

การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต
ของประเทศไทย: กรณีมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติ
ทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65*

Reforming Laws Regarding Criminal Responsibility of Mentally Disordered
Offenders in Thailand: The Disposal of Mentally Disordered offenders under
Section 65 of the Criminal Code of Thailand

ญาดา เดชชัย เจริญประสิทธิ์**

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Yada Dejchai Tianprasit

Faculty of Law, Thammasat University

วันที่รับบทความ 4 เมษายน 2566; วันที่แก้ไขบทความ 2 มิถุนายน 2566; วันที่ตอบรับบทความ 2 มิถุนายน 2566

บทคัดย่อ

มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 (ข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต) ของประเทศไทยนั้นบัญญัติไว้ในมาตรา 48 ซึ่งประกอบได้ด้วยสองมาตรการ ได้แก่ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลและการปล่อยตัว โดยมาตรการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา และจะกระทำได้โดยคำสั่งศาลเท่านั้น

*บทความวิจัยนี้คัดและแปลมาจากดุษฎีนิพนธ์ Yada Dejchai, 'Reforming the Insanity Defence in Thailand: A Comparative Study in the Light of Legal Developments in Scotland and England and Wales' (PhD Thesis, University of Aberdeen 2020) และเป็นบทความที่สองในชุดบทความเรื่องการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย สำหรับบทความแรก โปรดดู ญาดา เดชชัย เจริญประสิทธิ์, 'การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย: กรณีข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65' (2566) วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี 52 ฉบับที่ 1 หน้า 1-25.

** อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, Master of Laws with Merit, Oxford Brookes University, UK, Doctor of Philosophy, University of Aberdeen, UK.

ทั้งนี้ การที่ประมวลกฎหมายอาญากำหนดให้มีเพียงแค่สองมาตรการข้างต้นนั้นทำให้ศาลมีข้อจำกัดในเลือกใช้มาตรการ เพราะมีให้เลือกแค่หากปล่อยไปน่าจะเป็นอันตรายก็ให้คุมตัวไว้รักษาพยาบาล หรือหากเห็นว่าไม่เป็นอันตรายก็ให้ปล่อยตัวไป ดังนั้น หากเป็นกรณีที่อาจจะไม่ได้เป็นอันตรายถึงขนาด แต่ก็ควรได้รับการรักษาพยาบาลก็ทำให้ศาลต้องเลือกคุมตัวหรือปล่อยไปเท่านั้น ไม่สามารถสั่งให้บำบัดรักษาในรูปแบบอื่นได้ ทำให้อาจไม่ได้เป็นการบังคับใช้มาตรการที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้กระทำความผิดไม่ได้รับการบำบัดรักษาและมีความเสี่ยงที่จะก่ออันตรายต่อสังคมหรือกระทำความผิดซ้ำต่อไป

ดังนั้น บทความวิจัยนี้จึงมุ่งนำเสนอการแก้ไขมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยให้มีความหลากหลายและมีการเงื่อนไขการบังคับใช้ที่เหมาะสมมากขึ้น โดยศึกษามาตรการปัจจุบันของประเทศไทยพร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาเปรียบเทียบกับมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของสหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์ และสกอตแลนด์)

คำสำคัญ: ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต, มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต, วิธีการเพื่อความปลอดภัย, การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล

Abstract

The disposal of mentally disordered offenders according to Section 65 (the insanity defence) of the Criminal Code of Thailand could be found under Section 48, which composites of a hospital order and an absolute discharge. These two measures are a part of measures of safety under the Criminal Code of Thailand and could only be imposed by the court order.

In this regard, the option of the court in Thailand to impose the disposal is very limited. Since it could only choose between if the offender is deemed to be dangerous, thus, the court should impose a hospital order, or if the offender seems not be dangerous, then, the court should make an absolute discharge. Therefore, in a case where the offender might not be that dangerous, but he should have received a treatment, the court will not have other options in between the above two measures. In this sense, sometimes the court might not have the best disposal available. Consequently, the offender might not receive treatment, thus, he might still pose risk to the society, or he might reoffend.

Therefore, this research article aims to propose the new disposal under Thai's law, in this regard, the reformed disposal should be more various and have more suitable options to be imposed. It will do so by analysing the current law relating to the disposal as well as its problems, and conduct a comparative analysis with the law relating to the disposal in United Kingdom (England and Wales, and Scotland)

Keywords: Mentally Disordered Offenders, Disposal, Measures of Safety, Hospital Order

1. บทนำ

ในปัจจุบัน กฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องกับมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ของประเทศไทย ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคดี

โดยในส่วนของการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 จะขึ้นอยู่กับผลของการยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65)¹ ซึ่งหากยกข้อต่อสู้ฯ ได้สำเร็จจะมีผลเป็นสองกรณี ได้แก่ การยกเว้นโทษ หากเป็นกรณีผู้กระทำความผิดไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนได้ (มาตรา 65 วรรคแรก) และการลดโทษ หากเป็นกรณีผู้กระทำความผิดยังรู้ผิดชอบหรือยังสามารถบังคับตนได้บ้าง (มาตรา 65 วรรคสอง) นอกเหนือไปจากนี้ หากศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้กระทำความผิดไป เป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลอาจสั่งให้คุมตัวบุคคลนั้นไว้ในสถานพยาบาลได้ตามมาตรา 48 อันเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการเพื่อความปลอดภัยภายใต้ประมวลกฎหมายอาญา โดยหากมีคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคดี ได้มีการกำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดในการบำบัดรักษาและปล่อยตัวผู้ป่วยคดีเอาไว้ ซึ่งส่วนนี้เองคือมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (disposals) ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ของประเทศไทย

สำหรับเหตุผลของการสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลนั้น ก็เนื่องจากว่า ถึงแม้ผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นจะไม่ต้องรับโทษ (ตามวรรคแรก) หรือต้องรับโทษอยู่ (ตามวรรคสอง) แต่เนื่องจากผู้กระทำความผิดอันอาจมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อสังคมและ/หรือตนเองอยู่ จึงมีมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเพื่อความปลอดภัยของสาธารณะ เนื่องจากความเชื่อดั้งเดิมที่ว่า ความบ้า (insanity) มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายและเกิดซ้ำได้² จึงใช้มาตรการคุมตัวในสถานพยาบาลเพื่อฟื้นฟูผู้กระทำความผิดฯ และการฟื้นฟูนี้ยังช่วยให้สาธารณะปลอดภัย เพราะโอกาสที่จะกระทำความผิดซ้ำน้อยหรือไม่มีเลยเนื่องจากถูกคุมตัวไว้รักษาพยาบาลแล้ว อันสืบเนื่องมาจากแนวคิดที่ว่าผู้กระทำความผิดนั้นกระทำความผิดเพราะ ‘ความบ้า’ ดังนั้น เมื่อรักษาอาการแล้ว สาเหตุของการกระทำความผิดก็ไม่มีอีกต่อไป นอกจากนี้ การคุมตัวผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ในสถานพยาบาลเพื่อ

¹ สำหรับรายละเอียดเรื่องข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 โปรดดู ญาดา เดชชัย เจริญประสิทธิ์, ‘การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย: กรณีข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65’ (2566) วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี 52 ฉบับที่ 1 หน้า 1-25.

² โปรดดู Lord Diplock in *R v Sullivan* [1984] AC 156 and Lord Denning in *Bratty v A-G for N. Ireland* [1963] AC 386.

บำบัดรักษานี้ยังเป็นเครื่องมือให้รัฐทำหน้าที่ผู้ปกครอง (paternal duty) โดยการผลักดันให้มีการบังคับบำบัดรักษา เพื่อประโยชน์แห่งตัวเอง³

ในแง่นี้ จึงมีความสำคัญที่ต้องแยกความแตกต่างระหว่างมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (disposals) และการลงโทษ เนื่องจากอาจมีข้อโต้แย้งได้ว่าจุดมุ่งหมายของทั้งมาตรการจัดการและการลงโทษนั้นคือเพื่อความสงบเรียบร้อยของสังคม โดยอนุญาตให้มีการจำกัดเสรีภาพของผู้กระทำความผิดนั้น เช่น การนำตัวไปไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือเรือนจำ เพื่อความปลอดภัยของสาธารณะ แต่อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างหลักและที่สำคัญของทั้งสองคือมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นไม่เป็นการที่ผู้กระทำความผิดได้รับการประณาม (condemnation) จากสังคมโดยการถูกตราหน้าว่ามีความรับผิดชอบทางอาญา (criminally responsible)⁴ หรือสมควรถูกกล่าวโทษ (blameworthy) ดังนั้น จึงไม่ควรมีการลงโทษ ตามหลักการ ‘ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ควรต้องรับผิดชอบ’ ซึ่งต่างจากการลงโทษ เพราะการลงโทษนั้นจะประกอบไปด้วยทั้งสามสิ่งข้างต้น

จะเห็นได้ว่ามาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นมีความจำเป็นอย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาแล้ว มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยนั้นมีเพียงสองวิธีการ ได้แก่ การคุมตัวในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และการปล่อยตัว ทำให้ไม่มีความหลากหลายในการเลือกบังคับใช้มาตรการที่เหมาะสมที่สุดกับผู้กระทำความผิดแต่ละคนที่อาจจะมีอาการป่วยที่รุนแรงไม่เท่ากัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีกับผู้กระทำความผิดนั้นอาจมีภาวะเสี่ยงที่ควรได้รับการรักษา แต่ไม่มีอาการรุนแรงถึงขนาดต้องคุมตัวในสถานพยาบาลเพื่อรักษา แต่หากไม่คุมตัวไว้รักษาก็ต้องปล่อยตัวไป เช่นนี้ เพื่อเป็นการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการลิดรอนสิทธิของผู้กระทำความผิดเกินสมควรกว่าเหตุ

³ มีข้อโต้แย้งอยู่เช่นกันว่า มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชนั้นขัดแย้งกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention of Rights of Persons with Disabilities) อย่างไรก็ดี หากพิจารณาตามความมุ่งหมายของอนุสัญญา และเงื่อนไขการบังคับใช้มาตรการเหล่านั้นจะพบว่า แท้จริงแล้ว การใช้มาตรการนั้นไม่ขัดต่ออนุสัญญาแต่อย่างใด สำหรับรายละเอียด โปรดดู Yada Dejchai, ‘Balancing Rights of Mentally Disordered Offenders and Public’s Safety: The Compatibility of Conventions on The Rights of Persons With Disabilities’ (2564) The 10th ICADA 2021-SSIS. <http://icada2021.nida.ac.th/main/images/icada2021/the_proceedings_of_the10thICADA2021Compleat_N.pdf> สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

⁴ ในส่วนของประเทศไทย ผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังคงมีความรับผิดชอบ แต่ไม่ต้องรับโทษหรือไต่ลดโทษ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

บทความวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งนำเสนอการแก้ไขมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยให้มีความหลากหลายและยืดหยุ่นในการเลือกบังคับใช้ที่มากขึ้น โดยศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย และสหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์และสกอตแลนด์) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยต่อไป

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

2.1 ประเทศไทย

ในกรณีที่จำเลยสามารถยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 สำเร็จ ศาลมีทางเลือกสองทางในการบังคับใช้มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ คำสั่งให้คุมตัวในสถานพยาบาลหรือการปล่อยตัว โดยคำสั่งให้คุมตัวในสถานพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามมาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติว่า “ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”⁵

โดยเงื่อนไขของการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลตามมาตรา 48 นั้น เป็นดังต่อไปนี้ ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตตามมาตรา 65 วรรค 1 หรือวรรค 2 สำเร็จ อาจถูกสั่งให้ถูกคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล หากศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้กระทำความผิดไปนั้นมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยสาธารณะ ทั้งนี้ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลต้องกระทำโดยคำสั่งศาล และ ขึ้นกับดุลยพินิจของศาล เฉพาะกรณีที่หากเห็นว่าผู้กระทำความผิดนั้นเป็นบุคคลอันตรายและควรต้องได้รับการรักษา โดยศาลจะถอนคำสั่งเมื่อใดก็ได้⁶

ในการประเมินความเสี่ยงต่อสาธารณะ หรือกรณีการประเมินว่าผู้กระทำความผิดควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ศาลจะสั่งให้ผู้กระทำความผิด (ซึ่งยกข้อต่อสู้เรื่องวิกลจริต) ไปรับการประเมิน ‘ความอันตราย’ จากจิตแพทย์ที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ซึ่งเป็นสถาบันนิติจิตเวชแห่งเดียวในประเทศไทย⁷

⁵ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48.

⁶ Ibid.

⁷ วันทดา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, ‘ความเห็นของจิตแพทย์ในการดำเนินคดีอาญา’ (2552) 17(2) วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 126.

ในที่นี้ แม้จะแพทย์จะมีความเห็นให้คุมตัวผู้กระทำความผิดไว้ในสถานพยาบาล แต่ศาลอาจไม่เห็นด้วยและไม่ทำตามก็ได้ เนื่องจากความเห็นของแพทย์นั้นไม่ได้ผูกพันต่อการออกคำสั่งศาล⁸

ในทางปฏิบัติ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลนั้น สามารถใช้แก่ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตตามมาตรา 65 วรรค 1 ได้เลย แต่ในทางตรงข้ามผู้กระทำความผิดที่ยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้างตามมาตรา 65 วรรค 2 ศาลต้องประวิงการลงโทษจำคุกไปเสียก่อนตาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 ก่อนที่จะสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลได้⁹ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ มีความเป็นไปได้น้อยที่ผู้กระทำความผิดตามมาตรา 2 จะถูกสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก่อนถูกลงโทษจำคุก เนื่องจากศาลอาจเห็นว่าระดับความวิกลจริตนั้นยังไม่มากพอที่จะสั่งให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลมักใช้บังคับกับผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชที่มี ‘ความวิกลจริตอย่างเห็นได้ชัด’ และก่อคดีอุกฉกรรจ์ เช่น ฆาตกรรม พยายามฆ่าและทำร้ายผู้อื่น¹⁰

ในส่วนของการจำหน่ายผู้กระทำความผิดหรือผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้นต้องกระทำโดยคำสั่งศาล โดยมาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 วางหลักทั่วไปในการจำหน่ายผู้ป่วยว่า โรงพยาบาลต้องรายงานความคืบหน้าในการรักษาต่อศาลเมื่อครบ 180 วัน และหากการรักษายังไม่เสร็จสิ้นต้องรายงานทุกๆ 180 วัน¹¹ หากผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ แพทย์ต้องรายงานต่อศาล¹² เพื่อให้ศาลถอนคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ในทางปฏิบัติ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนั้นอาจใช้เวลานาน เพราะต้องส่งรายงานไปที่ศาลก่อน และต้องรอศาลพิจารณาก่อนที่ศาลจะออกคำสั่งให้ออกจากโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ การสั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นสามารถกระทำโดยจิตแพทย์ผู้รักษาเพียงผู้เดียวโดยไม่ผ่านคณะกรรมการทบทวนผลการรักษาหรือจำหน่ายแต่อย่างใด¹³ ซึ่งกระบวนการนี้อาจก่อให้เกิด

⁸ เนื่องจากประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาไม่ได้กำหนดให้ศาลต้องรับฟังและผูกพันกับคำให้การของแพทย์

⁹ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 “เมื่อจำเลย สามี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายจำคุกร้องขอ หรือเมื่อศาลเห็นสมควร ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อนจนกว่าเหตุอันควรทุเลาจะหมดไปในกรณีต่อไปนี้ (1) เมื่อจำเลยวิกลจริต...”

¹⁰ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, ‘การบังคับรักษาผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต’ (2551) 16(2) วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 108.

¹¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 37.

¹² พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 38.

¹³ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีและผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วย พ.ศ. 2551.

ข้อก้ำขาได้ และนอกจากนี้ยังเป็นการไม่มีระบบในการทวนสอบดุลยพินิจเพื่อเป็นมาตรการรับรอง (safeguard) ว่าผู้กระทำความผิดพร้อมออกมาจริงหรือไม่

2.2 สหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์)

มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของอังกฤษและเวลส์นั้นอยู่ภายใต้กฎหมายที่ชื่อ Mental Health Act 1983 (as amended by the Mental Health Act 2007) and the Criminal Procedure (Insanity) Act 1964 (as amended by the Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991) โดยศาลจะมีตัวเลือกสามทางในส่วนของการจัดการผู้กระทำความผิด คือ คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล (แบบมีข้อกำหนดหรือไม่มีข้อกำหนด) (a hospital order with or without restriction) คำสั่งควบคุมดูแล (a supervision order) และคำสั่งปล่อยตัว (an absolute discharge)¹⁴

ในการออกคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลนั้น ศาลต้องแน่ใจว่าผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางจิตจริงจึงต้องมีรายงานหรือคำให้การจากจิตแพทย์¹⁵ สองคน¹⁶ และศาลต้องแน่ใจว่าอาการเหล่านั้นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และมาตรการรักษาอื่นๆ นั้นไม่เพียงพอ¹⁷ อย่างไรก็ตาม การสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลจะเป็นมาตรการบังคับกรณีผู้กระทำความผิดนั้นถูกกล่าวหาว่าก่อคดีฆาตกรรม¹⁸ โดยการคุมตัวในแต่ละครั้งนั้นจะมีระยะเวลาหกเดือนโดยสามารถขยายได้อีกครั้งละหกเดือน และหากจำเป็นต้องขยายต่ออีกจะเป็นครั้งละหนึ่งปี¹⁹ โดยการออกคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลนั้นอาจใช้ร่วมกับข้อกำหนด (restriction order) ได้หากศาลเห็นว่าจำเป็นเพื่อป้องกันสาธารณะจากอันตรายร้ายแรง เพราะจะทำให้แน่ใจได้ว่าผู้กระทำความผิดนั้นถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาตามคำสั่งศาล²⁰ โดยทั่วไปแล้ว ผู้กระทำความผิดจะถูกคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลที่มีการรักษาความปลอดภัยสูงแห่งใดแห่งใดต่อไปนี้ Broadmoor, Rampton หรือ Ashworth หรือในโรงพยาบาลที่มีการรักษาความปลอดภัยปานกลาง²¹

โดยทั่วไป ผู้ที่สามารถสั่งจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ (responsible clinician) กรณีที่เห็นว่าไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกต่อไปหรือ หรือ ผู้ป่วยสามารถร้องขอให้ผู้อำนวยการ

¹⁴ Section 5(2) Criminal Procedure (Insanity) Act 1964.

¹⁵ Law Commission, *Criminal Liability: Insanity and Automatism Scoping Paper* (London 2012) para 2.105.

¹⁶ Section 37(2)(a) Mental Health Act 1983.

¹⁷ *ibid* and 37(2)(b).

¹⁸ Section 5 Criminal Procedure (Insanity) Act 1964.

¹⁹ Section 20 Mental Health Act 1983.

²⁰ Section 41 Mental Health Act 1983.

²¹ Ministry of Justice, *Mentally disordered offenders – the restricted patient system* (London 2017) 8.

โรงพยาบาล (hospital managers) หรือญาติผู้ป่วยสามารถร้องขอให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลได้²² หรือผู้ป่วยสามารถอุทธรณ์ต่อ the Mental Health Tribunal โดยตรงให้จำหน่ายตนเองจากสถานพยาบาลได้²³

ทั้งนี้ ผู้กระทำความผิดอาจถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีเงื่อนไข หรือ ถูกจำหน่ายออกโดยมีข้อกำหนด (restriction order) จาก Secretary of State²⁴ the Tribunal²⁵ หรือแพทย์เจ้าของไข้ อย่างไรก็ตาม หนึ่ง โดยความยินยอมจาก Secretary of State ก็ได้²⁶ โดยผู้กระทำความผิดที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีเงื่อนไขนั้นจะต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชนโดยหน่วยงาน Mental Health Casework Section ซึ่งขึ้นกับกระทรวงยุติธรรมจะเป็นผู้รับรายงานจากผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม หากจำเป็น ผู้ป่วยเหล่านี้อาจถูก Secretary of State เรียกกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้²⁷

หากศาลเห็นว่าผู้กระทำความผิดไม่จำเป็นต้องได้รับการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ศาลอาจสั่งให้มีคำสั่งควบคุมดูแล (supervision order) แทนได้ โดยผู้กระทำความผิดจะถูกควบคุมดูแลโดยนักสังคมสงเคราะห์จากคณะกรรมการคุมประพฤติในระดับท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่จากหน่วยคุมประพฤติตามเวลาที่กำหนดแต่ต้องไม่เกินสองปี²⁸ และอาจมีคำสั่งควบคุมดูแลควบคู่กับเงื่อนไขให้รับการรักษาทางยาได้²⁹ ในที่นี้ การออกคำสั่งควบคุมดูแลนั้นจะกระทำโดยอาศัยคำให้การที่เป็นถ้อยคำหรือหนังสือจากจิตแพทย์สองคน³⁰ โดยคำสั่งควบคุมดูแลร่วมกับคำสั่งให้รักษานี้ ทำให้ผู้กระทำความผิดได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งต่างจากคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลซึ่งผู้กระทำความผิดจะได้รับการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยใน³¹

ทั้งนี้ ผู้กระทำความผิดมีสิทธิที่จะอุทธรณ์คำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลและคำสั่งควบคุมดูแลได้ที่ศาลอุทธรณ์³² และหากศาลอุทธรณ์พิจารณาเห็นว่าคำสั่งเดิมนั้นไม่เหมาะสม ศาลอุทธรณ์อาจสั่งให้ยกเลิก

²² Section 23 Mental Health Act 1983.

²³ Section 69 และ 72(1)(c) Mental Health Act 1983.

²⁴ Section 42 Mental Health Act 1983.

²⁵ ibid Section 73.

²⁶ ibid Section 23.

²⁷ Ministry of Justice (n 21) 14.

²⁸ Criminal Procedure (Insanity) Act 1964 Schedule 1A.

²⁹ ibid Part 2.

³⁰ ibid.

³¹ ibid.

³² Section 16A Criminal Appeal Act 1968 (as amended by Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004).

โปรดดู The Criminal Procedure Rules Part 39.

หรือกำหนดมาตรการอื่นแทน หรือเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติม เงื่อนไขคำสั่งเดิมได้³³

ในกรณีที่ศาลเห็นว่าอาการของผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลหรือคำสั่งควบคุมดูแล ศาลอาจออกคำสั่งปล่อยตัว (absolute discharge) ซึ่งในการนี้ ผู้กระทำความผิดจะถูกปล่อยให้เป็นอิสระโดยไม่มีมาตรการบังคับใดๆ

ทั้งนี้ ในการตัดสินว่าจะใช้มาตรการใดกับผู้กระทำความผิด นอกจากหลักฐานจากจิตแพทย์เกี่ยวกับโรคและผลของความผิดปกติทางจิตนั้นๆ แล้ว ศาลยังต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ เพิ่มเติมรวมทั้งพฤติการณ์ของคดีและประวัติอาชญากรรมของผู้นั้นอีกด้วย³⁴

Criminal Procedure (Insanity) Act 1964 (as amended by the Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991) ได้ยกเลิกคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลโดยไม่มีกำหนด ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดได้ยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต และยังทำให้ศาลมีทางเลือกอื่นๆ เพิ่มเติมอีก อย่างไรก็ตาม สำหรับ ผู้ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดในคดีฆาตกรรมที่ถึงแม้จะยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตสำเร็จต้องถูกคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ดังนั้น การยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตอาจไม่เป็นที่ดึงดูดสำหรับผู้ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดในคดีฆาตกรรมนัก ทั้งนี้ ผู้ถูกกล่าวหาในคดีดังกล่าวอาจยกข้อต่อสู้เรื่อง diminished responsibility³⁵ แทนได้ แต่เป็นการสู้เสี่ยงเพราะข้อต่อสู้เรื่อง diminished responsibility มีผลเป็นการลดโทษ จึงทำให้ผู้กระทำความผิดยังต้องถูกลงโทษและยังต้องมีความรับผิดชอบ ซึ่งในทางกลับกัน ตามหลักการแล้วผู้กระทำความผิดไม่ควรต้องมีความรับผิดชอบเนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตจึงไม่ควรถูกลงโทษ

นอกจากนี้ การออกคำสั่งควบคุมดูแลก็อาจจะยังไม่เหมาะสมในบางกรณี เพราะผู้กระทำความผิดต้องถูกควบคุมนานที่สุดถึงสองปี ดังนั้น ผู้กระทำความผิดบางคนอาจหลีกเลี่ยงโดยการยอมรับผิดและรับโทษดีกว่าจะยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต เพราะยอมรับผิดและรับสารภาพในบางคดีอาจมีโทษจำคุกเล็กน้อยเท่านั้น³⁶

³³ ibid Section 16B.

³⁴ Ministry of Justice (n 21) 4.

³⁵ เป็นข้อต่อสู้เรื่องความสามารถที่ลดลงในขณะที่กระทำความผิดของอังกฤษและเวลส์ใช้เฉพาะคดีฆาตกรรมโดยเจตนาเท่านั้น โปรดดู Crown Prosecution Service, 'Diminished responsibility' (CPS, September 2022).

<<https://www.cps.gov.uk/legal-guidance/homicide-murder-and-manslaughter>> สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

³⁶ Law Commission (n 15) para 2.111.

2.3 สหราชอาณาจักร (สกอตแลนด์)

มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของสกอตแลนด์ อยู่ภายใต้กฎหมาย The Criminal Procedure (Scotland) Act 1995 (as amended by the Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003) ซึ่งมาตรการฯ นั้นประกอบไปด้วยคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลแบบมีข้อกำหนดหรือไม่มีข้อกำหนด (a compulsion order with restriction or no restriction) คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราว (an interim compulsion order) คำสั่งผู้พิทักษ์ (a guardian order) คำสั่งควบคุมดูแลและบำบัดรักษา (a supervision and treatment order) หรือการไม่ออกคำสั่งใด (no order)³⁷

ศาลอาจออกคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลหากพิจารณาแล้วว่าผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางจิตจากหลักฐานคำให้การหรือเอกสารจากจิตแพทย์สองคนและความผิดปกตินั้นต้องได้รับการรักษาเพราะหากไม่ให้มีการรักษาจะทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้กระทำความผิดและสาธารณะได้³⁸ โดยปกติแล้ว คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลจะมีระยะเวลาหกเดือนและสามารถขอขยายได้อีกหกเดือน และหากจำเป็นต้องขยายต่อจะสามารถขยายต่อได้เป็นครั้งละ 12 เดือน³⁹

ทั้งนี้ ศาลอาจสั่งให้มีคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลโดยมีข้อกำหนดได้ หากเห็นว่าความผิดปกติทางจิตของผู้กระทำความผิดจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสาธารณะ⁴⁰ ซึ่งคำสั่งนี้จะให้ผู้กระทำความผิดถูกควบคุมตัวในสถานพยาบาลโดยไม่มีกำหนดเวลาขั้นต่ำ⁴¹ และผู้กระทำความผิดจะถูกควบคุมตัวในโรงพยาบาลของรัฐที่มีการรักษาความปลอดภัยสูงที่มีชื่อว่า Carstairs State Hospital⁴²

ในการจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลนั้นจะกระทำโดย the Mental Health Tribunal ที่ถูกตั้งขึ้นตามอำนาจในมาตรา 21 แห่ง the Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003

³⁷ Section 57 Criminal Procedure (Scotland) Act 1995.

³⁸ Ibid.

³⁹ Scottish Government, 'Mental Health Act – compulsory treatment orders: guide'

<<https://www.gov.scot/publications/new-mental-health-act-guide-compulsory-treatment-orders/pages/10/>> สืบค้นวันที่ 9 มิถุนายน 2566.

⁴⁰ Section 59 Criminal Procedure (Scotland) Act 1995.

⁴¹ Ibid Section 57(a)(7).

⁴² NHS Scotland, 'The State Hospital' (NHS Scotland, 2016).

<<https://www.tsh.scot.nhs.uk/Fact%20Sheets/About%20Us%20-%206%20Sep%2016.pdf>> สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

โดยแต่ละองค์คณะจะประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกฎหมาย (ซึ่งทำหน้าที่เป็นประธาน) ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และผู้ทรงคุณวุฒิทั่วไปจำนวนสามคน⁴³

คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราว หมายถึง การที่ผู้กระทำความผิดจะถูกควบคุมตัวในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการและรักษาได้นานถึงสิบสองสัปดาห์ และต่อให้ได้นานที่สุดสิบสองเดือน⁴⁴ โดยการออกคำสั่งนี้ใช้เกณฑ์เดียวกับการออกคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล

คำสั่งผู้พิทักษ์ คือคำสั่งให้อยู่ในชุมชนโดยมีผู้ดูแลสวัสดิภาพซึ่งจะถูกบังคับในกรณีที่ศาลเห็นว่าเป็นผลดีต่อสวัสดิภาพของผู้กระทำความผิด⁴⁵

คำสั่งควบคุมดูแลและบำบัดรักษาเป็นคำสั่งให้อยู่ในชุมชนภายใต้การดูแลของนักสังคมสงเคราะห์ (ที่เรียกว่าเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแล) โดยมีระยะเวลาไม่นานเกินกว่าสามปี ภายใต้ระยะเวลาดังกล่าว ผู้กระทำความผิดต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และอาจต้องได้รับการรักษา⁴⁶ โดยการที่ศาลจะสั่งคำสั่งนี้ได้ นั้น ศาลต้องได้รับหลักฐานคำให้การหรือเอกสารจากจิตแพทย์อย่างน้อยสองคน⁴⁷

หากศาลไม่เห็นว่าการกระทำความผิดต้องได้รับการรักษาหรือการควบคุมดูแลใดๆ ศาลอาจไม่ออกคำสั่งใดเลยก็ได้ เช่นนี้ ผู้กระทำความผิดก็จะพ้นผิดทันที

ทั้งนี้ ผู้กระทำความผิดสามารถอุทธรณ์คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลทั้งสองแบบได้ แต่ไม่อาจอุทธรณ์คำสั่งชนิดอื่นๆ ได้⁴⁸

เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายอังกฤษ The Criminal Procedure (Scotland) Act 1995 (as amended by the Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003) ได้ยกเลิกการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลอย่างไม่มีกำหนดเช่นกัน อย่างไรก็ตาม กฎหมายของสกอตแลนด์มีความแตกต่างจากอังกฤษและเวลส์ เนื่องจากสกอตแลนด์ไม่ได้บังคับว่าจะต้องใช้คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลกับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งถูกกล่าวหาว่าก่อคดีฆาตกรรม

⁴³ Mental Health Tribunal for Scotland, 'About the Tribunal' (Mental Health Tribunal for Scotland, 2023) <https://www.mhtscotland.gov.uk/mhts/About_Tribunal/About_Tribunal> accessed 9 June 2023.

⁴⁴ Section 53 Criminal Procedure (Scotland) Act 1995.

⁴⁵ *ibid* Section 57(2)(c).

⁴⁶ *ibid* Schedule 4.

⁴⁷ *ibid* Schedule 4 and Section 58 1(A).

⁴⁸ *ibid* Section 60. See also Criminal Appeal (Scotland) Act 1926.

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากฎหมายสกอตแลนด์กำหนดมาตรการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตไว้หลากหลายกว่ากฎหมายอังกฤษ เช่น การมีคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราวเพื่อให้ศาลมีเวลาในการพิจารณาใช้มาตรการที่เหมาะสมที่สุดได้⁴⁹ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ดีที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับมาตรการที่เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ คำสั่งผู้พิทักษ์ก็มีผลดีต่อผู้กระทำความผิดที่ต้องการผู้ดูแลสวัสดิภาพในทันทีได้เช่นกัน เพราะสามารถออกคำสั่งได้หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินคดีทางอาญาโดยไม่ต้องแยกไปฟ้องการบังคับทางแพ่งต่อไป

อย่างไรก็ตาม มาตรการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในสกอตแลนด์นั้นยังมีข้อด้อยกว่าในอังกฤษ กล่าวคือผู้กระทำความผิดยังจะอาจถูกคุมตัวในโรงพยาบาลและคำสั่งควบคุมดูแลทำให้ผู้กระทำความผิดอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ได้นานถึงสามปี ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ถูกกล่าวหาไม่อยากยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต และเลือกจะรับสารภาพเพื่อจะรับการลงโทษที่อาจเบากว่าแทนการถูกบังคับตามมาตรการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบบทบัญญัติเรื่องมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของไทยและสหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์และสกอตแลนด์)

จากการศึกษาพบว่า มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชภายใต้กฎหมายของอังกฤษและเวลส์ และสกอตแลนด์มีความคล้ายคลึงกัน โดยมีตั้งแต่คำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล หรือคำสั่งควบคุมดูแลไปจนถึงการปล่อยตัว โดยกฎหมายของสกอตแลนด์นั้นจะมีมาตรการที่ละเอียดกว่า เช่น การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราวเพื่อดูอาการหรือคำสั่งผู้พิทักษ์ โดยในเบื้องต้นคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลของทั้งสองประเทศจะมีระยะเวลาหกเดือน โดยสามารถขยายได้ครั้งละหกเดือน และหากจำเป็นจะสามารถขยายต่อได้อีกครั้งหนึ่งปี (อังกฤษและเวลส์) หรือสิบสองเดือน (สกอตแลนด์)

ในส่วนมาตรการของประเทศไทยมีเพียงคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล หรือการปล่อยตัวเท่านั้น โดยคำสั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลจะถูกบังคับใช้ก็ต่อเมื่อศาลเห็นว่าหากการปล่อยตัวจำเลยไปนั้นจะเป็นอันตรายและสามารถคุมตัวไว้ได้ครั้งละ 180 วัน

ในส่วนของเงื่อนไขการบังคับใช้มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในอังกฤษและเวลส์ และสกอตแลนด์ ก่อนที่ศาลจะบังคับใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งได้นั้นจำเป็นต้องมีความเห็น

⁴⁹ Scottish Executive, *Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) 2003 Volume 3 compulsory power in relation to mentally disordered offenders* (Edinburgh 2005) 105.

ทางการแพทย์จากจิตแพทย์อย่างน้อย 2 คนเสียก่อนและมาตรการที่ศาลจะบังคับใช้นั้นจะเลือกใช้มาตรการที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้กระทำความผิดที่สุด ในขณะที่ในประเทศไทยไม่ได้มีข้อกำหนดใด

	อังกฤษและเวลส์	สกอตแลนด์	ไทย
มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช	- คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล (มีข้อกำหนดหรือไม่มีข้อกำหนด) - คำสั่งควบคุมดูแล - คำสั่งปล่อยตัว	- คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล (มีข้อกำหนดหรือไม่มีข้อกำหนด) - คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราว - คำสั่งผู้พิทักษ์ - คำสั่งควบคุมดูแลและบำบัดรักษา - ไม่ออกคำสั่งใด	กรณีมาตรา 65 วรรคแรก: - คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล (กรณีเป็นอันตราย) - คำสั่งปล่อยตัว กรณีมาตรา 65 วรรคสอง: - พินากษาลดโทษ - คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล (กรณีเป็นอันตราย)
พยานหลักฐานประกอบการกำหนดมาตรการ	จำเป็น สองชิ้นจากจิตแพทย์สองคน	จำเป็น สองชิ้นจากจิตแพทย์สองคน	ไม่จำเป็น

4. ปัญหาของมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของไทย

ในทางปฏิบัติ มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยมีปัญหาต่างๆ ดังนี้

ประการแรก ในหลายคดีปรากฏว่าศาลเลือกจะไม่สั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลซึ่งแย้งกับความเห็นของจิตแพทย์ จากการศึกษาพบว่าจากจำนวน 274 คดี มีอัตราถึง 64.1% ของจำนวนคดีทั้งหมดที่ศาลไม่สั่งให้มีการรักษาในโรงพยาบาลหรือการรักษาตามคำแนะนำของจิตแพทย์⁵⁰ เพราะตามกฎหมายไทยแล้วศาลไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและผูกพันกับความเห็นของจิตแพทย์ ซึ่งก็เป็นประเด็นปัญหาเรื่องการใช้อดุลยพินิจของศาล แต่ข้อกระทบที่สำคัญที่สุดในที่นี้คือ กฎหมายไทยห้ามมิให้มีการอุทธรณ์คำสั่งคุมตัวไว้ใน

⁵⁰ วันทดา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (ก 7) 125.

สถานพยาบาล⁵¹ ดังนั้น หากศาลไม่สั่งให้มีการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และศาลปล่อยตัวผู้กระทำความผิดนั้น หากประสงค์จะให้ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการรักษาก็ต้องกระทำโดยวิธีการคุมตัวทางแพ่งผ่านทางพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ตามความใน มาตรา 22 และมาตรา 29⁵² ซึ่งระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อขอคุมตัวทางแพ่งนั้นอาจกินระยะเวลานาน และเป็นการปล่อยตัวผู้กระทำความผิดไปโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างท่วงที นอกเหนือจากนี้ ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลจิตเวชที่มีสภาพพร้อมที่จะรับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไว้รักษาพยาบาล⁵³ ดังนั้น โรงพยาบาลจิตเวชอาจถึงเลที่จะรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้⁵⁴ นั้นหมายความว่า หากศาลตัดสินใจไม่ใช้คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ผู้กระทำความผิดจะถูกปล่อยตัว (หากยกข้อต่อสู้ตามมาตรา 65 วรรค 1 สำเร็จ) หรือถูกจำคุก (หากยกข้อต่อสู้ตามมาตรา 65 วรรค 2 สำเร็จ) ในกรณีแรก (หากยกข้อต่อสู้ตามมาตรา 65 วรรค 1 สำเร็จ) กระบวนการยุติธรรมทางอาญาจะไม่มีอำนาจใดๆในการจัดการผู้กระทำความผิดนั้น ถึงแม้จะยังมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถบังคับให้มีการรักษาโรคจิตเวชโดยการสั่งให้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น แต่ก็มีข้อขัดข้องและอาจไม่ทันการ เนื่องจาก

⁵¹ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 219 ทวิ “ห้ามมิให้คู่ความฎีกาคัดค้านคำพิพากษาหรือคำสั่งในข้อเท็จจริงในปัญหาเรื่องวิธีการเพื่อความปลอดภัยแต่อย่างใด แม้อันนั้นจะไม่ต้องห้ามฎีกาก็ตาม...” เนื่องจากการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเป็นวิธีการเพื่อความปลอดภัย ดังนั้นจึงต้องห้ามอุทธรณ์

⁵² พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2552 มาตรา 22 “บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

- (1) มีภาวะอันตราย
- (2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2552 มาตรา 29 “เมื่อสถานบำบัดรักษารับบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่นำส่งตามมาตรา 27 วรรคสาม หรือแพทย์นำส่งตามมาตรา 28 แล้วแต่กรณี ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการบุคคลนั้นโดยละเอียดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับตัวบุคคลนั้นไว้ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้มีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา
- (2) ให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษาเมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้ จะกำหนดเงื่อนไขใดๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้นหรือผู้รับดูแลบุคคลนั้นต้องปฏิบัติตามก็ได้...”

⁵³ ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด 20 แห่ง โปรดดู กรมสุขภาพจิต, ‘โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต’ (กรมสุขภาพจิต, ตุลาคม 2019) < <https://dmh.go.th/links/links-n.asp?catid=18> > สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

⁵⁴ วิสูตร พองศิริไพบูลย์ และสมบุญ ธรรมเถกิงกิจ, ‘ความเสี่ยงในการจำหน่ายผู้ป่วยทางจิตเวช: หนึ่งอุทาหรณ์และมุมมองทางด้านนิติเวชศาสตร์’ (2552) ปีที่ 2 ฉบับที่ 2, เวชบันทึกศิริราช, 5.

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะต้องนำตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเสียก่อน⁵⁵ และต้องมีการตั้งคณะกรรมการบำบัดรักษาขึ้นเสียก่อนเพื่อพิจารณาว่าจะรับตัวไว้รักษาหรือไม่⁵⁶ ในกรณีที่สอง (หากยกข้อต่อสู้ตามมาตรา 65 วรรค 2 สำเร็จ) เมื่อผู้กระทำความผิดถูกจำคุก ในกรณีนี้กรมราชทัณฑ์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ต้องขัง อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ต้องขังเข้ามาอยู่ในระบบของราชทัณฑ์แล้ว กว่าที่ผู้ต้องขังจะได้รับการรักษาทางจิตเวชนั้นอาจผ่านกระบวนการที่ซับซ้อนและยืดเยื้อยาวนานเช่นกันโดยเฉพาะกรณีต้องนำตัวออกมาจากเรือนจำเพื่อรักษา⁵⁷ ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวจึงอาจจำเป็นต้องมีการอนุญาตให้อุทธรณ์คำสั่งให้คุมตัวหรือไม่คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลได้

ประการที่สอง คือการที่ประเทศไทยยังขาดแคลนหน่วยงานและสถานสำหรับการดูแลผู้ต้องขังหรือผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตโดยเฉพาะ ในปัจจุบัน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นเพียงโรงพยาบาลจิตเวชเพียงแห่งเดียวที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ต้องขังหรือผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต และสถาบันฯ ยังต้องรับหน้าที่ในการประเมินผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ อีกด้วย เช่น การประเมินความสามารถในการสอบสวนหรือสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และบำบัดรักษาผู้ที่ไม่สามารถสอบสวนหรือสู้คดีได้ เพื่อให้กลับมามีความสามารถเพียงพอและกลับเข้าสู่กระบวนการสอบสวนและพิจารณาคดีได้ ทั้งนี้ สถาบันฯ เองก็รับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปเช่นเดียวกัน นอกจากภาระเหล่านี้แล้ว ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือตัวสถาบันฯ เองก็ไม่ได้เป็นโรงพยาบาลที่มีการรักษาความปลอดภัยดีพอที่จะคุมตัวผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติได้อย่างเพียงพอเพราะปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่และตัวลักษณะของโรงพยาบาลเองก็ไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อวัตถุประสงค์ในการคุมตัวผู้กระทำความผิดที่มีความเสี่ยงสูง แต่สามารถรับผู้กระทำความผิดที่ถูกจัดไว้ในประเภท ‘ความเสี่ยงต่ำ’ ที่ไม่ใช่ผู้ที่กระทำความผิดในคดีอาชญากรรมหรือกระทำความผิดซ้ำ⁵⁸ ในทางปฏิบัติ ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่ถูกส่งไปที่สถาบันฯ มักจะถูกรับตัวไว้ในสถาบันฯ เพื่อการรับการรักษาระยะสั้น ดังนั้น เมื่อเห็นว่ามีอาการคงที่แล้ว สถาบันฯ จะจำหน่ายตัวออกมาให้ครอบครัวดูแลหรือกลับเข้าเรือนจำเพื่อรับโทษต่อไป⁵⁹

ประการที่สาม ประเทศไทยไม่มีมาตรการเฝ้าระวังหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพราะจิตแพทย์สามารถจำหน่ายผู้กระทำความผิดออกจากโรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องมีผู้ควบคุมดูแล จึงทำให้ผู้ป่วย

⁵⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2552 มาตรา 24.

⁵⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2552 มาตรา 27.

⁵⁷ โปรดดู พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560.

⁵⁸ แสง บุญเฉลิมวิภาส, ‘ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหา ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา’ (2550) ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 75.

⁵⁹ Ibid.

บางคนที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วสามารถกลับมาทำความผิดซ้ำได้ ตัวอย่างเช่นในกรณีของนางสาวจิตรลดา ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

ประการที่สี่ ในทางปฏิบัติ ระบบการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลานานเพราะต้องรายงานการจำหน่ายกลับไปศาลและต้องรอให้ศาลออกคำสั่งถอนการคุมตัวซึ่งทำให้ผู้กระทำความผิดถูกจำกัดอิสรภาพโดยไม่จำเป็นเพราะต้องรอคำสั่งปล่อยที่นาน

ประการสุดท้าย ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่การดูแลของครอบครัวโดยไม่มีผู้ควบคุม⁶⁰ จึงเป็นที่น่าสงสัยว่า ครอบครัวจะมีความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (ซึ่งโดยปกติ การตระหนักรู้เรื่องโรคทางจิตเวชนั้นก็น้อยอยู่แล้วในสังคมไทย) นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนก็ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั้งที่ยังไม่ได้รับการรักษาจนหายดีอีกด้วย⁶¹ จึงพบว่าหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักหยุดยาหรือครอบครัวเห็นว่าไม่ต้องรับยาต่อเพราะผู้ป่วยดู “ปกติดี” หรือเพียงเพราะไม่สะดวกในการไปโรงพยาบาลหรือมีความไม่สะดวกอื่นๆ ⁶² นอกจากนี้หลายครอบครัวไม่ยอมรับญาติพี่น้องที่มีความผิดปกติทางจิตกลับคืน⁶³ ในกรณีเช่นนี้แม้จะมีที่พักของรัฐที่สามารถรับผู้ป่วยไปดูแลได้⁶⁴ แต่ที่พักเหล่านี้ก็ไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมและไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนมาในการดูแลผู้ป่วยที่อาจมีความรุนแรงซึ่งหากผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการสับสนหรือมีอาการทางจิตกลับมาอีกก็อาจจะต้องออกจากที่พักดังกล่าว

จากเหตุผลเหล่านี้ ในทางปฏิบัติจึงพบว่าผู้กระทำความผิดมักมีความผิดปกติทางจิตกลับมาอีกทำให้บางคนกระทำความผิดซ้ำและกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมอีกและปัญหาคงจะดำเนินต่อไปเช่นนี้จนกว่าประเทศไทยจะมีหน่วยงานที่สามารถคุมตัวและรักษาผู้ป่วยได้และปล่อยผู้ป่วยออกมาเมื่อรักษาหายดี

⁶⁰ ปัจจุบันไม่ได้มีการบังคับให้ต้องติดตามดูแลหลังปล่อยตัว แต่ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่จะตามเช็กผู้ป่วยหลังถูกปล่อยไป 2-3 เดือนแรก โปรดดู กรมสุขภาพจิต, ‘คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง’ <<https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf>> สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

⁶¹ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าเนื่องจากนโยบายโรงพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยออกเมื่ออาการคงที่

⁶² ผลวิจัยชี้ว่า มีแค่ผู้กระทำความผิดจำนวนหนึ่งในสามสิบห้าคนเท่านั้น ที่กระทำความผิดซ้ำ แต่เกินกว่าครึ่งของจำนวนดังกล่าวถูกส่งตัวกลับไปรักษาพยาบาล โปรดดู ไกรภัสสรพงษ์ (ก 10) 114.

⁶³ Prachathai, ‘คนบ้าหลังกำแพงคุก: การเดินทางกลับบ้านของจิต’ (Prachathai, กรกฎาคม 2561).

<<https://prachatai.com/journal/2018/07/77683>> สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566.

⁶⁴ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ พ.ศ. 2564.

และมีความปลอดภัยแทนที่จะปล่อยตัวเมื่อ ‘อาการคงที่เพียงชั่วคราว’ ดังที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันซึ่งก็เป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากภาวะมีคนไข้ล้นโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน⁶⁵

กรณีที่แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการจัดการผู้กระทำความผิดที่ความผิดปกติทางจิตในไทย คือ กรณีของนางสาวจิตรลดา ผู้กระทำความผิดที่เคยถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานพยายามฆ่านักเรียนในปี พ.ศ. 2547⁶⁶ และถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดฐานฆ่าคนตายในเดือนมีนาคมปี พ.ศ. 2563⁶⁷

ข่าวได้รายงานว่าเธอถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2555 และมีอาการดีมาตลอด⁶⁸ ประการที่น่าสนใจคือ ในการดำเนินคดีข้อหาพยายามฆ่าในปี พ.ศ. 2547 นั้น จิตรลดาไม่ประสบความสำเร็จในการยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต แม้ว่าจะมีหลักฐานทางการแพทย์ว่าเธอเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 20 ปี (ในขณะที่ก่อคดีแรกเธอมีอายุ 26 ปี) คำพิพากษาให้เหตุผลว่าผู้กระทำความผิดสามารถซื้อผิดเพื่อเตรียมการก่อนการกระทำความผิด และภายหลังจากการทำความผิดเธอหลบหนีจากบริเวณที่เกิดเหตุ เปลี่ยนเสื้อผ้าและทรงผม และสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและแพทย์ได้รู้เรื่องดี ดังนั้น เธอสามารถคุมตนเองได้⁶⁹ เธอถูกจำคุกสี่ปีและมีคำสั่งให้คุมตัวในสถานพยาบาลหลังพ้นโทษ⁷⁰ จากคำพิพากษาจะเห็นว่าศาลเชื่อในจิตวิทยาแบบชาวบ้าน (folk psychology) และหลักฐานแวดล้อมในการที่จะตัดสินว่าจำเลยวิกลจริตหรือไม่ มากกว่าการให้น้ำหนักแก่หลักฐานทางการแพทย์และแรงกระตุ้นให้กระทำความผิด (จิตรลดาให้การว่าได้ยินเสียงจากสวรรค์สั่งให้จัดการกับคนรวย อย่างไรก็ดี อาจเป็นเพราะในคดีดังกล่าวเนื่องจากเป็นคดีร้ายแรงที่กระทำต่อเด็ก ศาลจึงเน้นการลงโทษมากกว่าเพื่อสนองความต้องการของสังคมในการแก้แค้นทดแทน เพราะในเวลานั้นสาธารณชนประณามผู้กระทำความผิดโดยไม่สนใจว่าจะป่วยจิตหรือไม่ และสังคมต้องการเห็นว่าการลงโทษ อย่างไรก็ตาม ท้ายที่สุดแล้วจะเห็นได้ชัดว่าการลงโทษและการรักษาไม่เพียงพอที่จะช่วยฟื้นฟูผู้กระทำความผิดได้เพราะมีการกระทำความผิดซ้ำ กรณีนี้ยังแสดงให้เห็นปัญหาของระบบการติดตามและ

⁶⁵ HFocus, ‘พ่อ สบ.ไม่สนใจงานจิตเวช สั่งลดบุคลากรใน รพ. ทั้งที่งานล้นมือ โอดถอนใจ-ไม่ไหวอีกต่อไปแล้ว’ (HFocus, 13 มกราคม 2561) <<https://www.hfocus.org/content/2018/01/15223>> สืบค้นวันที่ 4 เมษายน 2566.

⁶⁶ MGR Online, ‘คุก 4 ปี “จิตรลดา” มือแทงเด็กคอนแวนต์-พ้นโทษส่งบำบัดต่อ’ (MGR Online, 20 พฤศจิกายน 2551) <<https://mgronline.com/crime/detail/9510000137416>> สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2563.

⁶⁷ ไทยรัฐออนไลน์, ‘สลด “จิตรลดา” ก่อเหตุอีก แทงด.ญ.4 ขวบ ลูกแม่ค้าข้างบ้านเสียชีวิต’ (ไทยรัฐออนไลน์, 29 มีนาคม 2563)<<https://www.thairath.co.th/news/local/central/1807424?fbclid=IwAR2djmWJp9811VnkhpbEn0csVaA2bPv85UCUr9yUJBxD-VGJ-1kYwDnQRw>> สืบค้นวันที่ 4 เมษายน 2566.

⁶⁸ Sanook, ‘ตื่น! “จิตรลดา” ผู้ป่วยจิตเวช ออกแล้ว ด้านสถาบันยันปลอดภัย วอนสังคมให้โอกาส’ (Sanook, 1 สิงหาคม 2556) <<https://www.sanook.com/news/1200425/>> สืบค้นวันที่ 4 เมษายน 2566.

⁶⁹ คำพิพากษาคดีหมายเลขดำที่ 6957/2549.

⁷⁰ เนื่องจากให้การรับสารภาพจึงได้ลดโทษ

การรักษาต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายผู้กระทำความผิดหลังจากออกจากโรงพยาบาล เมื่อสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะจำหน่ายผู้ป่วยออกทันทีที่เห็นว่าอาการคงที่และปล่อยภาระการดูแลต่อให้กับครอบครัว

กรณีดังกล่าวคงต้องจับตามองต่อไปว่านางสาวจิตรลดาจะประสบความสำเร็จในการยกข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริตในคดีใหม่หรือไม่⁷¹ แต่หากพิจารณาจากคดีก่อนก็น่าจะเป็นไปได้ยาก เพราะในคดีนี้เธอถูกกล่าวหาว่าฆ่าเด็กหญิงอายุสี่ปีและเป็นคดีฆ่าโดยเจตนาซึ่งมีอัตราโทษสูงสุดคือประหารชีวิตซึ่งในกรณีนี้ไม่ว่าจะคาดการณ์ได้ว่าจะมีการลงโทษประหารชีวิตหรือไม่⁷² หากไม่ลงโทษประหารชีวิตแล้วจำเลยอาจจะต้องโทษจำคุกตลอดชีวิตเพื่อความปลอดภัยของสาธารณะ เพราะประเทศไทยไม่มีโรงพยาบาลที่มีการรักษาความปลอดภัยพอที่จะกักขังผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตนั่นเอง

5. ข้อเสนอแนะ

คดีของนางสาวจิตรลดาที่ยกตัวอย่างมาข้างต้นคงไม่ใช่คดีสุดท้ายของประเทศไทยที่ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิดซ้ำในคดีอุกฉกรรจ์ ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาในการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต บทความนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ประการแรก ก่อนที่จะกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตควรกำหนดให้ต้องมีหลักฐานจากแพทย์อย่างน้อยสองคน ซึ่งควรเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้รับการรับรอง⁷³ เพื่อวินิจฉัยอาการของจำเลยและทำข้อเสนอเรื่องการบำบัดรักษา ในการนี้ การที่ศาลจะสั่งใช้มาตรการใด ศาลควรที่จะผูกพันต่อคำแนะนำในการบำบัดรักษาของแพทย์นั้นด้วย นอกเหนือจากศาลจะมีเหตุอันควรอื่นที่ไม่ควรเชื่อหรือปฏิบัติตามคำสั่งนั้นเพื่อเป็นมาตรการป้องกัน (safeguard) ให้แน่ใจว่าศาลจะสั่งให้มีการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลในกรณีที่เหมาะสมและในขณะเดียวกันเป็นการลดแนวโน้มที่ศาลจะใช้ดุลยพินิจหลักเลียงไม่สั่งให้คุมตัวไว้ในสถานพยาบาลอันเป็นปัญหาในปัจจุบัน และเป็นการตอกย้ำว่าผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น ‘เจ็บป่วย’ จึงไม่สมควรได้รับการลงโทษและควรได้รับการรักษาฟื้นฟู ดังนั้น แพทย์ (จิตแพทย์) จึงมีความสำคัญในการประเมินผู้กระทำผิดว่าควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ หากสมควรจะมีการรักษาอย่างไร

⁷¹ ในปัจจุบันเดือนเมษายน 2566 ยังไม่ปรากฏข่าวคืบหน้าคดีของนางสาวจิตรลดา

⁷² เนื่องจากโทษประหารชีวิตถูกบังคับใช้ในทางปฏิบัติค่อนข้างน้อยภายในระยะเวลา 17 ปีย้อนหลัง โดยล่าสุดที่มีการบังคับโทษประหารชีวิตคือ เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2561. Bangkok Post, ‘Debating the death penalty’ (Bangkok Post, 20 June 2018) <<https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1488770/debating-the-death-penalty>> accessed 4 April 2566.

⁷³ เช่นกรณีอังกฤษและเวลส์

ประการที่สอง ควรมีมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติที่หลากหลายกว่านี้ ในแง่นี้ ประเทศไทยอาจใช้ต้นแบบจากประเทศสกอตแลนด์ที่ศาลมีทางเลือกใช้มาตรการ⁷⁴ เช่นนี้ ประเทศไทยจะมีมาตรการที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลแบบมีข้อกำหนด คำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราว คำสั่งผู้พิทักษ์ และคำสั่งควบคุมดูแลและบำบัดรักษา ซึ่งมาตรการที่หลากหลายจะทำให้ศาลเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละคนซึ่งมีผลดีต่อทั้งผู้กระทำความผิดเอง และมีความปลอดภัยต่อสาธารณชน อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อโต้แย้งว่าคำสั่งคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลแบบมีข้อกำหนดเป็นการจำกัดเสรีภาพของผู้กระทำความผิดเกินควร แต่ทั้งนี้ การดังกล่าวนี้กระทำไปเพื่อความปลอดภัยของสาธารณะ ดังนั้น มาตรการนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถกระทำเพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่มีการก่ออาชญากรรมซ้ำอีก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ไม่มีระบบติดตามหลังจากที่ผู้กระทำความผิดหลังจากออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ หากกฎหมายไทยมีการใช้คำสั่งผู้พิทักษ์และคำสั่งควบคุมดูแลและบำบัดรักษาจะก่อให้เกิดระบบที่สามารถติดตามผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอันตรายน้อยไม่ถึงกับต้องถูกคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล เพราะถึงแม้เขาจะไม่อันตรายหรืออันตรายน้อยแต่ก็มีระบบที่จะช่วยให้แน่ใจได้ว่าเขาได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างเหมาะสมและไม่มีความเสี่ยงที่จะก่ออาชญากรรมซ้ำอีก

ประการที่สาม ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้วว่าอังกฤษและเวลส์และสกอตแลนด์นั้นมีสถานที่เฉพาะในการคุมตัวและรักษาผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ดังนั้น ประเทศไทยก็ควรมีเช่นเดียวกัน ในกรณีนี้ มีข้อเสนอว่าสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ซึ่งเป็นสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการกับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในประเทศไทยอยู่แล้วควรได้รับการปรับโครงสร้างเพื่อรองรับการรักษาผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการขาดสถานที่ที่รับผิดชอบในการรักษาและคุมตัวผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้น หากมีการสร้างสถานที่เฉพาะขึ้นมาจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาการที่ผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงที่ต้องอยู่ในเรือนจำร่วมกับผู้ต้องขังปกติ เพราะหากมีสถานที่เฉพาะ ผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิตจะสามารถได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและไม่มีความเสี่ยงน้อยกว่าการถูกจำคุกและรักษาตัวไว้ในเรือนจำปกติ

ประการที่สี่ การจำหน่ายผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ได้ต่อเมื่อมีหลักฐานทางการแพทย์สนับสนุนเท่านั้น โดยหลักฐานทางการแพทย์จะต้องมาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาและจากจิตแพทย์หรือแพทย์อีกหนึ่งคน รวมเป็นสองคน โดยการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับอนุญาตโดยคำสั่งศาล ซึ่งเป็น ‘ระบบควบคุมสองชั้น’ ที่ช่วยป้องกันคัดกรองผู้กระทำ

⁷⁴ Section 57 Criminal Procedure (Scotland) Act 1995.

ความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่อาจมีความรุนแรงและเป็นอันตราย ก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อเสียของการที่กำหนดให้ศาลต้องออกคำสั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือความซ้ำในการจำหน่าย ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหา จึงเสนอให้มีการแก้กฎหมาย⁷⁵ ให้อำนาจพนักงานอัยการในการอนุมัติคำสั่งจำหน่ายผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตออกจากโรงพยาบาลได้แทนศาล ซึ่งจะเป็นการลดระยะเวลาในการรอคอยลงได้มาก

6. บทสรุป

มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันนั้นมียุทธศาสตร์การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลและการปล่อยตัวตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถเลือกได้แค่ว่าจะจำกัดอิสรภาพและบังคับรักษา หรือปล่อยตัวเป็นอิสระ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตบางรายนั้นอาจไม่ได้มีภาวะอันตรายถึงกับขนาดต้องมีการคุมตัวไว้เพื่อรักษาแต่ก็ควรได้รับการบังคับรักษาหรือดูแลในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งเนื่องจากข้อจำกัดข้างต้นศาลอาญาที่พิจารณาคดีนั้นจะไม่มีอำนาจในการสั่งให้ไปบำบัดรักษาโดยวิธีการอื่นๆ⁷⁶ ทำให้สุดท้ายแล้วผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไม่ได้รับการรักษาอาการหรือมีผู้ติดตามดูแล ส่งผลให้อาจมีอาการกำเริบและอาจเป็นอันตรายต่อสังคมหรือกระทั่งเกิดกระทำความผิดซ้ำต่อไปได้

ดังนั้น บทความวิจัยนี้จึงเสนอให้มีการเพิ่มมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยให้มีความหลากหลายขึ้น และเสนอให้มีการกำหนดให้มีสถานพยาบาลที่รับคุมตัวผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติโดยเฉพาะ โดยบทความนี้เสนอให้มีมาตรการต่างๆ ดังนี้ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลโดยมีเงื่อนไข (เช่น ระยะเวลาขั้นต่ำ การขออนุญาตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลชั่วคราว การตั้งผู้พิทักษ์ การตั้งผู้ควบคุมดูแลและบำบัดรักษาและการปล่อยตัว ทั้งนี้ ในการพิจารณาว่าจะบังคับใช้มาตรการใด ศาลจำเป็นต้องพิจารณาพยานหลักฐานทางการแพทย์ประกอบด้วยซึ่งมาตรการเหล่านี้จะทำให้ศาลสามารถเลือกบังคับ

⁷⁵ ภายใต้ประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย อำนาจในการสั่งปล่อยตัวออกจากสถานพยาบาลเป็นของศาลเพราะต้องกระทำเป็นคำสั่งศาล.

⁷⁶ ความจริงแล้ว หากเป็นกรณีที่ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการรอลงโทษหรือรอการกำหนดโทษ (รอลงอาญา) ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 หากศาลเห็นสมควรจะสั่งให้มีการไปบำบัดรักษาในฐานะเงื่อนไขของการคุมประพฤติก็ได้เช่นกัน แต่วิธีการนี้จะใช้ได้ต่อเมื่อผู้กระทำความผิดเข้าเงื่อนไขการรอลงอาญาตามกฎหมายเสียก่อน และศาลเห็นสมควรให้รอลงอาญาเท่านั้น

มาตรการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้กระทำความผิดแต่ละคนได้และเป็นการป้องกันสังคมจากการก่ออันตรายจากผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตต่อไป

ผู้สนับสนุนหลักในการจัดพิมพ์วารสาร



บทความแต่ละบทความเป็นความคิดเห็นอิสระของผู้เขียน