

คู่มือการสมัคร

นางฟ้านิทาน

จาก Cocktail ของ Vince LiCata และ Ping Chong
ละครเวทีชีวิตและงานของ 'เกสส์กรียปซี' เจ้าของรางวัลแมกไซไซคนล่าสุด ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์

20-23 และ 25-30 สิงหาคม 2552

เวลา 19.00 น. เสาร์-อาทิตย์ เพิ่มรอบ 14.00 น.

ณ สตูดิโอ ชั้น 4 หอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร สีแยกปทุมวัน
(สถานี BTS สนามกีฬาแห่งชาติ)

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ฝ่ายรณรงค์เข้าถึงยาจำเป็น องค์การหมอไร้พรมแดน

ดำเนินการผลิตโดย บริษัท เปนไท่ พับลิชชิง จำกัด
โทรศัพท์ 0 2736 9918 โทรสาร 0 2736 8891 e-mail: waymagazine@yahoo.com

01



นาคะขอพรจากนางฟ้า เราขอเข้าถึงชาววังเท่าเทียม

โดย อภิรดา มีเดช
ตีพิมพ์ครั้งแรกใน นิตยสาร way ปีที่ 3 ฉบับที่ 27

แม้ความเท่าเทียมบนโลกมนุษย์อาจเป็นเพียงสิ่งเพ้อฝันของนักอุดมคติ เรา
ไม่อาจเปลี่ยนโลกทั้งใบได้ตั้งใจ แต่นั่นน่าจะหมายถึงคนละประเด็นกับการ
เข้าถึงการรักษา เข้าถึงยา ยามเจ็บไข้ได้ป่วย

ยากจนหรือรวยล้นฟ้า เมื่อป่วยไข้ ทุกคนย่อมอยู่ในสถานะเดียวกัน
หมด นั่นคือต้องได้รับการเยียวยาอย่างเท่าเทียม

ในโลกจริง ทำไมเราถึงมีสิทธิเข้าถึงยาและการรักษาได้ไม่เท่ากัน

‘คุณจะสามารถเข้าถึงได้ง่ายๆ เพียงแค่คุณมีเงิน ถ้าไม่ คุณก็รอวันตายไป
แล้วกัน’ อาจฟังคล้ายสำนวนที่บริษัทยาข้ามชาติส่งให้คุณผ่าน **สิทธิบัตรยา
ระหว่างประเทศ**

ผลประโยชน์มันไม่เข้าใครออกใคร

ในไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 400,000 คน แต่คนกลุ่มนี้กลับ
เข้าไม่ถึงยาต้านไวรัสดังกล่าว เนื่องจากยาบางตัวติดกฎหมายสิทธิบัตร ทำให้
ยามีราคาสูงมาก

แล้วคนที่มียาได้น้อยแล้ว จะทำอย่างไร

ตามหนังสือ เราอาจเคยได้ยินเรื่องราวอันหิวหาวของเภสัชกรหญิง
ชาวเกาะสมุยคนหนึ่ง เรื่องเล่าชวนถึงความบ้าบิ่นในการใช้ชีวิต กระทั่ง
มุมมองความคิด

เบื้องหลังเรื่องราวเหล่านั้น เธอต้องการสื่ออะไรกับเรา

เมื่อ...ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

“ในโลกนี้มีคนที่โชคตื้นน้อยกว่าเราหลายเท่าตัว ฉะนั้น เมื่อมีโอกาส เราควร
ช่วยเหลือเขา...ถ้าเรามีพอแล้ว ต้องรู้จักแบ่งปันให้คนที่เขาไม่มีบ้าง”

คำสอนหนึ่งจากปากคุณยายที่เด็กหญิงกฤษฎณาจดจำได้อย่างขึ้นใจ
เมื่อโตขึ้น เธอได้ยึดมั่นเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

ปลายปี 2527 พบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในไทย 3 ปีถัดมา ยอดพุ่ง

ไปที่ 22,000 คน

ขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไปอีก 3 เท่า เป็น 62,000 คน ในปี 2531

อุปสรรคสำคัญในการป้องกันและรักษา คือ การเพิกเฉยของภาครัฐ ปีนั้นรัฐบาลให้งบประมาณเรื่องนี้ไม่ถึง 5 ล้านบาท ในขณะที่รัฐบาลอเมริกันให้เงินศึกษาเรื่องเดียวมากกว่า 2,500 ล้าน

เป็นความมหัศจรรย์อันเป็นเอกลักษณ์แห่งรัฐไทยเท่านั้น ที่สามารถดูดยในเรื่องจำเป็นเร่งด่วนเช่นนี้ได้ อาจเพราะคิดว่าการป่วยด้วยโรคนี้เป็นเรื่องน่าอับอาย ซึ่งอาจถูกไม่ถึงครึ่งด้วยซ้ำ นอกจากติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ยาเสพติด ในไทยยังพบปัญหาใหญ่คือการติดต่อจากแม่สู่ลูก

ปี 2534 สถานการณ์โรคเอดส์ในไทยยังไม่ดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกเกือบ 2 เท่า เป็นกว่า 114,000 คน เวลาเดียวกัน ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์ ตัดสินใจเข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม จากนั้นเธอจึงเริ่มต้นค้นคว้าและพัฒนาายาด้านไวรัสเอชไอวี อย่างจริงจัง

ไข้หวัดใหญ่ 2009

กับปัญหา 'เข้าถึงยา'

⁰¹ คนป่วย บริษัทายัม

ขณะที่โลกปั่นป่วนด้วยพิษไข้หวัด
สายพันธุ์ใหม่ 2009 บริษัทฯ ชำนาญ
กลับพากันยืมรวรับทรัพย์สินหลายพัน
ล้านดอลลาร์ จากยอดสั่งจองวัคซีน
ป้องกันไข้หวัดพันธุ์ใหม่และยาต้าน
ไวรัสจากหลายประเทศทั่วโลก

เจพี มอร์แกน เปิดเผยตัวเลข

ที่รัฐบาลหลายประเทศสั่งซื้อวัคซีน
ไข้หวัดใหญ่และยาด้าน นับรวมกัน
แล้วใกล้ 600 ล้านโดส ซึ่งมีมูลค่า
การขายถึง 4.3 พันล้านดอลลาร์
ยังไม่นับในสต็อกอีก 342 ล้านโดส
ซึ่งมีมูลค่าราว 2.6 พันล้านดอลลาร์

เนื่องจากผู้ขายของยาไม่พึงพอใจต่อการทดลอง จึงต้องสวมชุดป้องกันอย่างดี และผ่านการทดลองในห้องปฏิบัติการครั้งแล้วครั้งเล่าเพื่อให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ในที่สุด การวิจัยเพื่อรวมยาด้านไวรัสเอชไอวี 3 ตัว ไว้ในยาเพียงเม็ดเดียว ที่มีชื่อว่า ค็อกเทล หรือ จีพีโอเวอร์ (GPO-VIR) ก็สำเร็จในปี 2538

จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องกินยาครั้งละ 3 เม็ด วันละ 2 เวลา จึงเหลือเพียง 2 เม็ดต่อวัน

ภูมิคุ้มกัน 'น้ำใจ' บทประลอง

ขั้นตอนรวมยารวบรวมแล้ว แต่ปัญหาที่ตามมาคือ บริษัทยาต่างชาติถือสิทธิบัตรยาด้านไวรัสอยู่ถึง 2 ใน 3 ตัว

เหมือนข้ามกำแพง เพื่อไปสู่อีกกำแพง

เราให้ยาใครฟรีๆ ไม่ได้หรอก ถ้าไม่ได้ผลตอบแทน ใครจะไปมีกำลังใจคิดอะไรใหม่ๆ ขึ้นมาล่ะ

แต่ ดร.กฤษณาไม่สนใจ เธอยังคงเดินหน้าทำในสิ่งที่ตนเห็นว่า

แกล็กโซสมิทไคลน์ (GlaxoSmithKline) จากฝั่งอังกฤษ โรช (Roche) ยักษ์ใหญ่แห่งสวิตเซอร์แลนด์ และ ซาโนฟิอาเวนติส (Sanofi-Aventis) จากฝรั่งเศส ต่างรายงานรายได้ครึ่งปีแรกไปในแนวทางเดียวกัน นั่นคือพุ่งทะยานสวนกระแสเศรษฐกิจโลก

⁰² รายได้ รายได้ และรายได้
แกล็กโซสมิทไคลน์แจ้งว่ามียอดสั่งจองวัคซีนจาก สหรัฐ ฝรั่งเศส เบลเยียม รวมถึงในอังกฤษเองรวม 150 ล้านโดส นอกจากนี้ รัฐบาลอังกฤษก็ได้สั่งซื้อยาด้านไวรัสไปแล้ว 10 ล้านโดส บริษัทจึงเตรียมเพิ่มกำลังการผลิตเป็น 60 ล้านโดสในปีนี้ >>>

ถูกต้อง-คนไทยต้องได้เข้าถึงยาถ้วนหน้ากัน-ผลประโยชน์ของประชาชนต้องมาก่อนการรับทรัพย์สินของบริษัทยาข้ามชาติ

เดาไม่ยาก บริษัทยาแห่งนั้นฟ้องเธอในฐานะผู้ละเมิดผลิดยาที่อยู่ในครอบครอง แต่เมื่อคดียืดเยื้อยาวนาน ท้ายที่สุด ก็ต้องเปลี่ยนใจถอนฟ้อง ทั้งยังบริจาคสิทธิบัตรอีกตัวยาหนึ่งให้ด้วย

เมื่อสามารถผลิดยานี้ได้ในเมืองไทย ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเอดส์ก็ลดลงหลายสิบเท่า เหลือเพียงไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือน

ปี 2542 ดร.กฤษณา ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกไปเยือนแอฟริกา ที่นั่น ทำให้เธอรู้ว่า ภารกิจของเธอคงไม่หยุดอยู่แค่ในเมืองไทย

เพราะทุกชีวิต มีค่าเท่าเทียมกัน

เมื่อประเทศไทยประกาศกลางที่ประชุมเอดส์โลก ณ กรุงบาร์เซโลนา ในปี 2545 ว่าจะช่วยเผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีด้านยาให้แก่คนแอฟริกันด้วย

แต่อย่างที่เราู้กัน สุดท้ายมันก็เป็นเพียงลมปากสร้างภาพสวยหรูพอประชุมจบใครบางคนก็ทิ้งมันไว้ตรงนั้น

เจพี มอร์แกน ประเมินว่าทั้งแกล็กโซสมิทไคลน์และโรช จะมีรายได้จากการขายยาหมวดต้านไวรัสให้แก่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วเป็นเงินราว 1.8 พันล้านดอลลาร์ และอีก 1.2 พันล้านดอลลาร์จากกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

ทางด้านโนวาติส (Novartis)

จากสวิตเซอร์แลนด์ ที่อ้างตนเป็นผู้ผลิตวัคซีน H1N1 สำเร็จเป็นรายแรก ได้เงินจากรัฐบาลสหรัฐไปแล้ว 289 ล้านดอลลาร์ ส่วนแบ็กซ์เตอร์ (Baxter) ของสหรัฐ ได้รับยอดสั่งซื้อจากทั้งอังกฤษ ไอร์แลนด์ และนิวซีแลนด์ รวม 80 ล้านดอลลาร์ เข้าไปแล้ว

ประเทศไทยผลิตยาต้านเอดส์ได้มากเพียงพอ คนไทยส่วนใหญ่ก็สามารถเข้าถึงยาได้แล้ว...แต่คนในแอฟริกากำลังจะตาย เพื่อนมนุษย์ของเรากำลังจะตาย

เมื่อภาครัฐไม่รักษาสัญญา ดร.กฤษณา จึงตัดสินใจลาออกจากองค์การเภสัชกรรม แล้วเดินทางไปยังคองโกเพื่อสอนคนที่นี่ ไส้ไปตั้งแต่เริ่มตั้งโรงงาน กระทั่งสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอดส์เป็นผลสำเร็จในชื่อแอฟริเวียร์ (Afri-VIR)

นอกจากนี้ เธอยังมีส่วนร่วมในการผลิตยารักษามาลาเรีย ที่ประเทศแทนซาเนีย และอีกหลายประเทศในแอฟริกา

“ทุกชีวิตมีค่าเท่าเทียมกันนะลูก เราต้องรู้จักฝึกจิตใจให้เห็นว่าทุกชีวิตมีค่าเท่ากับชีวิตของเราเอง” คำของคุณยายังคงตรึงอยู่ในความนึกคิดของเธอเสมอมา

ชีวิตของ ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์ หรือที่สื่อเรียกเธอว่า ‘เภสัชกรยิปซี’ เจ้าของรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการสาธารณะ ประจำปี 2552 จึงเป็นที่มาและแรงบันดาลใจให้กับละครเวทีเรื่อง ค็อกเทล โดย วินซ์ ลิ้ดคาตา

⁰³ มิเงิน กิมสิทธิ

เมื่อมีรายงานผู้เสียชีวิตล่าสุดเกิน 1,000 คนจากทั่วโลก และยอดผู้ติดเชื้อยังเพิ่มขึ้นไม่หยุด โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงอย่างเด็ก และหญิงมีครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา แต่ยอดสังขี้อวดชินและยาต้านไวรัสกลับมาจากทางฝั่งยุโรป อเมริกา และบรรดา

ประเทศพัฒนาแล้วแทบทั้งสิ้น

มาร์กาเร็ต ชาน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก จึงต้องออกโรงเรียกร้องให้เหล่าบริษัทยาเห็นใจและแสดงความใส่ใจต่อเพื่อนร่วมโลกบ้าง เพราะเมื่อเทียบสัดส่วนประชากรโลก 6.8 พันล้านคน กับกำลังการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ >>>

และบิง ซอง ที่เปิดแสดงรอบปฐมทัศน์ไปเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2550 ณ
โรงละคร สโวน์พาลเลซ มหาวิทยาลัยแห่งรัฐหลุยเซียนา

เข้าถึงยากากประชาชน

กรณีของ ดร.กฤษณาเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งที่ช่วยให้คนไทยเข้าถึงยา
แต่นั้นยังไม่พอ

ไม่ได้มีแค่เอดส์อย่างเดียวที่มีปัญหาเรื่องสิทธิบัตร แต่กับหลายๆ
โรค อาทิ โรคไต โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ ซึ่งมีผู้ป่วยรอยาราคายูติธรรมอยู่อีก
นับไม่ถ้วน

นอกเหนือจากซีแอลยาที่รัฐบาลไทยทำไว้ ผู้ป่วยอีกหลายโรคพอยืม
ออก เมื่อได้รับยาราคาเป็นธรรม

แล้วนอกเหนือจากนั้นล่ะ

ยังมีอีกหลายทางให้เราทุกคนสามารถเข้าถึงยาได้ ด้วยการหาข้อมูล
ทำความเข้าใจ ก่อนร่วมผลักดัน ยุทธศาสตร์เข้าถึงยาถ้วนหน้าของ
ประชากรไทย และยังสามารถเสนอรายชื่อเพื่อแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร,

2009 รวมกับเงื่อนไข
ทรัพย์สินทางปัญญา
มีแนวโน้มว่าวัคซีนที่
ผลิตได้ส่วนใหญ่จะถูก
จำหน่ายให้กับกลุ่ม
ประเทศผู้มีกำลังซื้อ
ทั้งหลายก่อน

⁹⁴ แล้วถ้าไม่มีเงินล่ะ

เมื่อเจอคำขอร้องเพื่อเพื่อนมนุษย์เข้า แกล็กโซ
สมิธไคลน์ดกลงบริจาควัคซีน 50 ล้านโดส และ
เตรียมกันวัคซีนอีกร้อยละ 10 ในการผลิตให้
กับประเทศกำลังพัฒนา

ขณะที่ แดเนียล วาซลลา ผู้บริหาร
โนวาร์ติส ออกมาแสดงจุดยืนชัดเจนว่า
“เราไม่มีนโยบายบริจาควัคซีน แต่อาจจะลด

พ.ร.บ.ยา และเสนอ พ.ร.บ.เข้าถึงยา ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ให้ประเทศมียาจำเป็นสำหรับใช้อย่างทั่วถึง ทันทกรณี สามารถพึ่งตนเองได้ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ

2. ประชาชนมีสุขภาพะ สามารถพึ่งพาตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

อย่ารอให้ป่วยถึงค่อยคิดเรื่องยา ตื่นตัวเสียแต่วันนี้ เราทุกคนสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันสิ่งดีๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ ●

ราคาให้กับประเทศยากจนบ้าง
เพราะหากคุณต้องการให้สินค้าอยู่ได้
อย่างยั่งยืน คุณก็ต้องสร้างแรงจูงใจ
ทางการเงิน”

ทั้งยังย้ำด้วยว่า วัคซีนส่วนใหญ่
ของบริษัทมีรัฐบาลหลายประเทศจอง
ไว้เรียบร้อยแล้ว ในราคาพิเศษ
10-15 เหรียญสหรัฐ นอกเหนือ
จากนี้จึงจะเปิดโอกาสแก่ผู้สั่งราย

ย่อยอื่นๆ ต่อไป

บริษัทยายังฟันรายได้คึกคัก
แม้จะถูกกดดันเล็กๆ ที่ปล่อยให้
ประเทศกำลังพัฒนาและประชากร
ผู้ไม่มีกำลังซื้อน้ำตาตกใน เพราะต้อง
รอควัคซีนและยาต้านไวรัส
ต่อจากประเทศพัฒนาแล้ว
แบบนี้เห็นทีคงต้อง ‘รอตาย
รอยา ถ้าพลาดท่า...ไม่มีเงิน’

๐๒

สง ครามมณฑาภาพษ์ของ

จิต และ ผลประโยชน์:

กว่าจะมาเป็น

มตี่เข้าถึงขาคัวนนน้ำ

ของประชากรไทย

จากระบบสิทธิบัตรในเรื่องของยาที่มีการบิดเบือนเจตนาที่ตีของกฎหมายในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา จนก่อให้เกิดปัญหาการผูกขาดทำให้ยาราคาสูงเกินกว่าความสามารถที่ผู้บริโภคจะจ่ายได้ ยาติดสิทธิบัตรส่วนใหญ่มีราคาต่อหน่วยสูงเกินกว่า 10 เท่าของค่าครองชีพต่อวัน เป็นปัญหาสำคัญของการเข้าถึงยาของประชาชน ไม่ว่าระบบบริการสุขภาพของไทยจะก้าวหน้ากว่าประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคนี้ ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพไม่ระบบใดก็ระบบหนึ่ง แต่จากค่ายาที่สูงเช่นนี้ ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของรัฐไม่สามารถครอบคลุมในทุกโรคได้ โดยเฉพาะในโรคที่มีค่าใช้จ่ายในด้านยาและการรักษาพยาบาลที่สูง จึงมีประชาชนอีกเป็นจำนวนมากที่ต้องเสียชีวิตทั้งที่มียารักษาพวกเขาได้ แต่เพราะเขา ‘จน’ เกินไป จึงไม่มีสิทธิเข้าถึงยา

นอกจากนี้กระบวนการจดสิทธิบัตรที่ยังมีปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งความไม่พร้อมของบุคลากร ฐานข้อมูลสิทธิบัตรที่ซับซ้อน ก่อให้เกิดปัญหาสิทธิบัตรชั่วโคตร (evergreening patent) มากมาย การกระตุ้นวิจัยและพัฒนาภายใต้ระบบสิทธิบัตรโดยบรรษัทข้ามชาตินั้น ก็เป็นการกระตุ้นการวิจัยเพื่อสนองตอบต่อยาเพื่อลีลาชีวิต (lifestyle drug) แทนที่จะแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข จึงทำให้ไม่มีการวิจัยและพัฒนาสำหรับโรคบางโรค โดยเฉพาะโรคที่พบมากในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา แต่กลับทุ่มงบประมาณการตลาดเพื่อขายยาให้ได้ และต้องได้กำไรสูงสุด

จากสภาพปัญหาดังกล่าว สภาเภสัชกรรม, กลุ่มศึกษาปัญหายา (กศย.), มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, มูลนิธิเภสัชชนบท, เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) และหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์ สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) ได้ร่วมกันผลักดัน มติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย เข้าสู่การประชุม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 (11-13 ธันวาคม 2551) ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนกลุ่มต่างๆ ทั้งจากภาคการเมือง ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จำนวน 178 กลุ่มเครือข่าย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมประชุมกันทั้งสิ้นกว่า 1,500 คน จนนำมาสู่ยุทธศาสตร์เพื่อเข้าถึงยาถั่วหน้าของประชากรไทย

มติการเข้าถึงยาถั่วหน้า เป็นมติที่มีการกล่าวขานกันมากที่สุดทั้งในแง่ความจำเป็น ความสำคัญ การมีขีดแย้งของประเด็น และการประชุมที่ยืดเยื้อยาวนานรวม 12 ชั่วโมง 30 นาที อย่างไรก็ตาม เส้นทางกว่าจะมาเป็นแผนยุทธศาสตร์น่าสนใจยิ่งกว่า เพราะมีการเดินทางที่ยาวไกล ผ่านการขบคิด ริเริ่ม และร่วมสร้างจากกลุ่มคนที่หลากหลายแต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะที่เป็นประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาในสังคมไทย

ย่อกล่าวหาว่าด้วย CL

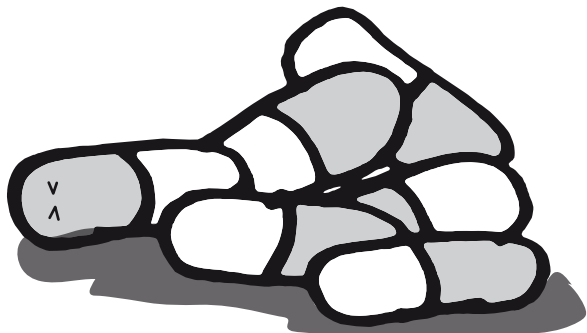
ย้อนหลังกลับไปช่วงที่กระทรวงสาธารณสุข ยุค นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีเจ้ากระทรวงกำลังโดนกระหน่ำโจมตีจากบริษัทยาข้ามชาติ และรัฐบาลประเทศร่ำรวย ทั้งจากสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป และสวิตเซอร์แลนด์ ในการตัดสินใจประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร (CL) กับยาที่ติดสิทธิบัตร 3 ตัว ได้แก่ ยาเอฟฟาวิเรนซ์ (Efavirenz) เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549, ยาโลพินาเวียร์และรีโทนาเวียร์ (Lopinavir + Ritonavir) เมื่อวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2550 และยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2550 ทั้งที่เป็นการดำเนินการตาม พ.ร.บ.สิทธิบัตร ของไทย และเป็นการปฏิบัติตามข้อตกลง TRIPs ขององค์การการค้าโลกและปฏิญญาโดฮา (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะคุ้มครองระบบ

สาธารณสุขและการเข้าถึงยาของประชาชนด้วยการใช้มาตรการบังคับใช้
สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมถึงเพื่อประโยชน์สาธารณะ และ
ต่อมาได้ประกาศชี้แจงเพิ่มเติมกับยารักษามะเร็งอีก 4 ตัวในช่วงต้นปี
2551

การทำชี้แจงของไทยกับยา 7 รายการสามารถเพิ่มการเข้าถึงยากับ
กับประชากรไทยใน 3 โรคสำคัญแล้วกว่า 80,000 คน และสามารถลด
ราคายาลงมาได้มากถึง 3-70 เท่า รวมทั้งทำให้การเจรจาต่อรองราคากับ
บริษัทยาเจ้าของสิทธิบัตรเป็นไปได้มากขึ้นกว่าเดิม

อย่างไรก็ตาม มีความพยายามกล่าวหาประเทศไทยในหลายประเด็น
เช่น การใช้ชี้แจงเพื่อไปเที่ยวช้อปปิ้งของผู้อื่นโดยไม่หาหนทาง
อื่นๆ ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยา ซึ่งจะทำให้ไม่มีใครกล้าลงทุนวิจัย
และพัฒนาใหม่ๆ อีกต่อไป

ข้อกล่าวหานี้ ถูกผลิตซ้ำในบทสัมภาษณ์ของสมาคมบริษัทยาข้าม
ชาติ, ตัวแทนรัฐบาลสหรัฐ สหภาพยุโรป หรือแม้แต่ข้าราชการไทยใน
กระทรวงเศรษฐกิจและต่างประเทศบางส่วน และถูกผลิตซ้ำในบทความ
และหน้าโฆษณาตามสื่อใหญ่ๆ ของโลก ทำให้เครือข่ายต่างๆ ที่ผลักดัน
การประกาศบังคับใช้สิทธิเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยาต้องออกมาชี้แจง
ทำความเข้าใจและใช้ยุทธวิธีตอบโต้กลับ จนนำมาซึ่ง ยุทธศาสตร์เพื่อการ
เข้าถึงยาของภาคประชาสังคม



ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา

1 ตุลาคม 2550 แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เครือข่ายเภสัชศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์ สังคม(วจภส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.), มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.), เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย, องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย), และอ็อกซ์แฟม สหราชอาณาจักร ได้ร่วมกันจัดประชุม ‘จัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา’ โดยมีผู้เข้าร่วมเตรียมการจากหน่วยงานของรัฐ, กลุ่มอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ, และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 40 คน

เป้าหมาย คือ ยาเป็นสินค้าคุณธรรม จำเป็นต้องทำให้มียาจำเป็นใช้ในประเทศอย่างทั่วถึง ใช้ได้ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง เมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ และ ยุทธศาสตร์ คือ นโยบายด้านสุขภาพต้องมาก่อนนโยบายทางเศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม ถูกนำเสนอไปยังพรรคการเมืองต่างๆ เพื่อมาแสดงวิสัยทัศน์ก่อนการเลือกตั้ง เมื่อปลายปี 2550 โดยมี 4 พรรคการเมืองเข้าร่วมแสดงวิสัยทัศน์ ได้แก่ พรรคประชาธิปัตย์ พรรคพลังประชาชน พรรคชาติไทย และพรรคมหาชน ตัวแทนพรรคการเมือง 3 พรรคยังสว่นทำท่ในเรื่องนี้ ขณะที่ตัวแทนพรรคประชาธิปัตย์ได้กล่าวค่อนข้างชัดเจนว่าจะพิจารณาสนับสนุนเรื่องนี้หากได้เป็นรัฐบาล

ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม ยังได้ถูกหยิบยกไปหารือในการประชุมนานาชาติ International Conference on

Compulsory Licensing: Innovation and Access for All ซึ่งจัดขึ้นที่ กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550 เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เข้าร่วมประชุมจาก 14 ประเทศและปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้ดีขึ้น และเป็นจริงยิ่งขึ้น

กรณีศึกษา 'สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา'

หากใครที่ติดตามการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมที่เกี่ยวกับเรื่องการเข้าถึงยา คงต้องยอมรับถึงการเกาะติดประเด็นแบบกัดไม่ปล่อยมานานกว่า 2 ทศวรรษ อีกทั้งความเป็นเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ป่วย ช่างราชการ และนักวิชาชีพ สาธารณสุขต่าง ๆ ที่ไม่เพียงเชื่อมโยงอย่างแข็งแกร่งในระดับประเทศ แต่ยังเชื่อมต่อสัมพันธ์กันระหว่างประเทศ จนได้รับการยกย่องเป็นโมเดล 'สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาฉบับโลกาภิวัตน์'

ฉะนั้น เมื่อได้ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคมมาแล้ว โจทย์ใหญ่คือ ทำอย่างไรจะให้ยุทธศาสตร์นี้นำไปสู่การปฏิบัติ เครือข่ายต่าง ๆ จึงนำเสนอประเด็นผ่านการประชุมเตรียมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพราะนี่เป็นหนึ่งในช่องทางที่จะนำเสนอนโยบายสาธารณะให้คณะรัฐมนตรีรับหลักการนำไปปฏิบัติ จนประเด็นนี้ได้รับเลือกเป็น 1 ใน 12 ประเด็นที่จะเข้าสู่การพิจารณา

โจทย์ต่อมาคือ ทำอย่างไรที่จะสามารถแสวงหาความร่วมมือจากคนในวงกว้างขึ้นกว่าเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน คณะทำงานจึงจัดการประชุมรับฟังความคิดเห็นอย่างน้อย 3 ครั้ง ก่อนหน้าการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดส่งร่างมติเพื่อขอความคิดเห็นไปยังกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ที่ลงทะเบียนไว้กับคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติ แต่แน่นอนว่า ประเด็นการเข้าถึงยา ยังคงเป็นประเด็นที่มีคู่ขัดแย้งถาวร นั่นคือ อุตสาหกรรมยาข้ามชาติ และหน่วยราชการที่ดูแลด้านเศรษฐกิจ

ถอดรหัสใน 'ห้องยึดเยื่อ'

ร่างมติการเข้าถึงยา ถ้วนหน้าของประชากรไทย เป็นมติแรกๆ ที่เข้าสู่การพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้วยเพราะมีแนวโน้มที่จะถูกกันยัดเยื่อ และก็เป็นจริงดังคาด

ที่ประชุมในกระบวนการที่เรียกว่า การหาฉันทามติใน 'ห้องยึดเยื่อ' คือ ห้องที่แยกมาจากห้องประชุมใหญ่ เพื่อให้ผู้ที่เห็นต่างได้มีเวลาถกเถียงกันอย่างเต็มที่โดยใช้งานวิชาการและหลักของเหตุและผลจนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ต้องใช้เวลามากถึง 12 ชั่วโมง 30 นาที

จากรายงานการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ชี้ว่า “กระบวนการหาฉันทามติในห้องยึดเยื่อ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการมีส่วนร่วม และการหาฉันทามติเพื่อหาทางออกร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ที่เปิดโอกาสให้ทั้งผู้เสนอประเด็น ผู้เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ได้ร่วมเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจอย่างเสมอภาคกัน โดยมีแนวคิดของการสร้างสมานฉันท์ และใช้กระบวนการอภิปรายที่เน้นให้ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงและวิชาการเป็นเครื่องพิสูจน์ยืนยัน ทำให้เกิดการคลี่คลายประเด็นของความขัดแย้งบนข้อเท็จจริงและวิชาการ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับได้หรือการประนีประนอมเพื่อหาทางออกร่วมกันได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีประธานดำเนินการที่มีความเป็นธรรม มีความสามารถในการสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนอย่างสันติ และมีความเข้าใจในบริบทประเด็นที่พิจารณาอย่างลึกซึ้ง”

นี่คือ บางช่วงบางตอนจากการประชุมใน 'ห้องยึดเยื่อ'

การค้นหาคำข้อเท็จจริง (Fact Finding) เพื่อหาทางออกของประเด็นที่มีความเห็นขัดแย้ง ประสานงาได้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการตั้งคำถามและค้นหาพิสูจน์ความจริงต่อประเด็นที่มีการเสนอแก้ไขหรือเพิ่มเติมทำความเข้าใจในสาระหลักแต่ละตอนรวมทั้งความหมายของคำ และเปิดอภิปรายให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมเสนอข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและมีข้อมูลวิชาการสนับสนุน รวมทั้งให้ความเห็นในบริบทของประเด็นนั้น หรือได้ให้ฝ่ายวิชาการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยให้ข้อมูล กรณีไม่มีข้อเท็จจริงรองรับต้องตัดออก กรณีที่ขาดความชัดเจนอาจมีการปรับแก้ไขสาระนั้น ทำให้สามารถคลี่คลายประเด็นในเบื้องต้น ได้คำตอบเป็นข้อเท็จจริงที่ประจักษ์ร่วมกัน เช่น กรณีข้อขัดแย้งในเอกสารที่ว่า ‘ระบบสิทธิบัตรยาทำให้เกิดการผูกขาด’ มีการพิสูจน์ว่าข้อเท็จจริงของการมีสิทธิบัตรยาว่าคืออะไร? คือการมีเอกสิทธิ์ในการขายหรือผูกขาดทางการตลาด (Market Exclusivity) ผู้อื่นจะผลิตและนำเข้าไม่ได้ในช่วงที่มีสิทธิบัตร ข้อเท็จจริงต่อมาคือทำให้ยาราคาแพง และมีการเข้าถึงยาได้ลดลง หรือเข้าถึงได้ก็ในราคาแพงมาก การบอกว่า Market Exclusivity ทำให้มีการเข้าถึงยามากขึ้น จึงเป็นข้อเท็จ ไม่ใช่อ้างอิง

การปรับแก้ไขถ้อยคำ/แก้ไขหรือเพิ่มเติมสาระโดยเสนอข้อความที่เหมาะสม (Wording, Compromise Text, Negotiate Text) เมื่อเข้าใจข้อเท็จจริงตรงกันแล้ว แต่ยังมีความเห็นแตกต่างกัน ทางออกคือได้มีการเสนอให้ปรับแก้ไขถ้อยคำของข้อเสนอนี้ในร่างมติ รวมทั้งการปรับข้อความเพื่อให้ชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น ปรับปรุงข้อความให้อยู่บนข้อเท็จจริง/วิชาการ ตัดตอนข้อความที่เป็นความรู้สึก เช่น ในหัวข้อยุทธศาสตร์ ‘เพื่อการเข้าถึงการรักษา’ แก้ไขเป็น ‘เข้าถึงยา’ หรือแก้ไขคำว่า ‘มีความกังวล’ เป็น ‘มีข้อเท็จจริงว่า’ กรณีมีผู้เสนอความเห็นขัดแย้งในยุทธศาสตร์ 3.1 ให้มีการควบคุมราคายาอย่างสมเหตุสมผลโดยให้เพิ่มเติม ‘ขึ้นกับข้อมูลทาง

วิทยาศาสตร์และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างสมเหตุสมผล’ ที่ประชุมได้อภิปรายพิจารณาตัดข้อเสนอ และแก้ไขเป็น ‘อย่างสมเหตุสมผล และโปร่งใส’ นอกจากนี้ อาจมีการค้นหาข้อนี้คำฟ้องจากพจนานุกรม เพื่อหลีกเลี่ยงคำที่คนไม่ชอบ เช่น คำว่า ‘บิดเบือน’ ที่มีผู้เสนอให้ตัดออกและใช้คำอื่นแทน

การประนีประนอม (Compromise) บนข้อเท็จจริงและเหตุผลที่ยอมรับได้ ในการเฝ้าการอภิปรายเกิดความขัดแย้งระหว่างคู่เจรจา ประณามมีการประนีประนอมความเห็นและไกล่เกลี่ย โดยอาจมอบหมายให้ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้ทำหน้าที่ปรับและเสนอข้อความที่เหมาะสมเพื่อให้ได้สาระที่ชัดเจนครอบคลุม และตรงเป้าหมาย

และในกรณีที่มีแนวโน้มจะเกิดสภาวะการฉีทางออกในการประชุม (Deadlock) คือในการพิจารณาข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่ 4.7 ซึ่งมีข้อขัดแย้ง 3 ข้อ เรื่องการให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ที่ต้องมีข้อมูลประกอบเรื่องสถานะสิทธิบัตรของยาใหม่ ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และข้อมูลโครงสร้างราคาฯ ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งใหญ่และเสนอให้แก้ไขตัดทิ้งโดยตัวแทนสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ แม้ว่าที่ประชุมจะมีการอภิปรายและเสนอปรับข้อความ(Compromise text) บนฐานข้อมูลรองรับ เพื่อพิจารณาข้อโต้แย้งตามที่ผู้ต้องการให้ตัดออก อย่างไรก็ตามยังคงไม่สามารถหาข้อยุติได้ ในที่สุดมีผู้เสนอทางเลือกที่ประนีประนอมในสาระในข้อ 6.7 (2) ให้กำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาว เพื่อใช้เวลาสร้างความเข้าใจและการยอมรับของทุกฝ่าย โดยให้มีการปรับข้อความในร่างมติและระบุว่า ‘ให้มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน’ และประธานได้เปิดอภิปรายถามความเห็นจากผู้เห็นขัดแย้งและที่ประชุมว่ายอมรับได้หรือไม่ ดำเนินการแลกเปลี่ยนจนกระทั่งทุกฝ่ายยอมรับ การประชุมจึงหาข้อยุติได้

ยังมีอีกหลายอย่างต้องร่วมกันทำ

ขณะนี้ มติการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แล้ว เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552 ซึ่งกำลังเข้าสู่กระบวนการร่างแผนปฏิบัติการ

อย่างไรก็ตามความสำคัญของการริเริ่ม ผลักดัน และร่วมกำหนด นโยบายสาธารณะด้านการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคมไทย คงไม่ได้อยู่ที่ การได้แผนปฏิบัติการเป็นกระดาษเพิ่มขึ้นมาอีกปีหนึ่งในวาระการ แต่อยู่ที่ การร่วมเป็นเจ้าของประเด็นที่จะตรวจสอบ ผลักดันให้นโยบายนี้นำไปสู่ การปฏิบัติจริงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยาของคนไทย

“ซีแอล ไม่ใช่ทุกทางออกของปัญหาการเข้าถึงยา แต่เป็นเพียงหนึ่งวิธี การเท่านั้น เรายังต้องร่วมกันทำอีกหลายอย่าง” รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ ผู้จัดการแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) กล่าวทิ้งท้าย

ไม่เพียงเท่านั้น ความที่จุดมุ่งหมายการทำให้คนเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนัก ขัดแย้งโดยตรงกับการแสวงหากำไรสูงสุดของอุตสาหกรรมยา เราจึงได้เห็น การ ‘ซิกแซก’ ล้อบบ้อย่างเข้มข้นผ่านข้าราชการและนักการเมืองบางส่วน ผ่านแผนยุทธศาสตร์ทรัพย์สินทางปัญญาแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบของ คณะรัฐมนตรีอย่างเงียบเชียบเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม หนึ่งเดือนหลังจากที่ คณะรัฐมนตรีคณะเดียวกันเห็นชอบยุทธศาสตร์เข้าถึงยาฯ ทั้งๆ ที่เนื้อหา ขัดแย้งกันโดยสิ้นเชิง

นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เปิดเผยว่า แผนยุทธศาสตร์ทรัพย์สินทางปัญญาแห่งชาติ เป็นแรงผลักดันของ อุตสาหกรรมยาข้ามชาติร่วมกับข้าราชการกระทรวงพาณิชย์บางส่วนที่อ้าง เหตุว่า ต้องทำให้สหรัฐพอใจเพื่อที่จะได้ให้สิทธิพิเศษทางภาษีแก่ไทยต่อไป จึงพยายามหาเหตุแก้กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ เพื่อเอาใจสหรัฐ โดย ยืมมือนักการเมืองที่ไม่เท่าทัน ทั้งที่การติดในกลุ่มประเทศที่ถูกจับตามอง

เป็นพิเศษ (PWL) จากสหรัฐ แทบไม่มีนัยยะสำคัญทางเศรษฐกิจตามที่มี การวิจัยยืนยันมาตลอด

“พวกเราต้องออกมาส่งเสียง ถ้ารัฐบาลของนายกอภิลิธิ์ทำตามกัน ข้าราชการที่ยืมมือนักการเมือง มันจะไม่ใช้ผลงาน แต่มันจะเป็นตราใบ ของแผ่นดิน เหมือนเมื่อครั้งแก้ พรบ.สิทธิบัตรปี 2532 ที่ทำให้เราสูญเสีย ศักยภาพการพัฒนาอุตสาหกรรมต่าง ๆ เราเห็นการซิกแซกของอุตสาหกรรมยา และข้าราชการประจำ เราเห็นถึงความฉิบหายที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่ยพยายามทำ ไม่ได้แก้แค่กฎหมายสิทธิบัตร แต่จะไปแก้ พรบ.เครื่องหมายการค้า ที่แก้ ง่ายกว่าสิทธิบัตร แต่ให้มีผลในการผูกขาดยา มีความพยายามแก้ระเบียบ ศุลกากรนำเข้าส่งออก เพื่อยึดยาชื่อสามัญ มีความพยายามทำให้เจ้าหน้าที่ รัฐ เป็นผู้ต้องไปไล่จับสินค้า โดยที่เจ้าของทรัพย์สินไม่ต้องทำอะไรเลย ทำให้ความผิดเป็นคดีอาญา ซึ่งในที่สุดจะกระทบการเข้าถึงการรักษาของ ประชาชนในที่สุด”

สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ ไม่ต่างอะไรกับที่ ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์ ต้องเผชิญมาแล้ว ในบางมุมอาจจะเลวร้ายและรุนแรงยิ่งกว่า

คำถามคือ เราจะยอมทนอยู่ในสภาพแบบเดียวกับที่ ดร.กฤษณาต้อง เผชิญมาเมื่อสิบกว่าปีที่แล้ว หรือ เราจะลุกขึ้นมาสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน

1. ร่วมกันผลักดันยุทธศาสตร์เข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยให้ ไปสู่การปฏิบัติจริง

2. ร่วมกันเสนอรายชื่อเพื่อแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร, พ.ร.บ.ยา และเสนอ พ.ร.บ.เข้าถึงยา เพื่อสร้างกลไกกำกับราคายา จัดหายาจำเป็นราคาถูก ขจัดการผูกขาดตลาดยา และต้องนำไปสู่การพัฒนาระบบสิทธิบัตรที่เน้น การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและผู้บริโภค ควบคู่กับการส่งเสริมการประดิษฐ์คิดค้น และการถ่ายทอดเทคโนโลยีของคนไทย ●



เรียบเรียงจาก 'มติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประเทศไทย: การร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพ', Consumer Dialogue, แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552



นศีกาฐเข้าถั่งขากัวนนน้ำ

วอขประวากฐไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย

ตระหนัก ว่ายาเป็นสินค้าคุณธรรม ประเทศจึงต้องมียาจำเป็นสำหรับใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างเพียงพอ ทั้งถึง และทันการณ โดยสามารถพึ่งตนเองได้และให้คนไทยเข้าถึงยาถ้วนหน้า

รับทราบ ว่ายังมีประชาชนหรือผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงยา เนื่องจากรัฐบาลมีขีดความสามารถจำกัดในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดหาให้เพียงพอกับความต้องการ ประกอบกับยาที่มีสิทธิบัตรนั้นมีราคาสูงเกินกว่าความสามารถที่ประชาชนผู้บริโภคส่วนใหญ่จะจ่ายได้ เนื่องจากระบบสิทธิบัตรในเรื่องยา แม้เป็นเจตนารมณ์ที่ดีของกฎหมายเพื่อส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยี แต่จากบทเรียนที่ผ่านมาได้สนองเจตนารมณ์ของกฎหมายโดยเฉพาะการถ่ายทอดเทคโนโลยี นอกจากนั้นการให้สิทธิผูกขาดในระยะยาวนำไปสู่ปัญหาการเข้าถึงยา

มีความกังวล ว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมากในระยะหลายปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 13-20 ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2548 ในขณะที่เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศเติบโตเพียงร้อยละ 2.2-7.1 ในช่วงเวลาเดียวกัน นับว่าค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ อีกทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางที่ขัดแย้งกับขนาดของตลาดยาโดยรวมในระดับนานาชาติ ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2548 ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีนโยบายด้านราคายาที่ชัดเจน ขาดระบบควบคุมราคายาที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลการกำหนดราคายาให้เหมาะสม เป็นธรรม และ

สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้การกำหนดราคายา เกิดจากบริษัทฯ แต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักกำหนดราคาขายที่เกินจริง

ตระหนัก ถึงนโยบายและข้อกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เอื้อให้ประชาชนทุกคนแม้อยู่ห่างไกลและยากจนก็จะมีโอกาสได้ใช้ยาที่จำเป็นในราคาที่ย่อมเยา เช่นนโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. 2524 และ พ.ศ. 2536 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2524 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2524 ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า 1994 (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs Agreement) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ระบบสิทธิบัตร และคำประกาศกรุงโดฮา วรรค 6 (Doha Declaration Paragraph 6)

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ให้การรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยตามภาคผนวกท้ายมตินี้
2. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - 2.1 นำเสนอยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบและสั่งการให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ฯ
 - 2.2 จัดให้มีกลไกเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 2.3 ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
 - 2.4 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการในยุทธศาสตร์ที่มีความเร่งด่วนหรือจำเป็นต้องดำเนินการทันที

2.5 ให้รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ต่อการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สาม

เป้าหมาย

1. ประเทศมียาจำเป็นสำหรับใช้อย่างทั่วถึง ใช้ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ
2. ประชาชนมีสุขภาพะ สามารถพึ่งพาตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์

- เสนอ 7 ยุทธศาสตร์ รายละเอียดดังนี้
1. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา
 2. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมดูแลสร้างเสริมสุขภาพ
 3. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ
 5. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
 6. ยุทธศาสตร์การใช้อย่างเหมาะสม
 7. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่

1. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา

ภาคีเครือข่าย (บุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ และผู้ป่วย/ผู้เฒ่า) ร่วมกันพัฒนาระบบ กลไกและกระบวนการ ดังนี้

- 1.1 เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- 1.2 เพื่อให้มีการบริหารระบบยาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3 เพื่อให้มีการผลักดันและปรับปรุงนโยบาย และ/หรือ กฎหมาย เพื่อให้เข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า
- 1.4 เพื่อให้มีการผลักดันเชื่อมประสานหน่วยบริการยาที่ได้มาตรฐานลงสู่ระดับชุมชน
- 1.5 เพื่อให้มีการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

2. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยาและมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และโรคที่มีความชุกน้อย เพื่อให้มีพลังผลักดันข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในด้านการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงยา

2.2 ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมกลุ่มในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ และลดการกีดกันทางสังคม

3. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพ ของประชาชน

3.1 ให้มีการควบคุมราคายาอย่างสมเหตุสมผลและโปร่งใส และมีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะยาที่ติดสิทธิบัตร และยาที่

ผูกขาดตลาดโดยเจ้าของรายเดียวหรือน้อยราย

3.2 ใช้ข้อยืดหยุ่นของข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าที่มีอยู่ใน พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ เพื่อแก้ปัญหาค่าเข้าถึงยาอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุสมผล

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ

4.1 ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็น วัตถุประสงค์ทางยาและสมุนไพร ในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อทดแทนการนำเข้าและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่จำเป็น

4.2 กรณีที่มีปัญหาด้านสิทธิบัตรรัฐต้องมีมาตรการช่วยเหลือต่างๆ เช่น ประสานให้เกิดการใช้สิทธิโดยสมัครใจ ด้วยการกำหนดค่าตอบแทนการใช้สิทธิที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้วยมาตรการภาษีและมาตรการการตลาด เป็นต้น

4.3 ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมยาซื้อสามัญ ทำการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับของยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการขึ้นทะเบียนตำรับยา

4.4 ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์วิจัยทางคลินิก และศูนย์ทดสอบชีวสมมูลของยาที่ได้มาตรฐาน

4.5 รัฐสนับสนุนให้เกิดกองทุนเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ โดยการจัดตั้งสถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมยาแห่งชาติเพื่อเป็นกลไกในการบริหารกองทุน บริหารจัดการเชื่อมโยง หน่วยงานด้านวิจัยและพัฒนา ยา สถาบันวิชาการ และอุตสาหกรรมยา

4.6 ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์การเภสัชกรรมและผู้ผลิตยาภายในประเทศ และขยายผลของความร่วมมือสู่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาค เพื่อทำให้ตลาดยามีขนาดใหญ่คุ้มค่ากับการลงทุน โดยเฉพาะยากำพร้า

ควบคู่ไปกับการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมและการคุ้มครองผู้บริโภค

4.7 รัฐบาลส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยในระดับชาติ

5. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อมิให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา

5.1 ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า 1994 (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs Agreement)

5.2 ใช้เกณฑ์การจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางพิจารณาเทคโนโลยีที่สมควรได้รับสิทธิบัตร

5.3 จัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้สามารถสืบค้นได้ง่าย รวดเร็ว และครบถ้วน

5.4 เสนอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ในประเด็นสำคัญ คือ

1) กำหนดรายละเอียดของขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันการยื่นคำขอสิทธิบัตรที่ไม่สามารถนับเป็นขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงข้อถือสิทธิไปเพียงเล็กน้อย

2) ตั้ง ‘คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์’ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทำหน้าที่พิจารณา วินิจฉัยและดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์

5.5 ให้ยกเลิกภาษีการนำเข้ายาเฉพาะยาช่วยชีวิต (Life Saving Drug) ในบัญชียาหลักแห่งชาติและตัวยาสัญญาคัญออกฤทธิ์ (Active Pharmaceutical Ingredient, API) ที่นำมาผลิตยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

6. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม

6.1 ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

6.2 กำหนดให้สถานพยาบาลใช้บัญชียาหลักแห่งชาติอย่างจริงจัง และมีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม

6.3 ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาในทุกระดับ

1) กำหนดขนาดของตัวอักษรชื่อสามัญทางยาให้เท่ากับชื่อการค้าบนฉลากและเอกสารกำกับยา

2) การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาเน้นการใช้ยาตามชื่อสามัญทางยา

3) ให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ใช้บัญชียาเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน และยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกันให้เลือกใช้รายการเดียวตามการประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness) และ อากาศไม่พึงประสงค์จากยา โดยจัดให้มีกลไกการติดตามประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4) กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับใช้ชื่อสามัญทางยา และแจ้งให้ผู้บริโภคทราบชื่อสามัญทางยา

6.4 มีกลไกการส่งเสริมและสนับสนุน การพึ่งพาตนเองของประชาชนและชุมชนในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

6.5 ส่งเสริมและพัฒนาให้มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยและคุณภาพยาอย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ

6.6 พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและทบทวนทะเบียน

ตำรับยาให้มีประสิทธิภาพ

6.7 กรณีการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ต้องมีข้อมูลประกอบเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) สถานะสิทธิบัตรของยาใหม่ ในการขึ้นทะเบียน
- 2) ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน
- 3) ข้อมูลโครงสร้างราคา

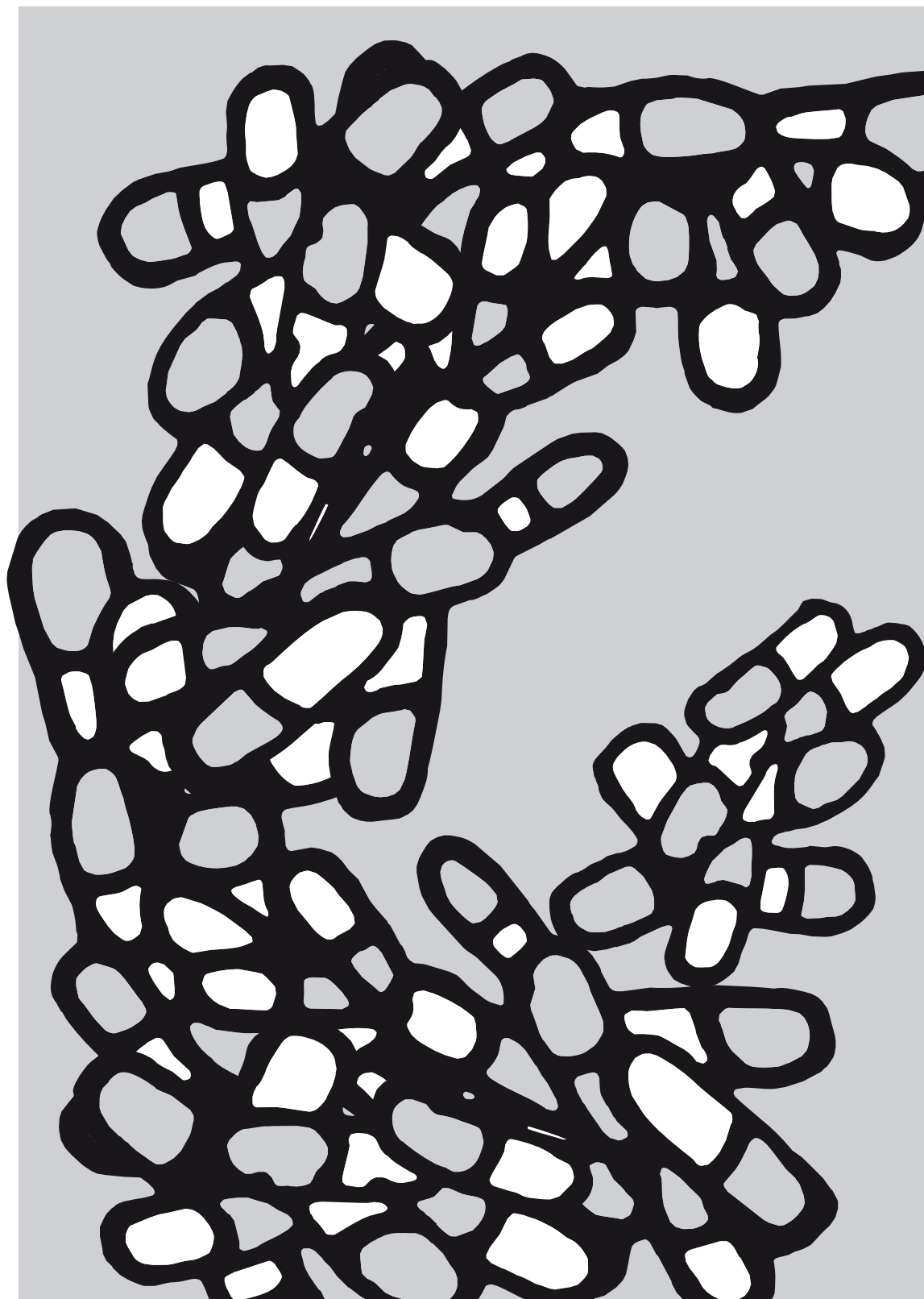
6.8 จัดให้มีข้อมูลการใช้ยาด้วยอักษรเบรลล์แก่ผู้ป่วยที่พิการทางสายตา

7 ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา

7.1 มีส่วนร่วมเชิงรุกกับ คณะทำงานร่วมระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการสาธารณสุข นวัตกรรม และ ทรัพย์สินทางปัญญาในการวางแผนเพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาใหม่สำหรับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา

7.2 ส่งเสริมทางเลือกใหม่ในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ยาใหม่และสูตรตำรับยาใหม่นอกเหนือจากระบบสิทธิบัตร (เช่น การจัดการร่วมของสิทธิบัตรต่อเนื่อง กองทุนรางวัลงานวิจัย สัญญาล่วงหน้าทางการตลาดเพื่อการวิจัยและพัฒนา





04



ทำไมประชาชนต้อง
ร่วมกันเสนอกฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

ส่วนที่ ๑๐ แนวนโยบายแห่งรัฐ

มาตรา ๘๗ ระบุว่า รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ในรูปแบบองค์กรทางวิชาชีพหรือตามสาขาอาชีพที่หลากหลายหรือรูปแบบอื่น



การร่วมเสนอกฎหมาย เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมทางการเมืองโดยตรงของประชาชน

การเสนอกฎหมายไม่ใช่เป็นหน้าที่เฉพาะของนักการเมือง หรือหน่วยราชการ แต่ประชาชน ผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งหมื่นคนเข้าชื่อเสนอกฎหมายตามมาตรา ๑๖๓

โดยเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาเพื่อให้รัฐสภาพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ตามที่กำหนดในหมวด ๓ (สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย) และหมวด ๕ (แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ) แห่งรัฐธรรมนูญนี้โดยคำร้องขอตามวรรคหนึ่งต้องจัดทำร่าง พ.ร.บ. เสนอมาด้วย และเมื่อผ่านการตรวจสอบรายชื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ ในการร่าง สมาชิกแทนราษฎรและวุฒิสภาต้องให้ผู้แทนประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งที่เข้าเสนอร่าง พ.ร.บ. นั้นชี้แจงหลักการของร่าง พ.ร.บ. และคณะกรรมการวิสามัญเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวจะต้องประกอบด้วยผู้แทนของประชาชนผู้มีสิทธิ

เลือกตั้งที่เข้าซื้อเสนอร่าง พ.ร.บ. นั้นจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดด้วย

ตัวอย่างของกฎหมายที่ประชาชนร่วมกันเสนอรายชื่อ นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญ 2540

- พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- พ.ร.บ.ป่าชุมชน
- พ.ร.บ.องค์การอิสระผู้บริโภค
- พ.ร.บ.การจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ
- พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข



เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ว่า ยาเป็นสินค้าคุณธรรม จำเป็นต้องทำให้มียาจำเป็นใช้ในประเทศอย่างทั่วถึง ใช้ได้ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง เมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ และ ยุทธศาสตร์ คือนโยบายด้านสุขภาพต้องมาก่อนนโยบายทางเศรษฐกิจ

จึงนำมาสู่การเสนอขอแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร, พ.ร.บ.ยา และเสนอ พ.ร.บ.เข้าถึงยา เพื่อสร้างกลไกกำกับราคายา จัดหายาจำเป็นราคาถูกลง จัดการผูกขาดตลาดยา และต้องนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสิทธิบัตรที่เน้นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและผู้บริโภค ควบคู่กับการส่งเสริมการประดิษฐ์คิดค้น และการถ่ายทอดเทคโนโลยีของคนไทย

(ร่าง) พระราชบัญญัติเข้าถึงยา พ.ศ. ...

ปัจจุบันปัญหาหลักของการเข้าถึงยาของประชาชน คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต้องใช้บำบัดโรคหลายชนิด เนื่องจากยามีราคาแพงมาก เพราะยาเป็นสินค้าสาธารณะที่แตกต่างจากสินค้าอุปโภคบริโภค

ทั่วไป กลไกการตลาดไม่สามารถทำให้ราคายาเป็นธรรมต่อผู้ป่วย/ผู้บริโภคนอกจากตลาดยาเป็นของผู้ขายโดยเฉพาะยาตีลธิธิบัตร ไม่ว่าจะตั้งราคาสูงเพียงใด ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องใช้ ไม่มีทางเลือก จากปัญหาดังกล่าว แสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพของเครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมไทยในการดูแลราคายา

ภาคประชาสังคมจึงได้ร่วมกันจัดทำ ร่างพระราชบัญญัติการเข้าถึงยา พ.ศ. ... (ฉบับประชาชน) ฉบับนี้ขึ้น เพื่อทำให้รัฐมีกลไกในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเอื้อต่อการเข้าถึงยาของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน เนื้อหาของกฎหมายจะไปแก้ไขพระราชบัญญัติลธิธิบัตร พ.ศ. 2522, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542

สาระหลัก ดังนี้

- สร้างกลไกการกำหนดราคายาเป็นไปอย่างเหมาะสมและยุติธรรม ตั้งแต่ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับยา
- สร้างกลไกการทำให้การจดลธิธิบัตรยาในประเทศไทยมีประสิทธิภาพ และลธิธิบัตรไทยเป็นลธิธิบัตรที่มีคุณภาพ เหมาะสมที่จะได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยการให้สิทธิผูกขาดตลาด ๒๐ ปี
- สร้างกลไกส่งเสริมการจัดหาและกระจายยากำพร้าในประเทศ
- สร้างกลไกการติดตามตรวจสอบและกำกับราคายาในประเทศ
- สร้างกลไกให้ราคายาในแต่ละขั้นตอนของการกระจายยาไปยังส่วนบริการต่างๆ เป็นไปอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และยุติธรรม
- สร้างกลไกที่จัดการผูกขาดตลาดยา

(ร่าง) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.

พระราชบัญญัติสิทธิบัตร ฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่สามารถเสริมสร้างถ่ายทอดเทคโนโลยี รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาได้อย่าง และหลายครั้งยังพบว่า มีความไม่ชัดเจนอันอาจจะทำให้เกิดการเข้าใจถึงยาของประชาชน ขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังเจรจาการค้าระหว่างประเทศระดับทวิภาคีและภูมิภาคอยู่หลายข้อตกลง จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขร่าง พระราชบัญญัติสิทธิบัตร โดยมีหลักการสำคัญดังต่อไปนี้

- ต้องก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนชาวไทยและประเทศชาติในทุกภาคส่วน
- ต้องนำไปสู่การพัฒนากระบวนสิทธิบัตรที่เน้นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและผู้บริโภค ควบคู่กับการส่งเสริมการประดิษฐ์คิดค้น และการถ่ายทอดเทคโนโลยีของคนไทย
- ต้องสอดคล้องกับ ‘ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - TRIPS / ความตกลงทริปส์) และปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์และสาธารณสุข (Doha Declaration on The TRIPS Agreement and Public Health / WT/MIN/DEC/W/2, 14 November 2001)’ และไม่ให้สิทธิแก่ธุรกิจต่างประเทศมากเกินไปกว่าความตกลงและปฏิญญาดังกล่าว
- ต้องไม่ทำให้ประเทศไทยสูญเสียอธิปไตย โดยแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรในลักษณะผูกพันประเทศเกินไปกว่าพันธกรณีตามความตกลงระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่ในปัจจุบัน

(ร่าง) พระราชบัญญัติยา พ.ศ.

การจัดทำร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ... (ฉบับประชาชน) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องคุ้มครองสวัสดิภาพการใช้ยาของประชาชน เสริมสร้างการวิจัย และพัฒนาอุตสาหกรรมยาทั้งยาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีมุ่งเน้นพัฒนาระบบยาแห่งชาติเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของชาวไทย ให้มียาที่ปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐาน ป้องกันโรคและรักษาผู้ป่วยได้ผล มีราคาเหมาะสม มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการณ์ที่มีความรู้ ความสามารถ ความรับผิดชอบ และจริยธรรมในการผลิตยา-บริการยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีการกระจายสถานบริการยาที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั้งประเทศ มีระบบคุ้มครองสวัสดิภาพการใช้ยาของประชาชนเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากยา และเผยแพร่ความรู้เรื่องยาสู่ผู้บริโภค ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศไทย มีเจตนารมณ์หลัก ดังนี้

1. คุ้มครองสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและสามารถรองรับกับปัญหาและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้

2. ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้เข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในยามปกติและในภาวะคับขัน ทำให้ประเทศมีความมั่นคงด้านยาและสุขภาพ



การจะได้มาซึ่งกฎหมายที่เราอยากเห็น ก็เช่นเคย...เส้นทางนี้ไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ หรือโปรยปรายลงมาจากฟ้าอย่างง่ายดาย แต่ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจกัน

1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการลงชื่อเพื่อเสนอกฎหมายให้ครบถ้วน (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.thaihealthconsumer.or.th>)

2. แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมเซ็นชื่อกำกับ และเขียนคร่อมกำกับ เช่น ‘เพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ...’ เพื่อเป็นทั้งการยืนยันสถานะเจตนาจริง และตัวตนของตัวเอง ทั้งนี้ เอกสารหนึ่งชุดใช้เพื่อเสนอกฎหมาย 1 ฉบับเท่านั้น หากท่านประสงค์ร่วมเสนอกฎหมาย 3 ฉบับ กรุณาใช้เอกสารคือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านทั้งสิ้น 3 ชุด

3. จากนั้นส่งเอกสารทั้งหมดทางไปรษณีย์มาที่ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ชั้น 4 อาคารโอสถศาลา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ●

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับที่มาและเนื้อหาของร่างกฎหมายฉบับประชาชนทั้ง 3 ฉบับนี้ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.thaihealthconsumer.or.th>



