กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน

อานนท์ จำลองกุล

วิทยานิพนธ์เสนอมหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญานิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สิงหาคม 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน

อานนท์ จำลองกุล

วิทยานิพนธ์เสนอมหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญานิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สิงหาคม 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

LAW FOR PREVENTING THE IMPACT OF PSYCHOTROPIC DRUGS AND DRIVING ON PUBLIC SAFETY IN THAILAND AND ASEAN COMMUNITY

ARNON JUMLONGKUL

A Dissertation Submitted to University of Phayao

in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Doctor of Laws

August 2025

Copyright 2025 by University of Phayao

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัย
สาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน

ของ อานนท์ จำลองกุล

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญานิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย วิสุทธิศักดิ์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภนันต์ ศุภศิริพงษ์ชัย)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทราวรรณ รัตนเกษตร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิติ ไวกวี)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อุษณีย์ เอมศิรานันท์)

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุดม งามเมืองสกุล)

เรื่อง: กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน

ผู้วิจัย: อานนท์ จำลองกุล, วิทยานิพนธ์: น.ด., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2568

อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. นภนันต์ ศุภศิริพงษ์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราวรรณ รัตนเกษตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิติ ไวกวี

คำสำคัญ: กฎหมายจราจร, การขับขี่ภายใต้อิทธิพล, ความปลอดภัยทางถนน, ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทฤษฎีความปลอดภัยทางถนน นโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทย สหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพล และเสนอแนวทางกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและอาเซียน กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการทำวิจัยเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยพบว่ามาตรการควบคุมการขับขี่ของประเทศไทยและอาเซียนยังขาดความเหมาะสม และประเทศสมาชิกอาเซียนมีนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ ได้แก่ ประการแรก หน่วยงานของประเทศไทยด้านการกำหนดและปฏิบัติตามนโยบายควรเป็นหน่วยงานเดียวกัน ประการที่สอง ประเทศไทยควรปรับปรุงนิยามศัพท์ในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดระดับแอลกอฮอล์เป็นพิเศษสำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะ กำหนดรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้มีความครอบคลุม กำหนดระยะเวลาทดสอบผู้ขับขี่และระยะเวลาห้ามการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กำหนดอัตราค่าปรับตามระดับแอลกอฮอล์และรายได้ เพิ่มโทษริบยานพาหนะ เพิ่มกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุมประพฤติผู้ขับขี่ ประการที่สาม อาเซียนควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละประเทศ ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลให้เป็นศูนย์ กำหนดรายการและระดับยาที่ยอมรับได้ และป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลข้ามแดน และประการสุดท้าย อาเซียนควรห้ามการออกใบอนุญาตแก่ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล ส่งเสริมการส่งต่อข้อมูลการกระทำผิดระหว่างกัน จัดทำข้อแนะนำการกำหนดปริมาณยา แนวทางทดสอบความบกพร่อง และการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ภายในประเทศและข้ามแดน จัดทำข้อแนะนำการกำหนดอัตราค่าปรับตามระดับแอลกอฮอล์และรายได้ และให้รัฐสมาชิกทบทวนกฎหมายให้สอดคล้องกับอาเซียน

Title: LAW FOR PREVENTING THE IMPACT OF PSYCHOTROPIC DRUGS AND DRIVING ON PUBLIC SAFETY IN THAILAND AND ASEAN COMMUNITY

Author: Arnon Jumlongkul, Dissertation: LL.D., University of Phayao, 2025

Advisor: Associate Professor Dr. Noppanun Supasiripongchai Co-advisor Associate Professor Dr.Patrawan Rattanakaset Assistant Professor Dr.Thiti Waikavee

Keywords: Traffic Law, Driving Under the Influences, Road Safety, Psychotropic Drugs

ABSTRACT

This research aims to study road safety theories, traffic policies, and legal measures in Thailand, the European Union, Sweden, Germany, and ASEAN related to driving under the influence and to propose policy recommendations and legal measures for Thailand and ASEAN. The research process involves conducting a documentary research in conjunction with in-depth interviews with experts. The findings indicate that control measures in Thailand and ASEAN are still inappropriate, which are different among ASEAN member states. The recommendations from this research, including, first, the main agency for setting and enforcing policies in Thailand should be the same. Second, Thailand should revise definitions in the Road Traffic Act B.E. 2522, define specific alcohol levels for public vehicle drivers, a covered list of psychotropic drugs, testing periods and bans on the use of psychotropic drugs, and fines based on alcohol levels and income, increase penalties, including vehicle confiscation, and enhance rehabilitation and probation activities for drivers. Third, ASEAN should designate a main responsible agency in each country, aim to reduce the number of drivers under the influence to zero, set acceptable lists and levels of drugs, and prevent cross-border driving while under the influence. Finally, ASEAN should prohibit issuing licenses to drivers under the influence, promote the exchange of offense information, develop guidelines for substance quantity, impairment testing, and physical examinations for drivers both domestically and across borders, develop guidelines for setting fines based on alcohol levels and income, and encourage member states to review and align their laws with ASEAN standards.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นภนันต์ ศุภศิริพงษ์ชัย รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราวรรณ รัตนเกษตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิติ ไวกวี คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้ให้คำชี้แนะตั้งแต่ก่อนเข้ารับการศึกษาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา เช่นเดียวกับหน่วยงานต้นสังกัด คือ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้อนุมัติให้เข้าศึกษาในหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรอันเป็นการส่งเสริมการสร้างทรัพยากรมนุษย์ตามพระราชปณิธาน “ปลูกป่า สร้างคน” ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ตลอดถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีเนื้อหาสมบูรณ์ครบถ้วนตามหลักวิชาการ

เหนือสิ่งอื่นใดผู้นิพนธ์ขอขอบพระคุณกำลังใจจากครอบครัว ผู้ให้กำเนิด ครูบาอาจารย์ กัลยาณมิตรทุกท่าน และภรรยา ภญ.พิชญาภา จำลองกุล ซึ่งเป็นที่พึ่งของกันและกันเสมอมา ผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนากฎหมายจราจรของประเทศไทยและประชาคมอาเซียนเพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ การสร้างความปลอดภัยในชีวิตของผู้ใช้รถใช้ถนน ท้ายที่สุดนี้ขอให้ทุกท่านถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาทในการดำรงชีวิต และสร้างความดีเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ต่อไป

อานนท์ จำลองกุล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฎ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 21

สมมติฐานของการวิจัย 22

ขอบเขตการวิจัย 23

นิยามศัพท์เฉพาะ 25

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย 26

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 28

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง 28

แนวคิดแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) 28

แนวคิดแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) 32

แนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) 34

แนวคิดห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) 35

แนวคิดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลกระทบต่อการขับขี่ 36

แนวคิดการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ 42
ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้อง 43
ทฤษฎีสิทธิมนุษยชนกับการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 43
ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 45
ทฤษฎีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม 49
หลักการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน 51
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 60
การวิจัยเอกสาร 60
การสัมภาษณ์เชิงลึก 61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 62
การวิจัยเอกสาร 62
การสัมภาษณ์เชิงลึก 63
การเก็บรวบรวมข้อมูล 64
การวิจัยเอกสาร 64
การสัมภาษณ์เชิงลึก 64
การวิเคราะห์ข้อมูล 65
รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก 65
นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยต่อการขับขี่ปลอดภัย 65
ผลการศึกษาวิจัยนโยบายและกฎหมายของอาเซียน 66
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 68
รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก 68
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ 69

นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยต่อการขับขี่ปลอดภัยจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 93
ข้อบกพร่องของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทย..... 94
แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของต่างประเทศ 99
เปรียบเทียบนโยบายของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี..... 107
การพัฒนานโยบายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย 110
กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ 113
แนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย 167
ผลการศึกษาวิจัยนโยบายและกฎหมายของอาเซียน 191
หลักการพื้นฐานและนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน 191
นโยบายอาเซียนต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเปรียบเทียบกับหลักสากล..... 206
ทิศทางการพัฒนานโยบายของอาเซียนต่อความปลอดภัยบนถนน 211
กลไกทางกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนเปรียบเทียบสหภาพยุโรป..... 223
คุณลักษณะเฉพาะของการพัฒนาอาเซียน 251
การพัฒนากรอบกฎหมายของอาเซียน..... 255
แนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน ... 262
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ 277
สรุปผลการวิจัย..... 278
องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบจากการศึกษา 281
รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก 298

อภิปรายผลการวิจัย 301
ข้อเสนอแนะ 307
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับประเทศไทย 307
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับอาเซียน 310
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 314
ภาคผนวก 316
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 317
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์อาสาสมัคร 318
บรรณานุกรม 324
ประวัติผู้วิจัย 333

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์อุบัติเหตุจราจรตามหลักแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) 33

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ 69

ตาราง 3 แสดงข้อแตกต่างระหว่างพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุดโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 และกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 กับการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย 177

ตาราง 4 แสดงความแตกต่างของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนอาเซียนและสหภาพยุโรป 214

ตาราง 5 แสดงข้อแตกต่างระหว่างความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) กับแนวทางการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน 272

ตาราง 6 สรุปนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี อาเซียน และสหภาพยุโรป 279

ตาราง 7 สรุปมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี อาเซียน และสหภาพยุโรป 280

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงการวิเคราะห์กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยใช้แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Cheese Model)..... 31

ภาพ 2 แสดงขั้นตอนกระบวนการทำวิจัย..... 67

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ ค.ศ. 2030 (2030 Agenda for Sustainable Development of the United Nations) ประกอบไปด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) เป้าหมายที่ 3 (Goal 3) ระบุว่าทุกคนควรมั่นใจได้ว่าจะได้รับชีวิตที่มีสุขภาพดีและมีการส่งเสริมสุขภาวะในทุกช่วงวัย และเป้าหมายที่ 3.6 (Target 3.6) ระบุว่าจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บทั่วโลกจากอุบัติเหตุจราจรทางบกควรลดลงครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2020 ดังนั้นการลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บทางถนนจึงเป็นประเด็นสำคัญซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา[1] ด้วยเหตุนี้สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) จึงได้รับรองมติ A/RES/74/299 เรื่อง การปรับปรุงความปลอดภัยทางถนนทั่วโลก (Improving Global Road Safety) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม ค.ศ. 2020 โดยบทบัญญัติสำคัญของมตินี้ได้แก่ การรับรองปฏิญญาสตอกโฮล์ม (Stockholm Declaration) ซึ่งประกาศช่วงปี ค.ศ. 2021 ถึง 2030 ในฐานะทศวรรษที่สองของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (Second Decade of Action for Road Safety) โดยมีเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนอย่างน้อยร้อยละ 50 ระหว่างปี ค.ศ. 2021 ถึง 2030 ซึ่งเป็นการปรับตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และเรียกร้องต่อองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) คณะกรรมาธิการระดับภูมิภาคแห่งสหประชาชาติ (UN Regional Commissions) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ เพื่อเตรียมแผนปฏิบัติการสำหรับทศวรรษที่สอง และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกประกันความมุ่งมั่นทางการเมืองและความรับผิดชอบต่อการปรับปรุงความปลอดภัยทางถนนในระดับสูงสุด โดยมีองค์กรชั้นนำที่รับผิดชอบการริเริ่มการจัดการความปลอดภัยทางถนน คือ แผนกความปลอดภัยและความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ (United Nations Department of Safety and Security - UNDSS)[2] นอกจากนี้มติดังกล่าวยังได้ระบุว่าการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนและการบาดเจ็บสาหัสส่วนใหญ่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และประเทศสมาชิกต้องมีบทบาทเป็นผู้นำในการออกกฎหมายที่ครอบคลุม

---

[1] United nations General Assembly (UNGA), **Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development,** United Nations, ค้นวันที่ 27 ตุลาคม 2565 จาก https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.

[2] UNGA, **A/RES/74/299 Improving Global Road Safety**, United Nations, ค้นวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www.un.org/pga/76/wp-content/uploads/sites/101/2021/11/A_RES_74_299_E.pdf.

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การกำหนดเบาะนั่งนิรภัยสำหรับเด็กและหมวกนิรภัย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ การขับรถเร็ว รวมถึงการให้ความสนใจกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ทัศนวิสัยไม่ดี ภาวะสุขภาพและยารักษาโรคที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการจราจร ความเหนื่อยล้าระหว่างการขับขี่ การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ การใช้ยาเสพติด และการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทขณะขับขี่[3] อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ในหลายประเทศทั่วโลกตระหนักและให้ความสำคัญ

ดังนั้นในดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้จึงมุ่งศึกษามาตรการเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะ โดยใช้คำว่า “การขับขี่ภายใต้อิทธิพล” (Driving Under the Influences - DUI) หมายถึง “การกระทำของผู้ขับขี่ที่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนหรือขณะขับรถ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตสำนึก” ซึ่งปัญหาเหล่านี้ดูเหมือนจะเป็นความท้าทายที่สหประชาชาติยังไม่เคยเอาชนะได้

หนึ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรโลกมากที่สุด คือ การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนน ตามรายงานสถานะด้านความปลอดภัยทางถนนโลก (Global Status Report on Road Safety) ขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 2016 ระบุว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางถนนยังคงมีจำนวนมากถึง 1.35 ล้านคนต่อปี ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 18 รายต่อประชากร 100,000 คน[4] โดยภูมิภาคแอฟริกาและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับการจัดอันดับว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนสูงที่สุด คือ 26.6 รายและ 20.7 รายต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกเป็นอย่างมาก[5]

ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากอุบัติเหตุจราจรไม่ได้มีเฉพาะการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บที่ไม่ร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ส่งผลให้เกิดความพิการกับประชากรโลกจำนวน 20 ถึง 50 ล้านคน หากพิจารณาในแง่ของหลักเศรษฐศาสตร์ พบว่าอุบัติเหตุจราจรทางบกส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางจะมีจำนวนยานพาหนะคิดเป็นร้อยละ 60 ของยานพาหนะทั่วโลก แต่กลับพบว่ามีของ

---

[3] UNGA, **Improving global road safety,** United Nations, ค้นวันที่ 5 ตุลาคม 2565 จาก https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/226/30/PDF/N2022630.pdf?OpenElement.

[4] World Health Organization (WHO), **Global status report on road safety 2018** (Geneva: World Health Organization, 2018), pp. 3, 6, 8.

[5] WHO, **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals** (Geneva: World Health Organization, 2019), pp. 3, 5, 38.

การเสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึงร้อยละ 93 ของการเสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลก ประชากรซึ่งอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำมีแนวโน้มจะประสบอุบัติเหตุทางถนนมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถพบได้ทั้งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูง โดยหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อระบบการขับขี่ที่ปลอดภัย คือ การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ๆ[6]

เมื่อพิจารณาถึง “การขับขี่ภายใต้อิทธิพล” ในความหมายของดุษฎีนิพนธ์นี้ พบว่าแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในเหตุนำของการเจ็บป่วยและการตาย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าการขับรถขณะมึนเมาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคิดเป็นร้อยละ 27 ของอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้ริเริ่มโครงการ SAFER (SAFER Initiative) ในปี ค.ศ. 2018 เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนโดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง (Strengthening) ได้แก่ การจำกัดความสามารถในการเข้าถึงแอลกอฮอล์, 2) การรุกหน้า (Advance) ได้แก่ การบังคับใช้มาตรการตอบโต้การดื่มแล้วขับ, 3) การอำนวยความสะดวก (Facilitate) ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองระดับแอลกอฮอล์ การแทรกแซงโดยสังเขป (Brief Intervention) และการรักษา (Treatment), 4) การบังคับใช้ (Enforce) ได้แก่ การห้ามหรือการจำกัดการโฆษณา การสนับสนุน และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) การขึ้นราคา (Raise) ได้แก่ การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกระบวนการทางภาษีสรรพสามิต รวมถึงนโยบายอื่นในด้านราคาจำหน่าย[7]

โอกาสของการชนและระดับความรุนแรงซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ประสบอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตเมื่อขับขี่ยานพาหนะหลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการตรวจสอบผู้ขับขี่ซึ่งได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตในประเทศที่มีรายได้สูง พบว่าร้อยละ 20 มีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration - BAC) สูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด จากการศึกษาที่ดำเนินการในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง พบว่าร้อยละ 8 ถึง 29 ของผู้ขับขี่ที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งไม่ร้ายแรงถึงชีวิต ร้อยละ 33 ถึง 69 ของผู้ขับขี่ที่ได้รับบาดเจ็บถึงแก่ชีวิตได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดการชน และร้อยละ 23 ของการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์มีความเชื่อมโยงกับความเร็วและ/หรือแอลกอฮอล์ ส่วนประเทศในทวีปยุโรป เช่น สวีเดน เนเธอร์แลนด์

---

[6] WHO, **Road traffic injuries,** Fact sheets, ค้นวันที่ 29 ตุลาคม 2565 จาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries#:~:text=Approximately%201.3%20million%20people%20die,pedestrians%2C%20cyclists%2C%20and%20motorcyclists.

[7] WHO, **The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels** (Geneva: World Health Organization, 2019), pp. 1, 3, 10, 11.

และสหราชอาณาจักร พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ขับขี่ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด[8]

สำหรับกรณีการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ในรายงานยาเสพติดโลก ค.ศ. 2022 (World Drug Report 2022) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2020 จำนวนตัวเลขประมาณการผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ได้แก่ กัญชา (Cannabis) 209 (ระหว่าง 149 ถึง 265) ล้านคน โอปิออยด์ (Opioids) 61 (ระหว่าง 37 ถึง 78) ล้านคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) 34 (ระหว่าง 29 ถึง 41) ล้านคน โคเคน (Cocaine) 21 (ระหว่าง 18 ถึง 26) ล้านคน และยาอี (Ecstasy) 20 (ระหว่าง 9 ถึง 36) ล้านคน ตามลำดับ มีการคาดการณ์ว่าประชากรประมาณ 284 ล้านคนทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 64 ปีโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายเคยใช้ยาเสพติดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การใช้กัญชา แอมเฟตามีน และโอปิออยด์เพิ่มขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 2010 ถึง 2020 ขณะที่การใช้โคเคนและยาอีกลับมีจำนวนลดลง ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของ เชื้อโควิด-19[9] องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติการใช้ยาเสพติดทั่วโลกและความปลอดภัยทางถนน พบว่าในปี ค.ศ. 2013 มีผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางถนนทั้งหมด 1,252,071 ราย การเสียชีวิตเหล่านี้เป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ 188,151 ราย และการใช้ยาเสพติด 39,625 ราย ในกลุ่มของอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พบว่าการใช้แอมเฟตามีนเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุดถึงร้อยละ 51 ตามมาด้วยกัญชาร้อยละ 22 โคเคนร้อยละ 14 และสารกลุ่มโอปิออยด์ร้อยละ 13 ตามลำดับ[10]

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดโดยเฉพาะเอทิลแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน กัญชา และโคเคน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณา แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของมาตรการทางกฎหมายที่สนับสนุนความปลอดภัยทางถนนในแง่ของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดนั้นยังมีความแตกต่างกันทั้งในระดับประเทศและการบังคับใช้ในระดับภูมิภาค ซึ่งส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ใช้ถนนในแต่ละภูมิภาคของโลกมีความแตกต่างกัน

---

[8] Global Road Safety Parnership (GRSP), International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership, 2022), pp. 5-7.

[9] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), **World Drug Report 2022: Booklet 2 - GLOBAL OVERVIEW DRUG DEMAND DRUG SUPPLY** (Vienna: United Nations publication, 2022), pp. 13, 15, 16.

[10] WHO, **Drug use and road safety: a policy brief** (Geneva: WHO Document Production Services, 2016), p. 4.

ในปี ค.ศ. 2016 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนประมาณ 22,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 32.7 รายต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมากที่สุดในภูมิภาคอาเซียนและถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรติดอันดับโลก โดยการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สองล้อคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดบนท้องถนน นอกจากนี้ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาตัวเลขเหล่านี้แทบจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรดูเหมือนว่ายังคงน่าเป็นห่วง แม้ว่าหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ในการลดการเมาแล้วขับรวมถึงมีอำนาจสั่งหยุดรถ และบังคับให้มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ (Breathalyze) คือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ดำเนินการทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) ประมาณ 1 ล้านครั้งในแต่ละปี และพบว่าการทดสอบร้อยละ 10 ให้ผลเป็นบวก แต่อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนยังคงสูงอยู่อย่างต่อเนื่อง[11] สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่ามีผู้บาดเจ็บสะสมจำนวน 5,936,052 ราย (เฉลี่ย 1,187,210 รายต่อปี) แบ่งเป็นผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก) 4,768,219 ราย ผู้บาดเจ็บรุนแรง (ผู้ป่วยใน) 1,167,833 ราย ผู้พิการ 49,644 ราย โดยประเภทของยานพาหนะที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บสูงสุด คือ รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 79.30 กลุ่มอายุที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด คือ 15 ถึง 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.15 มีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 96,230 ราย (เฉลี่ย 19,246 รายต่อปี) โดยข้อมูลจากกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าสถานการณ์การดื่มแล้วขับในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีผู้ขับขี่ที่ทราบผลการตรวจแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.41 ในจำนวนนี้พบผู้ขับขี่ที่มีผลแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดสูงถึงร้อยละ 50.85[12]

สำหรับรายงานการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ในประเทศไทยนั้น เนื่องจากข้อมูลในเรื่องดังกล่าวยังมีจำนวนน้อย ในส่วนนี้จึงได้อ้างอิงผลจากรายงานวิจัยในผู้เสียชีวิตทั้งหมดจำนวน 471 ราย ซึ่งเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในจังหวัดสมุทรสาคร และได้รับการผ่าชันสูตรศพ ณ สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 พบว่าผู้เสียชีวิตร้อยละ 46.9 มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เฉลี่ย 189 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จากจำนวนศพ

---

[11] WHO, **Review of Thailand's status against voluntary global targets for road safety risk factors and service delivery mechanism** (Bangkok: World Health Organization Country Office for Thailand, 2020), pp. 24, 25, 63.

[12] กรมควบคุมโรค, **สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย,** กรมควบคุมโรค, ค้นวันที่ 22 ธันวาคม 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1359020221215035948.pdf.

ทั้งหมด 471 ราย[13] มีศพที่ได้รับการตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นจำนวน 361 ราย ในจำนวนนี้พบการตรวจให้ผลบวกจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6 โดยบางรายมีการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป สำหรับสัดส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ เมทแอมเฟตามีนร้อยละ 46.9 ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine Groups) ร้อยละ 16.3 ยาลดไข้ (Antipyretic Drugs) ร้อยละ 16.3 กัญชา (สาร เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC)) ร้อยละ 10.2 ยาอี (สาร MDMA) ร้อยละ 8.2 ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants) ร้อยละ 8.2 กระท่อม (สาร Mytragynine) ร้อยละ 6.1 เคตามีนร้อยละ 4.1 ยากันชัก (Antiepileptic Drugs) ร้อยละ 4.1 และยาอื่น ๆ ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ[14] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาที่มีความท้าทายและควรมีมาตรการทางกฎหมายและกลไกที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและแก้ไขต่อไป

สภาพปัญหาเชิงนโยบายของประเทศไทย

สภาพปัญหาเชิงนโยบายของประเทศไทย คือ นโยบายของประเทศไทยมีเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนและลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ไม่ได้มีการระบุถึงการป้องกันการเมาอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดให้โทษหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาเชิงนโยบายของประเทศไทยจากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) พบว่าสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้จัดทำแผนแม่บทโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมขนส่ง ระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล โดยแผนแม่บทนี้มีเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนให้ลดลงเหลือ 5 รายต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2580 และปัจจุบันประเทศไทยได้ประกาศใช้ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) มาแล้วถึง 4 ฉบับ ได้แก่ 1) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2548 – 2551, 2) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2552 – 2555, 3) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2556 – 2559 และ 4) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564 อย่างไรก็ตามจากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้มีการประมาณการค่าเฉลี่ยความเสียหายจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยสูงถึง 5 แสนล้านบาทต่อปี ประกอบกับผลจากการที่ประเทศไทยไม่สามารถดำเนินการแก้ไข

---

[13] อภิสรา กูลวงศ์ธนโรจน์, “การศึกษาอุบัติการณ์ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่มีการใช้แอลกอฮอล์ ยาเสพติด และยาหรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2558-2561”, **วารสารแพทย์เขต 4-5** 39, 2 (เมษายน 2563): 214, 216.

[14] เรื่องเดียวกัน, หน้า 221-222.

ปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนได้บรรลุตามเป้าหมาย ทำให้เกิดการจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 โดย ศปถ. ซึ่งได้รับการประกาศใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมาย (ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์) จำนวน 2 เป้าหมาย สอดคล้องตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ได้แก่ 1) การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2570 เหลือ 8,474 คน หรือ 12 รายต่อประชากร 100,000 คน และ 2) การลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2570 เหลือ 106,376 คน[15] โดยแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน, 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของยานพาหนะ, 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน และ 4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน[16]

แม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการประกาศใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนมาอย่างต่อเนื่อง แต่จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ พบว่าเฉพาะปี พ.ศ. 2565 มีผู้ประสบภัยจากรถทั่วประเทศจำนวน 942,161 ราย แบ่งเป็นผู้บาดเจ็บ 927,016 ราย ผู้เสียชีวิต 14,968 ราย และทุพพลภาพ 177 รายตามลำดับ[17] เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาทำการเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั่วราชอาณาจักรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร โดยสำนักทะเบียนกลาง ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่าจำนวนประชากรทั้งที่ได้รับสัญชาติไทยและไม่ได้รับสัญชาติไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 66,090,475 ล้านคน[18] จึงอธิบายความได้ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอยู่ที่ 22.64 รายต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งยังคงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่ระบุในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564 ในส่วนของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทพบว่า เอกสารตลอดทั้งฉบับในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561

---

[15] ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, **แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570, (**กรุงเทพมหานคร: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2566), หน้า 1-2.

[16] เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

[17] ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ, **รายงานสถิติผู้ประสบภัยจากรถทั่วประเทศ,** ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, ค้นวันที่ 8 มีนาคม 2566 จาก https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWFkZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1LWJkNTItNGQ3ZDk2MDNkMGVmIiwidCI6IjBiNTRkMTRlLTMyYTktNGEyMC1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiOjEwfQ%3D%3D.

[18] สำนักทะเบียนกลาง, **ประกาศจำนวนประชากร,** ระบบสถิติทางการทะเบียน, ค้นวันที่25 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://stat.bora.dopa.go.th/stat/pk/pk_65.pdf.

– 2564 มุ่งเน้นการลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ได้มีการระบุถึงการป้องกันการเมาอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดให้โทษหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น จึงถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งของประเทศไทยว่าเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการประกาศใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 แล้ว สถิติจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรภายในประเทศจะมีอัตราลดลงหรือไม่

ปัญหาหน่วยงานผู้จัดทำนโยบายแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนไม่มีอำนาจดำเนินการใด ๆ กับหน่วยงานอื่นที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยหน่วยงานผู้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน คือ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ซึ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน[19] และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการ ศปถ.[20] กลับไม่มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบตามยุทธศาสตร์แต่ละด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการออกแบบโครงสร้างหน่วยงานที่กำหนดให้ ศปถ. เป็นองค์กรสำหรับบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยคณะกรรมการ ศปถ. ซึ่งได้รับการแต่งตั้งมาจากหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ นั้นมีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน บูรณาการแผนงานและงบประมาณในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ประเมินผลและประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์สถิติอุบัติเหตุทางถนน ศึกษาวิจัยงานด้านความปลอดภัยทางถนน ประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานต่อสาธารณะ เสนอแนวทางการสร้างขวัญกำลังใจแก่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น รายงานผลการดำเนินงานประจำปี เสนอความเห็นเพื่อพิจารณาออกประกาศหรือคำสั่งที่เกี่ยวข้อง เชิญผู้แทนหน่วยงานต่าง ๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือความเห็น ตีความและวินิจฉัยปัญหาตามระเบียบนี้ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานอื่นตามที่ประธานกรรมการหรือคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ (คณะกรรมการ นปถ.) มอบหมาย[21]

ดังนั้นหากหน่วยงานใดไม่สามารถปฏิบัติภารกิจของตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายได้ตามที่ตั้งไว้ในแผนแม่บทฯ เช่นนี้ ศปถ. จะไม่สามารถดำเนินการใด ๆ กับหน่วยงานดังกล่าวได้เลย นอกจากการรายงานผลการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการปรับปรุงข้อบกพร่องให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

---

[19] ข้อ 13 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554

[20] ข้อ 15 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554

[21] ข้อ 14 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554

ปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อควบคุมและกำกับดูแล

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยงานที่ควบคุมกำกับนโยบายและการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนนจำนวนหลายหน่วยงาน เช่น กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการขนส่งทางบก กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่ยังพบความแตกต่างและความทับซ้อนในเรื่องอำนาจการสั่งการ ขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดยังคงเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากไม่มีหน่วยงานใดที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดทำให้ต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล

ทั้งนี้อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าปัญหาเชิงนโยบายของประเทศไทยที่ส่งผลให้การส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมาย คือ การขาดหน่วยงานหลักซึ่งทำหน้าที่กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในแง่ของการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความปลอดภัยถนนและการควบคุมการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ ทำให้การบูรณาการข้อกำหนดเชิงนโยบายนั้นดำเนินไปได้ยาก ส่งผลให้ขาดเอกภาพในการบริหารจัดการปัญหาความปลอดภัยทางถนนร่วมกัน

สภาพปัญหาทางกฎหมายของประเทศไทย

ในปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเพื่อใช้ควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับและผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น โดยมีการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และประมวลกฎหมายยาเสพติด ที่ตราขึ้นโดยพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ทั้งนี้สาระสำคัญของพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลนั้นอยู่ในมาตรา 43 (2) โดยเป็นการกำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น[22] โดยมีประเด็นปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง บทบัญญัติดังกล่าวมิได้มีการให้นิยามของคำว่า “ของเมาอย่างอื่น” ว่าหมายถึงสิ่งใด ส่วนการห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์นั้นมีการบัญญัติไว้ในมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง กล่าวคือ ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เฉพาะตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดในราชกิจจานุเบกษา[23] โดยยาเสพติดให้โทษซึ่งได้รับการประกาศห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพหรือ

---

[22] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[23] มาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

รับเข้าร่างกายในปัจจุบันมีเพียง 2 ชนิด ได้แก่ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน[24] ส่วนการเสพยาเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้น ผู้กระทำจะต้องได้รับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งการบัญญัติกฎหมายในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้การขับขี่ขณะมึนเมาอันเป็นผลจากอิทธิพลของยาเสพติดหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น และการขับขี่ในขณะที่ผู้ขับขี่มีโรคประจำตัวบางอย่างและจำเป็นต้องได้รับยาบางชนิดซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมยานพาหนะในกรณีที่ใช้ยาเกินกว่าระดับที่แพทย์แนะนำ เช่นนี้ผู้ขับขี่อาจไม่ได้รับโทษใด ๆ เลย หรือได้รับโทษเฉพาะในส่วนของประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ เนื่องจากพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง ได้กำหนดโทษสำหรับผู้เสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามรายการที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนด เฉพาะกรณีที่การกระทำดังกล่าวมิได้เป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ เช่นนี้ผู้ขับขี่จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติดเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งในสาม

อย่างไรก็ตามเนื่องจากกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันมุ่งเน้นการให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดยิ่งไปกว่าการดำเนินคดีทางอาญา และเมื่อได้เข้ารับการรักษาครบถ้วนตามกระบวนการแล้วให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิด จึงอาจพิจารณาได้ว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนโดยไม่เป็นการก่อให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้อื่นนั้น สมควรได้มีการบัญญัติกฎหมายไว้โดยชัดแจ้งให้ผู้ขับขี่ต้องเข้าสู่กระบวนการคุมประพฤติในส่วนของการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ด้วยหรือไม่

นอกจากนี้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้นจำเป็นต้องแยกการพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ ความผิดฐานเสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และการปรับบทความผิดตามความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นซึ่งไม่ได้มีการบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำบทบัญญัติตามหลักกฎหมายทั่วไป คือ ประมวลกฎหมายอาญา มาบังคับใช้ตามควรแก่กรณี เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราโทษที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 157/1 จะพบว่าผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นจะได้รับโทษต่ำกว่าผู้ขับขี่ที่เสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนอย่างชัดเจนเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจร กล่าวคือ

กรณีผู้ขับขี่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลภายนอกจะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติดเพียงอย่างเดียว ในขณะที่ผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีน

[24] ข้อ 2 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

และเมทแอเฟตามีนจะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติดเพิ่มอีกหนึ่งในสามของโทษตามปกติ และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[25]

กรณีผู้ขับขี่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ร่วมกับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 390 คือ ความผิดฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[26] ในขณะที่ผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนจะต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[27]

กรณีผู้ขับขี่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ร่วมกับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 300 คือ ความผิดฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[28] ในขณะที่ผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนจะต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ถึง 6 ปี และปรับตั้งแต่ 40,000 ถึง 120,000 บาท และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[29]

กรณีผู้ขับขี่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ร่วมกับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291 คือ ความผิดฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท[30] ในขณะที่ผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนจะต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และถูกศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[31]

ประเด็นที่สอง หลักการในเรื่องของการคุมประพฤติซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการยุติธรรมทางเลือกที่ได้รับการนำมาบังคับใช้ในประเทศไทยนั้น เนื่องจากบทบัญญัติในพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559 ค่อนข้างจะเป็นการให้แนวทางอย่างกว้างต่อศาลในการใช้ดุลยพินิจสำหรับการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำความผิดแต่ละราย จึงมีเหตุอันควรสงสัยในเรื่องของมาตรการที่ใช้บังคับสำหรับแต่ละบุคคลว่ามีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่ และสามารถป้องกันการกระทำความผิดซ้ำได้

---

[25] มาตรา 157/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[26] มาตรา 390 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[27] มาตรา 157/1 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[28] มาตรา 300 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[29] มาตรา 157/1 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[30] มาตรา 291 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[31] มาตรา 157/1 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด กับทั้งเมื่อผลของการกระทำความผิดนั้นไม่อยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว จึงเกิดประเด็นปัญหาสำหรับผู้ที่ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เนื่องจากศาลต้องใช้ดุลยพินิจที่นอกเหนือไปจากฐานความผิดเดิมเพื่อกำหนดมาตรการคุมประพฤติสำหรับปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ ซึ่งทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความไม่ครอบคลุมในการกำหนดมาตรการคุมประพฤติสำหรับผู้ขับขี่แต่ละราย และไม่เกิดการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่อันส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการสร้างเสริมความปลอดภัยทางถนนได้อย่างแท้จริง

ประเด็นที่สาม ปัญหากฎหมายอีกประการของประเทศไทย คือ กฎหมายจราจรของประเทศไทยยังไม่มีระบบการกำหนดอัตราโทษปรับที่แปรผันตามเศรษฐานะของผู้ขับขี่ ทำให้ผู้ขับขี่ที่มีเศรษฐานะสูงขาดการตระหนักรู้ในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม โดยรูปแบบของกฎหมายที่บังคับใช้อยู่นั้นเป็นการกำหนดโทษปรับและโทษจำคุกแปรผันตามระดับความรุนแรงในผลของการกระทำความผิดอันสืบเนื่องมาจากการเมาสุราของผู้ขับขี่ แต่ด้วยเหตุที่รายได้ของผู้ขับขี่แต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเชิงของการกำหนดอัตราค่าปรับที่ไม่สอดคล้องกับรายได้ของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีรายได้สูงย่อมมีกำลังในการจ่ายค่าปรับได้มากโดยไม่กระทบต่อการยังชีพ ซึ่งไม่ช่วยให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักในการป้องกันมิให้เกิดการกระทำความผิดในครั้งต่อไป ในขณะที่บุคคลที่มีรายได้ปานกลางหรือต่ำย่อมต้องได้รับผลกระทบมากกว่า กับทั้งไม่มีระบบการกำหนดโทษที่แปรผันตามระดับแอลกอฮอล์ที่ตรวจวัดได้

ในขณะที่หลายประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปใช้ระบบการกำหนดอัตราโทษปรับที่แปรผันตามเศรษฐานะของผู้ขับขี่ โดยการใช้ระบบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ (Income-related System) ร่วมกับการพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเพื่อกำหนดอัตราค่าปรับซึ่งมีวิธีการคำนวณ คือ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดอัตราค่าปรับ หากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดน้อยก็จะถูกเปรียบเทียบปรับเป็นเงินจำนวนน้อยกว่าผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมาก โดยใช้อัตราเงินเดือนของผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดนั้นเป็นฐานในการคำนวณ โดยระบบดังกล่าวมีข้อดี คือ สามารถกำหนดอัตราโทษปรับได้เหมาะสมตามเศรษฐานะของแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม จึงควรได้มีการอุดช่องว่างของกฎหมายในประเด็นด้านมาตรการลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์และการกำหนดอัตราโทษปรับที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล

ประเด็นที่สี่ ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา ทั้งนี้จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ากัญชาส่งผลต่อสมรรถภาพในการขับขี่ยานพาหนะแม้ว่าจะมีฤทธิ์น้อยกว่าสารเสพติดชนิดอื่น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับแอลกอฮอล์พบว่าการใช้กัญชาอาจกระทบต่อความว่องไวในการตอบสนองและสมาธิในการขับขี่ หรือความสามารถในการรับรู้ทำให้สมรรถนะในการขับขี่

ลดลงเช่นเดียวกับการเมาสุรา แม้ว่าพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 (2) ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น[32] แต่กลับปรากฏว่ายาเสพติดให้โทษซึ่งได้รับการประกาศห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพหรือรับเข้าร่างกายในปัจจุบันมีเพียง 2 ชนิด ได้แก่ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน[33] โดยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชา ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายสำหรับลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา อนึ่ง ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชงสำหรับบุคคลในระบบการขนส่งทางถนน พ.ศ. 2565 เป็นเพียงมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาหรือกัญชงของผู้ขับรถสาธารณะ ผู้ประจำรถ ผู้โดยสาร หรือผู้ที่อยู่ในบริเวณสถานีขนส่งเท่านั้น จึงไม่สามารถใช้บังคับกับบุคคลทั่วไปได้

ในขณะที่ประเทศเยอรมนีได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก (Straßenverkehrsgesetz – StVG) กำหนดระดับสูงสุดของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ในผู้ขับขี่ คือ น้อยกว่า 3.5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรในซีรั่มเลือด (Blood Serum)[34] ซึ่งมีโทษปรับสูงสุดไม่เกิน 5,000 EUR หากเสพกัญชาร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์[35] ทั้งนี้เมื่อพิจารณากฎหมายทั้งหมดของประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชา พบว่าไม่มีกฎหมายฉบับใดกำหนดเงื่อนไขและวิธีการทดสอบค่าความเมาหรือกำหนดปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลที่เป็นมาตรฐานสำหรับเทียบเคียงกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด นอกจากนี้ยังไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานใดสามารถบังคับใช้กฎหมายจราจรทางบกเพื่อเป็นเครื่องมือในการป้องกันอุบัติเหตุจากผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา ทำให้ปัญหาดังกล่าวยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการแก้ไขอยู่

ปัญหาเชิงนโยบายและกฎหมายของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations – ASEAN) หรืออาเซียน เป็นองค์กรหลักระดับภูมิภาคทำหน้าที่ส่งเสริมความร่วมมือและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างประเทศสมาชิก ปัจจุบันประกอบด้วยประเทศสมาชิกจำนวน 10 ประเทศ ได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม กัมพูชา อินโดนีเซีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มาเลเซีย เมียนมา ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีเป้าหมายหลักของการจัดตั้งองค์กรตามกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ข้อ 1 (12) คือ “เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการสร้าง

---

[32] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[33] ข้อ 2 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

[34] Section 24a (1a) Road Traffic Act (DE)

[35] Section 24a (3) Road Traffic Act (DE)

สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มั่นคง และปราศจากยาเสพติดสำหรับประชาชนในอาเซียน”[36] แม้ว่ากฎบัตรอาเซียนข้อ 1 (12) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกร่วมกันเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและปราศจากยาเสพติด แต่ยังคงพบปัญหาในด้านความแตกต่างของนโยบายและกฎหมายที่บังคับใช้ร่วมกันของอาเซียน รวมถึงความแตกต่างของนโยบายและกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียนที่มีต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งสามารถแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง ปัญหาเชิงนโยบายของอาเซียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าอาเซียนมีการกล่าวถึงการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลไว้ในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งเป็นกลยุทธ์อย่างกว้าง แต่ยังไม่มีนโยบายเป็นการเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกในการกำหนดนโยบายป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิด โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นเฉพาะการควบคุมแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่เท่านั้น โดยมิได้คำนึงถึงการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในภูมิภาค[37] อย่างไรก็ตาม จากรายงานเฝ้าระวังสถานการณ์ยาเสพติดอาเซียนประจำปี ค.ศ. 2021 (ASEAN Drug Monitoring Report 2021) ระบุว่าจากประชากรอาเซียนทั้งหมด 667.1 ล้านคน มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 614,003 คน คิดเป็นผู้เสพ 92 รายต่อประชากร 100,000 คน มียาเสพติด 8 ชนิดที่พบได้มากในอาเซียน ได้แก่ สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Type Stimulants - ATS) ฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ (New Psychoactive Substances - NPS) โคเคน ยากดประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System (CNS) Depressants) ยาหลอนประสาท (Hallucinogens) และยาอื่น ๆ ในบรรดายาเสพติดทั้งหมดนี้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด ตามมาด้วยฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น และกัญชา ตามลำดับ[38] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาเซียนจำเป็นต้องมีนโยบายควบคุมผู้ขับขี่ที่มีการใช้ยาเสพติด ประกอบกับสถิติอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งได้กล่าวไว้ตอนต้น สะท้อนให้เห็นว่าอาเซียนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการปรับปรุงนโยบายเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนภายในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้ดียิ่งขึ้น โดยการขาดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกใน

---

[36] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 5.

[37] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), p. 40.

[38] Manop Kanato, Rachanikorn Sarasiri, and Poonrut Leyatikul, **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021** (Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center, 2022), pp. 5, 6, 17.

การกำหนดนโยบายป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดนั้น มีส่วนทำให้การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในอาเซียนยังคงไม่บรรลุเป้าหมาย จึงควรได้มีการปรับปรุงนโยบายความปลอดภัยทางถนนของอาเซียนให้สอดรับกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ประเด็นที่สอง ปัญหามาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีกฎหมายหรือความตกลงร่วมกันในระดับภูมิภาคสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กล่าวคือ เมื่อการกระทำความผิดเกิดขึ้นในประเทศใดให้ถือหลักกฎหมายของประเทศนั้น ๆ มาปรับใช้ แต่การบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้มาตรฐานความปลอดภัยทางถนนอันเนื่องมาจากความบกพร่องในการขับขี่ของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน แม้ว่าอาเซียนจะได้มีการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน ซึ่งมุ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกกำหนดแนวทางในด้านการบูรณาการกฎหมายและมาตรฐานด้านการจราจรร่วมกันแล้วก็ตาม[39] แต่กลับไม่พบหลักฐานว่าสามารถกระทำได้จริงในทางปฏิบัติ คงมีเพียงการอนุญาตให้ใช้ใบขับขี่สากลร่วมกันสำหรับประเทศในอาเซียนซึ่งได้รับการระบุไว้ใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยผู้ขับขี่จะต้องรับผิดในฐานความผิดตามกฎหมายจราจรของประเทศซึ่งตนได้เดินทางเข้าไป[40] ตัวอย่างเช่น การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชาไม่ถือว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทย แต่เป็นสิ่งต้องห้ามในอีกหลายประเทศ หรือการกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดขณะขับขี่ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ผลจากการที่อาเซียนไม่มีมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนร่วมกันในการควบคุมการขับขี่รถข้ามแดน ทำให้ผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นไปตามข้อกำหนดภายในประเทศของตนเอง อาจต้องรับโทษเมื่อเดินทางข้ามแดน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงควรได้มีการพิจารณาทบทวนแนวทางการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนเพื่อให้มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แม้ว่าอาเซียนจะได้รับความร่วมมือจากประเทศสมาชิกอย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศต่างมีอำนาจอธิปไตยเป็นของตนเอง ซึ่งประเทศสมาชิกหรือประเทศอื่นที่อยู่นอกกลุ่มอาเซียนไม่สามารถแทรกแซงได้ ทำให้ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการบูรณาการกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะในประเด็นการขับขี่

---

[39] ASEAN Secretariat, op. cit., pp. 5-6.

[40] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งนี้อาเซียนมักจัดทำความร่วมมือระหว่างรัฐสมาชิกในรูปแบบของ ความตกลง (Agreement) ซึ่งไม่มีสภาพบังคับอย่างเข้มงวดให้แต่ละประเทศต้องปฏิบัติตาม ส่งผลให้รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายจราจรระหว่างประเทศนั้นขาดความเป็นเอกภาพ จึงสมควรที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการบูรณาการกฎหมายระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือมีแนวทางในการหารืออันนำไปสู่การแก้ไขกฎหมายภายในของแต่ละประเทศให้มีความสอดคล้องกัน เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศร่วมกัน โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องซึ่งจำเป็นต่อการควบคุมการขับขี่ข้ามแดน ได้แก่ มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งมีการเสพหรือใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศหนึ่ง และได้เดินทางข้ามแดนไปยังอีกประเทศหนึ่งซึ่งมีมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่แตกต่างกัน นโยบายการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นสำหรับผู้ขับขี่ข้ามแดน และหลักสิทธิมนุษยชนสากลในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ข้ามแดน

ประเด็นที่สาม ปัญหาความแตกต่างของการกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดขณะขับขี่ พบว่าประเทศที่อนุญาตให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้สูงสุดที่ระดับ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ขับขี่ทุกกลุ่ม ได้แก่ สิงคโปร์[41] และบรูไน[42] ตามมาด้วยเมียนมาซึ่งกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุด คือ 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และห้ามการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่มีประสบการณ์น้อยหรือผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ อินโดนีเซียห้ามการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทุกกลุ่ม[43] เช่นเดียวกับเวียดนาม[44] ส่วนติมอร์-เลสเต ซึ่งเป็นประเทศนอกกลุ่มอาเซียน ได้กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่ระดับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[45]

ผลของการมีมาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างกันของประเทศในกลุ่มอาเซียน ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ขับขี่เมื่อทำการขับขี่ข้ามพรมแดน กล่าวคือ เมื่อผู้ขับขี่จากประเทศสิงคโปร์ได้ดื่มสุราและตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ในระดับสูงสุดที่กฎหมายของประเทศสิงคโปร์อนุญาตให้มีได้ คือ

---

[41] WHO, **Legal BAC limits,** Global Health Observatory data repository, ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://apps.who.int/gho/data/view.main.54600.

[42] Article 2 Road Traffic Act (BN)

[43] WHO, **Alcohol Policy in the WHO South-East Asia Region: A Report** (New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2017), p. 27.

[44] WHO, **Legal BAC limits,** Global Health Observatory data repository, ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://apps.who.int/gho/data/view.main.54600.

[45] WHO, op. cit., p. 27.

80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต่อมาผู้ขับขี่คนดังกล่าวได้ขับรถข้ามพรมแดนเข้ามาในเขตประเทศมาเลเซีย ผู้นั้นจะมีความผิดตามกฎหมายจราจรทางบกของประเทศมาเลเซียทันที ในขณะเดียวกันหากผู้ขับขี่จากประเทศไทยซึ่งเสพกัญชาตามข้อกำหนดการยกเว้นความผิดแห่ง “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565” และได้ขับรถข้ามแดนเข้าไปยังประเทศมาเลเซียหรือประเทศอื่น ๆ ผู้นั้นจะมีความผิดตามกฎหมายของประเทศซึ่งตรวจพบสารเสพติดเช่นเดียวกัน

ประเด็นที่สี่ ปัญหาความแตกต่างของการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่ในแต่ละประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การขับขี่รถภายใต้อิทธิพลของกัญชา ซึ่งไม่มีกฎหมายกำหนดโทษว่าเป็นความผิดในประเทศไทยแต่เป็นสิ่งต้องห้ามในอีกหลายประเทศ ข้อสังเกตที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ ในขณะที่ยอดรวมการจับกุมกัญชาในอาเซียนมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจาก 423.2 ตัน ในปี ค.ศ. 2017 เพิ่มเป็น 6,818 ตัน ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งสะท้อนว่าทุกประเทศในอาเซียนมีความเข้มงวดต่อการจับกุมกัญชามากยิ่งขึ้น[46] แต่ประเทศไทยกลับเป็นประเทศเดียวที่มีมาตรการผ่อนปรนการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการเสพอย่างถูกกฎหมายภายใต้เงื่อนไขที่รัฐกำหนด รวมถึงสามารถทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย นอกจากนี้ในกลุ่มสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ (New Psychoactive Substances - NPS) ซึ่งรวมพืชกระท่อมอยู่ในกลุ่มดังกล่าวด้วยนั้นพบว่า ในปี ค.ศ. 2021 อาเซียนมีการจับกุมพืชกระท่อมรวม 492.4 ตัน แบ่งเป็นใบกระท่อม 401.1 ตัน และน้ำกระท่อม 91.3 ตัน โดยประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่ปลดกระท่อมออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 จากการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2564[47] ซึ่งส่งผลให้การเสพและครอบครองพืชกระท่อมไม่ถือเป็นความผิดอีกต่อไป[48] รวมถึงสามารถทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกระท่อมได้อย่างถูกกฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมายที่สวนทางกับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่น ๆ เป็นอย่างมาก

การผ่อนปรนมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมกัญชาและกระท่อมส่งผลให้ผู้ขับขี่จากประเทศไทยซึ่งเสพกัญชาตามข้อกำหนดการยกเว้นความผิดแห่ง “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565” รวมถึงผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกระท่อมไม่ถือเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายจราจรทางบกของประเทศไทยเพราะพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.

---

[46] Manop Kanato, Rachanikorn Sarasiri, and Poonrut Leyatikul, **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021** (Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center, 2022), p. 33.

[47] มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2564

[48] มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2564

2522 มาตรา 43 (2) กำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น[49] โดยยาเสพติดให้โทษซึ่งได้รับการประกาศห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพหรือรับเข้าร่างกายในปัจจุบันมีเพียง 2 ชนิด ได้แก่ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน[50] ไม่รวมกัญชา และหากผู้เสพได้ขับรถข้ามแดนเข้าไปยังประเทศมาเลเซียหรือประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน ผู้นั้นอาจจะมีความผิดตามกฎหมายของประเทศซึ่งตรวจพบสารเสพติด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความผิดที่เกี่ยวกับการเมาแล้วขับ พบว่าประเทศส่วนใหญ่ในอาเซียน ได้แก่ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม อินโดนีเซีย สิงคโปร์ มาเลเซีย เมียนมา และฟิลิปปินส์ มีการกำหนดโทษในอัตราที่เท่ากันระหว่างการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์กับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งเท่ากับว่าประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่กำหนดให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาและกระท่อมไม่ถือเป็นความผิดทั้งตามกฎหมายจราจรทางบกและกฎหมายยาเสพติด

ประเด็นที่ห้า ปัญหาความแตกต่างของมาตรฐานการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ตามกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีการยึดถือหลักสิทธิมนุษยชนสากลในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ โดยเจ้าพนักงานจะไม่สามารถดำเนินการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ได้หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอม แต่หากผู้นั้นไม่ยอมให้ทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าได้กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย และได้รับโทษในอัตราเดียวกันกับความผิดฐานเมาแล้วขับ[51] ในขณะที่อาเซียนได้มีการประกาศ ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration - AHRD) สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนจะต้องกระทำโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลอื่น และอยู่ภายใต้ขอบเขตตามที่กฎหมายกำหนดไว้[52] บุคคลทุกคนมีสิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล บุคคลใดจะถูกจับกุม ค้น กักขัง ลักพาตัว หรือจำกัดอิสรภาพในรูปแบบอื่นใดมิได้[53] บุคคลใดจะถูกทรมาน ทารุณกรรม ถูกปฏิบัติ หรือถูกลงโทษโดยไร้มนุษยธรรมหรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรีมิได้[54] กรณีที่มีการกระทำความผิดทางอาญาเกิดขึ้น บุคคลทุกคนที่ถูกตั้งข้อหาในความผิดทางอาญาจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิด[55] และบุคคลใดจะถูกไต่สวนหรือถูกลงโทษซ้ำสำหรับความผิดที่บุคคลนั้นได้รับการตัดสินว่าผิด หรือพ้นผิดไป

---

[49] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[50] ข้อ 2 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

[51] มาตรา 142 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[52] Article 8 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[53] Article 12 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[54] Article 14 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[55] Article 20 (1) ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

แล้วตามกฎหมายและวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศสมาชิกอาเซียนมิได้[56] อย่างไรก็ตาม พบว่าประเทศสมาชิกอาเซียนมีแนวทางปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวที่แตกต่างกัน โดยประเทศเวียดนามกำหนดให้ผู้ขับขี่มีสิทธิปฏิเสธการตรวจร่างกายได้แต่จะต้องได้รับโทษปรับ[57] และโทษพักใช้ใบอนุญาตขับขี่เท่ากับระวางโทษสูงสุดของความผิดฐานเมาแล้วขับ[58] ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่กำหนดให้ผู้ที่ปฏิเสธการทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควรจะได้รับโทษในอัตราเดียวกันกับความผิดฐานเมาแล้วขับ ในขณะที่อีกหลายประเทศยังขาดความชัดเจนในการกำหนดสิทธิของผู้ขับขี่หากต้องการปฏิเสธการตรวจร่างกาย

ประเด็นที่หก ปัญหาความแตกต่างของการกำหนดมาตรฐานระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในแต่ละประเทศ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแนวทางการดำเนินงานของสหภาพยุโรปกับประชาคมอาเซียนในแง่ของมาตรฐานการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เป็นสากล พบว่าปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนสำหรับระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทต่าง ๆ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายของประเทศในกลุ่มมีความหลากหลาย ตลอดถึงยังไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับระดับความแม่นยำของเครื่องมือทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้มาตรฐานการทดสอบทางห้องปฏิบัติการในประเทศหนึ่งอาจไม่เป็นที่ยอมรับสำหรับประเทศอื่นและก่อให้เกิดปัญหา เช่น มาตรฐานการตรวจร่างกายหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อตรวจวัดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ที่มิใช่พลเมืองของประเทศนั้น ๆ หรือแม้กระทั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งเกิดขึ้นภายในประเทศของตนเอง เนื่องจากการขาดมาตรฐานในการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมาตรฐานในการรายงานผลการตรวจโดยเครื่องมือทดสอบที่เป็นสากล และประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติสำหรับประเทศไทยเมื่อผู้ขับขี่ดื่มหรือเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายหลังการขับขี่ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้อย่างแน่ชัดว่าระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ตรวจพบนั้นมีอยู่ในร่างกายในขณะขับขี่หรือภายหลังการขับขี่ ส่งผลให้ผู้ขับขี่สามารถนำช่องว่างทางกฎหมายที่เกิดขึ้นไปใช้ต่อสู้ได้ทั้งในชั้นสอบสวนและชั้นพิจารณาคดีเพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิด

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันอาเซียนยังขาดนโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ขาดแนวทางการบูรณาการกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการต่อสู้กับการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยังไม่มีข้อกำหนดที่

---

[56] Article 20 (3) ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[57] Article 5 (10) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[58] Article 5 (11) (h) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

ชัดเจนสำหรับระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทต่าง ๆ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายของประเทศในกลุ่มมีความหลากหลาย ยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนในด้านมาตรฐานการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ ตลอดถึงยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานของการวัดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกัน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงควรได้มีการพิจารณาทบทวนแนวทางการกำหนดนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนเพื่อให้มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

จากเหตุผลที่ได้กล่าวไว้ทั้งหมดก่อนหน้านี้ จะเห็นได้ว่าความแตกต่างของมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนนั้นมีความคลุมเครือ โดยเฉพาะในแง่ของกฎหมายจราจร ระดับของยาเสพติด และมาตรการควบคุมผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้จึงได้ทำการรวบรวมบทวิจารณ์ ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแก้ไขกฎหมายจราจรของประเทศไทย รวมถึงกฎหมายจราจรระหว่างประเทศของอาเซียน อันส่งผลต่อการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยบนถนนต่อไป

สรุปประเด็นปัญหาที่จะทำการศึกษา

ประเด็นปัญหาหลักที่จะทำการศึกษาในวิทยานิพนธ์นี้ คือ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายใต้กฎหมายจราจรทั้งของประเทศไทยและประชาคมอาเซียน จึงต้องทำการศึกษาว่ามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนควรเป็นเช่นไร โดยวิทยานิพนธ์นี้มีประเด็นย่อยที่ต้องการทำการศึกษาดังต่อไปนี้ 1) นโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรเป็นอย่างไร, 2) มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรเป็นอย่างไร, 3) นโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียนควรเป็นอย่างไร, 4) มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียนควรเป็นอย่างไร, 5) มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในการป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียนควรเป็นอย่างไร, 6) นโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศในอาเซียนควรสอดคล้องกันหรือไม่ ความจำเป็นในการบูรณาการกฎหมายมีอะไรบ้าง และกรอบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการบูรณาการควรเป็นอย่างไร, 7) มาตรฐานความเข้มข้นของระดับแอลกอฮอล์และระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในเลือดควรเป็นเช่นไร และ 8) มาตรฐานการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ตามกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียนควรเป็นเช่นไร

ด้วยเหตุนี้จุดยืนและข้อโต้แย้งหลักในดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ คือ ประการแรก นโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังนั้นจึงควรพัฒนานโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้สภาวะดังกล่าว

ประการที่สอง ในปัจจุบันประชาคมอาเซียนยังไม่มีนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการขับขี่และความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาเซียน โดยนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เสนอดังกล่าวควรจะสามารถบูรณาการกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียนได้

ท้ายที่สุด มาตรการทางกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จำเป็นต้องมีมาตรการหลายอย่างร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษางานวิจัยนี้ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและทฤษฎีระดับสากลเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ปลอดภัยต่อสาธารณะเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน

2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาทางนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ปลอดภัยต่อสาธารณะ

3. เพื่อศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศของสหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียน ในส่วนที่เกี่ยวกับการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ปลอดภัยต่อสาธารณะ

4. เพื่อเสนอแนะนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะสำหรับประเทศไทยและประชาคมอาเซียน

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีนโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ประเทศไทยยังคงมีปัญหาช่องว่างทางกฎหมายจราจรในส่วนของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศมีมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่แตกต่างกัน โดยยังไม่มีความตกลงระดับภูมิภาคในการควบคุมผู้ขับขี่ที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกัน อุบัติเหตุจราจรไม่ใช่เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้แต่สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยใช้การควบคุมปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ตามทฤษฎีด้านความปลอดภัยทางถนนที่เป็นสากล เช่น แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Cheese Model) แฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) และห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ดังนั้น หากมีมาตรการทางกฎหมายและนโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมผู้ขับขี่ที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับประเทศไทยและอาเซียน จะสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้

ผลจากการขาดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยและอาเซียน ทำให้เกิดช่องว่างในการบังคับใช้นโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยบนถนน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรและความไม่ปลอดภัยสาธารณะ ดังนั้นสมมติฐานของการศึกษานี้ คือ การใช้กฎหมายจราจรและนโยบายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ จะสามารถลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยและอาเซียนได้ ข้อเสนอแนะของการศึกษา คือ การวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมในการควบคุมการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทยและอาเซียน และนำมาซึ่งการพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาซึ่งถูกพัฒนาจากผลการวิจัยอันประกอบไปด้วย ประการแรก คือ การอธิบายทฤษฎีที่ใช้เพื่อการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน ประการที่สอง คือ ภาพรวมของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของไทยที่เกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประการที่สาม คือ ภาพรวมของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในสหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียน และประการสุดท้าย คือ การปรับปรุงความปลอดภัยทางถนนด้วยการพัฒนานโยบายและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับประเทศไทยและอาเซียน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษาวิจัยนี้ ได้แก่ การศึกษาทฤษฎีระดับสากลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ เอทิลแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน กัญชา โคเคน และหลักการตรวจวัดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ การศึกษาทฤษฎีทางกฎหมายระดับสากลในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล การศึกษานโยบายของประเทศไทย สหภาพยุโรป ประเทศสวีเดน และประชาคมอาเซียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การศึกษามาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และประมวลกฎหมายยาเสพติด เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การศึกษามาตรการทางกฎหมายของสหภาพยุโรป ได้แก่ ข้อกำหนดของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 2006 ว่าด้วยใบขับขี่ (Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences) ข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) มติสภาที่ 2004/C 97/01 วันที่ 27 พฤศจิกายน ค.ศ. 2003 ว่าด้วยการต่อสู้กับผลกระทบของการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต่ออุบัติเหตุทางถนน (Council Resolution 2004/C 97/01 of 27 November 2003 on combating the impact of psychoactive substances use on road accidents) กฎบัตรสิทธิพื้นฐานของสหภาพยุโรป ค.ศ. 2000 (Charter of Fundamental Rights of the European Union (2000/C 364/01)) อนุสัญญาสิทธิมนุษยชนยุโรป (European Convention on Human Rights) และข้อกำหนดของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2015 เพื่ออำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพรมแดนเกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับการจราจรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน (Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งมีผลบังคับใช้ในระดับภูมิภาค การศึกษามาตรการทางกฎหมายของประเทศสวีเดน ได้แก่ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน (Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (Lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott)) พระราชบัญญัติใบขับขี่ ค.ศ. 1998 (Driving Licence

Act (körkortslagen 1998:488)) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดี ค.ศ. 1942 (Code of Judicial Procedure (rättegångsbalk 1942:740)) และพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 (Act on Penal Law on Narcotics (SFS 1968:64 Narkotikastrafflag)) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การศึกษามาตรการทางกฎหมายของประเทศเยอรมนี ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา (German Criminal Code (Strafgesetzbuch – StGB) พระราชบัญญัติจราจรทางบก (Road Traffic Act (Straßenverkehrsgesetz – StVG)) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (Code of Criminal Procedure (Strafprozeßordnung – StPO) และพระราชบัญญัติยาเสพติด (Narcotics Act (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การศึกษามาตรการทางกฎหมายของประชาคมอาเซียน ได้แก่ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) และปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration - AHRD) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งมีผลบังคับใช้ในระดับภูมิภาค และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยจะนำมาใช้ในการออกแบบแนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทยและอาเซียนเพื่อพัฒนาความปลอดภัยทางถนน

การศึกษาวิจัยนี้ถูกแบ่งออกเป็น 5 บทโดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ได้แก่ 1) บทนำ 2) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) วิธีดำเนินการวิจัย 4) ผลการวิจัย และ 5) บทสรุป โดยข้อมูลของแต่ละบทมีดังต่อไปนี้

บทที่ 1 บทนำ ประกอบด้วย 6 หัวข้อย่อยดังนี้ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย, 3) สมมติฐานของการวิจัย, 4) ขอบเขตของการวิจัย, 5) นิยามศัพท์เฉพาะ และ 6) ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย โดยมีการอธิบายถึงสภาพปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในระดับชาติและระดับนานาชาติ และปัญหาการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อยดังนี้ 1) แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) แนวคิดแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) แนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) แนวคิดห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) แนวคิดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลกระทบต่อการขับขี่ และแนวคิดการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่, 2) ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสริมสร้างความ

เข้มแข็งด้านกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน ทฤษฎีสิทธิมนุษยชนกับการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และทฤษฎีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม และ 3) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 หัวข้อย่อยดังนี้ 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล และ 4) การวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อยดังนี้ 1) รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก, 2) นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยต่อการขับขี่ปลอดภัย และ 3) ผลการศึกษาวิจัยนโยบายและกฎหมายของอาเซียน โดยได้ทำการเปรียบเทียบกับประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี สหภาพยุโรป และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการพัฒนารูปแบบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยและอาเซียน

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อยดังนี้ 1) สรุปผลการวิจัย, 2) อภิปรายผลการวิจัย และ 3) ข้อเสนอแนะ เพื่อส่งเสริมการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและความปลอดภัยทางถนนสำหรับประเทศไทยและอาเซียน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การขับขี่ภายใต้อิทธิพล (Driving under the influences - DUI) หมายถึง การกระทำของผู้ขับขี่ที่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนหรือขณะขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตสำนึก

2. การขับรถข้ามแดน (Driving Across Borders) หมายถึง การขับขี่ยานพาหนะข้ามพรมแดนหรืออาณาเขตระหว่างประเทศ หรือการข้ามเส้นแบ่งพื้นที่ระหว่าง 2 ประเทศขึ้นไป

3. การจราจร (Traffic) หมายถึง การใช้ทางของผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร คนเดินเท้า หรือคนที่จูง ขี่ หรือไล่ต้อนสัตว์ โดยให้หมายความเฉพาะการจราจรทางบกหรือทางถนน โดยไม่รวมถึงการใช้งานทางราง

4. การบาดเจ็บจากการจราจร (Traffic Injury) หมายถึง อันตรายหรือความเสียหายต่อร่างกายมนุษย์อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของระบบความปลอดภัยทางถนน

5. กัญชา (Cannabis) หมายถึง ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ได้มาจากพืชวงศ์กัญชา ซึ่งใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจและประโยชน์ทางเภสัชวิทยา

6. โคเคน (Cocaine) หมายถึง สารกระตุ้นระบบประสาทที่ได้จากใบของต้นโคคา (Coca) จัดเป็นยาเพื่อความบันเทิงที่ผิดกฎหมาย

7. ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Psychotropic Drugs) หมายถึง ยาหรือสารอื่นใดที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือมีอิทธิพลต่อการทำงานของสมอง ส่งผลให้จิตสำนึก ความรู้สึก อารมณ์ หรือนิสัยเปลี่ยนแปลงไป ในงานวิจัยนี้มุ่งเน้นเฉพาะแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน กัญชา และโคเคน

8. ยาเสพติด (Narcotics) หมายถึง ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

9. ยานพาหนะ (Vehicle) หมายถึง สิ่งประดิษฐ์ซึ่งใช้ในการเคลื่อนย้ายหรือขนส่งคน สัตว์ หรือสิ่งของอื่น ๆ เช่น จักรยานสองล้อ จักรยานสามล้อ จักรยานยนต์ รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถโดยสาร รถบรรทุก หรือรถประเภทอื่นซึ่งใช้สำหรับการสัญจรบนถนนหรือการสัญจรทางบก ทั้งที่ใช้การขับเคลื่อนด้วยแรงคน เครื่องยนต์สันดาปภายใน พลังงานไฟฟ้า หรือพลังงานในรูปแบบอื่น แต่ไม่รวมถึงเกวียน รถม้า รถลากด้วยแรงงานคนหรือแรงงานสัตว์ รถราง รถไฟ และรถที่เดินบนรางทุกชนิด

10. รถ (Automobile) หมายถึง ยานพาหนะทุกชนิด

11. อุบัติเหตุจราจร (Traffic Accident) หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นบนถนนโดยไม่ได้คาดคิดและมักทำให้ผู้ใช้รถใช้ถนนเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตราย

12. แอมเฟตามีน (Amphetamines) หมายถึง แอมเฟตามีน (Amphetamine) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เดกซ์โทรแอมเฟตามีน (Dextroamphetamine) และอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนที่ใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจและไม่มีเงื่อนไขการใช้ยาในทางการแพทย์

13. แอลกอฮอล์ (Alcohol) หมายถึง ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งเป็นสารประกอบออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่พบในเครื่องดื่ม เช่น เบียร์ ไวน์ วิสกี้ และเหล้า และมีชื่อทางเคมีว่าเอทานอล (Ethanol) หรือเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol)

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจากการวิจัยนี้ คือ การทราบถึงความแตกต่างของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย สหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียน นอกจากนี้นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทจะได้รับการออกแบบอย่างชัดเจน โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ได้เข้าใจถึงทฤษฎีระดับสากลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน

2. ได้เข้าใจถึงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพล

3. ได้เข้าใจถึงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศของสหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพล

4. ได้แนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและอาเซียน สำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล เพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยทางถนน

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมซึ่งนำเสนอในบทนี้ ได้แก่ ประการแรก แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ แนวคิดแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) สำหรับการวิเคราะห์ข้อผิดพลาดอันนำไปสู่อุบัติเหตุจราจร แนวคิดแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) สำหรับช่วยในการระบุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร แนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) สำหรับช่วยในการออกแบบระบบความปลอดภัยบนท้องถนน แนวคิดห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ซึ่งเป็นแนวทางขององค์การสหประชาชาติในการจัดการระบบและสภาพแวดล้อมทางถนนให้เกิดความปลอดภัย แนวคิดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลกระทบต่อการขับขี่ และแนวคิดการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ ประการที่สอง ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน ทฤษฎีสิทธิมนุษยชนกับการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และทฤษฎีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม และประการสุดท้าย ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จากนั้นจึงนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาเพื่อสนับสนุนความปลอดภัยทางถนนในบทที่ 4 และ 5 ต่อไป

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการอธิบายแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนอันนำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model)

แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) เป็นแบบจำลองที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ถึงช่องโหว่ของกระบวนการต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจราจร โดยสามารถปรับการใช้งานได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การช่วยวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุจราจรซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของมาตรการทางกฎหมายและการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาโดยเจมส์ รีสัน (James Reason) แห่งมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ (University of Manchester) แต่เดิมนั้นได้รับการนำมาเป็นเครื่องมือ

สำหรับการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อผิดพลาดทางการแพทย์และเหตุการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดของวิธีการนี้ คือ อันตรายใด ๆ ซึ่งสร้างความสูญเสียอย่างร้ายแรงต่อชีวิตมนุษย์นั้นสามารถป้องกันได้ด้วยชุดของสิ่งกีดขวางซึ่งวางซ้อนกันอยู่เป็นชั้น อย่างไรก็ตาม สิ่งกีดขวางแต่ละอันมีจุดอ่อนหรือช่องโหว่ที่ไม่ได้ตั้งใจคล้ายกับสวิสชีส (Swiss Chess) หากรูทั้งหมดถูกสุ่มอยู่ในแนวระนาบเดียวกัน อันตรายจะสามารถผ่านทะลุเข้าสู่ตัวผู้ป่วยและทำให้เกิดความเสียหายได้ ดังนั้นเพื่อให้ระบบการรักษาพยาบาลมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นจึงควรเพิ่มแผ่นชีสแทรกเข้าไปในแบบจำลองเพื่อเป็นการอุดช่องโหว่เหล่านั้น[59] ในช่วงแรกของการคิดค้นและพัฒนาแบบจำลองนี้ผู้ออกแบบได้มุ่งเน้นไปที่อุบัติเหตุทางอุตสาหกรรม ต่อมาจึงได้มีการนำมาปรับใช้ทางการแพทย์และการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ตัวอย่างการวิเคราะห์กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยใช้แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Cheese Model) โดยประยุกต์จากมาตรการแทรกแซงการดื่มแล้วขับ[60] ดังแสดงในภาพ 1 (ที่มา: ผู้นิพนธ์ดำเนินการออกแบบเอง) จะเห็นได้ว่าแม้จะมีช่องโหว่เพียงเล็กน้อยในแต่ละชั้นของชีส แต่หากช่องโหว่ทั้งหมดอยู่ในระนาบเดียวกันก็สามารถทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรได้

เจมส์ รีสัน (James Reason) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับข้อผิดพลาดของมนุษย์ที่สามารถเชื่อมโยงกับการขับขี่อย่างปลอดภัย โดยการป้องกันมิให้ผู้ขับขี่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งสามารถอธิบายผ่านสองมุมมองที่สำคัญ ได้แก่ ประการที่ 1 แนวทางบุคคล (Person Approach) แนวทางนี้เน้นว่าข้อผิดพลาดเกิดจากตัวบุคคล เช่น ความไม่ยั้งคิด ความประมาท หรือการขาดวินัย ซึ่งในบริบทของการขับขี่จะพบว่ายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสามารถส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจและลดสมรรถนะของผู้ขับขี่ได้ เช่น ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ล่าช้า การขาดสมาธิ หรือการประเมินสถานการณ์ผิดพลาด ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน และประการที่ 2 แนวทางระบบ (System Approach) โดยแนวทางนี้ชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมหรือระบบที่เกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดข้อผิดพลาด เช่น การออกแบบระบบการจราจรที่ไม่เอื้อต่อการขับขี่อย่างปลอดภัย หรือการขาดมาตรการควบคุมการใช้ยาเสพติดของผู้ขับขี่ เช่น การไม่มีระบบตรวจสอบผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งส่งผลให้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรเกิดความล้มเหลว นอกจากนี้ เจมส์ รีสัน ยังกล่าวถึงช่องโหว่ในชิ้นชีส ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเกิดข้อผิดพลาดในระบบ ซึ่งแบ่งได้เป็นสองปัจจัยสำคัญ คือ 1) ความล้มเหลว

---

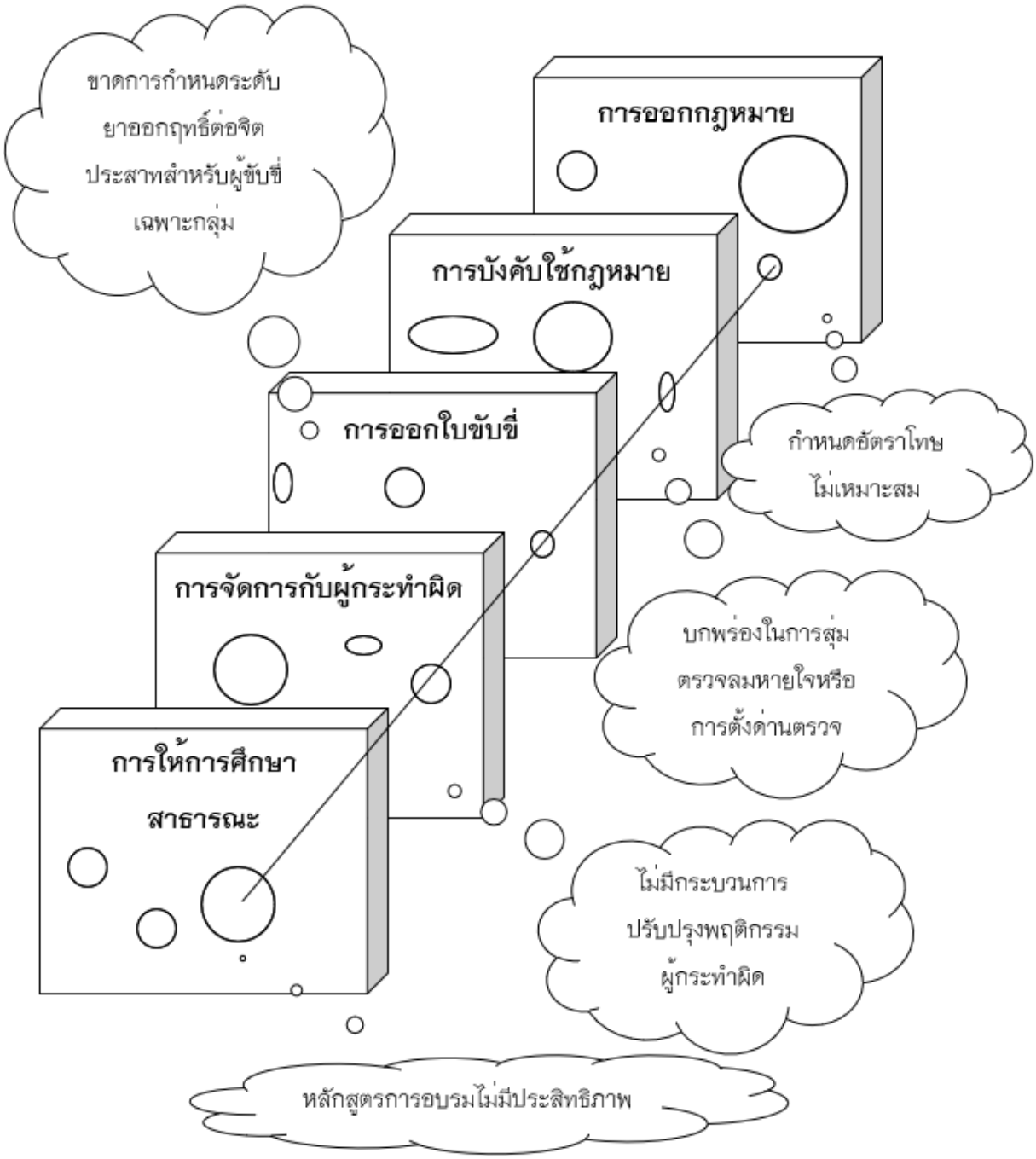
[59] Thomas V Perneger, “ The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?” **BMC Health Services Research** 5, 71 (November 2005): 1-2.

[60] GRSP, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership, 2022), p. 17.

ขณะที่ใช้งานอยู่ (Active Failures) ในบริบทของการขับขี่ หมายถึง การกระทำที่เป็นอันตรายซึ่งกระทำโดยบุคคลที่สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ความล้มเหลวประเภทนี้มีผลกระทบอย่างมากและมักจะส่งผลกระทบชั่วคราวต่อความสมบูรณ์ของการป้องกันความล้มเหลว เช่น การตัดสินใจขับรถขณะอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด ซึ่งส่งผลกระทบทันทีต่อความปลอดภัยของผู้ร่วมใช้ถนน และ 2) สภาวะแฝง (Latent Conditions) หมายถึง ข้อผิดพลาดที่มีอยู่ประจำของระบบซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นผลมาจากการออกแบบ การก่อสร้าง การเขียนขั้นตอน และการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงที่ผิดพลาด การตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ทั้งหมดนี้มีผลเป็นการก่อให้เกิดสภาวะแฝงในระบบ เช่น การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกับสมรรถภาพในการขับขี่ ดังนั้นการทำความเข้าใจและจัดการทั้งข้อผิดพลาดในระดับบุคคลและระบบจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการขับขี่ที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท[61]

สำหรับการนำแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) มาปรับใช้กับการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลนั้น อาจใช้ร่วมกับนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) กล่าวคือ เมื่อรัฐบาลหรือองค์กรได้กำหนดแนวทางวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) แล้วในระหว่างการปฏิบัติตามแผนงานจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเป็นระยะว่าการดำเนินงานบรรลุตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ หากผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานจะต้องบูรณาการการวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดตามแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) ร่วมกัน เพื่อเป็นการอุดช่องว่างในการดำเนินงานและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้น โดยในส่วนของรายละเอียดนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) นั้นจะได้กล่าวถึงต่อไปในหัวข้อ นโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

[61] James Reason, “Human error: models and management” **BMJ** 320, 7237 (March 2000): 768-769.



ภาพ 1 แสดงการวิเคราะห์กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยใช้แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Cheese Model)

ที่มา: ผู้วิจัย

แนวคิดแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix)

แฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) เป็นกรอบแนวคิดเชิงนวัตกรรมซึ่งมีความโดดเด่นในการป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีบทบาทในการอธิบายสาเหตุของการบาดเจ็บและการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง กับทั้งได้รับการยอมรับไปใช้อย่างแพร่หลายสำหรับกระบวนการวิจัยในสาขาต่าง ๆ เช่น การบาดเจ็บในวัยเด็ก การบาดเจ็บจากการจราจรทางบก การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บโดยตั้งใจ (Intended Injury) และการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยหลักการใช้งานแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าพลังงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ พลังงานกล (Mechanical Energy) เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่ หากสามารถลดพลังงานที่เข้ามาปะทะกับร่างกายได้ย่อมมีผลในการลดการบาดเจ็บ[62]

อุบัติเหตุจราจรทางบกเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนซึ่งเกี่ยวข้องกับส่วนประกอบต่าง ๆ ของระบบ ได้แก่ ถนน (Roads) สภาพแวดล้อม (Environment) ยานพาหนะ (Vehicles) และผู้ใช้ถนน (Road Users) ซึ่งหมายรวมทั้งผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และคนเดินถนน ปัจจัยบางอย่างมีอิทธิพลต่อความน่าจะเป็นของการชนกันและส่งผลให้เกิดการชน หรืออาจทำให้ผลที่ตามมาของการชนรุนแรงขึ้นอันส่งผลต่อระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยบางอย่างอาจไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการบาดเจ็บจากการจราจรทางบก ในขณะที่สาเหตุบางอย่างของการเกิดอุบัติเหตุเป็นเรื่องเร่งด่วนแต่สามารถแก้ไขได้ด้วยการวิเคราะห์จากสาเหตุเชิงโครงสร้างในระยะยาวโดย วิลเลียม แฮดดอน (William Haddon) ผู้ทำการคิดค้นแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะก่อนการชน (Pre-crash), 2) ระยะระหว่างการชน (During the Crash) และ 3) ระยะหลังการชน (Post-crash) โดยแต่ละขั้นตอนสามารถตรวจสอบอย่างเป็นระบบเพื่อระบุข้อผิดพลาดโดยการปรับเข้ากับหลักองค์สามทางระบาดวิทยา แล้วสร้างเป็นตาราง 3 ต่อ 3 เพื่อทำการวิเคราะห์ว่าขั้นตอนต่าง ๆ มีข้อผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ ยานพาหนะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอย่างไรบ้าง วิลเลียม แฮดดอน กำหนดลักษณะการขนส่งทางถนนว่าเป็นระบบ “คน-เครื่องจักร” (Man-Machine) ที่บกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีการแทรกแซงทั้งระบบอย่างรอบด้าน โดยเมทริกซ์ที่สร้างขึ้นนี้จะช่วยผู้ออกแบบระบบถนนในการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือการชน และช่วยให้สามารถพัฒนามาตรการรับมือและนโยบายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ลงในเมทริกซ์แล้วจึงทำการเลือกมาตรการป้องกันทั้งหมดที่ขัดขวางการชนมาใช้ในช่วง “ระยะก่อนการชน” ต่อมาในช่วง “ระยะระหว่างการชน” จะมีการเลือกใช้มาตรการเพื่อ

---

[62] Susan P. Baker and Guohua Li, “Epidemiologic Approaches to Injury and Violence” **Epidemiologic Review** 34, 1 (January 2012): 1.

ป้องกันหรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และในขั้นตอนสุดท้าย คือ “ระยะหลังการชน” จะมีการนำกิจกรรมทั้งหมดที่ช่วยลดผลกระทบด้านลบของการชนมาปรับใช้หลังจากที่เกิดการชนขึ้น เพื่อป้องกันการเสียชีวิต และลดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ[63] ตัวอย่างการวิเคราะห์อุบัติเหตุจราจรตามหลักแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์อุบัติเหตุจราจรตามหลักแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix)

ระยะการชน	ปัจจัยเสี่ยง			
			สภาพแวดล้อม	
	ผู้ใช้ถนน	ยานพาหนะ	สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม
ก่อนการชน	- ขาดความรู้ - ทัศนคติไม่ดี - เมาสุรา - มีโรคประจำตัว	- ไฟรถไม่สว่าง - ระบบห้ามล้อบกพร่อง - รถยนต์ไม่ได้รับการตรวจสภาพ	- ถนนไม่มีไฟส่องสว่าง - ถนนไม่มีป้ายจำกัดความเร็ว - ถนนไม่มีทางม้าลาย	- ขาดการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านการจราจร - สังคมขาดความตระหนักในเรื่องเมาแล้วขับ
ระหว่างการชน	- ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	- ใช้ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด - ถุงลมนิรภัยไม่ทำงาน	- ไม่มีการติดตั้งแผงกั้นจราจร	- ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายจราจรโดยเคร่งครัด
หลังการชน	- ไม่ทราบวิธีปฐมพยาบาล - รถพยาบาลไปถึงที่เกิดเหตุช้า	- ไม่มีระบบป้องกันเพลิงไหม้ - โครงสร้างรถไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือ	- การจราจรหนาแน่น - ไม่มีระบบรายงานอุบัติเหตุ	- ไม่มีกระบวนการฟื้นฟูผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร

[63] Dinesh Mohan, Geetam Tiwari, Meleckidzedeck Khayesi and Fredrick Muyia Nafukho, **Road traffic injury prevention training manual (**Geneva: World Health Organization, 2006), pp. 23-25.

ที่มา: ผู้วิจัย

การประยุกต์ใช้หลักแฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) สำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสามารถดำเนินการได้ในขั้นตอนของการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรหรือการสอบสวนการตายจากอุบัติเหตุจราจร แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการจัดทำนโยบาย ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาหลักซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการตรวจสถานที่เกิดเหตุเพื่อทำการสอบสวนอุบัติเหตุจราจร คือ แพทย์ซึ่งเข้ารับการศึกษาอบรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive Medicine) แขนงเวชศาสตร์การจราจร (Traffic Medicine) ส่วนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งทำหน้าที่สอบสวนสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุจราจร คือ แพทย์ซึ่งเข้ารับการศึกษาอบรมสาขานิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine)

แนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach)

ประเทศซึ่งเป็นผู้บุกเบิกแนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) คือ สวีเดนและเนเธอร์แลนด์ โดยหลังจากที่รัฐสภาสวีเดนได้นำนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) มาประกาศใช้ในปี ค.ศ. 1997 ซึ่งก่อให้เกิดการตระหนักถึงสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ใช้ถนนและผู้จัดการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งได้กลายมาเป็นหลักของระบบที่ปลอดภัย (Safe System) ในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตามนโยบายที่คล้ายกันนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ 1990 เช่นเดียวกันโดยสถาบันวิจัยความปลอดภัยทางถนนแห่งเนเธอร์แลนด์ (Dutch Institute for Road Safety Research) เพื่อส่งเสริมระบบการจราจรทางถนนที่ปลอดภัยอย่างแท้จริง (Inherently Safe Road Traffic Accident) ภายใต้วิสัยทัศน์ที่มีชื่อว่า “ความปลอดภัยอย่างยั่งยืน” (Duurzam Veilig หรือ Sustainable Safety)[64] สำหรับแนวคิดพื้นฐานซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) นั้นมีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ ได้แก่ 1) มนุษย์สามารถทำผิดพลาดซึ่งอาจนำไปสู่การชนได้ ดังนั้นระบบขนส่งมีหน้าที่ต้องรองรับ ความผิดพลาดของมนุษย์และความไม่แน่นอน, 2) ร่างกายมนุษย์มีความสามารถทางกายภาพที่จำกัดในการทนต่อแรงชนก่อนที่จะเกิดอันตราย ดังนั้นแรงชนจึงต้องถูกจำกัดเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตหรือการบาดเจ็บร้ายแรง, 3) บุคคลทุกคนมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติด้วยความระมัดระวังภายใต้กฎหมายจราจรและการมีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งผู้ออกแบบ ผู้สร้าง ผู้จัดการ และผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อป้องกันการชนซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต และเพื่อให้การดูแลหลังการชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ทุกส่วนของระบบต้องเสริมความ

[64] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), **The Safe System Approach in Action** (Paris: OECD Publishing, 2022), p. 11.

แข็งแกร่งร่วมกัน เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ใช้ถนนยังคงได้รับการปกป้องหากส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบล้มเหลว[65]

วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของระบบการขนส่งทางถนนซึ่งมีความซับซ้อน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสเกิดขึ้น โดยผู้ใช้ถนน ยานพาหนะ และโครงสร้างพื้นฐานของถนนต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยในระดับสูง วัตถุประสงค์ของระบบนี้ประกอบด้วยการรองรับความผิดพลาดของมนุษย์ การผสมผสานการออกแบบถนนและยานพาหนะที่ควบคุมแรงชนให้อยู่ในระดับที่มนุษย์ยอมรับได้ และสร้างแรงบันดาลใจให้กับนักออกแบบถนนในการสร้างและบำรุงรักษาถนน การผลิตยานพาหนะ และการมีความคิดริเริ่มด้านความปลอดภัยเพื่อให้ผู้ขับขี่มีความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนนร่วมกัน แนวทางของวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ 1) ถนนและขอบถนนปลอดภัย (Safe Roads and Roadsides), 2) ความเร็วปลอดภัย (Safe Speeds), 3) รถยนต์ปลอดภัย (Safe Cars) และ 4) ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safe Road Users) สำหรับเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้เพื่อสนับสนุนองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วนของแนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) เช่น การออกใบอนุญาตและการลงทะเบียนขับขี่ การให้ความรู้และข้อมูลสารสนเทศแก่ผู้ใช้รถใช้ถนน การสร้างนวัตกรรม การตรวจสอบ/จัดการ/ประสานงานการบังคับใช้กฎหมายจราจร การวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร การศึกษาวิจัย และการประเมินผล[66]

หลักการวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) สามารถนำมาปรับใช้กับการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนได้ทั้งในขั้นตอนของการกำหนดนโยบายร่วมกับวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) และในขั้นตอนของการบูรณาการการวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดร่วมกับแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model)

แนวคิดห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management)

ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) และแผนสากลแห่งสหประชาชาติว่าด้วยทศวรรษแห่งการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2011-2020 (United Nations Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020

---

[65] Ibid, p. 12.

[66] GRSP, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership 2022), p. 2.

) ได้ระบุแนวทางเชิงกลยุทธ์ด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับสหประชาชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนซึ่งเกิดจากการใช้ยานพาหนะ ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างความเร็ว ยานพาหนะ โครงสร้างพื้นฐานของถนน และพฤติกรรมผู้ใช้รถใช้ถนนแบบองค์รวม โดยมีแผนปฏิบัติการขึ้นอยู่กับ 5 เสาหลักดังต่อไปนี้ 1) การจัดการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Management) หมายถึง การกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนนที่กล่าวถึงเสาหลักทั้งหมด การสร้างกลไกการกำกับดูแล การปรับปรุง การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนงบประมาณสนับสนุน, 2) ยานพาหนะที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Vehicles) หมายถึง การส่งเสริมการลงทุนในการจัดการยานพาหนะ และสนับสนุนการได้มาและการใช้ยานพาหนะที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น, 3) ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Users) หมายถึง การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรม มาตรฐาน และวิธีการสร้างความตระหนักผ่านสื่อต่าง ๆ การพัฒนามาตรฐานการอนุญาตผู้ขับขี่ และการพัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมาย, 4) การตอบสนองหลังการชน (Post-Crash Response) หมายถึง การเพิ่มการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินภายหลังการชน และ 5) สภาพแวดล้อมทางถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Environments) หมายถึง การส่งเสริมการปฏิบัติการ การบำรุงรักษา และการปรับปรุงถนนในชุมชนท้องถิ่นให้มีความปลอดภัย และปรับปรุงสภาพการขับขี่ในพื้นที่ภายใต้การควบคุมของสหประชาชาติ[67]

จะเห็นได้ว่าหลักการห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ค่อนข้างจะมีความคล้ายคลึงกับหลักการวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) แต่ได้มีการเพิ่มเติมในส่วนของระบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนและการตอบสนองหลังการชน ซึ่งสามารถนำมาเป็นเครื่องมือสำหรับใช้งานร่วมกันกับนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) และแบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) ได้

แนวคิดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลกระทบต่อการขับขี่

สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลกระทบต่อการขับขี่มีหลายประเภท ประเภทที่ 1 เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ที่ตรวจพบบ่อยที่สุดในผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน โดยทั่วไปแล้วผู้ขับขี่ที่ตรวจพบแอลกอฮอล์ในร่างกายส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย และมีแนวโน้มการตรวจพบลดลงตามอายุของผู้ขับขี่ที่เพิ่มขึ้นเมื่อพิจารณาจากอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ในขณะที่ช่วงเวลาที่สัมพันธ์กับการตรวจพบแอลกอฮอล์ คือ ช่วงเวลากลางคืนโดยเฉพาะในช่วงสุดสัปดาห์ โดยมีแรงจูงใจจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นจาก

---

[67] United Nations (UN), **Road Safety Strategy For the United Nations System and Its Personnel** (New York: United Nations Department of Safety and Security, 2019), pp. 9, 10, 25.

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีข้อเสนอแนะว่าการลดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจาก 100 เป็น 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมีค่าเท่ากับ 1 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) สามารถช่วยลดการเสียชีวิตจากการจราจรได้ร้อยละ 6 ถึง 18 และผู้ขับขี่ที่มีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีแนวโน้มที่จะเกิดการชนมากกว่าผู้ขับขี่ทั่วไปถึงสองเท่า[68] ระดับแอลกอฮอล์ที่ความเข้มข้นต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายมีดังนี้ 1) 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทียบได้กับการดื่มเบียร์ 2 ขวด) ลดความสามารถในการมองเห็นโดยเฉพาะการติดตามวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่อย่างรวดเร็ว และลดความสามารถในการทำงานสองอย่างในเวลาเดียวกัน, 2) 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทียบได้กับการดื่มเบียร์ 3 ขวด) ลดความสามารถในการประสานงาน ลดความสมารถในการติดตามวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่ ควบคุมพวงมาลัยลำบาก ลดการตอบสนองต่อสถานการณ์การขับขี่ในภาวะฉุกเฉิน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีอันตรายถึงชีวิต 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม, 3) 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทียบได้กับการดื่มเบียร์ 4 ขวด) เสียสมาธิ สูญเสียความจำระยะสั้น การควบคุมความเร็วบกพร่อง การรับรู้บกพร่อง ความสามารถในการประมวลผลข้อมูลลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีอันตรายถึงชีวิต 10 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม, 4) 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทียบได้กับการดื่มเบียร์ 5 ขวด) ลดความสามารถในการรักษาตำแหน่งช่องทางการจราจรและการห้ามล้ออย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีอันตรายถึงชีวิตตั้งแต่ 5 ถึง 30 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม และ 5) 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทียบได้กับการดื่มเบียร์ 7 ขวด) เกิดความบกพร่องอย่างมากในการควบคุมยานพาหนะ สูญเสียความสนใจในการขับขี่ สูญเสียการประมวลผลและข้อมูลภาพที่จำเป็น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีอันตรายถึงชีวิต 200 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม[69]

ความเสี่ยงของการเมาแล้วขับมักจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ขับขี่เป็นเพศชายอายุระหว่าง 18 ถึง 44 ปี มีเศรษฐานะและสถานภาพทางสังคมต่ำ สถานะโสดหรือหย่าร้าง ประกอบอาชีพประเภทใช้แรงงาน การศึกษาต่ำหรือมีระดับการรู้หนังสือจำกัด การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และมีประวัติเริ่มดื่ม

---

[68] Alberto Blandino, Rosy Cotroneo, Stefano Tambuzzi, Domenico Di Candia, Umberto Genovese and Riccardo Zoja, “Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues”, **Forensic Science International: Synergy** 4, (March 2022): 2.

[69] European Commission (EC), **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), pp. 33-34.

แอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยโดยมากมักอายุไม่เกิน 14 ปี[70] องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำสำหรับการออกกฎหมายควบคุมระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับประชาชนทั่วไปว่าควรมีระดับสูงสุดอยู่ที่ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่า และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ใหม่หรือผู้ขับขี่สาธารณะ นอกจากนี้ควรระบุบทลงโทษสำหรับการละเมิดข้อจำกัดดังกล่าว โดยอนุญาตให้มีการทดสอบทางลมหายใจบริเวณริมถนนด้วยอุปกรณ์ที่ผ่านการรับรองและสอบเทียบแล้ว ซึ่งมีผลให้เป็นความผิดสำหรับผู้ขับขี่ที่ปฏิเสธการทดสอบ และอนุญาตให้ใช้ผลการทดสอบดังกล่าวเป็นหลักฐานในศาลได้ บทลงโทษควรรวมถึงบทลงโทษทางปกครอง เช่น การระงับใบขับขี่ และบทลงโทษทางอาญา เช่น ค่าปรับขั้นต่ำภาคบังคับซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสมตามควรแก่พฤติการณ์ กรณีที่ตรวจพบระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงและผู้ขับขี่มีพฤติกรรมการดื่มแล้วขับซ้ำ ๆ เช่นนี้จำเป็นต้องจัดให้มีการรักษาร่วมด้วย[71]

สำหรับการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตามหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) นั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การกำหนด “ขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพ” (Limit of Detection - LoD) หมายถึง ความเข้มข้นต่ำสุดของยาซึ่งห้องปฏิบัติการจะสามารถแยกความแตกต่างกับความเข้มข้นของยาระดับศูนย์ได้อย่างน่าเชื่อถือ ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าหรือการมีระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ, 2) การกำหนด “ขีดจำกัดของการวัดเชิงปริมาณ” (Limit of Quantification - LoQ) หมายถึง ความเข้มข้นต่ำที่สุดของยาซึ่งห้องปฏิบัติการจะสามารถตรวจวัดในเชิงปริมาณได้ ซึ่งเป็นขีดจำกัดในเชิงเทคนิคของเครื่องมือตรวจวัดแต่ละชนิด, 3) การกำหนดฤทธิ์ของยาโดยเฉพาะ หมายถึง ระดับความเข้มข้นต่ำสุดของยาที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ขับขี่ และ 4) การกำหนดความเสี่ยง หมายถึง ระดับความเข้มข้นต่ำสุดของยาที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุอย่างแน่นอน เมื่อผู้ขับขี่ได้ทำการขับขี่ภายใต้ฤทธิ์ยาเกินเกณฑ์[72] โดยนิยมใช้การกำหนดขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพที่ระดับ 10 มิลลิกรัม

---

[70] GRSP, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership, 2022), p. 9.

[71] WHO, **The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels** (Geneva: World Health Organization, 2019), p. 11.

[72] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 99.

ต่อเดซิลิตร[73] กรณีที่ผลการตรวจวัดมีค่าต่ำกว่านี้ในทางปฏิบัติไม่ควรรายงานระดับการตรวจวัดแอลกอฮอล์ หรือควรรายงานว่าพบแอลกอฮอล์ในเลือดในระดับต่ำกว่า 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การคำนวณระดับเอทิลแอลกอฮอล์ในเลือดกรณีที่ไม่ได้ทำการตรวจวัดในทันทีแต่ต้องการทราบผลปริมาณย้อนกลับสามารถคำนวณได้หลายวิธีแต่ค่าที่ได้จะเป็นการประมาณค่า เนื่องจากอัตราการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน โดยเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่าน้อยกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการเกิดปฏิกิริยาการกำจัดแอลกอฮอล์จะขึ้นกับความเข้มข้นของเอทิลแอลกอฮอล์ยกกำลังหนึ่ง (First Order Kinetic) แต่หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่ามากกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การกำจัดแอลกอฮอล์จะเป็นไปในอัตราคงที่โดยไม่ขึ้นกับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ (Zero Order Kinetic) การคำนวณอัตราการกำจัดแอลกอฮอล์อย่างง่ายนิยมใช้หลักการกำจัดแอลกอฮอล์ในอัตราคงที่โดยไม่ขึ้นกับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ (Zero Order Kinetic) โดยในผู้ที่มิได้บริโภคแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีระดับการลดลงของแอลกอฮอล์ในเลือดประมาณ 15 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง แต่ในผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์เป็นประจำจะสามารถกำจัดแอลกอฮอล์ได้เร็วกว่า โดยอาจมีค่าสูงถึง 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง[74]

ประเภทที่ 2 แอมเฟตามีน (Amphetamines) และสารประกอบในกลุ่มแอมเฟตามีน เช่น เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และยาอี (ชื่อทางเคมี: 3,4-methylendioxymethamphetamine หรือ MDMA หรือ Ecstasy) มักถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เนื่องจากมีผลกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์เฉียบพลัน ได้แก่ เกิดภาวะง่วงซึมมากเกินไปเมื่อสิ้นสุดการใช้ เกิดผลกระทบด้านลบต่อประสิทธิภาพการขับขี่ เช่น การควบคุมด้านข้าง และการควบคุมความเร็ว ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ขับขี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอุบัติเหตุบนท้องถนน[75] ระดับของยาในเลือดที่ส่งผลต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพล คือ 1 ถึง 300 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรสำหรับยาอี 1 ถึง 600 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรสำหรับแอมเฟตามีน และ 1 ถึง 200 นา

---

[73] Xinxin Guo et al., "Highly sensitive and specific noninvasive in-vivo alcohol detection using wavelength-modulated differential photothermal radiometry", **Biomedical Optics Express** 9, 10 (September 2018): 4638.

[74] อานนท์ จำลองกุล, "เอทิลแอลกอฮอล์ในมุมมองนิติเวชศาสตร์", **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 60, 3 (พฤษภาคม 2559): 287-288.

[75] Alberto Blandino, Rosy Cotroneo, Stefano Tambuzzi, Domenico Di Candia, Umberto Genovese and Riccardo Zoja, "Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues", **Forensic Science International: Synergy** 4, (March 2022): 2, 6.

โนกรัมต่อมิลลิลิตรสำหรับเมทแอมเฟตามีน[76] การเสพแอมเฟตามีนและการใช้ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกันจะเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงถึงชีวิตได้มากกว่าผู้ขับขี่ปกติถึง 30 เท่า[77]

ประเภทที่ 3 กัญชา (Cannabis) มีบทบาทต่อความปลอดภัยบนท้องถนน โดยนักวิชาการคาดการณ์ว่าการใช้กัญชาที่ไม่ได้เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อาจเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจราจร ซึ่งก่อให้เกิดประเด็นคำถามจำนวนมากถึงผลกระทบของการเสพกัญชาต่อการขับขี่ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างกัญชากับความบกพร่องในด้านทักษะการขับขี่ ผลกระทบของความชินในการเสพกัญชาต่อความปลอดภัยบนท้องถนน และความสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อปริมาณกัญชาที่มีต่อการขับขี่ยานพาหนะ[78] ฤทธิ์เฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะเคลิ้มสุข (Euphoria) และการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและทักษะพิสัย เช่น สูญเสียการควบคุม การประมวลผลภาพ การรับรู้และความสมดุล และความระมัดระวังลดลง ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ขับขี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน[79] กัญชาเป็นยาเสพติดที่พบว่ามีการใช้บ่อยที่สุดทั่วโลก อัตราการขับรถภายใต้อิทธิพลของกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ในกัญชามีสารสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพุทธิพิสัยและทักษะพิสัย คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ขับขี่ยานพาหนะหลังจากบริโภคกัญชา จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis) แสดงถึงการเพิ่มความเสี่ยงเล็กน้อยหลังการใช้กัญชาแบบเฉียบพลันต่อโอกาสในการชน แต่กลับเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความเสี่ยงเหล่านี้แตกต่างกันไปตามประเภทของการศึกษา ความรุนแรงของการชน วิธีการใช้สาร และการวัดระดับของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล มีบางรายงานการศึกษาระบุว่าความเข้มข้นของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล ในเลือดที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการชนอย่างมีนัยสำคัญ[80] การเปรียบเทียบการวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับความบกพร่องของ

---

[76] Ibid, p. 8.

[77] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 81.

[78] Bruna Brands, Patricia Di Ciano and Robert E. Mann, "Cannabis, Impaired Driving, and Road Safety: An Overview of Key Questions and Issues", **Frontiers in Psychiatry** 12, (August 2021): 1.

[79] Alberto Blandino, Rosy Cotroneo, Stefano Tambuzzi, Domenico Di Candia, Umberto Genovese and Riccardo Zoja, "Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues", **Forensic Science International: Synergy** 4, (March 2022): 6.

[80] Ulrich W. Preuss et al., "Cannabis Use and Car Crashes: A Review", **Frontiers in Psychiatry** 12 (May 2021): 1.

ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการขับรถจากแอลกอฮอล์หรือกัญชาแสดงให้เห็นว่า ความเข้มข้นของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในน้ำเหลือง (Serum) จากเลือดที่ระดับ 7 ถึง 10 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องที่เทียบได้กับระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[81] ความเข้มข้นของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในเลือดระหว่าง 1 ถึง 2 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร แสดงให้เห็นว่านำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เพิ่มขึ้น มีรายงานว่าระดับความเข้มข้นของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในเลือดที่สัมพันธ์อย่างมากกับการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจรคือตั้งแต่ 5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไป[82] นอกจากนี้ยังปรากฏหลักฐานชัดเจนว่ากัญชาลดความสามารถในการควบคุมทางด้านข้าง เพิ่มโอกาสในการขับขี่ออกนอกช่องทางจราจร ระดับความเร็วลดลงเมื่อเทียบกับการขับขี่แบบปกติ และการใช้กัญชาร่วมกันกับแอลกอฮอล์จะยิ่งทำให้ทักษะการขับขี่ยานพาหนะลดลงมากกว่าการเสพกัญชาหรือดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว และการเสพกัญชาจะเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงถึงชีวิตได้มากกว่าผู้ขับขี่ปกติถึง 3 เท่า[83]

ประเภทที่ 4 โคเคน (Cocaine) เป็นยาเสพติดที่มีคุณสมบัติกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมักจะอยู่ได้นาน 1 ถึง 2 ชั่วโมง ได้แก่ อาการเคลิ้มสุข อาการอยู่ไม่นิ่ง (Hyperkinesia) กระตุ้นการพูดคุย เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และเพิ่มความพร้อมที่จะรับความเสี่ยง ตามด้วยระยะเวลาการถอนยาซึ่งใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงโดยจะมีลักษณะตรงกันข้ามกับในช่วงแรก คือ เกิดความอ่อนเพลียและความเมื่อยล้า สำหรับผลในระยะยาวของการใช้ซ้ำ เช่น ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ความเปลี่ยนแปลงของสมองเนื้อสีเทา (Grey matter) ในด้านปริมาตรและความหนาแน่น ซึ่งสัมพันธ์กับอารมณ์ การควบคุมตนเอง การรับรู้ภาพเชิงพื้นที่ การยับยั้งและการตอบสนอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ขับขี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน[84] ระดับของโคเคนในเลือดที่ส่งผลต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพล คือ 1 ถึง 80 นาโนกรัมต่อ

---

[81] Franjo Grotenhermen et al., “Developing Limits for Driving under Cannabis”, **Addiction** 102, 12 (December 2007): 1910.

[82] Kim Wolff and Atholl Johnston. “Cannabis use: a perspective in relation to the proposed UK drug-driving legislation”, **Drug Testing and Analysis** 6, 1-2 (2014): 145-146.

[83] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), pp. 74, 81.

[84] Alberto Blandino, Rosy Cotroneo, Stefano Tambuzzi, Domenico Di Candia, Umberto Genovese and Riccardo Zoja, “Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues”, **Forensic Science International: Synergy** 4, (March 2022): 6.

มิลลิลิตร[85] การเสพโคเคน ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) และยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Analgesics) จะเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงถึงชีวิตได้มากกว่าผู้ขับขี่ปกติถึง 10 เท่า[86]

แนวคิดการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลโดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ 1) การตรวจเบื้องต้น (Screening Test) คือ การตรวจคัดกรองเพื่อหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกายของผู้ขับขี่ด้วยเครื่องมือหรือวิธีการที่มีความแม่นยำต่ำ หากปรากฏว่าผลการตรวจเป็นบวกอาจหมายความว่าผู้ขับขี่ได้มีการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดนั้นจริง หรืออาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ขับขี่มียาหรือสารอื่นใดในร่างกายซึ่งสามารถทำปฏิกิริยากับชุดตรวจและให้ผลเสมือนว่าผู้ขับขี่ได้มีการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเภทที่ต้องการทำการตรวจหานั้น แต่หากปรากฏว่าผลการตรวจเป็นลบอาจหมายความว่าผู้ขับขี่มิได้มีการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรืออาจมีระดับของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต่ำเกินกว่าระดับที่ชุดตรวจคัดกรองจะสามารถตรวจหาได้ อย่างไรก็ตาม การตรวจเบื้องต้นถือเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมเนื่องจากมีต้นทุนต่ำ แต่หากตรวจพบผลบวกในผู้ขับขี่แล้วเช่นนี้จำเป็นต้องทำการตรวจเพื่อยืนยันผลต่อไป ในส่วนของการตรวจหาแอลกอฮอล์ในร่างกายมนุษย์สามารถตรวจวัดได้ทางเลือด ลมหายใจ น้ำลาย ผิวหนัง ปัสสาวะ และเหงื่อ สำหรับการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่กรณีที่ต้องการทราบผลเบื้องต้นภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว นิยมใช้การเก็บตัวอย่างลมหายใจด้วยเครื่อง Breath Analyzer[87] อย่างไรก็ตามปัจจุบันการตรวจหายาเสพติดยังคงมีความแตกต่างกับการตรวจหาแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์สามารถตรวจวัดได้ง่ายโดยการทดสอบทางลมหายใจ ในขณะที่การตรวจหาหลักฐานการใช้ยาเสพติดจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างจากปัสสาวะ เลือด หรือของเหลวในช่องปาก ดังนั้นการตรวจน้ำลายจึงเป็นมาตรฐานสากลในการคัดกรองการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วนการตรวจจากเลือดและปัสสาวะนั้นเป็นขั้นตอนที่รุกล้ำร่างกายของผู้ขับขี่ จึงไม่ควรใช้เป็นทางเลือกลำดับแรกสำหรับการตรวจคัดกรองริมถนน[88] และ 2) การตรวจยืนยันผล (Confirmation Test) คือ การตรวจเพื่อหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกายของผู้ขับขี่ด้วยเครื่องมือหรือวิธีการที่มีความแม่นยำสูง ซึ่งสามารถระบุลงไปได้อย่างชัดเจนว่าในร่างกายของผู้ขับขี่มีปริมาณยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นจำนวนเท่าใด โดยวิธีการตรวจยืนยันผลนี้มักมีต้นทุนในการ

---

[85] Ibid, p. 8.

[86] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 81.

[87] Ibid, p. 112.

[88] Ibid, p. 118.

ตรวจค่อนข้างสูง จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับทำการทดสอบและแปลผลการตรวจ ทั้งนี้ ในหลายประเทศได้มีการออกกฎหมายวิธีทดสอบการขับขี่ภายใต้อิทธิพลโดยใช้หลายเทคนิคร่วมกัน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ขับขี่มีผลบวกต่อการทดสอบยาหรือสารชนิดนั้นจริงหรือไม่ ส่วนการทดสอบริมถนน มักเป็นการทดสอบเบื้องต้นและให้ผลโดยสันนิษฐาน ดังนั้นผลการตรวจข้างถนนเพียงอย่างเดียวจึงยัง ไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ขับขี่มีการกระทำผิดจริงหรือไม่ เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลบวกปลอม (False Positive) กล่าวคือ เกิดการตรวจพบยาเสพติดต้องสงสัยทั้งที่ความเป็นจริงผู้ขับขี่ไม่ได้มีการ เสพยาชนิดดังกล่าว ดังนั้นการเก็บตัวอย่างจากเลือดจึงควรกระทำเพื่อยืนยันผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและทดสอบด้วยวิธีการทางโครมาโตกราฟี (Chromatography) โดยมาตรฐานสูงสุด (Gold Standard) ที่ใช้เพื่อยืนยันการมีอยู่ของสารประกอบใด ๆ ในเลือด เส้นผม ปัสสาวะ และสาร คัดหลั่งอื่น คือ เทคนิคแก๊สโครมาโตกราฟี (Gas Chromatography - GC) หรือโครมาโตกราฟี ของเหลว (Liquid Chromatography - LC) เชื่อมต่อกับแมสสเปกโตรเมตรี (Mass Spectrometry - MS) ซึ่งมักจะใช้ควบคู่กันเป็นเทคนิค MS-MS และ LC–MS/MS[89]

ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีและหลักการที่มีความจำเป็นต่อการนำมาปรับใช้เพื่อพัฒนากฎหมายเพื่อการขับขี่ ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนมีดังนี้

ทฤษฎีสิทธิมนุษยชนกับการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้ให้การรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights - UDHR) ซึ่งมีตัวแทนประเทศสมาชิกจากทั่วโลก มาร่วมกันร่างและประกาศศักดิ์ศรีโดยกำเนิด สิทธิที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ และความเท่าเทียมกันของ สมาชิกทุกคนในครอบครัวมนุษย์ ทำให้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนกลายเป็นมาตรฐานสากล แห่งความสำเร็จสำหรับทุกคนและทุกประเทศ[90] โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจค้นตัวผู้ขับ ขี่ซึ่งถูกกล่าวหาว่าตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลต้อง ได้รับการปกป้องตามหลักสิทธิมนุษยชนพื้นฐานรวมถึงมีสิทธิที่จะขับขี่ยานพาหนะได้โดยอิสระ ตาม ความในข้อ 3 “บุคคลทุกคนมีสิทธิในชีวิต เสรีภาพ และความปลอดภัยแห่งบุคคล”[91] ผู้ขับขี่ภายใต้ อิทธิพลต้องได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม ตามความในข้อ 5 “บุคคลใดจะถูกทรมานหรือได้รับ

---

[89] Ibid, p. 125.

[90] UN, **Universal Declaration of Human Rights,** ค้นวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 จาก https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.

[91] Article 3 Universal Declaration of Human Rights (UN)

การปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรีมิได้”[92] ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลจะถูกจับกุมหรือกักขังโดยปราศจากเหตุผลหรือตามอำเภอใจของเจ้าหน้าที่รัฐมิได้ ตามความในข้อ 9 “บุคคลใดจะถูกจับกุม กักขัง หรือเนรเทศตามอำเภอใจมิได้”[93] ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลพึงมีสิทธิในการได้รับการพิจารณาอย่างยุติธรรมโดยเท่าเทียมกัน ตามความในข้อ 10 “บุคคลทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันอย่างเต็มที่ในการได้รับการพิจารณาอย่างยุติธรรมและเป็นสาธารณะโดยศาลที่เป็นอิสระและเป็นกลาง ในการพิจารณาถึงสิทธิและหน้าที่ของตน และข้อกล่าวหาทางอาญาใด ๆ”[94] และผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลต้องถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะได้มีการพิสูจน์ว่ามีความผิดจริงตามกฎหมาย ตามความในข้อ 11 (1) “บุคคลทุกคนซึ่งถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดทางอาญามีสิทธิที่จะถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดตามกฎหมายในการพิจารณาคดีสาธารณะ ซึ่งบุคคลเช่นว่านั้นพึงได้รับการประกันที่จำเป็นสำหรับการปกป้องตนเอง”[95]

ผลจากการประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนทำให้เกิดข้อบังคับและการจัดตั้งองค์กรระหว่างประเทศขึ้นโดยมีเนื้อหาที่สำคัญ คือ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights - ICESCR) และ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR) นำมาปรับเข้าการตรวจผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล พบว่าสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ คือ ความเท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิง เสรีภาพจากการเลือกปฏิบัติ เสรีภาพในการเคลื่อนไหว เสรีภาพของผู้ที่ไม่ใช่พลเมืองจากการถูกขับไล่โดยพลการ เสรีภาพจากการเป็นทาส เสรีภาพจากการทรมาน สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรมในการคุมขัง สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล และสิทธิในการได้รับการพิจารณาคดีอย่างเป็นธรรม ดังนั้นการกระทำใด ๆ ที่เป็นการละเมิดหลักการข้างต้นจึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจกระทำได้[96] โดยมีข้อกำหนดของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ 1) ผู้ขับขี่ต้องได้รับการปฏิบัติโดยปราศจากการทรมาน การลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม ย่ำยีศักดิ์ศรี หรือถูกควบคุมโดยปราศจากความยินยอม[97], 2) ผู้ขับขี่ย่อมมีสิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยแห่งบุคคล การจับกุมหรือคุมขังโดย

---

[92] Article 5 Universal Declaration of Human Rights (UN)

[93] Article 9 Universal Declaration of Human Rights (UN)

[94] Article 10 Universal Declaration of Human Rights (UN)

[95] Article 11 (1) Universal Declaration of Human Rights (UN)

[96] UN, **International Bill of Human Rights,** United Nations, ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights/international-bill-human-rights.

[97] Article 7 International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

พลการ หรือเป็นการลิดรอนเสรีภาพจะกระทำมิได้ ยกเว้นโดยเหตุที่เป็นไปตามกระบวนการที่กฎหมายบัญญัติไว้[98] ผู้ขับขี่ต้องได้รับการแจ้งเหตุผลในขณะถูกจับกุม และต้องได้รับทราบข้อกล่าวหาในทันที[99], 3) ผู้ขับขี่ซึ่งถูกจับกุมหรือควบคุมตัวในข้อหาทางอาญาจะต้องถูกนำตัวส่งผู้พิพากษาหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายให้ใช้อำนาจตุลาการในทันที ต้องได้รับการพิจารณาคดีในระยะเวลาอันสมควร ต้องได้รับสิทธิในการประกันตัว และต้องได้รับสิทธิปล่อยตัวภายในระยะเวลาอันสมควร[100], 4) ผู้ขับขี่มีสิทธิแจ้งต่อศาลหากตนเองถูกจำกัดเสรีภาพโดยการจับกุมหรือคุมขัง เพื่อที่ศาลจะได้ตัดสินถึงความชอบด้วยกฎหมายของการคุมขัง และสั่งปล่อยตัวผู้นั้นหากเป็นการคุมขังโดยมิชอบด้วยกฎหมาย[101], 5) ผู้ขับขี่มีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนหากถูกจับกุมหรือคุมขังโดยมิชอบด้วยกฎหมาย[102], 6) ผู้ขับขี่ย่อมมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แม้ว่าตนเองจะถูกลิดรอนเสรีภาพ และต้องได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม[103], 7) ผู้ขับขี่ซึ่งกลายเป็นผู้ต้องขังจะต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามระบบราชทัณฑ์เพื่อการปฏิรูปและการฟื้นฟูทางสังคม ทั้งนี้ผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นเยาวชนจะถูกแยกออกจากผู้ใหญ่และได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมกับอายุและสถานะทางกฎหมาย[104] และ 8) ผู้ขับขี่ต้องถูกสันนิษฐานไว้เสมอว่าเป็นผู้บริสุทธิ์ในคดีอาญา จนกว่าจะได้มีการพิสูจน์ว่ามีความผิดจริงตามกฎหมาย[105]

ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

เนื่องจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ขับขี่มีอาการเสพติดยาประเภทต่าง ๆ ทำให้การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมด้วยในลักษณะของการปฏิบัติต่อผู้เสพเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งได้มีการพัฒนามาตรการเบี่ยงเบน (Diversion) ในหลายประเทศโดยอนุญาตให้มีการตรวจความผิดปกติทางจิตและความผิดปกติจากการใช้ยาตั้งแต่แรกในเวลาที่ถูกจับกุมหรือปรากฏตัวในศาล ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้กระทำผิดสามารถเบี่ยงเบนคดีที่มีความผิดเล็กน้อยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้แทนที่จะต้องถูกดำเนินคดีอาญา ถือเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า ช่วยลดอุบัติการณ์ของการกระทำผิดซ้ำและการจับกุมซ้ำ และเป็นการลดความแออัดยัดเยียดในเรือนจำ โดยมีประเทศที่ได้เริ่มดำเนินการ

---

[98] Article 9 (1) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[99] Article 9 (2) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[100] Article 9 (3) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[101] Article 9 (4) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[102] Article 9 (5) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[103] Article 10 (1) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[104] Article 10 (3) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

[105] Article 14 (2) International Covenant on Civil and Political Rights (UN)

มาตราการเบี่ยงเบนไปแล้ว เช่น ออสเตรเลีย เช็ก ฝรั่งเศส ฮังการี อิตาลี จอร์แดน เมียนมา ฟิลิปปินส์ โปรตุเกส สิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา รวมถึงประเทศไทย[106] สำหรับรายละเอียดทฤษฎีในการบำบัดรักษาผู้เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีดังนี้

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change) เป็นแบบจำลองขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายกระบวนการที่เกี่ยวข้องในผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ และสามารถนำไปประยุกต์กับการทำความเข้าใจรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ในผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายหลังการถูกจับกุม หรือผู้ขับขี่ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา แบบจำลองนี้แสดงให้เห็นว่าการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต้องผ่านกระบวนการที่ต่อเนื่องและมีหลายขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้ขับขี่เกิดแรงผลักดันในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการไตร่ตรอง (Pre-contemplation) ในระยะนี้ผู้ขับขี่ยังไม่เห็นถึงความจำเป็นหรือข้อเสียของการใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดทั้งช่วงก่อนและขณะขับขี่ โดยผู้ขับขี่มักมองว่าผลดีของการใช้ยามีมากกว่าผลเสีย ดังนั้นการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ จะสามารถช่วยเปิดมุมมองและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้ยาเสพติด เช่น ส่งผลลดสมรรถนะในการขับขี่ และเพิ่มโอกาสการเกิดอุบัติเหตุจราจร, 2) ระยะไตร่ตรอง (Contemplation) ผู้ขับขี่เริ่มตระหนักถึงอันตรายของการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด แต่ยังคงลังเลและชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์กับโทษของการเลิกใช้ ในระยะนี้การให้ข้อมูลที่เน้นความปลอดภัยในการขับขี่และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ขับขี่เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง, 3) ระยะเตรียมการ (Preparation) ในขั้นนี้ผู้ขับขี่เริ่มวางแผนที่จะเลิกใช้ยาและปรับปรุงพฤติกรรม เช่น การลดความถี่ในการใช้ยาเสพติดก่อนทำการขับขี่หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นการใช้ยา ดังนั้นการสนับสนุนหรือได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด การให้คำปรึกษา และการช่วยวางแผนอย่างชัดเจนจะสามารถช่วยให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างราบรื่น, 4) ระยะดำเนินการ (Action) ผู้ขับขี่จะเริ่มลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การหยุดใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างเด็ดขาดและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ในระยะนี้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งการช่วยแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการ หรือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับความเครียดหรือแรงกดดันทางสังคม จะช่วยให้ผู้ขับขี่สามารถรักษาเป้าหมายของตนเองได้, 5) ระยะรักษาสภาพ (Maintenance) ผู้ขับขี่ประสบความสำเร็จในการหยุดใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิต

---

[106] UNODC, **Treatment of Drug Use Disorders and Associated Mental Health Disorders in Prison Settings and Forensic Hospitals,** United Nations Office on Drugs and Crime, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_TX_in_Prisons_March22.pdf.

ประสาทและปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ที่ปลอดภัยมากขึ้น โดยการรักษาระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ได้เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเป็นอย่างมาก และ 6) ระยะกลับสู่สภาพเดิม (Relapse) ผู้ขับขี่มีการกลับไปใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีกครั้ง โดยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้เสพไม่สามารถรักษาการเลิกยาเสพติดไว้ได้ ขั้นตอนนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดจากแรงกระตุ้นทางอารมณ์หรือสังคมที่ยากต่อการควบคุม อย่างไรก็ตาม การกลับสู่ระยะนี้ไม่ได้หมายความว่าการเปลี่ยนแปลงล้มเหลว เนื่องจากผู้เสพบางรายอาจต้องใช้ความพยายามหลายวัฏจักรเพื่อเลิกเสพ ดังนั้นกระบวนการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการวางแผนใหม่จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ[107]

โปรแกรมการเบี่ยงเบน (Diversion Programmes) เป็นโปรแกรมซึ่งสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) ได้เสนอขึ้นโดยมุ่งเน้นความสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยกระบวนการยุติธรรมทางเลือกในลักษณะของการเบี่ยงเบนคดี ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้เป็นทางเลือกในการจัดการกับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งในขั้นตอนก่อนการจับกุม ก่อนการพิจารณาคดี ระหว่างการพิจารณาคดี และหลังการพิจารณาคดี โดยสามารถแบ่งได้เป็นลำดับดังนี้

ประการที่ 1 ทางเลือกก่อนการจับกุม (Pre-Arrest Alternatives) ทางเลือกอื่นในการตัดสินโทษก่อนการจับกุมนั้นเป็นการเบี่ยงเบนคดีจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยสิ้นเชิง ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่กระทำความผิดเล็กน้อยเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมักเป็นการหันเหรูปแบบทางคดีไปสู่การบำบัดรักษาการใช้ยาเสพติดแทนการฟ้องคดี ได้แก่ 1) การเบี่ยงเบนไปสู่การรักษา/การฟื้นฟูสมรรถภาพจากการใช้ยาเสพติด หรือโปรแกรมการศึกษาที่เหมาะสม โดยมีหรือไม่มีบทลงโทษทางปกครองอื่น ๆ ตัวอย่างประเทศที่ใช้การเบี่ยงเบนไปสู่การรักษา เช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา ออสเตรีย ไนจีเรีย นิวซีแลนด์ และสิงคโปร์, 2) บทลงโทษทางเลือก เช่น การปรับ ตักเตือน พักใช้ใบขับขี่ชั่วคราว และการให้บริการชุมชน ซึ่งมักจะบริหารงานและกำกับดูแลโดยหน่วยงานซึ่งอยู่นอกกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ตัวอย่างประเทศที่ใช้บทลงโทษทางเลือก เช่น เบลเยียม รัสเซีย อิสราเอล ลัตเวีย เอสวาตินี เติร์กเมนิสถาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศโปรตุเกสที่ตำรวจจะส่งต่อผู้ต้องหาคดียาเสพติดเล็กน้อย (ถูกจับในข้อหาเสพหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้ส่วนตัว) ไปยังคณะกรรมการห้ามปราม (Dissuasion Commission) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 3 คน โดยคนแรกเป็น

---

[107] UNODC, **Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia,** United Nations Office on Drugs and Crime, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf.

ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายที่ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงยุติธรรม ส่วนอีก 2 คนได้รับแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา พนักงานบริการสังคม หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพที่เหมาะสมในด้านการใช้ยาในทางที่ผิด จากนั้นผู้ต้องหาจะได้รับการประเมินทางจิตวิทยาและสังคม และนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการที่เหมาะสมตามประวัติของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการรักษาหรือการให้การศึกษาเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาเสพติด หากผู้กระทำผิดไม่ปฏิบัติตามจะต้องถูกลงโทษทางปกครองซึ่งมีหลายระดับ เช่น การพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ การตักเตือน การห้ามในการประกอบวิชาชีพหรือทำกิจกรรมบางอย่าง การห้ามเข้าสถานที่บางแห่ง การห้ามพบปะหรือพักอาศัยกับบุคคลบางประเภท การห้ามเดินทางออกนอกประเทศหากไม่ได้รับอนุญาต และการเรียกให้มาแสดงตนเป็นระยะในสถานที่ที่กำหนด, 3) ผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูการใช้ยาเสพติดมาแล้ว จะได้รับการยกเว้นการฟ้องร้องสำหรับความผิดเล็กน้อยเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น แอลจีเรีย กรีซ กาตาร์ ลักเซมเบิร์ก และแทนซาเนีย และ 4) การละเว้นจากการฟ้องร้องในกรณีที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก และลัตเวีย สำหรับการลงโทษในรูปแบบของการเบี่ยงเบนไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพจากการใช้ยาเสพติดและบทลงโทษทางเลือก เช่น การพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ชั่วคราว และการทำงานบริการสังคม ถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำมาปรับใช้กับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยจะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกการใช้ยาได้พร้อมกับช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรและสร้างความปลอดภัยต่อผู้มีส่วนร่วมใช้ถนน

ประการที่ 2 ทางเลือกก่อนการพิจารณาคดี (Pre-Trial Alternatives) ในช่วงก่อนการพิจารณาคดีอาจมีทางเลือกอื่นนอกเหนือจากการตัดสินลงโทษหรือถูกคุมขังในเรือนจำเพื่อรอการพิจารณาคดี ซึ่งอาจเริ่มกระบวนการโดยตำรวจ อัยการ หรือผู้พิพากษา กระบวนการทางเลือกที่สำคัญในขั้นตอนนี้ ได้แก่ มาตรการเตือนแบบมีเงื่อนไข (Conditional Caution) การระงับการฟ้องร้องหรือการยกฟ้องแบบมีเงื่อนไข (Suspension of the Prosecution/Conditional Dismissal) การประกันตัวแบบมีเงื่อนไข (Conditional Bail) และการใช้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice) หรือใช้การแก้ปัญหาของชุมชน (Community Resolution) แทนกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ตัวอย่างประเทศที่ใช้ทางเลือกก่อนการพิจารณาคดี เช่น ออสเตรีย เบลเยียม ไซปรัส ปานามา ฟินแลนด์ กรีซ ลักเซมเบิร์ก โปแลนด์ โปรตุเกส โรมาเนีย อิสราเอล โมร็อกโก เมียนมา ฮังการี ลัตเวีย เลบานอน โคลอมเบีย โครเอเชีย เช็ก เนเธอร์แลนด์ สวีเดน เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา สำหรับการปรับใช้มาตรการดังกล่าวในผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลสามารถกระทำได้โดยการส่งเสริมมาตรการให้ประกันตัวแบบมีเงื่อนไข ซึ่งผู้ขับขี่จะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง และจะได้รับอนุญาตให้ขอรับใบอนุญาตขับขี่ได้ต่อเมื่อผู้นั้นผ่านการประเมินสภาพจิตใจและสมรรถภาพทางร่างกายว่ามีความพร้อมที่จะทำการขับขี่หรือสามารถเลิกการใช้ยาได้จริง

ประการที่ 3 ทางเลือกในการพิจารณาคดี (Trial-Sentensing Alternatives) เป็นกระบวนการทางเลือกในระหว่างที่ผู้กระทำผิดกำลังได้รับการลงโทษหรือถูกกักขังอยู่ สามารถแบ่งได้เป็น 5 รูปแบบหลัก ได้แก่ การเลื่อนการพิจารณาคดี (Postponement) แบบมีเงื่อนไข การเลื่อนหรืองดการบังคับคดีแบบมีเงื่อนไขการรักษา การคุมประพฤติ การพิจารณาคดีภายใต้อำนาจของศาลพิเศษ (เช่น ศาลบำบัดยาเสพติด) และการลงโทษทางเลือก ตัวอย่างประเทศที่ใช้ทางเลือกในการพิจารณาคดี เช่น นิวซีแลนด์ เยอรมนี แทนซาเนีย ลัตเวีย เลบานอน โปแลนด์ ลักเซมเบิร์ก อาร์เจนตินา เบลเยียม อิสราเอล และอียิปต์ โดยสามารถนำมาปรับใช้กับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทผ่านกระบวนการนำคดีเข้าสู่ศาลพิเศษ ซึ่งมุ่งเน้นการฟื้นฟูและติดตามผลการเลิกใช้ยา ยิ่งไปกว่าการลงโทษจำคุกเพียงอย่างเดียว ซึ่งช่วยลดความแออัดในเรือนจำและลดผลกระทบทางสังคมต่อผู้กระทำผิดอีกด้วย

ประการที่ 4 ทางเลือกหลังการพิจารณาคดี (Post-Sentensing Alternatives) มาตรการทางเลือกภายหลังการพิจารณาคดีหรือภายหลังการจำคุก เช่น แผนการปล่อยตัวก่อนกำหนดแบบมีเงื่อนไข โดยผู้กระทำผิดจะต้องเข้ารับการบำบัดความผิดปกติจากการใช้ยาในชุมชนหรือเว้นจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการได้รับอภัยโทษ ตัวอย่างประเทศที่ใช้ทางเลือกหลังการพิจารณาคดี เช่น ออกเตรเลีย เบลเยียม เช็ก เดนมาร์ก ลักเซมเบิร์ก โคลอมเบีย เยอรมนี อิตาลี ญี่ปุ่น ลัตเวีย เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ นิการากัว และฟิลิปปินส์[108] สำหรับทางเลือกหลังการพิจารณาคดีนี้สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานกระทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยในคดีที่เป็นความผิดร้ายแรงซึ่งมีโทษจำคุกและผู้ขับขี่ได้รับโทษมาเป็นระยะเวลานานพอสมควรแล้ว ผู้นั้นอาจได้รับโอกาสในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู ณ ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งช่วยลดความแออัดในเรือนจำและส่งเสริมผู้กระทำความผิดในการกลับเข้าสู่สังคมได้เร็วยิ่งขึ้น

ทฤษฎีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

เนื่องจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มุ่งเน้นศึกษาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประกอบด้วยสารที่สามารถบริโภคได้อย่างถูกกฎหมาย และสารซึ่งถือเป็นยาเสพติดต้องห้ามที่มีอัตราโทษสูงสำหรับผู้เสพ ดังนั้นการศึกษาวิเคราะห์การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในบริบทของการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารเหล่านี้ จึงเป็นแนวทางที่ช่วยสร้างสมดุลระหว่างการจัดการกับปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลและ

---

[108] UNODC, **Alternatives to conviction or punishment available for people who use drugs and with drug use disorders in contact with the criminal justice system,** United Nations Office on Drugs and Crime, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/res/drug-prevention-and-treatment/publications_html/Report_on_NVs_on_Alternatives_to_Incarceration_FINAL_0609221.pdf.

การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ขับขี่ โดยศูนย์เฝ้าระวังยาและยาเสพติดแห่งยุโรป (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) ได้ให้แนวทางรวมถึงนิยามในการจัดการปัญหาความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้ 1) การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalisation) หลักการของการลดทอนความเป็นอาชญากรรม คือ การลดทอนสถานะความเป็นอาชญากรรมของกฎหมายอาญาออกไปจากสิ่งที่กระทำหรือบังคับอยู่ หมายความว่าการกระทำบางอย่างจะไม่ถือเป็นความผิดทางอาญาอีกต่อไป โดยมักนำมาปรับใช้กับการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการได้มา การครอบครอง หรือการเสพ อย่างไรก็ตาม การลดทอนความเป็นอาชญากรรมยังคงถือว่าผู้ละเมิดบทบัญญัติดังกล่าวเป็นผู้กระทำผิดกฎหมาย แต่จะไม่มีการลงโทษทางอาญาอีกต่อไป ทั้งนี้ผู้กระทำผิดอาจได้รับโทษทางปกครอง โทษปรับ โทษพักใช้ใบอนุญาต หรือโทษสำหรับการว่ากล่าวตักเตือนอยู่ ตัวอย่างยาเสพติดที่มีการปรับเปลี่ยนตามหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalisation) ในหลายประเทศ คือ กัญชา โดยการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจะช่วยให้ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารเหล่านี้ถูกลงโทษ เช่น โทษพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ โทษปรับ ริบทรัพย์สิน หรือมาตรการคุมประพฤติเพื่อช่วยเหลือสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งไม่เป็นการลงโทษทางอาญาแต่มุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น, 2) การทำให้ถูกกฎหมาย (Legalisation) เป็นแนวทางตรงกันข้ามกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรม คือ การกำหนดให้การกระทำบางอย่างเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย จากเดิมซึ่งถูกกำหนดให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายและถูกห้ามหรือควบคุมอย่างเข้มงวด โดยมักบังคับใช้กับการจัดหา การผลิต หรือการขายยาเสพติดเพื่อการใช้งานที่ไม่ใช่วัตถุประสงค์ทางการแพทย์ภายใต้การควบคุมของรัฐ ตัวอย่างที่พบได้บ่อย คือ การอนุญาตให้บริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ภายใต้การบริหารจัดการและการกำหนดระเบียบโดยรัฐ ทั้งนี้ผู้กระทำผิดยังคงต้องได้รับโทษในบางกรณีซึ่งเป็นการละเมิดต่อกฎหมายอาญา เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ของเยาวชน และการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แม้ว่าแอลกอฮอล์จะเป็นสิ่งที่สามารถบริโภคได้อย่างถูกกฎหมายในหลายประเทศ แต่หากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดเช่นนี้จะถือว่ามีความผิดและต้องได้รับโทษ และ 3) การบริโภคยาเป็นความผิดในตัวเอง (Drug Consumption Per Se) เป็นแนวคิดทางกฎหมายที่กำหนดให้การเสพยาเสพติด เช่น การสูบ การฉีด การสูดดม หรือการกลืนยาเสพติดเข้าไปถือเป็นอาชญากรรม แต่จะมีบทกำหนดโทษที่แตกต่างจากความผิดฐานครอบครอง ปลูก ขนส่ง หรือจัดหายาเสพติด โดยหลักการบริโภคยาเป็นความผิดในตัวเองนี้มีการบังคับใช้อยู่ทั่วไปกับยาเสพติดทุกกลุ่มในหลายประเทศของสหภาพยุโรป โดยการเสพยาเสพติดที่มีผลลดสมรรถนะในการขับขี่ เช่น ชะลอ

ปฏิกิริยาตอบสนอง และเกิดการตัดสินใจที่ล่าช้า เช่นนี้ผู้ขับขี่จะต้องได้รับโทษทั้งในส่วนของการบำบัดรักษา การยึดใบอนุญาตขับขี่ หรือการรับโทษทางอาญา[109]

หลักการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน

หลักการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน (Strengthening Road Safety Legislation) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกเสนอว่า การตรากฎหมายและกฎระเบียบด้านความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพนั้นสามารถลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้ใช้รถใช้ถนนได้ อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมาย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจบริบทของการนำกฎหมายไปบังคับใช้ ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้ให้ข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน ผ่านกระบวนการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ 1) พระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา (Act or Decree) ซึ่งบังคับใช้โดยหน่วยงานด้านกฎหมายของประเทศ, 2) ข้อบังคับหรือกฎ (Regulation or Rule) หมายถึง กฎหมายที่กำหนดหรือชี้แจงเพิ่มเติมจากกฎหมายแม่บท, 3) เทศบัญญัติหรือกฎหมายท้องถิ่น (Ordinance or By-Law) หมายถึง กฎหมายระดับเทศบาลหรือที่ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นสร้างขึ้น และ 4) มาตรฐาน (Standard) หมายถึง เอกสารทางเทคนิคที่ระบุข้อกำหนดด้านความปลอดภัยขั้นต่ำซึ่งบังคับใช้ทั่วประเทศ[110]

การประเมินกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ขั้นการกำหนดหน่วยงานระดับชาติและระดับรัฐหรือจังหวัดที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนนตลอดจนบทบาทและความรับผิดชอบในการริเริ่มและบังคับใช้กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ, 2) ทำการทบทวนกฎหมายและระเบียบข้อบังคับด้านความปลอดภัยทางถนนที่มีอยู่ทั้งหมดของประเทศตลอดถึงการทบทวนร่างกฎหมายหรือการเตรียมการแก้ไขข้อกฎหมายใด ๆ ซึ่งอยู่ระหว่างรอการประกาศใช้, 3) ทำการประเมินช่องว่างของกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ และ 4) ประเมินความครอบคลุมของกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ[111]

---

[109] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), **Decriminalisation in Europe? Recent developments in legal approaches to drug use: an ELDD comparative study,** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2566 จาก https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/decriminalisation-europe-recent-developments-legal-approaches-drug-use-eldd-comparative-study_en.

[110] WHO, **Strengthening Road Safety Legislation: A Practice and Resource Manual for Countries** (Geneva: World Health Organization, 2013), p. 5.

[111] Ibid, p. 17.

ในส่วนนี้จะขอยกตัวอย่างการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับสูงสุดของความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของแต่ละภูมิภาคของโลก เช่น ประเทศบราซิลมีการประกาศใช้กฎหมายเมาแล้วขับฉบับแรกเมื่อปี ค.ศ. 1998 โดยผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถือว่ามีความผิด ต่อมาได้มีการศึกษาอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนในเมืองเซา-เปาโล พบว่าร้อยละ 39 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และร้อยละ 42 ของผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รัฐบาลบราซิลจึงได้ออกกฎหมายแห้ง (Dry Law) ในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2008 โดยทำการปรับลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กฎหมายอนุญาตจาก 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็น 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลของการบังคับใช้กฎหมายใหม่ส่งผลให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตลดลงอย่างมาก โดยระหว่างปี ค.ศ. 2001 ถึง 2010 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรต่อเดือนในแต่ละรัฐลดลงร้อยละ 7.2 ถึง 16 ในขณะที่การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลดลงร้อยละ 1.8 ถึง 2.3 อย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวยังคงให้สิทธิแก่ผู้ขับขี่ในการปฏิเสธการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดซึ่งทำให้กระบวนการลงโทษทางอาญาไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างเต็มที่ ต่อมารัฐบาลบราซิลจึงได้แก้ไขกฎหมายอีกครั้งในเดือนธันวาคม ค.ศ 2012 เพื่ออนุญาตให้เจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถใช้หลักฐานอื่น เช่น อาการทางคลินิก หรือการบันทึกวิดีโอ เพื่อประกอบการแจ้งข้อหาในความผิดฐานดื่มแล้วขับ และกำหนดให้การมีแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย รวมถึงการเพิ่มอัตราค่าปรับเป็น 2 เท่าจากอัตราเดิมที่ประกาศในปี ค.ศ. 1998[112]

อีกหนึ่งตัวอย่างประเทศที่มีการพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่ได้ผล คือ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งได้ริเริ่มดำเนินโครงการจัดการกับอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแล้วขับอย่างยั่งยืนตั้งแต่กลางทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา โดยมีการรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับผลเสียของแอลกอฮอล์และนำไปสู่การบัญญัติกฎหมายซึ่งกำหนดระดับความเข้มข้นสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ หลังจากนั้นจึงมีการบังคับใช้กฎหมายโดยการใช้กำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวนมากในช่วงทศวรรษ 1980 ในการทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) สำหรับผู้ขับขี่ นอกจากนี้ยังมีการจัดมาตรการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ การประกาศในชุมชน การจัดกิจกรรมชุมชน การออกใบอนุญาตและควบคุมการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งยังมีการติดตามผลการปฏิบัติงานโดยการตรวจเลือดผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่าในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมามีการเกิดอุบัติเหตุจราจรซึ่งเป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ลดลงประมาณครึ่งหนึ่งจากร้อยละ 44 ในปี ค.ศ. 1981 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2017

---

[112] WHO, **Global status report on road safety 2018** (Geneva: World Health Organization, 2018), p. 35.

และทัศนคติของชุมชนที่มีต่อการดื่มแล้วขับได้เปลี่ยนไปอย่างมาก กล่าวคือ ชุมชนมองว่าการดื่มแล้วขับเป็นพฤติกรรมของการขาดความรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นสิ่งที่รับไม่ได้[113]

อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น เศรษฐกิจ สังคม ขีดความสามารถ และการเมืองของประเทศ วิธีการหนึ่งซึ่งช่วยบรรเทาปัญหาความปลอดภัยทางถนน คือ ผู้บังคับใช้กฎหมายต้องแน่ใจว่าข้อบังคับหรือกฎหมายได้รับการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าจะดำเนินการบังคับใช้อย่างไรและใครจะต้องรับผิดชอบในการบังคับใช้ โดยมาตรการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบก ได้แก่ 1) การบังคับใช้ความเร็วคงที่ (Stationary Speed Enforcement), 2) การลาดตระเวน (Patrolling), 3) การลดระดับสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือด (Reducing the Blood Alcohol Limit), 4) การสุ่มตรวจลมหายใจ (Breath Testing at Random), 5) การบังคับใช้กฎหมายเมาแล้วขับ (Drunk-Driving Enforcement), 6) การคาดเข็มขัดนิรภัย (Seat Belt Enforcement), 7) การติดตั้งกล้องจับความเร็ว (Speed Cameras), 8) การติดตั้งกล้องบริเวณสัญญาณไฟแดง (Red Light Cameras), 9) การกำหนดโทษปรับ พักใช้ใบอนุญาต และจำคุก (Fines, License Suspension, Imprisonment), 10) จดหมายเตือน (Warning Letters), 11) ระบบหักคะแนน (Demerit Point System) และ 12) การพักใช้ใบอนุญาตขับรถ (Driving License Suspension)[114]

การจ่ายค่าปรับในที่เกิดเหตุเป็นวิธีการหนึ่งของการลงโทษซึ่งมีประสิทธิผลสำหรับผู้ขับขี่ที่ละเมิดกฎจราจร อย่างไรก็ตามยังคงมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันในเรื่องดังกล่าว ในขณะที่การพักใช้ใบอนุญาตของผู้ขับขี่ที่ตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดไม่ผ่านโดยไม่จำเป็นต้องนำคดีเข้าสู่ศาล พบว่าช่วยลดจำนวนการชนที่ร้ายแรงได้ ส่วนระบบหักคะแนนซึ่งเป็นเทคนิคที่ผู้ขับขี่จะถูกประเมิน ณ จุดตรวจเมื่อกระทำความผิดร้ายแรงหรือเกิดการชน จะถูกนำมาใช้ลงโทษเมื่อการกระทำนั้นเกินค่าวิกฤติซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ แม้ว่าวิธีการนี้จะไม่ได้ช่วยลดการชนแต่การลงโทษอื่น ๆ เช่น จดหมายเตือน การลงโทษให้เข้าร่วมหลักสูตรปรับปรุงการขับขี่ และการระงับใบอนุญาต สามารถลดการชนได้ถึงร้อยละ 10[115]

ภายใต้หลักการนี้มีการใช้กลยุทธ์หลายอย่างเพื่อป้องกันและควบคุมความบกพร่องในการขับขี่ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคทั่วโลก ได้แก่ ประการที่ 1 การใช้กฎหมายและข้อบังคับ

---

[113] GRSP, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership 2022), p. 16.

[114] WHO, **Strengthening Road Safety Legislation: A Practice and Resource Manual for Countries** (Geneva: World Health Organization, 2013), pp. 26-27.

[115] Ibid, p 29.

โดยกำหนด 1) วิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิผลดีที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การกำหนดขีดจำกัดความเข้มข้นของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่เหมาะสม โดยมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, 2) การสร้างบทลงโทษอย่างสมเหตุสมผลสำหรับผู้กระทำความผิดที่ขับขี่รถภายใต้อิทธิพล ได้แก่ ประการแรก การเพิกถอนหรือระงับใบอนุญาต ซึ่งเป็นการนำผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูงออกไปจากทางหลวงสาธารณะได้อย่างรวดเร็ว ประการที่สอง คือ การกำหนดโทษปรับที่เหมาะสมและการขึ้นราคาแอลกอฮอล์ ประการที่สาม คือ การบังคับใช้การประสานการจุดระเบิดด้วยแอลกอฮอล์ (Alcohol Ignition Interlocks) หมายความว่า ผู้ขับขี่ต้องทำการทดสอบแอลกอฮอล์ทางลมหายใจก่อน หากปรากฏค่าเป็นลบจึงจะสามารถติดเครื่องยนต์ได้ และประการสุดท้าย คือ การกำหนดหลักสูตรการบำบัดยาเสพติดที่เหมาะสมม และ 3) การบัญญัติกฎหมายการขับขี่ที่บกพร่องสำหรับวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น กฎหมายว่าด้วยอายุขั้นต่ำในการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายที่ไม่อนุญาตให้ผู้ขับขี่อายุน้อยมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และกฎหมายการออกใบอนุญาตขับขี่แบบเป็นระดับ (Graduated Driver Licensing Laws) สำหรับผู้ขับขี่ที่อายุน้อย[116]

ประการที่ 2 เครื่องมือสนับสนุนนโยบาย เช่น การตลาดทางสังคมและการศึกษาสาธารณะ (Social Marketing and Public Education) โดยการรณรงค์ทางสื่อมวลชนได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้รถใช้ถนนเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับหรือผู้ใช้ถนนในฐานะคนเดินถนน ในขณะที่การให้ความรู้แก่สาธารณะยังสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยและสร้างแรงจูงใจในการสร้างความปลอดภัยเมื่อจำเป็นต้องใช้ถนน และ การเพิ่มโอกาสในการตรวจจับการขับขี่ที่บกพร่อง คือ 1) การทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) ซึ่งใช้ได้ผลในออสเตรเลีย สวีเดน และอีกหลายประเทศทั่วโลก วิธีการนี้จะให้อำนาจตำรวจในการสุ่มหยุดรถบนท้องถนนและทดสอบลมหายใจกับผู้ขับขี่, 2) การใช้ “จุดตรวจสอบความสงบเรียบร้อย” (Sobriety Checkpoint) ในบางประเทศ ซึ่งยานพาหนะจะถูกสั่งให้หยุด ณ จุดตรวจ โดยผู้ขับขี่ไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบลมหายใจ เจ้าหน้าที่ด่านตรวจจะต้องสัมภาษณ์เพื่อพิจารณาว่าผู้ขับขี่มีระดับการรู้สติบกพร่องหรือไม่ หากมีหลักฐานว่ามีความบกพร่อง ผู้ขับขี่จะต้องเข้ารับการทดสอบเพื่อตรวจหาความบกพร่องก่อนที่จะถูกส่งตัวไปยังสถานีตำรวจ, 3) ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดในการใช้การสุ่มตรวจลมหายใจและการตั้งด่านตรวจ ควรพิจารณาใช้ “การลาดตระเวนอิ่มตัว” (Saturation Patrols) ซึ่งเป็นลักษณะของการลาดตระเวนโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจในจำนวนที่มากกว่า

---

[116] Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), **Strategies to Tackle the Issue of Impaired Driving for Road Safety in the Asia- Pacific Region: Implementation Framework,** (Bangkok: United Nations, 2019), pp. 13-15.

ปกติ และ 4) การบังคับใช้กฎหมายทั้งหมดจะต้องถูกนำมาปรับใช้อย่างกว้างขวางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด[117]

ประการที่ 3 มาตรการลงโทษผู้กระทำความผิดซึ่งมีความบกพร่องในการขับขี่ คือ 1) การแยกผู้ดื่มออกจากการขับขี่ ได้แก่ การใช้ระบบกักกันที่บ้านพร้อมระบบควบคุมอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด นับเป็นเทคโนโลยีใหม่ในการแยกผู้กระทำความผิดที่ดื่มสุราออกจากการขับรถ โดยกำหนดให้มีการทดสอบแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเมื่อต้องทำการติดเครื่องยนต์ วิธีนี้สามารถป้องกันผู้กระทำผิดไม่ให้สามารถขับขี่ยานพาหนะได้ในขณะที่กำลังมีระดับการรู้สติบกพร่อง, 2) บทลงโทษสำหรับการใช้ยานพาหนะ ในหลายประเทศได้มีการออกกฎหมายเพื่อจำกัดการขับขี่ที่ผิดกฎหมายด้วยการยึดรถของผู้กระทำความผิด นโยบายดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ นโยบายการยึดหรืออายัดรถ และนโยบายการยึดแผ่นป้ายทะเบียนรถยนต์ และ/หรือการติดตั้งแผ่นป้ายทะเบียนพิเศษบนรถของผู้กระทำความผิดที่ฝ่าฝืนทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ 3) การรักษาที่เหมาะสมต่อการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่น เทคนิคนี้ประกอบด้วยวิธีการ คือ การจัดหลักสูตรการศึกษาอบรมจำนวน 10 ถึง 12 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดื่มและการดื่มแล้วขับ เพื่อหลีกเลี่ยงการละเมิดการขับขี่ภายใต้อิทธิพลในอนาคต การจัดโครงการแทรกแซงโดยสังเขป (Brief Intervention Programs) ร่วมกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา และการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษาแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่ม โดยมีระยะเวลาในการรักษาทั่วไปประมาณ 3 ถึง 6 เดือน[118]

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุษา บิ้กกิ้นส์ (2556) ทำการศึกษาพฤติกรรมของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในด้านการเมาแล้วขับและการเปิดรับสื่อเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าจากการตอบแบบสอบถามจำนวน 1,011 ชุด ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับผู้ขับขี่ที่มีประสบการณ์เมาแล้วขับจำนวน 36 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ขับขี่ชายที่มีประสบการณ์เมาแล้วขับที่มีช่วงอายุเดียวกันกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 40 คน ผลการศึกษาระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเมาแล้วขับซึ่งเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ (วัยรุ่นชายช่วงอายุ 15 ถึง 25 ปี และพักอาศัยอยู่กับเพื่อน) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (ชอบความท้าทาย ดื่มสุราแล้วคึกคะนอง คิดว่าตนเองสามารถขับรถได้ขณะเมาสุรา กลัวรถหาย และคิดว่าตำรวจไม่เข้มงวด) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (ติดสุรา ไม่กลัวเมาและไม่มีความรู้สึกผิดต่อการเมาแล้วขับ) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (กลัวความ

[117] Ibid, pp. 16-19.

[118] Ibid, pp. 19-20.

รุนแรงของบทลงโทษแต่ไม่กลัวการกระทำผิดเนื่องจากคิดว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เข้มงวด ความสะดวกในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีพนักงานเชียร์เบียร์ในร้านอาหาร และธรรมเนียมการดื่มในชุมชน) และปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมเมาแล้วขับของเพื่อนสนิท (ถูกชักชวนจากเพื่อน และไม่กล้าปฏิเสธการดื่ม) ส่วนพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้ขับขี่ขณะมึนเมา พบว่าสื่อที่เปิดรับมากที่สุด คือ สื่อโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต มีการรับรู้สื่อสติ๊กเกอร์ โปสเตอร์ และป้ายประชาสัมพันธ์ ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ค่อยน่าสนใจสำหรับวัยรุ่น ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรใช้การรณรงค์ผ่านสื่อที่มีลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหวเน้นให้เห็นความน่ากลัวของอุบัติเหตุ อาจติดรูปภาพบริเวณขวดสุราหรือโต๊ะ หรือภายในร้านเหล้า เช่นเดียวกับการติดรูปภาพข้างซองบุหรี่[119]

พงศ์ปิยะ ยอดสุรางค์ (2560) ทำการศึกษามาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้ขับขี่ที่เมาสุราตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ พบว่าควรได้มีการปรับปรุงแก้ไข พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 (2) ดังนี้ 1) สำหรับผู้ขับขี่ซึ่งขับรถในขณะเมาสุราและเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ควรเปลี่ยนข้อหาเป็น “ฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา” ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 290, 2) ควรปรับลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดให้มีค่าไม่เกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ขับขี่ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ครั้งแรก ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และกลุ่มผู้ขับขี่รถสาธารณะ, 3) ควรเพิ่มโทษปรับให้สูงขึ้นสำหรับผู้ขับขี่ที่ไม่ยินยอมทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยวิธีต่าง ๆ และจัดให้มีการตรวจวัดแอลกอฮอล์เพียงครั้งเดียว, 4) ควรกำหนดระยะเวลาการกักตัวผู้ขับขี่เพื่อทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 ชั่วโมง หากครบกำหนดให้ปล่อยตัวไปในทันที, 5) ให้ใช้บทสันนิษฐานในเบื้องต้นว่าผู้ขับขี่เป็นผู้ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด หากผู้นั้นไม่ยินยอมเข้ารับการทดสอบโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร, 6) ควรจัดให้มีเครื่องทดสอบแอลกอฮอล์ในเบื้องต้นโดยไม่ต้องให้ผู้ขับขี่ลงจากรถ กรณีที่พบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดจึงเชิญผู้ขับขี่ลงมาทำการทดสอบไป, 7) ควรเพิ่มอัตราโทษตามมาตรา 43 (2) โดยผู้ขับขี่ในขณะเมาสุราควรได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และพักใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ และ 8) ควรเพิ่มมาตรการเสริม ได้แก่ การติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันการขับขี่ขณะเมาสุรา (Ignition Interlock Device) กับผู้ที่เคยกระทำผิดในข้อหาเมาแล้วขับ ควรเพิ่มเติมข้อหาการปฏิเสธการตรวจวัดแอลกอฮอล์ไว้โดยตรง ควรเพิ่มบทบัญญัติเรื่องการมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งภาชนะถูกเปิดออกไว้ในครอบครองในยานพาหนะ ควรจัดตั้งศาลชำนัญพิเศษสำหรับพิจารณาคดีจราจร และในช่วงเทศกาล

---

[119] อุษา บิ้กกิ้นส์, “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเมาแล้วขับและการเปิดรับสื่อของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตกรุงเทพมหานคร”, **สุทธิปริทัศน์** 27, 82 (เมษายน - มิถุนายน 2556): 42, 54-56.

ควรมีการออกรายงานการตรวจวัดแอลกอฮอล์พร้อมลงลายมือชื่อผู้ทำการตรวจ ยศ ตำแหน่ง วัน เวลา และสถานที่ตรวจวัด พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อผู้ขับขี่และหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก และมอบเอกสารดังกล่าวแก่ผู้ขับขี่เพื่อใช้ในการแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ในจุดตรวจอื่นต่อไป[120]

กัตติกา รอดเส็ง (2563) ทำการศึกษาปัญหาทางกฎหมายของความรับผิดชอบของผู้ขับขี่ขณะเมาสุราและผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่าประเทศไทยยังขาดความเข้มงวดในด้านการกำหนดบทลงโทษที่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้ผู้ขับขี่เกิดความเกรงกลัว และไม่มีการบัญญัติโทษสำหรับผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้ขับขี่ เช่น ผู้โดยสาร ผู้ไหว้วานหรือร้องขอให้ผู้อื่นขับขี่ยานพาหนะทั้งที่ตนรู้อยู่แล้วว่าผู้นั้นเมาสุรา ตลอดถึงผู้ให้ยืมยานพาหนะ ผู้วิจัยเสนอให้มีการแก้ไขโทษให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ขับขี่เกิดความสำนึกในการกระทำ รวมถึงกำหนดโทษสำหรับผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ด้วย[121]

เฉลิมฤทธิ์ สามาดี และคณะ (2564) ทำการศึกษามาตรการบังคับใช้ทางกฎหมาย กรณีเมาสุราแล้วขับรถจนเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย พบว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เป็นไปตามหลักสากลทั้งในด้านการควบคุมการเมาแล้วขับ การควบคุมการจำหน่ายและการดื่มแอลกอฮอล์ และมีการเพิ่มโทษสำหรับผู้ขับขี่ที่เมาสุรา ผู้วิจัยเห็นว่าการเพิ่มโทษให้สูงขึ้นจะเป็นการช่วยยับยั้งการกระทำความผิดซ้ำเนื่องจากกฎหมายในขณะที่ทำการศึกษาวิจัยนั้นมีอัตราโทษไม่เหมาะสม จึงเสนอว่าควรมีการแก้ไขปรับปรุง พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยให้ถือว่าการขับรถในขณะเมาสุราไปชนผู้อื่นถึงแก่ชีวิต ควรมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ร่วมกับมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ คือ 1) เพิ่มอัตราโทษสำหรับผู้ขับขี่รถขณะเมาสุรา ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี, 2) เพิ่มโทษแก่ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่จัดหายานพาหนะ หรือผู้ไหว้วานให้ผู้อื่นขับรถในขณะเมาสุรา และ 3) เพิ่มโทษให้สัมพันธ์กับปริมาณของแอลกอฮอล์ในเลือดและจำนวนครั้งของการกระทำความผิด[122]

ปิติพัฒน์ อยู่เย็นนันทกุล และคณะ (2564) ทำการศึกษาปัญหาการตรวจสารเสพติดในผู้ขับขี่ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ โดยเป็นการวิจัยเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ดังนี้ 1) ยกเลิก

---

[120] พงศ์ปิยะ ยอดสุรางค์, “มาตรการบังคับทางกฎหมาย กรณีผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุรา ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522”, **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร** 7, 2 (พฤษภาคม - ตุลาคม 2559): 49-50.

[121] กัตติกา รอดเส็ง, “ปัญหาทางกฎหมายในการกำหนดโทษบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ขับขี่ขณะเมาสุราตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522”, **วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์** 5, 3 (กันยายน - ธันวาคม 2563): 149, 153.

[122] เฉลิมฤทธิ์ สามาดี, บัณฑิต ขวาโยธา, และ ปรีชา พันธ์สีดา, “มาตรการในการบังคับใช้ทางกฎหมาย กรณีศึกษาเมาสุราแล้วขับรถบนท้องถนน เป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522”, **วารสารปัญญาปณิธาน** 6, 1 (มกราคม - มิถุนายน 2564): 147-148, 158.

ข้อกำหนดกรมตำรวจ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่ ประกาศเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2537 (ปัจจุบันถูกยกเลิกไปแล้ว), 2) ยกเลิกบทบัญญัติมาตรา 43 ทวิ และให้การเสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นถือเป็นความผิด เว้นแต่เป็นการเสพเพื่อรักษาโรค และ 3) ให้ตำรวจทุกสายงานและเจ้าพนักฝ่ายปกครองมีอำนาจจับกุมผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทซึ่งเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 5 ยกเว้นผู้ขับขี่ที่เสพยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ซึ่งเสพเพื่อรักษาโรคตามคำสั่งของแพทย์หรือทันตแพทย์[123]

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่มีมาก่อนหน้า พบว่ามีการศึกษาในด้านการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเมาแล้วขับ พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ การเพิ่มความรุนแรงของบทลงโทษแก่ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร ผู้ไหว้วานหรือร้องขอให้ทำการขับขี่ ผู้จัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ให้ยืมใช้ยานพาหนะ การปรับลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่เฉพาะกลุ่ม การกำหนดระยะเวลาการกักตัวผู้ขับขี่เพื่อทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ให้มีความชัดเจน การใช้บทสันนิษฐานว่าผู้ขับขี่ย่อมมีความผิดหากไม่ยินยอมตรวจแอลกอฮอล์โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร การเพิ่มโทษให้แปรผันตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและจำนวนครั้งของการกระทำความผิด การยกเลิกข้อกำหนดของกรมตำรวจในเรื่องกำหนดชื่อและประเภทของวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่ การใช้มาตรการเสริมเพื่อป้องกันการกระทำความผิด และการขยายขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายจราจรกับยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นนอกจากแอลกอฮอล์

ดังนั้นวิทยานิพนธ์ที่จะทำการศึกษานี้จึงมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมมาแล้วในประเด็นต่อไปนี้ ประการที่ 1 ยังไม่มีงานวิจัยใดทำการศึกษาปัญหาเชิงนโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาอำนาจของหน่วยงานในการควบคุมและกำกับดูแลผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท วิทยานิพนธ์นี้จึงจะได้ทำการศึกษาสภาพปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมของนโยบายในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ปลอดภัยต่อสาธารณะในประเทศไทย

ประการที่ 2 ยังไม่มีงานวิจัยใดทำการศึกษาปัญหามาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยในประเด็นความไม่ชัดเจนของนิยาม

---

[123] ปิติพัฒน์ อยู่เย็นนันทกุล, สุระทิน ชัยทองคำ, และ คมสัน สุขมาก, “ปัญหาการตรวจสารเสพติดในร่างกายของผู้ขับขี่ ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522”, **วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์** 10, 1 (มกราคม - มีนาคม 2564): 210, 220.

ศัพท์ การบังคับใช้กฎหมาย และความยุ่งยากในการปรับบทตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายยาเสพติดในกรณีที่ไม่สามารถกำหนดฐานความผิดได้ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 หรือในกรณีที่พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดให้ปรับบทความผิดตามกฎหมายฉบับอื่น วิทยานิพนธ์นี้จึงมุ่งทำการศึกษาสภาพปัญหาและหาแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมของมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่รถยนต์ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประการที่ 3 วิทยานิพนธ์นี้มุ่งทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาเซียน

ประการที่ 4 วิทยานิพนธ์นี้มุ่งทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียน

ประการที่ 5 วิทยานิพนธ์นี้มุ่งทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการบูรณาการกฎหมายระหว่างประเทศสมาชิกของอาเซียน รวมถึงกรอบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการบูรณาการ

ประการสุดท้าย วิทยานิพนธ์นี้มุ่งทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นของระดับแอลกอฮอล์และระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในเลือดที่ใช้ร่วมกันของอาเซียน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

แนวทางการดำเนินการวิจัยในบทนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในบทที่ 1 กล่าวคือ เพื่อศึกษาแนวคิดและทฤษฎีระดับสากลสำหรับส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน กฎหมายจราจรและนโยบายของประเทศไทย สหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพล อันนำไปสู่การเสนอมาตรการทางกฎหมายและแนวทางการกำหนดนโยบายของประเทศไทยและอาเซียนสำหรับควบคุมการขับขี่รถภายใต้อิทธิพล โดยในส่วนของแนวคิดและทฤษฎีนั้นได้กล่าวถึงไปแล้วในบทที่ 2 สำหรับเนื้อหาในบทที่ 3 จะเป็นการมุ่งเน้นในส่วนของวิธีการได้มาซึ่งองค์ความรู้ทั้งในรูปแบบของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการวิจัยเอกสาร โดยใช้กฎหมาย ตำรา คำพิพากษา บทความวิจัย บทความปริทัศน์ ทฤษฎี และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลจากฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ กระบวนการวิจัยเริ่มจาก ประการแรก ทำการค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน กฎหมายจราจรของไทย และนโยบายจราจรระหว่างประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประการที่สอง ทำการสรุปแนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และประการสุดท้าย คือ นำเสนอมาตรการทางกฎหมายจราจรแบบใหม่สำหรับประเทศไทยและนโยบายของอาเซียนซึ่งสามารถปรับปรุงความปลอดภัยทางถนนได้ โดยมีหัวข้อที่สำคัญในบทที่ 3 ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการรายงานผล การอภิปรายผล และการสรุปผลการวิจัยในบทที่ 4 และ 5 ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มตัวอย่างประเภทเอกสาร และกลุ่มตัวอย่างประเภทผู้เชี่ยวชาญซึ่งเข้าร่วมในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิจัยเอกสาร

แหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อการวิจัยเอกสารในงานวิจัยนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) หมายถึง ข้อมูลซึ่งเก็บมาจากแหล่งกำเนิดข้อมูลโดยตรง ทั้งในส่วนของการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของประเทศไทย

สหภาพยุโรป ประเทศสวีเดน และประชาคมอาเซียน ได้แก่ กฎหมาย นโยบาย แนวคิด รายงาน คำพิพากษา ทฤษฎี บทความวิจัยในส่วนของการสังเคราะห์ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ และเอกสารทางวิชาการอื่นซึ่งเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยตรงและมิได้เป็นการรวบรวมองค์ความรู้มาจากแหล่งข้อมูลอื่น

2) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) หมายถึง ข้อมูลซึ่งมิได้เก็บมาจากแหล่งกำเนิดข้อมูลโดยตรง แต่ได้มาจากสรุปสถิติ แนวคิด ทฤษฎี หรือข้อมูลอื่นใดอันมีลักษณะเป็นการรวบรวมในขั้นทุติยภูมิ ทั้งในส่วนของการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของประเทศไทย สหภาพยุโรป ประเทศสวีเดน และประชาคมอาเซียน ได้แก่ หนังสือ ตำรา บทความวิจัยในส่วนของการทบทวนวรรณกรรม บทความปริทัศน์ และเอกสารทางวิชาการอื่นซึ่งเป็นการนำเสนอข้อมูลในขั้นทุติยภูมิหรือเป็นการรวบรวมองค์ความรู้มาจากแหล่งข้อมูลอื่น

การสัมภาษณ์เชิงลึก

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ชื่อโครงการ กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน (Law for Preventing the Impact of Psychotropic Drugs and Driving on Public Safety in Thailand and ASEAN Community) เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSS 2.2/118/67 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited) กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มประชากรสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐ โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยใช้อาสาสมัครดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria)

– เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐซึ่งทำงานเกี่ยวข้องทางด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

– สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไป

– มีประสบการณ์ทำงานทางด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี

2. เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria)

– ผู้เกษียณอายุราชการหรือมิได้ปฏิบัติงานทางด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มาเป็นระยะเวลานานเกินกว่า 3 ปี

– เป็นผู้ถือหุ้นในบริษัท หรือองค์กร หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลิต หรือการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา ยาเสพติด หรือวัตถุออกฤทธิ์ประเภทอื่นตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ

– เป็นผู้กระทำความผิดฐานขับขี่รถขณะเมาสุราหรือยาเสพติดให้โทษภายในระยะเวลา 3 ปี

3. เกณฑ์การถอนอาสาสมัครหรือยุติการวิจัยก่อนกำหนด (Withdrawal or Discontinuation Criteria)

– อาสาสมัครไม่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย

– อาสาสมัครต้องการออกจากการวิจัยระหว่างการสัมภาษณ์ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

– อาสาสมัครตอบคำถามไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถตอบคำถามบางข้อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากที่ได้ทำการกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานวิจัยทั้งการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีเครื่องมือที่สำคัญดังนี้

การวิจัยเอกสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการค้นคว้าวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ฐานข้อมูลภายในประเทศไทย

ได้แก่ รายงาน หนังสือ ตำรา วิทยานิพนธ์ คำพิพากษาศาลฎีกา ทั้งในรูปแบบการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและการเผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรอิสระที่มีความน่าเชื่อถือทางด้านวิชาการ เช่น ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และบทความวิชาการจาก Thai Digital Collection (TDC) ฐานข้อมูลกฎหมายจากสำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา ฐานข้อมูลกฎหมายจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สถิติอุบัติเหตุจราจรจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ และข้อมูลสำมะโนประชากรจากสำนักทะเบียนกลาง

2. ฐานข้อมูลต่างประเทศ

ได้แก่ เอกสารทางวิชาการทั้งในรูปแบบการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและการเผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จากหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการหรือองค์กรระหว่างประเทศ เช่น

องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ สหภาพยุโรป และสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ฐานข้อมูลกฎหมายจากเว็บไซต์ของส่วนราชการหรือองค์กรอิสระในแต่ละประเทศ และฐานข้อมูลบทความด้านกฎหมายและการแพทย์ระดับนานาชาติที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสูง เช่น Westlaw, PubMed, ScienceDirect และ Scopus

การสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นเชิงลึกจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อการบูรณาการความรู้จากข้อมูลที่ได้ศึกษามาก่อนหน้านี้ และนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัยบนท้องถนนและกฎหมายจราจรสำหรับประเทศไทยและอาเซียนในแง่ของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล โดยใช้การออกแบบประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 10 ประเด็นดังนี้

1) ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

2) ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

3) ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

4) ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

5) ระดับความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน

6) มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

7) แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนสากล เพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย โดยเฉพาะบริเวณจุดตรวจผู้ขับขี่ สถานที่เกิดเหตุ และขณะขับขี่ยานพาหนะ

8) อัตราโทษที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

9) วิธีการคุมประพฤติที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

10) แนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวมรวบข้อมูลทั้งในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์และหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนมีรายละเอียดดังนี้

การวิจัยเอกสาร

ภายหลังจากที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมแล้ว เอกสารทั้งหมดจะต้องได้รับการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลก่อน โดยเอกสารจากหน่วยงานเอกชนซึ่งมีส่วนได้เสียกับการรายงานข้อความในเอกสารนั้น ๆ หรือเอกสารจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือน้อย เช่น รายงานข่าวซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ แหล่งข้อมูลซึ่งไม่ปรากฏนามผู้แต่งแน่ชัด หรือแหล่งข้อมูลจากผู้แต่งซึ่งมิได้เป็นองค์กรระดับชาติหรือนานาชาติ เช่นนี้จะได้รับการคัดออกจากการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์สารัตถะโดยตลอดทั้งเอกสารแล้วคัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ทำการศึกษาเพื่อนำมารวบรวมไว้ในดุษฎีนิพนธ์ กรณีที่เอกสารดังกล่าวได้รับการเขียนด้วยตัวอักษรในภาษาราชการของต่างประเทศซึ่งมิใช่ตัวอักษรภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยจะทำการแปลข้อความดังกล่าวด้วยโปรแกรมแปลภาษาและโปรแกรมตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ เช่น Google Translate, QuillBot, Grammarly และ ChatGPT เพื่อให้ข้อความเหล่านั้นสามารถอ่านได้เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษเสียก่อน แล้วจึงตรวจทานความถูกต้องของข้อความที่ได้รับการแปลนั้นอีกครั้ง

การสัมภาษณ์เชิงลึก

รูปแบบและขั้นตอนการสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้เป็นการดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยทำการติดต่อขอเข้าทำการสัมภาษณ์พร้อมหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย และขออนุญาตบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เริ่มถามคำถามในแต่ละประเด็นแล้วให้อาสาสมัครตอบตามความคิดเห็นของอาสาสมัคร ทำการสัมภาษณ์จนครบตามชุดคำถามที่ได้เตรียมไว้ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อขอเข้าทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครล่วงหน้าก่อนวันสัมภาษณ์จริง
2) ผู้วิจัยแจ้งให้อาสาสมัครรับทราบรายละเอียดของงานวิจัย

3) ผู้วิจัยเริ่มทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัยบนท้องถนนและกฎหมายจราจรสำหรับประเทศไทยและอาเซียน โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อการสัมภาษณ์อาสาสมัคร 1 ราย ผ่านการประชุมออนไลน์

4) ผู้วิจัยทำการบันทึกภาพและเสียง และสรุปความจากการสัมภาษณ์มาเป็นตัวอักษร แล้วบันทึกข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์และสำรองข้อมูลไว้ในระบบสำรองข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีเพียงผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลการสัมภาษณ์ได้

5) หลักฐานการบันทึกภาพและเสียงรวมถึงข้อมูลการสัมภาษณ์อันสามารถระบุอัตลักษณ์ของอาสาสมัครได้ จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 1 ปีนับจากวันที่ได้รับอนุมัติสำเร็จการศึกษา จากนั้นหลักฐานทั้งหมดจะได้รับการทำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้ขอบเขตการวิจัยซึ่งระบุไว้ในบทที่ 1 โดยมีการกำหนดประเด็นในการศึกษาวิจัยซึ่งจะได้กล่าวถึงในบทที่ 4 ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

นำข้อมูลที่ถอดความแล้วจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์จุดร่วมและจุดต่างทางความคิดของอาสาสมัครแต่ละรายซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยวิเคราะห์ประเด็นย่อยทั้งหมดซึ่งได้กำหนดไว้ในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” พร้อมกับอธิบายเหตุผลที่แสดงออกมาซึ่งความคิดเห็นเหล่านั้น อันนำไปสู่การปรับเข้ากับการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนหน้าเพื่อทำการเสนอมาตรการทางกฎหมายจราจรแบบใหม่สำหรับประเทศไทยและนโยบายของอาเซียนในด้านการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยทางถนน

นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยต่อการขับขี่ปลอดภัย

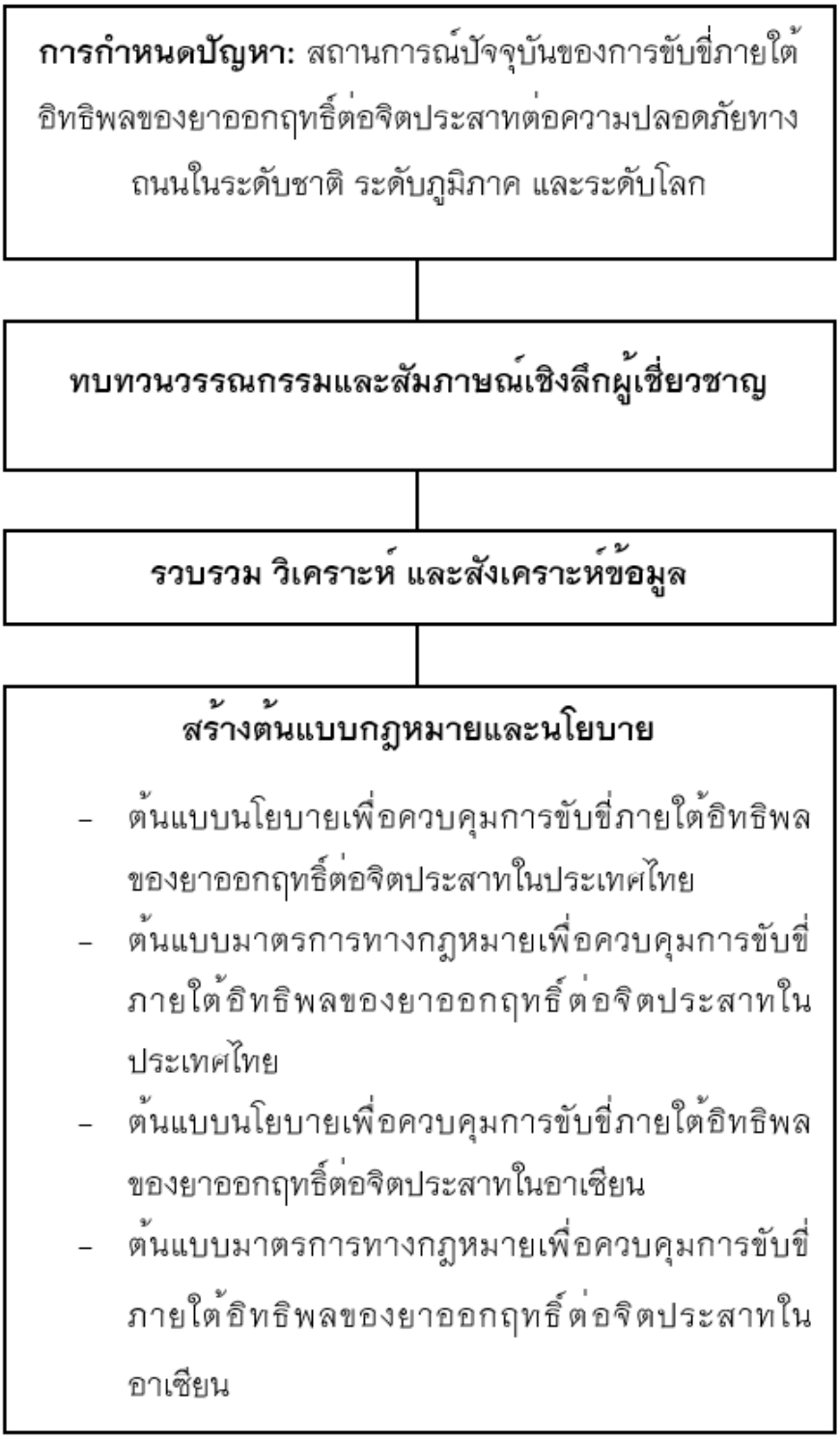
ทำการวิเคราะห์ข้อบกพร่องของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทย ข้อมูลแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของต่างประเทศ จากนั้นจึงทำการเปรียบเทียบนโยบายของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี และการพัฒนานโยบายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย

ทำการวิเคราะห์กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การปรับปรุงกฎหมายและคำนิยาม “ของเมาอย่างอื่น” การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ การกำหนดอัตราโทษ การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติ และแนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย

จากนั้นจึงทำการนำเสนอแนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

ผลการศึกษาวิจัยนโยบายและกฎหมายของอาเซียน

ทำการวิเคราะห์หลักการพื้นฐานและนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน นโยบายอาเซียนต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเปรียบเทียบกับหลักสากล ทิศทางการพัฒนานโยบายของอาเซียนต่อความปลอดภัยบนถนน กลไกทางกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนเปรียบเทียบสหภาพยุโรป การพัฒนากรอบกฎหมายของอาเซียน และแนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน เพื่อนำไปสู่การนำเสนอแนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียนต่อไป ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนกระบวนการทำวิจัย

ที่มา: ผู้วิจัย

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

สาระสำคัญที่จะได้กล่าวถึงในบทนี้ คือ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิจัยเอกสาร เพื่อตอบสมมติฐานการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัญหาการขาดนโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ และปัญหาช่องว่างทางกฎหมายจราจรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย จึงได้ทำการศึกษาข้อบกพร่องของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทย การจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี ทำการเปรียบเทียบนโยบายของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี และศึกษากฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี, 2) ปัญหาการขาดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน จึงได้ทำการศึกษาหลักการพื้นฐานและนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน นโยบายอาเซียนต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเปรียบเทียบกับหลักสากล ทิศทางการพัฒนานโยบายของอาเซียนต่อความปลอดภัยบนถนน และกลไกทางกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนเปรียบเทียบสหภาพยุโรป โดยมุ่งเน้นในประเด็นกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่กฎหมายกำหนด การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ และมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ และ 3) ปัญหาความแตกต่างด้านมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสมาชิกอาเซียน จึงได้ทำการศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการขับขี่ข้ามแดน และความจำเป็นในการบูรณาการกฎหมายของอาเซียน เพื่อนำเสนอแนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยและอาเซียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐจำนวน 2 ราย เพื่อยืนยันสภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน พบว่ามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

รายละเอียดวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ให้สัมภาษณ์	
	รายที่ 1	**รายที่ 2**
อายุ (ปี)	34	39
เพศ	ชาย	ชาย
อาชีพ	พนักงานมหาวิทยาลัย	พนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง	อาจารย์	รองศาสตราจารย์
หน่วยงาน	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ระดับการศึกษาสูงสุด	วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เทียบเท่าปริญญาเอก)	วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เทียบเท่าปริญญาเอก)
ประสบการณ์ทำงานด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลภายหลังสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด (ปี)	5	10
วันที่สัมภาษณ์	13 เมษายน พ.ศ. 2567	19 เมษายน พ.ศ. 2567

ที่มา: ผู้วิจัย

1. ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ ให้ความเห็นว่าปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายที่ไม่ครอบคลุมแบบเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเพียงพอ โดยครอบคลุมเฉพาะแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เช่น กัญชา หรือยาทางการแพทย์อื่น ๆ ที่มีโอกาสออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้น ควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ สำหรับนโยบายที่ได้ยินติดหูมาเป็นระยะเวลานาน คือ นโยบาย “เมาไม่ขับ” ซึ่งคำว่า “เมาไม่ขับ” นั้นอาจทำการรวบรวมสารหลายชนิดเข้าไป และหากต้องการให้เกิดความครอบคลุมควรทำการขยายความคำว่า “เมาไม่ขับ” และสื่อสารให้ประชาชนรับทราบ

ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ความเห็นต่อนโยบายของประเทศไทยในเรื่องความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

1) การเข้าถึงแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่านโยบายสำหรับการควบคุมแอลกอฮอล์นั้นมีการจำกัดการซื้อขายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดอายุของผู้ซื้อและการห้ามการจำหน่ายแอลกอฮอล์ในวันสำคัญ ซึ่งสามารถช่วยได้ในระดับหนึ่ง ส่วนนโยบายสำหรับการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นพบว่า มีการควบคุมเฉพาะยาบางอย่างหรือสารที่ถูกจัดว่าเป็นยาเสพติด อย่างไรก็ดี สารกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงได้ง่ายทางอินเทอร์เน็ตแม้ว่าจะต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ก็ตามแต่ยังคงมีการลักลอบนำออกมาขายอยู่ โดยยาบางชนิดอาจมีความจำเป็นต้องใช้งานสำหรับผู้ป่วยแต่กลับมีผู้ลักลอบนำไปใช้งานในทางสันทนาการ หรืออาจเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ใช้ยาดังกล่าวเองแต่ยังไม่มีความพร้อมสำหรับการขับรถ

2) การรณรงค์การขับขี่อย่างปลอดภัย เช่น การรณรงค์เรื่องเมาไม่ขับ และการโฆษณาต่าง ๆ ซึ่งสื่อโฆษณาสมัยใหม่เหล่านี้สามารถเข้าถึงประชาชนได้ดีโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสพสื่อสังคมออนไลน์ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประชาชนบางส่วนที่ถึงแม้จะได้รับข้อมูลข่าวสารเหล่านี้แต่ยังคงเสพยาเสพติดเช่นเดิม

3) การตรวจขณะทำการขับขี่ พบว่าการตั้งด่านตรวจมีจำนวนมากพอสมควรซึ่งถือว่าเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นปัญหาในเรื่องการตั้ง “ด่านลอย” ว่าเป็นการกระทำโดยถูกกฎหมายหรือไม่ หรือในเรื่องของการ “ยัดยา” ซึ่งต้องยอมรับว่าการตั้งกฎเกณฑ์ขึ้นมาในสังคมย่อมต้องมีช่องว่างเกิดขึ้น จึงควรทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าวร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นและให้ความรู้แก่ประชาชนว่าด่านในลักษณะใดเป็นด่านจริงหรือเป็นมิจฉาชีพ การแสดงตนของเจ้าพนักงานต้องมีขั้นตอนและเอกสารประกอบที่ชัดเจน นอกจากนี้การตั้งด่านเองอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรได้ด้วยจึงควรพิจารณาในส่วนนี้ประกอบกัน

4) การก่อสร้างถนน พบว่าปัจจุบันมีความพยายามปรับโครงสร้างถนนอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงประสบปัญหาการก่อสร้างไม่แล้วเสร็จ หรือในบางจุดที่มักก่อให้เกิดอุบัติเหตุเป็นประจำ โดยเฉพาะบริเวณทางโค้ง ในกรณีเหล่านี้ควรจัดป้ายเตือน

5) การดำเนินงานภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อแจ้งเหตุ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานทางด้านการจราจรและหน่วยงานทางการแพทย์ซึ่งมีการติดต่อประสานงานระหว่างกันดี ส่วนการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลังจากเกิดอุบัติเหตุแล้วหากเป็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่นนี้จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมทำให้ผู้ขับขี่เกิดความตระหนักในประเด็นดังกล่าวมากขึ้น

2. ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ ให้ความเห็นว่าเนื่องจากประชาคมอาเซียนประกอบด้วยสมาชิกหลายประเทศและผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้มีความเข้าใจนโยบายของทุกประเทศอย่างถ่องแท้ แต่อาจเคยได้รับรู้นโยบายของบางประเทศมาบ้าง โดยประเทศอื่น ๆ ในอาเซียนอาจจะมีระดับหรือนิยามของสารเสพติดที่ไม่เหมือนกัน โดยสารบางชนิดอาจถูกกฎหมายในประเทศไทยแต่บางชนิดอาจผิดกฎหมายไทย ทำให้ยากแก่การประเมินว่าสารชนิดใดเหมาะสมจะทำการขับขี่ในประเทศอื่นหรือไม่

ความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่แต่ละประเทศในอาเซียนมีกรอบกฎหมายและคำนิยามเกี่ยวกับ “ยาเสพติด” หรือ “ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท” ซึ่งมีระดับการควบคุมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น กัญชา และกระท่อม ได้ถูกลดระดับจากการเป็นยาเสพติดตามกฎหมายในประเทศไทย แต่ยังถือเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายในประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ลาว กัมพูชา เมียนมา เป็นต้น โดยความไม่สอดคล้องนี้ก่อให้เกิดความสับสนในการบังคับใช้กฎหมายและความเข้าใจของประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนที่อาจส่งผลให้มาตรฐานการควบคุมความปลอดภัยจากการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคอาเซียนที่มีข้อบังคับเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดที่ชัดเจนมากกว่า ซึ่งประโยชน์ของการมีกฎหมายกำหนดประเภทของยาเสพติดอาจช่วยจำกัดโอกาสการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในการขับขี่ยานพาหนะซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นได้

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียนในห้าเสาหลัก ได้แก่ การจัดการความปลอดภัยทางถนน ถนนและการเดินทางที่ปลอดภัย ยานพาหนะที่

ปลอดภัย ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัย และการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ[124] ซึ่งประเทศในกลุ่มสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศต่างมีระดับความพร้อมในการรับมือกับอุบัติเหตุทางถนนที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนซึ่งมีเป้าหมายต่อการประสานการดำเนินการร่วมกัน การมีข้อมูลที่ครบถ้วน และทรัพยากรเพียงพอ โดยมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรของรัฐและผู้มีส่วนได้เสียระดับประเทศจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการทำงานร่วมกันเพื่อระบุปัญหาและความรับผิดชอบในการนำแนวทางไปปฏิบัติและวัดผลลัพธ์ ซึ่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ดีประกอบด้วยการจัดตั้งหน่วยงานหลักด้านความปลอดภัยทางถนนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ การจัดการทรัพยากรและประสานความร่วมมือในภาคส่วนต่าง ๆ ด้านการสาธารณสุข การขนส่ง การศึกษา และการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการติดตาม การประเมินผล และสร้างขีดความสามารถด้านความปลอดภัยทางถนนแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานตำรวจ และการขนส่ง เพื่อเพิ่มระดับการเคารพการบังคับใช้กฎหมายและปรับปรุงการปฏิบัติตามกฎหมายสำหรับกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และการขับขี่ขณะเมาสุราหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าปัจจุบันประชาคมอาเซียนมีข้อตกลงร่วมกันในเรื่องใบขับขี่ซึ่งสามารถทำการขับขี่ข้ามแดนได้ อย่างไรก็ตาม ในด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศพบว่า ยังคงมีกฎระเบียบในส่วนของระดับสาร บทลงโทษ และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยในบางประเทศกำหนดค่าที่ยอมรับของสารแต่ละชนิดอย่างเข้มงวด ในขณะที่บางประเทศอาจไม่ได้ควบคุมสารดังกล่าวอย่างจริงจัง เช่น ประเทศสิงคโปร์กำหนดว่าการครอบครองกัญชาถือเป็นความผิดแม้ว่าจะยังมิได้มีการเสพก็ตาม

ดังนั้นประชาคมอาเซียนจึงควรกำหนดนโยบายสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยทางถนนด้วยการหารือร่วมกันในเรื่องระดับสารแต่ละชนิดที่ยอมรับได้ของแต่ละประเทศ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศสมาชิกเกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกควบคุม และมาตรฐานการตรวจสอบความสามารถในการขับขี่ การจัดทำแนวปฏิบัติร่วมกันของอาเซียนว่าด้วยการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ผ่านการประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียน (ASEAN Transport Ministers Meeting – ATM) เพื่อหารือและกำหนดแนวทางความร่วมมือด้านขนส่งในอาเซียน และพัฒนาเทคโนโลยีตรวจสารในร่างกายที่มีมาตรฐานเดียวกันที่ได้รับการยอมรับข้ามประเทศได้ แต่หากไม่สามารถกำหนดจุดร่วมกันได้ ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอว่าอาจพิจารณาจัดทำป้ายเตือนบริเวณจุดผ่าน

---

[124] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), p. 31.

แดนว่าสารชนิดใดสามารถนำเข้าไปในประเทศปลายทาง ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยมีการผ่อนปรนการใช้สารบางชนิด เช่น กระท่อม และกัญชา โดยการถอดออกจากรายการบัญชียาเสพติดให้โทษ หรืออนุญาตให้ใช้ได้ในบางวัตถุประสงค์ แต่สารเหล่านี้ยังคงได้รับการจัดอยู่ในรายการสารเสพติดในหลายประเทศในภูมิภาค ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างยิ่งหากผู้ขับขี่จากประเทศไทยได้ใช้สารดังกล่าวก่อนหรือระหว่างการเดินทางข้ามแดน เมื่อได้เดินทางเข้าไปในประเทศมาเลเซียอาจต้องสงสัยว่ามีความบกพร่องในการขับขี่และถูกตรวจสอบ ณ จุดผ่านแดน ทำให้ผู้ขับขี่อาจถูกจับกุมได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างของกรอบกฎหมายและนโยบายระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน

นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า อาเซียนยังมีความแตกต่างกันในเรื่องของการตั้งด่าน ทั้งด่านภายในประเทศและด่านบริเวณจุดข้ามแดน สำหรับการตั้งด่านบริเวณจุดข้ามแดนนั้นจะมุ่งเน้นการตรวจเอกสารเป็นหลัก หากสามารถเพิ่มจุดตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมด้วยได้ในบริเวณเดียวกันจะส่งผลดีต่อการขับขี่ แต่มีข้อพิจารณา คือ อาจก่อให้เกิดความล่าช้า ดังนั้นหากไม่สามารถดำเนินการในลักษณะดังกล่าวได้ จึงควรจัดให้มีการตั้งจุดตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนถึงด่านบริเวณจุดข้ามแดน สำหรับการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเดินทางข้ามแดนไปแล้วนั้นยังมีข้อพิจารณาในเรื่องของความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 การประกันอุบัติเหตุภาคสมัครใจ และการส่งตัวผู้ขับขี่และผู้โดยสารกลับมายังประเทศต้นทาง ว่าแต่ละประเทศควรกำหนดแนวทางให้ครอบคลุมในส่วนนี้ด้วยหรือไม่ เช่นเดียวกับการทำประกันการเดินทางโดยสารเครื่องบินระหว่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบ คือระดับความซับซ้อนที่แตกต่างกันของระบบข้อมูลความปลอดภัยบนท้องถนนในอาเซียน อนึ่งการใช้วิธีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยบนท้องถนนเชิงคุณภาพจะช่วยสร้างกลไกที่เหมาะสมในการติดตามความคืบหน้า เช่น การกำหนดระดับคะแนนหรือร้อยละของการสร้างปลอดภัยทางถนนจากห้าเสาหลักในแต่ละด้านสามารถนำมาใช้เป็นตัวช่วยวัดระดับการพัฒนาความปลอดภัยของแต่ละประเทศได้[125]

3. ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยแม้จะมีบทบัญญัติกฎหมายหลายฉบับรองรับ เช่น พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 รวมถึงกฎหมายฉบับแก้ไขเพิ่มเติม แต่ยังมีปัญหาในเรื่องคำนิยามของสารควบคุม โดยเฉพาะในประเด็น “ของเมาอย่างอื่น” การตีความของเจ้าหน้าที่ การละเมิดสิทธิมนุษยชน และการบังคับใช้กฎหมายที่

[125] Ibid, p. 44.

ไม่เสมอภาค กล่าวคือ ความไม่ครอบคลุมของกฎหมายซึ่งห้ามการขับขี่ในขณะเมาสุราหรือ “ของเมาอย่างอื่น” แต่กลับไม่มีนิยามอย่างชัดเจนว่าหมายถึงสิ่งใด[126] การควบคุมเฉพาะกรณีการเสพแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นรายการตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนด โดยไม่มีการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่[127] การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ซึ่งยังไม่มีการแยกระดับที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถบรรทุก การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ขาดการกำหนดกรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการกักตัวหรือยินยอมให้ตรวจ ทำให้ผู้ขับขี่สามารถปฏิเสธหรือถ่วงเวลาเพื่อให้ร่างกายกำจัดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้จนอยู่ในระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้ และทำให้ไม่สามารถระบุช่วงเวลาการเสพได้แน่ชัดว่าเกิดขึ้นก่อนหรือภายหลังสิ้นสุดการขับขี่ มาตรการลงโทษซึ่งยังไม่มีโทษริบทรัพย์สิน คือ รถยนต์ที่ใช้ในการกระทำความผิดสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งกระทำผิดซ้ำ และไม่มีการกำหนดอัตราค่าปรับที่สัมพันธ์กับรายได้ของบุคคล

จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าสำหรับประเทศไทยในส่วนของกฎหมายที่ได้รับการบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรนั้นถือว่ามีความเหมาะสม แต่ในส่วนของการบังคับใช้อาจถือได้ว่ายังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร เนื่องจากมีการเลือกปฏิบัติหรือหย่อนการบังคับใช้อยู่ โดยจะเห็นได้จากข่าวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องของการเมาแล้วขับซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินตามมา ยกตัวอย่างเช่น บุคคลบางกลุ่มซึ่งกระทำความผิดฐานเมาแล้วขับแต่กลับได้รับบทลงโทษที่น้อยเกินไป หากเราสามารถบังคับใช้กฎหมายให้มีความเท่าเทียมกันได้ก็จะทำให้สังคมเห็นตัวอย่าง และเลือกที่จะปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมโดยการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นขณะขับขี่ ทั้งนี้ในปัจจุบันยังสามารถพบเห็นบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือมีความสามารถ กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับอยู่ ดังนั้นเมื่อนำมาพิจารณาถึงความเหมาะสมของบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พบว่ามาตรา 43 ซึ่งกำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะมึนเมา[128] หรืออยู่ในสภาพซึ่งไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย[129] ประกอบกับมาตรา 142 ซึ่งกำหนดให้มีการทดสอบผู้ขับขี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง[130] ซึ่งกำหนดให้ผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สำหรับบุคคลทั่วไป[131] หรือเกินกว่า 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์สำหรับผู้ขับขี่ที่มีอายุ

---

[126] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[127] ข้อ 2 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

[128] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[129] มาตรา 43 (1) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[130] มาตรา 142 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[131] ข้อ 6 (2) แห่งกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

ไม่เกิน 20 ปี หรือไม่มีใบอนุญาตขับขี่[132] โดยมีอัตราโทษสูงสุดกรณีเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย คือ ปรับไม่เกิน 200,000 บาท จำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และพิจารณาเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่นั้น[133] อาจกล่าวได้ว่าเป็นบทกำหนดโทษที่ค่อนข้างรุนแรง และมีการกำหนดเกณฑ์ปริมาณแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันตามกลุ่มผู้ขับขี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ขับขี่อายุน้อยหรือผู้ขับขี่มือใหม่ ซึ่งการมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการขับขี่อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้การแบ่งเกณฑ์ดังกล่าวสะท้อนถึงแนวทางเชิงรุกในการดูแลความปลอดภัยบนท้องถนน โดยมุ่งเน้นการป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มเปราะบาง

บทลงโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีความชัดเจนและมีการเพิ่มระดับความรุนแรงตามผลกระทบที่เกิดขึ้น กล่าวคือ กรณีทำการขับขี่ยานพาหนะในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 5,000 ถึง 20,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[134]

กรณีเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท และจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[135]

กรณีเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 40,000 ถึง 120,000 บาท และจำคุกตั้งแต่ 2 ถึง 6 ปี และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[136]

กรณีเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และจำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[137]

อย่างไรก็ตาม จากกฎหมายดังกล่าวยังคงพบความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการวินิจฉัย “อาการเมา” จากยาเสพติดซึ่งยังคงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของเจ้าพนักงาน และการตรวจยาเสพติดยังไม่ครอบคลุมสารสังเคราะห์บางประเภท เนื่องจากพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ บัญญัติห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น อย่างไรก็ตาม การนิยาม “ยาเสพติด” สำหรับความผิดฐานขับขี่ขณะเสพ

---

[132] ข้อ 6 (1) แห่งกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

[133] มาตรา 160 ตรี วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[134] มาตรา 160 ตรี วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[135] มาตรา 160 ตรี วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[136] มาตรา 160 ตรี วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[137] มาตรา 160 ตรี วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

ยาเสพติดในกฎหมายจราจรทางบกนั้นค่อนข้างจำกัด เนื่องจากต้องเป็นรายการตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดในราชกิจจานุเบกษาเท่านั้น[138] ซึ่งครอบคลุมเฉพาะแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ตามที่ระบุในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548 ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ๆ เช่น โคเคน เฮโรอีน และกัญชา จำเป็นต้องดำเนินคดีภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งมุ่งเน้นในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยิ่งไปกว่าการลงโทษเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติด ดังนั้นการจำกัดขอบเขตของยาเสพติดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 นี้จึงถือเป็นช่องโหว่ทางกฎหมายที่สำคัญ เนื่องจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกประเภทล้วนส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท ซึ่งบั่นทอนความสามารถในการขับขี่และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีตัวอย่างคำพิพากษาในคดีจราจรซึ่งผู้ขับขี่ได้เสพกัญชา โดยในช่วงเวลาดังกล่าวนั้นกัญชายังถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และศาลพิเคราะห์ว่าการกระทำดังกล่าวไม่ถือเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง และมาตรา 157/1 วรรคสอง[139]

นอกจากนี้หากเป็นการเสพยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ประเภทต่าง ๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมีระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[140] ซึ่งมีอายุความเพียง 5 ปี[141] ทำให้ผู้ขับขี่ซึ่งหลบหนีการจับกุมไปยังต่างประเทศคงใช้เวลาเพียงไม่นานเพื่อรอให้คดีขาดอายุความ กรณีที่เกิดความเสียหายต่อบุคคลภายนอก เช่น ทำให้เกิดอันตรายสาหัสหรือถึงแก่ความตาย เช่นนี้ผู้ขับขี่จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญาโดยไม่สามารถบังคับตามกฎหมายจราจรได้เลย ซึ่งมีอัตราโทษต่ำกว่าในคดีจราจร เช่น การกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท ในขณะที่การขับขี่ขณะเมาสุราและเกิดการชนผู้อื่นจนได้รับอัตรายแก่ชีวิต เช่นนี้จะต้องได้รับโทษจำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[142] ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ครอบคลุมและอาจส่งผลต่อการขาดความยำเกรงต่อกฎหมายอันนำไปสู่การกระทำความผิดซ้ำในอนาคต

---

[138] มาตรา 143 ทวิ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[139] คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 519/2558 (อัยการนิเทศ), หน้า 45

[140] มาตรา 162 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[141] มาตรา 95 (4) แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[142] มาตรา 160 ตรี วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “การบัญญัติกฎหมายของประเทศไทยซึ่งห้ามมิให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารดื่มสุราระหว่างการขับขี่หรือแม้ว่ายานพาหนะนั้นกำลังจอดอยู่ ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก เนื่องจากบุคคลที่นั่งอยู่ในรถสามารถเปลี่ยนมาเป็นผู้ขับขี่หรือสลับตัวกับผู้ขับขี่เมื่อใดก็ได้ แต่เนื่องจากกฎหมายไทยระบุตัวเลขที่ชัดเจนเฉพาะการควบคุมแอลกอฮอล์ คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในเลือด จึงมีประเด็นปัญหาว่าต้องอ้างอิงค่าที่ได้จากเลือดเป็นหลัก ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าการตรวจแอลกอฮอล์ทางลมหายใจน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่าเนื่องจากในบางประเทศยอมรับหลักการตรวจทั้งทางลมหายใจและเลือด ทำให้สะดวกต่อการตรวจและไม่ต้องนำตัวผู้ขับขี่ไปตรวจเลือดยังโรงพยาบาล นอกจากนี้บทกำหนดโทษตามกฎหมายยังได้มีการแบ่งอัตราโทษตามระดับความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยอัตราค่าปรับสูงสุดสำหรับการเมาแล้วขับและเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย คือ 200,000 บาท ซึ่งถือว่าน้อยเกินไปเนื่องจากประเทศไทยไม่ใช่ประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำประกอบกับการรักษาพยาบาลกรณีบาดเจ็บสาหัสมักสูงเกินกว่า 200,000 บาท ในขณะที่บางประเทศกำหนดอัตราโทษสูงกว่านี้สำหรับความผิดฐานการเมาแล้วขับและเป็นเหตุให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัสหรือถึงแก่ความตาย”

สำหรับการพิสูจน์การใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าเนื่องจากไม่สามารถทำการตรวจวัดได้ด้วยวิธีการเดียวกับแอลกอฮอล์ จึงมีประเด็นปัญหากับเจ้าพนักงานในการระบุว่าผู้ขับขี่อยู่ในอาการมึนเมาหรือไม่ จากหลักการขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งกรอบกฎหมายและระเบียบว่าด้วยการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

ประการที่ 1 กฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) หมายถึง การขับขี่โดยมียาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทปรากฏในร่างกายไม่ว่าจะในระดับใด ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยไม่จำเป็นต้องแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อความสามารถในการขับขี่[143]

ประการที่ 2 กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) ถือว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นความผิดตามกฎหมายต่อเมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าสารดังกล่าวส่งผลกระทบในทางลบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ของผู้ขับขี่[144]

ประการที่ 3 กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) กำหนดระดับสูงสุดของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สามารถปรากฏในร่างกายผู้ขับขี่ได้อย่างชัดเจน หากตรวจพบสารเกินกว่าระดับที่กำหนดจะถือเป็นการกระทำผิดกฎหมาย โดยแนวทางนี้จะพิจารณา

---

[143] WHO, **Drug use and road safety: a policy brief** (Geneva: WHO Document Production Services, 2016), p. 5.

[144] Ibid, p. 5.

ความเชื่อมโยงระหว่างปริมาณสารและความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดเกณฑ์[145]

ดังนั้นการกำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงควรบัญญัติกฎหมายในรูปแบบของหลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) คือ หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) และกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) โดยให้ถือเป็นความผิดทั้งการตรวจพบสารนั้น ๆ และการไม่สามารถขับขี่ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาการตรวจสารบางชนิด เช่น ยานอนหลับ และยาแก้ไอ ที่ไม่สามารถตรวจพบได้จากชุดตรวจคัดกรองยาเสพติด หรือสารบางชนิดซึ่งได้รับการบัญญัติให้ถูกกฎหมายแล้วในปัจจุบัน คือ กระท่อม โดยการจะใช้ระบบกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป นอกจากนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลไฟล์วิดีทัศน์ขณะทำการตรวจร่างกายโดยเจ้าพนักงานมากกว่า 1 คนขึ้นไปเพื่อป้องกันข้อโต้แย้งที่อาจเกิดขึ้น และพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตรวจร่างกายผู้ขับขี่ โดยต้องจัดทำแบบฟอร์มการตรวจร่างกายสำหรับช่วยวินิจฉัยความบกพร่องในการขับขี่ และให้เจ้าพนักงานรวมถึงประชาชนทั่วไปได้รับทราบวิธีการตรวจร่างกายในแบบฟอร์มดังกล่าว เพื่อให้สามารถทำการประเมินตนเองได้ก่อนการขับขี่ ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อชุดตรวจยาเสพติดหรือยาบางชนิด เนื่องจากการตรวจยืนยันระดับสารบางชนิดนั้นมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและใช้ระยะเวลานาน

เมื่อพิจารณาถึงสิทธิในการปฏิเสธการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ขับขี่สามารถให้การปฏิเสธการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ได้เมื่อถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจเรียกให้มีการตรวจสอบ แต่การกระทำดังกล่าวถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและมีโทษตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 142 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจมีอำนาจในการเรียกตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุที่เกิดจากการเมาแล้วขับ ดังนั้นการปฏิเสธการตรวจวัดจึงถือเป็นการขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นหากมีการปฏิเสธการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์เช่นนี้กฎหมายจะถือบทสันนิษฐานว่าผู้นั้นเมาแล้วขับ แม้ว่าจะไม่ได้มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดโดยตรง[146] เพราะการปฏิเสธถือเป็นการสันนิษฐานได้ว่าผู้ขับขี่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ได้กำหนดมาตรการตรวจอย่างเข้มข้นและกำหนดโทษที่รุนแรงเมื่อมีการปฏิเสธการตรวจเช่นกัน โดยบุคคลก็ตามที่ปฏิเสธการตรวจแอลกอฮอล์ทางลมหายใจโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร ให้ถือว่ามีความผิดฐานไม่ให้ความร่วมมือแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งมีอัตราโทษปรับตั้งแต่ 1,000 ถึง 5,000 SDG หรือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน

---

[145] Ibid, p. 5.

[146] มาตรา 142 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

หากเป็นการกระทำความผิดซ้ำโทษปรับจะเพิ่มเป็น 3,000 ถึง 10,000 SDG และจำคุกไม่เกิน 12 เดือน[147]

สำหรับความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทยโดยเฉพาะผู้กระทำความผิดซ้ำในฐานเมาแล้วขับ พบว่าหากมีการกระทำความผิดซ้ำภายใน 2 ปีนับแต่วันที่มีการกระทำความผิดครั้งแรก ให้ศาลพิจารณาลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ แต่ให้ยกเว้นกรณีที่ผู้กระทำความผิดมีอายุไม่เกิน 18 ปี ณ วันที่กระทำความผิดครั้งหลัง[148] เมื่อพิจารณาในเบื้องต้นจะเห็นได้ว่ามีลักษณะของโทษที่รุนแรงเหมาะสม อย่างไรก็ตาม บทบัญญัติดังกล่าวมิได้ห้ามศาลในการใช้ดุลยพินิจเพื่อรอลงอาญาหรือรอการกำหนดโทษแก่ผู้กระทำความผิด จึงอาจเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าระบบการลงโทษในปัจจุบันยังไม่สามารถสร้างความเกรงกลัวได้อย่างเพียงพอ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งป้องปรามกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ และชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่บั่นทอนการป้องปรามไม่ได้อยู่ที่ความรุนแรงของบทลงโทษสูงสุดตามกฎหมายเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ความแน่นอนและความรวดเร็วในการถูกลงโทษ นอกจากนี้ในการเก็บรวบรวมพยานหลักฐานตามขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการยุติธรรมยังถือเป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายเนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจจะต้องทำงานอย่างละเอียดรอบคอบ โดยเฉพาะในการตรวจสอบประวัติและรวบรวมสำนวนคดีเพื่อส่งให้อัยการและศาลพิจารณา เพื่อแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและข้อจำกัดในทางปฏิบัติโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ วรรคสอง กำหนดให้เฉพาะหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน และเจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการเท่านั้นที่มีอำนาจในการจัดให้มีการตรวจสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ ซึ่งข้อจำกัดนี้ส่งผลให้เกิดการพลาดโอกาสในการตรวจจับและดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ที่เสพยาเสพติดเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่พบเห็นอาจไม่สามารถดำเนินการทดสอบที่จำเป็นได้ทันที[149] ซึ่งแตกต่างจากประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ และเยอรมนี ที่ให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานตำรวจทุกสายงานในการตรวจสอบสารเสพติดในผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท ดังนั้นการจำกัดอำนาจดังกล่าวตามมาตรา 43 ทวิ วรรคสอง จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพและลดความแน่นอนในการถูกตรวจจับซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องปรามตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย[150]

---

[147] Article 69 (4) Road Traffic Act 1961 (SG)

[148] มาตรา 160 ตรี/3 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[149] มาตรา 43 ทวิ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[150] ปิติพัฒน์ อยู่เย็นนันทกุล, สุระทิน ชัยทองคำ, และ คมสัน สุขมาก, “ปัญหาการตรวจสารเสพติดในร่างกายของผู้ขับขี่ ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522”, **วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์** 10, 1 (มกราคม - มีนาคม 2564): 219.

4. ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

อาเซียนได้มีการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ร่วมกับ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือด้านความปลอดภัยทางถนนในภูมิภาค อย่างไรก็ตาม อาเซียนยังคงประสบกับความไม่สอดคล้องของกฎหมายระหว่างประเทศสมาชิกในการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยอาเซียนไม่มีข้อตกลงร่วมกันในระดับภูมิภาคที่กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล ส่งผลให้แต่ละประเทศมีมาตรฐานการกำหนดฐานความผิดและบทลงโทษที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกรณีของกัญชาและกระท่อมซึ่งมีข้อยกเว้นความรับผิดสำหรับการขับขี่ในประเทศไทยตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ในขณะที่ประเทศอื่นยังคงถือว่าเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย การขาดความเป็นเอกภาพในด้านการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ อาเซียนไม่มีหลักการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน ขาดการกำหนดมาตรฐานการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ร่วมกัน ทำให้การตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาเสพติดในผู้ขับขี่ของแต่ละประเทศมีแนวทางที่ต่างกัน และประเทศสมาชิกมีแนวทางการกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ขับขี่ที่แตกต่างกัน เช่น ประเทศเวียดนามกำหนดให้ผู้ขับขี่ต้องรับโทษปรับสูงสุดในฐานความผิดนั้น[151] หากปฏิเสธการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์[152] หรือยาเสพติดอื่น ๆ[153] ส่งผลให้มาตรฐานความปลิดภัยทางถนนและความร่วมมือจากผู้ใช้รถใช้ถนนในการปฏิบัติตามกฎหมายจราจรมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่ายังไม่ทราบรายละเอียดอย่างลึกซึ้งของแต่ละประเทศ แต่จากประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้รับฟังข่าวสารมา พบว่านักกีฬาทีมชาติในบางประเทศกระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ เช่นนี้จะถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นนักกีฬาทีมชาติ แสดงให้เห็นว่ากฎหมายของประเทศดังกล่าวมีมาตรการทางกฎหมายที่เข้มงวด

ผู้ให้สัมภาษณ์ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “เนื่องจากแต่ละประเทศมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ไม่เท่ากัน เช่น ไทยกับฟิลิปปินส์กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดเท่ากัน

---

[151] Article 5 (10) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[152] Article 5 (10) (b) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[153] Article 5 (10) (d) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

คือ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือได้ว่ามีความเหมาะสมเนื่องจากผู้ขับขี่บางรายอาจเริ่มมีอาการมึนเมาเมื่อระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึงระดับดังกล่าว ในขณะที่สิงคโปร์กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุด คือ 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างไรก็ตามสิงคโปร์มีการกำหนดบทลงโทษอย่างรุนแรงสำหรับผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืน และมีการใช้การตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจอย่างกว้างขวาง โดยหากประเทศอื่นมีการนำหลักการตรวจดังกล่าวไปใช้จะทำให้การตรวจวัดแอลกอฮอล์กระทำได้ง่ายและลดระยะเวลาการเดินทางมายังโรงพยาบาล สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้นพบว่ายังไม่ได้มีการควบคุมอย่างแพร่หลายในแต่ละประเทศยกเว้นสิงคโปร์ซึ่งกำหนดให้ทั้งการครอบครองและการเสพถือว่ามีความผิด ดังนั้นประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ จึงควรสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ ส่วนการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นสามารถกระทำได้โดยการตรวจจากปัสสาวะ สำหรับข้อจำกัดในการตรวจปัสสาวะ คือ การตรวจพบสารใด ๆ อาจแปลผลได้ว่าผู้ขับขี่มีการสัมผัสสารในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น เช่น ภายใน 72 ชั่วโมง โดยสิงคโปร์มีการกำหนดรายการอย่างชัดเจนสำหรับยาหรือสารใด ๆ ที่ห้ามการขับขี่หรือมีไว้ในครอบครอง ดังนั้นจึงควรวางแนวทางให้มีการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเฉพาะรายการหลัก ส่วนยาประเภทอื่นนอกเหนือจากนี้ควรใช้หลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) นอกจากนี้ควรได้มีการวิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังถึงความเที่ยงตรงในการตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเมื่อเทียบกับเลือด”

5. ระดับความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน

จากข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสำหรับผู้ขับขี่รายใหม่หรือผู้ขับขี่รถสาธารณะไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมถึงการสนับสนุนการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด[154] จะเห็นได้ว่าสหประชาชาติมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิเสธการเสพยาเสพติดของบุคคลทั่วไปและผู้ขับขี่ รวมถึงการยอมรับให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่โดยแยกเป็นผู้ขับขี่ทั่วไปและผู้ขับขี่กลุ่มพิเศษ โดยสหภาพยุโรปเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่ได้อนุวัติหลักการดังกล่าวแล้วโดยการให้ข้อแนะนำแก่ประเทศสมาชิกในการกำหนดปริมาณแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่ระดับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[155] และต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่าสำหรับผู้ขับขี่กลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้ขับขี่

---

[154] WHO, **The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels** (Geneva: World Health Organization, 2019), pp. 1, 11.

[155] Article 2 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

มือใหม่ ผู้ขับขี่ยานยนต์สองล้อ ผู้ขับขี่ยานพาหนะขนาดใหญ่หรือบรรทุกสินค้าอันตราย[156] โดยมีตัวอย่างการใช้งาน เช่น ในประเทศสวีเดนได้มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่ทุกกลุ่ม คือ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[157] อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการแยกระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างผู้ขับขี่ทั่วไปกับผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถบรรทุก ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อการขับขี่สูงกว่าผู้ขับขี่ทั่วไป เนื่องจากหากมีอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับรถประเภทนี้มักจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินได้ในวงกว้าง เช่นเดียวกับช่องว่างของกฎหมายในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่า “ตัวเลขเดิมของประเทศไทยสำหรับการควบคุมแอลกอฮอล์ที่ระดับ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์นั้นถือได้ว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากตรงตามตำราทางการแพทย์ซึ่งบรรยายว่าแอลกอฮอล์ในระดับดังกล่าวจะส่งผลต่อปฏิกิริยาในการขับรถ และเป็นตัวเลขที่มีการใช้อ้างอิงอยู่ในหลายประเทศ[158] ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้นยังไม่มีตัวเลขที่เหมาะสม จึงอาจใช้การแปลผลว่าตรวจ “พบ” หรือ “ไม่พบ” เป็นหลัก และควรได้มีการค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาตัวเลขที่เหมาะสม เนื่องจากสิ่งใดก็ตามซึ่งสามารถวัดค่าได้ สิ่งนั้นย่อมสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้”

ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดสำหรับผู้ขับขี่ของประเทศไทย คือ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์นั้นมีความเหมาะสมร่วมกับการตรวจวัดทางลมหายใจ ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นควรใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับยาเสพติดให้โทษที่มีรายการอยู่ในประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่วนยาที่อยู่นอกเหนือจากนี้นั้นจะมีต้นทุนการส่งตรวจค่อนข้างสูง แปลผลได้ยาก และมีจำนวนหลายชนิด จึงทำให้มีประเด็นที่ต้องพิจารณาค่อนข้างมาก โดยสารที่ไม่สามารถใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด ได้ คือ กัญชา และกระท่อม เนื่องจากการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด กับกัญชาจะทำให้กระทบกับกลุ่มผู้ป่วยที่กำลังอยู่ระหว่างการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังหรืออยู่ในช่วงระหว่างการเลิกใช้ยา เพราะสามารถตรวจพบได้ในระยะเวลานานกว่า 1 เดือน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความจำเป็นต้องขับขี่ยานพาหนะ และเนื่องจากการตรวจกัญชาจำเป็นต้องใช้การตรวจวิเคราะห์สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ดังนั้นการสร้างแนวทางการตรวจกัญชาอาจพิจารณาได้เป็น 2 แนวทาง ได้แก่ สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กำหนดตัวเลขที่ชัดเจนว่าผู้ขับขี่ต้องมีระดับสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในเลือดไม่เกิน 5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ร่วมกับมีใบรับรอง

---

[156] Article 3 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

[157] Section 4 Paragraph 1 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[158] อานนท์ จำลองกุล, “เอทิลแอลกอฮอล์ในมุมมองนิติเวชศาสตร์”, **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 60, 3 (พฤษภาคม 2559): 290.

แพทย์อนุญาตให้ใช้กัญชา โดยต้องระบุระยะเวลาที่ให้การรับรองด้วยว่าไม่ควรนานเกินระยะเวลาเท่าใด ส่วนบุคคลอื่นนอกเหนือจากนี้ให้จำกัดระดับเตตราไฮโดรแคนนาบินอลไม่เกิน 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร เพื่อป้องกันการใช้กัญชาสำหรับการสันทนาการ เช่นเดียวกับพืชกระท่อมที่ไม่สามารถใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด ได้เนื่องจากในปัจจุบันกระท่อมได้รับการถอนออกจากรายการยาเสพติดให้โทษประเภท 5 แล้ว ดังนั้นการสร้างบทบัญญัติกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้งานสารซึ่งไม่สามารถกำหนดค่าสูงสุดที่ชัดเจนในเลือดได้ เช่น ยาจำพวกยาแผนปัจจุบัน ยาแก้ไอ ยาแก้ปวดทรามาดอล (Tramadol) และยานอนหลับ จึงควรเลือกใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) หรือใช้หลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) โดยผู้ขับขี่ต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยันว่าตนเองได้รับการสั่งจ่ายยาจากแพทย์จริงร่วมกับการระบุระยะเวลาที่ให้การรับรองด้วยว่าไม่ควรใช้งานนานเกินกี่วัน หากไม่มีใบรับรองแพทย์ให้ยึดตามหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด

6. มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

ปัจจุบันอาเซียนมีมาตรการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายจราจรทางบกภายใต้ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศสมาชิกอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยผู้ถือใบอนุญาตขับขี่จะต้องปฏิบัติตามและอยู่ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายจราจรของประเทศที่ตนเดินทางเข้าไป และให้ได้รับโทษตามกฎหมายของประเทศนั้น[159] อย่างไรก็ตาม ความตกลงดังกล่าวยังไม่มีการกำหนดแนวทางเพื่อป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนภายใต้อิทธิพลขอยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จึงเท่ากับว่าอาเซียนยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายร่วมกันในการควบคุมหรือป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกรณีของการขับขี่ข้ามพรมแดน ทำให้การบังคับใช้กฎหมายยังคงขึ้นอยู่กับมาตรการภายในของแต่ละประเทศ ซึ่งแต่ละประเทศยังคงขาดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว เช่น ประเทศไทย เมียนมา และลาว ยังไม่ได้บังคับการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ณ จุดผ่านแดน ทำให้ผู้ขับขี่ที่เดินทางเข้ามาอาจมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ในขณะผู้ขับขี่ซึ่งต้องเดินทางเข้าประเทศสวีเดนจะต้องได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ ณ บริเวณจุดตรวจเรือข้ามฟาก โดยหากมีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่าที่

[159] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

กฎหมายกำหนด ผู้นั้นจะไม่ได้รับอนุญาตให้นำยานพาหนะเข้าประเทศ[160] จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าสำหรับการป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนนั้นควรมุ่งเน้นไปที่การขับขี่ตามแนวชายแดนหรือถนนที่พาดผ่านชายแดน ควรมีการตั้งจุดตรวจอย่างสม่ำเสมอ และควรกำหนดระดับแอลกอฮอล์ที่ได้รับการยอมรับระหว่าง 2 ประเทศ คือ ประเทศต้นทาง และประเทศปลายทาง ว่าปริมาณแอลกอฮอล์เกินกว่าเท่าใดจึงจะถือว่าผิดกฎหมาย ซึ่งน่าจะช่วยส่งเสริมในเรื่องของความปลอดภัยทางถนนได้ ส่วนการควบคุมยาเสพติดหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้นควรทำในลักษณะของข้อตกลงร่วมกันระหว่าง 2 ประเทศก่อน เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์

ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าอาเซียนควรได้มีการตกลงร่วมกันอย่างชัดเจนว่าจะตรวจสารชนิดใดบ้างร่วมกับประกาศว่าแต่ละประเทศมีการควบคุมสารชนิดใดเป็นพิเศษ ควรได้มีการตั้งจุดตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนเข้าสู่จุดผ่านแดน เช่น การเดินทางจากประเทศไทยไปประเทศลาวควรตรวจให้เรียบร้อย ณ จุดตรวจฝั่งไทยก่อน เพื่อป้องกันการฝ่าฝืนกฎหมายของประเทศปลายทาง ควรจัดให้มีป้ายเตือน ณ จุดผ่านแดนว่าสารชนิดใดไม่สามารถนำเข้าไปในประเทศปลายทางได้ และป้ายเตือนระดับสูงสุดของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่อนุญาตให้มีได้ในผู้ขับขี่ของประเทศซึ่งกำลังจะเดินทางเข้าไป ในส่วนของการตรวจคัดกรอง ณ จุดตรวจ ควรได้มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการตรวจทางลมหายใจเป็นหลัก ส่วนการตรวจปัสสาวะอาจเป็นเทคนิคที่ไม่ค่อยเหมาะสมจึงควรพิจารณาในเรื่องความบกพร่องของการขับขี่เป็นหลัก หรืออาจใช้การตรวจทางลมหายใจกับสารชนิดอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของเทคโนโลยีและความพร้อมของแต่ละประเทศ โดยหากตรวจแล้วพบว่ามีระดับสูงกว่าค่าสูงสุดที่อนุญาตให้ทำการขับขี่ในประเทศปลายทาง เช่นนี้ต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ขับขี่ก่อนและจัดสถานที่สำหรับพักรถเพื่อรอให้ระดับของสารดังกล่าวลดลงจนสามารถเดินทางข้ามแดนได้

7. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนสากลเพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย โดยเฉพาะบริเวณจุดตรวจผู้ขับขี่ สถานที่เกิดเหตุ และขณะขับขี่ยานพาหนะ

การตรวจจับและการบังคับใช้กฎหมายต่อผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ถือเป็นมาตรการสำคัญในการลดอุบัติเหตุบนท้องถนน อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนของการตั้งจุดตรวจริมถนนและการตรวจสอบภายหลังการเกิดอุบัติเหตุจราจรเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนของ

---

[160] European Transport Safety Council (ETSC), **TACKLING DRINK DRIVING IN EUROPE,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก http://etsc.eu/wp-content/uploads/2014_06_smart_factsheet_alco_gate_sweden.pdf.

กฎหมายนั้น กลับต้องเผชิญกับข้อบกพร่องบางประการอันกระทบต่อหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ขับขี่ไม่ได้รับการปฏิบัติที่เป็นธรรมและเสมอภาค กล่าวคือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ไม่ได้กำหนดว่าเมื่อเจ้าพนักงานได้เข้าทำการตรวจสอบผู้ขับขี่นั้น ผู้ขับขี่จะต้องให้ความยินยอมในการตรวจร่างกายภายในระยะเวลาเท่าใด เป็นแต่เพียงการกำหนดว่าให้เจ้าพนักงานมีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ดำเนินการทดสอบได้ภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็น ทั้งในกรณีของการตรวจแอลกอฮอล์[161] และการตรวจยาเสพติดให้โทษ[162] ทำให้การควบคุมตัวสามารถกระทำได้นานเพียงใดก็ได้ตราบเท่าที่ผู้ขับขี่ยังไม่ได้ให้ความยินยอมในการตรวจร่างกาย ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เจ้าพนักงานใช้ดุลยพินิจในการกักตัวผู้ขับขี่ไว้นานเกินสมควร นอกจากนี้ยังเป็นการเอื้อต่อผู้ขับขี่บางรายซึ่งไม่ยินยอมให้ทำการตรวจร่างกายในเบื้องต้น แต่ได้รอจนกระทั่งแอลกอฮอล์ถูกกำจัดออกจากร่างกายจนเข้าสู่ระดับปกติแล้วจึงให้ความยินยอมในภายหลัง ดังนั้นการปฏิบัติงานในลักษณะดังกล่าวอาจพิจารณาได้ว่าเป็นการกระทำที่ขัดกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights - UDHR) ซึ่งระบุว่า บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิในชีวิต เสรีภาพ และความปลอดภัย[163] โดยการจับกุมหรือกักขังตามอำเภอใจของเจ้าหน้าที่รัฐนั้นเป็นสิ่งที่กระทำมิได้[164] สำหรับในด้านวิธีการตรวจร่างกายพบว่า กรณีการตรวจวัดแอลกอฮอล์ให้ทำการตรวจด้วยวิธีเป่าลมหายใจเป็นลำดับแรก[165] ซึ่งเป็นวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม สำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นพบว่า ได้มีการกำหนดให้เก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากปัสสาวะในกรณีที่สงสัยว่าผู้ขับขี่ได้เสพแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน[166] ซึ่งเป็นวิธีการซึ่งรุกล้ำร่างกายและอาจสร้างความอับอายต่อผู้ขับขี่ได้ จึงควรพิจารณาแนวทางที่เป็นการรุกล้ำร่างกายน้อยกว่าการตรวจจากปัสสาวะ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ความเห็นว่าประสิทธิภาพย่อมมาพร้อมกับงบประมาณ โดยงบประมาณสามารถเสริมในเรื่องของมาตรการทางกฎหมายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรได้มีการสอบทวนวิธีการในการตรวจ ไม่ว่าจะเป็นทางลมหายใจ ทางน้ำลาย ทางปัสสาวะ หรือโดยการเจาะเลือด ว่าวิธีการใดเข้าได้กับบริบทของประเทศนั้น ๆ และไม่ขัดกับหลักสิทธิมนุษยชน

---

[161] มาตรา 142 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[162] มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[163] Article 3 Universal Declaration of Human Rights (UN)

[164] Article 9 Universal Declaration of Human Rights (UN)

[165] ข้อ 3 กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

[166] ข้อ 1 แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548

ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่สามารถแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

1) การตรวจก่อนเกิดอุบัติเหตุ ควรตรวจด้วยวิธีการทางลมหายใจเป็นลำดับแรก และตรวจทางน้ำลายเป็นลำดับที่ 2 ควรตั้งจุดตรวจก่อนถึงบริเวณที่มักเกิดอุบัติเหตุจราจรได้ง่าย หรืออาจตั้งอุปกรณ์ตรวจจับความเร็วไว้ก่อน หากพบว่ามีการขับขี่ด้วยความเร็วสูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดจึงจะนำผู้ขับขี่มาตรวจแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นอย่างละเอียดต่อไป

2) การตรวจภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุแล้ว ควรได้มีการใช้วิธีการทางลมหายใจมากขึ้น เนื่องจากการตรวจทางเลือดหรือปัสสาวะนั้นมักก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องของการให้ความยินยอมและการถ่วงเวลา ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการกำหนดให้การปฏิเสธการตรวจถือว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับ นอกจากนี้ยังควรมีการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนว่านอกจากการตรวจแอลกอฮอล์แล้วควรให้เจ้าพนักงานตรวจสารชนิดใดทางปัสสาวะเพิ่มเติมอีก เช่น กัญชา โคเคน เมทแอมเฟตามีน ยาอี เคตามีน และยากลุ่มมอร์ฟีน โดยการตรวจมอร์ฟีนนั้นสามารถคัดกรองการเสพฝิ่นและเฮโรอีนได้ในชุดตรวจเดียวกัน หากตรวจพบแล้วจึงทำการตรวจสิ่งส่งตรวจเดิมที่เก็บมาแล้วเพื่อยืนยันการเสพยาเสพติดด้วยเทคนิคแก๊สโครมาโตกราฟี (Gas Chromatography - GC) หรือโครมาโตกราฟีของเหลว (Liquid Chromatography - LC) เชื่อมต่อกับแมสสเปกโตรเมตรี (Mass Spectrometry - MS) พร้อมกับการให้ความเชื่อมั่นกับผู้ขับขี่ว่าจะมีการตรวจเพื่อยืนยันผลอย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการข่มขู่จากเจ้าหน้าที่รัฐในกรณีที่ผู้ขับขี่มีการใช้สารบางอย่าง เช่น การใช้ยาซูโดอีเฟดรีน (Pseudoephedrine) ซึ่งส่งผลให้การตรวจคัดกรองเมทแอมเฟตามีนให้ผลบวก อย่างไรก็ตามปัจจุบันในสหรัฐอเมริกามีการแพร่ระบาดของการใช้ยาเฟนตานิล (Fentanyl) ซึ่งไม่สามารถตรวจได้จากชุดตรวจมอร์ฟีน จึงควรได้มีการปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ว่าสารดังกล่าวมีการแพร่ระบาดในประเทศไทยหรือไม่ หากพบว่ามีการแพร่ระบาดจึงควรกำหนดให้มีการตรวจหายาเฟนตานิล (Fentanyl) ด้วยเช่นกัน และควรให้อำนาจแก่สถานพยาบาลในการเก็บสิ่งส่งตรวจได้เลยโดยไม่ต้องรอการร้องขอจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยหากผู้ขับขี่ปฏิเสธการตรวจให้สถานพยาบาลดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจรวมถึงแจ้งข้อกฎหมายต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ขับขี่รับทราบถึงผลทางกฎหมายของการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งไม่ถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนเนื่องจากได้ให้สิทธิในการปฏิเสธการตรวจแก่ผู้ขับขี่แล้ว โดยในปัจจุบันสถานพยาบาลมักประสบปัญหาการอ้างสิทธิปฏิเสธการตรวจโดยมิชอบของผู้ขับขี่ สำหรับการตรวจด้วยชุดตรวจทางน้ำลายนั้นผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่ายังมีราคาสูงอยู่ในปัจจุบัน จึงอาจต้องรอดูว่ามีประเทศใดนำไปปรับใช้แล้วบ้าง รวมถึงพิจารณาความเหมาะสมของเทคโนโลยีในขณะนั้นประกอบด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทควรตั้งอยู่บนหลักของการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการให้ความยินยอมต่อการตรวจร่างกาย การใช้วิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุดสำหรับการตรวจในลำดับแรก ได้แก่ การเป่าลมหายใจเพื่อการตรวจวัดแอลกอฮอล์ และการตรวจทางน้ำลายสำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ส่วนการตรวจจากปัสสาวะหรือเลือดควรใช้เฉพาะเมื่อมีเหตุอันควรสงสัยหรือเพื่อยืนยันผล ควรกำหนดให้การปฏิเสธการตรวจร่างกายถือเป็นการกระทำผิด และการให้อำนาจแก่สถานพยาบาลในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งของเจ้าพนักงาน นอกจากนี้ยังควรกำหนดรายการสารที่จำเป็นต้องตรวจให้ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบันร่วมกับการใช้เทคนิคทางห้องปฏิบัติการที่มีความแม่นยำ

8. อัตราโทษที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

ประเทศไทยมีการกำหนดโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยการขับขี่ขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นนั้นมีบทลงโทษขั้นต่ำ คือ จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับตั้งแต่ 5,000 ถึง 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยอัตราโทษจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของการกระทำความผิดและมีโทษสูงสุด คือ จำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ หากเป็นการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย[167] ส่วนการขับขี่ในขณะที่มีแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย ผู้ขับขี่จะต้องได้รับโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดอีกหนึ่งในสาม และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยอัตราโทษจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของการกระทำความผิดเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์และมีโทษสูงสุด คือ จำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ กรณีที่การกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย[168]

อย่างไรก็ตาม หากเป็นกรณีการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ผู้ขับขี่จะได้รับโทษต่ำกว่าที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กล่าวคือ กรณีที่ผู้ขับขี่มีการเสพยาเสพติดชนิดอื่นแต่ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลภายนอก จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยเมื่อ

---

[167] มาตรา 160 ตรี แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[168] มาตรา 157/1 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

ผู้กระทำผิดได้เข้ารับการบำบัดรักษาครบถ้วนแล้วให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิด[169] ในขณะที่การเสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนขณะขับขี่จะต้องได้รับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติดเพิ่มอีกหนึ่งในสามของโทษตามปกติ และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[170] กรณีเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้ขับขี่จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ร่วมกับรับผิดฐานกระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[171] ในขณะที่ผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีนหรือเมทแอเฟตามีนและเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท และถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[172] รวมถึงอัตราโทษสูงสุดที่แตกต่างกัน คือ กรณีผู้ขับขี่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย เช่นนี้ผู้ขับขี่จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ร่วมกับรับผิดฐานกระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี และปรับไม่เกิน 200,000 บาท[173] ซึ่งเป็นอัตราโทษที่ต่ำกว่าผู้ขับขี่ซึ่งเสพแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนตามที่ได้กล่าวไปแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายจราจรของประเทศอื่นพบว่า ไม่มีประเทศใดประกาศแยกแอมเฟตามีนและเมทแอเฟตามีนออกจากยาเสพติดทั่วไปเพื่อลงโทษผู้ขับขี่เป็นการเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ประเทศสวีเดนไม่มีการกำหนดโทษสำหรับการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในขณะขับขี่แยกออกจากแอมเฟตามีนหรือเมทแอเฟตามีน แต่ให้หมายรวมว่ายาเสพติดให้โทษ คือ ยาหรือสินค้าอันตรายต่อสุขภาพที่มีสรรพคุณทำให้เสพติดหรือเคลิบเคลิ้มซึ่งทางราชการได้ประกาศให้เป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย[174] ในขณะที่ประเทศเยอรมนีกำหนดให้ผู้ขับขี่ที่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ ต้องระวางโทษในอัตราที่เท่ากัน[175] โดยความแตกต่างเหล่านี้ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าการกำหนดอัตราโทษให้คำนึงถึงเมื่อเวลาแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเข้าสู่ร่างกายแล้วผู้ขับขี่ได้ทำการขับขี่ยานพาหนะ เช่นนี้อาจก่อให้เกิดความเสียหายเข้าได้กับการกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือทรัพย์สินเสียหายโดยไม่ได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควร จึงควรพิจารณาให้มีอัตราโทษ

---

[169] มาตรา 114 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[170] มาตรา 157/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[171] มาตรา 390 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[172] มาตรา 157/1 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[173] มาตรา 291 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[174] Section 8 Act on Penal Law on Narcotics (1968:64) (SE)

[175] Section 316 Criminal Code (DE)

อยู่ในขอบข่ายเดียวกับฐานความผิดที่เกิดจากการกระทำโดยประมาท นอกจากนี้ในประเด็นการบังคับใช้กฎหมายถือได้ว่ามีความสำคัญ จึงควรได้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเท่าเทียม

ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าปัจจุบันกฎหมายไทยกำหนดอัตราโทษตามความรุนแรงของผู้เสียหาย โดยอัตราโทษตั้งต้นสำหรับความผิดฐานเมาแล้วขับ คือ ปรับตั้งแต่ 5,000 ถึง 20,000 บาทนั้นไม่เหมาะสม เนื่องจากมีช่วงของการกำหนดอัตราค่าปรับค่อนข้างกว้าง การกำหนดค่าปรับจำนวน 5,000 บาท ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีรายได้สูงได้ ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอว่าควรมีการกำหนดโทษปรับเพิ่มขึ้นสำหรับการกระทำความผิดซ้ำในแต่ละครั้ง โดยหากยิ่งกระทำความผิดซ้ำหลายครั้ง อัตราโทษก็ควรจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งที่กระทำความผิดด้วย สำหรับอัตราโทษปรับสำหรับการเมาแล้วขับอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจนั้นมีความเหมาะสมแล้ว แต่กรณีที่ส่งผลให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัสนั้นเนื่องจากจำนวนเงินที่ใช้ในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน รวมถึงค่าชดเชยสำหรับการบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าเกินกว่า 120,000 บาท จึงควรเพิ่มโทษปรับให้สูงถึง 200,000 บาท และในกรณีที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตการกำหนดอัตราค่าปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาทนั้นไม่เหมาะสม เนื่องจากประเทศไทยไม่ใช่กลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย ดังนั้นควรกำหนดอัตราโทษปรับให้สูงเกินกว่า 1,000,000 บาท เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายหลายส่วนที่ต้องคำนึงถึง ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิตรวมถึงค่าชดเชยที่ครอบครัวของผู้เสียชีวิตควรจะได้รับ ซึ่งคาดว่าจะมีคนกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ของตนเอง อย่างไรก็ตาม การกำหนดช่วงของโทษปรับระหว่างโทษต่ำสุดและสูงสุดนั้นไม่ควรจะห่างกันมากจนเกินไป เช่น ห่างกันไม่เกิน 1 เท่าตัว เนื่องจากการกำหนดช่วงของโทษปรับกว้างจะทำให้เจ้าพนักงานสามารถใช้ดุลยพินิจได้อย่างกว้างขวาง และก่อให้เกิดความไม่ยุติธรรม รวมถึงพิจารณาความเหมาะสมของการกำหนดโทษกักขังแทนค่าปรับ นอกจากนี้ควรกำหนดให้ชัดเจนว่าเมื่อเมาแล้วขับแล้วต้องทำงานบริการสังคมอย่างไรบ้าง เช่น ต้องมาช่วยเจ้าหน้าที่ตำรวจบริเวณด่านตรวจกี่วัน จำนวนกี่ครั้ง และมีการบันทึกภาพเป็นหลักฐาน ต้องช่วยเหลือเจ้าหน้าที่กู้ภัยเป็นจำนวนกี่ชั่วโมง หรือช่วยเหลือหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจร โดยต้องบังคับกับทุกกรณีตั้งแต่การกระทำความผิดเป็นครั้งแรก ซึ่งอาจนำการทำงานบริการสังคมนี้มาใช้แทนค่าปรับหรือการจำคุก เนื่องจากโทษจำคุกนั้นมีความร้ายแรงและเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้กระทำความผิดด้วยกันในการส่งต่อข้อมูลการค้ายาเสพติด และควรกำหนดให้การทำงานบริการสังคมของผู้กระทำความผิดเป็นสิ่งที่สามารถเปิดเผยต่อสาธารณะได้เพื่อเป็นอุทาหรณ์แก่สังคมต่อไป

9. วิธีการคุมประพฤติที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

ประเทศไทยมีกฎหมาย 2 ฉบับซึ่งเกี่ยวข้องกับการคุมประพฤติผู้ขับขี่ คือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559 โดยศาลสามารถสั่งพักใช้

ใบอนุญาตขับขี่และให้ผู้กระทำความผิดทำงานบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์ โดยให้อยู่ในความดูแลของพนักงานคุมประพฤติหรือองค์การเพื่อการบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์[176] นอกจากนี้ในคดีจราจรซึ่งมีโทษทางอาญา ศาลสามารถสั่งให้ผู้ถูกคุมความประพฤติทำงานบริการสังคมหรืองานสาธารณประโยชน์[177] โดยพิจารณาจากฐานความผิดและข้อพิจารณาอื่น ๆ[178] นอกจากนี้ยังมีระบบบันทึกคะแนนความประพฤติของผู้ขับขี่ โดยเมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นผู้ขับขี่จะถูกตัดคะแนน หากเหลือ 0 คะแนนผู้นั้นจะถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ทุกชนิดคราวละ 90 วัน[179] จะเห็นได้ว่าประเทศไทยไม่มีการกำหนดหลักสูตรการอบรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ที่ชัดเจนแต่ให้เป็นดุลยพินิจของศาล ในขณะที่อาเซียนไม่มีการกล่าวถึงข้อแนะนำด้านการคุมประพฤติผู้ขับขี่ ทั้งในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) และความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) เมื่อพิจารณาจากแนวทางการคุมประพฤติของต่างประเทศพบว่า ประเทศสวีเดนมีการจัดทำโครงการสมาดิต (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken – SMADIT) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐในการป้องกันและลดการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาเสพติด โดยผู้กระทำความผิดจะต้องเข้ารับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างกำลังใจและการทำงานบริการสังคมเพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก ให้ตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้[180] ร่วมกับการคุมประพฤติด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) แทนที่การถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์สูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดในขณะทำการติดเครื่องยนต์[181] ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าสนใจสำหรับการนำมาปรับใช้กับประเทศไทยและการสร้างข้อแนะนำสำหรับประเทศสมาชิกอาเซียน จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าวิธีการคุมประพฤตินั้นควรให้ผู้กระทำความผิดได้รับรู้ถึงผลกระทบในสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป โดยอาจให้เข้าไปร่วมเป็นอาสาสมัครในงานสาธารณประโยชน์เกี่ยวกับยาออก

---

[176] มาตรา 162 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[177] มาตรา 29 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[178] มาตรา 29 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[179] ข้อ 12 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[180] WHO, **Drug use and road safety: a policy brief** (Geneva: WHO Document Production Services, 2016), p. 10.

[181] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE SWEDEN,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWEDEN_04.pdf.

ฤทธิ์ต่อจิตประสาทและแอลกอฮอล์ เช่น การช่วยเหลือพนักงานจราจรตั้งกรวย การช่วยเหลือมูลนิธิเก็บศพ และการช่วยเหลือหรือทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับสารเสพติด เพื่อให้ผู้กระทำความผิดตระหนักว่าหากตนเองเสพยาเสพติดอาจมีผลให้ต้องกลายเป็นผู้ป่วยในอนาคตได้

ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงวิธีการคุมประพฤติที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ ทุกรายจำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดก่อนเนื่องจากแนวคิดในปัจจุบันที่กฎหมายพิจารณาว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” โดยกำหนดจำนวนวันให้ชัดเจนร่วมกับการทำงานบริการสังคม และต้องระงับการใช้ใบอนุญาตขับขี่ในขณะที่ยังทำงานบริการสังคมไม่ครบถ้วน สำหรับการทำงานบริการสังคมนั้นสามารถเลือกให้ผู้ขับขี่เข้าทำงานในหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่บำบัดและฟื้นฟู เช่น ให้ผู้กระทำผิดไปช่วยเหลือผู้ป่วย หรือช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ตำรวจ กรณีที่ผู้กระทำผิดไม่มารายงานตัวตามที่กำหนดหรือหลบหนีไม่เข้ารับการบำบัดเช่นนี้ให้สามารถบังคับโทษจำคุกได้ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดแล้วจึงทำการตรวจหาสารเสพติดอีกครั้งทางเส้นผม เนื่องจากการตรวจด้วยวิธีดังกล่าวสามารถตรวจหาสารเสพติดย้อนหลังได้ยาวนานกว่าการตรวจจากสิ่งส่งตรวจชนิดอื่น เมื่อผู้ขับขี่ได้รับการตรวจพิสูจน์ว่าไม่ได้มีการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแล้วจึงจะได้สิทธิในการขอใบอนุญาตขับขี่รถต่อไป

10. แนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียน

เนื่องจากอาเซียนได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสันติภาพ ความมั่นคงและเสถียรภาพในด้านต่าง ๆ ของภูมิภาคตามที่ปรากฏในกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter)[182] ทำให้อาเซียนมีหน้าที่เสมือนเป็นองค์กรกลางเพื่อการประสานความร่วมมือของรัฐสมาชิก โดยไม่มีอำนาจเด็ดขาดในการบริหารนโยบายและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายของรัฐสมาชิกโดยตรง ทำให้การส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนของแต่ละประเทศมีลักษณะเฉพาะซึ่งสามารถบังคับได้เป็นการภายในเท่านั้น อาเซียนมีแนวทางการสนับสนุนการบูรณาการนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายจราจรทางบกในระดับภูมิภาค ตามความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยผู้ขับขี่จะต้องถูกลงโทษตามกฎหมายจราจรของประเทศซึ่งตนได้เดินทางเข้าไป[183] ทำให้ในปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่าอาเซียนมีแนวทางการบูรณาการนโยบายและ

---

[182] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 3.

[183] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

กฎหมายเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งได้รับการบังคับใช้ในระดับภูมิภาค และแม้ว่าจะเกิดความขัดแย้งภายในภูมิภาคก็ตาม แต่อาเซียนยังคงเลือกใช้แนวทางการระงับข้อพิพาทในรูปแบบของสันติวิธีโดยเฉพาะการไกล่เกลี่ย (Mediation) และการประนีประนอม (Conciliation) โดยไม่มีกระบวนการบังคับด้วยวิธีการทางศาล[184] ในประเด็นดังกล่าวนี้ทำให้อาเซียนมีความแตกต่างจากสหภาพยุโรปซึ่งกำหนดให้รัฐสมาชิกต้องทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลความผิดด้านการจราจร[185] โดยการอนุญาตให้แต่ละประเทศสามารถเข้าถึงข้อมูลทะเบียนรถ (Vehicle Registration Data – VRD) ของประเทศอื่นได้[186] นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังมีแนวทางการบูรณาการกฎหมายแบ่งได้เป็นหลายระดับ โดยในส่วนของการกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั้น สหภาพยุโรปได้มีการประกาศข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป[187] และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่เฉพาะกลุ่ม[188] ซึ่งไม่เป็นการบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตาม แต่เป็นการสร้างมาตรฐานที่ประเทศสมาชิกเห็นควรร่วมกัน จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นว่าการจะทำสิ่งใดร่วมกันควรได้มีการประชุมหารือระหว่างประเทศสมาชิกที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียก่อนที่จะทำการกำหนดนโยบาย แล้วจึงสื่อสารให้กับผู้ที่ทำงานด่านหน้าและประชาชนได้เข้าใจ ควรได้มีการหารือกันระหว่างประเทศในประเด็นต่าง ๆ เช่น การตั้งด่านตรวจผู้ขับขี่ทั้งทางลมหายใจหรือทางน้ำลาย ภายในรัศมีกี่กิโลเมตรก่อนถึงจุดผ่านแดน การบังคับใช้กฎหมายของแต่ละประเทศเพื่อคุ้มครองผู้ขับขี่ที่เกิดอุบัติเหตุนอกดินแดนของประเทศที่ตนเป็นพลเมืองอยู่ การกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยเฉพาะกรณีการกระทำความผิดข้ามแดนซ้ำหลายครั้ง เช่นนี้ผู้ขับขี่ควรได้รับบทลงโทษเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งเป็นระบบชั้น (Tier System) การกำหนดให้

---

[184] Article 6 Protocol to the ASEAN Charter on Dispute Settlement Mechanisms (ASEAN)

[185] Article 1 Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

[186] Article 4 (1) Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

[187] Article 2 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

[188] Article 3 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

สถานพยาบาลสามารถเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ขับขี่ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ตำรวจร้องขอ การกำหนดอัตราค่าปรับให้สอดคล้องกับค่ารักษาพยาบาลและค่าชดเชยที่แท้จริง การลงโทษผู้ขับขี่ ณ ประเทศที่มีการกระทำผิดเกิดขึ้นควรได้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ขับขี่เพื่อให้กลับมารับโทษเพิ่มเติมในประเทศที่ตนเป็นพลเมืองด้วยหรือไม่ เช่น ผู้ขับขี่ควรรับโทษจำคุกและโทษปรับในประเทศที่มีการกระทำผิดเกิดขึ้น แต่หากต้องไปทำงานบริการสังคมอาจมีข้อจำกัดในเรื่องภาษา ดังนั้นจึงควรส่งตัวกลับเพื่อมาทำงานบริการสังคมยังประเทศของตนเอง หลังจากที่แต่ละประเทศสามารถจัดทำข้อตกลงร่วมกันได้แล้วควรทำการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ร่วมกัน และควรกำหนดระยะห่างระหว่างผับ บาร์ สถานบันเทิง และบ่อนการพนัน กับจุดผ่านแดนว่าควรมีระยะทางเท่าใด เนื่องจากสถานที่เหล่านี้มักมีการจำหน่ายเครื่องดื่มมึนเมาโดยผู้ขับขี่อาจเข้าไปใช้บริการในสถานที่ดังกล่าว และได้บริโภคยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจากนั้นจึงทำการขับขี่ยานพาหนะ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการบูรณาการกฎหมายของอาเซียนที่เหมาะสมในฐานะที่อาเซียนทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการประสานความร่วมมือระดับภูมิภาค จึงควรเป็นไปในรูปแบบของการจัดประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งได้ปฏิบัติมาแล้ว ร่วมกับการเสริมรายละเอียดที่เป็น“ข้อแนะนำ” (Recommendation) สำหรับประเทศสมาชิก เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในแนวทางสันติวิธีซึ่งอาเซียนได้ถือปฏิบัติมาตลอดโดยปราศจากการบังคับหรือแทรกแซงกิจการภายในของแต่ละประเทศ

นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยต่อการขับขี่ปลอดภัยจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักและให้ความสำคัญต่อแนวโน้มความกังวลด้านความปลอดภัยทางถนนที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมรรถภาพในการขับขี่ นอกเหนือจากปัญหาเมาแล้วขับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตแล้ว ปัจจัยที่น่าวิตกในช่วงหลายปีที่ผ่านมา คือ การขับขี่โดยมีสมรรถภาพบกพร่องจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งยังขาดข้อมูลสนับสนุนในหลายด้าน ทั้งในเรื่องขอบเขตของปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณยาในเลือดกับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ระดับความเข้มข้นสูงสุดที่ปลอดภัย ตลอดจนแนวทางการตรากฎหมายและมาตรการบังคับใช้ที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันปัญหาเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ[189]

---

[189] WHO, **Drug use and road safety: a policy brief** (Geneva: WHO Document Production Services, 2016), p. 1.

ทั้งนี้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงและส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากการจราจรทางบก สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มยาผิดกฎหมาย (Illicit drugs) เช่น กัญชา โคเคน เฮโรอีน และเมทแอมเฟตามีน ซึ่งใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจโดยปราศจากวัตถุประสงค์การใช้งานทางการแพทย์

2) กลุ่มยาจำหน่ายตามใบสั่งยา (Prescription Drugs) เช่น ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Analgesics) และยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants) ซึ่งสามารถซื้อได้ตามกฎหมายหรือสั่งโดยแพทย์เพื่อการรักษา

3) กลุ่มสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ (New Psychotropic Substances) เช่น แคนนาบินอยด์สังเคราะห์ (Synthetic Cannabinoids) และคาธิโนนสังเคราะห์ (Synthetic Cathinones) ซึ่งถูกผลิตขึ้นเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจโดยปราศจากวัตถุประสงค์การใช้งานทางการแพทย์[190]

แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ขับขี่ทั่วโลกจากการเมาแล้วขับจะสูงกว่าการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่ความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทยังคงถือว่าอยู่ในอัตราสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2013 ประมาณการว่าการใช้ยาผิดกฎหมายเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางบกสูงกว่า 39,600 คน โดยครึ่งหนึ่งมาจากแอมเฟตามีน ส่วนกัญชาทำให้มีผู้เสียชีวิต 1 ใน 5 ของจำนวนดังกล่าว[191] ดังนั้นเพื่อรับมือต่อสถานการณ์ของอุบัติเหตุและความปลอดภัยบนถนนที่มีสาเหตุและปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทข้างต้น ประเทศไทยจึงควรทบทวนนโยบายการขับขี่ปลอดภัยให้กว้างขวางกว่าเฉพาะกณีการเมาแล้วขับที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยบูรณาการนโยบายด้านการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกับกรอบนโยบายด้านสาธารณสุขเข้าด้วยกัน ทั้งนี้จำเป็นต้องอธิบายข้อบกพร่องของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทยเป็นลำดับแรก และศึกษาเปรียบเทียบนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของต่างประเทศในลำดับถัดไป ดังนี้

ข้อบกพร่องของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยบนถนนของประเทศไทย

1. แผนแม่บท

แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยมีการประกาศใช้มาแล้วจำนวน 4 ฉบับ และปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงของการประกาศใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 โดยถือเป็นแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฉบับที่ 5 โดยแนวคิดของแผนแม่บทดังกล่าวของไทย

---

[190] Ibid, p. 1.

[191] Ibid, p. 4.

คือ การมุ่งเน้นให้เกิดการสัญจรทางถนนที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน[192] ปัจจุบันภายใต้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 พบว่ามีหลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนที่สอดคล้องกับแนวทางในระดับสากล โดยนำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน และกรอบแนวทางห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ซึ่งเป็นแนวทางขององค์การสหประชาชาติมาปรับใช้เพื่อวางแผนกำหนดนโยบายด้านต่าง ๆ ภายในประเทศ รวมถึงการกำหนดค่าเป้าหมายในการลดอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร สำหรับแม่แบบในการวางนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนนั้นได้รับการอ้างอิงจากแผนงานในระดับชาติที่สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) ร่วมกับแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฉบับที่ได้รับการประกาศใช้มาก่อนหน้านี้ และก่อกำเนิดเป็นแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ซึ่งการบริหารจัดการเชิงนโยบายในด้านการจราจรของประเทศไทยที่ได้รายงานต่อองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020 พบว่า แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 มีการทบทวนความสำเร็จและข้อควรปรับปรุงจากแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564 ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่ได้รับการปรับให้เข้าได้กับสถานการณ์ในปัจจุบัน สอดคล้องกับแนวทางขององค์การสหประชาชาติในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน โดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ ตลอดถึงการกำหนดแนวทางการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การติดตามประเมินผลในแต่ละระยะของแผนงาน และการเพิ่มแนวทางให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละภารกิจสามารถปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดในระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งถือได้ว่าแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ค่อนข้างมีความยืดหยุ่นต่อการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม การกำหนดหัวข้อที่ใช้ในการประเมินของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 นั้นเป็นการออกแบบแผนงานจากการคาดการณ์ในอดีต เพื่อนำมาใช้ดำเนินงานในปัจจุบันและในอนาคตจนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2570 หรือจนกว่าจะมีการประกาศใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนฉบับใหม่ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 1 จาก 4 ยุทธศาสตร์หลักนั้นมุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน ซึ่งในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งการกำหนดเป้าหมาย ประเด็นการขับเคลื่อน และกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนนั้นมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ โดยการตั้งด่านตรวจเพื่อจับกุมผู้ขับขี่ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ สัดส่วนผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจาก

---

[192] ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, **แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570,** (กรุงเทพมหานคร: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2566), หน้า 1.

รถจักรยานยนต์ซึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด และสัดส่วนผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตซึ่งเป็นเด็กและเยาวชนซึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี[193] โดยไม่มีการกล่าวถึงการตรวจจับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่สามารถส่งผลให้สมรรถภาพในการขับขี่ลดลง จึงมีประเด็นปัญหาว่าหากในระหว่างทางของการบังคับใช้นโยบายนั้นเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะทางบก ทั้งในส่วนของแอมเฟตามีน กัญชา โคเคน และยาเสพติดชนิดอื่นซึ่งอาจได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในอนาคต เช่นนี้นโยบายหรือแผนงานดังกล่าวควรเปิดโอกาสสำหรับการเพิ่มหรือลดจำนวนตัวชี้วัดตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับพลวัตทางสังคมหรือไม่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลัก คือ การลดอัตราตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

ดังนั้นในการปรับปรุงนโยบายความปลอดภัยทางถนนจึงควรเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแก่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีต่อความปลอดภัยทางถนนในประเด็นต่าง ๆ เช่น การบาดเจ็บ การเสียชีวิต และความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคลภายนอก ตลอดจนสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายต่อกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นไปตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ซึ่งมุ่งเน้นการลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสและผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ใช้รถใช้ถนนรวมถึงผู้ที่เป็นเด็กและเยาวชนด้วย[194] ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การปรับปรุงข้อกฎหมายเทียบเท่าสากล การจัดสรรงบประมาณอย่างสร้างสรรค์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อันเป็นการสร้างรากฐานการบริหารการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศให้มีประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน โดยมีแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนที่สามารถดำเนินการได้จริง สนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน และนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนสากลสำหรับทศวรรษแห่งการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2564 – 2573 (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021 – 2030) และสอดคล้องกับปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโลก (High-level Meeting on Improving Global Road Safety) ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565[195]

---

[193] เรื่องเดียวกัน, หน้า 14-15.

[194] เรื่องเดียวกัน, หน้า 14.

[195] กรมควบคุมโรค, **สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย,** กรมควบคุมโรค, ค้นวันที่ 22 ธันวาคม 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1359020221215035948.pdf.

2. การปฏิบัติตามแผนแม่บท ข้อจำกัดอำนาจและหน้าที่ของฝ่ายปฏิบัติการ

ประเทศไทยมีหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรับผิดชอบการปฏิบัติการตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน คือ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการ ศปถ. ทำให้การสั่งการหน่วยงานภายในกำกับของกระทรวงมหาดไทยสามารถทำได้โดยง่ายเนื่องจากเป็นสายการบังคับบัญชาโดยตรง นอกจากนี้การที่คณะกรรมการ ศปถ. ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งมาจากหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในคณะทำงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ทำให้การสั่งการสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว และดำเนินงานตามเป้าหมายในแต่ละด้านโดยอาศัยความชำนาญเฉพาะทางของแต่ละหน่วยงาน โดยมีแนวทางที่ชัดเจนในการกำหนดค่าเป้าหมายสำหรับลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรในแต่ละปี มีการจัดทำแผนงานอย่างต่อเนื่องร่วมกับการติดตามและประเมินผลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดรายละเอียดหน่วยงานผู้รับผิดชอบควบคุมนโยบายและกำกับการปฏิบัติงานในแต่ละด้านอย่างชัดเจน โดยที่ภารกิจส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการบูรณาการความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เมื่อศึกษาการดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยภายใต้แผนแม่พบความปลอดภัยทางถนนพบว่า ผลลัพธ์การกำหนดนโยบายสำหรับควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้นได้รับการกำหนดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของค่าเป้าหมายสำหรับลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การให้ความสำคัญกับการป้องกันและตรวจจับการเมาแล้วขับในกลุ่มผู้ขับขี่บนถนน โดยมีสำนักงานตำรวจแห่งชาติร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อนการใช้นโยบายผ่านการบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนี้ยังมีการรายงานผลการดำเนินงานความสำเร็จและข้อเสนอแนะต่อองค์การอนามัยโลกเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยเป้าหมายที่ประเทศไทยสามารถทำได้ดีในระดับปานกลางถึงระดับสูง คือ การห้ามการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับรถ และการลงนามในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ

อย่างไรก็ตามนโยบายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยมีจุดด้อย คือ

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ภายใต้การดำเนินงานของ ศปถ. เป็นไปในลักษณะของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทำให้อำนาจหน้าที่ในการสั่งการขึ้นอยู่กับหัวหน้าหน่วยงานนั้น ๆ การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวแม้ว่าจะมีผลดีในด้านของความรับผิดชอบตามภารกิจเฉพาะด้านซึ่งเป็นสิ่งที่แต่ละ

หน่วยงานมีความถนัดเฉพาะทาง แต่ ศปถ. กลับไม่มีอำนาจสั่งการโดยตรงต่อหน่วยงานซึ่งอยู่นอกเหนือการบังคับบัญชาของกระทรวงมหาดไทย

หากหน่วยงานซึ่งร่วมอยู่ในการบูรณาการความร่วมมือของแต่ละยุทธศาสตร์ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย หน่วยงาน ศปถ. จะทำหน้าที่ในการรายงานผลการดำเนินงานเพื่อให้ ศปถ. อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณ ครุภัณฑ์ บุคลากร หรือสิ่งจำเป็นอื่น ๆ เพื่อให้หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายสำหรับรอบการประเมินถัดไป โดยประเด็นปัญหาในส่วนนี้ คือ หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมแล้วแต่ยังคงไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ ศปถ. จะมีมาตรการอย่างไรในการกำกับดูแลให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องรวมถึงหัวหน้าหน่วยงานขององค์กรดังกล่าวควรต้องร่วมรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงานอย่างไร ประกอบกับการจัดแบ่งภาระงานตามภารกิจของหน่วยงานนั้นมีความทับซ้อนกัน กล่าวคือ ความรับผิดชอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะได้รับการระบุไว้ว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานใดบ้าง ซึ่งมีทั้งหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุน โดยหน่วยงานทั้งสองรูปแบบนี้มักปรากฏรายชื่อเป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ทำให้ยากแก่การระบุลงไปอย่างชัดเจนว่าความผิดพลาดหรือการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้นั้นเป็นผลมาจากแนวทางปฏิบัติที่บกพร่องของหน่วยงานใด กับทั้งขาดแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการกับหน่วยงานที่ไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุตามแผนงานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย เนื่องจากการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้นมีลักษณะเป็นการสั่งการจากหน่วยงานส่วนกลาง คือ ศปถ. ลงไปยังหน่วยงานในระดับกระทรวงหรือกรม แล้วจึงสั่งการลงไปในหน่วยย่อยของแต่ละหน่วยงานนั้น ๆ ต่อไป ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนหรือการกำหนดนโยบายโดยท้องถิ่น ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาภายในชุมชนของตนเองมากที่สุด และเข้าใจวิธีการแก้ปัญหาซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละชุมชน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้วิธีการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางนี้อาจไม่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่นได้ดีเท่าที่ควร

เนื่องจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ ศปถ. เป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นว่าการบริหารงานในลักษณะของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการกำหนดศูนย์กลางอำนาจการบริหารจัดการไว้กับองค์กรส่วนกลางแล้วจึงจัดสรรอำนาจให้กับองค์กรในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่นนั้นยังไม่สามารถทำให้ผลการดำเนินการในการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสามารถบรรลุผลได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นประเทศไทยอาจต้องทบทวนความเหมาะสมของการคงไว้ซึ่งการ

ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเดิม หรือควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานสำหรับองค์กรผู้รับผิดชอบและเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนหรือท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้น

ประการที่ 3 สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยพบว่า ยังไม่เคยบรรลุเป้าหมายการลดค่าเฉลี่ยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามที่ระบุไว้ในตัวชี้วัดของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน นอกจากนี้การกำหนดเป้าหมายในการลดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับนั้นมุ่งเน้นเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ โดยไม่ได้มีการระบุถึงการป้องกันการเมาอันเนื่องมาจากการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ทำให้การกำหนดนโยบายขาดความครอบคลุมต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน สำหรับผลลัพธ์ของการบริหารจัดการเชิงนโยบายในด้านการจราจรของประเทศไทยตามที่ได้มีการรายงานต่อองค์การอนามัยโลกนั้นพบว่าเป้าหมายที่ทำได้ในระดับต่ำถึงปานกลางที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ การไม่สามารถลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรให้ได้ตามแผนเนื่องจากการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและวัดผลได้ ขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายป้องกันการเมาแล้วขับได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการขาดการบำรุงรักษาอุปกรณ์ตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ ทรัพยากรไม่เพียงพอ ขาดการฝึกอบรมให้กับบุคลากร และขาดการรับรู้ที่ดีของสาธารณชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเป้าหมายที่ได้รายงานต่อองค์การอนามัยโลกนั้นเป็นการสะท้อนความล้มเหลวของการบริหารจัดการทั้งระบบ ซึ่งเป็นสิ่งที่สมควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของต่างประเทศ

การดำเนินงานที่ผ่านมาของ ศปถ. เป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นว่าการบริหารงานในลักษณะของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการกำหนดศูนย์กลางอำนาจการบริหารจัดการไว้กับองค์กรส่วนกลางแล้วจึงจัดสรรอำนาจให้กับองค์กรในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่นนั้น ยังไม่สามารถทำให้ผลการดำเนินการในการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสามารถบรรลุผลได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งประเทศไทยอาจต้องทบทวนความเหมาะสมของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเดิม หรือควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานสำหรับองค์กรผู้รับผิดชอบและเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนหรือท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษานโยบายของต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศในสหภาพยุโรปที่มีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนในบางประเด็นที่อาจนำมาปรับใช้กับประเทศไทยในประเด็นข้อบกพร่องข้างต้นดังต่อไปนี้

1. ประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนโดยรัฐสภาได้กำหนดนโยบายมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสที่เกี่ยวของกับการจราจร โดยใช้แนวทางเชิงระบบต่อความปลอดภัยบนถนน ภายใต้วิสัยทัศน์เพื่อความ

ปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ในปี ค.ศ. 1997 เพื่อควบคุมความปลอดภัยทางการจราจร เป้าหมายของนโยบายนี้ คือ ไม่ควรมีบุคคลใดต้องเสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร ดังนั้นจึงควรออกแบบระบบขนส่งทางถนนให้ตรงตามข้อกำหนดต่าง ๆ ที่จำเป็น ภายหลังจากการประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการทำให้การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสบนท้องถนนภายในประเทศลดลงอย่างมากถึงร้อย 60 ระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2010 ซึ่งนับเป็นการยกระดับคุณภาพความปลอดภัยทางถนนของสวีเดนให้กลายเป็นหนึ่งในประเทศที่ปลอดภัยที่สุดในโลก นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ยังได้ถูกนำมาใช้สำหรับสร้างความปลอดภัยทางถนนในประเทศอื่น ๆ เช่น นอร์เวย์ เดนมาร์ก และสหรัฐอเมริกา[196] โดยมีรายละเอียดและการดำเนินนโยบายดังต่อไปนี้

1.1 นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero)

ประเทศสวีเดนดำเนินงานนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี โดยเนื้อหาตามแนวนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) คำวินิจฉัยนโยบาย (Policy Decision), 2) ปัญหานโยบาย (Policy Problem), 3) เป้าหมายนโยบาย (Policy Goal) และ 4) มาตรการเชิงนโยบาย (Policy Measures) การดำเนินงานวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) จะเริ่มต้นด้วยกระบวนการตัดสินใจสาธารณะ (Public Decision-Making Process) ซึ่งเป็นการริเริ่มนโยบายโดยหน่วยงานของรัฐ เช่น ระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค ระดับชาติ สภานิติบัญญัติ หรือหน่วยงานอื่นในระบบราชการ โดยนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ต้องตั้งอยู่บนความต้องการและการกำหนดปัญหาเฉพาะซึ่งเกิดขึ้นในสังคมนั้น นโยบายจะถูกกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายโดยใช้แนวคิดจากการตัดสินใจนโยบาย (Policy Decision-Making) และนโยบายสาธารณะจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนากลยุทธ์และการรวบรวมมาตรการเฉพาะ ซึ่งแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ มาตรการอย่างแข็งหรือโดยตรง (Hard or Direct Measures) เช่น กฎหมายและยุทธศาสตร์ชาติ และมาตรการอย่างนุ่มนวลหรือโดยอ้อม (Soft or Indirect Measures) เช่น การรณรงค์[197]

---

[196] Ann-Catrin Kristianssen, Ragnar Andersson, Matts-Åke Belin and Per Nilsen, “Swedish Vision Zero policies for safety – A comparative policy content analysis”, **Safety Science** 103 (2018): 260.

[197] Ibid, p. 261.

สำหรับการนำปรัชญาและหลักการออกแบบตามแนวนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) มาใช้นั้นไม่ได้มีรูปแบบกระบวนการแต่ละขั้นตอนที่ตายตัว แต่เป็นการให้แนวคิดแก่ผู้ออกแบบระบบและผู้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ อย่างกว้าง เพื่อให้ผู้ออกแบบสามารถนำไปปรับใช้สำหรับการสร้างระบบถนนที่ปลอดภัยและมั่นคงของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีการใช้ชุดเครื่องมือมากมายเพื่อช่วยในการป้องกันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ใช้รถใช้ถนน การบังคับใช้กฎหมาย และการปรับปรุงโครงสร้างของถนน เช่น การติดตั้งแผงกั้นจราจรกลางถนน เกาะคนเดินถนน (Pedestrian Island) วงเวียนถนน และเนินชะลอความเร็ว[198] การประยุกต์ใช้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) กับความปลอดภัยทางถนนในแง่ของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอาจทำได้ทั้งการประกาศเป็นนโยบายแห่งรัฐหรืออาจขับเคลื่อนในระดับท้องถิ่นเพื่อเป็นต้นแบบก่อน จากนั้นจึงทำการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator – KPI) หรือกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่สำคัญ (Objectives and Key Results - OKRs) โดยใช้กรอบการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ผ่านกระบวนการกำหนดมาตรการโดยตรงและมาตรการโดยอ้อม ซึ่งอาจจะมีข้อโย้แย้งเกี่ยวกับผลของการดำเนินการในบางขั้นตอนอาจมีความยืดหยุ่นมากเกินไป จนอาจก่อให้เกิดความไม่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น

ในส่วนของการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น เมื่อรัฐสภาสวีเดนได้กำหนดนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) แล้วจึงทำการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักซึ่งมีหน้าที่นำนโยบายดังกล่าวไปบังคับใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติร่วมกับการพัฒนานโยบาย โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่ดังกล่าวนี้มีชื่อเรียกว่าองค์การบริหารการขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Administration - Trafikverket) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐบาล มีภารกิจหลักทางด้านการบริหารจัดการขนส่งมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ โดยเป็นการดำเนินการร่วมกับสำนักงานขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Agency - Transportstyrelsen) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐบาลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานด้านขนส่งมวลชนอื่น ๆ และหน่วยงานภาคอุตสาหกรรม ทำหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อ

[198] Ellen Kim, Peter Muennig and Zohn Rosen, “Vision zero: a toolkit for road safety in the modern era”, **Injury Epidemiology** 4, 1 (December 2017): 3.

ความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero)[199] รวมถึงภาคเอกชนและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการตัดสินใจสาธารณะ (Public Decision-Making Process) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัญหาและความต้องการของสังคมในขณะนั้น ทำให้สวีเดนสามารถขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สวีเดนกลายเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความปลอดภัยทางถนนสูงที่สุดในโลก และเป็นต้นแบบการสร้างความปลอดภัยทางถนนแก่ประเทศอื่น ๆ

1.2 การบังคับใช้นโยบาย

ภายหลังการประกาศใช้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) สวีเดนได้มีการบังคับใช้นโยบายทางการจราจรเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพล ได้แก่ การสุ่มตรวจลมหายใจและตรวจวัดแอลกอฮอล์โดยตรงซึ่งดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยผู้ขับขี่จะถูกตรวจสอบอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาว่ามีอาการเมาขณะขับขี่หรือไม่ การตรวจสอบดังกล่าวเริ่มต้นขึ้นเมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจสั่งให้หยุดรถไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม เช่น ขับรถเร็วเกินกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด หรือการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย จากนั้นผู้ขับขี่จะถูกตรวจสอบด้วยเครื่องวิเคราะห์แอลกอฮอล์ทางลมหายใจ หากตรวจพบว่าระดับแอลกอฮอล์มีค่าสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด ผู้ขับขี่ดังกล่าวจะถูกส่งตัวไปยังสถานีตำรวจเพื่อทำการตรวจเพิ่มเติม[200]

ต่อมาในปี ค.ศ. 2013 สวีเดนเปิดตัวโครงการนำร่องเพื่อติดตั้งประตูผ่านทางสำหรับตรวจสอบรถยนต์อย่างรวดเร็ว เรียกว่า “ประตูแอลโค” (Alco Gate) โดยใช้เทคโนโลยีที่คล้ายกับแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ณ บริเวณจุดตรวจสำหรับยานพาหนะขนส่งทั้งหมดที่เดินทางมาถึงสวีเดนด้วยเรือข้ามฟาก เป้าหมายของการบังคับใช้ คือ เพื่อควบคุมการดื่มแล้วขับตามแนวชายแดนทางทะเลของประเทศ และตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีผู้ขับขี่ที่เดินทางไปหรือกลับจากสวีเดนที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ การใช้งานประตูแอลโค (Alco Gate) นับได้ว่าเป็นมาตรการที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการดื่มแล้วขับในหมู่ผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ โดยก่อนเดินทางเข้าประเทศสวีเดนผู้ขับขี่ทุกคนต้องเป่าเครื่องช่วยหายใจที่เชื่อมต่อกับประตู หากมีระดับ

---

[199] Ann-Catrin Kristianssen, Ragnar Andersson, Matts-Åke Belin and Per Nilsen, “Swedish Vision Zero policies for safety – A comparative policy content analysis”, **Safety Science** 103 (2018): 262.

[200] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE SWEDEN,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWEDEN_04.pdf.

แอลกอฮอล์น้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดประตูจะทำการเปิดด้วยระบบอัตโนมัติ ซึ่งใช้เวลาเพียงไม่กี่วินาทีสำหรับผู้ขับขี่แต่ละคนและไม่มีผลกระทบกีดขวางการจราจร[201]

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศสวีเดนมีความชัดเจนในแง่ของการกำหนดเป้าหมายซึ่งมุ่งเน้นความปลอดภัยทางถนนและการลดอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ โดยการกล้าประกาศจุดยืนว่าไม่ควรมีผู้ใดต้องเสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการออกแบบระบบขนส่งที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้ถนนทั้งระบบ ร่วมกับการผสานนโยบายระหว่างมาตรการอย่างแข็ง คือ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการอย่างอ่อน คือ การให้ความรู้และการรณรงค์ รวมถึงการสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมทางเลือกเพื่อเบี่ยงเบนคดีไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่อย่างยั่งยืน นอกจากนี้หลักการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแนวนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ยังสามารถนำไปปรับใช้กับการดำเนินงานในภาคส่วนอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นหลักการที่มีความยืดหยุ่นและไม่ได้มีรูปแบบการทำงานในแต่ละขั้นตอนที่ตายตัว

1.3 ผลการวิเคราะห์นโยบาย

จากผลการดำเนินงานนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ของประเทศสวีเดนเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี พบว่านโยบายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศสวีเดนมีจุดเด่นดังนี้

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดนมีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน โดยมีการสั่งการโดยตรงจากรัฐสภาสวีเดนเพื่อบังคับใช้นโยบาย มีการบูรณาการกระบวนการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ หลายองค์กร เช่น องค์การบริหารการขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Administration – Trafikverket) และสำนักงานขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Agency – Transportstyrelsen) รวมถึงภาคเอกชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการตัดสินใจสาธารณะ (Public Decision-Making Process) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัญหาและความต้องการของสังคมในขณะนั้น นอกจากนี้ยังมีการขยายนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนของกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง

---

[201] ETSC, **TACKLING DRINK DRIVING IN EUROPE,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก http://etsc.eu/wp-content/uploads/2014_06_smart_factsheet_alco_gate_sweden.pdf.

กับความปลอดภัยทางถนนและการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตั้งแต่การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจในด้านการสุ่มตรวจลมหายใจและการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ ทำให้สวีเดนสามารถขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สวีเดนกลายเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความปลอดภัยทางถนนสูงที่สุดในโลก และเป็นต้นแบบการสร้างความปลอดภัยทางถนนแก่ประเทศอื่น ๆ

ประการที่ 2 สำหรับหลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน พบว่ามีความชัดเจนในแง่ของการกำหนดเป้าหมายซึ่งมุ่งเน้นความปลอดภัยทางถนนและการลดอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ โดยการกล้าประกาศจุดยืนว่าไม่ควรมีผู้ใดต้องเสียชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการออกแบบระบบขนส่งที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้ถนนทั้งระบบ ร่วมกับการผสานนโยบายระหว่างมาตรการอย่างแข็ง คือ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการอย่างอ่อน คือ การให้ความรู้ และการรณรงค์ รวมถึงการสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมทางเลือกเพื่อเบี่ยงเบนคดีไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่อย่างยั่งยืน นอกจากนี้หลักการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแนวนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ยังสามารถนำไปปรับใช้กับการดำเนินงานในภาคส่วนอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นหลักการที่มีความยืดหยุ่นและไม่ได้มีรูปแบบการทำงานในแต่ละขั้นตอนที่ตายตัว

ประการที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าประเทศสวีเดนมีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสบนท้องถนนอย่างชัดเจนนับตั้งแต่มีการประกาศใช้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ทำให้ประเทศสวีเดนกลายเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความปลอดภัยทางถนนสูงที่สุดในโลก ผลจากการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการสนับสนุนอื่นอย่างเข้มงวดและมีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของสวีเดนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการขับขี่ โดยเริ่มต้นจากการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมและก่อให้เกิดผลสำเร็จในการลดอุบัติเหตุจราจรอย่างยั่งยืน

2. ประเทศเยอรมนี

นโยบายความปลอดภัยทางถนนฉบับปัจจุบันของเยอรมนี คือ โครงการความปลอดภัยทางถนนของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ ค.ศ. 2021-2030 (Verkehrssicherheitsprogramm der Bundesregierung 2021 Bis 2030) ซึ่งเป็นแผนงานที่ดำเนินการต่อเนื่องมาจากโครงการความปลอดภัยทางถนนของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ ค.ศ. 2011-2020 (Verkehrssicherheitsprogramm

der Bundesregierung 2011 Bis 2020) เยอรมนีให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการจราจรบนถนน และมีการปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ในช่วงทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา และตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018 เยอรมนีได้นำนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ซึ่งมีต้นแบบจากประเทศสวีเดนมาปรับใช้เป็นหลักในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน โดยถือว่าการเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสอันเป็นผลมาจากการจราจรทางถนนเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ผู้ที่ออกแบบและใช้ระบบขนส่งทางถนนจำเป็นต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อความปลอดภัยตามแนวทางของวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero)[202]

2.1 โครงสร้างการบริหารและการจัดการตามแผนแม่บท

โครงสร้างการบริหารนโยบายเริ่มจากรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐดำเนินการออกคำสั่งการจัดการความปลอดภัยโครงสร้างพื้นฐานที่มีชื่อว่า คำสั่งการจัดการความปลอดภัยโครงสร้างพื้นฐาน ค.ศ. 2008/69/EC และ ค.ศ. 2019/1936 (Infrastruktursicherheits-Management-Richtlinie (2008/69/EG und 2019/1936)) จากนั้นรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐและฝ่ายบริหารทางหลวงของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐจะทำหน้าที่เป็นต้นแบบการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน โดยมีกระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐ (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur - BMVI) ทำหน้าที่จัดเตรียมทรัพยากรด้านการเงินให้เพียงพอ[203] ทั้งนี้รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและทำงานร่วมกันกับรัฐบาลท้องถิ่นโดยมี BMVI เป็นผู้ดำเนินการเก็บบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุจราจร และสนับสนุนการดำเนินงานของรัฐบาลกลางเพื่อเป้าหมายสูงสุดในการลดการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ตามแนวทางวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero)[204]

สำหรับการดำเนินการด้านนโยบายความปลอดภัยทางถนนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าแผนงานปัจจุบันได้กำหนดให้รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐทำการตรวจสอบและปรับปรุงกฎระเบียบเกี่ยวกับการประเมินสมรรถภาพการขับขี่เพื่อออกใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยา โดยแผนงานในอนาคตจะมุ่งเน้นไปที่การควบคุมอันตรายที่

---

[202] Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI). **VERKEHRSSICHERHEITSPROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG 2021 BIS 2030** (Berlin: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, 2021) p. 3.

[203] Ibid, p. 10.

[204] Ibid, p. 15.

แท้จริงต่อการจราจรทางถนนซึ่งเกิดจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของสถาบันวิจัยทางหลวงแห่งสหพันธรัฐ (Die Bundesanstalt für Straßenwesen - BASt)[205] รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐเห็นว่าการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมาสุรา ยาเสพติด หรือยาอื่น ๆ มักนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุจราจร จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมมาตรการป้องกันจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนทั่วไป ในสถานศึกษา และในโรงเรียนสอนขับรถ การรณรงค์ผ่านแผ่นพับโฆษณา แคมเปญโปสเตอร์ และผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ถึงอันตรายจากการขับขี่ภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ยาเสพติด หรือยารักษาโรค[206]

2.2 การดำเนินงานตามนโยบายของแผนแม่บท

จากการศึกษาพบว่าการที่เยอรมนีมีการกำหนดนโยบายระยะยาว และการบังคับใช้อย่างเข้มงวดและต่อเนื่องกับมาตรการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ยา และยาเสพติดชนิดอื่นที่ส่งผลต่อสมรรถภาพในการขับขี่ทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และทำให้เยอรมนีติดอยู่ใน 10 อันดับประเทศที่มีความปลอดภัยทางถนนสูงสุดของสหภาพยุโรป ในช่วงปี ค.ศ. 2021 ถึง ค.ศ. 2022 ซึ่งเป็นผลมาจากการกล้าประกาศนโยบายที่ต้องการทำให้การบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลงเป็นศูนย์ นอกจากนี้ยังมีการนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานในทศวรรษก่อน คือ โครงการความปลอดภัยทางถนนของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ ค.ศ. 2011-2020 มาใช้เป็นแบบแผนในการกำหนดโครงการความปลอดภัยทางถนนของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ ค.ศ. 2021-2030 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และสามารถเป็นต้นแบบให้กับประเทศอื่น ๆ ในการนำไปปรับใช้เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศของตนเองได้

2.3 ผลการวิเคราะห์นโยบาย

การดำเนินงานด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศเยอรมนี โดยเฉพาะนโยบายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีจุดเด่นดังนี้

ประการที่ 1 สำหรับบทบาทหน้าที่และอำนาจของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี พบว่ามีการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบและมีการแบ่งหน้าที่ระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน กล่าวคือ รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายหลักด้านความปลอดภัยทางถนน ผ่านกระบวนการออกคำสั่งต่าง ๆ รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานและทำงานร่วมกับ

---

[205] Ibid, p. 26.

[206] Ibid, p. 56.

รัฐบาลท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ โดยมีกระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐ (BMVI) ทำหน้าที่ในด้านการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและการรวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจร เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนานโยบายต่อไป โดยมีสถาบันวิจัยทางหลวงแห่งสหพันธรัฐ (BASt) รับผิดชอบในด้านการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ดังนั้นหลักการกระจายอำนาจและการจัดแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างองค์กรทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมถึงการมีองค์กรที่เป็นหน่วยงานทางวิชาการช่วยสนับสนุนในการจัดทำนโยบาย ทำให้การดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิจัยโดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งทำการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรและพฤติกรรมการขับขี่ โดยเฉพาะในประเด็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเป็นระบบเพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานในระดับสหพันธรัฐสามารถบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุจากการจราจรได้ตรงตามแผนงานที่กำหนดไว้ ร่วมถึงการมีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานระดับสหพันธรัฐและท้องถิ่น อย่างไรก็ตามควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการลดความซับซ้อนของระบบการบริหารงานระหว่างหน่วยงาน และการจัดสรรงบประมาณให้เบ็ดเสร็จภายในองค์กรสำหรับการแก้ไขปัญหาในบางกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนให้สามารถดำเนินการได้ทันท่วงที

ประการที่ 2 มีการนำนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ของประเทศสวีเดนมาปรับใช้โดยการตั้งเป้าหมายในการลดการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ ก่อให้เกิดโครงการความปลอดภัยทางถนนที่มีลักษณะเป็นแผนงานต่อเนื่องโดยมีการประกาศแผนงานใหม่ทุก 10 ปี ซึ่งมีแผนงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ โครงการความปลอดภัยทางถนนของรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ ค.ศ. 2021-2030 และรัฐบาลยังให้ความสำคัญกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งในรูปแบบของแอลกอฮอล์ ยา และยาเสพติดอื่นที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุจราจร แสดงให้เห็นว่าผู้กำหนดนโยบายมีการพิจารณาสภาพปัญหาอย่างรอบด้าน ทำให้เกิดมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนหลากหลายรูปแบบทั้งในสถาบันการศึกษา ชุมชน และทางสื่อสังคมออนไลน์

เปรียบเทียบนโยบายของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี

ผลการเปรียบเทียบนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนีมีข้อพิจารณาที่สำคัญ คือ ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าประเทศไทยได้ตระหนักถึงปัญหาความปลอดภัยทางถนนอันเกิดจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมาโดยตลอด และได้มีความ

พยายามในการยกระดับการบริหารจัดการด้านนโยบายผ่านการจัดตั้ง ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในระดับชาติ ทำหน้าที่ประสานงานและกำหนดทิศทางร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อันถือเป็นความก้าวหน้าในเชิงโครงสร้างที่คล้ายคลึงกับประเทศที่มีความก้าวหน้าด้านความปลอดภัยทั้งประเทศสวีเดนและเยอรมนี อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายในประเทศไทยกลับยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของ ศปถ. คือ อำนาจในการบังคับใช้นโยบาย แม้ว่า ศปถ. จะมีสถานะเป็นองค์กรกลางแต่กลับมิได้มีอำนาจตามกฎหมายอย่างแท้จริงในการกำหนดหรือควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ได้โดยตรง เนื่องจากกรรมการ ศปถ. เป็นการแต่งตั้งโดยยึดตามตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานในระดับอธิบดี ซึ่งยังต้องยึดโยงกับภารกิจเฉพาะด้านของหน่วยงานตนเอง กับทั้งไม่มีระบบการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันอย่างบูรณาการ ซึ่งแตกต่างจากสวีเดนที่มีองค์การบริหารการขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Administration – Trafikverket) หรือเยอรมนีที่มีกระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐ (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur – BMVI) ทำหน้าที่วางแผนด้านงบประมาณและกำกับนโยบายได้ทั่วประเทศ

นอกจากนี้ประเทศไทยยังขาดการประกาศใช้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) อย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นข้อที่แตกต่างจากสวีเดนที่มีการผลักดันนโยบายดังกล่าวจากรัฐสภาอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้นโยบายด้านความปลอดภัยของประเทศไทยถูกจำกัดด้วยการขาดแรงผลักดันที่เข้มแข็งในเชิงนโยบาย ด้วยเหตุนี้นโยบายของประเทศไทยจึงควรมุ่งสู่การ ยกระดับหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เช่น ศปถ. ให้เป็นองค์กรหลักที่มีอำนาจในการบังคับใช้แผนงานด้านความปลอดภัยทางถนนได้อย่างแท้จริง พร้อมทั้งผลักดันให้มีการบัญญัตินโยบายการป้องกันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสให้เป็นศูนย์ โดยอาจต้องยกระดับเป็นวาระแห่งชาติที่มีผลผูกพันกับทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น นอกจากนี้ควรได้มีการจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการและออกแบบระบบการติดตามผลอย่างชัดเจน เพื่อให้การดำเนินนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนครอบคลุมในทุกมิติของการควบคุมการขับขี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แม้ว่าประเทศไทยจะมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยยึดหลักการพื้นฐานจากองค์การสหประชาชาติและดำเนินการสอดคล้องกับแนวทางสากลที่ใช้ในหลายประเทศ แต่ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นยังไม่อาจเทียบได้กับประเทศที่เป็นต้นแบบความปลอดภัยทางถนนได้อย่างแท้จริง แม้ว่าประเทศไทยจะได้นำแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลสถิติมาใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ร่วมกับการออก

กฎหมายหลายฉบับเพื่อสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่ในขณะมึนเมา เช่น พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559 รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญสำหรับการวางรากฐานด้านระบบนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่ยังขวางกั้นไม่ให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การขาดความชัดเจนด้านโครงสร้างอำนาจ แม้ว่าจะได้มีการจัดตั้ง ศปถ. ขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักด้านนโยบาย แต่ ศปถ. กลับไม่มีอำนาจโดยตรงในการสั่งการหรือควบคุมหน่วยงานต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติตามนโยบาย การขาดกลไกการบูรณาการการทำงานในรูปแบบที่มีสภาพบังคับที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตรวจติดตาม ประเมินผล และเร่งรัดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ประเทศไทยยังไม่มีองค์กรสนับสนุนทางวิชาการที่เข้มแข็งดังเช่นในประเทศเยอรมนี ที่มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยเพื่อสนับสนุนการลดการขับขี่ขณะเมาสุราและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาจากแนวทางของประเทศสวีเดนที่ริเริ่มนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ อันยึดหลักว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสิ่งที่ไม่ควรยอมรับได้ และมีการตราเป็นนโยบายแห่งชาติที่มีผลในทางปฏิบัติอย่างเข้มข้น จะเห็นได้ว่าความสำเร็จเกิดจากการที่นโยบายมีรากฐานมาจากความต้องการของประชาชน และการมีหน่วยงานที่สามารถออกแบบและขับเคลื่อนนโยบายได้โดยตรง เช่นเดียวกับประเทศเยอรมนีที่มีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะทางและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นจริงในประเทศไทย ดังนั้นหลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระยะต่อไปของประเทศไทยจึงควรมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนผ่านจากการประสานงานเชิงนโยบาย ไปสู่การจัดวางกลไกการบริหารในรูปแบบที่หน่วยงานมีอำนาจสั่งการได้จริง ร่วมกับการจัดตั้งองค์กรวิชาการกลางที่สามารถวิจัย ติดตาม และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นก้าวสำคัญที่ทำให้มาตรการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แม้ว่าประเทศไทยจะได้ดำเนินการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในหลายมิติ ทั้งในด้านการออกกฎหมาย การรายงานสถิติ และการประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการดำเนินงานกลับสะท้อนภาพความเปราะบางของระบบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ประสบความสำเร็จสูงอย่างประเทศ

สวีเดนและเยอรมนี แม้ว่าประเทศไทยจะได้แสดงความพยายามในการพัฒนาแนวนโยบายและกลไกในการจัดการปัญหา โดยเฉพาะในด้านการเก็บข้อมูลสถิติและรายงานผลลัพธ์ต่อองค์กรสากล การตั้งเป้าหมายรายปีในการลดอุบัติเหตุ และการกำหนดตัวชี้วัดที่มุ่งลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพล อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของไทยยังคงอยู่ในระดับสูงสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีการสร้างระบบการรายงานสถิติอุบัติเหตุที่ดี แต่กลับไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ได้ โดยอุปสรรคสำคัญ คือ ความลังเลในการประกาศนโยบายเชิงรุกอย่างชัดเจนและแน่วแน่ในการที่จะขจัดการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตให้เป็น “ศูนย์” หรือ “ไม่มีผู้เสียชีวิต” จากอุบัติเหตุทางถนนเลย ซึ่งเป็นหลักคิดสำคัญของนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ โดยประเทศสวีเดนเป็นผู้บุกเบิกและมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในหลายประเทศรวมทั้งประเทศเยอรมนี สะท้อนให้เห็นว่านโยบายเชิงโครงสร้างที่จริงจังเหล่านี้ได้ขาดหายไปจากเวทีการกำหนดนโยบายของประเทศไทย ดังนั้นการดำเนินงานในประเทศไทยจึงเป็นเสมือนการจัดการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่าการป้องกันที่มีเป้าหมายระยะยาวและวัดผลได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการขาดกลไกติดตามประเมินผลที่เข้มงวด และความไม่ต่อเนื่องของนโยบายระหว่างรัฐบาลชุดต่าง ๆ ส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถสามารถพัฒนานโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนให้ก้าวหน้าไปมากกว่าการรายงานเพียงตัวเลขสถิติการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นนโยบายของประเทศไทยจึงควรมุ่งสู่การยกระดับเป้าหมายจาก “การลด” ไปสู่ “การยุติ” โดยต้องกล้าประกาศเจตจำนงในระดับชาติว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสิ่งที่ไม่อาจยอมรับได้ พร้อมกับสนับสนุนมาตรการสนับสนุนอื่นอย่างเป็นระบบ เช่น การเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจจับ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผ่านการศึกษาและการสื่อสารสาธารณะ

การพัฒนานโยบายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ลงวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2566 กล่าวถึงนโยบายการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านการพัฒนาโครงข่ายคมนาคมและระบบโลจิสติกส์ โดยกำหนดค่าเป้าหมายอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนภายในปี พ.ศ. 2570 คือ ไม่เกิน 12 คน พ.ศ. 2575 ไม่เกิน 8 คน และ พ.ศ. 2580 ไม่เกิน 5 คนต่อประชากร 100,000 คน

ตามลำดับ[207] ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุผลตามแผนยุทธศาสตร์ชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนดังกล่าว

ปัจจุบันประเทศไทยจึงได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเป้าลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสของผู้ใช้รถใช้ถนน 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของยานพาหนะ 3), ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการเดินทางที่ยั่งยืน และ 4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน[208] ซึ่งได้มีการนำนโยบายดังกล่าวมาปรับใช้โดยสะท้อนในการปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเน้นไปที่การปฏิบัติและวิธีดำเนินการเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นหลัก แต่นโยบายที่เกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้นยังต้องมีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจนยิ่งไปกว่าการเฝ้าระวังและตรวจจับแต่เพียงอย่างเดียว และแม้ว่ามีการติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณของหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งหน่วยงานให้ทุน เช่น กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ตาม แต่การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนยังคงไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน เนื่องจากกระบวนการรายงานผลการดำเนินงานมุ่งเน้นประเด็นด้านการจัดสรรงบประมาณ แต่ยังขาดมาตรการส่งเสริมอื่นเพื่อให้เกิดการป้องอุบัติเหตุจราจรได้อย่างแท้จริง เช่น หากมีการรายงานว่าเครื่องมือในการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่มีความบกพร่องหรือไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน สมควรได้มีการอนุมัติงบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องมือเพิ่มเติม ขาดการประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมทั้งในขั้นตอนการออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย การประเมินความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และขั้นตอนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่นนี้จะทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาปัญหาในภาพรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากผลการดำเนินงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

จากการศึกษากลุ่มประเทศสหภาพยุโรปทั้งสองประเทศ คือ ประเทศสวีเดน และประเทศเยอรมนี พบว่ามีนโยบายความปลอดภัยทางถนนซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับประเทศไทยได้ดังนี้

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติตามแผนงานของประเทศไทยควรเป็นหน่วยงาน

---

[207] สำนักนายกรัฐมนตรี, **แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 – 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม,** (กรุงเทพมหานคร: ราชกิจจานุเบกษา, 2566), หน้า 7-7.

[208] เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

เดียวกันหรือเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับโดยตรง เช่นเดียวกับนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี เพื่อให้การสั่งการมีความสะดวกรวดเร็วและสามารถกำหนดผู้รับผิดชอบได้โดยง่าย

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ควรได้มีการนำนโยบายความปลอดภัยทางถนนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจากต่างประเทศ มาประยุกต์เข้ากับการออกแบบนโยบายของประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นการกำหนดนโยบายควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ควรได้มีการเพิ่มเติมเข้าไปในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน เนื่องจากนโยบายดังกล่าวนับเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย โดยในปัจจุบันการตรวจผู้ขับขี่มักเป็นการมุ่งเน้นไปที่การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน แต่ยังไม่เคยมีการกล่าวถึงการป้องกันความบกพร่องขณะขับขี่ยานพาหนะอันเป็นผลมาจากการใช้ยารักษาโรคประจำตัวของผู้ขับขี่ รวมถึงการป้องกันผู้ขับขี่จากการใช้ยาเสพติดกลุ่มอื่น จึงนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นซึ่งควรได้รับการระบุไว้ในนโยบายระดับชาติ

การกำหนดนโยบายจากความต้องการของชุมชน ข้อดีของการดำเนินการในรูปแบบดังกล่าว คือ รัฐจะได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ สามารถกำหนดเป้าหมายร่วมกันได้ และมีโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อน แต่รัฐจำเป็นที่จะต้องสร้างความตระหนักรู้และทำให้ประชาชนรับทราบถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบาย ซึ่งสามารถดำเนินการในรูปแบบของการวิจัยนำร่องเพื่อการกำหนดนโยบายร่วมกันระหว่างภาครัฐและชุมชน เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวไปแล้วในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลการวิจัยและสถิติที่สำคัญในเบื้องต้น จากนั้นจึงทำการบัญญัติกฎหมายร่วมกับการดำเนินมาตรการสนับสนุนอื่น ๆ โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศออสเตรเลียได้จริง แล้วจึงทำการคัดเลือกพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในระดับสูงมาถอดบทเรียนและปรับใช้งานในวงกว้าง นอกจากนี้ในกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นควรนำหลักทฤษฎีความปลอดภัยทางถนนมาเป็นเครื่องมือช่วยในการวัดและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) แฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) และวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) มาใช้ประกอบการวิเคราะห์ถึงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

การส่งเสริมบริการขนส่งทางเลือกหรือขนส่งมวลชน โดยบริการขนส่งสาธารณะนับเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุอันเป็นผลมาจากการลดจำนวนยานพาหนะและผู้ขับขี่

อย่างไรก็ตาม การผลักดันนโยบายดังกล่าวนี้จำเป็นที่รัฐจะต้องจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานทางการจราจรให้เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน ซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์ของการใช้บริการขนส่งทางเลือกหรือขนส่งมวลชนภายในประเทศ

การจัดตั้งสถาบันเพื่อการศึกษาวิจัยความปลอดภัยทางถนนเช่นเดียวกับประเทศเยอรมนี แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีหน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัยและให้บริการทางวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนจำนวนมาก แต่ยังขาดหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยและป้อนกลับผลลัพธ์หรือรายงานผลการศึกษาไปสู่การกำหนดนโยบายของ ศปถ. จึงควรได้มีการจัดตั้งองค์กรในลักษณะดังกล่าวเพื่อทำหน้าที่รวบรวมผลการศึกษา จัดสรรงบประมาณ และให้ความเห็นแก่หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้สามารถดำเนินการปรับปรุงนโยบายความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าประเทศไทยต้องกล้าที่จะประกาศนโยบายการขับขี่ปลอดภัยโดยกำหนดให้อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นศูนย์ เช่นเดียวกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนีที่ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการปรับแผนงานให้มีความกระชับโดยลดระยะเวลาของการบรรลุเป้าหมายให้สั้นลงกว่าเดิม รวมถึงการกำหนดภาพรวมของความสำเร็จให้มีความชัดเจนแต่มีความยืดหยุ่นสำหรับการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมในขณะนั้น

กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

ปัจจุบันกฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลในประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยกฎหมายที่มีมาก่อนหน้าและได้รับการประกาศยกเลิกไปแล้ว ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติจราจรทางบก พุทธศักราช 2477, 2) พระราชบัญญัติจราจรทางบก แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2478, 3) พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 3) พุทธศักราช 2481, 4) พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2508 และ 5) ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 59 ลงวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2515[209]

คำว่า “รถ” ที่อยู่ภายใต้การบังคับตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ได้แก่ ยานพาหนะทางบกทุกชนิดโดยไม่ให้หมายความรวมถึงรถไฟหรือรถราง[210] ดังนั้นการขับขี่ยานพาหนะ

---

[209] มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[210] มาตรา 4 (15) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

จึงครอบคลุมถึงรถจักรยาน รถจักรยานยนต์ รถยนต์ รถบรรทุก รถโดยสาร และรถประเภทอื่นที่ใช้งานร่วมกันบนท้องถนน โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการดำเนินงานร่วมกันจำนวน 2 หน่วยงาน คือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกรมการขนส่งทางบก ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลการบังคับใช้กฎหมาย การจัดทำข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ ข้อมูลทะเบียนรถ และข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง[211] สำหรับบุคคลที่มีอำนาจควบคุมการจราจรตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้แก่ “เจ้าพนักงานจราจร” หมายถึง หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจรและเจ้าหน้าที่ตำรวจตั้งแต่ระดับรองผู้บังคับหมู่งานจราจรถึงระดับรองผู้กำกับการจราจร และเจ้าหน้าที่ตำรวจในตำแหน่งอื่นซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่[212], “หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร” หมายถึง เจ้าหน้าที่ตำรวจตั้งแต่ระดับรองผู้กำกับการหรือเทียบเท่าที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ถึงระดับผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ[213], “อาสาจราจร” หมายถึง ผู้ที่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาจราจรและได้รับแต่งตั้งจากผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติให้ปฏิบัติหน้าที่เจ้าพนักงานจราจร[214] และ “ผู้ตรวจการ” หมายถึง ผู้ตรวจการตามกฎหมายขนส่งทางบกและตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์[215]

สำหรับกฎหมายที่บัญญัติเพื่อเสริมประสิทธิภาพในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดถึงการเสริมสร้าง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทดังนี้ 1) มาตรการควบคุมบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ผลิตหรือนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องจัดให้มีบรรจุภัณฑ์ฉลากพร้อมทั้งข้อความคำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[216] ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[217], 2) มาตรการควบคุมสถานที่ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัดหรือสถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลและร้านขายยา สถานที่ราชการ (ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร) หอพัก สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณดังกล่าว สวนสาธารณะของทางราชการ และสถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด[218] ผู้ใดฝ่า

---

[211] มาตรา 4/1 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[212] มาตรา 4 (37) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[213] มาตรา 4 (38) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[214] มาตรา 4 (39) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[215] มาตรา 4 (40) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[216] มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[217] มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[218] มาตรา 27 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

ฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[219] ซึ่งเป็นการป้องกันผู้ขับขี่มิให้สามารถเข้าถึงร้านค้าภายในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงได้โดยง่าย, 3) มาตรการควบคุมสถานที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัดหรือสถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลและร้านขายยา สถานที่ราชการ (ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล หรือสโมสร หรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี) สถานศึกษา (ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล หรือสโมสร หรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี หรือสถานศึกษาที่สอนการผสมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณดังกล่าว สวนสาธารณะของทางราชการ และสถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด[220] ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[221], 4) มาตรการควบคุมวันหรือเวลาสำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การห้ามทำการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันหรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด[222] กรณีฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[223], 5) มาตรการควบคุมการขายแก่บุคคลเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ การห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์หรือบุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้[224] กรณีฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[225], 6) มาตรการควบคุมวิธีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การห้ามการขายโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ การเร่ขาย การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย การให้หรือเสนอให้สิทธิประโยชน์อื่นใดแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแก่ผู้นำสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ การแจก/แถม/ให้หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกับสินค้าอื่นหรือการให้บริการอย่างอื่น การแจกจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจูงใจให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด[226] กรณีฝ่าฝืนโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[227] ส่วน

---

[219] มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[220] มาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[221] มาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[222] มาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[223] มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[224] มาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[225] มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[226] มาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[227] มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

การฝ่าฝืนการขายกรณีอื่น ๆ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[228], 7) มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ห้ามโฆษณา หรือแสดงชื่อ หรือ เครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม โดยให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม ทั้งนี้ต้องไม่ปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเท่านั้น[229] ผู้ใดฝ่าฝืน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และต้องระวางโทษปรับอีกวันละไม่เกิน 50,000 บาท ตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนอยู่หรือจนกว่าจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง[230] นอกจากนี้ยังมี ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่ หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2555 โดยกำหนดห้ามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนในขณะขับขี่ยานพาหนะ หรือในขณะโดยสาร หรืออยู่บนรถ[231] หากฝ่าฝืนผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[232] ซึ่งเป็นการเสริมการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีการห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณ “สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง” ซึ่งความหมายของคำว่า “น้ำมันเชื้อเพลิง” ต้องบังคับตามพระราชบัญญัติควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิง พ.ศ. 2542 โดยหมายความถึง ก๊าซธรรมชาติ หรือก๊าซปิโตรเลียมเหลว หรือน้ำมันประเภทต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับเป็นเชื้อเพลิงหรือเป็นสิ่งหล่อลื่น รวมถึงสิ่งอื่นใดที่สามารถใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตเพื่อให้ได้มาซึ่งเชื้อเพลิงหรือสิ่งหล่อลื่น จึงเท่ากับว่า “สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง” มิได้หมายความรวมถึง “สถานีอัดประจุไฟฟ้า” สำหรับยานยนต์ไฟฟ้า ทำให้มาตรการควบคุมสถานที่บริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ดังกล่าว

1. การปรับปรุงกฎหมายและคำนิยาม “ของเมาอย่างอื่น”

หลายประเทศในโลกยังคงเผชิญหน้ากับปัญหาความคลุมเครือของการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่นอกเหนือจากแอลกอฮอล์ โดยมีเพียง 75 ประเทศจากทั่วโลกที่จัดทำรายงานการตรวจยาเสพติดในผู้ขับขี่ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัส ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่แต่ละประเทศยังทราบถึงขนาดที่แท้จริงของปัญหาการใช้ยาเสพติดในผู้ขับขี่ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พระราชบัญญัติ

---

[228] มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[229] มาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[230] มาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

[231] ข้อ 1 วรรคหนึ่ง แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่ หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2555

[232] มาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ไม่ได้ให้คำนิยามว่าสิ่งใดบ้างคัดจัดอยู่ในหมวดหมู่ของคำว่า “ของเมาอย่างอื่น” โดยการขาดนิยามที่ชัดเจนรวมถึงการขาดรายละเอียดปริมาณสูงสุดของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่อนุญาตอนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท[233]

ในส่วนของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลได้รับการบัญญัติไว้ในลักษณะ 3 การใช้ทางเดินรถ หมวด 1 การขับรถ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุดโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 โดยมีรายละเอียดที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ 1) ห้ามการขับขี่ในขณะหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ[234] และในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น[235] ข้อสังเกตจากบทบัญญัติมาตรานี้ คือ ไม่มีการให้นิยามอย่างชัดเจนของคำว่า “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” และ “ของเมาอย่างอื่น” ว่าหมายถึงสิ่งใด แม้ว่าในการตีความหมายของถ้อยคำ “ของเมาอย่างอื่น” ตามบทบัญญัตินี้อาจหมายถึงสารเมาอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดอาการเมาซึ่งอาจรวมถึงสารเสพติดอื่น หรือสารเมาอื่นที่ก่อให้เกิดการมึนเมา แต่ปัญหาคือข้อจำกัดในการตรวจสอบฤทธิ์และปริมาณของสารมึนเมาเพื่อพิสูจน์การใช้สารที่ก่อให้เกิดอาการเมาเข้าสู่ร่างกาย เช่น กัญชา กระท่อม หรือสารเมาอย่างอื่นในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการ กฎ ระเบียบ หรือวิธีการตรวจสอบสารเมาอย่างอื่นเหล่านี้ได้ ทำให้ผู้ขับขี่สามารถปฏิเสธการมึนเมา ซึ่งอาจส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมายในการห้ามการขับขี่ในขณะเมาอย่างอื่น และ 2) ห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเฉพาะกรณียาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น[236]

อย่างไรก็ตามแม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะได้มีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดตั้งแต่เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นการยกเลิกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519, 2) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522, 3) พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533, 4) พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534, 5) พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และ 6) พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559[237] และทำการควบรวมกฎหมายเหล่านั้นเข้าไว้ด้วยกัน โดยบทบัญญัติในลักษณะ 3 การควบคุมยาเสพติด

---

[233] WHO, **Global status report on road safety 2018** (Geneva: World Health Organization, 2018), p. 46.

[234] มาตรา 43 (1) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[235] มาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[236] มาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[237] มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

หมวด 3 ประเภทของยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ ได้จำแนกประเภทของยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภทตามความร้ายแรง ดังปรากฏตามความในมาตรา 29 โดยยาเสพติดให้โทษสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ 1) ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin), 2) ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน และโคเคน, 3) ยาเสพติดให้โทษที่เป็นตำรับยาและมียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่, 4) สารเคมีที่ใช้ผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 และ 5) ยาเสพติดที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึง 4 เช่น ฝิ่น"[238] และแบ่งวัตถุออกฤทธิ์ออกเป็น 4 ประเภทตามประโยชน์ทางการแพทย์และแนวโน้มการนำไปใช้ในทางที่ผิด คือ 1) วัตถุออกฤทธิ์ที่มีแนวโน้มจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดสูงแต่ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์, 2) วัตถุออกฤทธิ์ที่มีแนวโน้มจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดสูงแต่มีประโยชน์ทางการแพทย์, 3) วัตถุออกฤทธิ์ที่มีแนวโน้มจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดแต่มีประโยชน์ทางการแพทย์ และ 4) วัตถุออกฤทธิ์มีแนวโน้มจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดน้อยกว่าประเภท 3 แต่มีประโยชน์ในทางการแพทย์"[239] แต่กลับพบว่าไม่สามารถนำมาใช้บังคับตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่งได้ เนื่องจากต้องเป็นรายการตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาเท่านั้น โดยข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติฉบับล่าสุดซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพหรือรับเข้าร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ดังต่อไปนี้ 1) แอมเฟตามีน (amphetamine หรือ amfetamine) ชื่อทางเคมี i-phenylpropan-2-amine และ 2) เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine หรือ metamfetamine) ชื่อทางเคมี *(S)*-*N*-methyl-1-phenylpropan-2-amine[240]

สำหรับกรณีการขับขี่ขณะเมากัญชานั้นมีข้อพิจารณาที่แตกต่างจากยาเสพติดประเภทอื่น เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ระบุว่าสารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ถือเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ยกเว้นสารสกัดที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ"[241] ผลจากประกาศดังกล่าวทำให้ผู้ขับขี่ซึ่งเสพกัญชาภายใต้หลักเกณฑ์ข้างต้น เป็นผู้ปราศจากความรับผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดและพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ

---

[238] มาตรา 29 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[239] มาตรา 30 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[240] ข้อ 2 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

[241] ข้อ 1 (3) แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565

นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ขับขี่ที่เสพยาเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ต้องได้รับการปรับบทลงโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งได้เคยมีคำพิพากษาศาลฎีกากรณีผู้ขับขี่เสพกัญชา โดยศาลพิเคราะห์ว่าการเสพกัญชาเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษเท่านั้น แต่ไม่เป็นความผิดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง และมาตรา 157/1 วรรคสอง เนื่องจากอธิบดีกรมตำรวจในขณะนั้นออกข้อกำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพเฉพาะแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน โดยยังไม่ได้ออกข้อกำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพกัญชา[242]

ดังนั้นจึงพิจารณาได้ว่ามาตรการทางกฎหมายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย มีจุดด้อย คือ แม้ว่าความในมาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 จะได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ซึ่งครอบคลุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว แต่เนื้อหาในกฎหมายกลับไม่ได้ให้นิยามหรือการตีความในเรื่อง “ของเมาอย่างอื่น” ว่าหมายถึงสิ่งใด หรือสามารถตีความรวมไปถึงการเสพยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นตามที่บัญญัติเป็นความผิดในประมวลกฎหมายยาเสพติด นอกเหนือจากแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีนได้หรือไม่ ส่วนบทบัญญัติตามมาตรา 43 ทวิ ซึ่งห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทนั้น สามารถบังคับได้เฉพาะตามรายการที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนด คือ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน ทำให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของเสพยาเสพติดให้โทษชนิดอื่นในประเภท 1 ถึง 5 และวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 1 ถึง 4 นั้นไม่เป็นความผิดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แต่ต้องปรับบทลงโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด สำหรับการขับขี่ในขณะเมากัญชาสามารถพิจารณาได้ว่ามีข้อยกเว้นตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ไม่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 กรณีซึ่งเป็นสารสกัดที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกภายในประเทศ หรือสารสกัดจากเมล็ดที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ส่งผลให้ผู้ขับขี่ซึ่งเสพกัญชาสามารถกล่าวอ้างข้อยกเว้นข้างต้นและทำให้ตนเองพ้นจากความรับผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

ดังนั้นเพื่อสร้างแนวทางการปรับปรุงกฎหมายของไทยให้ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือของเมาอย่างอื่น จึงได้ทำการศึกษากฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน และประเทศเยอรมนี ดังนี้

---

[242] คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 519/2558 (อัยการนิเทศ), หน้า 45

1.1 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนถือเป็นหนึ่งในผู้นำด้านนโยบายความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะในประเด็นของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร สวีเดนมีประวัติศาสตร์การจัดการกับปัญหาการขับขี่ขณะมึนเมามาอย่างยาวนานกว่า 70 ปี โดยมีการตรากฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1951 กฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน คือ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน (Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) หรือ (Lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott)) ซึ่งกำหนดรายละเอียดในเรื่องของระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในผู้ขับขี่เมื่อทำการตรวจวัดในเลือดหรือทางลมหายใจ และมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งในส่วนของโทษปรับและโทษจำคุก ส่วนผู้ขับขี่ที่เสพยาเสพติดให้โทษหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นจะต้องได้รับโทษตามรายการยาเสพติดที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 (Act on Penal Law on Narcotics (SFS 1968:64 Narkotikastrafflag)) ซึ่งมีทั้งโทษปรับและโทษจำคุกเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ผู้ฝ่าฝืนบทบัญญัติตามความในพระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน และพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 อาจถูกพิจารณาโทษเพิ่มเติมตามความในพระราชบัญญัติใบขับขี่ ค.ศ. 1998 (Driving Licence Act (körkortslagen 1998:488)) ได้เมื่อศาลเห็นสมควร โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวมีการกำหนดหลักเกณฑ์การเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ รวมถึงอำนาจของแพทย์ในการลงความเห็นว่าผู้ขับขี่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมเพียงพอต่อการจะได้รับใบอนุญาตขับขี่หรือไม่ สำหรับขั้นตอนการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ซึ่งต้องสงสัยว่าได้มีการกระทำความผิดบุคคลซึ่งมีอำนาจในการตรวจค้น และระยะเวลาการควบคุมตัว ให้บังคับตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดี ค.ศ. 1942 (Code of Judicial Procedure (rättegångsbalk 1942:740))

เมื่อพิจารณาเนื้อความในพระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน (Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) หรือ (Lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott)) พบว่ากฎหมายฉบับดังกล่าวถือเป็นกฎหมายหลักที่ใช้กำกับดูแลพฤติกรรมของผู้ขับขี่ที่อาจเป็นภัยต่อสาธารณะมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ในมาตรา 4 ของกฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่า บุคคลใดทำการขับขี่ยานพาหนะขณะมียาเสพติดในร่างกายยกเว้นการใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์หรือผู้มีอำนาจสั่งจ่ายยา หรือมีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีสภาพจิตใจที่ผิดปกติอันเป็นผล

เนื่องมาจากยา หรือมีอาการมึนเมาจากแอลกอฮอล์โดยไม่สามารถทำการควบคุมยานพาหนะได้อย่างปลอดภัย ให้ถือว่าผู้นั้นมีความผิดฐานเมาแล้วขับ (rattfylleri) ต้องระวางโทษปรับหรือโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน[243] นอกจากนี้หากผู้กระทำผิดมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีอาการมึนเมาจากแอลกอฮอล์หรือสารอื่นในระดับรุนแรง หรือการขับขี่นั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยทางถนนอย่างชัดเจน ให้ถือว่าผู้นั้นมีความผิดฐานเมาแล้วขับอย่างร้ายแรง (grovt rattfylleri) และเป็นเหตุเพิ่มโทษ คือ จำคุกไม่เกิน 2 ปี[244] โดยบุคคลผู้กระทำความผิดในฐานเมาแล้วขับหากปรากฏว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำความผิดซ้ำ ศาลอาจใช้ดุลยพินิจในการริบทรัพย์ คือ ยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดได้[245] จะเห็นได้ว่าสวีเดนมีความเข้มงวดเด็ดขาดอย่างมากต่อการบังคับใช้กฎหมายเมาแล้วขับ โดยการไม่อนุญาตให้มีสารเสพติดใด ๆ ในร่างกายของผู้ขับขี่ได้เลย ซึ่งเป็นการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) กับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิดเว้นแต่มีข้อยกเว้นทางการแพทย์ และมีบทบัญญัติในเรื่องการริบทรัพย์ที่ใช้ในการกระทำความผิด

ผลจากการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดเด็ดขาดร่วมกับการประกาศใช้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ส่งผลให้สวีเดนสามารถควบคุมอุบัติการณ์ของการเมาแล้วขับได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถดำเนินการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ทางลมหายใจได้ทันทีโดยไม่มีการจำกัดเหตุผลในการตรวจ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจทุกนายสามารถนำเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจติดตัวเพื่อใช้ในการตรวจวัดได้ตลอดเวลา[246] จากการวิเคราะห์คดีจราจรที่เกิดขึ้นในประเทศสวีเดนพบว่า แนวทางการตีความกฎหมายของศาลสวีเดนมักให้ความสำคัญกับการปกป้องสาธารณชนเป็นหลัก โดยมีคดีตัวอย่างที่สำคัญ คือ คดีที่ศาลสูงสุด (Högsta domstolen) ได้พิจารณาคดีชายวัย 18 ปี ให้รับผิดในความผิดฐานเมาแล้วขับอย่างร้ายแรง (grovt rattfylleri) ซึ่งผู้กระทำเป็นเยาวชน ถูกตรวจพบว่ามียาเสพติด (Droger) ในกระแสเลือด ศาลเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างยาเสพติดกับการก่อให้เกิดอันตรายต่อการจราจร แต่เนื่องจากจำเลยยังเป็นเยาวชน ศาลจึงให้ความสำคัญกับการพิจารณาโทษโดยคำนึงถึงพฤติการณ์ส่วนบุคคล พิพากษาให้คุมประพฤติ และทำงานบริการสังคม 60 ชั่วโมง หากฝ่าฝืนให้รับโทษจำคุก 5 เดือน

---

[243] Section 4 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[244] Section 4a Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[245] Section 7 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[246] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE SWEDEN,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWEDEN_04.pdf.

แทน[247] นอกจากนี้กฎหมายจราจรของประเทศสวีเดนยังได้กำหนดให้ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ถนนไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่รถ ผู้ใช้ถนน ผู้ขับขี่รถราง หรือผู้ที่ขับขี่ยานยนต์อื่นใด มีหน้าที่ร่วมกันในการดูแลและระมัดระวังตามความจำเป็นแก่สถานการณ์ โดยเมื่อมีอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นหากพิสูจน์ได้ว่าบุคคลใดมีความประมาทเลินเล่อ บุคคลนั้นจะต้องได้รับโทษปรับรายวัน แต่ในกรณีที่ผู้ขับขี่ยานยนต์หรือรถรางประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือแสดงท่าทีไม่สนใจต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของผู้อื่นอย่างเห็นได้ชัด อาจได้รับโทษในข้อหาประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงต่อการจราจร ซึ่งมีอัตราโทษสูงสุด คือ จำคุกไม่เกิน 2 ปี[248] ผู้ขับขี่ที่จงใจขับขี่รถโดยไม่มีใบอนุญาต ต้องระวางโทษปรับในข้อหาขับรถโดยผิดกฎหมาย แต่หากผู้นั้นเป็นผู้เคยถือใบอนุญาตขับขี่และใบอนุญาตดังกล่าวได้ถูกเพิกถอนไปแล้ว หรือเป็นการกระทำความผิดซ้ำ อาจถูกพิจารณาว่าเป็นความผิดร้ายแรงและมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน[249]

อาจกล่าวได้ว่าประเทศสวีเดนซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยทางถนนนั้น มีการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เข้มงวด โดยเฉพาะการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร สวีเดนได้ตรากฎหมายเพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่มาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษและยังคงมีการบังคับใช้อย่างต่อเนื่อง ภายใต้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด ซึ่งไม่อนุญาตให้มีสารเสพติดใด ๆ ในร่างกายผู้ขับขี่ ยกเว้นกรณีที่เป็นการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์หรือผู้มีอำนาจสั่งจ่ายยา นอกจากนี้ยังมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและลมหายใจไว้อย่างชัดเจน พร้อมโทษปรับ จำคุก เพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ หรือแม้กระทั่งการริบยานพาหนะหากพบว่ามีการกระทำความผิดซ้ำ นอกจากนี้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายแล้วสวีเดนยังให้ความสำคัญกับการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลโดยการให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจในการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้มีเหตุอันควรสงสัย รวมถึงในขั้นตอนการพิจารณาคดีซึ่งได้มีตัวอย่างคำพิพากษาของศาลสูงสุดที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการปกป้องสาธารณะมากกว่าความจำเป็นต้องพิสูจน์เจตนาในคดีที่เยาวชนชายถูกตัดสินว่าขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติด โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ว่ายาดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่หรือไม่ เมื่อกระบวนการทางกฎหมายได้ผสานสอดรับกับนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ จึงเป็นสาเหตุให้สวีเดนประสบผลสำเร็จในการลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเชิงรุกและการให้ความสำคัญสูงสุดต่อความปลอดภัยของสาธารณชน

---

[247] Anonymous (Högsta domstolen, Case B 4573-24, 2025).

[248] Section 1 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[249] Section 3 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

1.2 บทวิเคราะห์กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

กฎหมายของประเทศสวีเดนเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีจุดเด่น คือ มีกฎหมายที่ชัดเจนในระดับพระราชบัญญัติร่วมกับกฎหมายฉบับอื่นเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ร่วมกับการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนตามกฎหมาย ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นในการควบคุมปัญหาการเมาแล้วขับและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน และการกำหนดมาตรการลงโทษสำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น มีการระบุบทบาทของแพทย์ในการตัดสินความเหมาะสมของการออกใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่แต่ละรายว่ามีคุณสมบัติเพียงพอหรือไม่ ซึ่งช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยได้รับใบอนุญาตขับขี่ รวมถึงการกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจนในการตรวจร่างกายและการควบคุมตัวผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่ากระทำความผิด ซึ่งเป็นการสร้างมาตรฐานในการบังคับใช้กฎหมายและสามารถเป็นตัวอย่างให้แก่ประเทศอื่นได้

กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน มีจุดด้อย คือ สำหรับกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน พบว่ามีการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันหลายฉบับซึ่งผู้ใช้งานจะต้องใช้เวลานานในการศึกษาพระราชบัญญัติแต่ละฉบับให้มีความเข้าใจโดยละเอียด การใช้ดุลยพินิจของบุคคลในเรื่องการวินิจฉัยว่าการกระทำใดถือเป็นการประมาทเลินเล่อหรือการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องความเที่ยงธรรมของคำพิพากษา นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องของความเหมาะสมของการประเมินผู้ขับขี่โดยแพทย์ เนื่องจากต้องใช้บุคลากรเฉพาะทางและงบประมาณเพิ่มขึ้นในการตรวจสอบผู้ขับขี่

สำหรับความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบัน พบว่ากฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน มีความเหมาะสมในแง่ของการบัญญัติกฎหมายที่ชัดเจนเฉพาะเรื่องการควบคุมการขับขี่ ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายฉบับอื่นเพื่ออุดช่องว่างของพระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน (Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (Lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott)) มีการกำหนดมาตรการลงโทษที่ชัดเจนสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น มีการยอมรับในเรื่องมาตรฐานทางการแพทย์เพื่อประเมินการออกใบอนุญาตขับขี่ มีการกำหนดขั้นตอนการตรวจร่างกายและการควบคุมตัวผู้ขับขี่ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการปรับฐานความผิดสำหรับการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์

ว่าผู้กระทำความผิดสมควรได้รับโทษเช่นเดียวกับความผิดฐานเมาแล้วขับหรือไม่ ควรได้มีการสร้างขอบเขตของการใช้ดุลยพินิจว่าเหตุการณ์ใดเข้าข่ายเป็นการประมาทเลินเล่อหรือเป็นการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเพื่อลดอคติของผู้บังคับใช้กฎหมาย และควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการประเมินความเหมาะสมของผู้ขับขี่โดยบุคลากรสาขาอื่นซึ่งมิใช่แพทย์เฉพาะทาง เพื่อลดภาระที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและการจัดหาบุคลากร

1.3 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

กฎหมายที่ใช้บังคับในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนีสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา (German Criminal Code (Strafgesetzbuch – StGB)) สำหรับมาตรการลงโทษทางอาญา และพระราชบัญญัติจราจรทางบก (Road Traffic Act (Straßenverkehrsgesetz – StVG)) ซึ่งมีการกำหนดอัตราค่าปรับและมาตรการลงโทษทางปกครอง ในส่วนของประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่ใช้บังคับสำหรับการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้นมีรายละเอียดในส่วนของการกำหนดโทษปรับ โทษจำคุก และการยึดใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยในกรณีที่ผู้ขับขี่อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ ต้องระวางโทษปรับหรือจำคุกไม่ 1 หนึ่งปี[250] หากการกระทำดังกล่าวผู้กระทำไม่สามารถควบคุมยานพาหนะได้อย่างปลอดภัยอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอย่างอื่นและเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายต่อร่างกาย ชีวิต หรือทรัพย์สิน ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี กรณีเป็นการพยายามกระทำความผิด ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 2 ปี[251] ในส่วนของมาตรการลงโทษทางปกครองเมื่อผู้ขับขี่ถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับให้ถือว่าผู้กระทำความผิดขาดความเหมาะสมต่อการขับขี่ยานพาหนะ และให้ใบอนุญาตขับขี่สิ้นสุดลงอันเป็นผลโดยชอบด้วยกฎหมายทันทีเมื่อคำพิพากษาถึงที่สุด[252] หากศาลได้มีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ศาลต้องมีคำสั่งพร้อมกันด้วยว่าห้ามออกใบอนุญาตขับขี่ใหม่เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี กรณีที่ศาลพิจารณาว่าระยะเวลาสูงสุดตามที่บัญญัติในกฎหมายอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันอันตรายที่ผู้กระทำอาจก่อขึ้น เช่นนี้ศาลอาจสั่งห้ามออกใบอนุญาตขับขี่นั้นตลอดชีวิต[253]

---

[250] Section 316 Criminal Code (DE)

[251] Section 315c Criminal Code (DE)

[252] Section 69 Criminal Code (DE)

[253] Section 69a (1) Criminal Code (DE)

ข้อพิจารณาที่สำคัญประการหนึ่งของกฎหมายอาญาเยอรมนี คือ แม้ว่าศาลจะไม่มีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่แก่ผู้ขับขี่ที่ได้รับการพิพากษาว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับ แต่ศาลอาจใช้ดุลยพินิจสั่งห้ามผู้นั้นขับขี่ยานพาหนะทุกชนิดหรือชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 6 เดือน หากเห็นว่ามีความจำเป็นเพื่อให้มีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมของผู้กระทำผิด หรือเพื่อคุ้มครองความสงบเรียบร้อยของสังคม[254] โดยการห้ามการขับรถจะมีผลเมื่อใบอนุญาตขับขี่ถูกนำส่งไว้ในการดูแลของเจ้าหน้าที่หลังคำพิพากษาถึงที่สุด แต่ไม่ช้ากว่า 1 เดือนนับแต่วันที่คำพิพากษาถึงที่สุด ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้ใบอนุญาตขับขี่ที่ออกโดยหน่วยงานของเยอรมนีทั้งในประเทศและระหว่างประเทศจะถูกเก็บรักษาโดยเจ้าหน้าที่ด้วย ในกรณีที่ใบอนุญาตขับขี่ออกโดยประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปหรือประเทศภาคีของข้อตกลงเขตเศรษฐกิจยุโรป และผู้ถือใบขับขี่มีภูมิลำเนาถาวรในเยอรมนี ก็ให้ถือบังคับเช่นเดียวกัน ส่วนใบอนุญาตขับขี่จากประเทศอื่น ๆ ที่ไม่เข้าเงื่อนไขข้างต้นให้มีการบันทึกการห้ามขับรถลงในใบขับขี่นั้น[255] โดยมิให้นับรวมระยะเวลาการห้ามขับรถเข้าในระยะเวลาที่ผู้กระทำผิดถูกควบคุมตัวในสถานพินิจหรือสถานกักขังตามคำสั่งทางราชการ[256] จะเห็นได้ว่าเยอรมนีมีความเข้มงวดอย่างมากต่อการดำเนินการเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายหลังสิ้นสุดคำพิพากษา

ซึ่งมีตัวอย่างของคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดแห่งสหพันธรัฐ (Bundesverwaltungsgericht) เมื่อวันที่ 15 กันยายน ค.ศ. 2021 ได้ตอกย้ำหลักการสำคัญเกี่ยวกับการยอมรับใบขับขี่จากรัฐสมาชิกสหภาพยุโรป โดยผู้ยื่นคำร้องในคดีดังกล่าวเป็นชาวเยอรมันถูกเพิกถอนสิทธิขับขี่ในเยอรมนีเนื่องจากกระทำความผิดฐานเมาแล้วขับในปี ค.ศ. 2008 โดยมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 212 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต่อมาผู้ยื่นคำร้องได้รับการต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ในประเทศสเปน หน่วยงานเยอรมันปฏิเสธการใช้งานใบอนุญาตขับขี่ดังกล่าวในประเทศ เนื่องจากผู้ยื่นคำร้องไม่ได้นำส่งรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยา (medizinisch-psychologisches Gutachten) ตามที่กำหนด แม้ว่าการออกใบอนุญาตขับขี่โดยรัฐสมาชิกสหภาพยุโรปจะมีผลบังคับใช้ได้ทั่วไป แต่ศาลเห็นว่าหน่วยงานรัฐของเยอรมนีมีสิทธิในการปฏิเสธการใช้ใบอนุญาตขับขี่ฉบับดังกล่าว เพื่อเป็นการปกป้องความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศ ซึ่งเป็นเหตุอันชอบธรรมในการกำหนดข้อจำกัดดังกล่าวโดยไม่ถือว่าเป็นการขัดต่อกฎหมายของสหภาพยุโรปแต่อย่างใด[257]

ในส่วนของการกำหนดความผิดทางปกครองตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พบว่ากฎหมายฉบับดังกล่าวเป็นกฎหมายหลักที่กำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องของระดับแอลกอฮอล์สูงสุดเมื่อ

---

[254] Section 44 (1) Criminal Code (DE)

[255] Section 44 (2) Criminal Code (DE)

[256] Section 44 (3) Criminal Code (DE)

[257] Anonymous (Bundesverwaltungsgericht, Case 3 C 3.21, 2021).

ทำการตรวจวัดในเลือดหรือทางลมหายใจของผู้ขับขี่ และกำหนดรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นที่ต้องห้ามสำหรับการขับขี่ โดยขีดจำกัดสำหรับระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ทั่วไป คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเลือด หรือ 0.25 มิลลิกรัมต่อลิตรในลมหายใจ[258] และห้ามการมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ในซีรั่มเลือด (Blood Serum) เกินกว่า 3.5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ให้ถือว่ามีความผิด[259] โดยมีอัตราโทษปรับไม่เกิน 3,000 EUR[260] กรณีจงใจหรือประมาทเลินเล่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเริ่มขับทำการขับขี่ยานพาหนะทั้งที่ยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[261] ให้เพิ่มอัตราโทษปรับเป็นไม่เกิน 5,000 EUR[262] บทกำหนดโทษดังกล่าวให้ยกเว้นกรณีสารที่ตรวจพบในร่างกายนั้นเป็นการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ที่กำหนดไว้เพื่อรักษาโรคเฉพาะราย[263] สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ที่มีอายุไม่เกิน 21 ปี กฎหมายห้ามการบริโภคแอลกอฮอล์หรือสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลโดยเด็ดขาด เว้นแต่การใช้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลนั้นเป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่กำหนดไว้สำหรับอาการป่วยเฉพาะกรณี[264] รวมถึงห้ามการตรวจพบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นตามรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ปรากฏในภาคผนวก ได้แก่ 1) กัญชา ตรวจหาจากสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC), 2) เฮโรอีน ตรวจหาจากสารมอร์ฟีน (Morphine), 3) มอร์ฟีน (Morphine), 4) โคเคน ตรวจหาจากสารโคเคน (Cocaine) และสารเบนโซอิลเอคโกนีน (Benzoylecgonine), 5) แอมเฟตามีน (Amfetamin), 6) ยาเลิฟ (Methylendioxyamfetamin – MDA), 7) ยาอีฟ (Methylendioxyethylamfetamin – MDE), 8) ยาอี (Methylendioxymetamfetamin – MDMA) และ 9) เมทแอมเฟตามีน (Metamfetamin)[265]

สำหรับรายละเอียดเรื่องใบอนุญาตขับขี่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้น มีการกำหนดไว้ในกฎหมายลำดับรอง คือ ข้อบังคับว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ (Driver's Licence Ordinance (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV)) กรณีผู้ขับขี่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการติดสุรา หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่จะสั่งให้ผู้ยื่นคำขอจัดเตรียมเอกสารเพื่อการออกใบอนุญาตขับขี่หรือการต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ ได้แก่ ใบรับรองแพทย์ (หากมีข้อเท็จจริงอันควรเชื่อได้ว่าผู้ยื่นคำขอมี

---

[258] Section 24a (1) Road Traffic Act (DE)

[259] Section 24a (1a) Road Traffic Act (DE)

[260] Section 24a (3) Road Traffic Act (DE)

[261] Section 24a (2a) Road Traffic Act (DE)

[262] Section 24a (3) Road Traffic Act (DE)

[263] Section 24a (4) Road Traffic Act (DE)

[264] Section 24c Road Traffic Act (DE)

[265] Appendix (to Section 24a) Road Traffic Act (DE)

ภาวะติดสุรา) หรือรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยา (medizinisch-psychologisches Gutachten) เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ยื่นคำขอไม่ได้มีภาวะติดสุรา หรือพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด หรือมีข้อเท็จจริงอื่นที่บ่งชี้พฤติกรรมดังกล่าว[266] เช่นเดียวกับผู้ขับขี่ที่ติดกัญชาซึ่งต้องมีใบรับรองแพทย์หรือรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยา ว่าผู้นั้นไม่มีการใช้กัญชาในทางที่ผิดหรือไม่พบการติดกัญชาอีก[267] สำหรับผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ให้จัดเตรียมใบรับรองแพทย์หรือรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยาเช่นเดียวกัน[268]

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงแนวทางคำพิพากษาของเยอรมนี ในคดีที่โจทก์เป็นผู้บริโภคกัญชาเป็นครั้งคราวและได้ทำการขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งถูกตรวจพบว่ามีระดับสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในซีรั่มเลือด 1.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และหน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่มีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ทันที โดยถือว่าผู้ใช้กัญชาไม่มีความเหมาะสมในการขับขี่ โจทก์จึงยื่นคัดค้านการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยมีความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งอ้างเหตุผลทางการแพทย์และพิษวิทยาระบุว่าสำหรับกัญชาจำเป็นต้องแยกแยะระหว่างการใช้เป็นประจำและการใช้เป็นครั้งคราว ความเข้มข้นของสารดังกล่าวในระดับที่ตรวจพบในร่างกายโจทก์มีความเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดความบกพร่องในการขับขี่ แม้ว่าจะอยู่ในระดับที่กฎหมายอนุญาตให้สามารถทำการขับขี่ได้ แต่หากเป็นการบริโภคกัญชาอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่การสะสมสารในร่างกายและถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการขับขี่ ประกอบกับโจทก์ไม่เคยระบุว่าตนเองเป็นผู้เสพกัญชาเรื้อรัง โดยคำให้การในครั้งแรกอ้างว่าตนเองเสพกัญชาเพียงครั้งเดียวก่อนการเดินทาง แต่โดยทั่วไปแล้วเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ได้ทันทีโดยไม่ต้องสอบสวนข้อเท็จจริงเพิ่มเติม แม้ว่ากฎหมายใบอนุญาตขับขี่จะเป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นการขจัดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยบนท้องถนนให้ได้มากที่สุด แต่หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและจำเป็นต้องขอรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยา เพื่อชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับความเหมาะสมในการขับขี่ ดังนั้นศาลปกครองสูงสุดแห่งสหพันธรัฐ (Bundesverwaltungsgericht) จึงพิจารณาเห็นว่าการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ที่ถูกโต้แย้งนี้เป็นการกระทำที่มิชอบด้วยกฎหมายและละเมิดสิทธิของโจทก์ ดังนั้น คำวินิจฉัยของจำเลยจึงต้องถูกเพิกถอน[269] จะเห็นได้ว่าศาลเยอรมนีให้ความสำคัญต่อการพิสูจน์ความผิดโดยใช้กระบวนการทางการแพทย์และนิติวิทยาศาสตร์เป็นสำคัญ รวมถึงการใช้อำนาจทางปกครองที่ไม่ได้ยึดเฉพาะตัวบทกฎหมายแต่มุ่งความปลอดภัยสาธารณะเป็นหลักในการพิจารณา

---

[266] Section 13 Driver's Licence Ordinance (DE)

[267] Section 13a Driver's Licence Ordinance (DE)

[268] Section 14 Driver's Licence Ordinance (DE)

[269] Anonymous (Bundesverwaltungsgericht, Case 3 C 14.17, 2019).

1.4 บทวิเคราะห์กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

กฎหมายของประเทศเยอรมนีที่ใช้ควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีจุดเด่นที่สำคัญในด้านความเข้มงวดในการบัญญัติกฎหมาย การบังคับใช้ และความสมดุลระหว่างมาตรการทางอาญาและทางปกครอง โดยโครงสร้างหลักของกฎหมายสามารถแบ่งออกได้เป็นสองส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา (German Criminal Code (Strafgesetzbuch – StGB)) ซึ่งกำหนดบทลงโทษในกรณีการกระทำผิด ได้แก่ โทษปรับ โทษจำคุก และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ และพระราชบัญญัติจราจรทางบก (Road Traffic Act (Straßenverkehrsgesetz – StVG)) ซึ่งใช้สำหรับกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในร่างกาย ร่วมกับกฎหมายลำดับรอง คือ ข้อบังคับว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ (Driver's Licence Ordinance (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV)) เพื่อให้การบังคับใช้มาตรการทางปกครองในส่วนของการควบคุมการออกใบอนุญาตขับขี่มีความละเอียดถี่ถ้วน จุดแข็งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ศาลเยอรมนีเลือกใช้มาตรฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และนิติวิทยาศาสตร์เป็นหลักในการตัดสินคดีร่วมกับการพิจารณาตัวบทบัญญัติของกฎหมาย โดยศาลให้ความสำคัญกับผลการตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยาเพื่อประเมินความเหมาะสมในการขับขี่ โดยเฉพาะการตีความในประเด็นระดับความเข้มข้นของกัญชาสำหรับผู้ที่เสพเป็นครั้งคราว ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมยานพาหนะได้มากกว่าผู้ที่เสพเป็นประจำ เพื่อให้เกิดการสร้างความปลอดภัยทางถนนสูงสุดสำหรับผู้ใช้รถใช้ถนน และการแยกกฎเกณฑ์เฉพาะสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ซึ่งอาจพิจารณาได้ว่ามีประสบการณ์ไม่มากพอ นอกจากนี้ศาลยังมีอำนาจในการใช้ดุลยพินิจเพื่อการกำหนดโทษและการสั่งห้ามขับขี่ยานพาหนะโดยคำนึงถึงพฤติกรรมของผู้กระทำผิด ความปลอดภัยสาธารณะ และการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ รวมทั้งการคำนึงถึงหลักนิติธรรมที่เปิดช่องให้ผู้ถูกกล่าวหาสามารถโต้แย้งคำสั่งทางปกครองได้ โดยการฟ้องร้องไปยังศาลปกครองสูงสุดแห่งสหพันธรัฐ (Bundesverwaltungsgericht) สะท้อนให้เห็นถึงระบบกฎหมายที่ไม่เพียงแต่จะมุ่งลงโทษผู้กระทำผิดเท่านั้น หากแต่ยังเน้นการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำอย่างเป็นระบบ เพื่อรักษาความปลอดภัยทางถนนในระยะยาวอย่างยั่งยืน

แม้ว่ากฎหมายของประเทศเยอรมนีในด้านการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจะมีความเข้มงวดและครอบคลุม แต่ยังคงมีจุดด้อยในเชิงนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายที่ควรพิจารณาเพื่อการพัฒนาในอนาคต ประการแรก คือ ความซับซ้อนของกระบวนการตรวจร่างกายทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีความรู้ด้านกฎหมาย เนื่องจากการให้ความเห็นของแพทย์ไม่ได้อิงตามหลักเกณฑ์ซึ่งกำหนดระดับของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามกฎหมาย แต่ใช้การวิเคราะห์เป็นรายกรณีว่าผู้ขับขี่มีความเหมาะสมที่จะทำการขับขี่ยานพาหนะหรือไม่ หากการกำหนดหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ขาดเงื่อนไขในการตรวจที่ชัดเจน แม้ว่า

จะได้กระทำในช่วงเวลาใกล้เคียงกันแต่หากตรวจโดยแพทย์ต่างสาขา หรือแพทย์สาขาเดียวกันแต่มีประสบการณ์ในการตรวจไม่เท่ากัน เช่นนี้ย่อมทำให้เกิดการโต้แย้งผลการตรวจอย่างไม่มีที่สิ้นสุด นอกจากนี้หากการเข้าถึงบริการตรวจประเมินทางการแพทย์และจิตวิทยานั้นมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ระยะเวลานาน ย่อมเป็นการสร้างความไม่เท่าเทียมให้กับประชาชน ทำให้เกิดการจำกัดสิทธิขั้นพื้นฐานอันเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษฐกิจ ประการที่ 2 คือ เกณฑ์การวัดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกายที่เข้มงวดและไม่ยืดหยุ่น โดยเฉพาะในกรณีของกัญชา ซึ่งแม้การตรวจพบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลในระดับต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด แต่หน่วยงานผู้ออกใบอนุญาตขับขี่สามารถพิจารณาเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ได้ ประการที่ 3 คือ ความไม่ชัดเจนในการบังคับใช้ต่อใบอนุญาตขับขี่จากต่างประเทศ แม้ว่าจะมีแนวทางจากคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดรองรับสิทธิของรัฐในการปฏิเสธใบอนุญาตขับขี่จากประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป แต่อาจก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ขับขี่ที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ยังสามารถใช้สิทธิในการยื่นคำร้องต่อศาลปกครองสูงสุดได้ การขาดความชัดเจนในเรื่องการยอมรับหลักการในเรื่องใบอนุญาตขับขี่นี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างประเทศกรณีที่ประเทศที่ต่อใบอนุญาตขับขี่ให้นั้นมีความเห็นขัดแย้งกับศาลปกครองสูงสุดของเยอรมนี

อาจกล่าวได้ว่ากฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี มีความเหมาะสมต่อสภาพสังคมปัจจุบันในด้านความชัดเจนและความครอบคลุมของบทบัญญัติ เพื่อควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องผ่านการบูรณาการกฎหมายหลายฉบับทั้งกฎหมายอาญาและกฎหมายจราจร พร้อมกฎหมายลำดับรองซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการตรวจสอบและควบคุมใบอนุญาตขับขี่ โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของสาธารณะเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีการใช้มาตรฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และนิติวิทยาศาสตร์มาใช้ในการวิเคราะห์ผู้ขับขี่รายบุคคล ซึ่งช่วยให้ศาลสามารถประเมินความเสี่ยงในการขับขี่ได้อย่างรอบด้าน และนำไปสู่การกำหนดบทลงโทษหรือมาตรการคุมประพฤติที่เหมาะสมกับพฤติกรรมของผู้กระทำผิด อาจกล่าวได้ว่าเยอรมนีมีกฎหมายจราจรที่เหมาะสมในด้านหลักการและระบบบังคับใช้ที่มุ่งเน้นการป้องกันอันตรายบนท้องถนนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความซับซ้อนของกระบวนการตรวจประเมินทางการแพทย์ การตีความเกณฑ์ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความเข้มงวดมากเกินไปโดยไม่ยืดหยุ่นกับข้อเท็จจริงเฉพาะรายและไม่เป็นคุณกับผู้ขับขี่ และข้อถกเถียงเรื่องการยอมรับใบอนุญาตขับขี่จากประเทศในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรปซึ่งยังขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการยอมรับหลักการร่วมกันและนำไปสู่การฟ้องร้องศาลปกครองสูงสุดให้ทำการวินิจฉัย

1.5 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

แม้ว่าประเทศไทยจะยังได้มีการพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมาอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 40 ปี ไม่ว่าจะเป็นการประกาศใช้พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน และการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดสำหรับการควบคุมยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับบทบัญญัติของประเทศสวีเดนและเยอรมนีที่มีการระบุสารต้องห้ามสำหรับการขับขี่ไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม กฎหมายของไทยยังคงจำกัดอยู่ในกรอบของ “ยาเสพติดให้โทษ” ตามรายการที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา ทำให้การควบคุมผู้ขับขี่ยังไม่ครอบคลุมถึงยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ได้เช่นเดียวกันโดยเฉพาะในกรณีของกัญชา นอกจากนี้ยังคงปรากฏความไม่ชัดเจนในเรื่องนิยามศัพท์คำว่า “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” และ “ของเมาอย่างอื่น” ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ว่าหมายถึงการกระทำในรูปแบบใดหรือหมายถึงสิ่งใด จึงต้องถือเป็นดุลยพินิจของเจ้าพนักงานในการตัดสินว่าผู้ขับขี่มีความบกพร่องในการควบคุมยานพาหนะหรือไม่ ในขณะที่ประเทศสวีเดนและเยอรมนีมีหลักการในการประเมินความเหมาะสมของผู้ขับขี่อย่างชัดเจนด้วยวิธีการทางการแพทย์ และแม้ว่าผู้ขับขี่จะมีระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด แต่หากไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยเช่นนี้อาจเป็นเหตุให้มีความผิดตามกฎหมายจราจรในฐานเมาแล้วขับได้เช่นเดียวกัน สวีเดนและเยอรมนีให้ความสำคัญกับการตรวจประเมินผู้ขับขี่โดยแพทย์ก่อนที่จะยื่นขอรับใบอนุญาตขับขี่ โดยเฉพาะในเยอรมนีที่มีการกำหนดให้ผู้ยื่นคำร้องขอรับใบอนุญาตขับขี่จะต้องนำส่งรายงานผลตรวจทางการแพทย์และจิตวิทยาซึ่งเป็นกระบวนการที่เข้มงวดและสร้างความเชื่อมั่นในด้านมาตรฐานการตรวจร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ขับขี่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรนำมาปรับใช้ในประเทศไทยเนื่องจากปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่ามีประกาศฉบับใดที่มุ่งเน้นการตรวจร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ขับขี่โดยละเอียด เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะสามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย

สำหรับประเด็น “ของเมาอย่างอื่น” พบว่า ทั้งสวีเดนและเยอรมนีมุ่งเน้นการพิจารณาในเรื่องความบกพร่องของสมรรถภาพในการขับขี่ยิ่งไปกว่ารายการยาเสพติดที่กำหนดไว้ในตัวบทกฎหมาย กล่าวคือ การขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยไม่ว่าจะเป็นผลมาจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือไม่หรือแม้ว่าผู้ขับขี่จะมีระดับยาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แต่หากไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยย่อมได้รับโทษเช่นเดียวกับผู้ที่เมาแล้วขับ นอกจากนี้เยอรมนียังมีการกำหนดระดับสารออกฤทธิ์ในกัญชา คือ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล ไว้อย่างชัดเจนร่วมกับการประกาศรายการยาเสพติดให้โทษซึ่งห้ามตรวจพบในผู้ขับขี่ ทำให้ทั้งสองประเทศไม่จำเป็นต้องกำหนดรายการ “ของเมาอย่างอื่น” ซึ่งก่อให้เกิดความคลุมเครือในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาผลของการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิต

ประสาทในลักษณะเป็นรายบุคคล โดยแยกระหว่างผู้เสพเป็นประจำและผู้เสพเป็นครั้งคราว ซึ่งส่งผลให้มีระดับความเมาไม่เท่ากันแม้ว่าจะเสพในปริมาณที่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม ในการวินิจฉัยความผิดตามกฎหมายโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางการแพทย์นั้นจำเป็นที่จะต้องมีผู้เชี่ยวชาญระดับสูงทำหน้าที่แปลผลการตรวจ ซึ่งประเทศไทยยังขาดความพร้อมในเรื่องดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตามแนวทางคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุดของเยอรมนีอาจยังไม่เกิดขึ้นกับประเทศไทยในอนาคตอันใกล้นี้ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน คือ การกำหนดกรอบกฎหมายเฉพาะทางที่เน้นการประเมินผลกระทบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ ซึ่งจะช่วยลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าพนักงาน แต่มุ่งเน้นการยึดหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และข้อเท็จจริงในเชิงพฤติกรรมการขับขี่

ในส่วนของการใช้มาตรการทางปกครองควบคู่กับการดำเนินคดีอาญา เช่น การพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ร่วมกับโทษปรับและโทษจำคุกนั้น พบว่าประเทศไทยมีการดำเนินการในลักษณะใกล้เคียงกับระบบกฎหมายของสวีเดนและเยอรมนี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยมุ่งเน้นการปรับตัวบทกฎหมายตามลายลักษณ์อักษรให้เข้ากับข้อเท็จจริงแห่งคดี ทำให้ขาดความยืดหยุ่นเชิงพฤติกรรมอันเป็นเรื่องที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งเจ้าพนักงานไม่สามารถทำการประเมินได้โดยง่าย เช่น การขอรับใบอนุญาตขับขี่ใหม่ภายหลังการถูกพักใช้งานนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินความสามารถในการขับขี่โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แต่หากไม่มีการดำเนินการในขั้นตอนดังกล่าวอาจทำให้ผู้กระทำผิดพลาดโอกาสในการฟื้นฟูพฤติกรรมหรือโอกาสในการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ นอกจากนี้กฎหมายจราจรของประเทศไทยยังขาดความเด็ดขาดในด้านการริบทรัพย์สินที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของรัฐ ซึ่งแตกต่างจากสวีเดนที่มีความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการกระทำผิดซ้ำ ซึ่งเป็นผลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมการบังคับใช้กฎหมายจราจรของไทยที่มีลักษณะยืดหยุ่นต่อการบังคับใช้กฎหมาย การต่อรอง และการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการที่สังคมไทยยังไม่มีความตระหนักในประเด็น “ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท” ชนิดอื่นซึ่งมีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจรได้เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์

2. การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่

ประเทศไทยมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่โดยการปรับใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ซึ่งเป็นหลักการสากลในการควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาสุรา โดยแยกระดับความเข้มข้นที่กฎหมายอนุญาตระหว่างผู้ขับขี่ทั่วไปกับผู้ขับขี่ที่อ่อนประสบการณ์หรือผู้ซึ่งไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งเป็นรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดมากยิ่งขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตาม กฎหมายเหล่านี้กลับสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดที่ยังคงฝังรากลึกอยู่ในระบบกฎหมายของไทยซึ่งเป็นข้อด้อยที่สำคัญ คือ การขาดการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือผู้ขับขี่รถบรรทุกแยกออกจากผู้ขับขี่ทั่วไป โดยการควบคุม

ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับกฎหมายจราจรในประเทศไทยนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ ซึ่งมีกฎหมายฉบับแรกที่บัญญัติเรื่องการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ คือ กฎกระทรวงฉบับที่ 16 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ได้รับการประกาศเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 โดยกำหนดในเรื่องการเมาสุรา หมายความว่า มีปริมาณแอลกอฮอล์เมื่อตรวจวัดจากเลือดแล้วมีค่าเกินกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หากตรวจวัดจากลมหายใจหรือปัสสาวะเช่นนี้ให้เทียบปริมาณแอลกอฮอล์โดยใช้ปริมาณในเลือดเป็นเกณฑ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงเท่ากับ 2,000 กรณีตรวจวัดทางลมหายใจ และค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงเท่ากับเศษ 1 ส่วน 1.3 กรณีตรวจวัดทางปัสสาวะ[270] ต่อมาได้มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์จากเลือดสำหรับผู้ขับขี่เฉพาะกลุ่ม คือ 1) ผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์, 2) ผู้ขับขี่ที่ได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราว, 3) ผู้ขับขี่ที่ได้รับใบอนุญาตขับขี่ประเภทอื่นซึ่งใช้แทนกันไม่ได้ และ 4) ผู้ขับขี่ที่ไม่มีใบอนุญาต ถูกพักใช้ หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยห้ามการมีปริมาณแอลกอฮอล์เมื่อตรวจวัดจากเลือดแล้วมีค่าเกินกว่า 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์[271] ต่อมากฎกระทรวงทั้งสองฉบับได้ถูกยกเลิกโดย กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ซึ่งกฎกระทรวงฉบับใหม่ยังคงสาระสำคัญของกฎกระทรวงทั้งสองฉบับไว้เช่นเดิม แต่ได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของการทดสอบว่าเมาสุราหรือไม่ โดยให้ทำการทดสอบทางลมหายใจก่อน หากไม่สามารถกระทำได้จึงพิจารณาทดสอบทางปัสสาวะและเลือด ทั้งนี้จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ขับขี่ก่อนจึงจะดำเนินการได้[272] ซึ่งหากพิจารณาโดยปกติวิสัยแล้วจะพบว่าผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถบรรทุกย่อมต้องมีระดับความรับผิดชอบต่อการขับขี่มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากผู้ขับขี่กลุ่มดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในระบบคมนาคม ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้งอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างมากกว่าการเกิดอุบัติเหตุจากรถยนต์ส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว

สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น พบว่าประเทศไทยมีการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับยาเสพติดบางประเภท โดยมีการตรากฎหมายควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่เมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2548 ซึ่งกำหนดรายละเอียดเฉพาะเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 คือ แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน โดยการตรวจจากปัสสาวะของผู้ขับขี่ด้วยการตรวจสอบเบื้องต้น ในรูปแบบการทดสอบปฏิกิริยาการเกิดสี (Color Test) หรือการทดสอบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunoassays) และตรวจยืนยันผลด้วย

---

[270] ข้อ 3 แห่งกฎกระทรวงฉบับที่ 16 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[271] ข้อ 1 แห่งกฎกระทรวงฉบับที่ 21 (พ.ศ. 2560) ออกตามความในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[272] ข้อ 3 แห่งกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

วิธีการแยกสารผสมออกจากกัน (Chromatography)[273] ทั้งนี้หากผลการตรวจสอบเบื้องต้นปรากฏว่ามีปริมาณของสารเสพติดตั้งแต่ 1 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไป และผลการตรวจยืนยันปรากฏว่ามีชนิดของสารเสพติดในปัสสาวะของผู้รับการตรวจ ให้ถือว่าผู้รับการตรวจเป็นผู้เสพยาเสพติดให้โทษดังกล่าว[274] ซึ่งถือเป็นหลักการที่ดีในการปรับใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาดสำหรับการตรวจวัดแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน เนื่องจากสารทั้งสองชนิดส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและมีช่วงของการออกฤทธิ์กว้างแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ ผู้เสพบางรายอาจมีอาการแสดงมากทั้งที่เสพในปริมาณเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้เสพบางรายอาจมีการตอบสนองต่อยาในทิศทางตรงกันข้าม ทว่ากลับพบข้อด้อยของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศไทย กล่าวคือ ปัจจุบันยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ ทำให้การควบคุมการเสพยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นจำเป็นต้องนำประมวลกฎหมายยาเสพติดมาปรับใช้ โดยไม่สามารถนำพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาบังคับใช้ได้เลย และก่อให้เกิดช่องโหว่ในการบังคับใช้กฎหมายกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี พบว่าการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นมีการกำหนดคำนิยามไว้ชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน

เมื่อพิจารณาถึงการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่พบว่า การขับขี่ยานยนต์หรือรถรางหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างหรือหลังการเดินทาง ซึ่งมีปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดอย่างน้อย 0.2 promille (เท่ากับ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) หรือ 0.10 มิลลิกรัมต่อลิตรเมื่อตรวจวัดทางการหายใจ ถือว่าเป็นการขับขี่ขณะเมาสุรา[275] และแม้ว่าจะมีระดับแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่หากผู้ขับขี่ไม่สามารถขับขี่ได้อย่างปลอดภัยก็จะมีความผิดฐานเมาแล้วขับเช่นเดียวกัน[276] จะเห็นได้ว่าการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน มีจุดเด่น คือ มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานสูงกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดให้ผู้ขับขี่ทั่วไปควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงมากกว่าปกติจึง

---

[273] ข้อ 1 แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548

[274] ข้อ 1 แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548

[275] Article 4 Section 1 Act on Punishment for some Traffic Crimes (1951:649) (SE)

[276] Article 4 Section 3 Act on Punishment for some Traffic Crimes (1951:649) (SE)

กำหนดให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[277] ในขณะที่ประเทศสวีเดนบังคับผู้ขับขี่ทุกกลุ่มให้มีระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้ยังขยายขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายไปยังผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยให้ถือเป็นความผิดฐานเมาแล้วขับด้วย ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากความไม่พร้อมในการขับขี่

สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ พบว่าการขับขี่ยานยนต์หรือรถรางในระหว่างหรือหลังการเดินทางภายหลังที่ได้เสพยาเสพติดให้โทษตามความในมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 (Act on Penal Law on Narcotics (SFS 1968:64 Narkotikastrafflag)) นั้น ผู้ขับขี่จะต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดดังกล่าวมิให้ใช้บังคับแก่การเสพยาเสพติดตามใบสั่งยาของแพทย์หรือผู้ออกใบสั่งยาที่ได้รับอนุญาต[278] และมิให้ใช้บังคับสำหรับการขับขี่ยานพาหนะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์หรือเทียบเคียงซึ่งได้รับอนุญาตจากรัฐบาลหรือหน่วยงานที่รัฐบาลกำหนด[279] ทั้งนี้ยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 ให้หมายความถึงยาหรือสินค้าอันตรายต่อสุขภาพที่มีสรรพคุณทำให้เสพติดหรือให้ผลเคลิบเคลิ้ม หรือสินค้าที่สามารถแปลงเป็นสินค้าที่มีคุณสมบัติหรือฤทธิ์เช่นนั้นได้โดยง่าย ซึ่งทางราชการประกาศให้เป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย[280] จะเห็นได้ว่าสวีเดนมีการกำหนดรายการยาเสพติดอย่างกว้างขวางโดยไม่จำกัดเฉพาะยาเสพติดให้โทษอย่างที่บังคับใช้ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ให้หมายความรวมถึงยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ด้วย

ดังนั้นหากประเทศไทยต้องการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นไปตามแนวทางของสวีเดน โดยเฉพาะการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดกว่ามาตรฐานสากล และการควบคุมการขับขี่ภายหลังการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นอย่างชัดเจน ไม่ว่าผู้ขับขี่จะมีปริมาณของสารต่ำกว่าค่าที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ก็ตาม แต่หากพฤติกรรมการขับขี่แสดงถึงความไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย เช่นนี้สามารถถือเป็นความผิดได้ทันที รวมถึงการยกเว้นความผิดในกรณีที่เป็นการเสพยาตามใบสั่งแพทย์หรือในการทดลองทางวิทยาศาสตร์โดยชอบด้วยกฎหมาย เช่นนี้จำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงนิยามของการเมาแล้วขับให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย แม้ว่าผู้ขับขี่จะมีระดับแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกายต่ำ

---

[277] WHO, **The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels** (Geneva: World Health Organization, 2019), pp. 1, 11.

[278] Article 4 Section 2 Act on Punishment for some Traffic Crimes (1951:649) (SE)

[279] Article 4 Section 5 Act on Punishment for some Traffic Crimes (1951:649) (SE)

[280] Section 8 Act on Penal Law on Narcotics (1968:64) (SE)

กว่าค่าที่กฎหมายกำหนดไว้ การบัญญัติกฎหมายควบคุมการขับขี่ให้ครอบคลุมยาเสพติดประเภทอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน และการเพิ่มข้อยกเว้นทางการแพทย์อย่างชัดเจนสำหรับผู้ขับขี่ที่ได้รับยาโดยมีใบสั่งจากแพทย์ให้ไม่ถือเป็นความผิด หากไม่ปรากฏว่าผู้นั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ และสามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย โดยการปรับปรุงกฎหมายในลักษณะดังกล่าวนี้จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.2 บทวิเคราะห์ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน

จะเห็นได้ว่าการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน มีจุดเด่น คือ ประการที่ 1 มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่ชัดเจน และมีมาตรฐานสูงกว่าข้อแนะนำของสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดให้ผู้ขับขี่ทั่วไปควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงมากกว่าปกติจึงกำหนดให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่ประเทศสวีเดนบังคับผู้ขับขี่ทุกกลุ่มให้มีระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้ยังขยายขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายไปยังผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยให้ถือเป็นความผิดฐานเมาแล้วขับด้วย ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากความไม่พร้อมในการขับขี่

ประการที่ 2 สวีเดนมีจุดเด่นในด้านการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น คือ มีการควบคุมยาเสพติดผิดกฎหมาย ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษไว้เป็นการเฉพาะ นอกจากนี้กฎหมายยังได้เปิดช่องสำหรับผู้ที่ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์แต่ยังสามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย รวมถึงผู้ขับขี่ซึ่งใช้ยาอันเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางวิทยาศาสตร์โดยได้รับอนุญาตจากรัฐบาลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจ ให้สามารถทำการขับขี่ยานพาหนะได้ตามปกติ ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบกฎหมายที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับสภาพสังคม โดยผู้ขับขี่บางรายอาจมีโรคประจำตัวแต่จำเป็นต้องทำการขับขี่ยานพาหนะในชีวิตประจำวัน ก็จะสามารถทำการขับขี่ยานพาหนะได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

สำหรับข้อด้อยของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ พบว่า ประการที่ 1 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน แม้ว่าจะมีข้อกำหนดที่ชัดเจนเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แต่เนื่องจากการออกแบบกฎหมายให้สามารถเอาผิดแก่ผู้ขับขี่ที่แม้จะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยให้ถือว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับ จึงอาจมีประเด็นปัญหาในส่วนของการใช้ดุลยพินิจเกินสมควรของเจ้าพนักงาน และก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการตัดสินคดีและการบังคับใช้กฎหมาย

ประการที่ 2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน พบว่าเนื่องจากสวีเดนมีการกำหนดข้อยกเว้นความผิดกรณีที่เป็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาหรือเวชภัณฑ์อื่นตามใบสั่งแพทย์ หรือการใช้ยาสำหรับการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ซึ่งได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่รัฐบาลกำหนด ทำให้อาจมีประเด็นปัญหาหากผู้ขับขี่ได้มีการใช้ยาเกินขนาดที่กำหนดหรือใช้ยาไปในทางที่ผิด และได้หยิบยกข้ออ้างในเรื่องข้อยกเว้นความผิดมาใช้เป็นข้อต่อสู้เพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิด เช่นนี้อาจนำไปสู่ปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบในขั้นตอนการบังคับใช้กฎหมายได้เช่นเดียวกับการใช้ดุลยพินิจของเจ้าพนักงานในการประเมินความบกพร่องของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์

ดังนั้นความเหมาะสมกับสภาพการใช้งานในปัจจุบันของสวีเดนสามารถสรุปได้ดังนี้ ประการที่ 1 กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน พบว่ามีความเหมาะสมในด้านการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานที่เข้มงวดสูงกว่าข้อแนะนำของสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ได้เป็นอย่างดี รวมถึงการขยายขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายไปยังกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยให้มีความผิดฐานเมาแล้วขับ อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ดุลยพินิจของเจ้าพนักงานในการทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ให้มีความชัดเจน เนื่องจากเสี่ยงต่อการใช้ดุลยพินิจเกินสมควรและทำให้ผู้ขับขี่บางรายถูกลงโทษโดยไม่เป็นธรรม

ประการที่ 2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน พบว่ามีความเหมาะสมต่อการใช้งานปัจจุบันในแง่ของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติด ซึ่งครอบคลุมถึงยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่กฎหมายถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ โดยทำการบัญญัติกฎหมายควบคุมเป็นการเฉพาะแยกออกจากกฎหมายจราจร นอกจากนี้ยังอนุญาตให้ผู้ขับขี่ที่จำเป็นต้องใช้ยาตามใบสั่งแพทย์หรือใช้ยาสำหรับการทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลสามารถทำการขับขี่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นรูปแบบการยกเว้นความผิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ที่มีโรคประจำตัวแต่มีความจำเป็นต้องทำการขับขี่ยานพาหนะในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังในกรณีของผู้ขับขี่ที่มีการใช้ยาเสพติดตามใบสั่งแพทย์เกินขนาด หรือใช้ยาในการทดลองทางวิทยาศาสตร์ไปในทางที่ผิด และได้ยกเอาข้อยกเว้นความผิดตามกฎหมายมากล่าวอ้างเพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิด รวมถึงอาจเป็นเหตุให้เกิดการใช้ดุลยพินิจที่ไม่เหมาะสมของเจ้าพนักงานได้

2.3 ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี

การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ ระดับแอลกอฮอล์ที่ถือเป็นความผิดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป คือ ตั้งแต่ 0.25 มิลลิกรัมต่อลิตรในลมหายใจ หรือตั้งแต่ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเลือด โดยบุคคล

ใดก็ตามหากได้ฝ่าฝืนทำการขับขี่ยานพาหนะในขณะที่มีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด จะถือว่ามีความผิดทางปกครอง[281] สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ ได้แก่ ผู้ขับขี่ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรือผู้ขับขี่ที่อยู่ในช่วงระยะเวลาทดลองขับ หากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่ยานยนต์บนท้องถนนหรือตกอยู่ภายใต้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ขณะเริ่มขับรถให้ถือเป็นความผิดทางปกครอง[282] และอาจได้รับโทษปรับด้วย[283] สรุปได้ว่าเยอรมนีมีการใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) กับผู้ขับขี่ทั่วไป และใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่

สำหรับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี พบว่ามีจุดเด่น คือ มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไปที่เป็นไปตามมาตรฐานของสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลกที่ระดับไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่มีความเข้มงวดเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 21 ปี และผู้ขับขี่ในช่วงทดลองขับ โดยห้ามมิให้มีการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดทุกกรณี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเด็ดขาดในการที่จะป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มผู้ขับขี่ที่อ่อนประสบการณ์ และเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคมอีกทางหนึ่งด้วย

สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นมีรายละเอียด คือ บุคคลใดก็ตามทำการขับขี่ยานพาหนะบนถนนภายใต้อิทธิพลของสารที่ทำให้มึนเมาตามรายการที่ปรากฏในภาคผนวก ให้ถือว่ามีความผิดทางปกครองเมื่อได้ตรวจพบสารดังกล่าวในเลือด แต่มิให้ถือเป็นความผิดหากสารนั้นมาจากการใช้ยาตามที่กำหนดไว้สำหรับการเจ็บป่วยเฉพาะกรณี[284] ทั้งนี้ให้กระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐ (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur – BMVI) มีอำนาจเปลี่ยนแปลงรายชื่อสารที่ทำให้มึนเมาหรือสารที่ปรากฏในภาคผนวกของพระราชบัญญัติจราจรทางบก โดยอาศัยคำสั่งตามกฎหมายภายใต้ข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งสหพันธรัฐ (Bundesministerium für Gesundheit) และกระทรวงยุติธรรม (Bundesministerium der Justiz) เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้รับความเห็นชอบจากสภาแห่งสหพันธรัฐ (Bundesrates)[285] สำหรับรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ปรากฏในภาคผนวก ได้แก่ สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล เฮโรอีน มอร์ฟีน โคเคน สารเบนโซอิลเอคโกนีน แอมเฟตามีน ยาเลิฟ ยาอีฟ ยาอี และเมทแอมเฟตามีน ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว[286] โดยหากผู้ขับขี่มีระดับสาร

---

[281] Section 24a (1) Road Traffic Act (DE)

[282] Section 24c (1) Road Traffic Act (DE)

[283] Section 24c (3) Road Traffic Act (DE)

[284] Section 24a (2) Road Traffic Act (DE)

[285] Section 24a (5) Road Traffic Act (DE)

[286] Appendix (to Section 24a) Road Traffic Act (DE)

เตตราไฮโดรแคนนาบินอลในซีรั่มเลือด (Blood Serum) มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ให้ถือว่ามีความผิด[287]

2.4 บทวิเคราะห์ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี

สำหรับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี พบว่ามีจุดเด่น คือ ประการที่ 1 มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไปที่เป็นไปตามมาตรฐานของสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลกที่ระดับไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่มีความเข้มงวดเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ขับขี่อายุต่ำกว่า 21 ปี และผู้ขับขี่ในช่วงทดลองขับ โดยห้ามมิให้มีการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดทุกกรณี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเด็ดขาดในการที่จะป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มผู้ขับขี่ที่อ่อนประสบการณ์ และเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคมอีกทางหนึ่งด้วย

ประการที่ 2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี มีการกำหนดรายการยาเสพติดถึง 9 ชนิดที่ต้องห้ามสำหรับการขับขี่ อาจกล่าวได้ว่าเยอรมนีเป็นหนึ่งในประเทศที่ให้ความสำคัญอย่างมากกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ เนื่องจากเยอรมนีไม่ได้กำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ถือเป็นความผิดหากได้ทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว แต่ให้ถือเป็นความผิดเมื่อตรวจพบสารตามรายการที่กำหนดในเลือดของผู้ขับขี่ จึงสรุปได้ว่าเยอรมนีมีการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นความเข้มงวดสูงสุดของการควบคุมผู้ขับขี่เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ยกเว้นกัญชาที่มีการบัญญัติระดับสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอลไว้เป็นการเฉพาะซึ่งเป็นรูปแบบการบัญญัติกฎหมายที่มีความยืดหยุ่น รวมถึงการคุ้มครองผู้ขับขี่กรณีที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ซึ่งต้องใช้ยาเพื่อการรักษาความเจ็บป่วยเฉพาะกรณี นอกจากนี้กฎหมายยังอนุญาตให้กระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจเปลี่ยนแปลงรายการยาเสพติดที่ต้องได้รับการควบคุมตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก ส่งผลให้กฎหมายมีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อย่างไรก็ตาม การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของเยอรมนีมีข้อควรพิจารณา คือ ประการที่ 1 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนีอาศัยการกำหนดหลักเกณฑ์การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ โดยจะสามารถบังคับใช้ได้โดยสมบูรณ์หากพื้นที่ดังกล่าวมีความพร้อมทางด้านบุคลากรและเครื่องมือตรวจวัดทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการลงทุนในเรื่องดังกล่าวโดยใช้งบประมาณค่อนข้างสูงเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปโดยทั่วถึง

[287] Section 24a (1a) Road Traffic Act (DE)

นอกจากนี้การกำหนดผู้ขับขี่ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเฉพาะผู้ขับขี่อายุน้อยหรืออยู่ในช่วงทดลองขับ อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้ขับขี่ทุกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าผู้ขับขี่ทั่วไป เช่น ผู้ขับขี่สูงอายุ ผู้ขับขี่ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ขับขี่ที่จำเป็นต้องใช้ยาซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพในการควบคุมยานพาหนะ จึงอาจเกิดปัญหาในด้านความเหลื่อมล้ำของการบังคับใช้กฎหมาย

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี แม้ว่าจะมีจุดเด่นหลายประการแต่ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องของรายการยาที่ใช้เพื่อรักษาโรคซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ขับขี่อาจใช้ยาเกินขนาดหรือมีการใช้ไปในทางที่ผิด ซึ่งอาจทำให้ผู้ขับขี่ใช้ข้ออ้างในการรักษาโรคเป็นเหตุให้ตนเองพ้นจากความรับผิด แม้ว่าผู้ขับขี่จะไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยก็ตาม

ดังนั้นความเหมาะสมของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของเยอรมนีสามารถสรุปได้ คือ ประการที่ 1 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี พบว่ามีความเหมาะสมในด้านการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากลสำหรับกลุ่มผู้ขับขี่ทั่วไป และการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ด้วยการห้ามการมีแอลกอฮอล์ในเลือดทุกกรณี ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรของกลุ่มผู้ขับขี่ที่อ่อนประสบการณ์ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาในด้านความครอบคลุมของกฎหมายเพื่อให้เกิดการควบคุมผู้ขับขี่กลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ขับขี่ทั่วไปด้วย เนื่องจากสังคมอาจเห็นว่าเป็นการเลือกปฏิบัติและสร้างความเหลื่อมล้ำให้เกิดขึ้นในผู้ขับขี่แต่ละกลุ่ม นอกจากนี้อาจต้องมีการพิจารณาถึงสภาพปัญหาในทางปฏิบัติกรณีที่บางท้องถิ่นประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ โดยอาจนำหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) มาพิจารณาปรับใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี พบว่ามีความเหมาะในหลายประการทั้งการเข้มงวดต่อการควบคุมยาเสพติด ไม่ว่าจะตรวจพบสารดังกล่าวในเลือดมากน้อยเพียงใดก็ตามให้ถือเป็นความผิดหากไม่เข้าข้อยกเว้น สำหรับการใช้ยาทางการแพทย์ มีการออกแบบกฎหมายที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนรายการยาเสพติดได้ตามที่กระทรวงคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลแห่งสหพันธรัฐเห็นสมควร อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องระดับของยาในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้ยาทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการควบคุมยานพาหนะ

2.5 ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

การพิจารณาในเรื่องระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่สามารถแยกได้เป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ประเทศไทยมีข้อเหมือนกับต่างประเทศ คือ การปรับใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) กับการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับประเทศสวีเดน และประเทศเยอรมนี โดยไม่มีประเทศใดกำหนดระดับสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยผู้ขับขี่จะมีความผิดต่อเมื่อได้ทำการขับขี่ในขณะที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่าปริมาณสูงสุดที่กฎหมายกำหนด

สำหรับข้อแตกต่างของการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศไทยกับต่างประเทศ พบว่าประเทศสวีเดนไม่มีการกำหนดผู้ขับขี่กลุ่มพิเศษแยกจากผู้ขับขี่ทั่วไป โดยบังคับเป็นมาตรฐานเดียวกันที่ระดับ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่ประเทศไทยมีการกำหนดความเข้มข้นของระดับแอลกอฮอล์เป็น 2 ระดับตามประสบการณ์ของผู้ขับขี่ ส่วนประเทศเยอรมนีมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่เข้มงวดกว่าประเทศไทยโดยห้ามการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดโดยเด็ดขาด นอกจากนี้ประเทศสวีเดนยังได้นำหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) มาปรับใช้ร่วมกับหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) คือ ผู้ขับขี่จะมีความผิดเมื่อปรากฏความบกพร่องในการขับขี่ไม่ว่าจะมีปริมาณแอลกอฮอล์เพียงใดก็ตาม ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการนำมาปรับใช้อย่างจริงจัง และพบการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ในประเทศเยอรมนี

เนื่องจากประเทศสวีเดนซึ่งเป็นสมาชิกของสหภาพยุโรปได้อนุวัติ ข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) สำหรับทำการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจหรือในเลือดของผู้ขับขี่ ตามความในพระราชบัญญัติว่าด้วยการกำหนดโทษสำหรับความผิดบางประการเกี่ยวกับการจราจรทางถนน (Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (Lag (1951:649) om straff för vissa trafikbrott)) เช่นเดียวกับประเทศเยอรมนี ที่ยอมรับการตรวจแอลกอฮอล์ทั้งทางลมหายใจและทางเลือด ในขณะที่ประเทศไทยยอมรับหลักเกณฑ์การตรวจวัดแอลกอฮอล์จากลมหายใจเป็นมาตรฐาน และอนุญาตสำหรับการตรวจวัดทางปัสสาวะและเลือดตามความที่ปรากฏในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 แต่กลับไม่มีข้อกำหนดในเรื่องการสอบเทียบมาตรฐานของเครื่องมือที่ใช้ตรวจวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การตรวจด้วยวิธีทาง

ลมหายใจ ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการตรวจวัดอันนำไปสู่การแปลผลการตรวจที่ผิดพลาด

ประเด็นที่ 2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ พบว่ามีความเหมือนกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี คือ มีการปรับใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) ในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเช่นเดียวกัน โดยประเทศสวีเดนได้มีการกำหนดข้อยกเว้นสำหรับการเสพยาเสพติดตามใบสั่งยาของแพทย์หรือผู้ออกใบสั่งยาที่ได้รับอนุญาต หรือการขับขี่ยานพาหนะซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ซึ่งได้รับอนุญาตจากรัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับบทยกเว้นความผิดในมาตรา 104 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่วนประเทศเยอรมนีมีการห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามรายการที่ปรากฏในพระราชบัญญัติจราจรทางบก และกำหนดข้อยกเว้นสำหรับการใช้ยาตามที่กำหนดไว้สำหรับการเจ็บป่วยเฉพาะกรณี

ข้อแตกต่างของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ พบว่าประเทศไทยมีการกำหนดระดับของยาเฉพาะกรณีของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนในผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นระดับปกติที่ชุดตรวจคัดกรองยาเสพติดจะสามารถทำการตรวจวัดได้ และหากการตรวจยืนยันให้ผลว่ามีการใช้สารเสพติดจริงให้ถือว่าผู้นั้นเป็นผู้เสพยาเสพติดให้โทษดังกล่าว จึงเท่ากับเป็นการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) ส่วนการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้น เนื่องจากพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ไม่ได้มีการกล่าวถึงในเรื่องดังกล่าว ทำให้ต้องปรับฐานความผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของการตรวจพบยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่ถือเป็นความผิด จึงถือได้ว่าเป็นการนำหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาดมาปรับใช้เช่นเดียวกัน โดยหากตรวจพบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือด หรือปัสสาวะ หรือสารอื่นใดจากร่างกายให้ถือว่าเป็นความผิดทั้งหมด เว้นแต่จะเข้าได้กับข้อยกเว้นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นซึ่งมีอำนาจในการสั่งจ่ายยา หรือการเสพเพื่อการศึกษาวิจัยตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่วนประเทศสวีเดนได้กำหนดให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกจากแอลกอฮอล์ต้องบังคับตามพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 โดยมีการกำหนดข้อยกเว้นความผิดกรณีเป็นการใช้ยาตามใบสั่งยาหรือการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ จึงเท่ากับเป็นการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) กับการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิด สำหรับประเทศเยอรมนีมีการกำหนดรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกจากแอลกอฮอล์ไว้อย่างชัดเจนในภาคผนวกของพระราชบัญญัติจราจรทางบก โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 9 รายการ ซึ่งเป็นการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาดในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เว้นแต่จะเข้าข้อยกเว้นการใช้

ยาตามที่กำหนดไว้สำหรับการเจ็บป่วยเฉพาะกรณี โดยทั้งประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนีไม่มีการแยกรายการของแอมเฟตามีนกับเมทแอมเฟตามีนออกเป็นพิเศษ

สำหรับมาตรฐานในการตรวจวัดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ พบว่าประเทศไทยมีการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่เฉพาะแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนที่ระดับ 1 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร (เท่ากับ 1,000 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) ขึ้นไปสำหรับการตรวจคัดกรอง และหากตรวจยืนยันผลแล้วพบว่ามียาเสพติดในปัสสาวะของผู้เข้ารับการตรวจจริงให้ถือว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดให้โทษดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ โดยเฉพาะสารที่สามารถทำการเสพได้โดยถูกกฎหมาย คือ กัญชา และกระท่อม ส่วนประเทศสวีเดนไม่ได้มีข้อกำหนดในเรื่องระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือดของผู้ขับขี่ ในขณะที่ประเทศเยอรมนีมีการกำหนดระดับของสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ในผู้ขับขี่ไว้อย่างชัดเจน และการตรวจพบยาเสพติดในเลือดตามรายการที่กำหนดถือเป็นความผิดหากไม่เข้าตามกรณีที่ได้รับการยกเว้น ทั้งนี้การตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทถือเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการตั้งข้อกล่าวหาแก่ผู้ขับขี่ได้อย่างรัดกุมมากยิ่งขึ้น

3. การตรวจร่างกายผู้ขับขี่

พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ได้กำหนดระยะเวลาในการส่งตัวเพื่อดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดตามมาตรา 43 จัตวา คือ กรณีที่ผู้ขับขี่ฝ่าฝืนมาตรา 43 (1) หรือ (2) หรือมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ให้ส่งตัวผู้นั้นพร้อมพยานหลักฐานแก่พนักงานสอบสวนโดยเร็ว แต่ต้องไม่เกิน 6 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่พบว่ามีการกระทำความผิด[288] โดยบทบัญญัติดังกล่าวมิได้ระบุว่าผู้ขับขี่จะต้องให้ความยินยอมในการตรวจร่างกายภายในระยะเวลานานเท่าใด สำหรับประเด็นการตรวจผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 การตรวจแอลกอฮอล์ หัวหน้าพนักงานจราจรหรือเจ้าพนักงานจราจรมีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถได้หากเห็นว่ามีการกระทำที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ โดยสามารถสั่งให้มีการทดสอบผู้ขับขี่ว่าหย่อนความสามารถในอันที่จะขับหรือเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือไม่[289] ในกรณีที่ผู้ขับขี่ไม่ยอมให้ทดสอบ ให้มีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ดำเนินการทดสอบได้ภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็น หากผู้นั้นยอมให้ทดสอบและผลการทดสอบปรากฏว่าไม่ได้เมาสุราก็ให้ปล่อยตัวไปทันที[290] แต่หากผู้ขับขี่ดังกล่าวยังไม่

---

[288] มาตรา 43 จัตวา แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[289] มาตรา 142 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[290] มาตรา 142 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

ยอมให้ทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นฝ่าฝืนมาตรา 43 (2)[291] โดยให้ทำการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ด้วยวิธีเป่าลมหายใจ (Breath Analyzer Test) เป็นลำดับแรก หากไม่สามารถทดสอบทางลมหายใจได้ จึงค่อยพิจารณาทำการทดสอบจากปัสสาวะหรือเลือดโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ขับขี่ก่อนจึงจะดำเนินการได้[292] อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนในเรื่องการสอบเทียบมาตรฐานของเครื่องมือที่ใช้ตรวจวัดแอลกอฮอล์ว่าควรมีรายละเอียดเช่นไร ในกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นและผู้ขับขี่อยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่อาจให้ความยินยอมได้ และมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ให้พนักงานสอบสวนมีอำนาจส่งตัวผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และแจ้งเป็นหนังสือขอให้แพทย์ทำการตรวจพิสูจน์ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดภายในเวลา 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่พนักงานสอบสวนได้รับแจ้งถึงเหตุดังกล่าว ทั้งนี้สามารถแจ้งด้วยวาจาหรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ได้จากนั้นจึงแจ้งเป็นหนังสือภายใน 24 ชั่วโมง[293] โดยตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่อนุญาตให้แพทย์สามารถทำการเก็บตรวจได้ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ หรือของเสียอย่างอื่นจากร่างกายของบุคคลดังกล่าว โดยใช้วิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่จะกระทำได้[294] ข้อสังเกตจากอำนาจในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 พบว่าการกำหนดระยะเวลาการกักตัวนานเท่าที่จำเป็นนั้นเป็นลักษณะของการใช้ดุลยพินิจอย่างกว้างขวางของพนักงานจราจรซึ่งไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัด ส่วนกรณีที่ผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้ทำการทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควรก็มิได้มีการกำหนดระยะเวลาในการให้ความยินยอมว่าต้องกระทำภายในกำหนดระยะเวลาเท่าใด

แม้ว่าการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์จะมีการกำหนดหลักเกณฑ์โดยยึดตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล กล่าวคือ เจ้าพนักงานจะไม่สามารถดำเนินการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ได้หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอม แต่หากผู้นั้นไม่ยอมให้ทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าได้กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย ดังนั้นเมื่อพิจารณาบนหลักเกณฑ์สิทธิมนุษยชนสากลดังกล่าวกลับพบข้อพกพร่องของกฎหมายของไทยโดยแยกการพิจารณาได้เป็น 3

---

[291] มาตรา 142 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[292] ข้อ 3 กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

[293] ข้อ 3 (1) แห่งระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจพิสูจน์ปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่สามารถให้ความยินยอมได้กรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น พ.ศ. 2565

[294] ข้อ 3 (2) แห่งระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจพิสูจน์ปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่สามารถให้ความยินยอมได้กรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น พ.ศ. 2565

ประการ คือ 1) เนื่องจากพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ได้ให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการสั่งการทดสอบผู้ขับขี่ว่าเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือไม่ และให้อำนาจในการกักตัวผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็น โดยไม่ได้ระบุว่าเป็นระยะเวลานานเท่าใดนับจากเวลาที่ต้องสงสัยว่ามีการขับขี่ในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ทำให้อาจเกิดการใช้ดุลยพินิจอย่างกว้างขวางเกินสมควรในเรื่องของระยะเวลาในการกักตัว ซึ่งกฎหมายได้กำหนดไว้แล้วว่าหากผู้ขับขี่ไม่ยอมให้ทดสอบโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นกระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย 2) กรณีที่ผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้เจ้าพนักงานทำการทดสอบในช่วงต้น และรอจนกระทั่งแอลกอฮอล์ถูกกำจัดออกจากร่างกายจนหมดหรือหลงเหลืออยู่ในระดับที่เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถทำการตรวจวัดได้อย่างแม่นยำ เช่นนี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ขับขี่พ้นจากความรับผิดได้ เนื่องจากแม้ว่าในทางปฏิบัติจะสามารถตรวจหาสารเมตาบอไลท์ (Metabolite) หรือผลิตผลของกระบวนการสันดาปแอลกอฮอล์ในระดับเซลล์ได้ แต่ก็อาจแปลผลได้เพียงว่าผู้ขับขี่มีการดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนหน้านี้โดยไม่สามารถระบุลงไปได้อย่างชัดเจนว่าในขณะที่ถูกสั่งให้ทำการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในช่วงต้นนั้น ผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเท่าใด และ 3) ในกรณีซึ่งผู้ขับขี่กล่าวอ้างว่าได้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปภายหลังจากที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าตนเองได้ทำการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพล เช่นนี้จะก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ทำการแปลผลทางห้องปฏิบัติการว่าการดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นก่อนหรือหลังจากนั้น เนื่องจากจะต้องเปรียบเทียบคำให้การของผู้ขับขี่ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากการขับขี่เสร็จสิ้นนั้นได้ดื่มไปเมื่อเวลาใด ปริมาณเท่าใด และเป็นแอลกอฮอล์ชนิดใด จากนั้นจึงจะสามารถทำการคำนวณกลับเพื่อหาปริมาณแอลกอฮอล์ที่แท้จริงได้ต่อไป

กรณีที่ 2 การตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น อำนาจในการตรวจผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 43 ทวิ วรรคสอง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือผู้ตรวจการมีอำนาจในการตรวจสอบผู้ขับขี่ซึ่งขับรถบางประเภทว่าได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือไม่ หากผลการตรวจสอบปรากฏในเบื้องต้นว่าผู้นั้นมิได้เสพก็ให้ขับรถต่อไปได้[295] โดยคำว่า “รถบางประเภท” หมายถึง “รถตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์” และ “รถตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก”[296] หากผู้ขับขี่ไม่ยอมให้ทดสอบให้เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือผู้ตรวจการมีอำนาจสั่งให้กักตัวผู้ขับขี่ไว้เพื่อตรวจสอบได้ภายในระยะเวลาที่จำเป็น เมื่อผู้นั้นยอมให้ทำการตรวจสอบแล้วหากปรากฏผลว่ามิได้เสพก็ให้ปล่อยตัวไป[297]

---

[295] มาตรา 43 ทวิ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[296] ข้อ 3 แห่งข้อกำหนดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่อง กำหนดชื่อและประเภทของยาเสพติดให้โทษ และประเภทของรถที่ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจตรวจสอบผู้ขับขี่

[297] มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

นอกจากนี้กรณีการตรวจหรือทดสอบยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดให้อำนาจการตรวจหรือทดสอบยาเสพติดในร่างกายของบุคคลแก่เจ้าพนักงานจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พนักงานฝ่ายปกครอง หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจค้นบุคคลใดก็ตามที่มีพฤติการณ์น่าสงสัยว่าได้เสพยาเสพติด สามารถสั่งให้ทำการยึดยาเสพติด ตรวจหรือสั่งให้มีการตรวจยาเสพติดในร่างกายของบุคคลเมื่อพบว่าบุคคลนั้นอาจเสพยาเสพติด และให้สอบถามความสมัครใจของผู้เสพยาเสพติดว่าประสงค์จะเข้ารับการบำบัดรักษาหรือไม่ มีอำนาจในการส่งตัวบุคคลดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลเพื่อบำบัดอาการติดยาเสพติด รวมถึงสามารถส่งตัวผู้นั้นไปยังพนักงานสอบสวนกรณีที่ต้องมีการดำเนินคดีต่อไป[298] แต่หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้ทำการตรวจร่างกาย เช่นนี้จะมีความผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 176 คือ บุคคลซึ่งไม่ยินยอมให้มีการทดสอบหรือตรวจว่าผู้ใดมียาเสพติดในร่างกายหรือไม่ เช่นนี้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[299]

ในทางปฏิบัติกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นและผู้ขับขี่อยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่อาจให้ความยินยอมได้ การตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้นมีหลักเกณฑ์เช่นเดียวกับการตรวจแอลกอฮอล์ คือ ให้พนักงานสอบสวนมีอำนาจขอให้แพทย์ตรวจพิสูจน์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนด[300] โดยมีขั้นตอนปฏิบัติ คือ ให้พนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และแจ้งขอให้แพทย์ตรวจพิสูจน์แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนภายในเวลา 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่พนักงานสอบสวนได้รับแจ้งถึงเหตุดังกล่าว[301] สำหรับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่อนุญาตให้แพทย์สามารถทำการเก็บตรวจได้ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ หรือของเสียอย่างอื่นจากร่างกายของบุคคลดังกล่าว โดยใช้วิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่จะกระทำได้[302]

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของประเทศไทยมีข้อบกพร่องที่สำคัญ คือ อำนาจของเจ้าพนักงานในการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่นั้น

---

[298] มาตรา 115 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[299] มาตรา 176 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[300] มาตรา 43 ทวิ/1 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[301] ข้อ 3 (1) แห่งระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจพิสูจน์การมีสารเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในร่างกายของผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่สามารถให้ความยินยอมได้ กรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น พ.ศ. 2565

[302] ข้อ 3 (2) แห่งระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจพิสูจน์การมีสารเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในร่างกายของผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่สามารถให้ความยินยอมได้ กรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น พ.ศ. 2565

สามารถกระทำได้เช่นเดียวกับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ และก่อให้เกิดประเด็นปัญหาเช่นเดียวกับการตรวจแอลกอฮอล์ คือ เจ้าพนักงานมีอำนาจในการกักตัวผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็นโดยไม่ได้ระบุว่าเป็นระยะเวลานานเท่าใด และการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานมีโทษปรับเพียงไม่เกินสี่พันบาทเท่านั้น หากเจ้าหน้าที่ต้องการตรวจหรือทดสอบยาเสพติดในร่างกายของผู้ขับขี่ เช่นนี้จำเป็นจะต้องนำประมวลกฎหมายยาเสพติดมาบังคับใช้ ซึ่งกฎหมายให้อำนาจในการตรวจหรือทดสอบสารเสพติดในร่างกายของบุคคล แต่หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้ทำการตรวจร่างกายอาจได้รับทั้งโทษปรับและโทษจำคุก ทำให้อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติกรณีที่เจ้าพนักงานขาดความรู้ความเข้าใจในตัวบทกฎหมายอย่างกว้างขวางทั้งในส่วนของพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และประมวลกฎหมายยาเสพติด

3.1 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน

อำนาจในการตรวจร่างกายหรือการค้นตัวผู้ขับขี่นั้นสามารถกระทำได้ภายใต้บทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดี ค.ศ. 1942 (Code of Judicial Procedure (rättegångsbalk 1942:740)) กล่าวคือ หากมีเหตุให้สันนิษฐานได้ว่ามีการก่ออาชญากรรมที่มีอัตราโทษจำคุก ให้เจ้าพนักงานสามารถทำการตรวจค้นร่างกายบุคคลต้องสงสัยในอาชญากรรมนั้นได้[303] โดยการตรวจร่างกาย หมายความว่า การตรวจร่างกายทั้งภายนอกและภายในพร้อมทั้งนำตัวอย่างจากร่างกายมนุษย์ไปตรวจ และการตรวจร่างกายต้องไม่ดำเนินการอันเป็นไปในลักษณะที่ผู้เข้ารับการตรวจอาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือการบาดเจ็บในอนาคต[304] สำหรับการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจนั้นมีข้อจำกัดบางประการ คือ หากเป็นการเก็บตัวอย่างจากเลือดจะต้องกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น กรณีจำเป็นต้องทำการตรวจอื่น ๆ ที่ละเอียดกว่านี้สามารถทำได้โดยแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีข้อแตกต่างของการตรวจร่างกายระหว่างเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ การตรวจค้นร่างกายหรือการตรวจร่างกายของสตรีนั้นห้ามกระทำโดยบุคคลอื่นนอกจากสตรี แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม การตรวจค้นร่างกายซึ่งเกี่ยวข้องกับการเก็บตัวอย่างเลือด การตรวจแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ หรือการเก็บตัวอย่างน้ำลายเพื่อวิเคราะห์สารพันธุกรรมหรือดีเอ็นเอ (Deoxyribonucleic Acid - DNA) อาจดำเนินการได้โดยผู้เก็บสิ่งส่งตรวจหรือพยานซึ่งเป็นเพศชาย[305] ทั้งนี้ผู้ขับขี่ซึ่งถูกตรวจค้นร่างกายจะถูกควบคุมตัวตามจุดประสงค์แห่งการตรวจค้นเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง หรือหากมีเหตุผลพิเศษอาจถูกควบคุมตัวต่อไปได้อีก 3 ชั่วโมง[306]

---

[303] Section 11 Chapter 28 Code of Judicial Procedure (1942:740) (SE)

[304] Section 12 Chapter 28 Code of Judicial Procedure (1942:740) (SE)

[305] Section 13 Chapter 28 Code of Judicial Procedure (1942:740) (SE)

[306] Section 13a Chapter 28 Code of Judicial Procedure (1942:740) (SE)

3.2 บทวิเคราะห์การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน

สำหรับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดน มีจุดเด่น คือ มีการบัญญัติกฎหมายที่ให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ไว้อย่างชัดเจนสำหรับคดีที่มีอัตราโทษจำคุก คือ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดี ค.ศ. 1942 ซึ่งมีรายละเอียดการกำหนดขอบเขตของการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะหัตถการที่รุกล้ำต่อร่างกายหรือก่อให้เกิดความเจ็บปวดจะต้องกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น การให้ความเคารพต่อสิทธิส่วนบุคคลของเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความระมัดระวังในเรื่องความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชนของผู้เข้ารับการตรวจ และการกำหนดระยะเวลาการควบคุมตัวผู้ขับขี่ที่ชัดเจน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ขับขี่ถูกจำกัดเสรีภาพนานจนเกินไป

การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดนอาจมีข้อจำกัดบางประการ คือ การให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการตรวจค้นร่างกายบุคคลทุกคนที่มีเหตุสงสัยว่าอาจก่ออาชญากรรมที่มีอัตราโทษจำคุก ซึ่งเป็นการเปิดช่องให้เกิดการใช้ดุลพินิจอย่างกว้างขวางมากเกินไปโดยขาดกระบวนการตรวจสอบที่ชัดเจนเพียงพอ และอาจพิจารณาได้ว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนรูปแบบหนึ่ง ข้อจำกัดในการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจโดยเฉพาะในประเด็นการเก็บจากเลือดซึ่งต้องกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ ในกรณีดังกล่าวอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจและเป็นการเพิ่มภาระงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะสาขา ความไม่ชัดเจนในเรื่องเหตุผลพิเศษของการขอขยายระยะเวลาการควบคุมตัว ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ผิดหรือเกินกว่าเหตุของเจ้าพนักงาน และข้อจำกัดของการตรวจระหว่างเพศซึ่งมุ่งเน้นการแบ่งเฉพาะเพศชายกับเพศหญิง โดยไม่ได้ให้รายละเอียดการตรวจร่างกายสำหรับกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

ดังนั้นการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศสวีเดนพบว่ามีความเหมาะสมต่อการใช้งานในปัจจุบันในแง่ของการมีบทบัญญัติที่ชัดเจนซึ่งให้อำนาจในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ คือ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดี ค.ศ. 1942 มีการให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและสิทธิส่วนบุคคลโดยเฉพาะเพศหญิง การคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้ารับการตรวจร่างกาย และการกำหนดกรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการควบคุมตัวผู้ขับขี่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการใช้ดุลพินิจของเจ้าพนักงานในการตรวจร่างกายผู้ต้องสงสัย การพิจารณาให้บุคลากรวิชาชีพอื่นสามารถทำการเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจได้นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นการลดภาระงานและลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการ ควรได้มีการกำหนดขอบเขตของเหตุผลพิเศษสำหรับการขยายระยะเวลาการควบคุมตัว เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้อำนาจในทางที่ผิดหรือการควบคุมตัวนานเกินกว่าเหตุ และควรกำหนดแนวทางในการตรวจร่างกายผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศให้เหมาะสมและเท่าเทียมเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ

3.3 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี

เนื่องจากพระราชบัญญัติจราจรทางบกของเยอรมนีไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ไว้เป็นการเฉพาะ จึงต้องปรับตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา โดยการตรวจร่างกายผู้ต้องหาในคดีอาญาเพื่อระบุข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาคดีเป็นสิ่งที่พึงกระทำได้ การเก็บตัวอย่างจากเลือดและการล่วงล้ำร่างกายด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่แพทย์กระทำตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสิ่งที่พึงกระทำได้ เว้นแต่การกระทำดังกล่าวอาจคาดหมายได้ว่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลเช่นว่านั้น[307] โดยอำนาจในการออกคำสั่งดังกล่าวให้เป็นดุลยพินิจของผู้พิพากษา และหากความล่าช้าอาจเป็นผลร้ายต่อการพิจารณาคดี ให้สำนักงานอัยการและพนักงานสอบสวนในสำนักงานดังกล่าวมีอำนาจเช่นเดียวกันนี้ด้วย การเก็บตัวอย่างจากเลือดไม่จำเป็นต้องมีคำสั่งศาลหากมีข้อเท็จจริงบางประการที่น่าสงสัยว่าเป็นความผิดอย่างใดอย่างหนึ่งตามประมวลกฎหมายอาญาในมาตราที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือสารที่ทำให้มึนเมาอื่น[308] ทั้งนี้ตัวอย่างจากเลือดหรือเซลล์เนื้อเยื่ออื่นที่นำมาจากผู้ต้องหาอาจนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินคดีอาญาในการเช่นว่านี้เท่านั้น หรือในการดำเนินคดีอาญาอื่น ๆ ที่ยังค้างอยู่ โดยต้องทำลายตัวอย่างเหล่านั้นทันทีที่ไม่มีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าวอีกต่อไป[309]

เยอรมนีให้สิทธิสำหรับผู้ถูกกล่าวหาในคดีอาญาในการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิของตนโดยไม่ชักช้าและเป็นลายลักษณ์อักษรในภาษาที่ตนสามารถเข้าใจได้ หากการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรไม่มีความชัดเจนเพียงพอจะต้องสื่อสารทางวาจาร่วม และผู้ถูกกล่าวหาต้องยืนยันเป็นหนังสือว่าได้รับคำสั่งแล้ว หากผู้ถูกกล่าวหาปฏิเสธการกระทำผิดดังกล่าวเช่นนี้จะต้องมีการจดบันทึกไว้[310] โดยสิทธิที่สำคัญในฐานความผิดที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ ผู้ถูกกล่าวหาจะต้องได้รับคำแนะนำว่าตนจะต้องถูกนำตัวขึ้นศาลเพื่อสอบสวนและวินิจฉัยว่าจะถูกควบคุมตัวต่อไปโดยไม่ชักช้า สิทธิตอบข้อกล่าวหาหรือนิ่งเฉยได้ สิทธิขอให้นำพยานหลักฐานไปแก้ต่างได้ สิทธิในการปรึกษากับที่ปรึกษาฝ่ายจำเลยเมื่อใดก็ได้ สิทธิในการได้รับข้อมูลที่ช่วยในการติดต่อที่ปรึกษาฝ่ายจำเลย สิทธิเรียกให้แพทย์หญิงหรือชายตรวจร่างกายได้ตามต้องการ สิทธิในการแจ้งให้ญาติหรือบุคคลที่ตนไว้วางใจทราบได้ สิทธิขอตรวจสำนวนและดูรายการหลักฐานที่อยู่ในการควบคุมตัวของทางการได้ สิทธิยื่นคำร้องต่อหมายจับหรือขอให้ทบทวนการ

---

[307] Section 81a (1) Code of Criminal Procedure (DE)

[308] Section 81a (2) Code of Criminal Procedure (DE)

[309] Section 81a (3) Code of Criminal Procedure (DE)

[310] Section 114b (1) Code of Criminal Procedure (DE)

ควบคุมตัว สิทธิยื่นคำร้องเพื่อพิจารณาคำตัดสินของศาล สิทธิยื่นคำร้องเพื่อขอคำตัดสินของศาล การคัดค้านคำตัดสินและมาตรการในการบังคับใช้การควบคุมตัวผู้ที่ถูกคุมขัง[311]

3.4 บทวิเคราะห์การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี

ผลการวิเคราะห์กฎหมายของประเทศเยอรมนีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ มีจุดเด่น คือ มีบทบัญญัติที่ชัดเจนสำหรับการตรวจร่างกายผู้ต้องหาในคดีอาญาภายใต้บทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา โดยห้ามมิให้ทำการตรวจที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้เข้ารับการตรวจ นอกจากนี้ยังมีการให้ดุลยพินิจแก่เจ้าพนักงานในการเก็บตัวอย่างจากเลือดโดยไม่จำเป็นต้องมีคำสั่งศาลในกรณีที่อาจเข้าข่ายการกระทำความผิดในฐานเมาแล้วขับทั้งจากแอลกอฮอล์และสารที่ก่อให้เกิดความมึนเมาชนิดอื่น ถือได้ว่าเป็นรูปแบบกฎหมายที่มีความยืดหยุ่นและทันต่อสถานการณ์ รวมถึงการจำกัดการใช้งานตัวอย่างจากเลือดหรือเนื้อเยื่อที่เก็บจากผู้ต้องหาเฉพาะในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีอาญาเท่านั้นและต้องทำลายทิ้งในทันทีที่ไม่มีความจำเป็นจะต้องทำการเก็บรักษาต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว และป้องกันการใช้สิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ถูกกล่าวหาไปในทางที่ผิด รวมถึงการเคารพต่อสิทธิและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างมากแก่ผู้ถูกกล่าวหาในคดีอาญา สะท้อนถึงการให้ความสำคัญต่อหลักนิติธรรมและสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของบุคคลได้เป็นอย่างดี

สำหรับจุดด้อยของการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนี พบว่าการที่กฎหมายให้อำนาจแก่พนักงานสอบสวนและสำนักงานอัยการในการดำเนินการตรวจร่างกายได้ในกรณีฉุกเฉินโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเก็บตัวอย่างจากเลือดซึ่งเป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและเป็นการรุกล้ำร่างกายผู้ถูกกล่าวหาในคดีจราจรนั้น อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้อำนาจโดยมิชอบหากไม่มีการกำกับดูแลหรือการบัญญัติแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

อาจกล่าวได้ว่าการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศเยอรมนีมีความเหมาะสมต่อการใช้งานในด้านการให้ความสำคัญต่อสิทธิมนุษยชนของผู้ขับขี่ โดยการตรวจร่างกายต้องไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ มีการใช้หลักการป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลภายหลังจากการตรวจพิสูจน์ โดยต้องทำการกำจัดตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทันทีเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ มีการออกแบบวิธีการตรวจให้รองรับกับสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งไม่สามารถรอคำสั่งศาลได้ และมีการระบุสิทธิที่ชัดเจนของผู้ถูกกล่าวหา อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องการใช้ดุลยพินิจเพื่อเก็บตัวอย่างจากเลือดและการล่วงล้ำร่างกายด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด รวมถึงแนวทางการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามหลักกฎหมายและหลักสิทธิมนุษยชนอย่างเคร่งครัด

3.5 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

---

[311] Section 114b (2) Code of Criminal Procedure (DE)

การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของประเทศไทยกับประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนี มีข้อเหมือน คือ ทุกประเทศที่ทำการศึกษาต่างยึดถือหลักสิทธิมนุษยชนสากลในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่เช่นเดียวกัน การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์นิยมใช้วิธีการตรวจทางลมหายใจและเลือด โดยการตรวจทางลมหายใจมักใช้เป็นวิธีการตรวจในเบื้องต้น ส่วนการตรวจวัดทางเลือดซึ่งมีความแม่นยำสูงจะใช้เป็นวิธีการในลำดับถัดมาเพื่อการยืนยันผล นอกจากนี้กฎหมายยังได้ให้อำนาจตำรวจหรือเจ้าพนักงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บสิ่งส่งตรวจจากร่างกายของผู้ขับขี่เพื่อวัดระดับแอลกอฮอล์เช่นเดียวกัน

สำหรับการตรวจวัดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่นั้น ประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ต่างมีหลักการตรวจร่างกายผู้ขับขี่เช่นเดียวกับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ กล่าวคือ การคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนสากล และการให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการเก็บสิ่งส่งตรวจจากร่างกายของผู้ขับขี่เช่นเดียวกัน

ความแตกต่างของกฎหมายไทยกับต่างประเทศในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ คือ ประเทศสวีเดนและประเทศเยอรมนีให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจในการบังคับเก็บสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ขับขี่ได้ในกรณีที่ผู้นั้นปฏิเสธการตรวจ โดยประเทศสวีเดนได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีระยะเวลาควบคุมตัวผู้ขับขี่ได้ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หรืออาจขยายระยะเวลาต่อได้อีก 3 ชั่วโมง รวมถึงกำหนดบุคคลที่มีวิชาชีพเฉพาะซึ่งสามารถทำการเจาะเลือดได้ คือ แพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ กรณีจำเป็นต้องทำการตรวจอื่น ๆ ที่ละเอียดกว่านี้จำเป็นต้องกระทำโดยแพทย์เท่านั้น โดยมีความแตกต่างของการตรวจระหว่างเพศชายและเพศหญิง ส่วนประเทศเยอรมนีแม้ว่าจะไม่ได้กำหนดระยะเวลาการปฏิเสธการตรวจร่างกายอย่างชัดเจน แต่กฎหมายกำหนดว่าผู้ถูกกล่าวหาในคดีอาญาจะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิของตนอย่างชัดแจ้ง และต้องได้รับการเก็บตัวอย่างจากเลือดหรือด้วยวิธีการอื่น ๆ เว้นแต่จะเป็นการก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลเช่นว่านั้น สำหรับประเทศไทยมีการให้สิทธิแก่ผู้ถูกกล่าวหาในการปฏิเสธการตรวจแอลกอฮอล์ซึ่งแตกต่างไปจากทั้งสองประเทศที่ทำการศึกษา

เนื่องจากการตรวจวิเคราะห์เพื่อคัดกรองยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรปและประเทศสมาชิกนั้น ใช้การตรวจทางน้ำลายซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานสากลในการคัดกรองผู้ขับขี่บริเวณริมถนน ดังนั้นประเทศสวีเดนจึงได้มีการกำหนดให้การเก็บสิ่งส่งตรวจจากเลือดและการตรวจที่ละเอียดขึ้นไปต้องกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ทำให้การตรวจคัดกรองยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทริมถนนต้องใช้ตามแนวทางของสหภาพยุโรป คือ การตรวจทางน้ำลายซึ่งเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุด เช่นเดียวกับประเทศเยอรมนีที่ยึดหลักการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจากเลือดของผู้ถูกกล่าวหา ในขณะที่ประเทศไทยยึดหลักการเก็บตัวอย่างจากเลือด ปัสสาวะ หรือของเสียอย่างอื่นจากร่างกาย

ของผู้ขับขี่ โดยให้เลือกใช้วิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุดซึ่งมักเป็นการเก็บปัสสาวะเพื่อทำการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่บริเวณริมถนน

4. การกำหนดอัตราโทษ

มาตรการการลงโทษผู้ขับขี่ของประเทศไทยแบ่งออกได้เป็น 2 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลแอลกอฮอล์ ระวางโทษสำหรับผู้ขับขี่ขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 160 ตรี โดยมีรายละเอียด คือ ผู้ฝ่าฝืนทำการขับขี่ยานพาหนะในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นตามมาตรา 43 (2) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับตั้งแต่ 5,000 ถึง 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และถูกศาลสั่งให้พักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[312] หากการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท และถูกศาลสั่งให้พักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[313] หากการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ถึง 6 ปี และปรับตั้งแต่ 40,000 ถึง 120,000 บาท และถูกศาลสั่งให้พักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[314] หากการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และถูกศาลสั่งให้เพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[315] และหากเป็นการเมาแล้วขับรถจักรยานยนต์สาธารณะ รถยนต์สาธารณะ หรือรถที่ใช้ขนส่งผู้โดยสาร เช่นนี้ผู้กระทำต้องระวางโทษสูงกว่าที่ระบุไว้อีก 1 ใน 3[316]

ประการที่ 2 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น ระวางโทษสำหรับผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืนมาตรา 43 ทวิ ได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 157/1 โดยผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืนคำสั่งของเจ้าพนักงานซึ่งสั่งให้มีการตรวจสอบตามมาตรา 43 ทวิ หรือมาตรา 43 ตรี ถือว่ามีความผิดและต้องชำระค่าปรับเป็นพินัยไม่เกิน 4,000 บาท[317] หากเป็นกรณีการฝ่าฝืนมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ผู้กระทำต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดอีก 1 ใน 3 และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[318] หากการ

---

[312] มาตรา 160 ตรี วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[313] มาตรา 160 ตรี วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[314] มาตรา 160 ตรี วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[315] มาตรา 160 ตรี วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[316] มาตรา 160 ตรี วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[317] มาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[318] มาตรา 157/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

กระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[319] หากการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ถึง 6 ปี และปรับตั้งแต่ 40,000 ถึง 120,000 บาท และถูกศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่มีกำหนดตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[320] และหากการกระทำดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 60,000 ถึง 200,000 บาท และถูกศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[321]

ความแตกต่างของมาตรการการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น คือ ปัจจุบันยังไม่มีบทบัญญัติเพิ่มโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งได้ทำการขับขี่รถจักรยานยนต์สาธารณะ รถยนต์สาธารณะ หรือรถขนส่งผู้โดยสาร ในขณะที่ผู้ขับขี่รถประเภทดังกล่าวข้างต้นขณะเมาสุราจะต้องได้รับโทษเพิ่มขึ้นกว่าปกติ และอัตราโทษปรับตั้งต้นของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์กับและผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้นไม่เท่ากัน โดยการขับขี่ขณะเมาสุรามีอัตราโทษปรับสูงกว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการบังคับใช้กฎหมายกับผู้ขับขี่ทั้งสองกลุ่ม

นอกจากการลงโทษในทางอาญาแล้ว สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ยังได้มีการบังคับใช้ คำสั่งนายทะเบียนที่ 66/2563 เรื่องให้ใช้คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์รวมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และคู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์แบบคุ้มครองเฉพาะภัย ลงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2563 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2565 โดยในส่วนของ คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กำหนดว่าการขับขี่โดยบุคคลซึ่งเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบกจะไม่ได้รับการคุ้มครองการประกันภัยในกรณีดังต่อไปนี้ 1) มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, 2) มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กรณีผู้ขับขี่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ หรือมีใบอนุญาตขับรถชั่วคราว หรืออยู่ระหว่างถูกพักใช้ใบอนุญาต และ 3) กรณีผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ทำการทดสอบวัดปริมาณแอลกอฮอล์ จนถูกดำเนินคดีฐานขับรถขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น และผู้ขับขี่ได้ยอมรับหรือศาลพิพากษาถึงที่สุด

---

[319] มาตรา 157/1 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[320] มาตรา 157/1 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[321] มาตรา 157/1 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

สำหรับการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดในที่เกิดเหตุสามารถทำหลายวิธี เช่น การเป่าลมหายใจ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจเลือด กรณีที่เป็นการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือดหลังเกิดเหตุ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) แนะนำให้ใช้หลักการคำนวณ คือ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะลดลงภายหลังการดื่มครั้งสุดท้ายในอัตราประมาณ 15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ต่อชั่วโมง[322] อย่างไรก็ตาม ข้อแนะนำดังกล่าวไม่ได้มีการระบุถึงขีดจำกัดของการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนในกรณีที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมีปริมาณน้อย โดยหากผู้แปลผลทางห้องปฏิบัติการขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการดังกล่าวย่อมทำให้การรายงานผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดผิดไปจากความเป็นจริง

แม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการกำหนดโทษปรับและโทษจำคุกแปรผันตามระดับความรุนแรงในผลของการกระทำความผิดอันสืบเนื่องมาจากการเมาสุราของผู้ขับขี่ แต่ปัจจุบันพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ยังไม่มีการกำหนดโทษสำหรับการริบทรัพย์สิน คือ รถยนต์ที่ใช้ในการกระทำความผิดสำหรับผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดซ้ำ ซึ่งควรได้รวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการคุมประพฤติ ดังนั้นจึงต้องปรับบทตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 33 กล่าวคือ การริบทรัพย์สินต้องกระทำเฉพาะกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ เว้นแต่กรณีดังต่อไปนี้ให้ศาลมีอำนาจสั่งริบทรัพย์สินได้ด้วย ได้แก่ทรัพย์สินซึ่งได้ใช้หรือมีไว้ใช้ในการกระทำความผิด หรือทรัพย์สินซึ่งได้มาโดยได้การกระทำความผิด เว้นแต่สิ่งเหล่านั้นจะเป็นทรัพย์สินของบุคคลซึ่งไม่ได้มีส่วนรู้เห็นด้วยในการกระทำความผิด[323] ประกอบประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 17 กล่าวคือ บทบัญญัติใด ๆ ในประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1 ให้ปรับใช้ในกรณีแห่งความผิดตามกฎหมายอื่นได้ด้วย เว้นแต่จะได้มีการบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น[324] ดังนั้นจึงพิจารณาได้ว่าการริบทรัพย์สินสำหรับการกระทำความผิดในครั้งแรกนั้นดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เท่ากับว่าศาลใช้ดุลยพินิจในการลงโทษเกินกว่าเหตุ จึงควรได้มีการบัญญัติโทษริบทรัพย์สินเฉพาะกรณีที่ผู้ขับขี่ได้กระทำความผิดซ้ำภายในระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่

4.1 การกำหนดอัตราโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

---

[322] ข้อ 9.3 แห่งคู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ คำสั่งนายทะเบียนที่ 66/2563 เรื่องให้ใช้คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ คู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์รวมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และคู่มือตีความกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์แบบคุ้มครองเฉพาะภัย

[323] มาตรา 33 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

[324] มาตรา 17 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลแอลกอฮอล์ อัตราโทษสำหรับการเมาแล้วขับ คือ ปรับและจำคุกไม่เกิน 6 เดือน[325] และมีเหตุเพิ่มโทษสำหรับผู้ขับขี่ดังต่อไปนี้ 1) มีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือ 0.50 มิลลิกรัมต่อลิตรเมื่อตรวจวัดทางการหายใจออก, 2) ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากแอลกอฮอล์หรือสารอื่นใด และ 3) ขับขี่ยานพาหนะซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยในการจราจร โดยผู้ขับขี่ซึ่งมีพฤติกรรมเข้าได้กับข้อกำหนดข้างต้นจะได้รับการพิจารณาว่ามีความผิดร้ายแรงและต้องถูกตัดสินจำคุกสูงสุด 2 ปีในข้อหาเมาแล้วขับอย่างร้ายแรง[326]

สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้น อัตราโทษสำหรับการครอบครอง ใช้ หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเทศสวีเดน คือ จำคุกไม่เกิน 3 ปี[327] แต่หากความผิดดังกล่าวมีลักษณะและปริมาณของยาเสพติดเพียงเล็กน้อย ให้ศาลพิจารณาตัดสินปรับหรือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน[328]

ผู้ขับขี่ที่ละเมิดต่อบทบัญญัติในเรื่องการขับขี่ภายใต้อิทธิพลอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ได้ตามพระราชบัญญัติใบขับขี่[329] หากแพทย์ตรวจสอบพบว่าผู้ถือใบอนุญาตขับขี่นั้นไม่สมควรที่จะถือใบอนุญาตขับขี่ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ หรือขาดคุณสมบัติในอันที่จะขับขี่ยานพาหนะได้อย่างเหมาะสม กับทั้งผู้ถือใบอนุญาตขับขี่ได้ทำการคัดค้านการตรวจสอบหรือการสอบสวนเพิ่มเติม เช่นนี้แพทย์จะต้องรายงานเรื่องดังกล่าวต่อสำนักงานขนส่งสวีเดน[330] การบัญญัติกฎหมายในลักษณะดังกล่าวค่อนข้างจะเป็นการให้ดุลยพินิจแพทย์อย่างกว้างขวางถึงคุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้ขับขี่ที่สมควรจะได้รับใบอนุญาตขับขี่ เนื่องจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการมีโรคประจำตัวบางอย่างซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการขับขี่ อาจหมายถึงการมีภาวะที่ไม่สมควรที่จะถือใบอนุญาตขับขี่ด้วยเหตุผลทางการแพทย์

4.2 บทวิเคราะห์การกำหนดอัตราโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

จะเห็นได้ว่ามาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน มีจุดเด่น คือ มีการให้ดุลยพินิจแก่แพทย์อย่างกว้างขวางในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสมของการถือใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งแพทย์เป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ต้องมีการศึกษาอบรมอย่าง

---

[325] Section 4 Paragraph 1 Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[326] Section 4a Act on Penalties for Certain Road Traffic Offences (1951:649) (SE)

[327] Section 1 Act on Penal Law on Narcotics (1968:64) (SE)

[328] Section 2 Act on Penal Law on Narcotics (1968:64) (SE)

[329] Section 1 Chapter 5 Driving Licence Act (1998:488) (SE)

[330] Section 5 Chapter 10 Driving Licence Act (1998:488) (SE)

ยาวนานและมีมาตรฐานจริยธรรมทางวิชาชีพค่อนข้างสูง ทำให้การตัดสินใจเป็นไปตามหลักวิชาการทางการแพทย์ มีการกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับอย่างเข้มงวดทั้งโทษปรับและโทษจำคุก และการกำหนดอัตราโทษแปรผันตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด หรือตามพฤติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยทางการจราจร สำหรับผู้ขับขี่ซึ่งตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นอาจได้รับโทษจำคุกสูงเกินกว่าผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการช่วยป้องปรามมิให้เกิดการกระทำความผิดในลักษณะดังกล่าว

ข้อด้อยของมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าการให้อำนาจแก่แพทย์ในการพิจารณาความเหมาะสมของผู้ขับขี่ว่ามีความพร้อมที่จะขอรับใบอนุญาตขับขี่หรือไม่นั้น แม้ว่าจะช่วยคัดกรองผู้ขับขี่ที่มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมออกไปได้ แต่อาจนำไปสู่ความไม่ชัดเจนและขาดมาตรฐานที่เป็นกลางในการตัดสินใจ เนื่องจากแพทย์แต่ละคนอาจมีหลักเกณฑ์ในการประเมินผู้ขับขี่ที่แตกต่างกัน ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายหลายฉบับโดยเฉพาะในกรณีของการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องบังคับตามพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด ค.ศ. 1968 ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องบทกำหนดโทษ

อาจกล่าวได้ว่ามาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน มีความเหมาะสมในหลายด้านไม่ว่าจะเป็นการให้ดุลยพินิจแก่แพทย์ในการประเมินความเหมาะสมของผู้ขับขี่ แต่ควรได้มีการกำหนดมาตรฐานการประเมินที่ชัดเจนรวมถึงการรับรองความรู้ความสามารถของแพทย์ผู้ทำการประเมิน เนื่องจากแพทย์แต่ละสาขามีความรู้ความชำนาญไม่เท่าเทียมกัน การออกแบบมาตรการทางกฎหมายถือได้ว่ามีความเข้มงวดสำหรับมาตรการลงโทษเพื่อป้องปรามผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับและใช้ยาเสพติดขณะขับขี่ ซึ่งเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสมแต่ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการปรับอัตราโทษของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นให้มีความเท่าเทียมกัน

4.3 การกำหนดอัตราโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

กฎหมายเยอรมนีกำหนดให้ผู้ใดก็ตามแม้ว่าจะมิได้ทำการขับขี่ยานพาหนะ แต่โดยเจตนาหรือประมาทเลินเล่อทำให้ตนเองเข้าสู่สภาวะมึนเมาโดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้[331] อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำให้ตนเองเข้าสู่สภาวะมึนเมาโดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ จะถูกดำเนินคดีเฉพาะเมื่อมีการร้องขอ หรือ

[331] Section 323a (1) Criminal Code (DE)

เมื่อได้รับอนุมัติหรือร้องขอจากรัฐต่างประเทศเท่านั้น[332] จึงเท่ากับว่าหากเป็นการมึนเมาโดยไม่ได้ทำการขับขี่และไม่มีการร้องขอให้ดำเนินคดี เช่นนี้ยังไม่ถือเป็นการกระทำที่เป็นความผิด และเนื่องจากเยอรมนีมีการกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยรวมความผิดฐานขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ยาเสพติด หรือสารมึนเมาอื่น ๆ อยู่ในฐานความผิดเดียวกัน จึงสามารถสรุปสาระสำคัญของกฎหมายได้ว่า ผู้ใดขับรถในการจราจรโดยไม่อยู่ในสภาพที่จะขับขี่ยานพาหนะได้อย่างปลอดภัย อันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับ[333] และถูกพิจารณาว่าไม่เหมาะสมที่จะทำการขับขี่ยานยนต์ โดยใบอนุญาตขับรถของผู้กระทำผิดจะสิ้นสุดลงเมื่อคำพิพากษาถึงที่สุด[334]

หากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสารที่ทำให้มึนเมาอื่น ๆ นั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อการจราจรทางถนน กรณีทำให้เกิดอันตรายโดยประมาท หรือกระทำโดยประมาทและก่อให้เกิดอันตรายโดยประมาท ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับ ทั้งนี้ให้รวมถึงการพยายามกระทำความผิดนั้นด้วย[335] และให้ถูกพิจารณาว่าไม่เหมาะสมที่จะทำการขับขี่ยานยนต์ โดยใบอนุญาตขับรถของผู้กระทำผิดจะสิ้นสุดลงเมื่อคำพิพากษาถึงที่สุดเช่นเดียวกัน[336]

ผู้ให้การสนับสนุนในการกระทำความผิดของบุคคลซึ่งอยู่ระหว่างการควบคุมของสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด จะต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา คือ ผู้ใดโดยเจตนาและไม่ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถานที่หรือตัวแทนของผู้อำนวยการ จัดหาหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ แก่บุคคลอื่นซึ่งอยู่ในความควบคุมของสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดตามคำสั่งอย่างเป็นทางการ หรือโดยไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น หรือสนับสนุนบุคคลดังกล่าวให้บริโภคสารดังกล่าว ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับ[337] สำหรับอัตราค่าปรับฐานเมาแล้วขับนั้นเป็นไปตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติจราจรทางบก (Road Traffic Act (Straßenverkehrsgesetz – StVG)) คือ ปรับเป็นเงินจำนวนไม่เกิน 3,000 EUR[338]

สำหรับความรับผิดในทางแพ่งต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นในคดีจราจรนั้น เจ้าของยานยนต์มีหน้าที่ต้องชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตเว้นแต่เป็นอุบัติเหตุอันเกิดจากเหตุสุดวิสัย แต่หากความเสียหายนั้นเกิดจากผู้ใช้ยานยนต์โดยปราศจากความรู้และความประสงค์

---

[332] Section 323a (3) Criminal Code (DE)

[333] Section 316 Criminal Code (DE)

[334] Section 69 Criminal Code (DE)

[335] Section 315c Criminal Code (DE)

[336] Section 69 Criminal Code (DE)

[337] Section 323b Criminal Code (DE)

[338] Section 24a (4) Road Traffic Act (DE)

ของเจ้าของยานยนต์ ผู้นั้นมีหน้าที่ชดใช้ค่าเสียหายแทนเจ้าของยานยนต์ เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ใช้รถได้รับการว่าจ้างจากเจ้าของยานยนต์ให้ควบคุมยานยนต์ หรือเจ้าของยานยนต์ได้มอบยานพาหนะให้กับผู้ใช้ยานยนต์ เช่นนี้ให้ถือเป็นความรับผิดชอบของเจ้าของยานยนต์นั้น[339]

กรณีที่การขับขี่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายหรือสุขภาพ ให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนโดยการชดเชยค่ารักษาพยาบาลและการสูญเสียทางการเงินที่ผู้เสียหายได้รับ อันเนื่องมาจากผลจากการบาดเจ็บซึ่งทำให้ความสามารถในการทำงานของผู้เสียหายสูญหายไปชั่วคราวหรือถาวร สำหรับความเสียหายที่ไม่ใช่การสูญเสียทางการเงินสามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่เป็นเงินได้เช่นกัน[340]

กรณีที่การขับขี่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต ให้จ่ายค่าชดเชยอันประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียทางการเงินที่ผู้เสียหายได้รับ และค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ[341] หากบุคคลที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่สามในขณะที่ได้รับบาดเจ็บ บุคคลที่รับผิดชอบในการจ่ายค่าชดเชยมีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้กับบุคคลที่สามในขอบเขตที่ผู้เสียชีวิตจะต้องจ่ายค่าชดเชยตามระยะเวลาที่สันนิษฐานว่ามีชีวิตอยู่ ภาระผูกพันในการจ่ายค่าชดเชยยังใช้บังคับหากบุคคลที่สามตั้งครรภ์ในขณะที่ได้รับบาดเจ็บแต่ยังไม่ได้คลอดบุตร[342] นอกจากนี้บุคคลที่รับผิดชอบในการจ่ายค่าชดเชยจะต้องจ่ายค่าชดเชยทางการเงินที่เหมาะสมให้กับญาติที่ยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นพิเศษกับบุคคลที่เสียชีวิตในขณะที่ได้รับบาดเจ็บอีกด้วย[343]

สำหรับการตรวจพบยาเสพติดอื่นนอกเหนือจากที่ปรากฏในบัญชีแนบท้ายตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก ให้นำบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติยาเสพติดมาปรับใช้ คือ ผู้ใดครอบครองยาเสพติดโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือให้สามารถซื้อยาเสพติดได้[344] หรือเสพยาเสพติดซึ่งมิได้รับการยกเว้นความผิดตามกฎหมาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปีหรือปรับ[345]

ปัจจุบันเยอรมนีมีการกำหนดโทษริบทรัพย์สำหรับยานยนต์ที่ใช้ในการกระทำความผิดอื่น โดยยังไม่มีการนำมาปรับใช้กับผู้กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ[346] และหากบุคคลใดถูกพิพากษาให้จำคุกหรือปรับในความผิดจราจร ศาลอาจสั่งห้ามผู้กระทำความผิดขับรถทุกประเภทหรือบางประเภทบนถนนสาธารณะได้เป็นระยะเวลาตั้งแต่หนึ่งถึงหกเดือน และให้การยึดใบอนุญาตขับรถมีผล

---

[339] Section 7 Road Traffic Act (DE)

[340] Section 11 Road Traffic Act (DE)

[341] Section 10 (1) Road Traffic Act (DE)

[342] Section 10 (2) Road Traffic Act (DE)

[343] Section 10 (3) Road Traffic Act (DE)

[344] Section 29 (1) 3 Narcotics Act (DE)

[345] Section 29 (1) 6b Narcotics Act (DE)

[346] Section 315f Criminal Code (DE)

บังคับภายในหนึ่งเดือนนับแต่วันที่คำพิพากษาถึงที่สุด โดยใบอนุญาตขับขี่ในระดับชาติและนานาชาติที่ออกโดยหน่วยงานของเยอรมนีจะต้องถูกยึดตลอดระยะเวลาที่กฎหมายห้าม นอกจากนี้ยังให้ใช้บังคับกับใบอนุญาตขับขี่ซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐสมาชิกของสหภาพยุโรปหรือภาคีผู้ทำสัญญาอื่นของข้อตกลงในเขตเศรษฐกิจยุโรป โดยให้บังคับใช้ทั้งผู้ถือครองใบอนุญาตขับขี่ซึ่งมีถิ่นที่อยู่ตามปกติในเยอรมนี และผู้ถือครองใบอนุญาตขับขี่ซึ่งมีถิ่นที่อยู่ในประเทศอื่น ๆ หากศาลได้สั่งห้ามผู้กระทำความผิดขับรถเป็นจำนวนหลายครั้ง จะต้องนับระยะเวลาของการสั่งห้ามเหล่านี้ตามลำดับ โดยคำนวณระยะเวลาของการสั่งห้ามครั้งสุดท้ายให้นับเข้าก่อน[347]

4.4 บทวิเคราะห์การกำหนดอัตราโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

ผลการวิเคราะห์กฎหมายของประเทศเยอรมนีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดอัตราโทษผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีจุดเด่น คือ มีการกำหนดบทลงโทษที่ครอบคลุมทั้งโทษปรับ โทษจำคุก และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ รวมถึงการขยายความรับผิดทางแพ่งให้ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดแก่ร่างกาย ชีวิต และสิทธิอันพึงมีพึงได้ของบุคคลภายนอก ซึ่งเป็นการกำหนดรูปแบบการชดเชยทางกฎหมายอย่างรอบด้าน ทั้งนี้อัตราโทษจะเพิ่มขึ้นตามผลเสียหายที่เกิดขึ้น ซึ่งมิได้จำกัดความรับผิดเฉพาะผู้ขับขี่เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงบุคคลอื่นซึ่งทำให้ตนเองตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงผู้สนับสนุนการกระทำผิดอีกด้วย

มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี มีข้อพิจารณาบางประการซึ่งสามารถปรับปรุงให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ การดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ที่เจตนาหรือประมาทเลินเล่อทำให้ตนเองเข้าสู่สภาวะมึนเมาโดยการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กรณีที่ระดับแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดนั้นมีค่าไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด จะถือเป็นความผิดต่อเมื่อมีการร้องขอเท่านั้น ดังนั้นหากผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย จึงมีประเด็นคำถามว่าบุคคลเช่นว่านั้นควรได้รับการพิจารณาว่ามีความผิดหรือไม่ รวมถึงอัตราโทษสำหรับผู้ขับขี่ที่เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นซึ่งอยู่นอกเหนือรายการที่กำหนดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก ซึ่งต้องปรับบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติด และมีอัตราโทษจำคุกสูงสุดไม่เกิน 5 ปีหรือปรับ ในขณะที่การเมาแล้วขับตามรายการสารที่ปรากฏในเอกสารแนบท้ายพระราชบัญญัติจราจรทางบก ต้องระวางโทษสูงสุดเพียงไม่เกิน 2 ปีหรือปรับ เช่นนี้ถือเป็นการยุติธรรมแล้วหรือไม่

ดังนั้นมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี จึงมีความเหมาะสมในหลายประการไม่ว่าจะเป็นการกำหนดบทลงโทษที่ครอบคลุม

---

[347] Section 44 Criminal Code (DE)

ผลกระทบทั้งทางร่างกาย ชีวิต และสิทธิของบุคคลภายนอก มีการลงโทษหลากหลายรูปแบบทั้งโทษปรับ จำคุก และการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการพิจารณาในเรื่องการดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย โดยเพิ่มกลไกการดำเนินคดีกับผู้ขับขี่ในกลุ่มนี้ และควรพิจารณาปรับบทลงโทษให้มีความสมดุลระหว่างผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามบัญชีแนบท้ายของพระราชบัญญัติจราจรทางบก ให้เท่าเทียมกับผู้กระทำความผิดซึ่งทำการขับขี่ยานพาหนะเช่นเดียวกัน แต่ต้องรับโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติด

4.5 การกำหนดอัตราโทษสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยมีความเหมือนกับต่างประเทศ คือ มีการลงโทษด้วยกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักทั้งโทษจำคุก ปรับ พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีการปรับอัตราโทษให้มีความเหมาะสมสำหรับแต่ละประเทศ

ในประเด็นมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น พบว่าการลงโทษด้วยกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ของต่างประเทศที่ทำการศึกษานั้น มีลักษณะเช่นเดียวกันกับการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลแอลกอฮอล์ และมีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การกระทำดังกล่าวให้ถือเป็นความผิดตามกฎหมายจราจรด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งคล้ายกับประเทศไทยเฉพาะกรณีการเสพแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ทั้งนี้ประเทศสวีเดนได้มีการกำหนดโทษสำหรับการครอบครอง ใช้ หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษแยกต่างหากจากกฎหมายจราจรโดยทั่วไปเช่นเดียวกับประเทศไทยในกรณีการเสพยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ กล่าวคือ ผู้ขับขี่จะได้รับโทษตามกฎหมายอาญาซึ่งบัญญัติเป็นการเฉพาะสำหรับโทษเกี่ยวกับยาเสพติด

การกำหนดอัตราโทษในผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยมีความแตกต่างอย่างชัดเจนประเทศอื่น ๆ ที่ทำการศึกษา คือ ประเทศสวีเดนมีระบบการเพิ่มโทษโดยคำนึงถึงระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่เพิ่มขึ้นซึ่งประเทศไทยยังไม่มีการใช้งานระบบดังกล่าว ส่วนเยอรมนีมีการกำหนดความรับผิดในทางแพ่งต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นในคดีจราจรอย่างกว้างขวาง ทั้งการชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในอุบัติเหตุจราจร ตลอดถึงการชดใช้แก่บุคคลสามซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ในขอบเขตที่ผู้เสียชีวิตจะต้องจ่ายค่าชดเชยตามระยะเวลาที่สันนิษฐานว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้ ในส่วนของการกำหนดโทษรูปแบบอื่นนอกเหนือจากโทษจำคุก ปรับ พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ พบว่าประเทศเยอรมนีมีการกำหนดโทษริบทรัพย์สิน

คือ การยึดรถที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของแผ่นดิน แม้ว่าจะยังไม่มีการนำมาปรับใช้กับการลงโทษผู้กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับก็ตาม

5. การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติ

นอกจากการใช้กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักในการจัดการกับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลแล้ว ศาลไทยยังสามารถเลือกใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกหรือกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ในการปรับปรุงพฤติกรรมของผู้กระทำความผิดและบำบัดเยียวยาให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม โดยหากศาลเห็นว่าผู้กระทำผิดยังอยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขฟื้นฟูได้ อาจมีคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่และให้ทำงานบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์ภายใต้เงื่อนไขกำหนด หากผู้กระทำผิดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือเงื่อนไขที่ของศาล ให้ศาลมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น[348] ในส่วนของกระบวนการคุมประพฤตินั้น พระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559 ได้ให้อำนาจแก่ศาลที่มีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีอาญา[349] ในการสั่งให้พนักงานคุมประพฤติดำเนินการสืบเสาะและพินิจเกี่ยวกับจำเลยแล้วทำรายงานและความเห็นให้ศาลเพื่อประกอบการพิพากษาหรือการกำหนดโทษได้ โดยต้องพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ ของจำเลยทั้งในด้านอายุ ความประพฤติ ระดับการศึกษา สุขภาพ อาชีพ ความรู้สึกสำนึกผิด และเรื่องอื่นใดของจำเลย[350] เมื่อศาลได้รับรายงานและความเห็นจากพนักงานคุมประพฤติแล้วอาจเรียกพนักงานคุมประพฤติหรือจำเลยมาสอบถามเพิ่มเติม หรือสั่งให้ดำเนินการสืบเสาะและพินิจเพิ่มเติมได้[351] กรณีที่ผู้ถูกคุมความประพฤติไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ศาลกำหนดหรือมีพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ศาลสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงคำพิพากษาหรือคำสั่งเกี่ยวกับการลงโทษได้โดยไม่ตัดสิทธิการอุทธรณ์คำสั่งในกรณีที่ผู้ถูกคุมความประพฤติเห็นว่าคำสั่งนั้นเป็นผลร้ายแก่ผู้ถูกคุมความประพฤติมากยิ่งขึ้น[352] ทั้งนี้คำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลอุทธรณ์ให้ถือเป็นที่สุด[353] กรณีที่ศาลสั่งให้ผู้ถูกคุมความประพฤติทำงานบริการสังคมหรืองานสาธารณประโยชน์ พนักงานคุมประพฤติสามารถจัดให้ผู้นั้นทำงานเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม[354] โดยพิจารณาจากฐานความผิด พฤติกรรม เงื่อนไขการคุมความประพฤติ อาชีพ ความรู้ความสามารถ หรือข้อพิจารณาอื่นของผู้ถูกคุมความประพฤติ โดยงานที่จัดให้ทำนั้นจะต้องไม่ขัดหรือแย้งกับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

---

[348] มาตรา 162 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[349] มาตรา 4 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[350] มาตรา 30 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[351] มาตรา 30 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[352] มาตรา 34 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[353] มาตรา 34 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[354] มาตรา 29 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

ความเชื่อทางศาสนา หรือปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง[355] นอกเหนือจากการปฏิบัติตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้ถูกคุมความประพฤติยังมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เช่น การพัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดรักษาการติดยาเสพติด การทำงานบริการสังคม การศึกษา การฝึกอาชีพ ตลอดจนการสงเคราะห์อื่น ๆ ตามความจำเป็น[356]

ในกรณีของการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ เมื่อเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตรวจพบการกระทำผิด ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล กับทั้งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม และได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ส่งตัวผู้นั้นไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรอง[357] เมื่อได้เข้ารับการบำบัดรักษาและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ครบถ้วนจนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแล้ว ให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิด[358] ทั้งนี้กฎหมายได้วางหลักเกณฑ์ในการพิจารณาและพิพากษาคดียาเสพติด คือ ให้ศาลมีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีโดยคำถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติดโดยการบำบัดรักษายิ่งกว่าการลงโทษ[359] และหากผู้นั้นไม่ได้เป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งมีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุก ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย หรือนำเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติมาใช้แทนการลงโทษ โดยให้มีระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี[360] ทำให้แม้ว่าจะมีการกำหนดระวางโทษของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเพิ่มจากตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดอีก 1 ใน 3 แต่หากผู้ใดก็ตามที่เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[361] และได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบถ้วนแล้วให้ถือว่าผู้นั้นไม่มีความผิด[362]

---

[355] มาตรา 29 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[356] มาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559

[357] มาตรา 114 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[358] มาตรา 114 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[359] มาตรา 165 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[360] มาตรา 166 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[361] มาตรา 162 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

[362] มาตรา 114 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด

สำหรับระบบการควบคุมความประพฤติของผู้ขับขี่อีกรูปแบบหนึ่งของประเทศไทยนั้นจะเป็นการบันทึกคะแนนความประพฤติของผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นการกำหนดระเบียบร่วมกันระหว่างสำนักงานตำรวจแห่งชาติและกรมการขนส่งทางบก เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีชื่อว่า ระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565 โดยมีหลักเกณฑ์ คือ ในเบื้องต้นผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่แต่ละรายจะมีคะแนนความประพฤติในการขับรถ เริ่มแรกให้มีคะแนนตั้งต้นจำนวน 12 คะแนน[363] หากมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นผู้ขับขี่จะถูกตัดคะแนน โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ 1) กรณีรู้ตัวผู้ขับขี่ ให้ตัดคะแนนความประพฤติของผู้ขับขี่นั้น[364] และ 2) กรณีไม่พบหรือไม่ทราบตัวผู้ขับขี่ ให้ตัดคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ซึ่งเป็นผู้ครอบครองรถนั้น หรือผู้ซึ่งเป็นผู้ประกอบการขนส่ง[365] การตัดคะแนนสำหรับผู้ขับขี่ขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ให้ตัดคะแนนจำนวนครั้งละ 4 คะแนน[366] เช่นเดียวกับการขับขี่ในขณะเสพยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522[367] ในกรณีที่กระทำผิดครั้งเดียวแต่เป็นความผิดหลายข้อหา ให้ตัดคะแนนความประพฤติรวมแต่ละข้อหาสำหรับการกระทำความผิดครั้งนั้นแต่ต้องไม่เกิน 8 คะแนน[368] หากถูกตัดคะแนนความประพฤติจนเหลือ 0 คะแนน ผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่จะถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ทุกชนิดคราวละ 90 วัน[369] สำหรับระบบการคืนคะแนนภายหลังจากการถูกตัดคะแนนความประพฤติมีหลักเกณฑ์ คือ ผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่จะได้รับคืนคะแนนความประพฤติตามจำนวนที่ถูกตัดในแต่ละครั้ง ในวันถัดจากวันครบกำหนดหนึ่งปีนับแต่วันที่ถูกตัด

---

[363] ข้อ 7 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[364] ข้อ 9.1 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[365] ข้อ 9.2 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[366] ข้อ 11.4 (1) แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[367] ข้อ 11.4 (2) แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[368] ข้อ 11.4 วรรคสอง แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[369] ข้อ 12 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

คะแนน[370] หากถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ ให้ได้รับคืนคะแนนในวันถัดจากวันครบกำหนดการสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่จำนวน 8 คะแนน และได้รับคืนเพิ่มอีก 4 คะแนนเมื่อไม่ได้ถูกตัดคะแนนความประพฤติในการขับรถอีกเลยในรอบระยะเวลา 1 ปีนับแต่วันครบกำหนดการสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่[371] และสามารถได้รับคืนคะแนนในวันถัดจากวันครบกำหนดการสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ในคราวนั้น หากผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการขับรถและวินัยจราจร ตามหลักสูตรที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติและอธิบดีกรมการขนส่งทางบกกำหนด จำนวน 12 คะแนน[372]

จะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรการคุมประพฤติของประเทศไทยเพื่อควบคุมผู้ขับขี่ไม่ให้กลับเข้ามากระทำความผิดซ้ำ มีข้อด้อย คือ การพิพากษาหรือการกำหนดโทษนั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศาลเป็นสำคัญ รวมถึงไม่มีการกำหนดหลักสูตรการคุมประพฤติและการอบรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ที่ชัดเจน ทำให้ขาดมาตรฐานในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ขับขี่อาจมีอาการติดสุราและมีพฤติกรรมเมาแล้วขับเช่นเดิม ส่วนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้น เนื่องจากกฎหมายมุ่งเน้นให้เกิดการบำบัดรักษายิ่งไปกว่าการนำผู้กระทำความผิดมาลงโทษ จึงเท่ากับว่าการกำหนดอัตราค่าปรับและโทษจำคุกไม่สามารถนำมาปรับใช้ได้หากผู้ขับขี่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ดังนั้นการที่ประเทศไทยไม่มีมาตรการบำบัดเยียวยาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ชัดเจนจึงอาจส่งผลให้เกิดการกระทำความผิดซ้ำได้ในอนาคต

5.1 การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

นอกเหนือจากมาตรการลงโทษตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญาแล้ว สวีเดนยังได้จัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นการรับเข้าบำบัดร่วมกับการคุมประพฤติโดยสมัครใจ มีชื่อเรียกว่า โครงการสมาดิต (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken – SMADIT) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็วแก่ผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราและ/หรือเสพยาเสพติด หากบุคคลเหล่านั้นต้องการความช่วยเหลือในการเอาชนะอาการเสพติดสามารถแสดงความประสงค์เข้าร่วมโครงการได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล ผลจากการเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจะทำให้ผู้ขับขี่ถูกคุมประพฤติในรูปแบบของแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) แทนที่จะถูกเพิกถอน

---

[370] ข้อ 15 แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[371] ข้อ 16 วรรคหนึ่ง แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

[372] ข้อ 16 วรรคสอง แห่งระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับระบบการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับรถของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ พ.ศ. 2565

ใบอนุญาตขับขี่ โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ คือ 1 ปีสำหรับผู้ขับขี่ที่ถูกตัดสินว่าเมาแล้วขับ ซึ่งมีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 20 ถึง 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 2 ปี สำหรับผู้กระทำความผิดซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี หรือผู้ขับขี่ซึ่งมีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[373]

นอกจากนี้กรมราชทัณฑ์และคุมประพฤติแห่งสวีเดน (Swedish Prison and Probation Service) ยังได้เสนอโปรแกรมปรับพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาสำหรับผู้เสพยาเสพติด 2 ชนิด คือ โปรแกรมการใช้สารเสพติดระดับชาติ (National Substance Abuse Program - NSAP) ซึ่งพัฒนาโดยกรมราชทัณฑ์แห่งแคนาดา และโครงการลดการใช้สารเสพติด (Programme for Reducing Substance Abuse – PRISM) อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินการจัดกิจกรรมดังกล่าวภายในเรือนจำและการคุมประพฤติในปี ค.ศ. 2009 และ ค.ศ. 2012 พบว่ามีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ[374]

5.2 บทวิเคราะห์การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสวีเดน

สวีเดนมีจุดเด่นในด้านการบำบัดเยียวยาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินโครงการที่ชัดเจนโดยไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล ร่วมกับการใช้เทคโนโลยียานยนต์สมัยใหม่สำหรับควบคุมผู้ขับขี่ในช่วงของระยะเวลาคุมประพฤติ ซึ่งสามารถนำไปเป็นแบบอย่างให้กับประเทศอื่นได้ รวมถึงมีการพัฒนาหลักสูตรการบำบัดเยียวยาผู้ติดยาเสพติดที่มีความหลากหลาย แม้ว่าอาจยังคงต้องรอการพิสูจน์ผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

สำหรับจุดด้อยในด้านการบำบัดเยียวยาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าสวีเดนมีประเด็นในเรื่องของผลลัพธ์การประเมินโปรแกรมการใช้สารเสพติดระดับชาติ (NSAP) และโครงการลดการใช้สารเสพติด (PRISM) ซึ่งยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรในการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ

อาจกล่าวได้ว่าสวีเดนมีกระบวนการยุติธรรมทางเลือกที่เหมาะสม ทั้งการจัดโปรแกรมสมาดิต โปรแกรมการใช้สารเสพติดระดับชาติ และโครงการลดการใช้สารเสพติด แต่ควรได้มีการผสมผสานแนวทางอื่นเพื่อให้ผลลัพธ์การดำเนินโครงการเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

---

[373] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE SWEDEN,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWEDEN_04.pdf.

[374] UNODC, **Treatment of Drug Use Disorders and Associated Mental Health Disorders in Prison Settings and Forensic Hospitals,** United Nations Office on Drugs and Crime, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_TX_in_Prisons_March22.pdf.

5.3 การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

การกำหนดโทษในคดีความผิดจราจรนอกเหนือจากการใช้กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักแล้ว เยอรมนียังได้กำหนดให้ผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดต้องเข้าร่วมการสัมมนาขั้นสูงในช่วงระยะเวลาทดลองขับ โดยผู้เข้าร่วมสัมมนาขั้นสูงจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทัศนคติที่คำนึงถึงความเสี่ยงในการจราจรทางถนนมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการปรับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยและรอบคอบโดยการเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มและการทดสอบการขับขี่ หรือการเข้าร่วมสัมมนาเป็นรายบุคคลหากได้รับการร้องขอ[375] โดยการสัมมนาขั้นสูงอาจดำเนินการโดยผู้สอนขับรถที่มีใบอนุญาตที่เกี่ยวข้องภายใต้พระราชบัญญัติผู้สอนขับรถ (Fahrlehrergesetz) เท่านั้น[376]

สำหรับผู้ถือใบอนุญาตขับรถทดลองขับซึ่งตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมาอื่น ๆ จะต้องเข้าร่วมการสัมมนาขั้นสูงพิเศษ ซึ่งจะจัดขึ้นหลังจากการพิจารณาเพิ่มเติมแล้วตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก (Road Traffic Act (Straßenverkehrsgesetz – StVG))[377] หากผู้เข้าร่วมสัมมนาขั้นสูงไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์หรือถูกห้ามขับขี่โดยมีผลผูกพันตามกฎหมาย ให้ดำเนินการทดสอบการขับขี่ได้ภายใต้เงื่อนไข[378] คือ ผู้ใดขับรถบนถนนสาธารณะเพื่อการฝึก ทดสอบหรือประเมินความเหมาะสมหรือความสามารถ ต้องมีผู้สอนขับรถหรือผู้สมัครผู้ฝึกสอนขับรถ ตามความในพระราชบัญญัติผู้สอนขับรถ (Fahrlehrergesetz) ติดตามมาด้วย และให้ผู้ฝึกสอนขับรถหรือผู้สมัครผู้ฝึกสอนขับรถเป็นผู้ขับขี่ยานยนต์สำหรับการเดินทางไปกลับ หรือการสอบ หรือการประเมินต่าง ๆ ในกรณีที่ผู้ขับขี่รถยนต์ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ที่เกี่ยวข้อง[379]

จากข้อมูลในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2022 แม้ว่าเยอรมนีจะยังไม่มีการประกาศใช้แอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) สำหรับการคุมประพฤติผู้ขับขี่อย่างเป็นทางการ แต่มีความเป็นไปได้ว่าจะได้รับการนำมาใช้เป็นโครงการนำร่อง ร่วมกันกับกระบวนการคุมประพฤติ[380] อย่างไรก็ตามรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐได้แนะนำให้มีการนำโปรแกรมแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก มาปรับใช้

---

[375] Section 2b (1) Road Traffic Act (DE)

[376] Section 2b (2) Road Traffic Act (DE)

[377] Section 2b (2) Road Traffic Act (DE)

[378] Section 2b (3) Road Traffic Act (DE)

[379] Section 2 (15) Road Traffic Act (DE)

[380] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE GERMANY,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_GERMANY_02.pdf.

กับผู้ขับขี่ยานพาหนะที่พบว่าดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งควรทำร่วมกับมาตรการทางจิตวิทยาการจราจรอีกด้วย[381]

5.4 บทวิเคราะห์การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศเยอรมนี

จะเห็นได้ว่าเยอรมนีมีจุดเด่นในด้านการเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ คือ มีการจัดสัมมนาหลักสูตรการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการยุติธรรมทางเลือกเพื่อปรับปรุงทัศนคติของผู้ขับขี่และป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ อันเป็นไปตามหลักการโปรแกรมการเบี่ยงเบน (Diversion Programmes) ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกระบวนการยุติธรรม นอกจากนี้เยอรมนียังมีความพยายามที่จะนำเทคโนโลยียานยนต์สมัยใหม่อย่างโปรแกรมแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) มาใช้ในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์อีกด้วย

สำหรับข้อควรพิจารณาด้านการเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ พบว่าการจัดอบรมการเข้าร่วมสัมมนาขั้นสูงนั้นมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามมา จึงเป็นปัญหาว่าหน่วยงานหรือบุคคลใดควรต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกิจกรรมดังกล่าว รวมถึงควรได้มีการนำเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อกมาใช้สำหรับการคุมประพฤติผู้ขับขี่อย่างเป็นทางการ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเยอรมนีมีมาตรการที่ดีในการส่งเสริมกระบวนการยุติธรรมทางเลือกเพื่อปรับปรุงทัศนคติการขับขี่และลดโอกาสในการกระทำความผิดซ้ำ ซึ่งเป็นมาตรการที่มุ่งเน้นการแก้ไขฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษผู้กระทำความผิดเพียงอย่างเดียว แต่ควรได้มีการกำหนดผู้มีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมการสัมมนาขั้นสูงเพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้ขับขี่ และการนำเทคโนโลยียานยนต์สมัยใหม่มาใช้กับมาตรการคุมประพฤติอย่างเป็นทางการ

5.5 การบำบัดเยียวยาและมาตรการคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

ประเทศไทยมีข้อเหมือนกับต่างประเทศในด้านการบำบัดเยียวยาและคุมประพฤติผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ มีการนำกระบวนการยุติธรรมทางเลือกหรือโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่มาปรับใช้กับผู้ที่เมาแล้วขับ เช่นเดียวกับสวีเดนและเยอรมนีที่มีการจัดโปรแกรมการบำบัดและคุมประพฤติสำหรับผู้ขับขี่

---

[381] Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI). **VERKEHRSSICHERHEITSPROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG 2021 BIS 2030** (Berlin: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, 2021) p. 37.

ข้อแตกต่างประการสำคัญของประเทศไทยกับต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศไทยไม่มีการใช้เทคโนโลยีควบคุมการขับขี่ด้วยแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคุมประพฤติ ซึ่งแตกต่างจากสวีเดนที่มีมาตรการในเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน รวมถึงเยอรมนีที่มีความพยายามจะนำมาปรับใช้กับผู้ขับขี่ในประเทศ สวีเดนและเยอรมนีมีการกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ ซึ่งต้องติดตามประเมินผู้ขับขี่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ขับขี่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ การเลิกพฤติกรรมดื่มแล้วขับ หรือการเลิกใช้ยาเสพติดได้จริง ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่กำหนดให้มาตรการคุมประพฤติถือเป็นดุลยพินิจของศาล และสวีเดนเปิดโอกาสให้ผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดสามารถขอเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ได้โดยไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว และเยอรมนีบังคับให้ผู้ถือใบอนุญาตขับรถทดลองขับซึ่งเมาแล้วขับ หรือตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น จะต้องเข้าร่วมการสัมมนาขั้นสูงพิเศษ ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีความชัดเจนสำหรับการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพการขับขี่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดให้โทษ

แนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย

จากการศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถสรุปแนวทางสำหรับการแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ดังนี้

1. นโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การสร้างแนวทางที่เหมาะสมในกรณีหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับประเทศไทย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: เนื่องจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เป็นหน่วยงานหลักผู้กำหนดนโยบายในภาพรวมแต่ไม่มีอำนาจในการสั่งการโดยตรง ดังนั้นหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานผู้ปฏิบัติตามแผนงานในแต่ละด้านจำเป็นต้องเป็นหน่วยงานเดียวกันหรือเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับโดยตรงของผู้กำหนดนโยบาย เพื่อเป็นการยกระดับขีดความสามารถในการสั่งการ โดยแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในปัจจุบัน คือ การกำหนดให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลักในการตรวจจับผู้กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ และเป็นผู้กำหนดนโยบายหลักหรือร่วมกำหนดนโยบาย รวมถึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลลัพธ์การดำเนินงานที่เกิดขึ้น ในขณะที่ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนซึ่งรับผิดชอบการจัดทำนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมป้องกันการเมาไม่ขับและเป็นประธานการจัดประชุมระหว่างหน่วยงาน จะต้องรับผิดชอบเป็น

ผู้ดำเนินการจัดทำโครงการรณรงค์การเมาไม่ขับด้วย ในกรณีที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักขาดอำนาจบางประการในการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมตามภารกิจ เช่นนี้จะต้องมีการบัญญัติกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติสำหรับจัดตั้งและให้อำนาจหน่วยงานดังกล่าวเป็นการเฉพาะ, 2) การจัดสรรอำนาจหน้าที่แก่หน่วยงานอื่น: การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ต้องสนับสนุนให้มีมากยิ่งขึ้น ทั้งในขั้นตอนการกำหนดนโยบายและการดำเนินการตามแผนงาน เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน และ 3) การสอดประสานนโยบายระหว่างหน่วยงาน: หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งหมด ต้องมีการกำหนดรอบการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน ร่วมกันการสอบทานผลการดำเนินงานกับนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ รวมถึงการสร้างแนวทางส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดโครงสร้างหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามแนวทางที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการปรับอำนาจของหน่วยงานที่มีอยู่เดิมให้ครอบคลุมทั้งการเป็นผู้กำหนดนโยบายหลักและนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยไม่ต้องจัดตั้งหน่วยงานใหม่

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อการปรับปรุงแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน เรียงลำดับตั้งแต่กระบวนการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพล การตรวจจับผู้กระทำความผิด ตลอดถึงการบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำผิด สามารถสรุปได้เป็น 9 ประเด็น ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายจากความต้องการของชุมชน โดยเพิ่มนโยบายเพื่อสนับสนุนการทำการสำรวจหรือการวิจัยนำร่องเพื่อหาแนวทางร่วมกันระหว่างภาครัฐและชุมชนแต่ละแห่ง และนำไปสู่การออกแบบนโยบายและการดำเนินมาตรการสนับสนุนอื่น ๆ ในชุมชน โดยใช้หลักการความปลอดภัยทางถนนระดับสากล เช่น แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) แฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) และวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) มาประกอบการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรแต่ละครั้งและการป้องกันเหตุการณ์ในอนาคต, 2) การรณรงค์การขับขี่อย่างปลอดภัย ควรได้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงช่องทางและรูปแบบของการสื่อสาร เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่ม, 3) การกำหนดชนิดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยเพิ่มเติมนโยบายควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์และยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน โดยให้หมายรวมถึงยาเสพติดให้โทษทั้งหมดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด รวมถึงการควบคุมการขับขี่ที่บกพร่องแม้ว่าจะผู้ขับขี่จะมิได้เสพยาเสพติดให้โทษ เช่น ความบกพร่องขณะขับ

ขี่ยานพาหนะอันเป็นผลจากการใช้ยาทางการแพทย์ สมุนไพร กัญชา กระท่อม หรือสารชนิดอื่นของผู้ขับขี่, 4) การส่งเสริมบริการขนส่งทางเลือกหรือขนส่งมวลชน โดยกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันการเมาแล้วขับ ผ่านการส่งเสริมบริการขนส่งสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจราจร, 5) การส่งเสริมการศึกษาวิจัยความปลอดภัยทางถนน โดยกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างชัดเจน ทั้งในด้านกำลังคน ทรัพยากร และงบประมาณ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิภาพ, 6) การตรวจจับผู้กระทำความผิด โดยกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนความโปร่งใสในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ เช่น การกำหนดขั้นตอนการแสดงตนของเจ้าพนักงาน การติดตั้งกล้องประจำตัวของผู้ปฏิบัติงานขณะปฏิบัติหน้าที่ และการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงขั้นตอนการตรวจ, 7) การตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เนื่องจากการตรวจคัดกรองแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเป็นวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยและดำเนินการตามหลักมาตรฐานสากล จึงควรสนับสนุนให้มีการตรวจในลักษณะดังกล่าวต่อไปโดยการสนับสนุนงบประมาณการจัดซื้อ บำรุงรักษา และสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือให้เป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ ส่วนการกำหนดนโยบายการตรวจคัดกรองยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เห็นควรเลือกวิธีการตรวจทางน้ำลายเป็นลำดับแรกเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล, 8) การกำหนดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ขับขี่ โดยผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการกำหนดนโยบายให้ผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดร่วมกับการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ และให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยุติธรรมทางเลือก คือ การเบี่ยงเบนผู้ขับขี่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาลเพื่อลดจำนวนคดีความที่ต้องขึ้นสู่ศาล และ 9) เทคโนโลยียานยนต์เพื่อควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล: เพิ่มเติมนโยบายการควบคุมผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในระหว่างการคุมประพฤติหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพการขับขี่ ด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) เพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ โดยข้อเสนอการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการเพิ่มเติมมาตรการซึ่งมีการใช้งานอยู่ในปัจจุบันให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการเพิ่มกระบวนการหรือเทคโนโลยีบางประการตามแนวทางของประเทศที่ประสบผลสำเร็จด้านความปลอดภัยทางถนน ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีผลลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้จริง ให้สอดรับกับสภาพแวดล้อมของประเทศไทยในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นนั้นมีแนวทางดังนี้ 1) การเพิ่มความยืนหยุ่นของตัวชี้วัดตามแผนแม่บทความภัยทางถนน: ดำเนินการโดยกำหนดให้แผนงานสามารถปรับเพิ่มหรือลดจำนวนตัวชี้วัดตามความจำเป็นให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น หากในขณะนั้นมีการ

แพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ และมีแนวโน้มที่ผู้ขับขี่บางกลุ่มจะมีการใช้ยาเสพติดดังกล่าว ดังนั้นแผนการปฏิบัติงานจะต้องปรับให้มีการเพิ่มการสุ่มตรวจคัดกรองผู้ขับขี่ริมถนนให้มากขึ้น และ 2) การประกาศนโยบายอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นศูนย์: แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนต้องได้รับการปรับเป้าหมายสูงสุด โดยกำหนดให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การบาดเจ็บสาหัส และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นศูนย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด และปรับลดระยะเวลาของการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนให้สั้นลงกว่าเดิม โดยไม่ควรมีระยะยาวนานเกินกว่า 1 ทศวรรษ การกำหนดผลลัพธ์ในรูปแบบที่นำเสนอนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการปรับปรุงนโยบายในส่วนที่ประเทศไทยยังไม่เคยมีการประกาศใช้มาก่อน แต่ได้มีการใช้งานแล้วในหลายประเทศซึ่งมีผลลัพธ์การดำเนินงานการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นไปในทิศทางที่ดี

2. มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

มาตรการทางกฎหมายสำหรับประเทศไทยในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประเทศสวีเดนและเยอรมนีมีแนวทางในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับประเทศไทยได้หลายประการ โดยเฉพาะการแยกฐานความผิดระหว่างการเมาซึ่งเป็นผลจากแอลกอฮอล์กับการเสพยาเสพติดชนิดอื่นอย่างชัดเจน โดยไม่มีการบัญญัติแยกในเรื่อง “ของเมาอย่างอื่น” ซึ่งอาจก่อให้เกิดความลักลั่นในการตีความ และการบัญญัติความผิดสำหรับผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมบกพร่องในการควบคุมรถแม้ว่าจะมีระดับแอลกอฮอล์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ทั้งสองประเทศยังมีกฎหมายเฉพาะในระดับพระราชบัญญัติทำให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางเหล่านี้มาบังคับใช้ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ประเทศไทยยังคงเปิดช่องสำหรับการใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่อย่างกว้างขวาง การขาดทรัพยากรและบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะ การขาดแนวทางการตรวจวัดความบกพร่องที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่มีรูปแบบเป็นการแยกส่วนระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในการดำเนินการและไม่สามารถอำนวยความยุติธรรมได้อย่างแท้จริง ดังนั้นในการแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้จึงจำเป็นต้องกระทำร่วมกับการบูรณาการเชิงนโยบาย โดยทำการปรับปรุงแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนตามที่ได้กล่าวไปแล้ว และทำการปรับปรุงบทบัญญัติทางกฎหมายให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สามารถทำได้โดยการปรับแก้ไขเนื้อหากฎหมายที่มีอยู่เดิม

ร่วมกับการจัดทำเนื้อหาบางส่วนที่ยังไม่ปรากฏในกฎหมายไทย ได้แก่ 1) การนิยามศัพท์ “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” โดยทำการขยายความตามมาตรา 43 (1) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อให้สามารถบังคับใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกำหนดแนวทางการตรวจประเมินระดับความบกพร่องในการขับขี่ ทั้งนี้สามารถขอความเห็นในการจัดทำรายละเอียดต่าง ๆ ได้จากแพทยสภาร่วมกับการพิจารณาจากการทดสอบมาตรฐานความมีสติภาคสนาม (Standard Field Sobriety Tests) ของสหภาพยุโรป และ 2) การนิยามศัพท์ “ของเมาอย่างอื่น” โดยทำการปรับแก้บทบัญญัติในมาตรา 43 (2) แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และจัดแบ่งเป็นอนุมาตราเพื่อขยายความการเมาสุราและเมาของเมาอย่างอื่นให้มีความชัดเจน และ 3) การนิยามศัพท์ “ยาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” โดยทำการแก้ไขมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง และวรรคสองแห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ให้หมายถึงยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และเพิ่มเติมข้อยกเว้นความผิดในกรณีที่เป็นการเสพโดยชอบด้วยกฎหมายหรือเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ทั้งนี้ต้องไม่ปรากฏว่าผู้ขับขี่หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ โดยการแก้ไขกฎหมายในลักษณะดังกล่าวมีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากช่วยอุดช่องว่างของกฎหมายในปัจจุบันให้สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่

ประเทศไทยมีแนวทางที่สอดคล้องกับประเทศสวีเดนและเยอรมนีในเรื่องการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดของผู้ขับขี่ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยเยอรมนีมีมาตรการที่เข้มงวดสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่ คือ ห้ามการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ ส่วนสวีเดนมีการปรับหลักกฎหมายให้สามารถเอาผิดกับผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้แม้จะมีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงเผชิญกับข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือ ยังไม่มีการควบคุมผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถขนส่งเป็นพิเศษแยกจากผู้ขับขี่ทั่วไป และไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นเพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวจึงควรได้มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะ และเพิ่มเติมรายละเอียดการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่พบว่า ประเทศไทยมีแนวทางเช่นเดียวกับสวีเดนและเยอรมนีในการห้ามการมียาเสพติดในผู้ขับขี่ และมีกรณียกเว้นความผิดเมื่อได้รับยาตามคำสั่งแพทย์หรือเพื่อการวิจัย อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ขาดมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ และไม่มีแนวทางตรวจการตรวจยาเสพติดซึ่งกำลังแพร่ระบาด ดังนั้นในการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องเพิ่มรายการยาเสพติด

และวัตถุออกฤทธิ์ที่ควรควบคุมให้ครบถ้วน และการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานสากลเพื่อให้ผลการตรวจมีความเป็นธรรมและน่าเชื่อถือ

ดังนั้นในการการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดสำหรับผู้ขับขี่ในประเทศไทย คือ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์นั้นจึงถือว่ามีความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม กฎหมายที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมมีดังนี้ 1) การควบคุมผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถขนส่ง ควรได้มีการเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 6 (1) เพื่อให้เกิดการควบคุมผู้ขับขี่รถสาธารณะ รถขนส่ง หรือรถอื่นใดที่ไม่ใช่รถส่วนบุคคล ให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, 2) การกำหนดมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ควรได้มีการเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 เพื่อให้มีการกำหนดมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์และการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์เป็นประจำ เพื่อให้มั่นใจได้ว่ารายงานผลการตรวจวัดดังกล่าวมีความถูกต้องแม่นยำ และ 3) การกำหนดค่าขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพ ควรได้มีการเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 8 เพื่อให้มีการกำหนดกำหนดค่าขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพ อันเป็นการป้องกันมิให้เกิดการคำนวณระดับแอลกอฮอล์ในเลือดย้อนกลับไปถึงเวลาที่เกิดเหตุ และใช้เป็นข้ออ้างในการจับกุมผู้ขับขี่ที่ตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการสำหรับกัญชา ควรได้มีการเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 7 (3) เพื่อให้เกิดการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา โดยเทียบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) จากเลือด 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร เท่ากับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือด 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และการกำหนดมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการสำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ควรได้มีการยกเลิกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548 และยกร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือของเมาอย่างอื่น พ.ศ.... เพื่อให้ครอบคลุมรายการยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ทั้งหมดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด รวมถึงยาหรือสารอื่นใดที่มีผลต่อระบบจิตและประสาทอันส่งผลให้สมรรถภาพในการขับขี่ลดลง ทั้งนี้สามารถปรับแก้เนื้อหาที่มีอยู่เดิมได้โดยเพิ่มรายการชุดตรวจคัดกรองยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ กัญชา ยากลุ่มแอมเฟตามีน โคเคน ยาอี เคตามีน กระท่อม ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ด้วยวิธีการตรวจทางน้ำลาย หากผลการทดสอบเบื้องต้นให้ผลบวกจึงจะได้ทำการตรวจยืนยันผลด้วยวิธีการทางโครมาโตกราฟี (Chromatography) ต่อไป โดยการแก้ไข

ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ตามที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการเพิ่มมาตรฐานการขับขี่ในกลุ่มผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถขนส่ง และส่งเสริมมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการให้เป็นไปตามหลักการสากล

2.3 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่

การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการตรวจแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศสวีเดนและเยอรมนีในด้านการยึดหลักสิทธิมนุษยชนสากลเป็นพื้นฐาน โดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ได้ให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการสั่งให้หยุดรถและทดสอบผู้ขับขี่ว่ามีอาการเมาสุราหรือไม่[382] หากผู้นั้นไม่ยินยอมให้ทำการทดสอบ ให้เจ้าพนักงานมีอำนาจกักตัวไว้ดำเนินการทดสอบได้ภายในระยะเวลาอันสมควร และให้ปล่อยตัวไปในทันทีเมื่อผู้ขับขี่ยินยอมให้ทำการทดสอบและไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเมาสุรา[383] ทั้งนี้กฎหมายอนุญาตให้เจ้าพนักงานทำการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากร่างกายของผู้ขับขี่ด้วยวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุด คือ การตรวจทางลมหายใจเป็นลำดับแรก หากไม่สามารถตรวจได้จึงพิจารณาทำการตรวจจากปัสสาวะและลมหายใจต่อไป และการทดสอบใด ๆ จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ขับขี่ก่อนจึงจะสามารถดำเนินการได้[384] ซึ่งเป็นการให้สิทธิในการปฏิเสธการตรวจร่างกายแก่ผู้ขับขี่ แต่หากผู้นั้นยืนยันว่าจะไม่ขอรับการทดสอบโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร จึงเข้าบทสันนิษฐานว่าผู้ขับขี่เมาแล้วขับตามมาตรา 43 (2)[385] ทั้งนี้ประเทศสวีเดนและเยอรมนียังยอมรับการตรวจเลือดเป็นมาตรฐานสากลและบรรจุไว้ในบทบัญญัติกฎหมายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การนำมาปรับใช้กับประเทศไทยพบว่ามีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ประเทศไทยยังให้สิทธิแก่ผู้ขับขี่ในการปฏิเสธการตรวจได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การถ่วงเวลาเพื่อให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงจนอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ในขณะที่ประเทศสวีเดนกำหนดกรอบระยะเวลาในการควบคุมตัวผู้ขับขี่ไว้อย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินการตรวจร่างกายและการให้ความยินยอมต้องเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาจำกัด โดยมีการกำหนดหน้าที่เฉพาะของแพทย์หรือพยาบาลในการเก็บเลือด ส่วนเยอรมนีกำหนดให้ต้องแจ้งสิทธิแก่ผู้ต้องหาอย่างชัดเจน ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขกฎหมายในประเทศไทยจึงควรเริ่มจากการปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อกำหนดกรอบเวลาของการตรวจแอลกอฮอล์ให้ชัดเจน การห้ามการดื่มแอลกอฮอล์ภายในระยะเวลาที่กำหนดเพื่อป้องกันข้อกล่าวอ้างว่าผู้ขับขี่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปภายหลังจากเกิดเหตุ

---

[382] มาตรา 142 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[383] มาตรา 142 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[384] ข้อ 3 กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

[385] มาตรา 142 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

นอกจากนี้ควรมีการกำหนดมาตรฐานของเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์ และการสอบเทียบเครื่องมือเป็นประจำ เพื่อให้ผลการตรวจมีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ

สำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ พบว่าประเทศไทย ประเทศสวีเดน และประเทศเยอรมนีต่างยึดหลักสิทธิมนุษยชนสากลและให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการเก็บสิ่งส่งตรวจจากร่างกายของผู้ขับขี่ด้วยวิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุดเช่นเดียวกับการตรวจแอลกอฮอล์ โดยเจ้าพนักงานของประเทศไทยมีอำนาจในการตรวจสอบผู้ขับขี่ว่าได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือไม่ หากผลปรากฏว่าผู้นั้นมิได้เสพก็ให้สามารถขับรถต่อไปได้[386] แต่หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอมให้ทดสอบ เช่นนี้เจ้าพนักงานมีอำนาจกักตัวไว้เพื่อตรวจสอบได้ภายในระยะเวลาอันสมควร เมื่อผลทดสอบปรากฏมิได้เสพก็ให้ปล่อยตัวไป[387] โดยการเก็บสิ่งส่งตรวจนั้นหากเป็นการพิสูจน์การเสพแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ให้ทำการเก็บจากปัสสาวะของผู้ขับขี่สำหรับการทดสอบเบื้องต้น[388] อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน แม้ว่าจะมีการกำหนดอัตราโทษปรับสำหรับผู้ปฏิเสธการตรวจร่างกาย[389] แต่เนื้อความในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 กลับไม่ปรากฏข้อความที่สามารถบังคับให้ผู้ขับขี่ต้องเข้ารับการตรวจร่างกาย ในขณะที่สวีเดนและเยอรมนีให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ในการดำเนินการตรวจร่างกายภายใต้กรอบระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นแนวทางการปรับปรุงกฎหมายของประเทศไทยจึงควรกำหนดกรอบเวลาการตรวจผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่าเสพยาเสพติดให้มีความชัดเจนเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ และควรกำหนดโทษโดยเฉพาะอัตราค่าปรับให้เทียบเท่ากับกรณีของการเมาแอลกอฮอล์ขณะขับขี่

ดังนั้นการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อป้องกันปัญหาอันเนื่องมาจากขั้นตอนการตรวจร่างกายของผู้ขับขี่จึงควรได้กระทำดังนี้ 1) ระยะเวลากักตัวผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบการเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 142 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยการกำหนดระยะเวลาทดสอบไม่เกิน 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่เจ้าพนักงานสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถหากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง, 2) ระยะเวลาห้ามการดื่มสุราหรือของเมาอย่างอื่นภายหลังการขับขี่ ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 142 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยห้ามมิให้ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์หรือของเมาอย่างอื่นเป็นเวลา 6 ชั่วโมงหลังสิ้นสุดการขับรถ, 3) ระยะเวลากักตัวผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ควรได้มีการแก้ไข

---

[386] มาตรา 43 ทวิ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[387] มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

[388] ข้อ 1 แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548

[389] มาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522

มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยการกำหนดระยะเวลาทดสอบไม่เกิน 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่เจ้าพนักงานสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง และ 4) การดำเนินการกรณีมีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ขับรถในขณะเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยกำหนดอัตราค่าปรับให้เทียบได้ไม่ต่ำกว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ และดำเนินการตรวจสอบผู้ขับขี่ตามขั้นตอนของประมวลกฎหมายยาเสพติด

การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ตามที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการป้องกันปัญหาการใช้ข้อกล่าวอ้างของผู้ขับขี่ในการปฏิเสธการตรวจร่างกายในเบื้องต้น และรอจนกระทั่งยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทลดลงถึงระดับที่กฎหมายอนุญาตให้ทำการขับขี่ได้ หรือการกล่าวอ้างว่ามีการบริโภคสารดังกล่าวภายหลังจากการขับขี่เสร็จสิ้น

2.4 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่

มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่น่าสนใจของประเทศสวีเดน คือ การกำหนดอัตราโทษแปรผันตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งเป็นมาตรการที่ยึดหลักความยุติธรรมเชิงอัตราส่วนของความผิดและโทษที่ได้รับ และการควบคุมผู้ขับขี่ในช่วงระยะเวลาคุมประพฤติด้วยแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในขณะที่ประเทศเยอรมนีมีมาตรการขยายความรับผิดทางแพ่งเพื่อให้ผู้กระทำความผิดเกิดความตระหนักรู้และร่วมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้บาดเจ็บหรือผู้เสียชีวิตในอุบัติเหตุจราจร รวมถึงการริเริ่มนำโทษริบทรัพย์สินมาปรับใช้กับยานพาหนะที่มีการกระทำความผิดซ้ำ แม้ว่าจะยังไม่ครอบคลุมกรณีการเมาแล้วขับโดยตรง อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดประการสำคัญของประเทศไทย คือ ยังไม่มีระบบการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคำนวณค่าปรับตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และขอจำกัดด้านงบประมาณในการนำเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อกมาใช้ในกระบวนการคุมประพฤติ จึงควรต้องมีการพัฒนารูปแบบการกำหนดอัตราค่าปรับให้สอดคล้องกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด รวมถึงการคุมประพฤติด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อกโดยให้ผู้กระทำความผิดร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

ดังนั้นการกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยจึงควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขโดยมีรายละเอียดดังนี้

ประการที่ 1 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลแอลกอฮอล์หรือสารอื่นที่สามารถเทียบเคียงระดับความเข้มข้นได้จากแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) การกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนและระดับแอลกอฮอล์เป็นฐาน ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 160 ตรี วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยปรับเป็น โดยเพิ่มอัตราโทษปรับตั้งต้นเป็น 10,000 บาท และเพิ่มเติมมาตรา 160 ตรี/4 สำหรับผู้กระทำความผิดที่มีระดับแอลกอฮอล์หรือสารอื่นที่สามารถเทียบเคียงระดับความเข้มข้นได้จากแอลกอฮอล์เกินกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ให้คำนวณอัตราค่าปรับโดยใช้

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและรายได้ต่อเดือนของผู้นั้นเป็นฐานในการคำนวณ, 2) บทลงโทษในเรื่องการริบทรัพย์สิน ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 160 ตรี/3 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยเพิ่มโทษริบยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของแผ่นดินกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำภายใน 2 ปี และ 3) มาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่ ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 162 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยเพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่เป็นระยะเวลา 1 ปีสำหรับผู้กระทำความผิดครั้งแรก และ 2 ปีสำหรับผู้กระทำความผิดซ้ำ รวมถึงการควบคุมผู้ขับขี่ซึ่งอยู่ในระหว่างการคุมประพฤติหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพการขับขี่ ด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock)

ประการที่ 2 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่ 1) การกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนเป็นฐาน ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 157/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยกำหนดให้มีอัตราโทษเท่ากับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคหก ให้คำนวณอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนของผู้กระทำความผิดเป็นฐานในการคำนวณเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ เพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคเจ็ด ให้ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดอีก 1 ใน 3 และเพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคแปด ให้ครอบคลุมการเพิ่มโทษสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเช่นเดียวกันการดื่มแอลกอฮอล์, 2) บทลงโทษในเรื่องการริบทรัพย์สิน ควรได้มีการเพิ่มเติมมาตรา 157/1 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยเพิ่มโทษริบยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของแผ่นดินกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำภายใน 2 ปีเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ และ 3) มาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่ ควรได้มีการแก้ไขมาตรา 162 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เช่นเดียวกับมาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์

การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากเป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมโดยคำนึงถึงรายได้และระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การกระทำความผิดซ้ำและการฟื้นฟูผู้กระทำผิดเพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้ได้ผลมาแล้วในประเทศที่ประสบความสำเร็จด้านการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงข้อแตกต่างระหว่างพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุดโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 และกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 กับการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย

ประเด็นการแก้ไข	การใช้งานในปัจจุบัน	การปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย
พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522		
– มาตรา 43 (1) และ (2)	ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถ (1) ในขณะหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ (2) ในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น[390]	ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถ (1) ในขณะหย่อนความสามารถในอันที่จะขับตามเกณฑ์ที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา (2) ในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น เหตุแห่งการเมามีดังนี้ (ก) เมาสุราหรือสารชนิดอื่นที่สามารถตรวจวัดความมึนเมาได้จากระดับแอลกอฮอล์ หรือสามารถเทียบเคียงระดับความเข้มข้นของสารดังกล่าวได้จากแอลกอฮอล์ (ข) เมาของเมาอย่างอื่น ให้หมายความรวมถึง ยาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษ ยาตามกฎหมายยา หรือสารอื่นใดอันส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตสำนึก ทำให้ผู้ขับขี่ไม่สามารถขับขี่ยานพาหนะได้อย่างปลอดภัย เว้นแต่เป็นการเสพโดย

[390] มาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565

		เข้าข้อยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และมีใบสั่งยา หรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือเอกสารรับรองการเข้าร่วมโครงการวิจัยมาแสดงต่อหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการ โดยต้องไม่ปรากฏว่าผู้ขับขี่หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ
– มาตรา 43 ทวิ	ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทั้งนี้ ตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการมีอำนาจจัดให้มีการตรวจสอบผู้ขับขี่รถบางประเภทตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามวรรคหนึ่งหรือไม่ และหากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าผู้ขับขี่นั้นไม่ได้เสพก็ให้ผู้ขับขี่นั้นขับรถต่อไปได้ ในกรณีที่ผู้ขับขี่ตามวรรคสองไม่ยอมให้ตรวจสอบ ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการมีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ เพื่อดำเนินการตรวจสอบได้	ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ เว้นแต่เป็นการเสพโดยเข้าข้อยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และมีใบสั่งยา หรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือเอกสารรับรองการเข้าร่วมโครงการวิจัยมาแสดงต่อหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการ โดยต้องไม่ปรากฏว่าผู้ขับขี่หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการมีอำนาจจัดให้มีการตรวจสอบผู้ขับขี่รถบางประเภทตามที่ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าได้เสพยาเสพติดให้โทษตามวรรคหนึ่งหรือไม่ และหากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าผู้ขับขี่นั้นไม่ได้เสพก็ให้ผู้ขับขี่นั้นขับรถต่อไปได้ ในกรณีที่ผู้ขับขี่ตามวรรคสองไม่ยอมให้ตรวจสอบ ให้หัวหน้าเจ้าพนักงาน

	ภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็นแห่งกรณีเพื่อให้การตรวจสอบเสร็จสิ้นไปโดยเร็ว และเมื่อผู้นั้นยอมรับการตรวจสอบแล้ว หากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าไม่ได้เสพ ก็ให้ปล่อยตัวไปทันที การตรวจสอบตามมาตรานี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง[391]	จราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการมีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ เพื่อดำเนินการตรวจสอบได้ภายในระยะเวลาสามชั่วโมงนับแต่เวลาที่สั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวให้ถือเป็นอันพ้นระยะเวลาการให้ความยินยอมไปพร้อมกัน และเมื่อผู้นั้นยอมรับการตรวจสอบแล้ว หากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าไม่ได้เสพ ก็ให้ปล่อยตัวไปทันที ทั้งนี้หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาควบคุมตัวได้อีกไม่เกินสามชั่วโมง การตรวจสอบตามมาตรานี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง
– มาตรา 142	หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร หรือเจ้าพนักงานจราจร มีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถในเมื่อ (1) รถนั้นมีสภาพไม่ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 6 (2) เห็นว่าผู้ขับขี่หรือบุคคลใดในรถนั้นได้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอันเกี่ยวกับรถนั้น ๆ ในกรณีที่มีพฤติการณ์อันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ฝ่าฝืนมาตรา 43 (1) หรือ (2) ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน หรือเจ้าพนักงานจราจร สั่งให้	หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร หรือเจ้าพนักงานจราจร มีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถในเมื่อ (1) รถนั้นมีสภาพไม่ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 6 (2) เห็นว่าผู้ขับขี่หรือบุคคลใดในรถนั้นได้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอันเกี่ยวกับรถนั้น ๆ ในกรณีที่มีพฤติการณ์อันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ฝ่าฝืนมาตรา 43 (1) หรือ (2) ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน หรือเจ้าพนักงานจราจร สั่งให้

[391] มาตรา 43 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542

มีการทดสอบผู้ขับขี่ดังกล่าวว่าหย่อนความสามารถในอันที่จะขับหรือเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือไม่

ในกรณีที่ผู้ขับขี่ตามวรรคสองไม่ยอมให้ทดสอบ ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน หรือเจ้าพนักงานจราจร มีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ดำเนินการทดสอบได้ภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็นแห่งกรณีเพื่อให้การทดสอบเสร็จสิ้นไปโดยเร็ว หากผู้นั้นยอมให้ทดสอบและผลการทดสอบปรากฏว่าไม่ได้ฝ่าฝืนมาตรา 43 (1) หรือ (2) ก็ให้ปล่อยตัวไปทันที

ในกรณีที่มีพฤติการณ์อันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หากผู้นั้นยังไม่ยอมให้ทดสอบตามวรรคสามโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นฝ่าฝืนมาตรา 43 (2)[392]

การทดสอบตามวรรคสองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง[393]

ในกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นและมีเหตุอันเชื่อได้ว่า ผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ได้กระทำการฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) และบุคคลดังกล่าวอยู่ในภาวะหมด

มีการทดสอบผู้ขับขี่ดังกล่าวว่าหย่อนความสามารถในอันที่จะขับหรือเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือไม่

ในกรณีที่ผู้ขับขี่ตามวรรคสองไม่ยอมให้ทดสอบ ให้หัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน หรือเจ้าพนักงานจราจร มีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ ดำเนินการทดสอบได้ภายในระยะเวลาสามชั่วโมงนับแต่เวลาที่สั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวให้ถือเป็นอันพ้นระยะเวลาการให้ความยินยอมไปพร้อมกัน หากผู้นั้นยอมให้ทดสอบและผลการทดสอบปรากฏว่าไม่ได้ฝ่าฝืนมาตรา 43 (1) หรือ (2) ก็ให้ปล่อยตัวไปทันที ทั้งนี้หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาควบคุมตัวได้อีกไม่เกินสามชั่วโมง

ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์หรือของเมาอย่างอื่นเป็นเวลาหกชั่วโมงหลังสิ้นสุดการขับรถ เว้นแต่จะได้รับการทดสอบก่อนครบระยะเวลาดังกล่าวจากหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน หรือเจ้าพนักงานจราจร ในกรณีที่มีพฤติการณ์อันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หากผู้นั้นยังไม่ยอมให้ทดสอบตาม

[392] มาตรา 142 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2557

[393] มาตรา 142 วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565

	สติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่อาจให้ความยินยอมในการทดสอบการมีสารอยู่ในร่างกายตามวรรคสอง ให้นำความในมาตรา 43 ทวิ/1 มาใช้บังคับโดยอนุโลม[394]	วรรคสามโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) การทดสอบตามวรรคสองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ในกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นและมีเหตุอันเชื่อได้ว่า ผู้ขับขี่หรือบุคคลที่อาจเป็นผู้ขับขี่ได้กระทำการฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) และบุคคลดังกล่าวอยู่ในภาวะหมดสติหรือได้รับอันตรายแก่กายจนไม่อาจให้ความยินยอมในการทดสอบการมีสารอยู่ในร่างกายตามวรรคสอง ให้นำความในมาตรา 43 ทวิ/1 มาใช้บังคับโดยอนุโลม
– มาตรา 157/1	ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการที่ให้มีการตรวจสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ทวิ หรือฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ตรวจการที่ให้มีการทดสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ตรี มีความผิดทางพินัยต้องชำระค่าปรับเป็นพินัยไม่เกินสี่พันบาท ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต	ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของหัวหน้าเจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน เจ้าพนักงานจราจร หรือผู้ตรวจการที่ให้มีการตรวจสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ทวิ หรือฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ตรวจการที่ให้มีการทดสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ตรี มีความผิดทางพินัยต้องชำระค่าปรับเป็นพินัยไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท และดำเนินการตรวจสอบผู้ขับขี่ตามขั้นตอนของกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน

[394] มาตรา 142 วรรคหก แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพิ่มโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565

และประสาทอีกหนึ่งในสาม และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหนึ่งปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงหกปี และปรับตั้งแต่สี่หมื่นบาทถึงหนึ่งแสนสองหมื่นบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าสองปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หกหมื่นบาทถึงสองแสนบาท และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[395]

<u>หนึ่งปี และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นถึงสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ</u> และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหนึ่งปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงหกปี และปรับตั้งแต่สี่หมื่นบาทถึงหนึ่งแสนสองหมื่นบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าสองปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคสองเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หกหมื่นบาทถึงสองแสนบาท และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

[395] มาตรา 157/1 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550

		หากการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม วรรคสี่ หรือวรรคห้า ผู้กระทำความผิดมีรายได้ต่อเดือนเกินกว่าอัตราค่าปรับในความผิดฐานนั้น ให้คำนวณอัตราค่าปรับตั้งต้นเท่ากับค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนของผู้นั้น ผู้ใดกระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม วรรคสี่ หรือวรรคห้า ต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอีกหนึ่งในสาม ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม วรรคสี่ หรือวรรคห้า เป็นการขับขี่รถยนต์สาธารณะหรือรถจักรยานยนต์สาธารณะตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ หรือเป็นการขับขี่รถที่ใช้ในการขนส่งผู้โดยสารเพื่อสินจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ผู้กระทำต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดอีกหนึ่งในสาม
– มาตรา 157/1 ทวิ	ไม่มี	ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 157/1 และได้กระทำความผิดซ้ำอีกภายในสองปีนับแต่วันที่กระทำความผิดครั้งแรก ให้ศาลลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ กับทั้งให้ยึดรถที่ใช้ในการกระทำความผิดตกเป็นของแผ่นดิน เว้นแต่ทรัพย์สินเหล่านี้เป็นของผู้อื่นซึ่งมิได้รู้เห็นเป็นใจด้วยในการกระทำความผิด ให้ทำการประเมินราคาทรัพย์สินตามกฎหมายว่าด้วยการประเมินราคา

		ทรัพย์สินและคำนวณรวมไปในอัตราค่าปรับ
– มาตรา 160 ตรี	ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับตั้งแต่ห้าพันบาทถึงสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหนึ่งปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงหกปี และปรับตั้งแต่สี่หมื่นบาทถึงหนึ่งแสนสองหมื่นบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าสองปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หกหมื่นบาทถึง	ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี <u>และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นถึงสองหมื่นบาท</u> หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหนึ่งปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงหกปี และปรับตั้งแต่สี่หมื่นบาทถึงหนึ่งแสนสองหมื่นบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าสองปี หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หกหมื่นบาทถึงสองแสนบาท และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

	สองแสนบาท และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[396] ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม หรือวรรคสี่ เป็นการขับขี่รถยนต์สาธารณะหรือรถจักรยานยนต์สาธารณะตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ หรือเป็นการขับขี่รถที่ใช้ในการขนส่งผู้โดยสารเพื่อสินจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ผู้กระทำต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดอีกหนึ่งในสาม[397]	ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม หรือวรรคสี่ เป็นการขับขี่รถยนต์สาธารณะหรือรถจักรยานยนต์สาธารณะตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ หรือเป็นการขับขี่รถที่ใช้ในการขนส่งผู้โดยสารเพื่อสินจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ผู้กระทำต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดอีกหนึ่งในสาม
– มาตรา 160 ตรี/3	ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 160 ตรี และได้กระทำความผิดซ้ำอีกภายในสองปีนับแต่วันที่กระทำความผิดครั้งแรก ให้ศาลลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับผู้กระทำความผิดที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีในวันที่กระทำความผิดครั้งหลัง[398]	ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 160 ตรี และได้กระทำความผิดซ้ำอีกภายในสองปีนับแต่วันที่กระทำความผิดครั้งแรก ให้ศาลลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ <u>กับทั้งให้ริบทรัพย์สินที่ใช้ในการกระทำความผิดตกเป็นของแผ่นดิน เว้นแต่ทรัพย์สินเหล่านี้เป็นของผู้อื่นซึ่งมิได้รู้เห็นเป็นใจด้วยในการกระทำความผิด ให้ทำการประเมินราคาทรัพย์สินตามกฎหมายว่าด้วยการประเมินราคาทรัพย์สินและคำนวณรวมไปในอัตราค่าปรับ</u>

[396] มาตรา 160 ตรี แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพิ่มโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550

[397] มาตรา 160 ตรี วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพิ่มโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565

[398] มาตรา 160 ตรี/3 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพิ่มโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565

		ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับผู้กระทำความผิดที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีในวันที่กระทำความผิดครั้งหลัง
– มาตรา 160 ตรี/4	ไม่มี	ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 160 ตรี หรือมาตรา 160 ตรี/1 หรือมาตรา 160 ตรี/2 หรือมาตรา 160 ตรี/3 และมีระดับแอลกอฮอล์หรือสารอื่นที่สามารถเทียบเคียงระดับความเข้มข้นได้จากแอลกอฮอล์เกินกว่าหนึ่งร้อยมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ให้คำนวณอัตราค่าปรับตามสัดส่วน ส่วนโดยเทียบระดับแอลกอฮอล์หนึ่งร้อยมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในเลือดเท่ากับจำนวนเงินหนึ่งเท่าของอัตราค่าปรับ หากการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง ผู้กระทำความผิดมีรายได้ต่อเดือนเกินกว่าอัตราค่าปรับที่คำนวณได้ ให้คำนวณอัตราค่าปรับโดยใช้ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนคูณด้วยระดับแอลกอฮอล์เมื่อปรับตามสัดส่วนแล้ว
– มาตรา 162	ในคดีที่ผู้ขับขี่ต้องคำพิพากษาว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอันเกี่ยวกับรถนั้น ๆ นอกจากจะได้รับโทษสำหรับการกระทำดังกล่าวแล้ว ถ้าศาลเห็นว่าหากให้ผู้นั้นขับรถต่อไปอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ให้ศาลมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นได้ ในกรณีที่ศาลเห็นว่า พฤติกรรมของผู้กระทำผิดตามวรรคหนึ่งยังอยู่ในวิสัยที่	ในคดีที่ผู้ขับขี่ต้องคำพิพากษาว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอันเกี่ยวกับรถนั้น ๆ นอกจากจะได้รับโทษสำหรับการกระทำดังกล่าวแล้ว ถ้าศาลเห็นว่าหากให้ผู้นั้นขับรถต่อไปอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ให้ศาลมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นได้ ในกรณีที่ศาลเห็นว่า พฤติกรรมของผู้กระทำผิดตามวรรคหนึ่งยังอยู่ในวิสัยที่

จะแก้ไขฟื้นฟูได้ ศาลอาจมีคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นและให้ผู้นั้นทำงานบริการสังคมหรือทำงานสาธารณประโยชน์ภายใต้เงื่อนไขและระยะเวลาที่ศาลกำหนด โดยให้อยู่ในความดูแลของพนักงานคุมประพฤติ เจ้าหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์การซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริการสังคม การกุศลสาธารณะ หรือสาธารณประโยชน์ที่ยินยอมรับดูแลด้วยก็ได้ และถ้าความปรากฏในภายหลังว่าผู้กระทำผิดดังกล่าวไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ให้ศาลมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นตามวรรคหนึ่ง

ผู้ใดขับขี่รถในระหว่างที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ตามคำสั่งของศาล ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีและปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท[399]

จะแก้ไขฟื้นฟูได้ ศาลอาจมีคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นและให้ผู้นั้นทำงานบริการสังคมหรือทำงานสาธารณประโยชน์ภายใต้เงื่อนไขและระยะเวลาที่ศาลกำหนด <u>และเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่เป็นระยะเวลาหนึ่งปีสำหรับผู้กระทำความผิดครั้งแรก และสองปีสำหรับผู้กระทำความผิดซ้ำ กรณีเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนมาตรา 43 (2) ให้ผู้นั้นถูกควบคุมด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในระหว่างกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ด้วย</u> โดยให้อยู่ในความดูแลของพนักงานคุมประพฤติ เจ้าหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์การซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริการสังคม การกุศลสาธารณะ หรือสาธารณประโยชน์ที่ยินยอมรับดูแลด้วยก็ได้ และถ้าความปรากฏในภายหลังว่าผู้กระทำผิดดังกล่าวไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ให้ศาลมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นตามวรรคหนึ่ง

ผู้ใดขับขี่รถในระหว่างที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ตามคำสั่งของศาล ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีและปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท

---

[399] มาตรา 162 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพิ่มโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550

กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

– ข้อ 6	ในกรณีที่ผลการทดสอบปรากฏว่าผู้ขับขี่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเมาสุรา (1) ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ขับขี่ในกรณีดังต่อไปนี้ (ก) ผู้ขับขี่ซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี (ข) ผู้ขับขี่ซึ่งได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ (ค) ผู้ขับขี่ซึ่งมีใบอนุญาตขับขี่สำหรับรถประเภทอื่นที่ใช้แทนกันไม่ได้ (ง) ผู้ขับขี่ซึ่งไม่มีใบอนุญาตขับขี่ หรืออยู่ระหว่างถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ (2) ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ขับขี่ซึ่งมิใช่ผู้ขับขี่ตาม (1)[400]	ในกรณีที่ผลการทดสอบปรากฏว่าผู้ขับขี่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเมาสุรา (1) ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ขับขี่ในกรณีดังต่อไปนี้ (ก) ผู้ขับขี่ซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี (ข) ผู้ขับขี่ซึ่งได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ (ค) ผู้ขับขี่ซึ่งมีใบอนุญาตขับขี่สำหรับรถประเภทอื่นที่ใช้แทนกันไม่ได้ (ง) ผู้ขับขี่ซึ่งไม่มีใบอนุญาตขับขี่ หรืออยู่ระหว่างถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ <u>(จ) ผู้ขับขี่ซึ่งขับขี่รถสาธารณะ รถขนส่ง หรือรถอื่นใดที่ไม่ใช่รถส่วนบุคคล</u> (2) ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ขับขี่ซึ่งมิใช่ผู้ขับขี่ตาม (1)
– ข้อ 7	ในการตรวจวัดจากลมหายใจหรือปัสสาวะ ให้เทียบผลการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ ในร่างกายที่ได้รับจากเครื่องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยการเป่าลมหายใจหรือผลทดสอบทางเคมีจากการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในตัวอย่างปัสสาวะ แล้วแต่กรณี โดยใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ดังต่อไปนี้	ในการตรวจวัดจากลมหายใจหรือปัสสาวะ ให้เทียบผลการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ ในร่างกายที่ได้รับจากเครื่องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดโดยการเป่าลมหายใจหรือผลทดสอบทางเคมีจากการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในตัวอย่างปัสสาวะ แล้วแต่กรณี โดยใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ดังต่อไปนี้

[400] ข้อ 6 แห่งกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

	(1) กรณีตรวจวัดจากลมหายใจ ให้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงค่าเท่ากับ 2,000 (2) กรณีตรวจวัดจากปัสสาวะ ให้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงค่าเท่ากับเศษ 1 ส่วน 1.3[401]	(1) กรณีตรวจวัดจากลมหายใจ ให้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงค่าเท่ากับ 2,000 (2) กรณีตรวจวัดจากปัสสาวะ ให้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการแปลงค่าเท่ากับเศษ 1 ส่วน 1.3 (3) กรณีตรวจวัดสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) จากเลือด ให้เทียบความเข้มข้นสาร THC ในเลือด 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร เท่ากับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือด 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
– ข้อ 8	ไม่มี	ห้ามมิให้คำนวณระดับแอลกอฮอล์ย้อนกลับไป ณ เวลาที่เกิดเหตุ หากตรวจพบแอลกอฮอล์ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
– ข้อ 9	ไม่มี	วิธีการทดสอบทุกชนิดให้ดำเนินการทดสอบโดยใช้เครื่องตรวจวัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน และมีการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี โดยองค์กรที่ได้รับการรับรองคุณภาพระดับชาติ

หมายเหตุ: ข้อความที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง ข้อความที่มีการปรับแก้หรือเพิ่มเติมให้แตกต่างจากกฎหมายในปัจจุบัน

ที่มา: ผู้วิจัย

[401] ข้อ 7 แห่งกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567

3. นโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาอาเซียน

เนื่องจากประเทศไทยเป็นหนึ่งในรัฐสมาชิกผู้ก่อตั้งประชาคมอาเซียน จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางความปลอดภัยทางถนนของภูมิภาค ดังนั้นการดำเนินนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยจึงควรสอดคล้องกับแนวทางของอาเซียน โดยมีข้อเสนอแนะสำหรับอาเซียนดังนี้

ประการที่ 1 นโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาอาเซียน ควรได้มีการกำหนดหน่วยงานหลักผู้รับผิดชอบการบังคับใช้นโยบายในแต่ละประเทศโดยมีองค์กรกลางของอาเซียนเป็นผู้ประสานงาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การให้คำแนะนำการใช้แนวคิดระดับสากลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน ส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านความปลอดภัยทางถนน การรณรงค์การขับขี่ปลอดภัย ขยายนโยบายให้ครอบคลุมการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ สนับสนุนบริการขนส่งสาธารณะ ส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการยุติธรรมทั้งในขั้นตอนการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ การสอบสวน การพิจารณาคดี กระบวนการหลังการพิจารณาคดี การคุมประพฤติ และกระบวนการยุติธรรมทางเลือก รวมถึงการปรับตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานให้มีความชัดเจนแต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ และการพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนนโยบายและการส่งต่อข้อมูลร่วมกันในระดับอาเซียน

ประการที่ 2 มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยเพื่อการพัฒนาอาเซียน เมื่อพิจารณาจากแนวทางการพัฒนากฎหมายของประเทศไทยแล้วพบว่า สามารถนำมาต่อยอดเพื่อการพัฒนาอาเซียนได้โดยการแนะนำรัฐสมาชิกให้จัดทำแบบทดสอบภาคสนามเพื่อใช้ในการประเมินความบกพร่องของผู้ขับขี่ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การแนะนำระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับการขับขี่โดยเฉพาะระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การแนะนำการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ทั้งระยะเวลาการควบคุมตัวที่เหมาะสมและวิธีการตรวจที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุด การแนะนำการปรับบทลงโทษโดยคำนึงถึงรายได้ต่อเดือนและระดับสารในร่างกายของผู้ขับขี่ การสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมทางเลือก เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ และการควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ด้วยเทคโนโลยียานยนต์สมัยใหม่ในช่วงระยะเวลาคุมประพฤติ และการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลการกระทำผิดกฎจราจรภายในภูมิภาคเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในอาเซียนอย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาวิจัยนโยบายและกฎหมายของอาเซียน

หลักการพื้นฐานและนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน

ในปี ค.ศ. 2011 มีการประมาณการตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในอาเซียนว่าอาจมีจำนวนมากกว่า 75,000 คน ดังนั้นการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยทางถนนในอาเซียนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งไม่เพียงแต่มีความสำคัญต่อสวัสดิภาพและผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของประชากรในประเทศสมาชิกเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติในการสร้างทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนและการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน[402] ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนนผ่านการประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน ค.ศ. 2015 ในการประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียนครั้งที่ 21 (The 21st ASEAN Transport Ministers Meeting) โดยเป็นการปรับตามรายงานสถานะด้านความปลอดภัยทางถนนโลก (Global Status Report on Road Safety) ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2015 ร่วมกับข้อมูลทางสถิติจากประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศ[403]

ในส่วนของนโยบายการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) คือ การให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการปฏิบัติตามห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ขององค์การสหประชาชาติ ได้แก่ 1) การจัดการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Management) 2) ยานพาหนะที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Vehicles) 3) ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Users) 4) การตอบสนองหลังการชน (Post-Crash Response) และ 5) สภาพแวดล้อมทางถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Environments)[404]

จากรายงานของคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific - ESCAP) ในปี ค.ศ. 2019 พบว่าภาพรวมนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิกอาเซียน ประกอบด้วยการจัดตั้งหน่วยงานหลัก[405]

---

[402] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), p. 1.

[403] Ibid, pp. 1-2.

[404] Ibid, pp. 35-41.

[405] ESCAP, **Road Safety in the Asia-Pacific Region** (Bangkok: United Nations Publication, 2019) pp. 50-51.

การจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนนโยบายเพื่อความปลอดภัยทางถนน[406] การตั้งเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร[407] รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายในฐานความผิดสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกจากแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีประเทศที่ตอบรับนโยบายดังกล่าวได้แก่ กัมพูชา อินโดนีเซีย เมียนมา ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม และติมอร์-เลสเต ส่วนลาว และมาเลเซีย แต่ยังไม่มีรายงานความสำเร็จในเรื่องดังกล่าว[408] ในขณะเดียวกันหากพิจารณาความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ มีเพียงสามประเทศที่ได้รับการรับรอง ได้แก่ อินโดนีเซีย สิงคโปร์ และเวียดนาม[409]

เมื่อพิจารณานโยบายของประเทศสมาชิกแต่ละประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทพบว่ามีลักษณะสำคัญดังนี้

ประเทศบรูไนดารุสซาลามมีนโยบายความปลอดภัยทางถนนซึ่งบังคับใช้ในปัจจุบันของประเทศบรูไนดารุสซาลาม คือ แผนกลยุทธ์ความปลอดภัยทางถนนแห่งบรูไนดารุสซาลาม ค.ศ. 2025 (The Brunei Darussalam Road Safety Strategic Plan 2025) ซึ่งมีต้นแบบมาจากนโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) ของประเทศสวีเดน โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ สภาความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติบรูไนดารุสซาลาม (National Road Safety Council Brunei Darussalam)[410]

ประเทศกัมพูชา ได้ร่วมกับองค์กรนานาชาติจำนวน 3 หน่วยงาน ได้แก่ 1) หอสังเกตการณ์ความปลอดภัยทางถนนแห่งเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Road Safety Observatory - APRSO), 2) ธนาคารโลก (World Bank) และ 3) เวทีการขนส่งระหว่างประเทศ (International Transport Forum - ITF) ในการรวบรวมฐานข้อมูลอุบัติเหตุจราจรและจัดทำระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและผู้ประสบภัย (Road Crash and Victim Information System - RCVIS) โดยมีเลขาธิการใหญ่แห่งคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ (National Road Safety Committee - NRSC) ทำ

---

[406] Ibid, pp. 50-51.

[407] Ibid, pp. 50-51.

[408] Ibid, pp. 58-59.

[409] ESCAP, **Road Safety in the Asia-Pacific Region** (Bangkok: United Nations Publication, 2019) pp. 60-61.

[410] National Road Safety Council Brunei Darussalam, **The Brunei Darussalam Road Safety Strategic Plan 2025,** Ministry of Transport and Infocommunications Brunei Darussalam, ค้นวันที่ 17 ตุลาคม 2566 จาก https://www.mtic.gov.bn/Documents/mkkjr2025/MKKJR_Brunei%20Road%20Safety%20Book_Final_Spreads.ind.pdf.

หน้าที่บริหารจัดการระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและผู้ประสบภัย (Road Crash and Victim Information System - RCVIS)[411]

จุดแข็งของการรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุจราจรในกัมพูชา คือ การมีองค์กรที่ชัดเจนในการชี้นำนโยบายความปลอดภัยทางถนน ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานหลักของประเทศทำให้มีการตรวจสอบข้อมูลในเบื้องต้นและคัดกรองข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนออกไปได้ง่าย[412] อย่างไรก็ตามจากรายงานในปี ค.ศ. 2019 มีการคาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของประชาชนในกัมพูชา คือ 5.4 รายต่อวัน ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตภายในประเทศโดยเป็นผลมาจากการเพิ่มจำนวนยานพาหนะ โครงสร้างพื้นฐานทางถนนที่ไม่มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการขับขี่ ด้วยเหตุนี้ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme – UNDP) จึงมีข้อแนะนำสำหรับกัมพูชาในเรื่องการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนน กล่าวคือ การดำเนินการตามนโยบายควรมุ่งเน้นไปที่การลดจำนวนผู้เสียชีวิต ควรแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้ขับขี่โดยเฉพาะการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาเสพติด การขับรถเร็ว การใช้โทรศัพท์ การฝ่าฝืนกฎจราจร การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และควรดำเนินการรณรงค์ด้านความปลอดภัยทางถนนร่วมกับมาตรการควบคุมพฤติกรรมผู้ขับขี่ ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย การให้การศึกษา หรือการฝึกอบรม[413]

ประเทศอินโดนีเซียได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน คือ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ ค.ศ. 2011-2025 (Rencana Umum Nasional Keselamatan Jalan 2011-2035 หรือ National Road Safety Master Plan 2011-2035 หรือ NRSMP) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 23 แห่งกฎหมายฉบับที่ 22 ค.ศ. 2009 ว่าด้วยการจราจรทางถนนและการขนส่ง (Law no. 22 Year 2009 on Road Traffic and Transportation) กำหนดให้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติเป็นแผนแม่บทระยะยาว 25 ปี วิสัยทัศน์ของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ ค.ศ. 2011-2025 คือ ความปลอดภัยทางถนนที่ดีที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Best Road Safety in Southeast Asia by Strengthening Coordination) การกำหนดกลยุทธ์ในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ ค.ศ. 2011-2025 ยึดตามกรอบแนวทางห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ของ

---

[411] Wendy Weijermars, Véronique Feypell, Veronica Raffo, Alina Burlacu, และ Mirick Paala, **Road Safety Data Review in Cambodia. Summary Note** (Washington, DC: World Bank, 2021) p. 4.

[412] Ibid, p. 7.

[413] United Nations Development Programme (UNDP), **Road Traffic Accidents in Cambodia,** United Nations Development Programme, ค้นวันที่ 19 ตุลาคม 2566 จาก https://www.undp.org/cambodia/publications/road-traffic-accidents-cambodia.

องค์การสหประชาชาติ มีการกำหนดเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพล คือ การบังคับใช้กฎหมายเพื่อต่อต้านการเมาแล้วขับ และกำหนดตัวชี้วัด คือ การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับได้ร้อยละ 90 ภายใน 5 ปี[414]

ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหจุจราจรลดลงจาก 183 ราย หรือคิดเป็น 3.67 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี ค.ศ. 2009 มาเป็น 124 ราย หรือคิดเป็น 2.2 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี ค.ศ. 2018[415] ส่งผลให้มาตราการความปลอดภัยทางถนนของประเทศสิงคโปร์ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีมากในระดับโลก หลักการสำคัญในการกำหนดกลยุทธ์ด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศสิงคโปร์ คือ การจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการขับขี่ปลอดภัย ซึ่งรับผิดชอบโดยองค์กรตำรวจจราจรสิงคโปร์ (Singapore Traffic Police) และมีหน่วยงานที่เข้ามามีบทบาทในการจัดการฝึกอบรม คือ สำนักงานเลขาธิการเพื่อความมั่นคงแห่งชาติ (National Security Coordination Secretariat)[416]

นอกจากนี้ยังมีมาตรการสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ นโยบายนำเข้ายานพาหนะที่เข้มงวด ระบบกำหนดโควตายานพาหนะที่เข้มงวดเพื่อการควบคุมจำนวนยานพาหนะบนท้องถนน การตรวจสอบความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Audit) ซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ภายใต้ชื่อ โครงการบทวิจารณ์ด้านความปลอดภัย (Project Safety Reviews - PSR) การใช้กล้องตรวจจับความเร็ว (Speed Camera) การจัดการความเร็วโดยการแบ่งเขตพิเศษ (Special Zones) ออกเป็น 2 เขต คือ เขตสีเงิน (Silver Zones) ควบคุมความเร็วไม่เกิน 40 กิโลเมตรต่อชั่วโมงเมื่อโอกาสอำนวย และเขตโรงเรียน (School Zones) ควบคุมความเร็วไม่เกิน 40 กิโลเมตรต่อชั่วโมงทุกช่วงเวลา และการติดตั้งระบบกล้องตรวจจับรถที่ฝ่าฝืนสัญญาณจราจร (Red-Light Camera (RLC) System) แม้ว่าสิงคโปร์จะมีระบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ดีแต่ในปี ค.ศ. 2018 มีรายงานอุบัติเหตุของคนเดินเท้าในสิงคโปร์ 1,036 ครั้ง โดยร้อยละ 25 เป็นผู้สูงอายุ (คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของคนเดินเท้าที่เสียชีวิตทั้งหมด) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงสร้างพื้นฐานบางประการสำหรับคนเดินเท้ายังเป็นสิ่งที่รอการปรับปรุงอยู่[417]

---

[414] Republic of Indonesia, **National Road Safety Master Plan 2011 – 2035,** Keselamatanjalan , ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2566 จาก https://keselamatanjalan.files.wordpress.com/2016/10/runk-english.pdf.

[415] World Bank, **A Brief Overview of the Road Safety Approach in Singapore** (Washington, DC: World Bank Publications, 2019) p. 16.

[416] Ibid, pp. 7-8.

[417] Ibid, pp. 7-8.

สำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในด้านความปลอดภัยทางถนนนั้นสิงคโปร์กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเข้าร่วมอบรม คือ ผู้ใช้รถถนนทั้งหมดรวมถึงคนเดินเท้าและคนขี่จักรยาน โดยมีศูนย์อบรมการขับขี่ภายในประเทศจำนวน 3 แห่ง ทำหน้าที่อบรมผู้ขับขี่ใหม่และผู้ขับขี่ที่ถูกพักใช้ใบอนุญาต ซึ่งมีการจัดอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติรวมถึงการฝึกกับเครื่องจำลองการขับขี่ นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลายหลายเพื่อรณรงค์ความปลอดภัยทางถนนไม่ว่าจะเป็นทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ การโฆษณาในโรงภาพยนตร์ รถโดยสารประจำทางและรถแท็กซี่ อินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงสื่อสาธารณะอื่น ๆ[418]

ประเทศมาเลเซีย ได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งมาเลเซียอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2010 (Malaysia Road Safety Plan 2006-2010 - MRSP) โดยยึดหลักการ 4E ได้แก่ การศึกษา (Education) การบังคับใช้ (Enforcement) วิศวกรรม (Engineer) และสิ่งแวดล้อม (Environment) อย่างไรก็ตามผลการปฏิบัติงานยังคงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้[419] แต่ต่อมาได้มีการประกาศใช้แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งมาเลเซีย ค.ศ. 2014-2020 (Malaysia Road Safety Plan 2014-2020) พบว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 7,152 ราย ในปี ค.ศ. 2016 เหลือเพียง 4,634 ราย ในปี ค.ศ. 2020 โดยสาเหตุ 3 อันดับแรกของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมาจากรถจักรยานยนต์ การโดยสารรถยนต์ และการเสียชีวิตของคนเดินเท้าตามลำดับ[420] แสดงให้เห็นว่ามาเลเซียค่อนข้างประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน โดยปัจจัยหลักเป็นผลมาจากการนำห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ขององค์การสหประชาชาติมาปรับใช้[421] โดยมาเลเซียได้ทำการปรับเพิ่มเป็น 7 กลยุทธ์ ได้แก่

กลยุทธ์ที่ 1 เป้าหมายการลดความเร็วของยานพาหนะ (Vehicle Speed Reduction Target) ผลลัพธ์การดำเนินการ คือ จำนวนผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการขับขี่ด้วยความเร็ว ลดลงจาก 475 ราย ในปี ค.ศ. 2017 เหลือ 323 ราย ในปี ค.ศ. 2019

กลยุทธ์ที่ 2 การลดความเสี่ยงของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสาร (Risk Reduction to Motorcycle Riders and Passengers) มีการนำโปรแกรมต่าง ๆ ไปใช้เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของกลยุทธ์ เช่น การบังคับใช้กฎหมายจราจรแบบบูรณาการ โครงการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนหมวกนิรภัย แผนกความปลอดภัย (JKJR) การให้ความรู้ความปลอดภัยทางถนนในโรงเรียน โปรแกรมความ

---

[418] Ibid, pp. 20-21.

[419] Ministry of Transport (MOT), **Malaysia Road Safety Plan 2022-2030** (Ministry of Transport Malaysia: Putrajaya, 2022) p. 12.

[420] Ibid, pp. 9, 12.

[421] Ibid, pp. 13.

ปลอดภัยทางถนนสำหรับนายจ้างและลูกจ้าง โปรแกรมเพิ่มการมองเห็นของผู้ใช้ถนน และการสร้างช่องจราจรสำหรับรถจักรยานยนต์และไหล่ถนน

กลยุทธ์ที่ 3 การลดความเสี่ยงของคนเดินเท้า (Risk Reduction to Pedestrians)

กลยุทธ์ที่ 4 การลดการฝ่าสัญญาณไฟจราจร (Reduction of Red Light Violations)

กลยุทธ์ที่ 5 การปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัยของยานพาหนะ (Improvement of Vehicle Safety Standards)

กลยุทธ์ที่ 6 การลดความเสี่ยงของผู้ขับขี่รถยนต์และผู้โดยสาร (Risk Reduction to Car Drivers and Passengers) เช่น การควบคุมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ การคาดเข็มขัดนิรภัย การจัดเบาะนั่งสำหรับเด็ก การจัดโปรแกรมการศึกษาและความตระหนักรู้ของสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และระบบการลงโทษแบบหักคะแนน (Demerit Points System) ที่เรียกว่า “KEJARA”

กลยุทธ์ที่ 7 การปรับปรุงการตอบสนองฉุกเฉิน (Improvement in Emergency Response)[422]

สำหรับแผนแม่บทฉบับปัจจุบันเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนของประเทศมาเลเซีย คือ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งมาเลเซีย ค.ศ. 2022-2030 (Malaysia Road Safety Plan 2022-2030) กำหนดวิสัยทัศน์ในการเป็นประเทศที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นศูนย์ (Malaysia, A Country with Zero Road Fatality) เช่นเดียวกับประเทศสวีเดน นิวซีแลนด์ และเนเธอร์แลนด์ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน[423] การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะตามความเร่งด่วนของพื้นที่ โดยกำหนดช่วงเวลาของแต่ละระยะ คือ 3 ปี[424] นอกจากนี้ยังมีการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลอ้างอิงตาม แผนสากลแห่งสหประชาชาติว่าด้วยทศวรรษแห่งการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2011-2020 (United Nations Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020) คือ การลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตซึ่งเกิดจากผู้ขับขี่ที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพยาเสพติดลงครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2030[425]

ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ ค.ศ. 2021-2030 และแผนปฏิบัติการ ค.ศ. 2021-2025 (2021-2030 National Road Safety Strategy and 2021-2025 Action

---

[422] Ibid, pp. 13-15.

[423] Ibid, pp. 16, 21.

[424] Ibid, p. 24.

[425] Ibid, p. 29.

Plan) โดยยึดหลักการดำเนินงานตามแผนสากลแห่งสหประชาชาติว่าด้วยทศวรรษแห่งการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2011-2020 (United Nations Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ในขณะเดียวกันมีข้อน่าสังเกตุว่าจำนวนรถยนต์ในลาวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ถึง 15 ทุกปี ส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุซึ่งนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงสุด 4 อันดับแรก คือ ผู้ขับขี่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ร้อยละ 26 ไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 16 ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดร้อยละ 12 และเมาแล้วขับร้อยละ 11

ด้วยเหตุนี้ลาวจึงกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับความปลอดภัยทางถนน คือ การลดอัตราการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตให้ได้ร้อยละ 70 ภายในปี ค.ศ. 2035 โดยมีหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่จัดการประชุมเพื่อกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนน คือ กระทรวงโยธาธิการและขนส่ง (Ministry of Public Works and Transport) และมีคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ (National Road Safety Committee) ทำหน้าที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบในการบริหารจัดการ ติดตาม ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกแก่องค์กรที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนน โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่อย่างเต็มที่ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดองค์กรและกิจกรรมของคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนน ที่. 61/NY (Decree on the Organization and Activities of the Road Safety Committee No. 61/NY) ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2022 ทั้งนี้สำนักเลขาธิการคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ (Secretariat of the National Road Safety Committee) เป็นหน่วยงานที่ประกอบไปด้วยผู้แทนจากกระทรวงโยธาธิการและขนส่ง (Ministry of Public Works and Transport) กระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Ministry of Public Security) กระทรวงศึกษาธิการและกีฬา (Ministry of Education and Sports) กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) กระทรวงวัฒนธรรมและการท่องเที่ยว (Ministry of Culture and Tourism) กระทรวงการคลัง (Ministry of Finance) สภากาชาดแห่งชาติลาว (Lao National Red Cross) สหพันธ์สหภาพแรงงานลาว (Lao Federation of Workers' Union) สหภาพสตรีลาว (Lao Women's Union) ศูนย์เยาวชนปฏิวัติประชาชนลาว (Lao People's Revolutionary Youth Center) และสมาคมผู้สนับสนุนความปลอดภัยทางถนน (Association of Road Safety Supporters) สำหรับการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลนั้น เนื่องจากการเมาแล้วขับถือเป็นสิ่งที่สามารถพบได้เป็นปกติในลาว ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนด

เป้าหมายภายในปี ค.ศ. 2025 คือ การตรวจจับผู้ขับขี่ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดให้มีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 0.1[426]

ประเทศเมียนมา มีรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนในปี ค.ศ. 2017 ของประเทศเมียนมา โดยข้อมูลจากกองทัพตำรวจเมียนมา (Myanmar Police Force) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2008 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมีเพียง 1,853 ราย และเพิ่มเป็น 4,688 ราย ในปี ค.ศ. 2016 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 15,000 ราย ในปี ค.ศ. 2025 แม้ว่าอัตราส่วนการตายจากอุบัติเหตุจราจรในปี ค.ศ. 2014 ดูเหมือนจะไม่สูงมาก คือ 8.4 รายต่อประชากร 100,000 คน แต่ยังมีข้อสังเกตหลายประการเกี่ยวกับสถิติการตายจากอุบัติเหตุจราจร เช่น การบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากไม่ได้รับการรายงานอย่างเป็นทางการ และมีความเป็นไปได้ว่าตัวเลขที่แท้จริงอาจสูงกว่าตัวเลขตามรายงานถึงสามเท่า นอกจากนี้ปริมาณยานพาหนะที่เพิ่มขึ้นจาก 2 ล้านคัน ในปี ค.ศ. 2008 เป็น 4.6 ล้านคัน ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งส่งผลให้อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก มีการคาดการณ์ความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากอุบัติเหตุจราจรว่ามีมูลค่า 800 ล้าน USD คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่บาดเจ็บและถูกรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร และร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ รถจักรยาน และคนเดินเท้า

แม้ว่าประเทศเมียนมาจะมีองค์กรที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนน คือ สภาความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ (National Road Safety Council) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากส่วนราชการระดับต่าง ๆ และมีการกำหนดแผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Action Plan)ก็ตาม แต่ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานขององค์กรดังกล่าว คือ ควรทำหน้าที่ในการประสานงานตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชนที่ให้ความสนใจต่อการลงทุนเพื่อส่งเสริมการขับขี่ปลอดภัย สำหรับข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้น เมียนมาควรปรับลดระดับความเข้มข้นสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ให้เป็นไปตามแนวทางสากล คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และควรจัดทำฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับการบันทึกสถิติการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการเมาแล้วขับ[427]

---

[426] International Road Assessment Programme (iRAP), **Lao PDR's 2030 Strategy targets 3-star or better,** International Road Assessment Programme, ค้นวันที่ 23 ตุลาคม 2566 จาก https://irap.org/2023/06/lao-pdrs-2030-strategy-targets-3-star-or-better/.

[427] Fédération Internationale de l'Automobile (FIA), **Road Safety in Myanmar. Recommendations of an Expert Mission invited by the Government of Myanmar and supported by the Suu Fo**

ประเทศฟิลิปปินส์มีแผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนฉบับล่าสุดของฟิลิปปินส์ คือ แผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนแห่งฟิลิปปินส์ ค.ศ. 2023-20281 (Philippine Road Safety Action plan 2023-2028) รับผิดชอบโดยกรมการขนส่ง (Department of Transportation) ซึ่งดำเนินการตามหลักห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ฟิลิปปินส์ตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 35 ภายในปี ค.ศ. 2028 อย่างไรก็ตามข้อมูลจากหน่วยงานสถิติแห่งฟิลิปปินส์ (Philippine Statistics Authority - PSA) ระบุว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในฟิลิปปินส์เพิ่มขึ้นร้อย 39 จากผู้เสียชีวิต 7,938 ราย ในปี ค.ศ. 2011 เป็น 11,096 รายในปี ค.ศ. 2021 การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรช่วงอายุ 15 ถึง 29 ปี คิดเป็นมูลค่าความเสียหายสูงถึงร้อยละ 2.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนฉบับใหม่จึงเป็นสิ่งท้าทายรัฐบาลฟิลิปปินส์ว่าจะสามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้มากน้อยเพียงใด สำหรับการดำเนินงานตามหลักห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) นั้นมีแนวทางดังนี้

เสาหลักที่ 1 การจัดการความปลอดภัยทางถนน - มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรมการขนส่ง ในฐานะหน่วยงานหลักด้านความปลอดภัยทางถนน การสร้างข้อมูลที่มีคุณภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการวิจัย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การส่งเสริมการขนส่งสาธารณะหลากหลายรูปแบบ การวางแผนการใช้ที่ดิน การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในโลกด้านความปลอดภัยทางถนนมาปรับใช้

เสาหลักที่ 2 ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น – มุ่งเน้นความปลอดภัยในการออกแบบโครงสร้างพื้นฐาน การก่อสร้าง การดำเนินงาน และการบำรุงรักษา โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการด้านความปลอดภัยและการสัญจรของผู้ใช้ถนนกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ขับรถขี่จักรยานยนต์ นักปั่นจักรยาน คนเดินเท้า เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ทุพพลภาพ

เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น – มุ่งเน้นการปรับปรุงระบบการลงทะเบียนยานพาหนะและการตรวจสอบยานพาหนะ การปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎระเบียบของยานพาหนะที่สอดคล้องกัน การจัดตั้งทีมตรวจสอบยานพาหนะ รวมถึงการวางกฎระเบียบสำหรับการใช้ยานพาหนะไฟฟ้าอย่างปลอดภัยภายใต้พระราชบัญญัติการพัฒนาอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า (Electric Vehicle Industry Development Act - EVIDA)

---

undation, Fédération Internationale de l'Automobile, ค้นวันที่ 24 ตุลาคม 2566 จาก https://www.fia.com/sites/default/files/myanmar_report.pdf.

เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น – มุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้ของสาธารณชนและการสนับสนุนความปลอดภัยทางถนน การให้ความสำคัญของสื่อและการสื่อสาร และการให้ความสำคัญของการบังคับใช้กฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนนที่เข้มงวดยิ่งขึ้น

เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ – มุ่งเน้นการปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้บาดเจ็บ และการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน[428]

ประเทศเวียดนามได้รับความช่วยเหลือจากธนาคารโลกในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนผ่านองค์กรหลักภายในประเทศ คือ คณะกรรมการความปลอดภัยการจราจรแห่งชาติ (National Traffic Safety Committee - NTSC) เพื่อจัดตั้งหอสังเกตการณ์ความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ (National Traffic Safety Observatory - NRSO) ซึ่งทำหน้าที่ปรับปรุงระบบข้อมูลความปลอดภัยทางถนน ปรับปรุงความปลอดภัยทางถนน และปรับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการสำหรับเวียดนามให้เป็นปัจจุบัน[429] ในปี ค.ศ. 2015 ซึ่งมีผลต่ออัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนโดย ในปี ค.ศ. 2018 NTSC รายงานว่ามีการเกิดอุบัติเหตุจราจรจำนวน 18,700 ครั้ง เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 8,200 ราย และบาดเจ็บจำนวน 14,800 ราย คิดเป็นค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างน้อย 22 รายต่อวัน และบาดเจ็บ 41 รายต่อวัน แม้ว่าจะมีข้อมูลอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาจาก 12,800 ราย ในปี ค.ศ. 2007 เป็น 8,200 ราย ในปี ค.ศ. 2018 แต่ข้อมูลดังกล่าวนี้อาจเกิดจากการรายงานสถิติที่น้อยเกินไป[430] ในปี ค.ศ. 2016 มีการคาดการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในเวียดนามสูงถึง 24,970 ราย คิดเป็น 26.4 รายต่อประชากร 100,000 คน[431] เวียดนามกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Strategy) ผ่านการประกาศใช้กฎหมาย 3 ฉบับ ได้แก่ 1) กฎหมายว่าด้วยองค์การภาครัฐ ค.ศ. 2015 (Law on Government Organization (2015)), 2) ข้อกำหนดสำนักเลขาธิการคณะกรรมการกลางพรรค ค.ศ. 2012 เลขที่ 18-CT/TW (Directive No. 18-CT/TW of the Secretariat of the Party's Central Committee (2012)) และ 3) มติที่ 12/NQ-CP ค.ศ. 2019 (Resolution No. 12/NQ-CP (2019)) เพื่อเสริมสร้างมาตรการประกันความสงบเรียบร้อยของ

---

[428] WHO, **Department of Transportation, World Health Organization launch Philippine Road Safety Action Plan 2023-2028,** World Health Organization, ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2566 จาก https://www.who.int/philippines/news/detail/31-05-2023-department-of-transportation--world-health-organization-launch-philippine-road-safety-action-plan-2023-2028.

[429] World Bank, **Road Safety Data Assessment in Viet Nam for the establishment of a National Road Safety Observatory** (Washington DC: World Bank Publications, 2021) p. 6.

[430] Ibid, pp. 13-14.

[431] Ibid, p. 16.

การจราจรในช่วงปี ค.ศ. 2019 ถึง ค.ศ. 2021 และนายกรัฐมนตรีได้เห็นชอบการประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติ เรื่อง ความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของการจราจรทางถนน (National Strategy on Road Traffic Order and Safety for 2021 – 2030) โดยมีวิสัยทัศน์ระยะยาวถึงปี ค.ศ. 2045 ลงวันที่ 12 ธันวาคม ค.ศ. 2020 และคำวินิจฉัย เลขที่ 2060/QD-TTg (Decision No. 2060/QD-TTg) ซึ่งเป็นการปรับตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ[432] สำหรับการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลนั้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรเวียดนามที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อปีเพิ่มจาก 4.7 ลิตรในปี ค.ศ. 2010 เป็น 8.3 ลิตรในปี ค.ศ. 2016 ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยในปี ค.ศ. 2016 มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์จำนวน 6,750 ราย[433] ปัญหาสำคัญของเวียดนาม คือ ในปัจจุบันยังไม่มีการจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพในเรื่องการทดสอบผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการนำมาออกแบบและพัฒนาวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหาการเมาแล้วขับ[434]

ประเทศไทยมีการประกาศใช้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว โดยมีการกล่าวถึงนโยบายการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไว้ในส่วนที่ 3 แผนย่อย แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (07) โครงสร้างพื้นฐานระบบโลจิสติกส์ และดิจิทัล โดยในแผนย่อย 3.1 โครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมและระบบโลจิสติกส์ ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านการพัฒนาโครงข่ายคมนาคมและระบบโลจิสติกส์[435]

ประเทศไทยเคยมีการทบทวนนโยบายและผลการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 ได้แก่ 1) ทศวรรษแห่งการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนนระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2573, 2) เป้าหมายโลกในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน, 3) หลักการพัฒนาที่ยั่งยืน 12 เป้าหมายโลกสำหรับการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน, 4) วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach), 5) การทบทวนปัจจัยความสำเร็จของต่างประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และสหราชอาณาจักร, 6) การวิเคราะห์แผนความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน, 7) การทบทวนสถานการณ์ความปลอดภัยทาง

---

[432] Ibid, pp. 17-18.

[433] Ibid, p. 19.

[434] Ibid, pp. 42, 152.

[435] สำนักนายกรัฐมนตรี, **แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม,** (กรุงเทพมหานคร: ราชกิจจานุเบกษา, 2566), หน้า 7-7.

ถนนของประเทศไทย, 8) การทบทวนการดำเนินงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564, 9) การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน และ 10) แนวคิดห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management)[436]

ปัจจุบันประเทศไทยมีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 สำหรับรายละเอียดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้นปรากฏอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 1 โดยมีเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ คือ การลดจำนวนผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บสาหัส ที่เป็นผู้ใช้รถใช้ถนน และการลดจำนวนผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บสาหัส ที่เป็นเด็กและเยาวชน สำหรับประเด็นการขับเคลื่อนสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงครึ่งแรกและช่วงครึ่งหลังของแผน โดยในช่วงครึ่งแรกของแผน (พ.ศ. 2565 – 2567) เป็นการมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนและสามารถลดอุบัติเหตุจราจรได้ทันที ได้แก่ 1) การเพิ่มการตรวจจับหรือจุดตั้งด่านตรวจ เพื่อตรวจจับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มแล้วขับ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ ไม่ใช้เบาะนิรภัยและที่นั่งพิเศษสำหรับเด็ก ใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอื่น และไม่มีใบอนุญาตขับรถ, 2) การกำกับดูแลผู้ขับขี่รถสาธารณะให้มีความพร้อมทางร่างกายก่อนและระหว่างการขับขี่ และ 3) การกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งต้น และเริ่มต้นการเก็บข้อมูลสำหรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ ได้แก่ การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยและการใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่[437] ส่วนในช่วงครึ่งหลังของแผน (พ.ศ. 2568 -2570) เป็นการมุ่งเน้นประเด็นที่มีความสำคัญในการลดอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาว ได้แก่ การพัฒนาและปรับปรุงทักษะของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะทักษะการคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ[438]

สำหรับหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก (ส่วนกลาง) ในการดำเนินงานแต่ละด้านของยุทธศาสตร์ที่ 1 มีดังนี้ 1) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ: รับผิดชอบการเพิ่มจุดตั้งด่านตรวจจับผู้ขับขี่ที่ดื่มแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอื่น ไม่มีใบอนุญาตขับรถ และการเพิ่มกล้องตรวจจับการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ 2) กระทรวงศึกษาธิการ: รับผิดชอบการพัฒนาหลักสูตรแกนกลางด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน การพัฒนาแนวทางการนำหลักสูตรไปใช้อย่างเหมาะสม เริ่มต้นดำเนินการในพื้นที่นวัตกรรมการศึกษานำร่อง (Education Sandbox) และสนับสนุนให้เครือข่ายเยาวชนเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวัง สะท้อนความเสี่ยง และ

---

[436] ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, **แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570, (**กรุงเทพมหานคร: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2566), หน้า 1-2.

[437] เรื่องเดียวกัน, หน้า 15.

[438] เรื่องเดียวกัน, หน้า 15.

ขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ 3) กรมการขนส่งทางบก: รับผิดชอบเก็บข้อมูลสถิติตั้งต้นและตลอดระยะของแผน พัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ให้ครอบคลุมทักษะคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และเพิ่มจุดพักรถสำหรับรถสาธารณะและรถบรรทุก, 4) กรมทางหลวง: รับผิดชอบการเพิ่มกล้องตรวจจับการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่, 5) กรมทางหลวงชนบท: รับผิดชอบการเพิ่มกล้องตรวจจับการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่, 6) กระทรวงคมนาคม: รับผิดชอบการเพิ่มจุดพักรถสำหรับรถสาธารณะและรถบรรทุกเช่นเดียวกับกรมการขนส่งทางบก, 7) กรมประชาสัมพันธ์: รับผิดชอบการประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักในเรื่องการดื่มแล้วขับ การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย และการใช้เบาะนั่งนิรภัยเด็กอย่างต่อเนื่อง, 8) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ: รับผิดชอบการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาครัฐและภาคเอกชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยการกำหนดข้อห้ามในการกระทำผิดกฎหมายจราจรเป็นมาตรการองค์กร, 9) ตัวแทนภาคเอกชน: รับผิดชอบการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาครัฐและภาคเอกชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยการกำหนดข้อห้ามในการกระทำผิดกฎหมายจราจรเป็นมาตรการองค์กร และ 10) กระทรวงสาธารณสุข: รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทุกประเภท นอกจากการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก (ส่วนกลาง) แล้ว ยังมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก (ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น) ผู้สนับสนุน (ส่วนกลาง) และผู้สนับสนุน (ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น) โดยหน่วยงานทั้งในระดับกระทรวง ระดับกรม ตลอดถึงหน่วยงานภายใต้กำกับของหน่วยงานระดับกรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาแต่ละด้านอย่างมีประสิทธิภาพ[439]

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์นั้นอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบโดยตรงของหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการขนส่งทางบก กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม แผนงานดังกล่าวยังขาดความชัดเจนสำหรับการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น

ในส่วนของแนวทางการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การติดตามประเมินผลทุกไตรมาส ช่วงครึ่งทางของแผน และเมื่อสิ้นสุดแผน: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ จากส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งต่อให้กับหน่วยงานระดับส่วนกลาง, 2) การปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดในช่วงครึ่งทางของแผน: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสถานการณ์, 3) การรายงานความก้าวหน้าของตัวชี้วัด: ต้องมีการรายงานให้

[439] เรื่องเดียวกัน, หน้า 16-18.

คณะรัฐมนตรีรับทราบอย่างน้อยในช่วงครึ่งทางของการดำเนินงาน หรือภายในปี พ.ศ. 2567 และรายงานต่อประชาชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง, 4) การเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล: ให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอแก่บุคลากรที่ดำเนินการรวบรวมและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และ 5) การติดตามและประเมินผล: ดำเนินการติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณของหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งหน่วยงานให้ทุน เช่น กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ว่ามีเพียงพอและมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยประเมินผลเป็นรายปี และนำผลการประเมินมาใช้ในการกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมกรณีที่งบประมาณไม่เพียงพอ[440]

ดังนั้นจากการศึกษานโยบายการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนพบว่าส่วนใหญ่เป็นการควบคุมอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนโยบายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดเด่น ดังนี้

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนมีสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานซึ่งประกาศใช้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ประเทศสมาชิกในการสร้างความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศของตนเอง ถือได้ว่าอาเซียนมีการกำหนดองค์กรผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนในการสร้างความรู้ความเข้าใจและประสานการดำเนินงานระหว่างประเทศสมาชิก

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาเซียนมีแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) โดยมีขั้นตอน คือ การนำข้อมูลทางสถิติจากประเทศสมาชิกร่วมกับรายงานสถานะด้านความปลอดภัยทางถนนโลก (Global Status Report on Road Safety) มาทำการหารือร่วมกันภายใต้การประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียนครั้งที่ 21 (The 21st ASEAN Transport Ministers Meeting) ร่วมกับการยึดหลักห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) และหลักผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Users) ขององค์การสหประชาชาติ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในเรื่องของการควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ ทำให้อาเซียนมีหลักการกำหนดนโยบายที่เป็นสากลสอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติ นอกจากนี้การดำเนินการทางด้านต่าง ๆ ของอาเซียนยังเชื่อมโยงกับกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) โดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันและ

---

[440] เรื่องเดียวกัน, หน้า 61-62.

ปราบปรามยาเสพติด ซึ่งมีส่วนช่วยในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประการที่ 3 สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาเซียนมีการรวบรวมสถิติความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มประเทศสมาชิก ซึ่งเป็นที่มาของการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยทางถนน โดยการประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ถือได้ว่าอาเซียนมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศสมาชิกยังคงมีอยู่ในอัตราสูง ไม่ว่าจะเป็นการอพยพของประชากรที่ขาดประสบการณ์ในการใช้ยานพาหนะและมีการศึกษาต่ำเข้ามาสู่เขตเมือง หรือปัญหาในเรื่องการจัดทำฐานข้อมูลรายได้ซึ่งส่งผลให้การกำหนดอัตราค่าปรับแบบแปรผันตามรายได้นั้นกระทำได้ยาก

นโยบายสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดด้อย ดังนี้

ประการที่ 1 ในกรณีของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เนื่องจากสำนักงานเลขาธิการอาเซียนเป็นองค์กรความร่วมมือในระดับภูมิภาคซึ่งไม่มีอำนาจในการควบคุมหรือกำหนดโทษแก่สมาชิกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องของการไม่สามารถปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ให้บรรลุผลสำเร็จได้ดีเท่าที่ควร หรือในการที่ประเทศสมาชิกเพิกเฉยต่อการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ของอาเซียน เช่นนี้อาเซียนจะไม่สามารถเข้าไปแทรกแซงหรือยับยั้งการกระทำใด ๆ ของประเทศสมาชิกได้

ประการที่ 2 สำหรับหลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาเซียนจะมีแนวทางให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามในเรื่องของมาตรการป้องกันและควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล กล่าวคือ อาเซียนมีการกำหนดเป้าหมายสำหรับประเทศสมาชิกเพื่อให้บรรลุตามหลักห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ขององค์การสหประชาชาติ แต่กลับไม่มีตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนสำหรับสถิติรวมของประเทศสมาชิก เช่น อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร หรือการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทนั้น ควรลดลงในอัตราเท่าใดต่อปี หรือควรมีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศที่ประสบผลสำเร็จในเรื่องดังกล่าวภายในปี ค.ศ. ใดนั้นยังคงเป็นเรื่องท้าทายของอาเซียนที่ต้องหาจุดเกาะเกี่ยวร่วมกัน

ประการที่ 3 สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาเซียนมีการรายงานสถิติอุบัติเหตุจราจรของประเทศสมาชิกและจัดแบ่งกลุ่มเพื่อช่วยใน

การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ แต่เนื่องจากการขาดความชัดเจนในเรื่องการกำหนดเป้าหมายตามแผนงานที่ระบุในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ทำให้การวัดผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก และส่งผลให้อาเซียนยังคงเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนสูงที่สุดในโลก โดยเป็นรองเพียงแค่ภูมิภาคแอฟริกาเท่านั้น นอกจากนี้การที่ประเทศสมาชิกบางส่วนโดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดเสถียรภาพทางการเมืองและเศรษฐกิจยังมีการรายงานข้อมูลอุบัติเหตุจราจรที่ไม่ครบถ้วน ทำให้ผลการรวบรวมสถิติในระดับภูมิภาคนั้นไม่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือได้ โดยคาดว่าสถิติการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอาจมีจำนวนสูงกว่าตัวเลขที่ระบุในรายงานเป็นอย่างมาก

นโยบายอาเซียนต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเปรียบเทียบกับหลักสากล

1. ความสอดคล้องของนโยบายอาเซียนและนโยบายขององค์กรระหว่างประเทศต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

อาเซียนมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนนผ่านการประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ค.ศ. 2015 โดยมุ่งเน้นให้แต่ละประเทศดำเนินการกำหนดแนวทางภายในของตนเองดังต่อไปนี้ 1) การบูรณาการมาตรฐาน กฎจราจร และกฎหมาย (Harmonisation of standards, road rules and legislation), 2) การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity building), 3) การพัฒนาองค์ความรู้ผ่านการวิจัยและประเมินผล (Knowledge development through research and evaluation) และ 4) การติดตามและรายงานความคืบหน้า (Monitoring and reporting progress)[441] ซึ่งเป็นแนวทางกว้าง ๆ ให้ประเทศสมาชิกอาเซียนปรับใช้ภายใต้กรอบดังกล่าวโดยไม่ระบุวิธีการ ดังนั้นวิธีการ และกฎหมายจึงขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศสมาชิก

ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) นั้น อาเซียนให้ความสำคัญต่อการให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการปฏิบัติตามห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management)

---

[441] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), pp. 5-6.

ขององค์การสหประชาชาติ และได้กำหนดเสาหลักสำหรับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน ดังนี้

1) การจัดการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Management) เช่น การใช้ระบบการจัดระดับดาว (Star Rating System) เพื่อวัดและติดตามประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยทางถนนของแต่ละประเทศและอาเซียน[442]

2) ถนนและการสัญจรที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Roads and Mobility) เช่น การส่งเสริมการประเมินความปลอดภัยทางถนนระดับสากล การส่งเสริมมาตรฐานความปลอดภัยในการก่อสร้างถนนใหม่ การสร้างช่องทางการเดินทางสำหรับคนเดินเท้า และการสร้างช่องทางเดินรถสำหรับรถจักรยานยนต์[443]

3) ยานพาหนะที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Vehicles) เช่น การส่งเสริมการจัดระดับความปลอดภัยในการชนของรถยนต์ การปรับปรุงความปลอดภัยของรถโดยสารและรถบรรทุก และการส่งเสริมการปรับปรุงความปลอดภัยของรถจักรยานยนต์[444]

4) ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Users) เช่น การอันดับผลงานของแต่ละประเทศตามปัจจัยเสี่ยงแต่ละด้าน ไม่ว่าจะเป็นการสวมหมวกนิรภัย การใช้เข็มขัดนิรภัย การใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็ก การเมาแล้วขับ และการขับรถเร็ว[445]

5) การตอบสนองหลังการชน (Post-Crash Response) เช่น การใช้หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินระดับชาติแบบสากลเพียงหมายเลขเดียว การส่งเสริมระบบรถพยาบาลทั่วประเทศ การพัฒนาระบบประกันอุบัติเหตุสำหรับการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน และการพัฒนาหลักสูตรที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการสำหรับฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลด้านการดูแลผู้บาดเจ็บ[446]

นโยบายข้างต้นของอาเซียนแม้ว่าจะเป็นการนำแนวปฏิบัติตามห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ขององค์การสหประชาชาติมาใช้ก็ตาม แต่ประเด็นการสร้างความปลอดภัยทางถนนในด้านการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทยังขาดความชัดเจน แม้ว่าประเทศสมาชิกของอาเซียนจะยอมรับใน

---

[442] Ibid, pp. 35-36.

[443] Ibid, pp. 37-38.

[444] Ibid, pp. 38-39.

[445] Ibid, pp. 39-40.

[446] Ibid, pp. 40-41.

หลักเกณฑ์ร่วมกันเกี่ยวกับการลงโทษผู้ขับขี่ฐานเมาแล้วขับ แต่ยังคงไม่ปรากฏรายละเอียดในด้านการป้องกันผู้ขับขี่จากยาฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น

เมื่อศึกษานโยบายถนนและความปลอดภัยในการขับขี่ขององค์การสหประชาชาติโดยละเอียด พบว่าองค์การสหประชาชาติได้ประกาศใช้คำสั่งบริหาร (Administrative Instruction) เรื่อง ถนนและความปลอดภัยในการขับขี่ ตามมาตรา 4.2 ของแถลงการณ์เลขาธิการ (Section 4.2 of Secretary-General's Bulletin ST/SGB/2009/4) เพื่อจัดการกับการใช้งานยานพาหนะที่เหมาะสมของสหประชาชาติทั่วโลก และเพื่อรับประกันความปลอดภัยทางถนนและการขับขี่ โดยมีเนื้อหาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งกำหนดว่าการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือสารที่ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการขับขี่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดเพราะการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารเหล่านี้ส่งผลเสียต่อสมรรถภาพการขับขี่หลายด้าน เช่น การตัดสินใจ การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน การประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ และการประเมินสถานการณ์ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ขับขี่เอง ผู้โดยสาร และบุคคลที่สามบนท้องถนน ดังนั้นจึงห้ามมิให้ผู้ขับขี่ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้กับองค์การสหประชาชาติทำการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แอลกอฮอล์ สารเคมี ยารักษาโรค และสารอื่นใดที่ส่งผลเสียต่อสมรรถนะในการขับขี่[447]

ผลของนโยบายดังกล่าวทำให้ประเทศต่าง ๆ ซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติเกิดความตื่นตัวในการเตรียมแผนการสำหรับการปรับปรุงกฎหมายและนโยบายเพื่อสนับสนุนความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศของตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมด้วยวิธีต่าง ๆ ทั้งการกำหนดขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพ (Limit of Detection – LoD) และการกำหนดขีดจำกัดของการวัดเชิงปริมาณ (Limit of Quantification – LoQ) ตลอดถึงการห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่และผู้โดยสารยานพาหนะขององค์การสหประชาชาติ แต่การดำเนินงานภายใต้แนวทางขององค์การสหประชาชาติสามารถใช้บังคับได้เฉพาะกับรัฐสมาชิกเท่านั้น รวมถึงการขาดมาตรการส่งเสริมหรือการอำนวยความสะดวกที่ชัดเจนแก่รัฐสมาชิกซึ่งขาดความพร้อมในการดำเนินงานตามแนวทางสากลจึงเท่ากับว่าการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนให้กับแต่ละประเทศอาจไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากผลลัพธ์ของการ

---

[447] United Nations Secretariat (UN Secretariat), **Road and driving safety** (New York: United Nations, May 2010), pp. 1-3.

ดำเนินงานเป็นผลมาจากการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายภายในของแต่ละประเทศเป็นสำคัญ

ดังนั้นหากอาเซียนต้องการยกระดับความปลอดภัยบนถนนและความปลอดภัยในการขับขี่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยบนท้องถนน จึงอาจต้องดำเนินการปรับปรุงนโยบายและกรอบกฎหมายสำหรับการสร้างความปลอดภัยทางถนนให้เหมาะสมกับบริบทของอาเซียน โดยการเพิ่มเติมรายละเอียดของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงวิธีการกำหนดมาตรฐานสำหรับการตรวจวัดเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารเหล่านั้น และการหารือร่วมกันระหว่างองค์กรระหว่างประเทศซึ่งดูแลรัฐสมาชิกในระดับภูมิภาค เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อันจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานที่ครอบคลุมและเป็นไปในแนวทางเดียวกันในระดับสากลของอาเซียน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการใช้ยาและความปลอดภัยทางถนนระหว่างนโยบายดังกล่าวของอาเซียนเปรียบเทียบกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก พบว่าองค์กรอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในเรื่องการใช้ยาและความปลอดภัยทางถนนโดยกำหนดกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ได้แก่

1) กฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด หรือกฎหมายความอดทนเป็นศูนย์ (Zero Tolerance Laws) หมายถึง การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่กฎหมายประกาศกำหนด ไม่ว่าจะมีปริมาณสารในร่างกายเพียงใดก็ตามถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย[448]

2) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ หรือกฎหมายความบกพร่อง (Impairment Laws) หมายถึง การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจะถือเป็นเรื่องผิดกฎหมายต่อเมื่อการใช้สารเหล่านั้นส่งผลให้ความสามารถในการขับขี่ลดลง[449]

---

[448] WHO, **Drug use and road safety: a policy brief** (Geneva: WHO Document Production Services, 2016), p. 5.

[449] Ibid, p. 5.

3) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ หรือกฎหมายความผิดในตัวเอง (Per se laws) หมายถึง การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจะถือเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ต่อเมื่อทำการขับขี่ในขณะที่มีระดับยาสูงเกินกว่าปริมาณสูงสุดที่กฎหมายกำหนด[450]

จะเห็นได้ว่านโยบายขององค์กรอนามัยโลกข้างต้นส่งผลให้รัฐสมาชิกต้องเตรียมแผนสำหรับการดำเนินการในอนาคตในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ คือ 1) การกำหนดความชุกของการใช้ยาเสพติดและการขับขี่ที่บกพร่องจากการเสพยาเสพติด จำนวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนอันเป็นผลมาจากการเสพยาเสพติด และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอันเป็นผลมาจากการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง, 2) การสร้างและบังคับใช้กฎหมายและระเบียบสำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การกำหนดระดับที่เหมาะสมของปริมาณยาในเลือดและ/หรือในน้ำลายตามหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) สำหรับยาบางชนิดจำเป็นต้องได้รับการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อระบุความสัมพันธ์ที่แม่นยำระหว่างระดับความเข้มข้น ระดับความบกพร่องของการรู้สติ และความเสี่ยงของการชน และ 3) การบูรณาการนโยบายด้านการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเข้ากับกรอบนโยบายด้านสาธารณสุขและยาเสพติด โดยกฎหมายและโปรแกรมควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลควรรวมอยู่ในกรอบนโยบายด้านยาเสพติดอย่างกว้างขวาง[451]

จะเห็นได้ว่านโยบายการใช้ยาและความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลกมีการกำหนดแนวทางการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่หลากหลาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้รัฐสมาชิกต้องเตรียมมาตรการเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดต่าง ๆ และสามารถนำมาพัฒนารายละเอียดเกี่ยวกับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันได้ ร่วมกับการหารือกับตัวแทนองค์กรแต่ละประเทศเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่สอดคล้องกันในระดับภูมิภาคต่อไป

2. แนวปฏิบัติตามนโยบาย

แม้ว่าอาเซียนจะมีการกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่กลับพบว่าประเทศสมาชิกส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะการควบคุมอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากนโยบายหลักของอาเซียนมีการกล่าวถึงเฉพาะการป้องกันการเมาแล้วขับ โดยไม่มีรายละเอียดในส่วนของการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิต

---

[450] Ibid, p. 5.

[451] Ibid, p. 11.

ประสาทชนิดอื่น ประกอบกับการขาดแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายที่ชัดเจนในระดับภูมิภาค ทำให้แต่ละประเทศมีแนวนโยบายในเรื่องดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน

เมื่อพิจารณาถึงแนวปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรสากล พบว่าองค์การอนามัยโลกใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับขี่ในด้านต่าง ๆ รวมถึงการคำนวณความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องมาจากการใช้ยาเหล่านั้น และเผื่อแพร่ข้อมูลป้อนกลับให้แก่ประเทศสมาชิก ร่วมกับการถอดบทเรียนวิธีการออกแบบนโยบาย กฎหมาย และมาตรการสนับสนุนของประเทศที่มีความตื่นตัวในการป้องกันปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพล[452] แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะไม่ใช่หน่วยงานระดับภูมิภาคที่มีอำนาจเหนือรัฐสมาชิก แต่สามารถชักจูงให้ประเทศต่าง ๆ ปฏิบัติตามแนวนโยบายที่กำหนดได้ โดยข้อพิจารณาที่สำคัญนอกเหนือจากการกำหนดนโยบาย คือ การสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้แต่ละประเทศนำไปกำหนดแนวทางภายในของตนเอง

ดังนั้นอาเซียนจึงควรได้มีการจัดทำรายงานอุบัติการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอันเนื่องมาจากการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร่วมกับข้อมูลอื่นที่มีความจำเป็น เช่น รูปแบบกฎหมายเพื่อการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล ผลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการขับขี่และกำลังแพร่ระบาดอยู่ในภูมิภาค และมาตรการสนับสนุนที่จำเป็นซึ่งแต่ละประเทศมีศักยภาพที่จะดำเนินการได้ตามสมควรแก่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ทิศทางการพัฒนานโยบายของอาเซียนต่อความปลอดภัยบนถนน

1. การจัดทำแผนแม่บท

อาเซียนมีหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่จัดทำแผนแม่บท คือ สำนักงานเลขาธิการอาเซียน ซึ่งได้กำหนด ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ไว้เป็นแนวทางแก่ประเทศสมาชิก โดยแต่ละประเทศมีการกำหนดรอบระยะเวลาการจัดทำแผนแม่บทที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามอาเซียนไม่มีรอบระยะเวลาการจัดทำแผนแม่บท ส่งผลให้การดำเนินงานขาดความแน่นอน ขาดการปรับปรุงข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเป็นจุดด้อยที่ชัดเจนของภูมิภาค จึงควรได้มีการหารือในเรื่องดังกล่าวระหว่างประเทศสมาชิก แม้ว่าจะมีการกำหนด แผนยุทธศาสตร์ด้านการขนส่งอาเซียน ค.ศ. 2016-2025 (ASEAN Transport Strategic Plan 2016-2025) แต่แผนงานดังกล่าวกลับไม่มีการระบุถึงแนวทางการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังพบว่า แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing

[452] Ibid, pp. 2, 3, 6, 7, 8.

Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) ไม่ได้มีการระบุถึงมาตรการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จึงเท่ากับว่าปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีแผนงานที่ชัดเจนในเรื่องดังกล่าว

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการจัดทำแผนแม่บทของสหภาพยุโรป พบว่าในเดือน พฤษภาคม ค.ศ. 2018 คณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) ได้เสนอโครงการยุโรปก้าวไปข้างหน้า (Europe on the Move) เพื่อเป็นแนวทางใหม่ในการดำเนินนโยบายความปลอดภัยทางถนนของสหภาพยุโรป ควบคู่ไปกับแผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ระยะกลาง ภายใต้กรอบนโยบายความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2021 – 2030 (Road Safety Policy Framework for 2021 – 2030) โดยได้กำหนดวิธีการแปลงนโยบายใหม่นี้ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อเป็นการประกาศว่าสหภาพยุโรปมีเป้าหมายระยะยาวในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ภายในปี ค.ศ. 2050 และมีเป้าหมายระยะกลางตามปฏิญญาวัลเลตตาว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2017 (2017 Valletta Declaration on Road Safety) โดยปฏิญญาดังกล่าวมีหลักการสำคัญ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมของรัฐสมาชิกจะร่วมกันลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 ระหว่างปี ค.ศ. 2020 ถึง ค.ศ. 2030 และลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสลงครึ่งหนึ่งในช่วงเวลาเดียวกัน ร่วมกับการปฏิบัติตามกรอบนโยบายความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2021 – 2030 ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการขับขี่ปลอดภัยโดยปราศจากการตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาเสพติด ภายใต้แนวคิด “วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย” (Safe System Approach)[453] ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ถนนปลอดภัย ความเร็วปลอดภัย รถยนต์ปลอดภัย และผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย[454]

นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังมีการจัดทำนโยบายลดการดื่มสุราและยาเสพติด ได้แก่ นโยบายด้านสุขภาพทั่วไปเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติดซึ่งส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในการขับขี่ เช่น นโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำและเพิ่มภาษีสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดกฎระเบียบด้านการตลาดที่เข้มงวด และการจำกัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับเด็กและเยาวชน โดยสหภาพยุโรปได้กำหนดยุทธศาสตร์ยาเสพติด ค.ศ. 2021-2025 (EU Drugs Strategy 2021-2025) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกในการนำไปปรับใช้

---

[453] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), pp. 23-24.

[454] GRSP, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner** (Geneva: Global Road Safety Partnership 2022), p. 2.

ภายในประเทศของตนเอง[455] ร่วมกับนโยบายปรับปรุงการขับขี่อย่างรับผิดชอบกับการใช้ยา ได้แก่ การกำหนดแนวทางและกฎระเบียบระดับชาติในการประเมินสมรรถภาพของบุคคลสำหรับการขับขี่โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การจัดหมวดหมู่ยาและการติดฉลากยาที่มีผลต่อความสามารถในการขับขี่ ร่วมกับสนับสนุนข้อมูลรณรงค์ส่งเสริมความตระหนักทางการแพทย์ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป และการพัฒนาและส่งเสริมเนื้อหาความรู้เพื่อช่วยให้ผู้ขับขี่สามารถประเมินสมรรถภาพของตนเองเพื่อตัดสินใจทำการขับขี่และหยุดการขับขี่หากจำเป็น[456]

จึงสรุปได้ว่าแม้อาเซียนจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาคโดยสำนักงานเลขาธิการอาเซียนเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ประเทศสมาชิก แต่ยังคงปรากฏจุดอ่อนสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาและปรับปรุงอย่างเร่งด่วน กล่าวคือ อาเซียนยังไม่มีการกำหนดรอบระยะเวลาที่แน่ชัดในการจัดทำแผนแม่บท ส่งผลให้การดำเนินงานขาดทิศทางที่ชัดเจนและขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปรับปรุงข้อมูลหรือมาตรการความปลอดภัยทางถนนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างทันท่วงที เมื่อเปรียบเทียบกับสหภาพยุโรปพบว่ามีการจัดทำแผนงานที่ครอบคลุมชัดเจน โดยการตั้งเป้าหมายระยะกลางและระยะยาวที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมุ่งลดจำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ภายในปี ค.ศ. 2050 และได้รับการรับรองโดยรัฐมนตรีจากประเทศสมาชิกอย่างเป็นเอกภาพ อีกทั้งยังวางกรอบยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และการป้องกันปัญหายาเสพติด ในทางกลับกันแผนยุทธศาสตร์ของอาเซียนทั้งในด้านการต่อต้านยาเสพติดและการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกลับไม่มีความเชื่องโยงถึงกันอย่างชัดเจน โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนนของอาเซียนกับสหภาพยุโรปสามารถสรุปได้ดังแสดงในตาราง 4 สำหรับอุปสรรคสำคัญของอาเซียน คือ ความแตกต่างของกฎหมายและนโยบายภายในประเทศ การขาดกลไกประสานงานระดับภูมิภาค และการขาดเป้าหมายร่วมกันในการวัดผลสำเร็จ ทั้งนี้หากอาเซียนสามารถจัดทำแผนแม่บทร่วมด้านความปลอดภัยทางถนนโดยอาศัยความร่วมมือเชิงรุกระหว่างประเทศสมาชิก โดยการบูรณาการประเด็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การควบคุมแอลกอฮอล์และยาเสพติด การประเมินสมรรถภาพผู้ขับขี่ และการจัดหมวดหมู่ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้องค์กรกลางหรือคณะทำงานเพื่อจัดการด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับภูมิภาค รวมถึงการขอรับ

---

[455] EC, **European Road Safety Observatory, Road safety thematic report – Alcohol, drugs and medicine** (Brussel: European Commission, Directorate General for Transport, 2021), p. 9.

[456] Ibid, p. 10.

งบประมาณสนับสนุนและข้อมูลสถิติจากประเทศสมาชิก หากมีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาซึ่งสามารถลดข้อจำกัดดังที่กล่าวมาแล้วได้

ตาราง 4 แสดงความแตกต่างของแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนอาเซียนและสหภาพยุโรป

ประเด็นพิจารณา	แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน	
	อาเซียน	**สหภาพยุโรป**
กรอบระยะเวลาการใช้งาน	ไม่มีรอบเวลาชัดเจน	มีรอบเวลาชัดเจน (10 ปี)
เป้าหมายร่วมระดับภูมิภาค	ไม่มีเป้าหมายชัดเจน	ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสให้เป็นศูนย์ภายในปี ค.ศ. 2050
การควบคุมแอลกอฮอล์และยาเสพติด	บูรณาการทุกนโยบายเข้าด้วยกัน	ขาดการเชื่อมโยงนโยบาย
การประเมินสมรรถภาพผู้ขับขี่	มีแนวทางชัดเจนระดับภูมิภาค	ขาดแนวทางร่วมระดับภูมิภาค
การจัดหมวดหมู่ยาที่มีผลต่อสมรรถภาพการขับขี่	มีแนวทางชัดเจนระดับภูมิภาค	ขาดแนวทางร่วมระดับภูมิภาค

ที่มา: ผู้วิจัย

2. การบังคับใช้นโยบาย

อาเซียนมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดตั้งองค์กรและลักษณะของ “วิถีอาเซียน” (ASEAN Ways) ที่แตกต่างจากสหภาพยุโรป ส่งผลให้การดำเนินงานของทั้งสองภูมิภาคมีลักษณะเฉพาะตัว โดยภูมิภาคอาเซียนได้รับอิทธิพลจากศาสนา วัฒนธรรม สังคม และการเมืองจากภูมิภาคอื่น ๆ ส่งผลให้ประชาชนในแต่ละประเทศมีแนวคิดและวิถีชีวิตที่หลากหลายแตกต่างกันอย่างชัดเจน อีกทั้งตามข้อเท็จจริงปรากฏว่ารัฐสมาชิกส่วนใหญ่เคยตกอยู่ภายใต้การปกครองของชาติตะวันตกในยุคล่าอาณานิคม จึงมีส่วนทำให้แต่ละประเทศเกิดความหวงแหนในอำนาจอธิปไตยอย่างลึกซึ้ง โดยหลีกเลี่ยงการแทรกแซงกิจการภายในของประเทศอื่น ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎระเบียบหรือข้อตกลงต่าง ๆ ซึ่งประกาศโดยอาเซียนนั้นไม่มีลักษณะบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตามและไม่มีบทลงโทษเมื่อเกิดการฝ่าฝืน

ในขณะที่ประเทศในทวีปยุโรปมีรากฐานทางประวัติศาสตร์ร่วมกัน ทั้งในด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในอดีตราชวงศ์ต่าง ๆ ของยุโรปมีความเกี่ยวโยงกันอย่างใกล้ชิดผ่านการอภิเษกสมรสและความร่วมมือทางการเมือง นำไปสู่การรวมกลุ่มและยกระดับความสัมพันธ์เป็นสถาบันเหนือรัฐชาติในปัจจุบัน ส่งผลให้วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งองค์กรของอาเซียนและสหภาพยุโรปมีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาสารัตถะของการจัดตั้งองค์กรในกฎบัตรอาเซียน พบว่าอาเซียนได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมสันติภาพและความร่วมมือภายในภูมิภาค[457] ดังนั้นอาเซียนมีหน้าที่เป็นองค์กรกลางเพื่อส่งเสริมเสถียรภาพและความร่วมมือทางด้านต่าง ๆ แก่ประเทศสมาชิก โดยไม่มีลักษณะเป็นการบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตาม ในขณะที่สหภาพยุโรปมีการกำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งไว้อย่างชัดเจนใน สนธิสัญญาว่าด้วยสหภาพยุโรป (Treaty on the European Union) คือ เพื่อส่งเสริมสันติภาพ คุณค่า และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน การจัดตั้งตลาดภายในของภูมิภาค การส่งเสริมเศรษฐกิจสังคม การส่งเสริมการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การต่อต้านการถูกกีดกันออกจากสังคมและการเลือกปฏิบัติ การสถาปนาสหภาพเศรษฐกิจ การใช้สกุลเงิน EUR รวมถึงความร่วมมือด้านอื่น ๆ[458]

นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังมีการประกาศใช้ สนธิสัญญาว่าด้วยการทำงานของสหภาพยุโรป (Treaty on the Functioning of the European Union -TFEU) ซึ่งกำหนดให้อำนาจพิเศษแก่สหภาพในการตราและประกาศใช้กฎหมายที่มีผลผูกพันแก่รัฐสมาชิก การประสานนโยบายเศรษฐกิจ การป้องกันประเทศร่วมกัน รวมถึงมีการกำหนดขอบเขตและรูปแบบการใช้อำนาจของสหภาพไว้ในสนธิสัญญาที่เกี่ยวข้องกับแต่ละด้านอีกด้วย[459] ดังเช่นการควบคุมในเรื่องการขนส่งและการจราจรของภูมิภาคซึ่งสามารถบังคับให้รัฐสมาชิกดำเนินการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและนโยบายด้านการคมนาคมร่วมกันได้[460] อาจกล่าวได้ว่าสหภาพยุโรปเป็นรูปแบบองค์กรที่มีอำนาจเหนือรัฐชาติ ในขณะที่อาเซียนเป็นเพียงองค์กรกลางที่ช่วยประสานความร่วมมือระหว่างรัฐสมาชิกเท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงหลักการดำเนินงานขององค์กร พบว่าอาเซียนได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกลไกระงับข้อพิพาทที่เหมาะสมด้วยวิธีอนุญาโตตุลาการ (Arbitration) ซึ่งได้รับการบัญญัติไว้ในกฎบัตรอาเซียน ข้อ 25[461] จึงเป็นที่มาของการลงนาม พิธีสารของกฎบัตรอาเซียนว่าด้วยกลไกระงับข้อพิพาท

---

[457] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 3.

[458] Article 3 Consolidated versions of the Treaty on European Union (EU)

[459] Article 2 Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

[460] Article 90 Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

[461] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 24.

(Protocol to the ASEAN Charter on Dispute Settlement Mechanisms - PDSM) ซึ่งกำหนดรูปแบบวิถีอาเซียน (ASEAN Ways) ในการแก้ปัญหาข้อพิพาทระหว่างรัฐ ให้เป็นไปในลักษณะของการปรึกษาหารือจากฝ่ายผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับประเด็นที่ก่อให้เกิดข้อพิพาท[462] โดยคู่กรณีสามารถขอให้ประธานอาเซียนหรือเลขาธิการอาเซียนช่วยแก้ไขข้อพิพาทโดย 1) ช่วยเป็นสื่อกลาง (Good Office), 2) การไกล่เกลี่ย (Mediation) และ 3) การประนีประนอม (Conciliation)[463] ในขณะที่ประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปสามารถใช้วิธีการจัดการข้อพิพาทโดยองค์กรระหว่างประเทศ เช่น การดูแลการบังคับใช้กฎหมายของสหภาพภายใต้การควบคุมของศาลยุติธรรมแห่งสหภาพยุโรปได้[464]

นอกจากนี้หากพิจารณาในด้านหลักการแก้ไขข้อพิพาทระหว่างรัฐสมาชิก ตามกฎบัตรอาเซียน ข้อ 20 พบว่าโดยพื้นฐานแล้วการตัดสินใจของอาเซียนต้องอยู่ภายใต้หลักการปรึกษาหารือ (Consultation) และหลักฉันทามติ (Consensus) แต่หากประเทศสมาชิกไม่ได้เห็นพ้องต้องกันจนทำให้ไม่สามารถใช้หลักฉันทามติได้ เช่นนี้อาจต้องนำประเด็นปัญหาบรรจุเข้าเป็นวาระในการประชุมสุดยอดอาเซียน (ASEAN Summit)[465] ซึ่งวิธีการดังกล่าวไม่ใช่ระบบการลงคะแนนโดยใช้เสียงข้างมากเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการขัดแย้งกันในระหว่างประเทศสมาชิก แต่ต้องการให้เกิดความเห็นร่วมกัน ซึ่งแตกต่างจากสหภาพยุโรปที่มีการระบุในเรื่องการใช้เสียงข้างมาก กล่าวคือ เมื่อจำเป็นต้องลงมติด้วยเสียงข้างมากทั่วไป (Simple Majority) คณะมนตรียุโรปสามารถตัดสินได้โดยใช้เสียงข้างมากจากสมาชิกที่มีอยู่[466] รวมถึงมีการยอมรับหลัก “คะแนนเสียงข้างมากพิเศษ” (Qualified Majority) โดยให้ถือว่าเป็นการเห็นชอบมติเมื่อรัฐสมาชิกจำนวนอย่างน้อยร้อยละ 72 หรือตัวแทนของประชากรอย่างน้อยร้อยละ 65 ของประชากรทั้งสหภาพยุโรปให้การรับรอง[467] กรณีที่ไม่ได้มีรัฐสมาชิกเข้าร่วมลงมติทุกประเทศให้ถือจำนวนรัฐสมาชิกที่เข้าร่วมลงมติอย่างน้อยร้อยละ 55 ซึ่งต้องครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ 65 ของกลุ่มที่เข้าร่วม แต่หากคณะมนตรีไม่ได้ดำเนินการตามข้อเสนอจากคณะกรรมาธิการยุโรป ให้ถือเอาจำนวนอย่างน้อยร้อยละ 72 ของรัฐสมาชิกที่เข้าร่วมลงมติ และต้อง

---

[462] Article 5 Protocol to the ASEAN Charter on Dispute Settlement Mechanisms (ASEAN)

[463] Article 6 Protocol to the ASEAN Charter on Dispute Settlement Mechanisms (ASEAN)

[464] Article 17 Consolidated versions of the Treaty on European Union (EU)

[465] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 22.

[466] Article 238 (1) Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

[467] Article 238 (2) Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

เป็นตัวแทนของประชากรของประเทศเหล่านั้นอย่างน้อยร้อยละ 65[468] จึงจะถือว่ามติดังกล่าวผ่านการเห็นชอบ จึงสรุปได้ว่าอาเซียนให้ความสำคัญกับการแสวงหาข้อตกลงร่วมกันด้วยหลักฉันทามติโดยปราศจากการควบคุมด้วยอำนาจทางทหารหรือกฎหมาย ซึ่งยังคงเคารพในหลักอธิปไตยของรัฐสมาชิก รวมถึงไม่มีศาลหรือรัฐสภากลางสำหรับตัดสินข้อพิพาทของประเทศสมาชิก ในขณะที่สหภาพยุโรปดำเนินการโดยยึดหลักเสียงข้างมาก

จะเห็นได้ว่าอาเซียนมีการบังคับใช้นโยบายด้านต่าง ๆ รวมถึงนโยบายความปลอดภัยทางถนนโดยอาศัยความร่วมมือจากรัฐสมาชิกเป็นสำคัญซึ่งเป็นไปในแนวทางที่ปราศจากการบังคับ เนื่องจากอาเซียนไม่มีอำนาจโดยตรงหรือมาตรการทางกฎหมายซึ่งเป็นการให้อำนาจแก่ผู้กำหนดนโยบายเป็นการเฉพาะ แม้ว่าอาเซียนจะมีข้อแนะนำสำหรับมาตรการสนับสนุนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรแก่ประเทศสมาชิก แต่กลับพบว่าการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยังคงบกพร่องในด้านประสิทธิภาพการบังคับใช้เมื่อพิจารณาจากผลลัพธ์การดำเนินงานของแต่ละประเทศ โดยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดรายละเอียดที่สำคัญเพื่อให้รัฐสมาชิกสามารถปฏิบัติตามได้ รวมถึงการกำหนดนโยบายหลักที่ไม่ครอบคลุมต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับสหภาพยุโรปพบว่า สหภาพยุโรปมีการกำหนดแนวทางแก่ประเทศสมาชิกเพื่อให้เกิดการออกแบบกฎหมายภายในของแต่ละประเทศให้สอดรับกับนโยบายของภูมิภาคในรูปแบบของรายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) คือ “การป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาเสพติด: รายงานฉบับสมบูรณ์” (Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: Final Report) โดยแนวทางการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสหภาพยุโรปและประเทศนอกกลุ่มสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบดังนี้

1) การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Drug Limits) ได้แก่ การให้คำแนะนำในการใช้กฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) และกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) เพื่อควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในผู้ขับขี่[469]

---

[468] Article 238 (3) Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

[469] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 99-100.

2) การบังคับใช้กฎหมายและการตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ การสนับสนุนการให้อำนาจแก่ตำรวจในการสั่งหยุดผู้ขับขี่การทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) และการสุ่มตรวจหายาเสพติดเมื่อขับขี่ผ่านจุดที่กำหนด แต่เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายและระยะเวลาของการทดสอบ ทำให้ในทางปฏิบัติตำรวจจะสั่งให้มีการทดสอบยาเสพติดเมื่อมีข้อสงสัยเท่านั้น โดยมักเป็นการตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นจากน้ำลายของผู้ขับขี่[470]

3) มาตรการลงโทษผู้กระทำผิด ได้แก่ โทษปรับ โทษห้ามขับรถ และโทษจำคุก นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาในเรื่องของการกระทำผิดครั้งแรก และจำนวนชนิดของยาเสพติดที่ใช้ร่วมกัน เพื่อเป็นองค์ประกอบสำหรับการตัดสินคดีอีกด้วย[471]

นอกจากนี้หลายประเทศทั้งในและนอกกลุ่มสหภาพยุโรป เช่น สหราชอาณาจักร นอร์เวย์ เยอรมนี ไอร์แลนด์ และนิวซีแลนด์ ยังได้กำหนดวิธีการสนับสนุนเพื่อเสริมให้การปฏิบัติตามนโยบายมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น การกำหนดวิธีตรวจหาสารเสพติดที่หลากหลายในผู้ขับขี่ไม่ว่าจะเป็นการเก็บของเหลวในช่องปากบริเวณริมถนน การประเมินความบกพร่องภาคสนามบริเวณริมถนน และการเจาะเลือด ณ สถานีตำรวจหรือโรงพยาบาลแล้วจึงส่งสิ่งส่งตรวจดังกล่าวเพื่อตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ สำหรับกรณีที่มีการตรวจพบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาตามใบสั่งแพทย์ ผู้ขับขี่เหล่านั้นสามารถใช้เหตุผลในการรับยาดังกล่าวเพื่อเป็นข้ออ้างในการป้องกันตนเองจากการถูกดำเนินคดีได้เมื่อได้ทำการขับขี่ในขณะที่ไม่มีบกพร่องของสติสัมปชัญญะและใช้ยาในระดับที่แพทย์แนะนำ ผู้ขับขี่เหล่านี้จะไม่ถูกจัดอยู่ในประเภทของผู้ใช้ยาในทางที่ผิดกฎหมาย[472]

3. การพัฒนาความร่วมมือ

3.1 ความร่วมมือด้านเงินทุนและเทคโนโลยี

แม้ว่าอาเซียนจะมีแนวนโยบายสำหรับประเทศสมาชิกในการจัดการความปลอดภัยทางถนนตาม ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) อย่างไรก็ตาม แผนงานดังกล่าวยังขาดรายละเอียดสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนหรือเทคโนโลยีแก่ประเทศสมาชิก ทำให้แต่ละประเทศต้องรับผิดชอบต่อการดำเนินการด้านงบประมาณ รวมถึงการขาดข้อแนะนำสำหรับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ในขณะที่คณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) มีการจัดสรรเงินทุนเพื่อการศึกษาวิจัยด้านความปลอดภัยทางถนน ร่วมกับการใช้

---

[470] Ibid, p. 102.

[471] Ibid, p. 105.

[472] Daniel Perkins et al., “Medicinal cannabis and driving: the intersection of health and road safety policy”, **International Journal of Drug Policy** 97, (November 2021): 7.

ข้อมูลสถิติการเสียชีวิตทางถนนอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาเสพติดจากรัฐสมาชิก เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายในระดับภูมิภาค[473] นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) โดยผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการซึ่งไม่สามารถเบิกคืนได้[474]

จะเห็นได้ว่าอุปสรรคที่สำคัญของอาเซียนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาค คือ การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณและเทคโนโลยีระดับภูมิภาค แม้อาเซียนจะมีแนวนโยบายกลางแต่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณหรือเครื่องมือเทคโนโลยีสนับสนุนแก่ประเทศสมาชิกโดยตรง ทำให้ภาระในการดำเนินงานตกอยู่กับประเทศสมาชิกแต่ละประเทศซึ่งมีทรัพยากรไม่เท่ากัน นอกจากนี้ยังขาดข้อเสนอแนะเฉพาะด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การขาดระบบฐานข้อมูลเพื่อรวบรวมสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เข้มแข็งระดับภูมิภาค รวมทั้งการไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการรวบรวมวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสถิติจากประเทศสมาชิกเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายร่วมกันในระดับภูมิภาค ดังนั้นหากอาเซียนมีการจัดสรรงบดำเนินงานเพื่อการศึกษาวิจัยด้านอุบัติเหตุจราจรอย่างจริงจัง ร่วมกับการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเช่นเดียวกับสหภาพยุโรป ย่อมส่งผลดีต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในภูมิภาค แต่ควรได้มีการหารือร่วมกันถึงความพร้อมของแต่ละประเทศ รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยียานยนต์เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นในระหว่างการขับขี่นอกเหนือจากแอลกอฮอล์

3.2 ความร่วมมือด้านกระบวนการยุติธรรม

อาเซียนมีกรอบการพัฒนาความร่วมมือโดยการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ร่วมกับการบังคับใช้ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวไม่มีสภาพบังคับที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นเพียงการกำหนดระเบียบสำหรับอนุญาตให้มีการขับขี่ข้ามแดนเท่านั้น โดยผู้ขับขี่ยังคงต้องรับผิดตามกฎหมายจราจรภายในประเทศที่ตนได้ทำการขับขี่ยานพาหนะ กับทั้งยังปราศจากระบบส่งต่อความร่วมมือด้านกระบวนการยุติธรรมระหว่างประเทศสำหรับคดีจราจร

ในขณะที่สหภาพยุโรปมีการกำหนดแนวทางสำหรับการบูรณาการกฎหมายเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับการสร้างกระบวนการยุติธรรมระหว่างประเทศไว้หลายรูปแบบ เช่น ความคิดเห็น

---

[473] EC, op. cit., pp. 10, 28.

[474] Ibid, p. 105.

(Opinion) ข้อแนะนำ (Recommendation) ข้อบังคับ (Regulation) คำวินิจฉัย (Decision) และข้อกำหนด (Directive) โดยหนึ่งทางเลือกที่ดีสำหรับการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศสมาชิก คือ ข้อกำหนดสหภาพยุโรป (European Union Directive – EU Directive) เนื่องจากประเทศสมาชิกจำเป็นต้องปฏิบัติตามเป้าหมายของยุโรป แต่สามารถประกาศใช้กฎระเบียบภายในประเทศของตนได้อย่างอิสระ เช่น ข้อกำหนดสหภาพยุโรปได้กำหนดข้อห้ามในการขับรถสำหรับผู้ที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในทางที่ผิด ทำให้ประเทศสมาชิกต้องกำหนดมาตรการภายในประเทศเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดดังกล่าว[475] ร่วมกับการกำหนดให้รัฐสมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลทะเบียนรถของแต่ละประเทศได้[476] ซึ่งถือเป็นมาตรการที่สนับสนุนให้การสอบสวนความผิดด้านการจราจรเป็นไปอย่างกว้างขวาง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำความผิดซ้ำในดินแดนอื่น

ดังนั้นอุปสรรคที่สำคัญของอาเซียนในด้านกระบวนการยุติธรรม คือ การขาดกลไกทางกฎหมายในระดับภูมิภาคที่มีผลบังคับใช้ได้จริง โดยยุทธศาสตร์หรือความตกลงที่มีอยู่เป็นเพียงกรอบความร่วมมือเชิงสมัครใจ แต่ไม่มีผลบังคับในทางกฎหมาย จึงไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือแรงกดดันให้ประเทศสมาชิกต้องดำเนินการตามอย่างเคร่งครัดได้ นอกจากนี้ยังขาดระบบสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมระหว่างประเทศสำหรับคดีจราจร ดังนั้นเมื่อเกิดคดีความเกี่ยวกับการขับขี่ในต่างประเทศจึงทำให้ไม่มีการส่งต่อข้อมูลของผู้กระทำผิดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้นั้นสามารถหลีกเลี่ยงความรับผิดในประเทศอื่นได้ และเนื่องจากประเทศสมาชิกอาเซียนมีความแตกต่างกันในด้านนโยบายและระบบกฎหมายโดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการกำหนดมาตรฐานร่วมกัน รวมถึงข้อจำกัดด้านเสถียรภาพทางการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกบางประเทศ ซึ่งไม่มีทรัพยากรมากเพียงพอต่อการลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีเพื่อรองรับความร่วมมือด้านกระบวนการยุติธรรมระหว่างประเทศได้ ดังนั้นอาเซียน จึงควรเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายร่วมกันแล้วจึงช่วยกันหาทางออกสำหรับสิ่งที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดของแต่ละประเทศ เช่น การจัดทำระบบข้อมูลทะเบียนกลางของยานพาหนะในอาเซียนและข้อมูลการกระทำผิดกฎหมายจราจร เพื่อให้เกิดการพัฒนาในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลทะเบียนรถรายชื่อผู้กระทำผิด และคดีจราจรระหว่างกันได้ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนอันเนื่องมาจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่อาจมีข้อพิจารณาใน

---

[475] National Centre for Freedom from Addictions, **Exploring Drug Driving Legislation in Malta in the Context of the European Landscape** (Attard: San Anton Palace, 2016), p. 16.

[476] Article 4 (1) Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

ด้านเสถียรภาพทางการเมืองและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคีสมาชิกเช่นเดียวกัน

3.3 การตรวจสอบและรายงานผล

อาเซียนมีรอบการตรวจสอบและรายงานผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยทางถนนที่ค่อนข้างยาวนาน และไม่ได้รับการจัดลำดับให้เป็นวาระสำคัญซึ่งต้องมีการพิจารณาต่อเนื่องทุกปี โดยรายงานอย่างเป็นทางการล่าสุดปรากฏในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ในปี ค.ศ. 2016 จากการประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียน (ASEAN Transport Ministers Meeting – ATM) โดยสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของประเทศสมาชิกอาเซียนตามรายงานสถานะด้านความปลอดภัยทางถนนโลก (Global Status Report on Road Safety) ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2015 พบว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง ได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม และสิงคโปร์ มีอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรต่ำกว่า 10 รายต่อประชากร 100,000 คน ส่วนประเทศที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรอยู่ระหว่าง 10 ถึง 15 รายต่อประชากร 100,000 คน ได้แก่ ลาว และฟิลิปปินส์ และประเทศที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงกว่า 15 รายต่อประชากร 100,000 คน ประกอบไปด้วยประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลาง ได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย เวียดนาม และไทย และประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำ ได้แก่ เมียนมา และกัมพูชา โดยประเภทของยานพาหนะที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ 2 ล้อและ 3 ล้อ[477]

เมื่อเปรียบเทียบกับสหภาพยุโรปพบว่ารายงานสถานการณ์ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนซึ่งเผยแพร่โดยคณะกรรมาธิการยุโรปเมื่อปี ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปประมาณ 22,800 ราย และบาดเจ็บสาหัสประมาณ 120,000 ราย โดยจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนนั้นมีจำนวนลดลงถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับตัวเลขในปี ค.ศ. 2010 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเฉลี่ย 51 รายต่อประชากร 1,000,000 คน ทำให้ยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีความปลอดภัยทางถนนสูงสุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นของโลก[478] และในปี ค.ศ. 2021 สหภาพยุโรปพบผู้เสียชีวิตทางถนนเพียง 44 รายต่อประชากร 1,000,000 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2020 แต่เป็นจำนวนที่ลดลงเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2019 ถึงร้อยละ 13 สถิติการเสียชีวิตทางถนนต่ำที่สุดในปี ค.ศ. 2021 ของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป 10 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 มอลตา (17 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ตามมาด้วยสวีเดน (18 รายต่อประชากร

---

[477] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), pp. 1-2.

[478] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 23.

1,000,000 คน) เดนมาร์ก (23 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ไอร์แลนด์ (27 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) เนเธอร์แลนด์ (28 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) เยอรมนี (31 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) สเปน (32 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ลักเซมเบิร์ก (38 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ออสเตรียและฟินแลนด์ (40 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ตามลำดับ ส่วนประเทศในทวีปยุโรปที่อยู่นอกกลุ่มสหภาพยุโรปซึ่งมีสถิติการเสียชีวิตทางถนนต่ำที่สุด คือ นอร์เวย์ (16 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) สำหรับประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงที่สุดในสหภาพยุโรป คือ โรมาเนีย (93 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 เมื่อเทียบกับปีก่อน[479] ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าโรมาเนียซึ่งมีสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรแย่ที่สุดในสหภาพยุโรปแต่ยังคงทำได้ดีกว่าอาเซียน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในปี ค.ศ. 2022 พบว่าค่าเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตทางถนนในกลุ่มสหภาพยุโรป 27 ประเทศ คือ 46 รายต่อประชากร 1,000,000 คน ประเทศในทวีปยุโรปที่มีสถิติดีที่สุดทั้งในและนอกกลุ่มสหภาพยุโรป 10 อันดับแรก ได้แก่ สวีเดน (21 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) นอร์เวย์ (23 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ไอซ์แลนด์ (24 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) เดนมาร์ก (26 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ไอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ (31 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ฟินแลนด์ และเยอรมนี (34 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) เนเธอร์แลนด์ (35 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) และสเปน (36 รายต่อประชากร 1,000,000 คน) ตามลำดับ ในขณะที่มอลตาซึ่งเคยอยู่อันดับที่ 1 ในปี ค.ศ. 2021 กลับเพิ่มสถิติการตายจากการจราจรเป็น 50 รายต่อประชากร 1,000,000 คน[480] จะเห็นได้ว่าสหภาพยุโรป

จะเห็นได้ว่าแม้อาเซียนจะให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลและรายงานผล แต่กลับไม่มีรอบการประเมินผลที่เป็นระบบ ทำให้การตรวจสอบสถานการณ์ของประเทศสมาชิกเป็นเพียงการรายงานอย่างสมัครใจแต่ไม่ใช่มาตรการภาคบังคับ ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปในลักษณะของการกำหนดเชิงนโยบายมากกว่าการกระตุ้นเพื่อหวังผลในด้านประสิทธิภาพการป้องกันอุบัติเหตุจราจร เมื่อเปรียบเทียบกับกลไกของสหภาพยุโรปซึ่งมีการกำหนดรอบการตรวจสอบรายปีภายใต้กรอบนโยบายความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2021 – 2030 (Road Safety Policy Framework for 2021

---

[479] EC, **2021 road safety statistics: what is behind the figures?,** European Commission, ค้นวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 จาก https://transport.ec.europa.eu/2021-road-safety-statistics-what-behind-figures_en#:~:text=EU%3A%20On%20average%2C%2044%20road,44%20road%20deaths%20per%20million.

[480] EC, **Road safety in the EU: fatalities below pre-pandemic levels but progress remains too slow**, European Commission, ค้นวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_953.

– 2030) รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้แก่ประเทศสมาชิกในการผลักดันตนเองเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุโดยใช้กลไกการการเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศสมาชิกด้วยกัน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอาเซียนจึงจำเป็นต้องสร้างระบบประเมินและรายงานผลด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นทางการในระดับภูมิภาคที่มีรอบเวลาแน่นอน มีรูปแบบข้อมูลมาตรฐาน และยึดโยงเข้ากับแผนแม่บทระดับชาติและระดับภูมิภาค รวมถึงการสร้างฐานข้อมูลทางด้านอุบัติเหตุจราจรร่วมกันเพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพ

กลไกทางกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนเปรียบเทียบสหภาพยุโรป

ปี ค.ศ. 1985 อาเซียนได้ประกาศใช้ข้อตกลงในเรื่องการยอมรับใบอนุญาตขับขี่ของประเทศในอาเซียน มีชื่อเรียกว่า ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ซึ่งเป็นการกำหนดสิทธิร่วมกันในด้านการขับขี่ระหว่างประเทศของรัฐสมาชิกโดยยังคงขาดสภาพบังคับที่ชัดเจน ดังนั้นเนื้อหาในส่วนนี้จึงจะได้กล่าวถึงมาตรการทางกฎหมายของรัฐสมาชิกเพิ่มเติม ในส่วนที่อยู่นอกเหนือจากรายละเอียดซึ่งได้มีการระบุไว้ใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน ในขณะที่หลักทั่วไปของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในสหภาพยุโรป ได้รับการบัญญัติไว้ในข้อกำหนดที่ 2006/126/EC ของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 2006 ว่าด้วยใบขับขี่ (Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences) หรือที่ในวิทยานิพนธ์นี้จะเรียกโดยย่อว่า “ข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่” (EU Directive on driving licences) โดยประเด็นสำคัญที่ทำการศึกษาดังต่อไปนี้

1. กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) จำนวน 12 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายพลเมืองของประเทศในกลุ่มอาเซียน โดยยอมรับการออกใบอนุญาตขับขี่โดยประเทศสมาชิก รายละเอียดที่สำคัญของความตกลงฉบับดังกล่าว คือ 1) ภาคีสัญญา (Contracting Parties) ตกลงที่จะรับรองใบอนุญาตขับขี่ในประเทศทั้งหมด ยกเว้นใบอนุญาตขับขี่ประเภทชั่วคราวหรือใบขับขี่สำหรับผู้เริ่มต้น ซึ่งออกให้โดยหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหรือสมาคมยานยนต์แห่งชาติของประเทศอาเซียน (National Automobile

Associations of the ASEAN Countries)[481], 2) ผู้ถือใบอนุญาตที่ออกให้โดยประเทศใดประเทศหนึ่งในกลุ่มอาเซียนและประสงค์จะพำนักชั่วคราวในดินแดนของประเทศอื่น สามารถขับขี่ยานพาหนะตามประเภทที่ได้รับใบอนุญาตนั้นได้[482], 3) ใบอนุญาตใด ๆ หากไม่ได้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษจะต้องแนบมาพร้อมกับคำแปลที่ได้รับการรับรองเป็นภาษาอังกฤษนั้นด้วย[483], 4) ใบอนุญาตที่เป็นโมฆะซึ่งอาจกำหนดโดยหน่วยงานที่มีอำนาจออกใบอนุญาตของประเทศในอาเซียนหรือใบอนุญาตที่หมดอายุแล้ว จะไม่รับการอนุมัติตามวัตถุประสงค์ของข้อตกลงนี้[484], 5) การอนุญาตใบอนุญาตขับขี่ของประเทศสมาชิกไม่ได้เป็นการปลดเปลื้องผู้ถือใบอนุญาตจากความรับผิดตามมาตรฐานของประเทศซึ่งตนได้ทำการขับขี่ยานพาหนะนั้น ๆ[485], 6) ผู้ขับขี่จะต้องรับผิดในฐานความผิดทางจราจรตามกฎหมายของประเทศซึ่งตนได้ขับขี่ยานพาหนะเข้าไปในดินแดนนั้น[486], 7) รายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของใบอนุญาตที่ออกโดยภาคีสัญญาใดภาคีหนึ่งควรแจ้งให้ภาคีสัญญาที่เกี่ยวข้องทราบตามนั้นด้วย[487], 8) การแก้ไขข้อตกลงนี้สามารถกระทำได้โดยความยินยอมร่วมกัน[488], 9) ข้อตกลงนี้จะต้องส่งไปยังเลขาธิการของสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (Secretary-General of the ASEAN Secretariat) และรับรองความถูกต้องของข้อตกลงไปยังภาคีสัญญาโดยเร็ว[489], 10) ภาคีสัญญาจะต้อง

---

[481] Article 1 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[482] Article 2 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[483] Article 3 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[484] Article 4 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[485] Article 5 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[486] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[487] Article 7 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[488] Article 8 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[489] Article 9 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

ฝากตราสารการให้สัตยาบันของตนไว้กับเลขาธิการของสำนักงานเลขาธิการอาเซียน[490], 11) ข้อตกลงนี้สามารถยุติลงได้ระหว่างภาคีสัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งโดยให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 6 เดือน[491] และ 12) ข้อพิพาทใด ๆ ระหว่างภาคีสัญญาที่เกิดจากการตีความหรือการปฏิบัติตามข้อตกลงนี้จะต้องยุติลงโดยสันติผ่านการปรึกษาหารือหรือการเจรจา[492]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อตกลงดังกล่าวไม่ได้มีการระบุถึงมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไว้โดยตรง แต่ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าในข้อตกลงข้อ 5 ซึ่งกำหนดว่าการอนุญาตใบขับขี่ดังกล่าวไม่ปลดเปลื้องผู้ถือใบอนุญาตจากความผิดตามมาตรฐานของประเทศซึ่งตนได้ทำการขับขี่ยานพาหนะนั้น ดังนั้นเมื่อผู้ขับขี่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น ผู้ขับขี่ที่เสพกัญชาและกระท่อมซึ่งมีข้อกำหนดยกเว้นความผิดในประเทศไทย แต่ได้เดินทางข้ามแดนไปยังประเทศอื่นในอาเซียนซึ่งมีข้อกำหนดห้ามการเสพสารดังกล่าว แม้ว่าการเสพจะไม่ผิดกฎหมายของประเทศหนึ่งแต่หากขับขี่ข้ามพรมแดน หรือขับขี่ในประเทศที่มีกฎหมายห้ามก็ย่อมมีความผิดตามกฎหมายของประเทศนั้น ๆ เช่นกัน ส่งผลให้การควบคุมการขับขี่จึงต้องบังคับตามกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ จากรายงานของคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิก พบว่าแต่ละประเทศในอาเซียนมีความตื่นตัวมากขึ้นต่อการกำหนดนโยบายและการบัญญัติกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล โดยในปี ค.ศ. 2013 แม้ว่าแทบทุกประเทศจะมีกฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ[493] แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประเทศสมาชิกอาเซียนจะมีกรอบกฎหมายร่วมกันทำให้การอนุญาตใบขับขี่ของแต่ละประเทศไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่บังคับใช้ร่วมกัน รวมถึงมาตรการควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ในขณะที่ข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ภายใต้ “สนธิสัญญาจัดตั้งประชาคมยุโรป” (Treaty Establishing the European Community) บังคับให้รัฐสมาชิกต้องดำเนินการ

---

[490] Article 10 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[491] Article 11 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[492] Article 12 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

[493] ESCAP, **Strategies to Tackle the Issue of Impaired Driving for Road Safety in the Asia-Pacific Region: Implementation Framework,** (Bangkok: United Nations, 2019), p. 8.

ภายใต้กรอบนโยบายการขนส่งร่วมกัน[494] ทั้งนี้คณะกรรมาธิการจะต้องรายงานเกี่ยวกับผลการดำเนินการตามข้อกำหนดนี้ รวมถึงผลกระทบต่อความปลอดภัยบนท้องถนน[495] โดยประเทศสมาชิกจะต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดำเนินการตามข้อกำหนดนี้ และจะต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับใบอนุญาตที่ตนได้ออก แลกเปลี่ยน ทดแทน ต่ออายุ หรือเพิกถอน[496] ที่สำคัญคือรัฐสมาชิกต้องรับรองและประกาศใช้กฎหมาย ข้อกำหนด และบทบัญญัติทางการบริหารที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้[497]

โดยการกำหนดเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ ใบอนุญาตขับรถจะไม่ออกหรือต่ออายุให้กับผู้ยื่นคำขอหรือผู้ขับขี่ที่ติดแอลกอฮอล์ซึ่งไม่สามารถงดเว้นจากการดื่มและการขับรถได้ และใบอนุญาตขับรถอาจออกหรือต่ออายุให้กับผู้ยื่นคำขอหรือผู้ขับขี่ที่เคยติดแอลกอฮอล์มาก่อน หลังจากการเลิกดื่มตามระยะเวลาที่พิสูจน์ได้ และอยู่ภายใต้ความเห็นของแพทย์ที่ได้รับอนุญาต[498] โดยหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีอำนาจจะต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องในการขับขี่ยานพาหนะ[499]

ส่วนการออกใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้น ข้อกำหนดสหภาพยุโรปกำหนดว่าห้ามออกหรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ให้กับผู้ยื่นคำขอหรือผู้ขับขี่ที่เสพติดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือผู้ที่ไม่ได้เสพติดสารดังกล่าวแต่ได้มีการใช้ในทางที่ผิดเป็นประจำ ไม่ว่าจะขอรับใบอนุญาตประเภทใดก็ตาม[500] กับทั้งห้ามออกหรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ให้แก่ผู้ยื่นคำขอหรือผู้ขับขี่ที่ใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นประจำไม่ว่าในรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งอาจขัดขวางความสามารถในการขับขี่อย่างปลอดภัยหากมีปริมาณที่ส่งผลเสียต่อการขับขี่และให้ใช้กับผลิตภัณฑ์ยาอื่น ๆ ทั้งหมดหรือส่วนผสมของผลิตภัณฑ์ยาที่ส่งผลต่อความสามารถในการ

---

[494] Article 70 Treaty establishing the European Community (Consolidated version 2002) (EU)

[495] Article 14 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[496] Article 15 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[497] Article 16 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[498] Annex III 14.1 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[499] Annex III 14.2 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[500] Annex III 15 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

ขับขี่[501] โดยหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีอำนาจจะต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องในการขับขี่ยานพาหนะ[502]

2. ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่กฎหมายกำหนด

การกำหนดระดับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ในกลุ่มประเทศอาเซียนนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[503] ในปี ค.ศ. 2016 ประเทศที่อนุญาตให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้สูงสุด 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ขับขี่ทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่ทั่วไป ผู้ขับขี่ที่มีประสบการณ์น้อย หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ และเมียนมา ประเทศที่กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้แก่ ฟิลิปปินส์ ลาว กัมพูชา และไทย โดยยังไม่ปรากฏข้อมูลการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ในประเทศอินโดนีเซีย นอกจากนี้เวียดนามยังเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคที่ใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) ในผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์[504] ต่อมาพบว่าหลายประเทศมีการปรับลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ โดยเมียนมากำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดไม่เกิน 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป แต่มีการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาดกับผู้ขับขี่ที่มีประสบการณ์น้อย หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ประเทศไทยเริ่มมีการปรับแยกความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่แต่ละกลุ่มให้มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกับเมียนมา และอินโดนีเซียมีการบังคับใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) กับผู้ขับขี่ทุกกลุ่ม รวมถึงประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งอยู่นอกกลุ่มอาเซียน คือ ติมอร์-เลสเต ได้กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทุกกลุ่ม คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[505] ในขณะที่ลาวเริ่มนำหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาดมาใช้กับผู้ขับขี่รถรับจ้างทุกประเภท[506]

---

[501] Annex III 15.1 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[502] Annex III 15.2 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[503] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), pp. 11, 18, 24, 28.

[504] WHO, **Legal BAC limits,** Global Health Observatory data repository, ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://apps.who.int/gho/data/view.main.54600.

[505] WHO, **Alcohol Policy in the WHO South-East Asia Region: A Report** (New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2017), p. 27.

[506] Article 7 (3) Prime Minister's Decree No. 568 (LA)

และบรูไนดารุสซาลามได้กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ไม่เกิน 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 35 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรในลมหายใจ[507]

ในปี ค.ศ. 2020 ประเทศมาเลเซียมีการแก้ไขระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่จากเดิมที่อนุญาตให้ทำการขับขี่ได้หากมีระดับแอลกอฮอล์ไม่เกิน 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เปลี่ยนเป็นไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเลือด หรือไม่เกิน 22 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรในลมหายใจ หรือไม่เกิน 67 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในปัสสาวะ[508] ทำให้ในปัจจุบันมีเพียง 3 ประเทศเท่านั้นที่อนุญาตให้ผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้เกินกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คือ ประเทศสิงคโปร์ บรูไนดารุสซาลาม และเมียนมา

ในขณะที่สหภาพยุโรป โดยคณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) ได้ให้ข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) เกี่ยวกับปริมาณแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ ดังนี้

1) ประเทศสมาชิกทั้งหมดควรใช้ขีดจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดตามกฎหมายสำหรับผู้ขับขี่และผู้ขี่ยานพาหนะที่ใช้เครื่องยนต์ทั้งหมดที่ระดับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่า[509] และ

2) ประเทศสมาชิกทั้งหมดควรใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดตามกฎหมายที่ต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่า สำหรับผู้ใช้รถใช้ถนนกลุ่มต่อไปนี้

(ก) ผู้ขับขี่ที่ไม่มีประสบการณ์

(ข) ผู้ขับขี่ยานยนต์สองล้อ

(ค) ผู้ขับขี่ยานพาหนะขนาดใหญ่ และ

(ง) ผู้ขับขี่ยานพาหนะที่บรรทุกสินค้าอันตราย[510]

โดยข้อแนะนำดังกล่าวนี้เป็นเพียงแนวทางให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ยังไม่มีสถานะเป็นกฎหมายซึ่งบังคับให้ทุกประเทศต้องปฏิบัติตาม ปัจจุบัน 27 ประเทศในสหภาพยุโรป รวมทั้งประเทศนอกกลุ่ม ได้แก่ สวิตเซอร์แลนด์และนอร์เวย์ ได้กำหนดระดับความเข้มข้นของ

---

[507] Article 2 Road Traffic Act (BN)

[508] Subsection 45G(1) Road Transport (Amendment) Act 2020 (MY)

[509] Article 2 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

[510] Article 3 Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC) (EU)

แอลกอฮอล์ในเลือดตามกฎหมายสำหรับผู้ขับขี่ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีเพียงสหราชอาณาจักรประเทศเดียวที่ยังคงกำหนดระดับสูงสุดที่ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ยกเว้นสกอตแลนด์ซึ่งกำหนดขีดจำกัดไว้ที่ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)[511] มีอย่างน้อย 14 ประเทศได้กำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่แยกจากผู้ขับขี่ทั่วไป[512] และประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปส่วนใหญ่กำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ประกอบอาชีพขับรถไม่เกิน 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ยกเว้นบัลแกเรีย เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ และสกอตแลนด์ที่กำหนดไว้ในระดับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสหราชอาณาจักรมีการจำกัดปริมาณที่ระดับ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[513]

ในส่วนของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่น พบว่าอาเซียนไม่มีข้อบังคับที่เป็นข้อกำหนด (Directive) คงมีเพียงการจัดทำนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดผิดกฎหมาย โดยในปี ค.ศ. 1976 ได้มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (Declaration of ASEAN Concord) ซึ่งส่งผลให้มีการลงนามปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยหลักการในการต่อต้านการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด (ASEAN Declaration of Principles to Combat Narcotic Drug Abuse) โดยรัฐมนตรีต่างประเทศของประเทศสมาชิกผู้ก่อตั้งอาเซียนทั้ง 5 ประเทศ ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการเสนอแนวคิดปลอดยาเสพติดในภูมิภาคอาเซียนทั้งในด้านการผลิต การแปรรูป การขนส่ง และการเสพ ถัดมาในปี ค.ศ. 1998 ได้มีการลงนามในปฏิญญาร่วมว่าด้วยการปลอดยาเสพติดในอาเซียน (Joint Declaration for a Drug-Free ASEAN) เพื่อให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2020 จากนั้นในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2000 รัฐมนตรีต่างประเทศของประเทศสมาชิกอาเซียนตกลงที่ขยายระยะเวลาการบรรลุเป้าหมายในการปลอดยาเสพติดเป็นปี ค.ศ. 2015[514] ในปี ค.ศ. 2016 อาเซียนได้ให้การรับรองแผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) เพื่อให้อาเซียนปลอดจากยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยมุ่งเน้นการศึกษาเชิงป้องกัน กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด การวิจัย

---

[511] EC, **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report** (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022), p. 57.

[512] Ibid, p. 58.

[513] Ibid, p. 59.

[514] ASEAN Secretariat, **Illicit Drugs,** Association of Southeast Asean Nations, ค้นวันที่ 6 มีนาคม 2566 จาก https://asean.org/our-communities/asean-political-security-community/peaceful-secure-and-stable-region/illicit-drugs/.

การพัฒนาทางเลือก และความร่วมมือนอกภูมิภาค[515] อย่างไรก็ตามแผนงานดังกล่าวไม่ได้มีการระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่อย่างใด ทำให้การจัดการปัญหาเป็นการบริหารภายในของแต่ละประเทศ

อย่างไรก็ตาม มติสภาแห่งสหภาพยุโรปที่ 2004/C 97/01 วันที่ 27 พฤศจิกายน ค.ศ. 2003 ว่าด้วยการต่อสู้กับผลกระทบของการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต่ออุบัติเหตุทางถนน (Council Resolution 2004/C 97/01 of 27 November 2003 on combating the impact of psychoactive substances use on road accidents) ได้เน้นย้ำในการปฏิเสธการออกหรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ที่เสพติดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือนำไปใช้ในทางที่ผิดเป็นประจำ[516] และแนะนำว่าข้อมูลบนฉลากยาหรือในแผ่นพับบรรจุภัณฑ์ของยาทั้งหมดในท้องตลาดควรแนะนำผู้ป่วยถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับความสามารถในการขับขี่อย่างปลอดภัย และข้อมูลดังกล่าวยังต้องถูกจัดเตรียมให้กับผู้สั่งจ่ายยาถึงการสรุปลักษณะเฉพาะของผลิตภัณฑ์อันครอบคลุมถึงผลเสียใด ๆ ที่อาจกระทบต่อความสามารถในการขับรถของผู้ป่วยโดยเฉพาะ[517]

ตัวอย่างการกำหนดระดับความเข้มข้นของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือดของผู้ขับขี่แต่ละประเทศในสหภาพยุโรป เช่น สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) (กัญชา) ไม่เกิน 1 ถึง 3 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (เบลเยียม ไอร์แลนด์ ลักเซมเบิร์ก และเนเธอร์แลนด์) แอมเฟตามีน 25 ถึง 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก และเนเธอร์แลนด์) เมทแอมเฟตามีน 25 ถึง 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (เนเธอร์แลนด์และลักเซมเบิร์ก) MDMA (ยาอี หรือ Ecstasy) 25 ถึง 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก และเนเธอร์แลนด์) โคเคน 10 ถึง 25 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก และไอร์แลนด์) และมอร์ฟีน 10 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ลักเซมเบิร์ก)[518]

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าแม้อาเซียนจะมีนโยบายการจัดการกับปัญหายาเสพติดผิดกฎหมายมาโดยตลอด แต่แผนงานดังกล่าวไม่ได้มีการระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่อย่างใด

3. การตรวจร่างกายผู้ขับขี่

---

[515] ASEAN Secretariat, **The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2017), pp. 4, 6.

[516] Article 8 Council Resolution of 27 November 2003 on combating the impact of psychoactive substances use on road accidents (2004/C 97/01) (EU)

[517] Article 9 Council Resolution of 27 November 2003 on combating the impact of psychoactive substances use on road accidents (2004/C 97/01) (EU)

[518] Ibid, p. 100.

ภายใต้ประกาศปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration - AHRD) กำหนดว่าการใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนจะต้องกระทำโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลอื่น และอยู่ภายใต้ขอบเขตตามที่กฎหมายกำหนดไว้[519] บุคคลทุกคนมีสิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล บุคคลใดจะถูกจับกุม ค้น กักขัง ลักพาตัว หรือจำกัดอิสรภาพในรูปแบบอื่นใดมิได้[520] บุคคลใดจะถูกทรมาน ทารุณกรรม ถูกปฏิบัติ หรือถูกลงโทษโดยไร้มนุษยธรรมหรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรีมิได้[521] นอกจากนี้ยังมีกล่าวถึงสิทธิเสรีภาพในการเดินทางหรือย้ายถิ่นที่อยู่ กล่าวคือ บุคคลทุกคนมีสิทธิในการเคลื่อนย้ายและอยู่อาศัยในพรมแดนของแต่ละรัฐ มีสิทธิย้ายออกจากประเทศใด ๆ รวมถึงประเทศของตน และมีสิทธิที่จะย้ายกลับเข้าสู่ประเทศของตนได้[522] กรณีที่มีการกระทำความผิดทางอาญาเกิดขึ้น บุคคลทุกคนที่ถูกตั้งข้อหาในความผิดทางอาญาจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิด[523] และบุคคลใดจะถูกไต่สวนหรือถูกลงโทษซ้ำสำหรับความผิดที่บุคคลนั้นได้รับการตัดสินว่าผิด หรือพ้นผิดไปแล้วตามกฎหมายและวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศสมาชิกอาเซียนมิได้[524] เหล่านี้เป็นการเคารพสิทธิของมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามหลักสากลทั่วไปอันเป็นที่ยอมรับของทุกประเทศทั่วโลก เช่นเดียวกันกับกฎบัตรสิทธิพื้นฐานของสหภาพยุโรป ค.ศ. 2000 (Charter of Fundamental Rights of the European Union (2000/C 364/01)) กำหนดว่าบุคคลใดจะถูกทรมาน หรือปฏิบัติ หรือลงโทษอย่างไร้มนุษยธรรมหรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรีมิได้[525] และบุคคลทุกคนมีสิทธิเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล[526] และ 2) อนุสัญญาสิทธิมนุษยชนยุโรป (European Convention on Human Rights) กำหนดว่าบุคคลใดจะถูกทรมานหรือทารุณกรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรีมิได้[527] ทุกคนมีสิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล ผู้ใดจะถูกลิดรอนเสรีภาพมิได้เว้นแต่การคุมขังบุคคลโดยชอบด้วยกฎหมายภายหลังจากการตัดสินสินของศาลที่มีอำนาจ หรือเป็นการจับกุมหรือควบคุมตัวบุคคลโดยชอบด้วยกฎหมายเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมายของศาล หรือเพื่อป้องกันการกระทำความผิดหรือหลบหนีภายหลัง โดยทุกคนที่ถูกจับกุม

---

[519] Article 8 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[520] Article 12 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[521] Article 14 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[522] Article 15 ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[523] Article 20 (1) ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[524] Article 20 (3) ASEAN Human Rights Declaration (ASEAN)

[525] Article 4 Charter of Fundamental Rights of the European Union (2000/C 364/01) (EU)

[526] Article 6 Charter of Fundamental Rights of the European Union (2000/C 364/01) (EU)

[527] Article 3 European Convention on Human Rights (EU)

จะต้องได้รับแจ้งข้อหาในทันทีด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้[528] จะเห็นได้ว่าการจับกุมตัวโดยมิชอบด้วยกฎหมาย และกระทำอันเป็นการละเมิดต่อกฎหมายเกี่ยวกับเสรีภาพในสหภาพยุโรปถือเป็นสิ่งที่กระทำมิได้ ดังนั้นการกระทำใด ๆ ที่จะเป็นการละเมิดต่อสิทธิมนุษยชนจึงต้องคำนึงถึงหลักนิติธรรม กล่าวคือ การกระทำภายใต้กรอบของกฎหมายและโดยขั้นตอนที่กฎหมายกำหนด

4. มาตรการลงโทษผู้ขับขี่

อาเซียนและสหภาพยุโรปไม่ได้มีการกำหนดกฎหมายหรือนโยบายการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นการเฉพาะ จึงต้องบังคับใช้ตามกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ และเนื่องจากสถานภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศในอาเซียนมีความแตกต่างกันสูง ประกอบกับการที่ประเทศสมาชิกไม่ได้ใช้สกุลเงินร่วมกัน ส่งผลให้ระยะเวลาการพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ โทษปรับ และโทษจำคุกในคดีความผิดจราจรมีความแตกต่างกัน โดยรายละเอียดของมาตรการลงโทษที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศในอาเซียนมีดังนี้

ประเทศบรูไนดารุสซาลามมีมาตรการลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด คือ โทษปรับ 10,000 BND และจำคุก 2 ปี หากเป็นการกระทำผิดครั้งที่ 2 หรือความผิดซ้ำผู้กระทำต้องรับโทษปรับ 20,000 BND และจำคุก 4 ปี[529] ทั้งนี้ศาลอาจสั่งให้บุคคลนั้นขาดคุณสมบัติในการถือหรือได้รับใบอนุญาตขับรถยนต์ใด ๆ ในระยะเวลาดังกล่าวไม่น้อยกว่า 3 ปี เว้นแต่ศาลจะเห็นสมควรให้พ้นกำหนดก่อน[530]

ประเทศกัมพูชากำหนดให้ผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับโดยมีอัตราแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 6 เดือน และปรับตั้งแต่ 800,000 ถึง 4,000,000 KHR[531] หากการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำงานได้เป็นระยะเวลา 8 วันนับแต่วันเกิดเหตุ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ถึง 3 ปี และปรับตั้งแต่ 4,000,000 ถึง 15,000,000 KHR[532]

ประเทศอินโดนีเซียกำหนดให้บุคคลทุกคนที่ขับขี่ยานพาหนะบนถนนมีหน้าที่ต้องขับขี่ยานพาหนะอย่างถูกต้องและมีสมาธิ[533] หากผู้ขับขี่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1

---

[528] Article 5 European Convention on Human Rights (EU)

[529] Article 26 (1) Road Traffic Act (BN)

[530] Article 26 (2) (b) Road Traffic Act (BN)

[531] Article 77 (New) Law on Road Traffic (KH)

[532] Article 83 Law on Road Traffic (KH)

[533] Article 106 (1) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

ปี หรือปรับไม่เกิน 3,000,000 IDR[534] หากการกระทำผิดดังกล่าวเป็นให้เกิดอุบัติเหตุการจราจร ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000,000 IDR[535] หากการกระทำผิดดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุการจราจรที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 4 ปี หรือปรับไม่เกิน 8,000,000 IDR[536] หากการกระทำผิดดังกล่าวเป็นให้เกิดอุบัติเหตุการจราจรที่มีการบาดเจ็บสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000,000 IDR[537] สำหรับโทษสูงสุดของการเมาแล้วขับซึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับสูงสุด 24,000,000 IDR[538]

ประเทศสิงคโปร์กำหนดให้บุคคลใดก็ตามที่ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มหรือยาหรือสารที่ทำให้มึนเมา หรือมีแอลกอฮอล์ในร่างกายมากเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 2,000 ถึง 10,000 SDG หรือจำคุกไม่เกิน 12 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ กรณีที่เป็นการกระทำความผิดครั้งที่สองหรือกระทำความผิดซ้ำผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 5,000 ถึง 20,000 SDG และจำคุกไม่เกิน 2 ปี[539]

ประเทศมาเลเซียกำหนดโทษสูงสุดสำหรับการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายในขณะขับขี่ภายใต้อิทธิพล ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 10 ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 50,000 ถึง 100,000 MYR และถูกพักใช้ใบอนุญาตขับรถเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี[540] กรณีทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บขณะมึนเมา ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 7 ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 30,000 ถึง 50,000 MYR และถูกพักใช้ใบอนุญาตขับรถเป็นเวลาอย่างน้อย 7 ปี[541] โทษขั้นต่ำของการขับรถหรือพยายามขับรถในขณะที่มี

---

[534] Article 311 (1) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

[535] Article 311 (2) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

[536] Article 311 (3) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

[537] Article 311 (4) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

[538] Article 311 (5) Laws of the Republic Indonesia Number 22 of 2009 about Traffic and Road Transport (ID)

[539] Article 67 (1) Road Traffic Act 1961 (SG)

[540] Section 44 Road Transport (Amendment) Act (MY)

[541] Section 44 (1A) Road Transport (Amendment) Act (MY)

ระดับแอลกอฮอล์เกินระดับที่กฎหมายกำหนด ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับตั้งแต่ 10,000 ถึง 30,000 MYR และถูกพักใช้ใบอนุญาตขับรถเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี[542]

ประเทศลาวกำหนดให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดจะถูกปรับเป็นรายกรณี กล่าวคือ 150,000 LAK สำหรับรถจักร (ยานพาหนะประเภท 2 ล้อ 3 ล้อ และ 4 ล้อ) 300,000 LAK สำหรับรถยนต์ส่วนบุคคล 4 ล้อทุกประเภท และ 1,500,000 LAK สำหรับรถรับจ้างทุกประเภท[543] เป็นที่น่าสังเกตว่าลาวไม่มีการกำหนดโทษจำคุกหรือการสั่งพักใช้ใบอนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล

ประเทศเมียนมามีการกำหนดว่าบุคคลใดทำการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมาสุรา หรือสารเสพติด หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท[544] ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน และปรับไม่เกิน 1,000 MMK[545]

ประเทศฟิลิปปินส์กำหนดให้บุคคลใดที่ติดสุราหรือยาเสพติดจะไม่สามารถขอรับใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะได้[546] ห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมาสุราหรือยาเสพติดให้โทษ[547] ผู้ใดฝ่าฝืนบทบัญญัติดังกล่าวต้องระวางโทษปรับไม่น้อยกว่า 1,000 PHP หรือจำคุกไม่น้อยกว่า 3 เดือนหรือมากกว่า 6 เดือน หรือทั้งจำทั้งปรับ ทั้งนี้ให้เป็นดุลยพินิจของศาล[548] ข้อสังเกต คือ ฟิลิปปินส์เป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่ไม่ได้กำหนดระวางโทษขั้นสูงสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประเทศเวียดนามกำหนดอัตราโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลในเวียดนามนั้นมีการจำแนกตามประเภทของยานพาหนะและระดับแอลกอฮอล์โดยมีอัตราโทษเริ่มต้น คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานรถจักรยานมอเตอร์ รวมถึงรถจักรยานไฟฟ้า ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อ

---

[542] Section 45 (A) Road Transport (Amendment) Act (MY)

[543] Article 7 Prime Minister's Decree No. 568 (LA)

[544] Article 80 (h) Pyidaungsu Hluttaw Law No. 06/2020 - Vehicle Safety and Motor Vehicle Management Law (MM)

[545] Article 91 Pyidaungsu Hluttaw Law No. 06/2020 - Vehicle Safety and Motor Vehicle Management Law (MM)

[546] Article 22 Republic Act No. 4136: An Act to compile the laws relative to land transportation and traffic rules, to create a Land Transportation Commission and for Other Purposes (PH)

[547] Article 53 Republic Act No. 4136: An Act to compile the laws relative to land transportation and traffic rules, to create a Land Transportation Commission and for Other Purposes (PH)

[548] Article 56 (f) Republic Act No. 4136: An Act to compile the laws relative to land transportation and traffic rules, to create a Land Transportation Commission and for Other Purposes (PH)

เดซิลิตร[549] ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 80,000 ถึง 100,000 VND[550] หากไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ในการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์[551] ผู้กระทำต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 400,000 ถึง 600,000 VND[552]

นอกจากนี้หากพบการกระทำผิดซ้ำหรือเป็นความผิดต่อกฎหมายหลายบท ผู้กระทำความผิดอาจถูกยึดรถได้อีกด้วย ทั้งนี้อัตราโทษจะเพิ่มสูงขึ้นตามประเภทของการขับขี่และปริมาณแอลกอฮอล์ เช่น การขับขี่รถยนต์หรือยานพาหนะที่มีลักษณะเช่นเดียวกับรถยนต์ หากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[553] ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 6,000,000 ถึง 8,000,000 VND[554] แต่หากตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 50 ถึง 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[555] ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 16,000,000 ถึง 18,000,000 VND[556]

หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่า 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[557] หรือผู้ขับขี่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ในการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์[558] หรือยาเสพติดอื่น ๆ[559] ต้องระวางโทษ

---

[549] Article 8 (1) (q) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[550] Article 8 (1) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[551] Article 8 (4) (d) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[552] Article 8 (4) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[553] Article 5 (6) (c) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[554] Article 5 (6) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[555] Article 5 (8) (c) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[556] Article 5 (8) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[557] Article 5 (10) (b) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[558] Article 5 (10) (b) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[559] Article 5 (10) (d) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

ปรับตั้งแต่ 30,000,000 ถึง 40,000,000 VND[560] และถูกพักใช้ใบอนุญาตขับขี่เป็นเวลา 22 ถึง 24 เดือน[561]

ในขณะที่สหภาพยุโรปนั้นการระงับใบอนุญาตขับขี่อาจกำหนดเวลาสูงสุดเพียงไม่กี่เดือนในประเทศหนึ่ง แต่อาจมีการกำหนดโทษขั้นต่ำเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีสำหรับบางประเทศ เช่น ไซปรัสไม่มีการพักใช้ใบอนุญาต ในขณะที่เดนมาร์กกำหนดระยะเวลาการระงับใบอนุญาตขับขี่สูงสุด 10 ปีหรือตลอดชีวิต ค่าปรับเริ่มต้นตั้งแต่หลักร้อย EUR ไปจนถึงหลายพัน EUR เช่น เดนมาร์กและไซปรัสไม่มีการกำหนดอัตราโทษปรับ ลักเซมเบิร์กเริ่มต้นค่าปรับที่ 250 EUR แต่สาธารณรัฐเช็กกำหนดโทษปรับสูงสุด 1,350,000 EUR ความผิดบางประเภทสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลนั้นไม่มีโทษจำคุกในขณะที่ความผิดอื่น ๆ เช่น การขับขี่ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต อาจมีโทษจำคุกเพียงไม่กี่วันไปจนถึงหลายปี ตัวอย่างการกำหนดโทษจำคุก เช่น ออสเตรีย ลิทัวเนีย สโลวีเนีย และเบลเยียมไม่มีโทษจำคุก เนเธอร์แลนด์กำหนดโทษจำคุกสูงสุด 9 ปี ในขณะที่สหราชอาณาจักร (เฉพาะอังกฤษและเวลส์) ซึ่งอยู่นอกกลุ่มสหภาพยุโรปมีอัตราโทษจำคุกสูงสุด 14 ปีกรณีที่การขับขี่นั้นก่อให้เกิดการเสียชีวิต[562]

สำหรับรายละเอียดความแตกต่างของมาตรการลงโทษและการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศในสหภาพยุโรปนี้น ศึกษาตัวอย่างเฉพาะประเทศในทวีปยุโรปทั้งในและนอกกลุ่มสหภาพยุโรปที่มีสถิติอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในปี ค.ศ. 2022 น้อยที่สุด 5 อันดับแรก โดยเรียงตามลำดับประเทศที่มีสถิติดีที่สุดได้ดังนี้

ประเทศนอร์เวย์ห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่ยานพาหนะเมื่อมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารที่ทำให้มึนเมาหรือยาเสพติดบางชนิด ผู้ขับขี่ต้องไม่ดื่มสุราหรือของมึนเมาหรือยาเสพติดอื่นในช่วง 6 ชั่วโมงแรกหลังจากขับรถเสร็จ ข้อกำหนดนี้มิให้ใช้บังคับแก่ผู้ขับขี่ซึ่งได้รับการตรวจเลือดหรือลมหายใจแล้ว[563] นอกจากนี้กฎหมายยังให้อำนาจกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการสุ่มตรวจแอลกอฮอล์ริมถนนและตรวจหาสารเสพติดในผู้ขับขี่ หากผู้ขับขี่

---

[560] Article 5 (10) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[561] Article 5 (11) (h) Decree No. 100/2019/ND-CP Administrative Penalties for Road Traffic Offences and Rail Transport Offences (VN)

[562] EMCDDA, **Legal approaches to drugs and driving,** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/legal-approaches-to-drugs-and-driving/html_en#panel1.

[563] Section 22 Road Traffic Act (NO)

ปฏิเสธการทดสอบเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถบังคับเจาะเลือดได้[564] นอกจากนี้มีการกำหนดระดับของการลงโทษจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ เช่น ระดับแอลกอฮอล์ 20 ถึง 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีโทษปรับสูงสุดจำนวน 1 เท่าของเงินเดือน และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่สูงสุด 6 เดือน แต่หากมีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีโทษปรับสูงสุดจำนวน 1.5 เท่าของเงินเดือน พักใช้ใบอนุญาตขับขี่อย่างน้อย 2 ปี และจำคุก 21 วัน และกำหนดให้มีการติดตั้งเครื่องแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในรถโดยสารและโดยสารขนาดเล็กสำหรับขนส่งผู้โดยสาร สำหรับผู้ขับขี่ที่กระทำผิดซ้ำจะถูกดำเนินการด้วยกระบวนการยุติธรรมทางเลือกโดยใช้ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการนาน 10 เดือนและประชุมกลุ่มนาน 20 ถึง 30 ชั่งโมง โดยแบ่งเป็นการแนะนำบทเรียน 2 ถึง 3 เดือน และสนทนารายบุคคลทุก 14 วัน ซึ่งเป็นการปรับบทสนทนาให้เข้ากับผู้ขับขี่แต่ละคนและสอดคล้องกับการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง[565]

ประเทศไอซ์แลนด์มีกฎหมายกำหนดว่าผู้ที่พึ่งพาการใช้ยาเสพติด แอลกอฮอล์ หรือสารที่ทำให้มึนเมาอื่น ๆ จะถูกปฏิเสธการให้ใบอนุญาตขับขี่[566] กับทั้งห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่หรือพยายามขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมาสุรา หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่อยู่ระหว่าง 20 ถึง 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจออกระหว่าง 0.10 ถึง 0.60 มิลลิกรัมต่ออากาศหนึ่งลิตร หรือแม้ว่าผู้ขับขี่จะมีแอลกอฮอล์ในเลือดหรือลมหายใจออกน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ถือว่าผู้นั้นไม่สามารถขับขี่ยานพาหนะได้อย่างปลอดภัย[567] โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถเก็บตัวอย่างลมหายใจ เหงื่อ และน้ำลายของผู้ขับขี่ หรือตรวจเลือดและปัสสาวะของผู้ขับขี่ได้หากมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าผู้ขับขี่เมา หากมีข้อสงสัยในความผิดอื่นนอกเหนือจากการขับรถขณะมึนเมาตำรวจสามารถพาตัวผู้ขับขี่ไปตรวจร่างกายได้ นอกจากนี้กฎหมายยังห้ามผู้ขับขี่มิให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารกระตุ้นหรือยาสลบเป็นเวลา 6 ชั่วโมงหลังจากสิ้นสุดการขับรถ เว้นแต่จะได้มีการตรวจสอบที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเสร็จสิ้นการขับขี่[568] ทั้งนี้หากผู้ขับขี่ถูกศาลตัดสินว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับซึ่งเป็นการกระทำความผิดซ้ำ โดยมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป อาจได้รับโทษสูงสุด

---

[564] Section 22a Road Traffic Act (NO)

[565] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE NORWAY,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_NORWAY_02.pdf.

[566] Article 58 Traffic Act 2019 No.77 (IS)

[567] Article 49 Traffic Act 2019 No.77 (IS)

[568] Article 52 Traffic Act 2019 No.77 (IS)

คือ ถูกตัดสินจำคุกในข้อหาขับรถขณะเสพยาเสพติดหรือเมาสุรา ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ และถูกยึดรถโดยให้ตกเป็นทรัพย์สินของกระทรวงการคลัง[569]

ประเทศเดนมาร์กกำหนดให้ผู้ขับขี่หรือพยายามขับขี่ยานพาหนะหลังจากดื่มสุราและมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างหรือหลังการขับขี่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ากระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ สำหรับบุคคลที่ขับขี่หรือพยายามขับขี่ยานพาหนะหลังจากดื่มสุราจนไม่สามารถขับขี่ยานพาหนะได้อย่างปลอดภัยจะถูกลงโทษเช่นกัน[570] กฎหมายให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจในการตรวจลมหายใจผู้ขับขี่ยานพาหนะเมื่อใดก็ได้ และสามารถเจาะเลือดและเก็บปัสสาวะได้หากมีเหตุอันควรสันนิษฐานได้ว่าบุคคลนั้นฝ่าฝืนกระทำความผิดฐานเมาแล้วขับหรือขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารกระตุ้นหรือยาเสพติด หรือบุคคลดังกล่าวปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมการทดสอบทางลมหายใจได้ และสามารถส่งตัวบุคคลดังกล่าวไปให้แพทย์ทำการตรวจร่างกายได้[571] โทษสูงสุดสำหรับการเมาแล้วขับ คือ จำคุกไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน[572]สำหรับการชำระค่าปรับจะกำหนดโดยคำนึงถึงรายได้ของบุคคลในขณะที่กระทำความผิดและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างหรือหลังการขับขี่[573] นอกจากนี้เมื่อบุคคลใดถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเนื่องจากการเมาแล้วขับ บุคคลนั้นจะได้รับการอนุญาตให้ขับขี่อีกครั้งต่อเมื่อครบกำหนดสิ้นสุดระยะเวลาการเพิกถอน และได้ผ่านการอบรมหลักสูตรแอลกอฮอล์และการจราจร และผ่านการทดสอบการขับขี่แบบควบคุมเรียบร้อยแล้ว โดยต้องดำเนินการขอสอบใบขับขี่ก่อนหมดเขตการตัดสิทธิ์ใบอนุญาตขับขี่[574] เดนมาร์กมีระบบการลงโทษที่เข้มงวดสำหรับความผิดฐานเมาแล้วขับ โดยใช้ระบบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ (Income-related System) ร่วมกับการพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเพื่อกำหนดอัตราค่าปรับ เช่น กรณีตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 51 ถึง 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรผู้ขับขี่จะต้องชำระค่าปรับเท่ากับรายได้ต่อเดือนคูณด้วยระดับแอลกอฮอล์ (แปลงจาก 51 ถึง 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเป็น 0.51 ถึง 1.2 กรัมต่อลิตร) ถูกเพิกถอนใบอนุญาตแบบมีเงื่อนไข และต้องเข้าอบรมหลักสูตรแอลกอฮอล์ ยา และการจราจร (Alcohol, Drugs and Traffic) จำนวน 12 ชั่วโมงรวมถึงทดสอบการขับขี่ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติใหม่ แต่หากระดับแอลกอฮอล์เกินกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ขับขี่จะต้องชำระค่าปรับจำนวน 1 เท่าของเงินเดือน ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่อย่างไม่มีเงื่อนไขเป็นระยะเวลา 3 ปี ตามด้วยการถูกควบคุมการขับขี่ด้วยแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock)

---

[569] Article 108 Traffic Act 2019 No.77 (IS)

[570] Section 53 Road Traffic Act (LBK 1079 of 14 November 2005) (DK)

[571] Section 55 Road Traffic Act (LBK 1079 of 14 November 2005) (DK)

[572] Section 117 (1) Road Traffic Act (LBK 1079 of 14 November 2005) (DK)

[573] Section 117b Road Traffic Act (LBK 1079 of 14 November 2005) (DK)

[574] Section 60 Road Traffic Act (LBK 1079 of 14 November 2005) (DK)

เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปีโดยไม่มีใบขับขี่รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 ปี นอกจากนี้ยังถูกจำคุกอย่างมีเงื่อนไขอีก 20 วัน อาจถูกยึดรถ และต้องเข้าอบรมหลักสูตรแอลกอฮอล์ ยา และการจราจร (Alcohol, Drugs and Traffic) จำนวน 12 ชั่วโมงรวมถึงทดสอบการขับขี่ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ประเทศไอร์แลนด์มีการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถทำการทดสอบลมหายใจเบื้องต้นได้เมื่อมีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์หรือในกรณีที่มีอุบัติเหตุรถชนกันซึ่งมีผู้ได้รับบาดเจ็บและต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ และสามารถสั่งผู้ขับขี่ให้หยุดตรวจแอลกอฮอล์ ณ จุดตรวจได้ นอกจากนี้ยังสามารถเก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ขับขี่ซึ่งถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลได้โดยแพทย์ต้องขอความยินยอมในการเก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ขับขี่ก่อน หากผู้ขับขี่ปฏิเสธการตรวจอาจถูกพิจารณาว่ามีความผิดฐานเมาแล้วขับ นับแต่ปี ค.ศ. 2011 ไอร์แลนด์กำหนดให้ผู้ขับขี่มือใหม่และผู้ที่มีอาชีพขับขี่ยานพาหนะซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไปซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถือว่ากระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม ค.ศ. 2020 ไอร์แลนด์ยังไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูเฉพาะ เช่น โปรแกรมแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) สำหรับผู้กระทำความผิดฐานเมาแล้วขับ ในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2018 ไอร์แลนด์ได้มีการปรับอัตราโทษสำหรับผู้ขับขี่มือใหม่และผู้ที่มีอาชีพขับขี่ยานพาหนะซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 20 ถึง 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไปซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 50 ถึง 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องระวางโทษปรับ 200 EUR และพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ 3 เดือน[575] โทษสูงสุดสำหรับการมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คือ การเพิกถอนใบอนุญาตเป็นเวลา 3 ปีสำหรับการกระทำความผิดครั้งแรก และ 6 ปีสำหรับการกระทำความผิดซ้ำ[576]

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีการกำหนดให้ผู้กระทำความผิดทางการจราจรในสวิตเซอร์แลนด์จะได้รับโทษที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามจำนวนและความรุนแรงของความผิดครั้งก่อนหากมีการกระทำผิดซ้ำภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นมาตรการทางปกครองที่เรียกว่า ระบบน้ำตก (Cascade System) โดยมีลักษณะคล้างคลึงกับระบบลงโทษด้วยการหักคะแนน (Penalty Point System) หรือระบบหักคะแนน (Demerit Point System) ซึ่งได้กล่าวถึงไปแล้วก่อนหน้านี้ นอกจากนั้นผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจราจรแทนบริษัทประกันภัยรถยนต์อีกด้วย สวิตเซอร์แลนด์กำหนดให้ผู้ขับขี่มือใหม่และผู้ที่มีอาชีพขับขี่ยานพาหนะซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไปซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์

---

[575] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE IRELAND,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_IRELAND_03.pdf.

[576] Section 26 (4) (c) Road Traffic Act 1961 Revised Updated to 12 August 2016 (IE)

ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมีความผิดฐานเมาแล้วขับ ระวางโทษสำหรับความผิดฐานเมาแล้วขับนั้นจะเพิ่มขึ้นตามระดับแอลกอฮอล์ในเลือด โดยมีโทษตั้งแต่การตักเตือน เพิกถอนใบอนุญาตขับขี่เป็นเวลา 1 เดือน และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ขั้นต่ำเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี และโทษปรับเริ่มต้นตั้งแต่ 600 ถึง 800 EUR (ไม่รวมค่าธรรมเนียมการดำเนินการและการตรวจวิเคราะห์แอลกอฮอล์) ไปจนถึงการลงโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม ค.ศ. 2022 ระบุว่าสวิตเซอร์แลนด์ยังไม่มีการบังคับใช้มาตรการแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) สำหรับผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ แต่มีใบอนุญาตขับขี่แบบคุมประพฤติ (Probationary Driving Licence) โดยเมื่อมีกระทำความผิดครั้งแรกซึ่งนำไปสู่การถอนใบอนุญาตขับขี่ ผู้ขับขี่จะถูกคุมประพฤติเป็นระยะเวลา 1 ปี กรณีกระทำความผิดซ้ำและถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ฉบับจริง ผู้ขับขี่จะถูกเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่แบบคุมประพฤติด้วยเช่นกัน และต้องมีการประเมินทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ยานพาหนะเพื่อยืนยันความเหมาะสมของผู้ขับขี่ ซึ่งการประเมินดังกล่าวมีต้นทุนค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง[577] หากบุคคลใดก็ตามจงใจปฏิเสธหรือไม่ยอมให้มีการตรวจเลือด ตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ หรือตรวจเบื้องต้นอื่น ๆ ต้องระวางโทษสูงสุดจำคุกไม่เกินสามปี[578]

5. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการขับขี่ข้ามแดน

ปัจจุบันอาเซียนมีมาตรการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายจราจรทางบก ตามความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ดังปรากฏในข้อ 6 คือ ผู้ถือใบอนุญาตขับขี่จะต้องถูกลงโทษฐานฝ่าฝืนกฎจราจรตามกฎหมายของประเทศซึ่งตนได้เดินทางเข้าไปในดินแดนนั้น[579] อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏมาตรการทางกฎหมายเป็นการเฉพาะสำหรับป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งบังคับใช้เป็นหลักสากลในกรณีการขับขี่ข้ามแดนแต่อย่างใด

สหภาพยุโรปกำหนดให้รัฐสมาชิกต้องทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับใบอนุญาตขับขี่ตามความปรากฏในข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลการออก แลกเปลี่ยน

---

[577] ETSC, **DRINK-DRIVING FACT FILE SWITZERLAND,** European Transport Safety Council, ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWITZERLAND_03.pdf.

[578] Article 91a Road Traffic Act (SVG) dated December 19, 1958 (as of January 1, 2020) (CH)

[579] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

ทดแทน ต่ออายุ หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่[580] ทำให้รัฐสมาชิกอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ที่ประสงค์จะเดินทางข้ามแดนได้ นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังได้ประกาศใช้ข้อกำหนดของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2015 เพื่ออำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพรมแดนเกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับการจราจรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน (Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences) โดยข้อกำหนดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้ถนนทุกคนในสหภาพยุโรปจะได้รับการคุ้มครองในระดับสูงโดยการอำนวยความสะดวกในการข้ามพรมแดน การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดจราจร และการบังคับใช้การลงโทษเมื่อปรากฏความผิดที่กระทำกับยานพาหนะซึ่งจดทะเบียนในประเทศสมาชิกอื่นที่ไม่ใช่ประเทศสมาชิกซึ่งความผิดได้เกิดขึ้น[581] ข้อกำหนดดังกล่าวครอบคลุมการละเมิดกฎจราจรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความเร็ว การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การไม่หยุดรอสัญญาณไฟจราจรสีแดง เมาแล้วขับ การขับรถขณะอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติด การไม่สวมหมวกนิรภัย การใช้ช่องทางเดินรถต้องห้าม และการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่หรืออุปกรณ์สื่อสารอื่นใดในขณะขับรถโดยมิชอบด้วยกฎหมาย[582] สำหรับการสอบสวนความผิดด้านการจราจรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนนั้น รัฐสมาชิกจะอนุญาตให้รัฐสมาชิกอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลทะเบียนรถ (Vehicle Registration Data – VRD) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับยานพาหนะและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเจ้าของหรือผู้ครอบครองยานพาหนะนั้นได้[583] จะเห็นได้ว่าข้อกำหนดดังกล่าวมีผลต่อผู้กระทำการฝ่าฝืนกฎหมายจราจรไม่เฉพาะแต่ในประเทศซึ่งตนเองเป็นพลเมืองเท่านั้น แต่ยังเท่ากับว่าเป็นการส่งต่อข้อมูลการกระทำผิดอย่างแพร่หลายไปยังรัฐสมาชิกอีกด้วย

6. บทวิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป

ผลการวิเคราะห์กฎหมายของสหภาพยุโรปในส่วนของการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทพบว่ามีจุดเด่น คือ ประการที่ 1 กฎหมายควบคุมการขับขี่

---

[580] Article 15 Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences (Recast) (EU)

[581] Article 1 Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

[582] Article 2 Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

[583] Article 4 (1) Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences (EU)

ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สหภาพยุโรปมีการประกาศใช้ข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ ส่งผลให้การดำเนินการในด้านการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการสร้างมาตรฐานการขับขี่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งภูมิภาค โดยสามารถนำมาเป็นต้นแบบให้กับภูมิภาคอื่นสำหรับการออกแบบมาตรการทางกฎหมายได้เป็นอย่างดี โดยมีรายละเอียดในส่วนของข้อกำหนดการออกใบอนุญาตขับขี่ที่สำคัญ คือ การกำหนดรูปแบบของใบอนุญาตขับขี่ระดับชาติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับประเทศสมาชิก การยอมรับใบอนุญาตขับขี่ในระหว่างประเทศสมาชิกร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ถือใบอนุญาตขับขี่สามารถเดินทางหรือย้ายถิ่นฐานได้สะดวกยิ่งขึ้น การกำหนดมาตรการป้องกันการปลอมแปลงใบขับขี่ การกำหนดอายุขั้นต่ำสำหรับผู้ขับขี่ตามประเภทของยานพาหนะ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ขับขี่มีประสบการณ์และทักษะที่เพียงพอก่อนการขอรับใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะแต่ละประเภท การกำหนดหลักเกณฑ์ที่ครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ เช่น คนพิการ การกำหนดกรอบระยะเวลาสำหรับประเทศสมาชิกในการปรับปรุงกฎหมายภายในประเทศตนเองให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของภูมิภาค การกำหนดแนวทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อป้องกันการกระทำความผิดของผู้ขับขี่ในระหว่างประเทศสมาชิก และการห้ามการขับขี่สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการขับขี่

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่าสหภาพยุโรปมีการกำหนดข้อแนะนำว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ โดยการจำกัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไว้ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นมาตรฐานร่วมกันของประเทศสมาชิก ช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายภายในของแต่ละประเทศมีความสอดคล้องกัน อันนำไปสู่การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการเมาแล้วขับได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ขับขี่มือใหม่ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สองล้อ และผู้ขับขี่ยานพาหนะขนาดใหญ่หรือบรรทุกสินค้าอันตรายซึ่งเป็นการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยบนท้องถนน นอกจากนี้ยังมีการแนะนำให้ใช้การทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้การตรวจสอบการเมาแล้วขับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่าสหภาพยุโรปมีมาตรการในการปฏิเสธการออกหรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ที่เสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน นอกจากนี้ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศยังได้มีการกำหนดระดับความเข้มข้นของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือดของผู้ขับขี่ไว้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะกัญชา โคเคน และแอมเฟตามีน และมีแนวทางการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws), หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่อง

ของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws), หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) และการใช้หลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) ซึ่งทำให้การบังคับใช้กฎหมายมีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับบริบทภายในของแต่ละประเทศ

ประการที่ 3 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่ามีการให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนควบคู่ไปกับการประเมินความปลอดภัยของผู้ขับขี่ การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ในสหภาพยุโรปต้องปฏิบัติภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนและหลักเสรีภาพของบุคคลอย่างเคร่งครัด โดยบุคคลจะต้องไม่ถูกละเมิดสิทธิเสรีภาพ ห้ามการทรมาน ห้ามการกระทำที่ไร้มนุษยธรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรี รวมถึงการจับกุมและควบคุมตัวผู้ขับขี่ต้องเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย สำหรับการประเมินความปลอดภัยของผู้ขับขี่จะต้องปฏิบัติตามการทดสอบที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการทดสอบการเคลื่อนไหวของตา (Gaze Nystagmus Test), การทดสอบยืนขาเดียว (One-Leg Stand Test) และการทดสอบเดินและหมุนตัว (Walk and Turn Test) รวมถึงการทดสอบเพิ่มเติมอื่น ๆ ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือรุกล้ำร่างกายของผู้ขับขี่แต่อย่างใด

ประการที่ 4 สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป พบว่าประเทศสมาชิกมีความตื่นตัวในการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยการออกกฎหมายควบคุมพร้อมทั้งบทลงโทษแก่ผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืน มาตรการลงโทษผู้ขับขี่มีความหลากหลายในแต่ละประเทศซึ่งเป็นไปตามบริบททางสังคมและความเหมาะสมของประเทศนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นโทษจำคุก ปรับ ริบทรัพย์สิน พักใช้ใบอนุญาตขับขี่ และเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ตลอดชีวิต โดยในบางประเทศมีการกำหนดอัตราค่าปรับแปรผันตามรายได้ของผู้ขับขี่เพื่อให้เกิดผลกระทบอย่างเท่าเทียมกันสำหรับผู้ขับขี่ทุกชนชั้น มีการส่งเสริมมาตรการในระดับภูมิภาคทั้งทางกฎหมาย การขนส่งทางเลือก การรณรงค์เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการใช้เทคโนโลยียานยนต์เพื่อป้องกันการเมาแล้วขับ และมีการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ในหลายประเทศเพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าสหภาพยุโรปมีความพยายามอย่างมากในการที่จะป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น โดยเน้นการลงโทษและการฟื้นฟูผู้กระทำผิดควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ประการที่ 5 ในส่วนที่เกี่ยวกับกฎหมายป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรปมีจุดเด่น คือ การสร้างข้อกำหนดเพื่อให้ประเทศสมาชิกต้องทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลการขับขี่และการกระทำผิดกฎหมายจราจรระหว่างกัน ซึ่งช่วยส่งเสริมความปลอดภัยบนถนนและเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายในระดับประเทศและระดับภูมิภาค ช่วยลดความเสี่ยงของการกระทำความผิดซ้ำในผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการถูกตรวจสอบประวัติการกระทำความผิดโดยการย้ายถิ่นฐานข้ามประเทศ นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลการกระทำผิดกฎหมายจราจรยังเป็นการทำให้ผู้ขับขี่ต้องเผชิญกับบทลงโทษตามกฎหมายไม่ว่าการกระทำนั้นจะ

เกิดขึ้น ณ สถานที่แห่งใดในสหภาพยุโรป ช่วยให้เกิดความเป็นธรรมและเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อสังคมในระดับภูมิภาค สำหรับความร่วมมือในการบังคับใช้กฎหมายจราจรข้ามพรมแดนโดยการส่งเสริมให้รัฐสมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลทะเบียนรถ (Vehicle Registration Data - VRD) ได้นั้น ส่งผลให้การกระทำความผิดโดยใช้ยานพาหนะที่จดทะเบียนในประเทศอื่นอาจถูกตรวจสอบและนำไปสู่การจับกุมผู้ขับขี่ในประเทศปลายทางได้ ซึ่งช่วยลดอาชญากรรมทางการจราจรในกลุ่มประเทศสมาชิก นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลใบอนุญาตขับขี่และการกระทำผิดกฎจราจรยังทำให้เกิดฐานข้อมูลจราจรขนาดใหญ่ที่ช่วยให้หน่วยงานของรัฐสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนามาตรการความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎจราจรที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในอนาคตได้

อย่างไรก็ตาม กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรปพบว่ามีจุดด้อย คือ ประการที่ 1 สำหรับกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป แม้ว่าสหภาพยุโรปจะได้ประกาศใช้ข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนของภูมิภาค แต่ยังคงปรากฏข้อด้อยบางประการ คือ การกำหนดรูปแบบของใบอนุญาตขับขี่ให้มีมาตรฐานเดียวกันอาจทำให้ประเทศสมาชิกบางกลุ่มซึ่งมีรายได้น้อย ประสบปัญหาในการยกระดับมาตรฐานการออกใบอนุญาตขับขี่ภายในประเทศของตนเอง รวมถึงเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายและก่อให้เกิดความล่าช้าในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับขี่มีการย้ายถิ่นฐาน ซึ่งต้องทำการแลกเปลี่ยนใบอนุญาตขับขี่เดิมคืนให้กับหน่วยงานของรัฐสมาชิกที่ออกใบอนุญาตนั้น การกำหนดเงื่อนไขในด้านอายุขั้นต่ำและอัตราส่วนกำลังของเครื่องยนต์ต่อน้ำหนัก โดยในบางประเทศอาจประสบกับสถานการณ์ความจำเป็นต่อการใช้ยานพาหนะที่แตกต่างกัน รวมถึงยานพาหนะที่มีใช้ในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกัน จึงเป็นความท้าทายต่อประเทศสมาชิกในการดำเนินงานให้เป็นไปตามข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ และการบังคับใช้ข้อกำหนดสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งอาจประสบปัญหาในด้านงบประมาณ ทรัพยากร บุคลากร และความสามารถทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจประเมินผู้ขับขี่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในระหว่างประเทศสมาชิกอันนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำของการบังคับใช้กฎหมาย

ประการที่ 2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป แม้ว่าคณะกรรมาธิการยุโรปจะได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดของผู้ขับขี่อย่างชัดเจนแล้ว แต่การสั่งการทดสอบผู้ขับขี่ในรูปแบบของการทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test – RBT) สำหรับการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์อาจเป็นภาระต่อบางประเทศที่มีงบประมาณและทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้การกำหนดมาตรการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลดูเหมือนว่าจะเป็นการเลือกปฏิบัติสำหรับบุคคลบางกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ผู้ใช้แรงงานในภาคการ

ขนส่งทางบก แต่กลับไม่มีข้อกำหนดเป็นพิเศษสำหรับผู้ขับขี่ในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งอาจส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่

ในส่วนของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่ายังคงขาดรายละเอียดในส่วนของการกำหนดระดับความเข้มข้นที่เหมาะสมของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิด ส่งผลให้มาตรการควบคุมในเรื่องดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศสมาชิก นอกจากนี้ยังเป็นการยากที่จะระบุความเสี่ยงบนบรรจุภัณฑ์ของยาทุกชนิดที่อาจส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่และความปลอดภัยทางถนน รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการทดสอบผู้ขับขี่เช่นเดียวกับการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ประการที่ 3 สำหรับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่าแม้จะมีจุดเด่นในด้านการเคารพสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพของบุคคล แต่การตรวจร่างกายผู้ขับขี่อาจมีความบกพร่องในด้านความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของการทดสอบภาคสนาม ซึ่งมีปัจจัยจากทั้งฝั่งของผู้ขับขี่และเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจร่างกาย กล่าวคือ ทางฝั่งผู้ขับขี่หากมีอาการเหนื่อยล้า ความเครียด ภาวะสุขภาพ หรือการสื่อสารที่ผิดพลาด อาจส่งผลให้การทดสอบขาดความแม่นยำ ส่วนทางฝั่งของเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจร่างกายซึ่งต้องใช้ทักษะการสังเกตและมีความรู้ในด้านวิธีการทดสอบแต่ละชนิดเป็นอย่างดี อาจเกิดความผิดพลาดได้หากไม่ได้รับการอบรมที่ดีเพียงพอ หรือการมีอคติต่อผู้ขับขี่ก็สามารถเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการทดสอบไม่ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้หากมีการสั่งการทดสอบซ้ำมากจนเกินไปอาจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลได้เนื่องจากก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ขับขี่ การทดสอบภาคสนามต้องใช้เวลาในการทดสอบนานกว่าปกติ อาจก่อให้เกิดการเสียเวลาและสร้างความเดือดร้อนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่น และประการสุดท้าย คือ ประเทศสมาชิกจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณในส่วนของการจัดฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร

ประการที่ 4 สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป พบว่าการที่แต่ละประเทศมีมาตรการลงโทษที่แตกต่างกันทั้งในด้านระดับความรุนแรงของโทษจำคุก การปรับ การริบทรัพย์สิน การพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ และการเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ส่งผลให้การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในแต่ละประเทศมีประสิทธิภาพแตกต่างกัน การมีข้อจำกัดในเรื่องการขนส่งทางเลือกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ในพื้นที่ที่ขาดแคลนระบบขนส่งสาธารณะหรือบริการรถแท็กซี่ ทำให้ผู้ขับขี่ในพื้นที่ดังกล่าวไม่มีทางเลือกอื่นในการเดินทางเมื่ออยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และการขาดการใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่ยอมรับเทคโนโลยีนี้ ทำให้ผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับยังสามารถขับขี่ยานพาหนะได้หากไม่ได้มีการติดตั้งอุปกรณ์ดังกล่าว

ประการที่ 5 มาตรการทางกฎหมายสำหรับป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในสหภาพยุโรป พบว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลการขับขี่และข้อมูลการกระทำผิดกฎหมายจราจรข้ามพรมแดนของสหภาพยุโรปอาจส่งผลกระทบในด้านความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลของผู้ขับขี่ โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจถูกส่งต่อและถูกเข้าถึงโดยมิชอบหรือความเสี่ยงในด้านการรั่วไหลของข้อมูล ซึ่งการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการบันทึกข้อมูลการขับขี่ที่ครอบคลุมทั้งหมดนี้จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย และการบำรุงรักษาระบบการสำรองข้อมูล เพื่อให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกบางประเทศอาจไม่มีความพร้อมในด้านเทคโนโลยีหรือขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างประเทศ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกอาจใช้ข้อมูลการขับขี่เป็นข้ออ้างในการปฏิเสธการเข้าประเทศหรือการย้ายถิ่นฐานของพลเมืองจากประเทศต้นทางไปยังประเทศปลายทาง มีความยากลำบากในการติดตามการบังคับใช้กับผู้ขับขี่ซึ่งเข้ามาพำนักในประเทศเป็นการชั่วคราว และประการสุดท้าย คือ มาตรการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจระหว่างประเทศเนื่องจากเป็นการเพิ่มต้นทุนในด้านการบริหารจัดการระบบขนส่งระหว่างประเทศ

สำหรับความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบันมีดังนี้ ประการที่ 1 สำหรับกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป พบว่าข้อกำหนดสหภาพยุโรปว่าด้วยใบอนุญาตขับขี่ ถือเป็นมาตรการสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในระดับภูมิภาค ซึ่งก่อให้เกิดการกำหนดมาตรฐานร่วมกันในการออกใบอนุญาตขับขี่ ลดความทับซ้อนในการออกใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ที่เดินทางหรือย้ายถิ่นฐานภายในสหภาพยุโรป ช่วยป้องกันการปลอมแปลงใบอนุญาตขับขี่ มีการกำหนดมาตรการพิเศษสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดในการขับขี่ และมาตรการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นซึ่งช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มประเทศสมาชิกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างจากประเทศอื่นในภูมิภาค โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้น้อยซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงมาตรฐานด้านการออกใบอนุญาตขับขี่ นอกจากนี้ข้อกำหนดเกี่ยวกับอายุขั้นต่ำและสมรรถนะของยานพาหนะอาจไม่เหมาะสมในบริบทของบางประเทศซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยานพาหนะแต่ละประเภทแตกต่างกันไป รวมถึงการกำหนดมาตรฐานการประเมินสมรรถนะสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งควรมีมาตรการสนับสนุนที่ชัดเจนในการลดความเหลื่อมล้ำของการบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มประเทศสมาชิก

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่าสหภาพยุโรปมีการให้แนวทางที่ดีแก่ประเทศสมาชิกในการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ของผู้ขับขี่ คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าปกติ รวมถึงการแนะนำให้ใช้การทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) ในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการเสนอแนะแนวทางเพิ่มเติมสำหรับการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่ในเบื้องต้นแทนที่การใช้มาตรการบังคับ เพื่อเป็นวิธีการทางเลือกในการตรวจผู้ขับขี่แก่ประเทศสมาชิกที่มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากร รวมถึงควรขยายข้อกำหนดเป็นพิเศษสำหรับผู้ขับขี่บางกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร เช่น ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคจำตัวหรือต้องใช้ยาบางอย่างซึ่งอาจส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่

สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่าสหภาพยุโรปมีการใช้งานมาตรการที่เหมาะสมในการปฏิเสธการออกหรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงการที่ประเทศสมาชิกมีการกำหนดระดับความเข้มข้นของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในเลือดไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนของระดับความเข้มข้นที่เหมาะสมของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งภูมิภาค รวมถึงการให้ข้อแนะนำที่ชัดเจนสำหรับยาบางกลุ่มซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ว่าควรมีระดับเท่าใดในเลือด หรือไม่ควรมีการตรวจพบยาหรือสารดังกล่าวเลยในผู้ขับขี่ และควรมีการกำหนดมาตรการสนับสนุนในด้านการตรวจคัดกรองยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของผู้ขับขี่ในเบื้องต้น เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายสำหรับประเทศที่มีงบประมาณและทรัพยากรจำกัด

ประการที่ 3 สำหรับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของสหภาพยุโรป พบว่ามีความเหมาะสมในด้านการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการทดสอบที่ไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล แต่ควรได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ข้อแนะนำการจัดหลักสูตรฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในด้านวิธีการตรวจ จำนวนครั้งของการตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ บุคคลผู้มีหน้าที่ตรวจประเมินผู้ขับขี่ รวมถึงข้อแนะนำสำหรับผู้ขับขี่เมื่อต้องเข้ารับการทดสอบความบกพร่องของการขับขี่ นอกจากนี้ควรได้มีการพิจารณาถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณของประเทศสมาชิก รวมถึงมาตรการช่วยเหลือประเทศเหล่านั้นให้สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายได้อย่างสมบูรณ์

ประการที่ 4 สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรป พบว่ามีความเหมาะสมในหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นความยืดหยุ่นของการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการปรับมาตรการให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้อาจทำให้ระดับประสิทธิภาพในการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแต่ละประเทศแตกต่างกัน การกำหนดโทษปรับแปรผันตามรายได้เพื่อความเท่า

เทียม โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะได้รับโทษที่มีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของตนเองเทียบเท่ากับผู้ที่มีรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตาม ระบบนี้อาจสร้างความซับซ้อนในด้านการปฏิบัติโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ไม่แน่นอนซึ่งยากต่อการพิสูจน์ว่าอัตราค่าปรับที่กำหนดขึ้นจะสอดคล้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลจริงหรือไม่ การส่งเสริมมาตรการขนส่งทางเลือกซึ่งป้องกันไม่ให้เกิดการเมาแล้วขับ แต่อาจสร้างปัญหาให้กับผู้ขับขี่ในพื้นที่ชนบทซึ่งไม่มีทางเลือกในการเดินทาง การใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ซึ่งมีส่วนช่วยป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลได้เป็นอย่างดีแต่ยังขาดการใช้งานอย่างแพร่หลาย และการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ซึ่งเป็นมาตรการที่เน้นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุและลดโอกาสในการกระทำผิดซ้ำ จึงควรส่งเสริมโปรแกรมดังกล่าวให้แพร่หลายไปทั่วทั้งภูมิภาค

ประการที่ 5 ความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบันของกฎหมายป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของสหภาพยุโรปนั้น ถือว่ามีความเหมาะสมในแง่ของการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายและความปลอดภัยทางถนน ช่วยลดช่องว่างในการบังคับใช้กฎหมาย ทำให้ผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมการขับขี่ไม่ปลอดภัยหรือฝ่าฝืนกฎหมาย ไม่สามารถหลบหนีความผิดโดยการย้ายถิ่นฐานไปยังประเทศอื่น ช่วยป้องกันอาชญากรรมทางการจราจรโดยการให้ประเทศสมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลทะเบียนรถของประเทศอื่น ๆ ได้ ช่วยสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อพัฒนาความปลอดภัยทางถนน อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการเพิ่มเติมในเรื่องของการปกป้องความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขับขี่ ควรมีการเสริมมาตรการสนับสนุนสำหรับประเทศสมาชิกซึ่งยังขาดความพร้อมในการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล และควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์เรื่องเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของพลเมืองแห่งสหภาพยุโรป เพื่อป้องกันการใช้ข้อมูลการขับขี่และการกระทำผิดข้ามพรมแดนมาเป็นข้ออ้างในการปฏิเสธการเข้าประเทศหรือจำกัดเสรีภาพในการย้ายถิ่นฐาน

7. ความจำเป็นในการบูรณาการกฎหมายของอาเซียนเปรียบเทียบสหภาพยุโรป

เนื่องจากอาเซียนมีเป้าหมายในการจัดตั้งเพื่อส่งเสริมด้านเศรษฐกิจการค้าในภูมิภาคยิ่งไปกว่าการมุ่งเน้นการควบรวมระบบเศรษฐกิจ การเมือง และการปกครองในลักษณะของสหภาพ ทำให้รัฐสมาชิกยังคงไว้ซึ่งลักษณะเฉพาะของระบบกฎหมายของตนเอง ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในด้านกฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังนั้นอาเซียนจึงมีความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการกฎหมายให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อลดปัญหาความแตกต่างของมาตรฐานการควบคุมผู้ขับขี่ในแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตาม การบูรณาการกฎหมายในลักษณะผูกพันให้ประเทศสมาชิกต้องปฏิบัติตามหรือกำหนดมาตรการตอบโต้อื่น ๆ หากประเทศสมาชิกละเมิดข้อตกลงร่วมกันดูเหมือนว่าจะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมสำหรับอาเซียน ในขณะที่กฎหมายอย่างอ่อน (Soft Laws) ซึ่งมีลักษณะเป็นแนวทางปฏิบัติอันแสดงถึงข้อตกลง การประกาศ หรือการโต้ตอบบางอย่างที่ไม่มีผล

ผูกพันทางกฎหมาย อาจเป็นวิธีการที่ดีในการส่งเสริมความร่วมมือของอาเซียน แม้ว่าอาเซียนจะมีองค์กรสนับสนุนในรูปแบบของคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านมาตรฐานและคุณภาพของอาเซียน (ASEAN Consultative Committee on Standards and Quality - ACCSQ) ซึ่งตอบสนองต่อการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีด้านกฎระเบียบของอาเซียน (ASEAN Guidelines on Good Regulatory Practices - ASEAN Guideline on GRP) และแนวปฏิบัติเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือสมาชิกอาเซียนในการพัฒนาและดำเนินการตามแนวทางการกำกับดูแลที่เหมาะสม เพื่อการจัดทำและการใช้กฎระเบียบทางเทคนิคซึ่งอนุวัติตามความตกลงว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (Agreement on Technical Barriers to Trade - TBT Agreement) ซึ่งประกาศโดยองค์การการค้าโลก (World trade Organization - WTO)[584] แต่วิธีการดังกล่าวยังไม่เคยมีการนำมาปรับใช้กับการสร้างกฎเกณฑ์เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนภายในภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสหภาพยุโรป พบว่าประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปมีการประสานและการบูรณาการกฎหมายสารบัญญัติเป็นอย่างดี แต่ยังคงมีความแตกต่างในส่วนของกฎหมายวิธีสบัญญัติ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสหภาพ โดยประเทศสมาชิกมีหน้าที่ในการอนุวัติข้อกำหนดต่าง ๆ ของสหภาพยุโรปเข้ากับกฎหมายของตนเองผ่านกระบวนการแก้ไขและบังคับใช้กฎหมาย โดยยังคงไว้ซึ่งหลักการเคารพในเอกราชของแต่ละประเทศ[585] จะเห็นได้ว่าการนำหลักการของสหภาพยุโรปมาบังคับใช้กับอาเซียนเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากเนื่องมาจากการมีภูมิหลังที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังคงพบประเด็นปัญหาที่สำคัญซึ่งมีความจำเป็นต่อการที่อาเซียนจะต้องบูรณาการกฎหมายโดยสามารถสรุปได้ดังนี้

ประการที่ 1 ปัจจุบันอาเซียนไม่มีกฎหมายร่วมกันอย่างชัดเจนในการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้แต่ละประเทศมีหลักการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งเกินกว่าค่าที่กำหนดในประเทศหนึ่งอาจไม่ถือเป็นความผิดในประเทศสมาชิกอื่น ความแตกต่างในเรื่องดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ขับขี่ที่มีความจำเป็นต้องเดินทางข้ามแดน โดยหนึ่งในประเด็นที่น่าสนใจซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับการแก้ไขปัญหาความแตกต่างระหว่างข้อกฎหมายในแต่ละประเทศได้ คือ การบูรณาการกฎหมาย (Harmonization of Laws) ซึ่งเป็นการรวมหรือประสานกฎหมายของประเทศต่าง ๆ แล้วนำมาสร้างเป็นกฎทั่วไปสำหรับการประกาศใช้แทนที่กฎหมายภายในของแต่ละประเทศ เช่น คณะกรรมาธิการสหประชาชาติว่าด้วยกฎหมายการค้าระหว่างประเทศ (United Nations Commission on International Trade Law -

---

[584] ASEAN Secretariat, **ASEAN Guidelines on Good Regulatory Practices** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2019), pp. 1-3.

[585] Katalin J. Cseres, “Harmonization: Legal Enforcement” in **Encyclopedia of Law and Economics,** Jürgen Backhaus, (New York: Springer New York, 2015), p. 1.

UNCITRAL) องค์การเพื่อการประสานกฎหมายความร่วมมือในแอฟริกา (Organization for the Harmonization of Corporate Law in Africa) สถาบันระหว่างประเทศเพื่อสร้างเอกภาพให้แก่กฎหมายเอกชน (International Institute for the Unification of Private Law - UNIDROIT) หลักกฎหมายสัญญายุโรป (Principles of European Contract Law - PECL) และหลักกฎหมายสัญญาเอเชีย (Principles of Asian Contract Law - PACL) โดยข้อพิจารณาของการแทนที่กฎหมายท้องถิ่นที่มีอยู่ด้วยกฎหมายใหม่สำหรับใช้ร่วมกันระหว่างกลุ่มประเทศ คือ แต่ละประเทศอาจสูญเสียประโยชน์ของความเชี่ยวชาญจากการใช้ระบบกฎหมายเดิมของตนเอง และจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับกฎเกณฑ์ชุดใหม่[586] โดยหลักการดังกล่าวข้างต้นอาจนำมาเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการพัฒนากฎหมายร่วมกันของอาเซียน

ประการที่ 2 ปัจจุบันอาเซียนไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาความแตกต่างของข้อกฎหมายเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในแต่ละประเทศ แม้ว่าคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านมาตรฐานและคุณภาพของอาเซียน (ASEAN Consultative Committee on Standards and Quality - ACCSQ) จะได้มีการพัฒนาระบบการกำกับดูแลที่สอดคล้องกันสามระบบ ได้แก่ 1) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยโครงการกำกับดูแลเครื่องสำอางที่สอดคล้องกัน ตาราง B: ข้อกำหนดเครื่องสำอางอาเซียน ค.ศ. 2003 (The Agreement on the ASEAN Harmonised Cosmetic Regulatory Scheme, Schedule B: ASEAN Cosmetic Directive (ACD) (2003)) สำหรับการควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง, 2) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยระเบียบข้อกำหนดด้านอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่ประสานกัน ค.ศ. 2005 (The Agreement on the ASEAN Harmonized Electrical and Electronic Equipment (EEE) Regulatory Regime (AHEEERR) (2005)) สำหรับการควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และ 3) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยข้อกำหนดด้านอุปกรณ์การแพทย์ ค.ศ. 2014 (The ASEAN Agreement on Medical Device Directive (AMDD) (2014)) สำหรับการควบคุมอุปกรณ์การแพทย์ การกำกับดูแลที่สอดคล้องกันทั้งสามระบบนี้บังคับให้รัฐสมาชิกต้องประสานกระบวนการและข้อกำหนดภายในประเทศของตนให้สอดคล้องกัน[587] อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติทั้งหมดข้างต้นมีลักษณะเป็นไปเพื่อเพิ่มความเสมอภาคในการดำเนินธุรกิจ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการควบคุมการขับขี่ยานพาหนะ

---

[586] Marcel Fontaine, “Law harmonization and local specificities – a case study: OHADA and the law of contracts”, Uniform Law Review 18, 1 (March 2013): 50-51.

[587] ASEAN Consultative Committee on Standards and Quality, **General Principles for Harmonisation of Regulatory Regimes,** Association of Southeast Asian Nations, ค้นวันที่ 23 ตุลาคม 2565 จาก https://asean.org/wp-content/uploads/2021/01/ASEAN-General-Principles-for-Harmonisation-of-Regulatory-Regimes-1.pdf.

ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้การกำหนดแนวทางที่สอดคล้องกันสำหรับบังคับใช้กับผู้ขับขี่ในอาเซียนดูเหมือนจะยังคงเป็นเรื่องที่ท้าทายและรอการแก้ไขอยู่

คุณลักษณะเฉพาะของการพัฒนาอาเซียน

อาเซียนมีรูปแบบการจัดตั้งองค์กรที่มีเอกลักษณ์แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ดังนั้นในการพัฒนาอาเซียนจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงคุณลักษณะเฉพาะของความเป็นองค์กรนานาชาติ ความผูกพันของรัฐสมาชิก และข้อแตกต่างกับสหภาพยุโรป เพื่อนำไปสู่การจัดการความแตกต่างของประเทศในกลุ่มอาเซียน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความแตกต่างระหว่างความตกลงของอาเซียนในฐานะองค์กรและกฎหมายภายในของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียน

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของอาเซียนรวมถึงการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศสมาชิก สามารถจำแนกข้อแตกต่างของการดำเนินงานในระดับภูมิภาคและระดับประเทศได้ดังนี้

ประการที่ 1 ระดับของการบังคับใช้นโยบายและกฎหมาย ตามกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ข้อ 1 (1) และ (2) เนื่องจากอาเซียนมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อรักษาและเสริมสร้างสันติภาพ ความมั่นคง และเสถียรภาพของภูมิภาค รวมถึงเพิ่มความสามารถและความร่วมมือในทางการเมือง ความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมให้มากยิ่งขึ้น[588] ดังนั้นอาเซียนจึงทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการประสานความร่วมมือในระดับภูมิภาค ผ่านกระบวนการจัดการประชุมและการกำหนดนโยบาย เช่น การจัดการประชุมรัฐมนตรีขนส่งอาเซียน และการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการส่งเสริมความร่วมมือโดยที่อาเซียนไม่มีอำนาจในการเข้าไปบริหารจัดการนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศสมาชิกโดยตรง ในขณะที่ประเทศสมาชิกมีอำนาจเต็มในการบริหารจัดการนโยบายและการสร้างมาตรการทางกฎหมายที่กำหนดโดยรัฐบาลของแต่ละประเทศ ไม่ว่าจะเป็นแผนแม่บทระดับชาติ การตรากฎหมาย รวมถึงการออกแบบมาตรการสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน แต่สามารถบังคับได้เป็นการเฉพาะภายในประเทศของตนเองเท่านั้น

ประการที่ 2 เป้าหมายการบังคับใช้กฎหมาย อาเซียนมีเป้าหมายในการจัดตั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างรัฐสมาชิกในด้านต่าง ๆ โดยยังคงไว้ซึ่งการเคารพต่อเอกราช อธิปไตย ความเสมอภาค บูรณภาพ และอัตลักษณ์ประจำชาติของประเทศสมาชิกอาเซียนทุกประเทศ ตามกฎ

---

[588] Association of Southeast Asian Nations, **The ASEAN Charter** (Jakarta: Asean Secretariat, 2008), p. 3.

บัตรอาเซียน ข้อ 2 (2) (a)[589] ดังนั้นการตรากฎหมายใด ๆ ของอาเซียนจึงไม่ได้มุ่งเน้นการแทรกแซงกิจการภายในหรือควบคุมการออกกฎหมายของรัฐสมาชิก อาเซียนมุ่งเน้นเฉพาะการประสานความร่วมมือระหว่างรัฐสมาชิก การจัดทำแนวปฏิบัติตามโดยอ้างอิงตามแนวทางสากล และการรวบรวมข้อมูลสถิติการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของประเทศสมาชิก เพื่อสะท้อนภาพรวมผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการส่งเสริมนโยบายความปลอดภัยทางถนนของภูมิภาค ในขณะที่การกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมของผู้ขับขี่ภายในประเทศของตนเอง โดยข้อผูกพันทางกฎหมายที่มีต่อประชาชนและผู้ใช้ถนนของแต่ละประเทศนั้นมีแนวทางที่แตกต่างกัน เช่น อินโดนีเซียและเวียดนามเข้มงวดต่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่เป็นอย่างมาก ในขณะที่สิงคโปร์ผ่อนปรนให้สามารถตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ได้ แต่ได้มีการเพิ่มมาตรการเสริมและเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับผู้ใช้ถนนภายในประเทศ ซึ่งส่งผลให้ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน

2. ความแตกต่างระหว่างระบบกฎหมายของอาเซียนและระบบกฎหมายของสหภาพยุโรป

อาเซียนและสหภาพยุโรปมีระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การควบคุมรัฐสมาชิกในการด้านการสร้างความปลอดภัยทางถนนเป็นไปในรูปแบบของตนเอง โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

ประการที่ 1 การดำเนินงานในรูปแบบสถาบันเหนือรัฐชาติ เนื่องจากการดำเนินงานของอาเซียนมีลักษณะเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในด้านต่าง ๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ความมั่นคง และวัฒนธรรมตามที่ได้กล่าวไปแล้ว โดยไม่มีลักษณะของการเข้าแทรกแซงกิจการภายในของรัฐสมาชิก และไม่ได้มุ่งเน้นการสร้างองค์กรที่มีอำนาจเหนือรัฐชาติ ในขณะที่สหภาพยุโรปมีการกำหนดกรอบการดำเนินงานของสหภาพที่ใช้บังคับแก่รัฐสมาชิก โดยให้มีการจัดตั้งสถาบันของสหภาพ (Union's Institutions) ได้แก่ 1) รัฐสภายุโรป (European Parliament), 2) คณะมนตรียุโรป (European Council), 3) คณะมนตรี (Council), 4) คณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission), 5) ศาลยุติธรรมแห่งสหภาพยุโรป (Court of Justice of the European Union), 6) ธนาคารกลางยุโรป (European Central Bank) และ 7) ศาลสอบบัญชี (Court of Auditors) ทั้งนี้แต่ละสถาบันจะต้องปฏิบัติภายในขอบเขตอำนาจที่ได้รับมอบหมายไว้ในสนธิสัญญา[590] ทำให้การสหภาพยุโรปสามารถควบคุมกิจการของประเทศสมาชิกได้หากการกระทำดังกล่าวอยู่ภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน

---

[589] Ibid, p. 6.

[590] Article 3 Consolidated versions of the Treaty on European Union (EU)

ประการที่ 2 รูปแบบกฎหมายที่บังคับใช้ในภูมิภาค อาเซียนไม่มีการใช้มาตรการทางกฎหมายระดับภูมิภาคที่เป็นกฎหมายอย่างแข็ง (Hard Laws) แต่ใช้การจัดประชุมเพื่อหามติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งในรูปแบบของ ความตกลง (Agreement) เช่น ความตกลงอาเซียนว่าด้วยระเบียบข้อกำหนดด้านอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่ประสานกัน ค.ศ. 2005 (The Agreement on the ASEAN Harmonized Electrical and Electronic Equipment (EEE) Regulatory Regime (AHEEERR) (2005)) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยข้อกำหนดด้านอุปกรณ์การแพทย์ ค.ศ. 2014 (The ASEAN Agreement on Medical Device Directive (AMDD) (2014)) และความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ในขณะที่สหภาพยุโรปใช้การบูรณาการกฎหมายระหว่างประเทศในรูปแบบของข้อบังคับ (Regulation) ข้อกำหนด (Directive) คำวินิจฉัย (Decision) ข้อแนะนำ (Recommendation) และความคิดเห็น (Opinion)[591] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ในส่วนของการกำหนดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ตามข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อแนะนำสำหรับประเทศสมาชิกในการสร้างกฎระเบียบภายในประเทศของตนเอง แต่ไม่ใช่การบังคับอย่างเด็ดขาด และไม่มีบทลงโทษสำหรับประเทศซึ่งไม่พร้อมจะดำเนินการตามข้อแนะนำดังกล่าว ซึ่งเป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้สำหรับการนำมาปรับใช้กับอาเซียน

4. แนวทางการจัดการความแตกต่างของประเทศในกลุ่มอาเซียน

สำหรับการจัดการความแตกต่างของรัฐสมาชิกอาเซียนสามารถพิจารณาได้ดังนี้

ประการที่ 1 เป้าหมายการจัดการความปลอดภัยทางถนนร่วมกันของรัฐสมาชิก เนื่องจากอาเซียนไม่มีข้อกำหนดเป็นการเฉพาะสำหรับควบคุมรัฐสมาชิกในด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนร่วมกัน คงมีเพียงยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งไม่ใช่ข้อบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตาม แต่เป็นการให้อิสระสำหรับแต่ละประเทศในการดำเนินการภายใต้กฎหมายของตนเอง ในขณะที่สหภาพยุโรปโดยรัฐสภายุโรปและคณะมนตรีได้รับอำนาจตามกระบวนการนิติบัญญัติในการกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับ

---

[591] National Centre for Freedom from Addictions, **Exploring Drug Driving Legislation in Malta in the Context of the European Landscape** (Attard: San Anton Palace, 2016), p. 16.

กฎทั่วไปที่ใช้บังคับเกี่ยวกับการขนส่งระหว่างประเทศ มาตรการเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในการขนส่ง และบทบัญญัติอื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร[592] ดังนั้นการส่งเสริมอาเซียนในประเด็นดังกล่าวจึงควรเป็นไปในรูปแบบของการจัดประชุมระหว่างประเทศแล้วสร้างเป็น ความตกลง (Agreement) ร่วมกัน เช่นเดียวกับในเรื่องการอนุญาตใบขับขี่สากลสำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียน

ประการที่ 2 ความแตกต่างในด้านรายละเอียดกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ อาเซียนมีการพัฒนาแนวนโยบายหรือกรอบความร่วมมือด้านความปลอดภัยทางถนนแก่ประเทศสมาชิกในลักษณะที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายหรือปราศจากการบังคับ แต่เป็นการมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือตามแนวคิด ห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะเสาหลักด้าน ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Road Users) โดยอาเซียนทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการตรากฎหมายเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิก ได้แก่ การจำกัดความเร็วของประเทศ (National Speed Limits) กฎหมายเมาแล้วขับระดับชาติ (National Drink Driving-Driving Law) กฎหมายว่าด้วยหมวกนิรภัยรถจักรยานยนต์แห่งชาติ (National Motorcycle Helmet Law) กฎหมายว่าด้วยเข็มขัดนิรภัยแห่งชาติ (National Seat-Belt Law) กฎหมายว่าด้วยเบาะนิรภัยเด็กแห่งชาติ (National Child Restraint Law) กฎหมายเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถแห่งชาติ (National Law on Mobile Phones while Driving) และกฎหมายการขับขี่ขณะเสพยาเสพติดแห่งชาติ (National Drug-Driving law)[593] ในขณะที่ประเทศสมาชิกสามารถเลือกได้ว่าจะปฏิบัติตามแนวทางของอาเซียนหรือไม่ เช่น ฟิลิปปินส์ให้ความสำคัญกับการควบคุมแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ ในขณะที่ประเทศสมาชิกอีกหลายประเทศไม่ปรากฏแนวนโยบายหรือกฎหมายเพื่อควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์[594] ดังนั้นเพื่อแก้ไขความแตกต่างดังกล่าวจึงควรได้มีการจัดทำ ข้อแนะนำอาเซียน (ASEAN Recommendation) เช่นเดียวกับสหภาพยุโรป โดยข้อแนะนำดังกล่าวไม่ได้มีลักษณะเป็นการบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตาม แต่เป็นการส่งเสริมมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนร่วมกันในด้านการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ทั้งในแง่ของการกำหนดนโยบาย การออกแบบมาตรการทางกฎหมาย หลักการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ การกำหนดมาตรการลงโทษ และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ขับขี่ที่เป็นมาตรฐานสากล

---

[592] Article 91 Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU)

[593] ASEAN Secretariat, **ASEAN Regional Road Safety Strategy** (Jakarta: ASEAN Secretariat, 2016), p. 44.

[594] Ibid, pp. 23-24.

การพัฒนากรอบกฎหมายของอาเซียน

ผลการวิเคราะห์กฎหมายของอาเซียนแบ่งออกได้เป็นประเด็นดังนี้ 1) กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน, 2) กฎหมายป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน และ 3) การบูรณาการนโยบายและกฎหมายของกลุ่มประเทศอาเซียน

ในส่วนกฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน มีจุดเด่น คือ ประการที่ 1 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนมีการใช้ข้อตกลงร่วมกันในการขับขี่ คือ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ซึ่งส่งผลให้ผู้ขับขี่จากทุกประเทศในกลุ่มสามารถเดินทางข้ามแดนได้โดยใช้ใบอนุญาตขับขี่ของประเทศซึ่งตนเองเป็นพลเมืองอยู่ โดยแต่ละประเทศสามารถบังคับใช้กฎหมายจราจรได้กับผู้ขับขี่ทุกคนที่เดินทางเข้ามา ทำให้มีความยืดหยุ่นต่อการบริหารจัดการภายในและการกำหนดมาตรการลงโทษที่เป็นอิสระต่อกัน นอกจากนี้ประเทศสมาชิกทุกประเทศยังได้มีการบัญญัติกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติหรือเทียบเท่าเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์อีกด้วย

ประการที่ 2 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของอาเซียนมีการให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนและการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ผ่านการประกาศใช้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ถือได้ว่าอาเซียนเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจนตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกทุกประเทศรวมถึงประเทศติมอร์-เลสเต ได้มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างความตื่นตัวในเรื่องการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการเมาแล้วขับนั้นค่อนข้างประสบความสำเร็จในกลุ่มประเทศสมาชิก นอกจากนี้แต่ละประเทศยังได้มีการรายงานความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์โดยเฉพาะประเทศอินโดนีเซีย สิงคโปร์ และเวียดนาม

ประการที่ 3 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของอาเซียนให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหายาเสพติดผ่านการประกาศใช้ปฏิญญาร่วมกันในระดับภูมิภาคจำนวนหลายฉบับมาเป็นเวลากว่า 40 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 เป็นต้นมา และมีแผนการดำเนินงานในปัจจุบันที่ชัดเจน คือ แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การทำให้อาเซียนปลอดยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีการ

รายงานสถิติการควบคุมยาเสพติดซึ่งมีแนวโน้มการจับกุมที่เพิ่มสูงขึ้นสำหรับยาเสพติดบางประเภท แสดงให้เห็นว่าประเทศสมาชิกอาเซียนมีความตั้งใจอย่างแท้จริงในการจัดการปัญหายาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการเสพเพื่อความบันเทิงหรือการตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในขณะทำการขับขี่ยานพาหนะ ประกอบกับการที่ประเทศสมาชิกหลายประเทศได้กำหนดให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทถือเป็นความผิดโดยไม่ได้กำหนดระดับสูงสุดของยาที่ตรวจพบในเลือดไว้อย่างชัดเจน จึงอนุมานได้ว่าประเทศสมาชิกส่วนใหญ่มีการนำหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) มาปรับใช้กับการควบคุมบุคคลทั่วไปรวมถึงผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประการที่ 4 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของอาเซียนมีการประกาศปฏิญญาเพื่อรับรองสิทธิมนุษยชนของพลเมืองอาเซียน ซึ่งครอบคลุมถึงหลักการจับกุม การค้น การตรวจร่างกาย และข้อสันนิษฐานว่าเป็นผู้บริสุทธิ์สำหรับผู้ถูกกล่าวหาในคดีความผิดทางอาญา นอกจากนี้บางประเทศในอาเซียนยังได้ให้สิทธิแก่ผู้ขับขี่ซึ่งต้องสงสัยว่าได้กระทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์สามารถปฏิเสธการตรวจร่างกายได้แต่อาจถูกตั้งข้อหาในความผิดฐานเมาแล้วขับ เช่นเดียวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์

ประการที่ 5 สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทุกประเทศในอาเซียนล้วนให้ความสำคัญกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ โดยมีการกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ตั้งแต่โทษพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ โทษริบยานพาหนะที่ใช้กระทำความผิด โทษปรับ และโทษจำคุก รวมถึงการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำด้วยการเพิ่มอัตราโทษให้มากกว่าการกระทำความผิดครั้งแรก ส่วนการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนั้น พบว่าหลายประเทศมีการกำหนดให้เป็นฐานความผิดเดียวกันกับการเมาแล้วขับอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศสมาชิกมีความตื่นตัวในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างมาก

กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดด้อย คือ ประการที่ 1 สำหรับกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แม้ว่าอาเซียนจะมีการใช้ข้อตกลงร่วมกันในการขับขี่ แต่ข้อตกลงดังกล่าวไม่มีการกำหนดในเรื่องมาตรการทางกฎหมายสำหรับควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้แต่ละประเทศต้องบังคับใช้กฎหมายจราจรของตนเองซึ่งมีมาตรฐานแตกต่างกัน และแม้ว่าทุกประเทศจะมีกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แต่บางประเทศยังไม่มีบทบัญญัติสำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ นอกจากนี้การกำหนดโทษสำหรับยาเสพติดแต่ละประเภทซึ่งมีความแตกต่างกันยังส่งผลต่อมาตรฐานทางกฎหมายและความปลอดภัยทางถนนที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การขับขี่ภายใต้

อิทธิพลของกัญชาและกระท่อมนั้นไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายจราจรทางบกของประเทศไทย รวมถึงไม่อยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายยาเสพติดหากได้กระทำตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด ในขณะที่ทุกประเทศในกลุ่มอาเซียนนั้นให้ความสำคัญกับการจับกุมผู้เสพ ครอบครอง และนำเข้ายาเสพติดทุกชนิด รวมถึงยาเสพติดในกลุ่มกัญชาและกระท่อม

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ เนื่องจากอาเซียนไม่มีกฎหมายเฉพาะหรือกฎหมายในระดับภูมิภาคสำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ทำให้ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันสำหรับการกำหนดฐานความผิดแก่ผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาในด้านความแตกต่างของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ในแต่ละประเทศ ความแตกต่างของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่แต่ละประเภท รวมถึงการใช้หลักกฎหมายที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) และหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ทำให้กฎหมายจราจรทางบกในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ของแต่ละประเทศนั้นขาดความเป็นเอกภาพและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ผลลัพธ์ความสำเร็จของการลดจำนวนการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนอันเนื่องมาจากการเมาแล้วขับของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก

ประการที่ 3 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ของอาเซียน เนื่องจากการควบคุมยาเสพติดของอาเซียนนั้นเป็นการจับกุมในภาพรวมสำหรับผู้ที่ครอบครองยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยไม่ได้แยกประเด็นเฉพาะสำหรับการควบคุมยาเสพติดในกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะประกอบกับนโยบายและกฎหมายของแต่ละประเทศที่มุ่งเน้นการป้องกันผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ทำให้ในปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงประเทศสมาชิกบางส่วนยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายและบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท นอกจากนี้ตั้งแต่ที่ได้มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (Declaration of ASEAN Concord) ในปี ค.ศ. 1976 จนถึงปัจจุบัน พบว่าอาเซียนยังไม่มีข้อบังคับหรือบทลงโทษสำหรับประเทศสมาชิกในการจัดการกับปัญหายาเสพติด และไม่ได้มีการกล่าวถึงข้อกำหนดเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่นอกเหนือจากแอลกอฮอล์นั้นยังไม่เคยเกิดขึ้นในหลักการดำเนินงานสากลของอาเซียน กับทั้งปัญหาในเรื่องความแตกต่างของมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาเสพติด เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคที่ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาและกระท่อมไม่ถือเป็นความผิด โดยยังมิได้มีการกำหนดระดับสูงสุดของสารดังกล่าวในเลือดที่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างถูกกฎหมาย

ประการที่ 4 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ของอาเซียนยังไม่มีข้อกำหนดหรือแนวทางอย่างชัดเจนในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ซึ่งต้องสงสัยว่าตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้แต่ละประเทศมีการกำหนดหลักการและวิธีการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลต่อการขาดเอกภาพในเรื่องดังกล่าวและอาจทำให้ผู้ขับขี่ไม่สามารถโต้แย้งผลการตรวจหรือขอรับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นด้วยหลักการที่เป็นสากล

ประการที่ 5 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนไม่มีมาตรการทางกฎหมายสากลสำหรับลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระดับภูมิภาค ทำให้ต้องนำกฎหมายจราจรของแต่ละประเทศมาปรับใช้ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกยังมีการกำหนดอัตราโทษปรับและโทษจำคุกที่แตกต่างกันอย่างมาก รวมถึงการไม่มีระบบกำหนดโทษที่แปรผันตามระดับของความผิดในบางประเภท ทำให้โทษที่ผู้กระทำความผิดได้รับนั้นไม่สอดคล้องกับระดับความเสียหายที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ในประเด็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น พบว่าในบางประเทศมีการกำหนดความผิดสำหรับการเมาแล้วขับอันเป็นผลมาจากการบริโภคแอลกอฮอล์เท่านั้น โดยไม่มีมาตรการลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดชนิดอื่น ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายจราจรได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบัน มีดังนี้ ประการที่ 1 สำหรับกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เนื่องจากความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ยังขาดความครอบคลุมในส่วนของการบังคับใช้กฎหมายจราจรที่เป็นสากลร่วมกัน กับทั้งไม่มีการกล่าวถึงมาตรการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้การแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลในระดับภูมิภาคนั้นมีการดำเนินงานในลักษณะแยกส่วน คือ ต้องบังคับใช้กฎหมายภายในของแต่ละประเทศโดยไม่มีมาตรการทางกฎหมายที่เป็นสากลในระดับภูมิภาค นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาในด้านความแตกต่างของการกำหนดโทษสำหรับยาเสพติดแต่ละประเภท ทำให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศหนึ่งอาจเป็นเรื่องที่สามารถกระทำได้ตามกฎหมาย ในขณะที่อีกหลายประเทศถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

ประการที่ 2 สำหรับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ ข้อกำหนดของอาเซียนในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เป็นเพียงกลยุทธ์การปฏิบัติระดับภูมิภาคเท่านั้น ซึ่งไม่เป็นการบังคับแก่ประเทศสมาชิกให้ต้องปฏิบัติตาม ทำให้อาเซียนไม่มีกฎหมายที่ใช้ปฏิบัติร่วมกันในการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ ประกอบกับความแตกต่างของการกำหนดระดับ

แอลกอฮอล์ในเลือดของกลุ่มประเทศสมาชิก โดยจะเห็นได้ว่ามีเพียง 3 ประเทศเท่านั้นที่มีรายงานการประสบความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ดังนั้นเพื่อให้อาเซียนบรรลุเป้าหมายในภาพรวมของการเป็นภูมิภาคที่สามารถลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้งานมาตรการทางกฎหมายให้มีความเหมาะสมต่อสภาพการใช้งานในปัจจุบัน

ประการที่ 3 สำหรับการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ อาเซียนได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการประกาศปฏิญญาร่วมกันในการแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมถึงการกำหนดมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศของตนเพื่อสนับสนุนนโยบายการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในระดับภูมิภาค มีการรายงานผลลัพธ์การปราบปรามยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่ประเทศสมาชิกได้มีการบัญญัติความผิดสำหรับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อย่างไรก็ตามอาเซียนยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมถึงการที่ประเทศสมาชิกอาเซียนบางประเทศยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายสำหรับควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายหรือข้อกำหนดในเรื่องดังกล่าวในระดับภูมิภาค เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการออกแบบมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศของตนเอง เพื่อกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นนอกจากแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ประการที่ 4 สำหรับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ อาเซียนจะมีการประกาศหลักการสากลเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชน แต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ด้วยหลักการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงทำให้มีประเด็นปัญหาสำหรับความแตกต่างในเรื่องมาตรฐานการตรวจร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ กรณีการขับขี่ข้ามแดน กับทั้งไม่มีหลักกฎหมายสากลในระดับภูมิภาคที่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อวินิจฉัยชี้ขาดกรณีที่มีข้อโต้แย้งเกิดขึ้นจากผู้ขับขี่ในเรื่องมาตรฐานการตรวจร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่อาเซียนจำเป็นต้องมีการปรับปรุงพัฒนามาตรการทางกฎหมายในเรื่องดังกล่าวทั้งการตรวจแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่

ประการที่ 5 สำหรับมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเทศสมาชิกอาเซียนได้มีการกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่อาเซียนควรมีกฎหมายสากลหรือนโยบายในระดับภูมิภาคเพื่อให้การควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้อาเซียนควรให้ความสำคัญกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับชาติ

ในส่วนที่เกี่ยวกับกฎหมายป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน มีจุดเด่น คือ อาเซียนมีการประกาศใช้ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) มานานเกือบ 40 ปี เพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมืออันดีของภูมิภาคในด้านการคมนาคมขนส่ง โดยข้อตกลงดังกล่าวมีลักษณะยืดหยุ่นที่ให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการควบคุมผู้ขับขี่ซึ่งเดินทางเข้ามาได้โดยการบังคับใช้กฎหมายจราจรภายในประเทศของตนเอง นอกจากนี้ประเทศสมาชิกทุกประเทศยังได้มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดของผู้ขับขี่ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการเมาแล้วขับกลายเป็นหลักการสากลที่มีการใช้งานอยู่ทั่วทั้งภูมิภาคอาเซียน

มาตรการทางกฎหมายสำหรับป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดด้อย คือ อาเซียนมีการประกาศใช้เฉพาะความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ซึ่งไม่มีข้อกำหนดในเรื่องของการควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ยังขาดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าวเพื่อการใช้งานร่วมกันในระดับภูมิภาค แม้ว่าทุกประเทศจะมีกฎหมายควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ แต่การควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นยังคงไม่ได้รับการบัญญัติให้ครอบคลุมกฎหมายจราจรของทุกประเทศ ผลของการมีกฎหมายที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศทำให้เกิดประเด็นปัญหาสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งทำการขับขี่ข้ามพรมแดน เช่น เมื่อผู้ขับขี่จากประเทศสิงคโปร์ได้ดื่มสุราและตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ในระดับสูงสุดที่กฎหมายของประเทศสิงคโปร์อนุญาตให้มีได้ คือ ไม่เกิน 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต่อมาผู้ขับขี่คนดังกล่าวได้ขับรถข้ามพรมแดนเข้ามาในเขตประเทศอินโดนีเซีย ผู้นั้นจะมีความผิดตามกฎหมายจราจรทางบกของประเทศอินโดนีเซียทันที ในขณะเดียวกันหากผู้ขับขี่จากประเทศไทยซึ่งเสพกัญชาตามข้อกำหนดการยกเว้นความผิดแห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 และได้ขับรถข้ามแดนเข้าไปยังประเทศมาเลเซียหรือประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน ผู้นั้นจะมีความผิดตามกฎหมายของประเทศซึ่งตรวจพบสารเสพติดเช่นเดียวกัน

ความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบัน คือ อาเซียนควรได้มีการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายหรือการให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกเพื่อควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อป้องกันมิให้ผู้ขับขี่ซึ่งเดินทางข้ามแดนต้องได้รับโทษจากผลของความแตกต่างทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศ โดยมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวต้องมีความครอบคลุมทั้งการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์

ในส่วนที่เกี่ยวกับแนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดเด่น คือ อาเซียนมีการประกาศเป้าหมายการบูรณาการทางเศรษฐกิจของภูมิภาคไว้ในกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) โดยเป็นการส่งเสริมการค้าและการลงทุนภายในภูมิภาค ซึ่งได้มีการดำเนินการไปแล้วในส่วนของการประกาศ 1) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยโครงการกำกับดูแลเครื่องสำอางที่สอดคล้องกัน ตาราง B: ข้อกำหนดเครื่องสำอางอาเซียน ค.ศ. 2003 (The Agreement on the ASEAN Harmonised Cosmetic Regulatory Scheme, Schedule B: ASEAN Cosmetic Directive (ACD) (2003)) 2) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยระเบียบข้อบังคับด้านอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่ประสานกัน ค.ศ. 2005 (The Agreement on the ASEAN Harmonized Electrical and Electronic Equipment (EEE) Regulatory Regime (AHEEERR) (2005)) และ 3) ความตกลงอาเซียนว่าด้วยข้อกำหนดด้านอุปกรณ์การแพทย์ ค.ศ. 2014 (The ASEAN Agreement on Medical Device Directive (AMDD) (2014)) โดยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการบูรณาการกฎหมายและนโยบายด้านอื่น ๆ ในอนาคต นอกจากนี้ อาเซียนยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งมุ่งเน้นให้แต่ละประเทศเกิดการบูรณาการกฎหมายและมาตรฐานด้านการจราจร การส่งเสริมศักยภาพด้านต่าง ๆ การวิจัยและพัฒนา และการรายงานความคืบหน้าของผลการดำเนินงาน ร่วมกับการประชุมรัฐมนตรีคมนาคมอาเซียน (ASEAN Transport Ministers Meeting – ATM) การจัดทำความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) การประกาศปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (Declaration of ASEAN Concord) ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยหลักการต่อต้านการใช้ยาเสพติด (ASEAN Declaration of Principles to Combat Narcotic Drug Abuse) ปฏิญญาร่วมว่าด้วยการปลอดยาเสพติดในอาเซียน (Joint Declaration for a Drug-Free ASEAN) ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration - AHRD) การรับรองแผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) และการจัดทำรายงานเฝ้าระวังสถานการณ์ยาเสพติดอาเซียนประจำปี ค.ศ. 2021 (ASEAN Drug Monitoring Report 2021) เพื่อสนับสนุนการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในภูมิภาค

ในส่วนที่เกี่ยวกับแนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีจุดด้อย คือ อาเซียนจะมีเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินกิจการระหว่างประเทศโดยเฉพาะในด้านการค้าและการลงทุน อย่างไรก็ตาม การกำหนดเป้าหมายในด้านการบูรณาการนโยบายและกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยา

ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศสมาชิกอาเซียนยังคงขาดความชัดเจน ทั้งในเรื่องความแตกต่างของระดับแอลกอฮอล์และประเภทของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งได้รับการบัญญัติให้เป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีการลดความเข้มงวดหรือปรับเปลี่ยนให้ยาเสพติดบางประเภทไม่ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ในขณะที่ประเทศสมาชิกอื่น ๆ ของอาเซียนยังคงถือว่ายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทดังกล่าวเป็นสิ่งผิดกฎหมายอยู่ สะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันอาเซียนยังขาดความเป็นเอกภาพในเรื่องรูปแบบการกำหนดนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายจราจรระหว่างประเทศร่วมกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

สำหรับความเหมาะสมของการใช้งานในปัจจุบัน อาเซียนควรได้มีการทบทวนการกำหนดนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายจราจรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในกลุ่มประเทศสมาชิก โดยควรเพิ่มแนวทางที่ชัดเจนไว้ในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิด หรืออาจกำหนดแนวทางในรูปแบบของข้อตกลงหรือกฎหมายสากลเช่นเดียวกับการส่งเสริมการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศตนเอง

แนวทางแก้ไขปัญหาการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน

1. นโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียน

การเสนอแนวทางการกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียนมีรายละเอียดดังนี้

ประการที่ 1 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แนวทางสำหรับหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาเซียน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: สำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักในการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) และรายงานผลลัพธ์การดำเนินงานรวมถึงวิเคราะห์สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิก สำหรับการเพิ่มอำนาจหรือกำหนดมาตรการซึ่งเป็นการให้อำนาจแก่ผู้กำหนดนโยบายเช่นเดียวกับสหภาพยุโรปนั้นอาจเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากสำหรับอาเซียน นอกจากนี้สำนักงานเลขาธิการอาเซียนยังไม่มีอำนาจในการสั่งการโดยตรงแก่ประเทศสมาชิกทำให้การปฏิบัติงานของแต่ละประเทศไม่เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ดังนั้นเพื่อเป็นการยกระดับขีดความสามารถในการสั่งการ จึงควรได้มีการระบุหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิกทุกประเทศไว้ในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของ

อาเซียน และกำหนดรอบการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีเพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ, 2) การจัดสรรอำนาจหน้าที่แก่หน่วยงานอื่น: โดยการให้สำนักงานเลขาธิการอาเซียนเป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนนเช่นเดิม และให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อแนะนำสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในด้านที่ตนเองสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีแนวทางในการดำเนินงานภายในประเทศของตน เช่น ประเทศเวียดนามมีมาตรการลงโทษสำหรับผู้ปฏิเสธการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ให้ได้รับโทษปรับและพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ในอัตราสูงสุดของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถนำมาถอดบทเรียนและจัดทำเป็นข้อแนะนำสำหรับประเทศสมาชิกได้ต่อไป และ 3) การสอดประสานนโยบายระหว่างหน่วยงาน: สามารถดำเนินการได้ผ่านการจัดการประชุมประจำปีระหว่างประเทศในหัวข้อด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อเป็นการตรวจทานการดำเนินนโยบายของแต่ละประเทศว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ร่วมกับการแก้ไขความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ให้ครอบคลุมและสอดคล้องต่อการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) การกำหนดหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามแนวทางที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากมิได้เป็นการอนุวัติหลักการของสหภาพยุโรปมาใช้ทั้งหมด แต่เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของอาเซียน

ประการที่ 2 หลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาเซียนต้องมีการจัดประชุมในระดับทวิภาคีหรือพหุภาคีเพื่อเพิ่มตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนนของแต่ละประเทศเช่นเดียวกับการปรับปรุงแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และเพิ่มเติมตัวชี้วัดไว้ใน ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้ 1) การกำหนดแผนการดำเนินงานในภาพรวม ได้แก่ การห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยการกำหนดเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นศูนย์ และการกำหนดเป้าหมายระยะยาวเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนด, 2) การกำหนดแผนการดำเนินงานย่อย ได้แก่ การกำหนดรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ที่สมควรอยู่ภายใต้การควบคุม โดยอ้างอิงจากรายงานเฝ้าระวังสถานการณ์ยาเสพติดอาเซียน (ASEAN Drug Monitoring Report) ในปีปัจจุบัน การกำหนดระดับยาที่ยอมรับได้สำหรับการขับขี่ภายในประเทศ

และการขับขี่ข้ามแดน การวิเคราะห์นโยบายและโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละประเทศเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่เหมาะสม และการกำหนดแผนงานย่อยสำหรับการดำเนินงานภายในของแต่ละประเทศ และ 3) การประสานความร่วมมือสำหรับการขับขี่ข้ามแดน เช่น การพิจารณาจัดทำป้ายเตือนบริเวณจุดผ่านแดน การห้ามการเสพสารใด ๆ เมื่อต้องเดินทางข้ามแดน และการส่งเสริมการตั้งจุดตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนการข้ามแดน การกำหนดหลักการกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามแนวทางที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากเป็นการปรับตามแนวทางของสหภาพยุโรปซึ่งได้ดำเนินการมาแล้วและประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี กับทั้งไม่เป็นการขัดกับหลักการดำเนินงานของอาเซียนซึ่งมีพันธะระหว่างรัฐสมาชิกแตกต่างจากสหภาพยุโรป

ประการที่ 3 การกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นนั้นมีแนวทางที่สำคัญ คือ การเพิ่มรายละเอียดต่าง ๆ ของ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ดังนี้ 1) การเพิ่มความยืนหยุ่นของตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน: เนื่องจากการจัดทำยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียนนั้นต้องใช้ระยะเวลาดำเนินงานนานหลายปี ในระหว่างนี้จึงมีความเป็นไปได้ว่าประเด็นปัญหาบางอย่างอาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแผนงานระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน และ 2) การประกาศนโยบายอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นศูนย์: ต้องกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทางถนนในแต่ละด้านให้มีความชัดเจนโดยการประกาศตัวเลขการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตว่าจะลดลงจนเหลือศูนย์ภายในปีใด และทำการปรับลดรอบระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ให้สั้นลงโดยต้องมีการสรุปผลการดำเนินงานประจำปีร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก นอกจากนี้ควรได้มีการถอดบทเรียนผลลัพธ์การดำเนินงานของประเทศที่มีอัตราการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำที่สุดในภูมิภาค คือ สิงคโปร์ เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศตนเองได้ รวมถึงการกำหนดมาตรการช่วยเหลือสำหรับประเทศสมาชิก เช่น ในบางประเทศประสบปัญหาเรื่องการรายงานผลการดำเนินงานที่มีความแม่นยำ เช่นนี้จึงควรได้มีการสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับชุดตรวจคัดกรองยาออกฤทธิ์จิตประสาทในผู้ขับขี่และการจัดสรรงบประมาณด้านการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูล การกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามแนวทางที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากเป็นแนวทางที่ชัดเจนแต่มีความยืดหยุ่น และเป็นการนำตัวอย่างจากประเทศสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการขับขี่ภายใต้

อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มาเป็นแนวทางให้แก่ประเทศสมาชิกอื่นได้ใช้เป็นต้นแบบต่อไป

2. มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียน

มาตรการทางกฎหมายสำหรับอาเซียนในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สามารถดำเนินการได้เป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางที่หนึ่ง กรณีที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาข้อกฎหมายเพียงเล็กน้อยและไม่เป็นการกระทบกับมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่เดิม เช่นนี้สมควรได้มีการแก้ไขความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อให้ความตกลงดังกล่าวมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ส่วนแนวทางอีกประการที่มีความเป็นไปได้เช่นกันโดยสามารถคงไว้ซึ่งเนื้อหาของกฎหมายฉบับเดิม และทำการบัญญัติเพิ่มเติมเฉพาะเรื่องการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาเซียน คือ การจัดทำความตกลงอาเซียนว่าด้วยการคุ้มครองการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ASEAN Agreement for the Protection of Driving Under the Influence of Psychotropic Drugs) ร่วมกับการจัดทำแผนงาน (Work Plan) ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถกำหนดรายละเอียดในเรื่องการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้อย่างชัดเจน แต่มีข้อเสีย คือ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการนาน โดยต้องจัดการประชุมในระดับภูมิภาคเพื่อเสนอร่างกฎหมาย ปรับปรุงแก้ไขข้อความ แล้วจึงให้ความเห็นชอบในกลุ่มประเทศสมาชิกเช่นเดียวกับการจัดทำข้อกำหนดสหภาพยุโรป แต่เนื่องจากเป้าหมายของการจัดตั้งอาเซียนมุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมการค้าการลงทุนภายในภูมิภาค ซึ่งเป็นการบูรณาการทางเศรษฐกิจโดยมิได้มุ่งเน้นในด้านการออกกฎหมายควบคุมการขับขี่ ตามที่ปรากฏในกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ในขณะที่สหภาพยุโรปยอมรับหลักการร่วมกันในการควบคุมกำหนดนโยบายขนส่ง ภายใต้สนธิสัญญาจัดตั้งประชาคมยุโรป (Treaty Establishing the European Community), Article 70 ซึ่งได้กล่าวไปแล้วทำให้การจัดทำความตกลงซึ่งอยู่นอกเหนือจากหลักการที่กำหนดในกฎบัตรอาเซียนจึงเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก ประกอบกับเนื้อหาซึ่งต้องได้รับการบัญญัติใหม่ทั้งหมดนั้นมีค่อนข้างมาก จึงเห็นควรให้มีการดำเนินการตามแนวทางประการแรกในเบื้องต้นก่อน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังแสดงในตาราง 4 โดยมีรายละเอียดในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

2.1 กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

อาเซียนต้องทำการแก้ไขความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License

Issued by ASEAN Countries) ได้แก่ 1) การกำหนดหลักการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์: เพิ่มเติมบทบัญญัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกับข้อกำหนดของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 2006 ว่าด้วยใบขับขี่ (Directive 2006/126/EC of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on driving licences) โดยผู้วิจัยเห็นว่าควรห้ามมิให้มีการออกใบอนุญาตขับขี่หรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ให้กับผู้ขับขี่ที่ติดแอลกอฮอล์ หรือเสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือจำเป็นต้องใช้ยาอื่นใดอันส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ หากผู้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตขับขี่หรือผู้ขับขี่มีประวัติติดแอลกอฮอล์ หรือเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาทางการแพทย์เพื่อบำบัดรักษาโรคอันส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ ให้พิจารณาออกใบขับขี่หรือต่อใบอนุญาตขับขี่ต่อเมื่อผู้นั้นได้พิสูจน์ว่าตนเองเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีอำนาจ โดยต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องในการขับขี่ยานพาหนะกรณีมีความจำเป็นต้องใช้ยาทางการแพทย์ ให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานทางการแพทย์ที่มีอำนาจ โดยต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องในการขับขี่ยานพาหนะเช่นเดียวกัน และ 2) การกำหนดหลักการส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิดของผู้ขับขี่และยานพาหนะ: เพิ่มเติมบทบัญญัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกับข้อกำหนดของรัฐสภายุโรปและคณะมนตรี ลงวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2015 เพื่ออำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพรมแดนเกี่ยวกับความผิดเกี่ยวกับการจราจรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน (Directive (EU) 2015/413 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2015 facilitating cross-border exchange of information on road-safety-related traffic offences) โดยผู้วิจัยเห็นว่าควรให้รัฐสมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยานพาหนะ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเจ้าของหรือผู้ครอบครองยานพาหนะจากรัฐสมาชิกได้ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้เดินทางข้ามแดน

นอกจากนี้ควรได้มีการเพิ่มเติมข้อแนะนำรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเพื่อกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่สำหรับประเทศสมาชิกไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ดังนี้ 1) สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ร่วมกับการใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) สำหรับผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย และ 2) สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) หรือหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่

(Per se laws) ซึ่งมีระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่าผู้ขับขี่ทั่วไป สำหรับผู้ขับขี่เฉพาะกลุ่มซึ่งเป็นผู้ขับขี่มือใหม่หรือผู้ขับขี่เชิงพาณิชย์ที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อการขับขี่สูงกว่าปกติ

สำหรับหลักการบูรณาการกฎหมายของอาเซียนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการสร้างความตกลง (Agreement) เพื่อแก้ไขปัญหาความแตกต่างระหว่างข้อกฎหมายในแต่ละประเทศ ซึ่งได้มีการนำมาใช้กับการส่งเสริมการขับขี่ข้ามแดนดังปรากฏใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) เพื่อช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการบูรณาการมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนให้เข้ากับบริบทของตนเอง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน หากอาเซียนได้มีการประกาศใช้ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) จะช่วยให้การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิกเกิดความสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น โดยข้อแนะนำดังกล่าวมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่เป็นการบังคับให้รัฐสมาชิกต้องปฏิบัติตาม แต่มุ่งเน้นการให้คำแนะนำเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนของภูมิภาค เช่นเดียวกับแนวทางของสหภาพยุโรป ทั้งนี้การสนับสนุนให้แต่ละประเทศสามารถปฏิบัติตามแผนให้บรรลุเป้าหมายในการบูรณาการกฎหมายและสร้างความปลอดภัยทางถนนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้มีการกล่าวถึงอยู่แล้วบางส่วนใน แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานในภาพรวมของการกำจัดยาเสพติดในทุกวิถีทาง ดังนั้น ข้อเสนอแนะการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียน จึงเห็นควรให้มีการเสนอหัวข้อการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ในรอบการประชุมถัดไป โดยการเพิ่มเติมเรื่องการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานดังนี้ 1) อาเซียนพึงช่วยเหลือรัฐสมาชิกในการป้องกันและปราบปรามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เช่น การให้ความรู้ การสนับสนุนเครื่องมือตรวจคัดกรองผู้ขับขี่ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ 2) รัฐสมาชิกพึงทบทวนความสอดคล้องของกฎหมาย

ภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นไปตามหลักการของอาเซียน

2.2 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่

จากแนวทางของสหภาพยุโรปที่ได้มีการประกาศข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการ วันที่ 17 มกราคม ค.ศ. 2001 ว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดที่อนุญาตสำหรับผู้ขับขี่ยานยนต์ (Commission Recommendation of 17 January 2001 on the maximum permitted blood alcohol content (BAC) for drivers of motorised vehicles (2001/115/EC)) และมติสภาที่ 2004/C 97/01 วันที่ 27 พฤศจิกายน ค.ศ. 2003 ว่าด้วยการต่อสู้กับผลกระทบของการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต่ออุบัติเหตุทางถนน (Council Resolution 2004/C 97/01 of 27 November 2003 on combating the impact of psychoactive substances use on road accidents) สามารถนำมาปรับใช้กับอาเซียนได้โดยการจัดทำ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีแนวทางในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป คือ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่า และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ใหม่หรือผู้ขับขี่สาธารณะ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางเดียวกับสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก

การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ ให้มีการระบุไว้ในข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีแนวทางในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดดังนี้ 1) กฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดร้ายแรง เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน เฮโรอีน โคเคน เคตามีน ยาเลิฟ ยาอีฟ และยาอี โดยห้ามการตรวจพบสารดังกล่าวในผู้ขับขี่เว้นแต่มีใบรับรองจากหน่วยงานทางการแพทย์และต้องไม่ปรากฏว่าผู้นั้นมีความบกพร่องในการขับขี่, 2) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีข้อบ่งใช้ในทางการแพทย์ และยาหรือสารอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการขับขี่ เช่น มอร์ฟีน ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Analgesics) และยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants) โดยการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าวข้างต้นจะถือว่าผิดกฎหมายต่อเมื่อการใช้สารเหล่านั้นส่งผลให้ความสามารถในการขับขี่ลดลง และ 3) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีการอนุญาตให้ใช้ได้ในบางประเทศ เช่น กัญชา และกระท่อม โดยการขับขี่

ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าวข้างต้นจะถือว่าผิดกฎหมายต่อเมื่อผู้ขับขี่ได้ทำการขับขี่ยานพาหนะในขณะที่มีระดับยาสูงเกินกว่าปริมาณสูงสุดที่กฎหมายกำหนด

การตรวจวิเคราะห์แอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของอาเซียนควรได้มีการกำหนดรายละเอียดไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ดังนี้ 1) มาตรฐานอุปกรณ์: อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรองและการทดสอบเพื่อยืนยันผล ต้องเป็นไปตามมาตรฐานอาเซียนหรือมาตรฐานสากล, 2) การสอบเทียบอุปกรณ์: อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรองและการทดสอบเพื่อยืนยันผล ต้องได้รับการสอบเทียบความแม่นยำอย่างสม่ำเสมอตามมาตรฐานอาเซียนหรือมาตรฐานสากล และ 3) เทคนิคการตรวจวิเคราะห์: หากผลการทดสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายสูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ให้ดำเนินการตรวจเพื่อยืนยันผลตามหลักการมาตรฐานสูงสุด (Gold Standard) คือ วิธีการทางโครมาโตกราฟี (Chromatography)

นอกจากนี้ควรได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดการกำหนดมาตรฐานและการสอบเทียบอุปกรณ์ในภาคผนวก ความตกลงอาเซียนว่าด้วยข้อกำหนดด้านอุปกรณ์การแพทย์ (ASEAN Agreement on Medical Device Directive) ส่วนเทคนิคการตรวจวิเคราะห์ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรองและการทดสอบเพื่อยืนยันผลควรเพิ่มเติมใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกัน

การกำหนดมาตรฐานระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นของผู้ขับขี่บนถนน ควรได้มีการดำเนินการจัดทำมาตรฐานการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นของผู้ขับขี่เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ โดยการกำหนดรายละเอียดไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ดังนี้ 1) มาตรฐานอุปกรณ์: อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรองและการทดสอบเพื่อยืนยันผล ต้องเป็นไปตามมาตรฐานอาเซียนหรือมาตรฐานสากล 2) การสอบเทียบอุปกรณ์: อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรองและการทดสอบเพื่อยืนยันผล ต้องได้รับการสอบเทียบความแม่นยำอย่างสม่ำเสมอตามมาตรฐานอาเซียนหรือมาตรฐานสากล และ 3) เทคนิคการตรวจวิเคราะห์: หากผลการทดสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าผู้ขับขี่มียาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในร่างกาย ให้ดำเนินการตรวจเพื่อ

ยืนยันผลตามหลักการมาตรฐานสูงสุด (Gold Standard) คือ วิธีการทางโครมาโตกราฟี (Chromatography) นอกจากนี้ควรได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดต่าง ๆ เช่นเดียวกับมาตรฐานการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่บนถนน

2.3 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่

แม้ว่าอาเซียนได้มีการบัญญัติหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานไว้แล้วในปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration - AHRD) อย่างไรก็ตาม อาเซียนต้องกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่เพิ่มเติมใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีแนวทางในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น และการทดสอบความบกพร่องในการขับขี่ดังนี้ 1) การทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่: กำหนดข้อแนะนำแก่ประเทศสมาชิกสำหรับการทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่บนท้องถนนในเบื้องต้นเช่นเดียวกับสหภาพยุโรป คือ การทดสอบมาตรฐานความมีสติภาคสนาม (Standard Field Sobriety Tests) ได้แก่ การทดสอบการเคลื่อนไหวของตา (Gaze Nystagmus Test) การทดสอบยืนขาเดียว (One-Leg Stand Test) และการทดสอบเดินและหมุนตัว (Walk and Turn Test) ทั้งนี้สามารถเพิ่มการทดสอบรูปแบบอื่นที่ไม่เป็นการล่วงล้ำร่างกายของผู้ขับขี่ได้ตามสมควร, 2) การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์: กำหนดข้อแนะนำแก่ประเทศสมาชิกสำหรับการทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) บริเวณริมถนนหรือจุดที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นด้วยวิธีเป่าลมหายใจ (Breath Analyzer Test) เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นวิธีการที่รุกล้ำร่างกายของผู้ขับขี่น้อยที่สุด หากผลการทดสอบเป็นบวกจึงพิจารณาทำการตรวจเพื่อยืนยันผลต่อไป และ 3) การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น: กำหนดข้อแนะนำแก่ประเทศสมาชิกสำหรับการทดสอบผู้ขับขี่บริเวณริมถนนหรือจุดที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นด้วยวิธีการที่รุกล้ำร่างกายของผู้ขับขี่น้อยที่สุด คือ การตรวจทางน้ำลาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่รุกล้ำร่างกายของผู้ขับขี่น้อยที่สุด หากผลการทดสอบเป็นบวกจึงพิจารณาทำการตรวจเพื่อยืนยันผลต่อไป การกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากเป็นการปรับให้มีความเป็นสากลตามแนวทางของสหภาพยุโรป และเป็นการส่งเสริมการตรวจในเบื้องต้น ทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการฝึกทักษะการตรวจร่างกายให้แก่เจ้าพนักงาน ซึ่งไม่เป็นการเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายแก่รัฐสมาชิกมากจนเกินไป

2.4 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่

เนื่องจากอาเซียนได้ให้การรับรอง แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing

Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) ซึ่งครอบคลุมมาตรการทางกฎหมายเชิงป้องกัน การลงโทษ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด แต่ยังขาดในส่วนของการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังนั้นจึงควรได้มีการระบุถึงประเด็นปัญหาดังกล่าวและเสนอมาตรการลงโทษรวมเข้าไว้ในแผนงานเดียวกัน โดยรวมเข้าไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) การกำหนดอัตราค่าปรับ ควรเพิ่มเติมข้อแนะนำการกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้ระบบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ (Income-related System) สำหรับผู้ขับขี่ที่มีรายได้สูง ร่วมกับการพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นฐานในการคำนวณสำหรับผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดอย่างมาก , 2) การกำหนดบทลงโทษในเรื่องการริบทรัพย์สิน ควรเพิ่มเติมข้อแนะนำมาตรการลงโทษในส่วนของการริบยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของแผ่นดินกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำภายในระยะเวลาที่กำหนด, 3) มาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่ ควรเพิ่มเติมข้อแนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ร่วมกับโปรแกรมการเบี่ยงเบน (Diversion Programmes) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ เพื่อเป็นการปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่พร้อมกับการบำบัดอาการติดแอลกอฮอล์หรือเสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยียานยนต์สมัยใหม่ในการควบคุมผู้กระทำผิด คือ เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ในช่วงของการคุมประพฤติ และ 4) การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิด: เพิ่มเติมข้อแนะนำการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการกระทำความผิดของผู้ขับขี่และยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิด และแนวทางการส่งต่อข้อมูลระหว่างประเทศ เพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำเมื่อมีการเดินทางข้ามแดน การกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามที่ได้เสนอนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากเป็นการนำจุดเด่นของมาตรการลงโทษในสหภาพยุโรปมาเป็นแนวทางแก่รัฐสมาชิก โดยเป็นลักษณะของการให้ข้อแนะนำแทนการบังคับให้ปฏิบัติตาม ทำให้รัฐสมาชิกสามารถปรับรูปแบบมาตรการลงโทษให้เหมาะสมกับสถานการณ์การขับขี่ภายในประเทศของตนเองได้

2.5 มาตรการทางกฎหมายสำหรับป้องกันการขับรถข้ามแดน

เนื่องจากปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการป้องกันการขับขี่ข้ามแดนของผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ดังนั้นการสนับสนุนมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสามารถกระทำได้โดยการกำหนดแนวทางไว้ใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยการเพิ่มเติมรายละเอียด คือ ให้รัฐสมาชิกส่งเสริมการตรวจสอบความ

บกพร่องของผู้ขับขี่เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ณ จุดผ่านแดนก่อนการเดินทางข้ามไปยังประเทศปลายทาง ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์สูงสุดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่เป็นการต้องห้ามสำหรับผู้ขับขี่ในประเทศปลายทาง โดยการกำหนดมาตรการทางกฎหมายสำหรับป้องกันการขับขี่ข้ามแดนในลักษณะดังกล่าวนี้มีความเหมาะสมกับอาเซียน เนื่องจากเป็นการให้แนวทางอย่างกว้างแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินการตรวจสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่เพื่อป้องกันความรับผิดอันเนื่องมาจากความแตกต่างของการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง โดยไม่เป็นการกำหนดรูปแบบตายตัวแก่ประเทศสมาชิกมากจนเกินไป

ตาราง 5 แสดงข้อแตกต่างระหว่างความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) กับแนวทางการพัฒนามาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน

ประเด็นการแก้ไข	การใช้งานในปัจจุบัน	การปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย
ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries)		
– Article 6	ผู้ถือใบอนุญาตขับขี่ของภาคีสัญญาฝ่ายหนึ่งต้องรับผิดชอบต่อการลงโทษฐานฝ่าฝืนกฎจราจรตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องของภาคีสัญญาอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งตนได้ขับขี่อยู่ในดินแดนของประเทศนั้น (Holders of the licences of one CONTRACTING PARTY shall be liable for traffic offence penalties in accordance with the appropriate laws of any other CONTRACTING	ผู้ถือใบอนุญาตขับขี่ของภาคีสัญญาฝ่ายหนึ่งต้องรับผิดชอบต่อการลงโทษฐานฝ่าฝืนกฎจราจรตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องของภาคีสัญญาอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งตนได้ขับขี่อยู่ในดินแดนของประเทศนั้น <u>ภาคีสัญญาอนุญาตให้ภาคีสัญญาอีกฝ่ายหนึ่งเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยานพาหนะและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเจ้าของหรือผู้ถือครองยานพาหนะได้ ข้อมูลนี้จะถูกใช้เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าจะอนุญาตหรือปฏิเสธการเดินทางข้ามพรมแดนหรือไม่</u>

	PARTY in whose territory they are driving.)[595]	(Holders of the licences of one CONTRACTING PARTY shall be liable for traffic offence penalties in accordance with the appropriate laws of any other CONTRACTING PARTY in whose territory they are driving. The CONTRACTING PARTIES allow any other CONTRACTING PARTY to access information about vehicles and related information about the owners or holders of the vehicles. This information will be used to assist in decision-making regarding whether to permit or deny cross-border travel.)
– Article 6 A	-	(ห้ามออกหรือต่ออายุใบอนุญาตให้กับบุคคลที่ติดแอลกอฮอล์ เสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือจำเป็นต้องใช้ยาที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ยานพาหนะ หากผู้สมัครหรือผู้ขับขี่มีประวัติการติดแอลกอฮอล์ เสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการขับขี่ การออกหรือต่ออายุใบอนุญาตจะกระทำได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นพิสูจน์ได้ว่าได้เลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือเลิกใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิต

[595] Article 6 Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries (ASEAN)

ประสาทแล้วเป็นระยะเวลาตามที่กำหนด ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาต นอกจากนี้จะต้องพิจารณาความเสี่ยงและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ยานพาหนะด้วย ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ การรักษานั้นต้องอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาต โดยต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ยานพาหนะอย่างรอบคอบ)

(It is prohibited to issue or renew a licence for individuals who are alcohol-dependent, addicted to psychotropic drugs, or required to take any other medication that affects driving performance. If the applicant or driver has a history of alcohol dependence, psychotropic drug addiction, or requires medical treatment that impacts driving abilities, a licence may be issued or renewed only when the individual has proven that they have ceased alcohol consumption or psychotropic drug use for a specified period, under the supervision of an authorized medical agency. Additionally, the risks and dangers associated with vehicle operation must be

considered. In cases where medical treatment is necessary, it must be supervised by an authorized medical agency, with due consideration given to the associated risks and dangers of vehicle operation.)

- Article 6 B

ภาคีสัญญาจะส่งเสริมการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่เพื่อหาความบกพร่องในการขับขี่ เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น บริเวณจุดผ่านแดนก่อนเดินทางไปยังภาคีสัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง โดยจะดำเนินการร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์ที่อนุญาตสูงสุดและยาออกฤทธิ์จิตประสาทอื่นที่ห้ามใช้สำหรับผู้ขับขี่ในดินแดนนั้น

(The CONTRACTING PARTIES shall promote the screening of drivers for impairments to prevent driving under the influence of alcohol and other psychotropic drugs at border crossings before traveling to the any other CONTRACTING PARTY. This shall be done in conjunction with providing information on the maximum permissible alcohol levels and other prohibited psychotropic drugs for drivers in whose territory they are driving.)

หมายเหตุ: ข้อความที่ขีดเส้นใต้ หมายถึง ข้อความที่มีการปรับแก้หรือเพิ่มเติมให้แตกต่างจากกฎหมายในปัจจุบัน

ที่มา: ผู้วิจัย

บทที่ 5
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยในบทที่ 4 ทำให้ได้ทราบถึงรูปแบบของการพัฒนานโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับประเทศไทยและอาเซียน สำหรับเนื้อหาในบทที่ 5 จะเป็นการอธิบายสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการบูรณาการนโยบายและมาตรการทางกฎหมายเพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยเพื่อต่อยอดผลการศึกษา เพื่อส่งเสริมการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและความปลอดภัยทางถนนสำหรับประเทศไทยและอาเซียน การวิจัยนี้มีที่มีมาจากปัญหาการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งของอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนนั้นยังขาดการกำหนดมาตรการควบคุมที่เหมาะสม เนื่องจากประเทศไทยและประชาคมอาเซียนมีกฎหมายและนโยบายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่มีกฎหมายและนโยบายควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่ชัดเจน โดยปัญหาหลักของงานวิจัยนี้ คือ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายใต้กฎหมายจราจรทั้งของประเทศไทยและประชาคมอาเซียน จึงต้องทำการศึกษาว่ามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียนควรเป็นเช่นไร สมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศมีนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่แตกต่างกัน ประเทศไทยและประเทศในอาเซียนมีมาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างกันในการควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับโดยยังไม่มีข้อบังคับหรือนโยบายในการควบคุมผู้ขับขี่ที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกัน อุบัติเหตุจราจรไม่ใช่เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้แต่สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยใช้การควบคุมปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ตามนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนที่เป็นสากล ซึ่งการออกกฎหมายและนโยบายที่เหมาะสมน่าจะมีส่วนช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้ แต่เนื่องจากสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศมีนโยบายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบนโยบายในการจัดการกับอุบัติเหตุจราจรที่เกี่ยวข้องกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเทศไทยและประเทศในอาเซียนมีมาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างกันในการควบคุมผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ แต่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมผู้ขับขี่ที่ใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และการเปรียบเทียบความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดถือเป็นความท้าทายที่สำคัญ ดังนั้นวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาและอภิปรายใน

ประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีระดับสากลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน นโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศของสหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และอาเซียน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่รถภายใต้อิทธิพล เพื่อนำเสนอนโยบายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทย นโยบายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน และมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน โดยมีรายละเอียดสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ในปัจจุบันอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยและประชาคมอาเซียน จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียนยังคงประสบปัญหาในการควบคุมการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างต่อเนื่อง โดยปัญหาที่สำคัญซึ่งมักถูกกล่าวถึง คือ ความบกพร่องในการควบคุมผู้ขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาปัญหาการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น เช่น ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท รวมถึงยารักษาโรคที่มีผลข้างเคียงต่อสมรรถภาพการขับขี่ซึ่งเป็นสาเหตุของการอุบัติเหตุจราจรนั้น ยังคงไม่ได้รับการควบคุมอย่างจริงจังในผู้ขับขี่ เนื่องจากนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยล้วนมุ่งเน้นการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เป็นหลัก ส่งผลให้เกิดช่องว่างในทางกฎหมายทำให้ความสามารถในการควบคุมอุบัติเหตุจราจรของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะในภูมิภาคอาเซียนไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนี้การที่ประเทศสมาชิกอาเซียนมีความแตกต่างของมาตรการควบคุมผู้ขับขี่ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ กฎหมายที่ใช้ควบคุม หลักการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ เกณฑ์การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือด วิธีการตรวจสอบสาร และบทลงโทษ ส่งผลให้การดำเนินงานร่วมกันในระดับภูมิภาคขาดความเป็นเอกภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการศึกษาอย่างจริงจังเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ซึ่งมุ่งค้นคว้าแนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยและ

อาเซียนให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในมิติของการป้องกันการกระทำความผิด การบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการพิจารณาแนวทางการกำหนดมาตรการลงโทษที่เหมาะสมและการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด โดยทำการเปรียบเทียบกับประเทศที่มีความก้าวหน้าในเรื่องดังกล่าว ได้แก่ ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี และสหภาพยุโรป เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย และความเป็นไปได้ในการนำแนวทางจากประเทศและภูมิภาคที่ประสบความสำเร็จในด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนมาปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน พบว่าผลการศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี อาเซียน และสหภาพยุโรป สามารถสรุปได้ดังแสดงในตาราง 6 และ 7 โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ดังนี้

ตาราง 6 สรุปนโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี อาเซียน และสหภาพยุโรป

ประเทศ/ภูมิภาค	นโยบายความปลอดภัยทางถนน			
	หน่วยงานหลัก	อำนาจของหน่วยงาน	นโยบายหลัก	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
ไทย	ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.)	ศปถ. บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน	ไม่เคยประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 32.7 ราย/100,000 ประชากร
สวีเดน	Swedish Transport Administration (Trafikverket)	Trafikverket ร่วมกับ Swedish Transport Agency (Transportstyrelsen) ขับเคลื่อนนโยบาย	Vision Zero	อัตราการเสียชีวิต < 20 ราย/1,000,000 ประชากร

เยอรมนี	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)	BMVI จัดเตรียมงบประมาณให้รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐและรัฐบาลท้องถิ่น	Verkehrssicherheitsprogramm der Bundesregierung	อัตราการเสียชีวิต < 35 ราย/1,000,000 ประชากร
อาเซียน	ASEAN Secretariat	ขอความร่วมมือรัฐสมาชิก	ASEAN Regional Road Safety Strategy	อัตราการเสียชีวิต > 20 ราย/100,000 ประชากร
สหภาพยุโรป	European Commission	จัดสรรเงินทุนเพื่อการศึกษาวิจัย	EU Road Safety Policy Framework	อัตราการเสียชีวิต < 50 ราย/1,000,000 ประชากร

ที่มา: ผู้วิจัย

ตาราง 7 สรุปมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี อาเซียน และสหภาพยุโรป

ประเทศ	ระดับกฎหมาย	ระดับแอลกอฮอล์สูงสุดสำหรับผู้ขับขี่ (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	ช่วงเวลาห้ามดื่ม/เสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายหลังการขับขี่ (ชั่วโมง)	สิทธิในการตรวจร่างกายผู้ขับขี่	มาตรการลงโทษ	
					ปรับ/จำคุก/พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่	ริบทรัพย์สิน (รถ)
ไทย	พระราชบัญญัติ	50	-	✓	✓	-
สวีเดน	พระราชบัญญัติ	20	-	✓	✓	✓
เยอรมนี	พระราชบัญญัติ	50	-	✓	✓	-

อาเซียน	ความตกลง (Agreement)	80	-	✓	✓	✓ (เวียดนาม)
สหภาพยุโรป	ข้อกำหนด (Directive)	50	6 (นอร์เวย์, ไอซ์แลนด์)	✓	✓	✓ (ไอซ์แลนด์, เดนมาร์ก)

ที่มา: ผู้วิจัย

จากการเปรียบเทียบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนน พบว่าประเทศไทยมีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เพื่อทำหน้าที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานยังคงไม่บรรลุตามตัวชี้วัดสำคัญโดยเฉพาะในประเด็นอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งยังคงมีอยู่ในระดับสูง อีกทั้งการบังคับใช้กฎหมายยังขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมถึงยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นอย่างชัดเจนนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ซึ่งแตกต่างจากประเทศสวีเดนที่มีหน่วยงานกลาง คือ องค์การบริหารการขนส่งแห่งสวีเดน (Swedish Transport Administration - Trafikverket) ทำหน้าที่ดำเนินงานภายใต้นโยบายวิสัยทัศน์เพื่อความปลอดภัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสเป็นศูนย์ (Vision Zero) โดยมุ่งลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและระบบติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง จนสามารถลดอัตราเสียชีวิตจากการจราจรให้อยู่ในระดับต่ำมาก ขณะที่ประเทศเยอรมนีมีกลไกบังคับใช้นโยบายความปลอดภัยทางถนนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ส่งผลให้การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของอาเซียนพบว่าการดำเนินงานในภาพรวมยังขาดหน่วยงานที่ดูแลในเรื่องดังกล่าวในระดับภูมิภาคที่ชัดเจน โดยมีเพียงกรอบความร่วมมือซึ่งไม่มีการกำหนดมาตรฐานร่วมกัน ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานแตกต่างกันในระหว่างประเทศสมาชิก ซึ่งแตกต่างจากสหภาพยุโรปที่มีหน่วยงานกลางที่มีอำนาจชัดเจน ส่งผลให้การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ เช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เป็นไปอย่างสอดคล้องทั่วทั้งภูมิภาค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบจากการศึกษา

1. นโยบายความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยและอาเซียน

ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนจำนวนมาก รัฐบาลและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีความพยายามในการนำแนวทางจากในระดับสากลมาใช้ เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยหนึ่งในแผนงานสำคัญ คือ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ซึ่งถูกจัดทำขึ้นเพื่อยกระดับมาตรการป้องกันและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุบนท้องถนน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงานยังคงพบข้อบกพร่องหลายประการซึ่งส่งผลให้การลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการบังคับใช้กฎหมายยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ปัจจุบันประเทศไทยมีการอ้างอิงแนวทางทั้งในระดับสากลและระดับชาติเพื่อนำมาจัดทำ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 แต่ยังปรากฏข้อบกพร่องหลายประการที่ทำให้การลดอุบัติเหตุและการบังคับใช้กฎหมายไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักผู้กำหนดนโยบาย แต่กลับมีข้อจำกัดในด้านอำนาจสั่งการโดยตรงต่อหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงมหาดไทย ปัญหาการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ปัญหาความซ้อนทับของภาระหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน ปัญหาการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ซึ่งองค์กรส่วนกลางมีหน้าที่จัดสรรอำนาจให้กับองค์กรในระดับท้องถิ่นทำให้ขาดความคล่องตัวในการแก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่ ปัญหาการบำรุงรักษาอุปกรณ์ตรวจวัดแอลกอฮอล์ที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและท้องถิ่น การขาดการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ การขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น และการมุ่งเน้นนโยบายเฉพาะการป้องกันผู้ขับขี่จากการดื่มแอลกอฮอล์โดยมิได้คำนึงถึงการป้องกันการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นขณะขับขี่ ผลจากการข้อบกพร่องเหล่านี้ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ในชุมชน แม้ว่าจะได้มีการประเมินเพื่อปรับปรุงแผนงานเป็นระยะซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นในการดำเนินงานได้มากยิ่งขึ้น และมีกฎหมายควบคุมการเมาแล้วขับร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดแล้วก็ตาม

ความปลอดภัยทางถนนถือเป็นข้อพิจารณาที่สำคัญในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในทุกภูมิภาคของโลก ดังนั้นการจัดการและลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของนโยบายสาธารณะระดับภูมิภาค โดยหลายประเทศทั่วโลกได้พัฒนากรอบยุทธศาสตร์และมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้มาตรการเหล่านี้ยังคงเผชิญกับอุปสรรคทั้งในด้านความแตกต่างของระบบกฎหมาย การจัดสรรทรัพยากร และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยในส่วนของอาเซียนพบว่าได้มีการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) เพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกเสริมสร้าง

มาตรการความปลอดภัยทางถนนภายในประเทศของตน อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกยังคงมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในอัตราสูงและเป็นรองเพียงแค่ภูมิภาคแอฟริกาเท่านั้น โดยสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดและประกาศใช้ยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาค แต่กลับไม่มีอำนาจในการบังคับใช้กฎหมายหรือกำหนดโทษแก่ประเทศสมาชิกโดยตรง ส่งผลให้ไม่สามารถแทรกแซงหรือยับยั้งการกระทำของประเทศสมาชิกที่อาจไม่ปฏิบัติตามยุทธศาสตร์นี้ได้ ทำให้นโยบายการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร อาเซียนยังขาดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนโดยเฉพาะในประเด็นการกำหนดอัตราการลดลงของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร และการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ประเทศสมาชิกบางส่วนมีการรายงานข้อมูลอุบัติเหตุไม่ครบถ้วน ส่งผลให้สถิติในภาพรวมระดับภูมิภาคอาจไม่สะท้อนตรงตามความเป็นจริง

เมื่อได้ทำการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากประเทศสวีเดน เยอรมนี สหภาพยุโรป และหลักการสากลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน จึงสามารถสรุปได้เป็นแนวคิด “วัฒนธรรมความรับผิดชอบในการขับขี่” (Driving Responsibility Culture) โดยเป็นการมุ่งสร้างจิตสำนึกและความรับผิดชอบในการขับขี่ ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการใช้นโยบายสาธารณะ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ควบคู่ไปกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ขับขี่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้กระทำผิดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ได้อย่างยั่งยืน และนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ การป้องกันอุบัติเหตุจราจรซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยการกำหนดนโยบายสาธารณะควรเริ่มจากการที่รัฐบาลหรือหน่วยงานกลางซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนน ทำการระบุสาเหตุของปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรในระดับชาติหรือระดับภูมิภาค โดยใช้ทฤษฎีความปลอดภัยทางถนนซึ่งได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) หลักการ 3E (Engineer, Education, Enforcement), 2) แบบจำลองสวิสชีส (Swiss Chess Model) เพื่อป้องกันอันตรายโดยการอุดช่องโหว่ที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ, 3) แฮดดอนเมทริกซ์ (Haddon Matrix) เพื่อป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยใช้หลักองค์สามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) ได้แก่ เจ้าบ้าน (Host) สิ่งก่อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment), 4) วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) และ 5) ห้าเสาหลักแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนน (Five Pillars of Road Safety Management) ซึ่งหลักการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ออกแบบระบบสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้อย่างแม่นยำ นำไปสู่การ

พัฒนาแนวทางป้องกันอุบัติเหตุที่ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงการออกแบบมาตรการตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชนในการทำงานร่วมกัน

ดังนั้นเพื่อให้ประเทศไทยสามารถลดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างยั่งยืนจึงควรได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน โดยการกำหนดโครงสร้างองค์กรผู้กำหนดนโยบายให้มีอำนาจสั่งการที่ชัดเจน การกำหนดเป้าหมายการลดอัตราการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ ร่วมกับการกำหนดนโยบาย “เมืองไทยขับขี่ปลอดยา” (Thailand’s Zero Drug Driving) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนจากการเมาแล้วขับและการใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น โดยการกำหนดนโยบายจะต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจสาธารณะโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และการเปิดช่องทางสำหรับการปรับแผนการประเมินและตัวชี้วัดเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในอนาคต นอกจากนี้ยังต้องมีการขยายนโยบายไปสู่การปฏิบัติในกระบวนยุติธรรม ตั้งแต่ในขั้นตอนการสุ่มตรวจแอลกอฮอล์ทางลมหายใจและการตรวจยาเสพติดด้วยชุดตรวจทางน้ำลาย การอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ การสนับสนุนงบประมาณอย่างเป็นระบบ การเก็บข้อมูลสถิติและงานวิจัยจากหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพล ทั้งในขณะขับขี่หรือเมื่อต้องเดินทางผ่านบริเวณประตูทางเข้า-ออกในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะตรวจพบผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ

สำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของอาเซียน ควรได้มีการปรับปรุงนโยบายโดยการเพิ่มอำนาจแก่สำนักงานเลขาธิการอาเซียน โดยการกำหนดเป้าหมายการลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ การเพิ่มมาตรการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและด้านอื่น ๆ แก่ประเทศสมาชิกเพื่อให้แต่ละประเทศสามารถดำเนินการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการกำหนดแนวทางการรายงานสถิติที่แม่นยำและให้การช่วยเหลือแก่ประเทศสมาชิก ร่วมกับการกำหนดนโยบายเสริมภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน คือ นโยบาย “ถนนอาเซียนปลอดภัยจากยาเสพติด” (ASEAN Drug-Free Roads) ในการให้ข้อแนะนำแก่รัฐสมาชิกเพื่อการออกแบบนโยบายและกฎระเบียบสำหรับป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยปรับตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ การกำหนดกรอบระยะเวลาในการปรับปรุงกฎหมาย การป้องกันการขับขี่ข้ามแดนในผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติด การสนับสนุนการ

ตรวจสอบผู้ขับขี่ด้วยวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยและมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การตรวจบริเวณริมถนน การเจาะเลือดเพื่อยืนยันผลในสถานีตำรวจหรือโรงพยาบาล และการกำหนดข้อยกเว้นสำหรับผู้ที่ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์

2. กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยและอาเซียน

2.1 กฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

เนื่องจากความปลอดภัยทางถนนเป็นข้อพิจารณาสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและสุขภาพของประชาชน ดังนั้นในการลดและป้องกันการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรจึงต้องอาศัยมาตรการทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้นอกเหนือจากการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมยานพาหนะแล้ว ผู้ออกแบบกฎหมายยังต้องพิจารณาถึงความครอบคลุมในด้านอื่น ๆ เพื่อการรับมือกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเกิดขึ้นในขณะทำการขับขี่ เช่น การขับขี่ในขณะมึนเมาหรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และความชัดเจนของตัวบทกฎหมาย ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการควบคุมการเกิดอุบัติเหตุจราจร อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะได้มีกฎหมายหลักและมาตรการเสริมในด้านนี้มายาวนานกว่า 40 ปี แต่ยังคงปรากฏช่องว่างในการตีความบทบัญญัติเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่แท้จริง ส่งผลให้การบังคับใช้กฎหมายไม่ครอบคลุมต่อความเสี่ยงในทุกกรณี และนำไปสู่ข้อถกเถียงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง โดยประเทศไทยมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ในการควบคุมผู้ขับขี่ ร่วมกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นมาตรการเสริมการควบคุมสถานที่จัดจำหน่ายและสถานที่บริโภคแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความในมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 จะได้กำหนดห้ามการขับขี่ในขณะเมาสุรา แต่กลับไม่มีนิยามหรือการตีความในเรื่อง “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” และ “ของเมาอย่างอื่น” ว่าหมายถึงสิ่งใด นอกจากนี้บทบัญญัติตามมาตรา 43 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ซึ่งห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเฉพาะกรณีของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ทำให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นไม่ถือเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แต่ต้องปรับบทลงโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และการขับขี่ในขณะเมากัญชาอาจไม่ถือเป็นความผิดเลย หากผู้ขับขี่ได้หยิบยกข้ออ้างตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 มาเป็นข้อยกเว้นความผิด

การเคลื่อนย้ายของพลเมืองและยานพาหนะระหว่างประเทศถือเป็นปรากฏการณ์ปกติในสังคมที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วทุกภูมิภาคในโลกรวมถึงภูมิภาคอาเซียน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเดินทาง การค้า การท่องเที่ยว เศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนความร่วมมือรระหว่างกันของประเทศสมาชิก ทำให้เกิดความเชื่อมโยงทางวัฒนธรรมระหว่างกันอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันการเคลื่อนย้ายของบุคคลย่อมนำมาซึ่งความท้าทายด้านความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีผลต่อสมรรถนะและการตัดสินใจของผู้ขับขี่ แม้ว่าทุกประเทศในภูมิภาคอาเซียนจะมีบทบัญญัติสำหรับการควบคุมการขับขี่ในขณะเมาสุรา แต่ในด้านการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นรวมถึงการกำหนดบทลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ความหลากหลายเช่นนี้ก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องของมาตรการทางกฎหมายจราจรระหว่างประเทศสมาชิก อันนำไปสู่การสร้างปัญหาทั้งในด้านการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ และการรักษามาตรฐานความปลอดภัยทางถนนในระดับภูมิภาค โดยอาเซียนมีกฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ส่งผลให้ผู้ขับขี่สามารถเดินทางข้ามประเทศในกลุ่มอาเซียนได้โดยใช้ใบขับขี่ของประเทศตนเอง ทั้งนี้แต่ละประเทศยังคงมีสิทธิ์บังคับใช้กฎหมายจราจรของตนเองและกำหนดบทลงโทษได้อย่างอิสระ อย่างไรก็ตาม ข้อตกลงดังกล่าวไม่ได้กำหนดมาตรการทางกฎหมายสำหรับควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดความแตกต่างของกฎหมายในแต่ละประเทศ โดยทุกประเทศมีกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ แต่มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่มีมาตรการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ การกำหนดโทษสำหรับยาเสพติดแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ก่อให้เกิดปัญหาในด้านความแตกต่างของมาตรการทางกฎหมายและความปลอดภัยทางถนนในแต่ละประเทศ และส่งผลให้การขับขี่อย่างถูกกฎหมายภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศหนึ่งอาจถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในประเทศสมาชิกอื่น

เมื่อศึกษาถึงแนวทางการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนผ่านการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย พบว่าสามารถกระทำได้ในหลายระดับตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เช่น การตราพระราชบัญญัติ ข้อบังคับ กฎหมายท้องถิ่น และมาตรฐานทางเทคนิค สำหรับการประเมินกฎหมายประกอบไปด้วยการกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบ การทบทวนกฎหมายที่มีอยู่และร่างกฎหมายใหม่ การประเมินช่องว่าง และการประเมินความครอบคลุมของกฎหมาย อย่างไรก็ตาม การ

บังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้บังคับใช้กฎหมายจึงต้องระบุไว้อย่างชัดเจนว่าจะดำเนินการบังคับใช้อย่างไรและบุคคลใดต้องรับผิดชอบต่อการบังคับใช้กฎหมาย

ดังนั้นในการปรับปรุงกฎหมายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จึงจำเป็นต้องทำการแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่ออุดช่องว่างทางกฎหมายโดยการปรับปรุงนิยามศัพท์ “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” ตามมาตรา 43 (1) ให้สอดคล้องกับหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) เพื่อให้ครอบคลุมกรณีการมึนเมายาเสพติดหรือยาที่ใช้ในทางการแพทย์ซึ่งมีข้อยกเว้นที่สามารถเสพได้โดยไม่ถือเป็นความผิด ปรับปรุงนิยามศัพท์ “ของเมาอย่างอื่น” ตามมาตรา 43 (2) ให้มีความชัดเจนและปรับปรุงนิยามศัพท์ “ยาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” ตามมาตรา 43 ทวิ ให้ครอบคลุมยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ทั้งหมดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

สำหรับพัฒนากฎหมายของอาเซียนสามารถทำได้โดยการแก้ไข ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน ให้มีการกำหนดหลักการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยห้ามการออกใบอนุญาตขับขี่กับผู้ขับขี่ที่เสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทยกเว้นมีเหตุจำเป็นในทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์การส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิดระหว่างรัฐสมาชิก ทั้งข้อมูลของผู้ขับขี่และยานพาหนะเพื่อใช้ประกอบการอนุญาตการเดินทางข้ามแดน และเพิ่มเติมข้อแนะนำการบังคับใช้กฎหมายเพื่อกำหนดระดับแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่แก่รัฐสมาชิก

2.2 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่

การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญทางด้านความปลอดภัยทางถนนที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากปรากฏหลักฐานชัดเจนว่าการมึนเมาสุราส่งผลทำให้สมรรถภาพในการขับขี่ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) โดยแยกระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างผู้ขับขี่ทั่วไป คือ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กับผู้ขับขี่ที่อ่อนประสบการณ์หรือผู้ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ที่ระดับ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างไรก็ตาม กฎหมายปัจจุบันยังไม่มีการแยกเกณฑ์เฉพาะสำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถบรรทุก ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ต้องมีความรับผิดชอบอย่างสูงสุดต่อความปลอดภัยของผู้โดยสารและผู้ร่วมใช้รถใช้ใช้ถนนออกจากกลุ่มผู้ขับขี่ทั่วไป

ปัจจุบันปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของภูมิภาคอาเซียน แม้ว่าอาเซียนจะมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งลดทอนสมรรถภาพในการตัดสินใจและการควบคุมยานพาหนะของผู้ขับขี่ สำหรับการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ของอาเซียนมีแนวทางที่สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การสหประชาชาติในการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร โดยประเทศสมาชิกทุกประเทศได้มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่เพื่อป้องกันการเมาแล้วขับ ส่งผลให้หลายประเทศประสบความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม อาเซียนยังไม่มีกฎหมายร่วมกันในระดับภูมิภาคสำหรับควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ทำให้ระดับแอลกอฮอล์ที่กฎหมายอนุญาตสำหรับผู้ขับขี่และหลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ การบังคับใช้กฎหมายมีความหลากหลายไม่ว่าจะเป็นการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) และหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se Laws) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้กฎหมายจราจรทางบกของประเทศสมาชิกยังคงขาดความเป็นเอกภาพ ทำให้การบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุทางถนนของอาเซียนไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

เมื่อศึกษาถึงแนวทางการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระดับสากล พบว่าองค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยทางถนน โดยสรุปกรอบกฎหมาย 3 ไว้เป็น 3 แนวทาง ได้แก่ 1) กฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) ห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาไม่ว่าจะมีปริมาณเท่าใด, 2) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) ห้ามการขับขี่เมื่อยาทำให้ความสามารถในการขับขี่ลดลง และ 3) กฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ห้ามการขับขี่เมื่อระดับยาสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อประกอบกับองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการขับขี่จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน กัญชา และโคเคน พบว่าการลดระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจาก 100 เป็น 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สามารถช่วยลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้ สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ได้แนะนำการออกกฎหมายควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือด คือ ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ใหม่

หรือผู้ขับขี่สาธารณะ ดังนั้นจึงควรใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่สำหรับการควบคุมแอลกอฮอล์

ดังนั้นประเทศไทยจึงควรได้มีการปรับปรุง กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 โดยการเพิ่มเติมรายละเอียดการควบคุมผู้ขับขี่รถสาธารณะหรือรถบรรทุก ให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพิ่มเติมรายละเอียดการกำหนดและการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์ และเพิ่มเติมรายละเอียดการกำหนดค่าขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการคำนวณระดับแอลกอฮอล์ในเลือดผิดพลาด

สำหรับอาเซียนควรได้มีการจัดทำ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือด 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ใหม่หรือผู้ขับขี่สาธารณะ

2.3 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่

การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเพิ่มโอกาสการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงบนท้องถนน เนื่องจากยาเสพติด ยานอนหลับ และยารักษาโรคบางชนิดนั้นมีผลโดยตรงต่อสมรรถภาพการขับขี่ การตัดสินใจ และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินในขณะขับขี่ ซึ่งประเทศไทยได้ใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) เฉพาะกรณีการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน โดยสามารถตีความได้ว่าหากมีการตรวจพบสารเหล่านี้ในร่างกายของผู้ขับขี่ไม่ว่าจะมีปริมาณเพียงใดก็ตามให้ถือว่ามีความผิด อย่างไรก็ตาม สำหรับการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนั้นไม่ปรากฏว่ามีการควบคุมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ทำให้จำเป็นต้องนำประมวลกฎหมายยาเสพติด มาปรับใช้กับการควบคุมการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ผลจากการมีช่องว่างทางกฎหมายในลักษณะดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติ และไม่สอดคล้องกับหลักการควบคุมความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนน ซึ่งต้องการให้มีการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างครอบคลุม ส่งผลให้การป้องกันและปราบปรามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในฐานะที่เป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของภูมิภาคและความปลอดภัยของประชาชนมาอย่างต่อเนื่องยาวนานเกือบ 5 ทศวรรษ โดยเริ่มมีการดำเนินการความร่วมมือในระดับภูมิภาคตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 ปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดร่วมกันของภูมิภาค และถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการกำหนดกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนำไปสู่การพัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทั้งในด้านการปราบปราม การป้องกันและการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด รวมถึงการลดผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสังคม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอาเซียนจะมีกรอบยุทธศาสตร์และมาตรการร่วมในการควบคุมและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่กลับพบว่าในประเด็นการกำกับดูแลการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่มิใช่แอลกอฮอล์นั้น ยังคงปรากฏข้อจำกัดเชิงนโยบายและกฎหมายที่ชัดเจน กล่าวคือ ประเทศสมาชิกบางประเทศได้มีการบัญญัติความผิดทางอาญาเกี่ยวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายในประเทศของตน ในขณะที่อีกหลายประเทศยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้อาเซียนยังไม่มีกรอบกฎหมายในระดับภูมิภาคที่ใช้บังคับร่วมกัน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนโดยรวม นอกจากนี้ยังปรากฏความไม่สอดคล้องในประเด็นยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทบางประเภท เช่น กัญชาและกระท่อม ซึ่งหลายประเทศห้ามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว ในขณะที่บางประเทศกลับไม่ถือว่าเป็นความผิด อีกทั้งยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์ระดับความเข้มข้นสูงสุดของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในเลือดที่ใช้เป็นมาตรฐานกลางร่วมกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่ชัดเจนและความไม่สอดคล้องกันในการควบคุมการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ขับขี่ในระดับภูมิภาค

เมื่อศึกษาถึงระดับของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่ส่งผลต่อสมรรถภาพในการขับขี่ พบว่าแอมเฟตามีนและโคเคนมีช่วงการออกฤทธิ์ของยาค่อนข้างกว้างแม้จะเสพในปริมาณเล็กน้อยเพียง 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรจากการตรวจพบในเลือด แต่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมยานพาหนะได้ จึงไม่ควรมีการตรวจพบสารเหล่านี้ในผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นไปตามหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด เว้นแต่จะได้มีข้อบ่งใช้ในทางการแพทย์ และไม่ปรากฏว่าผู้ขับขี่มีความบกพร่องในการควบคุมยานพาหนะอันเนื่องมาจากการใช้งานสารดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ ส่วนการตรวจพบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล

(Tetrahydrocannabinol หรือ THC) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหลักในกัญชาตั้งแต่ 5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไปในเลือด มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุ จึงควรใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ หรือกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ เพื่อควบคุมสารดังกล่าว

ดังนั้นจึงควรได้มีการกำหนดรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยให้ครอบคลุมยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ชนิดอื่นทั้งหมดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยการเพิ่มเติมข้อความใน กฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 7 (3) โดยเทียบสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol หรือ THC) จากเลือด 1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร เท่ากับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือด 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพื่อให้สามารถควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาได้ และเพิ่มการกำหนดมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่พบได้บ่อยด้วยวิธีการตรวจทางน้ำลาย หากผลการทดสอบเบื้องต้นให้ผลบวกจึงจะทำการตรวจยืนยันผลต่อไป

สำหรับอาเซียนสามารถกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่สอดคล้องและครอบคลุมในเรื่องดังกล่าว โดยการสร้างแนวทางที่ชัดเจนในระดับภูมิภาคผ่านการประกาศใช้ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมภายในประเทศของตนเองสำหรับยาแต่ละชนิด กำหนดรายละเอียดมาตรฐานอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ กำหนดมาตรฐานการสอบเทียบอุปกรณ์ และเทคนิคการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2.4 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่

ประเทศไทยได้กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น โดยยึดหลักสิทธิมนุษยชนสากลเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินการ กล่าวคือ การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจหรือในเลือดนั้นจะไม่สามารถกระทำได้หากผู้ขับขี่ไม่ยินยอม ทั้งนี้กฎหมายได้กำหนดกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการยินยอมเข้ารับการตรวจร่างกายทางอ้อมแก่ผู้ขับขี่ โดยการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นได้กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายหากปฏิเสธการตรวจวัดโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร แต่ข้อกำหนดดังกล่าวใช้ได้เฉพาะกรณีการตรวจวัดแอลกอฮอล์เท่านั้น มิได้ครอบคลุมถึงการตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นที่มีผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ ดังนั้นในการตรวจหายาเสพติดให้

โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่จึงจำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ขับขี่เช่นเดียวกับการตรวจวัดแอลกอฮอล์ เมื่อผู้ขับขี่ปฏิเสธการตรวจในลักษณะดังกล่าวเช่นนี้เจ้าพนักงานจึงไม่อาจดำเนินการบังคับได้โดยตรงตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 แต่ต้องอาศัยกลไกทางกฎหมายอื่นเข้ามาเสริมโดยการปรับบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาใช้บังคับแก่การตรวจหายาเสพติดในร่างกายของผู้ขับขี่ ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างมาตรการควบคุมผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์กับผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การบังคับใช้กฎหมายขาดความเป็นเอกภาพ ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม ความลักลั่นในการปฏิบัติงาน และทำให้มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร ดังนั้นในประเด็นการกำหนดหลักเกณฑ์การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ในประเทศไทย โดยเฉพาะการตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดจึงเป็นเรื่องที่ควรได้รับการทบทวนอย่างรอบด้าน เพื่อให้กลไกการบังคับใช้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดร่วมกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไปพร้อมกัน

การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ถือเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น อย่างไรก็ตาม การกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ในอาเซียนยังคงขาดมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน แม้ว่าจะมีการประกาศใช้ ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration) ซึ่งให้การรับรองสิทธิของบุคคลในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการยุติธรรม ทั้งการจับกุม การค้น และการตรวจร่างกาย แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าประเทศสมาชิกยังคงมีแนวทางที่แตกต่างกัน โดยบางประเทศอนุญาตให้ผู้ขับขี่ปฏิเสธการตรวจร่างกายได้ แต่ผู้นั้นอาจถูกตั้งข้อหาเมาแล้วขับหรือทำการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ทันที ในขณะที่บางประเทศไม่มีมาตรการดังกล่าว คาวมแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันของกฎหมายและแนวปฏิบัติในระดับภูมิภาค เนื่องจากในปัจจุบันอาเซียนยังไม่มีมาตรฐานกลางซึ่งกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้กระบวนการตรวจสอบและการบังคับใช้กฎหมายมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ข้ามพรมแดน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในภูมิภาคที่มีการติดต่อและการเคลื่อนย้ายของประชาชนระหว่างประเทศสมาชิกอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้การที่อาเซียนไม่มีกรอบกฎหมายหรือแนวทางในระดับภูมิภาคสำหรับมาตรการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่บังคับใช้ร่วมกัน ยังก่อให้เกิดปัญหาเมื่อผู้ขับขี่ประสงค์จะโต้แย้งผลการตรวจหรือขอรับการตรวจเพิ่มเติม กรณีดังกล่าวอาจนำไปสู่ข้อพิพาททางกฎหมายและความไม่ชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ถูกตรวจ ซึ่งขัดต่อหลักการตรวจสอบที่ควรมีความน่าเชื่อถือ โปร่งใส และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

เมื่อได้ศึกษาหลักการสากลในด้านกระบวนการดำเนินคดีทางอาญาแก่ผู้ขับขี่ พบว่าจำเป็นต้องกระทำภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน กล่าวคือ การตรวจร่างกาย การจับกุม และสิทธิในการต่อสู้คดีอาญาต้องเป็นไปตามหลัก ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights - UDHR) รวมถึงกฎหมายสากลฉบับอื่น ๆ โดยวิธีการตรวจวัดแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) การตรวจเบื้องต้น ควรใช้การตรวจทางลมหายใจด้วยเครื่อง Breath Analyzer สำหรับแอลกอฮอล์ ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นควรใช้การตรวจทางน้ำลายเป็นมาตรฐานสากล เนื่องจากการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากเลือดและปัสสาวะถือเป็นขั้นตอนที่รุกล้ำร่างกายมากเกินไป และ 2) การตรวจยืนยันผล ควรใช้เทคนิคทางโครมาโตกราฟี (Chromatography) โดยการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากเลือด เส้นผม ปัสสาวะ และสารคัดหลั่งอื่น ๆ ในร่างกาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีความแม่นยำสูงซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล

ดังนั้นจึงควรได้มีการปรับปรุงกฎหมายของประเทศไทยให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นโดยการแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ดังนี้ 1) มาตรา 142 วรรคสาม กำหนดระยะเวลาทดสอบผู้ขับขี่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง, 2) มาตรา 142 วรรคสี่ ห้ามการดื่มสุราหรือของเมาอย่างอื่นภายหลังการขับขี่เป็นเวลา 6 ชั่วโมงหลังสิ้นสุดการขับรถ, 3) มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม กำหนดระยะเวลากักตัวผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง และ 4) มาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง กำหนดอัตราค่าปรับสำหรับผู้เสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ให้เทียบได้ไม่ต่ำกว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ และดำเนินการตามขั้นตอนของประมวลกฎหมายยาเสพติดต่อไป

สำหรับอาเซียนจำเป็นต้องทำการพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เป็นมาตรฐานร่วมกันเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในขั้นตอนการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ ทั้งในกรณีของการตรวจแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น โดยการกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ให้ครอบคลุมประเด็นการทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ริมถนน และการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นด้วยวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุด

2.5 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ประเทศไทยได้กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งกระทำการฝ่าฝืนกฎหมายจราจรไว้อย่างชัดเจน โดยมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ครอบคลุมทั้งโทษทางอาญาและมาตรการทางปกครอง ได้แก่ การกำหนดโทษปรับ โทษจำคุก การพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ การใช้ระบบการบันทึก

คะแนนความประพฤติสำหรับผู้ขับขี่ ตลอดจนมาตรการคุมความประพฤติที่ศาลอาจกำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้บทลงโทษดังกล่าวได้ถูกบังคับใช้กับผู้ขับขี่ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด และผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดให้โทษประเภท 1 คือ แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน โดยนอกจากโทษทางอาญาและมาตรการทางปกครองแล้ว ยังมีมาตรการทางแพ่ง คือ การสูญเสียสิทธิในการได้รับความคุ้มครองจากเงินประกันภัยอันเนื่องมาจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของภาครัฐในการยับยั้งพฤติกรรมการขับขี่ที่เป็นอันตรายต่อสังคม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนในหลายมิติ แต่ยังคงพบข้อจำกัดที่สำคัญในการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากมาตรการที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมถึงการลงโทษผู้ขับขี่ซึ่งเสพหรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่มิใช่แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน เช่น ยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ กัญชา หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่อาจส่งผลกระทบเชิงลบต่อสมรรถภาพในการขับขี่ได้ไม่ต่างไปจากแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดให้โทษประเภทหลัก ผลจากการที่กฎหมายไม่มีความชัดเจนหรือครอบคลุมในประเด็นดังกล่าว ทำให้เกิดช่องว่างทางในการบังคับใช้กฎหมายซึ่งลดทอนประสิทธิภาพของมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนโดยรวม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของสารบางชนิด เช่น กัญชาและพืชกระท่อม ยังก่อให้เกิดความซับซ้อนและความไม่สอดคล้องในการบังคับใช้กฎหมายจราจร ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย ในการกำหนดมาตรการลงโทษที่เหมาะสมแก่ผู้ขับขี่ให้เกิดความครอบคลุมต่อการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิด

การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยทางถนนในอาเซียน เนื่องจากสารดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ การตัดสินใจ และการควบคุมร่างกายของผู้ขับขี่ อันเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยประเทศสมาชิกอาเซียนต่างให้ความสำคัญกับการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งปรากฏในตัวบทกฎหมายของหลายประเทศที่มีการกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ไว้อย่างชัดเจน เช่น การพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ การริบยานพาหนะ โทษปรับ และโทษจำคุก รวมถึงการกำหนดบทลงโทษที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้กระทำความผิดซ้ำ ทั้งนี้หลายประเทศยังมีแนวโน้มที่จะขยายมาตรการลงโทษให้ครอบคลุมถึงผู้ขับขี่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งสะท้อนถึงความตื่นตัวในการป้องกันอันตรายจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตาม มาตรการลงโทษในกลุ่มประเทศอาเซียนยังคงเผชิญกับข้อจำกัดที่สำคัญ กล่าวคือ ปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายที่เป็นมาตรฐานร่วมกันในระดับภูมิภาคเพื่อควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้แต่ละประเทศต้องดำเนินการตามกฎหมายภายในของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในด้าน

การกำหนดลักษณะความผิด อัตราโทษปรับ อัตราโทษจำคุก และระยะเวลาการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ ความแตกต่างดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องในการบังคับใช้กฎหมายจราจรและอาจเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือด้านความปลอดภัยทางถนนในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ข้ามพรมแดน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันหลายประเทศยังไม่มีระบบกำหนดโทษที่แปรผันตามระดับความรุนแรงของการกระทำความผิด ทำให้บทลงโทษไม่สอดคล้องกับระดับความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง รวมถึงบางประเทศยังคงไม่มีการกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้กฎหมายจราจรไม่สามารถบังคับใช้ได้ครอบคลุมกับผู้ขับขี่ที่ใช้ยาเสพติดชนิดใหม่หรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลต่อการขับขี่ ส่งผลให้มาตรการทางกฎหมายขาดความทันสมัยและไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดรูปแบบใหม่ที่ทวีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

เมื่อศึกษาถึงหลักการสากลที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายเมาแล้วขับ นอกจากการบัญญัติกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแล้ว ควรได้มีการใช้เครื่องมือสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การรณรงค์ทางสื่อมวลชน การศึกษาสาธารณะ การกำหนดความเร็วคงที่สำหรับยานพาหนะ การติดตั้งกล้องจับความเร็วและสัญญาณไฟแดง การกำหนดโทษปรับ โทษพักใช้ใบอนุญาต และโทษจำคุกที่เหมาะสม การใช้จดหมายเตือน การใช้ระบบหักคะแนน การพักใช้ใบอนุญาตขับรถ และการเพิ่มโอกาสในการตรวจจับการขับขี่ที่บกพร่อง ทั้งการทดสอบลมหายใจแบบสุ่ม (Random Breath Test - RBT) การตั้งจุดตรวจสอบความสงบเรียบร้อย (Sobriety Checkpoint) และการลาดตระเวนอิ่มตัว (Saturation Patrols) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมการใช้มาตรการบำบัดฟื้นฟูและการคุมประพฤติผู้กระทำความผิดที่มีความบกพร่องในการขับขี่นอกเหนือจากโทษปรับ จำคุก พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยสามารถนำหลักการบำบัดฟื้นฟูซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือหลังจากที่ศาลมีคำพิพากษามาบังคับใช้ร่วมได้ เช่น การแยกผู้ดื่มออกจากการขับขี่ด้วยระบบกักกันที่บ้านพร้อมระบบควบคุมอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด การใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) และการลงโทษสำหรับการใช้ยานพาหนะโดยการยึดรถหรือแผ่นป้ายทะเบียนรถ ส่วนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นนั้น ควรได้กระทำผ่านการจัดหลักสูตรการศึกษาอบรม และการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษาแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบำบัดรักษาผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคุมประพฤติ ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบจำลองขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) เพื่ออธิบายพฤติกรรมในผู้ที่พยายามเลิกแอลกอฮอล์และยาเสพติด, 2) โปรแกรมการเบี่ยงเบน (Diversion Programmes) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยกระบวนการ

ยุติธรรมทางเลือกในลักษณะของการเบี่ยงเบนคดี และ 3) หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalisation) เพื่อลดทอนสถานะความเป็นอาชญากรรมของกฎหมายอาญาออกไปจากสิ่งที่กระทำหรือบังคับอยู่โดยเฉพาะในเรื่องของการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

ดังนั้นจึงควรได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 โดยการเพิ่มการกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนและระดับแอลกอฮอล์เป็นฐานในการคำนวณ เพิ่มบทลงโทษในเรื่องการริบยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำ เพิ่มรายละเอียดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ รวมถึงการคุมประพฤติด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) และเพิ่มการกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนเป็นฐานสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ร่วมกับการรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

สำหรับอาเซียนควรได้มีการพัฒนากฎหมายหรือนโยบายในระดับภูมิภาคเพื่อให้การควบคุมและการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของแต่ละประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการเพิ่มเติมรายละเอียดใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ให้ครอบคลุมแนวทางการกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้ ระบบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ (Income-related System) สำหรับผู้ขับขี่ที่มีรายได้สูงร่วมกับการพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นฐานในการคำนวณ การกำหนดบทลงโทษในเรื่องการริบยานพาหนะสำหรับการกระทำความผิดซ้ำ การกำหนดมาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่ และการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิดระหว่างประเทศ

2.6 กฎหมายป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน

การคมนาคมขนส่งระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาภูมิภาคภายใต้กรอบประชาคมอาเซียน เนื่องจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคมนั้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคคล สินค้า และบริการภายในภูมิภาคอย่างเสรีมากยิ่งขึ้น ความเชื่อมโยงทางการคมนาคมดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่เป็นการเอื้อประโยชน์ต่อการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยว แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของภูมิภาค อย่างไรก็ตาม การเดินทางข้ามพรมแดนที่เพิ่มขึ้นนี้ได้นำมาซึ่งความท้าทายด้านความปลอดภัยทางถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการบังคับใช้กฎหมายจราจรที่แตกต่างกันระหว่างประเทศสมาชิก ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องและเป็นอุปสรรคต่อการกำกับดูแลผู้ขับขี่ที่จำเป็นต้องเดินทางข้ามแดน ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าว อาเซียนจึงได้จัดทำความ

ตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการใช้กฎหมายจราจรและการยอมรับเอกสารการขับขี่ร่วมกัน เพื่อสร้างความสะดวกแก่ผู้ขับขี่จากประเทศสมาชิก ผ่านการประกาศใช้ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) มานานเกือบ 40 ปี โดยความตกลงนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมความร่วมมือด้านการคมนาคมขนส่ง และอนุญาตให้ประเทศสมาชิกสามารถใช้กฎหมายจราจรภายในประเทศสำหรับควบคุมผู้ขับขี่จากประเทศสมาชิกซึ่งเดินทางข้ามแดนเข้ามายังประเทศของตนได้ โดยทุกประเทศในอาเซียนมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดของผู้ขับขี่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการเมาแล้วขับถือเป็นมาตรฐานสากลในระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความตกลงดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงการควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันในระดับภูมิภาค แม้ว่าแต่ละประเทศจะมีกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ แต่กลับพบว่าในบางประเทศยังไม่มีมาตรการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหา คือ ผู้ขับขี่จากประเทศซึ่งมีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ต่ำกว่าอีกประเทศหนึ่งอาจมีความผิดหากได้เดินทางข้ามแดนไปยังประเทศปลายทาง ดังนั้นอาเซียนจึงควรปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายหรือให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างของกฎหมายจราจรระหว่างประเทศสมาชิก โดยการกำหนดแนวทางไว้ใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ให้รัฐสมาชิกตรวจสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ ณ จุดผ่านแดนก่อนการเดินทางไปยังประเทศปลายทาง ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์สูงสุดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่เป็นการต้องห้ามสำหรับผู้ขับขี่

2.7 แนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน

อาเซียนถือเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจและการคมนาคมขนส่งในระดับโลกและมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง การรวมกลุ่มกันของรัฐสมาชิกในนามประชาคมอาเซียนไม่เพียงแต่จะเป็นการสร้างโอกาสทางการค้า การลงทุน และการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคคลและยานพาหนะข้ามพรมแดนภายในภูมิภาค ซึ่งการพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งที่มีความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้นนั้นมีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับศักยภาพทางเศรษฐกิจและการสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าในด้านการคมนาคมขนส่งได้นำมาซึ่งความท้าทายด้านความปลอดภัยทางถนน

เนื่องจากประเทศสมาชิกอาเซียนยังคงเผชิญหน้ากับปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรในอัตราสูง เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก โดยเฉพาะการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในด้านการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการนโยบายและมาตรการทางกฎหมายร่วมกันในระดับภูมิภาค เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการบังคับใช้กฎหมายจราจรระหว่างประเทศ โดยอาเซียนมีการประกาศเป้าหมายการบูรณาการทางเศรษฐกิจของภูมิภาคไว้ในกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ซึ่งเน้นการส่งเสริมการค้าและการลงทุน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการบูรณาการกฎหมายและนโยบายในเรื่องอื่น ๆ ของอาเซียนในอนาคตได้ นอกจากนี้อาเซียนยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ที่มุ่งเน้นการบูรณาการกฎหมายและมาตรฐานด้านการจราจร การพัฒนาศักยภาพ การวิจัย และการรายงานความคืบหน้าผ่านการประชุมรัฐมนตรีคมนาคมอาเซียน (ASEAN Transport Ministers Meeting – ATM) รวมถึงการจัดทำความตกลงเกี่ยวกับการยอมรับใบอนุญาตขับขี่ในกลุ่มประเทศสมาชิก อย่างไรก็ตาม การกำหนดเป้าหมายด้านนโยบายและกฎหมายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียนยังคงขาดความชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องความแตกต่างของระดับแอลกอฮอล์และประเภทของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ทำให้ขาดเอกภาพในการบังคับใช้กฎหมายจราจรระหว่างประเทศ ดังนั้นอาเซียนจึงควรทบทวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้สอดคล้องกันในกลุ่มประเทศสมาชิก และควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนน หรืออาจจัดทำในลักษณะของความตกลงเพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปปรับใช้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน รวมถึงช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรในภูมิภาคอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รายงานผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในสาเหตุการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยและประชาคมอาเซียน ซึ่งถือเป็นความท้าทายในด้านการบังคับใช้กฎหมายและการกำหนดนโยบายของประเทศและภูมิภาค สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีมาตรการกฎหมายที่ค่อนข้างเข้มงวดในการควบคุมการขับขี่ขณะเมาสุรา รวมถึงการใช้ยาเสพติดบางชนิดที่ถูกจัดให้อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ ขณะที่ในระดับภูมิภาคอาเซียนแม้ว่าจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาค แต่ยังคงขาดความสอดประสานกันในประเด็นต่าง ๆ ทำให้การดำเนินงานของประเทศสมาชิกมีลักษณะแยกส่วน ทั้งในด้านการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ ประเภทของสารที่ต้องห้ามในผู้ขับขี่ ตลอดถึงการ

กำหนดมาตรการลงโทษที่เหมาะสมซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังนั้นการศึกษามุมมองเชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำงานโดยตรงในด้านการแพทย์และอุบัติเหตุจราจรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในปัจจุบันทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคได้อย่างชัดเจน ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งได้มาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งได้ให้ความเห็นในประเด็นต่าง ๆ นั้น สามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ใหม่ กล่าวคือ ประการที่ 1 ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย พบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นแต่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เนื่องจากมีการควบคุมเฉพาะยาสารบางอย่างที่ถูกจัดว่าเป็นยาเสพติด การรณรงค์การขับขี่ปลอดภัยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนบางกลุ่มได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่เหมาะสมของการตั้งด่านตรวจผิดกฎหมาย และปัญหาการปรับปรุงโครงสร้างถนนซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

ประการที่ 2 ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน พบว่าอาเซียนมีข้อตกลงร่วมกันในเรื่องใบขับขี่ข้ามแดนแต่กลับมีกฎระเบียบในส่วนของระดับสาร บทลงโทษ และชนิดของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ประการที่ 3 ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย พบว่ากฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทยมีความเหมาะสมแต่ยังคงมีปัญหาในแง่ของการบังคับใช้ โดยการกำหนดอัตราค่าปรับสูงสุดสำหรับการกระทำผิดฐานเมาแล้วขับนั้นดูเหมือนว่าจะน้อยเกินไป ควรได้มีการเพิ่มระยะเวลาการพักใช้ใบอนุญาตขับขี่สำหรับการกระทำความผิดซ้ำ และควรบัญญัติกฎหมายในรูปแบบของหลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) คือ การใช้งานร่วมกันระหว่างหลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) และหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) สำหรับการตรวจพบยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ควรต้องมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลขณะทำการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ และควรจัดทำแบบฟอร์มการตรวจร่างกายสำหรับช่วยวินิจฉัยความบกพร่องในการขับขี่

ประการที่ 4 ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน พบว่ากฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ชนิดอื่นในประเทศสมาชิกของอาเซียนยังไม่สอดคล้องกัน โดยแต่ละประเทศควรสนับสนุนการตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจและตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นจากปัสสาวะ

ประการที่ 5 ระดับความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน พบว่าการกำหนดระดับความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์ในประเทศไทยถือว่ามีความเหมาะสม ส่วนยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นยังไม่มีตัวเลขที่เหมาะสม จึงอาจใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับยาเสพติดให้โทษที่มีรายการอยู่ในประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่วนยาที่อยู่นอกเหนือจากนี้ควรเลือกใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) หรือใช้หลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) สำหรับการควบคุมผู้ขับขี่

ประการที่ 6 มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน พบว่าควรส่งเสริมในเรื่องการตั้งจุดตรวจอย่างสม่ำเสมอ และควรได้มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ที่เป็นที่ยอมรับระหว่างประเทศต้นทางกับประเทศปลายทาง รวมถึงการตกลงร่วมกันอย่างชัดเจนว่าจะตรวจสารชนิดใดบ้าง

ประการที่ 7 แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนสากล เพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย โดยเฉพาะบริเวณจุดตรวจผู้ขับขี่ สถานที่เกิดเหตุ และขณะขับขี่ยานพาหนะ พบว่าควรได้มีการให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรตรวจด้วยวิธีการทางลมหายใจเป็นลำดับแรกและตรวจทางน้ำลายเป็นลำดับที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แต่หากเกิดอุบัติเหตุแล้วควรได้มีการใช้วิธีการทางลมหายใจมากขึ้น ควรกำหนดรายการยาเสพติดที่ต้องตรวจเพิ่มเติมทางปัสสาวะ และควรให้อำนาจแก่สถานพยาบาลในการเก็บสิ่งส่งตรวจได้ทันทีโดยไม่ต้องรอการร้องขอจากเจ้าหน้าที่

ประการที่ 8 อัตราโทษที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ พบว่าควรพิจารณาให้มีอัตราโทษอยู่ในขอบข่ายเดียวกับฐานความผิดที่เกิดจากการกระทำโดยประมาท และกำหนดโทษปรับเพิ่มขึ้นสำหรับการกระทำความผิดซ้ำในแต่ละครั้ง รวมถึงควรกำหนดให้การทำงานบริการสังคมเป็นสิ่งที่สามารถเปิดเผยต่อสาธารณะได้

ประการที่ 9 วิธีการคุมประพฤติที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ พบว่าควรให้ผู้กระทำความผิดเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นอาสาสมัครในงานสาธารณประโยชน์ที่เกี่ยวกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและแอลกอฮอล์ และต้องระงับการใช้ใบอนุญาตขับขี่ในขณะที่ยังทำงานบริการสังคมไม่ครบถ้วน

ประการที่ 10 แนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียน พบว่าควรได้มีการประชุมหารือระหว่างประเทศสมาชิกที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ เช่น การตั้งด่านตรวจผู้ขับขี่ การบังคับใช้กฎหมายของแต่ละประเทศ การกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ข้ามแดนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การกำหนดให้สถานพยาบาลสามารถเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ขับขี่ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ตำรวจร้องขอ การกำหนดอัตราค่าปรับให้สอดคล้องกับค่ารักษาพยาบาลและค่าชดเชยที่แท้จริง และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการกระทำผิดของผู้ขับขี่ระหว่างประเทศสมาชิก จากนั้นจึงทำการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ร่วมกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ที่มุ่งเน้นการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีระดับสากลเกี่ยวกับการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การสำรวจสภาพปัญหาเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรในประเทศไทย รวมทั้งนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของสหภาพยุโรป ประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมนี และประชาคมอาเซียน เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน ผลการวิจัยได้ข้อค้นพบที่สำคัญ 9 ประการ ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้เพื่อยกระดับความปลอดภัยทางถนน และตอบสนองต่อเป้าหมายการลดอุบัติเหตุทางถนนและการสูญเสียจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้การอภิปรายผลการวิจัยเพื่อนำไปสู่การสร้างสรรค์นโยบายและกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยและอาเซียน รวมถึงมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียน การบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียน และการกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดและระดับของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดของผู้ขับขี่บนถนนนั้น มีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัยประการที่ 1 นโยบายควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย คือ หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและหน่วยงานผู้รับผิดชอบการปฏิบัติตามนโยบายควรเป็นหน่วยงานเดียวกัน เพื่อให้การสั่งการมีความสะดวกรวดเร็วและสามารถกำหนดผู้รับผิดชอบได้โดยง่าย การกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทควรเพิ่มการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์และบรรจุเข้าไว้ในแผนแม่บทความ

ปลอดภัยทางถนน ควรส่งเสริมการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และยาเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน รวมถึงการป้องกันความบกพร่องขณะขับขี่จากการใช้ยารักษาโรคของผู้ขับขี่ ควรเสริมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้มีความชัดเจน โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยุติธรรมทางเลือก คือ ผู้ขับขี่สามารถขอเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล ควรเสริมเทคโนโลยียานยนต์เพื่อควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล ควรกำหนดนโยบายจากความต้องการของชุมชนโดยรัฐทำหน้าที่ในการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายร่วมกันระหว่างภาครัฐและชุมชน ร่วมกับนำหลักทฤษฎีความปลอดภัยทางถนนมาใช้ในการวัดและประเมินผล ควรส่งเสริมบริการขนส่งทางเลือก ควรจัดตั้งสถาบันเพื่อการศึกษาวิจัยความปลอดภัยทางถนน เพื่อทำหน้าที่รายงานผลการศึกษาไปสู่การกำหนดนโยบายของ ศปถ. และประเทศไทยต้องประกาศนโยบายลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นศูนย์ภายใต้กรอบระยะเวลาที่ชัดเจน

ผลการวิจัยประการที่ 2 มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย คือ ควรได้มีการปรับแก้ข้อความ “ของเมาอย่างอื่น” ตามความในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ให้มีความชัดเจน ควรเพิ่มข้อกำหนดในเรื่องระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ประกอบอาชีพขับรถแยกเป็นพิเศษออกจากผู้ขับขี่ทั่วไป ควรได้มีการเพิ่มรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่ให้มีความครอบคลุมต่อสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พร้อมกับกำหนดแนวทางการเข้ารับการบำบัดรักษาและกระบวนการคุมประพฤติเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ ควรได้มีการปรับเพิ่มในเรื่องของระยะเวลาการควบคุมตัวผู้ขับขี่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้วให้ถือว่าเป็นอันพ้นระยะเวลาการให้ความยินยอมไปพร้อมกัน ควรกำหนดแนวทางการแจ้งสิทธิแก่ผู้ถูกกล่าวหาในขั้นตอนก่อนการตรวจร่างกายให้ชัดเจน ควรกำหนดโทษสำหรับผู้ขับขี่ซึ่งไม่ยอมปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานในการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ให้ได้รับอัตราโทษสูงสุดเฉพาะในส่วนของโทษปรับและพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ในความผิดฐานเมาแล้วขับ ควรห้ามการดื่มสุรา ของมึนเมา หรือยาเสพติดภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงหลังจากการขับขี่เสร็จสิ้น ควรปรับบทบัญญัติในเรื่องการตรวจแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิด รวมถึงอัตราโทษจำคุก ปรับ พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและรายได้ของผู้ขับขี่เป็นตัวตั้งในการกำหนดอัตราค่าปรับ ควรใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในช่วงระยะเวลาคุมประพฤติ ควรเพิ่มมาตรการยึดรถสำหรับผู้ขับขี่ที่กระทำความผิดซ้ำ ควรกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ที่เมาแล้วขับ ควรกำหนดโทษสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ให้

ครอบคลุมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ควรจัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่และบำบัดรักษาการติดยาเสพติด

ผลการวิจัยประการที่ 3 นโยบายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียน คือ อาเซียนควรมีการให้อำนาจแก่หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ผ่านกระบวนทางกฎหมาย เพื่อช่วยในการควบคุมรัฐสมาชิก และทำให้อาเซียนบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนของภูมิภาค อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวอาจมีปัญหาในเรื่องการยอมรับของประเทศสมาชิก ดังนั้นจึงควรใช้วิธีการสร้างกฎหมายร่วมกันในรูปแบบของความตกลง (Agreement) โดยไม่ต้องสร้างข้อตกลงใหม่ ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการเพิ่มรายละเอียดการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทไว้ในความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ควรกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้มีความชัดเจน ทั้งเป้าหมายการลดจำนวนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และเป้าหมายการลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนด ร่วมกับการจัดทำแผนงานย่อยสำหรับแต่ละประเทศ และอาเซียนควรมีรอบระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ถี่ขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้สามารถปรับปรุงแก้ไขวิธีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยประการที่ 4 มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เหมาะสมสำหรับอาเซียน คือ อาเซียนควรปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยต้องครอบคลุมทั้งการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ควรพัฒนาข้อกำหนดหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ข้ามแดนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่ และควรกำหนดมาตรการทางกฎหมายสำหรับควบคุมผู้ขับขี่ที่มีการกระทำผิดในประเทศหนึ่งและได้เดินทางข้ามแดนเข้าไปในดินแดนของประเทศสมาชิก เพื่อป้องกันการกระทำผิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์และป้องกันการเดินทางเข้ามากระทำความผิดซ้ำในดินแดนของประเทศอื่น

ผลการวิจัยประการที่ 5 มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียน คือ อาเซียนควรปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายหรือให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิก เพื่อควบคุมการขับขี่ข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และป้องกันผู้ขับขี่ไม่ให้ต้องรับโทษจากความแตกต่างของกฎหมายจราจรระหว่างประเทศ มาตรการทางกฎหมายควรรวมถึงการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล

ของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ เช่น การพัฒนาข้อกำหนดหรือข้อแนะนำเพื่อการตรวจคัดกรองยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ข้ามแดน การส่งต่อข้อมูล การใช้เทคโนโลยีช่วยในการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่ และการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมผู้ขับขี่ที่กระทำผิดกฎจราจรในประเทศหนึ่งและเดินทางข้ามแดนเข้าไปในประเทศสมาชิก

ผลการวิจัยประการที่ 6 นโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศในอาเซียนควรสอดคล้องกัน อาเซียนควรทบทวนนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายจราจรเกี่ยวกับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้สอดคล้องกันในกลุ่มประเทศสมาชิก โดยเพิ่มแนวทางที่ชัดเจนในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) หรือกำหนดเป็นข้อตกลงหรือกฎหมายสากลเพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศของตน อย่างไรก็ตาม การใช้มาตรการทางกฎหมายระดับภูมิภาคที่เป็นกฎหมายอย่างแข็ง (Hard Laws) อาจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของอาเซียน ดังนั้นการจัดประชุมเพื่อสร้างมติ (Resolution) หรือความตกลง (Agreement) รวมถึงใช้ข้อแนะนำ (Recommendation) และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เพื่ออุดช่องว่างทางกฎหมายและเสริมรายละเอียดในส่วนที่ไม่ได้มีการระบุไว้ในกฎหมายจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมกว่า

ผลการวิจัยประการที่ 7 ความจำเป็นในการบูรณาการกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน คือ ปัจจุบันอาเซียนมีการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) ซึ่งเป็นนโยบายระดับภูมิภาคที่มุ่งเน้นการส่งเสริมมาตรฐานด้านการจราจรแก่ประเทศสมาชิกร่วมกับการใช้ ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ในการควบคุมการขับขี่ข้ามแดน แต่ยังขาดความชัดเจนในด้านการบูรณาการกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพล ทำให้แต่ละประเทศมีแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อผู้ขับขี่ที่เดินทางข้ามแดน ดังนั้นอาเซียนจึงควรทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยกรอบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการบูรณาการ คือ การประกาศใช้ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ร่วมกับการเสนอให้การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นหนึ่งในหัวข้อพิจารณาของ แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs) ในรอบการประชุมถัดไป

ผลการวิจัยประการที่ 8 มาตรฐานความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดและระดับของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดของผู้ขับขี่บนถนน คือ ประเทศไทยใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ควรเพิ่มหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) เพื่อควบคุมผู้ขับขี่ที่มีระดับแอลกอฮอล์ต่ำแต่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัย และอาเซียนควรแนะนำให้ประเทศสมาชิกกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่สอดคล้องกันเพื่อลดปัญหาทางกฎหมายสำหรับผู้ขับขี่ข้ามแดน ประเทศไทยกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม ในขณะที่อาเซียนควรกำหนดนโยบายให้มีความเป็นเอกภาพโดยผู้ขับขี่ทั่วไปควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้ขับขี่มือใหม่หรือเชิงพาณิชย์ควรมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีเกณฑ์การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ที่เป็นสากลและสามารถใช้เป็นแนวทางให้ประเทศอื่นในภูมิภาคได้ แต่ควรกำหนดมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดและการสอบเทียบมาตรฐานเพื่อความแม่นยำ ส่วนอาเซียนควรเพิ่มข้อแนะนำเกี่ยวกับวิธีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทั้งจากเลือดและทางลมหายใจ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้การดำเนินงานของประเทศสมาชิกเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ประเทศไทยควรปรับกฎหมายให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเป็นความผิดตามกฎหมายจราจรทางบกเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ โดยใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับกรณียาเสพติดที่มีการผ่อนปรน เช่น กัญชา และกระท่อม ควรใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) หรือหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ซึ่งการใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน โดยต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การทดสอบร่างกายให้ชัดเจนและจัดอบรมเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อป้องกันการใช้อำนาจอย่างไม่เหมาะสม สำหรับอาเซียนควรได้เพิ่มข้อแนะนำการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ และควรให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการเลือกใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ และหลักกฎหมายร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Two-Tier System) ให้เหมาะสมกับประเทศของตนเอง ประเทศไทยควรกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในผู้ขับขี่เช่นเดียวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน และอาเซียนควรแนะนำการกำหนดระดับยาเหล่านี้ในผู้ขับขี่เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปปรับใช้ได้ ประเทศไทยควรปรับปรุงวิธีการตรวจวิเคราะห์ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยใช้การตรวจทางน้ำลายเป็นทางเลือกลำดับแรกและใช้หลักการโครมาโตกราฟีในการ

ตรวจยืนยัน ส่วนอาเซียนควรแนะนำหลักการตรวจวิเคราะห์ยาเหล่านี้แก่ประเทศสมาชิกเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ผลการวิจัยประการสุดท้าย มาตรฐานการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ตามกฎหมายของประเทศในกลุ่มอาเซียนที่เหมาะสม คือ อาเซียนควรกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) เพื่อเป็นแนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น รวมถึงวิธีการทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ ทั้งวิธีการให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามคำสั่งเพื่อทดสอบความบกพร่อง การตรวจริมถนนด้วยวิธีการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุด ได้แก่ 1) การทดสอบทางลมหายใจสำหรับแอลกอฮอล์ และ 2) การทดสอบทางน้ำลายสำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น และการตรวจยืนยันผลด้วยหลักการที่เป็นสากล

บทเรียนที่ได้จากการศึกษาวิจัย คือ ประการที่ 1 ประเทศไทยควรมีหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและปฏิบัติตามนโยบายเป็นหน่วยงานเดียวกัน ควรเพิ่มการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ ควรส่งเสริมกระบวนการยุติธรรมทางเลือกและโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ และควรจัดตั้งสถาบันเพื่อการศึกษาวิจัยความปลอดภัยทางถนน ประการที่ 2 ประเทศไทยควรปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายโดยปรับแก้ข้อความ “ของเมาอย่างอื่น” ในพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ให้มีความชัดเจน ควรควบคุมระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประกอบอาชีพขับรถแยกเป็นพิเศษ ควรเพิ่มรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นให้มีความครอบคลุม ควรปรับระยะเวลาการควบคุมตัวผู้ขับขี่ไม่เกิน 3 ชั่วโมง ควรห้ามการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายใน 6 ชั่วโมงภายหลังสิ้นสุดการขับขี่ และควรพิจารณาอัตราค่าปรับจากระดับแอลกอฮอล์และรายได้ของผู้ขับขี่ ประการที่ 3 อาเซียนควรเพิ่มรายละเอียดการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใน ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ควรกำหนดเป้าหมายการลดจำนวนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพล ผู้เสียชีวิต และผู้บาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ภายในระยะเวลาที่ชัดเจน และควรมีรอบการประเมินผลลัพธ์ถี่ขึ้นกว่าเดิม ประการที่ 4 อาเซียนควรปรับปรุงกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ข้ามแดนให้ครอบคลุมทั้งแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ควรพัฒนาข้อกำหนดหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในผู้ขับขี่ข้ามแดน และควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการขับขี่ระหว่างประเทศ ประการที่ 5 อาเซียนควรให้แนวทางแก่ประเทศสมาชิกในการป้องกันมิให้ผู้ขับขี่ต้องรับโทษจากความแตกต่างของกฎหมายจราจรระหว่างประเทศ ประการที่ 6 อาเซียนควรเพิ่มแนวทางที่ชัดเจนในการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลใน ยุทธศาสตร์ความปลอดภัย

ทางถนนระดับภูมิภาคของอาเซียน (ASEAN Regional Road Safety Strategy) หรือจัดประชุมเพื่อหาแนวทางร่วมกันในกลุ่มประเทศสมาชิก ประการที่ 7 อาเซียนควรประกาศใช้ ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ร่วมกับการเสนอให้การควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเป็นหัวข้อหนึ่งใน แผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs) ประการที่ 8 ประเทศไทยควรเพิ่มหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) เพื่อควบคุมผู้ที่ไม่สามารถทำการขับขี่ได้อย่างปลอดภัยขับขี่แต่มีระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด ส่วนอาเซียนควรให้คำแนะนำแก่รัฐสมาชิกในการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่สอดคล้องกัน ประเทศไทยควรปรับให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเป็นความผิดตามกฎหมายจราจรเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ ส่วนอาเซียนควรได้เพิ่มข้อแนะนำการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นและแนวทางการเลือกใช้หลักกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลแก่รัฐสมาชิกให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และประการที่ 9 อาเซียนควรกำหนดแนวทางการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานการตรวจยืนยันผลตามหลักการสากล

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนโยบายและกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมผู้ขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในประเทศไทยและอาเซียนแบ่งออกเป็น 1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับประเทศไทย, 2) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับอาเซียน และ 3) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับประเทศไทย

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งครอบคลุมทั้งแอลกอฮอล์ ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาบางชนิดที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการขับขี่ ล้วนเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรง การจัดการปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยทั้งมาตรการเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบททางสังคมไทย และมีความทันสมัยเทียบเคียงมาตรฐานสากล อย่างไรก็ดี การบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทยยังคง

ประสบข้อจำกัดหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความไม่ชัดเจนของกฎหมาย การบังคับใช้งานที่ยังขาดเอกภาพ การขาดกลไกสนับสนุนเชิงวิชาการ ความไม่ครอบคลุมต่อรายการยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตลอดจนการมีบทลงโทษที่ยังไม่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการกระทำความผิด ดังนั้นการนำผลการวิจัยมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการยกระดับความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการกำหนดนโยบายที่มีหน่วยงานรับผิดชอบความปลอดภัยทางถนนที่ชัดเจน การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่น การบูรณาการกลไกด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนและทันสมัยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการกำหนดผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพสังคมและการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ อีกทั้งยังเน้นการเสริมสร้างมาตรการลงโทษและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ขับขี่ให้มีความสมดุลและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

ข้อเสนอแนะประการที่ 1 การกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย ต้องมีการกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก คือ หน่วยงานที่กำหนดนโยบายและปฏิบัติตามแผนงานในแต่ละด้าน ต้องเป็นหน่วยงานเดียวกันหรืออยู่ภายใต้การกำกับโดยตรงของผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้สามารถสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดสรรอำนาจหน้าที่แก่หน่วยงานอื่นต้องสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรท้องถิ่นมากยิ่งขึ้นในการกำหนดนโยบายและการดำเนินการ การสอดประสานนโยบายระหว่างหน่วยงานต้องมีการสร้างแนวทางในการส่งต่อข้อมูลและการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายและการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะประการที่ 2 การกำหนดนโยบายควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต้องมีการเสริมนโยบายเพื่อสนับสนุนการสำรวจและวิจัยเพื่อหาแนวทางร่วมระหว่างภาครัฐและชุมชน โดยใช้หลักการความปลอดภัยทางถนนระดับสากล ต้องมีการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับช่องทางและรูปแบบการสื่อสารเพื่อเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ต้องมีการเพิ่มนโยบายควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นนอกเหนือจากแอลกอฮอล์ รวมถึงการควบคุมการขับขี่ที่มีปัญหาจากการใช้ยาทางการแพทย์และสารอื่น ต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทผ่านการส่งเสริมการให้บริการขนส่งมวลชน ต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนความโปร่งใสในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ต้องมีการสนับสนุนการตรวจหายาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทด้วยวิธีการตรวจทางน้ำลาย ต้องมีการกำหนดนโยบายให้ผู้ขับขี่ที่

เมาแล้วขับเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องมีการเพิ่มเติมนโยบายการควบคุมผู้ขับขี่ด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) เพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ

ข้อเสนอแนะประการที่ 3 การกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ต้องปรับให้สามารถเพิ่มหรือลดจำนวนตัวชี้วัดตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนได้ตามความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในขณะนั้น เช่น หากมีการแพร่ระบาดของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ในกลุ่มผู้ขับขี่ เช่นนี้แผนการปฏิบัติงานจะต้องปรับให้มีการเพิ่มการสุ่มตรวจคัดกรองริมถนนของสารดังกล่าวให้มากขึ้น ต้องมีการปรับเป้าหมายสูงสุดของนโยบายความปลอดภัยทางถนน โดยกำหนดให้การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การบาดเจ็บสาหัส และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นศูนย์ และปรับลดระยะเวลาของการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการสร้างความปลอดภัยทางถนนให้สั้นลงกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะประการที่ 4 มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของประเทศไทย ต้องเพิ่มนิยามศัพท์ “หย่อนความสามารถในอันที่จะขับ” ตามมาตรา 43 (1) นิยามศัพท์ “ของเมาอย่างอื่น” ตามมาตรา 43 (2) และนิยามศัพท์ “ยาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” ตามมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง และวรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสามารถบังคับใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะประการที่ 5 การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ควรเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 6 (1) เพื่อให้เกิดการควบคุมผู้ขับขี่รถสาธารณะ รถขนส่ง หรือรถอื่นใดที่ไม่ใช่รถส่วนบุคคล ให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ รวมถึงการกำหนดมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์และการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือตรวจวัดแอลกอฮอล์เป็นประจำ และการกำหนดค่าขีดจำกัดของการตรวจพบเชิงคุณภาพเพื่อป้องกันการจับกุมผู้ขับขี่โดยอ้างอิงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ขาดความน่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะประการที่ 6 การกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ควรเพิ่มเติมข้อความในกฎกระทรวงการทดสอบปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ขับขี่ พ.ศ. 2567 ข้อ 7 (3) เพื่อให้เกิดการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา และควรยกเลิกกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 เฉพาะแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน พ.ศ. 2548 และยกร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบผู้ขับขี่ ซึ่งได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือของเมาอย่างอื่น พ.ศ.... เพื่อให้ครอบคลุมรายการยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ทั้งหมดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

ข้อเสนอแนะประการที่ 7 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ควรแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตราต่าง ๆ ได้แก่ มาตรา 142 วรรคสาม กำหนดระยะเวลาทดสอบผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบการเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นไม่เกิน 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่เจ้าพนักงานสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง มาตรา 142 วรรคสี่ ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์หรือของเมาอย่างอื่นเป็นเวลา 6 ชั่วโมงหลังสิ้นสุดการขับรถ มาตรา 43 ทวิ วรรคสาม กำหนดระยะเวลาทดสอบผู้ขับขี่ไว้ดำเนินการทดสอบยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ไม่เกิน 3 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่เจ้าพนักงานสั่งให้ผู้ขับขี่หยุดรถ หากมีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 3 ชั่วโมง และมาตรา 157/1 วรรคหนึ่ง กำหนดอัตราค่าปรับให้เทียบได้ไม่ต่ำกว่าการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์สำหรับผู้ขับขี่ซึ่งขับรถในขณะเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1

ข้อเสนอแนะประการที่ 8 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ควรแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตราต่าง ๆ ได้แก่ มาตรา 160 ตรี วรรคหนึ่ง กำหนดอัตราค่าปรับตั้งต้นเป็น 10,000 บาท เพิ่มเติมมาตรา 160 ตรี/4 ให้คำนวณอัตราค่าปรับโดยใช้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและรายได้ต่อเดือนเป็นฐาน มาตรา 160 ตรี/3 วรรคหนึ่ง เพิ่มโทษริบยานพาหนะกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำภายใน 2 ปี และมาตรา 162 วรรคสอง เพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่เป็นระยะเวลา 1 ปีสำหรับผู้กระทำความผิดครั้งแรก และ 2 ปีสำหรับผู้กระทำความผิดซ้ำ รวมถึงการคุมประพฤติด้วยเทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock)

ข้อเสนอแนะประการที่ 9 มาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ควรแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตราต่าง ๆ ได้แก่ มาตรา 157/1 วรรคสอง กำหนดอัตราโทษเท่ากับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับโทษตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคหก ให้คำนวณอัตราค่าปรับโดยใช้รายได้ต่อเดือนของผู้กระทำความผิดเป็นฐาน เพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคเจ็ด ให้ผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติดอีก 1 ใน 3 เพิ่มเติมมาตรา 157/1 วรรคแปด ให้ครอบคลุมการเพิ่มโทษสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ เพิ่มเติมมาตรา 157/1 ทวิ เพิ่มโทษริบยานพาหนะที่ใช้ในการกระทำความผิดให้ตกเป็นของแผ่นดินกรณีเป็นการกระทำความผิดซ้ำภายในสองปี และมาตรา 162 วรรคสอง กำหนดมาตรการฟื้นฟูผู้ขับขี่เช่นเดียวกับการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับอาเซียน

เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนถือเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลกโดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก โดยหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจร คือ การขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท

ต่าง ๆ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและมาตรการทางกฎหมาย เพื่อควบคุมผู้ขับขี่ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล เพื่อรองรับการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจและการเดินทางข้ามพรมแดนที่เพิ่มมากขึ้นในภูมิภาค ดังนั้นการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงไม่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นปัญหาเฉพาะภายในประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น แต่มีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระดับภูมิภาคในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผ่านกระบวนการกำหนดมาตรฐานกลางในด้านกฎหมาย มาตรการตรวจสอบผู้ขับขี่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและเทคโนโลยี ตลอดจนการสร้างระบบการบังคับใช้กฎหมายที่สอดคล้องกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้การจัดการปัญหาเกิดความเป็นเอกภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายสำหรับอาเซียนในมิติที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนากฎหมายจราจร การบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตรวจสอบ และการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทางถนนร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ การเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของอาเซียนให้ทัดเทียมหลักสากล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะประการที่ 1 นโยบายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน ต้องมีการระบุหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิกทุกประเทศ และกำหนดรอบการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อให้สามารถดำเนินการร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก คือ สำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานเลขาธิการอาเซียนต้องเป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน และส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อแนะนำเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานภายในของประเทศสมาชิกได้ การสอดประสานนโยบายระหว่างหน่วยงานสามารถดำเนินการได้ผ่านการจัดการประชุมประจำปีระหว่างประเทศในหัวข้อเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน และต้องมีการแก้ไขความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) ให้ครอบคลุมและสอดคล้องต่อการป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

ข้อเสนอแนะประการที่ 2 การกำหนดแผนการดำเนินงานในภาพรวมต้องมีการตั้งเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นศูนย์ และมีการกำหนดเป้าหมายระยะยาวในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นศูนย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด การกำหนดแผนการดำเนินงานย่อยต้องมีการกำหนดรายการยาออกฤทธิ์

ต่อจิตประสาทที่สมควรอยู่ภายใต้การควบคุม ต้องมีการกำหนดระดับยาที่ยอมรับได้สำหรับการขับขี่ภายในประเทศและการขับขี่ข้ามแดน ร่วมกับการวิเคราะห์นโยบายและโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละประเทศ และกำหนดแผนงานย่อยสำหรับการดำเนินงานภายในของแต่ละประเทศ การประสานความร่วมมือสำหรับการขับขี่ข้ามแดนต้องพิจารณาในเรื่องการจัดทำป้ายเตือนบริเวณจุดผ่านแดน การห้ามการเสพสารเมื่อต้องเดินทางข้ามแดน และการส่งเสริมการตั้งจุดตรวจยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนการข้ามแดน

ข้อเสนอแนะประการที่ 3 การกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต้องมีการเพิ่มความยืนหยุ่นของตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ โดยการกำหนดแผนงานระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว การประกาศนโยบายอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นศูนย์จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายการลดลงของอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละประเทศให้ชัดเจน ต้องมีการกำหนดรอบระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ที่สั้นลง และควรต้องมีการถอดบทเรียนผลลัพธ์การดำเนินงานของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่ประเทศสมาชิกอื่น

ข้อเสนอแนะประการที่ 4 มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทของอาเซียน ควรแก้ไขความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยการห้ามมิให้มีการออกใบอนุญาตขับขี่หรือต่ออายุใบอนุญาตขับขี่ให้กับผู้ขับขี่ที่ติดแอลกอฮอล์ หรือเสพติดยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือจำเป็นต้องใช้ยาอื่นใดอันส่งผลต่อสมรรถภาพการขับขี่ ควรกำหนดหลักการส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิดของผู้ขับขี่และยานพาหนะระหว่างรัฐสมาชิก ควรจัดทำข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) โดยสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) ร่วมกับการใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) ในการควบคุมผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ และการใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) หรือหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) สำหรับผู้ขับขี่เฉพาะกลุ่มซึ่งเป็นผู้ขับขี่มือใหม่หรือผู้ขับขี่เชิงพาณิชย์

ข้อเสนอแนะประการที่ 5 อาเซียนควรกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไป คือ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือต่ำกว่า และ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับผู้ขับขี่ใหม่หรือผู้ขับขี่สาธารณะ ส่วนการกำหนดระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทอื่นในผู้ขับขี่ควรควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยใช้หลักกฎหมายเข้มงวดเด็ดขาด (Zero Tolerance Laws) สำหรับยา

ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดร้ายแรง การใช้หลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Impairment Laws) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีข้อบ่งใช้ในทางการแพทย์ และหลักกฎหมายว่าด้วยความบกพร่องของสมรรถภาพการขับขี่ (Per se laws) สำหรับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีการอนุญาตให้ใช้ได้ในบางประเทศ เช่น กัญชา และกระท่อม

ข้อเสนอแนะประการที่ 6 การตรวจร่างกายผู้ขับขี่ควรกำหนดแนวทางไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) โดยมีรายละเอียดที่สำคัญเพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการทดสอบผู้ขับขี่ได้โดยใช้หลักการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ได้แก่ 1) ข้อแนะนำการทดสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ ซึ่งเป็นวิธีการทั่วไปสำหรับการทดสอบระดับการรู้สติ, 2) ข้อแนะนำการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการตรวจคัดกรองริมถนนด้วยวิธีเป่าลมหายใจ (Breath Analyzer Test) และ 3) ข้อแนะนำการตรวจร่างกายผู้ขับขี่ที่ต้องสงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ด้วยวิธีการที่รุกล้ำร่างกายน้อยที่สุด คือ การตรวจทางน้ำลาย หากผลการทดสอบแต่ละวิธีให้ผลเป็นบวกจึงพิจารณาทำการตรวจยืนยันต่อไป

ข้อเสนอแนะประการที่ 7 การกำหนดมาตรการลงโทษผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทควรเพิ่มเติมข้อแนะนำการกำหนดอัตราค่าปรับโดยใช้ระบบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ (Income-related System) ร่วมกับการพิจารณาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นฐาน ควรเพิ่มเติมข้อแนะนำการริบยานพาหนะกรณีที่เป็นการกระทำความผิดซ้ำ ควรเพิ่มเติมข้อแนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ขับขี่ร่วมกับโปรแกรมการเบี่ยงเบน (Diversion Programmes) และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีแอลกอฮอล์อินเตอร์ล็อก (Alcohol Interlock) ในช่วงของการคุมประพฤติ และควรพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการกระทำความผิดระหว่างประเทศเพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำเมื่อมีการเดินทางข้ามแดน

ข้อเสนอแนะประการที่ 8 มาตรการทางกฎหมายสำหรับป้องกันการขับรถข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในอาเซียน ควรได้มีการแก้ไขปรับปรุง ความตกลงว่าด้วยการยอมรับใบอนุญาตขับรถในประเทศที่ออกโดยประเทศในกลุ่มอาเซียน (Agreement on the Recognition of Domestic Driving License Issued by ASEAN Countries) โดยการเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนของการกำหนดให้รัฐสมาชิกส่งเสริมการตรวจสอบความบกพร่องของผู้ขับขี่ว่าตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือไม่ ณ บริเวณจุดผ่านแดนก่อนการเดินทางเข้าไปยังประเทศปลายทาง ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์สูงสุดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นที่เป็นการต้องห้ามสำหรับผู้ขับขี่ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการกระทำความผิดในส่วนของ

การขับขี่ภายใต้อิทธิพลอันเนื่องมาจากการเสพสารที่ได้รับอนุญาตหรือมีระดับต่ำซึ่งสามารถทำการขับขี่ได้ในประเทศต้นทาง แต่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในประเทศปลายทาง

ข้อเสนอแนะประการที่ 9 การบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่บนถนนภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกลุ่มประเทศอาเซียนควรเพิ่มเติมเรื่องการขับขี่ภายใต้อิทธิพลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานอาเซียนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของประชาคมต่อต้านยาเสพติด ค.ศ. 2016-2025 (The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025) โดยการช่วยเหลือรัฐสมาชิกในการป้องกันและปราบปรามการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น และส่งเสริมให้รัฐสมาชิกทบทวนความสอดคล้องของกฎหมายภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้เป็นไปตามหลักการของอาเซียน

ข้อเสนอแนะประการที่ 10 การกำหนดมาตรฐานการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นของผู้ขับขี่บนถนน ควรกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์แอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ไว้ใน ข้อแนะนำอาเซียนว่าด้วยปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับผู้ขับขี่ (ASEAN Recommendation on the Blood Alcohol Content and Psychotropic Drugs for Drivers) ได้แก่ 1) มาตรฐานอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดผู้ขับขี่, 2) การสอบเทียบอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในผู้ขับขี่ และ 3) เทคนิคการตรวจวิเคราะห์ระดับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดในผู้ขับขี่ ทั้งการทดสอบเพื่อคัดกรอง และการทดสอบเพื่อยืนยันผลโดยวิธีการทางโครมาโตกราฟี (Chromatography)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นหนึ่งในประเด็นที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความซับซ้อนและหลากหลาย ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางถนน ประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และพฤติกรรมของผู้ขับขี่ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ตลอดจนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อสร้างระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แม้จะได้มีการศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่มีความครอบคลุมแล้ว แต่ยังคงพบช่องว่างขององค์ความรู้บางประการที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ และสนับสนุนการกำหนดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในอนาคตทั้งในระดับประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน ดังนั้นในส่วนต่อไปนี้จะเป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการวิจัยในอนาคต โดยมุ่งเน้นทั้งการขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมประเด็นความปลอดภัยทางถนนในลักษณะองค์รวม และ

การประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของมาตรการที่ได้นำไปใช้แล้ว เพื่อสร้างกลไกการเรียนรู้และการพัฒนาอันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การลดการบาดเจ็บและการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรอย่างยั่งยืน

จากการวิจัยนี้พบว่าปัจจุบันได้มีการพัฒนาทฤษฎีเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน และหลักการควบคุมยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เป็นมาตรฐานสากล รวมถึงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทย สหภาพยุโรป สวีเดน เยอรมนี และประชาคมอาเซียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อย่างไรก็ตามเพื่อให้การสังเคราะห์องค์ความรู้มีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น การดำเนินการวิจัยในโอกาสต่อไปสำหรับประเทศไทยควรได้มีการศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนทั้งหมดที่ระบุไว้ในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ส่วนการวิจัยเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในอาเซียนควรได้มีการศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศสมาชิกอาเซียนทุกประเทศโดยละเอียด ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการศึกษาผลของการแก้ไขนโยบายและมาตรการทางกฎหมายจราจรของประเทศไทยและประชาคมอาเซียนตามที่ได้เสนอในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ในประเด็นต่าง ๆ เช่น สถิติการตรวจสอบผู้ขับขี่เพื่อป้องกันการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สถิติการจับกุมผู้กระทำความผิด สถิติการกระทำความผิดซ้ำ ประสิทธิภาพของมาตรการคุมประพฤติ และสถิติการเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการปรับปรุงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและประชาคมอาเซียน เพื่อขับเคลื่อนทุกประเทศไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การสร้างความปลอดภัยทางถนนในภูมิภาคอาเซียน และลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจรให้เป็นศูนย์ต่อไป

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
The Human Research Ethics Committee of University of Phayao on Humanities and Social Sciences
19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน
: Law for Preventing the Impact of Psychotropic Drugs and Driving on Public Safety in Thailand and ASEAN Community

เลขที่โครงการวิจัย : HREC-UP-HSS 2.2/118/67

ผู้วิจัยหลัก : นายอานนท์ จำลองกุล
สังกัดหน่วยงาน : คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภานันต์ ศุภศิริพงษ์ชัย
สังกัดหน่วยงาน : คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำทิพย์ เสมอเชื้อ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

วันที่รับรอง : 12 มีนาคม 2567
วันหมดอายุ : 12 มีนาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์อาสาสมัคร

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองสำเนา -
วันที่ 12 มี.ค. 2567

แบบสัมภาษณ์อาสาสมัคร

รหัสประจำตัวอาสาสมัคร _ _ _ _

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา เรื่อง กฎหมายเพื่อป้องกันผลกระทบของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการขับขี่ต่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน (Law for Preventing the Impact of Psychotropic Drugs and Driving on Public Safety in Thailand and ASEAN Community) โดยมีวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นต่อนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและอาเซียนสำหรับควบคุมการขับขี่รถภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เพื่อนำไปวิเคราะห์และเสนอแนะต้นแบบนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยและอาเซียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ศึกษาหวังไว้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบคำถามเป็นอย่างดี ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของบทสรุปประเด็นสำคัญ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแต่อย่างใด รวมถึงผลการศึกษาจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางด้านวิชาการเท่านั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ตามความจริงเพื่อประโยชน์ต่องานวิจัย

ผู้ศึกษาได้กำหนดแบบสัมภาษณ์บุคลากรซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐซึ่งทำงานเกี่ยวข้องทางด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไป และมีประสบการณ์ทำงานทางด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งรายละเอียดของคำถามมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

อายุ .....ปี เพศ .....

อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

ระดับการศึกษาสูงสุด .....

ประสบการณ์ทำงานด้านอุบัติเหตุจราจรทางถนนและการขับขี่ภายใต้อิทธิพล ภายหลังสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด ..... ปี

วันที่สัมภาษณ์ .....สถานที่.....

ส่วนที่ 2 ข้อคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองสำเนา -
วันที่ 12 มี.ค. 2567

ขอให้ท่านตอบตามประเด็นคำถามดังต่อไปนี้

คำถามที่ 1 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

คำถามที่ 2 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ความเหมาะสมของนโยบายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองสำเนา -
วันที่.....12 มี.ค. 2567.....

คำถามที่ 3 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประเทศไทย

คำถามที่ 4 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ความเหมาะสมของกฎหมายในปัจจุบันสำหรับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองสำเนา -
วันที่ 12 มี.ค. 2567

คำถามที่ 5 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ระดับความเข้มข้นในเลือดของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแต่ละชนิดที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน

คำถามที่ 6 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการขับขี่ยานพาหนะข้ามแดนภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นในประชาคมอาเซียน

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองสำเนา
วันที่ 12 มี.ค. 2567

คำถามที่ 7 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนสากล เพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย โดยเฉพาะบริเวณจุดตรวจผู้ขับขี่ สถานที่เกิดเหตุ และขณะขับขี่ยานพาหนะ

คำถามที่ 8 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง อัตราโทษที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยพะเยา
- รับรองคำเนา -
วันที่ 12 มิ.ค. 2567

คำถามที่ 9 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง วิธีการคุมประพฤติที่เหมาะสมสำหรับผู้ขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์และยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่

คำถามที่ 10 ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในเรื่อง แนวทางการบูรณาการนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร่วมกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียน

บรรณานุกรม

Alberto Blandino, Rosy Cotroneo, Stefano Tambuzzi, Domenico Di Candia, Umberto Genovese, and Riccardo Zoja. (2022). Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues. **Forensic Science International: Synergy**, 4, 1-13.

Ann-Catrin Kristianssen, Ragnar Andersson, Matts-Åke Belin, and Per Nilsen. (2018). Swedish Vision Zero policies for safety – A comparative policy content analysis. **Safety Science**, 103, 260-269.

ASEAN Consultative Committee on Standards and Quality. (2562). ASEAN General Principles for Harmonisation of Regulatory Regimes. **ASEAN Secretariat**. ค้นวันที่ 23 ตุลาคม 2565 จาก https://asean.org/wp-content/uploads/2021/01/ASEAN-General-Principles-for-Harmonisation-of-Regulatory-Regimes-1.pdf.

ASEAN Secretariat. (2019). **ASEAN Guidelines on Good Regulatory Practices.** Jakarta: ASEAN Secretariat.

ASEAN Secretariat. (2016). **ASEAN Regional Road Safety Strategy.** Jakarta: ASEAN Secretariat.

ASEAN Secretariat. (2563). Association of Southeast Asean Nations. **ASEAN Secretariat**. ค้นวันที่ 6 มีนาคม 2566 จาก https://asean.org/our-communities/asean-political-security-community/peaceful-secure-and-stable-region/illicit-drugs/.

ASEAN Secretariat. (2563). Number of traffic accident casualties (injuries) by road. **ASEAN Secretariat.** ค้นวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 จาก https://data.aseanstats.org/indicator/ASE.TRP.ROD.E.031.

ASEAN Secretariat. (2017). **The ASEAN Work Plan on Securing Communities Against Illicit Drugs 2016-2025.** Jakarta: ASEAN Secretariat.

Association of Southeast Asian Nations. (2008). **The ASEAN Charter.** Jakarta: Asean Secretariat.

Bruna Brands, Patricia Di Ciano, and Robert E. Mann. (2021). Cannabis, Impaired Driving, and Road Safety: An Overview of Key Questions and Issues. **Frontiers in Psychiatry**, 12, 1-8.

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur. (2021). **VERKEHRSSICHERHEITS PROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG 2021 BIS 2030.** Berlin: Bundesministerium f ür Verkehr und digitale Infrastruktur.

Daniel Perkins, et al. (2021). Medicinal cannabis and driving: the intersection of health and road safety policy. **International Journal of Drug Policy**, 97, 1-10.

Dinesh Mohan, Geetam Tiwari, Meleckidzedeck Khayesi, and Fredrick Muyia Nafukho. (2006). **Road traffic injury prevention training manual.** Geneva: World Health Organization.

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2019). **Road Safety in the Asia-Pacific Region.** Bangkok: United Nations Publication.

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2019). **Strategies to Tackle the Issue of Impaired Driving for Road Safety in the Asia-Pacific Region: Implementation Framework.** Bangkok: United Nations.

Ellen Kim, Peter Muennig, and Zohn Rosen. (2017). Vision zero: a toolkit for road safety in the modern era. **Injury Epidemiology**, 4, 1-9.

European Commission. (30 มีนาคม 2565). 2021 road safety statistics: what is behind the figu res?. **European Commission.** ค้นวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 จาก https://transport.ec.euro pa.eu/2021-road-safety-statistics-what-behind-figures_en#:~:text=EU%3A%20On %20average%2C%2044%20road,44%20road%20deaths%20per%20million.

European Commission. (2021). **European Road Safety Observatory, Road safety thematic report – Alcohol, drugs and medicine.** Brussel: European Commission, Directorate General for Transport.

European Commission. (2022). **Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs: final report.** Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission. (21 กุมภาพันธ์ 2566). Road safety in the EU: fatalities below pre-pan demic levels but progress remains too slow. **European Commission .** ค้นวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/e n/ip_23_953.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2544). Decriminalisation in Europe? Recent developments in legal approaches to drug use: an ELDD comparative study. ค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2566 จาก https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/decriminalisation-europe-recent-developments-legal-approaches-drug-use-eldd-comparative-study_en.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2565). Legal approaches to drugs and driving. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**. ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/legal-approaches-to-drugs-and-driving/html_en#panel1.

European Transport Safety Council. (พฤษภาคม 2565). DRINK-DRIVING FACT FILE GERMANY. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_GERMANY_02.pdf.

European Transport Safety Council. (ธันวาคม 2563). DRINK-DRIVING FACT FILE IRELAND. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_IRELAND_03.pdf.

European Transport Safety Council. (ธันวาคม 2565). DRINK-DRIVING FACT FILE NORWAY. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_NORWAY_02.pdf.

European Transport Safety Council. (มิถุนายน 2564). DRINK-DRIVING FACT FILE NORWAY. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_DK_05.pdf.

European Transport Safety Council. (ธันวาคม 2563). DRINK-DRIVING FACT FILE SWEDEN. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWEDEN_04.pdf.

European Transport Safety Council. (สิงหาคม 2565). DRINK-DRIVING FACT FILE SWITZERLAND. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 18 มีนาคม 2566 จาก https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_SWITZERLAND_03.pdf.

European Transport Safety Council. (2557). TACKLING DRINK DRIVING IN EUROPE. **European Transport Safety Council.** ค้นวันที่ 4 มีนาคม 2566 จาก http://etsc.eu/wp-content/uploads/2014_06_smart_factsheet_alco_gate_sweden.pdf.

Fédération Internationale de l'Automobile. (2560). Road Safety in Myanmar. Recommendations of an Expert Mission invited by the Government of Myanmar and supported by the Suu Foundation. **Fédération Internationale de l'Automobile**. ค้นวันที่ 24 ตุลาคม 2566 จาก https://www.fia.com/sites/default/files/myanmar_report.pdf.

Franjo Grotenhermen, et al. (2007). Developing limits for driving under cannabis. **Addiction,** 102, 1910-1917.

Global Road Safety Parnership, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2022). **Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioner.** Geneva: Global Road Safety Partnership.

International Road Assessment Programme. (22 มิถุนายน 2566). Lao PDR's 2030 Strategy targets 3-star or better**. International Road Assessment Programme.** ค้นวันที่ 23 ตุลาคม 2566 จาก https://irap.org/2023/06/lao-pdrs-2030-strategy-targets-3-star-or-better/.

James Reason. (2000). Human error: models and management. **BMJ**, 320, 768-770.

Katalin J. Cseres. (2015). in Encyclopedia of Law and Economics, **Harmonization: Legal Enforcement** (p. 1-11). New York: Springer New York.

Kim Wolff, and Atholl Johnston. (2014). Cannabis use: a perspective in relation to the proposed UK drug-driving legislation. **Drug Testing and Analysis**, 6, 143-154.

Krzysztof Goniewicz, Mariusz Goniewicz, Witold PaWłoWski, and Piotr Fiedor. (2015). Road accidents in the early days of the automotive industry. **Polish Journal of Public Health**, 125, 173-176.

Marcel Fontaine. (2013). Law harmonization and local specificities – a case study: OHADA and the law of contracts. **Uniform Law Review**, 18, 50-64.

Marjan P. Hagenzieker, Jacques J. F. Commandeur, and Frits D. Bijleveld. (2014). The history of road safety research: A quantitative approach. **Transportation Research Part F**, 25, 150-162.

Ministry of Transport. (2022). **Malaysia Road Safety Plan 2022-2030.** Putrajaya: Ministry of Transport Malaysia.

National Centre for Freedom from Addictions. (2016). **Exploring Drug Driving Legislation in Malta in the Context of the European Landscape.** Attard: San Anton Palace.

National Road Safety Council Brunei Darussalam. (2563). The Brunei Darussalam Road Safety Strategic Plan 2025**. Ministry of Transport and Infocommunications Brunei Darussalam.** ค้นวันที่ 17 ตุลาคม 2566 จาก https://www.mtic.gov.bn/Documents/mkkjr2025/MKKJR_Brunei%20Road%20Safety%20Book_Final_Spreads.ind.pdf.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). **The Safe System Approach in Action.** Paris: OECD Publishing.

Republic of Indonesia. (2554). National Road Safety Master Plan 2011 – 2035**. Keselamatanjalan**. ค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2566 จาก https://keselamatanjalan.files.wordpress.com/2016/10/runk-english.pdf.

Shashi S. Seshia, G. Bryan Young, Michael Makhinson, Preston A. Smith, Kent Stobart, and Pat Croskerry. (2017). Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 24, 187-197.

Susan P. Baker, and Guohua Li. (2012). Epidemiologic Approaches to Injury and Violence. **Epidemiologic Review**, 34, 1-3.

Thomas V Perneger. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. **BMC Health Services Research**, 5, 1-7.

Ulrich W. Preuss, et al. (2021). Cannabis Use and Car Crashes: A Review. **Frontiers in Psychiatry**, 12, 1-11.

United Nations General Assembly. (3 เมษายน 2549). 60/251. Human Rights Council. **Office of the High Commissioner for Human Rights.** ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/A.RES.60.251_En.pdf.

United Nations General Assembly. (2 กันยายน 2563). A/RES/74/299 Improving Global Road Safety. **United Nations.** ค้นวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www.un.org/pga/76/wp-content/uploads/sites/101/2021/11/A_RES_74_299_E.pdf.

United Nations General Assembly. (2 กันยายน 2563). Improving global road safety. **United Nations.** ค้นวันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 จาก https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/226/30/PDF/N2022630.pdf?OpenElement.

United Nations General Assembly. (21 ตุลาคม 2558). Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. **United Nations.** ค้นวันที่ 27 ตุลาคม 2565 จาก https

://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.

United Nations. (2566). High Commissioner. **Office of the High Commissioner for Human Rights.** ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www.ohchr.org/en/about-us/high-commissioner.

United Nations. (2566). International Bill of Human Rights. **Office of the High Commissioner for Human Rights.** ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights/international-bill-human-rights.

United Nations Development Programme. (21 มิถุนายน 2564). Road Traffic Accidents in Cambodia. **United Nations Development Programme.** ค้นวันที่ 19 ตุลาคม 2566 จาก https://www.undp.org/cambodia/publications/road-traffic-accidents-cambodia.

United Nations Office on Drugs and Crime. (กันยายน 2565). Alternatives to conviction or punishment available for people who use drugs and with drug use disorders in contact with the criminal justice system. **United Nations Office on Drugs and Crime.** ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/res/drug-prevention-and-treatment/publications_html/Report_on_NVs_on_Alternatives_to_Incarceration_FINAL_0609221.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime. (เมษายน 2557). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. **United Nations Office on Drugs and Crime.** ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime. (มีนาคม 2565). Treatment of Drug Use Disorders and Associated Mental Health Disorders in Prison Settings and Forensic Hospitals. **United Nations Office on Drugs and Crime.** ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2566 จาก https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_TX_in_Prisons_March22.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). **World Drug Report 2022: Booklet 2 - GLOBAL OVERVIEW DRUG DEMAND DRUG SUPPLY.** Vienna: United Nations publication.

United Nations. (2019). **Road Safety Strategy For the United Nations System and Its Personnel.** New York: United Nations Department of Safety and Security.

United Nations Secretariat. (2010). **Road and driving safety.** New York: United Nations.

United Nations. (2565). Universal Declaration of Human Rights. **United Nations.** ค้นวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 จาก https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.

Wendy Weijermars, Véronique Feypell, Veronica Raffo, Alina Burlacu, and Mirick Paala. (2021). **Road Safety Data Review in Cambodia. Summary Note.** Washington, DC: World Bank.

World Bank. (2019). **A Brief Overview of the Road Safety Approach in Singapore.** Washington, DC: World Bank Publications.

World Bank. (2021). **Road Safety Data Assessment in Viet Nam for the establishment of a National Road Safety Observatory.** Washington DC: World Bank Publications.

World Health Organization. (2017). **Alcohol Policy in the WHO South-East Asia Region: A Report.** New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (31 พฤษภาคม 2566). Department of Transportation, World Health Organization launch Philippine Road Safety Action Plan 2023-2028**. World Health Organization**. ค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2566 จาก https://www.who.int/philippines/news/detail/31-05-2023-department-of-transportation--world-health-organization-launch-philippine-road-safety-action-plan-2023-2028.

World Health Organization. (2016). **Drug use and road safety: a policy brief.** Geneva: WHO Document Production Services.

World Health Organization. (2018). **Global status report on road safety 2018.** Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2564). Legal BAC limits. **World Health Organization.** ค้นวันที่ 9 มีนาคม 2566 จาก https://apps.who.int/gho/data/view.main.54600.

World Health Organization. (2020). **Review of Thailand's status against voluntary global targets for road safety risk factors and service delivery mechanism.** Bangkok: World Health Organization Country Office for Thailand.

World Health Organization. (2565). Road traffic injuries. **World Health Organization**. ค้นวันที่ 29 ตุลาคม 2565 จาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries#:~:text=Approximately%201.3%20million%20people%20die,pedestrians%2C%20cyclists%2C%20and%20motorcyclists.

World Health Organization. (2013). **Strengthening Road Safety Legislation: A Practice and Resource Manual for Countries.** Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). **The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels.** Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization.

Xinxin Guo, et al. (2018). **Highly sensitive and specific noninvasive in-vivo alcohol detection using wavelength- modulated differential photothermal radiometry.** Biomedical Optics Express, 9, 4638–4648.

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอานนท์ จำลองกุล	
วัน เดือน ปี เกิด	6 กรกฎาคม 2532	
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร	
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2565	อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การจราจร, แพทยสภา, กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2560	น.ม. (กฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี
	พ.ศ. 2560	วว. นิติเวชศาสตร์, แพทยสภา, กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2560	ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (นิติเวชศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2557	พ.บ., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก
	พ.ศ. 2554	น.บ., มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี
ที่อยู่ปัจจุบัน	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 365 หมู่ 12 ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100	
ผลงานตีพิมพ์	อานนท์ จำลองกุล. (2567). มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันผลกระทบจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อความปลอดภัยสาธารณะในประเทศไทย. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 7, 331-383.	
	Arnon Jumlongkul. (2024). Psychotropic Drugs and ASEAN Road Safety: The Need for New Legal Framework. Greater Mekong Subregion Medical Journal, 4, 107-124.	
รางวัลที่ได้รับ	-	