

ยุทธศาสตร์ **ยา** เพื่อการเข้าถึง ของ ภาคประชาสังคม

สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

บทนำ

ยาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ยาเป็นสินค้าสุขภาพที่มีการพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เป็นสินค้าที่มีลักษณะการผูกขาดในตัวเอง เนื่องจากระบบสิทธิบัตร และผู้ป่วย/ ผู้บริโภคไม่สามารถเลือกใช้ได้ด้วยตนเอง รวมทั้งคุณภาพสินค้าไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยรูปลักษณะภายนอกของยา นอกจากนี้ ลักษณะธุรกิจยังเป็นธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นธุรกิจข้ามชาติที่มีการผูกขาดในตลาดโลก และในประเทศไทย ค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายสุขภาพประมาณเกือบแสนล้านบาทต่อปี

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิของประชาชนไทยที่ได้รับการรับรองภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวดที่ 9 สิทธิในการได้รับการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ



“มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

ประเทศไทยประกาศใช้ “นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. 2524” เป็นฉบับแรกและเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ด้านสาธารณสุข มีสาระ 5 ประการ คือ 1) กระจายยาจำเป็น 2) ส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม 3) ประกันคุณภาพยา 4) ผลิตยาจากวัตถุดิบในประเทศ และ 5) ส่งเสริมให้เภสัชกรมาใช้ในทางการแพทย์แผนไทย โดยประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2524 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2524 โดย น.พ.เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลักอ้างอิงในการคัดเลือกยาเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2524 เพื่อให้ประชาชนทุกคนแม้อยู่ห่างไกลและยากจนก็มีโอกาสได้ใช้ยาที่จำเป็นโรคคาที่ย่อมเยา

ต่อมามีการปรับปรุงเป็น “นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536” โดยเน้นความครอบคลุมเกี่ยวกับมาตรการต่างๆ รวมทั้งกำหนดกลวิธีและ

หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละกลวิธี เพื่อให้บังเกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเป็น 7 ประการ สาระที่เพิ่มขึ้น คือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งภาครัฐและเอกชน และ 2) ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานด้านยาและบัญชียาหลักแห่งชาติให้ดียิ่งขึ้น ข้อบังคับต่างๆ ให้เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ส่งผลให้มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้มีรายการยาที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพของชาวไทยที่ครอบคลุมโรคในระดับจำเป็นที่ขาดไม่ได้และคุ้มค่า และจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการสุขภาพบาลข้าราชการ ใช้อ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ได้อย่างยั่งยืนและเสมอภาค

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (ออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540) มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพอย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีโครงการดังกล่าวและโครงการพิเศษต่างๆ เช่น โครงการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้วก็ตาม แต่ทว่าในปัจจุบันยังมีประชาชนหรือผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงยา เนื่องจากยามีราคาแพงเกินกว่าที่ประชาชนส่วนใหญ่จะสามารถใช้ยานั้นๆ ได้ ภาครัฐก็ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัดได้อย่างเพียงพอสาเหตุที่สำคัญคือ ยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตร ทั้งๆที่การเข้าถึงยาเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและเป็นปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน



จากความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะเครือข่ายเอดส์และเครือข่ายวิชาการด้านเภสัชศาสตร์ ประกอบกับการเตรียมการอย่างมีขั้นตอนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเครือข่ายอื่นๆ รวมทั้งมีการเปลี่ยนรัฐบาลในช่วงปลายปี 2549 ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในเรื่องนี้ คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเรื่อง “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ” (government use) หรือเรียกว่า “การบังคับใช้สิทธิ” (compulsory licensing, CL) ต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการเป็นครั้งแรก ได้แก่ ยาเอฟฟิเวียเร็นซ์ (Efavirenz) เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549, ยาโลพินาเวียร์และรีโทนาเวียร์ (Lopinavir + Ritonavir) เมื่อวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2550 และยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกรดำเนินการตาม พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไข พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2542 มาตรา 51 และเป็นการปฏิบัติตามข้อตกลง TRIPs ขององค์การการค้าโลกและปฏิญญาโดฮา (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะคุ้มครองระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงยาของประชาชน ด้วยการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมถึงเพื่อประโยชน์สาธารณะ

ทั้งนี้ เนื่องจากระบบสิทธิบัตรในเรื่องของยา มีการบิดเบือนเจตนารมณ์ที่ดีของกฎหมายในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา จึงก่อให้เกิดปัญหาการผูกขาด ทำให้ยาราคาส่งเกินกว่าความสามารถที่ผู้บริโภคจะจ่ายได้ ยาคิดสิทธิบัตรส่วนใหญ่มีราคาต่อหน่วยสูงเกินกว่าสิบเท่าของค่าครองชีพต่อวัน เป็นปัญหาสำคัญของการเข้าถึงไม่ถึงยาของประชาชน แม้ว่าจะมีบริการสุขภาพ

ของไทยจะก้าวหน้ากว่าประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพไม่ระบบใดก็ระบบหนึ่ง แต่จากราคาค่ายที่สูงเช่นนี้ ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของรัฐไม่สามารถครอบคลุมในทุกโรคได้ โดยเฉพาะในโรคที่มีค่าใช้จ่ายในด้านยาและการรักษาพยาบาลที่สูง

นอกจากนี้กระบวนการจดสิทธิบัตรที่ยังมีปัญหาต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในด้านความพร้อมของบุคลากร ฐานข้อมูลสิทธิบัตร ก่อให้เกิดปัญหา**สิทธิบัตรเขียวโคตร** (evergreening patent) มากมาย ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงได้จัดทำเกณฑ์ลักษณะของการจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาเทคโนโลยีที่สมควรได้รับสิทธิบัตร แต่ก็มีได้นำไปสู่การบังคับใช้ได้อย่างจริงจัง

การกระตุ้นการวิจัยและพัฒนาภายใต้ระบบสิทธิบัตรโดยบริษัทยาข้ามชาตินั้น เป็นการกระตุ้นการวิจัยเพื่อสนองตอบต่อความต้องการทางการตลาด (Market driven R&D) ไม่สนองตอบต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข จึงทำให้ไม่มีการวิจัยและพัฒนาสำหรับโรคบางโรค โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ จนได้ตั้งกรมการทรัพย์สินทางปัญญา นวัตกรรม และการสาธารณสุข (Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health/CIPRH) ทำการศึกษาและทำงาน ซึ่งรายงานนี้ได้นำเสนอในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก โดยมีมติให้ตั้งคณะทำงานร่วมระหว่างรัฐบาล (Inter-Governmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property/IGWG) เพื่อจัดทำ “ยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานว่าด้วยการสาธารณสุข นวัตกรรม และทรัพย์สินทาง



ปัญญา” ซึ่ง IGWG ได้มีการประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 4-8 ธันวาคม พ.ศ. 2549 และจะมีการประชุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 5-10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ณ นครเจนีวา สหพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แผนงานเครือข่ายเภสัชศาสตร์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (คภ.สสส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจนส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.), มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.), กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.), เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) จึงได้ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคมฉบับนี้ขึ้น

ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา

เป้าหมาย:

1. ยาเป็นสินค้าคุณธรรม จำเป็นต้องทำให้มียาจำเป็นสำหรับใช้ในประเทศอย่างทั่วถึง ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง เมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ
2. ประชาชนมีสุขภาพ สามารถพึ่งตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

นโยบาย:

สุขภาพต้องมาก่อนผลประโยชน์ทางการค้า

ยุทธศาสตร์ 7 ด้าน

1. ยุทธศาสตร์เชื่อมประสานเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา

ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขต่างๆ นักวิชาการ และผู้ป่วย/ผู้เฒ่า ในการร่วมกันพัฒนาระบบและกลไก

- 1.1 การใช้ยาที่เหมาะสม
- 1.2 การบริหารระบบยาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3 การผลักดันนโยบายและปรับปรุงกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงยา เช่น พ.ร.บ. สิทธิบัตร และ พ.ร.บ. ยา เป็นต้น

2. ยุทธศาสตร์ให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน

ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีพลังผลักดันข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงยา เช่นเดียวกับ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เครือข่ายผู้ป่วยโรคเมเร็ง ฯลฯ และยังสามารถช่วยกันดูแลรักษาสุขภาพทางกาย ทางใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน



3. ยุทธศาสตร์การทำให้ราคาขายในประเทศสอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน

- 3.1. ทำให้กฎหมายการควบคุมราคาขายยังเกิดผลในการบังคับใช้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะยาที่ติดสิทธิบัตร และยาที่ผูกขาดตลาดโดยผู้ค้ารายเดียวหรือน้อยราย
- 3.2. ใช้ข้อยืดหยุ่นตามข้อตกลง TRIPs ที่มีอยู่ใน พ.ร.บ. สิทธิบัตร เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มาตรการการใช้สิทธิโดยรัฐหรือการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing, CL) ตามข้อกำหนดของ TRIPs ๓ ทั้งนี้ เพื่อนำเข้าหรือผลิต และส่งออกไปในประเทศที่ไม่มีความสามารถในการผลิตยา เป็นต้น

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ

ให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่งเมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ โดย

- 4.1. ส่งเสริมให้มีรายการยาจำเป็นในการแก้ปัญหาสุขภาพ ทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งยังไม่มีการผลิตในประเทศ และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่จำเป็นตามรายการดังกล่าว โดยรัฐมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุน เพื่อให้มีการผลิตออกสู่ตลาดได้ในราคาที่เหมาะสม ในกรณีที่มีปัญหาด้านสิทธิบัตร รัฐต้องมีมาตรการช่วยเหลือต่างๆ เช่น ประสาน

ให้เกิดการให้ใช้สิทธิโดยสมัครใจ (voluntary licensing) ด้วยการกำหนดค่าตอบแทนการใช้สิทธิที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้วยมาตรการภาษีและมาตรการการตลาด เป็นต้น

- 4.2. ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมยาชื่อสามัญ เร่งทำการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับของยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร และให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนตำรับยา เพื่อให้พร้อมที่จะออกสู่ตลาดได้ทันทีที่ยานั้นสิ้นอายุสิทธิบัตร (Bolar Provision)
- 4.3. ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์วิจัยทางคลินิก เช่น ศูนย์ทดสอบชีวสมมูลของยา (Bioequivalence Center) เป็นต้น
- 4.4. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาให้มีประสิทธิภาพ
- 4.5. ในกรณีการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่
 - 4.5.1. กำหนดให้มีการจัดแจ้งสถานะสิทธิบัตรของยาใหม่ ถ้าไม่จัดแจ้งให้ถือว่ายาตัวนั้นไม่มีสิทธิบัตร
 - 4.5.2. การประเมินเพื่ออนุมัติให้ทะเบียนตำรับยา ต้องพิจารณาเปรียบเทียบ cost-effectiveness เพิ่มขึ้น ไม่ใช่พิจารณาเฉพาะประสิทธิภาพและความปลอดภัยเท่านั้น
 - 4.5.3. กำหนดให้แจ้งโครงสร้างราคาขาย
- 4.6. ส่งเสริมความร่วมมือของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ เพื่อให้การติดตามมีขนาดใหญ่อุปสรรคกับการลงทุน



5. ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับสิทธิบัตร

เพื่อให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา

- 5.1. ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (No TRIPs Plus)
- 5.2. ใช้เกณฑ์การจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา (Patentability criteria for pharmaceutical product) ที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก เป็นแนวทางการพิจารณาเทคโนโลยีที่สมควรได้รับสิทธิบัตรทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 5.3. จัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรให้สามารถสืบค้นได้ง่าย รวดเร็ว และครบถ้วน โดยเฉพาะสิ่งประดิษฐ์ที่เป็นยา และควรเป็นฐานข้อมูลที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 5.4. แก้ไข พ.ร.บ. สิทธิบัตร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ในประเด็นสำคัญ คือ
 - 5.4.1. กำหนดลักษณะสิ่งประดิษฐ์ที่ให้สิทธิบัตรในผลิตภัณฑ์ยา ในกฎหมายให้ชัดเจน นั่นคือ รายละเอียดของขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันการยื่นคำขอสิทธิบัตรที่ไม่สามารถนับเป็นขั้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงข้อถือสิทธิไปเพียงเล็กน้อย (evergreening)

- 5.4.2. ให้มีมาตรการการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (government use) ตามข้อกำหนดของ TRIPs เป็นไปได้ง่ายและสะดวก ทั้งการใช้สิทธิเพื่อนำเข้า ผลิต และส่งออกไปในประเทศที่ไม่มีความสามารถในการผลิตยา
- 5.4.3. ไม่แก้ไขหลักการและมาตรการที่ดี เช่น มาตรการคัดค้านคำขอก่อนออกเอกสารสิทธิบัตร (pre-grant opposition) ^๓ และสนับสนุนระบบเพิกถอนภายหลังการรับจดทะเบียนแล้วมาใช้ควบคู่กัน
- 5.4.4. เพิ่มเติม “คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์” ให้รองรับการพิจารณา วินิจฉัย และดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์ ซึ่งทำหน้าที่คล้ายคลึงกับคณะกรรมการสิทธิบัตรยาในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 เนื่องจากพิจารณาสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้าน

6. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม

- 6.1. ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัยและครอบคลุมโรคต่างๆ
- 6.2. ให้มีการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติอย่างจริงจัง
- 6.3. ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาในทุกระดับ
 - 6.3.1. กำหนดขนาดของตัวอักษรชื่อสามัญทางยาให้เท่ากัน



ชื่อการค้าบนฉลากและเอกสารกำกับยา

- 6.3.2. การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาเน้นการใช้ยาตามชื่อสามัญทางยา
- 6.3.3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการฯ ให้มีการใช้บัญชีรายการยาเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน และยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกันให้เลือกใช้รายการเดียวตามการประเมิน cost-effectiveness โดยจัดให้มีกลไกการติดตามประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 6.3.4. บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นผู้แนะนำการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยเน้นการใช้ยาชื่อสามัญ

7. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

- 7.1. มีส่วนร่วมเชิงรุกกับ IGWG ในการวางแผนเพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาใหม่สำหรับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา
- 7.2. ศึกษาความเป็นไปได้และวิธีการในการกระตุ้นการวิจัยยาใหม่โดยใช้กลไกอื่นๆ นอกจากระบบสิทธิบัตร เช่น
 - 7.2.1. กองทุนรางวัลงานวิจัย (Research Prize Fund)
 - 7.2.2. สนธิสัญญาการวิจัยและพัฒนายา (Medical R&D Treaty)

- 7.2.3. สัญญาล่วงหน้าทางการตลาด (Advance Market Commitment) เพื่อการวิจัยและพัฒนา
- 7.2.4. การจัดการร่วมของสิทธิบัตรต่อเนื่อง (Patent Pool)