

วิธีการสาธารณสุขในการจัดการ กับการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย (PUBLIC HEALTH APPROACH TO DRUG USE IN ASIA)

หลักการและการปฏิบัติในการทำให้ไม่เป็นความผิด
(Principles and practices for decriminalisation)

วิธีการสาธารณสุข ในการจัดการกับการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย

หลักการและการปฏิบัติ
ในการทำให้ไม่เป็นความผิด

(PUBLIC HEALTH APPROACH TO DRUG USE IN ASIA)
(Principles and practices for decriminalisation)

สารบัญ (Contents)

คำนำ	6
คำนิยาม	14
ตัวย่อ (Acronyms)	24
กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)	26
ระเบียบวิธี (Methodology)	29
คำปรารภ (Foreword)	30
ศัพท์วิทยา (Terminology)	34
1 บทนำ (Introduction)	39
สรุปข้อความสำคัญๆ (Summary of key messages)	40
2 การทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิด (The decriminalisation of drug use)	45
2.1 ภูมิหลังในเรื่องการทำให้ไม่มีความผิด (Background on decriminalisation)	46
2.2 หลักการสำคัญๆ ในการทำให้ไม่มีความผิด (The key principles of decriminalisation)	62
2.3 ประสบการณ์การปฏิบัติที่ดีที่สุดในโลกในการทำให้ ไม่มีความผิด (Best practice experiences of decriminalisation around the world)	71
2.3.1 การทำให้ไม่มีความผิดโดยนิตินัย (De jure decriminalisation)	71
2.3.2 การทำให้ไม่มีความผิดโดยพฤตินัย (De facto decriminalisation)	83

2.4	การใช้ปริมาณขั้นต่ำให้ได้ผลในแบบจำลองการทำให้ไม่ เป็นความผิด (Effective use of threshold quantities in decriminalisation models)	93
2.5	การนำบทลงโทษทางปกครองที่รุนแรงสำหรับผู้เสพ ยาเสพติดออกไป (Removing severe administrative punishments for people who use drugs)	100
2.6	การเปลี่ยนจากศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เข้ายาเสพติด ไปเป็นการรักษาและบริการโดยสมัครใจ (Transitioning from CCDUs to voluntary treatment and services)	104
2.7	การส่งเสริมการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยสมัครใจ (Promoting voluntary referrals to health and social services)	109
3	กลไกการผันตัวบุคคลออกจากระบบงานยุติธรรม (Mechanisms to divert people away from the criminal justice system)	115
3.1	ภาพรวมของการผันตัว (Overview of diversion)	116
3.2	มาตรฐานและบรรทัดฐานแห่งสหประชาชาติในเรื่อง การผันตัว (UN standards and norms on diversion)	118
3.3	การผันตัวโดยตำรวจ (Diversion by police)	123
3.4	การผันตัวโดยอัยการ (Diversion by prosecutors)	133
3.5	การผันตัวโดยศาล (Diversion by courts)	135

3.5.1	ภาพรวมของแบบจำลองการผันตัวโดยศาล (Overview of court diversion models)	135
3.5.2	ตัวอย่างของการผันตัวโดยศาลในทวีปเอเชีย (Examples of court diversion in Asia)	136
3.5.3	ศาลยาเสพติดพิชัญพิเศษ (Specialised drug courts)	141
3.5.4	วิธีปฏิบัติที่ดีในการผันตัวโดยศาล (Good practice in court diversion)	144
3.6	บทบาทของผู้ทำงานบริบาลสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานในชุมชนในระบบการผันตัว (The role of healthcare, legal and community workers in diversion schemes)	147
3.6.1	หลักการเข้าร่วมของผู้ทำงานบริบาลสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมายและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (Principles for engagement of healthcare, legal and community workers)	147
3.6.2	การเข้าร่วมของผู้ทำงานบริบาลสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมายและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน: ประสบการณ์ในทวีปเอเชีย (The engagement of health care, legal and community workers: Experiences in Asia)	149
4	ข้อสรุปและขอแนะนำ: หลักการและลำดับความสำคัญ (Conclusions and recommendations: Principles and Priorities)	155

ภาคผนวก (Annexes)	165
ภาคผนวกที่ 1 โครงการทำให้ไม่มีความผิดและ โครงการผันตัวภายใต้อนุสัญญา ว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (Decriminalisation and diversion programmes under the UN drug conventions)	166
ภาคผนวกที่ 2 ขั้นตอนทางปฏิบัติเพื่อนำการทำให้ไม่ มีความผิดและการผันตัวไปปฏิบัติ (Practical steps for implementing decriminalisation and diversion)	173

คำนำ

ตามที่กระทรวงยุติธรรมได้เสนอร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดซึ่งเป็นการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดทั้งระบบโดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดดังกล่าวเพื่อบรรจุเข้าเป็นวาระการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไปแล้วนั้น เนื่องจากสถานการณ์การบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่ากว่าร้อยละ 90 ของผู้ถูกจับกุมดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกคดียาเสพติดล้วนเกี่ยวข้องกับ (เมท) แอมเฟตามีนจนอาจเรียกได้ว่าเป็นปัญหา “ผู้ต้องขังคดียา (เมท) แอมเฟตามีนล้นคุก” นับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงยิ่ง ผลจากวาทกรรมยาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง**กลวิธีสร้างความหวาดกลัว (scare tactics)** โดยปราศจากการตรวจสอบด้วยหลักฐานทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ (Medically Scientific Evidence-based) ที่ถูกสร้างเพื่อป้องกันการใช้สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type Stimulants, ATS) ซึ่งครอบงำสังคมไทยมากกว่า 20 ปีกลับพบว่า นโยบายรวมทั้งมาตรการทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมดังกล่าว (ATS Control Policy) มีอันตรายต่อสังคมไทยหรือประเทศชาติโดยรวมยิ่งกว่าผลทางเภสัชศาสตร์ของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS Pharmacology) อย่างมหันต์¹ ถึงแม้ร่างประมวล

¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office of Drugs and Crime, UNODC) รายงานตลอดมาว่า ผู้เสพสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type Stimulants, ATS) มีเพียง 11% เท่านั้นที่กลายเป็นผู้ติดยาและต้องรับการแทรกแซงเฉพาะทาง ส่วนใหญ่ไม่ต้อง ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผลกระทบ

กฎหมายยาเสพติดฉบับนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ อาทิ การคำนึงถึงการลงโทษที่ได้สัดส่วน เช่น อันตรายของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นหรือสังคม (**Harm to Self and Others or Society**) บทบาทของผู้กระทำความผิด (**Role of Offenders**) มาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุก (**Alternative to Incarceration**) และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบัญญัติที่เปิดช่องให้ศาลมีโอกาสใช้ดุลพินิจในการลงโทษจำคุกและหรือปรับที่น้อยกว่าอัตราโทษขั้นต่ำที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นก็ได้เมื่อมีเหตุอันสมควรเฉพาะราย โดยพิเคราะห์ถึงความร้ายแรงของการกระทำความผิด ฐานะของผู้กระทำ

ร้ายแรงทันทีและในระยะยาวของการใช้ (เมท) แอมเฟตามีนถูกกล่าวถึงจริงเช่นเดียวกับอันตรายจากโคเคนรูปผลึก (Crack Cocaine) ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ถูกกล่าวถึงจริงเมื่อสามทศวรรษที่แล้ว การรับรู้ของสาธารณะถึงความเสี่ยงของการเสพยากระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนมีทั้งประเมินค่าต่ำเกินไปและประเมินค่าสูงเกินไป ความพยายามแก้ปัญหายาเสพติดให้สิ้นซาก โดยการบังคับใช้กฎหมายเข้มงวด (Prohibitionism) และการรักษาภาคบังคับ (Compulsory Treatment) สามารถมองเป็นตัวอย่างของการกระทำเกินกว่าเหตุได้ซึ่งแม้แต่การเสพยาเป็นครั้งคราวในระดับปานกลางก็จัดว่าอันตรายและเป็นความผิดอาญา ส่วนในที่อื่นนั้นความคิดที่เด่นคือ การเสพยาเพื่อความสนุกสนานผ่อนคลายไม่ก่อให้เกิดอันตรายที่ยาวนานและมีโอกาสสูงที่ผู้เสพยาจะยินยอมหยุดเสพยาไปเองโดยไม่ต้องอาศัยการแทรกแซงจากภายนอก ความจริงอยู่ที่ใดที่หนึ่งตรงกลาง 2 ขั้วนี้ ดังนั้น ในปี ค.ศ. 2011 องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำบทสรุปทางเทคนิคหรือคำแนะนำของรายงานว่าด้วยสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (Technical Briefs on amphetamine-type stimulants) เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวรวมทั้งทำให้การสาธารณสุขและความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น โดยคำแปลภาษาไทยพร้อมต้นฉบับภาษาอังกฤษได้ถูกจัดพิมพ์ขึ้นเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “บูรณาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนอย่างสร้างสรรค์และนวัตกรรมยุติธรรมตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด (Integrated Constructive (Meth) amphetamine Control And Innovative Justice in Draft Narcotics Code)” ระหว่างวันที่ 29 – 30 สิงหาคม 2016 ด้วยแล้ว.

ความผิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบแล้ว เป็นต้น อันเป็นนวัตกรรม
ยุติธรรม (Innovative Justice) หรือความก้าวหน้าทางกฎหมายของ
ประเทศไทยซึ่งมีพัฒนาการสอดคล้องกับสากลตาม “พันธสัญญาร่วม
ของเราเพื่อจัดการและตอบโต้ปัญหายาเสพติดโลกอย่างมีประสิทธิภาพ
(Our joint commitment to effectively addressing and countering
the world drug problem)” ซึ่งที่ประชุมใหญ่สมัชชาแห่งสหประชาชาติ
มีมติรับรองในการประชุมสมัยพิเศษของสมัชชาแห่งสหประชาชาติ
ว่าด้วยยาเสพติดในปี 2016 (United Nations General Assembly
Special Session on Drugs, UNGASS 2016) ที่ผ่านมา แต่โดยเหตุ
ที่ปัญหาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนนั้นเชื่อมโยงไปในหลายมิติ อาทิ
สังคม การแพทย์และสาธารณสุข เศรษฐกิจ กฎหมายและกระบวนการ
ยุติธรรมทางอาญา การแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยมาตรการทางกฎหมายในมิติเดียว
มีอาจสัมฤทธิ์ผลได้อย่างยั่งยืน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วน
ของสังคมจักได้ร่วมกันศึกษาและตรวจสอบโดยคำนึงถึงผลกระทบในทุกมิติ
ของ (เมท) แอมเฟตามีนไม่ว่าจะเป็นในด้านเภสัชศาสตร์ที่มีต่อสุขภาพ
(Pharmacology) สังคม เศรษฐกิจ และการใช้กระบวนการยุติธรรมทาง
อาญายุคร่วมสมัยในการจัดการต่อปัญหาดังกล่าวว่ามีเหมาะสม
หรือไม่ เพียงใด หรือกลับกลายเป็นการสร้างหรือซ้ำเติมปัญหายิ่งกว่า
ด้วยเหตุนี้ กระทรวงยุติธรรมโดยสำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ
พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา จึงร่วมกับหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบาย
ยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium, IDPC)
ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงาน
คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) จัดการประชุม
เชิงปฏิบัติการเรื่อง “บูรณาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนอย่าง

สร้างสรรค์และนวัตกรรมยุติธรรมตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด (Integrated Constructive (Meth) amphetamine Control And Innovative Justice in Draft Narcotics Code)” ระหว่างวันที่ 29 – 30 สิงหาคม 2559 ณ โรงแรมแกรนด์ เมอร์เคียว ฟอร์จูน ถนนรัชดาภิเษก ด้วยการเชิญวิทยากรระดับโลกจากต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศอังกฤษ มาร่วมให้ข้อมูลในการประชุมครั้งนี้ โดยมีการพิจารณาอย่างน้อยใน 5 มิติ ได้แก่ 1. **ด้านองค์ความรู้ยาเสพติด: ทักษะสังคมเพื่อลดอันตราย (Drug education: Social skills for harm reduction)** 2. **ด้านสังคม (Social impacts and connection)** 3. **ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Medicalization and public health)** 4. **ด้านเศรษฐกิจ (Economic affairs)** และ 5. **ด้านกฎหมายและการบังคับใช้ (Law and law enforcement)** แต่ด้วยข้อจำกัดของเวลาในการประชุมครั้งนี้ การตระหนักถึงต่ออันตรายของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) ในแง่มุมต่างๆ อาจสัมฤทธิ์ผลได้โดยมีเอกสารประกอบการประชุม 2 เล่ม ซึ่งเล่มแรกประกอบไป 4 บทความ คือ

1. **การทบทวนโดยภาพรวมระดับโลกเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้แอมเฟตามีน: ปรับให้เป็นปัจจุบันปี 2015 (A Global Review of the Harm Reduction Response to Amphetamines: A 2015 Update by Sophie Pinkham & Katie Stone, HARM REDUCTION INTERNATIONAL)**
2. **บทสรุปทางเทคนิคว่าด้วยสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (Technical Briefs on amphetamine-type stimulants, ATS by World Health Organization, WHO) ที่จัดพิมพ์ในปี ค.ศ. 2011 โดยบทที่ 1 ว่าด้วยแบบแผนและผลที่ตามมาของการใช้สารกระตุ้น**

ประเภทแอมเฟตามีน บทที่ 2 ว่าด้วยการลดอันตรายและการแทรกแซง
ชั่วคราวสำหรับผู้เสพสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน บทที่ 3 ว่า
ด้วยหลักการของการป้องกันและรักษาสำหรับสารกระตุ้นประเภท
แอมเฟตามีน บทที่ 4 ว่าด้วยการแทรกแซงทางการรักษาสำหรับ
สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน

3. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจะมีความบกพร่องหรือไม่ในผู้ใช้
เมทแอมเฟตามีน: การศึกษาทบทวนเชิงวิพากษ์ (Is Cognitive
Functioning Impaired in Methamphetamine Users?: A Critical
Review by Carl L.Hart, Caroline B.Marvin, Rae Silver & Edward
E. Smith)
4. การควบคุมยากระตุ้นประสาทที่ผิดกฎหมาย: ต้นแบบของตลาด
ที่มีการควบคุม (Controlling illegal stimulants: a regulated
market model by Mark Haden)

ส่วนเล่มที่ 2 คือ วิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพยาเสพติด
ในทวีปเอเชีย: หลักการและการปฏิบัติในการทำให้ไม่มีความผิด
(PUBLIC HEALTH APPROACH TO DRUG USE IN ASIA: Principles
and practices for decriminalization by International Drug Policy
Consortium, IDPC)

สำนักกิจการในพระดำริฯ รู้สึกซาบซึ้งในพระกรุณาธิคุณและพระปรีชาญาณ
ในพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา อย่างหาที่สุดมิได้สำหรับการ
ประทานโอกาสแห่งการเรียนรู้แก่สังคมไทยให้เท่าทันต่อความเป็นจริง
ของตลาดการค้าสารเสพติดผิดกฎหมายจากบริบททั่วโลกโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งผลจากวาทกรรมยาเสพติดด้วยกลวิธีสร้างความหวาดกลัว

(scare tactics) เพื่อป้องกันการใช้สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type Stimulants, ATS) ที่ปราศจากการตรวจสอบด้วยหลักฐานทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ (Medically Scientific Evidence-based) ซึ่งครอบคลุมสังคมไทยมากกว่า 20 ปี แต่สร้างความเสียหายให้แก่ประเทศชาติอย่างใหญ่หลวงทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม อันนับว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทั้งในส่วนบุคคลและภาพรวมในระดับประเทศที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในวาระการพัฒนาของสหประชาชาติ ภายหลังปี ค.ศ. 2015 (post 2015 Development Agenda) และขอกราบขอบพระคุณ ฯพณฯ ชาญชัย ลิขิตจิตถะ องคมนตรี ฯพณฯ วีระพล ตั้งสุวรรณ ประธานศาลฎีกา พลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม ศาสตราจารย์ (พิเศษ) หม่อมหลวงไกรฤกษ์ เกษมสันต์ อดีตรองประธานศาลฎีกาและผู้พิพากษาอาวุโสในศาลฎีกา นายเอกชัย ชินณพงค์ อดีตประธานศาลอุทธรณ์และผู้พิพากษาอาวุโสในศาลอุทธรณ์ ศาสตราจารย์ (พิเศษ) จรัญ ภักดีธนากุล ตุลาการศาลรัฐธรรมนูญ ศาสตราจารย์ ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ตุลาการศาลรัฐธรรมนูญ นางเมทินี ชโลธร ผู้พิพากษาหัวหน้าคณะในศาลฎีกา นายอดิคม อินทุฤดี เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ปลัดกระทรวงยุติธรรม นายสันต์ชัย ล้อมฉนิพนธ์รัตน์ ประธานแผนกคดีอาชญากรรมในศาลอุทธรณ์ พลเอกนิวัตร มีนะโยธิน ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม ศาสตราจารย์ นายแพทย์เจดีย์ว ปิยะชน และรองศาสตราจารย์ ว่าที่ร้อยเอกนายแพทย์ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.อภิรักษ์ อารัมรัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นายพิทยา จินาวัฒน์ ที่ปรึกษาสำนักกิจการในพระตำหนักพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา อดีตอธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพและรองเลขาธิการคณะกรรมการ

ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด นายกอบกุล จันทวโร อดีตที่ปรึกษาด้านกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด นายธนวีร์ ประวติ อดีตเลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม นายแพทย์อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานกรรมาธิการ การสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ นายวิชาสุริยะวงศ์ รองปลัดกระทรวงยุติธรรม นายศิรินทร์ยา สิทธิชัย เลขานุการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด นายกอบเกียรติ กลสิวิวัฒน์ รองปลัดกระทรวงยุติธรรม นายปฏิคม วงษ์สุวรรณ อธิบดีกรมราชทัณฑ์ นายประสงค์ เลิศรัตนวิสุทธิ์ ผู้อำนวยการสถาบันอศรา นายจิตรนรา นวรัตน์ รองอธิบดีอัยการ สำนักงานคดียาเสพติด รองศาสตราจารย์อภิญญา เวชยชัย รองศาสตราจารย์ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และรองศาสตราจารย์พงษ์กฤษณ์ มงคลสินธุ์ จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรภัทร์ จากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา ทวีสิทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และดร.มาลี สันสุวรรณ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ดร.ฐิตียา เพชรมณี คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ดร.นิมิต รัตนรัต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.สังคิต พิริยะรังสรรค์ อาจารย์เกียรติชัย พงษ์พานิชย์ ดร.ฉัตรขวัญ องค์กรสิงห์ ดร.สุลีพร เจริญพร และ ดร.นิดาวรรณ เพระสุนทร จากวิทยาลัยนวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต อาจารย์รัฐศักดิ์ พิศุทธางกูร จากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง นายสันติชัย วัฒนวิทย์กรรม และนายเมธา ธรรมพนิชวัฒน์ ผู้พิพากษาหัวหน้าคณะในศาลอุทธรณ์ นายนพรัตน์ กลิ่นรัตน์ ผู้ช่วยผู้พิพากษาศาลฎีกา นายนิรัตน์ พุกาญจนานนท์ และนายจุมพล ภิญโญสินวัฒน์ ผู้พิพากษาศาลอุทธรณ์ นายเนเรศน์ สงเคราะห์สุข

นายกิตติทัศน์ ชัยประสิทธิ์ นางสาววิสาข์ บุญยนิทย์ นายวีระพันธ์ งามมี นางสาวปิยนตร ไล่เลิศ ดร.ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์ ผู้จัดการกองทุน สันับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) Professor Dr.Carl L. Hart, Columbia University; Dr.Alex Wodak, President of the Australian Drug Law Reform Foundation, Ann Fordham, IDPC Executive Director, International Drug Policy Consortium (IDPC), Martin Jelsma, Co-ordinator, TNI Drugs & Democracy Programme Steve Rolles, Senior Policy Analyst, Transform Drug Policy Foundation, Sophie Pinkham & Katie Stone, HARM REDUCTION INTERNATIONAL, Gloria Lai, Senior Policy Officer, International Drug Policy Consortium (IDPC), UNODC, WHO สำหรับมุมมองอันมีคุณค่ายิ่งสำหรับความพยายามแสวงหามาตรการที่มีใช้การคุมขังผู้กระทำความผิดอันมิได้มีลักษณะของอาชญากรซึ่งเป็น คนชายขอบที่ไร้เสียงหรือไม่มีความสำคัญ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งฐานะ ทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมนุษย์เพศหญิงได้บังเกิดผล ตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ในการดำเนินงานของสำนักกิจการในพระดำรินอกจากนี้ ยังขาดเสียมิได้สำหรับอาจารย์พงษ์ศักดิ์ กาญจนาคพันธุ์ อาจารย์ สกาวรัตน์ พะบาง อาจารย์ณัฏฐฤดี ไกรฤกษ์ อาจารย์อรกัญญา ภูมิโคกรักษ์ อาจารย์นัทธยชนิตร์ เตียสุวรรณ นางสาวชลธิดา นาวาเจริญ ผู้เป็นกำลัง สำคัญยิ่งในการแปลเอกสารประกอบการประชุมตลอดมา นางสาวพรภา นิมิตรธนะเศรษฐ์ นางสาวนิตา ลิฬหรวงศ์ รวมทั้งนายก่าจิด พ่วงสวัสดิ์ ผู้พิพากษาศาลอุทธรณ์ ที่ปรึกษาสำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำหรับการตรวจทานความสมบูรณ์ของข้อมูล.

สำนักกิจการในพระดำริ
พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา
สิงหาคม 2559

คำนิยาม

“ความขยันขันแข็ง” ขององค์การฯ ต่าง ๆ ในสังคมไทยอันแสดงให้เห็นถึงความเอาใจจริงเอาใจใส่เพื่อพยายามแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง (เมท) แอมเฟตามีนตามที่นักการเมืองในอดีตให้เรียกขานชื่ออย่างน่ากลัวว่า **“ยาบ้า”** ซึ่งเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทหนึ่งของ **“สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type Stimulants, ATS)”** นั้นนับว่าควรแก่การชื่นชม แต่ขณะเดียวกันผู้เกี่ยวข้องและสังคมไทยก็จำต้องรู้เท่าทันต่อความเป็นจริงของพลวัตของตลาด (เมท) แอมเฟตามีนผิดกฎหมาย (Smart on Dynamics of (Meth) amphetamine Illegal Market) ดังกล่าวด้วย เมื่อปรากฏว่าจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ/ทัณฑสถานอันอยู่ในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ที่มีประมาณ 3 แสนคน โดยกว่าร้อยละ 90 เป็นคดีเกี่ยวข้องกับ (เมท) แอมเฟตามีนและกว่าร้อยละ 80 ของผู้ต้องขังดังกล่าวนี้เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือมีความเปราะบางทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น คนยากจนและ/หรือเพศหญิง เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่มีบทบาทเกี่ยวข้องในระดับล่างสุด (Lesser Role) ของตลาด (เมท) แอมเฟตามีน เช่น เป็นผู้เสพ หรือเป็นผู้ค้าในฐานะผู้รับจ้างขนหรือผู้จำหน่าย

(เมท) แอมเฟตามีนรายย่อยที่เป็นเสมือนเพียงแรงงานหรือกลไกกระจายสินค้าในระบบการตลาดของยาเสพติด ในขณะที่องค์กรอาชญากรรมหรือขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีนใช้ทั้งเงินเป็นสินบนรางวัลแก่ผู้ร่วมมือและการสังหารทำร้ายแก่ผู้ขัดขึ้นเป็นน้ำมันหล่อลื่นหรือมาตรการจูงใจให้ขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีนดำเนินไปได้ ส่วนภาครัฐคงมีแต่บทลงโทษทางอาญาสำหรับผู้ฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าว ยิ่งเป็นการผลักดันให้อำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ต้องขังเหล่านี้ตกไปอยู่ในเงื้อมมือหรือภายใต้อิทธิพลขององค์กรอาชญากรรมหรือขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีน การทำลายล้างชีวิตและอิสรภาพตลอดจนการกวาดต้อนผู้คนจำนวนมากซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์ญาติพี่น้องร่วมชาติของเราให้ต้องเข้ามาอยู่ภายใต้อาณัติหรืออำนาจบังคับแห่งกฎหมายด้วยวิธีนี้ไม่น่าจะเป็นวิธีการที่ชาญฉลาดหรือสร้างสรรค์เท่าใดนัก สภาพการณ์เช่นนี้เหมือนดังครั้งหนึ่งในอดีตที่ภาครัฐเคยผลักดันบุคคลซึ่งมีอุดมการณ์ทางการเมืองแตกต่างไปจากรัฐให้เข้าไปเป็นแนวร่วมหรือสมครพรรคมกของฝ่ายตรงข้ามในสมัยที่มีการกล่าวอ้างโดยปลุกระดมชวนเชื่อว่าลัทธิคอมมิวนิสต์เป็นภัยต่อความมั่นคงของรัฐ แล้วเรายังควรปล่อยให้เกิดขึ้นหรือเป็นเช่นนี้อีกหรือ? เราจะ

เรียนรู้และเทียบเคียงในเรื่องนี้และนำไปสู่การหาทางออกของการตอบโต้กับองค์กรอาชญากรรมหรือขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีนได้อย่างไร? **กลวิธีสร้างความหวาดกลัว (scare tactics)** เพื่อป้องกันการใช้สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type Stimulants, ATS) ที่ปราศจากการตรวจสอบด้วยหลักฐานทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ (Medically Scientific Evidence-based) ซึ่งครอบคลุมสังคมไทยมากกว่า 20 ปี ได้สร้างความเสียหายให้แก่ประเทศชาติอย่างใหญ่หลวงทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม นับว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทั้งในส่วนบุคคลและภาพรวมในระดับประเทศที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในวาระการพัฒนาของสหประชาชาติภายหลังปี ค.ศ. 2015 (post 2015 Development Agenda) และผลอันถึงที่สุดแห่งคดีตามคำพิพากษาศาลฎีกาคดีหมายเลขแดงที่ 9206/2555 เกี่ยวกับปัญหาเรื่องการนำเข้าเมทแอมเฟตามีนเพียง 1 เม็ดครึ่ง (ซึ่งน่าจะมีราคาซื้อขายกันในท้องตลาดยาเสพติดเม็ดละ 200 บาท ถึง 300 บาท) ทำให้ผู้หญิงคนหนึ่งต้องถูกตัดสินลงโทษจำคุก 25 ปี และปรับเป็นเงิน 500,000 บาท น่าจะเป็นตัวอย่างอันดีในเรื่องนี้ที่สังคมไทยควรจุกคิดและหันมาทบทวนว่าที่ผ่านมาระบบกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยอาศัยเรือนจำ/ทัณฑสถานเป็นคำตอบสุดท้ายหรือเป็นเครื่องมือตอบโต้การแพร่ระบาดของ (เมท) แอมเฟตามีนมากเกินไป (**Overreliance on Incarceration for ATS Offences**) จนเรียกได้ว่าใช้เรือนจำ/ทัณฑสถานอย่างไม่มีประสิทธิผลหรือไม่ รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้จริงหรือไม่ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นไปได้โดยพิจารณาจากสถิติหรือข่าวการจับกุม (เมท) แอมเฟตามีนครั้งละจำนวนมากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปรากฏตามสื่อหนังสือพิมพ์และโทรทัศน์

อยู่ทุกเมื่อเชื่อวันกลายเป็นเรื่องที่ชินตาแก่ผู้คนทั่วไป ถ้าเช่นนั้น เรายังควรที่จะเดินไปทางเดิมอยู่อีกหรือ? สังคมไทยที่มีหลักพุทธศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจไม่มีทางออกหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่สร้างสรรค์โดยไม่ทำลายล้างซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนมนุษย์จากการบังคับใช้กฎหมายด้วยกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่ไม่มีทางลดปัญหาการแพร่ระบาดซึ่งยาเสพติดได้อย่างยั่งยืนแล้วหรือ? ซึ่งผมไม่เชื่อเช่นนั้น และโดยเหตุที่ปัญหาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนนั้นเชื่อมโยงไปในหลายมิติ อาทิ สังคม การแพทย์ และสาธารณสุข เศรษฐกิจ กฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา การแก้ไขปัญหาด้วยมาตรการทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในมิติเดียวจึงมีน่าจะสะท้อนต่อผลกำไรมหาศาลของขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีนเท่าใดนัก (ทั้งอาจจะทำให้ผลกำไรดังกล่าวของขบวนการค้า (เมท) แอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นในที่สุดในทางกลับกันก็เป็นได้) การที่กระทรวงยุติธรรมโดยสำนักกิจการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา ร่วมกับหน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium, IDPC) ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “บูรณาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนอย่างสร้างสรรค์และนวัตกรรมยุติธรรมตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด (Integrated Constructive (Meth) amphetamine Control And Innovative Justice in Draft Narcotics Code)” เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันของผู้คนโดยรู้เท่าทันการทำลายผลกำไรของตลาดยาเสพติดผิดกฎหมายด้วยการลดอุปสงค์

และอุปทานของยาเสพติดอย่างสร้างสรรค์ (Creative Drug Demand and Supply Reduction) ในขณะเดียวกันก็ไม่เสพติดกระบวนการยุติธรรมทางอาญา (Non-addicted to Criminal Justice) ด้วยการพิจารณาอย่างน้อยใน 5 มิติ ได้แก่ 1. ด้านองค์ความรู้ยาเสพติด: ทักษะสังคมเพื่อลดอันตราย (Drug education: Social skills for harm reduction) 2. ด้านสังคม (Social impacts and connection) 3. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Medicalization and public health) 4. ด้านเศรษฐกิจ (Economic affairs) และ 5. ด้านกฎหมายและการบังคับใช้ (Law and law enforcement) นับว่าเป็นโอกาสอันดีที่เปิดประเด็นให้ทุกภาคส่วนของสังคมไทยจักได้ตระหนัก “ขนาด” ของปัญหายาเสพติดและมีโอกาสร่วมกันระดมความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมโดยไม่ควรติดหล่มหรือจมปลักตกอยู่ในปรากฏการณ์ “โรคประสาทหวาดผวจาก (เมท) แอมเฟตามีน ((Meth) amphetamine Hysteria)” ดังเช่นความกลัวต่ออันตรายจากโคเคนรูปฟลัก (Crack Cocaine) ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งถูกกล่าวเกินจริงเมื่อสามทศวรรษที่แล้วอีกต่อไป สำหรับเนื้อหาของเอกสารประกอบการประชุมถือเป็นเอกลักษณ์ทางวิชาการที่สำนักงานกิจการในพระดำริฯ ได้จัดทำขึ้นประกอบการรณรงค์ให้สังคมไทยตระหนักถึงปัญหาของการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดโดยกระบวนการยุติธรรมทางอาญาทั้งระบบตลอดมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาเกือบ 2 ปี ตั้งแต่ที่ผมมาดูแลงานของกระทรวงยุติธรรม ผมจึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เนื้อหาในเอกสารนี้สอดคล้องกับนโยบายจัดการปัญหาการแพร่ระบาดซึ่งยาเสพติดของรัฐบาลอันมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าคณะรัฐบาลที่มีเจตนารมณ์ให้มนุษย์ทุกคนมีความปลอดภัย มีสุขภาพดี และ

เข้าถึงโอกาสในการพัฒนาสูงสุดโดยมาตรการที่คำนึงถึงมนุษยธรรม (Humane Drug Control Policy) บนฐานคิดของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเหนือสิ่งอื่นใด ความสุขของของเหตุการณ์อันทำให้ประเทศไทยต้องหันมาทบทวนมาตรการของรัฐต่อ “**บูรณาการควบคุม (เมท) แอมเฟตามีนอย่างสร้างสรรค์**” นี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากมิเป็นเพราะพระกรุณาธิคุณและพระปรีชาญาณในพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำหรับการประทานโอกาสแห่งการเรียนรู้แก่สังคมไทยให้เท่าทันต่อความเป็นจริงของตลาดการค้าสารเสพติดผิดกฎหมายจากบริบททั่วโลก

พลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม
สิงหาคม 2559

FOREWORD

The issue of how to control drugs in Thai society has been a topic of much interest and debate. Like many other countries, Thailand has followed a largely punitive and repressive drug control policy in the belief that this would deter people from engaging in drug use or in the drug market. The reality is that these punitive policies have failed to reduce the scale of the illicit drug market and have led to serious negative consequences. In Thailand, these consequences include poor health outcomes for people who use drugs, who fear accessing health services because of the threat of punishment, and more recently, severely overcrowded prisons with up to 70% of people incarcerated for low-level, non-violent drug offences. Many people imprisoned for drug offences in Thailand tend to be from a lower socio-economic group, while the numbers of women incarcerated for drug offences is growing at an alarming rate (approximately 80% of women in Thailand are incarcerated for low-level, non-violent drug

offences). One of the key factors behind Thailand's large prison population is due to penalties in the drug law and sentencing practices that are disproportionately harsh, with some people facing decades of imprisonment for being in possession of very small amounts of drugs.

In recent years, it has been heartening to see that discussions about drugs in Thailand has shifted in focus, with greater acknowledgement of the negative consequences of existing drug policies. This a crucial first step for moving towards a more humane and enlightened drug policy which would genuinely prioritise the health and well-being of individuals – including people who use drugs. The recent United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem in April 2016 demonstrated that there is paradigm shift at the global level with respect to drug control efforts, and modern drug policies should not further exacerbate the harms caused by the

drug trade but instead, should seek to mitigate them. Therefore, it is now an opportune moment for Thailand to consider alternative approaches and define new policies that prioritise a public health approach as well as identifying important criminal justice reforms to amend disproportionate penalties and sentencing practices in order to reduce the numbers of people held in prison and the length of time that people are held in prison.

This report is a critical resource for Thai policy makers as they consider alternative approaches in order to shift away from punitive policies that have been unsuccessful in deterring both the use of drugs and the harms associated with using drugs. The report outlines international standards, best practices from around the world including in Asia, and recommendations for drug policies towards drug use that are grounded in principles of health and human rights, including the removal of criminal penalties and other sanctions for drug use and possession for personal use, and the implementation

of diversion programmes to refer people who use drugs to the health system and away from the criminal justice system. We hope that this resource can offer constructive inputs in discussions amongst policymakers, experts and civil society representatives in Thailand at this critical juncture.



Ann Fordham

Executive Director

International Drug Policy Consortium

ตัวย่อ (Acronyms)

ANPUD	เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดแห่งเอเชีย (Asian Network of People who Use Drugs)
ASEAN	ประชาคมอาเซียน (Association of South East Asian Nations)
CCDU	ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด (Compulsory centre for drug users)
CFP	ศูนย์กลางของประเทศ (Country Focal Point)
IDPC	หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium)
INCB	คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board)
LEAHN	หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่ายเอชไอวี (Law Enforcement and HIV Network)
NSP	โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา (Needle and syringe programme)

OST	การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid substitution therapy)
PCPI	การริเริ่มความเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างตำรวจกับชุมชน (Police Community Partnership Initiative) (ประเทศกัมพูชา)
SAARC	สมาคมความร่วมมือแห่งภูมิภาคเอเชียใต้ (South Asia Association for Regional Cooperation)
UN	สหประชาชาติ (United Nations)
UNAIDS	โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNODC	สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime)
WHO	องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

John Godwin ซึ่งเป็นที่ปรึกษาเป็นผู้เขียนรายงานนี้

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศขอขอบคุณเครือข่ายประชาชนผู้เสพยาเสพติดแห่งเอเชีย (Asian Network of People who Use Drugs) และพันธมิตรเอชไอวี/เอดส์ระหว่างประเทศ (International HIV/AIDS Alliance) ที่สนับสนุนรายงานฉบับนี้

บุคคลต่อไปนี้ทบทวนร่างและ/หรือให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ:

- Gloria Lai, Jamie Bridge, Ann Fordham, Marie Nougier
หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ
- Akihiko Sato มหาวิทยาลัยกวานเซกาคุอิน (Kwansei Gakuin University) (ประเทศญี่ปุ่น)
- Alex Wodak ประธานมูลนิธิการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดแห่งออสเตรเลีย (Australian Drug Law Reform) (ออสเตรเลีย)
- Anand Chabungbam, Jimmy Dorabjee เครือข่ายประชาชนผู้เสพยาเสพติดแห่งเอเชีย (ระดับภูมิภาค)
- Asmin Fransiska มหาวิทยาลัยอัตมาจายา (Atma Jaya University) (ประเทศอินโดนีเซีย)

- Atul Ambekar สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งอินเดีย (All India Institute of Medical Sciences) (อินเดีย)
- Brianna Harrison, Vladanka Andreeva, UNAIDS RST (ประเทศไทย)
- Claudia Stoicescu, Rick Lines เครือข่ายลดอันตรายระหว่างประเทศ (Harm Reduction International) (สหราชอาณาจักร)
- Daniel Wolfe, Denise Tomasini, Naomi Burke Shyne, Matthew Wilson, มูลนิธิ Open Society Foundations
- Dave Burrows, APMGlobal Health (ประเทศออสเตรเลีย)
- Edo Agustian Nasution, PKNI – เครือข่ายผู้เสพยาเสพติดแห่งอินโดนีเซีย (Indonesian Drug Users Network) (อินโดนีเซีย)
- Ernestien Jensema สถาบันข้ามชาติ (Transnational Institute) (ประเทศเนเธอร์แลนด์)
- Goro Koto เครือข่ายความสนับสนุนเพื่อนโยบายยาเสพติดแห่งญี่ปุ่น (Japan Advocacy Network for Drug Policy) (ญี่ปุ่น)
- Ma Inez Fera, NoBox Transitions Foundation (ประเทศฟิลิปปินส์)
- Olga Golichenko, Susie McLean, Jet Riparip พันธมิตรเอเชียไอวี/เอดส์ระหว่างประเทศ

- Kanna Hanayashi มหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย (University of British Columbia) (ประเทศแคนาดา)
- Michael Cole ที่ปรึกษา (ประเทศไทย)
- Nex Bengson, AKEI (ประเทศฟิลิปปินส์)
- Niamh Eastwood, Release (สหราชอาณาจักร)
- Oanh Khuat ศูนย์เพื่อสนับสนุนการริเริ่มด้านการพัฒนาชุมชน (Center for Supporting Community Development Initiatives) (ประเทศเวียดนาม)
- Pann Ei ที่ปรึกษา (ประเทศพม่า)
- Pascal Tanguay ที่ปรึกษา (ประเทศไทย)
- Rebecca Schleifer โครงการหุ้นส่วนระหว่างมหาวิทยาลัยเยลกับวิชาการด้านสุขภาพโลก (Yale University Global Health Justice Partnership)
- Ricky Gunawan, LBH Masyarakat (ประเทศอินโดนีเซีย)
- Risa Alexander โครงการร่วมมือด้านเชื้อเอชไอวีในประเทศอินโดนีเซีย (HIV Cooperation Programme in Indonesia) (อินโดนีเซีย)
- Simon Beddoe พันธมิตรเอชไอวี/เอดส์อินเดีย (อินเดีย)
- Steve Rolles มูลนิธิ Transform Drug Policy Foundation (สหราชอาณาจักร)
- Taing, Korsang (ประเทศกัมพูชา)
- Tripti Tandon สมาคมนักกฎหมาย (Lawyers Collective) (ประเทศอินเดีย)

ระเบียบวิธี (Methodology)

รายงานฉบับนี้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนหลักฐานที่มีอยู่ที่ทำเมื่อเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน ค.ศ. 2015, การปรึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าประชุมร่วมในเรื่องการลดอันตรายระหว่างประเทศ (International Harm Reduction Conference) ครั้งที่ 24 ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ เมื่อวันที่ 18-21 ตุลาคม ค.ศ. 2015 และการปรึกษากันในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 รอบ เกี่ยวกับร่างรายงานฉบับแรกและสุดท้ายเมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ. 2015 และเดือนมกราคม ค.ศ. 2016



สหภาพยุโรป (European Union) ให้เงินทุนแก่โครงการ

การบอกเลิกข้อเรียกร้อง: เนื้อหาของสิ่งจัดพิมพ์ฉบับนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้แต่งแต่เพียงผู้เดียวและไม่จำเป็นต้องสะท้อนความเห็นของสหภาพยุโรป

รายงานฉบับนี้จัดพิมพ์ในฐานะส่วนหนึ่งของโครงการ “ปฏิบัติการในเอเชียด้านการลดอันตราย” (Asia Action on Harm Reduction) ซึ่งจัดการโดยพันธมิตรเอเชีย/เอดส์ระหว่างประเทศ

โครงการนี้ซึ่งได้รับเงินทุนจากสหภาพยุโรปเมื่อปี ค.ศ. 2013-2015 ทำให้ผู้สนับสนุนชุมชนต่างๆ ในประเทศจีน อินเดีย มาเลเซีย อินโดนีเซีย กัมพูชาและเวียดนามสนับสนุนการลดอันตรายได้

คำปรารภ (Foreword)

ในทวีปเอเชีย การเสพยาเสพติด เช่น ฝิ่น กัญชาและใบกระท่อมเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ศาสนาหรือวัฒนธรรมได้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติดั้งเดิมมาหลายศตวรรษแล้ว โดยใช้ฝิ่นเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ทั่วเอเชียตั้งแต่ประเทศอิหร่านไปจนถึงประเทศอินโดนีเซีย การสูบฝิ่นกับยาสูบพบปะในการรวมตัวกันทางพิธีกรรมและทางสังคมในประเทศจีน ในทำนองเดียวกัน กัญชาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ วัฒนธรรมและสังคมกันอย่างแพร่หลาย อินเดียซึ่งเป็นประเทศบ้านเกิดของผมกล่าวถึงกัญชาในฐานะ “วิถีชีวิต” (way of life) ส่วนประเทศไทยและมาเลเซียได้ใช้ใบกระท่อมแบบดั้งเดิมเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ วัฒนธรรม และอื่นๆ

ทั้งที่มีผลการศึกษาของคณะกรรมการฝิ่นและกัญชา (Opium and Hemp Commissions) เมื่อช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ว่า “การเสพยาเหล่านี้แบบอ่อนและพอประมาณไม่ทำลายสุขภาพ” แต่ขุมอำนาจที่สำคัญๆ ในเวลานั้นผลักดันให้การห้ามสารเหล่านี้ไปอยู่ภายใต้การจัดตั้งระบบควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีอนุสัญญาแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. 1961, 1971 และ 1988

เป็นตัวเสริมฐานราก อดีตที่สำคัญ ๆ ที่ต่อต้านวิธีปฏิบัติระดับท้องถิ่นในทวีปเอเชียมีมากเสียจนการแพทย์สมัยใหม่ไม่ยอมรับทราบประโยชน์ทางการรักษาของกัญชาอยู่เป็นเวลานาน ที่น่าขันคือ ขณะนี้ประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือกำลัง “ค้นพบอีกครั้ง” (rediscover) ซึ่งการใช้กัญชาทางการแพทย์ และแม้แต่เปลี่ยนแปลงกฎหมายเพื่ออนุญาตการจัดหาและการใช้กัญชาทางการแพทย์ในขณะที่วิธีปฏิบัติทางการแพทย์แผนโบราณของเรากลับสูญหายไปในประเทศของเรา **การห้ามยาเสพติดเป็น “การกระทำผิดทางประวัติศาสตร์” (historical wrong) โดยปราศจากข้อสงสัย ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขให้ถูกต้องในสังคมเอเชีย**

เป็นเรื่องค่อนข้างตลกที่ในศตวรรษที่ 20 ทวีปเอเชียกลายเป็นภูมิภาคที่มีนโยบายยาเสพติดแบบปราบปรามและลงโทษมากที่สุดในโลก ในขณะที่ส่วนอื่นๆ ของโลกกำลังรับทราบถึงความเสียหายที่เกิดจากกลยุทธ์ที่ขับเคลื่อนด้วยการบังคับใช้กฎหมาย และกำลังเปลี่ยนแปลงตัวเองเข้าไปสู่วิธีการในการจัดการกับการเสพติดโดยใช้ประเด็นสุขภาพและสิทธิเป็นหลัก ซึ่งรวมถึงทวีปแอฟริกา ละตินอเมริกา อเมริกาเหนือและยุโรป แต่ประเทศในเอเชียกลับยังคงยืนกรานให้การทำให้เป็นความผิดและการลงโทษ

เป็นการตอบสนองปฐมภูมิ การระบาดของเชื้อเอชไอวีและดับอักเสบที, อัตราการคุมขังสูง ๆ, การเข้าไม่ถึงมาตรการรักษาการติดยาเสพติดและ มาตรการลดอันตรายที่มีมนุษยธรรมและได้ผล, การละเมิดสิทธิมนุษยชน ในวงกว้าง (รวมถึงการใช้อำนาจในทางมิชอบและการก่อกวนของตำรวจ การคุมขังตามอำเภอใจ การบังคับทดสอบปัสสาวะ และการบังคับใช้แรงงาน และการปฏิเสธไม่ให้ได้รับการบริหารสุขภาพในสถานบังคับคุมขัง) และ การใช้การลงโทษประหารชีวิตในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งตรงกันข้าม กับสิทธิมนุษยชนและบรรทัดฐานตามรัฐธรรมนูญทำให้มีเหตุผลอัน หนักแน่นอย่างปฏิเสธไม่ได้ว่ารัฐบาลควรเปลี่ยนแปลงการดำเนินงาน และจำเป็นต้องมีการอภิปรายอย่างเปิดเผยในเรื่องนโยบายยาเสพติดที่ได้ ผลในการบรรเทาผลในเชิงทำลายล้างที่ตามมาเหล่านี้และในการลด อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดจริง ๆ

ผมยินดีต้อนรับรายงานฉบับนี้ในฐานะทรัพยากรอันสำคัญยิ่งสำหรับผู้วางนโยบายในภูมิภาคของเราที่พร้อมเผชิญความเป็นจริงร่วมสมัยของ การเสพยาเสพติดและการที่การทำให้เป็นความผิดอาญาและการลงโทษ ไม่สามารถจัดการความเป็นจริงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายงานให้ คำโครงแบบเบ็ดเสร็จเกี่ยวกับหลักการและวิธีปฏิบัติที่เสริมฐานรากให้แก่ วิธีการที่ได้ผลในการทำให้การเสพยาเสพติดและการมีไว้ในครอบครอง และการเพาะปลูกซึ่งยาเสพติดเพื่อการเสฟส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด ผมขอส่งเสริมให้ผู้วางนโยบายใช้ประโยชน์จากรายงานฉบับนี้ให้เต็มที่ ในฐานะแหล่งคำปรึกษาและข้อเสนอแนะทางเทคนิคสำหรับการตอบสนอง ต่อยาเสพติดในเชิงนโยบายไปปฏิบัติ โดยใช้ประเด็นสุขภาพและสิทธิเป็นหลัก ผมขอกระตุ้นให้ผู้วางนโยบายนำชุมชนที่ได้รับผลมากที่สุด กล่าวคือ ประชาชน

ผู้เสพยาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด แทนการทำให้เป็นความผิดอาญาและการลงโทษมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศและภูมิภาค ผมขอกระตุ้นให้ท่านพิจารณาถึงวิธีการดั้งเดิมของภูมิภาคของเราในการจัดการกับยาเสพติดซึ่งการห้าม การทำให้เป็นความผิดอาญาและการลงโทษเป็นของแปลกมาตลอดจนกระทั่งเมื่อศตวรรษที่ผ่านมา



อนันต์ โกรเวอร์ (Anand Grover)

ทนายความอาวุโส กรรมการศาลสูงสุดของอินเดีย
คณะกรรมการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติด

อดีตผู้เสนอรายงานการประชุมพิเศษแห่งสหประชาชาติ
ว่าด้วยสิทธิต่อสุขภาพ (ปี ค.ศ. 2008-2014)

ศัพท์วิทยา (Terminology)

เพื่อวัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้ จึงใช้นิยามต่อไปนี้

วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง (Administrative or civil sanctions) หมายถึง บทลงโทษที่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษทางอาญา หรือประวัติอาชญากรรม ตัวอย่างรวมถึง ค่าเตือน การริบทรัพย์ และค่าปรับเป็นตัวเงิน (เป็นปริมาณเล็กน้อย) โดยทั่วไปเจตนาให้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครองมีลักษณะลงโทษน้อยกว่าวิธีการบังคับทางอาญา อย่างไรก็ตาม วิธีการบังคับเช่นนั้นที่บางประเทศในประเทศเอเชียกำหนดไว้เกี่ยวข้องกับการบังคับคุมขังประชาชนผู้เสพยาเสพติด

การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิด (Decriminalisation of drug use) หมายถึง การกำจัดหรือการไม่บังคับใช้บทลงโทษทางอาญาฐานเสพยาเสพติด และฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครอง มีอุปกรณ์การเสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพส่วนบุคคล การทำให้ไม่เป็นความผิดอาจเกี่ยวข้องกับการนำบทลงโทษทั้งหมดออกไป อีกทางหนึ่งคือ อาจกำหนดบทลงโทษทางแพ่งหรือทางปกครองแทนบทลงโทษทางอาญาหลังจากการทำให้ไม่เป็นความผิด หากทำเช่นนั้น บทลงโทษเหล่านี้ควรลงโทษน้อยกว่าที่กำหนดไว้ภายใต้การทำให้เป็นความผิดอาญา และทำให้เข้าถึงบริการด้านการลดอันตรายด้านสุขภาพและด้านสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) และใช้สิทธิมนุษยชนเป็นหลักโดยสมัครใจมากขึ้น¹

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (*de jure decriminalisation*)

นำบทลงโทษทางอาญาสำหรับกิจกรรมบางชนิดออกไปอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปทางกฎหมาย

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (*de facto decriminalisation*)

กิจกรรมบางชนิดยังคงเป็นความผิดทางอาญา แต่ไม่ใช้บทลงโทษทางอาญาในทางปฏิบัติ

การผันตัว (Diversion) หมายถึง มาตรการที่เป็นทางเลือกแทนวิธีการบังคับทางอาญาหรือการคุมขังสำหรับบุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาหรือในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดโดยเฉพาะความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) ที่ไม่ใช่ความรุนแรง มาตรการผันตัวสามารถนำไปปฏิบัติผ่านทางนโยบายโครงการและวิธีปฏิบัติที่มุ่งเป้าส่งต่อบุคคลไปรับการแทรกแซงทางสังคมและสุขภาพได้ เช่น การลดอันตราย การรักษาการติดยาเสพติด มากกว่าจะอยู่ใต้บังคับแห่งการจับกุม การคุมขัง การฟ้องคดี การพิพากษาของศาล และการจำคุก มาตรการผันตัวสามารถดำเนินการโดยตำรวจ (ก่อนหรือหลังการจับกุม), อัยการหรือผู้พิพากษา ก่อนหรือในเวลาที่พิพากษาก็ได้² มาตรการเช่นนี้อาจนำไปปฏิบัติในเขตอำนาจที่ได้ดำเนินการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัยหรือการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยไปปฏิบัติแล้วก็ได้ นอกจากนี้ยังอาจนำมาตรการไปปฏิบัติเมื่อไม่ได้ทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิด และประยุกต์ใช้อย่างจำเพาะเจาะจงกับผู้เสพหรือติดยาเสพติดซึ่งรวมถึงเมื่อกระทำความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) ที่ไม่ใช่ความรุนแรงด้วย

การติดยาเสพติด (Drug dependence) ยังคงเป็นแนวคิดหลักที่มีการคัดค้านอยู่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, WHO) นิยามว่าเป็น “ภาวะทางการแพทย์ที่กลับเป็นซ้ำ เรื้อรัง โดยมีพื้นฐานทางสรีรวิทยาและพันธุกรรม”³ อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางคนได้ปฏิเสธคำศัพท์ที่อธิบายว่าการติดยาเสพติดเป็นภาวะทางการแพทย์เนื่องจากอาจทำให้ประชาชนที่กักตักอย่างไม่ถูกต้องว่าการเสพยาเสพติดทั้งหมดเป็นความเจ็บป่วย องค์การสหประชาชาติรายงานว่าผู้เสพยาเสพติดเพียงประมาณ 10% เท่านั้นที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของตนและอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาการติดยาเสพติดโดยสมัครใจแบบมีหลักฐานเชิงประจักษ์⁴

เพื่อวัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้ การติดยาเสพติดหมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่รวมถึงความปรารถนาเสพยาเสพติดอย่างแรงกล้า ความยากลำบากในการควบคุมการเสพ และการเสพยาต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาทางกาย จิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด การติดยาเสพติดมักมีลักษณะเฉพาะได้แก่ การทนยาเสพติดเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา และกลุ่มอาการขาดยาเสพติดหากหยุดการเสพยาอย่างกะทันหัน

การรักษาการติดยาเสพติด (Drug dependence treatment) หมายถึง การแทรกแซงต่าง ๆ ทั้งทางการแพทย์และจิตสังคมที่สนับสนุนให้บุคคลผู้มีปัญหากับการเสพยาเสพติดของตนทำให้การเสพยาอยู่ตัวคงที่หรือทำให้ได้การควบคุมการเสพคืนมา หรือพยายามงดเสพ ความซับซ้อนของการติดยาเสพติดเป็นไปในลักษณะที่จำเป็นต้องปรับแต่งการตอบสนองสถานการณ์และความเข้มของการรักษาให้เหมาะกับแต่ละบุคคล ควรมี

รายการบริการที่ครบถ้วนเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะ ความต้องการ
จำเป็น ความชอบและสถานการณ์ที่แตกต่างกันไปของแต่ละบุคคลที่ประสงค์
จะเข้ารับการรักษ า เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ นักบำบัดหรือผู้ประกอบวิชาชีพ
อื่นๆ ที่ฝึกอบรมอย่างเหมาะสมควรเป็นผู้ให้การรักษ าโดยมีเป้าหมายเป็น
การทำให้การทำหน้าที่ในเชิงสุขภาพและสังคมของบุคคลดีขึ้น⁵ วัตถุประสงค์
ของการรักษาคือ เพื่อทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถใช้วิถีดำเนินชีวิตที่ดีต่อ
สุขภาพและสร้างสรรค์ต่อสังคมได้ สิ่งสำคัญคือ การแยกความแตกต่าง
ของน ิยามการรักษ าการติดยาเสพติดนี้กับการคุมขังในศูนย์บังคับบำบัด
รักษาผู้ ใ้ยาเสพติด (Compulsory centre for drug users, CCDU)
ซึ่งหมายถึงการส่งบุคคลไปยังสถานที่ปิดโดยปราศจากการประเมิ นทาง
การแพทย์หรือคำยินยอมหลังจากได้รับทราบข้อมูล ซึ่งโดยทั่วไป “การรักษ า”
ไม่ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเน้นวินัยทางกายหรือทางศาสนาหรือ
การบังคับใช้แรงงานแทน⁶

การลดอันตราย (Harm reduction) หมายถึง นโยบาย โครงการและ
วิธีปฏิบัติที่มุ่งเป้าลดผลอันไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ
ที่ตามมาจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ถูกกฎหมายและ
ผิดกฎหมายโดยไม่จำเป็นต้องลดการบริโภคยาเสพติด⁷ ตัวอย่างของวิธีการนี้
รวมถึงโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา (needle and syringe
programme, NSP) ซึ่งจัดหาอุปกรณ์ฉีดยาไว้เพื่อให้แก่ผู้ ใ้ยาเสพติดเพื่อลด
ความเสี่ยงต่อการส่งผ่านเชื้อเอชไอวีและตับอักเส บ และการบำบัดทดแทน
สารกลุ่มโอปิออยด์ (opioid substitution therapy, OST) ซึ่งทดแทนยาโอปิออยด์
ผิดกฎหมายด้วยยาเสพติดภายใต้การควบคุมดูแลทางการแพทย์ (เช่น
ยาเมทาโดน บูพรีนอร์ฟิน) มาตรการ เช่น โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและ

กระบอกฉีดยาและการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นส่วนหนึ่งของชุดการแทรกแซงเพื่อการป้องกัน การรักษาและการบริหารที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีที่เห็นพ้องกันทั่วโลกในหมู่ผู้ฉีดยาเสพติด และได้พิสูจน์ให้เห็นซ้ำแล้วซ้ำเล่าว่าช่วยทำให้การใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายคงที่และลดลง ทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดอาชญากรรม⁸

การทำให้ถูกกฎหมาย (Legalisation) เป็นกระบวนการซึ่งทำให้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งหมด (การเสพ การมีไว้ในครอบครอง การเพาะปลูก การผลิต การค้า ฯลฯ) กลายเป็นกิจกรรมถูกกฎหมาย ภายในกระบวนการนี้รัฐบาลอาจเลือกรับกฎหมายและนโยบายทางปกครองมาใช้ควบคุมการผลิต การกระจายและการเสพยาเสพติดโดยจำกัดการซื้อขายและการเข้าถึง กระบวนการนี้เรียกว่า **การควบคุมทางกฎหมาย (Legal regulation)**

การควบคุมทางกฎหมาย (Legal regulation) หมายถึง แบบจำลองที่ระบอบควบคุมทางกฎหมายมาจำกัดการเพาะปลูก การผลิต การขนส่ง และการขายยาเสพติดบางชนิด ระบอบนี้สามารถรวมถึงข้อบังคับว่าด้วยราคา ความแรง การบรรจุหีบห่อ การผลิต การส่งผ่าน การซื้อขาย การตลาด และ/หรือการเสพก็ได้โดยที่หน่วยงานรัฐเป็นผู้บังคับใช้ข้อบังคับทั้งหมดนี้

บทที่ 1

บทนำ (Introduction)

สรุปข้อความสำคัญๆ (Summary of key messages)

ในรายงานฉบับนี้ หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium, IDPC) เสนอข้อเสนอแนะที่อิงตามหลักฐานและตัวอย่างของวิธีปฏิบัติที่ดีเพื่อให้ข้อมูลแก่การเปลี่ยนการตอบสนองต่อการเสพติดในเชิงนโยบายในทวีปเอเชียให้ออกห่างจากการทำให้เป็นความผิดอาญาและการลงโทษ และเข้าหาสาธารณสุขและการลดอันตราย รายงานพรรณนาถึงวิธีการที่ได้ผลในการทำให้การเสพติดไม่เป็นความผิด นอกจากนี้ยังอภิปรายถึงวิธีการที่นำไปปฏิบัติในเอเชียที่ได้พิสูจน์แล้วว่าไม่ได้ผล เช่น การคุมขังผู้เสพติดในศูนย์บังคับพื้นฐานรูปแบบหนึ่งของ “การฟื้นฟู” (rehabilitation)

ปัจจัยต่อไปนี้นั้นเน้นไว้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายที่พยายามให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในแง่สิทธิด้านสุขภาพ สิทธิด้านความมั่นคง และสิทธิมนุษยชน:

- อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศที่มีอยู่แล้ว อนุญาตให้ทำให้การเสพติดไม่เป็นความผิดได้ การทำให้การเสพติด

ยาเสพติดไม่มีความผิดสามารถทำให้สำเร็จได้โดยการยกเลิกหรือการไม่บังคับใช้บทลงโทษทางอาญารฐานเสพยาเสพติด และฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครอง มีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพส่วนบุคคล

- การทำให้ไม่มีความผิดใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก และเป็นไปตามหลักการแห่งการลดอันตรายและการคืนผู้เสพกลับสู่สังคม
- แบบจำลองการทำให้ไม่มีความผิดอาจประยุกต์ใช้วิธีการบังคับทางปกครอง เช่น ค่าปรับเล็กน้อย ค่าเตือนหรือการส่งต่อไปรับบริการด้านการรักษาและด้านสังคมแทนวิธีการบังคับทางอาญา อย่างไรก็ตาม รายงานฉบับนี้เสนอแบบจำลองการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำให้ไม่มีความผิดซึ่งไม่ได้ใช้วิธีการบังคับใดเลยสำหรับการเสพหรือการใช้ยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในครอบครอง การมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพส่วนบุคคล

- การจัดลำดับความสำคัญในประเทศที่เคลื่อนไหวเข้าหาการทำให้ไม่
เป็นความผิดรวมถึง:
 - การเปลี่ยนสภาพจากการคุมขังผู้เสพยาเสพติดไว้ในศูนย์บังคับไป
เป็นบริการด้านการรักษา ด้านการลดอันตรายและด้านสังคมโดย
ใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจ
 - การเริ่มใช้กลไกสำหรับการฟื้นตัวผู้เสพยาเสพติดออกจากระบบ
งานยุติธรรมผ่านทางโครงการที่มีตำรวจ อัยการ ศาลหรือผู้ทำงาน
บริหารสุขภาพเป็นผู้นำไปปฏิบัติ ลักษณะที่ตำรวจฟื้นตัวบุคคล
ผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดหรือในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด
ระดับล่างที่ไม่ใช้ความรุนแรงนั้นอาจรวมถึงการตัดสินใจไม่กระทำการ
ใดต่อไป ออกคำเตือนหรือส่งต่อไปรับบริการทางสังคมและ/หรือ
สุขภาพก็ได้ การฟื้นตัวโดยตำรวจได้ผลในบริบทที่ตำรวจสามารถ
สร้างความไว้วางใจกับชุมชนของผู้เสพยาเสพติดได้ อัยการและ
ผู้พิพากษาสามารถนำโครงการฟื้นตัวไปปฏิบัติได้เช่นกันโดยศาล
เสนอการฟื้นตัวผู้เสพยาเสพติดที่ถูกจับกุมในคดีอุกฉกรรจ์กว่า
(มากกว่าการเสพยาเสพติดหรือการมีไว้ในครอบครองเพื่อการ
เสพส่วนบุคคลซึ่งขอแนะนำให้ดำเนินการฟื้นตัวในชั้นตำรวจหรือ
อัยการ)

บทที่ 4 ให้ข้อแนะนำแบบเบ็ดเสร็จไว้และระบุข้อพิจารณาในทางปฏิบัติ
สำหรับรัฐบาลที่พยายามนำการทำให้ไม่มีความผิดไปปฏิบัติ บทนั้น
เน้นความจำเป็นในการระดมความสนับสนุนสาธารณะในการทำให้ไม่
เป็นความผิดและความสำคัญของการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทั้งรัฐบาลและ

ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งรวมถึงชุมชนของผู้เสพยาเสพติด ผู้นำทางศาสนาผู้นำชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพทางกฎหมายและการแพทย์ และสื่อ

วัตถุประสงค์ของรายงาน (Objectives of the report)

- เพื่ออธิบายหลักการที่เสริมฐานรากให้แก่การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิด
- เพื่อให้ข้อแนะนำเพื่อการออกแบบและการนำแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดไปปฏิบัติโดยมุ่งเป้าที่ผู้เสพยาเสพติด
- เพื่อเสนอคำแนะนำว่าด้วยการผันตัวผู้เสพยาเสพติดออกจากระบบงานยุติธรรมเข้าสู่บริการด้านสุขภาพและสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) โดยอิงตามหลักการแห่งสิทธิด้านสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน
- เพื่อระบุบทบาทของหน่วยงานยุติธรรม หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานสุขภาพ หน่วยงานทางกฎหมายและหน่วยงานบริการทางสังคมในการนำการทำให้ไม่เป็นความผิดและการส่งต่อไปยังโครงการด้านสุขภาพและด้านสังคมไปปฏิบัติ

รายงานฉบับนี้เจตนาให้เป็นทรัพยากรสำหรับผู้วางนโยบาย ผู้บัญญัติกฎหมาย ชุมชนของผู้เสพยาเสพติดและองค์กรภาคประชาสังคมในทวีปเอเชีย เป้าหมายโดยรวมของรายงานคือ เพื่อเสนอคำแนะนำว่าด้วยขั้นตอน

ที่ประเทศสามารถชี้พัฒนานโยบายยาเสพติดที่บรรลุผลลัพธ์สาธารณะสูง
ที่ดีขึ้นได้โดยหันเหตัวเองออกไปจากการทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิด
และการลงโทษผู้เสพยาเสพติด รายงานยังกล่าวถึงการตอบสนองต่อ
ยาเสพติดในเชิงกฎหมายและเชิงนโยบายที่ไม่ได้ผลด้วย เช่น การคุมขัง
ผู้เสพยาเสพติดในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ไชยาเสพติด (compulsory centre
for drug users, CCDU), การบังคับทดสอบปัสสาวะ, การบังคับขึ้นทะเบียน
และมาตรการเชิงลงโทษอื่นๆ

รายงานไม่ได้กล่าวถึงการทำให้อุปทานยาเสพติดถูกกฎหมายหรือระบบ
เพื่อการควบคุมยาเสพติดทางกฎหมาย⁹

บทที่ 2

การทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิด (The decriminalisation of drug use)

2.1 ภูมิหลังในเรื่องการทำให้ไม่มีความผิด (Background on decriminalisation)

เพื่อวัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้ การทำให้ไม่มีความผิดหมายถึง การยกเลิกหรือการไม่บังคับใช้บทลงโทษทางอาญาสำหรับกิจกรรมบางชนิด การทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดหมายถึง การยกเลิกหรือการไม่บังคับใช้บทลงโทษทางอาญาฐานเสพยาเสพติด และฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครอง มีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และเพาะปลูกยาเสพติด เพื่อวัตถุประสงค์ในการเสฟส่วนบุคคล

การทำให้ไม่มีความผิดอาจเกี่ยวข้องกับการนำบทลงโทษทั้งหมดออกไปอีกทางหนึ่งคือ อาจกำหนดบทลงโทษทางแพ่งหรือทางปกครองแทนบทลงโทษทางอาญาหลังจากการทำให้ไม่มีความผิด หากทำเช่นนั้นแล้วบทลงโทษเหล่านี้ควรมีลักษณะลงโทษน้อยกว่าที่กำหนดไว้ภายใต้การทำให้เป็นความผิดอาญาและทำให้เข้าถึงบริการด้านการลดอันตราย ด้านสุขภาพและด้านสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) และใช้สิทธิมนุษยชนเป็นหลักโดยสมัครใจมากขึ้น¹⁰

ความสนับสนุนในระดับสูงเพื่อการทำให้ไม่มีความผิด (High-level support for decriminalisation)

บัน คีมุน ซึ่งเป็นเลขาธิการสหประชาชาติ (United Nations, UN) ได้สนับสนุนซ้ำแล้วซ้ำเล่าซึ่งการนำวิธีการบังคับทางอาญาสำหรับผู้เสพยาเสพติดออกไป เนื่องในโอกาสวันสากลต่อต้านการใช้ยาเสพติดในทางมิชอบและการค้ายาเสพติดผิดกฎหมาย (International Day Against Drug Abuse and Illegal

Trafficking) ค.ศ. 2015 เขาเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกแห่งสหประชาชาติ “พิจารณาทางเลือกอื่นๆ แทนการทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดอาญา และการคุมขังผู้เสพยาเสพติด และทุ่มเทความพยายามด้านงานยุติธรรม ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุปทาน เราควรเพิ่มความสนใจไปยังสาธารณสุข การป้องกัน การรักษาและการบริหาร ตลอดจนกลยุทธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมและวัฒนธรรม”¹¹

หน่วยงานแห่งสหประชาชาติจำนวนมากยังได้แถลงการณ์สนับสนุนการ ทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดด้วยซึ่งรวมถึงโครงการโรคเอดส์ แห่งสหประชาชาติ (Joint UN Programme on HIV/AIDS, UNAIDS),¹² โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UN Development Programme, UNDP)¹³, องค์การอนามัยโลก (WHO)¹⁴, สำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อ สิทธิมนุษยชน (Office of the High Commissioner on Human Rights, OHCHR)¹⁵ และองค์การเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (UN Women)¹⁶ รวมทั้งผู้เสนอรายงานการประชุมพิเศษแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิ ต่อสุขภาพ¹⁷

ในทำนองเดียวกัน ผู้อำนวยการบริหารของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วย ยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) กล่าวเมื่อปี ค.ศ. 2013 ว่าผู้เสพยาเสพติด “ไม่ควร [ถูก] ปฏิบัติ ในฐานะอาชญากร” และเมื่อ ค.ศ. 2015 ผู้แทนระดับภูมิภาคสำหรับ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วย ยาเสพติดและอาชญากรรมเรียกร้องให้เปลี่ยนจาก “วิธีการที่เน้นวิธีการบังคับ ไปเป็นวิธีการที่เน้นสุขภาพในการจัดการกับการเสพและการติดยาเสพติด”¹⁸

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board, INCB) ได้เน้นความจำเป็นต้องมีวิธีการที่ไม่ลงโทษการเสพยาเสพติดและทำให้อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติกระจางขึ้นเมื่อประธานคณะกรรมการนี้ประกาศเมื่อปี ค.ศ. 2015 ว่า:

สนธิสัญญาไม่ได้กำหนดให้มีการคุมขังผู้เสพยาเสพติด แต่ให้ทางเลือกอื่น ๆ แทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษผู้ที่ได้รับผลจากการใช้ยาเสพติดโดยมิชอบมากกว่าซึ่งรวมถึงการรักษา การให้ความรู้ บริการ หลังจากการบริโภค การฟื้นฟู และการกลับเข้าสู่สังคม การที่บางประเทศได้เลือกการคุมขังมากกว่าการรักษาถือเป็นการที่รัฐบาลปฏิเสธความยืดหยุ่นที่สนธิสัญญาบัญญัติไว้¹⁹

ชุดผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศและปัจเจกบุคคลผู้มีชื่อเสียงยังได้สนับสนุนการเรียกร้องให้มีการทำให้ไม่เกิดความผิดด้วยผ่านทางปัญญาจำนวนมาก (เช่น ปฏิญญาเวียนนา ค.ศ. 2010 ซึ่งเรียกร้องให้มีการทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดอันเนื่องมาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เพิ่มพูนขึ้นถึงผลอันตรายที่ตามมาจากการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดซึ่งรวมถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการทำให้ระบบสาธารณสุขอ่อนลงไปด้วย)²⁰

รายงานชิ้นสำคัญโดยคณะกรรมการสากลว่าด้วยนโยบายยาเสพติด (Global Commission on Drug Policy) ซึ่งจัดพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 2014 ยังแนะนำการทำให้การเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่มีความผิดด้วยร่วมกับการจัดหามาตรการลดอันตรายและมาตรการรักษาให้แก่ผู้ติดยาเสพติด²¹

กฎหมายระหว่างประเทศอนุญาตการทำให้ไม่เป็นความผิด (Decriminalisation permitted under international law)

อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ 3 ฉบับ ที่กำหนดรูปร่างนโยบายยาเสพติดทั่วโลก ได้แก่:

- อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด (Single Convention on Narcotic Drugs) แห่งปี ค.ศ. 1961 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972 (1972 Protocol)²²
- อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (UN Convention on Psychotropic Substances) แห่งปี ค.ศ. 1971²³ และ
- อนุสัญญาเดี่ยวต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติ (UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) แห่งปี ค.ศ. 1988²⁴

มีความเข้าใจผิดที่ยึดถือกันบ่อยๆ ในบรรดาผู้วางนโยบายว่า อนุสัญญาเหล่านี้กำหนดให้ประเทศภาคีสมาชิกทำให้การเสพยาเสพติดและการมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดอาญา ที่จริงแล้วไม่มีพันธกรณีที่จำเพาะเจาะจงในอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติให้ทำให้การเสพยาเสพติดในตัวเองเป็นความผิด สนธิสัญญาไม่ได้ผูกมัดให้ประเทศกำหนดการลงโทษใด (ทางอาญาหรือทางปกครอง) ฐานเสพยาเสพติด²⁵ ในทางตรงกันข้าม คำปรารภของอนุสัญญาเหล่านี้กำหนดให้ “สุขภาพและสวัสดิภาพ (health and welfare)” เป็นข้อกังวลยิ่งยวด

**และประธานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ
เพื่อยืนยันว่าอนุสัญญายอมรับว่า: “ประเด็นยาเสพติดเป็นเรื่อง
ของสุขภาพและสวัสดิภาพของสาธารณชนและปัจเจกบุคคล”²⁶**

อนุสัญญายังให้ความยืดหยุ่นในส่วนที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางกฎหมายต่อการมียาเสพติดไว้ในครอบครองอย่างผิดกฎหมายเพื่อการเสพส่วนบุคคลด้วย อนุสัญญา ค.ศ. 1988 กำหนดให้ประเทศกำหนดให้การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดโดยอยู่ใต้บังคับแห่งคำเตือนว่าประเทศสามารถเลือกกรอบทางกฎหมายเพื่อการควบคุมยาเสพติดได้โดยอิงตาม “หลักการตามรัฐธรรมนูญและแนวคิดหลักพื้นฐานของระบบกฎหมายของตนเอง” ซึ่งหมายความว่าประเทศสามารถเลือกออกจากข้อกำหนดให้ทำให้การมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดได้หากจะไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ (เช่น อิงตามข้อพิจารณาด้านสิทธิมนุษยชน) หรือขัดกับระบบกฎหมาย อนุสัญญา ค.ศ. 1988 กล่าวเพิ่มเติมว่า:

ภาคีจัดหามาตรการเพื่อการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากการบริโภค การฟื้นฟู หรือการกลับเข้าสู่สังคมสำหรับผู้กระทำ ความผิดก็ได้ในฐานะทางเลือกอื่นแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษ หรือเพิ่มเติมจากการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษ²⁷

เพราะฉะนั้น อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดระหว่างประเทศจึงอนุญาต การทำให้การเสพยาเสพติดและการมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล ไม่เป็นความผิด ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องข้อผูกมัดภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศมีอยู่ในภาคผนวกที่ 1

ความสนับสนุนให้ยับยั้งจากการลงโทษนั้นมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังไม่ใช้ในทวีปเอเชีย (Growing support for shifting away from punishment – but not yet in Asia)

อย่างน้อย 25 ประเทศทั่วโลกได้รับกฎหมาย นโยบายหรือมาตรการอื่นๆ เพื่อให้การเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิดมาใช่แล้ว ซึ่งรวมถึงประเทศในทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ ละตินอเมริกา แอฟริกาใต้และโอเชียเนีย²⁸ ประเทศเหล่านี้จำนวนมากได้ทดแทนวิธีการบังคับทางอาญาด้วยการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพและสังคม หรือบทลงโทษทางปกครอง เช่น ค่าปรับเล็กน้อย บางประเทศได้นำบทลงโทษทั้งหมดฐานมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองออกไปแล้ว²⁹

อย่างไรก็ตาม นโยบายและกลยุทธ์ควบคุมยาเสพติดระดับชาติในทวีปเอเชีย ยังคงเน้นการบังคับใช้กฎหมายและการลดอุปทานอย่างเข้มแข็ง และกำหนดการคุมขังและการจำคุกเป็นวิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลต่อไป ภูมิภาคยังคงบทลงโทษรุนแรงที่สุดสำหรับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไว้ซึ่งรวมถึงการลงโทษประหารชีวิตสำหรับการค้ายาเสพติดซึ่งบางประเทศกำหนดไว้เป็นคำพิพากษาบังคับ³⁰ แม้ว่าประเทศจำนวนมากในเอเชียเริ่มใช้กลไกทางกฎหมายบังคับให้บุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดไปเข้ารับการรักษาและ “การฟื้นฟู” (รวมถึงศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดที่มักเรียกเป็นศูนย์ “ฟื้นฟู” ดูหัวข้อที่ 2.6) แต่ไม่มีประเทศใดในภูมิภาคที่พยายามนำวิธีการบังคับทั้งหมดสำหรับการเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ใน

ครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลออกไป นอกจากนี้ หลายประเทศดำเนินปฏิบัติการทางตำรวจเพื่อก่อวินหรือจับกุมผู้เสพ,³¹ นำการบังคับทดสอบปัสสาวะไปปฏิบัติ และกำหนดบังคับให้ผู้เสพยาเสพติดขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานความมั่นคงหรือหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย³² บางประเทศยังกำหนดการลงโทษทางร่างกายเป็นบทลงโทษฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครองด้วยแม้แต่เมื่อการครอบครองเป็นไปเพื่อการเสพส่วนบุคคล (เช่น การตีด้วยไม้เรียวหรือการเขียนด้วยเส้นในประเทศบรูไน มาเลเซีย และสิงคโปร์)³³ บางประเทศยังทำให้การมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง เช่น เข็มและกระบอกฉีดยาเป็นความผิดอาญาด้วย (เช่น บรูไน สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์)³⁴

ผู้วางนโยบายในทวีปเอเชียพยายามให้เหตุผลว่ามาตรการเข้มงวดเหล่านี้จำเป็นเพื่อกวาดล้างการค้ายาเสพติดผิดกฎหมายดังที่ปฏิญญาทางการเมืองและแผนการปฏิบัติในเรื่องปัญหายาเสพติดโลกแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. 2009 (2009 UN Political Declaration and Plan of Action on the World Drug Problem) เรียกร้องไว้³⁵ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังระบุให้การกวาดล้างอุปสงค์อุปทานเป็นหัวใจสำคัญในการบรรลู่ข้อผูกมัดที่ให้ไว้เมื่อ ค.ศ. 1998 ในการทำให้เกิด “ประชาคมอาเซียนปลอดยาเสพติดภายใน ค.ศ. 2020” (a drug-free ASEAN by 2020) ด้วยโดยเลื่อนเส้นตายขึ้นมาเป็น ค.ศ. 2015 เมื่อ ค.ศ. 2000³⁶ นโยบายยาเสพติดแห่งชาติได้เชิดชูเป้าหมายของการกวาดล้างยาเสพติดทั้งหมดในประเทศจำนวนมากในภูมิภาค เช่น ประเทศอินโดนีเซีย ลาว พม่า³⁷ ที่ล่ำกว่านั้นคือ ผู้วางนโยบายในประเทศอินเดียและศรีลังกาได้นำข้อความคล้ายกันมาใช้³⁸

หลักฐานจากประเทศในทวีปเอเชียและรอบโลกแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลล้มเหลวที่จะบรรลุเป้าหมายปลอดยาเสพติดได้อย่างชัดเจน³⁹ การไล่ตามเป้าหมายเช่นนั้นได้นำไปสู่การลงทุนในการแทรกแซงการบังคับใช้กฎหมายและการแทรกแซงงานยุติธรรมอย่างไม่ได้สัดส่วนโดยสาธารณสุขเป็นผู้เสียหายซึ่งผู้เสพยาเสพติดแบกรับผลกระทบรุนแรงที่สุด ในบริบทนี้สิ่งสำคัญยิ่งคือ นโยบายยาเสพติดต้องถ่วงดุลความมั่นคง สุขภาพและการลดอันตรายให้ดี และไม่พึ่งพาการทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดและการลงโทษผู้เสพยาเสพติด

ภายในทวีปเอเชีย ขณะนี้ผู้นำทางการเมืองและผู้นำชุมชนบางคนเริ่มรับทราบการไม่ได้ผลของการไล่ตามเป้าหมายการกวาดล้างยาเสพติดอันไม่อยู่ในโลกแห่งความจริงแล้ว เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมของประเทศไทยบอกผู้ฟังเมื่อปี ค.ศ. 2015 ว่าการกวาดล้างยาเสพติดทั้งหมดเป็นเป้าหมายเชิงนโยบายที่ได้ผลตรงกันข้ามซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการฉ้อราษฎร์บังหลวงของตำรวจอย่างเป็นระบบและการมีผู้กระทำความผิดที่ไม่ใช้ความรุนแรงอยู่เต็มในเรือนจำ⁴⁰ รองนายกรัฐมนตรีของประเทศมาเลเซียยอมรับ ณ การประชุมรัฐมนตรีแห่งประชาคมอาเซียนในเรื่องยาเสพติดครั้งที่ 4 (ค.ศ. 2015) ว่าอาเซียนไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ค.ศ. 2015 ในการกวาดล้างยาเสพติดโดยสิ้นเชิงซึ่งเขาพรรณนาว่าเป็น “ภาพลวงตา” (an illusion)⁴¹

แม้กระนั้น ขณะนี้แม้ว่ารัฐบาลส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียอาจยอมรับว่า

การเสพยาเสพติดมีมิติด้านสาธารณสุข แต่ยังคงมองเห็นเป็นประเด็นด้านความมั่นคงสาธารณะเป็นหลัก ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงลงมือในการดำเนินการตัดสินใจที่จำเป็นเพื่อขยับตัวออกไปจากการทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดและการลงโทษผู้เสพยาเสพติด ยิ่งไปกว่านั้น มีการขาดความเข้าใจลักษณะของการปฏิรูปทางกฎหมายและทางนโยบายที่จำเป็นในการจัดตั้งกระบวนการที่เน้นสุขภาพขึ้นมาใหม่ที่รับประกันการเข้าถึงบริการรักษาและบริการลดอันตรายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์โดยสมัครใจ ขณะที่ประเทศเอเชียมีโอกาสสูงที่จะเผชิญความท้าทายในการนำไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญในการเปลี่ยนสภาพจากการทำให้เป็นความผิดไปเป็นวิธีการสาธารณสุขที่ยั่งยืนขึ้น (รวมถึงความกีดกันทางการเมืองให้รักษาวิธีการความทนเป็นศูนย์ (zero-tolerance) อย่างแข็งแกร่งกับยาเสพติดไว้) ความสนับสนุนจากสาธารณะต่อทิศทางนโยบายใหม่ๆ จะสำคัญยิ่งต้องอาศัยความพยายามในการปิดเป่าความกลัวว่าการทำให้ไม่เป็นความผิดจะนำไปสู่การยกระดับการเสพติดและอาชญากรรมเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจต้องอาศัยการนำสื่อเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการทำให้เป็นความผิด และประโยชน์ด้านสาธารณสุขและความมั่นคงจากการทำให้ไม่เป็นความผิดดังที่เห็นได้จากประสบการณ์ทั่วโลก (ดูข้อเสนอแนะในเรื่องขั้นตอนในทางปฏิบัติเพื่อนำการทำให้ไม่เป็นความผิดไปปฏิบัติในภาคผนวกที่ 2)

พลซังลบที่ตามมาจากกาทำให้การเสพยาเสพติดเป็นความผิด และการลงโทษการเสพยาเสพติดในทวีปเอเชีย (The negative consequences of criminalising and punishing drug use in Asia)

กาทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดในทวีปเอเชียและที่อื่นใดในโลก ไม่สามารถยับยั้งการเสพยาเสพติดได้ ไม่มีหลักฐานว่าการเพิ่มความโหด ในการบังคับใช้กฎหมายหรือความรุนแรงของการลงโทษส่งผลให้ความชุก ของการเสพยาเสพติดลดลงอย่างมีความหมาย⁴² ข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้ เห็นว่าประเทศที่กำหนดโทษรุนแรงฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครองและเสพยาเสพติดไม่ได้มีโอกาสนับยังการเสพยาเสพติดสูงกว่าประเทศที่กำหนด วิธีการบังคับที่รุนแรงน้อยกว่า⁴³

นอกจากไม่ได้ผลแล้วกาทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดทั่วยุโรปเอเชีย ส่งผลให้เกิดอันตรายยิ่งยวดต่อปัจเจกบุคคลและสังคม

ประการแรก กรอบทางกฎหมายเชิงลงโทษได้อ้างหลักฐานบนความเชื่อว่า การเสพยาเสพติดเป็น **“ปิตาจสังคม” (social evil)** หรือ **“การล้มเหลว ทางศีลธรรม” (moral failing)** ซึ่งร่วมเป็นภัยคุกคามจากตลาดยาเสพติด ต่อ **“โครงสร้างสังคมของชาติ” (social fabric of nation)** และ **“เสถียรภาพ ของรัฐ” (stability of state)**⁴⁴ แทนที่จะมีรากฐานอยู่บนความเข้าใจทาง วิทยาศาสตร์เกี่ยวกับยาเสพติด การเสพยาเสพติดและการติดยาเสพติด⁴⁵ ซึ่งได้ร่วมทำให้เกิดตราบาปและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดอย่างมากโดยยับยั้งผู้เสพยาเสพติดไม่ให้เข้าถึงบริการด้าน สุขภาพและสังคมที่จำเป็นๆ เช่น การลดอันตรายตลอดจนที่อยู่อาศัย กาให้ ความรู้และการจ้างงาน ซึ่งทำให้ความเป็นคนชายขอบสังคมยิ่งรุนแรงขึ้น

ตารางที่ 1 ความชุกของเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้ฉีดยาเสพติดในทวีปเอเชีย^{46*}

ประเทศ	จำนวนผู้ฉีดยาเสพติด (ค่าประมาณ)	ความชุกของเชื้อเอชไอวี ในหมู่ผู้ใหญ่ที่ฉีดยาเสพติด (%)
ฟิลิปปินส์	14,000	44.9
อินโดนีเซีย	74,326	36.4
ปากีสถาน	104,848	27.2
กัมพูชา	1,300	24.8
พม่า	83,000	23.1
ไทย	40,300	19
มาเลเซีย	170,000	16.6 (ชาย)
เวียดนาม	271,506	10.5 (ชาย)
อินเดีย	177,000	7.2
เนปาล	52,174	6.3 (ชาย)
จีน	2,170,000	6
อัฟกานิสถาน	36,000	4.4 (ชาย)
สิงคโปร์	10,000 – 20,000	1.5
บังคลาเทศ	23,800	1.1
ศรีลังกา	423	0

* อัตราความชุกของเชื้อเอชไอวีในหมู่ผู้ฉีดยาเสพติดในบางเมืองสูงกว่าอัตราความชุกระดับชาติอย่างมีนัยสำคัญ เช่น 56% ในกรุงจาการ์ตา (ประเทศอินโดนีเซีย), 18.3% ในกรุงนิวเดลี (ประเทศอินเดีย), 15.7% ในเมืองฮาร์ต (ประเทศอัฟกานิสถาน) ไม่ทราบอัตราความชุกของเอชไอวีในหมู่ผู้ฉีดยาเสพติดสำหรับประเทศภูฏาน บรูไน ญีปุ่น ลาว และเกาหลีใต้

ประการที่ 2 การทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดรวมทั้งข้อจำกัดทางกฎหมายในเรื่องการกระจายเข็มและกระบอกฉีดยา และการจัดการการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ ได้เติมเชื้อเพลิงให้ระดับการระบาดของเชื้อเอชไอวีของทวีปเอเชียเพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 1) บริบทที่ทำให้การเสพยาเสพติดเป็นความผิดนั้นยับยั้งไม่ให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงบริการสุขภาพที่อาจต้องการ และคนเหล่านี้มีโอกาสนสูงขึ้นที่จะใช้ยาเสพติดในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย คนเหล่านี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการฉีดยาเสพติดแบบความเสี่ยงสูงกว่าเร่ร่อน ซึ่งรวมถึงการแบ่งปันกันใช้อุปกรณ์ฉีด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและอื่นๆ ภาวะขนาดยาเสพติดเกิน และการบาดเจ็บอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับวิธีปฏิบัติในการฉีดยาเสพติดที่ไม่ปลอดภัย

ประเทศส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียจัดการการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์และ/หรือโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาซึ่งเป็นการแทรกแซงเพื่อลดอันตรายที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันไวรัสเอชไอวีและไวรัสที่ติดต่อทางเลือดชนิดอื่นๆ (ดูรูปที่ 1) อย่างไรก็ตาม ความสามารถที่ผู้ฉีดยาเสพติดจะเข้าถึงการแทรกแซงเพื่อลดอันตรายเหล่านี้ที่วภูมิภาคนั้นไม่ดีพอ⁴⁷

ประการที่ 3 ในบริบทที่ทำให้เป็นความผิดพบบ่อยว่าบุคลากรผู้บังคับใช้กฎหมายกระทำความผิดโดยใช้อำนาจโดยมิชอบต่อผู้เสพยาเสพติด⁴⁸ การใช้อำนาจโดยมิชอบเหล่านี้รวมถึงการกรรโชกและการล่อให้ติดกับโดยเจ้าหน้าที่ ความรุนแรง และการก่อกวน การใช้อำนาจโดยมิชอบของตำรวจบ่อยๆ นั้นผลักดันให้ผู้เสพยาเสพติดไกลออกไปจากบริการด้านสุขภาพและด้านการดูแลสุขภาพสังคมที่ช่วยชีวิตได้⁴⁹

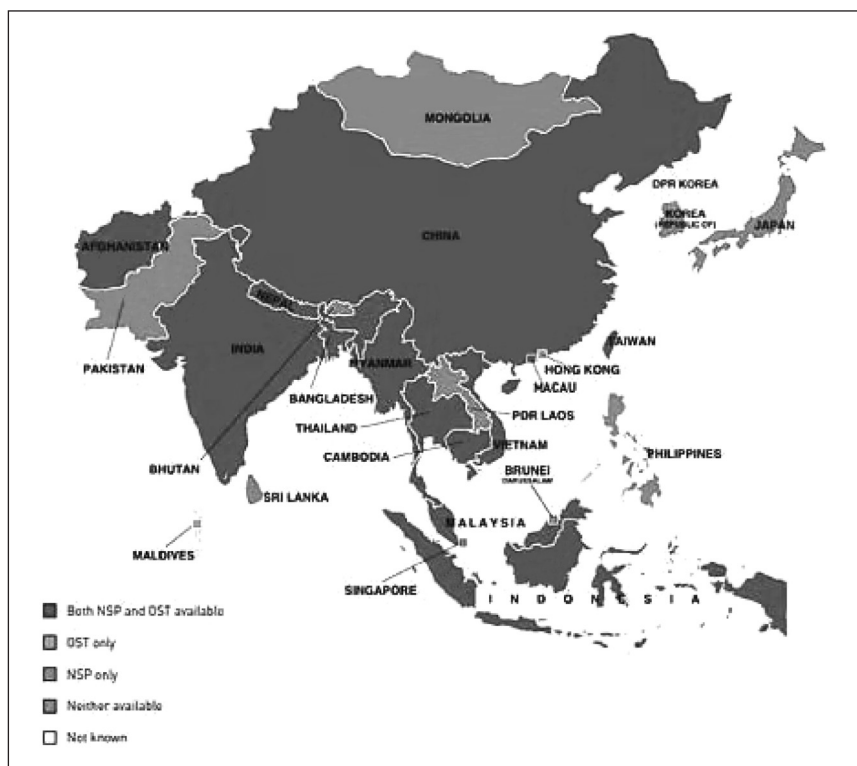
ยิ่งไปกว่านั้น การทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดได้เพิ่มประชากรในเรือนจำขึ้นซึ่งสร้างความกดดันเพิ่มเติมให้แก่งบประมาณรัฐบาล สัดส่วนขนาดใหญ่ของประชากรในเรือนจำระดับชาติในหลายประเทศประกอบด้วยบุคคลที่ถูกคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาลหรือผู้ถูกจำคุกฐานเสพยาเสพติดหรือในความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติด ประเมินการณ์ว่า สัดส่วนของประชากรในเรือนจำผู้ถูกคุมขังในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอยู่ที่ 60% ในประเทศอินโดนีเซีย,⁵⁰ 50% ในประเทศฟิลิปปินส์,⁵¹ 64% ในประเทศไทย⁵² และ 70% ในประเทศพม่า⁵⁵ อัตราการคุมขังที่สูงๆ และการอยู่อย่างแออัดที่เป็นผลตามมากำลังก่อให้เกิดวิกฤตในระบบงานยุติธรรมในบางกรณี อาคารเรือนจำที่อยู่อย่างแออัดยังเป็นสิ่งแวดล้อมความเสี่ยงสูงสำหรับการส่งผ่านเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบบีและวัณโรคด้วย โดยมีนัยสาธารณะสุขสำหรับทั้งชุมชน⁵⁶

กรอบที่ 1 ประเทศเวียดนาม: นโยบายริเริ่มสำหรับผู้เพาะปลูกยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในการยังชีพ

ประเทศเวียดนามเป็นตัวอย่างการดำเนินการของตำรวจที่ยึดหยุ่นกับการเพาะปลูกยาเสพติด การเพาะปลูกพืชที่มุ่งเข้าสู่ตลาดยาเสพติดผิดกฎหมายยังคงเป็นความผิดในประเทศ อย่างไรก็ตาม การเพาะปลูกดอกฝิ่นมีประวัติศาสตร์อันยาวนานในหมู่ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ของเวียดนาม เพราะฉะนั้น กฎหมายจึงลดหย่อนโทษแก่เกษตรกร โดยกำหนดความรับผิดชอบทางอาญาเฉพาะกับบุคคลผู้หวนกลับไปเพาะปลูกหลังจากอยู่ใต้บังคับ

แห่งมาตรการไม่ควบคุมตัวหลายมาตรการซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ ความสนับสนุนทางการเงินและทางเทคนิคเพื่อการเพาะปลูกพืชทางเลือก และค่าปรับหรือค่าเตือน ต้องมีบันทึกวิธีการบังคับทางปกครองมาก่อนหน้าก่อนพิพากษาลงโทษเกษตรกรว่ามีความผิดและสั่งจำคุก⁵³

รูปที่ 1 แผนที่การมีโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาและการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ในทวีปเอเชีย⁵⁴



ประการสุดท้าย การทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดทำให้ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ต่างๆ สูงขึ้นในด้านความมั่นคงของมนุษย์ รัฐบาลลงทุนทรัพยากรทางการเงินและมนุษย์อย่างมีนัยสำคัญไปกับการดำเนินการของตำรวจ การฟ้องคดีและการจำคุกผู้กระทำความผิดระดับล่างๆ มากกว่ามุ่งความสนใจไปยังปฏิบัติการค้ายาเสพติดระดับสูงๆ และองค์กรอาชญากรรม การนำบทลงโทษทางอาญาที่ใช้กับผู้เสพยาเสพติดออกไปคงทำให้มีทรัพยากรสำหรับลงทุนมากขึ้นกับการลดความรุนแรง การฉ้อราษฎร์บังหลวง และการฟอกเงินที่เกี่ยวข้องกับอุปทานยาเสพติดผิดกฎหมาย

การทำให้ความผิดเกี่ยวกับยาลักษณะอื่นๆ ไม่เป็นความผิด: การเพาะปลูกเพื่อวัตถุประสงค์ในการยังชีพ (Decriminalising other drug offences: cultivation for subsistence purposes)

ในขณะที่ความสนใจหลักของรายงานฉบับนี้อยู่ที่การทำให้ผู้เสพยาเสพติดไม่มีความผิด แต่ควรหมายเหตุไว้ว่ายังมีข้อโต้แย้งด้านสิทธิมนุษยชนอย่างมากที่ต้องการให้ด้านอื่นๆ ของตลาดยาเสพติดผิดกฎหมายไม่มีความผิดด้วย

เช่น กรอบทางกฎหมายที่มีอยู่แล้วกำหนดการลงโทษแรงแก่เกษตรกรผู้ยังชีพรายย่อยๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกพืชผลที่มุ่งไปสู่ตลาดยาเสพติด โดยทั่วไปปัจเจกบุคคลเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกพืชผลผิดกฎหมายเพื่อซื้ออาหาร เสื้อผ้า และเพื่อเข้าถึงสุขภาพและการศึกษาพื้นฐาน โดยเป็นกรณีที่เกิดขึ้นจริงในทวีปเอเชียซึ่งการเพาะปลูกฝิ่นเชื่อมโยงกับความยากจนอย่างมาก คราวเรือนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการเพาะปลูกฝิ่นในบริเวณ

“สามเหลี่ยมทองคำ” (Golden Triangle) ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นเกษตรกรผู้ยังชีพที่ยากจนจากประชากรชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ใน บริเวณภูเขาอันห่างไกล เกษตรกรเหล่านี้ปลูกฝิ่นเป็นพืชผลที่ให้เงินสดมา แก้ปัญหาความไม่มั่นคงด้านอาหาร และจ่ายค่าสุขภาพและการศึกษา (ฝิ่นยังใช้เป็นยาแผนโบราณด้วย)⁵⁷ การทำให้เกษตรกรผู้ยังชีพมีความผิ ดทำให้สถานการณ์ความยากจนและความสูญเสียรุนแรงขึ้นโดยปราศจาก การพยายามแก้สาเหตุรากเหง้าที่เกษตรกรเข้าไปเกี่ยวข้องกับตลาด ผิดกฎหมายหรือเสนอทางเลือกอื่นๆ ทางกฎหมายเพื่อการดำรงชีวิตให้

2.2 หลักการสำคัญๆ ในการทำให้ไม่เป็นความผิด (The key principles of decriminalisation)

ทั่วโลกได้พัฒนาแบบจำลองที่แตกต่างกันในการทำให้ไม่เป็นความผิดขึ้นมาแล้ว⁵⁸ วิธีการทำให้ไม่เป็นความผิดสามารถบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความมั่นคงและสังคมในเชิงบวกได้หาก**มีหลักฐานเชิงประจักษ์**และมีมูลฐานอยู่ในหลักการแห่ง**สาธารณสุข การลดอันตราย สิทธิมนุษยชน และความครอบคลุมทางสังคม**

หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based)

นโยบายยาเสพติดควรอิงตามหลักฐานหนักแน่นที่สุดที่มีอยู่ รัฐบาลควรอิงการตัดสินใจตามการประเมินหลักฐานของผลกระทบของกฎหมาย นโยบาย และวิธีปฏิบัติแบบวัตถุวิสัย (objective) โดยพิจารณาปัจจัย เช่น:

- ค่าใช้จ่ายสัมพัทธ์และความมีประสิทธิผลคุ้มราคาของวิธีการที่แตกต่างกันในการควบคุมยาเสพติด
- การแยกความแตกต่างระหว่างความจำเป็นของผู้ติดยาเสพติดกับผู้ที่ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราวหรือเพื่อผ่อนคลาย สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมได้รายงานไว้ว่า เพียงประมาณ 10% ของผู้เสพยาเสพติดเท่านั้นที่เกิดการติดยาเสพติด⁵⁹ ผลคือ ผู้เสพยาเสพติดเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่อาจจำเป็นต้องได้รับและได้ประโยชน์จากการรักษาการติดยาเสพติด

- ความจำเป็นในการเสนอทางเลือกในการรักษาการติดยาเสพติดต่างๆ ซึ่งรวมถึงการล้างพิษ การฟื้นฟู การบริหารทางจิตวิทยา และความสนับสนุนจากคนระดับเดียวกัน หลักฐานแสดงให้เห็นว่าต้องปรับแต่งการรักษาและการบริหารให้เหมาะกับแต่ละสถานการณ์ และนำผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมของยาเสพติดที่แตกต่างกันมาพิจารณา มากกว่ากำหนด “นิยามสากลหนึ่งเดียวสำหรับทุกสถานการณ์หรือยาทุกชนิด” (one-size-fits-all approach)⁶⁰ ดังที่หัวข้อที่ 2.6 อธิบายไว้นั้น ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดไม่ได้เป็นรูปแบบการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพราะฉะนั้นจึงควรเลิกไป

สาธารณสุขกับการลดอันตราย (Public health and harm reduction)

การลดอันตราย หมายถึง “นโยบาย โครงการและวิธีปฏิบัติที่มุ่งเป้าลดผลอันไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจที่ตามมาจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททั้งที่ถูกรัฐกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นหลัก โดยไม่จำเป็นต้องลดการเสพยาเสพติด”⁶¹ การลดอันตรายเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ต่อผู้เสพยาเสพติด ครอบครัว และชุมชน

ควรมองการทำให้ไม่เกิดความผิดเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการลดอันตราย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการจัดการแทรกแซงด้านสาธารณสุขให้แก่ผู้เสพยาเสพติด เมื่อปี ค.ศ. 2009 นั้นองค์การอนามัยโลก สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม

และโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติแนะนำชุดเบ็ดเสร็จที่ประกอบด้วยการแทรกแซงเพื่อลดอันตราย 9 ประการ ที่อิงตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในเรื่องประสิทธิผลในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีนอกเหนือจากลดอันตรายอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการเสพยาเสพติด⁶² องค์การอนามัยโลกรับรองการแทรกแซง 9 ประการนี้ไว้ในประมวลแนวทางที่เผยแพร่เมื่อ ค.ศ. 2014 ซึ่งแนะนำการนำมาตรการป้องกันภาวะขนาดยาเสพติดเกินไปปฏิบัติเพิ่มเติม:⁶³

1. โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา
2. การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์และการรักษาการติดยาเสพติดชนิดอื่น
3. การทดสอบและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี
4. การบำบัดด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
5. การป้องกันและการรักษาการติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. การกระจายถุงยางอนามัย
7. ข้อมูล การให้ความรู้และการสื่อสารแบบมุ่งเป้า
8. การให้วัคซีน การวินิจฉัยและการรักษาตับอักเสบจากไวรัส
9. การป้องกัน การวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค

พันธมิตรเอชไอวี/เอดส์ระหว่างประเทศ ได้ขยายชุดนี้ให้รวมถึงต่อไปนี้ได้ด้วย: บริการสุขภาพพื้นฐาน (รวมถึงการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะขนาดยาเสพติดเกิน), บริการเพื่อผู้ติดยาเสพติดหรือเสพยาในเรือนจำหรือในการคุมขัง, การแก้ต่าง, ความสนับสนุนทางจิตสังคม, การเข้าถึงบริการด้านยุติธรรมและด้านกฎหมาย, โครงการเด็กและเยาวชน และการพัฒนา

ความเป็นอยู่หรือการเสริมความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจ⁶⁴ หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (IDPC) ยังเสนอชุดการแทรกแซงเพื่อลดอันตรายเพิ่มเติมด้วยซึ่งรวมถึง: บริการตรวจสอบยา การกระจายอุปกรณ์การสูบ สถานอำนวยความสะดวกในการเสพยาเสพติดแบบมีการควบคุมดูแล ตลอดจนบริการสนับสนุนทางสังคม (ซึ่งอาจรวมถึงบริการที่อยู่อาศัย ที่พัก และการจ้างงาน)⁶⁵ **เครือข่ายลดอันตรายระหว่างประเทศ (Harm Reduction International) เพิ่งพัฒนา** **มาตรการเพิ่มเติมที่มุ่งเป้าไปยังการลดอันตรายจากการใช้** **สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนอย่างจำเพาะเจาะจง**⁶⁶

ประโยชน์ด้านสุขภาพของการลดอันตรายรวมถึงการลดความเจ็บไข้ได้ป่วยและการเสียชีวิตโดยป้องกันการส่งผ่านเชื้อเอชไอวีและไวรัสที่ติดต่อทางเลือดชนิดอื่นๆ, ลดการเสียชีวิตจากภาวะยาเสพติดเกินขนาด และเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพซึ่งรวมถึงบริการรักษาการติดยาเสพติดด้วยการแทรกแซงเพื่อลดอันตราย เช่น โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาและการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์นั้นพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพคุ้มค่าเมื่อเพิ่มขนาดขึ้นเป็นระดับชาติโดยงบประมาณสุขภาพแห่งชาติประหยัดเงินได้อย่างมีนัยสำคัญ (ดูการวิเคราะห์ผลตอบแทนการลงทุนกับโครงการลดอันตรายในประเทศมาเลเซียและจีนเป็นตัวอย่าง)⁶⁷

กรอบที่ 2 การให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ามามีส่วนในการ พัฒนานโยบาย

เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดแห่งเอเชีย (Asian Network of People who Use Drugs, ANPUD) เป็นเครือข่ายระดับภูมิภาคที่ปฏิบัติการในระดับรากหญ้าและได้เรียกร้องให้เกิดการทำให้ไม่เกิดความผิดอย่างเข้มแข็ง⁶⁸ เครือข่ายนี้ได้เรียกร้องให้รัฐบาล องค์การสหประชาชาติและหน่วยงานผู้บริจาคส่งเสริม อำนวยความสะดวก และสนับสนุนทางการเงินให้แก่การมีส่วนร่วมของผู้เสพยาเสพติด และกลุ่มภาคประชาสังคมอย่างมีความหมายในเวทีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายยาในระดับท้องถิ่น ชาติ ภูมิภาค และโลก⁶⁹

บางประเทศในทวีปเอเชียก็มีเครือข่ายของผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติ (เช่น อินเดียน อินโดนีเซีย พม่า เนปาล) ที่เชื่อมโยงกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มการแก้ต่างระดับท้องถิ่นของผู้เสพ (หรือเคยเสพ) ยาเสพติด เครือข่ายและองค์กรเหล่านี้ประกอบกันเป็นทรัพยากรอันหาค่ามิได้สำหรับรัฐบาลที่พยายามนำบริการโดยสมัครใจและใช้สิทธิเป็นหลักไปปฏิบัติเพื่อผู้เสพยาเสพติด

สิทธิมนุษยชน (Human rights)

ภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ประเทศสมาชิกแห่งสหประชาชาติต้องเคารพ คุ้มครองและทำให้บรรลุซึ่งสิทธิต่อสุขภาพสำหรับทุกคนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ดังที่ตราสารทางกฎหมายระหว่างประเทศจำนวน

มากับประกันไว้โดยเฉพาะกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)⁷⁰

การทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดเป็นการละเมิดสิทธิต่อสุขภาพโดยตรง ความกลัวบทลงโทษทางอาญายังไม่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดใช้บริการสุขภาพ และการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรง การเลือกปฏิบัติและอันตรายด้านสุขภาพที่ร้ายแรง การทำให้การเสพยาเสพติดเป็นความผิดยังทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการถูกทรมาน การบังคับใช้แรงงานและการปฏิบัติที่ไม่ดี และละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านความเป็นอิสระในการปกครองตนเอง ความเป็นส่วนตัว งาน การศึกษา และที่อยู่อาศัยด้วย⁷¹ อนุสัญญาระหว่างประเทศซึ่งรวมถึงกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights) ยอมรับสิทธิทั้งหลายเหล่านี้⁷²

ข้อจำกัดในเรื่องสิทธิมนุษยชนอาจมีเหตุผลสมควร แต่เฉพาะเมื่อตรงตามเกณฑ์แห่ง “ความมุ่งประสงค์ที่ถูกต้องกฎหมาย” (legitimate purpose), “ความได้สัดส่วน” (proportionality), “ความจำเป็น” (necessity) และ “การไม่เลือกปฏิบัติ” (non-discrimination)⁷³ ในขณะที่การคุ้มครองสุขภาพเป็นความมุ่งประสงค์ที่ถูกต้องกฎหมายของรัฐบาล แต่ในความเป็นจริงแล้วการทำให้การเสพยาเสพติดเป็นความผิดได้ทำให้อันตรายด้านสุขภาพสำหรับทั้งผู้เสพยาเสพติดและชุมชนกว้างกว่านั้นรุนแรงขึ้น เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นเหตุผลสมควรภายใต้กรอบสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ หลักฐานแสดงให้เห็นว่าอาจนำวิธีการที่รุกราน

น้อยกว่า และมีมนุษยธรรมและได้ผลมากกว่าการทำให้เป็น
ความผิด ไปปฏิบัติเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการเสพ
ยาเสพติดได้ในขณะที่ส่งเสริมสิทธิต่อสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด
ซึ่งรวมถึงการจัดหาความสนับสนุนด้านการลดอันตรายและ
สังคมให้ รวมทั้งการรักษาการติดยาเสพติดแบบมีหลักฐาน
เชิงประจักษ์ (ดูหลักการในเรื่อง “สาธารณสุขกับการลดอันตราย”
ข้างต้น)

ความครอบคลุมทางสังคม (Social inclusion)

แม้ว่าการเสพยาเสพติดเป็นปรากฏการณ์ทั่วโลก แต่อันตรายที่เกี่ยวข้อง
ยาเสพติดและการติดยาเสพติดมักพบมากในหมู่คนยากจนที่สุดและใน
ชุมชนชายขอบที่สุดเนื่องจากการกีดกันทางสังคม ความยากจนและภาวะ
ความเป็นอยู่ที่แร้นแค้นสามารถเป็นปัจจัยสำคัญที่ร่วมทำให้เกิดการติดยา
เสพติดได้⁷⁴ เพราะฉะนั้นหลักการแห่งความครอบคลุมทางสังคมจึงมี
ความสำคัญขั้นพื้นฐานทีเดียว

กฎหมายและนโยบายยาเสพติดเชิงลงโทษร่วมทำให้เกิดการกีดกันทาง
สังคมได้โดยตีตราผู้เสพยาเสพติดและจำกัดความสามารถเข้าร่วมใน
กิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ วิธีการที่มุ่งความสนใจไปยังการจับกุมและ
วิธีการบังคับทางอาญาต่อผู้เสพยาเสพติดมีผลยับยั้งน้อยมากและนำบุคคล
ออกจากอิทธิพลเชิงบวกทางสังคมในขณะที่เพิ่มการสัมผัสกับความเสี่ยง
ด้านสุขภาพและกลุ่มอาชญากรรม การปราบปรามของตำรวจบังคับให้ผู้เสพ
ยาเสพติดคงชอนตัวอยู่ต่อไปซึ่งทำให้โครงการด้านสุขภาพและสังคม

เข้าถึงคนเหล่านี้ยาก⁷⁵ ในทำนองเดียวกัน การรณรงค์ของสื่อที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นปีศาจและนโยบายที่กระตุ้นให้เพื่อนบ้านรายงานตำรวจถึงผู้เสพยาเสพติดผลักดันให้ผู้เสพยาเสพติดลงไปอยู่ใต้ดินเช่นกัน ประการสุดท้าย บ่อยครั้งบุคคลที่มีประวัติอาชญากรรมในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดถูกตัดโอกาสการศึกษาหรือการทำงาน จึงถูกส่งเข้าไปอยู่ในภาคส่วนเศรษฐกิจที่ “ไม่เป็นทางการ” (informal) หรือผิดกฎหมาย

การทำให้ไม่เป็นความผิดสามารถมีบทบาทเชิงบวกในการส่งเสริมความครอบคลุมทางสังคมได้โดยลดตราบาป และนำอุปสรรคต่อบริการด้านสุขภาพ การศึกษาและการจ้างงานออกไป ควรออกแบบนโยบายยาเสพติดให้เป็นประโยชน์ต่อประชากรที่เสี่ยงโดยเฉพาะผู้เสพยาและติดยาเสพติดมากกว่า ทำให้คนเหล่านี้เห็นทางออกไปหรือทำให้ความเป็นชายขอบรุนแรงขึ้น กลุ่มที่ต้องการความสนใจเป็นพิเศษในการนำการทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดไปปฏิบัติรวมถึงบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบ และ/หรือโรค ติดต่อนบุคคลที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพกายและจิตที่จำเพาะประการอื่นๆ บุคคลที่มีความพิการ, เยาวชน, สตรี (โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์), ผู้ให้บริการทางเพศ, ผู้อพยพ, ผู้ขอลี้ภัยและผู้ลี้ภัย, คนจรจัด และกลุ่มชายขอบอื่นๆ⁷⁶ เช่น สตรีผู้เสพยาเสพติดรายงานถึงการเลือกปฏิบัติในด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงที่สัมพันธ์กับบทบาทของตนในฐานะผู้อุ้มท้องและแม่ เช่น การเข้าถึงการคุมกำเนิดหรือบริการสุขภาพที่จำกัดหรือมีเงื่อนไข การข่มขู่หรือบังคับให้ทำแท้ง การปฏิเสธการเข้าถึงของเด็ก⁷⁷

ความโปร่งใส การระดมทุนและมีส่วนร่วมของผู้เสพยาเสพติดในการวางแผนนโยบายเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้แน่ใจว่าเกิดความครอบคลุมทาง

สังคม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายควรเข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนา นโยบาย การนำโครงการไปปฏิบัติ การส่งมอบและการประเมินโครงการ อย่างมีความหมาย หลักการแห่งความครอบคลุมทางสังคมกำหนดว่า บุคคลควรเข้ามาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่มีผลต่อตน กลุ่มภาคประชาสังคม และองค์กรที่ใช้ชุมชนเป็นหลักสามารถทำให้แน่ใจได้ว่าการตัดสินใจทาง นโยบายได้รับข้อมูลเป็นอย่างดีในส่วนที่สัมพันธ์กับความเป็นจริงของตลาด ยาเสพติด เพราะฉะนั้น รัฐบาลจึงควรสร้างความสัมพันธ์แบบเปิดเผยและ สร้างสรรค์กับชุมชนที่ได้รับผลจากนโยบายยาเสพติดโดยเฉพาะเครือข่าย ของผู้เสพยาเสพติดและองค์กรภาคประชาสังคมในการออกแบบและ ดำเนินวิธีการทำให้ไม่เกิดความผิด

2.3 ประสบการณ์การปฏิบัติที่ดีที่สุดในโลกในการทำให้ไม่เป็นความผิด (Best practice experiences of decriminalisation around the world)

หัวข้อนี้พรรณนาถึงประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ในการนำการทำให้ไม่เป็นความผิดไปปฏิบัติซึ่งต้องกันกับหลักการแห่งสาธารณสุข การลดอันตราย สิทธิมนุษยชน และความครอบคลุมทางสังคม การทำให้ไม่เป็นความผิดประยุกต์ใช้กับยาเสพติดทุกชนิดหรือจำกัดกับยาเสพติดที่จำเพาะเจาะจงก็ได้ดังที่พรรณนาไว้ด้านล่าง การทำให้ไม่เป็นความผิดสามารถบรรลุได้โดยวิธีการหนึ่งใน 2 วิธีการ:

- **การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De jure decriminalisation):**
นำบทลงโทษทางอาญาออกไปจากกฎหมายอย่างเป็นทางการผ่านการปฏิรูปกฎหมาย
- **การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De facto decriminalisation):**
บทลงโทษทางอาญายังคงอยู่ในกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติไม่บังคับใช้หรือใช้บทลงโทษทางอาญา

2.3.1 การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (De jure decriminalisation)

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัยต้องอาศัยการแก้ไขเพิ่มเติมหรือการยกเลิกกฎหมายเพื่อนำบทลงโทษทางอาญาออกไปสำหรับ:

- การเสพยาเสพติด
- การมียาเสพติดไว้ในครอบครองและการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล และ
- การมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง (เช่น เข็มและกระบอกฉีดยา และอุปกรณ์เสพยาเสพติดอื่นๆ เช่น สำลี ช้อน กระดาษกรอง หลอดบรรจุน้ำ)

ภายใต้วิธีการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยนิรนัย อาจกำหนดวิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง (ไม่ใช่ทางอาญา) เช่น ค่าปรับ เพราะฉะนั้น นอกจากการนำบทลงโทษทางอาญาออกไปแล้วยังอาจจำเป็นต้องพัฒนากฎหมายที่ระบุบทลงโทษทางแพ่งหรือทางปกครองใหม่ๆ เหล่านี้ขึ้นมาด้วย อีกทางหนึ่งคือ อาจไม่มีวิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด และการมีไว้ในครอบครองหรือการเพาะปลูกเพื่อการเสพส่วนบุคคลเลย แล้วส่งต่อไปรับบริการด้านการรักษา ด้านสุขภาพหรือด้านสังคมแทนตามความสมัครใจ

วิธีการนี้สามารถได้ผลหากผลที่ตามมาจากการบังคับทางปกครองเป็นสถานเบา (เช่น ค่าปรับเล็กน้อย การริบยาเสพติด แทนที่จะคุมขัง) การกำหนดวิธีการบังคับทางปกครองแทนบทลงโทษทางอาญาสามารถให้ประโยชน์ทางงบประมาณได้โดยหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายของกระบวนการยุติธรรมซึ่งรวมถึงการคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาล การนั่งพิจารณาคดีของศาล และการจำคุก ความจริงที่ว่าปัจเจกบุคคลจะไม่มีประวัติอาชญากรรมยังเป็นประโยชน์ต่อโอกาสการจ้างงาน การศึกษา และที่อยู่อาศัยในอนาคตด้วย

แม้กระนั้น เมื่อใช้บทลงโทษทางปกครอง จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวัง เพื่อให้แน่ใจว่าบทลงโทษไม่ได้มีการกีดกันผู้เสียหายเสพติดในทางสังคม เจือปนอยู่ บางประเทศกำหนดค่าปรับ (รวมถึงค่าปรับ ณ ที่เกิดเหตุ โดยตำรวจ)ฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล หากจะรับระบบของค่าปรับมาใช้ ควรจัดตั้งระบบในระดับที่มีเหตุผลและไม่ส่งผลเป็นการจำคุกผู้ไม่ชำระค่าปรับ ควรหลีกเลี่ยงบทลงโทษทางแพ่งในรูปแบบอื่นๆ เช่น การริบหนังสือเดินทางหรือการพักใบอนุญาตขับขี่เนื่องจากสามารถมีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลในทางลบเกินควรและไม่ได้สัดส่วนซึ่งรวมถึงโอกาสในการจ้างงานด้วย

กรอบที่ 3 การเปรียบเทียบแบบจำลองที่แตกต่างกัน ในการทำให้ไม่เป็นความผิด

แบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดที่นำไปปฏิบัติกันทั่วโลก แปรผันกันอย่างกว้างขวาง หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศได้พัฒนาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งแสดงรายละเอียดเป็นแผนที่ว่าแบบจำลองเหล่านี้ทำงานดีเพียงใดในทางปฏิบัติโดยพรรณนาถึงกรอบทางกฎหมายของแบบจำลอง บทบาทของตำรวจ กระบวนการของศาลหรือทางปกครอง วิธีการบังคับที่ใช้ได้ (หากมี) และตัวอย่างประเทศเพื่อแสดงให้เห็นภาพแต่ละแบบจำลอง เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ทำให้สามารถเปรียบเทียบแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดต่างๆ ได้ สามารถดูเครื่องมือนี้ได้ที่ <http://decrim.idpc.net>

แบบจำลองการทำให้ไม่มีความผิดโดยไม่มีวิธีการบังคับ (Decriminalisation models with no sanctions)

ประเทศอูรุกวัยได้รับแบบจำลองการทำให้ไม่มีความผิดมาใช้โดยที่กฎหมายไม่ได้กำหนดวิธีการบังคับ (ทางอาญาหรือทางปกครอง) สำหรับการเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดใน “ปริมาณที่มีเหตุผล” (a reasonable quantity) ไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเลย⁷⁸ แต่ใช้วิธีการบังคับทางอาญาในกรณีของบุคคลผู้ผลิตยาเสพติด แม้ถ้าผลิตยาเสพติดเพื่อการเสพของบุคคลนั้นเองก็ตาม

แบบจำลองการทำให้ไม่มีความผิดโดยมีวิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครอง (Decriminalisation models with civil or administrative sanctions)

แบบจำลองการทำให้ไม่มีความผิดโดยมีวิธีจำนวนมากปฏิบัติต่อการเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองในฐานะความผิดทางแพ่งหรือทางปกครองมากกว่าความผิดทางอาญา วิธีการบังคับที่ไม่ใช่ทางอาญาในเขตอำนาจที่แตกต่างกันรวมถึง: ค่าปรับ ค่าส่งบริการชุมชน ค่าเดือนให้ระวางอันตรายหรือค่าเดือนเป็นทางการ การบังคับรักษาหรือการเข้ารับคำปรึกษาหรือรับความรู้ การพักใบอนุญาตขับขี่หรือใบประกอบวิชาชีพ และการบังคับทดสอบยาเสพติด⁷⁹

ประเทศที่พิจารณาว่าการเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดทางปกครองมากกว่าความผิดทางอาญารวมถึงสาธารณรัฐเช็ก โปรตุเกส เยอรมนี สเปน และ สวิตเซอร์แลนด์ บางประเทศได้ปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดเพื่อทดแทนวิธี

การบังคับทางอาญาด้วยบทลงโทษทางปกครองสำหรับกัญชา แต่ไม่ใช่สำหรับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ (เช่น บางรัฐของออสเตรเลีย)⁸⁰

กรอบที่ 4 วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำให้ไม่เกิดความผิด

แบบจำลองการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำให้ไม่เกิดความผิดคือแบบจำลองที่เปลี่ยนแปลงกฎหมายเพื่อนำบทลงโทษทั้งหมดออกไป (กล่าวคือ การนำวิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครองรวมทั้งวิธีการบังคับทางอาญาทั้งหมดออกไป) เป็นแบบจำลองที่ไม่ใช้วิธีการบังคับใดเลยกับประชาชนสำหรับการเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในครอบครองหรือการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล หรือการมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง อย่างไรก็ตาม อาจใช้ข้อจำกัดเพื่อควบคุมกิจกรรมเช่นนั้นในสถานการณ์จำกัด เช่น การเสพยาเสพติดในพื้นที่สาธารณะ

ในการทำให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุด เมื่อนำการทำให้ไม่เกิดความผิดไปปฏิบัติ รัฐบาลควรจัดสรรทรัพยากรให้แน่ใจว่ามีบริการสุขภาพ บริการลดอันตรายและบริการสนับสนุนที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และทุกคนที่เสพยาเสพติดเข้าถึงได้

มาตรฐานการปฏิรูปทางกฎหมายร่วมกับมาตรการสุขภาพเช่นนี้เป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับวิธีการทำให้ไม่เกิดความผิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และต้องกันกับหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน สาธารณสุข การลดอันตรายและความครอบคลุมทางสังคม

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ระหว่างประเทศในการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยฉันทินัย

การเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองไม่เป็น	การมีไว้ในครอบครองหรือการเสพไม่มีความผิด	กฎหมาย	การตีความของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
การเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด	การมีไว้ในครอบครองหรือการเสพไม่มีความผิด	การมีไว้ในครอบครองหรือการเสพไม่มีความผิด	ตำรวจไม่มีอำนาจคุมขังประชาชนที่ทราบเท่าที่ไม่เกี่ยวข้องชัดเจน	ไม่มีการปฏิบัติต่อไปเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน	การริบยาเสพติดที่เกินปริมาณที่ต้องใช้อย่างมีเหตุผลเพื่อการเสพ	อูรักกาย

กรอบทางกฎหมาย		อำนาจของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการแสพยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
ดุลยพินิจของตำรวจ	การมีไว้ในครอบครองไม่เข้าอาชญากรรม แต่เป็นความผิดทางปกครอง	ตำรวจสามารถระบุลักษณะของความผิดได้ หากเห็นเป็นการมีไว้ในครอบครองเท่านั้นก็สามารถใช้วิธีบังคับที่ให้เกิดเหตุได้ หากไม่เข้าก็ส่งต่อไประบบงานยุติธรรม	ไม่มีการปฏิบัติต่อไปเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน	การริบ การเตือน หรือค่าปรับ	สเปน, บางรัฐของออสเตรเลีย (สำหรับกัญชาเท่านั้น)

การตัดสินใจ ทางปกครอง	การมีไว้ใน ครอบครองไม่ใช่ อาชญากรรม แต่เป็นความผิด ทางปกครอง	อำนาจ ของตำรวจ	กระบวนการ ของศาล/ทาง ปกครอง	วิธีการบังคับ สำหรับการเสฟ ยาเสพติด	ตัวอย่าง ประเทศ
		ตำรวจสามารถ คุมขังและส่งต่อ บุคคลที่มี ยาเสพติดไว้ใน ครอบครองไป ยังคณะกรรมการ ทางปกครองได้ กระบวนการ ยุติธรรมเริ่มขึ้น ต่อเมื่อสงสัยว่า มีเจตนาจัดหา	คณะกรรมการ ทางแพ่งหรือ ทางปกครองระบุ การแทรกแซง ด้านสุขภาพ หรือสังคม ที่เหมาะสม	การริบ การเตือน หรือค่าปรับ การส่งต่อ ไปรับการรักษา วิธีการบังคับ ทางปกครอง อื่น ๆ	โปรตุเกส สาธารณรัฐเช็ก

กรอบทางกฎหมาย		อำนาจของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการเสพติดยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
การตัดสินใจในทางนิติธรรม	การมีไว้ในครอบครองไม่ใช่อาชญากรรม แต่เป็นความผิดทางปกครอง	ตำรวจสามารถคุมขังบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองได้ แต่ไม่จำเป็นจรรยาบรรณลักษณะของความผิดตำรวจส่งต่อไปยังอัยการหรือฝ่ายตุลาการ	เจ้าหน้าที่ของศาล (รวมถึงอัยการ) ระบุว่า การกระทำตกอยู่ภายในตัวแปรเสริมทางกฎหมายสำหรับการเสพติดส่วนบุคคลหรือไม่	การริบการเตือนหรือค่าปรับการส่งต่อไปรับการรักษาริธีการบังคับทางปกครองอื่น ๆ	เยอรมนี, เอสโตเนีย, อาร์เจนตินา (เสนอบัญชี)

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัยในทวีปเอเชีย (De jure decriminalisation in Asia)

ทั้งประเทศจีนและเวียดนามได้นำวิธีการบังคับทางอาญาสำหรับการเสพยาเสพติดออกไปแล้ว แต่ทดแทนด้วยวิธีการบังคับทางปกครองที่ลงโทษสูง เช่น การคุมขังในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ลาวได้ทำให้การมีเสพยาเสพติดในปริมาณน้อยมาก ๆ ไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด แต่ผู้เสพยาเสพติดถูกส่งตรงไปรับการรักษาภาคบังคับและสามารถถูกจำคุกสำหรับการกลับมาเสพติดได้ ซึ่งไม่ใช่แบบการทำให้ไม่เป็นความผิดที่เป็นไปตามหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน สาธารณสุข การลดอันตราย และความครอบคลุมทางสังคม **หัวข้อที่ 2.6** อภิปรายความไร้ประสิทธิผลของการคุมขังทางปกครองในศูนย์เหล่านี้ในฐานะอำนาจป้องปรามและในการรักษาการเสพยาเสพติด

กรอบที่ 5 ประเทศโปรตุเกส: ตัวอย่างวิธีปฏิบัติที่ดีระดับโลกในการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย

ประเทศโปรตุเกสทำให้การมีเสพยาเสพติดปริมาณน้อย ๆ ไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิดเมื่อปี ค.ศ. 2001 การมีเสพยาเสพติดในปริมาณสำหรับใช้น้อยกว่า 10 วัน⁸¹ ไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นการฝ่าฝืนทางปกครองแทนที่จะเป็นความผิดอาญา ครั้งแรกที่ตรวจพบผู้กระทำความผิดมักไม่กระทำการใดเจ้าหน้าที่บันทึกชื่อของบุคคลนั้น และหลังจาก 6 เดือนแล้ว

ก็ลบชื่อออกจากบันทึก อย่างไรก็ตาม หากตรวจพบบุคคลอยู่กับยาเสพติดเป็นครั้งที่ 2 ภายในระยะเวลา 6 เดือน จะส่งกรณีนี้ไปยังคณะกรรมการระดับเขตการปกครองซึ่งประกอบด้วย 3 คน ซึ่งรวมถึงผู้ทำงานบริหารสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ด้วย คณะกรรมการตัดสินใจว่าจะส่งต่อบุคคลนั้นไปรับบริการสุขภาพ กำหนดวิธีการบังคับทางปกครองหรือไม่กระทำการใดต่อไป

กรรมการมุ่งความสนใจไปยังวิธีการแบบที่มีสุขภาพเป็นศูนย์กลางเพื่อออกแบบแผนที่ปรับสำหรับแต่ละคน ซึ่งพยายามแก้ปัญหาความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและสังคมที่รวมถึงการส่งต่อไปรับการรักษา บริการลดอันตราย และบริการทางสังคม วิธีการบังคับที่คณะกรรมการอาจใช้รวมถึงการกำหนดการรักษาให้แก่ผู้ที่พบว่าติดยาเสพติด การกำหนดให้รายงานต่อคณะกรรมการเป็นประจำ การบังคับให้บริการชุมชน การพักใบอนุญาตขับขี่หรือใบอนุญาตชนิดอื่น ๆ หรือวิธีการขั้นสุดท้ายคือ การกำหนดค่าปรับเชิงปกครอง ผู้ติดยาเสพติดได้รับการส่งเสริมให้แสวงหาการรักษา แต่แทบไม่ถูกใช้วิธีการบังคับใดหากเลือกไม่เข้ารับการรักษา เป้าหมายของคณะกรรมการคือ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าหรือยังคงอยู่ในโครงการรักษาโดยสมัครใจ⁸²

การประเมินแบบจำลองของประเทศโปรตุเกสยืนยันผลลัพธ์เชิงบวกด้านสุขภาพที่รวมถึงการลดการเสียชีวิต การเพิ่ม

การรับบริการรักษาการติดยาเสพติด และการลดการเสียชีวิต
ที่เกี่ยวกับยาเสพติด และระดับของเชื้อเอชไอวีและตับอักเสบบี
จำนวนกรณีผู้ป่วยเอชไอวีใหม่ในแต่ละปีลดลงอย่างมาก
จาก 1,016 รายในปี ค.ศ. 2001 เหลือ 56 รายใน ค.ศ. 2012
การเสียชีวิตที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดลดลงจาก 80 ราย
ใน ค.ศ. 2001 เหลือ 16 รายใน ค.ศ. 2012⁸³

การทำให้ไม่เกิดความผิดยังลดแรงกดดันต่อระบบงานยุติธรรม
ลงด้วย⁸⁴ มีจำนวนบุคคลผู้ถูกจับกุมและขึ้นศาลอาญาในความผิด
เกี่ยวกับยาเสพติดลดลงจากกว่า 14,000 คนในปี ค.ศ. 2000
เหลือราว ๆ 5,500-6,000 คนต่อปีหลังจากการทำให้ไม่เกิด
ความผิด⁸⁵ วิธีการนี้ยังทำให้เหลือทรัพยากรงานยุติธรรมไว้ใช้ต่อส
กับการค้ายาเสพติดระดับสูงและองค์กรอาชญากรรมด้วย สัดส่วน
ของผู้กระทำความผิดภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดหรือจุนเจือ
พฤติกรรมเสพยาเสพติดในประชากรเรือนจำลดลงจาก 44%
ใน ค.ศ. 1999 เหลือเพียงต่ำกว่า 21% ใน ค.ศ. 2012⁸⁶

วิธีการของประเทศโปรตุเกสจัดว่าเป็นแบบจำลองที่ประสบผล
สำเร็จในการทำให้ไม่เกิดความผิดเนื่องจากรัฐบาลลงทุนไป
กับโครงการรักษา โครงการลดอันตรายและโครงการคืนสู่สังคม
อย่างมากเพื่อผู้เสพยาเสพติดขณะที่นำการเปลี่ยนแปลงทาง
กฎหมายไปปฏิบัติ ในเวลาเดียวกันกับการให้เงินทุนแก่บริการ
ด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้นนั้นผู้เสพยาเสพติดก็เต็มใจเข้าถึง

บริการสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากตราบาปลดลงอันเป็นผลมาจากการทำให้ไม่เป็นความผิด⁸⁷ ยังไม่มีการเพิ่มการเสพยาเสพติดนับตั้งแต่ทำให้ไม่เป็นความผิด ที่จริงแล้วได้มีรายงานการเสพยาเสพติดลดลงในหมู่เยาวชนอายุ 15-24 ปี⁸⁸ การศึกษาผลกระทบของการทำให้ไม่เป็นความผิดต่อราคาของยาเสพติดในโปรตุเกสพบว่าราคาของโคเคนและเฮโรอีนไม่ลดลงหลังจากการทำให้ไม่เป็นความผิด⁸⁹ เพราะฉะนั้น การทำให้ไม่เป็นความผิดจึงไม่ได้นำไปสู่การเพิ่มการซื้อหายาเสพติดอันเนื่องมาจากการลดราคา

2.3.2 การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (De facto decriminalisation)

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยบรรลุผลลัพธ์คล้ายกับการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย แต่บรรลุผ่านทางการตัดสินใจด้านนโยบายที่จะไม่บังคับใช้กฎหมายอาญาที่ยังคงมีผลบังคับใช้ทางเทคนิคแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยในปัจจุบันมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้:

- การเสพยาเสพติดและ/หรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิด แต่นโยบายและการปฏิบัติของตำรวจทำให้ผู้เสพยาเสพติดหลีกเลี่ยงการพิพากษาลงโทษทางอาญาและบทลงโทษทางอาญาได้
- แทนการพิพากษาลงโทษทางอาญาหรือบทลงโทษทางอาญา:

- ไม่ใช้การลงโทษ หรือ
- ใช้วิธีการบังคับทางแพ่งหรือทางปกครองสถานเบา และ/หรือ
- ผันตัวบุคคลไปรับบริการรักษาด้านสุขภาพหรือด้านสังคม หรือ
การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้

ในขณะที่การทำให้ไม่เกิดความผิดผ่านทางการปฏิรูปกฎหมายอาจใช้เวลาหลายปีจึงบรรลุผล แต่สามารถนำการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยพฤตินัยไปปฏิบัติได้อย่างค่อนข้างรวดเร็วผ่านทางการปรับนโยบายในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกฎหมายไม่รองรับ การตัดสินใจใช้กฎหมายอาญาที่มีอยู่แล้วจึงสามารถกลับกระบวนการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยพฤตินัยได้อย่างง่ายดาย

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีวิธีการโดยพฤตินัยในการทำให้การเสพกัญชาไม่เกิดความผิด การเพาะปลูก การจัดหาและการเสพกัญชาในประเทศยังคงเกิดความผิด แต่ในทางนโยบาย รัฐบาลไม่ฟ้องคดีความผิดฐานเสพกัญชาและมีกัญชาไว้ในครอบครองบางกรณี

บางรัฐของออสเตรเลียประยุกต์ใช้วิธีการทำให้การเสพยาเสพติดไม่เกิดความผิดโดยพฤตินัยเช่นกัน ผ่านทางโครงการผันตัวโดยตำรวจ ระบบของคำเตือนให้ระวังอันตรายหรือการผันตัวไปรับการรักษา การให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษาปฏิบัติการในฐานะทางเลือกแทนการพิพากษาลงโทษทางอาญา การให้ความรู้อาจอยู่ในรูปแบบของการให้ข้อมูลเนื้อหาเป็นลายลักษณ์อักษร การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์หรือต่อหน้า การเข้ารับความรู้และการรับคำปรึกษา

การทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยในทวีปเอเชีย (De facto decriminalisation in Asia)

ไม่มีประเทศใดในทวีปเอเชียที่ได้ดำเนินการทำให้การเสพยาเสพติดหรือการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ในฐานะนโยบายแห่งชาติ แม้กระนั้น บางประเทศเตรียมการในท้องถิ่นอยู่ ณ ศูนย์การลดอันตรายจำเพาะๆ ซึ่งตำรวจตกลงที่จะหลีกเลี่ยงการจับกุมผู้เสพยาเสพติดหรือที่จะส่งต่อบุคคลไปรับบริการสุขภาพในฐานะทางเลือกแทนการจับกุมและการฟ้องคดี เมื่อตำรวจยอมสัญญาไม่จับกุมแล้วในความเป็นจริงก็เท่ากับสามารถปฏิบัติการณ์ในฐานะการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัยแบบท้องถิ่นได้

กรอบที่ 6 การใช้ยาเสพติดแบบดั้งเดิมทางการแพทย์และศาสนา

ประเทศเอเชียบางประเทศกำลังอภิปรายกันถึงการทำให้ไม่เป็นความผิดในบริบทของสารที่ได้ใช้กันมาหลายศตวรรษแล้วในพิธีทางศาสนาหรือในฐานะยาแผนโบราณซึ่งรวมถึงกัญชา ฝิ่น และพืชกระท่อม

กรอบทางกฎหมายบางกรอบไม่ได้ทำให้การใช้ยาเสพติดบางชนิดแบบดั้งเดิมเป็นความผิด เช่น กฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาเสพติด (Law on Drug Control) แห่งปี ค.ศ. 2011 ของประเทศกัมพูชา

บัญญัติว่าอัยการมีดุลยพินิจไม่ฟ้องคดีผู้กระทำความผิด หากความผิดที่กระทำที่เชื่อมโยงกับยาเสพติดนั้นเกี่ยวข้องกับ ปริมาณเล็กน้อยและเป็นส่วนหนึ่งของการ**บริโภคเป็น ธรรมเนียม** การบริโภคถือว่า “เป็นธรรมเนียม” หากไม่ส่งผลให้ ติดยาเสพติดและหากบุคคลใช้สารเป็นส่วนหนึ่งของธรรมเนียม ที่บรรพบุรุษได้ปฏิบัติกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว⁹⁰

ประเทศอินเดียไม่ได้ทำให้เครื่องดื่มที่ทำจากใบกัญชา (“bhang”) เป็นความผิด โดยใบกัญชาใช้ในงานเทศกาลทางศาสนาฮินดู⁹¹ การประชุมปรึกษาหารือที่จัดเมื่อปี ค.ศ. 2015 ในเรื่องการทำให้ การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดในอินเดียแนะนำให้หาวิธีการ บังคับทางอาญาสำหรับการบริโภคยาเสพติดแบบดั้งเดิมออกไป:

“ควรดำเนินการแยกความแตกต่างระหว่างสารซึ่งมีศักยภาพ ในการเสติดน้อยและได้ใช้กันมาแบบดั้งเดิมในสังคมอินเดีย สารเช่นนี้รวมถึงยาเตรียมกัญชา (*ganja, sulpha ฯลฯ*) และสารกลุ่มโอปิออยด์ความแรงต่ำบางตัว (*doda, bhukki, afeem ฯลฯ*)”⁹²

ข้อเสนอเพื่อทำให้การใช้กัญชาทางการแพทย์ถูกกฎหมายอยู่ ภายใต้การพิจารณาอย่างเข้มข้นในประเทศอินเดียซึ่งผู้ทำงาน บริบาลสุขภาพกำลังชูการรณรงค์ที่สนับสนุนการปฏิรูปกฎหมาย เพื่อให้สามารถใช้กัญชาในการรักษาเมเร็งและความเจ็บไข้ได้

ป่วยอื่นๆ ได้ และรัฐสภาประเทศฟิลิปปินส์กำลังอภิปรายร่างบัญญัติการอนุโลมใช้กัญชาทางการแพทย์ (Compassionate Use of Medical Cannabis Act)⁹³ หลายประเทศในภูมิภาคได้ทำให้กัญชาถูกกฎหมายสำหรับการใช้ทางการแพทย์ (เช่น สาธารณรัฐเช็ก อิสราเอล และกว่า 20 มลรัฐของสหรัฐอเมริกา)

ในประเทศเนปาลและบังคลาเทศ ตำรวจทนต่อการมีไว้ในครอบครองซึ่งกัญชาเพื่อประโยชน์ทางศาสนา (แต่ไม่ใช่การค้าเชิงพาณิชย์) ในระหว่างบางงานเทศกาล เช่น งาน Shivarati ในเนปาล⁹⁴

กระท่อม เป็นพืชพื้นเมืองของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งใช้เป็นยาแก้ท้องเสีย ยากดการไอ ยารักษาเบาหวาน ยาถ่ายพยาธิและยาพอกแผล⁹⁵ กระท่อมเป็นยาเสพติดในประเทศไทย พม่า และมาเลเซีย จำนวนการจับกุมที่เกี่ยวข้องกับกระท่อมในพม่าและไทยเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวระหว่างปี ค.ศ. 2007 ถึง 2011⁹⁶ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมของประเทศไทยประกาศเมื่อ ค.ศ. 2013 ว่าสำนักงานของตนกำลังพิจารณาการทำให้กระท่อมไม่มีความผิด อย่างไรก็ตาม กระท่อมยังคงเป็นยาเสพติดอยู่ กลุ่มภาคประชาสังคมไทยยังคงสนับสนุนการทำให้กระท่อมไม่มีความผิด⁹⁷

ตัวอย่างเช่น ประเทศฟิลิปปินส์ทำให้การมียาเสพติดและอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครองเป็นความผิด หน่วยงานปกครองท้องถิ่นใน

เมืองเซบูกำหนดให้หมู่บ้านจำเพาะ (Barangay Kamagayan) เป็นพื้นที่ที่จะไม่ดำเนินการจับกุมฐานมีอุปกรณ์ฆาตกรรมไว้ในครอบครองเพื่อให้ดำเนินการศึกษาโครงการกระจายเข็มและกระบอกฉีดยานำร่องได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานำร่องถูกระงับไปเมื่อปี ค.ศ. 2015 หลังจากการคัดค้านจากวุฒิสมาชิก⁹⁸

ในทำนองเดียวกัน สถานที่บางแห่งในประเทศกัมพูชา จีน ไทยและเวียดนามได้จัดตั้งกลไกขึ้นมาเพื่อให้แน่ใจว่าตำรวจไม่จับกุมผู้เสพยาเสพติดและส่งต่อผู้เสพยาเสพติดไปรับบริการสุขภาพและบริการลดอันตรายแทน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อที่ 3.3)

กลไกและวิธีการเหล่านี้อาจให้ข้อมูลแก่การพัฒนาแบบจำลองการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยพฤตินัยแห่งชาติในอนาคต โดยเป็นขั้นตอนเชิงบวกที่เข้าไปสู่วิธีการในการจัดการกับการเสพยาเสพติดโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างของวิธีปฏิบัติที่ดีเช่นนั้นยังเป็นข้อยกเว้นและจำกัดอยู่กับเขตอำนาจท้องถิ่นจำเพาะๆ

บางประเทศในทวีปเอเชียยังเริ่มใช้วิธีดำเนินการเพื่อให้สามารถค้นตัวบางคนที่เสพยาเสพติดออกไปจากระบบงานยุติธรรมและไปสู่การรักษาและบริการได้แล้วด้วย (เช่น อินเดีย ไทย) แม้ว่าการมียาเสพติดในปริมาณเท่าใดก็ตามไว้ในครอบครองยังคงเป็นความผิด (ดูหัวข้อที่ 3.3 และ 3.5).

อย่างไรก็ตาม ในประเทศทั้งหลายเหล่านี้ วิธีการด้านนโยบายโดยรวมในการจัดการกับยาเสพติดยังคงเป็นเชิงลงโทษสูงโดยยังคงทำให้การเสพ

และ/หรือการมีไว้ในครอบครองและการเพาะปลูกเพื่อการเสพส่วนบุคคล เป็นความผิด นอกจากนี้ ยังมีรายงานการก่อฆาตกรรมของตำรวจ ณ ที่ตั้ง โครงการลดอันตรายจำนวนมากทั่วทวีปเอเชีย และความสนับสนุนทางการเมืองเพื่อโครงการลดอันตรายมักมีความสับสน บางประเทศยังคงใช้นโยบายที่ขัดแย้งกับการลดอันตรายอยู่ เช่น การเสนอแรงจูงใจที่กระตุ้นการจับกุมผู้เสพยาเสพติดของตำรวจแม้ในบริเวณใกล้เคียงศูนย์การลดอันตรายโดยตั้งโควตาการจับกุม (ในประเทศเวียดนามและจีน), การรวมการจับกุมยาเสพติดไว้เป็นตัวชี้วัดสมรรถนะหลัก (ในประเทศมาเลเซีย⁹⁹ และไทย) และการบังคับให้สมาชิกในครอบครัว คนรู้จักคุ้นเคยหรือเพื่อนบ้าน รายงานการเสพยาเสพติดต่อเจ้าหน้าที่ (ในประเทศจีนและอินโดนีเซีย)

จำเป็นต้องมีการปรับทิศทางนโยบายยาเสพติดระดับชาติที่มีนัยสำคัญ และการลงทุนใหม่ๆ ในบริการด้านการลดอันตราย ด้านการรักษา ด้านสุขภาพและบริการสนับสนุน เพื่อเป็นรากฐานให้แก่แบบจำลองที่ได้ผล ในการทำให้ไม่เกิดความผิดที่เป็นไปตามหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน สาธารณสุข การลดอันตรายและความครอบคลุมทางสังคม

ตารางที่ 3 ประเภทของการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยพลการ: ประสบการณ์ทั่วโลก

การอบทางกฎหมาย		อำนาจของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
ไม่มีวิธีการบังคับ	การชี้ไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญาแต่ตำรวจและ/หรือัยการได้รับคำสั่งไม่ให้แทรกแซงโดยอิงตามอำนาจในการใช้ดุลยพินิจ	ตำรวจไม่มีอำนาจคุมขังบุคคลที่ทราบเท่าที่ไม่เชื่อฟังสั่งเจ้าหน้าที่	ไม่กระทำการใดต่อไปเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน	การริบ	ประเทศเนเธอร์แลนด์ (สำหรับกัญชา)

กรอบทางกฎหมาย		อำนาจของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
การผิดวินัยโดยตำรวจ	การมีไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญา	ตำรวจสามารถระบุลักษณะของความผิดและตัดสินใจวิธี	ไม่กระทำการใดต่อไปเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ที่เจตนาจัดหา	การริบทรัพย์, การเตือนหรือคำปรับ, วิธี	บางเมืองในสหรัฐอเมริกา (ฮอลแลนด์, ซีแอตเทิล, ซานตาเฟ), บางรัฐของออสเตรเลีย
	แต่ในนโยบายให้ทางเลือกวิธี การบังคับอื่นๆ การรื้อถอนจำ	การบังคับ (หรือไม่ใช้) วิธีการบังคับ หรือส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่อาวุโสเพื่อการประเมินเฉพาะทาง ณ สถานี่ตำรวจได้		การบังคับทางปกครองอื่นๆ, เสนอการส่งต่อไปรับบริการรักษา บริการลดอันตรายและบริการทางสังคมให้ด้วย	

กรอบทางกฎหมาย		อำนาจของตำรวจ	กระบวนการของศาล/ทางปกครอง	วิธีการบังคับสำหรับการเสพยาเสพติด	ตัวอย่างประเทศ
การผิดด้วยงานยุติธรรม	การมีไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญา	ตำรวจสามารถจับกุมบุคคลที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองได้	เจ้าหน้าที่ของศาลมีดุลยพินิจส่งต่อไปจับบุคคลไปปรับการรักษารหัสใช้วิธีการบังคับที่ไม่ใช้ทางอาญาอื่นๆ	การริบ, การเตือนหรือค่าปรับ, เสนอการส่งต่อไปปรับปรับการด้านการศึกษาด้านการลดอันตรายและด้านสังคมให้ด้วย	บางรัฐในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา
	การมีไว้ในครอบครองเป็นความผิดอาญา/แต่เนียบาย/กฎหมายให้ทางเลือกวิธี การบังคับขึ้นๆ แทนเรือนจำ				

2.4 การใช้ปริมาณขั้นต่ำให้ได้ผลในแบบจำลอง การทำให้ไม่เป็นความผิด (Effective use of threshold quantities in decriminalisation models)¹⁰⁰

การใช้ปริมาณขั้นต่ำเพื่อให้การครอบครองปริมาณน้อยๆ ไม่เป็นความผิด (Use of thresholds to decriminalise possession of small quantities)

ประเทศจำนวนมากที่นำการทำให้ไม่เป็นความผิดไปปฏิบัติได้ทำเช่นนั้นโดยกำหนดปริมาณขั้นต่ำเพื่อแยกความแตกต่างระหว่างการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลกับการมีไว้ในครอบครองเพื่อการค้าหรือการจัดหา บุคคลที่พบว่ามียาเสพติดในปริมาณต่ำกว่าขั้นต่ำไม่อยู่ใต้บังคับแห่งบทลงโทษทางอาญา แต่อาจอยู่ใต้บังคับแห่งบทลงโทษทางปกครองหรือถูกผันตัวไปรับการรักษา บริการสุขภาพและการให้ความรู้ อาจใช้ปริมาณขั้นต่ำในทั้งแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย (ซึ่งขั้นต่ำกำหนดขึ้นโดยนโยบายรัฐบาลหรือแนวทางของตำรวจก็ได้) และการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยนิตินัย (ซึ่งขั้นต่ำกำหนดขึ้นโดยกฎหมายหรือข้อบังคับก็ได้) อาจกำหนดปริมาณขั้นต่ำให้สัมพันธ์กับยาเสพติดจำเพาะๆ เช่น ตารางที่ 4 อธิบายปริมาณขั้นต่ำที่ประเทศแตกต่างกันกำหนดไว้สำหรับการทำให้การมีกัญชาไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิดซึ่งแปรผันกันอย่างมากโดยอยู่ในช่วงตั้งแต่ 3 กรัมในประเทศเบลเยียม ไปจนถึง 200 กรัมในประเทศสเปน

บางประเทศระบุว่าไม่ใช้บทลงโทษทางอาญาสำหรับการมีปริมาณเพียงพอ

สำหรับการเสฟส่วนบุคคลไว้ในครอบครองเป็นจำนวนวันที่กำหนดโดยอิงตามขนาดยาเฉลี่ยต่อวัน (ดูตัวอย่างของวิธีการนี้ในประเทศสเปนและโปรตุเกสในตารางที่ 5 ด้านล่าง)

ข้อกังวลเกี่ยวกับการกำหนดปริมาณขั้นต่ำ (Concerns with establishing threshold quantities)

ควรหมายเหตุไว้ว่าการกำหนดปริมาณขั้นต่ำนั้นเป็นที่โต้แย้งกัน และบางประเทศไม่ชอบใช้ปริมาณขั้นต่ำ แต่อ้างคำศัพท์กว้างๆ ว่า “ปริมาณเล็กน้อย” (small quantity) ไว้ในกฎหมายหรือแนวทางแทน ซึ่งทำให้อัยการหรือผู้พิพากษาใช้ดุลยพินิจกำหนดได้ว่าปริมาณของยาเสพติดที่มีไว้ในครอบครองนั้นมีเจตนาเพื่อการเสฟส่วนบุคคลหรือไม่โดยนำสถานการณ์ต่างๆ อันไม่เหมือนใครของคดีที่ส่งสัยมาพิจารณา เช่น ประวัติการเสฟยาเสพติดมาอย่างยาวนาน การส่งต่อไปรับบริการสุขภาพ และบริการลดอันตราย

ปริมาณขั้นต่ำสามารถช่วยได้หากปริมาณนี้ทำให้ตำรวจ อัยการและศาลสามารถแยกแยะการเสฟยาเสพติดออกจากการค้าระดับล่างและจากการมีส่วนในตลาดยาเสพติดในระดับบนๆ เพื่อสร้างกำไรได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ข้อโต้แย้งการใช้ปริมาณขั้นต่ำรวมถึงความจริงที่ว่าวิธีที่ทำให้ได้ปริมาณขั้นต่ำมีแนวโน้มเป็นแบบเฉพาะกิจและไม่โปร่งใสซึ่งผลให้กำหนดเป็นปริมาณที่แตกต่างกันมากในประเทศต่างๆ ดังที่เน้นให้เห็นในตารางที่ 4 เกี่ยวกับการทำให้การมีกัญชาไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด ปริมาณที่กำหนดไว้ในกฎหมายหรือแนวทางของตำรวจและ/หรืออัยการควรอิงตามหลักฐานความเป็นจริงในตลาดยาเสพติดเพื่อลดจำนวนผู้เสฟยาเสพติด

ที่ถูกต้องคือลดลงให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งควรรวมข้อพิจารณาในเรื่องแบบแผนการเสพยาเสพติด ปริมาณของยาเสพติดที่บุคคลน่าจะเสพต่อวันและแบบแผนของการซื้อได้ด้วย

ตารางที่ 4 การทำให้การมีกัญชาไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด¹⁰¹

ประเทศ	ปริมาณขั้นต่ำสำหรับการทำให้การมีกัญชาไว้ในครอบครองไม่เป็นความผิด (กรัม)
สเปน	200
ออสเตรเลีย (แปรผันตามมลรัฐ/อาณาเขต)	
ออสเตรเลียใต้	100
นอร์เทิร์นเทร์ริทอรี	50
ออสเตรเลียนแคพิทอลเทร์ริทอรี	25
โปรตุเกส	25
โคลอมเบีย	20
สาธารณรัฐเช็ก	15
เอกวาดอร์	10
ปารากวัย	10
สวีตเซอร์แลนด์	10
เปรู	8
สหพันธรัฐรัสเซีย	6
เม็กซิโก	5
เนเธอร์แลนด์ (โดยพฤตินัย)	5
เบลเยียม	3

ตารางที่ 5 การใช้ปริมาณขั้นต่ำเพื่อให้การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด

ประเทศเยอรมนี	บุคคลไม่ถูกฟ้องคดีฐานมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองดังที่กำหนดโดยปริมาณขั้นต่ำ นิยามของ “ปริมาณเล็กน้อย” แปรผันกันไปในแต่ละรัฐที่แตกต่างกันของเยอรมนีสำหรับสารต่างชนิดกัน ชิดจำกัดเหล่านี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกัญชาแปรผันตั้งแต่ 6 ถึง 15 กรัม ส่วนช่วงสำหรับโคเคนอยู่ที่ 1 ถึง 3 กรัม บางมลรัฐไม่มีขีดจำกัดขั้นต่ำตามบทกฎหมาย แต่ให้คำพิพากษาบรรทัดฐานกำหนดขีดจำกัดปริมาณของยาเสพติดแทน ¹⁰²
ประเทศสเปน	หากตำรวจพบบุคคลมียาเสพติดไว้ในครอบครองในปริมาณไม่เกินที่ใช้สำหรับ 5 วัน (กัญชา 200 กรัม, ยางกัญชา 25 กรัม, ยาอี (ecstasy) 2.4 กรัม, เฮโรอีน 3 กรัม, โคเคน 7.5 กรัม) บุคคลนั้นมีโอกาสสูงในการเผชิญกับบทลงโทษทางปกครองที่ตำรวจกำหนดให้ วิธีการบังคับเช่นนั้นอาจรวมถึงค่าปรับ การพักใบอนุญาตขับขี่หรือใบอนุญาตอาวุธปืน หรือบทลงโทษสถานเบาอื่นๆ แต่หากพบบุคคลอยู่กับปริมาณเกินขั้นต่ำก็อาจขึ้นศาลหรือไปพบคณะกรรมการบริหารความปลอดภัยท้องถิ่น ศาลหรือคณะกรรมการบริหารพิจารณาปัจจัยต่างๆ เพื่อหาว่าเจตนามียาเสพติดไว้เสพส่วนบุคคลหรือเพื่อการค้าซึ่งรวมถึงปริมาณของยา ปัจเจกบุคคลนั้นเป็นผู้ที่ทราบอยู่แล้วว่าเป็นผู้เสพหรือไม่ พบยาที่ใด เก็บรักษาอย่างไร และการมีเงินสดเป็นปริมาณมาก ๆ

ประเทศโปรตุเกส	การมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด อย่างไรก็ตาม หากพบบุคคลอยู่กับยาเสพติดมากกว่าปริมาณที่ใช้ส่วนบุคคล 10 วัน จะส่งต่อบุคคลนั้นไปยังศาลอาญาซึ่งเป็นไปได้ที่จะได้รับข้อหาทางอาญา เส้นแบ่งระหว่างความผิดที่ไม่ใช่ทางอาญากับความผิดฐานจัดหาระบุไว้ดังนี้: น้ำมันกัญชา 2.5 กรัม, ยางกัญชา 5 กรัม, ใบกัญชา 25 กรัม, ยาอีและเฮโรอีน 1 กรัม และโคเคน 2 กรัม
ประเทศเอสโตเนีย	การมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด อย่างไรก็ตาม หากพบบุคคลอยู่กับปริมาณมากกว่า 10 เท่าของขนาดยาครั้งเดียวของผู้เสพโดยเฉลี่ย อาจฟ้องคดีบุคคลนั้นฐานจัดหา ¹⁰³

ประสบการณ์ในทวีปเอเชียและภูมิภาคอื่นๆ ได้แสดงให้เห็นว่าปริมาณขั้นต่ำที่ตั้งไว้ที่ระดับต่ำอย่างไม่อยู่ในโลกแห่งความจริงนั้นมีโอกาสสูงในการทำให้สับสนระหว่างการค้ายาเสพติดกับการมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล เช่น ลาวมีระบบซึ่งสามารถค้นตัวบุคคลที่พบว่ามียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองไปรับ “การรักษา” (treatment) ในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดแทนการฟ้องคดีได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อกำหนดปริมาณขั้นต่ำที่ใช้นิยามปริมาณเล็กน้อยไว้ที่ระดับต่ำๆ อย่างไม่อยู่ในโลกแห่งความจริงเมื่อปี ค.ศ. 2012 (0.2 กรัมสำหรับเฮโรอีน มอร์ฟีนหรือโคเคน หรือ 0.3 กรัมสำหรับยาากลุ่มแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน

ชนิดเกล็ด หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดอื่น ๆ)¹⁰⁴ จำนวนการฟ่องคดียุติฐานมียาเสพติดไว้ในครอบครองกลับสูงขึ้นอย่างมากซึ่งส่งผลให้ระดับการจำคุกเพิ่มขึ้น

ความเสี่ยงอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวเนื่องกับปริมาณขั้นต่ำคือความจริงที่ว่า จะทักท้วงว่าผู้เสพยาเสพติดที่มีปริมาณมากกว่านั้นไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด มีสถานการณ์จำนวนมากซึ่งบุคคลอาจมียาในปริมาณหนึ่ง แต่ไม่มีเจตนาจัดหา เช่น บุคคลอาจต้องการซื้อปริมาณมากเพื่อจำกัดการติดต่อกับตลาดอาชญากรหรือเนื่องจากการซื้อปริมาณมาก ๆ มีราคาถูกลงกว่า

เพราะฉะนั้น หากรัฐบาลเลือกรับปริมาณขั้นต่ำมาใช้ ปริมาณที่เกี่ยวข้องไม่ควรเป็นปัจจัยเดียวหรือปัจจัยที่ใช้กำหนดแยกแยะระหว่างการมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลกับการมีไว้ในครอบครองเพื่อการจัดหาตามอุดมคติแล้วปริมาณขั้นต่ำควรเป็นตัวชี้แนะ (*Indicative*) ควรพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของปัจเจกบุคคลด้วย เช่น ประวัติของการติดยาเสพติด, การมีโทรศัพท์เคลื่อนที่หลายเครื่อง เงินเป็นปริมาณมาก ยาเสพติดที่แบ่งเป็นห่อ ๆ หรืออาวุธปืนไว้ในครอบครอง

เมื่อประเทศตัดสินใจไม่กำหนดปริมาณขั้นต่ำ ควรมีแนวทางให้ตำรวจ อัยการ และผู้พิพากษาเพื่อช่วยแยกความแตกต่างระหว่างการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลกับการมีไว้ในครอบครองด้วยเจตนาจัดหาแนวทางเช่นนั้นอาจกล่าวถึงประเด็นแรงจูงใจและบทบาทของบุคคลที่สัมพันธ์กับการจัดหายาเสพติดเพื่อทำกำไร เป็นต้น

การใช้ปริมาณขั้นต่ำโดยมิชอบในบางประเทศในทวีปเอเชีย (Misuse of threshold quantities in some countries in Asia)

ประเทศเอเชียใช้ปริมาณขั้นต่ำโดยทำให้การมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดต่อไปเพื่อกำหนดระดับการลงโทษที่แตกต่างกัน หรือเพื่อหาว่าจะสั่งให้ผู้กระทำความผิดเข้าโครงการบังคับรักษาหรือจะคุมขังผู้กระทำความผิดไว้ ณ ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้หรือไม่ เช่น ในประเทศไทย หากจับกุมบุคคลฐานมีไว้ในครอบครองซึ่งเฮโรอีน น้อยกว่า 0.1 กรัม, เมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 0.5 มิลลิกรัม หรือกัญชา น้อยกว่า 5 กรัม ผู้พิพากษาสามารถส่งต่อคดีไปยังคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรงานยุติธรรมและทางการแพทย์เพื่อการประเมินสำหรับการบังคับคุมขังหรือรักษาในฐานะทางเลือกแทนเรือนจำได้¹⁰⁵ ประเทศเวียดนาม มีระบบซึ่งส่งต่อผู้เสพยาเสพติดไปรับ “การรักษา” ในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเช่นกัน แต่ฟ้องคดีและจำคุกผู้เสพยาเสพติดได้หากพบว่ามียาเสพติดเกินขั้นต่ำที่เหมาะสมไว้ในครอบครอง (เฮโรอีนหรือโคเคน 0.1 กรัม, สารอื่นๆ ในรูปแบบของแข็ง 2 กรัม หรือยางฝิ่น 1 กรัม)¹⁰⁶

2.5 การนำบทลงโทษทางปกครองที่รุนแรงสำหรับผู้เสพยาเสพติดออกไป (Removing severe administrative punishments for people who use drugs)

ประเทศเอเชียบางประเทศได้นำบทลงโทษทางอาญาต่อผู้เสพยาเสพติดออกไป แต่ยังคงวิธีการบังคับทางปกครองที่มีลักษณะลงโทษสูงไว้สำหรับการเสพยาเสพติดซึ่งรวมถึงการคุมขังในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (เช่น ประเทศจีน ลาว เวียดนาม), การบังคับลงทะเบียนผู้เสพยาเสพติดกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และการทดสอบปัสสาวะ ซึ่งไม่ได้เป็นวิธีการทำให้ไม่เกิดความผิดที่ตอกกันกับหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน สาธารณสุข การลดอันตราย และความครอบคลุมทางสังคม การนำการลงโทษผู้เสพยาเสพติดในทางปกครองที่รุนแรงออกไปเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในการเคลื่อนไหวไปสู่แบบจำลองการทำให้ไม่เกิดความผิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นไปตามหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน การลดอันตราย และสิทธิมนุษยชน

ประเทศจีน¹⁰⁷

แม้ว่าประเทศจีนได้นำบทลงโทษทางอาญฐานเสพยาเสพติดออกไปแล้ว แต่ระบบของวิธีการบังคับทางปกครองที่ใช้ยังคงบีบบังคับอยู่มาก กฎหมายต่อต้านยาเสพติด (Anti-Drug Law) แห่งปี ค.ศ. 2008 ของจีนบัญญัติเรื่อง “การบำบัดดูแลในชุมชน” (community treatment) และ “การบังคับล้างพิษโดดเดี่ยว” (compulsory isolated detoxification) ไว้ มีข้อกำหนดเข้มงวดสำหรับการบังคับลงทะเบียนเพื่อให้ตำรวจสามารถเฝ้าสังเกตผู้เสพยาเสพติดได้ลักษณะบีบบังคับของทั้ง “การบำบัดดูแลในชุมชน” และ “การบังคับล้างพิษ

โดดเดี่ยว” ทำให้ประสิทธิผลในฐานะการตอบสนองด้านสุขภาพอ่อนลงไป¹⁰⁸

ตำรวจสามารถส่งคุมขังบุคคลฐานเสพยาเสพติดเพื่อรับ “การบำบัดดูแลในชุมชน” ได้เป็นเวลา 3 ปีหากระบุว่าติดยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การระบุเช่นนี้อิงตามการทดสอบปัสสาวะครั้งเดียวได้ และตำรวจไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องในการประเมิน เพราะฉะนั้นจึงมีโอกาสสูงที่คนจำนวนมากที่เสพยาเสพติดแต่ไม่ติดยาเสพติดจะอยู่ใต้บังคับแห่งคำสั่งการบำบัดดูแลในชุมชน การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดการรักษาภายใต้ข้อตกลงชุมชนกระตุ้นให้เกิดการกำหนดการบังคับล้างพิษโคเคอีนซึ่งมีระยะเวลานานสุดถึง 2 ปี บุคคลที่ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดถูกคุมขัง ณ สถานที่ล้างพิษของตำรวจได้ในช่วง 3-6 เดือนแรกแล้วส่งต่อไปยังศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่อาจต้องทำงานไม่เกินวันละ 6 ชั่วโมง หลังจากการปล่อยตัวแล้วตำรวจเฝ้าสังเกตบุคคลนั้น และบุคคลอาจอยู่ใต้บังคับแห่งการสุ่มชักถามและการบังคับทดสอบปัสสาวะเป็นเวลาอีก 3 ปี ซึ่งในระหว่างนั้นอาจถูกส่งไปยังศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอีกครั้งหากเสพยา

ขณะที่การเสพยาเสพติดเป็นความผิดทางปกครอง ผู้กระทำความผิดไม่มีสิทธิมีตัวแทนทางกฎหมายหรือความคุ้มครองตามกระบวนการอันควรอื่นๆ ที่ปกติมีให้สำหรับการพิจารณาคดีในศาลอาญา

ข้อบังคับอนุญาตให้หนายความช่วยเหลือผู้ถูกคุมขังได้ แต่ในความเป็นจริงแล้วแทบไม่มีหนายความให้เลย บุคคลยื่นอุทธรณ์ทางปกครองคัดค้านการตัดสินได้ อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ตำรวจระดับสูงเป็นผู้ตัดสินคำอุทธรณ์มากกว่าคณะกรรมการอิสระ

ประเทศเวียดนาม¹⁰⁹

การนำความผิดออกไปจากประมวลกฎหมายอาญาทำให้การเสพติดไม่เป็นความผิดเมื่อปี ค.ศ. 2009¹¹⁰ อย่างไรก็ตาม การเสพติดเป็นการฝ่าฝืนทางปกครองสามารถส่งผลให้เกิดคำสั่งให้เข้าศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (รู้จักกันในชื่อ “06 Centre”) ได้เป็นเวลานานสุดถึง 2 ปี¹¹¹ 06 Centre คล้ายกับค่ายแรงงานโดยมีการซักซ้อมทางทหารและการทอ่งคำขวัญต่อต้านยาเสพติด ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเข้าอยู่ได้บังคับแห่งระยะเวลา “การดูแลรักษาหลังจากการล้างพิษ” (post-detoxification management) เพิ่มเติมเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 2 ปี

เมื่อปี ค.ศ. 2012 เริ่มนำการปฏิรูปทางกฎหมายเข้ามาเพื่ออนุญาตให้บุคคลได้รับการพิจารณาคดีในศาลและมีตัวแทนทางกฎหมายในศาลก่อนที่จะอยู่ใต้บังคับแห่งคำสั่งให้เข้าศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ความมากน้อยที่ผู้เสพติดสามารถเข้าถึงผู้แทนทางกฎหมายและการพิจารณาคดีในศาลได้ในทางปฏิบัตินั้นไม่ชัดเจน¹¹²

ระบบการคุมขังทางปกครองทำให้ความสำเร็จของเป้าหมายการป้องกันเชื้อเอชไอวีและการลดอันตรายของรัฐบาลอ่อนลงไป¹¹³ ผู้ที่ถูกคุมขังใน 06 Centre แล้วมักปฏิเสธไม่เข้ารับบริการลดอันตรายเนื่องจากการทำเช่นนั้นคงประกาศให้ตำรวจทราบว่าตนได้เสพซ้ำซึ่งสามารถส่งผลให้ต้องเข้าเรือนจำหรืออยู่ใน 06 Centre นานขึ้น เหตุผลสำหรับการหลีกเลี่ยงบริการสุขภาพรวมถึงความกลัวว่าตนจะถูกแบ่งปันกับตำรวจซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการจับกุมและความกลัวการตีตรา¹¹⁴ อัตราการกลับเสพซ้ำในหมู่อดีตผู้ถูกคุมขังสูงมาก

(มักเกิน 90%) โดยผู้ถูกคุมขังส่วนใหญ่เคยถูกคุมขังมาแล้วอย่างน้อย ครั้งหนึ่งก่อนหน้านี้

การตัดสินใจด้านนโยบายเมื่อปี ค.ศ. 2013 ซึ่งรู้จักกันในชื่อ*แผนปรับปรุง การรักษาการติดยาเสพติด* (Renovation Plan on Drug Treatment) ยืนยัน การเปลี่ยนสภาพไปเป็นการรักษาที่ใช้ชุมชนเป็นหลัก¹¹⁵ ศูนย์คุมขัง 80 แห่ง จาก 107 แห่งจะเปลี่ยนสภาพไปจัดบริการด้านการรักษา ด้านสังคมและ ด้านอาชีพที่ใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจซึ่งรวมถึงความสนับสนุนทาง จิตวิทยาและบริการหลังจากการบริบาล ร่วมกับบริการรักษาการติดยาเสพติด เช่น การล้างพิษการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ การป้องกันการกลับ เสพซ้ำ¹¹⁶ *แผนการปรับปรุง* มุ่งเป้าลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดที่ถูกคุมขังใน ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดจาก 63% ใน ค.ศ. 2013 ให้เหลือ 6% ภายใน ค.ศ. 2020¹¹⁷ อย่างไรก็ตาม มีข้อกังวลว่าแบบจำลองการรักษา ที่ใช้ชุมชนเป็นหลักจะยังมีด้านที่เปราะบางอยู่ เช่น การควบคุมดูแลของ ตำรวจ การตอบสนองต่อการกลับเสพยาในเชิงลงโทษ

2.6 การเปลี่ยนจากศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดไปเป็นการรักษาและบริการโดยสมัครใจ (Transitioning from CCDUs to voluntary treatment and services)

ในประเทศเอเชียจำนวนมาก แบบจำลองที่เด่นสำหรับตอบสนองต่อการเสพติดในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเป็นการบังคับล้างพิษในคลินิกรัฐบาลและ/หรือระยะเวลาคุมขังอันยาวนานในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด (เช่น ประเทศกัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ไทย เวียดนาม) นโยบายของการคุมขังเกี่ยวกับยาเสพติดนั้นอิงตามข้อสมมุติอันมีความบกพร่องว่าการลงโทษจะทำให้หน้าที่เป็นต้วยับยั้งการเสพติดในอนาคตอย่างได้ผลและวินัยทางร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรักษาการติดยาเสพติดให้หายขาด ไม่ทราบจำนวนคนที่แน่นอนที่ถูกคุมขังในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศเหล่านี้ แต่ข้อมูลที่ไม่ได้จัดพิมพ์ซึ่งสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมเก็บรวบรวมบ่งว่าเกือบครึ่งล้านคนถูกคุมขังใน 7 ประเทศ¹¹⁸ การประมาณการณ์อื่นๆ รายงานว่ามีตั้งแต่ 300,000 ถึง 500,000 คน ที่ถูกคุมขังในจีนเพียงประเทศเดียว¹¹⁹

การคุมขังผู้เสพยาเสพติดมีหลายรูปแบบทั่วภูมิภาค และศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดแปรผันกันไปในการจัดการ สภาพ และ การรักษาที่เสนอให้ ลักษณะเฉพาะตามปรกติของศูนย์เหล่านี้รวมถึง:¹²⁰

- บุคคลอยู่ใต้บังคับแห่งการบังคับคุมขังเป็นระยะเวลานานตามด้วยระยะเวลาของการควบคุมดูแลในชุมชน

- คนจำนวนมากถูกส่งไปยังศูนย์เหล่านี้โดยไม่มีการตรวจทาง การแพทย์หรือจิตวิทยา หรือการประเมินและการวินิจฉัย การเสพยาเสพติดที่ดีพอซึ่งรวมถึงการคัดกรองเพื่อแยก ความแตกต่างระหว่างการเสพยาเพื่อผ่อนคลายหรือการเสพ แบบติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็นคนจำนวนมากที่ไม่ได้ติดยาเสพติด ที่ถูกส่งไปยังศูนย์
- ผู้ติดยาเสพติดแทบไม่ได้รับการควบคุมดูแลทางการแพทย์ และเมื่อมี การรักษาทางการแพทย์ โดยทั่วไปก็จำกัดอยู่ที่ระยะที่มีกลุ่มอาการ ขาดยาเสพติด
- โดยทั่วไปการรักษาจำกัดอยู่ที่วิธีการล้างพิษและวิธีการโดยใช้การงด เสพเป็นหลักซึ่งมักไม่เป็นไปโดยสมัครใจหรือไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แทบไม่มีการบำบัดทดแทนหรือทางเลือกในการรักษาที่มีหลักฐาน เชิงประจักษ์รูปแบบอื่นๆ
- ศูนย์จำนวนมากมีเจ้าหน้าที่ประจำเป็นบุคลากรรักษาความปลอดภัย แทนที่จะเป็นพนักงานด้านสุขภาพ และมักมีการขาดกระบวนการอันควร เช่น การขาดตัวแทนทางกฎหมาย การพิจารณาคดีในศาลหรือการนั่ง พิจารณาคดี การควบคุมดูแลของศาล สิทธิอุทธรณ์ บุคคลเข้าศูนย์ภายใต้ คำสั่งของตำรวจหรือคำสั่งความมั่นคงสาธารณะหรือตามการร้องขอ ของสมาชิกในครอบครัวก็ได้
- มีบริการสุขภาพที่จำเป็นอยู่น้อยหากมีบ้าง ศูนย์ส่วนใหญ่ขาดการป้องกัน เชื้อเอชไอวีในรูปแบบใดๆ ซึ่งรวมถึงถุงยางอนามัย และเข็มและกระบอก

ฉีดยาไว้เชื้อ มาตรการป้องกันเอชไอวีที่มีในศูนย์ส่วนใหญ่มีเพียงเอกสาร หรืออุปกรณ์ให้ข้อมูลพื้นฐาน การทดสอบเอชไอวีทำในบางประเทศ (เช่น จีน เวียดนาม) อย่างไรก็ตาม การทดสอบเป็นแบบบังคับ และผู้ถูกคุมขัง แทบไม่ทราบผลหรือแทบไม่ได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาเอชไอวีและการบริบาลเมื่อได้รับการวินิจฉัย

- กำหนดให้ต้องมีการบังคับใช้แรงงาน การออกกำลังกาย การสวดมนต์ และ/หรือการฝึก “เข้าค่าย” (boot camp) แบบทหารในฐานะส่วนหนึ่งของโครงการ “ฟื้นฟู” (rehabilitation)
- อาจเฝ้าติดตามผู้กระทำความผิดหลังจากการปล่อยตัว แต่ไม่มีหรือมีบริการหลังจากการบริบาลให้น้อยมาก
- มีรายงานความรุนแรงทางร่างกายและเพศและการละเมิดสิทธิมนุษยชน ประการอื่นๆ ในบางศูนย์ เช่น ในประเทศกัมพูชา ลาว เวียดนาม¹²¹

ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เข้ายาเสพติดถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง อันเนื่องมาจากการขาดหลักฐานถึงประสิทธิผลในการแก้ปัญหาการติดยาเสพติด ข้อกังวลเกี่ยวกับการขาดกระบวนการอันควร การทำให้อันตรายต่อสุขภาพรุนแรงขึ้น และรายงานการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง มีรายงานอัตราการกลับเสพยาซ้ำสูง ๆ (มักมากกว่า 90%) หลังจากการปล่อยตัวออกจากศูนย์ในประเทศจีน มาเลเซีย เวียดนามและกัมพูชา ตลอดจนมีอัตราการขาดยาเสพติดเกินสูงเมื่อปล่อยตัวไป¹²²

เมื่อปี ค.ศ. 2012 คำแถลงร่วมจากหน่วยงานแห่งสหประชาชาติ 12 หน่วยงาน

เรียกร้องให้ปิดศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹²³ เมื่อ ค.ศ. 2014 กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) เรียกร้องให้ปิดศูนย์เหล่านี้เช่นกัน และมุ่งมั่นไม่ให้เงินทุนแก่โครงการในสถานที่เหล่านี้¹²⁴ ในทำนองเดียวกัน สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมได้พิจารณาการขาดหลักฐานอันควรที่สนับสนุนการคุมขังในศูนย์บังคับ:

ประเทศจำนวนมากจัดการการบำบัดรักษาระยะยาวไว้สำหรับการติดยาเสพติดโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเป็นการจำคุกที่มีการรักษาความปลอดภัยต่ำชนิดหนึ่งยังขาดหลักฐานผลการรักษาของวิธีการนี้ทั้งที่เปรียบเทียบกับ การจำคุกแบบดั้งเดิมหรือกับการรักษาการติดยาเสพติดโดยสมัครใจโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก วิธีการนี้แพง มีประสิทธิผลไม่คุ้มค่า และไม่มีประโยชน์ต่อปัจเจกบุคคลหรือชุมชน¹²⁵

การทำให้ไม่เกิดความผิดจะไม่ได้ผลในการบรรลุผลลัพธ์สุขภาพเชิงบวก หากไม่มีความมุ่งมั่นยกเลิกศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการเปลี่ยนสภาพไปเป็นบริการด้านการรักษา ด้านการลดอันตรายและด้านสังคมโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจร่วมด้วย นอกจากนี้ ความโดดเด่นของแบบจำลองเชิงบังคับในทวีปเอเชียหมายความว่าภูมิภาคไม่ค่อยเข้าใจการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจในฐานะทางเลือกที่ได้ผลมากกว่า แม้พบแล้วว่าได้ผลมากกว่าการบังคับรักษามากในหลายบริบททั่วโลก¹²⁶

ในการเคลื่อนไหวเชิงบวกเข้าไปหาการยกเลิกศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศจีนและประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 8 ประเทศ

ตกลงกันเมื่อปี ค.ศ. 2012 ที่จะจัดสรรทรัพยากรเสียใหม่จากศูนย์บังคับ บำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดไปให้แก่บริการรักษาโดยสมัครใจ¹²⁷ การประชุม ระดับภูมิภาคในกรุงมะนิลาเมื่อ ค.ศ. 2015 ยืนยันความมุ่งมั่นนี้โดยตกลง ที่จะทำแผนที่นำทาง¹²⁸ ส่วนในระดับชาติ ประเทศเวียดนามเป็นตัวอย่างของ ประเทศที่กำลังกระตุ้นการเคลื่อนไหวไปสู่การยกเลิกศูนย์บังคับจำนวนมาก และเพิ่มปริมาณของทรัพยากรที่มีเพื่อการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (ดูหัวข้อที่ 2.5) ประเทศมาเลเซียมีความก้าวหน้าในช่วงทศวรรษที่แล้ว ในการลดการพึ่งพาศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ยาเสพติดเช่นกัน

การเปลี่ยนสภาพไปเป็นบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจจะต้อง อาศัยความมุ่งมั่นที่ยั่งยืนโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับรัฐบาลหลายฝ่าย ซึ่งรวมถึงหน่วยงานด้านสุขภาพ ด้านการควบคุมยาเสพติด และด้าน การบังคับใช้กฎหมาย จะต้องอาศัยการลงทุนในการจัดตั้งบริการโดยใช้ ชุมชนเป็นหลักในพื้นที่ที่มีความจำเป็น และการฝึกอบรมและการสร้าง ความสามารถให้แก่กลุ่มสาธารณสุข ความมั่นคงสาธารณะ งานยุติธรรม และภาคประชาสังคม รวมทั้งชุมชนของผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้มั่นใจว่า กลุ่มคนเหล่านี้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนา การนำส่ง การเฝ้าสังเกตและ การประเมินบริการ¹²⁹

2.7 การส่งเสริมการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพ และสังคมโดยสมัครใจ (Promoting voluntary referrals to health and social services)

สิ่งที่เน้นไว้ตลอดทั้งรายงานฉบับนี้ มาตรฐานสูงสุดของการทำให้ไม่เกิดความผิดคือ การนำการตอบสนองต่อการเสพติดในเชิงลบทั้งหมดออกไป จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้เสพติดสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมได้โดยปราศจากความกลัววิธีการบังคับ ตราบาป หรือการเลือกปฏิบัติ ในสิ่งแวดล้อมเช่นนั้นการเข้าถึงการลดอันตรายและการรักษาการติดยาเสพติดควรเป็นไปโดยสมัครใจ และการกลับเสพติดซ้ำไม่ควรส่งผลเป็นการลงโทษ ผู้ทำงานบริหารสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินความจำเป็นเฉพาะของผู้เสพติดและการส่งต่อผู้เสพติดไปรับบริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึงบริการ “low threshold” ที่ลูกค้าชายขอบเข้าถึงง่าย ตลอดจนโรงพยาบาล คลินิกเฉพาะทาง ความสนับสนุนด้านสวัสดิการ บริการด้านที่อยู่อาศัยและสังคม

การรักษาหรือการคุมขังโดยไม่สมัครใจควรอนุญาตให้ทำได้ เฉพาะในสถานการณ์วิกฤต (Involuntary treatment or detention should only be permissible in crisis situations)

ตามหลักการแห่งจริยธรรมทางการแพทย์และสิทธิมนุษยชนสามารถใช้การรักษาหรือการคุมขังโดยไม่สมัครใจในรูปแบบใดก็ตามเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาได้เฉพาะในสถานการณ์วิกฤตที่พบน้อยและเป็นข้อยกเว้นจำนวนไม่มาก และเป็นเวลาสั้นเท่านั้น (กล่าวคือ นานสุดไม่กี่วัน):

- เมื่อบุคคลมีความเสี่ยงสูงต่อการทำให้ตนเองหรือผู้อื่นบาดเจ็บ กล่าวคือ การกระทำเป็นภัยคุกคามชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ระยะเวลาในการคุมขังจำกัดเป็นเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วันอย่างเคร่งครัดซึ่งไม่นานกว่าที่จำเป็นทางคลินิกจริงๆ
- การรักษาที่จัดให้นั้นมีหลักฐานเชิงประจักษ์
- ไม่มีวิธีการตอบสนองที่เหมาะสมและจำกัดน้อยกว่าวิธีอื่น ๆ¹³⁰

ในบางสถานการณ์ การรักษาแบบบีบบังคับอาจเหมาะสมเช่นกันหากบุคคลขาดความสามารถทางจิตที่จะยินยอมอนุญาตให้รักษาและต้องมีการแทรกแซงรักษาเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม การเสพและการติดยาเสพติดไม่เคยเป็นสถานะที่เพียงพอในการระบุว่าบุคคล “ไร้สมรรถภาพทางจิต” (mentally incompetent) หากบุคคลอยู่ใต้บังคับแห่งการรักษาแบบบีบบังคับหรือภาคบังคับแล้วต้องให้ความคุ้มครองกระบวนการอันควรแก่บุคคลนั้นซึ่งรวมถึงสิทธิในการมีตัวแทนทางกฎหมาย, สิทธิในการตอบสนองต่อข้อกล่าวหาในการได้รับค่าแถมลงเหตุผลประกอบการตัดสินใจ และสิทธิในการอุทธรณ์การตัดสินใจแก่คณะกรรมการอิสระที่จะพิจารณาการอุทธรณ์ภายในกรอบเวลาที่มีเหตุผล

วิธีปฏิบัติที่ดีในการจัดการรักษาการติดยาเสพติด (Good practice in the provision of drug dependence treatment)

ต่อไปนี้เป็นลักษณะเฉพาะของวิธีปฏิบัติที่ดีในการจัดการรักษาการติดยาเสพติด:

- บุคคลได้รับการรักษาด้วยความเคารพ มีศักดิ์ศรี และปราศจากการตัดสิน

- บุคคลได้รับทางเลือกในการรักษาและการลดอันตราย
- บุคคลสามารถตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์สำหรับความสำเร็จในการรักษาของตนเองได้ แม้ว่าการดัดเสพอาจเป็นเป้าหมายที่คุ้มค่า แต่อาจไม่สามารถบรรลุได้หรือไม่ได้เหมาะสมกับทุกคน
- โครงการสนับสนุนเป้าหมายของบุคคลในการทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่โดยรวมดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการพึ่งพาการลงโทษ
- ประเมินการหายโดยดูจากขั้นตอนใดก็ตามที่ได้ผลบวกหรือการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การทำให้สุขภาพ ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลดีขึ้น¹³¹
- การรักษาการติดยาเสพติดเป็นการรักษาแบบองค์รวมโดยสนใจประเด็นด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ (เช่น ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน ความช่วยเหลือทางกฎหมาย)

ลักษณะพิเศษที่สำคัญๆ และหลักการในการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (Key features and principles of community-based treatment)

วิธีการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักทำให้ผู้ทำงานบริหารสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์สามารถพัฒนาแผนการรักษาส่วนบุคคลให้ตอบสนองต่อความจำเป็นเฉพาะของผู้ป่วยได้¹³² สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมได้ออกเอกสารแนะนำสำหรับประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Guidance Document for Southeast Asian countries) ที่ร่างเค้าโครงลักษณะพิเศษสำคัญๆ และหลักการในการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก¹³³ ซึ่งรวมถึง:

- การมีส่วนร่วมของบุคคลผู้ได้รับผลจากการเสพติดและการติดยาเสพติด ครอบครัวและชุมชนในการวางแผนและการนำส่งบริการรักษา
- วิธีการแบบเบ็ดเสร็จซึ่งนำความจำเป็นแตกต่างกันมาพิจารณาซึ่งรวมถึงสุขภาพ ครอบครัว การศึกษา การจ้างงาน และที่อยู่อาศัย
- การมีส่วนร่วมหลังจากได้รับข้อมูลและสมัครใจโดยเคารพสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีซึ่งรวมถึงการรักษาความลับลูกค้าด้วย
- การยอมรับว่าการกลับเสพยาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาและจะไม่ห้ามไม่ให้ปัจเจกบุคคลเข้าถึงการรักษาอีกครั้ง
- การนำส่งบริการในชุมชน กล่าวคือ ใกล้ชิดกับที่ที่ลูกค้าอาศัยอยู่มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- ความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคประชาสังคม การบังคับใช้กฎหมาย และภาคส่วนสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของผู้ทำงานด้านสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการโดยสมัครใจ (Engaging health and community workers in promoting voluntary access to services)

ประเทศโปรตุเกส (ดูกรอบที่ 5 ในหัวข้อที่ 2.3.1) และประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (ดูด้านล่างนี้) เป็นตัวอย่างของวิธีปฏิบัติที่ดีในการนำผู้ทำงานด้านสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเข้ามามีส่วนในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ไม่เกิดความผิด ผู้วางนโยบายควรมองดูผลลัพธ์เชิงบวกของแบบจำลองโปรตุเกสและสวิตเซอร์แลนด์ในการทำให้ไม่เกิดความผิดในแง่ของการลงทุนอย่างมี

นัยสำคัญไปในการริเริ่มด้านสาธารณสุขที่ทำงานร่วมกับทำให้ไม่
เป็นความผิด ซึ่งรวมถึงการให้เงินทุนแก่บริการสู่ภายนอก (outreach), บริการ
รักษาและบริการลดอันตราย และการสร้างความสามารถให้แก่ผู้ทำงาน
บริหารสุขภาพ

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์¹³⁴

การตอบสนองต่อยาเสพติดในเชิงนโยบายของประเทศสวิตเซอร์แลนด์
ใช้การทำให้ไม่มีความผิดบางส่วนร่วมกับการลงทุนในบริการสุขภาพ
และบริการลดอันตราย การมีกฎหมายปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองไม่
เป็นความผิดแล้ว การมีไว้ในครอบครองและการเสพซึ่งยาเสพติดชนิดอื่นๆ
อาจยังคงทำให้เกิดบทลงโทษทางอาญา อย่างไรก็ตาม เมื่อเกี่ยวข้องกับ
ปริมาณเล็กน้อย บุคคลมักได้รับการยกเว้นการฟ้องคดี การยกเว้น
การพิพากษา หรือคำเตือน¹³⁵

ผู้ทำงานบริหารสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ได้รับเงินทุนให้แทรกแซง
ในเหตุการณ์เกี่ยวกับระเบียบสาธารณะก่อนตำรวจเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น
ในเมืองซูริค รัฐบาลจัดตั้งวิธีการหุ้นส่วนระหว่างด้านความมั่นคงสาธารณะ
กับด้านสาธารณสุขที่เรียกว่า “ความมั่นคง การแทรกแซง การป้องกัน”
(Security, Intervention, Prevention) ขึ้นมา¹³⁶ ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริการทาง
สังคมสู่ภายนอกที่ทำงานร่วมมือกับตำรวจอย่างใกล้ชิดโดยมีระบบสารสนเทศ
ที่แบ่งปันกันใช้ การประชุมประจำวันจัดขึ้นระหว่างตำรวจ ผู้ทำงานบริการ
ทางสังคม และผู้ทำงานบริหารสุขภาพ ผู้ทำงานสู่ภายนอกสามารถสอดแทรก
ประเด็นระเบียบสาธารณะได้โดยเข้าหาผู้เสพยาเสพติดด้วยความเคารพ
และโดยปราศจากการตีตราโดยมีเจตนาจัดหาความช่วยเหลือให้ก่อนตำรวจ

เข้ามาแทรกแซง ด้วยวิธีนี้ผู้ทำงานด้านสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์สามารถมีบทบาทในการลดการสัมผัสของผู้เสพยาเสพติดกับระบบงานยุติธรรมได้ หากผู้เสพยาเสพติดอยู่ในการคุมขังก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จภายในห้องขัง (สถานแรกรับฝากขัง) มีการรักษาการติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์และบริการสวัสดิการในชุมชน ระบอบประกันสุขภาพครอบคลุมการรักษาการติดยาเสพติด

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ยังลงทุนอย่างมากในบริการลดอันตรายด้วย ซึ่งรวมถึงการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์, โครงการแลกเปลี่ยนเข็ม และกระบอกฉีดยา (NSP) และห้องเสพยาเสพติด ประเทศทดลองแบบจำลองการบำบัดใหม่โดยใช้เฮโรอินช่วยซึ่งส่งเฮโรอินเกรดทางยาให้แก่ผู้เสพยาสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นเวลานานที่ล้มเหลวกับโครงการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์แบบดั้งเดิมที่ใช้ยาเมทาโดน (methadone) หรือยาบูพรีนอร์ฟีน (buprenorphine) แล้วโดยฉีดเฮโรอินภายใต้การควบคุมดูแลทางการแพทย์ โครงการลดความเสี่ยงต่อภาวะขนาดยาเสพติดเกินตลอดจนความเกี่ยวข้องของผู้เสพยาเสพติดกับการค้ายาเสพติดระดับล่าง ความสำเร็จของวิธีการนี้ได้นำไปสู่โครงการคล้ายๆ กันที่เปิดตัวในประเทศอื่นซึ่งรวมถึงแคนาดา เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ สเปน และสหราชอาณาจักร¹³⁷

ระบบสวิตเซอร์แลนด์ส่งผลให้เกิดการกวาดล้างการฉีดยาเสพติดในพื้นที่สาธารณะแล้วซึ่งเป็นการทำให้ความปลอดภัยสาธารณะดีขึ้น และทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นสำหรับผู้เสพยาเสพติดซึ่งรวมถึงการลดการใช้เฮโรอิน การส่งผ่านโรคที่ติดต่อทางเลือดและการเสียชีวิตจากภาวะขนาดยาเสพติดเกิน¹³⁸

บทที่ 3

กลไกการผันตัวบุคคล ออกจากกระบวนการยุติธรรม (Mechanisms to divert people away from the criminal justice system)

3.1 ภาพรวมของการผันตัว (Overview of diversion)

โครงการผันตัวเป็นกลไกผันตัวผู้เสพยาเสพติดออกไปจากระบบงานยุติธรรม (กล่าวคือ เมื่อจับกุม ฟ้องคดี พิพากษาลงโทษ หรือคุมขัง) และเข้าไปสู่บริการรักษา ลดอันตรายให้คำปรึกษาและบริการอื่นเมื่อเหมาะสม โครงการผันตัวสามารถปฏิบัติการได้ในความผิดต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในครอบครอง การมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และความผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดที่ไม่ใช้ความรุนแรง เช่น การลักทรัพย์ การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกและการค้ายาเสพติดระดับล่าง

โครงการผันตัวมีประโยชน์ด้านสุขภาพและสวัสดิภาพสำหรับผู้เสพยาเสพติดที่มีส่วนร่วมในโครงการในขณะที่ยังช่วยลดความกดดันต่อระบบเรือนจำและศาลด้วย โครงการผันตัวสามารถเพิ่มความมั่นคงของมนุษย์ได้โดยทำให้สามารถทรมัทรพยากรด้านงานยุติธรรมและด้านการบังคับใช้กฎหมายไปยังคดีอาญาอุกฉกรรจ์ที่เป็นภัยคุกคามความมั่นคงสาธารณะได้แทนความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติดและผู้เสพยาเสพติด

ควรนำโครงการผันตัวไปปฏิบัติในการเคลื่อนไหวเข้าหาการตอบสนองต่อการเสพยาเสพติดโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก

โครงการนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้ในบริบทที่การเสพยาเสพติดยังคงเป็นความผิดเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพและอันตรายทางสังคม รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เป็นความผิด โครงการนี้ยังสามารถนำไปปฏิบัติในบริบทที่ทำให้การเสพยาเสพติดไม่มีความผิดได้ด้วย

ที่จริงแล้วโครงการผันตัวแบบเบ็ดเสร็จที่ไม่ลงโทษนั้นมีบทบาทสำคัญในแบบจำลองการทำให้ไม่เกิดความผิดจำนวนมากที่ภูมิภาคอื่นๆ ของโลกนำไปปฏิบัติ

ประเทศจำนวนมากที่นำการทำให้ไม่เกิดความผิดโดยพฤตินัยไปปฏิบัติแล้วพึงพาโครงการผันตัวโดยตำรวจในฐานะส่วนประกอบหนึ่งของแบบจำลองโดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงบทบาทสำคัญของตำรวจในการทำให้มั่นใจว่าไม่บังคับใช้กฎหมายที่ยังคงมีอยู่ในทางเทคนิค โครงการผันตัวยังสามารถมีบทบาทสำคัญในประเทศที่ได้ก้าวไปอีกขั้นด้วยการนำบทลงโทษสำหรับความผิดเหล่านี้ออกไปจากกฎหมายอาญา (การทำให้ไม่เกิดความผิดโดยนิตินัย) ประเทศเหล่านี้สามารถจัดโครงการผันตัวไว้ให้คดีอาญา เช่น การลักทรัพย์ การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกและการค้ายาเสพติดระดับล่างที่มีการเสพหรือการติดยาเสพติดของบุคคลเป็นตัวขับเคลื่อนก็ได้

3.2 มาตรฐานและบรรทัดฐานแห่งสหประชาชาติ ในเรื่องการผันตัว (UN standards and norms on diversion)

กรอบที่ 7 ข้อกำหนดขั้นต่ำมาตรฐานแห่ง สหประชาชาติสำหรับมาตรการไม่ควบคุมตัว (ข้อกำหนดโตเกียว)¹³⁹

ข้อกำหนดโตเกียว (Tokyo Rules) ให้กรอบที่ตกลงกันระหว่างประเทศแก่ตำรวจ อัยการและศาลเพื่อนำทางเลือกแบบไม่ควบคุมตัวไปปฏิบัติซึ่งต้องกันกับอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ บทบัญญัติสำคัญรวมถึง:

- ระบบงานยุติธรรมควรมีมาตรการไม่ควบคุมตัวที่หลากหลาย โดยนำการปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชน ข้อกำหนดของความยุติธรรมทางสังคมและความจำเป็นในการฟื้นฟูผู้กระทำความผิดมาพิจารณา
- ให้จัดการกับผู้กระทำความผิดในชุมชนอย่างระมัดระวังโดยหลีกเลี่ยงให้มากที่สุดที่จะไม่ให้เกิดการดำเนินคดีเป็นทางการหรือการพิจารณาคดีโดยศาล
- ควรใช้มาตรการไม่ควบคุมตัวให้สอดคล้องกับ**หลักการแทรกแซงน้อยที่สุด** (principle of minimum intervention) มาตรการไม่ควบคุมตัวพึงไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงอันมิควร

ต่อการบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตของผู้กระทำความผิด และให้ปกป้องศักดิ์ศรีของผู้กระทำความผิดตลอดเวลา

- **ควรให้อำนาจแก่ตำรวจและอัยการในการปล่อยตัวผู้กระทำความผิดก่อนการพิจารณาคดีในศาลหรือกำหนดมาตรการไม่ควบคุมตัวในคดีเล็กน้อย**
- ให้ใช้การคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาลเป็นวิธีสุดท้าย และให้ใช้อย่างมีมนุษยธรรมและด้วยความเคารพศักดิ์ศรีในตัวของมนุษย์
- **ข้อกำหนดเหล่านี้ส่งเสริมการใช้ทางเลือกในการพิพากษาแบบไม่ควบคุมตัว** ซึ่งรวมถึงวิธีการบังคับทางวาจา เช่น การว่ากล่าวตักเตือน การดำหนิโทษ การเตือน, การปล่อยตัวแบบมีเงื่อนไข, คำพิพากษารอการลงโทษหรือการเลื่อนการพิพากษา, คำสั่งบริการชุมชนหรือการส่งตัวไปรับการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดโดยไม่ใช้เรือนจำ
- ผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมและมีประสบการณ์ในทางปฏิบัติเท่านั้นที่ควรเป็นผู้ดำเนินการรักษาการติดยาเสพติด ความล้มเหลวของมาตรการไม่ควบคุม เช่น โครงการรักษาการติดยาเสพติดไม่ควรนำไปสู่การคุมขังโดยอัตโนมัติ แต่ควรแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสมอื่นๆ แทนการจำคุก

อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดแห่งสหประชาชาติมีบทบัญญัติที่อนุญาตให้ประเทศสมาชิกนำทางเลือกไปปฏิบัติแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษฐานยาเสพติด และในความผิดที่เกี่ยวข้องกัน คือ การมีไว้ในครอบครองและการเพาะปลูก เช่น การส่งต่อไปรับการรักษาและการให้ความรู้¹⁴⁰ ในระดับภูมิภาคย่อย สมาคมความร่วมมือแห่งภูมิภาคเอเชียใต้ (South Asia Association for Regional Cooperation, SAARC) ได้รับความยืดหยุ่นเดียวกันมาใช้ในข้อตกลงระดับภูมิภาคว่าด้วยยาเสพติด¹⁴¹ เพื่อให้บทบัญญัติเหล่านี้มีผลสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมส่งเสริมการฟื้นตัวจากระบบงานยุติธรรมผ่านทางการใช้ทางเลือกแทนการดำเนินคดีของศาล การคุมขังและการลงโทษเป็นทางการในคดีความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) ซึ่งต้องกันกับข้อกำหนดขั้นต่ำมาตรฐานแห่งสหประชาชาติสำหรับมาตรการไม่ควบคุมตัว (*United Nations Standard Minimum Rules for Non-Custodial Measures*) (ดูกรอบที่ 7)¹⁴²

หลักฐานเสนอแนะว่า สำหรับบุคคลที่พบว่าติดยาเสพติด การส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถช่วยทำลายวงจรของการติดยาเสพติด การกระทำความผิดซ้ำและการจำคุก (รวมถึงการคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาลด้วย) ได้¹⁴³ ระบบฟื้นตัวผู้กระทำความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติดไปรับบริการรักษาการติดยาเสพติด และบริการคืนผู้ติดยาเสพติดกลับสู่สังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยังสามารถลดความกดดันต่อเรือนจำ อุบัติการณ์อาชญากรรมและอัตราการกลับเสพยาได้ด้วย โครงการฟื้นตัวสามารถนำไปสู่การลดการส่งผ่านไวรัสที่ติดต่อทางเลือด เช่น เอชไอวีและตับอักเสบบีได้ด้วยเมื่อมีการส่งตัวไปรับบริการลดอันตรายและบริการสุขภาพ

โครงการพันธุ์ได้ผลมากที่สุดเมื่อ:

- ปรับแต่งให้เหมาะสมกับความจำเป็นจำเพาะของประชากรกลุ่มย่อยที่แตกต่างกันซึ่งรวมถึงโครงการเพื่อผู้หญิง (ดูกรอบที่ 8) และเยาวชนด้วย¹⁴⁴
- ใช้เกณฑ์การมีคุณสมบัติและข้อกำหนดโครงการเพื่อกำหนดเป้าหมายระดับและชนิดของการแทรกแซงตามลักษณะของการเสพติดหรือการติดยาเสพติดของปัจเจกบุคคลและความรุนแรงของการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และ

กรอบที่ 8 ข้อกำหนดกรุงเทพฯ (Bangkok Rules): การส่งเสริมมาตรการไม่ควบคุมตัวและพ้นตัวผู้หญิง¹⁴⁵

ข้อกำหนดเพื่อการปฏิบัติต่อนักโทษหญิงและมาตรการไม่ควบคุมตัวผู้กระทำความผิดหญิง (United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Measures for Women Offenders) (“ข้อกำหนดกรุงเทพฯ”) เสริมข้อกำหนดโตเกียวและเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกกำหนดทางเลือกที่จำเพาะกับเพศแทนการคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาลและการจำคุก ซึ่งรวมถึงการจัดหาสิ่งต่อไปนี้:

- ทางเลือกสำหรับมาตรการพันธุ์และทางเลือกก่อนการพิจารณาคดีในศาลแทนการคุมขังโดยนำประวัติของการตกเป็นเหยื่อของผู้กระทำความผิดหญิงจำนวนมาก ตลอดจนภูมิหลังหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลผู้อื่นและความผูกพันกับครอบครัวมาพิจารณา

- ทางเลือกเพื่อผู้หญิงที่ใช้มาตรการไม่ควบคุมตัวร่วมกับการแทรกแซงเพื่อพยายามแก้ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้หญิงสัมผัสกับระบบงานยุติธรรมซึ่งรวมถึงโครงการรักษาการติดยาเสพติดที่จำเพาะกับผู้หญิงที่มีบริการดูแลเด็กให้ด้วย
- บริการรักษาการติดยาเสพติดที่ผู้หญิงเข้าถึง บริการผู้หญิงเท่านั้น อ่อนโยนต่อเพศ มีข้อมูลการบำบัดเจ็บบอบช้ำเป็นอย่างดี และไม่เกี่ยวข้องกับการคุมขัง ผ่านทางมาตรการฟื้นตัวหรือมาตรการพิพากษาที่เป็นทางเลือก การจัดบริการเช่นนั้นยังสามารถทำหน้าที่เป็นมาตรการป้องกันอาชญากรรมได้ด้วย
- ส่งต่อไปปรับการรักษา การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมนุษยธรรมและยืดหยุ่น จึงเป็นการจัดหาทางเลือกที่ลงโทษน้อยลงและได้ผลมากขึ้นให้เพื่อให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการกลับคืนสู่สังคมดีขึ้นมากกว่าเรือนจำ

ในการเพิ่มประสิทธิผล ประเทศควรจัดตั้งโครงการฟื้นตัวที่หลากหลายในขั้นตอนของกระบวนการงานยุติธรรมที่แตกต่างกันดังที่ร่างเค้าโครงไว้ในหัวข้อต่อไป ซึ่งรวมถึง:

- การฟื้นตัวโดยตำรวจ
- การฟื้นตัวโดยอัยการ และ
- การฟื้นตัวโดยศาลก่อนและหลังการพิพากษา

3.3 การผันตัวโดยตำรวจ (Diversion by police)

การผันตัวโดยตำรวจสามารถเกิดขึ้นได้ก่อนการจับกุมหรือในขั้นตอนหลังจับกุม/ก่อนขึ้นศาล บ่อยครั้งการผันตัวโดยตำรวจเป็นที่นิยมกว่าการผันตัวในขั้นตอนหลังจากนั้นเนื่องจากหลีกเลี่ยงการกำหนดข้อหาทางอาญาเป็นทางการและการคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาล บทบาทดั้งเดิมของตำรวจคือ การทำให้แน่ใจว่าได้จับกุมและนำผู้กระทำความผิดไปขึ้นศาลเพื่อเผชิญการพิพากษาลงโทษ ในระบบการผันตัวนี้ตำรวจได้รับบทบาทในการส่งต่อบุคคลออกไปจากระบบงานยุติธรรมและ/หรือไปรับบริการด้านสุขภาพและสังคม ตำรวจในระบบการผันตัวบางระบบมีดุลยพินิจออกคำเตือนโดยผู้กระทำความผิดได้รับคำเตือนทางวาจาโดยไม่มีการลงโทษเพิ่มเติมและในบางประเทศ ตำรวจสามารถสั่งปรับ ณ จุดเกิดเหตุได้คล้ายกับการออกไปสั่งจรรยา (เช่น สาธารณรัฐเช็ก สวิตเซอร์แลนด์ บางรัฐของออสเตรเลีย)

การผันตัวโดยตำรวจอาจมีความท้าทายบางประการ เช่น ขณะที่ตำรวจมักคำนึงถึงการบังคับใช้กฎหมายอาญาในฐานะบทบาทปฐมภูมิของตน โครงการผันตัวอาจจัดว่าค้านกับวัฒนธรรมเด่นขององค์กร ตำรวจยังอาจต่อต้านการนำโครงการผันตัวที่เน้นสุขภาพไปปฏิบัติด้วยหากมองว่าการเสพยาเสพติดเป็นผลจาก “ความอ่อนแอ” (individual weakness) และ “ความล้มเหลวทางศีลธรรม” (moral failing) มากกว่าเป็นประเด็นด้านสุขภาพและสังคมอันซับซ้อน นอกจากนี้ผู้เสพยาเสพติดยังอาจมีความไม่ไว้วางใจตำรวจอยู่มากอันเนื่องมาจากประสบการณ์ก่อนหน้ากับการใช้

อำนาจโดยมิชอบและการใช้อำนาจรัฐบังหลวงของตำรวจ¹⁴⁶

ความเสี่ยงอีกประการหนึ่งในการให้ตำรวจมีบทบาทสำคัญในการผันตัว คือ “การขยายขยายความผิด” (net-widening) โดยอำนาจของตำรวจที่เพิ่มขึ้น และปริมาณขึ้นต่ำน้อยๆ ส่งผลให้จำนวนผู้เสียหายเสพติดที่สัมผัสกับระบบ งานยุติธรรมเพิ่มขึ้นแทนที่จะลดลง (ซึ่งได้สังเกตพบแล้วในบางส่วนของ ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น)¹⁴⁷

ผลคือ ในการออกแบบและการนำระบบการผันตัวโดยตำรวจไปปฏิบัติ ผู้วางนโยบายควรพิจารณาฝึกอบรมตำรวจและพยายามสร้างความสามารถ ในเรื่องเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด การลดอันตรายและการรักษาการติดยาเสพติด ตลอดจนการส่งเสริมโครงการให้ผู้เสพยาเสพติดและชุมชนที่เกี่ยวข้องทราบ การนำผู้แทนของผู้เสพ (หรือเคยเสพ) ยาเสพติดเข้ามามีส่วน ในกระบวนการออกแบบ จัดการและประเมินการผันตัวโดยตำรวจสามารถ ช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างชุมชนกับตำรวจได้ การนำเจ้าหน้าที่ตำรวจจาก เขตอำนาจที่มีประสบการณ์ในการนำโครงการผันตัวไปปฏิบัติเข้ามามีส่วน อาจช่วยได้เช่นกัน ด้วยพื้นฐานเช่นนี้ประเทศควรพิจารณาเริ่มใช้ระบบการผันตัวโดยตำรวจโดยให้มีลักษณะพิเศษต่อไปนี้:

- หากการเสพยาเสพติดยังเป็นความผิดอาญาอยู่ ให้มุ่งความสนใจไปยัง บุคคลที่พบว่ามียาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยหรืออุปกรณ์เสพยาเสพ ติดไว้ในครอบครอง
- หากทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดแล้ว ระบบการผันตัวโดย

ตำรวจควรมุ่งความสนใจไปยังผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) ที่ไม่ใช้ความรุนแรง ระบบเช่นนั้นยังอาจปฏิบัติการได้ใน เขตอำนาจที่ยังไม่ได้ทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นเรื่องผิดด้วย

- รวมทางเลือกให้ตำรวจไม่กระทำการเพิ่มเติม หรือเพียงแต่ออกคำเตือน ให้แก่บุคคลฐานเสพยาเสพติด มีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง หรือมีไว้ในครอบครองหรือเพาะปลูกเพื่อการเสพส่วนบุคคลได้ด้วย
- การผันตัวอาจเกี่ยวข้องกับการส่งต่อไปรับการประเมินทางการแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม และในกรณีที่บุคคล ติดยาเสพติด ส่งต่อไปรับการรักษามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดำเนินการ โดยหน่วยงานการรักษาที่ได้รับการรับรอง การไม่สามารถอยู่จนจบ โครงการรักษาหรือการกลับเสพยาเสพติดซ้ำไม่ควรส่งผลให้ต้องใช้ วิธีการบังคับทางอาญา
- กลไกการผันตัวควรนำเกณฑ์การมีคุณสมบัติครบที่นิยามไว้อย่างชัดเจน มาใช้ ระบบการผันตัวโดยตำรวจอาจคัดบุคคลผู้เคยถูกตั้งข้อหาก่อคดี อาญาที่ใช้ความรุนแรงหรือกระทำความผิดอุกฉกรรจ์กว่านั้นเกี่ยวกับ ยาเสพติดออกไป
- การยอมรับความเป็นผู้ผิดทางอาญาในความผิดหนึ่งๆ ไม่ควรเป็น ข้อกำหนดในการเข้าระบบการผันตัวโดยตำรวจ¹⁴⁸ ข้อกำหนดเช่นนี้อาจ ยับยั้งไม่ให้บุคคลยอมรับว่าตนติดยาเสพติด จึงป้องกันการส่งตัวไป รับบริการสุขภาพและบริการให้ความรู้

ตัวอย่างของวิธีปฏิบัติที่ดีในการผันตัวโดยตำรวจ (Examples of good practice in police diversion)

- ประเทศออสเตรเลีย

แต่ละรัฐและแต่ละดินแดนของออสเตรเลียได้พัฒนาระบบการผันตัวโดยตำรวจที่แตกต่างกันขึ้นมา บางระบบปฏิบัติการภายใต้วิธีการทำให้ไม่เป็นความผิดโดยพฤตินัย ในขณะที่บางระบบปฏิบัติการในบริบทที่ยกเลิกวิธีการบังคับทางอาญาและนำวิธีการบังคับทางปกครองมาแทนที่แล้ว ตำรวจสามารถใช้ดุลยพินิจผันตัวผู้เสพยาเสพติดไปรับบริการให้คำปรึกษาให้ความรู้และสุขภาพได้ ระบบการลงโทษทางปกครองในบางรัฐอนุญาตให้ตำรวจสั่งปรับ ณ จุดเกิดเหตุในความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติดได้ (เช่น สุรานมิกัญชาไว้ในครอบครองในรัฐเซาท์ออสเตรเลีย)

โครงการผันตัวเกี่ยวกับยาเสพติดโดยตำรวจ (Police Drug Diversion Program) ในรัฐแทสเมเนียของออสเตรเลียประยุกต์ใช้กับบุคคลที่พบว่ามียาเสพติด ผิดกฎหมายใดก็ตามไว้ในครอบครอง¹⁴⁹ ซึ่งใช้วิธีพิจารณาที่แตกต่างกัน ผันตัวผู้กระทำความผิดออกไปจากระบบงานยุติธรรมโดยขึ้นอยู่กับชนิดของยาเสพติดที่เกี่ยวข้อง ในกรณีของกัญชา ผู้กระทำความผิดที่พบอยู่กับกัญชาไม่เกิน 50 กรัม ถูกเตือนแทนตั้งข้อหา โดยเตือนได้ 3 ครั้งใน 10 ปี ให้ข้อมูลและส่งต่อไปรับบริการให้คำปรึกษาเมื่อเตือนครั้งแรกและครั้งที่ 2 ส่วนการเตือนครั้งที่ 3 ส่งต่อผู้กระทำความผิดไปยังบริการแอลกอฮอล์และยาเสพติด (Alcohol and Drug Service) เพื่อการประเมินสุขภาพและการแทรกแซงอย่างย่อหรือการรักษา ความผิดต่อๆ ไปอาจส่งผลเป็นการพิพากษาลงโทษทางอาญา

- ประเทศสหรัฐอเมริกา

หลายเมืองเริ่มใช้การผันตัวโดยตำรวจสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระดับล่างที่ไม่ใช้ความรุนแรงแล้ว เช่น เมืองซีแอตเทิลนำแบบจำลองการผันตัวโดยตำรวจอันเป็นนวัตกรรมไปใช้ผ่านทางโครงการที่เรียกว่าการนำการบังคับใช้กฎหมายมาช่วยในการผันตัว (Law Enforcement Assisted Diversion, LEAD)¹⁵⁰ ซึ่งมุ่งเป้าไปยังบุคคลผู้เกี่ยวข้องกับความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติด (เช่น การค้าและการมีไว้ในครอบครองระดับล่าง) หรืองานบริการทางเพศ ตำรวจผันตัวบุคคลเหล่านี้ไปรับบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยการผันตัวเกิดขึ้น ณ จุดที่จับกุม ผู้จัดการคดีดำเนินการประเมินที่พิจารณาความถี่ในการใช้สารและความจำเป็นของบุคคลในส่วนที่สัมพันธ์กับบริการรักษาและบริการลดอันตราย ปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ผู้มีส่วนร่วมยังได้รับความสนับสนุนทางสังคมให้เชื่อมโยงกับบริการ เช่น ความช่วยเหลือทางกฎหมาย การฝึกและ/หรือการเข้าทำงาน ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย และการให้คำปรึกษาด้วยความสำเร็จในโครงการการนำการบังคับใช้กฎหมายมาช่วยในการผันตัวไม่ได้ตัดสิ้นจากการทดสอบบัสสวาระได้ผลลบหรือแม้แต่การดเสพ แต่จากความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้มีส่วนร่วมดีขึ้นซึ่งนักสังคมสงเคราะห์และผู้ทำงานด้านสุขภาพเป็นผู้ประเมิน สิ่งสำคัญที่ควรสังเกตคือ บุคคลสามารถเข้าโครงการอีกครั้งได้หากตำรวจจับกุมอีกครั้งในความผิดคล้ายกัน การประเมินโครงการแสดงให้เห็นว่าบุคคลผู้ได้รับการผันตัวไปรับบริการเหล่านี้มีโอกาสถูกจับกุมในความผิดในอนาคตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผันตัว 58%¹⁵¹

กรอบที่ 9 หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่าย เอชไอวี (Law Enforcement and HIV Network, LEAHN)

หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่ายเอชไอวีส่งเสริมการนำบุคลากรผู้บังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะตำรวจเข้ามามีส่วนร่วมในการตอบสนองต่อเชื้อเอชไอวีในระดับชาติอย่างได้ผลผ่านทางความสนับสนุนของคนระดับเดียวกัน การพัฒนาอย่างมืออาชีพ การสนับสนุน และการใช้เครือข่าย

หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่ายเอชไอวีจัดการเครือข่ายศูนย์กลางของประเทศ (Country Focal Point, CFP) ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจในหน้าที่หรือที่เกษียณแล้วรับผิดชอบการให้ความรู้เพื่อน ๆ ที่บังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับวิธีการเกี่ยวกับเอชไอวีและวิธีการลดอันตรายในการดำเนินการของตำรวจกับประชากรกลุ่มสำคัญ ๆ ที่ได้รับผล เครือข่ายนี้ยังส่งเสริมกิจกรรมร่วมระหว่างตำรวจกับชุมชนที่เสี่ยงด้วย เครือข่ายนี้กว่า 20 เครือข่ายเกี่ยวข้องกับประเทศบังคลาเทศ อินเดีย อินโดนีเซีย เนปาล ไทย และเวียดนาม มีรายนามเครือข่ายนี้ทั้งหมดอยู่ที่ www.leahn.org

หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่ายเอชไอวียังช่วยทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างการบังคับใช้กฎหมายกับองค์กรภาคประชาสังคมที่นำกิจกรรมเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีไป

ปฏิบัตินั้นดีขึ้นด้วย เครือข่ายนี้และเครือข่ายศูนย์กลางของประเทศ
สามารถทำตัวเป็นสะพานระหว่างชุมชนกับผู้แทนผู้บังคับใช้
กฎหมาย และสนับสนุนความเป็นหุ้นส่วนเป็นทางการและไม่เป็น
ทางการเพื่อการตอบสนองด้านสาธารณสุขและความมั่นคง
สาธารณะที่ได้ผลได้

ความร่วมมือของตำรวจในการสนับสนุนการลดอันตราย: ตัวอย่าง ของวิธีปฏิบัติที่ดีในทวีปเอเชีย (Police collaboration in support of harm reduction: examples of good practice in Asia)

ในบางส่วนของทวีปเอเชีย แม้ว่าการเสพติดยังคงผิดกฎหมายแต่
เจ้าหน้าที่สุขภาพกระตุ้นให้ตำรวจรับวิธีการที่ได้ผลในทางปฏิบัติมาใช้
เพื่อให้บริการโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาและการบำบัด
ทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ปฏิบัติได้และมีบทบาทแข่งขันในการลด
อันตรายต่อสุขภาพที่มีผลต่อผู้เสพติด ขณะที่ตำรวจเข้ามาสัมผัส
กับผู้เสพติดเป็นประจำก็สามารถเป็นผู้เล่นสำคัญในการเสนอ
คำแนะนำและข้อมูล อำนวยความสะดวกให้แก่การเข้าถึงบริการลดอันตราย
และทำให้แน่ใจว่าการตอบสนองต่อภาวะขนาดยาเสพติดเกินเป็นไปอย่าง
รวดเร็ว (ดูกรอบที่ 9 เรื่อง หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและเครือข่ายเอชไอวี)¹⁵²
แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นความผิดนั้นบทบาทของตำรวจในการสนับสนุน
การลดอันตรายสามารถรวมถึง:

- การส่งต่อบุคคลไปเข้าโครงการรักษาการติดยาเสพติด, โครงการลดอันตรายและบริการสุขภาพชนิดอื่น ๆ, สวัสดิการ, ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและการจ้างงาน
- การจัดสิ่งแวดลอมที่สนับสนุนบริการลดอันตรายโดยไม่จับกุมผู้เสพยาเสพติดในบริเวณใกล้เคียงศูนย์พักพิง (drop-in centre), ศูนย์โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาหรือการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ หรือบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มักพบผู้เสพยาเสพติด เช่น คลินิกเฉพาะทาง สิ่งสำคัญคือการทำสำรวจมีความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนและสร้างสรรค์กับการริเริ่มที่ออกแบบมาเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น ศูนย์พักพิง โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ ผู้ให้ความรู้แก่คนระดับเดียวกัน ผู้ทำงานสู่ภายนอก¹⁵³
- การหลีกเลี่ยงการจับกุม ณ สถานที่ที่เกิดภาวะขนาดยาเสพติดเกิน เพราะฉะนั้นจึงส่งเสริมให้ประชาชนโทรขอความช่วยเหลือทางการแพทย์โดยไม่ล่าช้าหรือกลัวการฟ้องคดี

หลายศูนย์ในประเทศเอเชียบางประเทศได้พัฒนาวิธีปฏิบัติที่ดีในการผันตัวโดยตำรวจขึ้นมาแล้ว เช่น:

- การริเริ่มความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชน (Police Community Partnership Initiative, PCPI) กระตุ้นการผันตัวโดยตำรวจให้ไปรับบริการลดอันตรายอย่างไม่เป็นทางการ องค์การนอกภาครัฐ (KHANA) และกระทรวง

มหาดไทย (Ministry of Interior) ของกัมพูชานำการริเริ่มนี้ไปปฏิบัติ ณ “จุดพร้อมใจ” (hotspot) สำหรับเอชไอวีในกรุงพนมเปญ ตำรวจได้รับการส่งเสริมให้ใช้ดุลยพินิจโดยส่งต่อบุคคลผู้ฉีดยาเสพติดไปรับบริการลดอันตรายแทนการจับกุมบุคคลเหล่านี้โดยมีเงื่อนไขว่าไม่มีหลักฐานถึงการค้ายาเสพติด เจ้าหน้าที่ตำรวจ 200 นาย ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการลดอันตราย พร้อมกับสมาชิกสภาปกครองท้องถิ่น ผู้แทนของผู้เสพยาเสพติดและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ในท้องถิ่น 154

- ในเมืองยู่ซี **ประเทศจีน** ตำรวจส่งต่อผู้เสพยาเสพติดไปยังศูนย์การรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักที่รู้จักกันในชื่อ “Peace No. 1” ตำรวจหลีกเลี่ยงการดำเนินการจับกุมฐานมียาเสพติดเล็กน้อยไว้ในครอบครองหรือเสพในบริเวณที่ติดกับศูนย์ เป้าหมายของโครงการนี้คือ เพื่อให้สุขภาพของผู้เสพยาเสพติดดีขึ้น ลดการคุมขังซ้ำในศูนย์บังคับล้างพิษ เพิ่มการนำอดีตผู้เสพยาเสพติดออกจากกระบบเฝ้าระวังของรัฐบาล ทำให้ความสนับสนุนของสังคมและครอบครัวแข็งแกร่งขึ้นสำหรับผู้เสพยาเสพติดและทำให้การคืนผู้เสพยาเสพติดกลับสู่ชุมชนดีขึ้น ลูกคำ Peace No. 1 เข้าถึงบริการทางจิตสังคมและด้านบริหารสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จซึ่งรวมถึงยาเมทาโดน (methadone) ด้วย ตำรวจได้รับการฝึกอบรมด้านการลดอันตรายทั่วเขตการปกครอง¹⁵⁵
- ใน**ประเทศเวียดนาม** ศูนย์เพื่อการสนับสนุนการริเริ่มในการพัฒนาชุมชน (Center for Supporting Community Development Initiatives) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นนำการรักษาโดยสมัครใจและใช้ชุมชนเป็น

หลักไปปฏิบัติในจังหวัดบักซาง แบบจำลองการรักษาการติดยาเสพติด โดยสมัครใจในบักซางประกอบด้วยศูนย์การรักษาการติดยาเสพติด โดยสมัครใจแห่งหนึ่ง และศูนย์การให้คำปรึกษาและการรักษาการติดยาเสพติดในชุมชน 5 แห่ง

- **ในประเทศไทย** ผู้ให้บริการสุขภาพของภาคประชาสังคมและผู้แทนผู้บังคับใช้กฎหมายท้องถิ่นในจังหวัดนราธิวาสเจรจาสงบศึกกันอย่างไม่เป็นทางการ การสงบศึกเป็นผลมาจากชุดการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างความสามารถและสร้างความอ่อนไหวที่มีเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายไทยอาวุโสเป็นผู้สนับสนุน เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายท้องถิ่นตกลงใช้ดุลยพินิจให้มากขึ้นโดยผันตัวผู้เสพยาเสพติดไปรับบริการสุขภาพบ่อย ๆ¹⁵⁷

3.4 การพ้นตัวโดยอัยการ (Diversion by prosecutors)

โดยทั่วไปอัยการมีดุลยพินิจไม่ดำเนินการตั้งข้อหาทางอาญาภายใต้บางสถานการณ์ โดยทั่วไปกฎหมายอาญาและแนวทางสำหรับอัยการนิยามสถานการณ์เหล่านี้ไว้ ข้อกำหนดโตเกียวกระตุ้นให้อัยการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ แทนการฟ้องคดี:¹⁵⁸

เมื่อเหมาะสมและเข้ากันกับระบบทางกฎหมาย ตำรวจ บริการฟ้องคดี หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่จัดการกับคดีอาญาควรได้รับอำนาจให้ปล่อยตัวผู้กระทำความผิดหากพิจารณาว่าไม่จำเป็นต้องดำเนินคดีเพื่อคุ้มครองสังคม ป้องกันอาชญากรรม หรือส่งเสริมความเคารพกฎหมายและสิทธิของเหยื่อ พึงพัฒนาเกณฑ์ขึ้นมาชุดหนึ่งภายในระบบทางกฎหมายแต่ละระบบเพื่อวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจว่าความเหมาะสมของการปล่อยตัวหรือการกำหนดการดำเนินคดี อัยการในคดีเล็กน้อยอาจกำหนดมาตรการไม่ควบคุมตัวที่เหมาะสมตามความเหมาะสม

บทบาทของอัยการแตกต่างกันไประหว่างระบบทางกฎหมาย ระบบกฎหมายภาคพื้นยุโรปและกฎหมายสังคมนิยมที่พบในประเทศเอเชียตะวันออกจำนวนมากใช้วิธีการแตกต่างกันในเรื่องบทบาทของอัยการเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ใช้กฎหมายจารีตประเพณี (อดีตจักรวรรดิอังกฤษในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้) อัยการอาจมีดุลยพินิจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดำเนินคดีในระบบกฎหมายภาคพื้นยุโรปและกฎหมายสังคมนิมน้อยกว่าประเทศที่ใช้กฎหมายจารีตประเพณีมาก อย่างไรก็ตาม ตามข้อกำหนดโตเกียว¹⁵⁹ (ดูกรอบที่ 7 ในหัวข้อที่ 3.2) สามารถกำหนดบทบาทพิเศษเพื่อให้ใช้ดุลยพินิจในคดีอาญาเฉพาะคดีได้

ควรส่งเสริมให้อัยการไม่ฟ้องคดีความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติดโดยนำการมีทางเลือกอื่นๆ แทนการฟ้องคดีมาพิจารณา เช่น คำเตือนให้ระวังอันตราย คำเตือน การส่งต่อไปรับบริการทางสังคมและสุขภาพ สามารถพัฒนาแนวทางขึ้นมาแนะนำอัยการไม่ให้ดำเนินการฟ้องคดีในความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) เกี่ยวกับยาเสพติด หรือกำหนดเงื่อนไขแก่ผู้กระทำความผิดหากตัดสินใจไม่ฟ้องคดี เช่น กำหนดให้บุคคลเข้ารับการให้คำปรึกษาและ/หรือการประเมินการติดยาเสพติดกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อระบุความจำเป็นใดๆ ในการรักษาและการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพ ด้านการลดอันตรายหรือด้านสังคมอื่นๆ¹⁶⁰ แนวทางสามารถทำให้แน่ใจได้ว่าอัยการพึงพาการประเมินผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดยาเสพติดและความจำเป็นในการรักษาก่อนตัดสินใจส่งต่อบุคคลไปรับการรักษา

ตัวอย่างของการพ้นทั่วยอัยการ: กรณีของประเทศกัมพูชา

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาเสพติด (Law on Drug Control) แห่งปี ค.ศ. 2011 ของประเทศกัมพูชา ก่อนการตัดสินใจฟ้องคดีบุคคลฐานเสพยาเสพติด อัยการให้คำแนะนำแก่บุคคลนั้นให้ยอมรับการรักษาได้ หากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์รับรองว่าบุคคลนั้นติดยาเสพติด การฟ้องคดีสามารถระงับไว้ได้หากบุคคลนั้นตกลงยอมรับการรักษาและการฟื้นฟู¹⁶¹

3.5 การผันตัวโดยศาล (Diversion by courts)

3.5.1 ภาพรวมของแบบจำลองการผันตัวโดยศาล (Overview of court diversion models)

ทั่วโลกได้พัฒนาแบบจำลองต่างๆ ของการผันตัวโดยศาลออกจากระบบงานยุติธรรมขึ้นมาแล้ว บางแบบนำไปปฏิบัติโดยศาลอาญาทั่วไปในขณะที่บางแบบนำไปปฏิบัติโดยศาลชั้นอุทธรณ์ (บางประเทศเรียกว่า “ศาลยาเสพติด”)

ศาลอาญาในประเทศเอเชียจำนวนมากมีบทบาทเป็นทางการในการเชื่อมโยงผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเข้ากับการรักษาแล้วและสามารถส่งให้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาได้ซึ่งรวมถึงการล้างพิษในคลินิก หรือ “การรักษา” และ “การฟื้นฟู” ในศูนย์บำบัดบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (CCDU) ซึ่งในบางกรณีจัดเป็นส่วนหนึ่งของคำพิพากษาความผิด และ/หรืออาจจัดการรักษาไว้ในเรือนจำหรือสถานแก้ไขพฤติกรรมที่คล้ายกัน (เช่น ฮองกง อินโดนีเซีย ใต้หวัน เกาหลีใต้) แต่มักเกิดขึ้นผ่านทางกระบวนการเชิงลงโทษที่บำบัดรักษาโดยคำสั่งศาลภายใต้การควบคุมดูแลของตำรวจหรือรัฐบาลมากกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสนับสนุนและโดยสมัครใจที่ออกแบบมาส่งเสริมให้ผู้กระทำความผิดเข้าถึงการให้ความรู้โดยชุมชนเป็นหลัก การลดอันตราย การรักษา และทางเลือกอื่นๆ ในการบริหาร

ส่วนอื่นๆ ของโลกมีระบบที่มีลักษณะลงโทษน้อยลงโดยที่ศาลสามารถผันตัวบุคคลไปเข้าโครงการรักษาที่ใช้ชุมชนเป็นหลักที่ตั้งอยู่นอกเรือนจำหรือศูนย์คุมขังได้¹⁶² วิธีปฏิบัติที่ดีในการนำส่งการรักษาการติดยาเสพติด

ต้องมีบริการที่อิงตามหลักฐานประสิทธิผลทางวิทยาศาสตร์ซึ่งปรับแต่งให้เหมาะสมกับความจำเป็นและความชอบของปัจเจกบุคคล เป็นไปตามบรรทัดฐานสิทธิมนุษยชน และเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (ดูข้อมูลวิธีปฏิบัติที่ดีในการจัดการรักษาการติดยาเสพติดเพิ่มเติมในหัวข้อที่ 2.7 เรื่องการส่งเสริมการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพและสังคมโดยสมัครใจ)¹⁶³

3.5.2 ตัวอย่างของการผันตัวโดยศาลในทวีปเอเชีย (Examples of court diversion in Asia)

ประเทศจำนวนมาก (รวมถึงอัฟกานิสถาน อินเดีย ภูฏาน อินโดนีเซีย มาเลเซีย มัลดีฟส์ ไทย และฟิลิปปินส์) ได้เริ่มใช้ระบบที่ศาลสามารถส่งให้บุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไปเข้ารับ “การรักษา” ในฐานะทางเลือกแทนเรือนจำได้ บางประเทศคุมขังบุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองไว้ในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เข้ายาเสพติดซึ่งที่เห็นได้ชัดคือเพื่อ “การรักษา” และ “การฟื้นฟู” (ดังที่หัวข้อ 2.6 ร่างเค้าโครงไว้) แม้ว่าบางครั้งมีทางเลือกในการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักอยู่ด้วยก็ตาม

ระบบการผันตัวโดยศาลในทวีปเอเชียเผชิญความท้าทายในการนำไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ และยังคงมีลักษณะลงโทษอยู่มากซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะความจำกัดด้านทรัพยากรและความสามารถ **ที่จริงแล้วแบบการผันตัวโดยศาลส่วนใหญ่ในภูมิภาคไม่ได้แยกแยะระหว่างผู้ติดยาเสพติดกับผู้ที่ไม่มีปัญหากับการเสพยาเสพติดซึ่งทำให้คนจำนวนมากที่ไม่ต้องรักษาถูกส่งให้ไปเข้าศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เข้ายาเสพติด หรือโครงการ “รักษา” ชนิดอื่น**

ตัวอย่างต่อไปนี้แสดงให้เห็นภาพความหลากหลายของวิธีการเชิงลงโทษและไม่ลงโทษในบทบาทของศาลในการเชื่อมโยงบุคคลเข้ากับการรักษาและบริการที่มีอยู่แล้วในทวีปเอเชีย แบบการผันตัวโดยศาลที่ได้ผลควรมีลักษณะไม่ลงโทษ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นไปตามหลักการสาธารณสุข การลดอันตรายและสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่

ประเทศอินโดนีเซีย: การผันตัวโดยศาลไปรับการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก¹⁶⁴

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ศาลในประเทศอินโดนีเซียสามารถสั่งให้บุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดไปเข้าสถานรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดหรือโครงการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักได้ในฐานะทางเลือกแทนเรือนจำ นับตั้งแต่นั้นศาลมีทางเลือกในการแสวงหาคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในเรื่องทางเลือกในการรักษาเพื่อผู้เสพยาเสพติด ซึ่งรวมถึงบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักด้วย อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างการผันตัวโดยศาลไปรับบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักยังคงพบน้อยอันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการมีบริการเช่นนั้นจำกัดและการขาดความตระหนักของฝ่ายตุลาการด้วย เพราะฉะนั้น ในทางปฏิบัติ ศาลนำระบบการผันตัวเช่นนี้ไปปฏิบัติช้า และอัตราการคุมขังผู้เสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นตั้งแต่เริ่มใช้นโยบายการผันตัว คุณภาพของบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลักยังแปรผันกันอย่างมากด้วย เช่น บริการโดยใช้ศาสนาเป็นหลักจำนวนมากเพียงแต่เสนอโครงการงดเสพยาเสพติดอย่างเข้มงวดให้และไม่ได้้นำการแทรกแซงที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติ (ดูรายละเอียดในเรื่องนโยบายการผันตัวของอินโดนีเซียเพิ่มเติมในหัวข้อที่ 3.6.2 เรื่อง การมีส่วนร่วมของทำงานด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและผู้ทำงานช่วยเหลือทางกฎหมาย)

ประเทศมาเลเซีย: ศูนย์การรักษาและการดูแลโดยสมัครใจ และโครงการควบคุมดูแลและรักษาในชุมชน¹⁶⁵

การเสพติดในประเทศมาเลเซียมีโทษจำคุกสูงสุด 2 ปี พร้อมค่าปรับ¹⁶⁶ รัฐบาลมีความก้าวหน้าในการหันเหออกจากกาพึ่งพาเพียงศูนย์คุมขังไปใช้ทางเลือกต่าง ๆ แล้วซึ่งรวมถึงศูนย์การรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก มาเลเซียจัดตั้งศูนย์ “การรักษาและการดูแล” (Cure and Care) ที่จัดบริการรักษาการติดยาเสพติดและลดอันตรายเมื่อปี ค.ศ. 2010 ศูนย์มี 3 ชนิด: ศูนย์การฟื้นฟูเพื่อการรักษาและการดูแล (Cure and Care Rehabilitation Centre) (การบังคับคุมขังซึ่งเทียบเท่ากับศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด), ศูนย์การรักษาและการดูแล (บริการผู้ป่วยในโดยสมัครใจ) และศูนย์บริการเพื่อการรักษาและการดูแล (Cure and Care Service Centre) (ศูนย์ผู้ป่วยนอกโดยสมัครใจ) ศูนย์บริการเพื่อการรักษาและการดูแลจัดบริการรักษาและสนับสนุนแบบที่ลูกค้าเป็นศูนย์กลางให้ซึ่งรวมถึงการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ (OST) ด้วย ความสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ลูกค้าปฏิบัติตามแผนการรักษา ณ ศูนย์บริการเพื่อการรักษาและการดูแลโดยสมัครใจนี้

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ศาลมีทางเลือกในการสั่งให้ผู้ใหญ่ที่ติดยาเสพติดไปเข้าศูนย์การรักษาและการดูแล หรือศูนย์บริการ ในฐานะทางเลือกแทนการคุมขังในเรือนจำหรือศูนย์การฟื้นฟูเพื่อการรักษาและการดูแล บุคคลผู้ถูกจับกุมฐานเสพติดเป็นครั้งแรกอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของหน่วยงานต่อต้านยาเสพติดของรัฐบาลเป็นเวลา 2 ปีในฐานะทางเลือกแทนการฟ้องคดีและการคุมขัง คนกว่า 50,000 คนอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลในชุมชนใน ค.ศ. 2015 คนที่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลในชุมชน

มีการทดสอบปัสสาวะทุกเดือน หลังจากการทดสอบปัสสาวะได้ผลบวก 1 หรือ 2 ครั้งแล้ว ศาลใช้การแทรกแซงเข้มข้นขึ้นซึ่งรวมถึงการให้คำปรึกษา และความสนับสนุนจากคนระดับเดียวกัน หลังจากการทดสอบปัสสาวะ ได้ผลบวกเป็นครั้งที่ 3 แล้วอาจส่งบุคคลนั้นไปบังคับคุมขังในศูนย์การฟื้นฟู เพื่อการรักษาและการดูแล หรือเพื่อการรักษาในบริการบำบัดทดแทน สารกลุ่มโอปิออยด์¹⁶⁷

การศึกษาเมื่อปี ค.ศ. 2015 พบว่าความเสี่ยงต่อการกลับเสพยาของบุคคล ที่ถูกส่งไปบังคับคุมขังนั้นมากกว่าบุคคลที่ได้รับการรักษาโดยสมัครใจ 7.6 เท่า¹⁶⁸ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลแสดงความล้มเหลวไปในการยกเลิกโดยสิ้นเชิง ซึ่งแบบจำลองการบังคับคุมขังในฐานะการรักษาหรือการฟื้นฟูรูปแบบหนึ่ง

ประเทศอินเดีย: ภูมิคุ้มกันสำหรับผู้ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาการติดยาเสพติด¹⁶⁹

ภายใต้กฎหมายอินเดีย ผู้ติดยาเสพติดที่แสดงความเต็มใจได้รับการรักษา สามารถเรียกร้องภูมิคุ้มกันต่อการฟ้องคดีได้โดยมีเงื่อนไขว่าความผิดที่ถูกตั้งข้อหาคือการเสพยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อย (เช่น เฮโรอีนไม่เกิน 5 กรัม, ฝิ่นไม่เกิน 25 กรัม, โคเคนหรือสารกลุ่มแอมเฟตามีนไม่เกิน 2 กรัม)¹⁷⁰ การรักษาสามารถทำในโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นดูแลได้¹⁷¹ เมื่อการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ศาลเลื่อนการพิพากษาและปล่อยตัวผู้กระทำความผิดโดยมีทัณฑ์บนได้ (เป็นข้อกำหนดว่าผู้กระทำความผิดไม่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีกเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี)

หากการรักษาไม่เสร็จสิ้น อาจกลับมาดำเนินคดีอาญาได้ วิธีการนี้มีศักยภาพเป็นกลไกที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัว อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแทบไม่ใช้วิธีการนี้ และมีปัญหาในการนำไปปฏิบัติโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและการประยุกต์ใช้ที่ไม่สม่ำเสมอกันโดยศาล¹⁷² นอกจากนี้ คนส่วนใหญ่ถูกคุมขังในเรือนจำในขณะที่รอและในระหว่างการนั่งพิจารณาคดีของศาล เพราะฉะนั้น ในทางปฏิบัติ คนจำนวนมากจึงยังคงถูกคุมขังฐานเสพยาอย่างเดียว¹⁷³ ประการสุดท้าย ความจริงที่สามารถสั่งให้บุคคลที่ถูกจับกุมฐานเสพยาเสพติดและมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่ว่าติดยาเสพติดหรือไม่ก็ตามไปรับการรักษาส่งเสริมสันติชนนั้นยังเป็นการใช้โครงการรักษาอย่างไม่เหมาะสมด้วย

ประเทศภูฏาน: การถอนฟ้องบุคคลผู้เสร็จสิ้นการรักษา

ประเทศภูฏานมีบทบัญญัติที่ศาลสั่งให้บุคคลผู้ถูกตั้งข้อหาเมียเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไปรายงานตัวต่อศูนย์การรักษาที่ได้รับอนุมัติได้ ศาลอนุญาตให้ถอนฟ้องได้หากบุคคลรับและเสร็จสิ้นการรักษาอย่างเป็นผลสำเร็จโดยไม่ได้กระทำความผิดใดเพิ่มเติม¹⁷⁴

ประเทศฟิลิปปินส์: คำสั่งเข้ารับ “การรักษา” และ “การฟื้นฟู” ภาคบังคับ

ประเทศฟิลิปปินส์บังคับว่าศาลต้องส่งต่อผู้ติดยาเสพติดไปรับการรักษ และการฟื้นฟูในศูนย์ของรัฐบาลเป็นเวลา 6 เดือนสำหรับความผิดครั้งแรก ศูนย์การรักษการใช้ยาเสพติดโดยมิชอบและการฟื้นฟู (Drug Abuse Treatment and Rehabilitation Centre) ที่กระทรวงสาธารณสุข (Department of

Health) ดำเนินการนั้นได้รับการจัดตั้งขึ้นในทุกภูมิภาค ในความเป็นจริงแล้ว ศูนย์การฟื้นฟูเหล่านี้จำนวนมากมีความสามารถต่ำในการให้การรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ รัฐบาลตกลงทดลองบริการรักษาการติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นหลักเมื่อปี ค.ศ. 2015 ซึ่งสามารถเป็นทางเลือกแทนการคุมขังในศูนย์บังคับได้¹⁷⁵

3.5.3 ศาลยาเสพติดชำนาญพิเศษ (Specialised drug courts)¹⁷⁶

ศาลยาเสพติดชำนาญพิเศษจัดตั้งขึ้นเป็นแห่งแรกในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1989 นับตั้งแต่นั้นมาประเทศออสเตรเลีย ทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และละตินอเมริกาได้เริ่มใช้ศาลเช่นนี้แล้ว และประเทศเอเชียบางประเทศ กำลังพิจารณาใช้¹⁷⁷ เช่น เพื่อตอบสนองต่อการเสพติดเฮโรอีนที่เพิ่มขึ้น มัลดีฟส์ จัดตั้งศาลยาเสพติดชำนาญพิเศษขึ้นเมื่อ ค.ศ. 2011 เพื่อฟื้นตัวผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดไปรับการล้างพิษ การรักษาและการฟื้นฟู ภาคบังคับ¹⁷⁸ เมื่อ ค.ศ. 2014 รองนายกรัฐมนตรีของประเทศเวียดนามสั่งให้ศาลประชาชนสูงสุด (Supreme People's Court) พัฒนาศาลยาเสพติด นำร่องขึ้นมาหลังจากดูงานศาลยาเสพติดในสหรัฐอเมริกา¹⁷⁹

แม้ว่าแบบของศาลยาเสพติดแปรผันกันอย่างมาก แต่ตามปกติแล้ว ปฏิบัติการผ่านกระบวนการต่อไปนี้:

- ศาลอนุมัติแผนการรักษาซึ่งทีมสหสาขาวิชาพัฒนาขึ้น
- ศาลเฝ้าสังเกตความก้าวหน้าของบุคคลอย่างใกล้ชิดหลังจากแผนการรักษา
- ดำเนินระบบการเสริมความแข็งแกร่งและรางวัล เช่น การลดเวลา

ในโครงการรักษาเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตาม และวิธีการบังคับ ซึ่งรวมถึงการจำคุกเมื่อไม่ปฏิบัติตาม

- โดยทั่วไปบุคคลต้องยอมรับผิดจึงขึ้นศาลยาเสพติดได้ และหากเสร็จสิ้นแผนการรักษาที่ศาลสั่งก็เลื่อนการพิพากษาจำคุกหรือตัดสินจำคุกโดยรอการลงอาญาได้

กลุ่มเป้าหมายสำหรับศาลยาเสพติดแปรผันกันระหว่างประเทศและภายในประเทศ ในสหรัฐอเมริกา ศาลยาเสพติดมีแนวโน้มมุ่งเป้าที่ผู้เสพยาเสพติดและมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองซึ่งรวมถึงบุคคลที่พบว่าติดยาเสพติดด้วยแม้ว่ามีปัญหาเมื่อศาลตัดสินโดยไม่มี การประเมินการติดยาเสพติดในทางการแพทย์¹⁸⁰ ศาลยาเสพติดส่วนใหญ่ในละตินอเมริกามุ่งเป้ายังผู้เสพยาเสพติดและผู้ถูกจับกุมฐานมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครอง ส่วนในประเทศออสเตรเลีย ศาลยาเสพติดบางแห่งมุ่งความสนใจไปยังผู้กระทำความผิดซ้ำที่ก่ออาชญากรรมที่อาจรวมถึงความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่ใช้ความรุนแรงด้วย เช่น การลักทรัพย์ที่เป็นผลจากการติดยาเสพติดระยะยาวโดยตรง¹⁸¹

ศาลยาเสพติดได้เผชิญการวิพากษ์วิจารณ์จำนวนมาก¹⁸² ประการแรกแบบจำลองที่มุ่งเป้ายังบุคคลผู้ถูกตั้งข้อหาเสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเท่านั้นพยายามแก้ปัญหาการเสพยาเสพติดต่อไปในฐานะประเด็นทางอาชญากรรมมากกว่าฐานะประเด็นด้านสุขภาพและสังคม¹⁸³ ประการที่ 2 การตัดสินขั้นสุดท้ายว่าผู้กระทำความผิดติดยาเสพติดหรือไม่ และดังนั้นจึงจำเป็นต้องรับการรักษาหรือไม่นั้นตัดสินโดยผู้พิพากษามากกว่าโดยผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่ได้รับ

การฝึกอบรม ประการที่ 3 ในหลายบริบทไม่ได้สร้างศาลยาเสพติดร่วมกับการพัฒนาโครงการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การขาดการรักษาที่ได้ผลในโครงการที่ศาลยาเสพติดสั่งให้บุคคลไปเข้าโครงการนั้นมักทำให้อัตราการกลับเสพยาสูงอย่างไม่น่าแปลกใจ (ดูหัวข้อที่ 2.7 เรื่องสถานการณ์วิกฤตเป็นข้อยกเว้นซึ่งอนุญาตให้รักษาโดยไม่สมัครใจได้ ประกอบด้วย)¹⁸⁴ ประการสุดท้าย การกำหนดการลงโทษทางอาญาสำหรับบุคคลที่ล้มเหลวในการรักษาหรือกลับเสพยาขึ้นนั้นคำนึงถึงความเข้าใจการติดยาเสพติดในทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า การกลับเสพยามีโอกาสเกิดขึ้นสูง¹⁸⁵ ในประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกานั้นวิธีการบังคับทางอาญาที่กำหนดให้แก่บุคคลที่ล้มเหลวในโครงการรักษาแล้วมักลงเอยรุนแรงกว่ากรณีที่ได้ฟ้องคดีบุคคลนั้นภายใต้กระบวนการพิจารณาของศาลตามปกติ¹⁸⁶

โดยทั่วไปความท้าทายเพิ่มเติมในการประยุกต์ใช้แบบศาลยาเสพติดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางรวมถึง:

- การขาดทรัพยากรเพื่อให้ศาลยาเสพติดและผู้พิพากษาจัดการผู้กระทำความผิดแต่ละคนได้เป็นรายคดี
- การขาดทรัพยากรสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแผนการรักษา และการปรับแต่งการตอบสนองด้านสุขภาพและสังคมให้เหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละคน
- การขาดบริการรักษาการติดยาเสพติด การฟื้นฟูและการสนับสนุนที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น เมื่อปี ค.ศ. 2013 มีรายงานว่าผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งศาลยาเสพติดของประเทศมัลดีฟส์

ประเมินว่ามีคุณสมบัติครบสำหรับการรักษานั้นถูกคุมขังชั่วคราว
ในเรือนจำเนื่องจากศูนย์การล้างพิษไม่กี่แห่งของประเทศเต็มและ
ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยรายใหม่ๆ ได้¹⁸⁷

เมื่อพิจารณาว่าคุณภาพของการรักษามีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของศาล
ยาเสพติด จึงกระตุ้นให้ประเทศลงทุนทำให้แน่ใจว่ามีการรักษาที่มีหลักฐาน
เชิงประจักษ์ก่อนจัดสรรทรัพยากรมาก ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ไปจัดตั้งศาลยาเสพติด
ผู้วางนโยบายควรระลึกไว้ว่าวัตถุประสงค์โดยรวมของระบบเช่นนั้นคือ
เพื่อลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดที่ถูกส่งไปยังเรือนจำและ/หรือ/ปรับปรุงผลลัพธ์
ด้านสุขภาพ ประเทศที่กำลังพิจารณาศาลยาเสพติดในทวีปเอเชียควรคำนึงถึง
ข้อกังวลที่ยกขึ้นมาข้างต้นและทำให้แน่ใจว่ากลไกใดที่กำหนดขึ้นมาไม่ส่งผล
ให้เกิดการใช้มาตรการลงโทษผู้เสพยาเสพติดมากขึ้น

3.5.4 วิธีปฏิบัติที่ดีในการผันตัวโดยศาล (Good practice in court diversion)

ด้านล่างนี้เป็นหลักการบางประการที่สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่ดีสำหรับ
โครงการผันตัวโดยศาล หลักการเหล่านี้ประยุกต์ใช้ทั้งกับศาลอาญาทั่วไป
และศาลยาเสพติดชำนาญพิเศษ:¹⁸⁸

- การผันตัวโดยศาลไม่ควรประยุกต์ใช้กับบุคคลที่มีความผิดประการเดียว
คือการเสพ การมีไว้ในครอบครองหรือการเพาะปลูกซึ่งปริมาณเล็กน้อย
เพื่อการเสพส่วนบุคคล หรือการมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง
คนเหล่านี้ควรสามารถเข้าถึงโครงการผันตัวได้ตั้งแต่ขั้นตอนแรก ๆ
กล่าวคือ ก่อนหรือทันทีหลังการจับกุมของตำรวจ เพราะฉะนั้นจึงควร

ดำเนินการลงทุนในการจัดตั้งระบบการฟื้นตัวโดยตำรวจหรืออัยการให้มากกว่าการฟื้นตัวโดยศาล

- การตัดสินใจฟื้นตัวควรอิงตามการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ สวัสดิภาพและความสนับสนุนสำหรับผู้เสียหายเพศติดแบบมีอาชพ
- โครงการควรทำให้แน่ใจในการเข้าถึงการรักษาการติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลาย และบริการด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ ซึ่งควรนำมาตรการลดอันตราย เช่น การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์เข้ามารวมไว้และไม่อาศัยการงดเสพเพียงอย่างเดียว
- ควรปรับแต่งโครงการรักษาให้เหมาะสมกับความจำเป็นจำเพาะของผู้หญิง เยาวชนและชนกลุ่มน้อยเพื่อให้แน่ใจว่าได้ผลลัพธ์เชิงบวกในด้านสุขภาพ
- ควรจัดตั้งความเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างศาลกับองค์กรที่ใช้ชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความสนับสนุนในท้องถิ่นและเพิ่มประสิทธิผลโครงการ
- การจัดการคดีที่ดำเนินอยู่ควรรวมถึงความสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุมูลค่าคืนผู้เสียหายเพศติดกลับสู่สังคมและวิธีการจัดการกับการเสพยาเสพติดอย่างไม่ตัดสิน
- หากใช้การทดสอบยาเสพติด ควรเป็นเครื่องมือให้ข้อมูลแก่การตอบสนองด้านการรักษา ไม่ใช่กระตุ้นการลงโทษ
- ควรยอมรับว่าการกลับเสพซ้ำเป็นส่วนปกติของการฟื้นตัว เพราะฉะนั้นการไม่สามารถเสร็จสิ้นโครงการรักษาหรือการเสพยาเสพติดใหม่อีกครั้งจึงไม่ควรนำไปสู่การกำหนดวิธีการบังคับหรือการลงโทษทางอาญา

- บริการหลังจากการรักษาหรือหลังจากบริหารควรเพิ่มผลระยะยาวของโครงการรักษา และพึงพาเครือข่ายของบริการด้านสุขภาพและความสนับสนุนทางสังคม

ประเทศคอ스타ริกา: การจัดการความเสี่ยงของศาลยาเสพติด

ประเทศคอ스타ริกาได้รับแบบจำลองศาลยาเสพติดมาใช้เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ส่งผลให้เกิดการใช้มาตรการลงโทษผู้ติดยาเสพติด ศาลยาเสพติดของคอ스타ริกาไม่มุ่งเป้าไปยังบุคคลผู้ถูกจับกุมด้วยยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อการเสพส่วนบุคคลเนื่องจากการเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด ประเทศนำโครงการเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Restorative Justice Project) ที่มุ่งเป้าลดประชากรในเรือนจำโดยรวมไปปฏิบัติเมื่อปี ค.ศ. 2013 ระบบศาลยาเสพติดได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อมุ่งเป้าไปยังผู้กระทำความผิดเป็นครั้งแรกในระดับล่างที่กระทำความผิดที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติด ผู้กระทำความผิดได้รับการส่งต่อไปเข้ากลุ่มสหสาขาวิชาและชำนาญพิเศษที่ประกอบด้วยแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ที่ปรับแต่งการตอบสนองให้เหมาะสมกับความจำเป็นของลูกค้า ทางเลือกอื่นๆ รวมถึงการส่งต่อไปรับการรักษาแบบพำนักรหรือแบบผู้ป่วยนอกด้วย¹⁸⁹

3.6 บทบาทของผู้ทำงานบริหารสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานในชุมชนในระบบการฟื้นตัว (The role of healthcare, legal and community workers in diversion schemes)

3.6.1 หลักการเข้าร่วมของผู้ทำงานบริหารสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (Principles for engagement of healthcare, legal and community workers)

ผู้ทำงานด้านสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมายและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมวิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพติดได้ คนเหล่านี้สามารถแทรกแซงในระดับชุมชนได้เพื่อส่งต่อผู้เสพติดไปรับบริการด้านสุขภาพ กฎหมายและสังคมก่อนสัมผัสกับตำรวจ (ดูตัวอย่างของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ใน**หัวข้อที่ 2.7**) โดยสามารถประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อเป็นข้อมูลแก่การตัดสินใจของตำรวจ อัยการและศาลว่าการตอบสนองแบบการฟื้นตัวแบบใดน่าจะเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้เสพติด และวิธีเรียกร้องและต่อสู้ป้องกันสิทธิเหล่านั้น (ดูตัวอย่างของ East Java Action และ LBH Masyarakat ในประเทศอินโดนีเซียใน**หัวข้อที่ 3.6.2, กรอบที่ 10**)¹⁹⁰

เป็นวิธีปฏิบัติที่ดีที่โครงการฟื้นตัวจะรวมกลไกที่นำผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติครบเข้ามามีส่วนในการประเมินความจำเป็นของปัจเจกบุคคลไว้ด้วย (ดูตัวอย่างของประเทศโปรตุเกสใน**หัวข้อที่ 2.3.1, กรอบที่ 5** และโครงการนำการบังคับใช้กฎหมายมาช่วยในการฟื้นตัวในสหรัฐอเมริกาใน**หัวข้อที่ 3.3**)

ผู้ทำงานบริหารสุขภาพสามารถประเมินได้ว่าตัวเลือกอื่นใดต่อไปนี้เป็นเหมาะสมหรือไม่: การล้างพิษ การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ การบำบัดฟื้นฟู การแทรกแซงทางจิตเวชและจิตวิทยา การให้คำปรึกษา โครงการกลุ่มเพื่อการป้องกันและการกลับเสพยา และการเข้าถึงการทดสอบ การให้คำปรึกษาและการรักษาสำหรับเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบ วัณโรคและโรคอื่นๆ **ที่สำคัญคือ การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถประเมินการติดยาเสพติดและความจำเป็นต้องได้รับการรักษาใดก็ตามได้โดยรับทราบจากผู้เสพยาเสพติดเพียงประมาณ 10% เท่านั้นที่เกิดภาวะติดยาเสพติด**¹⁹¹ ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพยังสามารถแนะนำการส่งต่อไปรับบริการรักษาที่เหมาะสมที่สุดได้ด้วยเมื่อปัจเจกบุคคลต้องรักษาการติดยาเสพติด (ดูวิธีปฏิบัติที่ดีในการจัดการรักษาการติดยาเสพติดและการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักในหัวข้อที่ 2.7)

การค้นตัวยังเป็นโอกาสให้ประเมินความจำเป็นในส่วนที่สัมพันธ์กับการมีที่พักและที่อยู่อาศัย การมีสิทธิได้รับสวัสดิการ การจ้างงานและอาชีพ การศึกษาและการฝึกอบรม และการให้คำปรึกษาครอบครัวด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้อาจได้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญของผู้ทำงานด้านสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมายและนักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ ผู้ทำงานด้านสุขภาพ ผู้ทำงานช่วยเหลือทางกฎหมายและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนกับตำรวจและบุคคลผู้ทำงานในภาคส่วนงานยุติธรรมในระยะยาวได้เพื่อให้แน่ใจว่าการตอบสนองต่อการเสพยาเสพติดเป็นไปอย่างต่อเนื่องกัน และอิงตามความจำเป็นด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน ผู้ทำงานบริหารสุขภาพยังมีบทบาทในการประสานงานบริการหลังจากบริบาลแบบเบ็ดเสร็จ และการเชื่อมโยงกับบริการรักษาโดยสมัครใจในระยะยาวด้วย

เมื่อพิจารณาบทบาทอันสำคัญยิ่งของผู้ทำงานด้านสุขภาพ ผู้ทำงานช่วยเหลือทางกฎหมายและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนในการทำให้แน่ใจในประสิทธิผลของการทำให้ไม่เกิดความผิดและการตอบสนองต่อการเสียหายเสพติดแบบใช้การผันตัวแล้ว คนเหล่านี้ควรเกี่ยวข้องกับการเฝ้าสังเกตและการประเมินคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของมาตรการเหล่านั้นด้วย

3.6.2 การเข้าร่วมของผู้ทำงานบริหารสุขภาพ ผู้ทำงานทางกฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานในชุมชน: ประสบการณ์ในทวีปเอเชีย (The engagement of health care, legal and community workers: Experiences in Asia)

ประเทศกัมพูชา

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 ประเทศกัมพูชาได้จัดหากรอบทางกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ทำงานบริหารสุขภาพในการจัดบริการลดอันตราย (รวมถึงโครงการแลกเปลี่ยนเพิ่มและกระบอกจิตยาและการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วย) และบริการรักษาการติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก¹⁹² บริการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจได้รับการจัดตั้งขึ้นซึ่งส่งเสริมความหลากหลายของการบริหารและเสริมความแข็งแกร่งให้แก่กลไกทางสังคมในการจัดบริการและการส่งต่อซึ่งรวมถึงบริการลดอันตรายด้วย เมื่อสิ้นสุด ค.ศ. 2013 นั้นผู้เสพยาเสพติดกว่า 1,200 คนได้รับบริการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักในกัมพูชา¹⁹³ อย่างไรก็ตามทั้งที่มีการพัฒนาเชิงบวกเช่นนี้ แต่การบังคับคุมขังผู้เสพยาเสพติดยังคงเกิดขึ้นในกัมพูชา (รวมถึงภายใต้กฎหมายการพนันและอำนาจจัดระเบียบ

สาธารณะด้วย)¹⁹⁴ นอกจากนี้ยังมีความตึงเครียดที่ดำเนินอยู่ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายในท้องถิ่นกับองค์กรสุขภาพที่จัดบริการให้แก่ผู้เสพยาเสพติดในกัมพูชาโดยเฉพาะโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา¹⁹⁵ ซึ่งบ่งถึงความจำเป็นต้องทำให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายที่ปฏิบัติการในระดับท้องถิ่นตระหนักถึงลักษณะและความมุ่งประสงค์ของโครงการลดอันตรายและได้รับการฝึกอบรมวิธีสนับสนุนมาตรการเหล่านั้นอย่างเต็มที่

ประเทศอินโดนีเซีย¹⁹⁶

เมื่อปี ค.ศ. 2014 คณะของรัฐบาลอินโดนีเซีย 7 คณะ ลงนามบันทึกความเข้าใจที่ยืนยันว่าจะส่งต่อ “ผู้เสพยาเสพติดเป็นนิสัย” (habitual drug user) ไปยังศูนย์การฟื้นฟูแทนเรือนจำ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานยาเสพติดแห่งชาติ (National Narcotics Agency), กระทรวงสาธารณสุข (Health Ministry), ศาลสูงสุด, สำนักงานอัยการสูงสุด (Attorney General’s Office), ตำรวจแห่งชาติ (National Police) และกระทรวงกิจการสังคม (Social Affairs Ministry) ลงนามในเอกสาร ข้อตกลงบัญญัติให้มีทีมประเมินร่วมที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และกฎหมายในระดับชาติ จังหวัดและเทศบาล เพื่อกำหนดว่าผู้ต้องสงสัยเป็นผู้ค้ายาเสพติดหรือผู้เสพและเสนอทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้พิพากษาที่นั่งพิจารณาการฟ้องคดียาเสพติด อย่างไรก็ตาม หลักฐานบ่งว่าระบบกำลังปฏิบัติการไม่ดีนักในทางปฏิบัติและแปดเดือนไปด้วยการฉ้อราษฎร์บังหลวง ผลคือ บุคคลที่ไม่สามารถจ่ายสินบนยังคงลงเอยในเรือนจำแม้มีคุณสมบัติครบสำหรับการผันตัวไปรับการรักษา¹⁹⁷

แม้กระนั้น คณะกรรมาธิการโรคเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Commission)

ของประเทศอินโดนีเซียกำลังทำให้เกิดความก้าวหน้าในการนำโครงการ
รักษาการติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (Community-Based Drug
Dependence Treatment, CBDDT) แห่งชาติไปปฏิบัติ โครงการนำไปปฏิบัติ
เมื่อปี ค.ศ. 2015 ในสถานอำนวยการความสะดวก 20 แห่ง ที่องค์กรที่ใช้ชุมชน
เป็นหลักเป็นผู้ปฏิบัติการใน 15 เมือง และเข้าไปถึงลูกค้ากว่า 2,100 คน¹⁹⁸
โครงการนี้ใช้ตัวบ่งชี้ความสำเร็จซึ่งมุ่งความสนใจไปยังการทำให้คุณภาพ
ชีวิตดีขึ้นและการลดความเสี่ยงผ่านทางวิธีการลดอันตราย โครงการนี้
ประกอบด้วยโครงการผู้ป่วยในเป็นรายบุคคล 2 เดือน ตามด้วยโครงการ
ผู้ป่วยนอก 4 เดือน ต้องมีองค์กรนำไปปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามแนวทาง
แห่งชาติที่นิยามมาตรฐานขั้นต่ำของการรักษาการติดยาเสพติด บริการต่างๆ
เสริมวิธีการของโครงการรักษานี้ผ่านทางกลไกการส่งต่อซึ่งรวมถึงบริการ
ลดอันตราย ความสนับสนุนจากคนระดับเดียวกัน และบริการสุขภาพจิต
PKNI ซึ่งเป็นเครือข่ายของผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติของอินโดนีเซียดำเนินการ
เฝ้าสังเกตโครงการโดยใช้ชุมชนเป็นตัวนำ

กรอบที่ 10 การจัดหาความช่วยเหลือทางกฎหมาย ให้แก่ผู้เสพยาเสพติด: ตัวอย่าง LBH Masyarakat

LBH Masyarakat จัดหาบริการทางกฎหมายโดยปราศจาก
ค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้เสพยาเสพติดและทำให้ผู้เสพยาเสพติด
สามารถให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ชุมชนซึ่งรวมถึง
ในฐานะผู้ช่วยทนายที่ได้รับการฝึกอบรมด้วย 1 LBH Masyarakat
ทำงานกับผู้ช่วยทนายและชุมชนหรือสมาชิกในครอบครัวของ

ผู้เสพยาเสพติดอย่างใกล้ชิดเพื่อรวบรวมพยาน จัดเตรียมข้อโต้แย้งในการต่อสู้ทางกฎหมาย และเก็บรวบรวมหลักฐานสนับสนุนซึ่งรวมถึงการประเมินทางจิตเวชหรือทางการแพทย์ที่แสดงประวัติของการติดยาเสพติดและความจำเป็นในการรักษาความช่วยเหลือทางกฎหมายรวมถึงการเป็นผู้แทนสนับสนุนการฟื้นตัวลูกค้าในขั้นตอนใดก็ตามตั้งแต่การสืบสวนของตำรวจไปจนถึงการนั่งพิจารณาคดีของศาล แม้ว่าตำรวจได้รับอนุญาตให้ค้นคดีออกไปจากการฟ้องคดีภายใต้ข้อบังคับที่มีอยู่แล้ว แต่มักไม่เต็มใจค้นตัวผู้เสพยาเสพติดให้ไปใช้ทางเลือกในการรักษา (ซึ่งได้รับมอบอำนาจให้ทำเช่นนั้นขณะที่กฎหมายยาเสพติดยังคงทำให้การเสพยาเสพติดเป็นความผิดด้วย) ผู้พิพากษายังสามารถใช้ดุลยพินิจเอื้อประโยชน์ในการฟื้นตัวด้วยซึ่งรวมถึงเมื่อได้รับคำให้การของพยานผู้เชี่ยวชาญและหลักฐานสนับสนุนอื่นๆ

องค์กรภาคประชาสังคมบางแห่งซึ่งรวมถึง East Java Action และ LBH Masyarakat (ดูกรอบที่ 10) เสนอความช่วยเหลือทางกฎหมายให้แก่ผู้เสพยาเสพติดเพื่อให้แน่ใจว่าผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงโครงการฟื้นตัวเหล่านี้

ประเทศไทย

ภายใต้กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย คณะกรรมการที่ประกอบด้วยนักจิตวิทยา จิตแพทย์ ผู้ทำงานด้านสุขภาพในชุมชนและผู้นำชุมชนทบทวนแต่ละคดีเพื่อแจ้งศาลว่าควรฟื้นตัวบุคคลที่ถูกกล่าวหาว่าเสพยาและมีไว้ใน

ครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลจากเรือนจำไปรับการรักษาหรือไม่²⁰⁰ ทางเลือกอื่นๆ ที่มีให้แก่คณะกรรมการรวมถึงการส่งต่อบุคคลไปบังคับคุมขังเป็นเวลา 4 เดือนในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด, การปล่อยตัวบุคคลไปรับการบำบัดด้านพฤติกรรมเชิงความจำและการเรียนรู้แบบผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมดูแล, การปล่อยตัวบุคคลโดยไม่กระทำการใดเพิ่มเติม หรือการส่งต่อไปยังศาลอาญาเพื่อพิพากษาซึ่งเกี่ยวข้องกับการที่อาจถูกพิพากษาให้จำคุก คณะกรรมการประเมินว่าผู้ถูกกล่าวหาเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด: ผู้ที่ได้รับการลงความเห็นว่ายติดยาเสพติดถูกคุมขังในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด การไม่สามารถงดเสพยาเสพติดในระหว่างหรือหลังจากการรักษาสามารถส่งผลให้เกิดการฟ้องคดีและการจำคุกได้

ในขณะที่ระบบจัดหารอบให้เพื่อพยายามแก้ปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างชัดเจน แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าล้มเหลวในการจัดการการเข้าถึงการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ การหาว่าปัจเจกบุคคลติดยาเสพติดหรือไม่ในประเทศไทยนั้นมักอิงตามผลการทดสอบปัสสาวะเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากการประเมินระดับของการเสพยาเสพติด การติดยาเสพติด หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น โดยใช้เครื่องชี้วัดความรุนแรงของการติดยาเสพติด (Addiction Severity Index)²⁰¹ ไม่มีข้อกำหนดให้คณะกรรมการพบบุคคลที่ประเมินซึ่งน่าจะทำให้สามารถนำความจำเป็นและมุมมองของบุคคลนั้นมาพิจารณาในการพัฒนาแผนการรักษาได้²⁰²

สิ่งน่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่งกับวิธีดำเนินการคือ อาจคุมขังผู้กระทำความผิดในสถานคุมขังก่อนการพิจารณาคดีในศาลโดยไม่มีการเข้าถึงการรักษา

เป็นเวลา 6 สัปดาห์ขึ้นไปในขณะที่รอการตัดสินใจของคณะกรรมการ²⁰³ เพราะฉะนั้น ผู้ถูกคุมขังจำนวนมากซึ่งกฎหมายจัดเป็น “ผู้ป่วย” จึงถูกปฏิบัติในฐานะอาชญากรต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ใต้บังคับแห่งการคุมขังในเรือนจำหรือศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด “การรักษา” ที่จัดให้จำกัดอยู่กับการทำงานกลุ่ม การบำบัดด้วยงาน การฝึกอบรมอาชีพและพลศึกษา เนื่องจากไม่มีการบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ในศูนย์เหล่านี้ ไม่มีข้อมูลนำเข้าจากผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการรักษาของตน ผู้ป่วยทุกรายเข้าร่วมโครงการเดียวกัน²⁰⁴ มีหลักฐานน้อยกว่าวิธีการนี้ได้ผลในการทำให้สุขภาพดีขึ้น

บทที่ 4

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ: หลักการและลำดับ ความสำคัญ (Conclusions and recommendations: Principles and Priorities)

หลักการนำทาง (Guiding principles)

รัฐบาลควรดำเนินการตอบสนองต่อยาเสพติดในทางกฎหมายและนโยบายที่อิงตามหลักฐานและเป็นไปตามหลักการแห่งการลดอันตราย สิทธิมนุษยชนและความครอบคลุมทางสังคม

นโยบายแห่งชาติและกรอบการวางแผน (National policy and planning frameworks)

รัฐบาลควรละทิ้งการไล่ตามการทำให้ “สังคมปลอดยาเสพติด” (drug-free society) เป็นความสำคัญอันดับแรกๆ ด้านนโยบาย นโยบายยาเสพติดแห่งชาติควรมุ่งความสนใจไปยังการเพิ่มสาธารณสุข การลดอันตรายต่อสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับตลาดยาเสพติดและการเสพติด การทำให้การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนดีขึ้นและการส่งเสริมการครอบคลุมไปถึงชุมชนผู้เสพติดชายขอบที่เสี่ยงแทน การวางแผนเพื่อการพัฒนา และการนำโครงการทำให้ไม่เกิดความผิดและโครงการผันตัวไปปฏิบัติ จำเป็นต้องอิงตามข้อมูลและหลักฐาน (เช่น ผลของการทำให้เป็นความผิด และการลงโทษต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้เสพติด) และนำชุมชนที่ได้รับผลโดยเฉพาะผู้เสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อให้แน่ใจว่ามาตรการเหล่านั้นมีประสิทธิผล

สิ่งที่ประเทศควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ ควรรวมถึง:

- **การทำให้ไม่เป็นความผิด (Decriminalisation):** ดำเนินการทบทวนทางกฎหมายและนโยบายอย่างครบถ้วนโดยอิงตามข้อมูล หลักฐาน และการปรึกษาหารือที่นำชุมชน ผู้เชี่ยวชาญและผู้เสียหายเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลแก่แผนแห่งชาติที่ทำแผนที่เส้นทางของแต่ละประเทศไปสู่การยกเลิกบทลงโทษทางอาญาและการลงโทษอื่นฐานเสพยาเสพติด มีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครองและมีไว้ในครอบครองและเพาะปลูกซึ่งยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคล แต่ละประเทศจำเป็นต้องนำปัจจัยต่าง ๆ มาพิจารณาซึ่งรวมถึงบทบาทและความสามารถของตำรวจ อัยการ ศาลและผู้ทำงานบริหารสุขภาพเพื่อให้มีส่วนร่วมในแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดอย่างมีประสิทธิภาพ
- **การผันตัว (Diversion) :** พัฒนาและเริ่มใช้โครงการซึ่งตำรวจ อัยการ และ/หรือศาลใช้ผันตัวผู้เสพยาเสพติดออกไปจากระบบงานยุติธรรม และหากจำเป็นก็ผันไปใช้ทางเลือกด้านการลดอันตราย สุขภาพและบริการทางสังคม ระบบการผันตัวเหล่านี้ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ไม่เป็นความผิดควรมุ่งความสนใจไปยังบุคคลที่มีความผิดที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติด
- **บริการด้านสุขภาพและด้านการลดอันตราย (Health and harm reduction services) :** จัดตั้ง ขยายและเสริมความแข็งแกร่งให้แก่บริการลดอันตราย และบริการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจ เพื่อให้แน่ใจว่าทำให้ผลลัพธ์สำหรับสุขภาพ สิทธิมนุษยชนและความครอบคลุมทางสังคมนั้นดีขึ้น

การบังคับขึ้นทะเบียนและศูนย์คุมขัง (Compulsory registration and detention centres)

รัฐบาลควรปิดศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด (CCDU), ส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจ บริการด้านการลดอันตรายและด้านสังคม และนำข้อกำหนดที่บังคับให้ผู้เสพยาเสพติดต้องขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายออกไป ในลักษณะที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสหประชาชาติ²⁰⁵

ปริมาณขั้นต่ำ (Threshold quantities)

ปริมาณขั้นต่ำสามารถช่วยได้เมื่อเป็นส่วนหนึ่งของชุดการปฏิรูปที่กว้างกว่านี้ที่เน้นสุขภาพเป็นหลัก และใช้เพื่อทำให้การมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลไม่เป็นความผิด และ/หรือเพื่อนำทางตำรวจ อัยการและ/หรือผู้พิพากษาในการผันตัวผู้เสพยาเสพติดออกไปจากระบบงานยุติธรรม ประเทศควรพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้หากตัดสินใจใช้ปริมาณขั้นต่ำ:

- ปริมาณที่ระบุควรอยู่ในโลกแห่งความจริงและอิงตามหลักฐานเกี่ยวกับแบบแผนของการเสพ (เช่น ปริมาณของยาเสพติดที่บุคคลมีโอกาสูงที่จะมีไว้ในครอบครองเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพ) และแบบแผนของการซื้อ (ปริมาณของยาเสพติดที่ผู้เสพมีโอกาสูงที่จะซื้อเพื่อการเสพส่วนบุคคล เช่น อุปทานพอใช้เป็นจำนวนวันที่มีเหตุผล)

- เมื่อกำหนดปริมาณขั้นต่ำแล้วควรจัดเป็นตัวชี้แนะเท่านั้น
ตำรวจ อัยการและผู้พิพากษาศอควรยังคงใช้ดุลยพินิจตัดสินใจเป็นคดีๆ
ตามหลักฐานที่มีอยู่ทั้งหมดว่าควรดำเนินคดีหรือยกฟ้องคดีที่อิงตาม
การมียาเสพติดไว้ในครอบครอง
- ควรระบุว่ามิไว้ในครอบครองเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดหา
เมื่ออุปปัจจัยหลายประการซึ่งรวมถึงบทบาทและแรงจูงใจ
ของผู้ถูกกล่าวหาในธุรกรรมการจัดหาด้วย และอยู่ได้บังคับ
แห่งการดูแลของศาล มาตรการดังกล่าวช่วยให้แน่ใจว่าไม่
พิพากษาผู้เสพยาเสพติดว่ามีความผิดฐานจัดหายาเสพติด
ด้วยความเข้าใจผิด

การส่งเสริมบริการด้านการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และ ด้านการลดอันตราย (Promotion of evidence-based treat- ment and harm reduction services)

บริการรักษาสำหรับการติดยาเสพติดควรเป็นไปโดยสมัครใจ มีหลักฐาน
เชิงประจักษ์ และควรต้องเป็นไปตามมาตรฐานระหว่างประเทศในเรื่อง
การรักษาการติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการควรยอมรับว่าไม่มี
วิธีการรักษาใดเพียงวิธีเดียวที่เหมาะสมสำหรับทุกคนที่ติดยาเสพติด
ควรเสนอบริการที่หลากหลายครบถ้วนให้เพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้าน
สุขภาพและสังคมอันซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดมากกว่า
การจับคู่สิ่งแวดลอมในการรักษา การแทรกแซงและบริการให้เหมาะกับ

ความจำเป็นเฉพาะของแต่ละคนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการรักษา กล่าวคือ การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ไม่ควรใช้หรือยอมรับให้การทดสอบปัสสาวะที่ได้ผลบวกเป็นหลักฐานการติดยาเสพติด ตำรวจ อัยการและ/หรือผู้พิพากษาในกลไกการผันตัวควรต้องอิงการตัดสินใจตามการประเมินทางการแพทย์ที่ระบุถึงการติดยาเสพติดโดยอิงตามเกณฑ์ที่ตกลงกันระหว่างประเทศ

รัฐบาลควรรับการแทรกแซงเพื่อลดอันตรายมาใช้ ขยายการแทรกแซงนี้ออกไปและทำให้แน่ใจว่าการเข้าถึงไม่มีเงื่อนไขอยู่กับการขึ้นทะเบียนของผู้เสพยาเสพติดในทะเบียนที่หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายเข้าถึงได้ ควรจัดการแทรกแซงเพื่อลดอันตราย เช่น การบำบัดทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์ (OST) และโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา (NSP) ให้ทั้งในชุมชนเรือนจำและสถานที่ปิดอื่นๆ และการปฏิบัติบังคับใช้กฎหมาย เช่น การจับกุมไม่เข้ามขัดขวาง

การผันตัวโดยตำรวจ (Diversion by the police)

การผันตัวโดยตำรวจอาจได้ผลในบริบทที่ตำรวจสามารถสร้างความไว้วางใจกับชุมชนของผู้เสพยาเสพติดได้ อาจไม่เหมาะสมที่จะให้ตำรวจมีบทบาทดำเนินการตัดสินใจที่สำคัญในกระบวนการผันตัวหากตำรวจ**ข้อราษฎรบังหลวง** โครงการผันตัวโดยตำรวจควรรวมลักษณะพิเศษต่อไปนี้ไว้ด้วย:

- การผันตัวโดยตำรวจอาจรวมถึงการตัดสินใจไม่กระทำการใดเพิ่มเติม

ออกคำเตือน และ/หรือจัดการส่งต่อไปรับบริการสุขภาพและบริการ
ลดอันตราย

- เมื่อพบว่าบุคคลมียาเสพติดปริมาณเล็กน้อยหรืออุปกรณ์เสพยาเสพติด
ไว้ในครอบครอง การค้นตัวควรเกิดขึ้นก่อนตั้งข้อกล่าวหา
- โครงการควรนำส่วนประกอบด้านการให้ความรู้เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจ
รวมถึงการจัดหาข้อมูลให้โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจในเรื่องการลดอันตราย
หรือการส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพ ด้านการรักษาการติดยาเสพติด
ด้านการลดอันตรายหรือด้านความสนับสนุนจากชุมชน
- **ควรยกเลิกไควตาการจับกุมฐานเสพยาเสพติด มีอุปกรณ์เสพ
ยาเสพติดไว้ในครอบครอง และมีไว้ในครอบครองและเพาะปลูก
เพื่อการเสพส่วนบุคคล**

การผันตัวโดยอัยการ (Diversion by the prosecutor)

แนวทางสำหรับอัยการควรกำหนดให้อัยการพิจารณาไม่ดำเนินการฟ้อง
คดีฐานเสพยาเสพติด มีไว้ในครอบครองหรือเพาะปลูกเพื่อการเสพส่วนบุคคล
และมีอุปกรณ์เสพยาไว้ในครอบครอง และในความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง)
ที่ไม่ใช่ความรุนแรงที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดหรือการติดยาเสพติด
ของบุคคล สำหรับความผิดเช่นนั้นอัยการควรสามารถตัดสินใจได้ว่า:

- จะไม่ดำเนินการฟ้องคดีและจะไม่กระทำการใดเพิ่มเติม หรือ
- จะไม่ดำเนินการฟ้องคดีโดยมีเงื่อนไขว่าผู้กระทำความผิดเข้ารับบริการ

ลดอันตราย, เข้าโครงการรักษา (หากต้องการจำเป็น) หรือบริการทางสังคมอื่นๆ

แนวทางสำหรับอัยการควรทำให้แน่ใจว่าอัยการอิงการตัดสินใจตามความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างการเสพยาเสพติดเป็นครั้งคราวกับการติดยาเสพติด เฉพาะผู้ติดยาเสพติดเท่านั้นที่อาจได้ประโยชน์จากการส่งต่อไปรับการรักษา

การผันตัวโดยศาล (Diversion by the court)

ศาลควรมีทางเลือกไม่กำหนดการลงโทษและไม่พิพากษาลงโทษฐานเสพยาเสพติด มีไว้ในครอบครองหรือเพาะปลูกเพื่อการเสพส่วนบุคคล และมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และในความผิดเล็กน้อย (ระดับล่าง) ที่ไม่ใช่ความรุนแรงที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดหรือการติดยาเสพติดของบุคคล (เช่น การลักทรัพย์ การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกหรือการค้ายาเสพติดระดับล่าง) เมื่อโครงการผันตัวโดยศาลปฏิบัติการก็ควรเสริมกับระบบการผันตัวโดยตำรวจและอัยการ ศาลควรสามารถเสนอทางเลือกในการผันตัวให้แก่ผู้เสพยาเสพติดที่ถูกจับกุมในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ร้ายแรงกว่าเพียงเสพยาเสพติดได้ เป็นการดีที่ขั้นตอนตำรวจหรืออัยการดำเนินการผันตัวบุคคลผู้อาจเผชิญข้อหาเสพยาเสพติดหรือมีปริมาณเล็กน้อยไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลก่อนไปถึงศาล

แนวทางพิพากษาคควรสนับสนุนการใช้คำพิพากษาแบบไม่ควบคุมตัวบุคคลผู้ถูกพิพากษาลงโทษในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งอาจรวมถึงการรักษาในชุมชนสำหรับผู้ที่พบว่าติดยาเสพติดผ่านทางกระบวนการแพทย์ด้วย

ศาลควรเข้าถึงคำแนะนำสหสาขาวิชาเพื่อการประเมินทางเลือกอื่นๆ ได้ สิ่งสำคัญยิ่งคือการที่กระบวนการนี้ทำให้ศาลสามารถแยกแยะระหว่าง (1) ผู้เสียหายเสพติดเป็นครั้งคราว เพื่อผ่อนคลายและ/หรือโดยไม่เกิดปัญหา กับ (2) ผู้ติดยาเสพติดและอาจได้ประโยชน์จากการเข้าถึงการรักษา ศาลควรเสนอ:

- การส่งต่อก่อนและหลังการพิพากษา ไปยังทางเลือกบริการด้านการรักษา ด้านการลดอันตรายและด้านบริการทางสังคมโดยใช้ชุมชนเป็นหลักโดยสมัครใจ
- ทางเลือกในการรักษา การลดอันตรายและความสนับสนุนทางสังคมที่พิจารณาเป็นราย ๆ

ความช่วยเหลือทางกฎหมายและการเข้าถึงความยุติธรรม (Legal aid and access to justice)

ผู้เสียหายเสพติดควรเข้าถึงคำแนะนำและผู้แทนทางกฎหมายได้ในฐานะสิ่งที่อยู่ในตัวโครงการผันตัวอยู่แล้วเพื่อให้แน่ใจว่าได้รับแจ้งให้ทราบถึงสิทธิทางกฎหมายและสามารถต่อสู้คดีได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ

บทบาทของผู้ทำงานบริการสุขภาพ (Role of healthcare workers)

ผู้ทำงานบริการสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถสนับสนุนการนำโครงการทำให้ไม่เกิดความผิดและโครงการผันตัวไปปฏิบัติได้โดย:

- แทรกแซงในระดับชุมชนเพื่อส่งต่อผู้เสพยาเสพติด เป็นการสนับสนุนล่วงหน้าก่อนสัมผัสกับตำรวจ
- จัดการประเมินสุขภาพให้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของตำรวจ อัยการและศาลเกี่ยวกับการพ้นตัว
- จัดการประเมินและการตอบสนองแบบองค์รวมต่อความจำเป็นของผู้เสพยาเสพติดที่พ้นตัวออกไปจากระบบงานยุติธรรม
- มีส่วนในความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชน ตำรวจและบุคคลอื่นๆ ที่ทำงานในภาคส่วนยุติธรรมเพื่อส่งเสริมวิธีการลดอันตรายและวิธีการสาธารณสุข
- รับมาตรฐานคุณภาพขั้นต่ำมาใช้เพื่อให้แน่ใจว่าโครงการรักษาการติดยาเสพติดมีหลักฐานเชิงประจักษ์และเคารพสิทธิมนุษยชนของผู้เสพยาเสพติด
- ฝ้าสังเกตและประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของแบบจำลองการทำให้ไม่เป็นความผิดและแบบจำลองการพ้นตัว

กระบวนการทำให้การเสพยาเสพติดไม่เป็นความผิดและ/หรือนำมาตรการพ้นตัวไปปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการพิจารณาปัจจัยหลายประการซึ่งรวมถึงความจำเป็นในการรักษาความสนับสนุนจากสาธารณะไว้ ดูข้อเสนอแนะขั้นตอนในทางปฏิบัติในการเตรียมนำมาตรการเช่นนั้นไปปฏิบัติในภาคผนวกที่ 2

ภาคผนวก (Annexes)

ภาคผนวกที่ 1 โครงการทำให้ไม่มีความผิดและโครงการ ฟื้นตัวภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (Decriminalisation and diversion programmes under the UN drug conventions)

อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ 3 ฉบับ ได้แก่:

- อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด (Single Convention on Narcotic Drugs) (ค.ศ. 1961) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972 (1972 Protocol)
- อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (Convention on Psychotropic Substances) (ค.ศ. 1971) และ
- อนุสัญญาต่อต้านการค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างผิดกฎหมายแห่งสหประชาชาติ (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) (ค.ศ. 1988)

ความมุ่งประสงค์ของอนุสัญญาเหล่านี้คือ เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมระหว่างประเทศที่มีเป้าหมายในการทำให้แน่ใจว่ามียาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ในขณะที่ป้องกันการหันเหเข้าสู่ช่องทางผิดกฎหมาย สนธิสัญญายังรวมบทบัญญัติทั่วไปว่าด้วยการค้าและการเสพยาเสพติดไว้ด้วย

บริบททางประวัติศาสตร์ (Historical context)²⁰⁶

ก่อนอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติด ประเทศเอเชียหลายประเทศมีส่วนร่วมในอุตสาหกรรมฝิ่นและโคเคนระดับโลกโดยจัดทำให้แก่บริษัทยาในโลก

ตะวันตกและประเทศญี่ปุ่น ในการเจรจาต่อรองอนุสัญญา ค.ศ. 1961 นั้น หลายประเทศเหล่านี้มีบทบาทแนวทางในสิ่งที่รู้จักกันในชื่อ กลุ่ม “ประเทศอินทรีย์” (organic states) ประเทศเอเชียเป็นจุดสนใจของความพยายามควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศในฐานะผู้ผลิตวัตถุดิบอินทรีย์ให้แก่อุตสาหกรรมยาเสพติดทั่วโลกส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังเป็นประเทศที่มีประวัติศาสตร์การเสพยาเสพติด ภายในวัฒนธรรมท้องถิ่นมายาวนานโดยยา เช่น ฝิ่น กัญชา มีนัยสำคัญทางศาสนา และการแพทย์แผนโบราณทั่วภูมิภาคใช้กัญชาและฝิ่น

ประเทศอินเดีย ตุรกี ปากีสถานและพม่ามีบทบาทนำในกลุ่ม “ประเทศอินทรีย์” ซึ่งยังรวมถึงประเทศอินโดนีเซียผู้ผลิตโคคา และประเทศเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ผู้ผลิตฝิ่นและกัญชาด้วย ประเทศเหล่านี้สนับสนุนความพยายามควบคุมระดับชาติที่อิงตามสภาวะในท้องถิ่น คอยระวังคณะกรรมการควบคุมระหว่างประเทศที่เข้มแข็ง ต่อต้านการเพิ่มความแข็งแกร่งในการควบคุมระหว่างประเทศเนื่องจากข้อจำกัดที่มีอยู่แล้วในเรื่องการผลิตและการส่งออกมีผลต่อประชากรและอุตสาหกรรมในประเทศโดยตรงแล้ว แม้ว่าค่อนข้างไร้อำนาจต่อประเทศผู้สั่งห้าม เช่น สหรัฐอเมริกา แต่ประเทศเหล่านี้ก็แสวงหาความช่วยเหลือด้านการพัฒนา มาชดเชยการสูญเสียที่เกิดจากการเริ่มใช้การควบคุมเข้มงวด

การเสพยาเสพติดและการมียาเสพติดไว้ในครอบครอง เพื่อการเสพส่วนบุคคลภายใต้อนุสัญญาดังกล่าวไว้ในคำปรารภคือเพื่อ แห่งสหประชาชาติ (Drug use and possession for personal use under the UN drug conventions)²⁰⁷

วัตถุประสงค์ขั้นพื้นฐานของอนุสัญญาดังที่กล่าวไว้ในคำปรารภคือเพื่อ
คุ้มครอง “สุขภาพและสวัสดิภาพ” (health and welfare) ของมนุษยชาติ

บทบัญญัติของอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติที่แจ่มแจ้ง
รายการการกระทำเกี่ยวกับยาเสพติดที่ต้องประกาศเป็นความผิดอาญานั้น
ไม่ได้กล่าวถึงการเสพยาเสพติดไว้ **อนุสัญญาแห่งสหประชาชาติไม่ได้
บังคับให้ประเทศกำหนดการลงโทษใด (ทางอาญาหรือทางปกครอง)
ฐานเสพยาเสพติดเท่านั้น** ซึ่งกล่าวไว้ในความเห็น (Commentary)
ต่ออนุสัญญา ค.ศ. 1988 ในส่วนที่เกี่ยวกับมาตรา 3 ของอนุสัญญาว่าด้วย
“ความผิดและวิธีการบังคับ” (Offences and Sanctions) อย่างชัดเจน:
“จะสังเกตได้ว่า เช่นเดียวกับอนุสัญญา ค.ศ. 1961 และ 1971 วรรค 2
ไม่ได้กำหนดให้การเสพยาเสพติดเองเป็นความผิดที่มีโทษ”²⁰⁸

อนุสัญญายังให้ความยืดหยุ่นแก่ประเทศในส่วนที่เกี่ยวกับการทำให้การมี
ไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดด้วยแม้ว่าบทบัญญัติ
มีความจำกัดมากกว่าการเสพหรือการใช้ยาเสพติด²⁰⁹ อนุสัญญาแห่ง
สหประชาชาติ ค.ศ. 1988 อ้างอิงถึงการทำให้การมียาเสพติดไว้ใน
ครอบครองเป็นความผิด ซึ่งกล่าวว่า:²¹⁰

โดยอยู่ใต้บังคับแห่งหลักการตามรัฐธรรมนูญของตนและแนวคิดหลัก
พื้นฐานของระบบกฎหมายของตน ให้แต่ละฝ่ายนำมาตรการที่จำเป็น
มาใช้ในการกำหนดความผิดอาญาภายใต้กฎหมายในประเทศเมื่อ
มีไว้ในครอบครอง ซื้อมีหรือเพาะปลูกโดยเจตนาซึ่งยาเสพติดหรือวัตถุ
ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเพื่อการเสพส่วนบุคคลที่ตรงกันข้าม
กับบทบัญญัติของอนุสัญญา ค.ศ. 1961, อนุสัญญา ค.ศ. 1961
ที่แก้ไขเพิ่มเติม หรืออนุสัญญา ค.ศ. 1971

มาตรานี้อนุญาตให้รัฐบาลใช้ดุลยพินิจว่าจะทำให้การมีไว้ในครอบครอง
เพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดหรือไม่

ประการแรก มาตรานี้กล่าวว่า มาตรการที่ประเทศสมาชิกต้องนำมาใช้นั้น อยู่ใต้บังคับแห่ง “หลักการตามรัฐธรรมนูญและแนวคิดหลักพื้นฐานของระบบกฎหมายของตน”²¹¹ ซึ่งหมายความว่าประเทศสมาชิกสามารถเลือก ไม่ใช้ข้อกำหนดในการทำให้การมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล เป็นความผิดได้หากน่าจะไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ (เช่น อิงตามสิทธิ ความเป็นส่วนตัวหรือเสรีภาพภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งชาติ) หรือมิเช่นนั้น ก็ขัดกับระบบกฎหมาย²¹²

ประการที่ 2 ภายใต้มาตรานี้ ประเทศสมาชิกเพียงแต่ต้องนำมาตรการ สำหรับทำให้การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลมาใช้ เมื่อการมีไว้ในครอบครองขัดกับอนุสัญญา ค.ศ. 1961 หรือ 1971 ความใน มาตรา 36 (1)(a) และ 2(5) (b) ทำให้เข้าใจอนุสัญญา ค.ศ. 1961 ว่ากำหนด ให้ทำให้การเสพยาเสพติด เช่น กัญชาและเฮโรอีนเป็นความผิดต่อเมื่อ ประเทศพิจารณาว่าเหมาะสมตามพื้นฐานสาธารณสุข

มาตรา 33 แห่งอนุสัญญา ค.ศ. 1961 บัญญัติไว้ว่า “ภาคีพึงไม่อนุญาต การมียาเสพติดไว้ในครอบครองยกเว้นภายใต้อำนาจตามกฎหมาย” (The Parties shall not permit the possession of drugs except under legal authority) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น มาตรา 36(1) บังคับให้ประกาศให้การมีไว้ในครอบครองเป็น ความผิดที่มีโทษ อย่างไรก็ตาม การที่อนุสัญญานำเน้นการต่อสู้กับการค้ายา เสพติดเสนอแนะว่า ความในมาตรา 36 ไม่ได้บังคับให้ประเทศประกาศ ให้การเพิกเฉยมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิด โดยเฉพาะถ้ามีพื้นฐานสาธารณสุขที่หนักแน่นให้ไม่ควรประกาศ ประวัติ ของการใช้ถ้อยคำในมาตรา 36 รองรับความเห็นนี้ ซึ่งแต่แรกนั้นมาตรานี้

มีชื่อว่า “มาตรการต่อต้านผู้ค้าผิดกฎหมาย” (Measures against illicit traffickers) สถานการณ์คล้ายกันพบในอนุสัญญา ค.ศ. 1971 ด้วย²¹³

ยิ่งไปกว่านั้นและย้อนกลับไปสู่ระดับพื้นฐานกว่านั้นคือ ต้องตีความอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดอย่างสัมพันธ์กับปัญหาและมาตรการจำเพาะที่ใช้อยู่ในแต่ละประเทศ ตลอดจนในบริบทของการที่ประเทศสมาชิกไม่สนใจข้อผูกมัดด้านสิทธิมนุษยชนภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ²¹⁴ ความมุ่งประสงค์ของสหประชาชาติดังที่อธิบายไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติ (UN Charter) รวมถึงการส่งเสริมทางแก้ปัญหาทางสังคมและสุขภาพระหว่างประเทศ รวมทั้งการเคารพสิทธิมนุษยชนสากล รัฐบาลมีข้อผูกมัดภายใต้สิทธิต่อสุขภาพในการทำทุกขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อการป้องกัน การรักษาและการควบคุมโรค, ในการทำให้แน่ใจว่าเข้าถึงยาจำเป็น, ในการทำขั้นตอนยืนยันต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพื่องดเว้นจากการกระทำที่จำกัดความสามารถของบุคคลในการปกป้องสุขภาพของตน²¹⁵

กฎหมายระหว่างประเทศให้กำหนดข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนได้ หากกฎหมายกำหนด ไม่เลือกปฏิบัติ และกำหนดข้อจำกัดที่ไม่มากเกินไปกว่าที่จำเป็นให้บรรลุเป้าหมายที่ถูกกฎหมาย เพราะฉะนั้น ประเทศจึงมีภาระในการให้เหตุผลอันชอบธรรมว่าการทำให้การเสพยาเสพติดหรือการมีไว้ในครอบครองและการเพาะปลูกซึ่งยาเสพติดเพื่อการเสพส่วนบุคคลเป็นความผิดนั้นตรงตามเกณฑ์นี้²¹⁶ **การคุ้มครองสาธารณสุขเป็นเป้าหมายที่ถูกกฎหมาย แต่การกำหนดวิธีการบังคับทางอาญารัฐานเสพยาหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลได้ทำให้**

อันตรายต่อสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเสพติดรุนแรงขึ้น และไม่จำเป็นหรือเหมาะสม การจับกุมและการคุมขังเป็นมาตรการอันไม่ได้สัดส่วนและสามารถมีผลต่อการเข้าถึงสิทธิต่อสุขภาพ การทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย การออกเสียงลงคะแนน และแยกพ่อแม่จากลูก ๆ ได้ ประเทศสามารถใช้มาตรการสาธารณสุขที่ไม่ใช่ทางอาญามาพยายามแก้ปัญหาการติดยาเสพติดและการเสพติดได้ซึ่งรวมถึงการจัดการเข้าถึงการรักษาการติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ บริการลดอันตรายและความสนับสนุนทางสังคมโดยสมัครใจให้²¹⁷

ทางเลือกอื่นๆ แทนการพิพากษาลงโทษและการลงโทษ (Alternatives to conviction and punishment)

มาตรา 3(4)(d) แห่งอนุสัญญา ค.ศ. 1988 บัญญัติไว้ว่า:

ภาคีจัดหามาตรการเพื่อการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากการปรับ การฟื้นฟูหรือการคืนผู้กระทำความผิดกลับสู่สังคมได้ในฐานะทางเลือกแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษ หรือเพิ่มเติมจากการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษ ในความผิดที่กำหนดไว้อย่างสอดคล้องกับวรรค 2 ของมาตรานี้

ประเทศสมาชิกสหประชาชาติรับ**ปฏิญญาว่าด้วยการลดอุปสงค์ยาเสพติด** (Declaration on Drug Demand Reduction) มาใช้เมื่อปี ค.ศ. 1999 หลังจากการอภิปรายพิเศษ ณ สมัชชาแห่งสหประชาชาติ (UN General Assembly Special Session) ในเรื่องยาเสพติดเมื่อ ค.ศ. 1998 ซึ่งรวมบทบัญญัตินี้ไว้ด้วย:

เพื่อส่งเสริมการคืนผู้กระทำความผิดฐานใช้ยาเสพติดโดยมิชอบกลับสู่สังคมเมื่อเหมาะสมและต้องกันกับกฎหมายระดับชาติและนโยบายของประเทศสมาชิก รัฐบาลควรพิจารณาจัดให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดโดยมิชอบเช่นนั้น ได้รับการรักษา การให้ความรู้ บริการหลังจากการบำบัด การฟื้นฟูและการคืนสู่สังคมในฐานะทางเลือกแทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษ หรือเพิ่มเติมจากการลงโทษ²¹⁸

มติ ค.ศ. 2012 ที่คณะกรรมการด้านยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (UN Commission on Narcotic Drugs) รับมาใช้นั้นส่งผลถึงข้อความเกี่ยวกับทางเลือกอื่นๆ แทนวิธีการบังคับทางอาญาในอนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิก "...พิจารณาอนุญาตให้นำการรักษาการติดยาเสพติดและทางเลือกอื่นๆ ในการบำบัดไปปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบสำหรับผู้กระทำความผิดโดยเฉพาะการจัดการรักษาให้ ในฐานะทางเลือกแทนการคุมขังเมื่อเหมาะสม..." คณะกรรมการรับมติมาใช้เพิ่มเติมเมื่อ ค.ศ. 2015 โดยเรียกร้องให้ประเทศสมาชิก:

ใช้มาตรการทางเลือกต่างๆ แทนการพิพากษาลงโทษหรือการลงโทษในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เหมาะสมที่มีลักษณะเล็กน้อย (ระดับล่าง) เพื่อทำให้สาธารณสุขและความปลอดภัยสำหรับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมดีขึ้นผ่านทางความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่งานสุขภาพกับงานยุติธรรม²¹⁹

ภาคผนวกที่ 2 ขั้นตอนทางปฏิบัติเพื่อนำการทำให้ไม่เป็นความผิดและการผันตัวไปปฏิบัติ (Practical steps for implementing decriminalisation and diversion)

1. หากการสนับสนุนข้อเสนอการทำให้ไม่เป็นความผิดและการผันตัวให้ได้จากหน่วยงานรัฐบาลทั้งหลายซึ่งรวมถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบควบคุมยาเสพติด สุขภาพ กฎหมายและความยุติธรรม เรือนจำและความมั่นคงสาธารณะ และจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
2. นำชุมชนในท้องถิ่นและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วน:
 - นำชุมชนของผู้เสพยาเสพติดและกลุ่มภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนในการปฏิรูปกฎหมายและกระบวนการพัฒนานโยบาย คู่มือให้แน่ใจว่าผู้เสพยาเสพติดมีโอกาสให้มุมมองในเรื่องทางเลือกด้านกฎหมายและดำเนินนโยบาย และเข้าถึงข้อมูลและการให้ความรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย นโยบายและวิธีปฏิบัติที่เสนอจะมีผลต่อชีวิตอย่างไร
 - แสวงหาความสนับสนุนการปฏิรูปกฎหมายและนโยบายเพื่อนำวิธีการบังคับทางอาญาออกไปจากสมาคมวิชาชีพในสาขาการแพทย์ สาธารณสุข กฎหมาย และการแก้ไขพฤติกรรม
 - หากการสนับสนุนการปฏิรูปกฎหมายและนโยบายให้ได้จากผู้นำทางศาสนา ผู้นำดั้งเดิมและผู้นำชุมชนบนพื้นฐานว่าการเปลี่ยนไปใช้

วิธีการสาธารณสุขในการจัดการกับการเสพติดเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยความกล้าหาญและภาวะผู้นำ

- นำสาธารณชนเข้ามามีส่วนในการอภิปรายอย่างไม่เป็นทางการ อาจจำเป็นต้องดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชนเพื่อพยายามแก้ปัญหาความกลัวอันไม่สมเหตุสมผลและเพื่อให้สาธารณชนมั่นใจว่าการทำให้ไม่มีความผิดไม่เป็นการคุกคามต่อเยาวชน ความปลอดภัยของชุมชนหรือความมั่นคงสาธารณะ การให้ความรู้ในชุมชนสามารถลดการทำให้ผู้เสพติดเป็นปีศาจและตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดได้ การนำสื่อเข้ามามีส่วนให้ได้ความสนับสนุนสาธารณะ อาจสำคัญยิ่งเพื่อทำให้แน่ใจว่าข้อเสนอฝ่ายนิติบัญญัติไม่นำไปสู่ระยะสั้นคลอนที่ส่งผลให้เกิดข้อเสนอในทางตรงกันข้ามที่เพิ่มบทลงโทษทางอาญาและทำให้วัตถุประสงค์ด้านสุขภาพอ่อนลงไป

3. พิจารณาว่าสามารถเริ่มใช้การทำให้ไม่มีความผิดโดยพฤตินัยผ่านทางการเปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีปฏิบัติของตำรวจได้หรือไม่ เพื่อนำวิธีการบังคับทางอาญาออกไป สรรวจว่าวิธีการแบบที่แบ่งเป็นระยะๆ ในการทำให้ไม่มีความผิดอาจมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าข้อเสนอให้นำวิธีการบังคับทางอาญาทั้งหมดออกไปหรือไม่ เช่น อาจใช้การทำให้กฎหมายหรือพิธีกระท่อมไม่มีความผิดเป็นการนำร่องวิธีการโดยพฤตินัยก่อนเริ่มใช้กฎหมายมานำวิธีการบังคับทางอาญา

ฐานเพศหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคลซึ่งกัญชาและยาเสพติดชนิดอื่นๆ ออกไป

4. ทำให้เกิดการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องวัตถุประสงค์และขอบเขตของระบบการทำให้ไม่เกิดความผิดและระบบการผันตัว:

- ทำให้มั่นใจว่าวัตถุประสงค์ของระบบการทำให้ไม่เกิดความผิดและระบบการผันตัวมุ่งความสนใจไปยังการลดอันตราย และการทำให้ผลลัพธ์ด้านสาธารณสุข ด้านความครอบคลุมทางสังคมและด้านสิทธิมนุษยชนดีขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่ลดการลงโทษและการคุมขังผู้เสพยาเสพติดลง
- จัดตั้งเวทีเพื่อการปรึกษาหารือและการเจรจาที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาล ภาคประชาสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อรวบรวมการสนับสนุนวิธีการแบบเบ็ดเสร็จที่รองรับการนำบทลงโทษทางอาญาและวิธีการบังคับอื่นๆ ออกไปสำหรับ: การเสพยาเสพติด การมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล การมีอุปกรณ์เสพยาเสพติดไว้ในครอบครอง และการเพาะปลูกยาเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพส่วนบุคคล ในฐานะส่วนหนึ่งของเวทีเหล่านั้น ก็ควรอำนวยความสะดวกให้แก่การเจรจาในเรื่องการนำแบบจำลองการทำให้ไม่เกิดความผิดที่เป็น “มาตรฐานสูงสุด” (gold standard) ไปปฏิบัติ ซึ่งกฎหมายได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมให้ไม่ใช้วิธีการบังคับทางอาญา ทางแพ่งหรือทางปกครองแต่อย่างใด แต่ดำเนินการลงทุนเพื่อให้แน่ใจว่ามีและเข้าถึงบริการด้านการรักษาการติดยาเสพติดด้านการลดอันตรายและด้านสังคมโดยสมัครใจได้แทน

- หากประยุกต์ใช้วิธีการบังคับทางปกครองเป็นทางเลือกแทนวิธีการบังคับทางอาญา ทำให้มั่นใจว่าวิธีเหล่านี้เป็นสถานเบาและไม่รวมถึงการคุมขังในศูนย์บังคับบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด (CCDU), การบังคับขึ้นทะเบียนและเฝ้าสังเกต, การบังคับทดสอบปัสสาวะ หรือมาตรการอื่นๆ ที่ขัดแย้งกับหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน การลดอันตราย และสาธารณสุข
 - ในส่วนที่เกี่ยวกับการมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อการเสพส่วนบุคคล ให้พิจารณาว่าจะใช้ปริมาณขั้นต่ำหรือไม่ และหากใช้ จะกำหนดอย่างไร ปริมาณขั้นต่ำควรอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และอิงตามการวิจัยที่ทำในท้องถิ่นที่ให้หลักฐานในเรื่องปริมาณเฉลี่ยที่ผู้เสพยาเสพติดเสพและซื้อกัน
 - **ทำให้ชัดเจนว่าข้อเสนอมุ่งความสนใจไปยังการนำวิธีการบังคับทางอาญาที่ใช้กับผู้เสพยาเสพติดออกไป ไม่ใช่การทำให้การผลิตและการกระจายยาเสพติดผิดกฎหมาย เพื่อวัตถุประสงค์เชิงพาณิชย์กลายเป็นถูกกฎหมาย**
5. พิจารณานัยด้านงบประมาณโดยเฉพาะเพื่อให้แน่ใจว่ามีกาให้เงินทุนเพียงพอแก่โครงการฟื้นตัว การรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก บริการด้านสุขภาพและด้านการลดอันตราย บริการให้คำปรึกษาและบริการทางสังคมเพื่อผู้เสพยาเสพติด
 6. ระบุโอกาสที่กำลังจะตามมาในรัฐสภาหรือสมัชชาแห่งชาติเพื่อแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้นำวิธีการบังคับทางอาญาและ/หรือทางปกครอง

ออกไป อาจจำเป็นต้องระบุผู้นำในรัฐสภาที่จะให้ความรู้แก่
ผู้บัญญัติกฎหมายคนอื่นๆ เกี่ยวกับข้อเสนอปฏิรูปกฎหมาย
และเพื่อผลักดันให้พิจารณาร่างกฎหมายอย่างไม่ล่าช้าเกินควร

7. ลงทุนในการฝึกอบรมและการสร้างความสามารถให้แก่บุคลากร
ผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ทำงานบริหารสุขภาพเพื่ออธิบายและทำให้
เข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในระบบการทำให้ไม่
เป็นความผิดและระบบการฟื้นตัว

อ้างอิงท้ายเรื่อง (Endnotes)

1. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, pp. 44-47, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_pris-ons_Ebook.pdf
2. For further discussion and analysis of diversion measures, see: United Nations Office on Drugs and Crime (2006), *Criminal justice assessment toolkit*, http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/cjat_eng/CJAT_Toolkit_full_version.pdf
3. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (WHO) (2008), *Discussion paper - Principles of drug dependence treatment*, <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
4. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC World Drug Report*, p.1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
5. International Drug Policy Consortium (2014), *Advocacy note: Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice*, http://idhdp.com/media/1236/idpc-advo-cacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf
6. Tanguay, P. et al, (2015) 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', *Harm Reduction Journal*, **12**:31, <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0>
7. See definition by Harm Reduction International: Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
8. See: World Health Organisation, *Evidence for action series, policy briefs and technical papers*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/; World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treat-*

ment and care for injecting drug users – 2012 Revision, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>

9. For information regarding legal regulation, please refer to Chapter 3.2 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide*, 3rd Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
10. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, pp. 44-47, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_pris-ons_Ebook.pdf
11. United Nations Secretary-General Ban Ki-Moon (26 June 2015), *Message on International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking*, UNIS/SGSM/645, <http://www.unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2015/unissgsm645.html>
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015) *A public health and rights approach to drugs*, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2803_drugs_en.pdf; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2014), *The gap report*, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
13. United Nations Development Program (2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>
14. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, p. 91, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>
15. United Nations High Commissioner for Human Rights (September 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, para. 38, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
16. UN Women (2014), *A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes*, https://www.unodc.org/documents/un-gass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf
17. *The Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Report to the General Assembly A/65/255, 6 August 2010, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/>

[Water/ContributionsStigma/others/SPhealthl.pdf](#); Report of the Special Rapporteur on torture A/HRC/10/44, *Submission to Committee on Torture 2012*, <http://dac-cess-ods.un.org/TMP/8202025.89035034.html>

18. Rolles, S. (20 October 2015), 'The truth behind the UNODC's leaked decriminalisation paper', *Transform Blog*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/truth-behind-unodcs-leaked-decriminalisation-paper>
19. International Narcotics Control Board (2015), *Press release: International narcotics Control Board concludes its 114th session*, https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2015/press_release_131115.html
20. *Vienna Declaration, official declaration of the XVIII International AIDS Conference* (2010), <http://www.viennadeclaration.com>. The Declaration was initiated by several of the world's leading HIV and drug policy scientific bodies: the International AIDS Society, the International Centre for Science in Drug Policy, and the BC Centre for Excellence in HIV/AIDS
21. Global Commission on Drug Policy (2014), *Taking control: Pathways to drug policies that work*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
22. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
23. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>
24. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
25. *Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988, p. 82, para. 3.94, https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_united_nations_con-vention_1988_E.pdf
26. *Statement by INCB President Dr. Lochan Naidoo, 58th Session of the Commission on Narcotic Drugs Special segment on preparations for the special session of the General Assembly on the world drug problem (UNGASS) to be held in 2016, Vienna, 9-17 March 2015*, https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/Statement_INCB_President_CND_2015_UNGASS_06_03_15V_1_cl_INCB_logo.pdf
27. Article 3(4)(d), *UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988*
28. See chapter 3 for country examples
29. Country examples are discussed in chapter 3. See also: Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>

30. Harm Reduction International (2015), *The death penalty for drug offences: A global overview*, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Death-PenaltyDrugs_Report_2015.pdf
31. Hayashi, K. et al. (2013), 'Reports of police beating and associated harms among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: A serial cross-sectional study', *BMC Public Health*, **13**: 733, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/733>
32. Reid, G. & Crofts, N., 'Historical perspectives on drug use in Southeast Asia'. In: Rahman, F. & Crofts, N. (ed.)(2013), *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 1-11; Rahman, F. & Crofts, N. (ed.)(2013) *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 27-38. See also: International Drug Policy Consortium (2015), *Throughout Asia, criminalisation and harsh punishment are imposed on people who use drugs* (infographic), <http://idpc.net/alerts/2015/01/throughout-asia-criminalisation-and-hard-punishment-are-imposed-on-people-who-use-drugs>
33. Brunei: *Misuse of Drugs Act*, section 29; Malaysia: *Dangerous Drugs Act*, section 39A; Singapore: *Misuse of Drugs Act 1973*, sections 8,33, 33A. See: Iakobishvili E. (2011) *Judicial corporal punishment for drug and alcohol offences in selected countries* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2011/11/08/IHRA_CorporalPunishmentReport_Web.pdf
34. Brunei: *Misuse of Drugs Act 1978*, section 7; Philippines: *Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002*, section 12; Singapore: *Misuse of Drugs Act 1973*, section 9
35. United Nations (2009), *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem* (New York: United Nations), https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Political_Declarations/Political-Declarations_Index.html
36. *Joint declaration for a drug-free ASEAN*, Adopted by the Foreign Ministers at the 31st ASEAN Ministerial Meeting Manila, 25 July 1998; *Joint declaration for a drug-free ASEAN* adopted by the 33rd ASEAN Ministerial Meeting held in July 2000, <http://cil.nus.edu.sg/rp/pdf/2000%20Bangkok%20Political%20Declaration%20in%20Pursuit%20of%20a%20Drug-Free%20ASEAN%202015-pdf.pdf>
37. Indonesia: *National Anti-Drug Policy and Strategy 2010-2014*, http://aipalama.aipa.devvara.me/wp-content/uploads/2014/03/Country-Report_Indonesia.pdf; Lao PDR: *National Drug Control Masterplan 2010-2013*, https://www.unodc.org/documents/laopdr/COLAO/NDCMP_Eng.pdf; Myanmar: *15-year Drug Erad-*

ication Plan (1999-2014)(extended to 2019)

38. The Hindu (15 December 2014), *Join hands for a drug-free India*, <http://www.thehindu.com/news/national/join-hands-for-a-drugsfree-india-modi/article6691405.ece>; Official website of the President of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (2015), *All must unite to create a drug-free Sri Lanka – President*, <http://www.president.gov.lk/news/all-must-unite-to-create-a-drug-free-sri-lanka-president/>
39. Reuter, P. (2009), ‘Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.’ *Addiction*, **104**: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf
40. Fawthrop, T. (8 August 2015), ‘Drug-free ASEAN by 2015?’, *The Diplomat*, <http://thediplomat.com/2015/08/drug-free-asean-by-2015>
41. Borneo Post (30 October 2015), *ASEAN nations fail to attain 2015 regional zero drug target*, <http://www.theborneopost.com/2015/10/30/asean-nations-fail-to-attain-2015-regional-zero-drug-target/#ixzz3rcwS2zwx>
42. Reuter, P. (2009), ‘Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.’ *Addiction* **104**: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf; *Vienna Declaration*, <http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/#sthash.iB-fEILdA.dpuf>
43. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *From coercion to cohesion: Treating drug-dependence through health care, not punishment*, p. 5, https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
44. Association of Southeast Asian Nations (2012) *ASEAN leaders’ declaration on Drug-Free ASEAN 2015*, http://www.aseansec.org/documents/Declaration%20on%20Drug%20Free%20ASEAN_Endorsed%20by%20Summit_FINAL.pdf
45. For further details on the background to national drug policies in Asia, see the ‘Policy Context’ section in each country profile in: Baldwin, S. (2013), *Drug policy advocacy in Asia: Challenges, opportunities and prospects* (International Drug Policy Consortium), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf>
46. The data presented in this table is sourced from the AIDS data hub PowerPoint presentation, *HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific: Review in slides – People*

who inject drugs, updated in November 2015, <http://www.aidsdatahub.org/people-who-inject-drugs-no-vember-2015-slides>

47. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2013), *HIV in Asia and the Pacific*, pp. 17-18, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2013_HIV-Asia-Pacific_en_0.pdf
48. See e.g. IDLO (2011), *South Asia roundtable dialogue legal and policy barriers to the HIV response* (Rome: IDLO)
49. Global Commission on HIV and the Law (2012), *Risks, rights and health*, <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks.Rights&Health-EN.pdf>; Global Commission on Drug Policy (2012), *The war on drugs and HIV/AIDS: How the criminalization of drug use fuels the global epidemic*, http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf
50. As of July 2015, of the population of 105,865 prisoners, 40,075 were on drug use charges and 25,559 on dealing / supply charges: Database of Directorate-General of Corrections, Ministry of Justice and Human Rights, Indonesia (2015), <http://smslap.ditjenpas.go.id/public/krl/current/monthly/year/2015/month/7>
51. Philippines Bureau of Jail Management and Penology (July 2015): 50% of the total prison population made up of 87,990 people were incarcerated for drug-related charges. 60% of those drug-related charges were for drug use or possession of drugs or paraphernalia
52. 32nd Asian and Pacific Conference of Correctional Administrators, October 2012, http://www.apcca.org/uploads/APCCA_Report_2012_Brunei.pdf; Thailand Institute of Justice, (November 2014), *Women prisoners and the implementation of the Bangkok Rules in Thailand*, p. 35, http://www.tijthailand.org/useruploads/files/women_prisoners_and_the_implementation_of_the_bang-kok_rules_in_thailand_tij.pdf
53. Article 192, Criminal Code of Vietnam. See: Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), *Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice* (Melbourne: Asian Law Centre), p. 8
54. Harm Reduction International (2014), *Global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/asia>
55. Transnational Institute (2015), *Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws*, p. 8, http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf
56. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *HIV prevention, treatment*

and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions: Policy Brief, https://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

57. See: Transnational Institute (2015), *Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws*, p. 8, http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf
58. Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
59. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC World Drug Report*, p. 1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
60. See Chapter 2.5 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
61. Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
62. World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Geneva: WHO), p. 6, http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf
63. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, p. 29, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
64. International HIV/AIDS Alliance (2010), *Good practice guide: HIV and drug use*, <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454>
65. See Chapter 2.4 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
66. Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
67. Naning, H., Kerr, C., Kamarulzaman, A. et al (2014), *Return on investment and*

cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia(Washington, DC: World Bank Group), <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/07/23006930/return-investment-cost-effectiveness-harm-reduction-program-Malaysia>; Mingjian, J. et al. (2012). 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010)', *BMC Public Health*, **12**: 572, <http://www.biomed-central.com/1471-2458/12/572>

68. See ANPUD website: <http://anpud.org>
69. Asian Network of People who Use Drugs (2015), *Policy brief: UNGASS 2016 Special session on the world drug problem*, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/anpud-policy_brief-ungass2016-4.pdf
70. UN General Assembly (UNGA), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (New York, 1976), article 12; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health*, UN Doc. E/ C.12/2000/4, <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
71. For more information, see: International Network of People Who Use Drugs (October 2015), *INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law*, <http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement>
72. For more details on human rights violations committed in the name of drug control, please refer to 'Policy principle 3' in: International Drug Policy Consortium (2015), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd edition*, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
73. UN Economic and Social Council (1985), *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, <http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>
74. United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Discussion paper– From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment*, p. 2, http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
75. International Drug Policy Consortium (2012) *IDPC Drug Policy Guide*, 2nd edition, p.11, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf
76. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), *Community based treatment and care for drug use and dependence: Information brief for Southeast Asia* (Bangkok: UNODC), <https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpa->

cific//cbtx/cbtx_brief_EN.pdf

77. UK Consortium on AIDS and International Development & UK Network on Sexual and Reproductive Health Rights (2012), *Integrating our efforts to raise the bar for women's health through: Rights, access investment, security, equity*, http://www.ivoindia.org/Images/integrating-our-efforts-to-raise-the-bar_tcm78-39310.pdf
78. Article 31 of *Decree-Law 14,294* as amended by *Law 17,016*
79. International Harm Reduction Association (2012), *Global state of harm reduction*, Chapter 3.4, http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.4_drug-decriminalisation_.pdf
80. The Australian Capital Territory, Northern Territory and South Australia have decriminalised the possession of small amounts of cannabis, which is treated as an administrative offence. See: Ritter, A. (2012), *Decriminalisation or legalisation: Injecting evidence in the drug law reform debate* (Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre), <https://ndarc.med.unsw.edu.au/blog/decriminalisation-or-legalisation-injecting-evidence-drug-law-re-form-debate>
81. See section 2.4 for more information on specific quantities that are deemed to represent 10 days' supply in Portugal
82. Murkin G. (2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight* (Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
83. Ibid
84. Gonçalves, R., Lourenço A., & da Silva, S. (2014), 'A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs', *International Journal of Drug Policy*, **26**(2): 199-209, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265899>
85. Murkin G. (2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight* (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
86. Data from the Portugal Institute of Drugs and Drug Dependence, cited in: Murkin G. (2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight* (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
87. Hughes, C. & Stevens, A. (2007), *The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), p. 7, <http://core.ac.uk/download/files/57/91904.pdf>
88. Hughes, C. & Stevens, A. (2010) 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**: 999-1022,

<http://bjc.oxfordjournals.org/content/50/6/999.abstract>

89. Félix, S. & Portugal, P. (2015), *Drug Decriminalization and the price of illicit drugs* (Bonn: Institute for the Study of Labor)
90. *Law on Drug Control 2011*, Article 53
91. Balhara, Y. & Mathur, S. (2014), 'Bhang - beyond the purview of the narcotic drugs and psychotropic substances act', *Lung India*, **31**(4): 431-432
92. *National Consultation on decriminalization of drug use & access to treatment for vulnerable populations, 15th July 2015*, Ministry of Social Justice & Empowerment India in partnership with Federation of Indian NGOs for Drug Abuse Prevention at India Habitat Centre, New Delhi (unpub. report)
93. Philippine Star (12 August 2015), *House mulls legalizing medical marijuana*, <http://www.philstar.com/headlines/2015/08/12/1487124/house-mulls-legalizing-medical-marijuana>; Times of India (3 May 2015), *Legalize medical cannabis activists say*, <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Legalize-medical-cannabis-activists-say/articleshow/47135913.cms>; FirstPost.com (2 January 2015), *Bangalore oncologists want cannabis legalised to help fight cancer*, <http://www.firstpost.com/living/bangalore-oncologists-want-cannabis-legalised-to-help-fight-cancer-2026985.html>
94. As marijuana possession is technically an offence in Nepal and Bangladesh, these are examples of *de facto* rather than *de jure* decriminalization. See: Huffington Post (11 March 2013), *Shivaratri festival in Nepal includes temporary lifting of marijuana ban*, http://www.huffingtonpost.com/2013/03/11/shivaratri-festival-nepal-marijuana_n_2851875.html
95. European Centre for Monitoring Drugs and Drug Addiction, *Kratom (Mitragyna speciosa) drug profile*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/kratom>
96. Raffa, R. (2014), *Kratom and other mitragynines: The chemistry and pharmacology of opioids from a non-opium source* (Boca Raton: CRC Press), p. 155
97. Tanguay, P. & Vasconi C. (2013), 'Kratom decriminalisation in Thailand', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2013/09/kratom-decriminalisation-in-thailand>
98. Study in Barangay Kamagayan in Cebu by the Department of Health, Philippine National AIDS council, the Cebu City Local Government and Population Services International: Philippine Inquirer (28 May 2015), *Senators want free syringes study halted*, <http://newsinfo.inquirer.net/694226/senators-want-free-syringes-study-halted#ix-zz3nvA7eL3j>
99. *Support don't punish*, p. 17; Rahman, F., Reaksmeay, H., Thanh, P., Golichenko,

- O. (2014) 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', *HIV Australia* 12(2), <https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTvNA4>
100. Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute & International Drug Policy Consortium), <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf
 101. This list is not exhaustive. In some states of the USA, possession of 28 grams of marijuana is permitted (Alaska, Colorado and Washington). It is the policy position of the Government of Canada to decriminalise recreational use of marijuana
 102. Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
 103. See: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Threshold quantities for drug offences*, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index_99321EN.html
 104. These low thresholds were set in 2012: UNAIDS Country Office Lao PDR, personal communication, October 2015.
 105. Windle, J. (2015), *Drugs and drug policy in Thailand* (Washington DC: Brookings Institute), p. 7, <http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/WindleThailand-final.pdf?la=en>
 106. Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), *Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice* (Melbourne: Asian Law Centre), p. 10, http://law.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0011/1547093/ALC-CILISPolicyPaper_Hoa_finalwobleed3.pdf
 107. Li, E. (2014), 'The new drug detoxification system in China: A misused tool for drug rehabilitation', *U of Pennsylvania Law Review*, 9: 168-212, <http://www.eastasiaforum.org/2015/07/20/lack-of-due-process-mars-chinas-war-on-drugs/>
 108. Ibid, p. 212
 109. See: Windle, J., (2015), *A slow march from social evil to harm reduction: Drugs and drug policy in Vietnam*, (Washington DC, BrookingsInstitute); Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South

- and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**, S33-37
110. Article 199 of the *Penal Code*
 111. Under the *Ordinance on Administrative Violations* of 2002, drug use is considered an administrative violation under article 26, which contains measures for the rehabilitation and detention of people who use drugs, including a mandatory period of between one and two years detention for people 'addicted to drugs'. Article 23 provides for measures to rehabilitate people in the community. No. 44/2002/ PL-UBTVQH10 of July 2, 2002. Compulsory detention was first introduced by the *Ordinance on Administrative Violations of 1995*
 112. Amon, J., Pearshouse R., Cohen, J. & Schleifer, R. (2014), 'Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: Evolving government, UN and donor responses' *International Journal of Drug Policy* **25**: 13-20
 113. Vietnam's *Law on HIV/AIDS Prevention and Control* and its Implementing Decree No. 108/2007 provide for harm reduction programmes including NSP, the protection of peer outreach workers from arrest, and the provision of OST. In 2012, the government issued the *Decree Regulating Substitution Treatment of Opioid Addiction No: 96/2012/ND-CP*
 114. Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**, S33-37
 115. Decision 2596/QĐ-TTg
 116. UNAIDS Vietnam Country Office (2012), *Alternative action on compulsory detention: Innovative responses in Asia*, <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121005detentioncenters>
 117. Oanh, K.T.H. (2014), 'No one left behind. Effective harm reduction and drug policy', Presentation at the International AIDS Conference, <http://www.scdi.org.vn/others/no-one-left-behind-dr-khuat-thi-hai-oahs-presentation-at-the-international-aids-conference-2014.html>
 118. Ibid, p. 2
 119. Elliott, R., Symington, A., Lines, R. & Schleifer, R. (2011), *Treat mentor torture? Applying international human rights standards to drug detention centres* (New York: Open Society Foundations), p. 3, <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
 120. Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**, S33-37; Amon, J., Pearshouse R., Cohen, J. & Schleifer, R. (2014), 'Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: Evolving government, UN and donor

- responses' *International Journal of Drug Policy* **25**: 13-20; Fu, J., Bazazi, A., Altice, F., et al. (2012), 'Absence of antiretroviral therapy and other risk factors for morbidity and mortality in Malaysian compulsory drug detention and rehabilitation centers', *PLoS One*, **7**(9)
121. Human Rights Watch (2010), *'Skin on the cable': The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable>; Human Rights Watch (2011), *The rehab archipelago: Forced labor and other abuses in drug detention centers in southern Vietnam* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2011/09/07/rehab-archipelago>; Human Rights Watch (2011), *Somsanga's secrets: Arbitrary detention, physical abuse and suicide inside a Lao drug detention center* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2011/10/11/somsanga-s-secrets-0>
 122. See: Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**, S33-37; World Health Organisation (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Philippines: WHO Western Pacific Regional Office), http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf; Reid, G. et al.(2007), 'Malaysia and Harm Reduction: The challenges and responses', *International Journal of Drug Policy*, **18**: 136-140
 123. United Nations (2012), *Joint statement: Compulsory drug detention and rehabilitation centres* (New York: UN); See also: Human Rights Council (1 February 2013), *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53*. the Special Rapporteur called upon all States to close compulsory drug detention and rehabilitation centres without delay and implement voluntary, evidence- and rights-based health and social services in the community
 124. IDPC (2014), 'Global Fund calls for the end of compulsory treatment', <http://idpc.net/alerts/2014/11/global-fund-calls-for-the-end-of-compulsory-treatment>
 125. United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Discussion paper –From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health-care, not punishment*, http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
 126. Tanguay, P. et al (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention*

- centres in Asia* (London: Harm Reduction International), <http://www.ihra.net/contents/1648>
127. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *Report of the Second Regional Consultation on Compulsory Centres for Drug Users in Asia and the Pacific* 1-3 October 2012, Kuala Lumpur, Malaysia, https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/10/ccdu/CCDU2_Meeting_Report_Final_2012-10-11.pdf
 128. *Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs)*, 21-23 September 2015, Manila, Philippines, <https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-final3.pdf>
 129. Tanguay, P., Kamarulzaman, A., Aramrattana, A., et al (2015), 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', *Harm Reduction Journal*, **12**:31, <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0>; also see: *Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs)*, 21-23 September 2015, Manila, Philippines, <https://un-aidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-final3.pdf>
 130. Ibid; United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment*, p. 7, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/UNODC_2010_Discussion_Paper_-En.pdf
 131. See Chapter 2.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide*, 3rd Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
 132. For examples of good practice community-based treatment in Asia, see: Tanguay P. et al (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), <http://www.ihra.net/contents/1648>
 133. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), *Guidance for community-based treatment and care services for drug users in Southeast Asia* (Bangkok:

- UNODC), https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_guidance_EN.pdf
134. See: Rahman, F. (2011), *Swiss drug policy* (Kuala Lumpur: Malaysian AIDS Council), http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2011/09/Swiss_Drug_Policy_Report.pdf
135. Bradley S. (2013), *Mixed feelings over new Swiss cannabis law*, http://www.swissinfo.ch/eng/decriminalisation_mixed-feelings-over-new-swiss-cannabis-law/36977488; also see: Bonnie, R. (2011), *Europe and decriminalization: A comparative view*, <https://www.drugtext.org/Marijuana-Use-and-Criminal-Sanctions/chapter-6-europe-and-decriminalization-a-comparative-view.html>
136. Waal H., Clausen T., Gjersing L. & Gosso M. (2014), 'Open drug scenes: Responses of five European cities', *BMC Public Health*, **14**: 853
137. Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P. et al. (2007) 'Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: A brief update on science and politics', *J Urban Health*, **84**(4): 552–562, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219559>
138. Csete, J., (2010), *From the Mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland* (New York: Open Society Foundations), https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524_0.pdf
139. UN General Assembly (1990), *United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules)*, A/RES/45/110, <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm>
140. Article 3(4)(d), *UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988*
141. *SAARC Convention on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1990, http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document_iddbd90a665ea6f-292f36ebdb3d442826d.pdf
142. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, Criminal Justice Handbook Series, https://www.unodc.org/documents/justice-and-pris-on-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf; Commission on Narcotic Drugs (2015), *Background documentation for the interactive discussions on high-level segments to the held during the special session of the General Assembly on the world drug*

- problem in 2016. E/CN.7/2015/CRP.4, Fifty-eighth session, Vienna, 9-17 March 2015, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/ECN72015_CRP4e_V1501456.pdf
143. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2009), *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion paper, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (see especially Principle 6)
 144. In relation to women, see: Harm Reduction International (2012), *The global state of harm reduction 2012*, chapter 3.1, http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.1_women_.pdf; In relation to children, see: Harm Reduction International (HRI), Youth Rise, International HIV/AIDS Alliance & Save the Children (2015), *Step-by step preparing for work with children and young people who inject drugs*, http://www.ihra.net/files/2015/11/06/WEB2_Step_by_step_tool1.pdf
 145. See especially rules 57, 58, 60 and 62, *United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders*, UN General Assembly Doc A/C.3/65/L.5, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/BangkokRules.pdf>
 146. Rahman F. 'Alternatives to criminal justice'. In: Rahman, F., Crofts, N., eds. (2013), *Drug policy reform in East and South East Asia* (Lanham: Lexington Books), p. 248
 147. Single, E., Christie, P. & Ali, R. (2000), 'The impact of cannabis de-criminalisation in Australia and the United States', *Journal of Public Health Policy*, **21**(2): 157-186, <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/presentation/single-e.htm>
 148. Payne J., Kwiatkowski M., Wundersitz J. (2008), *Police drug diversion: A study of criminal offending outcomes* (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 5
 149. Ibid, p. 4.; Wundersitz J. (2007), *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working?* (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 9, http://aic.gov.au/media_library/pub-lications/tbp/tbp025/tbp025.pdf
 150. Collins, S., Lonczak, H., & Clifasefi S. (2015), *LEAD Program Evaluation: Recidivism Report* (Seattle: University of Washington & Harborview Medical Centre), http://static1.1.sqspcdn.com/stat-ic/f/1185392/26121870/1428513375150/LEAD_EVALUATION_4-7-15.pdf?token=jH6mFrua5jVFsuWy2sCflgN%2FC-cY%3D; Seattle Police Department (8 April 2015), 'Study: Innovative Seattle/King County Diversion Program Shows Success', *SPD Blotter*, <http://spdblotter.seattle.gov/2015/04/08/study-innovative-seattleking-county-di-version-program-shows-success>

151. Ibid.
152. International Drug Policy Consortium (2012), *IDPC Drug Policy Guide* (2nd ed.), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf
153. HIV/AIDS Asia Regional Program (n.d), *Guidelines for addressing police concerns about harm reduction*, http://ni1.unimelb.edu.au/Leahrn/HAARP/HAARP_Tool_2_Booklet_Guidelines_Police_Concerns_about_HR/HAARP_Tool_2_Booklet_Police_Concerns_About_HR.doc
154. Rahman, F., Reaksmey, H., Thanh, P. & Golichenko, O. (2014), 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', *HIV Australia*, **12**(2), <https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol.-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTvNA4>
155. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), pp. 31-35
156. Center for Supporting Community Development Initiatives (2015), *Expanding voluntary drug treatment services in Bac Giang*, <http://www.scdi.org.vn/communication-advocacy/expanding-voluntary-drug-treatment-services-in-bac-giang.html>
157. Ngammee, V. & Tanguay, P. (2015), *CHAMPION-IDU - Innovations, best practices and lessons learned – Implementation of the national response to HIV among people who inject drugs in Thailand 2009-2014*, <http://www.psi.org/publication/champion-idu-innovations-best-practices-and-lessons-learned>
158. Rule 5.1. UN General Assembly (1990), *United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules)*, A/RES/45/110, <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm>
159. Ibid
160. International Narcotics Control Board (2007), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, p. 7
161. *Law on Drug Control 2011*, Article 105
162. Compulsory treatment for people who use drugs is also used in many countries globally, including the UK, the USA, the Netherlands, New Zealand, Italy, Sweden, Germany, Canada, Spain and Australia. In the USA, the focus of mandatory treatment is on offenders charged with any drug use offence. In Australia, the Netherlands and the UK, the focus is on persistent drug-using

offenders who may have committed non-drug-related offences

163. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), *Principles of drug dependence treatment*, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
164. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), pp. 41-46
165. Ibid, pp. 47-51; Ghani, M. (2015), 'An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia', *International Journal of Drug Policy*, **26**(2): 175-182; Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**, S33-37
166. *Dangerous Drugs Act*, section 15
167. Malaysian courts can divert drug offenders through orders made under the *Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act (1983)*
168. Malaysian AIDS Council (2015), *Drug harms in Malaysia: A technical brief*, http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2015/06/SDP_Technical_Brief_on_Drug_Harms_in_Malaysia_20150625.pdf
169. Tandon, T. (2015), *Drug policy in India*, IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf; Indian Express News Service (13 August 2013), *Court grants immunity to four accused*, <http://archive.indianexpress.com/news/juhu-rave-bust-court-grants-immunity-to-four-accused/1154542>; Times of India (24 June 2012), *Law compassionate but cops harsh to drug users*, <http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/Law-compassionate-but-cops-harsh-to-drug-users/articleshow/14367066.cms>
170. Section 39, *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985* (India)
171. Section 64A, *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985* (India)
172. Tandon, T. (2015), *Drug policy in India*, IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf
173. Burris, S. & Chiu, J. (2011), *Punitive drug laws and the risk environment for injecting drug users: Understanding the connections*, Working paper prepared

- for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7-9 July 2011, <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers/punitive-drug-law-and-the-risk-environment-for-injecting-drug-users-understanding-the-connections?tmpl=component>
174. *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances and Substance Abuse Act 2005* (Bhutan), Section 43
 175. Community-based services are to be piloted in three areas in Luzon, Visayas and Mindanao: Dangerous Drugs Board (21 September 2015), *DDB and DOH improve access to drug rehabilitation services*, <http://www.ddb.gov.ph>
 176. For more information and recommendations on drug courts, see: Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>
 177. Countries with drug courts include Australia, Austria, Belgium, Canada, Ireland, New Zealand, Norway, the USA, the UK, Barbados, Bermuda, Chile, Costa Rica, the Dominican Republic, Jamaica, Mexico, Panama, Suriname, and Trinidad and Tobago
 178. Government of Maldives (2011), *Drugs Act 2011*, <http://www.drugcourt.gov.mv/documents/laws/17-2011-Drug%20Act-Translation.pdf>; Minivan News (1 May 2012), *Drug court ushering in new era in Maldives drug battle*, <http://minivannewsarchive.com/politics/drug-court-ushering-new-era-in-maldives-drug-battle-36537#sthash.bKqu1vk7.dpbs>
 179. PEPFAR (2014), Vietnam 2014 country operational plan executive summary, <http://www.pepfar.gov/countries/cop/240132.htm>
 180. Tiger, R. (2012), *Judging addicts: Drug courts and coercion in the justice system* (New York: NYU Press)
 181. Wundersitz J. (2007), *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working?* (Canberra: Australian Institute of Criminology), pp. 22-27, http://aic.gov.au/media_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf
 182. Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2015), *Drug courts: Equivocal evidence on a popular intervention* (New York: Open Society Foundations), <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention>; Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (London: International Drug Policy Consortium), p. 2,

- <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>; Drug Policy Alliance (2014), *Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use* (New York: Drug Policy Alliance), <http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use>
183. Global Commission on Drug Policy (2014), *Taking control: Pathways to drug policies that work*, p. 22, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
 184. Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (London: International Drug Policy Consortium), p.2, <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>
 185. Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2015), *Drug courts: Equivocal evidence on a popular intervention* (New York: Open Society Foundations), p.9, <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention>
 186. Ibid
 187. Minivan News (1 May 2013), *Drug court sending addicts to jail after detox centres reach capacity*, <http://minivannewsarchive.com/politics/drug-court-sending-addicts-to-jail-after-detox-centres-reach-capacity-57295#sthash.Xhx2MAWp.dpbs>
 188. See: 13 Key principles for court-directed treatment and rehabilitation programmes, <http://www.nadcp.org/about-us/13-key-principles-drug-treatment-court>, Drug Policy Alliance (2014), *Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use* (New York: Drug Policy Alliance), <http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use>; see also: Drug Policy Alliance (2011), *Drug courts are not the answer: Toward a health-centered approach to drug use*, https://www.drugpolicy.org/docUploads/Drug_Courts_Are_Not_the_Answer_Final2.pdf
 189. See Chapter 3.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide*, 3rd Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
 190. See the relevant UN standards and norms on the role of lawyers and access to legal aid: UN General Assembly Resolution 67/187 (2012), *United Nations principles and guidelines on access to legal aid in criminal justice systems*, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/187
 191. UNODC defines ‘problem drug users’ as ‘those with drug use disorders or dependence’: United Nations Office on Drugs and Crime (2013) *UNODC World Drug Report*, p.1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

192. The *Law on Drugs* of 2011 permits possession of equipment used for consumption of drugs in the context of provision of harm reduction services
193. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *Innovative community based drug treatment pilot makes inroads in Cambodia*, <https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2012/02/cbtx-cambodia/story.html>; Council of the European Union (2014), *Note from Japanese Regional Chair of the Dublin Group: Regional report on South East Asia and China*, p. 5, <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%208990%202014%20INIT>
194. Human Rights Watch (2010), '*Skin on the cable*': *The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable>
195. Chheng, K., Leang, S., Thomson N., Moore T. & Crofts N. (2012), 'Harm reduction in Cambodia: A disconnect between policy and practice', *Harm Reduction Journal*, **9**: 30
196. GRM International and Burnet Institute (2014), *Keeping drug users out of jail? Drug diversion policy in Indonesia*, https://www.burnet.edu.au/system/asset/file/1435/keepingg_2.pdf
197. Documented in the video: PKNI (2015), *Dying a slow death: Inside Indonesia's drug war*, <http://idpc.net/alerts/2015/11/dying-a-slow-death-inside-indonesia-s-drug-war>
198. National AIDS Commission (2015), *Community based drug dependence treatment in Indonesia: Documentation of best practice*
199. See the LBH Masyarakat website for further information about their work: <http://lbhmasyarakat.org/en/>
200. Narcotic Rehabilitation Act Committee, see: Windle, J. (2015), *Drugs and drug policy in Thailand* (Washington DC: Brookings Institute), p. 7, <http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/WindleThailand-final.pdf?la=en>
201. McLellan A., Luborsky L., Woody G. & O'Brien C. (1980), 'An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index', *Journal of Nervous and Mental Disorders*, **168** (1): 26-33
202. See: Thomson, N. (2010), *Detention as treatment: Detention of meth-amphetamine users in Cambodia, Laos, and Thailand* (Open Society Institute), http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/Thomson_OSI_DetentionAsTreatment_2010.pdf
203. *Submission of the International Harm Reduction Association, Asian Harm Reduc-*

tion Network, the Open Society Institute Public Health Program and Thai AIDS Treatment Action Group to the UN Universal Periodic Review (2011), Twelfth session of the UPR Working Group of the Human Rights Council, Human rights violations associated with Thailand's anti-drug laws, <http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session12/TH/JS1-JointSubmission1-eng.pdf>

204. MacDonald, V. & Nacapew, S. (2013), *Drug control and harm reduction in Thailand* (London: International Drug Policy Consortium)
205. United Nations (2012), *Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres*, https://www.unodc.org/documents/southeastasiaanddpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf
206. McCoy A. (2000), 'From free trade to prohibition: A critical history of the modern Asian opium trade', *Fordham Urban LJ*, 28(1): 307-349, <http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1804&-context=ulj>; Parliament of Canada (2001), *The history and development of the leading international drug control conventions* (Ottawa: Parliament of Canada), <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-e.htm>; Karch, S. & Drummer, O. (2015), *Karch's pathology of drug abuse* (Boca Raton: CRC Press), p. 16
207. See: Transnational Institute (2015), *The UN drug control conventions: A primer*, <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#6>
208. *Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988, p. 82, para. 3.94
209. The Conventions do not require that penalties be imposed for drug use. See *Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988, p. 82, para. 3.94
210. Article 3(2)
211. International Narcotics Control Board (2001), *Report of the International Narcotics Control Board for 2001* (E/INCB/2001/1), para. 211
212. *Commentary on the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988, p. 72, paras. 3.65 and 3.66
213. Transnational Institute (2015), *The UN drug control conventions: A primer*, <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#6>
214. See: Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (19 October 2012), *Submission to the Committee Against Torture regarding drug control laws* <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf>

215. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health*, UN Doc. E/ C.12/2000/4, <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
216. United Nations, Economic and Social Council (1985), *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex
217. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
218. Para 14
219. UN Commission on Narcotic Drugs Resolution 58/5 (2015), *Supporting the collaboration of public health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/2015_Resolutions/Resolution_58_5.pdf

สำนักกิจการในพระตำหนักเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา

สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคารราชบุรีดิเรกฤทธิ์

ชั้น 9 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 0-2141-5140-1 โทรสาร 0-2143-8245

www.kamlangjai.or.th

ในรายงานฉบับนี้ หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium, IDPC) เสนอข้อแนะนำที่อิงตามหลักฐานและตัวอย่างของวิธีปฏิบัติที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลแก่การเปลี่ยนการตอบสนองต่อการเสพติดในทวีปเอเชียในเชิงนโยบายให้หันออกไปจากการทำให้เป็นความผิดอาญาและการลงโทษและเข้าหาสาธารณสุขและการลดอันตราย

หน่วยงานความร่วมมือด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศเป็นเครือข่ายขององค์กรนอกภาครัฐ (NGO) ทั่วโลกที่ส่งเสริมการอภิปรายเชิงวัตถุประสงค์ (objective) อย่างเปิดเผยในเรื่องประสิทธิผล ทิศทางและเนื้อหาของนโยบายยาเสพติดในระดับชาติและระหว่างประเทศ และสนับสนุนนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ผลในการลดอันตรายเกี่ยวกับยาเสพติด สมาชิกหน่วยงานนี้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญหลากหลายในการวิเคราะห์ปัญหาและนโยบายยาเสพติดและร่วมให้เกิดการอภิปรายนโยบายระดับชาติและระหว่างประเทศหน่วยงานนี้เสนอคำแนะนำของผู้ชำนาญเฉพาะทางโดยผ่านทางเผยแพร่ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร, การนำเสนอ ณ ที่ประชุมร่วมต่างๆ, การประชุมกับผู้วางนโยบายสำคัญๆ และการดูงาน หน่วยงานนี้ยังดำเนินการสร้างความสามารถและจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้แก่องค์กรภาคประชาสังคมด้วย

© International Drug Policy Consortium Publication 2016

โทร.: +44 (0) 20 7324 2974

โทรสาร: +44 (0) 20 7324 2977

อีเมล: contact@idpc.net

เว็บไซต์: www.idpc.net