

สิทธิ (ชีวิต) เหนือสิทธิบัตรยา : ซีแอลของคนไทย
มุกิตา เชื้อซั้ง



สิทธิ (ชีวิต) เหนือสิทธิบัตรยา : ซีแอลของคนไทย

เลขมาตรฐานสากล	978-974-05-2194-5
ผู้เขียน	มุกิตา ธี้อั้ง
ที่ปรึกษา	วิทยา กุลสมบูรณ์ จิราพร ลิ้มปานานนท์ วรรณดา ศรีวิริยานุภาพ กรรณิการ์ กิจดิเวชกุล อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์
บรรณาธิการ	ปาจรีย์ ณะสมบุญกิจ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นัสรีน สมชาติ
ปกและภาพประกอบ	จุฬนี ศิริพันธ์
ออกแบบรูปเล่ม	16 มีนาคม 2551
พิมพ์ครั้งที่ 1	2000 เล่ม
จำนวนที่พิมพ์	แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) อาคารโอสถศาลา ชั้น 4 คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จัดทำโดย	ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8445 โทรสาร 0-2251-3531 http://www.thaihealthconsumer.org
สนับสนุนโดย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



คำนำ

ถึงที่สุดแล้ว เราควรจะต้องเห็นร่วมกันว่า การที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาอย่างเสมอภาคนั้น ควรถือเป็นอุดมการณ์ของมนุษยชาติ

แต่ด้วยข้อจำกัดของกติกาของระบบทรัพย์สินทางปัญญา ตลอดจนบรรษัทที่ทำการค้าโดยมุ่งเป้ากำไรแบบสูงสุดทำให้โอกาสดังกล่าวมีน้อยลง ทั้งที่โดยความเป็นจริงแล้วควรทำให้ระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ มีความยืดหยุ่น คลายตัว หรือเปิดให้เริ่มแนวคิดเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาใหม่ๆ ที่สร้างสมดุลระหว่างสุขภาพกับการค้า หรือชีวิตกับเงินตรา

ความร่วมมือเพื่อพัฒนารักษาโรคโดยทุนสาธารณะของประชาคมโลกอาจเป็นทางเลือกหนึ่ง แต่ก็คงทำไม่ได้โดยเร็วหรือง่ายดาย ด้วยจะมีการคัดค้าน ชัดขวางเนื่องจากไปจำกัดผลประโยชน์ของธุรกิจข้ามชาติที่ได้รับอย่างมากมายมหาศาลนั้นลดน้อยลง

ในการประชุมนานาชาติเรื่อง “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรนวัตกรรม และการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า” เมื่อวันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2550 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมจาก 4 ทวีปทั่วโลก กว่า 200 คน ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันแถลง คำประกาศกรุงเทพฯ ด้วยการบังคับใช้สิทธิ นวัตกรรม และการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า





เนื้อหาสำคัญส่วนหนึ่งในประกาศดังกล่าวระบุว่า

- การคัดค้าน การใช้ชี้แอดของประเทศไทยกำลังพัฒนาเพื่อสร้างเสริมการเข้าถึงยาของประชาชน โดยบรรษัทข้ามชาตินั้นมักตั้งอยู่บนพื้นฐานการโกหกหลอกลวง บิดเบือน หรือตีความกฎหมายและข้อเท็จจริงโดยใช้ข้ออ้างที่คลุมเครือไม่มีใครตรวจสอบได้ และมีอคติต่อประเทศกำลังพัฒนา

- หลักประกันที่ได้รับการคุ้มครองตามข้อตกลงทริปส์ด้านการสาธารณสุข และคำประกาศโดฮาได้ถูกบ่อนเซาะอย่างเป็นระบบโดยความเห็นแก่ตัว และการกีดกันทางการค้าแบบไม่เปิดเผย

ที่ประชุมได้เรียกร้องให้หยุดเสียที่กับการกระทำเช่นนี้

แม้ว่ามาตรการใช้สิทธิชี้แอด หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับจะเป็นแนวทางแก้ปัญหาที่ได้รับการยอมรับและจำเป็น และสามารถปลุกจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างอุดมการณ์ในการทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงยาอย่างเสมอภาค อันเป็นฐานสำคัญของการก้าวไปถึงความร่วมมือของประชาคมโลกเพื่อพัฒนาการรักษาโรคโดยทุนสาธารณะ แต่ก็ยังถูกขัดขวางจากลัทธิการค้าเงินตราสำคัญกว่าชีวิต

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งทำความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกรใช้มาตรการสิทธิชี้แอด หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ

มาตรการใช้สิทธิชี้แอดในยาต้านไวรัสเอชไอวี และยาโรคไม่ติดต่อเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ของประเทศไทย นอกจากจะมีประโยชน์มหาศาลต่อผู้ป่วยในประเทศไทยแล้ว ที่สำคัญคือ มาตรการใช้สิทธิชี้แอดถูกกฎหมาย และปกป้องประโยชน์ของ



สาธารณชน ตามมาตรการยืดหยุ่นในข้อตกลงทริปส์ และกฎหมาย
สิทธิบัตรของประเทศไทย

การต่อสู้โดยการทำความเข้าใจกับเรื่องดังกล่าวด้วยการ
แสวงหาและตั้งมั่นอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและสามารถสื่อสารกับ
สังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจจึงมีความสำคัญยิ่ง

มีผู้กล่าวว่า การที่จะเอาชนะการหลอกลวง บิดเบือน ให้
สำเร็จได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้และความจริง
ความจำเป็นดังกล่าวจึงทำให้เกิดโอกาสสำคัญที่หนังสือเรื่อง สิทธิ
(ชีวิต) เหนือสิทธิบัตรยา : ซีแอลของคนไทย เล่มนี้สามารถแสดง
บทบาทในการทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็น
ส่วนหนึ่งของการให้ความรู้ ความจริง และจะสามารถหยุดการใช้
ข้ออ้างและข้อโต้แย้งที่เลื่อนลอยได้สำเร็จ

พลังของความรู้ ความจริง เมื่อประกอบกับเจตนาดีที่จะ
ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาอย่างเสมอภาคนั้น จะหลอมรวมกันกลายเป็น
ความดีงาม เป็นอุดมการณ์ของมนุษยชาติที่ทำให้ความร่วมมือ
ในการต่อสู้เกิดเป็นพลังมุ่งมั่นผลักดันการเข้าถึงยาแก่ทุกคนบน
โลกใบนี้ได้สำเร็จต่อไป

รศ. ดร. วิทยา กุลสมบุญณ์
ผู้จัดการแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันเสาร์ที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2551





สารบัญ

บทที่ 1	10
ชีวิตและโรคภัยที่เข้าไม่ถึงยา : โศกนาฏกรรมมนุษยชาติ	
- ประเทศไทย	12
- ประเทศเกาหลีใต้	14
- ประเทศฮอนดูรัส	16
บทที่ 2	20
มายาคติของยาราคาแพง : ระบบทรัพย์สินทางปัญญาและ เบื้องหลังอุตสาหกรรมยา	
บทที่ 3	32
มาตรการใช้สิทธิซีแอล (CL) ของไทย : รวมคำตอบของ ทุกความสงสัย	
- ซีแอลคืออะไร ?	34
- สถานการณ์ซีแอลในประเทศไทย	45
- ประวัติศาสตร์การต่อสู้เรื่องการเข้าถึงยาของภาคประชาชน	49

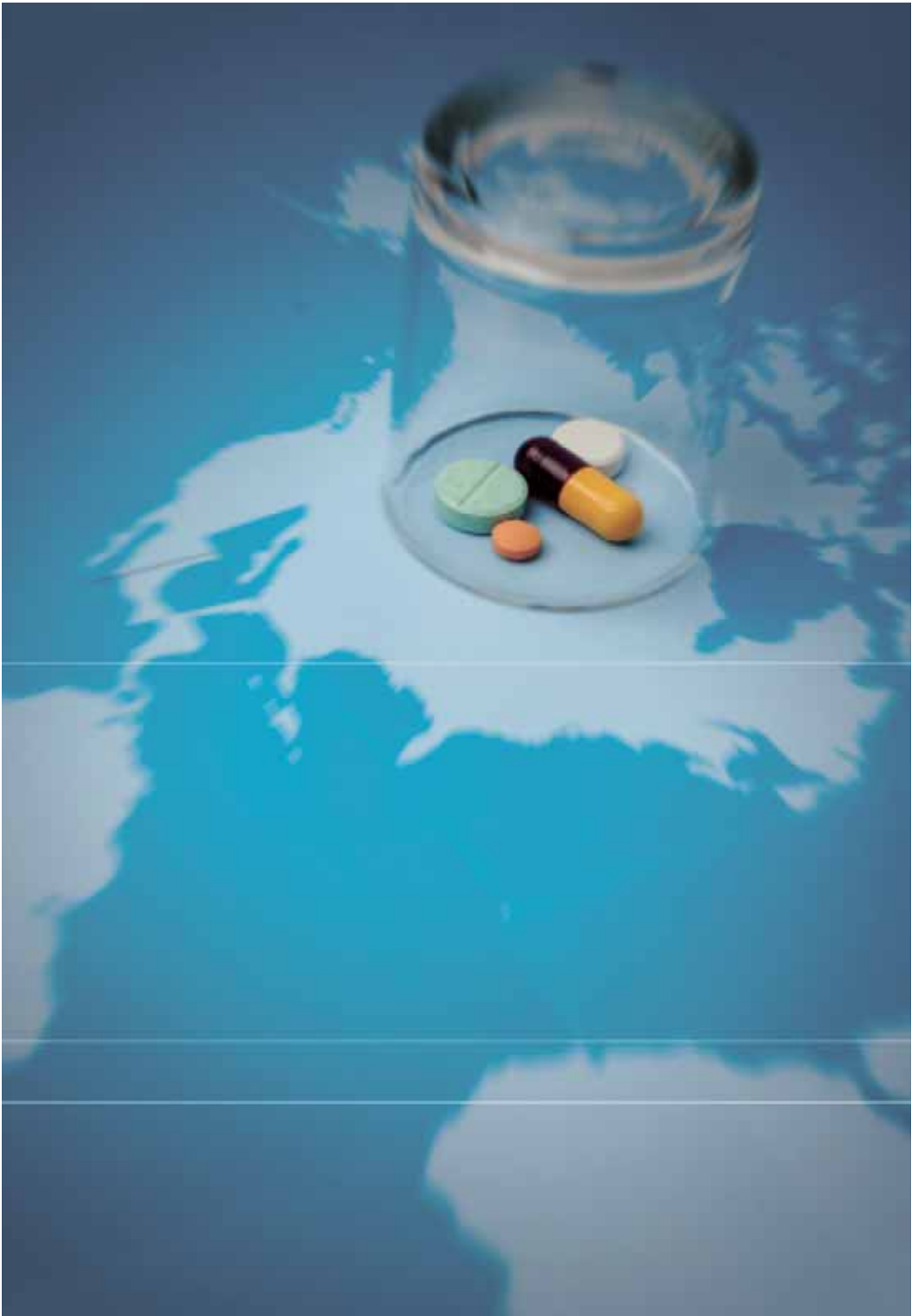


สารบัญ

- ประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลภาคบังคับในยา 7 ชนิด	54
- ผลสะท้อนจากการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล	77
- ซีแอล : อยู่หรือไป	94
- กระทรวงสาธารณสุขตอบข้อสงสัย	98
บทที่ 4	104
ประสบการณ์การประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล (CL) ในต่างประเทศ	
บทที่ 5	110
บทสรุป	
คำประกาศกรุงเทพฯ ด้วยการบังคับใช้สิทธิ นวัตกรรม และการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า	118
ข้อมูลอ้างอิง	124

1

ชีวิตและโรคภัยที่เข้าไม่ถึงยา
โสภณาภรณ์กรรมมนุษยชาติ



ประเทศไทย

‘สมหญิง’ (นามสมมติ) เป็นหญิงวัยกลางคนที่หาเลี้ยงลูก 2 คนเพียงลำพัง เธอยึดอาชีพเย็บรับบิ้นร้อยพวงมาลัยเป็นงานหลัก สร้างรายได้ราวเดือนละ 1,700 บาท สภาพชีวิตของครอบครัวนี้ ก็ขัดสน ยากลำบาก เหมือนกับคนยากจนทั่วไปของประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้นสมหญิงและลูกชายคนโตของเธอยังโชคร้ายซ้ำสอง ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามีของเธอ

ปัจจุบันตัวเลขผู้ติดเชื้อของไทยที่ยังมีชีวิตอยู่มีราว 1 ล้าน คน ในจำนวนนี้มีประมาณ 5 แสนคนที่ต้องกินยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง ทุกวัน วันละหลายเวลา และเมื่อถึงระยะหนึ่งที่เชื้อจะดื้อยาก็ต้อง มีการเปลี่ยนยาสูตรใหม่ในขั้นสูงขึ้นไป

ยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีราคาแพงมาก ก่อนที่ระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานในปี 2546 และมีผลในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้จริงในอีกสองปีต่อมา ทำให้มี ผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีเงินซื้อยา และต้องเสียชีวิตไป

สมหญิง เป็นผู้ป่วยคนหนึ่งที่ต้องยาสูตรพื้นฐาน และต้องหัน มาใช้ยาสูตรสำรองที่มีชื่อทางการค้าคือ ‘คาเลทรา’ (Kaletra) เป็นยานำเข้าผลิตโดยบริษัทแอสบอต ลาบอแรตอรีส์ (Abbott Laboratories) ก่อนหน้าที่ประเทศไทยจะประกาศมาตรการใช้สิทธิ ซีแอล (CL) หรือที่สื่อมวลชนนิยมเรียกกันว่ามาตรการบังคับใช้สิทธิ ยาตัวนี้มีราคาสูงถึงเดือนละ 11,580 บาท ยานี้เป็นยาที่ต้องกินตรง เวลาต่อเนื่องทุกวัน และต้องเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นด้วย

ด้วยรายได้ที่แม้แต่จะกินข้าวก็ยังแทบไม่พอดังนั้นจึงไม่ต้อง

พูดถึงการกินยาราคาแพง สมหญิงโชคดีที่ได้รับการช่วยเหลือโดยได้รับยาต้านไวรัส¹นี้จากประกันสังคมซึ่งมีคนไม่มากนักที่โชคดีอย่างเธอ กระนั้นโคกนาฏกรรมในชีวิตก็ยังไม่สิ้นสุด เมื่อสมหญิงมียา แต่ยังคงไม่มีเงินซื้อตู้เย็นมาแช่ยาอยู่ดี ทุกๆ วันเธอต้องเจียดเงินซื้อน้ำแข็งหลายสิบบาทมาแช่ยาไว้ในกล่องโฟม ด้วยความหวังที่จะรักษาชีวิตเธอและลูกชายคนโตเอาไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

แม้ว่าตอนนี้ยาคาเลทรา²รูปแบบใหม่ที่ไม่ต้องแช่เย็นจะมีขายแล้วในสหรัฐอเมริกา แต่บริษัทแอสบอบตฯ ได้ถอนคำขอขึ้นทะเบียนยาดังกล่าวในประเทศไทย ซึ่งเท่ากับปฏิเสธที่จะขายยาชนิดนี้ที่มีชื่อทางการค้าว่า ‘อลูเวียร์’ (Aluvir) ในไทย เนื่องจากไม่พอใจที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศมาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรกับยาคาเลทราไปเมื่อเร็วๆ นี้ ซึ่งส่งผลให้รัฐบาลไทยสามารถนำเข้ายาคาเลทราจากประเทศอินเดียที่มีราคาถูกกว่าหลายเท่าตัวได้

ที่มา: องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย) / MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF). 2550

เกาหลีใต้

‘ยูน’ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้าย หมอบอกว่าเขาอาจมีชีวิตอยู่ได้เพียง 6 เดือนเท่านั้น

ท่ามกลางสภาพสิ้นหวัง เขาได้พบและเข้าร่วมกับโครงการทดลองยารักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ชื่อว่า ‘กลีเวค’ (Glivec) ของบริษัทโนวาartis (Novartis) มันเป็นยาที่สร้างความหวังให้เขาและชาวเกาหลีที่เข้าร่วมโครงการทดลองว่าจะได้มีโอกาสยืดเวลาชีวิตขึ้นอีกหน่อย

หลังจากทดลองยาในเกาหลีเป็นเวลา 2 ปี โนวาartis ก็ได้รับการรับรองให้นำยาไกลีเวคออกขายได้พร้อมๆ กับโครงการทดลองยาที่เสร็จสิ้นลง ทันทีที่ยาวางขายในตลาด ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวก็ต้องตกใจอย่างแรงกับราคาของยาแห่งความหวังตัวนี้

บริษัทตั้งราคาสูงลิบลึงถึงเม็ดละ 19 เหรียญสหรัฐ หรือ 855 บาท โดยผู้ป่วยจะต้องกิน 8 เม็ดติดต่อกันทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด นั่นเท่ากับแต่ละคนจะต้องจ่ายค่ายาราวปีละ 55,000 เหรียญสหรัฐต่อปี หรือราว 2.47 ล้านบาทต่อปี (ปี 2544 อัตราแลกเปลี่ยน 1 เหรียญสหรัฐ ประมาณ 45 บาท)

แม้รัฐบาลเกาหลีจะอุดหนุนค่ายาบางส่วนแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้คนจำนวนมากที่ยังไม่มีความสามารถจะซื้อยานี้ได้ดี

ยูนยังโชคดีที่พอมีเงินอยู่บ้าง เขาตกลงใจขายบ้านแล้วมาเช่าแฟลตเล็กๆ อยู่กับภรรยา และลูกสาวที่เพิ่งลืมตาดูโลกได้ไม่นาน เพื่อนำเงินส่วนใหญ่มาซื้อยารักษาตัว แต่ชั่วพริบตาเงินที่มีก็ใกล้หมด

อย่างไรก็ดีกลุ่มผู้ป่วยในเกาหลีรวมทั้งยูเอ็น ซึ่งได้ใช้ชีวิตของตนเองทดลองยาให้บริษัทโนวารทีสได้รวมตัวกันประท้วงหน้าสำนักงานใหญ่ของบริษัท และกดดันให้มีการลดราคายาให้ผู้คนสามารถเข้าถึงได้ แต่บริษัทยังคงยืนกรานราคาเดิม โดยอ้างว่าราคาขายจำต้องแพงเพราะได้ลงทุนในการวิจัยและพัฒนาสูงมาก

หลังจากนั้นมีความพยายามของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้มาตรการใช้สิทธิซีแอล หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ นำเข้ายาชื่อสามัญแบบเดียวกันกับของโนวารทีสแต่ผลิตในอินเดียเข้ามา แต่ไม่ทันไรก็มีแรงกดดันจากรัฐบาลสหรัฐฯ อย่างหนักจนรัฐมนตรีคนดังกล่าวต้องถูกปลดอย่างกะทันหันและไร้คำอธิบาย (เหตุการณ์ปี 2544)

ที่มา: หนังสือคดีของบริษัท True Vision TV ประเทศอังกฤษ ผลิตโดย Brian Wood และ Deborah Shipley ออกอากาศเมื่อ 27 เมษายน 2546 ทาง Channel 4 และนำมาเผยแพร่ในประเทศไทยในงาน ‘เทศกาลหนังชายยา’ เมื่อ 23 มิถุนายน 2550 ที่คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดโดย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, แผนงานเภสัชศาสตร์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (คภ.สสส.), เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย, มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย), อ็อกซ์แฟม

ฮอนดูรัส

'ไจโร' เป็นเด็กชายชาวฮอนดูรัส อายุ 12 ปี ซึ่งติดเชื้อเอชไอวี จากพ่อและแม่ หลังจากทั้งคู่เสียชีวิต เขาก็ต้องมาอยู่ในอุปการะของ น้ำและยาย

ที่ฮอนดูรัส มีประชาชนติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 60,000 คน มีเด็กกำพร้าติดเชื้อเอชไอวีที่พ่อแม่เสียชีวิตไปแล้ว ราว 140,000 คน ที่นั่นยาต้านไวรัสราคาแพงมากจนผู้คนจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็ก กำพร้าเหล่านั้นเข้าไม่ถึงยา

ไจโรมีความฝันเหมือนเด็กชายทั่วไป เขาบอกรุ่นสาวเสมอว่าโตขึ้นเขาจะเป็นหมอ แต่ในความเป็นจริงนอกจากเขาจะไม่ได้ เรียนหนังสือแล้ว โรคภัยยังทำให้อาการของเขาทรุดหนักลงเรื่อยๆ เนื้อตัวเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก ดูราวซากศพที่ยังคงมีลมหายใจ คนในบ้านทั้งหมดตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าที่ไม่สามารถซื้อหาหยูกยา มาบรรเทาความทุกข์ทรมานของหลานได้ และต้องมองดูความตาย ค่อยๆ กลืนกินไจโรไปเรื่อยๆ ต่อหน้าต่อตา

ยาฟลูโคนาโซล (fluconazole) ในชื่อทางการค้าว่า ไดฟลู แคน (Diflucan) คือยาที่หมอสั่งให้ไจโรกินวันละ 1 เม็ดทุกวัน ราคา เม็ดละ 443 รูเบีย (27 เหรียญสหรัฐ) หรือประมาณ 1,080 บาท ในขณะที่สามีของน้ำซึ่งเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก มีรายได้ เพียง 90 เหรียญสหรัฐ หรือราว 3,600 บาทต่อสัปดาห์ (ปี 2546 อัตราแลกเปลี่ยน 1 เหรียญสหรัฐ ประมาณ 40 บาท) ไม่ต้องแปลกใจที่ไจโรจะไม่ได้กินยา เพราะค่ายารักษาไจโรสูงกว่ารายได้ทั้งหมด ของครอบครัวนี้ถึง 2 เท่า

แม้ว่าหมอหลายคนในฮอนดูรัสจะพยายามรณรงค์ให้บริษัทไฟเซอร์ (Pfizer) เจ้าของยาลดราคาขายจำเป็นตัวนี้มานานกว่า 2 ปี แต่ก็ไม่เคยได้รับการตอบสนองใดๆ จากบริษัท

‘โรซ่า’ เป็นผู้ปฏิบัติงานองค์กรพัฒนาเอกชนหรือเอ็นจีโอในฮอนดูรัสที่ดูแลเด็กกำพร้าผู้ติดเชื้อสิ่งที่จะทำได้คือเธอ ต้องลักลอบขนยาข้ามพรมแดนมาจากประเทศเพื่อนบ้านคือ กัวเตมาลา เพราะยาต้านไวรัสที่นั่นถูกกว่ายาของไฟเซอร์มาก ราคาเพียงเม็ดละ 30 เซ็นต์ หรือประมาณ 12 บาท ซึ่งเป็นราคาเดียวกันกับที่ขายให้องค์กรการกุศลอย่างองค์การหมอไร้พรมแดน – เมลเยียม (MFS) เพื่อไปแจกจ่ายให้ผู้ยากไร้ในประเทศยากจนหลายประเทศ แต่ด้วยระบบกฎหมายการค้าที่มี ทำให้บริษัทผลิตยาสามัญที่กัวเตมาลาไม่สามารถได้ใบอนุญาตขายยาสามัญในฮอนดูรัสได้

“เรารู้ดีว่าการลักลอบนี้เป็นการทำผิดกฎหมายการค้า แต่เราทำในนามของความเป็นมนุษย์ การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้รอดชีวิตย่อมเป็นเรื่องถูกกฎหมาย มันเป็นเรื่องของมนุษยธรรม” โรซ่ากล่าว

ท้ายที่สุดแม้โรซ่าจะกลับมาด้วยยากล่องใหญ่ที่ลักลอบซื้อข้ามพรมแดนมา แต่น่าเสียดายที่ใจโรซ่าไม่มีโอกาสได้รับยานั้นแล้ว

ที่มา: หนังสือคดีของบริษัท True Vision TV ประเทศอังกฤษ, อ้างแล้ว.

.....

“การดำเนินการใช้สิทธิผลิตยาของกระทรวง
สาธารณสุขเป็นหมุดที่ปักไว้เพื่อแสดง
เจตนารมณ์ของรัฐที่จะสร้างสมดุลระหว่าง
ชีวิตกับเงินตรา หรือสุขภาพกับการค้า”

*รศ.ดร.วิทยา กุลสมบุญ
แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

.....



2

มายาคติของราคายาแพง
ระบบทรัพย์สินทางปัญญา
และเบื้องหลังอุตสาหกรรมยา



เรื่องราวของผู้คนมากมายหลายด้านคนที่เจ็บป่วยและไม่สามารถเข้าถึงยาจำเป็นได้เนื่องจากยามีราคาแพง มักถูกตอบกลับด้วยเหตุผลเรื่องการวิจัยและพัฒนาของบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ทำนองว่า การค้นคว้าวิจัยที่ต้องใช้ต้นทุนสูง ทำให้ราคายาจำต้องสูงตามไปด้วย

...ก่อนที่สิทธิบัตรจะหมดอายุ ยาคลาริติน (Claritin) ซึ่งเป็นยาแก้แพ้ที่ขายดีที่สุดในสหรัฐของบริษัทเซอริง-พลาวัท์ (Schering-plough) ขึ้นราคาถึง 13 ครั้งในช่วง 5 ปี หรือรวมๆ แล้วขึ้นราคาไปกว่า 50% ประชาสัมพันธ์บริษัทอ้างว่า การขึ้นราคาแบบนี้พบได้ไม่บ่อย แต่จำเป็นเพื่อเป็นทางให้สามารถลงทุนในงานวิจัยและพัฒนาต่อไปได้...

แม้นั่นจะเป็นความจริงในระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่ผู้คนไม่อาจปฏิเสธและล่องละเมิด แต่ก็มีความจริงบางด้านเช่นกันที่ไม่ค่อยเป็นที่ปรากฏ และเป็นด้านที่ควรพิจารณาอย่างยิ่งเพื่อความ เป็นธรรมสำหรับประชากรทั่วโลก

มีนักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการ เอ็นจีโอ จำนวนไม่น้อยที่พยายามศึกษาถึงเบื้องลึกที่ไม่โปร่งใสของ 'ราคายา' ว่าเหตุใดมันจึงสูงลิบลิว เช่นเดียวกันกับกำไรของบริษัทยา

เมื่อรวบรวมสถิติกันดูดีๆ เราจะพบว่าอุตสาหกรรมยาเป็นของบริษัทใหญ่เพียงไม่กี่แห่งในประเทศพัฒนาแล้ว และกำไรของ

ธุรกิจประเภทนี้ก็ติดอันดับต้นๆ ของโลก จากการจัดอันดับของ นิตยสารฟอร์จูนพบว่า บริษัทฯ 10 บริษัทติดอันดับร่ำรวยที่สุดใน 500 อันดับที่เข้ารอบ และมีกำไรสูงพุ่งแซงอุตสาหกรรมประเภทอื่นแม้แต่ธนาคารพาณิชย์ ยิ่งไปกว่านั้นบริษัทฯ 10 อันดับนั้นมีผลกำไรรวมแล้วมากกว่า 490 บริษัทที่เหลือรวมกัน

ลองหันมาดูค่าตอบแทนสำหรับผู้บริหารระดับสูงหรือซีอีโอ บริษัทฯ สักแห่ง เมื่อเร็วๆ นี้ สำนักข่าวเอพีรายงานว่ นายไมล์ส ไวท์ (Miles White) กรรมการบริหารของบริษัทแอ็บบอตฯ (กระทรวงสาธารณสุขไทยประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับในยาต้านไวรัสของบริษัทนี้ด้วย) วัย 55 ปี ได้รับเงินตอบแทนในปี 2549 ถึง 22.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นเงินไทยราว 832 ล้านบาท (1 เหรียญสหรัฐประมาณ 37 บาท) ทางบริษัทยังจะตรกรางวัลแก่เขาเป็นมูลค่า 4 ล้านดอลลาร์ หรือประมาณ 148 ล้านบาท เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เขายังคงนำพาบริษัทดำเนินกิจการไปอย่างแข็งแกร่ง คำนวณคร่าวๆ รายได้ ที่เขาจะได้จากบริษัททั้งหมดนั้นตกราว 26.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเกือบ 1,000 ล้านบาท

.....

“การที่บริษัทฯ อ้างว่า ต้องใช้เงิน 800
ล้านดอลลาร์ (32,000 ล้านบาท) ในการ
คิดค้นยาแต่ละตัว ไม่จริง

การตั้งราคาขายขอให้อยู่ในความจริง ไม่ใช่
เอาเงินเดือนซีอีโอ เอาผลประโยชน์ผู้ถือหุ้น
มาตั้งราคาขาย

จริงอยู่การหากำไร ทำได้ แต่อย่าให้มันเกิน
ไป อุตสาหกรรมยาทำกำไรในตัวเลข 2
หลักมาโดยตลอด มันไม่มีธุรกิจไหนที่ทำ
กำไรขนาดนี้”

*ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์
อดีตรัฐมนตรีว่าการสถาบันวิจัยและพัฒนา
องค์การเภสัชกรรม*

.....

ขณะเดียวกันการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาที่กล่าวอ้าง ก็ถูกตั้งคำถามมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีงานศึกษาพบว่า บริษัทที่ยักษ์ใหญ่ 10 อันดับแรกใช้งบวิจัยเพียง 11-15% ของยอดขาย แต่รายจ่ายก้อนใหญ่ที่สุดกลับเป็น ‘ค่าการตลาดและการบริหาร’ ที่สูงเกือบ 40% ของยอดขาย ข้อมูลเหล่านี้ได้จากรายงานที่อุตสาหกรรมยาต้องรายงานต่อตลาดหลักทรัพย์ แต่อย่างไรก็ตาม รายละเอียดค่าใช้จ่ายจริงของการวิจัยและพัฒนานั้นก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่มีรายละเอียดชัดเจน

ยิ่งไปกว่านั้นจะพบว่างานวิจัยทั้งหลายที่บริษัทกล่าวอ้างนั้นล้วนมาจากมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยและสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐซึ่งได้งบประมาณจากภาษีอากรของประชาชนนั่นเอง บริษัทยาชอบไปจัดตั้งในประเทศแห่งนี้ เพราะมีงานวิจัยชั้นยอดจากสถาบันการศึกษาให้ซื้อหา และไม่มีกฎหมายควบคุมราคายาเหมือนประเทศพัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศ

กระบวนการเช่นนี้เริ่มขึ้นหลังจากที่สหรัฐอเมริกาออกกฎหมายให้มหาวิทยาลัยสามารถจดสิทธิบัตรงานค้นพบจากการวิจัยและขายต่อให้บริษัทยาได้ ทั้งที่ก่อนหน้านี้งานวิจัยจากภาษีอากรต้องเป็นสมบัติสาธารณะ ทำให้ 1 ใน 3 ของยาที่บริษัทในสหรัฐอเมริกานำออกสู่ตลาดต่างก็พึ่งพา ฉุกเฉินใช้ประโยชน์จากงานวิจัยพวกนี้

**ตารางแสดงงบประมาณวิจัยและการตลาด
ของบริษัทยาขนาดใหญ่ของสหรัฐอเมริกา (2548)**

บริษัท	รายได้ (ยอดขายสุทธิ /ล้านบาท*)	การตลาด/โฆษณา/ บริหารจัดการ (%ของรายได้)	วิจัยและพัฒนา (%ของรายได้)	กำไร (รายได้ สุทธิคิดเป็น% ของรายได้)
Pfizer, Inc	2,051,920	33.1%	14.5%	15.8%
Johnson and Johnson	2,020,560	33.4%	12.5%	20.6%
Abbott **	893,520	24.6%	8.2%	15.1%
Merck & Co. ***	880,480	32.5%	17.5%	21.0%
Bristol-Myers Squibb	775,200	33.2%	12.9%	12.3%
Wyeth	750,240	32.6%	14.7%	19.5%
Eli Lilly	585,800	30.7%	20.7%	13.5%
เฉลี่ย%	-	32.0%	13.9%	17.4%
รวม (ล้าน)	7,957,720	2,542,720	1,108,600	1,380,920

ที่มา : Families USA, 2548

* อัตราการแลกเปลี่ยน 1 เหรียญสหรัฐ = 40 บาท โดยประมาณ (ปี 2548)

** บริษัท Abbott คือบริษัทเจ้าของยาคาเลทตรา เป็น 1 ในบริษัทที่กระทรวง
สาธารณสุขประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล

*** บริษัท Merck & Co คือบริษัทเจ้าของยาเอฟฟาวิเรนซ์ เป็น 1 ในบริษัทที่กระทรวง
สาธารณสุขประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล

.....

“ปัจจุบันนี้การค้าขายเป็นแบบนี้ อำนาจ
บรรษัทใหญ่โตขนาดนี้

แต่จริยธรรมขั้นพื้นฐาน สิทธิขั้นพื้นฐาน
ในชีวิตมนุษย์คืออะไร คำถามเหล่านี้เรา
ลืมแล้ว”

ผศ.สุรัตน์ โหราชัยกุล
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

ปัจจุบันมีสัญญาณบ่งชี้ว่าอุตสาหกรรมยากำลังอยู่ในภาวะยากลำบากมาก ขนาดที่โฆษกบริษัทแห่งหนึ่งถึงกับเอ่ยปากว่า ‘มันเป็นพายุลูกใหญ่’ สาเหตุหลักเนื่องจากมียาขายดีหลายตัวที่หมดอายุสิทธิบัตร และกำลังจะหมดอายุสิทธิบัตร ขณะที่ยาใหม่ก็มีอยู่น้อยมากในสายการผลิต

ในจำนวนยา 78 รายการที่สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐรับขึ้นทะเบียนให้ในปี 2545 มีเพียง 17 รายการที่เป็นยาสำคัญตัวใหม่ และในจำนวนนั้นมีเพียง 7 รายการที่จัดว่ามีสรรพคุณเหนือกว่ายาเก่า และระหว่างปี 2545-2549 นับแล้วก็มียาใหม่เข้าสู่ตลาดเพียง 43% ของทศวรรษ 2530

มายากลของราคาของบริษัทชอบเล่นนั้นมีทั้งการขึ้นราคาแบบตรงไปตรงมา เช่น ก่อนที่สิทธิบัตรจะหมดอายุ ยาคลาริทินซึ่งเป็นยาแก้แพ้ที่ขายดีที่สุดในสหรัฐของบริษัทเซอริง-พลาว์ห์ขึ้นราคาถึง 13 ครั้งในช่วง 5 ปี หรือรวมๆ แล้วขึ้นราคาไปกว่า 50% ประชาสัมพันธ์บริษัทอ้างว่า การขึ้นราคาแบบนี้พบไม่บ่อยนัก แต่จำเป็น เพื่อเป็นทางให้สามารถลงทุนในงานวิจัยและพัฒนาต่อไปได้

ส่วนการขึ้นราคาอย่างมีชั้นเชิงที่นิยมทำกันมาก เช่น การทำยา-ต่อ-ทำย หรือ me-too-drug ซึ่งเป็นการดัดแปลงยาเก่าที่มีอยู่แล้วเพียงนิดหน่อยแล้วนำไปจดสิทธิบัตรต่อโดยเน้นการทำตลาด เพื่อจกขยส่วนแบ่งการตลาดที่สร้างกำไรคืออยู่แล้วให้ผูกขาดได้ยาวนานขึ้นอีก

นอกเหนือจากกลวิธีในการรักษาระดับกำไรในยาที่ขายดีแล้ว เราจะพบว่าการวิจัยยาของบริษัทเอกชนมักจะถูกกำหนดจากโอกาสทางการตลาดและการตัดสินใจเชิงธุรกิจ โรคที่เกิดขึ้น

ในประเทศยากจนที่ไม่มีกำลังซื้อดูเหมือนจะไม่ดึงดูดใจให้บริษัททำวิจัยพัฒนายา เช่น โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก และวัณโรค มักจะไม่ได้ได้รับความสนใจจากภาคเอกชนในการทำวิจัย เห็นได้จากจำนวนยาที่ผลิตในรอบ 25 ปีที่ผ่านมา มีทั้งสิ้น 1,393 ตัว มีเพียง 13 ตัวเท่านั้นที่ผลิตขึ้นเพื่อรักษาโรคที่พบในประเทศเขตร้อน แต่หากเป็นโรคที่เป็นกันมากในประเทศโลกที่ 1 ซึ่งผู้คน มีกำลังซื้อสูง เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเส้นเลือด เบาหวาน โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ สถานการณ์กลับตรงกันข้าม คือ ผลิตกันอย่างดาษดื่นหลากหลาย

ดังนั้นเหตุผลเรื่องต้นทุนในการลงทุนวิจัยที่ทำให้ราคายาในท้องตลาดจำเป็นต้องแพงมากจึงจำเป็นยิ่งกว่าที่จะต้องได้รับการพิจารณาอย่างละเอียดรอบด้าน ก่อนจะยอมรับกันง่ายๆ จนต้องกัมน้ำปล่อยให้ผู้คนจำนวนมากเข้าไม่ถึงยาจำเป็นต่อไป



.....

“ขณะนี้ทั่วโลกมีตัวอย่างหลายกรณีที่ทำให้
เห็นว่าสำหรับเรื่องยาแล้ว

ระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่มีปัญหามาก
ทำให้คนไม่เข้าถึงยา

ดังนั้นในระดับนานาชาติมีการคิดกันว่าน่า
จะมีวิธีการอื่นที่ดีกว่าการให้สิทธิบัตร
แล้วผูกขาด”

*กรรมการ กิจติเวชกุล
องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย)
หรือ MSF*

.....



.....

“...ประเทศที่ประกาศบังคับใช้สิทธิมากที่สุด
ไม่ใช่ประเทศกำลังพัฒนา แต่คือสหรัฐอเมริกา
ซึ่งประกาศใช้มากกว่า 1,000 ฉบับ
เป็นการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐเพื่อให้เกิด
การแข่งขัน...”

คาร์ลอส คอร์เรีย

อาจารย์มหาวิทยาลัยบัวโนสไอเรส อาร์เจนตินา

.....

3

มาตรการใช้สิทธิซีแอล
(CL) ของไทย
รวมคำตอบ
ของทุกความสงสัย



ซีแอลคืออะไร?

ซีแอล (CL) กลายเป็นประเด็นโด่งดัง และขึ้นพาดหัวข่าวบนหน้าหนังสือพิมพ์อยู่พักใหญ่เมื่อกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้มาตรการนี้ราวปลายปี 2549 ถึงต้นปี 2550 ในยาต้านไวรัส 2 ตัวและยารักษาโรคหัวใจ 1 ตัว จนน่าจะเป็นที่คุ้นหูคุ้นตาของผู้คนจำนวนมากไม่น้อย

CL ย่อมาจาก Compulsory Licensing หรือที่คนในแวดวงรวมทั้งสื่อมวลชนนิยมเรียกว่า ‘มาตรการบังคับใช้สิทธิ’ ซึ่งในภายหลังผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสาธารณสุขพยายามจะสร้างวาทกรรมใหม่โดยเรียกมันว่า ‘มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร’ รวมไปถึง ‘มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร’ เพื่อลดบั่นยะของการบีบบังคับและย้ำว่ามันเป็นความชอบธรรมในการใช้สิทธินั้น

ในหนังสือเล่มนี้จะขอใช้คำว่า ‘มาตรการใช้สิทธิซีแอล (CL) หรือ มาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ’ โดยจะเรียกสั้นๆ ว่า ‘มาตรการใช้สิทธิ’

ซีแอล (CL) คืออะไร (แบบเป็นทางการ)

“มาตรการใช้สิทธิเป็นส่วนหนึ่งใน พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542

มาตรการนี้เป็นไปตามปฏิญญาโดฮา (Doha Declaration on Trips and Public Health) ตามข้อตกลง ทริปส์ (TRIPS – Trade Related Intellectual Property Rights) ภายใต้องค์การการค้าโลก (WTO – World Trade Organization) ซึ่งให้อำนาจแก่ประเทศสมาชิก ‘ผลิต’ หรือ ‘นำเข้า’ ผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรได้ หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วน, เกิดวิกฤตด้านสาธารณสุขขึ้นในประเทศ หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์”

ซีแอล (CL) คืออะไร (แบบง่าย)

มาตรการใช้สิทธิถือเป็นมาตรการหนึ่งที่อยู่ในข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การการค้าโลก เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งมีระยะเวลายาวนานถึง 20 ปี และสำหรับยา ปัจจุบันนอกจากจะต้องคุ้มครอง ‘กรรมวิธีการผลิต’ แล้ว ยังจะต้องคุ้มครอง ‘ตัวผลิตภัณฑ์’ ของยานั้นๆ ด้วย ทำให้การผูกขาดยิ่งหนักหน่วงขึ้นตามกฎหมายเกณฑ์ของมาตรการใช้สิทธิ ประเทศที่ไม่มีศักยภาพในการผลิตยาจำเป็นบางชนิด สามารถประกาศมาตรการใช้สิทธิแล้วผลิตเองภายในหากประเทศนั้นมีศักยภาพเพียงพอ หรือนำเข้ายาชื่อสามัญที่ราคาถูกลง

ในประเทศอื่นที่มีศักยภาพในการผลิตก็ได้ หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วน, เกิดวิกฤตด้านสาธารณสุขขึ้นในประเทศ หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์



มาตรการใช้สิทธิซีแอล หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ
ถือเป็นมาตรการหนึ่งที่ใส่ไว้ในข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา
ขององค์การการค้าโลก เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบด้านสาธารณสุข
อันเกิดจากการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

สิทธิบัตรเป็นส่วนหนึ่งของระบบทรัพย์สินทางปัญญา การ
จดสิทธิบัตรในสิ่งประดิษฐ์ใดๆ ก็คือการแสดงความเป็นเจ้าของ
แต่เพียงผู้เดียว ระบบนี้มีขึ้นเพื่อคุ้มครองและสร้างแรงจูงใจให้
นักประดิษฐ์คิดค้น พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ด้วยการให้สิทธิผูกขาด
ถึง 20 ปี ในการผลิต ต่อยอดและจำหน่ายผลิตภัณฑ์นั้นๆ ซึ่งรวมถึง
ผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อชีวิตอย่าง ‘ยา’ ด้วย

อีกทั้งที่ผ่านมายังมีความพยายามจะขยายเวลาคู่ครอง
สิทธิบัตรจากเดิม 20 ปี ไปเป็น 25 ปี ผ่านการทำข้อตกลงเขตการค้า
เสรี (เอฟทีเอ) ที่สหรัฐอเมริกาทำกับประเทศต่างๆ

นี่เป็นประเด็นถกเถียงกันในระดับโลกว่าการคุ้มครองสิทธิ
บัตรยาของบริษัทผู้ผลิตอย่างเข้มข้นราวกับมันเป็นเพียงสินค้าโดย
ไม่คำนึงถึงคุณค่าต่อชีวิตมนุษย์นั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะ
การมียายี่ห้อเดียวขายในท้องตลาดทำให้ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาชนิด
นั้นๆ ไม่มีทางเลือกอื่น ในขณะที่ผู้ขายสามารถตั้งราคาเท่าใดก็ได้
กลายเป็นสาเหตุของราคายาแพง ทำให้คนจำนวนมากที่ต้องใช้ยา
ไม่สามารถเข้าถึงยาได้

ด้วยเหตุนี้มาตรการใช้สิทธิจึงถูกกำหนดไว้ในกฎหมายการ
ค้าขององค์การการค้าโลก เพื่อเป็นช่องทางในการจัดการการเข้า
ถึงยาของประชาชนในประเทศสมาชิก

ทั้งนี้ตามกฎหมายเกณฑ์ของมาตรการใช้สิทธิ ประเทศต่างๆ



สามารถประกาศมาตรการใช้สิทธิ แล้วผลิตยาเองภายในหาก
ประเทศนั้นมีศักยภาพเพียงพอ หรือไปนำเข้ายาชื่อสามัญที่ราคา
ถูกกว่าในประเทศอื่นที่มีศักยภาพในการผลิตก็ได้ หากเกิดความ
จำเป็นเร่งด่วน, เกิดวิกฤตด้านสาธารณสุขขึ้นในประเทศ หรือเพื่อ
ประโยชน์สาธารณะที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่ค่อยมีประเทศกำลังพัฒนา
ประเทศใดกล้าใช้มาตรการใช้สิทธิ เนื่องจากเกรงจะต้องเผชิญแรง
กดดันจากบริษัทยาักษ์ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สำแดงผ่าน
นโยบายของสหรัฐอเมริกา ซึ่งต้องการเน้นให้ประเทศต่างๆ ให้ความ
คุ้มครองระบบทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเข้มงวด แต่ขณะนี้เริ่ม
มีสัญญาณที่ดีว่าประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลกกำลังเริ่มอาศัย
มาตรการนี้ในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขแล้ว และก้าวแรกใน
การประกาศมาตรการใช้สิทธิของไทยก็ดูเหมือนจะเรียก ‘กำลังใจ’
และ ‘ความกล้าหาญ’ สำหรับประชาคมโลกได้อย่างสำคัญ

.....

“เราต้องทำความเข้าใจว่าทรัพย์สินทางปัญญา
คือการผูกขาด

ในการเจรจา FTA (หรือข้อตกลงเขตการค้าเสรี) สหรัฐเรียกร้องให้เปลี่ยนกฎหมายไทยให้เรื่องการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาเป็นความผิดอาญา แม้แต่การถ่ายเอกสารตำราเรียนของเขาซึ่งมีราคาแพงมาก ผมเคยบอกเขาว่า รายได้ของไทยไม่เหมือนฝรั่งเศส ถ้าอยากให้เราคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา สิ่งที่เราควรทำอย่างยิ่งคือ กำหนดราคาขายของเขาให้สะท้อนกับรายได้ของเราด้วย... ยากก็เช่นกัน”

นายบัณฑิต วงศ์สีลโชติ
ประธานคณะกรรมการประเด็นการค้า
สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย

.....

เราอาจทำความเข้าใจอย่างง่ายได้ว่า ยาชื่อสามัญก็คือยาที่ผลิตขึ้นใหม่แบบที่มีคุณภาพเทียบเท่ากับยาต้นตำรับที่จดสิทธิบัตร หากแต่ผลิตโดยคนอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของสิทธิบัตร

ประเทศที่มีศักยภาพในการผลิตยาชื่อสามัญราคาถูกลง และเป็นหลักพักพิงให้ผู้ป่วยยากจนประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่สำคัญคือ อินเดีย บราซิล แคนาดา โดยเฉพาะอินเดีย ทั่วโลกพึ่งพายาราคาถูกลงจากที่นั่นถึง 1 ใน 4 หากนับเฉพาะยาต้านไวรัส (ARVs) ที่ใช้กันทั่วโลกก็มาจากอินเดียถึง 70%

ที่น่าสนใจคือก่อนที่อินเดียจะเป็นยักษ์ใหญ่ด้านอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญ ย้อนไปเกือบ 20 ปีที่แล้วอุตสาหกรรมยาของอินเดียยังมีศักยภาพเท่าๆ กับประเทศไทย แต่เนื่องจากอินเดียไม่ได้แก้กฎหมายสิทธิบัตรตามแรงกดดันของสหรัฐอเมริกาเช่นที่ไทยยอมในปี 2535 ทำให้อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยยังคงพัฒนาต่อไป ขณะที่อุตสาหกรรมยาของไทยต้องหยุดชะงักลง เพราะไปปรับปรุงกฎหมายให้มีการคุ้มครองสิทธิบัตรในระดับสูงมากเทียบเท่าประเทศพัฒนาแล้ว

ตารางเปรียบเทียบราคาขายต้นตำรับกับยาชื่อสามัญ

ยาชื่อสามัญ	ราคาขายต้นตำรับ (จัดสิทธิบัตร) บาท/เม็ด	ราคายาชื่อสามัญ บาท/เม็ด	ยาต้นตำรับ แพงกว่า (เท่า)
ฟลูโคนาโซล (Fluconazole) 200 มิลลิกรัม รักษาเชื้อรา	250	9	27.7
ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenglamide) 5 มิลลิกรัม รักษาโรคเบาหวาน	2.9	0.2	14.5
เทอร์บูทาไลน์ (Terbutaline) 2.5 มิลลิกรัม รักษาโรคหอบหืด	2.2	0.8	2.8

ที่มา : เอกสารการแถลงข่าวเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ของกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA Watch)

อย่างไรก็ตามหลังจากปี 2548 ถือเป็นารสิ้นสุดการ
ผ่อนผันขององค์การการค้าโลกทำให้ประเทศสมาชิกต้องให้
ความคุ้มครองระบบทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเข้มงวดมากขึ้น
กฎหมายสิทธิบัตรของอินเดียก็ต้องมีการแก้ไขใหม่ให้สอดคล้อง
กับข้อตกลง ทริปส์ขององค์การการค้าโลกเช่นกัน จากเดิมที่คุ้มครอง
เฉพาะกรรมวิธีการผลิต (Process Patent) ก็ต้องมาคุ้มครอง
ตัวผลิตภัณฑ์ (Product Patent) ด้วยการคุ้มครองตัวผลิตภัณฑ์
ส่งผลให้อุตสาหกรรมยาซื้อสามัญของอินเดียไม่สามารถผลิตยา
ติดสิทธิบัตรตัวใหม่ๆ ได้อีก แม้ว่าจะผลิตด้วยกรรมวิธีที่แตกต่าง
ออกไปก็ตาม ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาต่างพากันหวาดเสียวว่า
จะไม่มีที่พึ่งในเรื่องยาราคาถูกอีกแล้วในระยะยาว

กระนั้นก็ตามการปรับกฎหมายของอินเดียก็เพิ่งจะมาปรับ
เปลี่ยนในนาที่สุดท้าย เมื่ออุตสาหกรรมยาซื้อสามัญของเขาค่อนข้าง
พัฒนาไปมากแล้ว โดยตัวกฎหมายที่ปรับใหม่นี้พยายามสร้าง
หลักเกณฑ์ที่รัดกุมพอสมควรในการปกป้องผู้ผลิตภายในประเทศ
และขณะนี้ก็มีระบบ ‘ตู้จดหมาย’ (mailbox) ที่รัฐบาลอินเดีย
เปิดรับคำขอยื่นจดสิทธิบัตรยาและสารเคมีมาตั้งแต่ปี 2538 และ
ตอนนี้อัดแน่นไปด้วยคำขอถึง 8,926 รายการ ในจำนวนนี้มาก
กว่า 7,000 รายการยื่นโดยชาวต่างชาติ โดยมี ไฟเซอร์ (Pfizer)
บริษัทยาข้ามชาติยื่นขอสิทธิบัตรไว้มากที่สุด

ล่าสุดด้วยระบบการพิจารณาคำขอสิทธิบัตรที่ค่อนข้าง
รัดกุมของกฎหมายใหม่อินเดีย ทำให้เกิดกรณีฟ้องร้องกันแล้ว
โดยบริษัทโนวารติสยื่นฟ้องรัฐบาลอินเดียเนื่องจากปฏิเสธคำขอ
สิทธิบัตรยารักษา มะเร็งชื่อว่า ‘กลีเวค’ (Glivec) และกำลังเป็นที่

จับตาของประชาคมโลก เพราะการฟ้องร้องครั้งนี้เป็นความพยายาม
จะล้มระบบการตรวจสอบค่าลิขสิทธิ์ที่เข้มงวดของอินเดีย ซึ่งไม่
เอื้อประโยชน์แก่บริษัทต่างชาตินั่นเอง

จากรายงานของธนาคารโลกชี้ว่า ด้วยการตัดสินใจ
ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory license) จะสามารถ
ลดราคายาสูตรสำรอง (second-line treatment) ได้ถึง 90%
รัฐบาลไทยจะสามารถลดงบประมาณแผ่นดินมากถึง
127,000 ล้านบาท นี่ไม่ใช่เป้าหมายที่ไร้เหตุผล เพราะต้อง
ขอบคุณยาชื่อสามัญที่เข้ามาแข่งขัน ที่ทำให้ราคายาต้าน
ไวรัสสูตรพื้นฐาน (first-line treatment) ลดราคาลงมาจาก
400,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อปี มาอยู่ที่ 14,400 บาท ซึ่งลด
ราคาลงมาได้มากถึง 97%

อย่างไรก็ตามการจะทำเช่นนั้นได้ต้องอาศัยการตัดสินใจ
ทางการเมืองที่เข้มแข็ง เพราะนี่เป็นสิ่งที่บรรษัทยาและรัฐบาล
สหรัฐอเมริกาไม่อยากจะเกิดขึ้น

ที่มา : บทความ “มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory license) จำเป็นสำหรับ
การรักษา” โดย นาธาน ฟอร์ด หัวหน้าหน่วยแมนสัน ลอนดอน องค์กรหมอ
ไร้พรมแดน (MSF)

.....

“...เราให้กำลังใจประเทศไทย เพราะไม่เพียงประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ที่ดีของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังมีอุตสาหกรรมยาที่เข้มแข็งซึ่งสำคัญมาก

เราขอให้ WHO (องค์การอนามัยโลก) ทำงาน ร่วมกับ WTO (องค์การการค้าโลก) และธนาคารโลกในการสนับสนุนแต่ละประเทศให้ทำเช่นนี้”

*ดร.เอเดน ไฮเดน
ผู้อำนวยการรณรงค์ องค์การหมอไร้พรมแดน- เบลเยียม
(MSF)*

.....

สถานการณ์ซีแอลในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขของไทย ภายใต้การนำของรัฐมนตรี น.พ.มงคล ณ สงขลา ได้ตัดสินใจประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ เป็นครั้งแรกในยา 3 ชนิด เมื่อปลายปี 2549 ต่อต้นปี 2550 ได้แก่

- ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน
- ยาต้านไวรัสสูตรสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อยา
- ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน

ซึ่งล้วนเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับต้นๆ ของประชากร และยาที่ใช้ในการรักษานั้นเป็นยาตีสิทธิบัตรราคาแพง ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้อย่างต่อเนื่อง

ถัดจากนั้นในเดือนมกราคม 2551 ช่วงโค้งสุดท้ายระหว่างรักษาการรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่รัฐบาลนำโดยพรรคพลังประชาชนจะเข้ามาบริหารประเทศ มีการประกาศมาตรการใช้สิทธิกับยารักษาโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 4 ชนิด ได้แก่

- ยารักษาโรคมะเร็งปอดและโรคมะเร็งเต้านม
- ยารักษาโรคมะเร็งเต้านม
- ยารักษาโรคมะเร็งปอด
- ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

เพราะยารักษาโรคมะเร็งเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายสำคัญ ด้วยเหตุที่มะเร็งเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงที่สุดของคนไทยราว 30,000 คนต่อปี และราคายากี่สูงมาก

อย่างไรก็ดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ (กุมภาพันธ์ 2551) นายไชยา สะสมทรัพย์ ประกาศว่าจะมีการ ทบทวนมาตรการใช้สิทธิซีแอลในยามะเร็ง 4 ตัวนี้ เนื่องจากเกรงว่าจะ ‘ได้ไม่คุ้มเสีย’ ท่ามกลางแรงเสียดทาน การคัดค้านของ เครือข่ายผู้ป่วย นักวิชาการ เ็นใจโห้ทั้งในและต่างประเทศ และทำ ให้เกิดข้อถกเถียงว่าด้วยเรื่องนี้อีกครั้ง ดังรายละเอียดที่จะกล่าว ต่อไป (ซีแอล : อยู่หรือไป)

อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน
จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ (2546-2548)

สาเหตุการตาย	อัตราการตาย		
	ปี 2548	ปี 2547	ปี 2546
1. มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	81.4	81.3	78.9
2. อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	57.6	58.9	56.9
3. ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	29.2	34.8	34.5
4. โรคหัวใจ	28.2	26.8	27.7
5. ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด	22.4	26.3	23.9
6. ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ	20.2	18.6	19.2
7. เอดส์	12.8	18.3	26.8
8. ซ้ำตัวตาย / ถูกฆ่าตาย	11.8	11.7	14.8
9. โรคตับ / ตับอ่อน	14.6	12.0	13.0
10. วัณโรค	8.9	9.7	11.0
11. อื่นๆ	361.7	349.1	330.0
รวม	610.3	629.5	635.7

ที่มา : ปรับปรุงจากกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548

จะเห็นได้ว่ายาที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศมาตรการใช้สิทธินั้นเป็นยาจำเป็นในการรักษาโรคซึ่งคร่าชีวิตผู้คนเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ

อันที่จริงการเริ่มต้นต่อสู้ในเรื่องการเข้าถึงยาจำเป็นนั้นเริ่มที่ยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น และมีองค์กรพัฒนาเอกชน (เอ็นจีโอ) ทั้งในและต่างประเทศให้การสนับสนุน

จนกระทั่งรัฐบาลไทยได้เริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจัดสรรงบประมาณให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานได้ทุกคนเมื่อ 1 ตุลาคม 2546 ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าที่ล้ำไปกว่าเพื่อนบ้านในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกันหลายประเทศ

สาเหตุใหญ่ที่สามารถนำยาต้านไวรัสมาไว้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก็เพราะองค์การเภสัชกรรม (อภ.) ของไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสสูตรสามตัว ‘จีพีโอเวียร์’ (GPO-Vir) ที่มีราคาถูกลงได้สำเร็จ ทำให้ผู้ติดเชื้อสุขภาพดีขึ้นและกลับมาทำงานสร้างผลผลิตได้ และจากการที่รัฐตัดสินใจเช่นนี้ ทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อลดลงไปมากถึง 18 เท่า

อย่างไรก็ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังครอบคลุม ผู้ติดเชื้อได้เพียง 82,000 คนในปีงบประมาณ 2549 และหากมีการซื้อยาจากสูตรพื้นฐานแล้ว ผู้ป่วยก็ต้องควักกระเป๋าจ่ายค่ายาตัวใหม่เองทั้งหมด

นี่ทำให้กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเอ็นจีโอ ตลอดจนนักวิชาการที่ทำงานด้านนี้ ได้รวมตัวเรียกร้องขอให้รัฐบาลใช้มาตรการใช้สิทธิอยู่หลายครั้งในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

ประวัติศาสตร์การต่อสู้ เรื่องการเข้าถึงยาของภาคประชาชน

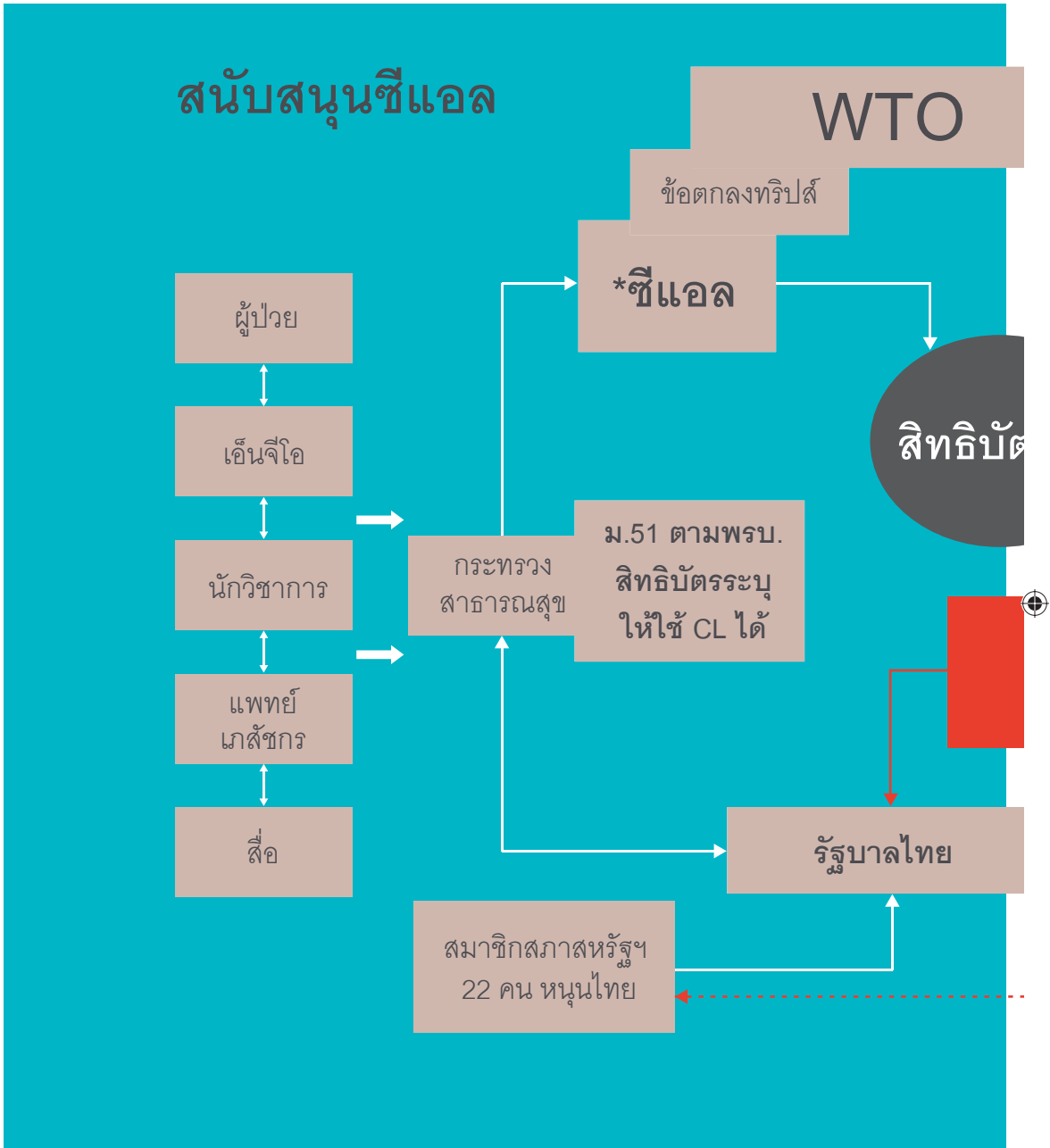
การต่อสู้ที่แหลมคมนั้นปรากฏในเดือนธันวาคม 2542 ซึ่งภาคประชาชนได้เรียกร้องให้มีการลดราคายาเอดส์อย่างเข้มแข็ง ในรัฐบาล พล.อ.ชวลิต ยงใจยุทธ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 16 องค์กรเกือบ 500 คนรวมพลังยกขบวนมาปักหลักกินนอนหน้ากระทรวงสาธารณสุข ใช้ชื่อว่า ‘ชุมชนมาตรา 51 ดีดีไอพัฒนา’ เพื่อขอให้ทางกระทรวงใช้ ‘มาตรการใช้สิทธิซีแอล หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ’ กับยาดีดีไอ (ddI) ของบริษัทบริสทอล ไมเยอร์ สควิบบ์ (Bristol Myers Squibb / BMS) เพราะการจดสิทธิบัตรยานี้ไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้นตามหลักการขอจดสิทธิบัตรแต่อย่างใด แต่กลับนำมาขายในไทยด้วยราคาสูงมาก อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไทยก็ไม่ยอมใช้มาตรการนี้ด้วยเกรงแรงกดดันจากสหรัฐฯ จนนำไปสู่การฟ้องร้องในศาลโดยภาคประชาชนไทยมีชัยชนะในที่สุด

กุมภาพันธ์ 2549 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ยังคงเข้มแข็งต่อเนื่อง เรียกร้องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุขยับยั้งมิให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาอนุมัติสิทธิบัตรยาคอมบิต (Combid) ของบริษัทเกร็กโซ สมิท ไคลน์ (Glaxo Smith Kline / GSK) เพราะยานี้ไม่ใช่ยาใหม่และไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้น หากยับยั้งไม่ได้ก็ขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิ เพื่อให้องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาคอมบิตได้ต่อไป เพราะมีผู้ติดเชื้อเกือบ 5,000 คน ที่ใช้ยา

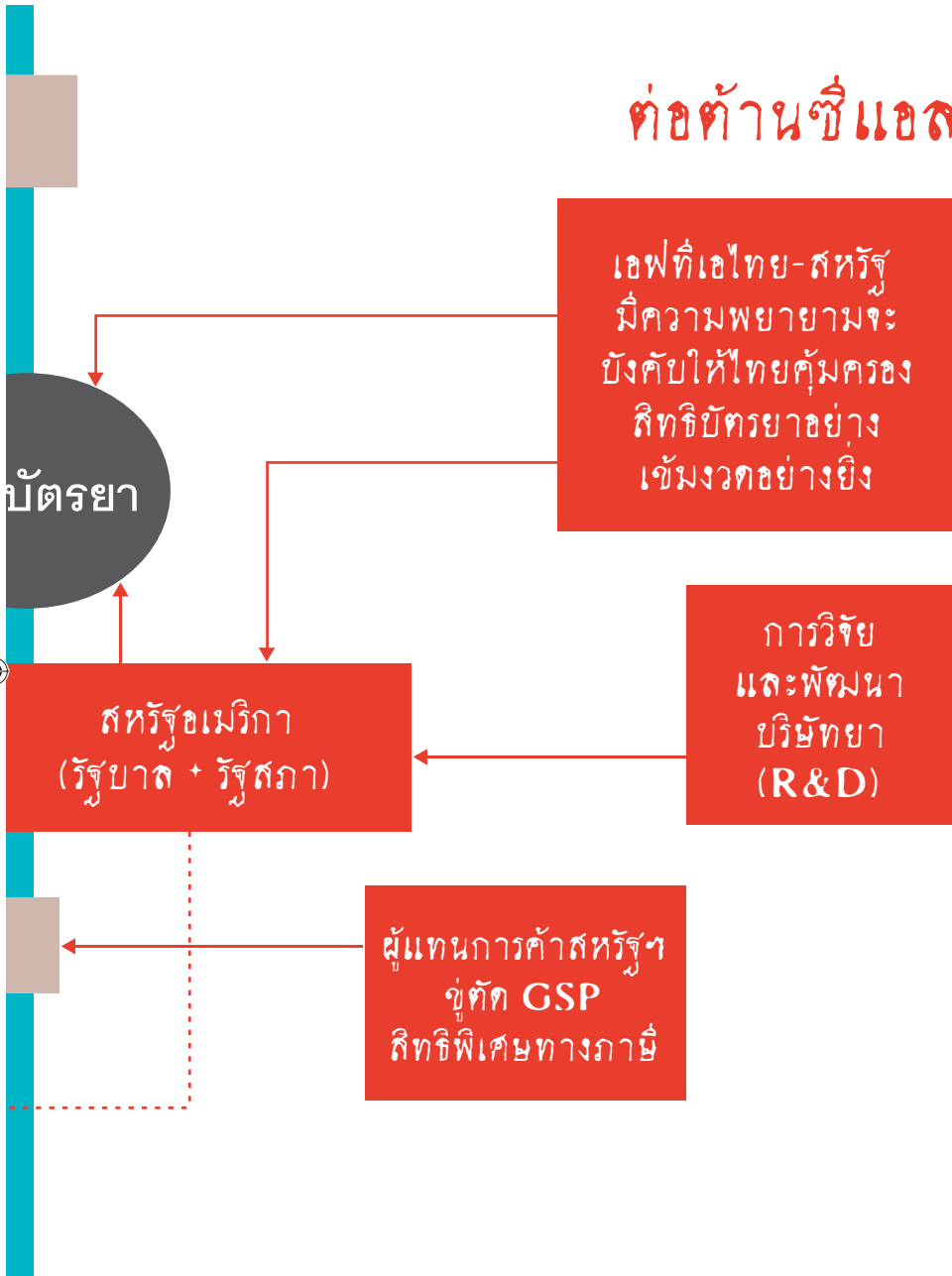
ชื่อสามัญขององค์การเภสัชกรรม เนื่องจากราคาถูกกว่ายาต้นแบบ
ที่ติดสิทธิบัตรถึง 5 เท่า ทำยที่สุดค่าอุตสาหกรรมเรื่องนี้ก็ตกไป แต่ด้วย
การกดดันทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทำให้บริษัทซึ่งรู้ตัวดี
ว่ายายาตัวเองสมควรได้รับสิทธิบัตรแค่ไหนได้ทำการถอนการขอรับ
สิทธิบัตรไปเองในที่สุด

นี่คือเส้นทางการต่อสู้ครั้งสำคัญๆ ที่แล้วมาของภาคประชา
สังคมไทย และเมื่อมาถึงปี 2550 การทำงานในการให้การศึกษา-
ข้อมูลแก่สังคมของทั้งเครือข่ายผู้ป่วย เอ็นจีโอ นักวิชาการ ตลอดจน
สื่อมวลชนที่ติดตามทำข่าวเรื่องนี้อย่างค่อนข้างใกล้ชิด ทำให้การ
ประกาศมาตรการใช้สิทธิรอบนี้อยู่ในความสนใจของสังคมทั่วไปโดย
ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องเชิงเทคนิคของผู้เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่งเท่านั้น
ดังจะเห็นได้ว่า คำว่า “ซีแอล” ขึ้นหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์หลายฉบับ
อยู่เป็นระยะๆ ในปี 2550





ต่อต้านซีแอล



ประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลภาคบังคับ ในยา 7 ชนิด

สำหรับก้าวแรกในการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับของกระทรวงสาธารณสุขของไทย ณ ปี 2550 และ ปี 2551 มีรายละเอียดดังนี้

1. ยาด้านไวรัสเอชไอวี สูตรพื้นฐาน

ยาชื่อสามัญ เอฟฟาวิเรนซ์ (Efavirenz)

ชื่อทางการค้า สต็อคคริน (Stocrin)

ของบริษัท เมิร์ค ชาร์ป แอนด์ โดห์ม จำกัด (Merck Sharp & Dohm)

(ประกาศมาตรการใช้สิทธิเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549)

ยาเอฟฟาวิเรนซ์เป็นยาด้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ที่มีประสิทธิภาพดี มีพิษน้อยกว่าเนวิราพินซึ่งเป็นส่วนผสมของยาด้านไวรัสจีพีโอ-เวียร์ (GPO-Vir) ที่องค์การเภสัชกรรมของไทยผลิตได้ในขณะนี้ ซึ่งมีผู้แพ้ยานี้ถึงร้อยละ 20 ของผู้เข้ายาทั้งหมด

ยาเอฟฟาวิเรนซ์ราคาแพงกว่าจีพีโอเวียร์ถึง 2 เท่า ถ้าประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล ราคายาเอฟฟาวิเรนซ์จะลดลงทันทีจากเดือนละ 1,300 บาท เหลือ 650 บาท (หากลดลงเหลือร้อยละ 20 ของราคาเดิม ก็จะครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องการเข้ายาทั้งหมด)

ขณะนี้ยาเอฟฟาวิเรนซ์ ชุดแรกจำนวน 16,000 ขวด นำเข้าจากบริษัท แรนแบกซี (Ranbaxy) ของอินเดีย ส่งมาถึงองค์การเภสัชกรรมแล้ว ราคาขวดละ 650 บาท ทำให้กระทรวงสาธารณสุข

จัดยาให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวเพิ่มขึ้นอีกกว่า 20,000 คน ด้วยงบประมาณเท่าเดิม และกำลังนำเข้าชุดที่สองจากประเทศอินเดียเช่นเดียวกัน (ธันวาคม 2550)

ทั้งนี้ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้สิทธินี้ไปจนถึง 31 ธันวาคม 2554 โดยจะจัดให้มียานี้ในจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาไม่เกินกว่า 200,000 คนต่อปีเฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ยานี้จะถูกจำหน่ายในประเทศโดยองค์การเภสัชกรรมซึ่งใช้ยาชื่อสามัญเป็นชื่อทางการค้าคือ 'เอฟฟาวิเรนซ์'

เอเอฟฟาวิเรนซ์ เอเอฟฟา
วิเรนซ์ เอเอฟฟาวิเรนซ์ เอเอฟฟา
Efavirenz Efavirenz Efavirenz

1,300 บาท/คน/เดือน



ฟาวิเรนซ์ เอเอฟฟาวิเรนซ์
ฟาวิเรนซ์ เอเอฟฟาวิเรนซ์ เอเอฟฟาวิ
Efavirenz Efavirenz Efaviren

650 บาท/คน/เดือน



2. ยาด้านไวรัสเอชไอวี สูตรดื้อยา

ยาชื่อสามัญ โลพินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์ (Lopinavir+Ritonavir)

ชื่อทางการค้า Kaletra (คาเลทตรา)

ของบริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด (Abbott Laboratories)

(ประกาศมาตรการการใช้สิทธิเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2550)

ยาด้านไวรัส โลพินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์ หรือที่มีชื่อการค้า และชื่อมวลงชานิยมเรียกว่า ‘คาเลทตรา’ เป็นยาด้านไวรัสสูตรสำรองสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อยา โดยปกติเมื่อผู้ป่วยกินยาด้านไวรัสสูตรพื้นฐานไปสักพัก ไวรัสจะพัฒนาตัวเองมากขึ้นจนกระทั่งดื้อยา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการกินยาทำให้ผู้ป่วยต้องกินยาในสูตรถัดมา หากไม่กินยาก็จะไม่สามารถควบคุมไวรัสได้ เกิดโรคฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด

กรมควบคุมโรคพบว่าผู้ติดเชื้อที่ต้องเริ่มกินยาด้านไวรัสมีประมาณ 500,000 คน และคนที่อีกไม่นานต้องกินสูตรสำรองก็มีถึง 50,000 คน

ยาคาเลทตราของบริษัทแอ็บบอตฯ ขายให้กรมควบคุมโรคอยู่เดือนละ 6,000 บาท หรือประมาณปีละ 72,000 บาทต่อคน หากต้องให้ยา 50,000 คน กระทรวงสาธารณสุขจะต้องใช้งบประมาณถึง 3,600 ล้านบาท

อย่างไรก็ดีเมื่อประกาศมาตรการใช้สิทธิไปแล้วบริษัทแอ็บบอตฯ ได้ประกาศลดราคาขายทั่วโลกลงเหลือ 3,400 บาทต่อคนต่อเดือนจากเดิมที่เคยอยู่ที่ 11,580 บาทต่อคนต่อเดือน (ซึ่งเป็นราคาที่ขายให้องค์กรทางการแพทย์อย่างองค์การหมอไร้พรมแดน)

และหากไทยตกลงซื้อยาสามัญจากอินเดียซึ่งจะจัดซื้อพร้อมกับ
มูลนิธิคลินตันราคาก็จะเหลือแค่ 2,027 บาทเท่านั้น

ทั้งนี้ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้
สิทธินี้ไปจนถึง 31 มกราคม 2555 โดยจะจัดให้มียาในจำนวน
เพียงพอต่อการให้บริการผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาไม่เกินกว่า 50,000 คน
ต่อปี เฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบ
ประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ

เมื่อเดือน ธันวาคม 2550 ยาชื่อสามัญจากอินเดียดังกล่าว
ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
ของไทยเป็นที่เรียบร้อยแล้วโดยใช้เวลาในกระบวนการต่างๆ
ค่อนข้างนาน เนื่องจากบริษัทแอสบอตฯ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนยา
คาเลทราสเตรเม็ดแซ็งซึ่งเป็นยาต้นแบบในประเทศไทย ทำให้
การเทียบคุณภาพของยาโลพินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์ ซึ่งเป็นยา
ชื่อสามัญทำได้ลำบาก คาดว่าจะสามารถแจกจ่ายยาไปยังโรง
พยาบาลต่างๆ ได้ในเดือนมกราคม 2551 โดยองค์การเภสัชกรรม
เป็นผู้นำเข้า จำหน่าย (และมีแผนที่จะผลิตยานี้ในอนาคต) โดย
ได้ยาชื่อสามัญเป็นชื่อทางการค้า คือ ‘โลพินาเวียร์ / ริโทนาเวียร์’

โลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์

โลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ โลพินาเวียร์

Lopinavir/Ritonavir Lopinavir/

11,580 บาท/คน/เดือน



ลอปินาเวียร์/ริโทนาเวียร์
ลอปินาเวียร์/ริโทนาเวียร์
Lopinavir/Ritonavir Lopinavir/Ritonavir

2,027-3,400 บาท/คน/เดือน



3. ยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง

ยาชื่อสามัญ โคลพิโดเกรล (Clopidogrel)

ชื่อทางการค้า พลาวิกซ์ (Plavix)

ของบริษัท ซาโนฟี-ซินเธลาโบ (ประเทศไทย) จำกัด

(ประกาศมาตรการใช้สิทธิเมื่อ 29 มกราคม 2550)

ยาลดไขมันเลือด โคลพิโดเกรล ที่มีชื่อทางการค้าและชื่อมอลชุนนิยมเรียกว่า ‘พลาวิกซ์’ ป้องกันความรุนแรงของโรคเส้นเลือดอุดตันทั้งในหัวใจและสมอง ซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตได้

จากสถิติอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในอัตรา 350 ต่อ 100,000 คน ทำให้ประมาณการได้ว่าเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงระบบเดียว (ครอบคลุม 45 ล้านคน) ก็มีความจำเป็นต้องใช้ยานี้สูงถึง 20.5 ล้านเม็ดต่อปี ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าความเป็นจริงมีผู้ป่วยโรคนี้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถเข้าถึงยานี้

ยาพลาวิกซ์ราคาเม็ดละ 70 กว่าบาท หากสามารถผลิตในประเทศหรือนำเข้าจากอินเดียได้ ราคาจะเหลือเม็ดละ 1-3 บาท ปัจจุบันโรงพยาบาลมีงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้ผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้รับยา ทั้งๆ ที่ยานี้เป็นยาจำเป็นที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ทั้งนี้ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้สิทธินี้ไปกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตร หรือหมดความจำเป็น

ที่ต้องใช้ยานี้ โดยจะจัดให้มียานี้ในจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการ ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยานี้โดยไม่จำกัดจำนวนโดยให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ แต่ต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้นำเข้า ผลิตเองในอนาคต และจัดจำหน่ายไปตามโรงพยาบาลต่างๆ โดยมียาชื่อสามัญเป็นชื่อทางการค้าว่า 'โคลพิโดเกรล'

ล่าสุดเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2551 บริษัทผลิตยาดังกล่าวในอินเดียได้ประกาศชะลอการส่งยาโคลพิโดเกรลมายังไทย เนื่องจากไม่แน่ใจในทิศทางและนโยบายของไทยต่อมาตรการใช้สิทธิซีแอล หลังจากทีนายไชยา สะสมทรัพย์ ประกาศหลังรับตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขว่าจะทบทวนการใช้ซีแอลในยามะเร็งทั้งหมด และรัฐบาลได้ให้เวลา 1 เดือน ในการหารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูล และข้อเสนอแนะนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

โคลพิโดเกรล โคลพิโด
เกรล Clopidogrel Clopidogrel

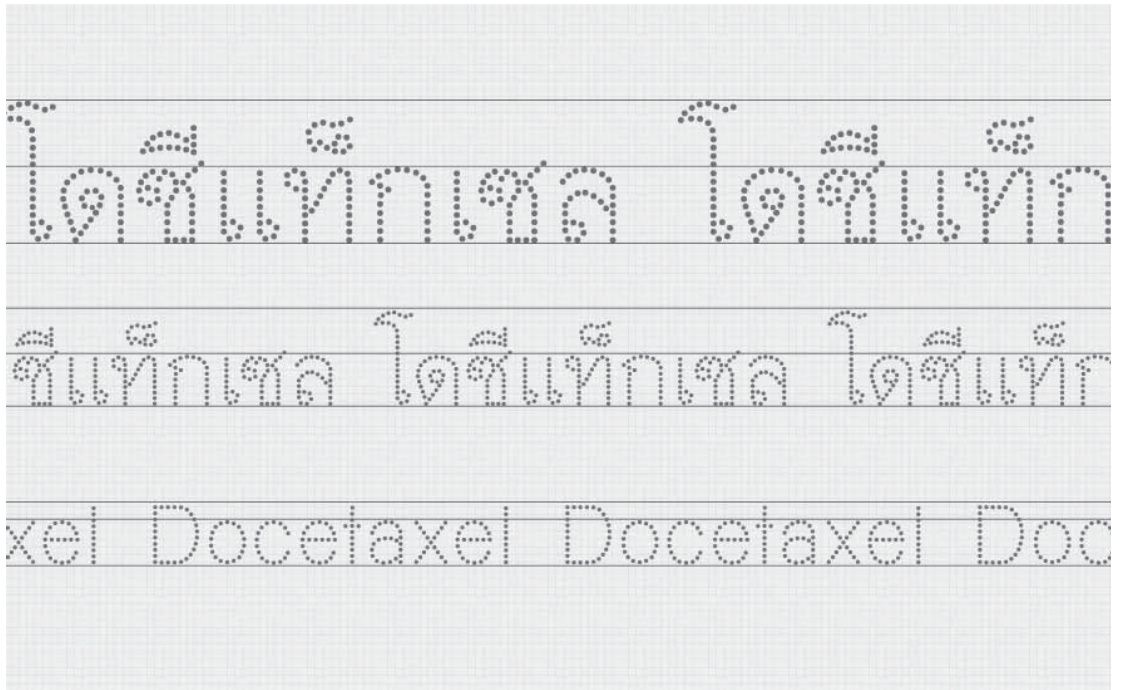
เม็ดละ 70 บาท



โตเกรล โคลพิโตเกรล
พิโตเกรล โคลพิโตเกรล โคลพิโต
Clopidogrel Clopidogrel Clo

เม็ดละ 1-3 บาท





4. ยารักษาโรคมะเร็ง

ยาชื่อสามัญ โดซีแท็กเซล (Docetaxel)

ชื่อทางการค้า แท็กโซทีเยอร์ (Taxotere)

ของบริษัท ซาโนฟี อเวนต์ิส (ประเทศไทย) จำกัด

(ประกาศมาตรการใช้สิทธิเมื่อ 4 มกราคม 2551)

ยานี้ใช้รักษาโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ยาที่มีสิทธิบัตรมีราคาถึง 25,000 บาทต่อเข็มขนาด 80 มิลลิกรัม ขณะที่ยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพทัดเทียมกันในขนาดเดียวกันที่จะผลิตหรือนำเข้ามาได้หลังการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลมีราคาเพียง 4,000 บาท ซึ่งต่างกันถึงกว่า 6 เท่า



ทั้งนี้จากสถิติผู้ป่วยพบว่ามะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของชายไทย และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของผู้หญิง โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่เกือบ 10,000 คน ส่วนมะเร็งเต้านม เป็นโรคยอดนิยมอันดับ 2 ของหญิงไทยรองจากมะเร็งปากมดลูก แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงเป็นอันดับ 1





5. ยารักษาโรคมะเร็งเต้านม

ยาชื่อสามัญ เล็ทโทรโซล(Letrozole)

ชื่อทางการค้า ฟีมารา (Femara)

ของบริษัท โนวาร์ทีส (ประเทศไทย) จำกัด

(ประกาศมาตรการใช้สิทธิเมื่อ 4 มกราคม 2551)

ยาติดสิทธิบัตรที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านม มีราคา 250 บาทต่อเม็ดขนาด 2.5 มิลลิกรัม และต้องใช้ยารวันละหนึ่งเม็ดทุกวัน มีค่าใช้จ่ายเฉพาะยา 6,900 บาทต่อเดือน ในขณะที่ยาชื่อสามัญ ที่มีคุณภาพทัดเทียมกันที่จะผลิตหรือนำเข้ามาได้หลังการประกาศใช้สิทธิที่แอลมีราคาเพียงเม็ดละ 6-7 บาท ต่างกันถึงกว่า 30 เท่า





6. ยารักษาโรคมะเร็งปอด

ยาชื่อสามัญ เออร์โลทีนิบ (Erlotinib)

ชื่อทางการค้า ทราซีว่า (Tarceva)

ของบริษัท โรช (ประเทศไทย) จำกัด

(ประกาศมาตรฐานการใช้สิทธิเมื่อ 4 มกราคม 2551)

ปกติยาติดสิทธิบัตรที่ใช้รักษาโรคมะเร็งปอด มีราคา 2,750 บาท ต่อเม็ดขนาด 150 มิลลิกรัม และต้องใช้อย่างน้อยวันละหนึ่งเม็ด ทุกวัน มีค่าใช้จ่ายเฉพาะยา 82,500 บาทต่อเดือน ในขณะที่ยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพทัดเทียมกันมีราคาเพียงเม็ดละ 735 บาท ต่างกันถึงเกือบ 4 เท่า

ม เอลวเลทิม เอลว
เลทิม เอลวเลทิม เอลวเลทิม
tinib Erlotinib Erlotinib Erlotin



7. ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ยาชื่อสามัญ อีมาทินิบ (Imatinib)

ชื่อทางการค้า กลีเวค (Glivec)

ของบริษัท โนวาร์ทีส (ประเทศไทย) จำกัด

(ประกาศมาตรการการใช้สิทธิเมื่อ 25 มกราคม 2551* อย่างมีเงื่อนไข)

กลีเวคใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคมะเร็งทางเดินอาหาร (gastrointestinal stromal tumors หรือโรค GIST) โดยไม่มียาอื่นทดแทนได้ มีราคา 917 บาทต่อเม็ดขนาด 100 มิลลิกรัม และราคา 3,600 บาทต่อเม็ดขนาด 400 มิลลิกรัม โดยจะต้องใช้ยานี้ขนาดอย่างน้อยวันละ 400 มิลลิกรัมทุกวัน ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตผู้ป่วยโดยเฉลี่ยได้ราวสองปี หรือคิดเป็นค่ายาอย่างน้อยปีละ



หนึ่งล้านสามแสนบาทต่อคน ยังไม่รวมค่าตรวจรักษาและค่ายาอื่นๆ ในขณะที่ยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพทัดเทียมกันมีราคาเม็ดละ 50-70 บาทสำหรับขนาด 100 มิลลิกรัม ต่างกันถึงเกือบ 20 เท่า



พ.ญ.แสงสุรีย์ จุฑา หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในฐานะนายกสมาคมโลหิตวิทยาประเทศไทยให้ข้อมูลเพิ่มเติมไว้ว่า ยากีโวกแม็จะรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวให้หายขาดไม่ได้ แต่ขณะนี้ถือว่าเป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันทั่วโลก ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1.5 ล้านบาทต่อคนต่อปี ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจต้องทานวันละ 6-8 เม็ดจากปกติ 3-4 เม็ด นอกจากนี้ในงานวิจัยของต่างประเทศยังพบว่าหากผู้ป่วยได้รับยานี้จะมีอายุยืนยาวไปอีก 23-25 ปี ซึ่งมากกว่าที่ไม่ได้รับยาถึง 5 เท่า



กรณีของกลีเวคนี้อาจต้องหมายความว่า เป็นการประกาศ
มาตรการใช้สิทธิซีแอลอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจากการเจรจาระหว่าง
กระทรวงสาธารณสุขกับบริษัทโนวาartis เจ้าของสิทธิบัตรมีข้อ
ตกลงเป็นที่พอใจทั้งสองฝ่าย คือ บริษัทได้เสนอให้ยาอิมาตินิบ
(Imatinib) ฟรีแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้โครงการ
GIPAP (Glivec International Patient Assistance Program)
โดยยอมขยายรายได้ครัวเรือนของผู้ที่จะได้รับยาจากเดิมไม่เกิน
300,000 บาทต่อปี เป็น 1.7 ล้านบาทต่อปี (สำหรับผู้ต้องการยา
400 มิลลิกรัมต่อวัน) และ 2.2 ล้านบาทต่อปี (สำหรับผู้ต้องการยา
600 มิลลิกรัมต่อวัน) ข้อเสนอดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วย ภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพได้รับยาฟรีทุกราย โดยกระทรวงสาธารณสุข
ยอมระบุเงื่อนไขในการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลว่าจะใช้
มาตรการนี้ก็ต่อเมื่อมีการยกเลิกโครงการ GIPAP

ตารางเปรียบเทียบราคายาจำเป็น 7 ชนิด
ก่อนและหลังการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล
หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ

ยาชื่อสามัญ	ราคาก่อนประกาศ มาตรการใช้สิทธิ	ราคาหลังประกาศ มาตรการใช้สิทธิ (เบื้องต้น)
1. ยาด้านไวรัสเอดส์เอชไอวีเรนท์	1,300 บาท คน/ เดือน	650 บาท คน/ เดือน
2. ยาด้านไวรัสโลพินาเวียร์ + ริโทนาเวียร์	11,580 บาท คน/ เดือน	2,027-3,400 บาท คน/ เดือน
3. ยาโคลพิโดเกรล รักษาโรคหลอดเลือด หัวใจและสมอง	เม็ดละ 70 บาท	เม็ดละ 1-3 บาท
4. ยาโดซิแท็กเซล รักษาโรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งเต้านม	25,000 บาทต่อเข็ม (ขนาด 80 มิลลิกรัม)	4,000 บาทต่อเข็ม (ขนาด 80 มิลลิกรัม)
5. ยาเล็ทโทโรโซล รักษาโรคมะเร็งเต้านม กิน 1 เม็ด ทุกวัน	250 บาทต่อเม็ด	6-7 บาทต่อเม็ด
6. ยาเออร์โลทินิบ รักษาโรคมะเร็งปอด กิน 1 เม็ด ทุกวัน	2,750 บาท ต่อเม็ด	735 บาทต่อเม็ด
7. ยาอิมาทินิบ รักษาโรคมะเร็งเม็ด เลือดขาว,โรคมะเร็ง ทางเดินอาหาร กินอย่างน้อยวันละ 400 มิลลิกรัม	917 บาทต่อเม็ด (ขนาด 100 มิลลิกรัม)	50-70 บาทต่อเม็ด (ขนาด 100 มิลลิกรัม)



.....

“คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
ขอแสดงความชื่นชมและสนับสนุนการ
ดำเนินงานของรัฐบาล โดยเฉพาะรัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์
มงคล ฌ สงขลา กับคณะที่ได้ตัดสินใจ
ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมอย่าง
แท้จริง แม้ว่าจะต้องเผชิญกับแรงกดดัน
ทางการเมืองและเศรษฐกิจที่จะตามมา
จากประเทศอุตสาหกรรมและบรรษัทข้าม
ชาติ ที่สูญเสียผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ”

แถลงการณ์คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

.....





ผลสะท้อนจากการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล

“ไม่รู้ว่ามีมูลค่าชีวิตคนหนึ่งคนจะคำนวณออกมาได้เท่ากับมูลค่าสินค้าส่งออกไปอเมริกาเป็นจำนวนเท่าใด ผมหมดปัญญาจริงๆ ไม่รู้จะจัดการปัญหาให้กับคนของเราอย่างไร คนต้องตายมากมายเพราะไม่มีเงินซื้อยามกิน...”
น.พ.มงคล ฅ สงขลา

อย่าเพิ่งดีใจว่าสิ่งใดจะได้มาโดยง่าย ทันทึ่ที่มีการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล หรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับในประเทศไทยเป็นครั้งแรกในสมัยของรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งมาจากการทำรัฐประหาร 19 กันยายน 2549 ทางกลุ่มบริษัทยักษ์ใหญ่ข้ามชาติก็แสดงความไม่พอใจ และโจมตีไทยในทันที โดยระบุว่าไทยทำผิดกติการะหว่างประเทศในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาพร้อมทั้งขู่ว่าจะถอนการลงทุนในประเทศไทย

หลังจากประเด็นข้อกฎหมายตกไปว่าไทยไม่ได้ละเมิดความตกลงเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ก็มีการโจมตีทั้งทางเว็บไซต์และหน้าหนังสือพิมพ์ถึงจุดอ่อนของรัฐบาลชุดที่มาจากรัฐประหาร รวมไปถึงการกล่าวหาว่ายาที่นำเข้าจากประเทศอินเดียหรือประเทศอื่นซึ่งมีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบมากนั้นเป็นยาที่มีคุณภาพต่ำ ฯลฯ

ตามมาด้วยมาตรการขอดนิยમอย่างการกดดันทางเศรษฐกิจของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา โดยก่อนหน้านี้เมื่อปี 2535 ไทยต้องเผชิญกับแรงกดดันของสหรัฐอเมริกาแล้วจันต้องแก้กฎหมายสิทธิบัตร



ให้มีการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเข้มข้นขึ้นมาก โดยสหรัฐอเมริกา ก็อ้างเรื่องที่ไม่ยอมให้ไทยอาจโดนตัดสิทธิพิเศษทางภาษี (GSP-Generalized System of Preferences) เพราะไม่เข้มงวดกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เช่นเดียวกับครั้งนี้

ทันทีที่ไทยประกาศมาตรการใช้สิทธิในยาซึ่งบริษัทต่างชาติเป็นเจ้าของสิทธิบัตร สำนักงานผู้แทนการค้าสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มต้นออกมาประกาศเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ปรับอันดับประเทศไทยเรื่องการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาจากประเทศที่ถูกจับตามอง หรือ Watch List (WL) มาเป็นประเทศที่ถูกจับตามองเป็นพิเศษ หรือ Priority Watch List (PWL) ตามมาตราพิเศษ 301 (Special 301) ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะมีผลต่อการตัดหรือต่ออายุ GSP แม้นายราล์ฟ บอยซ์ จูเนียร์ เอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกาประจำประเทศไทยจะอ้างว่าไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับกรทำซ้ำแอลของไทย หรือไม่ได้เป็นเหตุผลหลัก แต่ในรายงานที่เผยแพร่ตามมาตราพิเศษ 301 ระบุชัดเจนว่า

“นอกเหนือจากความวิตกกังวลที่มีมานานต่อความไม่เพียงพอในการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาของไทยเหล่านี้แล้ว ปลายปี 2549 และต้นปี 2550 ยังมีสิ่งบ่งชี้มากขึ้นถึงความอ่อนเปลี้ยในการเคารพสิทธิบัตร ดังที่รัฐบาลไทยได้ประกาศการตัดสินใจที่จะใช้มาตรการสิทธิสำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรแล้วหลายรายการ”

ขณะเดียวกันเอ็นจีโอในประเทศ เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย) เครือข่ายนักศึกษาเภสัชศาสตร์ เครือข่ายผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ฯลฯ



ก็ประกาศสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขเต็มที่ และองค์การระหว่างประเทศหลายแห่ง ตลอดจนประเทศกำลังพัฒนาด้วยกันก็ส่งเสริมซึ่งกันและกันความกล้าหาญของรัฐบาลไทย

ด้านสมาชิกรัฐสภาของสหรัฐอเมริกาจำนวน 22 คนได้เข้าชื่อกันยื่นจดหมายถึงสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐอเมริกา เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของไทย และไม่ให้ผู้แทนทางการค้าสหรัฐอเมริกาดำเนินการเข้าแทรกแซงการประกาศมาตรการใช้สิทธิซึ่งพวกเขายืนยันว่าเป็นเรื่องที่ทั้งถูกกฎหมายและถูกหลักมนุษยธรรม

“เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ประเทศไทยได้เป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะทำให้คนในประเทศทุกคนสามารถเข้าถึงยาได้ ถ้าความพยายามที่กล้าหาญครั้งนี้ล้มเหลว บริษัทข้ามชาติจะเข้ามายึดครอง-ควบคุมการมีชีวิตและการอยู่ดีมีสุขของคนจนหลายล้านคน และจะไม่มีประเทศกำลังพัฒนาประเทศใดจะกล้าใช้สิทธิอันชอบธรรมในการบังคับใช้สิทธิเช่นนี้อีก” พอล คอว์ธอร์น ผู้อำนวยการองค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย) กล่าวสนับสนุนไทย

ไม่ว่าจะอย่างไร แรงกดดันทั้งด้านเศรษฐกิจและการเมืองในครั้งนี้เป็นแรงกดดันที่ทำให้ขนาดหัวขบวนอย่าง น.พ.มงคล ภูสงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ยังถึงกับออกปากท้อแท้

“ไม่รู้ว่ามีมูลค่าชีวิตคนหนึ่งคนจะคำนวณออกมาได้เท่ากับมูลค่าสินค้าส่งออกไปอเมริกาเป็นจำนวนเท่าใด ผมหมดปัญญาจริงๆ ไม่รู้จะจัดการปัญหาให้กับคนของเราอย่างไร คนต้องตายมากมายเพราะไม่มีเงินซื้อยากิน อย่างไรก็ตามแม้ว่าต่างชาติจะ



ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจทำซีแอลก็เป็นเรื่องปกติ เพราะคงไม่เจ็บปวดเท่ากับการที่คนไทยด้วยกันมาด่าว่าเป็นโจร” น.พ.มงคล ณ สงขลา สะท้อนความคับแค้นที่บางส่วนในสังคมไม่ผู้สนับสนุนมาตรการใช้สิทธิ โดยเฉพาะภาคการค้า ไม่เว้นแม้แต่กระทรวงพาณิชย์ที่แสดงความไม่มั่นใจผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับแรงต้านทานโดยตรงเมื่อบริษัท แอ็บบอตฯ ได้ตอบโต้มาตรการใช้สิทธิของไทยกับยาแคลเทตราของแอ็บบอตฯ ด้วยการถอนการขึ้นทะเบียนยาใหม่ 10 ตำรับในประเทศไทย รวมทั้งยาอลูเวียร์ (Aluvir tablet) ยาต้านไวรัสสูตรสำรองซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ของแคลเทตราที่ทนความร้อนได้ดีกว่ารูปแบบเดิม ไม่ต้องแช่ในตู้เย็นตลอดเวลา การถอนการขึ้นทะเบียนยาย่อมเท่ากับว่าจะไม่มีการวางขายยานี้ในไทย โดยบริษัทตั้งเงื่อนไขขอรัฐบาลไทยต้องยกเลิกมาตรการใช้สิทธิเสียก่อน

ทันทีที่ทันควิน เอ็นจีโอภายในประเทศได้ออกมาประณามและบอยคอตสินค้าอื่นๆ ของบริษัทแอ็บบอตฯ รวมถึงสร้างเครือข่ายทั่วโลกเพื่อร่วมประณามการกระทำของบริษัทยาข้ามชาติแห่งนี้

“การกระทำครั้งนี้ของแอ็บบอตฯ ไม่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นการทำการค้าที่ไม่มีจริยธรรม เพราะมาตรการบังคับใช้สิทธิที่รัฐบาลทำนั้นถูกกฎหมายภายในประเทศ กติการะหว่างประเทศ รวมทั้งถูกหลักจริยธรรม”

“เราจะประหยัคงบประมาณด้านสาธารณสุข ทำให้คนมีโอกาสดีรับยามากขึ้น คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แอ็บบอตฯ ได้ทำทนาย ไม่เห็นแก่ผู้ช้ยา ไม่สนใจทำมาค้าขายกับประเทศไทย เราจึงอยากให้แอ็บบอตฯ หยุดทำการค้าในทุกผลิตภัณฑ์ไม่เฉพาะยา

และอยากเชิญชวนคนไทยหยุดซื้อ หยุดใช้สินค้าแอมบอตฯ นอก
จากในประเทศแล้ว เราจะประสานกับเครือข่ายต่างๆ ทั่วโลก เช่น
องค์กรหมอไร้พรมแดน องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคสากล เพื่อให้หยุด
ซื้อ หยุดใช้ผลิตภัณฑ์ของแอมบอตฯ ทั่วโลกด้วย” สารี อ๋องสมหวัง
ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคกล่าว



.....

“เราไม่มีเส้นมีสายหรือกำลังอำนาจใดๆ
ทั้งสิ้น มีแต่หัวใจที่ทำเพื่อคนทุกซั๊กยาก
แต่เราก็ไม่มีพลัง ไม่มีคนสนับสนุน อำนาจ
มันต่างกันเยอะ ดังนั้นทำได้แค่ไหนเราก็
จะทำเท่านั้น หากทำไม่ได้จริงๆ ก็ต้องยอม

ในการลงมติของ USTR อาจมีคนที่หนุน
เราส่วนหนึ่ง แต่กลุ่มที่ไม่สนับสนุนไม่รู้คิด
อย่างไร ถ้าเห็นด้วยกับเรามากกว่านี้ ผลคง
ไม่ออกมาแบบนี้และไทยคงไม่ถูกทำร้าย”

น.พ.มงคล ณ สงขลา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

.....





ขณะที่ในประเทศสหรัฐอเมริกา อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน ดร.เฮ็คเตอร์ เดลลูกา ได้เป็นตัวตั้งตัวตีในการแสดงจุดยืนคัดค้านการดำเนินการของบริษัทแอสบอดซ์ เนื่องจากยาตัวหนึ่งในจำนวนยาที่บริษัทแอสบอดซ์ ระวังการขึ้นทะเบียนในไทยนั้นเป็นยาที่เธอและนักวิชาการร่วมสถาบันเป็นผู้ค้นคว้าวิจัย โดยพวกเขาไม่ต้องการให้บริษัทนำยานี้ไปเป็นเครื่องมือต่อรอกก็ดกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึง

อย่างไรก็ดีหลังการประกาศมาตรการใช้สิทธิ บริษัทฯ ข้ามชาติได้พากันเข้ามาต่อรอกราคายากับคณะกรรมการเจรจาต่อรอกราคายาจำเป็นที่มิสิทธิบัตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพยายามไม่ให้มีการใช้มาตรการนี้ แต่การเจรจาก็ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่เป็นที่พอใจทั้งสองฝ่ายได้ อีกทั้งบางบริษัทจัดให้มีโครงการช่วยเหลือแจกยาให้ผู้ป่วยฟรีจำนวนหนึ่ง โดยมีเงื่อนไขให้รัฐบาลยกเลิกมาตรการใช้สิทธิ แต่กระทรวงสาธารณสุขปฏิเสธเงื่อนไขดังกล่าว นอกจากนี้ทางกระทรวงสาธารณสุข ยังมีการต่อเชื่อมกับมูลนิธิคลินตันซึ่งเป็นศูนย์กลางรวบรวมความต้องการยาจำเป็นที่มิราคาแพงจากประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ เพื่อไปต่อรอกซื้อขายชื่อสามัญล็อตใหญ่ในราคาที่ถูกลงขึ้นจากประเทศที่มีศักยภาพผลิต

บริษัทฯ ประกาศหยุดลงทุน
ในไทย ตอบโต้สธ. ลุยผลิตยา
ติดสิทธิบัตร

ผู้จัดการออนไลน์
25 มกราคม 2550

กลุ่มธุรกิจยาประกาศแช่แข็ง
การลงทุนในไทย พร้อมทบทวน
แผน การลงทุนใหม่ทั้งหมด
ในประเทศไทยหลังกระทรวง
สาธารณสุขเตรียมบังคับใช้สิทธิ
ผลิตยาที่ติดสิทธิบัตร 2 ชนิด
คือยาต้านไวรัสเอดส์และยา
โรคหัวใจ ลั่นต้องการให้เคารพ
กฎหมายที่ถือเป็นกติกาสากล
และต้องการความมั่นใจว่า
รัฐบาลจะสามารถรับประกัน
ความปลอดภัยในทรัพย์สินของ
บริษัทผู้ผลิต ด้าน “หมอมงคล”
โต้เชื่อแค่คำชู่เพื่อรักษาผล
ประโยชน์ ไม่ต้องเป็นห่วงว่าจะ
ไม่มียาใช้ เพราะไม่เคยมีบริษัท
ยาที่ไหนที่จะเลิกขาย เผยทำเพื่อ

สัมภาษณ์ - กรณีการ กิจติเวช
กุล องค์การหมอไร้พรมแดน -
เบลเยียม (ประเทศไทย)

ประชาไทออนไลน์
26 มกราคม 2550

ถาม : หน่วยงานที่เรียกว่า
พรีมา (PREMA) ซึ่งออกมา
แสดงความเห็นด้วยการ
ประกาศมาตรการ การใช้สิทธิของ
ไทย คืออะไร

ตอบ : คือสมาคมผู้วิจัยและ
ผลิตเภสัชภัณฑ์ แต่จริงๆ แล้ว
พรีมาก็คือสาขาในไทยของ
สมาคมอุตสาหกรรมยาที่ใหญ่ที่
สุดของอเมริกาที่เรียกว่าฟาร์มา
(PhRMA) ยาที่เรารู้จักเกือบทุก
บริษัทของอเมริกาอยู่ในสมาคม
นี้ ซึ่งมีอิทธิพลมากกับรัฐบาล
สหรัฐฯ

พูดง่ายๆ คือสมาคมผู้นำเข้ายา
นั่นเอง เพราะบริษัทยาของไทย

ต้องการให้คนไทยได้ใช้ยาราคา ถูก และได้ลงนามบังคับใช้แล้ว

จากการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ปรารภ เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2550 ถึง แผนการที่จะบังคับใช้สิทธิบัตร ยากับอีกหลายบริษัท เพื่อผลิต ยาต้านไวรัสเอดส์ และยาโรค หลอดเลือดหัวใจรวมทั้งได้เปิด เผยถึงรายชื่อยาอื่นๆ ที่อยู่ใน แผนการในอนาคตซึ่งรวมถึงยา ด้านโรคมะเร็ง และยาปฏิชีวนะ นั้น

นายธีระ จกานโรดม นายก สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัช ภัณฑ์ (PReMA) กล่าวว่า สมาชิกสำคัญของสมาคมส่วน หนึ่งต่างก็ตะลึงกับการปรารภ เจตนาดังกล่าว และต่างก็ได้ ยืนยันว่า ได้สั่งชะลอแผนการ ลงทุนใหม่ทั้งหมดในประเทศ ไทย เพื่อทบทวนบรรยากาศการ

เองมีน้อย และมีสมาคมต่างหาก เรียกว่า สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยา

ถาม : คิดอย่างไรกับข้อกังวล ของพริมาที่เห็นว่าทางกระทรวงกำลังดำเนินนโยบายยึด ทรัพย์สินของเอกชน เพียง เพราะกระทรวงมีงบประมาณ ไม่เพียงพอเท่านั้นในการซื้อ ยา แล้วไปประกาศมาตรการ ใช้สิทธิ

ตอบ : เรื่องการบังคับใช้สิทธิ หรือ CL นี้ไทยทำถูกต้องกฎ หมายในประเทศและระหว่าง ประเทศ

โดยเฉพาะประเด็นกฎหมาย ระหว่างประเทศนั้น ตามข้อตกลง ว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา หรือ TRIPs มาตราที่ 31 (b) ระบุว่า เราสามารถบังคับใช้สิทธิ ได้ในกรณีที่เป็นสถานการณ์

ลงทุนในประเทศใหม่เพราะ
ทุกบริษัทต่างก็เป็นกังวลเกี่ยว
กับการลงทุนในประเทศที่รัฐบาล
ไม่สามารถให้การรับรอง เบื้อง
ต้นถึงความปลอดภัยในทรัพย์สิน
ของบริษัทเขาได้

“พวกเรามีความปิติที่ได้ยิน
คำรับรองจากปากท่านนายก
รัฐมนตรีที่ได้ให้ไว้กับกลุ่มนัก
ลงทุนต่างประเทศเมื่อวานนี้
ว่าประเทศไทยยังคงเปิดอ้อม
แขนต้อนรับการค้าและการ
ลงทุนจากต่างประเทศที่จะเป็น
กุญแจสำคัญในการขับเคลื่อน
พลวัตทางเศรษฐกิจให้ประเทศ
ไทยได้เจริญรุ่งเรืองยิ่งขึ้นด้วย
การค้าและการลงทุนจากต่าง
ประเทศ อย่างไรก็ตาม จนกว่า
ท่านรัฐมนตรีจะแสดงเจตนารมณ์
ของการขานรับนโยบายท่าน
นายก เราจะพิจารณาอย่างรอบ
คอบก่อนที่จะขยายการลงทุน
ต่อไปในประเทศไทยเราคงไม่

ฉุกเฉิน (National Emergency
หรือ Extremely Urgency)
และอีกข้อคือเพื่อการสาธารณะ
ที่ไม่ใช่การค้า (Public Non
Commercial Use) ดังนั้นสิ่ง
ที่ไทยทำอยู่ตอนนี้คือข้อนี้ คือ
ไม่แสวงหากำไร เป็นไปเพื่อ
ประโยชน์สาธารณะ

ในกรณีของ Public Non
Commercial Use เมื่อรัฐบาล
จะทำทั้งโดยรู้หรือไม่รู้ว่ามีสิทธิ
บัตรอยู่ แต่เมื่อรู้ก็ต้องแจ้งเจ้า
ของสิทธิโดยไม่ชักช้า สิ่งที่รัฐบาล
ต้องทำคือการแจ้งไม่ชักช้าแค่
แจ้งเท่านั้น

อีกส่วนหนึ่งคือ คำประกาศ
Doha เมื่อปี 2544 ว่าด้วย
TRIPs and Public Health ระบุ
เลยว่า

“รัฐมนตรีเห็นพ้องว่าความตกลง
TRIPs ต้องไม่ห้ามและไม่ควรที่

สามารถคาดหวังให้ต่างชาติเข้ามาลงทุนในประเทศได้ก็ตามที่ไม่สามารถให้การรับรองเบื้องต้นถึงความปลอดภัยในทรัพย์สินของพวกเขาได้”

นายธีระกล่าวด้วยว่า เท่าที่ทราบมายังมียารักษาโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และยาปฏิชีวนะที่ตกเป็นเป้าหมายในการถูกบังคับใช้สิทธิบัตร (compulsory licensing) ของรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขด้วย

“เราชื่นชมกับท่านรัฐมนตรีที่ให้ความเอาใจใส่ในสุขภาพของประชาชนและรู้สึกเห็นใจกับปัญหาทางการเงินที่กระทรวงสาธารณสุขต้องประสบอย่างที่ท่านรัฐมนตรีได้อธิบายไว้ อย่างไรก็ตาม การกระทำที่ดีที่สุดสำหรับปัญหาเช่นนี้คือมีการพูดคุยกันเพื่อที่จะหาจุดสมดุลในการแก้ปัญหา การที่

จะขัดขวางประเทศสมาชิกที่จะใช้มาตรการเพื่อปกป้องสาธารณสุขของประเทศสมาชิก”

ปัญหาคือตั้งแต่คำประกาศได้ออกมา ประเทศที่จะกล้าทำมีน้อยมาก ประเทศไทยน่าจะเป็นลำดับที่ 5 ในหมู่ประเทศกำลังพัฒนา รองจาก โมซัมบิก ซิมบับเว อินโดนีเซีย มาเลเซีย ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วใช้มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรกันเป็นปกติ อย่างอเมริกันทำบ่อย แต่ถ้าประเทศกำลังพัฒนาที่ไหนจะทำบ้างจะโดนสกัดล็อบบี้โดยฟาร์มาและพรีมานี้เอง

ดังนั้นนี่ไม่ถือเป็นการยึดทรัพย์สินเอกชน การทำซีแอลเราจะแจ้งต่อบริษัท มีการบอกด้วยว่าจะให้ค่าตอบแทนเขาตามสมควรที่เราคิดว่าเหมาะสมซึ่งเป็นการเทียบเคียงมาจากที่หลายประเทศใช้

รัฐบาลบังคับเอาทรัพย์สินของเอกชน เพราะไม่สามารถซื้อได้นั้นเป็นแบบอย่างที่อันตรายและจะทำให้ทำลายชื่อเสียงของประเทศว่าเป็นประเทศที่ไม่ให้ความเคารพต่อกฎกติกาสากล”

นายธีระกล่าวเสริมว่าโดยปกติกฎหมายได้อนุญาตให้รัฐทำเช่นนี้กับเวชภัณฑ์ใดๆ ได้ในกรณีที่เป็นเรื่องฉุกเฉินของชาติจริงๆ หรือในระหว่างสงครามเท่านั้น แต่กระนั้นก็ยังต้องมีการเจรจาตกลงกับบริษัทที่เกี่ยวข้องก่อน ซึ่งที่รัฐมนตรีสาธารณสุขมีแผนจะทำเป็นข้อยกเว้นทางกฎหมายที่จะต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อจะไม่ให้กระทบกระเทือนต่อความมั่นใจของนักลงทุน

ที่สำคัญคือนายกรัฐมนตรีเองได้กล่าวกับสมาชิกสภามาตรการค้าต่างประเทศว่าประเทศ

ถาม : อะไรเป็นตัวชี้วัด ‘ความจำเป็น’

ตอบ : ความจำเป็นนั้นดูที่ความขาดแคลนของยา ความจำเป็นเร่งด่วน ราคา สมมติว่าถ้ามันมีราคาแพงมากแต่คนใช้น้อยก็อาจมีความจำเป็นน้อย แต่ถ้าแพงแล้วคนใช้มากความจำเป็นก็มากกว่า อย่างตัวยาพลาวิกซ์ (Plavix) คนตั้งแต่ 50 กว่าขึ้นไปใช้เยอะมาก

ถาม : หากเราจะใช้มาตรการซีแอลกับยาอะไรก็ได้ อย่างนี้นักลงทุนจะลำบากหรือไม่

ตอบ : ไม่ใช่จะทำได้ทุกตัว รัฐจะใช้ซีแอลได้เฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลัก คือ บัญชียาที่รัฐบาลระบุว่า เป็นยาสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ซึ่งมีไม่เยอะ

แล้วการลงทุนที่ว่าเป็นอะไร ถ้า

ไทยเป็นตัวอย่างของการประสบความสำเร็จทางเศรษฐกิจเพราะต้อนรับการค้าและการลงทุนจากต่างประเทศ ไม่มีประเทศไหนที่หวังที่จะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนการค้าโลกจะสามารถทำอย่างนี้ ประเทศไทยคิดจะกระทำ โดยไม่สูญเสียมูลค่านับพันล้านจากการลงทุนจากรายได้ และโอกาสในการพัฒนา

“การกระทำโดยไม่ได้หรือกับอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องเช่นนี้จะนำประเทศของเราไปสู่การถูกโดดเดี่ยวจากนักลงทุนต่างชาติในที่สุดที่ผ่านมาริชิตด้านชีววิทยาศาสตร์ต่างก็พยายามทำงานอย่างหนักเพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางเทคโนโลยีชีวภาพของภูมิภาคนี้ การประกาศเจตนาเช่นนี้มีโอกาสจะทำลายทุกสิ่งทุกอย่างที่เราได้พยายามทำมาตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาใน การที่จะ

ลงทุนตั้งโรงงานนั้นไม่มีอยู่แล้วเกือบทั้งหมดเป็นการนำเข้ามาหากจะมีการลงทุนก็คือการทดลองยาในมนุษย์ซึ่งมีทั้งที่ดีและไม่ดี และถือว่าประชาชนได้รับประโยชน์น้อยมาก

ถาม : “ในประเทศที่ประสบปัญหาเอดส์ / การติดเชื้อเอชไอวี บริษัทสมาชิกของสมาคมผู้วิจัยและผลิตภัณฑ์เต็มใจอย่างยิ่งที่จะเจรจากับรัฐบาลในการให้การสนับสนุนการรักษาในราคาต่ำ และบางครั้งโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ” คำกล่าวนี้จริงหรือไม่

ตอบ : ส่วนใหญ่บริษัทยามักใช้วิธีการอย่างนี้ ไม่ยอมลดราคายา แต่ใช้วิธีเจรจา ซื้อมา 10 แกรม 5 หรือมีโครงการเพื่อภาพพจน์ บริจาค แต่ความจริงคือยาคุณไม่ได้แพงขนาดนั้นแล้ว หากำไรมาจนพอกแล้ว ควร

แสดงให้เห็นสำนักงานใหญ่ของเราเห็นถึงความน่าสนใจของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางด้านเทคโนโลยีชีวภาพ และการกระทำเช่นนี้ทำให้คู่แข่งของเราในภูมิภาคยิ่งได้เปรียบในการแข่งขันมากขึ้น”

“หากไม่มีการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเหมาะสมจะไม่มีแรงจูงใจหรือการช่วยเหลือทางการเงินหรืออื่นใดที่เพียงพอที่ไม่สามารถที่จะดึงบริษัทวิจัยพัฒนาเข้ามาลงทุนได้”

นายธีระกล่าวด้วยว่า ในประเทศที่ประสบปัญหาเอดส์ / การติดเชื้อเอชไอวี บริษัทสมาชิกของสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์เต็มใจอย่างยิ่งที่จะเจรจา กับรัฐบาลในการให้การสนับสนุนการรักษาในราคาต่ำ และบางครั้งโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ อย่างไรก็ตาม การที่กระทรวง

เปิดโอกาสให้ผู้คนเข้าถึงยาบ้าง ในกรณีขององค์การหมอไร้พรหมแดนถูกเสนอจากบริษัทยาตลอดว่าอย่ารณรงค์ให้ลดราคา ยา แต่ควรรับการบริจาคดีกว่า แต่นั่นไม่ใช่หนทางที่ยั่งยืน

กรณีของบริษัทแอสบอตฯ มีโครงการจะให้ประเทศยากจนเข้าถึงยา 100 กว่าประเทศ แต่มีแค่ไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่แอสบอตฯ ยอมไปขึ้นทะเบียนยา และการไม่ขึ้นทะเบียนยาหมายถึงมันจะวางขายไม่ได้ คนก็จะเอาไปใช้ไม่ได้ แม้จะบอกว่าจะมีการบริจาคก็ตาม เวลาที่ยาไม่ขึ้นทะเบียนถ้าจะใช้นั้นกระบวนการขั้นตอนมันยากมาก ๆ ฉะนั้นโครงการที่เขาเสนอนั้นเป็นโครงการแบบภาพพจน์และไม่ตอบคำถามความยั่งยืนเลย

ข้ออ้างสำคัญอีกประการหนึ่งของบริษัทยาก็คือ เขาบอกว่า

สาธารณสุขบังคับใช้สิทธิผลิตยา (compulsory licensing) กับยาอื่นๆ ทำให้มีกังวลว่าทางกระทรวง กำลังดำเนินนโยบายยึดทรัพย์สินของเอกชน เพียงเพราะกระทรวงมีงบประมาณไม่เพียงพอเท่านั้น

ด้าน น.พ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าไม่ต้องเป็นห่วงว่าจะไม่มียาใช้ บริษัทฯคงไม่ปิดโรงงานแล้วเลิกขาย เพราะไม่เคยมีบริษัทฯ ที่ไหนที่จะเลิกขาย ทั้งนี้มาตรการดังกล่าวน่าจะเป็นเพียงการขู่เพื่อรักษาผลประโยชน์ของเขาเท่านั้น

ทั้งนี้การที่ไทยจะบังคับใช้สิทธิบัตรไม่ได้เป็นการกั้นกั้น แต่เนื่องจากปัจจุบันยาดังกล่าวมีราคาแพง ขณะที่ประเทศของเรามีงบประมาณน้อย ดังนั้นก็ต้องหาวิธีการที่จะซื้อขายในราคา

คุณภาพของยาชื่อสามัญที่องค์การเภสัชกรรมในประเทศนั้นๆ ผลิตเองนั้นไม่ดี มีขึ้นข่าวในต่างประเทศหลายชิ้นที่โจมตียาชื่อสามัญขององค์การเภสัชกรรม แต่จริงๆ แล้วมันคุณภาพเดียวกัน การทำซีแอล ต้องดูที่คุณภาพก่อนต้องได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกแล้ว

ถาม : ประสพการณ์ในต่างประเทศเวลาใช้มาตรการซีแอล มีภาคเอกชนออกมาประกาศถอนการลงทุนเช่นนี้หรือไม่

ตอบ : มีเยอะ กรณีที่มาเลเซีย ทำซีแอลก็ถูกบริษัทฯ ฟ้องร้อง แต่รัฐบาลทำสำเร็จ ในขณะที่คดีก็ค้างอยู่เพราะบริษัทเขาไม่ไปเดินเรื่องต่อ

กรณีของแอฟริกาใต้ที่ประกาศใช้ซีแอลก็ถูกฟ้องโดยบริษัท 39

ที่ถูก หากตัดในส่วนของประกัน
สังคมและกองทุน ข้าราชการ
เรามีประชาชนที่ต้องดูอีก 18
ล้านคน ไม่เช่นนั้น คนเหล่านี้ก็
จะต้องเสียชีวิต

ยกตัวอย่างเช่น ยารักษาโรค
หัวใจที่จะบังคับใช้สิทธินั้นมีการ
กำหนดราคาเอาไว้ที่เม็ดละ 70
บาทมาเป็นเวลา 20 ปีแล้ว หาก
บังคับใช้สิทธิบัตรก็จะได้ยา
ในราคาไม่เกิน 7 บาท คนที่เป็น
โรคหัวใจก็จะรอดชีวิตมากขึ้น
ซึ่งวานนี้ (25 ม.ค.) ได้ลงนามใน
หนังสือบังคับใช้เรียบร้อยแล้ว
แต่จะประกาศอย่างเป็นทางการ
ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน
วันที่ 29 มกราคมนี้

“ถ้าเกิดรวบเราคงไม่ทำ ถ้าเกิด
เขาชู้แล้วก็ยังมียอมเราก็จะ
คงต้องเป็นทาสเขาตลอดไป”
น.พ.มงคลกล่าว

แห่งนี้ โดยสมาคมคล้ายๆ
ปริมาณนี้เอง ผลคือบริษัทถอน
ฟ้องเพราะกลัวเสียภาพพจน์
แต่โดนช่องทางอื่นไม่ทำให้แอล
แต่ให้รับการบริจาคโดยจะลด
ราคาให้ ทุกวันนี้แอฟริกาได้ยัง
ไม่มีโครงการให้ยาต้านไวรัส
เลย คนแอฟริกาไม่มียากิน ต้อง
ซื้อยากินเองทั้งที่มีผู้ติดเชื้อมาก
ที่สุดในโลก

ประมาณปี 2544 เกาหลีใต้ก็จะ
ใช้ซีแอลกับยาตัวหนึ่ง ตอนนั้น
รัฐมนตรีสาธารณสุขถูกปรับ
ออกจากคณะรัฐมนตรี

ก่อนหน้านี้ประเทศไทยพยายาม
จะใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิกับ
ยาต้านไวรัสดีดีไอ (ddI) มา
ก่อน เราก็โดนรัฐบาลสหรัฐยื่น
คำขาดว่า ถ้าทำสหรัฐจะคว่ำ
บาตรทางเศรษฐกิจกับรัฐบาล
ไทยแบบที่พริมาทำอยู่ตอนนี้

ที่มา : เรียบเรียงจาก www.prachatai.com

ซีแอล : อยู่หรือไป

ในส่วนสถานการณ์ล่าสุดเกี่ยวกับยามะเร็งยิ่งน่าสนใจ เพราะทันทีที่เปลี่ยนผ่านสู่รัฐบาลของนายสมัคร สุนทรเวช เข้าบริหารประเทศ (กุมภาพันธ์ 2551) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ นายไชยา สะสมทรัพย์ ออกมาให้ข่าวว่าจะทบทวนการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับในยารักษาโรคมะเร็ง 4 ตัวหลังนี้ เพราะเกรงแรงกดดันจากบริษัทฯ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจจะทำให้ 'ได้ไม่คุ้มเสีย'

ทั้งนี้ นายไชยา กล่าวถึงสาเหตุที่จะมีการทบทวนเรื่องนี้ โดยอ้างถึงหนังสือจากกระทรวงพาณิชย์ (อดีตรัฐมนตรีกระทรวงพาณิชย์ นายเกริกไกร จิระแพทย์) ที่ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รัฐบาลใหม่ ทบทวนเรื่องประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล เพราะบริษัทฯ ข้ามชาติได้ทำหนังสือถึงกระทรวงพาณิชย์ระบุ จะประกาศให้ไทยเป็นประเทศที่ต้องถูกจับตามองเป็นพิเศษทางการค้า (PWL)

หลังจากนั้นทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ องค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งไทยและเทศต่างก็ออกมาคัดค้านการทบทวนดังกล่าวพร้อมให้ข้อมูลความถูกต้องของบรรณด้านกฎหมาย และความจำเป็นที่จะต้องมีการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง

ท้ายที่สุดรัฐบาลมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศ ไปประชุมหารือร่วมกันในระดับรัฐมนตรีเพื่อรวบรวมข้อมูลและข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี



ต่อไปว่าจะเดินทางไปในทางใดต่อสำหรับยารักษาโรคมะเร็ง โดยให้ระยะเวลา 1 เดือน หลังจากทีก่อนหน้านี้การประชุมในระดับปลัดกระทรวงมีข้อสรุปแล้วว่าไม่สามารถดำเนินการยกเลิกซีแอลยารักษาโรคมะเร็งได้ เพราะการดำเนินการทุกอย่างถูกกฎหมาย

แต่ผลกระทบได้เกิดขึ้นแล้วทันทีกับยาโคลิพิโดเกรด รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองซึ่งประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลไปแล้ว และอยู่ระหว่างการรอนำเข้ายาชื่อสามัญจากบริษัทในประเทศอินเดีย แต่เมื่อมีกระแสทบทวนนโยบายนี้หลังจากรัฐบาลใหม่เข้ามาบริหารประเทศ ทำให้บริษัทในอินเดียขอระงับการส่งยาโคลิพิโดเกรดมาให้ไทยเป็นเวลา 1 เดือน เนื่องจากความไม่มั่นใจในทิศทางและนโยบายด้านซีแอลของไทย เกรงว่าเมื่อนำเข้ายามาแล้วหากไทยประกาศยกเลิกมาตรการใช้สิทธิซีแอล บริษัทจะมีความผิดฐานละเมิดสิทธิบัตร

รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวตำหนิรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ว่า การทบทวนประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลในยารักษาโรคมะเร็งนั้นก่อผลเสียทั้งสองด้าน เพราะนอกจากสิทธิพิเศษทางภาษีหรือจีเอสพีจะถูกตัดตามปกติแล้ว ยังกระทบกับยารักษาโรคหัวใจที่ประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลไปก่อนหน้านี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่กำลังจะได้รับยาอยู่แล้วต้องรอดคอยต่อไปอีกอย่างไม่รู้กำหนด

ผู้ที่ให้ข้อมูลความเชื่อมโยงระหว่างประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลและจีเอสพีได้ชัดเจนขึ้นคือ นายบัณฑิต วงศ์สีลโชติ ตัวแทนจากสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย เขาระบุชัดเจนว่าซีแอล



ไม่ใช่ปัจจัยหลักในการพิจารณาจัดให้ไทยอยู่ในสถานะประเทศที่
ต้องจับตาเป็นพิเศษ (PWL) แต่เป็นเรื่องการไม่ปราบปรามการขาย
เทปซีดีเถื่อน ซึ่งทำให้สหรัฐสูญเสียเกือบ 400 ล้านดอลลาร์ต่อปี
นอกจากนี้จีเอสพีก็ไม่ใช่ส่วนสำคัญของ การส่งออกสินค้าไทย
เพราะภาชนะนำเข้าของสหรัฐไม่สูงอยู่แล้ว สินค้าหลายตัวก็มีสิทธิถูก
ตัดจีเอสพีอยู่แล้ว เนื่องจากมีความสามารถในการแข่งขันสูง แต่
ปัญหาที่แท้จริงสำหรับธุรกิจส่งออกอยู่ที่ค่าเงินบาทที่แข็งค่ามา
โดยตลอดต่างหาก

อย่างไรก็ตามเขาระบุถึงข้อมูลจากสถานทูตสหรัฐอเมริกา
ว่าประเด็นสำคัญที่สหรัฐอเมริกาสนใจคือ หลังการรัฐประหาร 19
กันยายน 2549 มีการปรับลดงบด้านสาธารณสุข 12 ล้านดอลลาร์
แต่ไปเพิ่มงบด้านกลาโหม 900 ล้านดอลลาร์หรือราว 40,000 ล้าน
บาท ทำให้สหรัฐเห็นว่าประเทศไทยไม่ใช่ไม่มีเงินไปสร้างหลักประกัน
การเข้าถึงยา เพราะเงินที่ประหยัดจากการประกาศมาตรการใช้
สิทธิซีแอลปีหนึ่งเพียง 400-500 ล้านบาท

ตัวแทนจากหอการค้าได้เสนอแนะว่า วิธีแก้ปัญหาค่าได้เสนอแนะว่า วิธีแก้ปัญหาค่าได้
ไม่ถึงยาของประชาชนสามารถทำได้ 2 แบบคือ การใช้ซีแอลหรือไม่
ก็ให้ภาครัฐนำเงินเข้ามาช่วยในระบบมากขึ้น ซึ่งเขาเห็นว่าอย่าง
หลังน่าจะเป็นทางออกที่คุ้มกว่า

ขณะที่ในความเป็นจริง น.พ.พงษ์เทพ วงษ์วัชรไพบูลย์
ที่ปรึกษาชมรมแพทย์ชนบทกล่าวว่า รัฐบาลไทยจัดสรรค่าใช้จ่าย
รายหัวให้กับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนละ
2,100 บาทต่อปีซึ่งไม่เพียงพอที่จะใช้ในการรักษาให้กับผู้ป่วยที่
ต้องเข้ายารักษาแพง ทำให้โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ 726 แห่ง

ต้องใช้ยาที่มีราคาไม่เกินเม็ดละ 10 บาท โดยเฉพาะยารักษาโรค
มะเร็งที่มีราคาแพงจะส่งจ่ายยาเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน และ
โรงเรียนแพทย์เท่านั้น จึงอยากให้รัฐบาลเดินหน้าประกาศมาตรการ
ใช้สิทธิซีแอลเพื่อช่วยเหลือคนจน

น.ส.กรรณิการ์ กิจติเวชกุล เจ้าหน้าที่องค์การหมอไร้พรม
แดนเบลเยียมประจำประเทศไทยเปิดเผยว่า เครือข่ายด้านสิทธิ
มนุษยชนทั่วโลกร่วม 80 องค์กร และองค์กรเครือข่ายผู้ป่วยร่วม
ลงชื่อแสดงจุดยืนคัดค้านการทบทวนซีแอล พร้อมสนับสนุนเดิน
หน้ามาตรการใช้สิทธิซีแอลของไทย เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึง
ยาต่อไป และเตรียมทำหนังสือถึงรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐบาลไทย

กระทรวงสาธารณสุขตอบข้อสงสัย

หลังจากมีการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับในประเทศไทย ได้เกิดแรงตอบโต้ทั้งภายในและภายนอกประเทศ จนอาจทำให้ผู้คนมีความสงสัยในกระบวนการและความถูกต้องของการประกาศมาตรการใช้สิทธิครั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำ ‘สมุดปกขาว’ ออกแจกจ่ายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2550 เพื่อตอบข้อสงสัยและชี้แจงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยระบุชัดเจนว่า การดำเนินการนั้นมีกฎหมายรองรับทั้งกฎหมายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งยังได้เจาะจงให้บริษัทลดราคามาก่อนหน้าที่จะประกาศมาตรการใช้สิทธิแล้วแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังยืนยันว่า การประกาศมาตรการใช้สิทธิในยา 3 ชนิดดังกล่าว มิได้ทำให้รัฐประหยัดงบประมาณลง แต่เป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนไทยได้รับยาจำเป็นมากขึ้น และการประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรของรัฐนั้นก็เพื่อให้เกิดการแข่งขันในตลาดยา ทำให้ยาราคาต่ำลง

ทั้งนี้ยาที่ได้จากการประกาศมาตรการใช้สิทธิดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เฉพาะกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐเท่านั้น ไม่ได้นำไปใช้จำหน่ายทางการค้าทั่วไปทั้งในและต่างประเทศ

สำหรับหลักเกณฑ์ในการดำเนินมาตรการใช้สิทธินั้น จะต้องเป็นยาหรือเวชภัณฑ์จำเป็นที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเป็นยาที่จำเป็นในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ควบคุมโรคระบาด ซึ่งยาเหล่านี้มีราคาสูงมากจนรัฐไม่สามารถมีงบประมาณเพียงพอในการจัดหาบริการแก่ประชาชนได้อย่าง

เพียงพอดั่วน้ำ

นอกจากนี้ยังมีหลักการในการจ่ายชดเชยแก่ผู้ทรงสิทธิบัตร ให้อยู่ระหว่างร้อยละ 0.5 - 2 ของมูลค่าการจำหน่ายยาที่ได้จากการ ใช้สิทธิ ซึ่งอัตรานี้เป็นอัตราที่ใช้ในประเทศกำลังพัฒนาโดยทั่วไป

ส่วนคุณภาพของยาชื่อสามัญที่ซื้อจากประเทศอื่น เช่น อินเดียนั้นก็วางใจได้ในเรื่องคุณภาพที่ไม่ได้แตกต่างกับยาต้นแบบ เพราะต้องมีการรับรองจากองค์การอนามัยโลกถึงวิธีการผลิต ที่ดีและคุณภาพที่เทียบเท่ายาต้นตำรับที่มีสิทธิบัตร และเมื่อนำ เข้ามาแล้วก็ต้องผ่านการตรวจสอบของคณะกรรมการอาหาร และยาหรือ ออย. อีกครั้ง ก่อนไปถึงมือกรมควบคุมโรค และสถาน พยาบาลต่างๆ

ในส่วนของยารักษาโรคมะเร็ง ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยมีจำนวน มากและราคาขายก็สูงมาก ทำให้ต้องมีการพิจารณาเรื่องนี้ โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งให้คณะกรรมการ เจรจ่าต่อรองราคาขายจำเป็นที่มีสิทธิบัตรไปดำเนินการเจรจากับ บริษัทยาหลายครั้งเพื่อเปิดโอกาสให้ตกลงกันได้ ทั้งกับบริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด, บริษัท ซาโนฟี-อเวนตีส (ประเทศ ไทย) จำกัด และบริษัท โรช (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นเจ้าของ สิทธิบัตรของยาทั้ง 4 ชนิด รวมเป็นการเจรจาถึง 12 ครั้ง ในช่วง เกือบ 3 เดือน และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ตกลงกันได้เพียงบริษัท เดียวคือโนวาร์ตีส จนนำไปสู่การประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอล อย่างมีเงื่อนไข

ต้องยอมรับว่าการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลกับยา รักษาโรคมะเร็งเพิ่มอีก 4 ชนิด ยิ่งทำให้เกิดคำถามถึงขอบเขต

ของการใช้มาตรการนี้ หลายคนตั้งคำถามว่าจะประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลไปจนถึงเมื่อไร ทำกับยาทุกตัวใหม่ กระทรวงสาธารณสุขจึงชี้แจงหลักเกณฑ์ในการเลือกที่จะประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลกับยาตัวใดว่าประกอบไปด้วย

1. เป็นยาหรือเวชภัณฑ์ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือที่จำเป็นในการแก้ปัญหาสาธารณสุข หรือต้องใช้ในภาวะฉุกเฉิน หรือต้องใช้ในโรคระบาด หรือต้องใช้เพื่อการช่วยชีวิต (Life-saving drugs)

2. ยาหรือเวชภัณฑ์นั้น มีอุปสรรคต่อการเข้าถึง หรือเป็นภาระด้านการเงินที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถรองรับได้

ส่วนการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งกลไกการทำงานเรื่องนี้อย่างชัดเจนถึง 3 กลไกคือ คณะอนุกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ, คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ, คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร ทำให้เกิดข้อกล่าวหาว่าจะมีการประกาศซีแอลอย่างต่อเนื่องกับยาทุกตัว แต่กระทรวงสาธารณสุขยืนยันชัดเจนว่าการมีกลไกเช่นนี้ก็เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างเป็นระบบ รอบคอบ โปร่งใส มีส่วนร่วมจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้มีการเจรจากับบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร

เครื่องยืนยันอีกอย่างหนึ่งว่าประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลจะไม่ใช้มาตรการที่ใช้พร้าเพรีอคือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยมีการตั้งคณะกรรมการร่วม

ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับผู้แทนสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัช-
ภัณฑ์ มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ

1. การปรับปรุงการเข้าถึงยาแก่ประชาชนรายได้น้อย
2. ช่วยลดปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของประเทศในด้าน
สาธารณสุข

.....

“ความสำคัญที่ไทยทำซีแอล ไม่ได้สำคัญ
เฉพาะในประเทศไทย

แต่ครั้งนี้เราทำ บราซิลตามอย่าง แล้วจะมี
ผลต่อประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก เขาจะ
ใช้มาตรการที่ทำให้ประชาชนเขามีโอกาส
ได้รับยาเหล่านี้

เรากำลังยื่นหยัดในการต่อสู้ที่จะทำให้
ประชาชนทั่วโลกมีโอกาสเข้าถึงยามากขึ้น”

จอห์น อิงภากรณ์

เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และอดีต ส.ว.กรุงเทพฯ

.....

.....

“เรายืนยันว่ากระทรวงสาธารณสุขสุขได้เดิน
มาถูกทางแล้ว และต้องเดินหน้า (CL) ต่อไป
ไม่เฉพาะยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น
แต่รวมถึงยาสำหรับโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย”

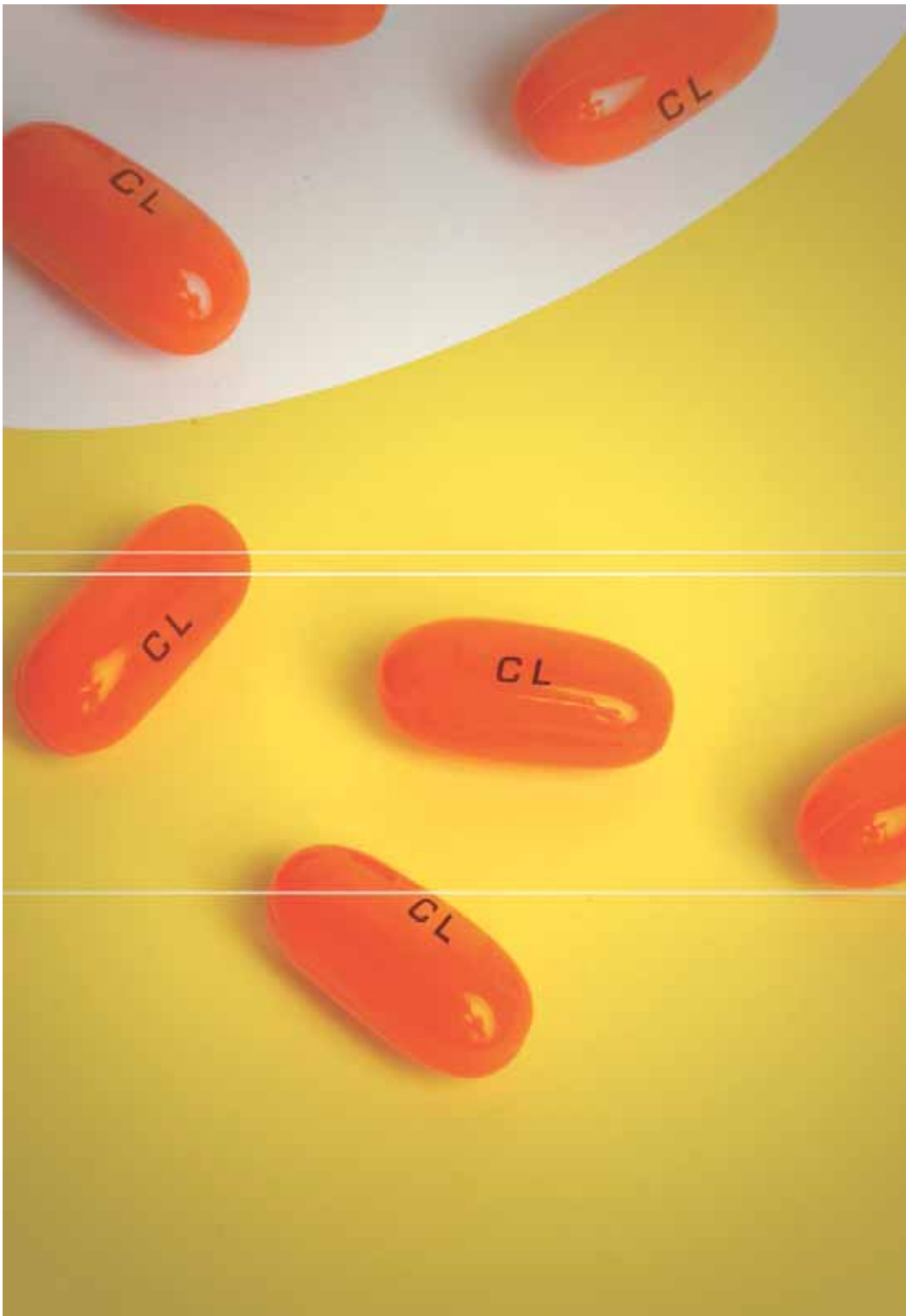
วิรัตน์ ภูระหงษ์

ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย

.....

4

ประสบการณ์การประกาศ มาตรการใช้สิทธิซีแอล (CL) ในต่างประเทศ





เราอาจไม่รู้ว่ายังมีอีกหลายประเทศที่มีการใช้มาตรการใช้สิทธิ
ซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับ ซึ่งตัวอย่างของประเทศที่
แจ้งว่าจะใช้มาตรการใช้สิทธิแล้วทำให้เจ้าของสิทธิบัตรขาดราคา
ลงอย่างฮวบฮาบ ได้แก่ จีน มาเลเซีย อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ ฮ่องกง
แซมเบีย โมซัมบิก อัฟริกาใต้ คาเมรูน กินี กานา อีริเทรีย อีสราเอล
อาร์เจนตินา โดมินิกันรีพับลิก ซิลี เปรู บราซิล หรือกระทั่งประเทศ
พัฒนาแล้วอย่าง อิตาลี ฝรั่งเศส อังกฤษ เยอรมัน และสหรัฐอเมริกา

แม้**สหรัฐอเมริกา** จะเป็นตัวตั้งตัวตีในการต่อต้านการใช้
มาตรการใช้สิทธิซีแอลในประเทศอื่นๆ รวมทั้งไทย แต่รู้หรือไม่ว่าใน
กฎหมายภายในของสหรัฐอเมริกาเองกลับมีมาตรการใช้สิทธิ
ที่เข้มงวดที่สุด มันไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิบัตรก็จริง
แต่ก็บรรจุอยู่ในกฎหมายอื่นๆ เช่น กฎหมายต่อต้านการผูกขาด
เหตุผลการใช้มาตรการใช้สิทธิของสหรัฐอเมริกาที่พบบ่อยที่สุดจึง
เป็นเรื่องการเยียวยาการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขัน รวมทั้ง
การใช้โดยรัฐบาลเพื่อประโยชน์สาธารณะ

ใน 100 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลสหรัฐอเมริกาใช้มาตรการใช้
สิทธิมากกว่า 100 กรณี และใช้ในขอบเขตที่กว้างขวางมาก กรณีของ
ยาล่าสุดได้แก่ การใช้มาตรการใช้สิทธิกับยารักษาโรคแอนแทรกซ์
ภายหลังเหตุการณ์โจมตีตึกเวิร์ลเทรดเมื่อปี 2544 ก่อนหน้านั้นก็มี
อีกหลายครั้งในกรณีที่บริษัทกระทำการเป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขัน
ทางการค้า เช่น การฮั้วกัน กำหนดราคาไม่เป็นธรรม เป็นต้น

“การประชุมประจำปีของบริษัทแอสบอดซ์ เป็นการประชา
สัมพันธ์ล้วนๆ ว่าบริษัทรุ่งเรื่องขนาดไหน เขาจะภูมิใจมากกับ
เทคโนโลยีใหม่ อุปกรณ์ขยายหลอดเลือดอันล้ำสุดซึ่งมีคุณภาพดี



ที่สุด แต่เขาลืมบอกไปว่าเทคโนโลยีนี้เขาได้มาจากมาตรการ
ซีแอล โดยกรรมการการค้าของสหรัฐอเมริกาเองกำหนดให้แอ็บ
บอตฯ ไปเอามาได้ เนื่องจากบริษัทเดิมเจ้าของเทคโนโลยีนี้ถูกซื้อ
โดยบริษัทใหญ่มาอีกแห่งหนึ่ง รัฐบาลสหรัฐอเมริกากลัวว่าจะ
เกิดการผูกขาดมากเกินไป ส่งผลเสียต่อผลประโยชน์ผู้บริโภค”

จอห์น อิงภากรณ์ อดีตส.ว.และเอ็นจีโอที่ทำงานด้านเอคส์
มาวายานานเล่าประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมประจำปี
ของบริษัทแอ็บบอตฯ ที่สำนักงานใหญ่ในสหรัฐอเมริกา เมื่อเดือน
เมษายน 2550 ซึ่งเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการใช้มาตรการใช้สิทธิ
ในสหรัฐอเมริกา

แคนาดา ถือเป็นประเทศที่ใช้มาตรการใช้สิทธิมากที่สุด
โดยเฉพาะช่วงปี 2466-2536 มีการกำหนดเหตุผลในการที่รัฐจะ
ใช้มาตรการใช้สิทธิไว้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้รัฐบาลแคนาดา
ยังใช้มาตรการใช้สิทธิเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญจน
ประสบความสำเร็จ ประเมินกันว่าในช่วงเวลาดังกล่าวรัฐบาล
แคนาดาได้ใช้มาตรการดังกล่าวโดยเฉลี่ย 20 ครั้งต่อปี

อย่างไรก็ตาม แคนาดา ถูกกดดันอย่างหนักจากสหรัฐอเมริกา
จนต้องยกเลิกบทบัญญัติว่าด้วยมาตรการใช้สิทธิในปี 2536 ภาย
หลังจากที่แคนาดาลงนามในความตกลงเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือ
หรือนาฟต้า (NAFTA) กับสหรัฐอเมริกา และเม็กซิโก

นอกจากนี้แคนาดายังมีกฎหมายผลิตยาชื่อสามัญเพื่อการ
ส่งออกเป็นประเทศแรกโดยที่กฎหมายนี้ถูกต้องตามข้อตกลงทริปส์
แม้กฎหมายฉบับนี้จะผ่านรัฐสภาของแคนาดาไปตั้งแต่ปี 2003
แต่ภายใต้เงื่อนไขมากมายในกฎหมาย ทำให้แคนาดายังติดอยู่

ในวังวนของตัวหนังสือในกฎหมาย ยังไม่สามารถดำเนินการเพื่อเป็นความหวังแก่ประเทศยากจนได้จริง

ล่าสุดการประกาศมาตรการใช้สิทธิของวันค้าโดยขอให้แคนาดาเป็นผู้ส่งออกกำลังจะเป็นบทพิสูจน์สำคัญถึงการบังคับใช้ของกฎหมายฉบับนี้

บราซิล เป็นประเทศที่ต้องแก้กฎหมายสิทธิบัตรตามแรงกดดันของสหรัฐอเมริกาเช่นเดียวกับไทย ในปี 2539 แต่ก็ยังเหลือช่องให้สามารถใช้มาตรการใช้สิทธิได้หากยานั้นๆ ไม่มีการผลิตในประเทศภายในเวลา 3 ปี ประเทศนี้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและพยายามดิ้นรนให้ประชาชนของเขาได้รับยาต้านไวรัส โดยไม่เกรงกลัวคำขู่และแรงกดดันจากสหรัฐ เมื่อรัฐบาลขอให้บริษัทยาลดราคาขายต้านไวรัสแล้วไม่เป็นผลก็จะมีการประกาศมาตรการใช้สิทธิ ซึ่งปรากฏว่าถึงขั้นฟ้องร้องเป็นความกันกับบริษัทยาสหรัฐ ในองค์การการค้าโลกก็เคยปรากฏมาแล้ว แต่ในที่สุดบราซิลก็สามารถประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลในยาเอฟฟาวิเรนซ์ได้หลังจากที่ “ชู” มานานเมื่อได้แรงบันดาลใจจากการประกาศมาตรการใช้สิทธิซีแอลของไทย

“ตอนนี้แน่นอนว่าบราซิลเป็นตัวร้ายในสายตาอเมริกาและมีการข่มขู่ว่า หากบราซิลละเมิดสิทธิบัตรเมื่อไร น้ำส้มที่ผลิตในบราซิลแม้แต่ขวดเดียวก็จะไม่ได้เข้าไปขายในสหรัฐ แต่พวกเขาไม่กลัวหรอก ถ้าเราจะสามารถทำยาให้มีราคาถูกให้ผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น รัฐบาลไม่ได้กลัวอะไร เตรียมมหาทางออกไว้แล้วเช่นกัน” ไฮเซ่ อาเราโฮ ผู้อำนวยการมูลนิธิเอฟ เอ็กซ์ บี ประจำบราซิลซึ่งเป็นแกนนำสนับสนุนรัฐบาลให้มาตรการใช้สิทธิกล่าว

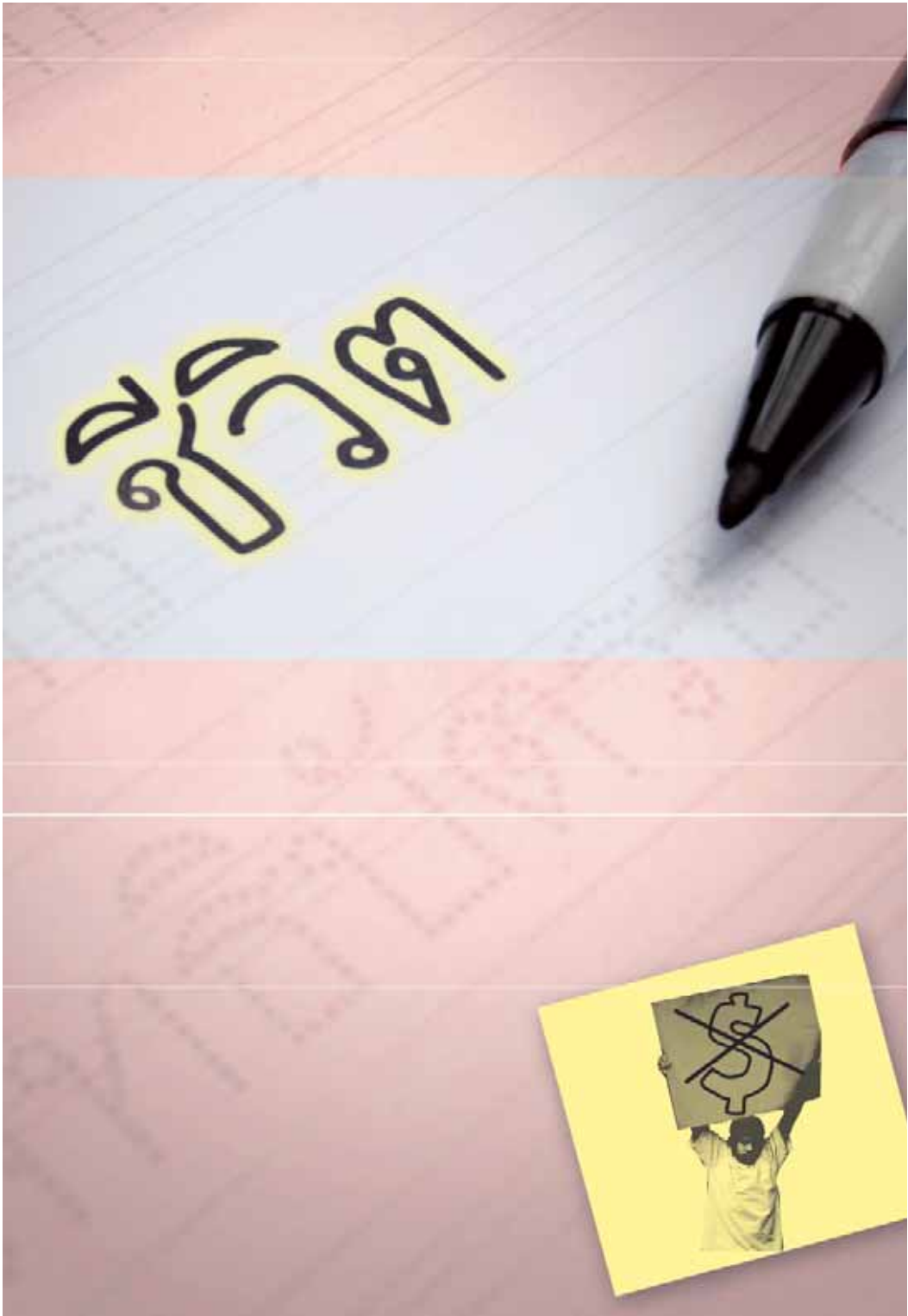
รัฐบาลบราซิลได้จัดตั้งโครงการเกี่ยวกับโรคเอดส์ชื่อ 'NSAP' เพื่อให้ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาถูกลง และสามารถแจกจ่ายแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงโดยผ่านระบบสาธารณสุขแห่งชาติ ปัจจุบันโครงการนี้สามารถจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อกว่า 600,000 คน ทำให้ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยเอดส์ในบราซิลลงกว่าครึ่ง และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกกว่า 80%

นอกจากนี้ช่องทางของมาตรการนี้ยังทำให้อุตสาหกรรมยาของบราซิลสามารถวิจัยและพัฒนาได้ จนปัจจุบันบราซิลสามารถผลิตได้เอง 8 ตัว จากที่ใช้อยู่ประมาณ 17-18 ตัว และมีศักยภาพที่จะผลิตเพิ่มอีก 2-3 ตัว เพียงแต่ยังติดปัญหาเรื่องสิทธิบัตร

จะเห็นได้ว่าการที่ยุทธศาสตร์ควบคุมราคายาต้านไวรัสของบราซิลประสบผลสำเร็จ ไม่ใช่เพราะการใช้มาตรการใช้สิทธิแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีการผสมผสานวิธีการต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น การส่งเสริมการผลิตยาต้านไวรัส การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ เพื่อศึกษาวิจัยโรคเอดส์ เป็นต้น

5

บทสรุป



บทสรุป

มาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้สิทธิภาคบังคับถือเป็นหัวใจของระบบสิทธิบัตรมาตั้งแต่เริ่มต้น เพราะมาตรการดังกล่าวจะช่วยรับประกันต่อสังคมว่าการออกและการคุ้มครองสิทธิบัตร โดยเฉพาะกับ ‘ยา’ นั้นจะเป็นไปอย่างมีดุลยภาพสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ควรพจน์ นักกฎหมายระหว่างประเทศ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา และสอนอยู่ที่มหาวิทยาลัยวูลองกองในออสเตรเลียได้หยิบยกตอนหนึ่งในตำราชื่อดังว่าด้วยเรื่องเศรษฐศาสตร์ของระบบสิทธิบัตรระหว่างประเทศ (The Economics of the International Patent System) ของศาสตราจารย์เอดิธ เพ็นโรส (Edith Penrose) เพื่อชี้ให้เห็นความจำเป็นของมาตรการใช้สิทธิว่า

“วิธีการที่สำคัญในการลดต้นทุนการผูกขาดสิทธิบัตรก็คือการใช้มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร มาตรการนี้ถือว่าเป็นมาตรการที่ยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทำให้รัฐสามารถป้องกันการใช้สิทธิบัตรเพื่อขัดขวางการพัฒนาอุตสาหกรรมของตน มาตรการนี้ยังเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการใช้อำนาจผูกขาด ดังเช่นการกระทำการฮั้วกันโดยบริษัทที่มีอิทธิพลทางเศรษฐกิจ และยังสามารถช่วยให้อุตสาหกรรมในประเทศเข้าถึงเทคโนโลยีการผลิตทางอุตสาหกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นในต่างประเทศได้”

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ชี้ให้เห็นเพิ่มเติมด้วยว่า กรณีของบราซิลและอีกหลายประเทศได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้



มาตรการใช้สิทธิในการผลักดันนโยบายการเข้าถึงยาและการสาธารณสุข ขณะที่ประเทศไทยนั้นก็มีศักยภาพ เพราะองค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถทำวิศวกรรมย้อนกลับและผลิตยาที่มีสิทธิบัตรได้ การใช้มาตรการใช้สิทธิจะช่วยทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลายในการส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็น ไม่ว่าจะด้วยการนำเข้ายาชื่อสามัญที่มีราคาถูกลงกว่าประเทศอื่น หรือสามารถบีบให้บริษัทข้ามชาติยอมเจรจาและลดราคาขายลงจากราคาตลาด

“อย่างไรก็ตามการบรรลุนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติไม่อาจกระทำโดยอาศัยมาตรการบังคับใช้สิทธิแต่เพียงอย่างเดียว มาตรการบังคับใช้สิทธิจะต้องถูกใช้ควบคู่ไปกับการสร้างศักยภาพการวิจัยและการผลิตให้กับอุตสาหกรรมในประเทศ รวมทั้งรัฐต้องมีนโยบายจัดซื้อจัดจ้าง และนโยบายกระจายยาที่เหมาะสม” รศ.ดร.จักรกฤษณ์ เสนอไว้ค่อนข้างน่าสนใจ

ด้าน รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ อาจารย์ประจำหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งทำงานด้านการเข้าถึงยาของประชาชนมากกว่า 30 ปี ให้ความเห็นว่ามาตรการใช้สิทธินั้นเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมากู้กับระบบสิทธิบัตรเพื่อเป็นการถ่วงดุลกัน เพราะระบบสิทธิบัตรได้ทำให้เกิดผูกขาดเจ้าเดียว และมุ่งสร้างแรงจูงใจให้นักวิจัยพัฒนาแต่ยาที่ตลาดต้องการ หรือที่เรียกว่า “Market Driven R&D”

รศ.ดร.จิราพร ยังกล่าวด้วยว่าขณะนี้ทั่วโลกต่างเห็นปัญหาการเข้าไม่ถึงยาของประชาชนเนื่องจากสิทธิบัตรทำให้ยามีราคาแพง จึงได้มีการคิดค้นกลไกใหม่ๆ ที่จะสร้างการเข้าถึงยาได้ดีขึ้น เช่น



ขณะนี้องค์การอนามัยโลกหรือ WHO ได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาศึกษาระบบการให้รางวัล โดยการตั้งกองทุนร่วมขึ้นมา กองทุนนี้จะระดมเงินทุนจากประเทศต่างๆ ที่ประสงค์เข้าร่วมโดยอาจจะคิดจากสัดส่วนของจีดีพีของแต่ละประเทศแตกต่างกันไป มีการตั้งคณะกรรมการดูแลว่าต้องการรักษาโรคอะไร แล้วใช้เงินรางวัลจากกองทุนเป็นแรงจูงใจสำหรับนักวิจัย แต่ผลงานวิจัยที่ได้นั้นต้องเป็นของสาธารณะ ขณะนี้เริ่มมีโครงการนำร่องแล้วคือ ยารักษาวัณโรค (ทีบี) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกันมาก และส่วนใหญ่เชื้อวัณโรคก็ต่อยาตัวเดิมหมดแล้ว

อีกกลไกหนึ่งที่กำลังมีการนำเสนอเช่นกันคือ สร้างสนธิสัญญาระหว่างประเทศเพื่อแก้ปัญหาในการวิจัยยาจำเป็นหรือ Medical R&D Treaty โดยประเทศภาคีจะร่วมกันตั้งกติกา ระดมเงินทุนรวมทั้งวิจัยและผลิตยารวมถึงผลิตภัณฑ์สาธารณสุขที่ประเทศเหล่านั้นต้องการ

นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่เรียกว่า Patent Pool หรือการรวมสิทธิบัตรไว้ด้วยกัน เช่น ยาต้านไวรัสบางตัวนั้นมาจากสูตรผสม 3 ตัว หากต่างคนต่างเป็นเจ้าของก็จะมีบริษัทที่ตั้งค่าสิทธิบัตรไว้สูงทำให้ยามีราคาแพง จึงมีการมองหาระบบการผูกโยงสิทธิบัตรหรือ Patent Pool ในการบริหารโดยเฉพาะเพื่ออำนวยความสะดวกแก่การใช้มาตรการใช้สิทธิ หรือมาตรการใช้สิทธิโดยสมัครใจให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น กลไกนี้เป็นกลไกที่ใช้กันมากในสินค้าอิเล็กทรอนิกส์และเครื่องบิน

กลไกอีกอย่างหนึ่งคือระบบตลาดล่วงหน้าหรือ Advance Market Committee (AMC) แม้ยาที่ต้องการจะยังไม่มีการขายในตลาด

แต่ประเทศต่างๆ จะศึกษาข้อมูลว่าต้องการยาอะไร จำนวนเท่าใด แล้วจึงทำข้อตกลงร่วมกันไว้เพื่อเป็นการให้ตลาดล่วงหน้า สร้างแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนาของกลุ่มนั้นๆ

นอกจากนี้รศ.ดร.จิราพร ยังได้เป็นตัวแทนภาคประชาชน นำเสนอยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคมให้กับพรรคการเมืองที่จะเป็นรัฐบาลหลังการเลือกตั้งที่จะจัดขึ้นในวันที่ 23 ธันวาคม 2550 มี 7 ประการ

1. ยุทธศาสตร์การเชื่อมประสานเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา

2. ยุทธศาสตร์ให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน เพื่อข้อมูลและการต่อรองกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3. ยุทธศาสตร์ทำให้ราคายาในประเทศสอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ

5. ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับสิทธิบัตร ทั้งการไม่ให้การลงนามเอฟทีเอผูกพันกับเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับยารวมถึงการให้สิทธิบัตรกับผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสูตรโครงสร้างยาจากเดิมเพียงเล็กน้อยก็นำมาขึ้นทะเบียนเป็นยาใหม่ และที่สำคัญคือการแก้ไขพ.ร.บ.สิทธิบัตร

6. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสมปรับปรุงยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ครอบคลุมโรคต่างๆ

7. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

ขณะที่ก่อนหน้านั้นเครือข่ายประชาสังคม เช่น กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชนหรือเอฟทีเอวอทซ์ (FTA

Watch) ก็ได้นำเสนอแนวทางการพัฒนาอุตสาหกรรมยาและการเข้าถึงยาของประชาชนซึ่งมีทั้งการเสนอให้รัฐเริ่มประกาศมาตรการใช้สิทธิ, ให้นำเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาออกจากการเจรจาทั้งในระดับพหุภาคีและทวิภาคี โดยเฉพาะการเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับสหรัฐอเมริกา, ให้มีองค์การอิสระควบคุมกำกับดูแลคุณภาพและราคายาโดยประกอบด้วย หน่วยวิเคราะห์ยา ตัวแทนนักวิชาการ องค์กรผู้บริโภค ตัวแทนผู้ป่วยที่ใช้จ่าย และสุดท้ายสนับสนุนให้หน่วยงานที่ทำงานด้านการวิจัยและพัฒนาเป็นอิสระและมีความสามารถในการคิดค้นและผลิตยาใหม่ที่จำเป็นเพิ่มขึ้นเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองในการผลิตยาของประเทศ

ทั้งนี้ในปี 2550 ตัวเลขการบริโภคยาของคนไทยอยู่ที่ 1,300 เหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 42,900 ล้านบาท (1 เหรียญสหรัฐ ประมาณ 33 บาท) โดยในจำนวนนี้ 53.6% เป็นการใช้จ่ายที่ผลิตในประเทศ

ประเทศไทยยังได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติเรื่อง “การใช้ตามสิทธิบัตร นวัตกรรม และการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้า” เมื่อวันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2550 โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข เกษีชรกรรม ด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา นักกิจกรรมทางสังคม เครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายผู้บริโภค และข้าราชการจาก 4 ทวีปทั่วโลก กว่า 200 คนเข้าร่วม และได้ร่วมกันออกคำประกาศกรุงเทพฯว่าด้วยการบังคับใช้สิทธิ นวัตกรรม และการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้า โดยแสดงความชื่นชมต่อประเทศไทยในการแสดงบทบาทนำอย่างสำคัญในดำเนินมาตรการใช้สิทธิ พร้อมทั้งยืนยันว่าการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร เป็นเครื่องมือสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย และมีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคและ

ปกป้องประโยชน์สาธารณะ

“มีความเป็นไปได้ที่จะร่วมมือกันพัฒนาตลาดยาชื่อสามัญ ซึ่งจะทำให้เพิ่มการเข้าถึงยาได้อย่างมหาศาล ควบคู่กับพัฒนาระบบ การสนับสนุนเงินทุนเพื่อการวิจัยที่ตอบสนองของความจำเป็นด้าน สาธารณสุข เราต้องปฏิเสธการบังคับให้เราต้องเลือกในระหว่าง การเข้าถึงยาของทุกคนกับนวัตกรรม ทั้งที่เราสามารถทำไปพร้อมๆ กันได้ และเราต้องไม่ยอมรับการกีดกันคนมีรายได้น้อย หรือคนที่ ไม่ได้มีประกันสุขภาพชนิดใดๆ” คำประกาศฯ ระบุ

คำประกาศฯ ยังได้แสดงความชื่นชมต่อมติสมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHA 60.30) เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550 ที่เรียกร้อง ให้องค์การอนามัยโลกพิจารณาอย่างจริงจัง ถึงกลไกใหม่ที่ตัดความ เชื่อมโยงระหว่างแรงจูงใจและการสนับสนุนเงินทุนในการวิจัย และพัฒนา กับการกำหนดราคาขายด้วย

“เราสนับสนุนให้มีอนุสัญญานานาชาติว่าด้วยการวิจัยและ พัฒนาด้านยา ที่จะทำหน้าที่เร่งรัดให้เกิดการวิจัยและพัฒนาที่ตอบสนอง ต่อความจำเป็น และงานวิจัยที่จะตอบสนองเป็นการ เฉพาะต่อปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนา” คำ ประกาศฯ ระบุถึงเส้นทางใหม่ๆ ที่เริ่มทอแสงแห่งความหวังให้ปรากฏ ชัดเจนขึ้นอีกลำดับ

แนวทางทั้งหลายทั้งปวงเหล่านี้จะสำเร็จลุล่วงหรือไม่ ประชาชนจะได้เข้าถึงยาจำเป็นอย่างถ้วนหน้าเพียงไหน นอกจาก จะอยู่ที่เจตจำนงอันเข้มแข็งและความชาญฉลาดในการบริหารจัดการของรัฐบาล ตลอดจนการเชื่อมโยงกับเครือข่ายทั่วโลกแล้ว คงอยู่ที่ความร่วมมือและความเอาใจใส่ของทุกภาคส่วนในสังคม ด้วยไม่แพ้กัน.

คำประกาศกรุงเทพ
ว่าด้วยการบังคับใช้สิทธิ
นวัตกรรม และการเข้าถึงยา
อย่างถ้วนหน้า

คำประกาศกรุงเทพฯว่าด้วยการบังคับใช้สิทธิ นวัตกรรม และการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า

ตั้งแต่วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2550 ผู้เชี่ยวชาญด้าน
สาธารณสุข เกษัชกรรม ด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา นัก
กิจกรรมทางสังคม เครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายผู้บริโภค และข้าราชการ
จาก 4 ทวีปทั่วโลก กว่า 200 คน มาร่วมการประชุมนานาชาติเรื่อง
“การใช้ตามสิทธิบัตร นวัตกรรม และการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า”

พวกเราขอประกาศร่วมกัน ณ ที่นี้ว่า

1. พวกเราขอแสดงความชื่นชมต่อประเทศไทยในการ
แสดงบทบาทนำอย่างสำคัญในดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร
(ซีแอล : CL) ทั้งยาต้านไวรัสเอชไอวี และยาโรคไม่ติดต่อเช่น
โรคหัวใจ เช่นเดียวกันกับประสบการณ์การต่อสู้กับการผูกขาดยา
โดยระบบสิทธิบัตร เพื่อผลักดันการเข้าถึงยาในประเทศต่างๆ
ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นบราซิล อินโดนีเซีย อินเดีย ฟิลิปปินส์ และกลุ่ม
ประเทศอัฟริกา ประสบการณ์การเรียนรู้เหล่านี้บอกกับเราว่าเมื่อ
เรารวมตัวกัน เราไม่โดดเดี่ยวในการต่อสู้ และเกิดเป็นพลังมุ่งมั่น
ผลักดันการเข้าถึงยาแก่ทุกคนบนโลกใบนี้

2. พวกเราได้ร่วมฉีกกำลังกันเป็น “เครือข่ายซีแอล
ทั่วโลก-นวัตกรรมและการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า” เครือข่ายนี้
ประกอบด้วย เครือข่ายผู้ป่วย นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา
ข้าราชการ และอุตสาหกรรมยาท้องถิ่นในแต่ละประเทศ เชื่อมโยง
ทำงานร่วมกัน ในหาหนทางทุกวิถีทางในการบรรลุเป้าหมาย
“ทุกคนสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม”

3. เรายืนยันว่าการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเป็นเครื่องมือ
สำคัญที่ถูกต้องตามกฎหมาย และมีประสิทธิภาพในการคุ้มครอง
ผู้บริโภค และปกป้องประโยชน์สาธารณะ ดังนั้นทุกประเทศจึงมี
สิทธิในการใช้ซีแอล รวมถึงมาตรการยืดหยุ่นในข้อตกลงทริปส์
อย่างเป็นระบบ และเป็นกิจวัตร ดังเช่นที่ประเทศร่ำรวยทั้งหลาย
ทำมาโดยตลอด

4. การคัดค้านการใช้ซีแอลของประเทศกำลังพัฒนาเพื่อ
สร้างเสริมการเข้าถึงยาของประชาชนโดยบรรษัทข้ามชาตินั้น
มักตั้งอยู่บนพื้นฐานการโกหกหลอกลวง บิดเบือน หรือตีความ
กฎหมายและข้อเท็จจริงโดยใช้ข้ออ้างที่คลุมเครือไม่มีใครตรวจสอบ
ได้ และมีอคติต่อประเทศกำลังพัฒนา หลักประกันที่ได้รับการ
คุ้มครองตามข้อตกลงทริปส์ด้านการสาธารณสุข และคำประกาศ
โดฮา ได้ถูกบ่อนเซาะอย่างเป็นระบบโดยความเห็นแก่ตัว และการ
กีดกันทางการค้าแบบไม่เปิดเผย หยุดเสียที่กับการกระทำเช่นนี้

5. มีความเป็นไปได้ที่จะร่วมมือกันพัฒนาตลาดยาชื่อ
สามัญ ซึ่งจะทำให้เพิ่มการเข้าถึงยาได้อย่างมหาศาลควบคู่กับ
พัฒนาระบบการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการวิจัยที่ตอบสนองความ

จำเป็นด้านสาธารณสุข เราต้องปฏิเสธการบังคับให้เราต้องเลือกในระหว่างการเข้าถึงยาของทุกคน กับนวัตกรรม ทั้งที่เราสามารถทำไปพร้อมๆ กันได้ และเราต้องไม่ยอมรับการกีดกันคนมีรายได้น้อยหรือคนที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพชนิดใดๆ

เราขอแสดงความชื่นชมต่อมติสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (WHA 60.30) เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550 ที่เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกพิจารณาอย่างจริงจังถึง กลไกใหม่ที่ตัดความเชื่อมโยงระหว่างแรงจูงใจและการสนับสนุนเงินทุนในการวิจัยและพัฒนากับการกำหนดราคา ยา เราสนับสนุนให้มีอนุสัญญานานาชาติว่าด้วยการวิจัยและพัฒนาด้านยาที่จะทำหน้าที่เร่งรัดให้เกิดการวิจัยและพัฒนาที่ตอบสนองต่อความจำเป็น และงานวิจัยที่จะตอบสนองเป็นการเฉพาะต่อปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนา

กติกากลยุทธ์ที่เราดำเนินการในการประชุมนี้เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นของมนุษย์ทุกคนในโลกใบนี้ ภารกิจในการต่อสู้เพื่อสิทธิในการเข้าถึงยาเป็นหน้าที่ของเราทุกคน เป้าหมายที่เราตั้งไว้เป็นจริงได้ โดยเราจะร่วมมือกันในระดับสากล ระดับประเทศ และระดับเครือข่ายผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อบรรลุผลในการเข้าถึงยาของทุกคน

กรุงเทพฯ
23 พฤศจิกายน 2550

.....

“การบรรลุนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ
ไม่อาจกระทำโดยอาศัยมาตรการบังคับ
ใช้สิทธิแต่เพียงอย่างเดียว

มาตรการบังคับใช้สิทธิจะต้องถูกใช้ควบคู่
ไปกับการสร้างศักยภาพการวิจัยและ
การผลิตให้กับอุตสาหกรรมในประเทศ
รวมทั้งรัฐต้องมีนโยบายจัดซื้อจัดจ้าง และ
นโยบายกระจายยาที่เหมาะสม”

*รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ควรพจน์
อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ออسترเลีย*

.....



ข้อมูลอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ข้อมูลความจริง ๑๐ ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร ๓ รายการในประเทศไทย, กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข, 2550

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญในเรื่อง การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ, กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2551

กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (เอฟทีเอวอर्थ), เอกสารประกอบการแถลงข่าว, 2550.

กรณีการ กิจติเวชกุล, สิทธิบัตรยา: ยาใจคนรวย, กรุงเทพฯ, แอล.ที.เพลส, 2548.

กรณีการ กิจติเวชกุล - อวยพร แต่ชูตระกูล, อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม้าแกลบ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา
กับการทำ CL ในประเทศไทย, กรุงเทพฯ, เปนไท่ พับลิชชิ่ง, 2550.

จักรกฤษณ์ ควรพจน์, มาตรการบังคับใช้สิทธิกับปัญหาการเข้าถึงยา: ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและความตกลง ระหว่างประเทศ, 2550.

จักรกฤษณ์ ควรรณ, วิทยา กุลสมบูรณ์, กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, สรชัย จำเียรดำรงการ, พอล คอว์ธอร์น, กฤษฎา ศุภวรรณะกุล, เสียงเพื่อผู้บริโภค การใช้สิทธิกับยาที่มีสิทธิบัตร เพื่อการเข้าถึงยา จำเป็น, กรุงเทพฯ, อุษากาแฟพิมพ์, 2550.

ฐิตินบ โกมลนิมิ, “รัฐ” บังคับลดราคา ยาแอดส์ สิทธิที่จะมีชีวิตของคนไทย, รายงานสุขภาพคนไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550.

มาร์เซีย แอนเจิลส์, กระซากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ, กรุงเทพฯ, หมอชาวบ้าน, 2549.

วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, ทางเดินของคนเล็กๆ ที่จะสู้กับเรื่องใหญ่ บทเรียนการเพิกถอนสิทธิ, กรุงเทพฯ, โอเอ็นจี, 2547.

เว็บไซต์

www.prachatai.com (ตุลาคม 2550)

www.ftawatch.org (ตุลาคม 2550)

www.msf.org (ตุลาคม 2550)

www.moph.go.th (ตุลาคม 2550)

