่เข้าถึงได้ง่าย จึงเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา ซึ่งมีมูลค่าทางเศรษฐกิจทั้งการใช้อยู่ในประเทศและการส่งออก

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดระบบการใช้กัญชาทางการแพทย์ครบวงจร มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงร่วมกันกำกับดูแล เพื่อให้การนำกัญชาไปใช้มีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง เร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงการรักษาอย่างสมเหตุสมผล สำหรับด้านการปลูก การผลิต การกระจายกัญชามีหน่วยงานรับผิดชอบทั้งรูปแบบการใช้สารสกัดในการแพทย์แผนปัจจุบัน และตำรับยาทางการแพทย์แผนไทย ด้านผู้ส่งใช้กัญชาทางการแพทย์ ปัจจุบันมีแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ ผ่านการอบรม 1,200 คน มีแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมกว่า 3,000 คน นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดทำแนวทางการนำกัญชาไปใช้ทางการแพทย์แนวทางการรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งกำหนดวิธีการขอรับอนุญาตจำหน่ายในสถานพยาบาล การกำกับติดตามในระบบ ซึ่งในขณะนี้การนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ยังถือว่าเป็นระยะเริ่มต้น ปริมาณการผลิตยังอยู่ในวงจำกัดสำหรับผู้ป่วยในโครงการศึกษาวิจัย หรือกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ในระยะต่อไปจะต้องมีการขยายให้เพียงพอต่อการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล ถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรค

การใช้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันขณะนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันประสิทธิภาพชัดเจนได้ประโยชน์ในการรักษา ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งที่รักษายากหรือดื้อต่อยา รักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ภาวะปวดประสาทที่ต่อการรักษา กลุ่มที่ 2 มีข้อมูลทางวิชาการที่สนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติม น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มที่ 3 สารสกัดกัญชาอาจได้ประโยชน์ในการรักษาแต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้พิจารณาส่งจ่ายเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้การรักษาตามวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล ส่วนด้านการแพทย์แผนไทย มีตำรับยาแผนไทยที่อนุญาตให้ใช้เพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ จำนวน 16 ตำรับตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และตำรับยาปรุงเฉพาะรายหรือตำรับแพทย์พื้นบ้านที่ต้องผ่านการพิจารณาจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นโยบายที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ยุทธศาสตร์ชาติด้านแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อเกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกัน ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

สำหรับการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรได้มีบทบาทสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติดังนี้ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ภายใต้พื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ “ต่อยอดอดีต ปรับปัจจุบัน และสร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” เพื่อให้ประเทศไทยสามารถสร้างฐานรายได้ และการจ้างงานใหม่ ขยายโอกาสทางการค้าและการลงทุนในเวทีโลกควบคู่ไปกับการยกระดับรายได้และการกินดีอยู่ดี รวมถึงการเพิ่มขึ้นของคนชั้นกลางในประเทศได้ในคราวเดียวกัน โดยประเด็นเรื่องกัญชาทางการแพทย์อาจถือเป็นอีกพืชสมุนไพรประเภทหนึ่งซึ่งสามารถตอบโจทย์นี้ได้ ทั้งด้านการเกษตรเพื่อสร้างมูลค่าการต่อยอดด้านอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทางการแพทย์ของไทยครบวงจรที่เชื่อมโยงกับการใช้แบบแพทย์แผนปัจจุบันได้ด้วย

2. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับการนำพิกัญยามาใช้ทางการแพทย์มีหลายส่วน อาทิ แผนแม่บทที่ 1.ประเด็นด้านความมั่นคง แผนย่อยที่ 3.3 แผนย่อยการป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง แนวทางการพัฒนาที่ 3.2.1 ส่วนการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักรและการพัฒนาประเทศ ว่าด้วยการป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาเสพติดรวมถึงการปรับระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด แผนแม่บทที่ 4. อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต แผนย่อยที่ 9. อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ เพื่อส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการ ส่งเสริมไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจที่ผสมผสานความเชี่ยวชาญทั้งการแพทย์ แผนปัจจุบันและแผนไทย การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพในทุกกระดับ ทั้งในภาคอุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย แผนแม่บทที่ 13. การสร้าง เสริมสุข ภาวะที่ดี แผนย่อยที่ 37. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ แผนย่อยที่ 38.การใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อยที่ 39. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี แผนย่อยที่ 40. การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ แผนแม่บทที่ 23. การวิจัย และพัฒนา นวัตกรรม แผนย่อยที่ 32. ด้านเศรษฐกิจ เพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการวิเคราะห์ทดสอบตามข้อตกลงระหว่างประเทศ นวัตกรรมภาคอุตสาหกรรมเป้าหมายได้แก่ อุตสาหกรรมชีวภาพ อุตสาหกรรมความมั่นคง พลังงาน ดิจิทัล อาหาร ยา และเครื่องสำอาง ชีววัตถุ วัคซีน และสมุนไพร

3. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ โดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ ได้ดำเนินการจัดทำร่างแผนการปฏิรูปประเทศและได้เสนอคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติพิจารณาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติประกอบกับคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2561 เห็นชอบร่างแผนการปฏิรูปประเทศตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการและคณะกรรมการปฏิรูปประเทศเสนอและสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้มีการประชุมเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2561 รับทราบแผนการปฏิรูปประเทศเป็นที่เรียบร้อย โดยประเด็นการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้มีการปฏิรูปร่วมกันกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ

4. นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” และเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และขับเคลื่อนภารกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน มียุทธศาสตร์ที่สอดรับการขับเคลื่อนงานคลินิกัญชาใน 3 ประเด็น ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (18 โครงการ 22 ตัวชี้วัด) 18. โครงการกัญชาทางการแพทย์ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องได้แก่ จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ

1 แห่ง แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงามและแพทย์แผนไทย (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence ในแผนงานที่ 14 การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ภายใต้โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขับเคลื่อนภายใต้โครงการพัฒนางานวิจัย /นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

5. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร พ.ศ. 2560-2564

ด้วยรัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยกำหนดให้เรื่อง “สมุนไพร” เป็นเป้าหมายหนึ่งในการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศอย่างครบวงจร ทั้งผลิตผลของสมุนไพร อุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรในระดับสากล การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสร้างเสริมความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐ เกิดเป็นแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564 ผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2560 และมีคณะกรรมการ นโยบายสมุนไพรแห่งชาติพร้อมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนแม่บทฯ อีก 6 คณะ ดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐทั้งสิ้น 9 กระทรวง ซึ่งแผนดังกล่าวได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “สมุนไพรเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย”

ผลกระทบของนโยบายกัญชาด้านสาธารณสุข (Public Health Impact)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลกระทบของนโยบายกัญชาด้านสาธารณสุขมีดังนี้

1. ความชุกของการใช้ (Prevalence of use) ความชุกการใช้กัญชาทางการแพทย์มีทั้งเพิ่มขึ้น ลดลง และคงที่ ตามแต่ละพื้นที่ โดยไม่มีความสัมพันธ์ของความชุกกับนโยบาย
2. วิธีบริหาร/ความแรง/ความถี่ในการใช้กัญชา (Mode of use/potency/pattern) ผู้ใช้กัญชามีวิธีบริหารทั้งจากพืช และกัญชาที่อยู่ในรูปแบบรับประทาน ในกลุ่มอายุ 18-26 ปี ที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มจะใช้กัญชาที่มีความเข้มข้นสูงและความถี่ในการใช้กัญชาของวัยรุ่นสหรัฐอเมริกามีมากขึ้นกว่าแคนาดาและอังกฤษ
3. การใช้กัญชาพร้อมกับสุรา บุหรี่หรือสารเสพติดอื่น ๆ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ากัญชามีผลทดแทนการดื่มสุรา (Substitution) และส่งเสริมการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Complementary) ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนักมีโอกาสนำมาใช้กัญชาเพิ่มขึ้น ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีการใช้กัญชาพร้อมกับสารเสพติดอื่นๆ ลดลง แต่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย
4. ผลกระทบกัญชาต่อสุขภาพ

ผลกระทบเชิงบวก : การรักษาภาวะปัญหาการใช้สารเสพติดผิด (Substance Abuse Treatment Programs) ลดลง

ผลกระทบเชิงลบ : หน่วยจ่ายกัญชาต่อตารางไมล์เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับการอยู่โรงพยาบาลจากการใช้กัญชาการเข้ารับการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุและการเกิดภาวะปัญหาจากสารพิษเพิ่มขึ้นและการเข้าโรงพยาบาลแผนกทั่วไปเพิ่มขึ้นพบการเพิ่มขึ้นการเข้ารับการรักษาภาวะป่วยทางจิตจากกัญชาในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น หลังจากมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ และต่อมาปริมาณผู้ป่วยดังกล่าวมีปริมาณเพิ่มขึ้นอีกหลังจากมีนโยบายกัญชาทางสันหนนาการ โดยกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีอายุน้อยกว่า 17 ปี

5. การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ตามใบสั่งแพทย์ (Prescription Opioids)

ผลกระทบเชิงบวก : การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดหรือภาวะผิดปกติจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์และการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์เกินขนาดลดลง

ผลกระทบเชิงลบ : ผู้ที่เคยใช้กัญชามีโอกาสใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา

6. ผลกระทบของนโยบายกัญชาด้านสังคม (Social Impact) ความคิดเห็นต่อนโยบายการรับรู้ต่ออันตรายของกัญชา ทศนคติ ความเชื่อและความรู้ที่เกี่ยวกับนโยบายกัญชา (Opinion/Perception/Attitude/Belief/Knowledge)

ผลกระทบเชิงบวก แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ต้องการระเบียบและหลักฐานเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาด้วยกัญชา ผู้ป่วย มีการรับรู้ทางบวกเกี่ยวกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ รู้สึกปลอดภัยและตระหนักถึงการใช้เพิ่มขึ้นมีการพัฒนาการอบรมบุคลากรทางการแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา

ผลกระทบเชิงลบการเข้าถึงข่าวที่ผิดเกี่ยวกับการต่อต้านการรักษาเมเร้งด้วยกัญชาทางโซเซียลมีเดียในชุมชนที่ไม่มีการขายกัญชากลุ่มอายุ <18 ปี มีความอยากและตั้งใจที่จะใช้กัญชาเพิ่มขึ้นหลังจากมีนโยบาย

สภาพทั่วไปในการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใดนัก จนทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยดังกล่าวที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานและรอรับบริการในสถานพยาบาลด้วยความหวังเชื่อมั่นในการแพทย์ของประเทศไทย

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล มอบนโยบายเร่งด่วนเพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) ผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นมาตรการเร่งด่วนโดยโรงพยาบาลนาร่องสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง ทั่วประเทศภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้บริการแบบแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์ทางเลือกและแผนไทย 7 แห่ง และมีแผนขยายกลุ่มเป้าหมายตามความพร้อมของพื้นที่ทั่วประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมการให้บริการ โดยมอบหมายให้กรมวิชาการร่วมกันวิจัยพัฒนาการรักษาโรคต่างๆด้วยสารสกัดจากกัญชา กรมการแพทย์และกรมแพทย์ทางเลือกและแผนไทยจัดทำหลักสูตรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ สำนักงานอาหารและยาจัดทำทะเบียนสถานบริการและพัฒนาฐานข้อมูลรายงานการใช้จ่าย SAS (Special Access Scheme) และองค์การเภสัชกรรมได้กระจายสารสกัดกัญชาประเภทน้ำมัน (Oil) ไปให้สถานบริการนำร่องรอบแรก 16 กันยายน 2562 จำนวน 12 แห่งๆ ละ 315 ขวด ซึ่งมีโรงพยาบาลหลายแห่งเริ่มให้บริการไปบ้างแล้ว เป็นต้น

ดังนั้น สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ จึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทรมานแก่ผู้ป่วยได้ โดยกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยได้ร่วมกันพัฒนาหาการวิจัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและองค์ความรู้แพทย์แผนไทยร่วมกันอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลิตภัณฑ์และแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเสริมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความแออัดการรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาล และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ภายใต้การกำกับดูแลการรักษาและใช้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

โดยระยะแรกของนโยบายการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ มีการดำเนินงานขับเคลื่อน โดยใช้แนวทางการบริหารจัดการหน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) ในสถานพยาบาล การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขากการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้กองบริหารการสาธารณสุข ดำเนินการเตรียมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และมีการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินการกัญชาทางการแพทย์ การเตรียมการจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โดยบูรณาการร่วมกับกรมวิชาการเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกัน มีการพัฒนาโปรแกรม C-MOPH และเชิญผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชา อบรมการใช้โปรแกรม มีหลักสูตรอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และซักซ้อมความเข้าใจ 19 โรงพยาบาลนำร่อง ในการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ดำเนินการจัดทำหนังสือสั่งการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ครบ 12 เขตสุขภาพโดยกำหนดให้มีโรงพยาบาลนำร่องคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562 : 4-12)

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์ (เขตสุขภาพละ 1 แห่ง) และกรมการแพทย์ 31 แห่ง เขตสุขภาพที่ 1 โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เขตสุขภาพที่ 2 โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 3 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 4 โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 5 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง เขตสุขภาพที่ 7 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เขตสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 11 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัด สุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 12 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ภาคเหนือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ ภาคกลาง โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ภาคตะวันออก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ภาคตะวันออกเฉิยงเหนือ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาล คูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ภาคใต้ โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์โดยกำหนดให้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานภายใต้กลไกการขับเคลื่อนการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ 2563 ซึ่งดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานทั้ง 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่มารับบริการ โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ คือการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ Medical Cannabis Clinic แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยเป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานของสถานบริการสุขภาพ ตามข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้

แนวทางการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์

1. มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานดังนี้ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์ จัดให้มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทุกรายในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชาสามารถตรวจสอบจำนวนการใช้ไปและคงเหลือ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการตรวจสอบสารสกัดจากกัญชาทั้งในผู้ป่วยและผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา ด้วยเครื่องมือชุดทดสอบตามขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์

2. การจัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์สุขภาพ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกรายและทุกครั้งที่มีารับบริการด้วยโปรแกรม C-MOPH 2. ก่อนแพทย์ส่งจ่ายสารสกัดจากกัญชาผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอนมีการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ได้รับคำแนะนำตามแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ การประเมินผู้ป่วยตามแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ (Inform Consent Form) 3. การสั่งใช้สารสกัดจากกัญชาให้ผู้ป่วยต้องอยู่ภายใต้การดูแลกำกับของทีมแพทย์และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 4. ให้คำแนะนำผลข้างเคียงและอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับสารสกัดจากกัญชาแก่ผู้ป่วยทุกราย 5. มีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะบำบัด ตลอดการ

รักษาด้วยสารสกัดจากกัญชา 6. มีการตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชาสาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ 7. ติดตามผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยและประเมินผลข้างเคียงอาการแสดงทางกายและจิตที่ไม่พึงประสงค์

3. การจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยองค์ประกอบของทีมประกอบด้วย 1. แพทย์ อย่างน้อย จำนวน 1 คน 2. เภสัชกร อย่างน้อยจำนวน 1 คน 3. พยาบาลหรือนักวิชาการ อย่างน้อย จำนวน 1 คน 4. แพทย์แผนไทย อย่างน้อย จำนวน 1 คน 5. นักเทคนิคการแพทย์ อย่างน้อยจำนวน 1 คน และหน่วยสนับสนุนถ้ามี ได้แก่ 1. แพทย์ระบบประสาท 2. ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด และ 3. ทีมบุคลากรห้องฉุกเฉิน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นผู้กำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบร่วมในการบูรณาการงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้แก่ 1. กรมการแพทย์ 2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4. กรมสุขภาพจิต 5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ตอบสนองต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์

1.2 บูรณาการนโยบายด้านการปฏิบัติและด้านวิชาการร่วมกับกรมวิชาการต่างๆ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการทำงานด้านกัญชาทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรมในหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3 จัดทำแนวทางการดำเนินการเพื่อการขับเคลื่อนการดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข

1.4 พัฒนาระบบรายงานข้อมูลด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้โปรแกรม C-MOPH ที่ <https://ccd.moph.go.th>

2. กรมการแพทย์ ดำเนินการจัดทำคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Guidance on Cannabis for Medical Use)

3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการจัดทำคู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ

4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดำเนินการจัดทำคู่มือการตรวจวิเคราะห์กัญชาทางการแพทย์และคู่มือการทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ

5. กรมสุขภาพจิต ดำเนินการจัดทำคู่มือวิทยาการหลักสูตรอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาแบบสั้นในผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินการจัดทำระบบการรายงานการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ Special Access Scheme: SAS

7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการสื่อสารสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

8. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชา ในกรณีฉุกเฉิน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา

สำหรับการดำเนินงานเรื่องกัญชานั้นมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายระหว่างประเทศ และกฎหมายของประเทศไทย รายละเอียดดังนี้

1. กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับยาเสพติดว่าด้วยอนุสัญญาสหประชาชาติ และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชา

1.1 อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)

1.2 อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ. 1971 (The Convention on Psychotropic Substances, 1971)

1.3 อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ค.ศ. 1988 (The United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988)

2. กฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวกับยาเสพติดและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชา และกฎหมายลำดับรองออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

2.1 พระราชบัญญัติกัญชาพหุศักราช 2477 สรุปลสาระสำคัญ

2.2 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

2.3 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

2.4 พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

2.5 กฎหมายลำดับรองออกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

2.5.1 (ร่าง) กฎกระทรวง การขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา

2.5.2 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคได้ พ.ศ. 2562

2.5.3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

2.5.4 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562

2.5.5 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

2.5.6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีไข้ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562

2.5.7 ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

2.5.8 ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดลักษณะ กัญชง (Hemp) พ.ศ.2562

2.5.9 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์ แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่าย ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562

2.5.10 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์ แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่าย ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

2.5.11 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

2.5.12 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัวก่อน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ พบประเด็นสำคัญจากการตรวจ ราชการรอบที่ 1 ประจำปี 2563 (เนื่องจากผลการตรวจราชการรอบที่ 2 ยังไม่แล้วเสร็จอยู่ระหว่าง การดำเนินงานจึงใช้ผลการตรวจราชการรอบที่ 1. ดังนี้ ผลงานที่ดำเนินการจริงทำได้เกินเป้าหมาย คือ เมื่อสิ้นสุดไตรมาส 2 ปี 2563 มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสาน (Medical Cannabis Clinic) อย่างสมบูรณ์ ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง ซึ่งผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรกดำเนินการได้รวม 101 แห่ง มี รายละเอียดดังนี้ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 9 แห่ง เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 8 แห่ง เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 5 แห่ง เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 10 แห่ง เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 10 แห่ง

เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 14 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 5 แห่ง เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 6 แห่ง เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 8 แห่ง เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 8 แห่ง เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 10 แห่งและเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 8 แห่ง ทั้งนี้มีจำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์จำนวน 2,244 ราย

ทั้งนี้จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า ยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ อย่างชัดเจน มีบางสถานบริการไม่สามารถจัดสถานที่แยกเป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน และยังมีความขาดแคลน อุปกรณ์ ชุดทดสอบสารสกัดกัญชา (Test Kit) ไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษายังขาด องค์ความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก ระบบการให้บริการยังไม่มีมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน การกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยของโปรแกรม C-MOPH ขัดแย้งกับโปรแกรม Hos XP และการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการใช้สารสกัดกัญชายังไม่เพียงพอ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลการตรวจราชการรอบที่ 1 ประจำปี 2563 พบว่ากัญชาทางการแพทย์ประเด็นปัญหาสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชา มีดังนี้

1. ระบบการให้บริการและระบบข้อมูล สำหรับปัญหาด้านระบบการให้บริการและระบบข้อมูล จากผลการตรวจราชการรอบ 1 ประจำปี 2563 พบประเด็นปัญหา ดังนี้

1.1 ระบบการให้บริการและสถานที่ พบว่า หน่วยงาน หน่วยบริการบางแห่งยังขาดความชัดเจนไม่มีแผนปฏิบัติการและการกำกับติดตามการ ขับเคลื่อน ความไม่ชัดเจนของมาตรฐานการให้บริการ ใช้เวลาในการเตรียมหลายภาคส่วน ระบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผสมผสานยังขาดการเชื่อมโยงและไม่เป็นห้องตรวจประจำ อุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกยังไม่พร้อม บุคลากรเกิดความสับสนในการให้บริการเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยละเอียดหลายขั้นตอน มีความจำเพาะทำให้ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์น้อย ยังไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย

1.2 ระบบข้อมูลยังมีความผิดพลาด (Error) ส่งผลให้การทำบัญชีการรับการจ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยไม่มีบัตรแสดงตนว่าเป็นผู้รับบริการกัญชาหากเจอตำรวจตรวจค้น

1.3 ระบบรายงาน พบว่า การเชื่อมโยงระบบข้อมูลของส่วนกลางยังแยกส่วนทำให้มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนหลากหลาย โปรแกรม C-MOPH ยังไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลบางรายงานยังไม่ครบถ้วน หรือยังไม่ได้ใช้ โปรแกรม C-MOPH (มีปัญหาด้านเทคนิค IT) ไม่ได้บันทึกโปรแกรม SAS และ จ.2 บางพื้นที่ขาดการวิจัย

2. บุคลากร พบว่า ขาดบุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญขาดแพทย์ระบบประสาท (หน่วยสนับสนุน- คณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งอย่างเร่งด่วน บุคลากรที่ผ่านการอบรม (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และการดำเนินงานของคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานมีงานประจำอยู่แล้ว

3. ผลลัพธ์ที่กัญชา พบว่า ยังไม่มีผลลัพธ์สารสกัดกัญชาทาง การแพทย์ให้บริการ แก่ผู้ป่วยไม่มีการตรวจทดสอบผลลัพธ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทาง ห้องปฏิบัติการ ผลลัพธ์ที่กัญชาที่ได้รับการสนับสนุนมีอายุสั้น

4. ผู้รับบริการ พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจการเลือกซื้อยาซื้อขายจากอเมริกาผู้ป่วย ต่างชาติมาขอรับบริการ ผู้มารับบริการปรับขนาดยาเองเนื่องจากหรือเคยใช้จากที่อื่นมาก่อน

ข้อมูลพื้นฐานสถานะสุขภาพและสภาพปัญหาของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

เขตสุขภาพที่ 6 กำหนดวิสัยทัศน์ “เขตสุขภาพสมรรถนะสูง การบริการมาตรฐานสากล ทันสมัย และมีนวัตกรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ หนุนเสริมการพัฒนาภาค ตะวันออกให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ” และมีพันธกิจ และยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ส่งเสริม สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาค ประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการพัฒนาระบบสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6

2. เสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ในการบูรณาการ การกิจสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ สร้างระบบการจัดการ สุขภาพของตนเอง ของชุมชน ให้เป็นชุมชนแห่งสุขภาพที่ยั่งยืน

3. ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสถานบริการ ทุกระดับให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความเป็นเลิศ รองรับการพัฒนาภาคตะวันออก

4. ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรสาธารณสุขในทุกระดับ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน มีสมรรถนะสูง ธรรมาภิบาล ทันสมัย และมีการคิดค้น สร้างสรรค์ นวัตกรรม สุขภาพ

5. ส่งเสริมการบริหารจัดการ และพัฒนาทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุขรองรับการจัดบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน และเสริมสร้างความสุข ความมั่นคงชีวิต ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการปฏิบัติงานเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ประเด็นได้แก่ 1. การเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อความฉลาดรู้เห็นคุณค่าของสุขภาพดีที่พึ่งตนเองทางสุขภาพ (PP&P Excellent) 2. การพัฒนาการ บริการทางการแพทย์สู่สากลและการเสริมสร้างความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ (Service Excellent) 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การพัฒนากำลังคนด้านการสาธารณสุขและการเสริม ความสุข ภาคภูมิใจในหน้าที่ แก่บุคลากรทุกระดับ (People Excellent) 4. การพัฒนาและสร้างความ เข้มแข็งในการบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีคุณภาพธรรมาภิบาลมีสมรรถนะสูง และทันสมัย(Governance Excellent) 5. การเสริมสร้างประสิทธิภาพการสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อน การพัฒนาพื้นที่ตามโมเดลเศรษฐกิจ 4.0 และการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ประเทศ 20 ปี สำหรับ ประเด็นกัญชาทางการแพทย์ถูกจัดให้อยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2

กล่าวโดยสรุป เขตสุขภาพที่ 6 ได้มีการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาตามนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุขโดยขับเคลื่อนงานลงสู่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 8 แห่ง และขยายสู่ โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชนในพื้นที่ โดยได้กำหนดนโยบายบายคลินิกกัญชาในประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินไปพร้อมกันในทุกจังหวัด

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 เขตการปกครอง

เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย เขตการปกครอง 8 จังหวัด 69 อำเภอ 530 ตำบล 4,816 หมู่บ้าน ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยเขตปกครองพิเศษ 1 แห่ง คือ เมืองพัทยา เทศบาลนคร 4 แห่ง เทศบาลเมือง 29 แห่ง เทศบาลตำบล 186 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 356 แห่ง มีจังหวัดที่ติดทะเลอ่าวไทย 6 จังหวัด คือ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราดความยาวที่ติดอ่าวไทย 578 กม.และมีพื้นที่เกาะทั้งสิ้น 146 เกาะ เกาะที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญและมีชื่อเสียงได้แก่ เกาะสีชัง, เกาะล้าน, เกาะเสม็ด, เกาะช้าง, เกาะกูด, เกาะหมาก มี 3 จังหวัด ที่มีเขตชายแดนติดประเทศกัมพูชา 416 กม.จุดผ่านแดนถาวร จังหวัดสระแก้ว อำเภออรัญประเทศ จังหวัดจันทบุรี อำเภอโป่งน้ำร้อน, จังหวัดตราด อำเภอคลองใหญ่ (ตารางที่ 3-1 แสดงการแบ่งเขตปกครองจำแนกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562

ตารางที่ 3-1 การแบ่งเขตปกครองจำแนกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ชุมชน	เขตการปกครองพิเศษ	เทศบาลนคร	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อ.บ.ต.
					เมือง				
ชลบุรี	11	92	656	340	พัทยา	2	10	34	50
ระยอง	8	58	441	205	-	1	2	27	37
จันทบุรี	10	76	728	35	-	-	5	42	34
ตราด	7	38	261	67	-	-	1	13	29
สมุทรปราการ	6	50	399	148	-	1	6	13	27
ฉะเชิงเทรา	11	93	892	222	-	-	1	33	74
ปราจีนบุรี	7	65	708	24	-	-	1	11	56
สระแก้ว	9	58	731	107	-	-	3	13	49
รวม	69	530	4,816	1,147	1	4	29	186	356

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 (ออนไลน์), 2563

1.2 ข้อมูลประชากร

เขตสุขภาพที่ 6 มีพื้นที่ 37,200 ตารางกิโลเมตร ประชากรตามทะเบียนราษฎร 6,186,681 คน แบ่งออกเป็น ชาย 3,025,527 คน หญิง 3,130,038 คน บ้าน 3,308,816 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากร 166 คนต่อตารางกิโลเมตรและมีประชากรเฉลี่ย 1.87 คน ต่อหลังคาเรือน

ตารางที่ 3-2 จำนวนประชากร หลังคาเรือนและความหนาแน่นของประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	ประชากร รวม	ประชากร ชาย	ประชากร หญิง	หลังคาเรือน	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความ หนาแน่น ประชากร (คน/ตร.กม.)	ประชากร ต่อ หลังคา เรือน
ชลบุรี	1,558,301	749,951	787,805	1,047,473	4,363	357	1.49
ระยอง	734,753	356,900	370,529	489,617	3,552	206	1.50
จันทบุรี	537,698	261,679	272,656	239,184	6,338	84	2.25
ตราด	229,958	109,308	111,321	106,685	2,819	81	2.16
สมุทรปราการ	1,344,875	632,745	693,168	693,926	2,819	477	1.94
ฉะเชิงเทรา	720,113	351,348	364,898	305,121	5,351	134	2.36
ปราจีนบุรี	494,680	244,661	249,104	214,024	4,762	103	2.31
สระแก้ว	566,303	281,829	280,648	212,786	7,196	78	2.66
รวม	6,186,681	3,025,527	3,130,038	3,308,816	37,200	166	1.87

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองข้อมูล, 2562

จากข้อมูล พบว่า จำนวนประชากรที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วยประชาชนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4,129,011 คน คิดเป็นร้อยละ 55.28 มีประชาชนที่ใช้สิทธิประกันสังคมซึ่งส่วนหนึ่งเป็นแรงงานสัญชาติไทยที่เคลื่อนย้ายมาทำงานในพื้นที่ จำนวน 2,783,210 คน คิดเป็นร้อยละ 37.26 ซึ่งกลุ่มประชากรนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีประชาชนที่ใช้สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 368,911 คิดเป็นร้อยละ 4.94 และมีประชากรต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 43,634 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 รวมมีประชากรที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 7,469,902 คน

ตารางที่ 3-3 จำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ 6 ที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	รวม	สิทธิประกัน สุขภาพถ้วน หน้า (UCS+WEL)	สิทธิ ประกันสังคม (SSS)	สิทธิข้าราชการ/ สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC)	สิทธิอื่นๆ	แรงงาน ต่างด้าว
ชลบุรี	2,316,207	1,037,081	1,118,017	105,015	41,578	14,516
ระยอง	826,419	528,778	244,142	34,245	4,381	14,873
จันทบุรี	537,236	435,929	49,352	37,091	10,209	4,655
ตราด	223,968	170,874	19,725	17,913	13,544	1,912
สมุทรปราการ	1,786,521	734,246	943,226	65,773	40,078	3,198
ฉะเชิงเทรา	767,116	474,673	233,434	42,140	14,237	2,632
ปราจีนบุรี	521,244	334,316	139,722	35,860	10,896	450
สระแก้ว	491,191	413,114	35,592	30,874	10,213	1,398
รวมเขต 6	7,469,902	4,129,011	2,783,210	368,911	145,136	43,634
ร้อยละ	100 %	55.28 %	37.26 %	4.94 %	1.94 %	0.58 %

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562

1.3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

จากข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) ปี 2562 ของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ติด 1 ใน 10 อันดับของประเทศถึง 4 จังหวัด โดยจังหวัดระยอง มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) สูงที่สุดรองลงมาเป็นจังหวัดชลบุรี และสมุทรปราการ และฉะเชิงเทรา ทุกจังหวัดมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP) ภาคนอกเกษตรสูงกว่าภาคเกษตร ยกเว้นจังหวัดจันทบุรี ที่มีผลิตภัณฑ์จังหวัดมวลรวมต่อหัวประชากร (GPP) ภาคเกษตรสูงกว่าภาคนอกเกษตร

ตารางที่ 3-4 ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP)

อันดับ ประเทศ	จังหวัด	GPP ภาคนอก เกษตร(%)	GPP ภาค เกษตร(%)	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ต่อคน (บาท)
3	ชลบุรี	98.35 %	1.65 %	976,460
2	ระยอง	97.63 %	2.37 %	984,980
21	จันทบุรี	41.98 %	58.02 %	134,443
51	ตราด	51.09 %	48.91 %	46,965
4	สมุทรปราการ	99.68 %	0.32 %	717,053
8	ฉะเชิงเทรา	94.67 %	5.33 %	341,116
11	ปราจีนบุรี	97.62 %	2.38 %	297,250
52	สระแก้ว	71.34 %	28.66 %	45,250

ที่มา : สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี, พ.ศ.2562

จากข้อมูลพบว่า มีการย้ายฐานการลงทุนภาคอุตสาหกรรมเข้ามาในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 6 มากขึ้นโดยมีนิคมอุตสาหกรรมกระจายอยู่ในพื้นที่จำนวน 41 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม 14,555 แห่ง มีแรงงานในภาคอุตสาหกรรม 1,068,354 คน มีเงินลงทุนภาคอุตสาหกรรมสูงถึง 3,214,909 ล้านบาท

ตารางที่ 3-5 จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมและแรงงาน

จังหวัด	นิคม อุตสาหกรรม (แห่ง)	โรงงาน (แห่ง)	คนงาน (คน)	เงินลงทุน (ล้านบาท)
ชลบุรี	15	3,618	265,300	709,074
ระยอง	12	2,174	169,797	1,328,810
จันทบุรี	0	299	6,881	9,818
ตราด	0	171	3,575	3,974
สมุทรปราการ	4	5,660	418,611	565,587
ฉะเชิงเทรา	5	1,495	115,895	272,423
ปราจีนบุรี	5	743	78,407	28,2411
สระแก้ว	0	395	9,888	42,812
รวม	41	14,555	1,068,354	3,214,909

ที่มา : การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2562, กรมโรงงานอุตสาหกรรมข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2562

เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone : SEZ) จากนโยบายรัฐบาลในเรื่องเขตเศรษฐกิจพิเศษ Special Economic Zone: SEZ ได้มีการกำหนดพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทย พ.ศ. 2558 ใน 5 พื้นที่ชายแดนเป้าหมาย 10 อำเภอ 5 จังหวัด ได้แก่ อำเภอแม่สอด อำเภอพบพระ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก อำเภออรัญประเทศ และอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด อำเภอเมือง อำเภอหัวหินใหญ่ และอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลาและใน พ.ศ. 2559 อีก 5 จังหวัด 13 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงแสนและอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อำเภอเมือง และอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย อำเภอเมืองและอำเภอ ท่าอุเทน จังหวัดนครพนม อำเภอสุไหโกลก อำเภอตากใบ อำเภอแว้ง อำเภอเย็งอและอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส เขตสุขภาพที่ 6 มีเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระแก้วเชื่อมต่อกัมพูชาซึ่งอยู่ใกล้เขตเศรษฐกิจพิเศษ 3 แห่ง คือ ปอยเปต-โอเนียง ชันโค-ปอยเปตและเมืองศรีโสภณ และสามารถออกทะเล โดยผ่านท่าเรือของเวียดนาม และจังหวัดตราดเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษเกาะกงของกัมพูชาสามารถเชื่อมต่อท่าเรือสีหนุวิลล์ และท่าเรือแหลมฉบัง จากการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนก็จะพบปัญหาในการดูแลสุขภาพประชากรแรงงานจากประเทศกัมพูชาเข้ามาทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อระบบด้านควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดน โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นรวมถึงประชาชนตามขอบชายแดนประเทศกัมพูชาเข้ามารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วย

โครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor : EEC) โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development) ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) โดยคาดว่าจะรัฐจะใช้เงินลงทุนประมาณ 3 แสนล้านบาท และคาดว่าจะดึงดูดการลงทุนจากเอกชนได้มากกว่า 1.9 ล้านล้านบาท โดยมุ่งหวังให้พื้นที่ดังกล่าวเป็นแหล่งลงทุนหลักของประเทศ เชื่อมการลงทุนสู่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออกและทวาย ประกอบกับใช้การเชื่อมโยงทางน้ำไปถึงชายฝั่งทะเลกัมพูชาและจีนโดยจะดำเนินการใน 3 จังหวัดภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นเขตอุตสาหกรรม เขตพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และเขตพัฒนาเมือง จากการลงทุนของ 10 อุตสาหกรรมเป้าหมายเพื่อให้เป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต (New Engine of Growth) “การพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกจะอาศัยการเชื่อมโยงการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อดึงดูดเอกชนและเพิ่มศักยภาพด้านการท่องเที่ยวทางทะเล ด้วยการเชื่อมโยงการคมนาคมทั้งทางถนน โดยการสร้างถนนให้ครอบคลุม รวมถึงการขยายมอเตอร์เวย์ในช่วงพัทยา-มาบตาพุด ทางรางโดยการสร้างรถไฟทางคู่ที่ขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงศึกษาเตรียมการ ทางเรือ โดยการพัฒนาท่าเรือพาณิชย์สัตหีบให้เป็นจุดจอดเรือยอชต์ ประกอบกับขยายท่าเรือแหลมฉบัง และท่าเรืออุตสาหกรรมมาบตาพุด และทางอากาศโดยการพัฒนาท่าอากาศยานอู่ตะเภาภายใต้การใช้สนามบินร่วมระหว่างพลเรือนและทหาร (Joint Use Civil Military Airport) เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวที่จะเพิ่มขึ้นอีกกว่า 3 ล้านคนต่อปีและใช้ในกิจกรรมเชิงพาณิชย์อื่น

1.4 ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

หน่วยบริการสาธารณสุข การจัดบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีหน่วยบริการจำแนกตามการจัดระบบบริการ Service Plan ดังนี้ ระดับ A 6 แห่ง ระดับ S 3 แห่ง ระดับ M1 5 แห่ง ระดับ M2 5 แห่ง ระดับ F1 12 แห่ง ระดับ F2 36 แห่ง ระดับ F3 6 แห่ง รวม 73 แห่ง และมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิแบ่งเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 17 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 773 แห่งเพื่อให้บริการการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ (ข้อมูลดังตารางที่ 3-6 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนเขตสุขภาพที่ 6)

ตารางที่ 3-6 การจัดระดับบริการสุขภาพของหน่วยบริการตาม Service Plan

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิจำแนกตามระดับบริการ								ระดับปฐมภูมิ	
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	รวม	ศสม.	รพ.สต.
ชลบุรี	1	1	-	3	2	4	1	12	5	118
ระยอง	1	-	2	-	2	4	-	9	-	93
จันทบุรี	1	-	-	-	4	7	-	12	3	105
ตราด	-	1	-	-	-	5	1	7	1	66
สมุทรปราการ	1	-	1	1	1	1	1	6	2	72
ฉะเชิงเทรา	1	-	-	1	3	5	1	11	2	118
ปราจีนบุรี	1	-	1	-	-	5	-	7	2	93
สระแก้ว	-	1	1	-	-	5	2	9	2	108
รวม	6	3	5	5	12	36	6	73	17	773

ที่มา : Service Plan เขตสุขภาพที่ 6, 2563

จำนวนสถานพยาบาลเขตสุขภาพที่ 6 มีหน่วยบริการจำแนกตามสังกัดจำนวนทั้งสิ้น 143 แห่ง แบ่งออกเป็นโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 73 แห่ง โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอื่น 6 แห่ง โรงพยาบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 52 แห่ง (ข้อมูลดังตาราง 3-7 จำนวนสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6)

ตารางที่ 3-7 จำนวนสถานพยาบาลเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)				รวม
	โรงพยาบาล ภาครัฐในสังกัด กสธ. สป.	โรงพยาบาล ภาครัฐ สังกัด กสธ.กรมอื่น	โรงพยาบาล นอกสังกัด กสธ.	โรงพยาบาล เอกชน	
ชลบุรี	12	3	6	17	38
ระยอง	9	-	1	5	15
จันทบุรี	12	-	-	2	14
ตราด	7	-	-	2	9
สมุทรปราการ	6	2	3	21	32
ฉะเชิงเทรา	11	-	-	3	14
ปราจีนบุรี	7	-	1	2	10
สระแก้ว	1	1	-	11	1
รวม	73	6	12	52	143

ที่มา : แหล่งข้อมูล : รายงานการขึ้นทะเบียนสถานบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ในเขตสุขภาพที่ 6 มกราคม 2563

ตารางที่ 3-8 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แห่ง)										รวม	สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(แห่ง)
	เวชกรรม	เวชกรรมเฉพาะทาง	ทันตกรรม	ทันตกรรมเฉพาะทาง	ผดุงครรภ์	กายภาพบำบัด	เทคนิคการแพทย์	แผนไทย	แผนไทยประยุกต์	สหคลินิก		
ชลบุรี	448	167	362	4	5	27	39	27	10	15	1,104	17
ระยอง	152	65	86	1	61	15	10	9	3	12	414	14
จันทบุรี	41	32	36	1	62	5	3	10	5	3	198	2
ตราด	17	20	11	0	20	2	1	1	2	1	75	2
สมุทรปราการ	179	35	144	2	7	2	3	15	2	6	395	15
ฉะเชิงเทรา	92	33	49	36	31	8	3	7	2	8	269	3
ปราจีนบุรี	43	36	26	3	12	4	6	4	0	4	138	2
สระแก้ว	30	32	17	0	50	4	2	1	2	0	138	0
รวม	1,002	420	731	47	248	67	67	74	26	49	2,731	55

ที่มา : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูล ณ 6 มกราคม 2563

บุคลากร จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 6 สัดส่วนของแพทย์และเตียง ต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรตามทะเบียนราษฎร์ จำนวน 6,186,681 คน มีจำนวนบุคลากรแพทย์ 2,170 คน ทันตแพทย์ 513 คน เภสัชกร 836 คน พยาบาล 9,936 คน จำนวนเตียง 9,381 เตียง โดยมีอัตราส่วนเตียง : 1000 ประชากร อยู่ที่ 1 : 0.66 และมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 2,851 คน (ข้อมูลดังตาราง3-9 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนเขตสุขภาพที่ 6)

ตารางที่ 3-9 แสดงสัดส่วนของแพทย์และเตียงต่อประชากรเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	ประชากรตามทะเบียนราษฎร(คน) 31 ธ.ค.62	จำนวนบุคลากร (คน)				จำนวนเตียง	อัตราส่วนเตียง : 1000 ประชากร	อัตราส่วนแพทย์ : ประชากร
		แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัช	พยาบาล			
ชลบุรี	1,558,301	540	96	178	2,170	1,842	1 : 0.85	1 : 2,885
ระยอง	734,753	276	63	122	1,391	1,244	1 : 0.59	1 : 2,662
จันทบุรี	537,698	292	72	109	1,388	1,185	1 : 0.45	1 : 1,841
ตราด	229,958	89	35	50	612	540	1 : 0.42	1 : 2,583
สมุทรปราการ	1,344,875	260	60	108	1,129	1,513	1 : 0.89	1 : 5,172
ฉะเชิงเทรา	720,113	321	79	105	1,329	1,225	1 : 0.59	1 : 2,243
ปราจีนบุรี	494,680	227	50	83	1,013	946	1 : 0.52	1 : 2,179
สระแก้ว	566,303	165	58	81	904	886	1 : 0.64	1 : 3,432
เขตสุขภาพที่ 6	6,186,681	2,170	513	836	9,936	9,381	1 : 0.66	1 : 2,851

ที่มา : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6, 2563

เขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 7,469,902 คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ 100 จำแนกสิทธิรักษาพยาบาล ดังนี้ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 4,129,011 คน คิดเป็นร้อยละ 55.28 สิทธิประกันสังคม 2,783,210 คน คิดเป็นร้อยละ 37.26 สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ 368,911 คน ร้อยละ 4.94 และสิทธิอื่นๆ 368,911 คน คิดเป็นร้อยละ 1.94 ตามลำดับ (ข้อมูลตามตารางที่ 3-10 สิทธิด้านการรักษาพยาบาล : จำนวนประชากร จำแนกรายสิทธิการรักษาพยาบาล รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562)

ตารางที่ 3-10 สิทธิด้านการรักษาพยาบาล : จำนวนประชากร จำแนกรายสิทธิการรักษาพยาบาล ราย จังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562

จังหวัด	รวม	สิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (UCS+WEL)	สิทธิ ประกันสังคม (SSS)	สิทธิข้าราชการ/ สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC)	สิทธิอื่นๆ	ค่าว่าง
ชลบุรี	2,316,207	1,037,081	1,118,017	105,015	41,578	14,516
ระยอง	826,419	528,778	244,142	34,245	4,381	14,873
จันทบุรี	537,236	435,929	49,352	37,091	10,209	4,655
ตราด	223,968	170,874	19,725	17,913	13,544	1,912
สมุทรปราการ	1,786,521	734,246	943,226	65,773	40,078	3,198
ฉะเชิงเทรา	767,116	474,673	233,434	42,140	14,237	2,632
ปราจีนบุรี	521,244	334,316	139,722	35,860	10,896	450
สระแก้ว	491,191	413,114	35,592	30,874	10,213	1,398
รวม	7,469,902	4,129,011	2,783,210	368,911	145,136	43,634
ร้อยละ	100	55.28 %	37.26 %	4.94 %	1.94 %	0.58 %

ที่มา : สำนักบริหารงานทะเบียนหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 6

สำหรับผลการดำเนินงานคลินิกกัญชารอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2563 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 มีนาคม 2563 พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาแล้ว 14 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 73 แห่ง และอยู่ระหว่างดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาอีก 59 แห่ง

จากการรายงานผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ผลการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยใช้สารสกัดกัญชาทางกายแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 247 ราย และมีบุคลากรเข้าร่วมรับการอบรมจำนวนทั้งสิ้น 414 ราย รายละเอียด ดังตารางที่ 3-1 และ ตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-11 แสดงผลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	โรงพยาบาล	สูตรสารสกัดกัญชา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชาและสามารถติดตามผลได้	อาการไม่พึงประสงค์
สมุทรปราการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ	1.7% THC	2 ราย ได้แก่ - มะเร็งระยะสุดท้าย 1 ราย - Neurophatic pain 1 ราย	ไม่พบทั้ง 2 ราย
	โรงพยาบาลบางพลี	1.7% THC	3 ราย ได้แก่ - มะเร็งระยะสุดท้าย 2 ราย - Neurophatic pain 1 ราย	พบ 1 ราย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการมึนงง ค่าการทำงานของไต แ่ลง
ฉะเชิงเทรา	โรงพยาบาลพุทธโสธร	1.7% THC	2 ราย ได้แก่ - มะเร็งที่ลิ้น 1 ราย - มะเร็งลำไส้ 1 ราย	- มะเร็งที่ลิ้น อาการไม่ดีขึ้นแพทย์จึงสั่งหยุดใช้สารสกัดกัญชา - มะเร็งลำไส้ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์
ชลบุรี	โรงพยาบาลชลบุรี	1.7% THC	6 ราย ได้แก่ - มะเร็งระยะสุดท้าย(รักษาแบบประคับประคอง) 5 ราย - ลดอาการปวดจากมะเร็ง 1 ราย	พบความดันต่ำ 1 ราย
	โรงพยาบาลบางละมุง	1.7% THC	- มะเร็งระยะสุดท้าย (รักษาแบบประคับประคอง) - Neurophatic pain - อื่นๆ ได้แก่ เกาต์และอาการเกร็งจากอุบัติเหตุ	ไม่พบ
ตราด	โรงพยาบาลตราด	1.7% THC	25 ราย ได้แก่ - คลื่นไส้ อาเจียน จากยาเคมีบำบัด 8 ราย - มะเร็งระยะสุดท้าย 14 ราย - พาร์กินสัน 2 ราย - ปวดปลายประสาท 1 ราย	พบอาการไม่พึงประสงค์ ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น สับสน มึนงง ฝันร้าย คลื่นไส้ อาเจียน
ปราจีนบุรี	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	CBD และ 1.7% THC	104 ราย ดังนี้ CBD 39 ราย ได้แก่ - พาร์กินสัน 26 ราย - ลมชัก 4 ราย - อัลไซเมอร์ 3 ราย - spasm 1 ราย - แผลเรื้อรังที่เท้า 1 ราย ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนสูตรยาจาก CBD ไปใช้ THC 5 ราย	นอนไม่หลับ ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง จุก ลิ้นปี ค่าตับเพิ่มขึ้น เล็กน้อย ปากขมขมขมิบ ยุกยิกเพิ่มขึ้นรู้สึกอ่อนแรงกว่าเดิมความดันตก

ตารางที่ 3-11 แสดงผลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับรักษาทางการแพทย์ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 (ต่อ)

จังหวัด	โรงพยาบาล	สูตรสารสกัด กัญชา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัด กัญชาและสามารถติดตาม ผลได้	อาการไม่พึงประสงค์
			<ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย 2 ราย - Neuropathic pain 1 ราย - รุนาตอยด์ 1 ราย - พาร์กินสัน 1 ราย THC 74 ราย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย 58 ราย - Neuropathic pain 12 ราย (เป็น CA รวม 1 ราย) - เนื้องอก 1 ราย - พาร์กินสันและลมชัก 1 ราย - รุนาตอยด์ 1 ราย - พาร์กินสัน 1 ราย 	
ระยอง	โรงพยาบาล ระยอง	1.7%THC สุขไสยาสน์ และทำลาย พระสุเมรุ	39 ราย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย 17 ราย - ปวดปลายประสาท 12 ราย - brain tumor 1 ราย - อื่นๆ 6 ราย สุขไสยาสน์ และทำลายพระ สุเมรุ 13 ราย	THC 9 ราย (nausea 1, dizziness 3, dry mouth 4, drowsiness 5, palpitation 1) สุขไสยาสน์ 5 ราย (dizziness 4, หัวใจเต้นผิดปกติ 1)
	โรงพยาบาล แกลง	1.7%THC	5 ราย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - มะเร็งระยะสุดท้าย 4 ราย - ปวดปลายประสาท 1 ราย 	THC 1 ราย (ปวดศีรษะ/ซึม)
	โรงพยาบาล เฉลิมพระ เกียรติสมเด็จพระ เทพ	1.7%THC และน้ำมัน กัญชาสูตร อาจารย์เดชา	THC 1 ราย ได้แก่ มะเร็งระยะ สุดท้าย น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา 40 ราย ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - นอนไม่หลับ 26 ราย - มะเร็ง 4 ราย - พาร์กินสัน 2 ราย - ภูมิแพ้ 3 ราย - ไมเกรน 5 ราย 	ไม่พบ
สระแก้ว	โรงพยาบาล สระแก้ว	1.7%THC และสุข ไสยาสน์	THC 6 ราย ได้แก่ มะเร็งระยะ สุดท้าย สุขไสยาสน์ 1 ราย ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย	มีนงง วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ

ที่มา : สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 1 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 6

ตารางที่ 3-12 บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	แพทย์	เภสัชกร	ทันตแพทย์	พยาบาล	แพทย์แผนไทย
สมุทรปราการ	13	16	6	12	46
จันทบุรี	10	19	2	-	17
ชลบุรี	71	77	8	-	153
ฉะเชิงเทรา	13	26	4	-	81
ตราด	7	8	1	3	11
ปราจีนบุรี	22	22	3	-	73
ระยอง	20	22	3	5	14
สระแก้ว	15	15	5	-	19
รวม	171	205	32	20	414

ที่มา : สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 1 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 6

ปัญหาการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 6

จากการศึกษาการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 พบปัญหา
ด้านบุคลากร พบว่า แพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ารับการอบรมและได้ใบรับรองการใช้กัญชา
ทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาระงานประจำเป็นจำนวนมาก

ด้านสารสกัดน้ำมันกัญชา พบว่า สารสกัดน้ำมันกัญชาสูตรที่มีขณะนี้ มีเพียงสูตร THC
ทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้รักษาเกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจำเพาะเจาะจง จึงทำให้
มีผู้ป่วยที่ใช้มีจำนวนน้อย และไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์
ปัจจุบันขนาดรับประทานของยาตำรับแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ คือ 0.5 กรัม แต่ขนาดที่บรรจุ
จริง 2 กรัม

ด้านการให้บริการ พบว่า เกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจำเพาะเจาะจง
จึงทำให้มีผู้ป่วยที่ใช้มีจำนวนน้อย

ด้านข้อมูล พบว่าระบบข้อมูลซึ่งใช้ระบบ C-MOPH นั้น ระบบรายงานไม่มีการแจ้ง
เตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย ระบบทำบัญชีการรับ-จ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง
มีการลงข้อมูล SAS เป็นจำนวนมากและซ้ำซ้อนกับระบบ C-MOPH และยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูล
ผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH

ด้านการวิจัย ขาดการพัฒนางานวิจัยสนับสนุนเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทาง
การแพทย์

สรุป

จากความสำเร็จของนโยบายตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติลงมาถึงระดับกระทรวงสาธารณสุขและปัจจัยที่เกิดจากข้อมูลข่าวสารการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิรูปประชาคมโลกในทุกมิติทั้งหมดเป็นแรงผลักดันและเป็นโอกาสของประเทศไทยในการนำความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนพัฒนาการใช้พืชท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยารักษาโรคทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยโดยเฉพาะพืชกัญชา ซึ่งเป็นพืชถิ่นของภูมิภาคในขณะเดียวกันแม้ว่าพืชกัญชาจะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าสารสกัดบางชนิดมีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่สถานะตามกฎหมายของพืชกัญชายังคงเป็นยาเสพติดอยู่ตามอนุสัญญาสากลและกฎหมายไทยเนื่องจากสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

การจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยจึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สังเคราะห์กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญที่สะท้อนมาตรการแนวทางการดูแลกำกับติดตามที่ครอบคลุมทุกด้านมีความจำเป็นต้องศึกษารูปแบบบทเรียนจากต่างประเทศการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ควบคู่ไปกับการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยการสำรวจความพร้อมความเชี่ยวชาญระบบการทำงานที่มีอยู่เดิม การและพัฒนางานวิจัยและต่อยอดเป็นนวัตกรรมการพิจารณาหาทางเลือกในการปรับปรุงกฎหมายสร้างความน่าเชื่อถือ การยอมรับทั้งกับบุคลากรการแพทย์และประชาชนในการใช้สารสกัดกัญชาในการรักษากล่าวได้ว่าในขณะที่ระดับนโยบายให้การสนับสนุนการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เมื่อมาถึงบริบทของพื้นที่ที่มีการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 6 มีความพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์

สำหรับปัญหาอุปสรรคที่พบจากการศึกษาข้อมูล พบว่า ระบบการให้บริการและระบบข้อมูลระบบการให้บริการและสถานที่ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผสมผสานยังขาดการเชื่อมโยง อุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกไม่เพียงพอ บุคลากรเกิดความสับสนในการให้บริการเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยละเอียดหลายขั้นตอน ไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย ระบบข้อมูลยังมีความผิดพลาด ส่งผลให้การทำบัญชีการรับการจ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของส่วนกลางยังแยกส่วนทำให้มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนหลากหลายด้าน บุคลากร พบว่า ขาดบุคลากร/ผู้เชี่ยวชาญขาดแพทย์ระบบประสาท บุคลากรที่ผ่านการอบรม (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) ไม่เพียงพอต่อการให้บริการและการดำเนินงานของคลินิกกัญชา ด้านผลิตภัณฑ์ พบว่า ยังไม่มีผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ให้บริการแก่ผู้ป่วยไม่มีการตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้รับการสนับสนุนมีอายุสั้น ผู้รับบริการ ยังขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ยาและแนวทางการรักษาด้วยสารสกัดน้ำมันกัญชา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ หลังจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 มีผลบังคับใช้หลังประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 ได้ดำเนินการเปิดบริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลาหนึ่งซึ่งพบว่าประชาชนได้มาแสดงความต้องการรับสารสกัดกัญชาเพื่อการรักษาแต่บางรายไม่สามารถส่งจ่ายได้ ประกอบกับประเด็นกัญชาเพื่อการแพทย์และเศรษฐกิจอยู่ในความสนใจของสื่อมวลชนดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. ศึกษาแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3. พัฒนาแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดขอบเขตการศึกษาการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งได้ดำเนินการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิโดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร 8 คน ทีมปฏิบัติงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล 24 คน และประชาชนที่มาใช้บริการ 24 คน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลใน 2 ลักษณะตามประเภทของข้อมูล คือข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและแบบสร้างข้อสรุปซึ่งรายละเอียดผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. วิเคราะห์สถานการณ์ขับเคลื่อนคลินิกกัญชาในพื้นที่

จากการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ 1.การเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อความฉลาดรู้เห็นคุณค่าของสุขภาพดีที่พึ่งตนเองทางสุขภาพ (PP&P Excellent) 2.การพัฒนาการบริการทางการแพทย์สู่สากลและการเสริมสร้างความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ (Service Excellent) 3.การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การพัฒนากำลังคนด้านการสาธารณสุขและการเสริมความสุข ภาคภูมิใจในหน้าที่ แก่บุคลากรทุกระดับ (People Excellent) 4.การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีคุณภาพธรรมาภิบาล มีสมรรถนะสูงและทันสมัย (Governance Excellent) 5.การเสริมสร้างประสิทธิภาพการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ตามโมเดลเศรษฐกิจ 4.0 และการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ประเทศ 20 ปี สำหรับประเด็นกัญชาทางการแพทย์ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้ดำเนินการเปิดให้บริการ

คลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาล 73 แห่ง ในภาพรวมของเขตมีการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งขณะนี้มียุทธศาสตร์กัญชาที่ให้บริการคลินิกกัญชา 20 แห่ง และอยู่ระหว่างดำเนินการเปิดคลินิกกัญชา 53 แห่ง พบว่าผลการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยใช้สารสกัดกัญชาทางกายภาพจำนวนทั้งสิ้น 1,121 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาน้ำมัน THC 1.7% จำนวน 911 ราย จำนวนยาที่ใช้ 786 ขวด ใช้ยาสมุนไพร จำนวน 197 ราย จำนวนยาที่ใช้ 1,206 ขวด และใช้ยาทำลายพระสุเมรุ จำนวน 13 ราย จำนวนยาที่ใช้ 184 ขวด และมีบุคลากรรับบริการอบรมจำนวน 842 คน ประกอบด้วยแพทย์ 171 คน เภสัชกร 205 คน ทันตแพทย์ 32 คน พยาบาล 20 คน แพทย์แผนไทย 414 คน รายละเอียดดังตารางที่ 4-1 และตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและจำนวนยากัญชาที่ใช้แต่ละจังหวัด

จังหวัด	ยาน้ำมัน THC 1.7%		ยาสมุนไพร		ยาทำลายพระสุเมรุ	
	จำนวนยา	ผู้ป่วย	จำนวนยา	ผู้ป่วย	จำนวนยา	ผู้ป่วย
จันทบุรี	1	1	0	0	0	0
ชลบุรี	128	66	15	6	16	5
ฉะเชิงเทรา	9	11	171	16	75	5
ตราด	50	33	4	1	0	0
ปราจีนบุรี	388	135	789	44	93	3
ระยอง	98	449	150	123	0	0
สมุทรปราการ	77	195	44	5	0	0
สระแก้ว	35	21	33	2	0	0
รวม	786	911	1,206	197	184	13

ที่มา : สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติรอบที่ 2 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 6

ตารางที่ 4-2 บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 6

จังหวัด	แพทย์	เภสัชกร	ทันตแพทย์	พยาบาล	แพทย์แผนไทย
สมุทรปราการ	13	16	6	12	46
จันทบุรี	10	19	2	-	17
ชลบุรี	71	77	8	-	153
ฉะเชิงเทรา	13	26	4	-	81
ตราด	7	8	1	3	11
ปราจีนบุรี	22	22	3	-	73
ระยอง	20	22	3	5	14
สระแก้ว	15	15	5	-	19
รวม	171	205	32	20	414

ที่มา : สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 6

2. ปัญหาและอุปสรรค

จากการศึกษาการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่ามีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังนี้

ด้านบุคลากร แพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ารับการอบรมและได้ใบรับรองการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่เพียงพอ และเนื่องจากมีภาระงานประจำเป็นจำนวนมาก

ด้านสารสกัดน้ำมันกัญชา สูตรที่มีขณะนี้เพียงสูตร THC ทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้รักษา ประกอบกับเกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจำเพาะเจาะจง จึงทำให้มีผู้ป่วยที่ใช้มีจำนวนน้อย ยังไม่มีรายงานผลการศึกษาวินิจฉัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ มีเพียงข้อมูลวิชาการปัจจุบันขนาดรับประทานของยาตำรับแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ คือ 0.5 กรัม แต่ขนาดที่บรรจุจริง 2 กรัม

ด้านการให้บริการ เกณฑ์การใช้กัญชาทางการแพทย์มีความจำเพาะเจาะจง จึงทำให้มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนน้อย

ด้านข้อมูล ระบบข้อมูลซึ่งใช้ระบบ C-MOPH นั้น ระบบรายงานไม่มีการแจ้งเตือนการได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย ระบบทำบัญชีการรับ-จ่ายสารสกัดกัญชาไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการลงข้อมูล SAS เป็นจำนวนมากและซ้ำซ้อนกับระบบ C-MOPH และยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH

ด้านการวิจัย ขาดการพัฒนางานวิจัยสนับสนุนเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์

3. แนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ C-MOPH ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกัน โรงพยาบาลควรเร่งสร้างชุดข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อใช้ในการแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง และปลอดภัย และ

ทางโรงพยาบาลควรมีการวางแผนการเก็บข้อมูลประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อทำวิจัยในอนาคตเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว สนับสนุนชุดทดสอบเกี่ยวกับกัญชา เช่น ชุดทดสอบอย่างง่าย เพื่อใช้ประกอบการทำงานทั้งจุดบริการ และงานคุ้มครองผู้บริโภค และควรจัดทำเอกสารคู่มือกัญชาทางการแพทย์ สำหรับเจ้าหน้าที่ และประชาชน

4. นวัตกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกกัญชาในเขตสุขภาพที่ 6

โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องในโรคที่ได้ประโยชน์ โรคที่ไม่น่าจะได้ประโยชน์ อาการข้างเคียง โทษของสารสกัดกัญชาทางการแพทย์หากใช้ในทางที่ผิดกับอาสาสมัคร พยาบาล และประชาชนที่สนใจ

โรงพยาบาลบางพลีมีการทำ Case Discussion ในกลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการจ่าย/ไม่จ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละ case เพื่อให้แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

โรงพยาบาลตราด มีแบบลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Google Form โดยใช้การสแกน QR CODE และ มีการจัดทำช่องทางสื่อสารกับผู้รับบริการ โดยผ่านทางแอปพลิเคชัน Line Official เพื่อสามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการได้

ส่วนที่ 2 ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานคลินิกกัญชาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการจัดบริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขการนำกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งประกาศเมื่อ 2 กันยายน 2562 สำหรับข้อคำถามเปิดโอกาสให้แสดงมุมมองและความคิดเห็นอิสระ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพมาสร้างเป็นข้อสรุปแบ่งเป็น Demand และ Supply เพื่อเสนอสำหรับการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมรองรับการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์

สาระสำคัญเกี่ยวกับ “กัญชา” ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 คือ เห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อเปิดโอกาสให้นำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบคณะกรรมการ 3 คณะ โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร กำหนดแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ตามข้อมูลวิชาการ/ผลการวิจัย และกำหนดให้โรงพยาบาลต่างๆ ใน แต่ละเขตสุขภาพเปิดให้บริการคลินิกกัญชา

สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด มีการตอบรับและได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงและรัฐบาล เห็นได้จากเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในช่วงริเริ่มการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารทั้ง 8 โรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ดังนี้ **ระบบบริหารจัดการ** โดยถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน แก่ทีมงานและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล กำหนดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการคณะทำงานกัญชาทางการแพทย์ กำหนดสถานที่สำหรับเปิดคลินิกกัญชาโดยเปิดร่วมกับคลินิกบริการเฉพาะทางอื่นๆ (เช่น คลินิกมะเร็ง คลินิกฝังเข็ม Pain Clinic) หรือจัดสรรสถานที่ใหม่สำหรับให้บริการคลินิกกัญชา เตรียมอุปกรณ์และ Product Supply น้ำมันกัญชา (1.7 % THC) มีการวางแผนขั้นตอนการบริการ ข้อปฏิบัติของผู้เข้ารับบริการ การคัดกรองผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ ข้อบ่งใช้ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย การวินิจฉัยโรค ประเมินความจำเป็นการใช้ ข้อควรระวัง ข้อห้าม แนวทางการประเมินอาการของผู้ป่วยหรือโรค เพื่อสังเคราะห์หรือส่งต่อ มีการจัดระบบข้อมูลโดยบันทึกลงโปรแกรม C-Moph และ SAS มีการจัดเตรียมใบ ยส 5 ให้ยินยอมการรักษา SAS จัดเตรียมข้อมูลยา ฉลากยาเพื่อส่งให้ผู้ป่วย มีเอกสารการกำกับยา คู่มือสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น **การพัฒนาบุคลากร** ส่งทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรของ กรมการแพทย์ กรมแพทย์แผนไทยในระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพ แนวทางการปฏิบัติ แพทย์ผ่านการอบรมและสอบใบ Certificate **โครงสร้างอัตรากำลัง** ใช้ระบบการจัดบริการตามโครงสร้างปกติจัดสรรทีมสหวิชาชีพและทีมสนับสนุนในคลินิกกัญชาร่วมกับคลินิกอื่น ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ฯลฯ มีการจัดเวรหมุนเวียน **ระบบการจัดบริการและสนับสนุน** กำหนดวันเวลาให้บริการโดยคำนึงถึงอัตรากำลังความสะดวกของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่ามีระยะเวลาในการให้บริการ 1-4 วัน/เดือน สร้างระบบในการ Recruit ผู้รับบริการทางออนไลน์ เช่น Google form paper หรือ ผู้รับบริการ walk in การเลือกผู้รับบริการพิจารณาตามข้อบ่งชี้ มีระบบการนัดและติดตามผู้ป่วยขาดนัด **ด้านองค์ความรู้** ติดตามองค์ความรู้ใหม่ๆ เรียนรู้ด้วยตนเอง จากการส่งข้อมูลจากทีมที่อยู่ใน Group Line C-Moph ไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ประชุมหารือร่วมกันเพื่อปรับและพัฒนาการทำงานของงานบริการกัญชาทางการแพทย์ **การสร้างความเข้าใจกับประชาชน** สื่อสารประชาสัมพันธ์ การให้บริการผ่านการปรับปรุงร่วมกับส่วนราชการภายนอกมีการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับประชาชน ผ่าน website/ Facebook โรงพยาบาล วิทยุ เคเบิลท้องถิ่น ฯลฯ ป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล

2. กระบวนการและผลการดำเนินการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล (รอบ 6 เดือน : กันยายน 2562 ถึงเมษายน 2563)

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ และแพทย์แผนไทยได้จัดทำหลักสูตรอบรมให้แพทย์และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และได้จัดทำแนวทางขั้นตอนบริการ (คัดกรองเบื้องต้น ให้คำปรึกษา แพทย์วินิจฉัยโรค ประเมินความจำเป็นการใช้ยาผู้ป่วยเห็นดีเอกสารเบิกจ่ายโครงการ เภสัชกรกรอกข้อมูล SAS ตรวจการสั่งยาใบสั่งยา เอกสารใบ ยส 5 จ่ายยาและให้คำแนะนำผู้ป่วย ติดตามการรักษา) และสนับสนุนน้ำมันสารสกัดจากกัญชาชนิด 1.7% THC สำหรับโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทั้ง 8 โรงพยาบาลมีกระบวนการ

ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน แบ่งเป็นระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และระยะดำเนินการ ดังนี้ คลินิกบริการส่วนใหญ่มีรูปแบบบริการแบบ OPD หรือ One Stop Service โดยเปิดให้บริการ 1-4 ครั้ง/เดือน เปิดทั้งวัน หรือกำหนดช่วงเวลา เช่น เช้าหรือบ่าย ลักษณะบริการแพทย์ OPD ส่งต่อเพื่อรับบริการหรือพบแพทย์ในคลินิกกัญชา ทีมให้บริการทุกโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดกัญชา และทีมสนับสนุนแต่ละสายงานกำหนดจำนวนที่ Available เข้าร่วมทีม กำหนดเวลาในการให้บริการซึ่งแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงข้อบ่งชี้การใช้ให้กับแพทย์เจ้าหน้าที่ที่จะส่งผู้ป่วยมารับบริการ และสื่อสารให้คนไข้และญาติได้ทราบว่าโรงพยาบาลมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์แล้วสามารถมาตรวจใช้บริการได้ตามข้อบ่งชี้ มีการสร้างความสนใจให้กับประชาชน ในภาพรวมดำเนินการอย่างเข้มข้นในช่วงการเตรียมการ ปฏิบัติตามขั้นตอนการให้บริการและแนวทางการพิจารณาส่งจ่ายยาสมุนไพรกัญชา (น้ำมันกัญชา) มีดังนี้ การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (Screening) ให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย การประเมินอาการผู้ป่วยแต่ละอาการหรือโรค เพื่อส่งการรักษาหรือส่งต่อ ข้อห้ามใช้ กรณีผู้รับบริการแพทย์แผนปัจจุบันมีการรักษาเดิมอยู่ควรได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้เดิม ซึ่งช่วงแรกการเปิดบริการในคลินิก ได้เปิดให้คำแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยเกณฑ์การจ่ายกัญชาให้ผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้มี Call Center (กำหนดผู้ให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชน) มีระบบข้อมูลโดยบันทึกโปรแกรม C-MOPH และ SAS ผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเข้ารับการคัดกรองในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชามีจำนวนหนึ่ง สำหรับกลุ่มที่ได้รับสารสกัดจากกัญชาหลักคือผู้ป่วยมะเร็ง และจากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตพบว่ามีความรู้ที่เพิ่มขึ้น แต่บางรายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเอนไซม์ตับสูง ฯลฯ นอกจากนั้นในคลินิกกัญชาได้มีการจ่ายยาแผนไทย เช่น คุชไสยาสน์ ทำลายพระสุเมรุ ฯลฯ ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

3. รูปแบบคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

รูปแบบการจัดคลินิกคล้ายคลึงแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยมีการดำเนินงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงานและระยะเวลาในการดำเนินงานกระชั้นชิด แต่หลังจากดำเนินการได้ระยะเวลานาน ทีมงานมีประสบการณ์มากขึ้นมีข้อมูลมากขึ้น ได้พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงานและความต้องการของพื้นที่

รูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตามหลักเกณฑ์การจัดบริการคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ ดังนี้

3.1 ด้านบริหารจัดการ กระทรวงได้ดำเนินการโดยตระหนักถึงความชอบด้วยกฎหมาย มาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้กำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้สำหรับการจ่ายสารสกัดจากน้ำมันกัญชาสำหรับผู้ป่วย รวมถึงการประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดการใช้กัญชาที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน

3.2 ด้านบุคลากร โรงพยาบาลได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมการแพทย์หรือกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

3.3 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม มีความพร้อมเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยทั้งในอาคารสถานที่การให้บริการและสถานที่เก็บตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

3.4 ด้านการจัดบริการ มีการจัดระบบ ลงทะเบียน : Walk in, online, ทำทะเบียน มีระบบคัดกรอง ประเมินผู้ป่วย ตรวจร่างกายผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองการให้บริการคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ ส่งตรวจ Lab เช่น CBC BUM Cr LFT ทำ Informed consent

3.5 ด้านตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ มีรายการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ตามแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ

3.6 ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับอนุญาตให้รับการรักษาด้วยสารสกัดทางการแพทย์จากแพทย์ที่รักษาประจำอยู่เดิมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ตามใบรับรองแพทย์

4. ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชา

4.1 ด้านบุคลากร เนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจ เจ้าหน้าที่มีไม่เท่ากัน เช่น แผนกอื่นที่ไม่ได้รับการอบรมแพทย์ยังขาดความรู้ความเข้าใจในข้อบ่งชี้สารสกัดกัญชาและไม่มีความเข้าใจในการส่งผู้ป่วยมารักษา เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานงานวิจัย รองรับถึงประสิทธิภาพการรักษาเพียงพอ แพทย์แผนปัจจุบันจะใช้กัญชาได้ต้องเป็นข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันแล้วได้ผล (กัญชาเป็น Second time drug) บุคลากรทางการแพทย์มีความต้องการใช้ยาสูตร CBD มากกว่า THC การยอมรับการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบัน

4.2 ด้านบริการ ข้อบ่งชี้ในการใช้ค่อนข้างจำกัดจึงมีผู้มารับบริการน้อย Product ยังขาดกัญชาในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มโรค มีเพียง 1.7% THC ยังขาดสูตรยา CBD บางโรคไม่สามารถจะจ่ายสารสกัดตามข้อบ่งชี้ได้ โรงพยาบาลมียาแผนปัจจุบันที่รักษาโรคได้ตามข้อบ่งชี้เดียวกัน และขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าสารสกัดกัญชามีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากกว่ายาแผนปัจจุบันใช้อยู่

4.3 ด้านผู้ป่วย ผู้รับบริการบางรายมีประวัติการใช้กัญชาแบบใต้ดิน ไม่ทราบว่า เป็นสารละลายชนิดใดและมารักษาต่อ ขอใช้กัญชาต่อ แต่โรคของเขาไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ในการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการใช้กัญชาเพื่อผลลัพธ์ wellbeing ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูง และต้องการในปริมาณมาก การปกปิดประวัติ/มีกัญชาอยู่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ ส่งเสริมการให้ข้อมูลทุกช่องทาง ทุกแง่มุม ทั้งด้านดีและเสีย ให้มีศักยภาพมากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้สุดโต่งว่ากัญชาดี

4.4 ด้านกฎหมายการใช้กัญชาทางการแพทย์ การเข้าถึงยากัญชา >> หากทำบนฐานของการใช้อย่างสมเหตุสมผล ก็ต้องเป็นความจริงว่าจะเข้าถึงยาก ด้วยระบบติดตามหลังบ้าน ที่ค่อนข้างซับซ้อนในการลงข้อมูลตามกฎหมาย

4.5 ด้านการบริหาร มีภาระงานประจำเดิมเต็มตารางการปฏิบัติงานแนวทางการแก้ไข : กลุ่มการพยาบาลมีแผนส่งพยาบาลอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้มีบุคลากรมาหมุนเวียนปฏิบัติหน้าที่ได้

4.6 ด้านการสื่อสาร ผู้ให้และผู้รับบริการขาดความเข้าใจหรือไม่เข้าใจตรงกัน ประชาชนมีความสับสนเกี่ยวกับการให้บริการในแต่ละสถานพยาบาลเนื่องจากเกณฑ์ข้อบ่งใช้แตกต่างกัน, ยาที่มีแต่ละสถานบริการไม่เหมือนกัน แนวทางการแก้ไข : มีการประชาสัมพันธ์โดยได้จัดกิจกรรมสนทนา “รู้จักคลินิกกัญชาทางการแพทย์” จัดทำ roll up ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์, จัดทำแผ่นพับ

4.7 ด้านองค์ความรู้ในเรื่องประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ที่มีการวิจัยรับรองเป็นทางการยังมีน้อยขาด validity ของ Clinical use ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาและหรือสภาวิชาชีพราชวิทยาลัย สาขาต่างๆ มีผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์การใช้กัญชารักษาโรค ยังให้ข้อมูลหรือข้อคิดเพิ่มเติมที่กระจัดกระจายขัดแย้งทีม (กลุ่มสนับสนุนสุดขั้ว, กลุ่มกลาง, กลุ่มไม่เห็นด้วย) สร้างความไม่แน่ใจแก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน แพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยยังมีความไม่มั่นใจในขาดงานวิจัย (Research) ด้านผลการรักษาที่เป็นที่ยอมรับ หรือลงตีพิมพ์ในวารสารมาตรฐาน ข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังไม่ชัดเจน ควรสนับสนุนการวิจัยให้กว้างขวาง

5. ปัจจัยที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาประสบความสำเร็จ

5.1 ระบบบริหารจัดการ

5.1.1 นโยบายชัดเจน และเป็นรูปธรรม มีแนวทางให้ผู้ปฏิบัติมีการเตรียมความพร้อมให้ทัน/บุคลากรสามารถขับเคลื่อนระบบการปฏิบัติ งานสนับสนุนทั้งองค์ความรู้ เทคโนโลยีระบบในการติดตามวิจัย อุปกรณ์ต่างๆ

5.1.2 การสนับสนุน C-Product supply จากแม่ข่ายและมีการพัฒนาต่อยอดให้มีผลิตภัณฑ์ที่ดีขึ้นเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

5.1.3 การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ผลสำเร็จหรือผลการรักษาที่ดีขึ้นชัดเจน (การวิจัยด้านผลการรักษา ที่เชื่อถือได้) เพื่อสร้างความมั่นใจและทีมงานผู้รักษา

5.1.4 งบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย

5.2 ด้านองค์ความรู้

5.2.1 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยรองรับ clinical use รายงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ และการรับรองโดยสภาว่ากัญชาทางการแพทย์มีประโยชน์ ผลข้างเคียงน้อย

5.2.2 มีหลักสูตรอบรม มีใบประกอบการให้บริการกัญชา

5.2.3 ความเข้าใจแก่ประชาชนตามความเป็นจริงและแพทย์ผู้รักษากับคนไข้ และญาติเข้าใจเกี่ยวกับการให้กัญชาทางการแพทย์ ข้อบ่งชี้ ประโยชน์ โทษ ข้อจำกัดไปในทางเดียวกัน

5.3 ด้านระบบบริการ

5.3.1 Attitude และการยอมรับของทีมงานผู้ให้บริการ มุมมองการให้บริการกัญชาของผู้รับบริการ

5.3.2 ระบบบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่มีความครอบคลุม และมาตรฐาน

5.3.3 บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล

5.3.4 ความพร้อมของสารกัญชาที่จะให้บริการ

5.3.5 ระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.6 การเชื่อมต่อข้อมูลระบบ C-MOPH

6. การเปิดให้บริการคลินิกกัญชาส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

6.1 มีทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยที่รักษาด้วยแผนปัจจุบันไม่หาย Case Palliative เพิ่มมากขึ้น

6.2 เพิ่มช่องทางเข้าถึงการใช้กัญชาในการบำบัดโรคหรืออาการป่วยที่มีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงการใช้กัญชาที่เกินขนาด

6.3 สร้างความหวังแก่ผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติมีความรู้ความเข้าใจ ผลดี/ผลเสีย ในการใช้สารสกัดกัญชามากขึ้น และสาธารณสุขรับทราบมากขึ้น

6.4 ผู้ป่วยมีโอกาสที่ได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมมากขึ้น มีโอกาสเลือก และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

6.5 สามารถควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรคร้ายแรงต่างๆ อย่างถูกกฎหมาย บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต

6.6 จากข้อจำกัดในการจ่ายสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ทำให้มีผู้ไม่พอใจ เป็นจำนวนหนึ่ง แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยทราบได้ว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นสามารถใช้ กัญชารักษาได้หรือไม่ ตามข้อบ่งชี้การใช้ มีระบบการติดตามอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

7. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมเพียงพอต่อการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์

เห็นว่าเหมาะสม คือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 มีการควบคุมผู้ขออนุญาตผลิตนำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ยส.5 (ม.26/5)

เห็นว่ามีข้อจำกัด ดังนี้ องค์ความรู้ทางวิชาการแพทย์ยังไม่มากพอซึ่งต้องอาศัย งานวิจัยระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ ผลិតภัณฑ์ที่ใช้ตามท้องตลาดบางตัวยังไม่มีคุณภาพ ผู้ป่วย ยังมีการใช้กัญชาโดยไม่ผ่านการประเมินจากทางแพทย์ และยังสามารถหาผลิตภัณฑ์ได้ดิน ไม่ทราบ คุณสมบัติหรือคุณภาพของสารสกัดกัญชา ควรมีระบบควบคุมที่เข้มข้นเพียงพอที่จะป้องกันผลกระทบ เชิงลบ/เชิงระบบที่อาจเกิดกับสังคมโดยรวม ควรออกแบบให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและ แผนไทยประสานความร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างเหมาะสม ประเทศไทยยังไม่ควรก้าวไปสู่โมเดลกัญชาเพื่อเศรษฐกิจเนื่องจากยังไม่มีระบบ ควบคุม กำกับที่ดีพอและอาจทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคมภายหลัง ต้องมีการลงทุนกับการ วิจัยและสร้างระบบเฝ้าระวังผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย อย่างจริงจัง และเพียงพอ

8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

8.1 ด้านองค์ความรู้

8.1.1 สนับสนุนการวิจัย เพื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของในการใช้ตามข้อบ่งชี้ รongรับผลการรักษาตามข้อบ่งชี้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและยอมรับในการนำมาใช้เหมือนยาอื่นๆ ที่ผ่านการนำมาใช้ในโรงพยาบาล โดยอนุกรรมการยากลุ่มต่างๆ เป็นผู้พิจารณาโดยใช้ข้อมูลต่างๆ หากเห็นว่ามีประโยชน์กับผู้ป่วยจึงนำเข้าบัญชีโรงพยาบาล

8.1.2 สถาบันการศึกษา ควรมีหลักสูตร หรืออบรมการให้ความรู้ นักศึกษา แพทย์, นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาเภสัช สหสาขาวิชาชีพ ในเรื่องกัญชาทางการแพทย์

8.1.3 มีหลักสูตรอบรมเวชปฏิบัติการใช้กัญชาทางการแพทย์

8.1.4 สร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชน เรื่องกัญชา ว่า ข้อบ่งชี้ในการรักษา โรคคืออะไร ผลดี ผลเสีย หรือผลข้างเคียงของการใช้กัญชา อย่างสม่ำเสมอ

8.2 ด้านระบบบริหาร

8.2.1 หน่วยงานกลางกัญชาของประเทศที่มีศักยภาพเป็นผู้รับผิดชอบระบบการ กำกับดูแลโดยตรง เพื่อให้กลไกการควบคุม ตรวจสอบ ประเมินผลการนำนโยบายกัญชาไปปฏิบัติ เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่าง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

8.2.2 กำหนดให้ชัดเจนว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์อยู่ในกรอบโครงสร้าง อะไร (กลุ่ม OPD หรือ กลุ่มเวชกรรมสังคม หรืออื่นๆ งานการแพทย์ทางเลือก)

8.2.3 เพิ่มกำลังการปลูกและผลิตสูตร CBD

8.2.4 สร้างความสมดุลระหว่าง Demand โดยการเพิ่มข้อบ่งชี้ ความหลากหลาย ของสารสกัดจากกัญชา และ Supply เช่น มีระเบียบ กฎหมายที่เปิดกว้างขึ้น

8.3 ด้านระบบบริการ

8.3.1 กระทรวงสาธารณสุขควรมีการประชุมกับแพทย์สภา, ราชวิทยาลัยต่างๆ สภา เภสัชกรรม, สภาการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อสรุปตรงกันในการนำสารสกัดน้ำมันกัญชามาใช้

8.3.2 เพิ่มความหลากหลายของเกณฑ์การใช้กัญชา

8.3.3 ควรกำหนด dosage มาตรฐานกึ่งมก. ในหนึ่งหยด

8.3.4 การนำยาสารสกัดน้ำมันกัญชาเข้ามาใช้ ควรเป็นไปตามระเบียบการเก็บ ยาเข้า-ออก เนื่องจากยาสารสกัดน้ำมันกัญชา เข้าสู่ระบบบริการโดยช่องทางพิเศษ ยังไม่มีข้อมูล รongรับที่ชัดเจนและยังไม่มี การขึ้นทะเบียนตำรับยา

8.3.5 จัดการระบบข้อมูล ให้มีการรายงานในโปรแกรมเดียว

ส่วนที่ 3 การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิก กัญชา

การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา ดำเนินการสำรวจในกลุ่มประชาชนผู้รับบริการในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ประกอบด้วย 1. จังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ 2. จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลพุทธโสธร 3. จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี 4. จังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด 5. จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 6. จังหวัดระยอง โรงพยาบาลระยอง 7. จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 8. จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 24 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 – 3 มิถุนายน 2563 มีผู้ให้ข้อมูล 24 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 จากการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.90 และมีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4-3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ

ข้อมูลทั่วไป (N = 24)		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	41.70
	หญิง	14	58.30
	รวม	24	100.00
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	0	0.00
	20 - 30 ปี	1	4.20
	30 - 40 ปี	3	12.50
	40-50 ปี	12	50.00
	50 - 60 ปี	6	25.00
	60 ปีขึ้นไป	2	8.30
	รวม	24	100.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	4	16.70
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือเทียบเท่า	7	29.20
	ปวส./อนุปริญญา	3	12.50
	ปริญญาตรี	7	29.20
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	12.50
	รวม	24	100.00

ตารางที่ 4-3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (N = 24)		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	4	16.70
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือเทียบเท่า	7	29.20
	ปวส./อนุปริญญา	3	12.50
	ปริญญาตรี	7	29.20
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	12.50
	รวม	24	100.00
อาชีพผู้รับบริการ	รับจ้าง	2	8.30
	ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	5	20.80
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	20.80
	พนักงานเอกชน	3	12.50
	เกษตรกร	2	8.30
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	4	16.70
	อื่นๆระบุ (ไม่ทำงาน)	3	12.50
	รวม	24	100.00
ผู้มาใช้บริการคลินิกครั้งนี้	ตนเอง	13	54.20
	คู่สมรส	1	4.20
	บิดา มารดา	2	8.30
	บุตร	2	8.30
	อื่นๆโปรดระบุ (ญาติ)	6	25.00
	รวม	24	100.00

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชาทั้งสิ้น 24 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมาคือเพศชายร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า) และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.20 รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพผู้ประกอบการ ธุรกิจส่วนตัวและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 20.80 ส่วนใหญ่ผู้มาใช้บริการคลินิกครั้งนี้ คือผู้ตอบแบบสอบถามมาเข้ารับบริการด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 24.20 รองลงมาคือญาติ คิดเป็นร้อยละ 25.00

ตารางที่ 4-4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (N =24)						SD
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	<input type="checkbox"/>	
2.1 ด้านขั้นตอนการให้บริการ							
1) การอธิบายหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและการใช้บริการของคลินิกกัญชา	13 (54.20)	10 (41.70)	1 (4.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.50	0.590
2) มีการจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการและปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้	15 (62.50)	9 (37.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.63	0.495
3) มีระบบนัดหมายติดตามทั้งก่อนและหลังการให้บริการ	15 (62.50)	7 (29.20)	2 (8.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.54	0.658
2.2 ด้านบุคลากรที่ให้บริการ							
1) ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการ	21 (87.50)	3 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.88	0.338
2) ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น ตอบคำถาม/ให้คำแนะนำในการใช้ยาสารสกัดกัญชาและการดูแลสุขภาพได้	17 (70.80)	7 (29.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.71	0.464
3) การให้คำแนะนำการติดตามหลังการให้บริการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา	15 (62.50)	8 (33.30)	1 (4.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.58	0.584
4) การให้บริการดูแลรักษาเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ	20 (83.30)	4 (16.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.83	0.381
2.3 ด้านเวลาการให้บริการ							
1) ท่านมีความพอใจกับการนัดหมายการให้บริการคลินิกกัญชา	15 (62.50)	7 (29.20)	2 (8.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.54	0.658
2) ความพอใจของท่านต่อระยะเวลา รอคอยการให้บริการของคลินิกกัญชา	11 (45.80)	11 (45.80)	2 (8.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.38	0.647
3) ความรวดเร็วในการให้บริการ	14 (58.30)	9 (37.50)	1 (4.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.54	0.588

ตารางที่ 4-4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (N =24)						
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	<input type="checkbox"/>	SD
2.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก							
1) ความชัดเจนของป้าย/ สัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์จุด ให้บริการ	10 (41.70)	9 (37.50)	5 (20.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.21	0.779
2) ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นเครื่องกวดบัตรคิว เก้าอี้รับรองผู้มารับบริการ ยาและ เวชภัณฑ์จากสารสกัดกัญชา	13 (54.20)	11 (45.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.46	0.509
2.5 ด้านความพึงพอใจในภาพรวม							
ความพึงพอใจของท่านต่อ ภาพรวมการให้บริการของคลินิก กัญชา	17 (70.80)	6 (25.00)	1 (4.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.54	0.884

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจภาพรวมต่อการให้บริการคลินิกกัญชาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านขั้นตอนการให้บริการ จากการศึกษพบว่าภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.63 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.594 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดประเด็นที่ว่ามีการจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการและปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.3 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.495 รองลงมาคือประเด็นที่ว่าการอธิบายหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและการใช้บริการของคลินิกกัญชา คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.590

ด้านบุคลากรที่ให้บริการ จากการศึกษพบว่า ประเด็นด้านบุคลากรที่ให้บริการของคลินิกกัญชา ภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.95 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.442 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเท่ากันในประเด็น 3 ประเด็นที่ว่าความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการ การให้บริการดูแลรักษาเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ และความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น ตอบคำถาม/ให้คำแนะนำในการใช้ยาสารสกัดกัญชาและการดูแลสุขภาพได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.88 4.83 และ 4.71 ตามลำดับ

รองลงมาคือประเด็นที่ว่าทำให้คำแนะนำการติดตามหลังการให้บริการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.58 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.584

ด้านเวลาการให้บริการ จากการศึกษาพบว่า ประเด็น ด้านเวลาการให้บริการคลินิก กัญชา ภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.03 โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 4.48 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.631 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นที่ว่าความรวดเร็วในการให้บริการ คิดเป็นร้อย ละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.588 รองลงมาคือประเด็น ที่ว่าท่านมีความพอใจกับการนัดหมายการให้บริการคลินิกกัญชา คิดเป็นร้อยละ 91.70 โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 4.54 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.658

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จากการศึกษาพบว่า ประเด็นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.60 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.34 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.644 ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นที่ว่า ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นเครื่องกด บัตรคิว แก้อักรับรองผู้มารับบริการ ยาและเวชภัณฑ์จากสารสกัดกัญชา คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.46 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.509 รองลงมาคือประเด็นที่ว่าความชัดเจน ของป้าย/สัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์จุดให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 79.20 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.21 และ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.779

ตารางที่ 4-5 แสดงความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

ประเด็นความคิดเห็น (N = 24)	ความ คิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
3.1 ท่านคิดว่านโยบายคลินิกกัญชาของกระทรวง สาธารณสุขเป็นประโยชน์ต่อการรักษาแก้ตัวท่าน	เห็นด้วย	23	95.70
	ไม่เห็นด้วย	1	4.30
3.2 ท่านคิดว่าผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษา ปัญหาสุขภาพของท่าน	เห็นด้วย	23	95.70
	ไม่เห็นด้วย	1	4.30
3.3 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยยาที่มีส่วนผสมสารจากสกัด กัญชาช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยได้	เห็นด้วย	21	87.00
	ไม่เห็นด้วย	3	13.00
3.4 ท่านคิดว่าสารสกัดกัญชามีความปลอดภัยในการ นำมาใช้ดูแลผู้ป่วย	เห็นด้วย	22	91.30
	ไม่เห็นด้วย	2	8.70
3.5 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาควรนำมาใช้ ดูแลผู้ป่วยทุกคน	เห็นด้วย	14	56.50
	ไม่เห็นด้วย	10	43.50

ความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดกับประเด็นที่ว่านโยบายคลินิกกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประโยชน์ต่อการรักษาแก้ตัวท่าน (ผู้ใช้สารสกัดกัญชา) และประเด็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาปัญหาสุขภาพของท่าน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 รองลงมาคือประเด็นที่ว่าสารสกัดกัญชามีความปลอดภัยในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30

ตารางที่ 4- 6 ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ

ประเด็น	ความถี่
บริการของคลินิกดีมากแต่ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยคนอื่นใช้เนื่องจากตนเองใช้แล้วไม่สามารถบรรเทาอาการของโรคได้และสารสกัดน้ำมันกัญชาที่ได้รับมีปริมาณความเข้มข้นน้อย	2
คลินิกควรเปิดให้บริการทุกวัน	2
ขั้นตอนการให้บริการไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน	1
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษา สามารถใช้ใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการปลูกเองที่บ้านโดยไม่ต้องดำเนินการใดๆ เพิ่มเติมเพื่อลดความยุ่งยาก	1
ผู้ป่วยมีความสงสัยเกี่ยวกับน้ำมันกัญชาแต่ละแห่งแต่ละโรงพยาบาลว่าให้การรักษาเหมือนกันหรือไม่	1
หากมีบุคลากรที่รู้เรื่องกัญชามากขึ้นจะดีมาก	1
รวม	8

ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชาผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็นนี้ทั้งสิ้น 8 คน โดยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้ การให้บริการของคลินิกดีมากแต่ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยคนอื่นใช้เนื่องจากตนเองใช้แล้วไม่สามารถบรรเทาอาการของโรคได้และสารสกัดน้ำมันกัญชาที่ได้ไปยังมีปริมาณความเข้มข้นยังน้อย และคลินิกควรเปิดให้บริการทุกวันโดยมีค่าความถี่มากที่สุดอยู่ที่ 2 รองลงมาเสนอว่าขั้นตอนการให้บริการไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนหากมีบุคลากรที่รู้เรื่องกัญชามากขึ้นจะดีมาก ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษา สามารถใช้ใบรับรองแพทย์ เพื่อประกอบการปลูกเองที่บ้านโดยไม่ต้องดำเนินการใดๆ เพิ่มเติมเพื่อลดความยุ่งยากและน้ำมันกัญชาแต่ละแห่งแต่ละโรงพยาบาลว่าให้การรักษเหมือนกันหรือไม่ โดยมีค่าความถี่อยู่ที่ 1

สรุป

สำหรับการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่า จะเป็นระยะเริ่มแรกของการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากผลการศึกษาแต่หน่วยบริการในพื้นที่มีการดำเนินการตามนโยบายกัญชาต้องเป็นยารักษาโรค ที่ถูกกฎหมาย ประชาชนเข้าถึงเห็นเป็นรูปธรรม มีการดำเนินกิจกรรมที่เชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากร ตลอดจนทรัพยากรต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงานตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายคลินิก กัญชาทางการแพทย์ได้ดำเนินการในรูปแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ แผนไทย ซึ่งตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีการจัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ มีการกำหนดวันให้บริการ และดำเนินงานตามขั้นตอน แนวทาง ข้อบ่งชี้ที่กำหนด ตลอดจนการพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งจากการศึกษานี้จะเห็นได้ถึงความพยายาม ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากร องค์ความรู้และการจัดบริการแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผน ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยแต่หากมองในมุมมองของประชาชนผู้รับบริการแล้วจะพบว่าการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการรักษาที่ประชาชนให้ความสนใจเข้าร่วมแต่ต้องเร่งสร้างความ เข้าใจกับประชาชนว่าการรักษาด้วยสารสกัดกัญชานั้นจะเป็นการสร้างทางเลือกในการรักษา อีกทางหนึ่งในการช่วยบรรเทาอาการหรือรักษาอาการได้ในบางโรคที่ได้ผลดี แต่ไม่ได้รักษาได้ทุกโรค และกับผู้ป่วยทุกคน แต่อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาส่วน ใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 ในการให้บริการของคลินิกกัญชา

สำหรับรูปแบบการพัฒนาคลินิกกัญชา ควรได้รับการพัฒนาคือการจัดโครงสร้างการ ดำเนินงานที่เหมาะสมในลักษณะ One Stop Service ในการบริการผสมผสานทั้งการแพทย์แผน ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในระยะต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาของการจัดบริการให้มากขึ้น และควรเร่ง การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้รับบริการของระบบ C-Moph และเร่งสร้างองค์ความรู้เพื่อสร้าง ความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารสกัดน้ำมันกัญชา ในการรักษาผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนได้เชื่อมั่นในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ทั้งนี้จากการศึกษาเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมประกอบด้วย 1. สถานพยาบาลและ บุคลากรได้รับอนุญาตถูกต้อง โรงพยาบาลได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทีมสหวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการมีบุคลากรและอุปกรณ์ เพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย 2. กระบวนการให้บริการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้บริการ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยมีการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษา 3. ยาที่นำมาจ่ายให้ ผู้ป่วยมีการผลิตที่มีคุณภาพ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

กัญชาเป็นพืชพื้นถิ่น การปลูกกัญชาจึงทำได้ง่าย สำหรับการนำกัญชาใช้ทางการแพทย์ ขอบด้วยกฎหมายสำหรับประเทศไทยขณะนี้อยู่ในระยะเริ่มต้น จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมให้ได้มาตรฐานที่ได้ระดับมาตรฐานยา (Medical Standard) เพื่อนำมาใช้ในคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิให้ผู้ไข้และเกิดความปลอดภัย การวิจัย “การพัฒนาารูปแบบการให้บริการ คลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ” ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1. ศึกษา สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. ศึกษาารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3. พัฒนารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 ได้ดำเนินการ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) มีการเก็บข้อมูลทุติยภูมิโดยการศึกษาจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้บริหาร 8 คน ทีมปฏิบัติงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล 24 คน และประชาชน ที่มาใช้บริการ 24 คน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลใน 2 ลักษณะตามประเภทของข้อมูลคือข้อมูล เชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และแบบสร้างข้อสรุป หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุป

หากวิเคราะห์ที่มาของนโยบายกัญชาทางการแพทย์จะพบว่าแท้จริงแล้วมาจากความต้องการของประชาชนที่แสวงหาการรักษาทางเลือกที่ไม่สามารถรับได้จากการบริการสาธารณสุข ซึ่งความต้องการนี้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในประเทศอื่นๆ ส่งผลให้เกิดนโยบาย กัญชาเสรี หรือกัญชาทางการแพทย์ในหลายประเทศ ในประเทศไทยเมื่อริเริ่มนโยบายนี้จึงมีผู้เข้าร่วม ขับเคลื่อนจำนวนมาก และจับตาการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสนใจ ซึ่งในมุมมอง ของประชาชนยังไม่สมหวังกับการดำเนินงาน มีการขอให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้เองเพื่อให้ สามารถใช้กัญชาเป็นยาได้ถูกต้องตามกฎหมาย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ในภาพรวมของเขต มีการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในความครอบคลุม ในการเข้าถึงทั้งเขตสุขภาพพบข้อจำกัดจากงานวิจัยว่า หน่วยบริการคลินิกกัญชาฯ ทั้งหมดในเขต สุขภาพที่ 6 เพียงร้อยละ 27.39 มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ 1,121 ราย แต่ในอนาคตผู้ป่วยจะสามารถ

เข้าถึงยากัญหาได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากจะมีโรงพยาบาลอีก 53 แห่งที่กำลังเตรียมเปิดดำเนินการ โดยปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมจำนวน 842 คน ถึงแม้จำนวนคลินิกที่ให้บริการจะมีน้อยแต่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในทุกมุมมองอยู่ในระดับมากที่สุดแต่ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือไม่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่ประสงค์จะมารักษาหรือเข้าสู่กระบวนการคัดกรองและไม่ได้รับยาเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางที่กำหนดไว้แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวอาจอนุมานได้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยจะสูงขึ้นอีกหากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการรักษาได้มากขึ้น

หากพิจารณาในเชิงปริมาณอาจพบข้อจำกัดในการเข้าถึง แต่หากพิจารณาในเชิงคุณภาพ จะเห็นว่าโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้มีความพยายามในการประกันคุณภาพของการรักษา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี คือ ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับประสิทธิผลในการรักษา โดยมีการควบคุมปัจจัยนำเข้า (Input) คือ ผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล) ที่ผ่านการอบรมมีมาตรฐาน และมีกระบวนการ (Process) การรักษาที่คัดกรองผู้ที่ไม่เหมาะสมที่จะได้รับยาจากกัญชาและการวัดผลทั้งผลผลิต (Output) คือจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาและผลลัพธ์ (Outcome) คือ ความปลอดภัย และบางโรงพยาบาลมีการวัดประสิทธิผลการรักษาด้วยซึ่งเป็นไปตามหลักการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติ ทั่วโลกเนื่องจากยากัญชาเป็นยาใหม่ ที่ยังขาดหลักฐานที่เพียงพอด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย

นอกจากนั้นยังมีการพัฒนานวัตกรรมทางด้านการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยามากขึ้น เช่น การลงทะเบียนออนไลน์ หรือการอภิปรายกรณีศึกษาของผู้ป่วยเพื่อปรับเกณฑ์การรักษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ซึ่งสามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการบริการกัญชาทางการแพทย์

รูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่พบในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยใช้รูปแบบการแพทย์ผสมผสานระหว่างแพทย์แพทย์ปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยซึ่งสามารถนำไปพัฒนาต่อเป็นรูปแบบของประเทศได้ ซึ่งอาจพัฒนาในรูปแบบ One Stop Service เนื่องจากผู้รับบริการร้อยละ 95.80 ที่ผ่านระบบนี้มีความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับมากที่สุด โดยรูปแบบที่เหมาะสมประกอบด้วย

1. สถานพยาบาลและบุคลากรได้รับอนุญาตถูกต้อง โรงพยาบาลได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมการแพทย์หรือกรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีเครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ที่มีความปลอดภัย
2. กระบวนการให้บริการเป็นไปเพื่อความปลอดภัยของผู้บริการ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษา
3. ยาที่นำมาจ่ายให้ผู้ป่วยมีการผลิตที่มีคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ พบว่าความท้าทายในการให้บริการกัญชาทางการแพทย์มี 3 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการของผู้ป่วยไม่ตรงกับการบริการของแพทย์ อาการ/โรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังและต้องการการรักษาด้วยยา กัญชา เช่น มะเร็ง ไม่เกรน นอนไม่หลับ และโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งข้อบ่งชี้เหล่านี้ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่เพียงพอที่แพทย์จะสั่งให้ใช้
2. ข้อมูลเชิงประจักษ์ของยา กัญชา มีความจำกัด เนื่องจากกัญชาทั่วโลกอยู่ในบัญชียาเสพติดมานาน ถึงแม้ในระยะหลังจะมีงานวิจัยเพิ่มมากขึ้นแต่เมื่อเทียบกับยาชนิดอื่นๆ แล้ว ยังนับว่าน้อยมาก
3. ความเร่งรัดในการดำเนินนโยบาย ซึ่งยังขาดระบบการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากความท้าทายข้างต้นนำมาสู่ข้อเสนอเพื่อปรับการบริการกัญชาทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการมากขึ้นและเกิดความปลอดภัยและประสิทธิผลในการรักษา เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและผลพลอยได้ คือ รายได้ที่มีนัยของเกษตรกรจากปลูกพืชกัญชา ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการจัดการ เพื่อให้ผู้ให้บริการที่มีอยู่อย่างจำกัดสามารถให้บริการได้มากขึ้น อาทิ การพัฒนาระบบรายงานที่ลดความซ้ำซ้อนและเสถียร การกำหนดโครงสร้างการให้บริการที่ชัดเจนและการผสมผสานการให้ยา กัญชาไปกับการบริการปกติ
2. การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งการพัฒนาหลักฐานทางวิชาการทางด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษาของยา กัญชาด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยทางคลินิกและการวิจัยจากงานประจำ นอกจากนี้ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบาย กัญชา ควรนำข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลรายงาน เช่น C-Moph และ SAS มาประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์สั่งใช้ให้ผู้ป่วย และเป็นข้อมูลนำเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติอันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ต่อเนื่อง และเป็นข้อมูลสนับสนุนการขึ้นทะเบียนที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา กัญชาในระดับอุตสาหกรรม
3. การเร่งพัฒนายา กัญชาที่ตรงกับความต้องการของแพทย์ เช่น CBD Rich Product ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือของหลายภาคส่วน ไม่ใช่เพียงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเพราะสายพันธุ์ กัญชา ที่มี CBD สูงนั้นไม่ใช่สายพันธุ์พื้นเมืองของไทย ซึ่งจำเป็นต้องสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น โรงเรือน การใส่ปัจจัยการผลิตที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลผลิตสูง
4. การรวบรวมข้อมูลและพัฒนา ยา กัญชา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย อาทิ อาการนอนไม่หลับ การเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งจากงานวิจัยในปัจจุบันพบว่าพรมี่หลักฐานอยู่บ้าง ถึงยังไม่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาวิจัยให้ชัดเจน หากพบว่าไม่มีประโยชน์ในการรักษาโรค/อาการที่ตรงกับความ ต้องการของประชาชน ก็ควรจะแจ้งให้สาธารณชนรับทราบ

5. การสื่อสารให้สาธารณชนรับทราบ ปัจจุบันมีการสื่อสารข้อมูลภัยอย่างกว้างขวาง ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ภาครัฐควรมีการกำกับการให้ข้อมูลที่สำคัญคือต้องมีการเสนอข้อมูลทั้งด้านดีและข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ควรบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทั้งการให้บริการและการผลิตยา
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงลึกการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
3. ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนถึงการใช้อย่างปลอดภัย

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย., 2562

กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinis)., 2562.

กองตรวจราชการ. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รอบที่ 1., 2563

วารสารและหนังสือพิมพ์

บ้งอร ศรีพานิชกุลชัย (2562). “การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์” วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ปีที่ 15, (ฉบับที่ 14), ตุลาคม-ธันวาคม 2562. หน้า 1-26.

วีรยา ถาอุปชิต และนุศนาพร เกษสมบุรณ์. “การใช้กัญชาทางการแพทย์”, วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ปีที่ 13, (ฉบับพิเศษ), มกราคม-มีนาคม 2560. หน้า 228-240.

กฎหมาย

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัวก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง, 26 กุมภาพันธ์ 2562, หน้า 5-6.

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชาสำหรับผู้มีคุณสมบัติตาม มาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง, 26 กุมภาพันธ์ 2562, หน้า 2-4.

“ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดผลลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน หรือข้อควรระวังการใช้ ที่ภาชนะบรรจุ หรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 267 ง, 29 ตุลาคม 2562, หน้า 17-20.

- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ให้เสพติดเพื่อรักษาโรคได้ พ.ศ. 2562, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 94 ง, 11 เมษายน 2562, หน้า 27.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพติดเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 199 ง, 8 สิงหาคม 2562, หน้า 111.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพติดเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 210 ง, 23 สิงหาคม 2562, หน้า 16.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 94 ง, 11 เมษายน 2562, หน้า 28-19.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่จะสามารถปรุงหรือสั่งจ่าย ตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 199 ง, ราชกิจจานุเบกษา 8 สิงหาคม 2562, หน้า 12.
- “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 218 ง, 30 สิงหาคม 2562, หน้า 1-3.
- “ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเรื่อง กำหนดลักษณะกัญชง (Hemp) พ.ศ.2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 264 ง, 24 ตุลาคม 2562, หน้า 7-8.
- “พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก, 18 กุมภาพันธ์ 2562, หน้า 1-16.
- “พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก, 29 มิถุนายน พ.ศ. 2562, หน้า 121-164.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

- กอบกุล จันทวโร. “กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในมิติของการปราบปราม การลักลอบค้ายาเสพติดทางทะเล”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://www.library.coj.go.th/Info/44305?c=863295>, 2560.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. “ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf, 2561.
- สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. “สรุปสาระสำคัญของแผนการปฏิรูปประเทศ”, (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://nscr.nesdb.go.th>, 2562.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

ธานี วรภัทร “มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตราย จากการใช้กัญชาทางการแพทย์” เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2563.

เนาวรัตน์ บุตรลักษณ์. “กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยติดกัญชาในวัยผู้ใหญ่ตามกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่” เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2550.

มานพ คณะโตและคณะ. “รายงานการวิจัยเอกสารนโยบายและการจัดการปัญหา:กรณีศึกษาประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา”แผนงานภาควิชาการสารเสพติด, 2559.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. “รายงานการทบทวนสถานการณ์ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา”, สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560.

อารีญา กฤดาตระกูล. “การศึกษาการใช้พืชกัญชาทางด้านการแพทย์ของสหพันธรัฐรัสเซียและประเทศไทย” ภาควิชาศิลปศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.

บรรยาย, ปาฐกถา

วิฑูรย์ ตำนวิบูลย์, ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม. บรรยายเรื่อง “การศึกษาคุณงานการผลิต/เพาะปลูก/การควบคุมและการใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์ของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์และรัฐอิสราเอล ระหว่างวันที่ 26 มกราคม –5 กุมภาพันธ์ 2562”, 13 กุมภาพันธ์ 2562.

ภาคผนวก

ผนวก ก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนาารูปแบบคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง :

การศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้ 1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. ศึกษา รูปแบบ (model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. พัฒนา รูปแบบ (model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาหลักสูตรวปอ.รุ่นที่ 62

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการพัฒนาารูปแบบคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานคลินิกกัญชาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประชากร โดยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลประจำจังหวัด หมายถึง 1. จังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ 2. จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลพุทธโสธร 3. จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี 4. จังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด 5. จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 6. จังหวัดระยอง โรงพยาบาลระยอง 7. จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 8. โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดละ 4 คน ดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 1 คน
2. ผู้ปฏิบัติงานให้บริการคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งละ 3 คน (แพทย์ประจำคลินิกกัญชา 1 คน พยาบาลประจำคลินิกกัญชา 1 คน และเภสัชกรประจำคลินิกกัญชา 1 คน)

ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

1. โปรดอธิบายการเตรียมความพร้อมรองรับการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชาในพื้นที่ของท่าน (ประกาศนโยบาย 2 กันยายน 2562) ในประเด็นการเตรียมการ, โครงสร้างอัตรากำลัง, ระบบการจัดบริการและสนับสนุน,การจัดสรรทรัพยากร, ระบบบริหารจัดการ, องค์ความรู้, การพัฒนาบุคลากร และการสร้างความเข้าใจกับประชาชน

.....

.....

.....

.....

2. โปรดอธิบายกระบวนการและผลการดำเนินการให้บริการคลินิกกัญชาในรอบ 6 เดือน (ตั้งแต่ กันยายน 2562 ถึงเมษายน 2563) ในประเด็นกระบวนการดำเนินงาน, โครงสร้างอัตรากำลัง, ระบบการจัดบริการ, การจัดสรรทรัพยากร,องค์ความรู้, การพัฒนาบุคลากร และการสร้างความเข้าใจกับประชาชน

.....

.....

.....

.....

3. โปรดอธิบายรูปแบบคลินิกกัญชาในหน่วยงานของท่านเหมือนหรือต่างจากรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างไรและรูปแบบของคลินิกกัญชาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกกัญชามีปัจจัยใดบ้างจึงอธิบายพร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข

.....

.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายคลินิกกัญชาประสบความสำเร็จอะไรบ้างจึงอธิบาย

.....

.....

.....

.....

6. ท่านคิดว่าการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

.....

.....

.....

.....

7. ท่านคิดว่ากฎหมาย กฏระเบียบ ข้อบังคับที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสม เพียงพอต่อการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางแพทย์ หรือไม่อย่างไรโปรดอธิบาย

.....

.....

.....

.....

.....

8. ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆอย่างไรโปรดอธิบาย

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

วันเดือนปีที่ให้ข้อมูล.....

ผนวก ข
แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชน
ต่อการให้บริการคลินิกกัญชา

หน่วยบริการคลินิกกัญชาที่เก็บข้อมูล..... จังหวัด.....
ว/ด/ป.....

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา ประกอบด้วย 4 ตอน เพื่อสอบถามผู้รับบริการจากคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชา
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์
ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจงของผู้ตอบแบบสอบถาม : กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1.1 เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

1.2 อายุ

☐ 1) ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 2) 20-30 ปี ☐ 3) 30-40 ปี ☐ 4) 40-50 ปี
☐ 5) 50-60 ปี ☐ 6) 60 ปีขึ้นไป

1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ประถมศึกษา ☐ 2) มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า
☐ 3) ปวส./อนุปริญญา ☐ 4)ปริญญาตรี ☐ 5) สูงกว่าปริญญาตรี

1.4 อาชีพ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) รับจ้าง | <input type="checkbox"/> 2) ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 4) พนักงานเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 5) เกษตรกร | <input type="checkbox"/> 6) แม่บ้าน/พ่อบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 7) อื่นๆ โปรดระบุ | |

1.5 ผู้ที่มาใช้บริการรักษาในคลินิกกัญชาในครั้งนี้

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) ตนเอง | <input type="checkbox"/> 2) คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 3) บิดา มารดา |
| <input type="checkbox"/> 4) บุตร | <input type="checkbox"/> 5) อื่นๆโปรดระบุ | |

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการให้บริการการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชา เพื่อทราบความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชาในด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านเวลาการให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านความพึงพอใจในภาพรวม

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการของคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด

บุคลากร หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชา เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

ขั้นตอนการให้บริการ หมายถึง การอธิบายขั้นตอนการให้บริการ มีการจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการและปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ และมีระบบนัดหมายทั้งก่อนและหลังการเข้ารับบริการ

ระยะเวลาการให้บริการ หมายถึง ระยะเวลาในการเข้ารับบริการเริ่มต้นแต่เข้ารับบริการจนถึงการตรวจ ปรึกษา และกลับบ้าน

สิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในคลินิกกัญชา เช่น เครื่องกดยาสมุนไพร แก้วน้ำสำหรับผู้ป่วย ยาและเวชภัณฑ์จากสารสกัดกัญชา เป็นต้น

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.1 ด้านขั้นตอนการให้บริการ					
1) การอธิบายหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและการใช้บริการของคลินิกกัญชา					
2) มีการจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการและปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้					
3) มีระบบนัดหมายติดตามทั้งก่อนและหลังการให้บริการ					
2.2 ด้านบุคลากรที่ให้บริการ					
1) ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการ					
2) ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น ตอบคำถาม/ให้คำแนะนำในการใช้ยาสารสกัดกัญชาและการดูแลสุขภาพได้					
3) การให้คำแนะนำการติดตามหลังการให้บริการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา					
4) การให้บริการดูแลรักษาเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
2.3 ด้านเวลาการให้บริการ					
1) ท่านมีความพอใจกับการนัดหมายการให้บริการคลินิกกัญชา					
2) ความพอใจของท่านต่อระยะเวลารอคอยการให้บริการของคลินิกกัญชา					
3) ความรวดเร็วในการให้บริการ					

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
1) ความชัดเจนของป้าย/สัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์ จุดให้บริการ					
2) ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องกذبตรคิว เก้าอี้รับรองผู้มารับบริการ ยาและ เวชภัณฑ์จากสารสกัดกัญชา					
2.5 ด้านความพึงพอใจในภาพรวม					
ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมการให้บริการ ของคลินิกกัญชา					

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

3.1 ท่านคิดว่านโยบายคลินิกกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประโยชน์ต่อการรักษา
แก้ตัวท่าน

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่เห็นด้วย

3.2 ท่านคิดว่าผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นทางเลือกในการรักษาปัญหาสุขภาพของท่าน

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่เห็นด้วย

3.3 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยยาที่มีส่วนผสมสารจากสกัดกัญชาช่วยบรรเทาความ
เจ็บป่วยได้

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่เห็นด้วย

3.4 ท่านคิดว่าสารสกัดกัญชามีความปลอดภัยในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่เห็นด้วย

3.5 ท่านคิดว่าการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาควรนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยทุกคน

☐ 1. เห็นด้วย

☐ 2. ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4.1 ด้านขั้นตอนการให้บริการ

.....

.....

.....

4.2 ด้านบุคลากรที่ให้บริการ

.....

.....

.....

4.3 ด้านเวลาการให้บริการ

.....

.....

.....

4.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

.....

.....

.....

4.5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

*** ขอขอบคุณทุกท่านในความร่วมมือเสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์
ต่อการพัฒนาการให้บริการ ***

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ : นายสุเทพ เพชรมาก
- วัน เดือน ปีเกิด : 27 มกราคม 2507
- การศึกษา : แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
: เศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
: สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
: อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา
: รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
: อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
- ประวัติการทำงานโดยย่อ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 11 นครศรีธรรมราช
: ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
: ผู้ช่วยอธิบดีกรมอนามัย
: รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
- ตำแหน่งปัจจุบัน : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข
ผู้วิจัย นายสุเทพ เพชรมาก **หลักสูตร** วปอ. รุ่นที่ 62
ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (Bioactive compounds) มากกว่า 400 ชนิด สารที่พบมากที่สุดเป็นสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (Delta-9 Tetrahydrocannabinol : THC) และแคนนาบิไดรอล (Cannabidiol : CBD) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอโมนโดยผ่านระบบ Endocannabinoid ของร่างกาย กัญชามีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชียแต่สามารถปลูกได้ทุกประเทศทั่วโลก ตั้งแต่สมัยโบราณใช้กัญชาเป็นยา มีการบันทึกไว้ในตำราอายุรเวทของชนเผ่าต่าง ๆ มานานกว่า 3,000 ปี กัญชาใช้เป็น ส่วนประกอบอาหาร เครื่องเทศ ยาและเส้นใยกัญชาใช้เป็นสมุนไพรพื้นบ้าน หลายศตวรรษก่อน ถูกห้ามใช้ในคริสต์ศตวรรษ ๑๙๓๐ (พ.ศ.2473) ประเทศไทยตรากฎหมายเรื่องนี้เป็นพระราชบัญญัติ กัญชา พ.ศ.2477 ห้ามปลูกห้ามนำเข้าห้ามเสพ ห้ามใช้ ไม่ให้ซื้อขายจำหน่ายแต่อนุญาตให้เฉพาะ บุคคลเพื่อรักษาโรคได้ต่อมาพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้กำหนดให้กัญชาเป็น ยาเสพติดให้โทษประเภท 5

ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บางโรคมีข้อมูลของการรักษาที่ชัดเจนว่ามีประโยชน์และอีกหลายโรคยังรอผลสรุปจากงานวิจัย การดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ ความต้องการในการรักษาด้วยกัญชาที่เกิดขึ้นในประชาชนคนไทย เพราะมีข้อจำกัดและปัญหา ด้านกฎหมายและด้านอื่นๆ จึงนำมาสู่การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังเช่น พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้ กัญชาในทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้

ในแผนการปฏิรูปประเทศ 11 ด้าน มีข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ข้อ 4 การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562 และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งอยู่ระหว่าง นำเสนอพิจารณา ปัจจุบันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยยังขาดการดูแลคุ้มครองอย่างจริงจังจึงทำให้ ถูกฉกฉวยและละเมิดสิทธิ์จากการหายาใหม่ของต่างชาติ จึงมีความจำเป็นที่จะส่งเสริมและพัฒนา ให้การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพและมาตรฐาน ให้บริการคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ข้อ 4.2.2 อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร อาศัยความเชี่ยวชาญด้านบริการการแพทย์ของไทย เพื่อสร้างอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศเพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุ และความต้องการการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนำไปสู่ศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ โดยการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครอบคลุมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ การผลิตอวัยวะเทียม การผลิตเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ การผลิตเภสัชภัณฑ์ซึ่งรวมถึงชีวเภสัชภัณฑ์ และการให้บริการการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องรวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนไทย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริการการแพทย์เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ยกกระดานการให้บริการการแพทย์อย่างมีคุณภาพในระดับสากล และสร้างความมั่นคงให้กับระบบสาธารณสุขของไทย พร้อมทั้งเชื่อมโยง อุตสาหกรรมทางการแพทย์และบริการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมและดูแลสุขภาพและรักษาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วันที่ 24 มีนาคม 2562 พรรคภูมิใจไทยประกาศนโยบายกัญชาเสรี มุ่งแก้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ให้กัญชาเป็นพืชสมุนไพร ไร้รักษาโรค และเป็นพืชเศรษฐกิจตัวใหม่ สร้างความร่ำรวยให้คนไทย ได้นำเสนอรูปแบบการปลูกกัญชา ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้ผู้ที่ต้องการจะปลูกกัญชา มาขึ้นลงทะเบียนก่อนการอนุญาตให้ปลูก ต่อมารัฐบาลชุดใหม่โดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 มีนโยบายเร่งด่วน 12 เรื่อง ในข้อ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรมต่อยอดภูมิปัญญาและความรู้ของปราชญ์ชาวบ้านในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์เกษตรแปรรูป รวมทั้งเร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้ กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและการสร้างรายได้ของประชาชนโดยกำหนดกลไกการดำเนินงานที่รัดกุม เพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้เขตสุขภาพเปิดคลินิกกัญชาเขตละ 1 โรงพยาบาล เมื่อเดือนกันยายน 2562 เริ่มดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 26 แห่ง เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และแพทย์แผนไทย 13 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสกัดน้ำมันกัญชา และยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย ในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี และสระแก้ว ได้เข้าโครงการเริ่มแรก 2 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง ต่อมาในเดือนตุลาคม เขตสุขภาพที่ 6 ได้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทั้ง 8 จังหวัด

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระยะเริ่มดำเนินการมีปัญหาไม่สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ทั่วถึง การใช้ยากัญชายังเป็นจำนวนน้อย บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมแล้ว บางส่วนภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งการบริการและงานเอกสารจำนวนมาก การวางระบบการรวบรวมข้อมูลติดตามการรักษาเพื่อสร้างความรู้เชิงประจักษ์และการวิจัยต่างๆ การจะพัฒนาต่อไปจึงควร

ได้ทบทวนศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ถึงการดำเนินงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเพื่อพัฒนาคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลรักษาโรคได้สำเร็จไม่เกิดมีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ศึกษารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. พัฒนารูปแบบ (Model) การให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและทำการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา นำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อให้ได้ข้อสรุป

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 รวมถึงประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 6 และผู้ดูแลอย่างแบบเฉพาะเจาะจงใน 8 จังหวัด กำหนดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 56 คน ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดละ 4 คน ดังนี้ ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด แห่งละ 1 คน รวม 8 คน ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด แห่งละ 3 คน จำนวน 8 จังหวัด รวม 24 คน แบ่งออกเป็น แพทย์ประจำคลินิกกัญชา 1 คน พยาบาลประจำคลินิกกัญชา 1 คน และเภสัชกรประจำคลินิกกัญชา 1 คน และประชาชนผู้รับบริการคลินิกกัญชาของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 24 รายจากผู้รับบริการคลินิกกัญชาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดรวม 86 ราย (แหล่งที่มีข้อมูลจากรายงานสรุปตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563)

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาประมาณ 10 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดังนี้

1. ศึกษารูปแบบ/ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันรวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

2. การรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการรายงาน การประชุม สัมมนาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของเอกสารข้อเสนอการปฏิรูปประเทศด้าน ต่าง ๆ รายงานการ วิจัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 แห่ง โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 8 แห่ง

2.1 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยศึกษาจากข้อมูลที่ได้รับจาก 1. คำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกคลินิกกัญชาสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด และ 2.แบบสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการคลินิกกัญชา

2.2 ข้อมูลจากกลุ่มบุคคล ดำเนินการดังนี้ 1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ใช้วิธีการสัมภาษณ์สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Dept Interview) ตามแนวคำถามการวิจัยเพื่อตอบโจทย์การวิจัยในประเด็นที่กำหนด 2. กลุ่มประชาชนผู้รับบริการ ใช้การเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการโครงการตามนโยบายคลินิกกัญชา และข้อมูลเอกสารศึกษา

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ในภาพรวมของเขตมีการให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในความครอบคลุมในการเข้าถึงทั้งเขตสุขภาพพบข้อจำกัดจากงานวิจัยว่า หน่วยบริการคลินิกกัญชาฯ ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 6 เพียงร้อยละ 27.39 มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ 1,121 ราย แต่ในอนาคตผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยาได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากจะมีโรงพยาบาลอีก 53 แห่งที่กำลังเตรียมเปิดดำเนินการ ปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมจำนวน 842 คน ถึงแม้จำนวนคลินิกที่ให้บริการจะมีน้อย แต่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.884 สำหรับรูปแบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่พบในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยใช้รูปแบบการแพทย์ผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ซึ่งในระยะต่อไปอาจพัฒนาในลักษณะ One Stop Service ในการให้บริการ

ทั้งนี้จากการศึกษาเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมประกอบด้วย 1. สถานพยาบาลและบุคลากรได้รับอนุญาตถูกต้อง โรงพยาบาลได้รับอนุญาตจำหน่ายสารสกัดกัญชา ทีมสหวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรที่กำหนด หน่วยบริการมีเครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย

2. กระบวนการให้บริการเป็นไปเพื่อความปลอดภัยของผู้บริการ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษา 3) ยาที่นำมาจ่ายให้ผู้ป่วยมีการผลิตที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากความท้าทายข้างต้นนำมาสู่ข้อเสนอเพื่อปรับการบริการกัญชาทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการมากขึ้น มีความปลอดภัย มีประสิทธิผลในการรักษา เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือระบบสุขภาพที่ยั่งยืน และรายได้ที่มั่นคงของเกษตรกรจากปลูกพืชกัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการจัดการ เพื่อให้การเข้าถึงบริการมากขึ้น อาทิ การพัฒนาระบบรายงานที่ลดความซ้ำซ้อน การกำหนดโครงสร้างการให้บริการและการผสมผสานการให้ยากัญชาไปกับการรักษาปกติ มีศูนย์จัดการสารสกัดจากกัญชาเนื่องยาสารสกัดในขณะนี้มิใช่การใช้งานสั้น

2. การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งการพัฒนาหลักฐานทางวิชาการทางด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษาของยากัญชาด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยทางคลินิกและการวิจัยจากงานประจำ นอกจากนี้ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบายกัญชา ควรนำข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลรายงาน เช่น C-Moph และ SAS มาประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์สั่งใช้ให้ผู้ป่วย และเป็นข้อมูลนำเข้าสู่วิธีการหลักแห่งชาติอันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ต่อเนื่อง และเป็นข้อมูลสนับสนุนการขึ้นทะเบียนที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา กัญชาในระดับอุตสาหกรรม

3. การเร่งพัฒนายากัญชาที่ตรงกับความต้องการของแพทย์ เช่น CBD Rich Product ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือของหลายภาคส่วน เพราะสายพันธุ์กัญชาที่มี CBD สูงไม่ใช่สายพันธุ์พื้นเมืองของไทย ซึ่งจำเป็นต้องสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น โรงเรือน การใส่ปัจจัยการผลิตที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลผลิตสูง

4. การรวบรวมข้อมูลและพัฒนายากัญชาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย อาทิ อาการนอนไม่หลับ การเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งจากงานวิจัยในปัจจุบันพบว่ามีหลักฐาน ถึงยังไม่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาวิจัยให้ชัดเจน หากพบว่าไม่มีประโยชน์ในการรักษาโรค/อาการที่ตรงกับความต้องการของประชาชน ก็ควรแจ้งให้สาธารณสุขรับทราบ

5. การสื่อสารให้สาธารณสุขรับทราบ ปัจจุบันมีการสื่อสารข้อมูลกัญชาอย่างกว้างขวาง ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ภาครัฐควรมีการกำกับให้การให้ข้อมูลที่สำคัญคือต้องมีการเสนอข้อมูลทั้งด้านดีและข้อจำกัด