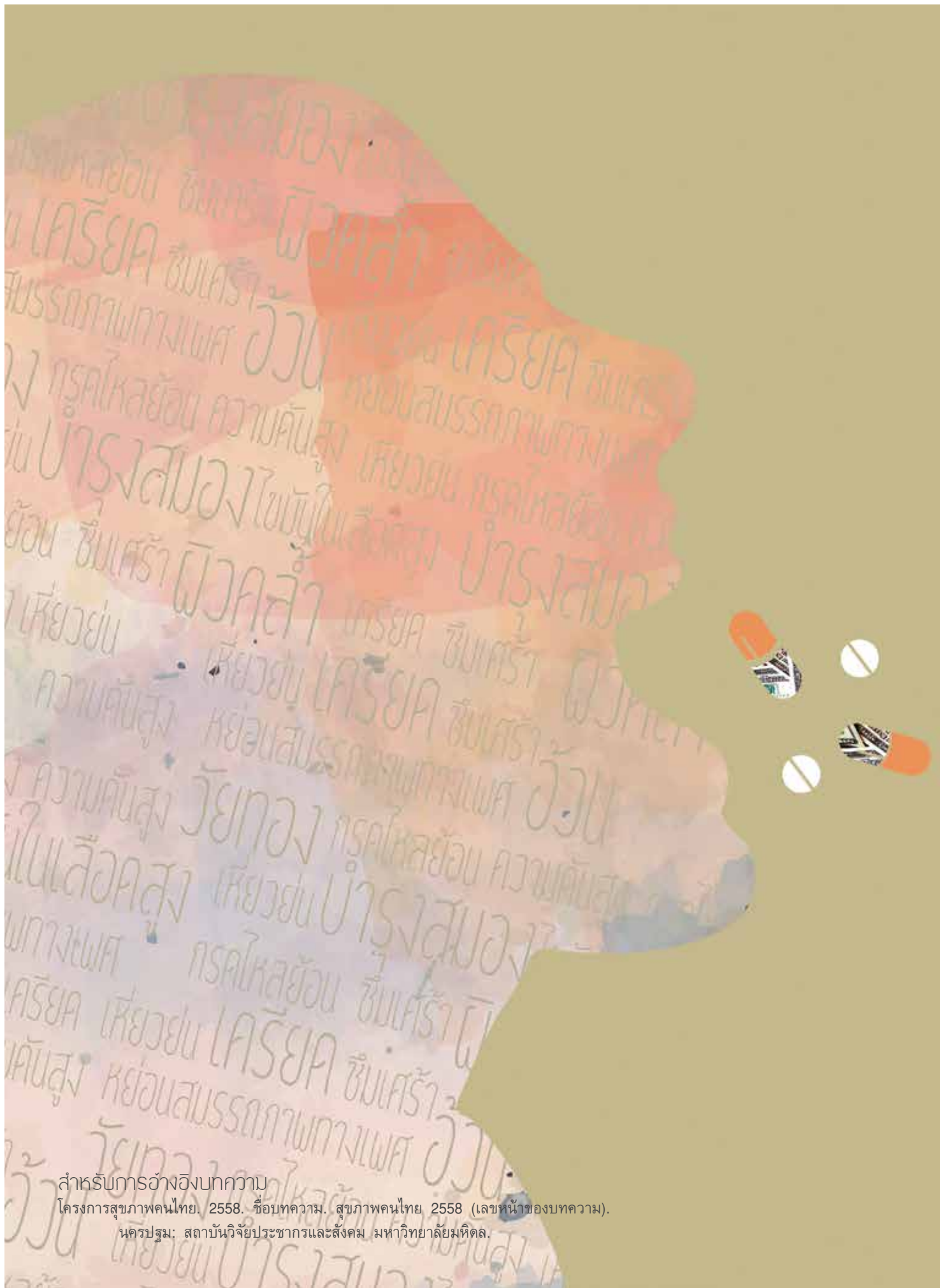
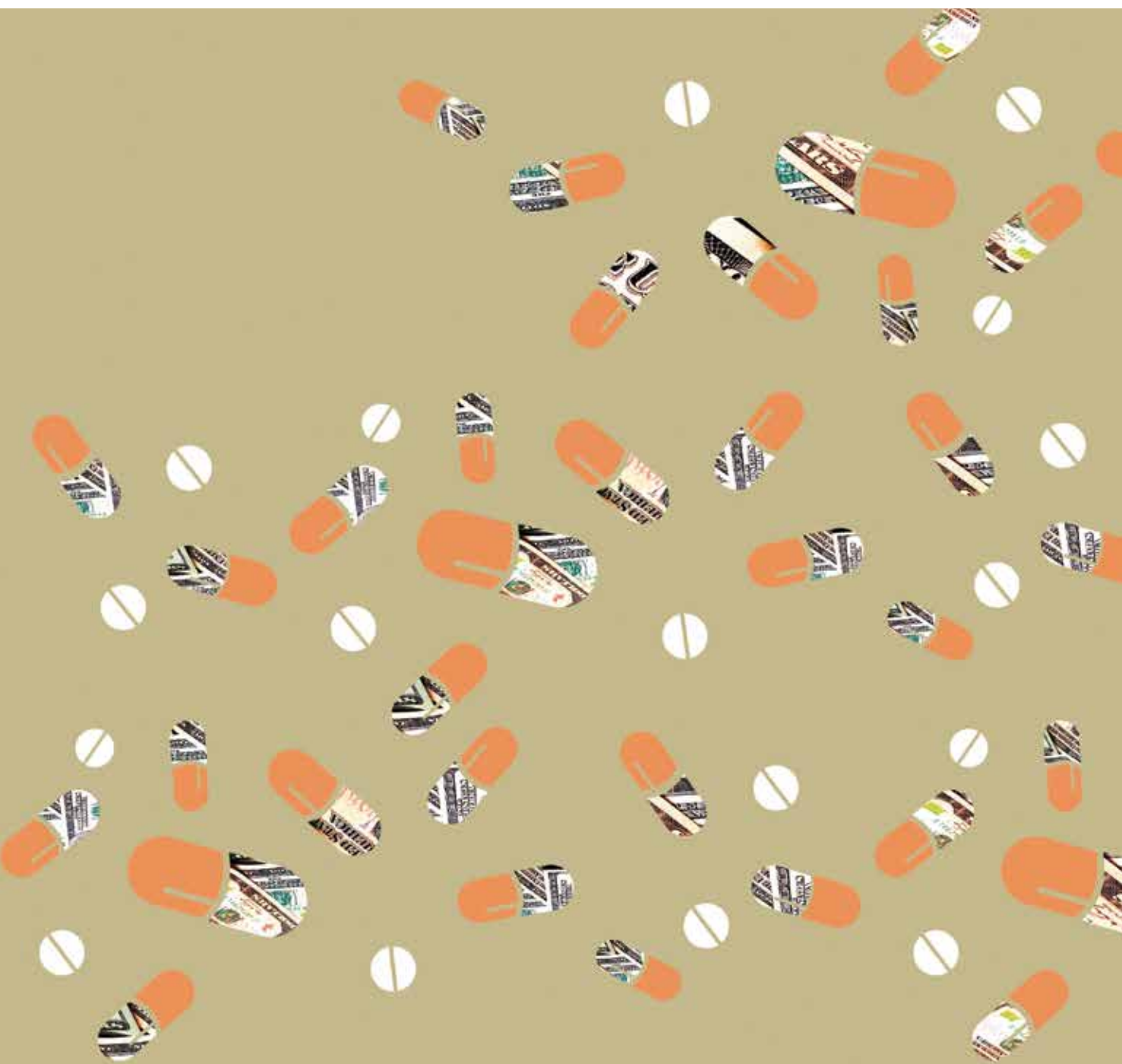




สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย, 2558. ชี้อบทความ. สุขภาพคนไทย 2558 (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



อุปายขายสุขภาพ

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร



อุบายขายสุขภาพ

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า

ทุกวันนี้เราอยู่ในโลกทุนนิยมที่ครอบงำด้วยตลาดเงินตราและลัทธิบริโภคนิยม ปัจจัยสำคัญในชีวิตประจำวันกลายเป็นสินค้าที่ต้องซื้อหาไปทุกอย่าง สิ่งของเครื่องใช้สำหรับการอยู่การกินนั้นไม่ต้องพูดถึง แต่อีกหลายอย่างนอกเหนือจากปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ก็ดูเหมือนจะกลายเป็นสินค้าที่ต้องซื้อหากันไปหมด ไม่เว้นแม้แต่เรื่องสุขภาพ ความรัก มิตรไมตรี ความสุข รวมถึงความดี ความงาม และสวรรค์นิพพานด้วย

ในอดีตทุกอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่ดำเนินไปบนฐานของมนุษยธรรม ที่มีอุดมการณ์และเป้าหมายสำคัญคือ การทำให้คนหลุดพ้นจากทุกข์เพราะความเจ็บป่วยเป็นหลัก สิ่งตอบแทนทางวัตถุและเงินตรามีความสำคัญเป็นรอง แต่เมื่อสังคมเริ่มสมาทานระบบทุนนิยมซึ่งมีตลาดเป็นกลไกขับเคลื่อนและมีผลกำไรเป็นเป้าหมายหลัก มุมมองและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนไป สุขภาพถูกทำให้

กลายเป็นสินค้า ที่ไม่เพียงแต่จะซื้อขายกันในตลาดเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่ผู้ลงทุนผลิตและผู้ให้บริการยึดเป็นธุรกิจที่สร้างความมั่งคั่งได้อย่างเป็นกอบเป็นกำด้วย

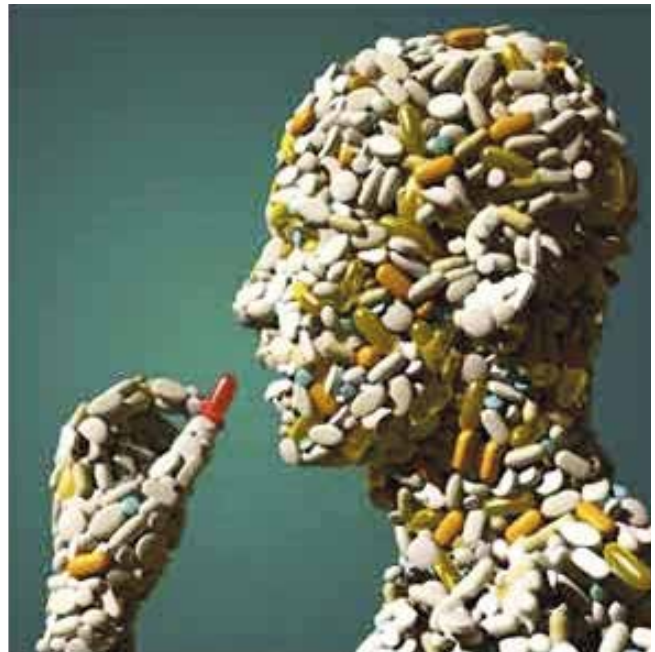
เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า อุบายทางการตลาดก็เข้ามามีบทบาทได้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การลงทุนวิจัยเพื่อพัฒนาและเทคโนโลยีไปจนถึงการสร้างผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพหลากหลาย รวมทั้งบริการรักษาพยาบาล ทั้งหมดมุ่งสู่เป้าหมายใหญ่ที่อยู่นอกขอบเขตของสุขภาพ นั่นคือเม็ดเงินที่คำนวณออกมาเป็นผลกำไร

เดิมการค้นคว้าวิจัยเกิดจากความต้องการอยากรู้ อยากเห็นที่มากับความต้องการมีชื่อเสียง รวมทั้งความคิดอันเป็นกุศลที่ต้องการแก้ไขปัญหามนุษย์ แต่เมื่อระบบทุนนิยมเติบโตขึ้น มีการสร้างระบบทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์คิดค้น การศึกษาวิจัยจึงถูกอิทธิพลเหล่านี้ครอบงำมากขึ้น

ผลกระทบของการทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นสินค้า อาจมองได้หลายด้าน ราคาขายและค่าบริการรักษาที่แพง สำหรับผู้บริโภคนั้นเป็นผลลัพธ์ที่เห็นได้ไม่ยาก แต่ผลกระทบที่เชื่อมโยงไปถึงระบบสุขภาพมักจะซับซ้อนจนบางครั้ง สังคมอาจไม่ได้ตระหนัก คำถามคือ ในขณะที่เราไม่สามารถ ข้ามพ้นหรือปฏิเสธทุนนิยมในเรื่องสุขภาพได้ จะมีมาตรการ อะไรหรือไม่ ที่ทำให้เกิดการถ่วงดุลกันอย่างเหมาะสม ระหว่างมิติที่เป็นสินค้ากับมิติด้านมนุษยธรรมของสุขภาพ กฎกติกา องค์กรทางสุขภาพ และหน่วยงานที่มีหน้าที่ คุ้มครองผู้บริโภคในวันนี้ทำอะไรอยู่บ้าง ระบบสุขภาพ ของไทยจะรับมือกับกระแสทุนนิยมนี้ได้อย่างไร

เนื้อหาในบทความที่จะเสนอต่อไปนี้ เป็นเรื่องราว ของ **อุบายขายสุขภาพ** หลายด้าน ที่คนส่วนใหญ่อาจ ยังไม่รู้เท่าทัน กล่าวโดยสรุปแล้ว อุบายเหล่านี้คือ กลยุทธ์ ทางการตลาด ซึ่งมุ่งจะ “ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ” (ยา เทคโนโลยี บริการดูแลสุขภาพ ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ ฯลฯ) ให้ได้มากที่สุดที่จะทำได้ ไม่เฉพาะแก่กลุ่มคนที่มี ความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงกลุ่ม “คนสุขภาพดี” ที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตัวเอง หรือสบายดีแต่ถูกทำให้เป็น คน “ผิดปกติ” ด้วย

อุบายที่เน้นค่อนข้างมากในที่นี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการนำเสนอเรื่องนี้ได้อาศัยข้อมูลและตัวอย่างจากต่างประเทศเป็นหลัก การอ้างถึงข้อมูลและเรื่องราวที่เกิดใน ต่างประเทศก็เพราะกรณีเหล่านั้นมีคุณค่าเป็นบทเรียน สำหรับประเทศอื่นๆ ได้ อีกทั้งผลกระทบหลายอย่างที่เกิด ในต่างประเทศก็เกิดกับคนในประเทศไทยด้วย เช่นเดียวกับ คนในประเทศอื่นๆ ทั้งนี้ก็เพราะยาส่วนใหญ่ที่ใช้ใน ประเทศไทย โดยเฉพาะยาใหม่ๆ และยาลำหรับโรคที่ ซับซ้อน หรือรักษายากทั้งหลาย มีแหล่งผลิตและนำเข้า มาจากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น อุบายอีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่อง ของการมุ่งใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิน ความจำเป็น การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเสริม ความงาม รวมถึงการแพทย์เพื่อความงาม ซึ่งเป็นธุรกิจ ที่กำลังเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่วนสุดท้ายของ บทความพูดถึงบทบาทของสื่อซึ่งถูกตั้งคำถามมากขึ้นใน ปัจจุบันว่า มีส่วนในการให้การศึกษาแก่ประชาชนเพียงใด หรือว่าเพียงแต่ทำตนเป็นเครื่องมือให้อุบายขายสุขภาพ เท่านั้น



ที่มา: <http://prensamex.mx/page/23/>

อุบายสร้างโรค

ถ้าคุณเป็นคนผลิตรักษาโรค คุณจะเลือกอะไร ระหว่างการมุ่งให้คนที่เจ็บป่วยหายจากโรค โดยที่ธุรกิจของ คุณก็ยังสามารสดำเนินต่อไปได้ด้วยผลตอบแทนที่ยุติธรรม กับการมุ่งทำยอดขายเพื่อได้กำไรงามๆ จากยาที่คุณผลิต ขึ้นนั้น?

ไม่ว่าคำตอบของคุณจะเป็นอะไร ก็คงมีเหตุผล ในตัวมันเองอยู่แล้ว บทความนี้ไม่มีจุดมุ่งหมายจะชี้ว่า คำตอบไหนถูก คำตอบไหนผิด แต่เรื่องราวที่จะเสนอต่อไปนี้ อาจจะช่วยให้คุณบอกได้ว่า เส้นแบ่งที่เหมาะสมระหว่างยา ในฐานะเป็นสินค้าเชิงมนุษยธรรมกับยาในฐานะเป็นสินค้า เชิงพาณิชย์ ควรจะมีหรือไม่ และเส้นแบ่งนั้นควรจะอยู่ ตรงไหน

เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพและยา

สำหรับบริษัทยาข้ามชาติซึ่งมีฐานใหญ่อยู่ในประเทศ ที่อุตสาหกรรมยาเจริญที่สุด เช่น สหรัฐอเมริกาและ บางประเทศในยุโรป สิ่งที่พวกเขาทำอยู่ทุกวันนี้ชวนให้เรา เข้าใจว่า ยาคือสินค้าที่สามารถสร้างกำไรได้อย่างมหาดศาล การรักษาโรคแม้จะสำคัญก็เป็นเป้าหมายรอง เพื่อบรรลุ เป้าหมายดังกล่าว บริษัทยาจึงทำทุกอย่างเพื่อให้ “ตลาดยา”

ขยายใหญ่ขึ้น วิธีที่ดีที่สุดคือต้องทำให้คนทุกเพศทุกวัย ไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วย กลายเป็นผู้ที่ต้องใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เฮนรี แกดสเดน (Henry Gadsden) ซีอีโอของบริษัทเมอร์ค (Merck) ซึ่งเป็นบริษัทผลิตยา ยักษ์ใหญ่บริษัทหนึ่งของโลก เคยกล่าวไว้เมื่อกว่า 30 ปีที่แล้วว่า เขาฝันมานานที่จะผลิตยาขายให้คนที่สุขภาพดีใช้ เพื่อว่าบริษัทของเขาจะสามารถขายยาให้แก่คนทุกคนได้ ไม่เฉพาะคนที่ป่วยเท่านั้น ถ้าทำได้เช่นนั้นบริษัทก็จะมีรายได้มหาศาล

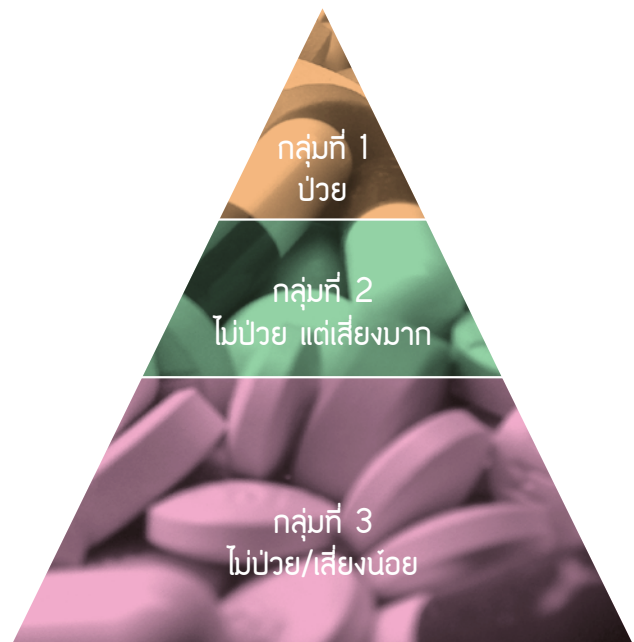
แต่จะทำเช่นนั้นได้อย่างไร?

บริษัทยาารู้ดีกว่าใครๆ ว่าคนจะเรียกหาขายก็ต่อเมื่อเขาารู้สึกว่าตนไม่สบาย คนกลุ่มนี้เป็น “ลูกค้า” ของบริษัท ยาแน่นอนอยู่แล้ว แต่ก็เป็นคนส่วนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สุขภาพปกติดี นั่นหมายความว่า ถ้าเป้าหมายอยู่ที่กลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยอย่างเดียว ตลาดยา ก็จะแคบมาก ถ้าจะขายยาให้ได้มากขึ้น ตลาดยาควรจะขยายกว้างออกไป ครอบคลุมถึงคนส่วนใหญ่ที่สุขภาพปกติดีทั่วไปด้วย

กลยุทธ์ทางการตลาดเบื้องต้นจึงอยู่ที่การทำให้คนเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้คนที่สุขภาพปกติดี ไม่เจ็บไม่ไข้ มีความรู้สึกว่าคุณมีความเสี่ยงอะไรบางอย่าง ที่อาจจะทำให้เจ็บป่วยในอนาคต เหมือนกับมี “ภัยเงียบ” ซ่อนอยู่ข้างใน หรือให้มองปัญหาเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา และที่สำคัญกว่านั้นคือ ต้องทำให้คนทั้งหมดรู้ว่าความเจ็บป่วย หรือความเสี่ยงของพวกเขาสามารถรักษาหรือลดลงได้ด้วยยา ดังนั้นเป้าหมายทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาข้ามชาติในปัจจุบันจึงครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมียาฐานะทางสุขภาพอย่างไรก็ตาม หากจะจำลองให้เห็นภาพก็อาจจะเป็นดังในรูปที่ 1

สำหรับคนในกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยอยู่แล้ว (กลุ่มที่ 1) บริษัทยาอาจไม่ต้องทำอะไรมาก เพียงแต่ผลิตยาและ “ทำตลาด” ด้วยการโฆษณาเชิงรุกอย่างต่อเนื่องกับแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือแม้แต่ประชาชนทั่วไป ก็จะประสบความสำเร็จได้อย่างดีแล้ว แต่สำหรับกลุ่มที่ 2 (ไม่ป่วย แต่มีความเสี่ยงมากที่จะป่วย) และกลุ่มที่ 3 (ไม่ป่วย และมีความเสี่ยงน้อย) นั้น ต้องลงทุนทำให้พวกเขากลายเป็นคนที่มีความเจ็บป่วย หรือรู้สึกว่าคุณ

รูปที่ 1: เป้าหมายทางการตลาดของอุตสาหกรรมยา ยุคปัจจุบัน คือประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมียาฐานะสุขภาพอย่างไรก็ตาม



หรือมีความเสี่ยง และให้รู้สึกว่ายาคouldช่วยให้แข็งแรงไม่ป่วย ไม่เสี่ยงให้ได้ กลยุทธ์ในเรื่องนี้อาจจะซับซ้อน แต่กล่าวโดยสรุปแล้วนี่คือ “อุปขายสร้างโรค”

สร้างโรคใหม่

แพทย์หญิง มาร์เซีย แองเจิลล์ (Marcia Angell, M.D.) ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และอดีตหัวหน้าบรรณาธิการวารสาร New England Journal of Medicine ผู้แต่งหนังสือ The Truth about the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it¹ กล่าวถึงการทำงานของบริษัทยาในปัจจุบันไว้อย่างน่าคิดและแหลมคมว่า “กาลครั้งหนึ่งบริษัทยาทั้งหลายส่งเสริมการขายยาเพื่อรักษาโรค แต่ปัจจุบันมักจะตรงกันข้าม บริษัททั้งหลายกำลังส่งเสริมโรคให้เป็นที่รู้จักคู่กับยาของตน” (น. 88)

¹ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยชื่อ “กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ” โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ (เลขหน้าอ้างอิงในที่นี่เป็นของฉบับภาษาไทย)

บทวิเคราะห์เจาะลึกทางธุรกิจของรอยเตอร์ (Reuter Business Insight) ซึ่งเผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2546 ได้มองตลาดยาในอนาคตว่า ถ้าสามารถ **สร้างตลาดโรคใหม่** ขึ้นมาได้ บริษัทยาจะสามารถทำสถิติการขายยาได้นับพันล้าน รายงานดังกล่าวเสนอว่า หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการสร้างตลาดโรคใหม่ คือ ต้องเปลี่ยนวิธีที่ประชาชนมองอาการที่พบบ่อยๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรืออาการไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ให้กลายเป็นโรคที่ต้องรักษา หรือคัมค่าที่จะใช้ยารักษา เอกสารดังกล่าวได้วิเคราะห์แบบฟันธงว่า “ปีต่อๆ ไปจะเป็นปีของบริษัทที่ลงทุนสร้างโรค” หลังจากนั้น 2 ปี การศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ เรย์ มอยนิฮาน (Ray Moynihan) และ แอลัน คาสเซล (Alan Cassel) ในหนังสือ *อุบายขายโรค* (Selling Sickness)² และการศึกษาของคนอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน ทั้งในออสเตรเลียและในยุโรป ก็เผยให้เห็นว่า อุตสาหกรรมยาใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการ “สร้างโรคใหม่” เพื่อทำให้คนที่สุขภาพปกติดีทั่วไปกลายเป็นคนป่วย กลยุทธ์เหล่านี้สอดคล้องกับสิ่งที่วิเคราะห์ไว้ใน Reuter Business Insight ทุกประการ คือ

1. **ทำให้อาการเล็กๆ น้อยๆ ที่คลุมเครือกลายเป็นโรคที่ต้องใช้ยารักษา** เช่น ทำให้อาการขี้อายกลายเป็นอาการแสดงออกของโรควิตกกังวลสังคม (social anxiety disorder – SAD) ทำอาการเครียดก่อนมีประจำเดือนให้กลายเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง เรียกว่าโรคจิตละเหี่ยก่อนมีประจำเดือน (pre – menstrual dysphoric disorder – PMDD) ทำอาการเสพสมบัติน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเป็นบางครั้งในชีวิตประจำวันของหญิงและชายให้กลายเป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction–SD)

2. **ทำการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในสรีระของคนให้กลายเป็นความเจ็บป่วย** เช่น ทำอาการผมหลุดร่วงจนศีรษะล้าน (baldness) ที่เกิดกับผู้ชายวัยกลางคนขึ้นไปบางคน ให้กลายเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพจิตและบั่นทอนคุณภาพชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม ทำภาวะการขาดฮอร์โมนในหญิงวัยทองให้กลายเป็นสิ่งบอกเหตุว่าผู้หญิงในวัยนี้ทุกคนตกอยู่ในความเสี่ยงต่อโรคร้ายแรงหลายอย่าง รวมทั้งโรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอาจทำให้กระดูกหักหรือแตกได้ง่าย

กาลครั้งหนึ่ง บริษัทยาทั้งหลายส่งเสริมการขายยาเพื่อรักษาโรค แต่ปัจจุบันมักจะตรงกันข้าม บริษัททั้งหลายกำลังส่งเสริมโรคให้เป็นที่รู้จักคู่กับยาของตน

² Selling Sickness: How the World Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients, by Ray Moynihan and Alan Cassel แปลเป็นภาษาไทยในชื่อ “อุบายขายโรค: กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ (ภาคสอง)” โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ, 2550



ที่มา: Applbaum, 2006

กำลังที่เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยง ให้กลายเป็นความเจ็บป่วย: ระดับโคเลสเตอรอล

โดยตัวของมันเองโคเลสเตอรอลหรือไขมันในเลือดไม่ใช่ศัตรูที่ทำอันตรายให้ถึงตาย แท้จริงแล้วมันเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อชีวิต แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แสดงว่า โคเลสเตอรอลสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมองก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีคำแนะนำว่า สำหรับคนที่สุขภาพดีทั่วไป ระดับโคเลสเตอรอลจะต้องสูงขนาดไหนจึงจะถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลวและโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ยอมรับกันกว้างๆ คือ ระดับโคเลสเตอรอล เป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในอนาคต ความเสี่ยงอื่นๆ ของโรคดังกล่าวนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตและเบาหวาน ซึ่งอาจจะสำคัญกว่าระดับโคเลสเตอรอลด้วยซ้ำ การที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลได้รับความสนใจมากก็เพราะมันสามารถแก้ไขได้ด้วยยา

ในช่วงเวลากว่า 20 ปี ที่ผ่านมานี้ มีการปรับนิยามระดับโคเลสเตอรอลเป็นระยะๆ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในอเมริกา การปรับแต่ละครั้งมีการลดระดับโคเลสเตอรอลที่แต่เดิมถือว่าสูงให้ต่ำลงเรื่อยๆ ผลที่ตามมาคือ ทำให้คนที่สุขภาพดีจำนวนมากกลายเป็นคนมีโคเลสเตอรอลสูงในพริบตา เช่น ในการปรับนิยามเมื่อปี 2544 ทำให้คนอเมริกันที่ปกติดี 36 ล้านคน เข้าข่ายควรได้รับการรักษาทันที และเมื่อปรับอีกครั้งในปี 2547 คนอเมริกันที่ควรใช้ยาลดโคเลสเตอรอลเพิ่มเป็น 40 ล้าน แม้จะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนว่า การปรับเกณฑ์เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนไทยมากเพียงใด แต่ก็เชื่อว่าคนไทยที่เข้าข่ายนี้คงมีมากขึ้นแน่นอน เพราะวงวิชาการทางการแพทย์ของเราถือเกณฑ์อย่างเดียวกับที่กำหนดโดยฝรั่งอย่างเชื่องๆ

เรื่องที่น่าสนใจ คือ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนในคณะกรรมการที่ปรับนิยามแต่ละครั้งนั้น มีความสัมพันธ์ทางการเงินกับบริษัทที่ผลิตยาลดโคเลสเตอรอลหลายบริษัท ผู้คนเลยสงสัยว่าอิทธิพลของบริษัทยาน่าจะมีส่วนในการปรับนิยามที่ผ่านมา แต่ไม่ว่าจะเป็นอย่างไร โรคนี้ก็สร้างความวิตกกังวลให้คนทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ยังผลให้ยาลดโคเลสเตอรอลเป็นยาที่ขายดีที่สุด ทำรายได้ให้บริษัทยามากกว่า 2 หมื่น 5 พันล้านดอลลาร์ต่อปี

แม้ว่าคนที่ระดับโคเลสเตอรอลสูงมากๆ อาจได้รับประโยชน์จากการใช้ยา แต่การประคบปรังรักษาระดับโคเลสเตอรอลด้วยยาสำหรับคนที่สุขภาพดีทั่วไป ส่งผลเสียมากกว่าผลดี เพราะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสาเหตุที่แท้จริงของโรค ทำให้คนเข้าใจผิดว่าเพียงกินยาลดโคเลสเตอรอลก็หลีกเลี่ยงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่แท้จริงแล้ว การรับประทานอาหารที่สมดุล หลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการป้องกันโรคที่ได้ผลดีกว่า ถูกกว่า และปลอดภัยกว่าการใช้ยามาก

หมายเหตุ: ปัจจุบันระดับโคเลสเตอรอลที่ถือว่าปกติควรต่ำกว่า 200 mg/dl แต่ต้องนำเรื่อง “ไขมันดี” (High Density Lipoprotein-HDL) และ “ไขมันไม่ดี” (Low Density Lipoprotein-LDL) มาพิจารณาด้วย ค่าปกติสำหรับไขมันดีควรมากกว่า 35 mg/dl สำหรับไขมันไม่ดีควรต่ำกว่า 135 mg/dl

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จาก Moynihan and Cassel, 2002

3. **ปรับนิยามอาการบางอย่างเสียใหม่ เพื่อทำ**
อาการที่เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงให้กลายเป็นโรคอย่างใหม่
ขึ้นมา เช่น ปรับนิยามของระดับโคเลสเตอรอลและ
ความดันโลหิตที่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง แต่ไม่ใช่
อย่างเดียว ของการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง
ให้ต่ำลง เพื่อให้คนที่ปกติดีจำนวนมากเข้าข่ายเป็นผู้มีอาการ
ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา

พันธมิตรในกระบวนการสร้างโรค

วินซ์ พาร์รี (Vince Parry) ผู้เชี่ยวชาญทาง
การตลาดระดับครูคนหนึ่งแห่งมหานครนิวยอร์กกล่าว
ในการให้สัมภาษณ์ซึ่งเผยแพร่ในภาพยนตร์สารคดีเรื่อง
Selling Sickness (สร้างโดย Paradigm Pictures)
ว่าบริษัทยาต้องร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์
“ในการสร้างความคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคและภาวะโรคต่างๆ”
เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างโรคกับยาที่บริษัทผลิต
ออกมา

สิ่งที่บริษัทยาทำจริงๆ ตรงกับที่พาร์รีกล่าวเอาไว้
ไม่มีผิด กระบวนการสร้างโรคจะเป็นไปไม่ได้เลยหากไม่มี
ความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (บางคน) ซึ่ง
เป็นตัวละครสำคัญยิ่งในเรื่องนี้ บริษัทยาทำให้ผู้เชี่ยวชาญ
ทางการแพทย์เป็นเสมือน “พันธมิตร” ในกระบวนการ
สร้างโรคของตน ด้วยการสร้างความสัมพันธ์อันอบอุ่น
ทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการจ้างเป็นที่ปรึกษาหรือเป็น
ผู้บรรยายให้บริษัท สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการของ
เหล่าแพทย์ เช่น การประชุมสัมมนาและการศึกษาต่อเนื่อง
ซึ่งเป็นกิจกรรมกึ่งบังคับที่แพทย์ (ในสหรัฐอเมริกา) ทุกคน
ต้องทำ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางวิชาการในวิชาชีพ
ของตน รวมถึงการเอาอกเอาใจแพทย์ด้วยอำมริสรูปแบบต่างๆ

บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีความหมาย
อย่างยิ่งต่อบริษัทยา นอกจากการวิจัยแล้ว บทบาทดังกล่าว
ยังรวมถึงการกำหนดนิยามของอาการต่างๆ ว่าอะไรเป็น
โรคที่ต้องได้รับการรักษา และแนวทางการรักษาโรคนั้น
ควรเป็นอย่างไร งานนี้กระทำโดยคณะกรรมการที่ประกอบ
ด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในสาขานั้นๆ อย่างไรก็ตาม
สิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในทางปฏิบัติคือ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนใน
คณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์กับบริษัทยา

ซึ่งเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนที่ชัดเจน ทำให้สาธารณชน
สงสัยว่า ผลประโยชน์ที่ทับซ้อนนั้นอาจจะมีผลต่อการ
ตัดสินใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งต้องการความเป็นกลาง
ในทางวิชาการอย่างเคร่งครัด ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น

- ❖ ในการปรับปรุงนิยามเกี่ยวกับระดับโคเลสเตอรอล
เมื่อกว่า 10 ปีมาแล้ว ผู้เชี่ยวชาญ 8 ใน 9 คน ใน
คณะกรรมการ รั้งตำแหน่งผู้บรรยาย เป็นที่ปรึกษา
หรือทำวิจัยให้บริษัทยาใหญ่ๆ ระดับโลก ถึง
8 บริษัท (ไฟเซอร์, เมอร์ค, บริสตอล-ไมเยอร์
สควิบ, โนวาร์ติส, ไบเออร์, แอ็บบอตต์, แอสตรา
เซนก้า และแกล็กโซสมิทไคลน์) ผู้เชี่ยวชาญ
รายหนึ่งในจำนวนนี้รับเงินจากบริษัทยาถึง
10 บริษัท
- ❖ ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์
ที่เมืองบอสตันเมื่อปี 2542 เพื่อเขียนคำนิยาม
ของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศในหญิง และ
จัดกลุ่มของโรคนี้ ผู้เชี่ยวชาญ 18 จาก 19 คน
มีความสัมพันธ์ทางการเงิน หรือความสัมพันธ์
ในรูปแบบอื่นกับบริษัทยาทั้งหมด 22 บริษัท
นอกจากนี้การประชุมดังกล่าวยังได้รับการ
สนับสนุนจากบริษัทยาถึง 8 บริษัท

นับเป็นเรื่องไม่ปกติอย่างยิ่งสำหรับประชาชนทั่วไป
ที่แพทย์ผู้เขียนคำนิยามของโรคและเป็นผู้แนะนำให้ใช้
ยารักษา จะเป็นคนเดียวกันกับแพทย์ที่รับจ้างบรรยาย
หรือได้รับผลประโยชน์จากบริษัทผู้ผลิตยาเหล่านั้น
แต่สำหรับคนในวงการยา เรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนเช่นนี้
ดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ชินชามากไปแล้ว จริงอยู่ อาจมี
ผู้เชี่ยวชาญบางคนที่ได้รับผลประโยชน์จากบริษัทยาแต่
ยังดำรงความเป็นกลางทางวิชาการไว้ได้ แต่กรณีเช่นนั้น
จะมีสักเท่าไร และเสียงของพวกเขาจะดังมากพอที่จะทาน
พลังอันเข้มแข็งของผลประโยชน์ก้อนโตที่อยู่ต่อหน้าได้
เพียงใด เป็นคำถามที่อาจตอบได้ไม่ยากนัก

อุบายขายยา

ยาเป็นธุรกิจมูลค่าหลายแสนล้านดอลลาร์ เมื่อ
ประมาณ 10 ปีมาแล้ว ในสหรัฐอเมริกาประเทศเดียว
ตลาดยามีมูลค่า 2 แสนล้านดอลลาร์ หรือราวครึ่งหนึ่ง

ของมูลค่าทั้งโลกในตอนนั้น ที่เป็นเช่นนี้ไม่ใช่เพราะความต้องการยาเพิ่มขึ้นอย่างเดียว แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ การที่อุตสาหกรรมยาสร้างความต้องการยาที่เกินจริง และใช้กลยุทธ์ทางการตลาดสร้างความร่ำรวยมหาศาล ดังจะเห็นว่า เฉพาะในสหรัฐอเมริกาในช่วงเวลากว่า 20 ปีก่อน พ.ศ. 2546 อุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงสุด แม้หลังจากนั้นอันดับจะตกลงบ้าง แต่ก็ยังเป็นหนึ่งในกลุ่มอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงสุดตลอดมา ที่เป็นเช่นนี้เพราะบริษัทยาข้ามชาติทั้งในสหรัฐอเมริกาและยุโรปใช้อุบายหลายอย่างที่แนบเนียนจนประชาชนทั่วไปยากที่จะรู้ทัน เริ่มตั้งแต่การผลิตไปจนถึงการขายในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะอุบายที่สำคัญ

อุบายการวิจัยและพัฒนายาใหม่: เป้าหมายคือยาที่มีอนาคต

ความสำเร็จของอุบายขายยาเริ่มต้นตั้งแต่การวิจัยและพัฒนายาใหม่ เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมทั่วไป อุตสาหกรรมยาเลือกที่จะลงทุนในผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความสนใจของตลาด หรืออย่างน้อยก็ในผลิตภัณฑ์ที่มองเห็นว่าจะทำได้

แล้วจะวิจัยและพัฒนาอะไรละจึงจะขายและทำกำไรได้ดี? คำตอบคือต้องเป็นยาที่อยู่ในความสนใจของกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อมากๆ หรือยาที่สามารถทำให้คนจำนวนมากๆ หันมาสนใจมีฉนั้นก็ต้องเป็นยาที่สามารถขายราคาแพงๆ หรือทำให้ราคาแพงได้โดยผู้บริโภคไม่มีทางเลือก นอกจากต้องควักกระเป๋าจ่ายค่ายาราคาแพงนั้น

ข้อเท็จจริงที่มีการเปิดเผยมานานแล้วก็คือ บริษัทยาข้ามชาติให้ความสำคัญมากที่สุดในการลงทุนวิจัยและพัฒนาสำหรับโรคที่แพร่หลายในกลุ่มคนรวย เช่น โรค มะเร็ง โรคหัวใจ และยาสำหรับอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากรูปแบบการใช้ชีวิต (หรือที่เรียกว่า “ยาไลฟ์สไตล์” – lifestyle drugs) ซึ่งรวมถึงโคเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ภูมิแพ้ ผิวน้ำหนักเกิน อากาศหายใจไม่สะดวก ยาที่วิจัยและพัฒนาขึ้นมาสสำหรับโรคและกลุ่มอาการดังกล่าวจัดว่าเป็น “ยาที่มีอนาคต” เพราะผู้ใช้ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมที่ร่ำรวย และตลาดมีความยืดหยุ่นสูง

บริษัทสามารถ “หากินไปได้นาน” (กล่าวกันว่า สัดส่วนการลงทุนสำหรับยาในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 90 ของการลงทุนทั้งหมดของบริษัทยาข้ามชาติ)

ส่วนยาสำหรับโรคที่แพร่หลายในสังคมที่คนส่วนใหญ่ยากจน เช่น โรคติดเชื้อ หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งเป็นคราวในประเทศแถบเขตร้อน ทั้งในเอเชีย แอฟริกา และละตินอเมริกา อุตสาหกรรมยาจะลงทุนน้อย เหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งเพราะคนส่วนใหญ่ในประเทศแถบเขตร้อนเป็นคนจนและมีกำลังซื้อต่ำ กรณีโรคอีโบล่าเป็นกรณีตัวอย่างล่าสุดที่เห็นได้ชัด แม้ว่าโรคนี้ระบาดครั้งแรกเมื่อ 40 ปี มาแล้ว แต่เพราะเป็นโรคที่แพร่ระบาดเฉพาะในแอฟริกาที่คนมีรายได้ต่ำ จึงแทบไม่มีการลงทุนศึกษาวิจัยใดๆ เลยโดยเฉพาะจากบริษัทยาข้ามชาติ

แต่อุบายอันล้าลึกของบริษัทยาข้ามชาติที่คนทั่วไปอาจคาดไม่ถึง คือการ “สร้างโรค” ขึ้นมาให้ตรงกับยาที่ตัวเองวางแผนวิจัยและพัฒนา โดยอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นตัวช่วย ด้วยอุบายที่แนบเนียนและน่าเชื่อถือเพื่อดึงความสนใจของผู้บริโภคที่มีเงินและใส่ใจในสุขภาพ และเพื่อขยายตลาดให้กว้างใหญ่ขึ้น ดังที่ได้กล่าวถึงมาแล้วข้างต้น

ความสำเร็จในเรื่องนี้วัดได้จากยอดขายที่สูงลิ่วของ “ยาไลฟ์สไตล์” เช่น ยาลดโคเลสเตอรอลที่มีชื่อทางการค้าว่าลิปิตอร์ (Lipitor) ของบริษัทไฟเซอร์ (Pfizer) ซึ่งเป็นยาที่มียอดขายทำสถิติสูงกว่าหมื่นล้านดอลลาร์ต่อปี และเป็นยาที่ขายดีที่สุดในโลกชนิดที่ไม่เคยมียาใดทำได้มาก่อน

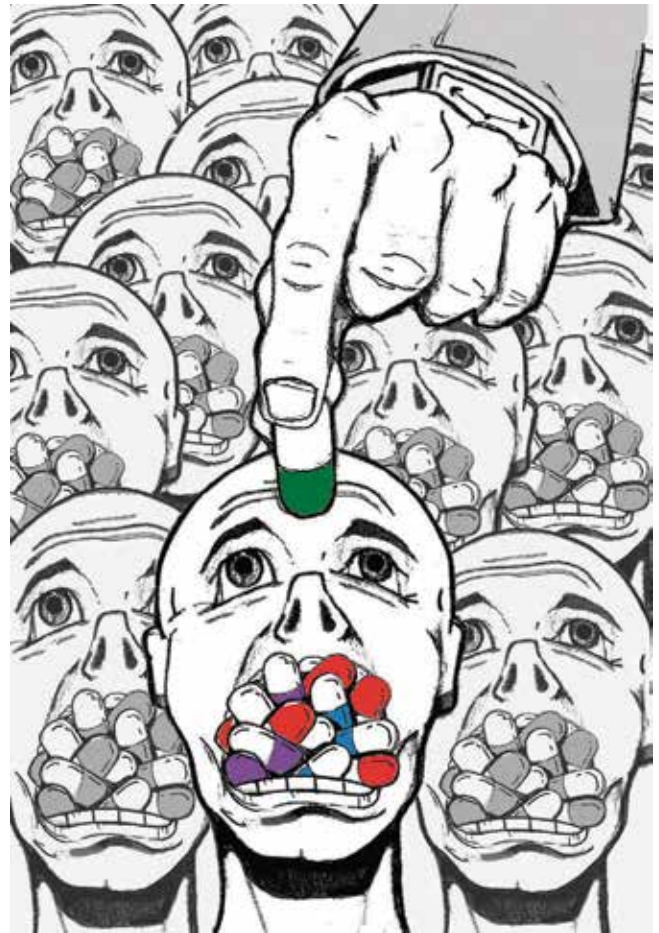
กำไรงามเพราะราคาแพง

อุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรได้มหาศาล นิตยสารฟอร์จูนในปี 2545 รายงานว่าบริษัทยาชั้นนำใหญ่ 10 บริษัทซึ่งเป็นผู้ผลิตและส่งออกยารายสำคัญของโลก มีกำไรรวมกันเป็นเงิน 35,000 ล้านดอลลาร์ มากกว่ากำไรรวมกันของบริษัทยาขนาดรองลงมา 490 บริษัท (ซึ่งมีกำไรเพียง 33,000 ล้านดอลลาร์เท่านั้น) กำไรที่งดงามของบริษัทยามาจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือการที่ยามีราคาแพง หรือไม่ก็ถูกทำให้มีราคาแพงเกินเหตุ โดยเฉพาะยาที่วิจัยและพัฒนาขึ้นมาใหม่

ในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา ราคายาในสหรัฐอเมริกาสูงเสียดฟ้าจนเกิดปัญหาคนไม่เข้าค่ายไม่ออกในระบบประกันสุขภาพ คนอเมริกันจำนวนนับล้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาในการเข้าถึงยา เนื่องจากยาราคาแพง หลายคนรู้ราคายาในประเทศของตนไม่ไหว ต้องเดินทางไปซื้อยาจากประเทศแคนาดาหรือเม็กซิโกที่มีราคาถูกกว่ามาใช้ หรือมีเงินนั้นก็สั่งซื้อยาทางอินเทอร์เน็ตจากผู้ขายในยุโรป ขณะเดียวกันในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน ยาที่จำเป็นแต่ราคาแพงมากๆ เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาโรคมะเร็ง หรือยาโรคหัวใจ ก็ทำให้คนในประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาอย่างมากในการเข้าถึงยา ทั้งยังเป็นภาระด้านงบประมาณและสร้างปัญหาแก่ระบบสุขภาพในประเทศเหล่านั้นด้วย

ในระยะหลังๆ บริษัทผู้ผลิตยาถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่าขูดรีดประชาชนและเอากำไรเกินควร แต่พวกเขามักจะอ้างว่าเป็นเพราะต้องลงทุนสูงในการวิจัยและพัฒนา ยาใหม่ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงด้วย นอกจากนี้บริษัทจำเป็นต้องมีรายได้เพื่อนำไปลงทุนพัฒนา ยาใหม่ต่อไป ข้อแก้ตัวนี้ฟังดูก็เหมือนจะมีเหตุผล แต่ในเบื้องลึกแล้วมีหลายอย่างซ่อนอยู่ ซึ่งทำให้ประชาชนอดตั้งข้อสงสัยไม่ได้ว่าความจริงเป็นเช่นนั้นหรือไม่

แต่ความจริงแล้วสัดส่วนการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของบริษัทยาักษ์ใหญ่ นั้นแม้จะเป็นเงินจำนวนมาก แต่ก็เทียบไม่ได้กับค่าใช้จ่ายในหมวด “ค่าการตลาดและการบริหาร” ในเรื่องนี้แพทย์หญิงมาร์เซีย แองเกลล์ชี้ให้เห็นว่า การลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของบริษัทยาักษ์ใหญ่ 10 อันดับแรก ในปี 2533 มีมูลค่าคิดเป็นเพียงร้อยละ 11 ของยอดขาย แม้อินลิปีต่อมา (พ.ศ. 2543) การลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของบริษัทเหล่านั้นก็มีมูลค่าเป็นร้อยละ 14 ของยอดขายเท่านั้น รายจ่ายก้อนโตที่สุดของบริษัทยาเหล่านี้ไม่ใช้การลงทุนผลิตยา แต่เป็น “ค่าการตลาดและการบริหาร” ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 36 ของยอดขายปี 2533 มากกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาในปีเดียวกันถึงกว่า 2 เท่า ค่าใช้จ่ายเพื่อการตลาดและการบริหารนั้นคิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดต่อเนื่องมาตลอด



ที่มา: Moynihan and Henry, 2006 (Illustration: Anthony Flores)

ยาใหม่ หรือยาต่อท้ายกันแน่?

ถ้าพิจารณาจากความจริงที่ว่ายาใหม่เป็นยาที่ราคาแพงและผู้ผลิตสามารถผูกขาดตลาดได้ บริษัทยาข้ามชาติทั้งหลายน่าจะมุ่งวิจัยและพัฒนา ยาใหม่เป็นหลัก แต่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น เหตุผลที่บริษัทยามักจะอ้างก็คือ เพราะการวิจัยและพัฒนา ยาใหม่ต้องลงทุนสูง ใช้เวลานาน และมีความเสี่ยงสูงด้วย เหตุผลนี้คงไม่มีใครเถียง แต่ความจริงอีกด้านหนึ่งที่บริษัทยาไม่พูดถึงคือ เพราะพวกเขามีทางเลือกอื่นที่ลงทุนน้อยกว่าและใช้เวลาน้อยกว่า แต่ได้ยาที่จะเอาไปขอรับสิทธิบัตรเหมือนยาใหม่ได้ บังเอิญเรื่องนี้เป็นสิ่งที่คนส่วนมากไม่รู้

ในการพัฒนา ยาใหม่นั้นบริษัทยาส่วนมากไม่ได้เริ่มลงทุนตั้งแต่ขั้นตอนแรก ดังนั้น จึงไม่ได้แบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่จะเข้ามาลงทุนหลังจากที่การวิจัยพื้นฐานในชั้นบุกเบิก ได้พบสารนำทางที่จะใช้เป็นยาเพื่อนำไปทดลอง

กระบวนการพัฒนายาใหม่

กระบวนการผลิตยาใหม่ประกอบด้วยงานหลักๆ 2 ส่วน คือ **การวิจัย** และ **การพัฒนา** งานในส่วนแรกเป็นการทำวิจัยขั้นพื้นฐาน เพื่อค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะของโรคที่เป็นเป้าหมายของการผลิตยา หลังจากนั้นจึงค้นหาสารที่จะบำบัดโรคได้ ซึ่งอาจจะใช้การออกแบบโมเลกุลโดยคอมพิวเตอร์ หรือคัดเลือกโมเลกุลที่รู้จักและมีอยู่แล้ว หรือสกัดจากสัตว์หรือพืช มาทำการสังเคราะห์ในห้องทดลอง และทดสอบในเซลล์เพาะเนื้อเยื่อความสำเร็จของงานในส่วนนี้คือการได้พบสารนำทางจำนวนหนึ่งที่น่าสนใจพอที่นำไปพัฒนาต่อไปได้ แต่โอกาสที่สารนำทางที่ได้จะถูกพัฒนาเป็นยาก็มีน้อยมาก จากสารจำนวนนับพันหรือนับหมื่นอาจจะเหลือเพียงไม่กี่ตัวเท่านั้น

ในสหรัฐอเมริกา งานวิจัยนี้ส่วนใหญ่แล้วทำโดยนักวิจัยในสถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ หรือหน่วยงานทางวิชาการ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health-NIH) มหาวิทยาลัย และหน่วยงานวิจัยเทคโนโลยีชีวภาพ ทุนส่วนใหญ่มาจากงบประมาณของรัฐ (เงินภาษีประชาชน) บริษัทยาส่วนมากเลือกที่จะไม่ลงทุนในขั้นนี้ เพราะต้องใช้งบประมาณสูงมากและใช้เวลานาน บางทีอาจเป็นสิบๆ ปี อีกทั้งมีความเสี่ยงสูง

กระบวนการ **พัฒนา** อาจแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน ขั้นแรกเป็นการนำเอาสารนำทางที่น่าสนใจซึ่งได้จากการค้นคว้าในภาคแรกไปศึกษาในสัตว์ทดลอง เพื่อดูความมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ถ้าประสบความสำเร็จจึงเริ่มการศึกษาในขั้นที่สอง ซึ่งจะเป็นการศึกษาความปลอดภัยของยาในคน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ถ้าขั้นนี้ได้ผล การศึกษาขั้นที่สามจึงจะเริ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้การทดลองยาในคนที่เป็นอาสาสมัครกลุ่มใหญ่ เพื่อดูว่าควรใช้ขนาดเท่าใดจึงจะได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุด ถ้าการศึกษาขั้นที่สามประสบความสำเร็จเป็นที่พอใจ จึงจะเริ่มกระบวนการของจดทะเบียนยาใหม่ได้ เมื่อได้รับการอนุมัติจึงจะนำยาออกสู่ตลาด และเมื่อยาออกสู่ตลาดแล้ว การศึกษาในขั้นที่ 4 ก็จะเริ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการติดตามความมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาตลอดระยะเวลาที่มีการใช้ยานั้นๆ การศึกษาในขั้นนี้จะทำให้รู้และจัดการกับผลข้างเคียงที่ไม่คาดคิดจากการใช้ยาระยะยาว หรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะทางกรรมพันธุ์เฉพาะ

ในภาคการพัฒนานี้ ถ้าเกิดพบว่างานในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งล้มเหลว หรือไม่ได้ผลเป็นที่ยอมรับได้ เงินที่ลงทุนไปในกระบวนการพัฒนาทั้งหมดก็สูญเปล่า แม้ว่ายาจะออกสู่ตลาดแล้ว แต่ถ้าหากพบว่าเกิดผลเสียที่รุนแรงก็ต้องถอนยาออกจากตลาด มีการศึกษาที่แสดงว่า ค่าใช้จ่ายในการพัฒนายาใหม่แต่ละตัว ตั้งแต่ขั้นทำการทดลองทางคลินิกไปจนถึงขั้นนำยาออกสู่ตลาด คิดเป็นเงินโดยเฉลี่ย 868 ล้านดอลลาร์ แต่ก็มีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ประมาณ 500 ล้านดอลลาร์ ถึงกว่า 2,000 ล้านดอลลาร์ ขึ้นอยู่กับชนิดของยา

ที่มา: นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ, 2549; Adams and Brantner, 2006

ทางคลินิกในคนได้แล้ว การลงทุนในการวิจัยขั้นพื้นฐานนั้น ในสหรัฐอเมริกาโดยมากทำโดยหน่วยงานวิจัยของรัฐ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานวิจัยเทคโนโลยีชีวภาพ หน่วยงานเหล่านี้รับทุนสนับสนุนจากรัฐ ซึ่งเป็นเงินภาษีของประชาชน การลงทุนของบริษัทยาในขั้น

ต่อจากนั้นแม้จะเป็นเงินจำนวนมาก แต่ก็เทียบไม่ได้กับทุนที่ใช้ในขั้นตอนการวิจัยขั้นพื้นฐาน ดังนั้นบริษัทยาจึงไม่สามารถอ้างแบบเหมารวมให้คนเข้าใจผิดว่าค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลในการพัฒนายาใหม่เป็นความรับผิดชอบของตนทั้งหมด

ด้วยเหตุผลด้านเงินลงทุนและเวลาที่ต้องใช้ในการพัฒนาใหม่ บริษัทยาส่วนมากสนใจวิจัยและพัฒนา ยาประเภทที่เรียกว่า **ยาต่อท้าย** (me-too drugs) มากกว่าที่จะลงทุนวิจัยและพัฒนาใหม่จริงๆ **ยาต่อท้าย** ไม่ใช่ยาใหม่ในความหมายที่เป็นนวัตกรรม แต่เป็นยาที่อาจมีลักษณะทางโครงสร้างคล้ายกับยาที่มีอยู่แล้วโดยผู้พัฒนา อาจจะคิดเอายาดี ๆ ที่มีประสิทธิผลของตนตัวใดตัวหนึ่ง (หรือหลายตัว) ซึ่งอาจจะมียาติดอยู่แล้ว หรือไม่มีก็ได้ เอามาเติมลักษณะบางอย่างลงไป โดยทำให้เป็นยาที่ต่างออกไปจากตัวเดิมในบางด้าน เช่น ด้านรูปแบบ (ยาเม็ดหรือยาฉีด) ขอบ่งใช้ (ใช้ทุกวัน หรือใช้อาทิตย์ละครั้ง) หรือประโยชน์ของยาที่เพิ่มขึ้น แล้วนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตร จะว่าไปแล้ววิธีนี้ก็เหมือนกับการเอายาเก่ามา “แต่งตัวเสียใหม่” แล้วนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตร เป็นการ “เก็บของเก่ามาหากินไปเรื่อย ๆ”

ข้อมูลของสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาที่อ้างในหนังสือ “กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ”³ แสดงให้เห็นว่า ในจำนวนยาที่ได้รับอนุมัติทะเบียนยาใหม่ในช่วง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 จำนวน 415 รายการ มีเพียงร้อยละ 14 (58 รายการ) เท่านั้นที่เป็นผลผลิตจากการคิดค้นในระดับนวัตกรรมและที่ถือว่าเป็นยาใหม่ ร้อยละ 9 เป็นยาเก่าที่ถูกเปลี่ยนแปลงบางด้าน เพื่อให้สำนักงานอาหารและยาเห็นว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญที่เหลืออีกร้อยละ 77 เป็นยาต่อท้าย ตัวเลขนี้คล้ายกับที่พบในประเทศไทยราวกับว่าเป็นการศึกษาในที่เดียวกัน ดังจะเห็นได้จากผลศึกษาข้อมูลเอกสารคำขอรับสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2535-2545 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 72 ของคำขอ

จดสิทธิบัตรจำนวน 2,444 ฉบับ เป็นคำขอสำหรับยาที่จัดอยู่ในประเภทยาต่อท้าย หรืออาจจะกล่าวว่าเป็นการแปลงโฉมยาเก่าให้เป็นยาใหม่

การพัฒนาต่อยอดนั้นใช้เวลาและทุนน้อยกว่าการพัฒนาใหม่อย่างเทียบกันไม่ได้ เพราะไม่จำเป็นต้องทำการวิจัยอย่างเข้มข้นเหมือนที่ทำการพัฒนาใหม่ เพียงแต่ทำการวิจัยหรือการทดลองทางคลินิกที่จะยืนยันคุณสมบัติที่ขอเพิ่มลงไปนั้นเท่านั้น ก็เพียงพอที่จะนำไปขอจดสิทธิบัตรได้ แม้ยาที่ได้จากวิธีนี้จะไม่ใช่ยาใหม่ในความหมายที่เป็นนวัตกรรมจริงๆ แต่ผลตอบแทนในแง่ของการผูกขาดตลาดก็แทบไม่ต่างกัน

ถึงตรงนี้ อาจสรุปได้ว่า ข้ออ้างของบริษัทยาข้ามชาติที่ว่า การที่ยาใหม่ราคาแพงก็เพราะบริษัทต้องลงทุนสูงมากในการวิจัยและพัฒนานั้นเป็นการอ้างเพื่อผลประโยชน์ของตัวเองมากกว่า

“กระโถนวิเศษ” ของยาราคาแพง

ตามหลักแล้ว การที่ยาจะมีราคาแพงไม่ใช่เพราะว่ายานั้นมีความต้องการมากแต่มีคนผลิตออกมาน้อยเพียงอย่างเดียว ที่สำคัญกว่านั้นคือการที่บริษัทสามารถผูกขาด



ที่มา: TML Daily, December 2, 2011 (Internet Edition)

³ แปลจาก “The truth about the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it” ของ Marcia Angell (2005) แปลโดย นพ. วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ (2549)

ตลาดได้ การผูกขาดตลาดนั้นจะเป็นไปไม่ได้เลย หากมีบริษัทอื่นผลิตยาตัวเดียวกันออกมาแข่งขัน สิ่งเดียวที่จะกันไม่ให้ผู้ประกอบการรายอื่นเข้ามาแข่งขันในตลาดได้คือ **สิทธิบัตร** ซึ่งทำหน้าที่เสมือนเป็น “เกราะพิเศษ” คุ่มกันทั้งในด้านการผลิตและการตลาดในเวลาเดียวกัน

สิทธิบัตรก็คือสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายในการผูกขาดการผลิตและการตลาด ซึ่งหน่วยงานของรัฐมอบให้แก่ผู้ที่วิจัยและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์แก่มวลมนุษย์ เป็นการให้รางวัลแก่ผู้วิจัยและพัฒนาโดยตรง โดยหลักเกณฑ์สากลในปัจจุบันสิทธิบัตรมีอายุการคุ้มครองนาน 20 ปี นับแต่วันที่ยื่นคำขอ ประเทศส่วนมากในโลกที่เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) ต่างก็มีระบบคุ้มครองนี้

ยาที่ได้รับสิทธิบัตรคุ้มครองเรียกว่า **ยาต้นตำรับ** (Original Drugs) สิทธิบัตรยาจะอนุมัติให้เฉพาะกับ **ยาใหม่** เท่านั้น ที่ว่าใหม่คือต้องเป็นยาที่แตกต่างอย่างสำคัญจากยาที่เคยมีมาก่อน อย่างน้อยก็ในด้านโครงสร้าง ประโยชน์ วิธีใช้ และรูปแบบของยา ตามหลักแล้ว การอนุมัติสิทธิบัตรสำหรับยาหรือสิ่งประดิษฐ์ใดๆ ก็ตาม จะต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในสหรัฐอเมริกาสิทธิการผูกขาดสำหรับยา มี 2 แบบ คือ

1) สิทธิผูกขาดภายใต้การคุ้มครองของสิทธิบัตร ซึ่งออกให้โดยสำนักงานสิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้าของสหรัฐฯ (US Patent & Trademark Office-USPTO) เดิมทีหน่วยงานนี้มีระบบที่เข้มงวดมากในการตรวจสอบและอนุมัติสิทธิบัตรสำหรับสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ แต่หลังจากปี 2523 มีการผ่อนปรนข้อกำหนดสำหรับสิ่งประดิษฐ์ที่จะขอรับสิทธิบัตร ทำให้ในปัจจุบันลักษณะแทบทุกอย่างของยาสามารถนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตรได้ ไม่ว่าจะเป็นข้อบ่งชี้ใหม่ รูปแบบยาใหม่ สูตรผสมใหม่ของยาตัวเก่า หรือแม้แต่สีของเม็ดยา การผ่อนปรนนี้เปิดทางให้บริษัทผู้ผลิตยา “เล่นเกมสิทธิบัตร” เพื่อยืดระยะเวลาการผูกขาดออกไปให้นานที่สุดที่จะนานได้ (ที่เรียกว่า Evergreening Patent)

2) สิทธิผูกขาดตลาดที่มอบให้โดยสำนักงานอาหารและยา (US Food and Drug Administration-USFDA) หลังจากยาได้รับการขึ้นทะเบียนให้ออกสู่ตลาดได้แล้ว สำนักงานอาหารและยาจะให้สิทธิผูกขาด 5 ปี สำหรับยาที่ประกอบด้วยโมเลกุลใหม่ๆ, 7 ปี สำหรับยากำพร้า (คือยาที่คาดว่าจะมีผู้ใช้น้อยกว่า 2 แสนคน) และ 3 ปี สำหรับยาที่เคยได้รับอนุมัติแล้วแต่นำมาทำการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและรูปแบบให้กลายเป็น “ยาใหม่” ขึ้นมา

ไม่ต้องสงสัยว่าสิทธิบัตรจะเป็น “ชุมทรัพย์” อันล้ำค่าเพียงใดสำหรับบริษัทฯ โดยทั่วไป เมื่อสิทธิบัตรของยาใดหมดอายุลง บริษัทอื่นจะสามารถผลิตยาที่มีทุกอย่างคล้ายกับยาที่สิทธิบัตรหมดอายุนั้น ออกมาจำหน่ายในตลาดได้ ยาประเภทนี้เรียกว่า **ยาชื่อสามัญ** (Generic Drugs) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการแข่งขันและทำให้ราคาของยาต้นตำรับลดลงอย่างมาก ดังนั้น จึงไม่แปลกที่บริษัทเจ้าของยาต้นตำรับ (ยาที่มีสิทธิบัตร) จะทำทุกอย่างที่เป็นไปได้ เพื่อให้ยาของตนยังมีสิทธิบัตรหรือมีสิทธิผูกขาดอยู่ โดยการอาศัยช่องโหว่ทางกฎหมายที่มีอยู่ “เล่นเกม” ยื้อสิทธิบัตรทุกรูปแบบ อุบายในเรื่องนี้อาจรวมถึงวิธีการต่อไปนี้

- (1) เปลี่ยนแปลงปรับปรุงยาต้นตำรับของตนให้ดู “ใหม่” อยู่เสมอ โดยการเติมน้ำมันดินนี้หนอยเพื่อจะได้ยืดเวลาผูกขาดตลาดออกไปได้อีกอย่างน้อยก็ 3 ปี
- (2) ยื่นคำขอรับสิทธิบัตรไว้หลายๆ ฉบับสำหรับคุณลักษณะเด่นๆ แต่ละด้านของยาแต่ละตัว และให้คำขอสิทธิบัตรเหล่านั้นเหลื่อมเวลากันหลายเดือน หรือหลายปี เพื่อว่าเมื่ออายุสิทธิบัตรสำหรับลักษณะเด่นด้านหนึ่งหมด สิทธิบัตรสำหรับลักษณะด้านอื่นจะยังอยู่ จะได้ยืดเวลาออกไปได้ และถ้าในระหว่างนั้นมีบริษัทอื่นละเมิดสิทธิบัตรของตน บริษัทที่เป็นเจ้าของยามีสิทธิบัตรก็สามารถยื่นฟ้องได้ และการยื่นฟ้องจะทำให้ขยายเวลาผูกขาดออกไปได้อีก 30 เดือนโดยอัตโนมัติ

"ตั้งแต่เกิดองค์การการค้าโลกขึ้นมาในปี 2538 การผูกขาดตลาดยาภายใต้สิทธิบัตรไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในประเทศผู้ผลิต และประเทศที่ยาถูกนำไปจดสิทธิบัตรเท่านั้น แต่ผูกขาดในทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก โดยได้รับการคุ้มครองจาก **ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า** หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า **"ทริปส์"** ซึ่งถือกำเนิดมาพร้อมกับองค์การการค้าโลกนั่นเอง"

- (3) ทำการทดสอบยาชาวยดีที่มีสิทธิบัตรอยู่แล้วในเด็ก เพื่อจะได้สิทธิผูกขาดโดยอัตโนมัติเพิ่มอีก 6 เดือน ไม่ว่ายานั้นจะออกแบบมาเพื่อใช้ในเด็กตั้งแต่แรกหรือไม่ก็ตาม
- (4) นำเอายาต้นตำรับที่กำลังจะหมดสิทธิบัตรมา "แต่งตัวเสียใหม่" ให้เห็นว่าเป็นยาตัวใหม่ที่ต่างไปจากตัวเดิม แล้วนำไปยื่นขอสิทธิบัตรเป็นยาใหม่

ด้วยการเล่นเกมสิทธิบัตรดังกล่าวมา จึงทำให้ยาในตลาดที่ควรจะเป็นยาชื่อสามัญและมีราคาถูกลงจำนวนมาก ยังคงเป็นยาในกลุ่มที่ราคาแพง และบริษัทยายังใช้หากินด้วยการผูกขาดตลาดต่อไปได้

การผูกขาดตลาดยาในเวทีการค้าโลก

ตั้งแต่เกิดองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) ขึ้นมาในปี 2538 การผูกขาดตลาดยาภายใต้สิทธิบัตรไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในประเทศผู้ผลิต และประเทศที่ยาถูกนำไปจดสิทธิบัตรเท่านั้น แต่ได้ผูกขาดในทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (มี 160 ประเทศ, ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2557) โดยได้รับการคุ้มครองจาก **ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า** หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า **"ทริปส์"** (TRIPs: Trade - Related Aspects of Intellectual Property Rights) ซึ่งถือกำเนิดมาพร้อมกับองค์การการค้าโลกนั่นเอง

ทริปส์กำหนดให้ประเทศสมาชิกขององค์การการค้าโลก ต้องให้การคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ที่มีสิทธิบัตรทุกชนิด รวมถึงยาด้วย ที่มีจำหน่ายในประเทศของตน ไม่ว่าสิ่งนั้นจะผลิตมาจากประเทศสมาชิกประเทศใดก็ตาม มาตรฐาน

การคุ้มครองที่ทริปส์กำหนดมีระยะเวลาการผูกขาดการผลิตซ้ำและการจำหน่ายเป็นเวลา 20 ปี ประเทศสมาชิกจะกำหนดมาตรฐานการคุ้มครองของตนให้สูงกว่าที่ทริปส์กำหนดไว้ก็ได้ แต่ต้องปฏิบัติตามผลประโยชน์ของคนจากประเทศสมาชิกอื่นเช่นเดียวกับคนในประเทศของตน

การคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรภายใต้ข้อตกลงทริปส์ทำให้ยาในประเทศต่างๆ มีราคาแพง ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อการเข้าถึงยาของคนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน แต่เมื่อประเทศเหล่านั้นใช้อำนาจตามกฎหมายผลิตหรือสั่งเข้ายาที่จำเป็นราคาถูก เช่น ยาสำหรับโรคเอดส์ เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับประชาชนของตนก็ทำให้เกิดกรณีพิพาทกับบริษัทยาข้ามชาติผู้ผลิตยาลำหานั้น ดังเช่นกรณีในประเทศแอฟริกาใต้และประเทศบราซิล ถูกบริษัทยาข้ามชาติฟ้องในข้อหาละเมิดสิทธิบัตร

ต่อมาการทบทวนข้อกำหนดของทริปส์ตามปฏิญญาโดฮา (ได้รับการรับรองโดยสมาชิกของ WTO ในปี 2546) ได้เปิดโอกาสให้ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนที่ไม่สามารถผลิตยาเองได้ ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing) ผลิตหรือนำเข้ายาที่ได้สิทธิการผูกขาดตลาดภายใต้สิทธิบัตร ประเทศไทยก็เคยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิมาแล้ว 3 ครั้ง เพื่อผลิตยาโรคเอดส์ ยาโรคหัวใจ และยาด้านโรคมะเร็งบางชนิด ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว แม้จะถูกตั้งตามทริปส์และพระราชบัญญัติสิทธิบัตรของไทย แต่ก็มีแรงต่อต้านจากสหรัฐอเมริกาและยุโรปอย่างรุนแรง แต่ความจริงประเทศไทยพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ก็เคยบังคับใช้สิทธิในการผลิตยาที่จำเป็นด้วยเช่นกัน

อุปาส่งเสริมการขาย: เป้าหมายสำคัญคือแพทย์

ปัจจุบันนี้การทำตลาดเป็นส่วนสำคัญยิ่งของสินค้าที่ผลิตออกมาเพื่อขาย ในยุคที่การแข่งขันด้านการตลาดมีความเข้มข้นอย่างเช่นทุกวันนี้ สินค้าที่ผู้ผลิตไม่ได้ลงทุนด้านการตลาดอย่างเพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะไปไม่รอดไม่ว่าสินค้านั้นจะดีเพียงใดก็ตาม ดังนั้น จึงไม่แปลกเลยที่การลงทุนด้านการตลาดสำหรับสินค้าบางชนิดจะมีสัดส่วนสูงกว่าการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา

ยากี่เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ บริษัทขายยาก็ใหญ่ทุ่มทุนมหาศาลในการทำตลาด แต่บริษัทยาไม่เคยเปิดเผยรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการทำตลาด นอกจากให้เพียงตัวเลขรวมๆ ไว้ในหมวดค่าใช้จ่าย “เพื่อการตลาดและการบริหาร” มีการประมาณว่าในปี 2544 ค่าใช้จ่ายในหมวดนี้ของบริษัทยาที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้วิจัยและผลิตยาแห่งอเมริกา (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America: PhRMA) เป็นเงิน 54,000 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของรายได้สุทธิ 179,000 ล้านดอลลาร์ในปีนั้น จำนวนนี้มากกว่าเงินที่บริษัทยาลงทุนไปในการวิจัยและพัฒนาซึ่งมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 14 ของรายได้สุทธิในปีเดียวกันหรือประมาณ 25,000 ล้านดอลลาร์ เท่านั้น

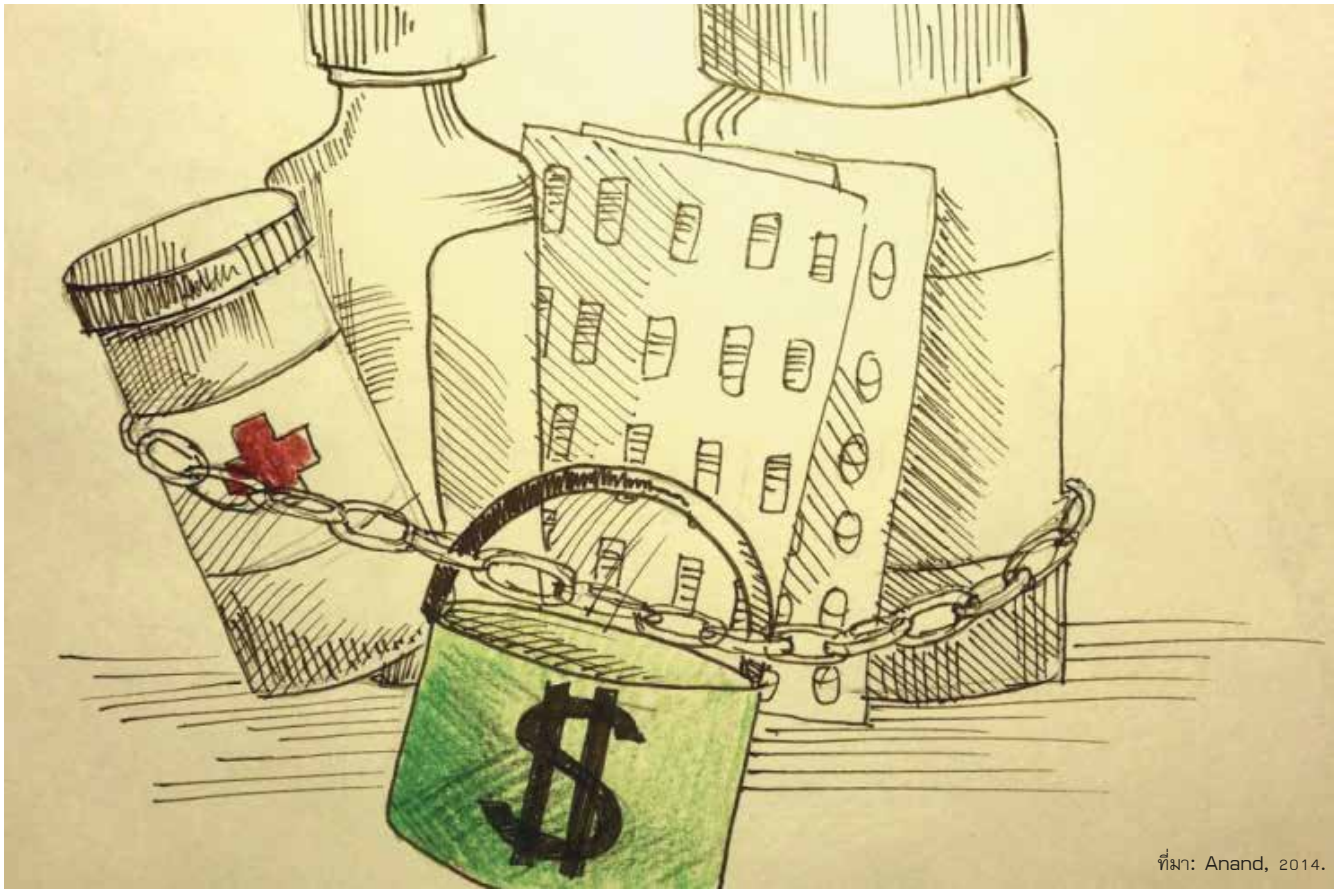
การลงทุนเพื่อทำตลาดยาอาจแยกออกเป็นสองส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ส่วนหนึ่งเป็นการส่งเสริมการขายโดยตรง ผ่านทางแพทย์ผู้ให้การรักษา โรงพยาบาล และสถานบริการทางการแพทย์อื่นๆ อีกส่วนหนึ่งเป็นการทำตลาดด้วยการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการที่บริษัทยาอ้างว่าเป็นการให้ความรู้แก่แพทย์ ทั้งสองส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ เพื่อให้แพทย์คุ้นเคยกับยาที่บริษัทผลิตออกมาและสั่งยาให้คนไข้ในการรักษาโดยใช้ชื่อทางการค้า ขณะเดียวกันคนไข้ก็จะได้คุ้นเคยและเรียกหาตามชื่อการค้าในโอกาสต่อไปด้วย การส่งเสริมการขายทั้งสองส่วนนี้ ไม่รวมถึงการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ไปยังประชาชนผู้บริโภค (ส่วนหลังนี้จะกล่าวถึงต่างหากในตอนต่อไป)

เนื่องจากแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสั่งยาให้คนไข้ การส่งเสริมการขายที่พุ่งเป้าไปยังกลุ่มแพทย์เป็นวิธีที่ได้ผลอุปายอย่างหนึ่งในเรื่องนี้คือ การแจกยาตัวอย่างฟรีให้แก่

แพทย์ เพื่อให้แพทย์คุ้นเคยกับยานั้น นอกจากยาตัวอย่างที่แจกให้แก่แพทย์แล้ว บริษัทยามักจะผูกไมตรีกับแพทย์ด้วยการมอบของกำนัล ซึ่งอาจเป็นของใช้เล็กๆ น้อยๆ หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในสำนักงานบางชิ้น (เช่น แพนนอน ลิ้งของเหล่านี้ย่อมมีตราสัญลักษณ์ของบริษัท หรือชื่อยาที่กำลังส่งเสริมการขายติดอยู่) และบางครั้งก็รวมถึงอาหารเลิศรสมื้อพิเศษในภัตตาคารหรูด้วย สำหรับผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริมการขายยาแล้วเป็นที่รู้กันดีว่าวิธีการขั้นพื้นฐานที่จะจูงใจแพทย์คือ คำพูดหวานๆ อาหารรสดี และ ไมตรีอบอุ่น (flattery, food and friendship หรือ 3F)

มีตัวเลขที่อ้างถึงในหนังสือ “กระชากหน้ากากบริษัทยาข้ามชาติ” ชี้ให้เห็นว่า ในสหรัฐอเมริกาปี 2544 บริษัทขายยาก็ใหญ่ใช้เงินประมาณ 11,000 ล้านดอลลาร์ เป็นค่ายาตัวอย่างที่แจกให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลและคลินิกทั่วประเทศ และใช้พนักงานส่งเสริมการขายมากถึง 88,000 คน เพื่อการนี้โดยเฉพาะ ซึ่งเท่ากับว่ามีพนักงานส่งเสริมการขาย (หรือที่เรียก “ผู้แทนยา”) 1 คน ต่อแพทย์ 5-6 คน อุตสาหกรรมยาอ้างว่างบประมาณสำหรับจ้างพนักงานเหล่านี้เป็นเงินเพียง 5,500 ล้านดอลลาร์เท่านั้น แต่มีการคาดประมาณว่าตัวเลขนี้ต่ำกว่าที่น่าจะเป็นมาก พนักงานส่งเสริมการขายเหล่านี้จะพยายามเข้าพบแพทย์ในโอกาสต่างๆ เพื่อเสนอสรรพคุณของยา หรือไม่ก็พยายามชวนเวียนอยู่แถวหน้าห้องทำงานของแพทย์ผู้มีอำนาจในการสั่งชื้อยาเข้าโรงพยาบาล เรื่องนี้แพทย์หญิงมาร์เซีย แองเกลล์กล่าวว่า ไม่ใช่เรื่องเกินจริงหากจะกล่าวว่าผู้แทนยาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของแพทย์จำนวนมากไปแล้ว

ในการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์นั้น บริษัทยาจะให้ การสนับสนุนกิจกรรมที่หลากหลาย นับตั้งแต่การให้ทุนเพื่อทำการวิจัย (แน่นอนว่าต้องเป็นการวิจัยในประเด็นที่จะมีผลเชิงบวกต่อยาของตน) ไปจนถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลในวิชาชีพแพทย์ต้องมีส่วนร่วม เพื่อให้ทันกับความรู้ใหม่ๆ เช่น การบรรยายทางวิชาการ การสัมมนา และการประชุมทางวิชาการในโอกาสต่างๆ รวมถึงการประชุมประจำปีของสมาคมแพทย์เฉพาะทาง บริษัทยามักจะอ้างว่าเงินสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการนั้นเป็นการสนับสนุนเพื่อความรู้ที่บริสุทธิ์ ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง อย่างไรก็ตาม



ที่มา: Anand, 2014.

สำหรับคนที่อยู่ในวงการแล้ว เป็นการยากที่จะเชื่อว่านั่นเป็นการหวานพืซที่ไม่หวังผล มีการคาดประมาณว่าในสหรัฐอเมริกาการทำตลาดที่แฝงมาในรูปของการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์และองค์กรวิชาชีพแพทยเช่นนี้ มีมูลค่าปีละประมาณ 35,000 ล้านดอลลาร์

การให้การสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์นั้นเป็นการใช้กระสุนเพียงนัดเดียวแต่ยิงนกได้สองตัว **นกตัวที่หนึ่ง** คือสามารถโฆษณาขายกับบรรดาคุณหมอทั้งหลายเกี่ยวกับสรรพคุณที่ไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานอาหารและยาได้ โดยไม่ผิดกฎหมาย ปกติแล้วในการอนุมัติยาใหม่สำนักงานอาหารและยาจะอนุมัติให้ทำตลาดได้เฉพาะสรรพคุณที่ได้ระบุไว้ในเอกสารอนุมัติยาเท่านั้น ดังนั้น ในการทำตลาดบริษัทยาจะอ้างสรรพคุณยาแบบครอบจักรวาลไม่ได้ แต่กฎหมายนี้ก็ไม่ได้ห้ามแพทย์สั่งยาสำหรับอาการที่ไม่ได้ระบุไว้ในฉลากยา (off label) ดังนั้น ถ้าบริษัทสามารถโน้มน้าวแพทย์ให้สั่งยาในสรรพคุณนอกฉลากยาได้ ปริมาณการขายยานั้นก็จะเพิ่มขึ้น ช่องทางที่ดีที่สุดที่จะโน้มน้าวแพทย์ก็คือผ่านกิจกรรมทางวิชาการ

อย่างใดอย่างหนึ่ง เพราะกิจกรรมทางวิชาการไม่ถือว่าเป็นการทำตลาดหรือส่งเสริมการขาย บริษัทสามารถอ้างอิงผลการศึกษาที่ตนวางแผนและให้การสนับสนุนไว้อย่างดีแล้ว หรือใช้ประโยชน์การบรรยายทางวิชาการของแพทย์ระดับผู้นำทางความคิดที่ตนจ้างเป็นที่ปรึกษาไว้แล้ว

นกตัวที่สอง คือ สามารถให้ “ของขวัญ” (เงิน หรือผลประโยชน์อย่างอื่น) แก่แพทย์ได้อย่างไม่จำกัด และโดยไม่ผิดกฎหมายว่าด้วยการให้สินบนเพื่อส่งเสริมการขาย เนื่องจากกิจกรรมทางวิชาการเป็นโอกาสที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการให้ในลักษณะเช่นนี้ ปกติแล้วถ้าบริษัทยาให้ค่าตอบแทน (เปอร์เซ็นต์) แก่แพทย์ที่สั่งยาของตนแก่คนไข้ ถือว่าผิดกฎหมาย แต่จะไม่ผิดถ้าให้ในรูปของการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ เช่น สนับสนุนทุนการวิจัย สนับสนุนค่าใช้จ่ายการเข้าร่วมฟังการบรรยายทางวิชาการ ค่าลงทะเบียนในการสัมมนา หรือในการประชุมของสมาคมวิชาชีพแพทย์เฉพาะทาง หรือแม้แต่การจ่ายเงินเป็นค่าอาหารและความบันเทิงระหว่างเข้าร่วมในกิจกรรม

ทางวิชาการ ทั้งหมดนี้ไม่ถือว่าผิดกติกาการยาแต่อย่างใด เพราะถึงอย่างไรแนวทางปฏิบัติเรื่องนี้ก็กว้างไว้เพียงกว้างๆ ว่า “ผู้ผลิตควรพิจารณาว่าการให้ทุนนั้นเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการศึกษาหรือการวิจัยโดยสุจริตหรือไม่”

ปกติแล้ว แพทย์จะต้องทำให้ตัวเองทันกับความก้าวหน้าในวิชาการใหม่ๆ ในสาขาของตนอยู่ตลอดเวลา ด้วยการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง จากการอ่านงานวิจัยในวารสาร การเข้าฟังการบรรยายทางวิชาการ และการประชุมสัมมนา ในประเทศที่การแพทย์เจริญก้าวหน้ามากอย่างสหรัฐอเมริกาเรื่องนี้มีความสำคัญมากถึงขนาดที่การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ถือเป็นข้อกำหนดอย่างหนึ่งในการที่แพทย์จะได้ต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ดังนั้นในปีหนึ่งๆ จึงมี กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ เกิดขึ้นจำนวนมาก (กล่าวกันว่ามากกว่า 300,000 ครั้งต่อปี) และในกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องเหล่านี้เองที่บริษัทยาให้การสนับสนุน ทั้งในการจัดกิจกรรมและการเข้าร่วมของแพทย์เป็นรายบุคคล โดยแบ่งการส่งเสริมการขายและผลประโยชน์ของบริษัทไว้อย่างแยกแยะ

การทำตลาดในลักษณะนี้นับว่าได้ผลเป็นอย่างดี มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการสั่งยาของแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในการเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ พบว่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนเข้าประชุมแล้ว การสั่งยาของบริษัทให้คนไข้ในช่วงหลังการประชุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทย ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า การส่งเสริมการขายซึ่งแฝงมาในนามของ “การสนับสนุนที่สุจริต” ที่ให้แก่แพทย์ โรงเรียนแพทย์ และองค์กรวิชาชีพแพทย์ มีมากน้อยเพียงใด แต่หากคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่าบริษัทยาข้ามชาติจำนวนมากมีสำนักงานประจำอยู่ในส่วนต่างๆ ของโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วยแล้ว จะเป็นเรื่องแปลกมากถ้าอูบายทางการตลาดหลายอย่างที่กล่าวมาข้างต้น ไม่เป็นที่รู้จักคุ้นเคยกันดีในประเทศไทย แม้ว่าความเข้มข้นของการส่งเสริมการขายที่มีกลุ่มแพทย์เป็นเป้าหมายในบ้านเราอาจจะแตกต่างกับในต่างประเทศบ้าง และประชาชนทั่วไปอาจจะไม่รู้อะไรเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้มากนัก แต่ตัวละครที่เกี่ยวข้องอยู่ในวงการนี้ – บริษัทยา แพทย์ โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล -- อาจจะบอกได้ดีว่า มีการส่งเสริมการขายแอบแฝงอยู่ในการสนับสนุนเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด และการส่งเสริมการขายนั้นมีผลต่อพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์หรือไม่ เพียงใด

เทคโนโลยีไฮเทค: แคไหนคือจำเป็น?

เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่มีความก้าวหน้าและมีสมรรถนะที่น่าอัศจรรย์ บางอย่างช่วยให้แพทย์สามารถมองเห็นทุกส่วนในร่างกายของคนไข้ได้ราวกับมีตาทิพย์ เทคโนโลยีไฮเทคเหล่านี้ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้แม่นยำและสะดวกมากขึ้น ดังนั้น จึงไม่แปลกที่สถานบริการสุขภาพสมัยใหม่ทุกวันนี้ ทั้งของรัฐและเอกชน พยายามจัดหา

ตารางที่ 1: อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย พ.ศ. 2555

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ⁽¹⁾	496	161 (32.5)	335 (67.5)	178 (35.9)	318 (64.1)	พ.ศ. 2555
2. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ⁽¹⁾	93	47 (50.5)	46 (49.5)	34 (36.6)	59 (63.4)	พ.ศ. 2555
3. เครื่องสลายนิ่ว ⁽²⁾	111	32 (28.8)	79 (71.2)	84 (75.7)	27 (24.3)	พ.ศ. 2553
4. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม ⁽¹⁾	404	149 (36.9)	255 (63.1)	175 (43.3)	229 (56.7)	พ.ศ. 2555
5. เครื่องอัลตราซาวด์ ⁽²⁾	2,516	486 (19.3)	2,030 (80.7)	1,906 (75.8)	610 (24.2)	พ.ศ. 2553

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ ข้อมูลจากสำนักงัสและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
⁽²⁾ ข้อมูลจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556 ตัวเลขใน () คือ ร้อยละ

เทคโนโลยีล้ำยุคเหล่านี้ไว้วางใจกันมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนเครื่องมือแพทย์ไฮเทคที่มีจำนวนมากในปัจจุบัน ทั้งในกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต (ดูตารางที่ 1) การเพิ่มขึ้นของอุปกรณ์ไฮเทคเหล่านี้ ในแง่หนึ่งสะท้อนความต้องการที่เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ในอีกแง่หนึ่งดูเหมือนว่าจะสะท้อนการแข่งขันทางธุรกิจ โดยเฉพาะในภาคเอกชนซึ่งครอบครองส่วนใหญ่ของอุปกรณ์ไฮเทคล้ำคํ้าๆ เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และเครื่องตรวจก้อนเนื้อในเต้านม (Mammogram)

เครื่องมือแพทย์ไฮเทคนั้นมีประโยชน์แน่นอน แต่คำถามที่ไม่ค่อยมีใครถามและยังไม่มีใครพยายามที่จะหาคำตอบอย่างจริงจังก็คือ การใช้เครื่องมือแพทย์ไฮเทคในประเทศไทยเกิดจากความจำเป็นในการตรวจรักษาล้วนๆ หรือว่ามีเหตุผลอื่นนอกเหนือจากเหตุผลทางการแพทย์รวมอยู่ด้วย องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่เหมาะสมทั่วโลกมีมากถึงร้อยละ 40 แม้ว่าในประเทศไทยจะไม่มีตัวเลขในเรื่องนี้ แต่ก็เชื่อว่าน่าจะสูงไม่น้อยเหมือนกัน เนื่องจากในปัจจุบันบริการด้านสุขภาพเป็นธุรกิจที่มีมูลค่านับแสนล้าน และการแข่งขันที่สูงขึ้นในปัจจุบันทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งพยายามดึงดูดความสนใจของลูกค้าด้วยเครื่องมือแพทย์ไฮเทค

ปัญหาที่เราจะบอกได้หรือไม่ว่า เส้นแบ่งระหว่างการใช้เครื่องมือไฮเทคเพราะความจำเป็นทางการแพทย์กับการใช้ที่เกินความจำเป็น หรือเพราะเหตุผลอื่น อยู่ตรงไหน ใครคือคนที่จะตัดสินว่าแค่ไหนคือจำเป็นและแค่ไหนคือเกินความจำเป็น

อะไรคือความจำเป็น และความจำเป็นของใคร?

ผู้ใช้เครื่องมือไฮเทคทางการแพทย์นั้น อาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกคือผู้ป่วยที่แพทย์สั่งให้ใช้ กลุ่มที่สองคือคนสุขภาพดีที่หวังเรื่องสุขภาพของตน ทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งในด้านเหตุผลและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ไฮเทค

ผู้ใช้กลุ่มแรก: ถ้าแพทย์สั่งให้ใช้เครื่องมือไฮเทค เพราะมีความจำเป็นที่ต้องวินิจฉัยโรคให้แม่นยำและไม่



เกือบ 2 ใน 3 ของเครื่อง MRI อยู่ในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน สะท้อนให้เห็นการแข่งขันเพื่อดึงดูดลูกค้าของสถานบริการเหล่านั้น

ทางเลือกอื่นที่ดีกว่าและถูกกว่า ก็เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ว่าสมเหตุสมผล แต่เรื่องนี้ก็มีประเด็นที่กำกวม จนยากที่จะชี้ชัดว่าแค่ไหนคือความจำเป็น ทั้งนี้เพราะคนไข้มีความหลากหลาย นอกจากนี้ แรงจูงใจในเชิงผลประโยชน์สำหรับแพทย์ ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องนำมาพิจารณาว่าการใช้นั้นมีเหตุผลมาจากความจำเป็นทางการแพทย์ล้วนๆ หรือว่ามีเหตุผลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ลองพิจารณากรณีสมมติต่อไปนี้:

กรณีที่ 1: คนไข้สองรายมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยเดียวกัน (เช่น มีอาการเวียนศีรษะ คล้ายบ้านหมุน เสียการทรงตัว เป็นๆ หายๆ) แต่สองรายนี้ต่างกันด้านความพร้อมที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล คนหนึ่งรายได้น้อย อีกคนเป็นข้าราชการที่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เต็ม ถ้าภายหลังการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดแล้วแพทย์วินิจฉัยว่า อาการของคนไข้ทั้งสองนี้ น่าจะเกี่ยวกับสมอง การสั่งให้ทำการสแกนสมองด้วยเครื่อง MRI ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง อาจถือว่าจำเป็น แม้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้รายแรกก็ตาม

กรณีที่ 2: คนไข้สองรายมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยเช่นเดียวกับในกรณีที่ 1 ข้างต้น แต่ทั้งสองมีศักยภาพที่จะจ่ายได้ดีพอๆ กัน ในการตรวจเบื้องต้นแพทย์วินิจฉัยว่าน่าจะเกี่ยวกับความดันโลหิตและโลหิตจางมากกว่า ไม่น่าจะเป็นปัญหาที่สมอง แต่ก็ไม่ได้ตัดสาเหตุหลังนี้ออกจากการวินิจฉัยโดยสิ้นเชิง ดังนั้นจึงสั่งยาที่ช่วยปรับระดับความดันโลหิตและยาบำรุงเลือดให้แก่คนไข้ทั้งสองเหมือนกัน

นอกจากนี้ยังสั่งให้ไปทำการสแกนสมองที่ศูนย์ MRI ของเอกชนแห่งหนึ่งด้วย เพื่อได้ผลที่รวดเร็วและเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน แต่บังเอิญว่าแพทย์ท่านนั้นมีความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์อยู่กับศูนย์ MRI นั้นด้วย

การที่แพทย์สั่งให้ตรวจสมองด้วยเครื่อง MRI ในกรณีสมมติที่สองเป็นเพราะมีความจำเป็นและไม่มีทางเลือกอื่นใช้หรือไม่ เป็นเรื่องที่ต้องบอก แต่ในทัศนะของแพทย์ผู้ทำการรักษานี้อาจเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล แต่ในคำอธิบายที่มีเหตุผลของแพทย์นี้แหละ บางทีก็อาจเปิดโอกาสให้ผลประโยชน์ทับซ้อนแทรกเข้ามาได้

ผู้ใช้กลุ่มที่สอง: คนส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้เป็นคนที่ไม่มี ความเจ็บป่วย แต่ใส่ใจในสุขภาพและมีอำนาจซื้อเพียงพอที่จะจ่ายได้ การใช้เทคโนโลยีราคาแพงสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นความต้องการส่วนบุคคลที่จะดูแลสุขภาพของตน และเป็นความพยายามที่จะป้องกันการเจ็บป่วยมากกว่า ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ บวกกับกระแสการโฆษณาของหน่วยงานที่ให้บริการ หรือการชักชวนของคนรอบข้าง ทำให้คนในกลุ่มนี้แสวงหาบริการป้องกันความเจ็บป่วยกันมากขึ้น แนวโน้มด้านสุขภาพที่เปลี่ยนจากการรักษาไปสู่การดูแลสุขภาพมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานบริการทางสุขภาพภาคเอกชนแข่งขันกันลงทุนในด้านอุปกรณ์ไฮเทคมากขึ้น ดังข้อมูลที่ให้ไว้ในตารางที่ 1 ทำให้มีการโฆษณาฟุ้งตรงไปยังกลุ่มผู้บริโภคที่เป็นเป้าหมาย คือคนสุขภาพดี ดังจะเห็นได้จากข้อความโฆษณาของสถานบริการแห่งหนึ่ง ต่อไปนี้

“สู่อุณาถแห่งการดูแลสุขภาพยุคใหม่ ที่ใครๆ ก็สามารถสแกนดูร่างกายตัวเองได้ โดยไม่ต้องรอหมอ ด้วยเทคโนโลยีจากเครื่อง MRI ที่สะดวก ละเอียด แม่นยำ ปลอดภัย ด้วยมาตรฐานสถานพยาบาลระดับโลก การันตีด้วยเครื่องหมาย JCI เหมาะสำหรับผู้รักสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องรอให้ป่วย ที่.... (ชื่อสถานบริการ)”

ข้อความในเว็บไซต์ของศูนย์บริการ MRI แห่งหนึ่ง ให้รายการของ “อาการที่ควรมารับการตรวจ MRI” ที่ครอบคลุมทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งเมื่ออ่านแล้วทำให้รู้สึกเหมือนกับประกาศว่า “ไม่ว่าคุณจะเป็นใคร หากรักสุขภาพ คุณควรมาตรวจด้วยเครื่อง MRI กับเรา เพื่อจะได้รู้ว่า

คุณมีปัญหาสุขภาพหรือไม่” ที่น่าสนใจคือ อาการที่ให้ไว้เหล่านั้นมีตั้งแต่ การมีพ่อแม่ที่เคยมีหลอดเลือดในสมองโป่งพองหรือหลอดเลือดในสมองแตก อาการแขนขากระตุก ไปจนถึงการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แม้กระทั่งการที่สมรรถภาพทางเพศลดลง ก็รวมอยู่ในรายการที่แนะนำให้ตรวจด้วยเครื่อง MRI ด้วย ค่าบริการสำหรับการทำ MRI แตกต่างกันไปตามอวัยวะที่ทำการตรวจ แต่เกือบทุกรายการมีค่าใช้จ่ายเป็นหลักหมื่นขึ้นไป

เช่นเดียวกับเทคโนโลยีอื่นๆ ไป เครื่องมือแพทย์ไฮเทคที่ราคาแพง แม้จะมีประโยชน์แต่ก็มีข้อจำกัดในตัวของมันเอง อย่างน้อยสามประการต่อไปนี้

ประการแรก ค่าบริการที่แพงย่อมจำกัดการเข้าถึงสำหรับคนส่วนใหญ่ คนที่ได้ประโยชน์เป็นผู้ที่มีกำลังซื้อเพียงพอหรือเบิกได้เท่านั้น ซึ่งกลุ่มดังกล่าวก็เป็นกลุ่มคนที่มีความได้เปรียบในสังคมทุกด้านอยู่แล้ว

ประการที่สอง การเน้นใช้อุปกรณ์ไฮเทคมีผลเสียที่ไม่ต่างจากการเน้นการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพ คืออาจทำให้คนเข้าใจผิดว่าสุขภาพขึ้นอยู่กับอุปกรณ์ราคาแพงเหล่านั้น แทนที่จะขึ้นอยู่กับกรรมวิธีดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

ประการที่สาม เป็นเรื่องของประสิทธิภาพและความคุ้มค่า เนื่องจากเทคโนโลยีราคาแพงนั้นเอาเข้าจริงแล้วก็ไม่สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้โดยสมบูรณ์ เพราะเทคโนโลยีทุกอย่างย่อมมีข้อจำกัดในตัวของมันเอง ดังเช่นกรณีวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งที่จริงแล้วเป็นวัคซีนที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่เป็นตัวทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดยป้องกันได้เฉพาะไวรัสบางสายพันธุ์ ไม่ใช่ทุกสายพันธุ์ ดังนั้น จึงไม่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเบ็ดเสร็จ เพราะมะเร็งปากมดลูกอาจมาจากไวรัสสายพันธุ์อื่นก็ได้ นอกจากนี้ในการณรงค์เกี่ยวกับวัคซีนนี้ ยังไม่มีการให้ข้อมูลถึงทางเลือกอื่นในการป้องกัน เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก (แปปสเมียร์ – Pap smear) ซึ่งสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ให้ประโยชน์สูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรคเป็นต้น

กระแสความตื่นตัวด้านสุขภาพเป็นโอกาสดีที่หน่วยงานต่างๆ จะได้ใช้ในการให้ความรู้และวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยไม่ต้องพึ่งอุปกรณ์ไฮเทค ซึ่งเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและคนส่วนใหญ่เข้าไม่ถึง สำหรับคนที่สุขภาพปกติทั่วไปการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องควรหมั่นตรวจสุขภาพตนเอง โดยพึ่งหมอหรือโรงพยาบาลแต่น้อย ปัจจุบันความพยายามในด้านนี้แม้จะมีอยู่บ้างแต่ก็ยังไม่มากพอ ตัวอย่างเช่น *โครงการใช้ระยะสุขภาพ* (www.mycheckup.in.th) ที่ริเริ่มโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และโครงการเผยแพร่เอกสาร *ตั้งหลักก่อนตรวจ* ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โครงการที่มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทำนองนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกพื้นที่เข้าถึงได้ เพื่อให้เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของตน โดยไม่ต้องเป็นเหยื่อการโฆษณาของธุรกิจตรวจสุขภาพ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายราคาแพงโดยไม่จำเป็น

อุบายขายความเชื่อและความหวัง

การแพทย์ในปัจจุบันอาจแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นฐานสำคัญ 2) ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม ซึ่งอาศัยความรู้และภูมิปัญญาที่สั่งสมสืบทอดมาแต่โบราณ เช่น การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน 3) ระบบการแพทย์ทางเลือก เช่น การรักษาด้วยวิธีการล้างพิษ หรือล้างเลือด เป็นต้น

แม้ว่าการแพทย์สมัยใหม่จะเป็นกระแสหลักในการให้บริการรักษาพยาบาล แต่ก็ยังมีช่องว่างอยู่ โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพของการรักษาสำหรับความเจ็บป่วยบางชนิด และการเข้าถึงสำหรับประชาชนบางกลุ่ม ช่องว่างนี้บางครั้งก็เป็นโอกาสให้คนจำนวนหนึ่งหันไปพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้านและการรักษาแบบทางเลือก ด้วยความเชื่อและความหวังว่าจะหายจากความเจ็บป่วยได้ แต่ลักษณะที่ค่อนข้างคลุมเครือของการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก เมื่อบวกกับการควบคุมที่หย่อนยานไม่ทั่วถึงได้นำไปสู่อุบายขายสุขภาพบนฐานความเชื่อ ซึ่งบางครั้งก็เป็น “ความเชื่อมมายา” ทำให้คนจำนวนหนึ่งตกเป็นเหยื่อ

ของผู้ฉวยโอกาสจากความเชื่อและความหวังของคนอื่น ดังที่เคยปรากฏเป็นข่าวอยู่เนืองๆ

กรณีป้าแข็ง (นางสาวศรวรรณ ศิริสุนทรินทร์ อายุ 72 ปี) เป็นตัวอย่างการใช้อุบายหากินกับความหวังและความเชื่อของคน โดยอาศัยช่องว่างในการกำกับควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้ประกอบการรายนี้เป็นเจ้าของ “น้ำหมักมหาบำบัด” ที่อ้างว่ารักษาได้สารพัดโรค และ “ยาน้ำเจียนัยเพชร” สำหรับโรคตา มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนยาทั้งสองนี้ทางทีวีดาวเทียมช่องหนึ่ง ทำให้มีผู้หลงผิดจำนวนมาก บางคนตกเป็นเหยื่อใช้น้ำเจียนัยเพชรหยอดตาจนตาบอด ในที่สุดเมื่อมีคนร้องเรียนและแจ้งความ ป้าแข็งก็ถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) และเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จับกุมดำเนินคดีหลายข้อหา และศาลตัดสินจำคุกในที่สุด



แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาแผนโบราณพร้อมด้วยบทลงโทษไว้ แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็ไม่มีกำลังคนพอที่จะควบคุมดูแลได้ทั่วถึง ครั้นจะพึ่งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) รวมทั้งองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพ ก็ดูเหมือนว่าอยู่ในสภาพที่ไม่ต่างกันมากนัก ทางที่อาจจะช่วยได้บ้าง ก็คือต้องให้การศึกษากับประชาชนในเรื่องยาและการรักษาสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อของอุบายหากินกับความเชื่อและความหวังของผู้คน

ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ

ปัจจุบันกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพทำให้ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และการแพทย์เพื่อความงาม ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ตลาดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วคือกลุ่มคนชั้นกลางและคนรุ่นใหม่ที่มีกำลังซื้อเพียงพอ ในปี 2557 ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่าประมาณ 39,000 ล้านบาท ตัวเลขจากสมาคมการขายตรงไทยแสดงให้เห็นว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง ในปี 2556 มูลค่าตลาดขายตรงของสินค้ากลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 40 ของมูลค่าการขายตรงทั้งหมด สมาคมมีเดียเอเจนซีและธุรกิจสื่อแห่งประเทศไทยรายงานว่า มูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในปี 2556 อยู่ที่ 4,016 ล้านบาท เติบโตจากปีก่อนร้อยละ 15 และเป็นหนึ่งใน 10 อุตสาหกรรมที่ใช้เงินโฆษณามากที่สุดในปีนั้น ขณะที่ผลิตภัณฑ์เสริมความงามและการแพทย์เพื่อความงามมีมูลค่าตลาดกว่า 20,000 ล้านบาท

ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือผลิตภัณฑ์บำรุงร่างกาย ผลิตภัณฑ์บำรุงสมอง และผลิตภัณฑ์เสริมความงาม

ผลิตภัณฑ์บำรุงร่างกายและสมอง

สิ่งที่ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารเสริม พยายามกรอกหูเราอยู่ทุกวันก็คือ อาหารที่เรารับประทานอาจไม่มีสารอาหารเพียงพอสำหรับการมีสุขภาพดี ดังนั้นเพื่อความมั่นใจทุกคนควรได้อาหารเสริม

อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเป็นประจำ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีมากมายไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ วิตามิน และยาบำรุงหลากหลายชนิด ซึ่งผลิตออกมาสำหรับคนทุกเพศทุกวัย

ผลิตภัณฑ์ประเภทหนึ่งที่มีการตลาดแข่งขันกันมาก คือ เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพซึ่งมีอยู่มากมาย ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้มักจะแฝงมาในคราบของสมุนไพร บางชนิดก็อวดอ้างว่ามีคุณค่าเทียบได้กับอาหารหลัก 5 หมู่ ที่ผู้บริโภคอาจได้ไม่ครบจากอาหารมื้อหลัก ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่เห็นและได้ยินจากคำโฆษณาได้แก่เครื่องดื่มประเภทซูเปอร์ รังนก และเครื่องดื่มที่อ้างว่าสกัดจากพืชสมุนไพรที่มีคุณค่า เช่น น้ำสกัดเห็ดหลินจือ โสม ลูกพรุน และน้ำโคโรฟิลต่างๆ

เครื่องดื่มเหล่านี้มักจะอวดอ้างว่าให้สารอาหารได้เพียงพอแก่ความต้องการ แต่การศึกษาของนักวิชาการพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า คุณค่าทางอาหารในผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีน้อยกว่าคำโฆษณามาก เช่น เมื่อหลายปีก่อนเครื่องดื่มรังนกยี่ห้อหนึ่งโฆษณาว่ามีส่วนผสมของรังนกแท้เต็มร้อย แต่จากการตรวจพิสูจน์ทางวิชาการพบว่ามีส่วนผสมของรังนกอยู่เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า เครื่องดื่มรังนก 1 ขวดให้ปริมาณพลังงานน้อยกว่าไข่ไก่ 1 ฟอง และให้โปรตีนเท่ากับถั่วลิสง 2 เมล็ดเท่านั้น ผลิตภัณฑ์บางชนิดอ้างว่ามีการเติมใยอาหารลงไปเพียงพอเพื่อช่วยในการขับถ่าย แต่จากการพิสูจน์พบว่าใยอาหารเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้น นั่นหมายความว่าในเครื่องดื่มปริมาณ 100 มิลลิลิตร มีใยอาหารอยู่เพียง 1 กรัมเท่านั้น น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน (คนเราต้องการใยอาหารวันละ 25 กรัม) ข้อมูลทางวิชาการชี้ให้เห็นว่า วิธีที่ดีที่สุดสำหรับแก้ปัญหาการขับถ่ายคือการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และรับประทานอาหารที่มีกากใยมากๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้

ส่วนผลิตภัณฑ์บำรุงสมองมักจะอ้างคุณวิเศษของเปปไทด์ กรดอะมิโน และวิตามินต่างๆ เป็นตัวชูโรง แต่ความจริงไม่มีอะไรที่พิสูจน์ได้ว่าสารเหล่านี้สามารถทำให้คนเราสมองดีขึ้นได้ นอกจากนี้ทั้งเปปไทด์ กรดอะมิโนและวิตามินต่างๆ นั้นเราจะได้จากอาหารที่รับประทานอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่อย่างสมดุล ในกรณีของเปปไทด์ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีโครงสร้าง

โมเลกุลลันนั้น ตามปกติก็จะเกิดขึ้นในกระบวนการย่อยอาหารอยู่แล้ว ที่สำคัญคือ การที่คนเราจะสมอင့်ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาหารเสริม แต่ขึ้นอยู่กับกรฝึกฝนและหมั่นสร้างทักษะอย่างสม่ำเสมอ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เช่นเดียวกับยา เราควรใช้ก็ต่อเมื่อมีความจำเป็น หากใช้โดยไม่จำเป็นหรือใช้ไม่ถูก เช่น ได้สารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากเกินไป แทนที่จะเป็นประโยชน์ อาจเกิดโทษต่อสุขภาพได้ แต่คนส่วนมากมักไม่รู้ข้อนี้ และไม่รู้จักนุบายของธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือไม่มั่นใจว่าในแต่ละวันตนได้รับสารอาหารเพียงพอจากอาหารที่รับประทานหรือไม่ นอกจากนี้คนส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับประทานอาหารหลากหลายอย่างสม่ำเสมอพอที่จะทำให้ได้สารอาหารอย่างสมดุล จึงเป็นช่องว่างให้ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เช่น อาหารเสริมและอาหารบำรุงต่างๆ ใชุ้บายโฆษณาขายผลิตภัณฑ์ในหมู่คนที่สุขภาพดีทั่วไปได้

การโหมโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอาจมีผลเสีย เพราะอาจทำให้คนจำนวนมากเข้าใจว่า เพียงแต่ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านั้นเป็นประจำก็เพียงพอที่จะทำให้มีสุขภาพดีและมีสมอင့်ดี แต่ความจริงแล้วสุขภาพดีและมีสมอင့်ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลิตภัณฑ์เสริมเหล่านั้น หากแต่อยู่ที่การรับประทานอาหารอย่างสมดุล ออกกําลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี้ยงปัจจัยเสี่ยง และหมั่นฝึกฝนความคิดและความจำอยู่เป็นนิจ

เรือนร่างที่ดูดีอาจเนรมิตได้ แต่...

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสามารถเนรมิตเรือนร่างของคนให้ดูดีได้แทบไม่มีข้อจำกัด เช่น เปลี่ยนผิวคล้ำให้ขาวใส ทำจมูกแบนใหญ่ให้โด่งสวย เนรมิตตาชั้นเดียวให้เป็นสองชั้น เสริมหน้าอกเล็กให้ดูอวบอั้น รีดส่วนที่มีไขมันเทอะทะให้เพรียวบาง เหลาคางและกรามหนาให้ใบหน้ามีเสน่ห์ จัดฟันเกให้เรียบสวย ทำผิวที่ห่อหุ้มคล้อยให้ตึงกระชับ และอีกมากมายหลายวิธีที่จะเสกให้ดูสวยดูหล่อได้ตามแพชั่นแห่งยุคสมัย

กระแสนิยมเรือนร่างและรูปลักษณ์ที่ดูดีทำให้ธุรกิจความงามมีอัตราการเติบโตอยู่ในอันดับต้นๆ ในช่วง 4-5 ปี

ที่ผ่านมา ยกเว้นเครื่องสำอางแล้ว หนึ่งในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณากันมากคือ เครื่องดื่มเสริมความงามที่มีส่วนผสม “คอลลาเจน” แต่ผู้บริโภคจำนวนมากมักมีความรู้ไม่เพียงพอ ความจริงคอลลาเจนก็คือโปรตีนที่มีอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 3 คอลลาเจนมีหน้าที่เสริมสร้างความแข็งแรงให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ผิวหนังเรียบตึงไม่เหี่ยวย่น แต่เมื่ออายุมากขึ้นผิวพรรณก็ย่อมห่อหุ้มคล้อยไปตามธรรมชาติ เนื่องจากประสิทธิภาพของคอลลาเจนลดลง แม้จะพึ่งเครื่องดื่มที่มีคอลลาเจนก็ไม่ได้หมายความว่าร่างกายจะส่งคอลลาเจนทั้งหมดไปยังผิวหนัง แต่สิ่งที่เสริมสร้างความชุ่มชื้นเต่งตึงของผิวหนังได้ดี ราคาถูกและปลอดภัยกว่า คือน้ำสะอาด ดังนั้น การดื่มน้ำให้เพียงพอ (วันละ 8-10 แก้ว) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือเคล็ดลับที่ไม่ลับสำหรับการมีผิวพรรณที่สวยงาม



ยาลดความอ้วนก็เป็นผลิตภัณฑ์อีกอย่างหนึ่งที่คนรุ่นใหม่จำนวนมากใช้ แต่ส่วนมากก็มีความรู้ไม่เพียงพอ ยาลดความอ้วนมี 2 ชนิด คือ 1) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์ช่วยลดความอยากอาหาร และ 2) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมไขมันจากอาหาร ยาช่วยลดความอ้วนมักจะประกอบด้วยยา 1-6 รายการต่อไปนี้คือ

1. ยาลดความอยากอาหาร ซึ่งมีผลข้างเคียงคือนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปากแห้ง ใจสั่น คลื่นไส้
2. ยาขับปัสสาวะ เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย มีผลทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วหลังการใช้ยา
3. ยาลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร ยานี้ไม่มีผลต่อการลดน้ำหนัก แต่ใช้เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาลดความอยากอาหารซึ่งทำให้ไม่หิว
4. ไทรอยด์ฮอร์โมน เพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย มีผลข้างเคียงสูงและเป็นอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ใจสั่นเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง
5. ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อลดอาการใจสั่นที่เกิดจากยาลดความอยากอาหาร มีผลข้างเคียง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นช้า วิงเวียน ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม
6. ยานอนหลับ เนื่องจากยาลดความอยากอาหารทำให้นอนไม่หลับ แพทย์จึงอาจจ่ายยานี้ร่วมด้วย

ยาลดความอ้วนเหล่านี้ นอกจากลดความอ้วนไม่ได้จริงแล้วยังเป็นอันตรายอีกด้วย เพราะยาต่างๆ ล้วนมีผลข้างเคียง ดังกรณีมีสาวผู้มีชื่อเสียงเสียชีวิตจากการใช้สมุนไพรลดความอ้วนที่มีผลทำลายตับ จนตับวายและเสียชีวิตในวัยสาว ยาขับปัสสาวะทำให้น้ำหนักลดจากการที่น้ำถูกขับออก แต่มีผลข้างเคียงสูงจากการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้เป็นลมหมดสติหรือหัวใจวายได้ที่สำคัญ เมื่อหยุดยาแล้วมีโอกาสที่น้ำหนักจะกลับมาเหมือนเดิมหรือสูงกว่าเดิมได้มาก

กระแสนิยมการทำให้เรือนร่างดูดีในปัจจุบันกำลังไปไกลมาก จนหลายคน (โดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ที่สุดของผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และการแพทย์เพื่อความงาม) มองข้ามเรื่องสุขภาพ ทัศนคติ

แบบว่า “ทำอะไรก็ได้ ขอให้สวย” หรือ “เสียเท่าไรก็ไม่ว่า ขอให้เข้าสวย” ได้นำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพที่คาดไม่ถึง บางรายแทนที่จะได้เรือนร่างที่ดี กลับเสียโฉมไปตลอดกาล และที่หนักมากกว่านั้นคือเสียชีวิต ดังที่เคยเป็นข่าวมาแล้วหลายกรณี

คนรุ่นใหม่ที่รู้สึกว่าคุณมีปมด้อยในเรือนร่างและรูปลักษณ์ แต่ขาดความรู้ในสิ่งที่ตนไขว่คว้าหา อาจเอาสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งมีค่าล้ำเข้าไปเสี่ยง เพื่อแลกกับรูปร่างที่อยากจะเป็น จนลืมไปว่าสิ่งที่มีความมากกว่าเรือนร่างที่ดีคือ “ความงามจากข้างใน” ไม่ใช่ความสวยความหล่อจากภายนอก ทางที่ดีควรจะพอใจในเรือนร่างที่เป็นอยู่ แต่ใส่ใจในสุขภาพและความงามจากข้างในคือจิตใจให้มาก เพราะสุขภาพที่ดีและจิตใจที่งดงามต่างหากคือสิ่งที่ให้ความสุขแก่ชีวิตได้อย่างแท้จริง

โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ: ให้การศึกษาหรือมอมเมา?

ในสถานการณ์ที่สินค้าและบริการทางสุขภาพมีการแข่งขันสูงอย่างทุกวันนี้ การโฆษณาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการขาย ถ้าไม่มีการโฆษณา บรรดาสินค้าอุตสาหกรรมที่ผลิตออกมาขายที่จะอยู่รอดได้ ดังนั้น ผู้ผลิตจึงทุ่มงบประมาณอย่างมากเพื่อการนี้ ตัวเลขของสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า เฉพาะในเดือนมกราคม 2558 เดือนเดียว มูลค่าการโฆษณาในสื่อหลักๆ ทุกแขนงสูงถึง 9,528 ล้านบาท (มากกว่าเดือนเดียวกันในปี 2557 ซึ่งมีมูลค่า 8,179 ล้านบาท) การโฆษณาทางสุขภาพมักทำ 2 แบบ คือ *โฆษณาทางตรง* ที่ออกแบบเพื่อส่งสารถึงกลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคโดยตรง และ *โฆษณาทางอ้อม* ที่แฝงอยู่ในกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยสอดแทรกผลิตภัณฑ์ที่ต้องการขายในเวลาเดียวกัน

การโฆษณาทางอ้อมหรือการโฆษณาแฝงมักใช้โฆษณายาอันตรายและยาที่ต้องควบคุมพิเศษ หรือยาที่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยาเหล่านี้ไม่สามารถจะโฆษณาตรงไปยังผู้บริโภคเนื่องจากขัดพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เหล่าบริษัทยาจึงหาช่องทางอ้อมเพื่อทำการโฆษณายาโดยหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมตามไม่ทัน เพราะบุคลากรมี

ไม่เพียงพอ อีกทั้งเครื่องมือและกฎหมายก็ล้าสมัย ไม่ต้องพูดถึงปัญหาเจ้าหน้าที่อาจมีส่วนได้เสียจากการเอาหูไปนาเอาตาไปไร่ หรือยอมรับผลประโยชน์เมื่อมีคนเกิดความเกิดขึ้น

หลากหลายสื่อโฆษณา

สื่อที่เป็นช่องทางโฆษณามีหลากหลาย แต่อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ สื่อกระแสหลัก กับสื่อแบบใหม่

สื่อกระแสหลัก: สื่อในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ ในระยะหลังๆ นี้ สื่อประเภทนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิทยุและโทรทัศน์นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นราวกับดอกเห็ด ทำให้การโฆษณาทุกรูปแบบมีช่องทางทำได้มากขึ้นและสะดวกยิ่งขึ้น สถานีโทรทัศน์นั้นมีทั้งระบบฟรีทีวี และระบบที่ผู้ชมต้องจ่ายเงินบอกรับเป็นสมาชิก (เคเบิลทีวี) ซึ่งมีสถานีเป็นร้อยเป็นพัน บางแห่ง

ตั้งขึ้นมาเพื่อโฆษณาขายของโดยเฉพาะ ธุรกิจด้านสุขภาพอาศัยสื่อกระแสหลักเป็นช่องทางสำคัญในการโฆษณาตลอดมา

สื่อแบบใหม่: สื่อประเภทนี้ ได้แก่ ระบบอินเทอร์เน็ต รวมทั้ง เฟซบุ๊ก และบล็อก ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้โดยผ่านคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน ข้อได้เปรียบของการโฆษณาในสื่อประเภทนี้คือผู้โฆษณาสามารถส่งสารตรงไปยังผู้บริโภคเป็นส่วนบุคคลได้ ขณะที่ผู้บริโภคก็สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประกอบการโดยตรงได้ด้วย ดังนั้นในปัจจุบันผู้ประกอบการจำนวนมากจึงหันมาใช้สื่อประเภทนี้ในการโฆษณามากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อขายสินค้าด้วยระบบ “พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์” (e-commerce) ได้สะดวกและรวดเร็วด้วย

หลากหลายสื่อเพื่อการโฆษณา

ไม่ว่าใครจะบอกว่าสื่อคืออำนาจ หรือสื่อคือทรัพย์ หรืออะไรก็ตาม แต่ความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้ในปัจจุบันคือสื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่ขาดไม่ได้สำหรับชีวิต จนกลายเป็นปัจจัยที่ห้าไปแล้ว

สื่อกระแสหลักในประเทศไทย โดยเฉพาะสถานีโทรทัศน์ สถานีวิทยุ หนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่างๆ มีจำนวนเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด นโยบายสื่อยุคใหม่ทำให้จำนวนสถานีโทรทัศน์แบบฟรีทีวี ซึ่งเมื่อปีก่อนนี้เองมีเพียง 6 สถานีเท่านั้น วันนี้มี 48 สถานี ทั้งนี้ไม่รวมโทรทัศน์ที่ผู้ชมต้องจ่ายค่าบริการ (หรือเคเบิลทีวี) ซึ่งแม้จะมีผู้ประกอบการไม่กี่ราย แต่จำนวนช่องที่ผู้ชมจะเข้าดูได้ก็มีเป็นร้อย ขึ้นอยู่กับบริการที่เลือกใช้ คราวเรือนที่เข้าถึงเคเบิลทีวีมีจำนวนกว่า 2 ล้าน ส่วนวิทยุ นั้น ตามรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เผยแพร่เมื่อปี 2553 ระบุว่า มี 526 สถานี (รวมวิทยุเอฟเอ็มและเอเอ็ม) ทั้งนี้ไม่รวมวิทยุชุมชนอีก 6,513 สถานี หนังสือพิมพ์อาจไม่มีการเพิ่มจำนวนขึ้น แต่นิตยสารมีจำนวนเป็นร้อย ทั้งนี้ไม่นับรวมสิ่งพิมพ์ในรูปของแผ่นพับ โปสเตอร์ และแผ่นป้ายคัดเอาทีใหญ่ๆ ริมทาง ซึ่งมีจำนวนนับไม่ถ้วน สื่อกระแสหลักบางชนิดมีรายได้ส่วนใหญ่มากจากการโฆษณา

ยังมีสื่ออีกประเภทหนึ่งซึ่งเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว นั่นคือระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีทั้งเว็บไซต์ เฟซบุ๊ก และบล็อก ที่ผู้ใช้เข้าถึงได้เพียงมีเครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตเท่านั้น สื่อประเภทนี้ใช้ทั้งเพื่อส่งข้อมูลข่าวสารและการโฆษณา ซึ่งในระยะหลังๆ นี้การโฆษณาผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ตกำลังแพร่หลายมากขึ้น เพราะเป็นสื่อที่รวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้แทบจะทุกที่ทุกเวลา นอกจากนี้ผู้ใช้อย่างสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประกอบการโฆษณาได้โดยตรง อีกทั้งยังเป็นช่องทางให้ทำการตลาด (พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์) โดยตรงได้ด้วย แม้ว่าในปี 2552 คนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ (33% ในเขตเทศบาล 15% นอกเขตเทศบาล) แต่เชื่อว่าในปัจจุบันมีจำนวนมากกว่านี้ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องไปอีกนาน

ที่มา: ข้อมูลบางส่วนจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553

หนึ่งในวิธีการโฆษณาโดยใช้สื่อประเภทนี้จะพบได้ในรูปของ “บล็อก” (Blog) คนเขียนหรือบล็อกเกอร์มักเขียนข้อความเกี่ยวกับสินค้าลงในหน้าบล็อกของตน หรือบอกเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในการใช้สินค้าในเว็บไซต์หรือในลักษณะที่เรียกกันว่า “รีวิว” (review) บล็อกเกอร์ที่เป็นคนมีชื่อเสียงมักจะได้รับการสนับสนุนจากผู้ผลิตสินค้าให้ช่วยบอกเล่าถึงสินค้าของตน บางคนถ่ายวิดีโอเพื่อบอกเล่าถึงการใช้สินค้าลงในยูทูบ (YouTube) เพื่อให้ผู้สนใจติดตามดูได้ การตลาดในลักษณะนี้มีอิทธิพลในการโน้มน้าวจิตใจสูงสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้บริโภคให้ความเชื่อถือการบอกเล่าประสบการณ์ของบล็อกเกอร์มากกว่าการโฆษณาในสื่อรูปแบบเดิม เพราะผู้บริโภคให้ความเชื่อถือบล็อกเกอร์ในฐานะที่เป็นผู้บริโภคด้วยกัน

การสำรวจใน 10 จังหวัดระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน 2557 โดยโครงการสร้างเครือข่ายผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ร่วมกับคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) พบว่าคลื่นวิทยุจำนวน 29 คลื่นจาก 33 คลื่น (ร้อยละ 88) มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย โดยพบผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาผิดกฎหมายทั้งสิ้นจำนวน 103 รายการ แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 54 รายการ ผลิตภัณฑ์ยา 35 รายการ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง 13 รายการ และโฆษณาสถานพยาบาลจำนวน 1 รายการ

การบริโภคสินค้าเพื่อสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานและมีการโฆษณาเกินจริงส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคแน่นอน แต่ความรุนแรงของปัญหานี้ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง นอกจากที่เป็นข่าวในสื่อ และการร้องเรียนปัญหาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นครั้งคราว เช่น ในปี 2546 ศูนย์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รายงานว่ามีเรื่องร้องเรียนเข้ามาทั้งหมด 1,236 เรื่อง เป็นเรื่องอาหาร 584 เรื่อง ยา 264 เรื่อง นอกนั้นเป็นเรื่องเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ยาเสพติด วัตถุอันตราย และอื่นๆ ประเด็นปัญหาอันดับแรกคือ

การโฆษณาเกินจริง รองลงมาคือ การขายยาโดยไม่มียาใบอนุญาต การขายยาโดยไม่มีเภสัชกร และการขายยาหมดอายุ เป็นต้น

ได้มีความตระหนักมานานแล้วว่ากฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (พ.ร.บ. ยา 2510) ล้าสมัย แต่ก็เพิ่งจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการออกกฎหมายที่ดีขึ้นกว่าเดิมเมื่อปีที่ผ่านมานี้เอง (รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้โปรดดูบทความเรื่อง “พ.ร.บ.ยา ฉบับใหม่ ใครได้ใครเสีย” ในเล่มนี้ น.57)

ในภาวะที่การโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อทุกรูปแบบนับวันแต่จะควบคุมได้ยากยิ่งขึ้น จะอาศัยอำนาจการควบคุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพียงอย่างเดียวคงเอาไม่อยู่ เพราะไม่ว่าจะเป็น อย. หรือ สคบ. รวมทั้งองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ ก็ล้วนแต่มีข้อจำกัดที่ทำให้ป้องกันปัญหาได้ไม่มากเท่าที่ควร ในเรื่องนี้หากภาคประชาชน (ซึ่งรวมถึงชุมชน และภาคประชาสังคม) จะมีส่วนในการเฝ้าระวังด้วยก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง แต่การเฝ้าระวังของภาคประชาชนจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อได้รับการเสริมพลัง (empowered) เพื่อให้รู้ทันอุปายการโฆษณา และมีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพียงพอที่จะตัดสินใจในทางที่ถูกต้องเหมาะสมได้ โดยไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา

บทสรุป

เรื่องราวที่เสนอมาช้างต้นทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในชีวิตของคนกำลังถูกรบงการโดยระบบทุนนิยมและบริโศณนิยมอย่างหนักหน่วงเหมือนกับทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราทุกคน อิทธิพลของทุนนิยมและบริโศณนิยมไม่เพียงแต่ได้เปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น แต่ยังได้เปลี่ยนหลายอย่างในระบบสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องยาไปจนถึงบริการที่ประชาชนได้รับ ความเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนั้นอาจสรุปเป็นคำพูดสั้นๆ ได้ว่าคือ การที่สุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้า ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ผลกำไร

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ความหมายของยา ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เทคโนโลยี รวมทั้งบริการทางสุขภาพ เปลี่ยนไป ไม่ได้ยึดโยงอยู่กับคุณค่าทางมนุษยธรรม อันเป็นฐานดั้งเดิมอีกต่อไป หากแต่ยึดโยงอยู่กับมูลค่า หรือราคาที่ผู้บริโภคต้องจ่าย และที่จะคำนวณออกมาเป็น ผลกำไรของผู้ประกอบการมากกว่า จึงไม่แปลกที่อุบาย หลายนานจะถูกลำมาใช้เพื่อเป้าหมายอันนี้ เช่น

- ❖ การเน้นความสำคัญของยา (เพราะยาคือ สิ่งที่ขายได้) จนทำให้คนอาจมองข้ามพฤติกรรม ที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญ กว่าการใช้ยา
- ❖ การทำให้ยาใหม่มีราคาแพงเกินเหตุ ซึ่งไม่ได้ สะท้อนต้นทุนการพัฒนาแต่เพียงเพราะ การผูกขาดตลาด
- ❖ การพัฒนายาใหม่ที่ทำให้ความสนใจโรคของกลุ่ม ผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อสูง มากกว่าโรคที่พบ ในภูมิภาคที่คนส่วนใหญ่ยากจน เป็นการส่งเสริม ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในโลก
- ❖ การทำตลาดยาโดยใช้ประโยชน์จากบุคคลในวิชาชีพ แพทย์ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมทางจริยธรรม
- ❖ อุบายมุ่ง “ขายสุขภาพ” ให้แก่คนสุขภาพดี ในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพสารพัดชนิด
- ❖ การโฆษณาขายยา ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพ ที่เกินจริง และละเลยการให้ข้อมูลที่รอบด้าน หรือการศึกษาที่จำเป็นแก่ผู้บริโภค

ผลกระทบตรงๆ ของการที่สุขภาพถูกทำให้กลายเป็น สินค้าจึงมีหลายด้าน ที่ชัดเจนคือ

- ❖ การที่ยาและบริการสุขภาพที่จำเป็นมีราคาแพง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงยาของกลุ่มคน ที่มีรายได้น้อย และนั่นหมายถึงผลกระทบต่อ สุขภาพของคนเหล่านั้นด้วย
- ❖ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งจากราคาที่สูง และการใช้โดยไม่จำเป็น ซึ่งสร้างปัญหาสุขภาพ ในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน หลายประเทศ

- ❖ การเน้นความสำคัญของยาสำหรับอาการเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดเพราะความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ของชีวิตคนเรา ทำให้คนจำนวนมากมุ่งแต่จะพึ่งยา เป็นหลัก มองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลกระทบ เช่นเดียวกันนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดจากการโฆษณา ให้คนเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความจำเป็น จนคนจำนวนมากอาจเข้าใจว่า การใช้ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารก็เพียงพอแล้วสำหรับการมีสุขภาพดี
- ❖ การโฆษณายา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์ เสริมความงาม และบริการสุขภาพที่เกินจริง ทำให้ผู้ไม่รู้เท่าทันหลงเชื่อ เสียเงิน หลายนาย เสียสุขภาพ บางรายเสียชีวิต

แล้วจะทำอะไรได้บ้างในเรื่องนี้? ที่จริงต้นตอของ เรื่องนี้ถ้าจะสาวไปให้ลึกจริงๆ ก็คงจะอยู่ที่ประเด็นเรื่อง “ทุนนิยมในระบบสุขภาพ” แต่เราจะหนีจากทุนนิยมได้พ้น หรือ ในเมื่อระบบเศรษฐกิจและระบบอื่นๆ เกือบทุกระบบ ในสังคมที่เราอยู่ทุกวันนี้ล้วนแต่เป็นผลผลิตของแนวคิด แบบทุนนิยม ไม่เว้นแม้แต่การศึกษา วัฒนธรรมและ ศาสนา ประเด็นในที่นี้จึงคงไม่ได้อยู่ที่การหนีจากทุนนิยม ในระบบสุขภาพ หากอยู่ที่การพยายามรับมือกับกระแส ทุนนิยมในระบบสุขภาพมากกว่า แนวทางที่จะรับมือกับ กระแสทุนนิยมในระบบสุขภาพให้ได้ควรจะเป็นอย่างไร ยังเป็นเรื่องที่ต้องเรียนรู้กันอีกมาก แต่ในที่นี้ใครจะเสนอ แนวทางต่อไปนี้

1. ให้การศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชนอย่าง เพียงพอ ในด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การใช้ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพที่เหมาะสมและคุ้มค่า การเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่ถูกต้องหลังจากการเปิดรับ ข้อมูลเหล่านั้น ในเรื่องนี้สถาบันการศึกษา หน่วยงานทาง สุขภาพ รวมทั้งสื่อต่างๆ ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ



2. **สร้างและจัดการความรู้** เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสถานการณ์ด้านสุขภาพ พัฒนาวิธีการและข้อเสนอใหม่ๆ ต่อประชาชน ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้กำหนดนโยบาย องค์การทางวิชาชีพด้านสุขภาพต้องเป็นที่พึ่งของประชาชน ได้อย่างแท้จริง อย่างน้อยก็ในด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และรอบด้าน โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเกี่ยวกับยา ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ และบริการดูแลสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีไฮเทคเป็นจุดขาย ว่าแค่ไหนคือจำเป็นและแค่ไหนคือเกินจำเป็น เข้มงวดในการควบคุม กำกับการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในมาตรฐานจริยธรรมและวิชาการที่ถูกต้อง

3. **ส่งเสริมขีดความสามารถและความเข้มแข็ง** ของภาคประชาชน องค์กรผู้บริโภค ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ สื่อมวลชน นักวิชาการ รวมทั้งนักการเมือง ให้ตระหนักและเข้าใจเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจและใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างคุ้มค่า สามารถติดตาม กำกับ และตรวจสอบการทำงานด้านสุขภาพ

ของทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเข้มแข็งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และคุ้มค่า ตามความจำเป็นของปัญหา

4. **ปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย** และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการโฆษณา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และบริการสุขภาพที่เกินจริง เข้มงวดกับการควบคุมกำกับบริการด้านสุขภาพให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยมาตรการที่ไม่ขัดขวางการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพของประชาชน

5. **ใช้มาตรการด้านเศรษฐกิจ การเงิน และการคลัง** เช่น ในการดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพ ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อกระจายการเข้าถึงบริการ และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้มากที่สุด

ที่จริงแนวทางที่กล่าวข้างต้นหลายหน่วยงานก็ได้ริเริ่มและทำกันอยู่แล้ว เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รวมทั้งหน่วยงานทั้งหลายในกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ดูเหมือนว่าอาจจะยังไม่มีพลังมากพอที่จะชะลอกระแสที่มาแรงของทุนนิยมในสุขภาพได้ ดังนั้นในวันนี้จึงมีสิ่งที่สังคมไทยต้องทำอีกมาก



บรรณานุกรม

11 ตัวชี้วัด “สุขภาพอาเซียน”

1. 10 ประเทศอาเซียน ความหลากหลายที่รวมเป็นหนึ่ง

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2558. *อาเซียนกับความหลากหลายทางชีวภาพ*. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.aseangreen-hub.in.th/envinat-ac/en/savetheworldsection/12-savethe-world>

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database*. Retrieved December 22, 2014, from <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

UNESCO, *World Heritage Centre*. 2015. Retrieved January 8, 2015, from World Heritage List. <http://whc.unesco.org/en/list/>

2. ประชากรในอาเซียน

จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ขวณวัน, และปราโมทย์ ประสาทกุล. 2556. การสูงวัยของประชากรในประเทศอาเซียน. ใน สุชาติ ทวีสิทธิ์, มาลี สันสุวรรณ, และ ศุทธิดา ขวณวัน (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2556: ประชากรและสังคมในอาเซียน ความท้าทายและโอกาส*. หน้า 3-22. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดียนตุลา

The World Bank. 2011. *The Migration and Remittances Facebook 2011*. Washington DC: The World Bank.

United Nations. 2013. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: UN.

3. สุขภาพกาย

The World Bank. 2012. *World Databank 2012*. Retrieved September 15, 2014, from <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

World Health Organization (WHO), Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. *Health Statistics and Information Systems*. Retrieved October 22, 2014, from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

4. สุขภาพจิต

John Helliwell, Richard Layard, and Jeffrey Sachs (Editors). 2013. *World Happiness Report 2013*. NY: Sustainable Development Solutions Network.

The Social Progress Imperative. 2014. *Social Progress Index 2014*. n.p.

World Health Organization (WHO), Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. *Health Statistics and Information Systems*. Retrieved October 22, 2014, from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

5. พฤติกรรมสุขภาพ

The World Bank. 2012. *World Databank 2012*. Retrieved September 15, 2014, from <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014)*. Retrieved September 29, 2014, from http://seatca.org/dmdocuments/ASEAN%20Tobacco%20TaxPrice_Summary_May14%20Final.pdf

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2013. *ASEAN Tobacco Tax Report Card (May 2013)*. n.d.

The Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *The ASEAN Tobacco Control Atlas (Second edition) September 2014*. Bangkok: SEATCA.

World Health Organization (WHO). 2014. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO.

6. การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

กรมทางหลวง และ กรมทางหลวงชนบท. 2554. *ระยะทางในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงและกรมทางหลวงชนบท*. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2554, จาก <http://vigportal.mot.go.th/portal/site/PortalMOT/stat/indexURL/>

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). 2014. *Economic Outlook for Southeast Asia, China, and India 2014: Beyond the Middle Income Gap*. n.d.

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database*. Retrieved December 22, 2014, from <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

The World Fact Book, Central Intelligence Agency. 2014. Retrieved 9 December, 2014, from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

United Nations Development Programme (UNDP). 2014. *Human Development Report 2014: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. NY: UNDP.

7. สภาพแวดล้อมและความเป็นเมือง

Food and Agriculture Organization of The United Nations. 2010. *Forestry*. Retrieved December 23, 2014, from <http://faostat3.fao.org/>

McKinsey Global Institute. 2014. *Southeast Asia at the crossroads: Three paths to prosperity*. Retrieved December 3, 2014, from <http://www.mckinsey.com/>

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database*. Retrieved December 22, 2014, from <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

World Health Organization (WHO). 2013. *World Malaria Report 2013*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2014. *Burden of disease from Household Air Pollution for 2012*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2014. *Slum residence Data by country*. Retrieved 30 September, 2015, from <http://apps.who.int/gho/data/node.main.281?lang=en>

World Health Organization (WHO). 2014. *Tuberculosis country profiles*. Retrieved 16 December, 2014, from <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

8. การคลังสุขภาพ

ASEAN Plus Three UHC Network. 2014. *Universal Health Coverage for 2.1 Billion Populations: Lessons Learned from ASEAN Plus Three Countries: ASEAN*. Retrieved September 3, 2014, from <http://www.aseanplus3uhc.net/universal-health-coverage-21-billion-populations-lessons-learned-asean-plus-three-countries>

World Health Organization (WHO). 2014. *Global Health Observatory (WHO-GHO)*. Retrieved November 10, 2014, from <http://www.who.int/gho/en/>

9. ทรัพยากรสารสนเทศ

Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F.M., and Huong, N.L., et. al. 2011. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. In *The Lancet*, 377 (9767), 769-781.

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

10. ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

General Statistical Office (GSO). 2011. *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Ha Noi: GSO.

Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F.M., and Huong, N.L., et. al. 2011. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. In *The Lancet*, 377 (9767), 769-781.

Ministry of Health and Lao Statistics Bureau. 2012. *The Lao Social Indicator Survey 2011-2012*. Vientiane, Lao PDR: Ministry of Health and Lao Statistics Bureau.

National Statistics Office (NSO) [Philippines], and ICF Macro. 2009. *National Demographic and Health Survey 2008*. Calverton, Maryland: National Statistics Office and ICF Macro.

Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik-BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes-MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.

The National Statistical Office (NSO). 2013. *The Thailand 2012 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*. Bangkok: NSO.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). 2011. *Myanmar: Multiple Indicator Cluster Survey 2009-2010 Selected Indicators*. Yangon: UNICEF

11. อาเซียนกับความท้าทายทางสุขภาพ

สุวัฒน์ กิตติดีกุล. 2556. การบรรยาย "ประชาคมไทยกับอาเซียน: บุคลากรสาธารณสุข รู้ทันประชาคมอาเซียน". เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2556.

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014)*. Retrieved September 29, 2014, from http://seatca.org/dmdocuments/ASEAN%20Tobacco%20TaxPrice_Summary_May14%20Final.pdf

Sustainable Development Solutions Network. 2015. *Indicators and a Monitoring Framework for Sustainable Development Goals-Launching a data revolution for the SDGs*. Retrieved January 15, 2015, from <http://unsdsn.org/resources/publications/indicators/>

United Nations. 2013. *International migrant stock: By destination and origin*. Retrieved 24 December, 2015 from <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesorigin.shtml>

10 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

1. รัฐบาล 2557 ผ่านทางประเทศไทย

¹ ส่วนนี้ ผบ.ทบ.ประกาศยึดอำนาจ ตั้ง 'คณะรักษาความสงบแห่งชาติ'. 22 พฤษภาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก กรุงเทพธุรกิจออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/583950>

² คำต่อคำ "ประยุทธ์" เผยโรดแมป "ปรองดอง-ปฏิรูป 1 ปี-เลือกตั้ง" รื้อรถไฟเร็วสูง ไม่ก่อหนี้-งดประชานิยม. 22 พฤษภาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/politics/viewnews.aspx?NewsID=9570000060714>

³ รัฐธรรมนูญชั่วคราวกับแม่น้ำ 5 สาย. 24 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/Content/Article/254517/รัฐธรรมนูญชั่วคราวกับแม่น้ำ+5สาย>

⁴ กมธ. ยกร่างฯ วางกรอบ 4 ภาค. 12 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/Content/politics/280322/กมธ.ยกร่างฯวางกรอบ+4+ภาค>

⁵ วิษณุ ชันชิต เลือกตั้ง กพ.-มีค. 59 หนุนนิรโทษไม้อัดชอย "พรเพชร" ขานรับทันที. 30 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRRReE56TXhNemdsT1E9PQ==§ionid=

⁶ นิรโทษชั้นตอนสุดท้าย 'บวรศักดิ์' ชูปรองดองก่อน สนช. หนุนนายกฯ ทางตรง. 12 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.reform.or.th/2014/wp-content/uploads/C-141212008041.pdf>

⁷ ส่วนนี้ "อึ้งลักษณ์" ไม่รอดมติ สนช. ถอดถอน 190-18 เน้นวาระการเมือง 5 ปี "นิคม-จิมศักดิ์" เสา! ไม่ถูกถอดถอน. 23 มกราคม 2558. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2558, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1421985667

⁸ เรื่องเดียวกัน.

2. ชีวิตบนเส้นด้ายปัญหาความปลอดภัยของระบบขนส่งสาธารณะของไทย

¹ พนักงานรถไฟสารภาพ ฆ่าน้องแก้ม. 7 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก จส.100 เว็บไซต์: <http://www.js100.com/en/site/news/view/3493>

² ผงะ! โจรชิงทรัพย์ผู้โดยสารทั้งโบกี้รถไฟ ดิดู "เลดี้"-คาดโดนรวมคว้นวางยาสูบ. 5 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRRd056SXIN-VEI4ToE9PQ==

³ รายชื่ออุบัติเหตุทางรถไฟในประเทศไทย. 9 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก วิกิพีเดีย เว็บไซต์: <http://th.wikipedia.org/wiki/รายชื่ออุบัติเหตุทางรถไฟในประเทศไทย>

⁴ สวินธ์ ฉ่ำเฉลียว. ประสบการณ์การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการโดยสารสาธารณะและปัญหาอุปสรรคที่พบ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัย เว็บไซต์: <http://www.roadafetythai.org/sites/default/files/file/upload/มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค%20สวินธ์%20ฉ่ำเฉลียว.PDF>

3. การจัดการขยะและสารพิษ: ขึ้นแท่นวาระแห่งชาติ?

¹ ไฟไหม้บ่อขยะ สมุทรปราการ ครวญเริ่มจาก กรมควบคุมมลพิษ ท่วงอาจมีสารก่อมะเร็ง. 17 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: <http://health.kapook.com/view84416.html>

² ภาพดาวเทียมไทยไซด์เข้าช่วยตรวจสอบแนวคันบริเวณพื้นที่เสียหายจากเหตุการณ์เพลิงไหม้บ่อขยะ. 18 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Facebook เว็บไซต์: <https://www.facebook.com/gistda/photos/a.10150141503351265.335098.328782391264/10152274998701265/>

³ อันตราย!!! ครวญบ่อขยะ. 19 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/410843>

⁴ สถานการณ์ไฟไหม้บ่อขยะแพร่พิษ ผลกระทบและการแก้ไข. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Greenintrend เว็บไซต์: <http://www.greenintrend.com/?p=300>

⁵ กรณีบ่อขยะ “แฟรกษา” สุวาระแห่งชาติการจัดการขยะของประเทศไทย. 11 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก Thaipublica เว็บไซต์: <http://thaipublica.org/2014/08/praksa-1/>

⁶ สถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2556. 19 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: <http://www.pcd.go.th/Public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2014&id=17119>

⁷ สถานการณ์ ปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอย. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เว็บไซต์: http://prachuapkhirikhan.mnre.go.th/download/pan59/pre_6.pdf

⁸ การกำจัดขยะมูลฝอย แบบฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitary Landfill). 31 มกราคม 2556. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_waste.cfm?task=SanitaryLandfill

⁹ ปัญหาถังลอบทิ้งกากขยะอุตสาหกรรม. 18 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก Thaibps เว็บไซต์: <http://news.thaibps.or.th/content/ปัญหาถังลอบทิ้งกากขยะอุตสาหกรรม>

¹⁰ “ขยะซ้อนขยะ” ปัญหาจัดการกากอุตสาหกรรมที่ไร้การเหลียวแล. 23 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.thaipost.net/sunday/230314/87910>

¹¹ ‘แฟรกษาโมเดล’ วาระแห่งชาติด้านขยะที่ไม่อาจรอช้า. 11 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Waymagazine เว็บไซต์: <http://waymagazine.org/report/แฟรกษา>

¹² เรื่องเดียวกัน.

¹³ ‘ขยะเมืองไทย’ อะไรจะมากมายก่ายกองได้ขนาดนั้น!!!. 22 เมษายน 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/417113>

¹⁴ กรมควบคุมมลพิษ สรุปสถานการณ์มลพิษในไทย ปี 56. 20 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/411086>

¹⁵ อธิบดีกรมควบคุมมลพิษ ได้กล่าวถึงนโยบายสร้างโรงไฟฟ้าโดยใช้ขยะเป็นวัตถุดิบว่า ปัจจุบันมีการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่ใช้ขยะเป็นเชื้อเพลิงแล้ว 2 แห่ง คือที่ จ.ภูเก็ต และ จ.สงขลา และมีแผนที่จะดำเนินการเพิ่มอีก 13 แห่งทั่วประเทศในปีถัดไป ซึ่งแนวทางนี้เป็นความหวังที่จะช่วยลดปริมาณขยะตกค้างอย่างมีประสิทธิภาพ

¹⁶ ทส. มอนิเตอร์การจัดการขยะมูลฝอยของประเทศไทยกับจังหวัด. 19 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: <http://www.pcd.go.th/Public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2014&id=17206>

¹⁷ นายกรัฐมนตรีประกาศเจตนารมณ์โครงการเมืองสะอาด คนในชาติมีสุข ระยะที่ 2.4 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก Thainews เว็บไซต์: http://thainews.prd.go.th/centerweb/news/NewsDetail?NT01_NewsID=TNPOL5712040010007

4. อีโบล่าและการจัดการโรคข้ามพรมแดน

¹ Ebola Situation Report-11 February 2015. 8 กุมภาพันธ์ 2558. ค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2558, จาก WHO เว็บไซต์: <http://apps.who.int/ebola/en/ebola-situation-report/situation-reports/ebola-situation-report-11-february-2015>

² เชื้ออีโบล่า คร่าชีวิตหัวหน้าแพทย์เซียร์ราลีโอนรายที่ 2. 14 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก Kapook เว็บไซต์: <http://health.kapook.com/view95685.html>

³ Ebola in graphics The toll of a tragedy. 5 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2558, จาก Economist เว็บไซต์: <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2015/03/ebola-graphics>

⁴ Ebola impacts antenatal care-Official. 3 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 258, จาก StarAfrica เว็บไซต์: <http://en.starafrika.com/news/sleone-ebola-impacts-antenatal-care-official.html>

⁵ Ebola in graphics The toll of a tragedy, อ้างแล้ว

⁶ สธ. ห่วงคนตกใจ “อีโบล่า” ช้าโอกาสเสี่ยงติดในไทยยาก. 31 กรกฎาคม 2557.

ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก Mcot เว็บไซต์: <http://www.mcot.net/site/content?id=53d9dbfde0470fec58b456a#.VQ54d9KZR1M>

5. ‘การอุ้มบุญ’ กับสิ่งที่สังคมไทยควรรับรู้

¹ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หญิงไทยที่รับตั้งครรภ์แทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2557

² แผลงข่าวแพทย์สภากรณีอุ้มบุญ. 8 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2558, จาก แพทย์สภา เว็บไซต์: http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=763&id=1&s_head=3

6. พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ใครได้ใครเสีย

¹ ร่างฯ ที่ สดก. ตรวจพิจารณาแล้ว เรื่องเสร็จที่ 1017/2557. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก สำนักยา เว็บไซต์: http://drug.fda.moph.go.th/zone_law/files/ร่างพ.ร.บ.ยา_1017-2557.pdf

² เอกสารนำเสนอในการประชุมเสวนา พรบ. ยา พรบ. วิชาติพิ เพื่อใคร. วันอาทิตย์ที่ 28 กันยายน 2557 ณ ห้อง 702 อาคาร 80 ปี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดย วินิต อัครกิจวิริ เรื่อง พ.ร.บ. ยา อุปสรรค หรือโอกาส เพื่อใคร.

³ เรื่องเดียวกัน.

⁴ เครือข่ายเภสัชฯ บุค อย.ค่าน พ.ร.บ.ยา ส่งตัวแทนหารือแก้ไขใน 2 สัปดาห์. 10 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000116308>

⁵ ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. (ฉบับประชาชน ปรับปรุง 19.01.55). ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก แผนงานพัฒนาเภสัชภัณฑ์ระบบยา เว็บไซต์: http://www.thaيدrugwatch.org/download/draft_revise_drug_act_19-01-55.pdf

⁶ หนังสือสำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ที่ นร.0404/4144 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2556 เรื่องการรับรองร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. (ฉบับประชาชน ปรับปรุง 19.01.55).

⁷ หนังสือสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ที่ สผ0014/5068 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.

⁸ หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร0105.03/45195 ลงวันที่ 12 กันยายน 2557

⁹ แผลงการฉีกร่วม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม กรณี การแก้ไข ปรับปรุง (ร่าง) พ.ร.บ.ยา ฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ. 22 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักสารนิเทศ เว็บไซต์: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=68704

¹⁰ อย. เผยผลหารือ (ร่าง) พ.ร.บ.ยา กับสภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง. 30 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักสารนิเทศ เว็บไซต์: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=68812

¹¹ หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 1009.3.1/3899 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.

¹² บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. เอกสารที่ กม คปก (ค) ที่ 22/2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. จาก สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

7. ‘เขตสุขภาพ’ บนความเห็นต่างประชาชนคือผู้รับเคราะห์

¹ สธ.ปรับรูปแบบบริการสุขภาพ กระจายผู้ป่วย 12 เขตพื้นที่. 12 ธันวาคม 2555. ค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/312822>

² 1 เม.ย. รวมกลุ่ม รพ. รักษาคนไข้. 3 กุมภาพันธ์ 2556. โพสต์ทูเดย์

³ ยึดงบฯ “สปสช.” จ่ายตรงสำนักงานเขต. 13 มีนาคม 2556. โพสต์ทูเดย์

⁴ เรื่องเดียวกัน.

⁵ แผนกบริหารระบบสุขภาพ การเมืองรวมหัว ชรก. ปรับโครงสร้างเขตสุขภาพยึดอำนาจเบ็ดเสร็จ. 25 กันยายน 2556. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www2.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=9560000120965>

⁶ ข้อสรุป 5 ขมรม สธ. อัน สปสช. ต้องจัดงบบัตรทองผ่านเขต-อุบกองทุนย่อย. 30 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2558, จาก Hfocus เว็บไซต์: <http://www.hfocus.org/content/2014/10/8507#sthash.JNljazWS.dpuf>

⁷ ชงยุบ “กองทุนรายโรคสปสช.” เหตุยุ่งยาก. 29 ตุลาคม 2557. มติชน

⁸ เบรก ‘เขตสุขภาพ สธ.’ ‘ปฏิรูป’ สวนทาง ‘ปฏิรูป’. 12 สิงหาคม 2557. กรุงเทพธุรกิจ

⁹ ค้านสุดเสียง! กลุ่มรักหลักประกันฯ อัน ‘เขตสุขภาพ’ ไม่เวิร์ก. 29 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/446541>

¹⁰ ‘อัมมาร’ แนะนำสองปัจจัยกระทบ ‘ประกันสุขภาพ’. 11 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558, จาก TDRI เว็บไซต์: <http://tdri.or.th/tdri-insight/bangkokbiz-2014-12-11/>

¹¹ สปสช. สิ้นทุนถูกปิดข้อมูลให้ร้ายการบริหารกองทุน แนะนำกรรมการคนนอกตรวจสอบ รพ. ขาดทุน. 11 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2558, จาก NHSO เว็บไซต์: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTMyOA==>

¹² ย้อนรอย มหากาพย์ขัดแย้งราวลึก ระเบิดศึก สธ.-สปสช.. 13 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก Hfocus เว็บไซต์: <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8838>

¹³ บัตรทองถกเดือดร้อนชดเชยค่าปลัด สธ. 9 ธันวาคม 2557. โพสต์ทูเดย์

¹⁴ นพ.ยุทธ โพธารามิก ลาออกประธานสอบปัญหา รพ. ขาดทุน. 19 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 2 ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558, จาก สำนักข่าวไทย เว็บไซต์: <http://www.tnamcot.com/2014/12/19/นพ-ยุทธ-โพธารามิก-ลาออก/>

¹⁵ ‘นพ.รัชตะ’ รวม.สาธารณสุข ยืนยันมีคำสั่งย้าย ‘นพ.ณรงค์’ ปลัด สธ. ไปประจำสำนักงานฯ. 11 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558, จาก การเมืองธุรกิจ เว็บไซต์: <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/638661#sthash.jyFUOGc.dpuf>

8. แผ่นดินไหวเสี่ยงรายนลกร-กบต่อชุมชนและการจัดการปัญหา

¹ สรุปลความเสียหาย และให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัยจากเหตุแผ่นดินไหว จังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 27 มิถุนายน 2557. 1 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเชียงราย เว็บไซต์: <https://dpmcr.wordpress.com>

² รายงานการเกิดแผ่นดินไหวบริเวณจังหวัดเชียงราย. 5 พฤษภาคม 2557. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม, จาก สำนักเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา เว็บไซต์: <http://www.seismology.tmd.go.th/home.html>

³ เรื่องเดียวกัน.

⁴ รอยเลื่อนมีพลังในประเทศไทย. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จากกรมทรัพยากรธรณี เว็บไซต์: http://www.dmr.go.th/main.php?filename=Active_FAULTS_THAI

⁵ รายงานการเกิดแผ่นดินไหวบริเวณจังหวัดเชียงราย, อ้างแล้ว.

⁶ สรุปการช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ศูนย์ ปก. เขต 15 ขร (รวม) ข้อมูล ณ 11-มิ.ย.-57. 13 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเชียงราย เว็บไซต์: <https://dpmcr.wordpress.com>

9. เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เกรียสองด้านที่พึงตระหนัก

¹ ทำเนียบรัฐบาล. 2557. ผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) ครั้งที่ 2/2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก เว็บไซต์: <http://www.thaigov.go.th/th/government-th1/item/87633-id87633.html>

² สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา. 2557. แนวทางและมาตรการเพื่อการพัฒนา เขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณพื้นที่แนวชายแดนของไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

³ พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2544, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 118 ตอนที่ 110 ก. (ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2544).

⁴ การพัฒนาแนวพื้นที่พัฒนาเศรษฐกิจ (Economic Corridors Development). ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก เว็บไซต์: <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/HighLight/gms/P001.pdf>.

⁵ สมชาย คักดาเวคือศร. 2557. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

⁶ เขตเศรษฐกิจพิเศษในพื้นที่ 36 ตำบล บริเวณสิบอำเภอของห้าจังหวัดชายแดนข้างต้น ได้แก่ 1. จังหวัดตากประกอบด้วย 14 ตำบล ใน อ.แม่สอด อ.พบพระ อ.แม่ระมาด ระมาด 2. Mukdahan ประกอบด้วย 11 ตำบล ใน อ.เมือง อ.ห้วยใหญ่ อ.ดอนตาล 3. สระแก้ว ประกอบด้วย 4 ตำบล ใน อ.อรัญประเทศ อ.วัฒนานคร 4. ตรดประกอบด้วย 3 ตำบล ของ อ.คลองใหญ่ (ทั้งอำเภอ) 5. สงขลา ประกอบด้วย 4 ตำบล ใน อ.สะเดา

⁷ นายกรัฐมนตรีมอบนโยบายให้ทุกหน่วยงานสนับสนุนการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษใน 5 พื้นที่ชายแดนเป้าหมายให้มีผลทางปฏิบัติ 6.ค. นี้-เห็นชอบแผนดำเนินงานเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษปี 58-59. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก รัฐบาลไทย เว็บไซต์: <http://www.thaigov.go.th/2012-07-18-11-42-15/item/87633-id87633.html>

⁸ สถิติการค้าชายแดนและการค้าผ่านแดนของประเทศไทยปี 2554-2557. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558, จาก กรมการค้าระหว่างประเทศ เว็บไซต์: http://bts.dft.go.th/btsc/files/Border%20Trade%20Service%20Center/1.Reported%20%20trade%20%20statistics/2557/12_DEC2014.pdf

⁹ วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก เว็บไซต์สารสนเทศสุขภาพไทย เว็บไซต์: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2012/thai2012_3.pdf.

¹⁰ กฤตยา อาชวนิชกุล. 2554. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.

¹¹ ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 เรื่องมาตรการชั่วคราวในการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์. 25 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก กองทัพภาคที่ 3 เว็บไซต์: http://www.army3.mi.th/army3_internet/mod/book/view.php?id=30&chapterid=211

¹² สรุปยอดรวมการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว (ONE STOP SERVICE: OSS) ทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน-31 ตุลาคม 2557 (ปรับปรุงยอดวันที่ 29 พฤศจิกายน 2557). 1 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2558, จาก สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว เว็บไซต์: http://wp.doe.go.th/wp/images/pr/pr_oss291157.pdf

¹³ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. สุขภาพแรงงานข้ามชาติ กับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ อะไคือทางออกที่เหมาะสม. เอกสารประกอบการเสวนา “สุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทางออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 15 ตุลาคม 2555. โรงแรมที่เค พาเลซ. นนทบุรี.

¹⁴ อ้างแล้ว, กฤตยา อาชวนิชกุล.

¹⁵ สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2556. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2557 จาก สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว เว็บไซต์: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2556.pdf>.

¹⁶ สธ. เผย ชาย ‘บัตรประกันสุขภาพต่างด้าว’ แลกว่าแสนใบ! 23 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/438314>.

¹⁷ กกก. ร่วมมือ สปส. เตรียมปรับเกณฑ์ดินแรงงานต่างด้าวเข้าประกันสังคม. 24 ตุลาคม 2556. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1382596242.

¹⁸ เอกสารประกอบการประชุมร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองกับสำนักบริหารการสาธารณสุข เพื่อหารือการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าว เรื่องสถานการณ์การให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว จังหวัดระนอง เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2557

¹⁹ Guinto R, Curran U, Suphanchaimat R, Pocock N. 2014. *Universal health coverage in 'One ASEAN': are migrants included? Global Health Action 2014*, 7: 25749 (in press).

²⁰ มูลนิธิบูรณะนิเวศ. ความตายที่นิ่งๆ ล้ำทุน. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก มูลนิธิบูรณะนิเวศ เว็บไซต์: <http://thaiecoalert.org/th/pollution/50>.

²¹ รัฐธรรมนูญกับการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก มหาวิทยาลัยบูรพา เว็บไซต์: http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/july_sep_10/pdf/aw13.pdf.

²² ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในปี พ.ศ. 2555 ได้กำหนดประเภทโครงการที่ต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment หรือ EIA) 22ประเภทโครงการและเพิ่มเติมเป็น

35 ประเภทโครงการ และกำหนดประเภทโครงการที่ต้องจัดทำรายงาน EHIA จำนวน 11 ประเภทโครงการ (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2555, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129 ตอนพิเศษ 116ง. วันที่ 20 กรกฎาคม 2555).

²³ ทำไมคนไทยไม่เอา EIA.16 ตุลาคม 2556. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก บล็อกกาซีน เว็บไซต์: <http://www.blogazine.in.th/blogs/noksayamol/post/4404>.

10. ปัญหาสุขภาพกรม: นามยอกอกการท่งเกี่ยวไทย

¹ คดีนักท่งเกี่ยวชาวอเมริกันพร้อมลูกชายที่ถูกทำร้ายจนเสียชีวิตที่จังหวัดกระบี่. 7 สิงหาคม 2556. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9560000097786>

² 2556 คดีหนุ่มชาวอังกฤษที่ถูกฆาตกรรมบนหาดริ้น เกาะพัง. 18 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: <http://highlight.kapook.com/view/108257>

³ ดร. กูเกิ้ล เร่งเก็บหลักฐานจากกล้อง หาดทราย ฆ่าชิงทรัพย์ชาวออสเตรเลีย. 22 มิถุนายน 2555. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก ThaiPBS เว็บไซต์: <http://news.thaipbs.or.th/node/93019>

⁴ งามใส! สื่อนอกตีข่าว “ศิลปินข้ามแห่งกระบี่” หลังพ่อเหยื้อแค้นคนไทยข่มขืนลูกสาวนางแบบ. 8 พฤศจิกายน 2555. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRN-MU1qTTJOVFUoTmc9PQ==§ionid=

⁵ เปิดเส้นทางธุรกิจ “รัสเซีย” มาเพื่อผูกขาดทุกหาดบนเกาะภูเก็ต. 24 กรกฎาคม 2556. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9560000090652>

4 ผลงานดึງ เพื่อสุขภาพคนไทย

พ่อกานอนอินสมลิตธิ์ดนหมอไทยดีเด่นแห่งชาดี

หมอไทยดีเด่นแห่งชาดี พ.ศ. 2557. 17 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก มูลนิธิสุขภาพไทย เว็บไซต์: <http://www.thaihof.org/main/article/detail/3595>

‘ป่อกานอน อินสม ลิตธิ์ดน’ ชาวบ้านโง้ง ลำพูน หมอไทยดีเด่นแห่งชาดี พ.ศ. 2557. 7 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก Haaksquare เว็บไซต์: <http://www.haaksquare.com/en/node/5793>

สมุนไพรรักกับบัญชียาหลักแห่งชาดี

บัญชียาหลักแห่งชาดีจากสมุนไพรร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557, จาก มูลนิธิสุขภาพไทย เว็บไซต์: <http://www.thaihof.org/main/banersideber/medical>

บัญชียาจากสมุนไพรร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557, จาก บัญชียาหลักแห่งชาดี เว็บไซต์: <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/herbal/list>

สปสช. เพิ่มบัญชีสมนไพรรักษาฟรีเป็น 71 รายการ. 19 มกราคม 2554. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000007608>

ปิกองของกีฬาไทย

สรุปเหรียญเอเชียนเกมส์ 2014 จีนครองเจ้าเหรียญทอง 151 เหรียญ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: <http://highlight.kapook.com/view/109115>

สรุปเหรียญเอเชียนพาราเกมส์ ทัพนักกีฬาไทยอยู่อันดับ 6. 24 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2557, จาก ThaiPBS เว็บไซต์: <http://news.thaipbs.or.th/content/สรุปเหรียญเอเชียนพาราเกมส์-ทัพนักกีฬาไทยอยู่อันดับ-6>

แฟนบอลหลายชาติอาเชียน ชูอก ไทย คว่าแชมป์ซูซูกักัฟ 2014. 22 ธันวาคม 2557. ค้นจาก Kapook เว็บไซต์: <http://football.kapook.com/news-21059>

คนไทยกับรางวัลกััดารักลาสลิกะดับโลก

ที่ 1 ของโลก ‘เบิร์ด’ เด็กอุบลฯ คว่าแชมป์โลกกััดารักลาสลิก กลับไทยแล้ว. 3 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/433951>

เปิดใจ... ‘เบิร์ด เอกชัย’ หนุ่มไทยผู้ชนะการแข่งกััดารักลาสลิกะดับโลก. 21 กุมภาพันธ์ 2558. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9580000020580>

อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร

เอกสารภาษาไทย

กนกนัย อารพพานิช. (ม.ป.ป.). ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPs). สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557 จาก <https://www.l3nr.org/posts/158121>

กระทรวงสาธารณสุข. 2546. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2546) เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการโฆษณาสถานพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2557 จาก <http://www.kodmhai.com/m7/New/N45.html>

เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย (ฉบับคณะกรรมการยาแห่งชาติมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2555). (2555). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์. โกลดคัมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2542. ปาการการณั้ชีวิตบอกระไรแก่สังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิ

โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาพ (Media Monitor). (ม.ป.ป.). สินค้า/บริการด้านสุขภาพและความงามในทีวีดาวเทียม. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2558 จาก <http://mediamonitor.in.th/download/250/>

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ. 2547. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการจัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาแผนปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจส.). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจมส์คั้ดี ปั่นทอง. 2555. กรณั้ป้าเซ้ง. ในเว็บเพจ เจมส์คั้ดี ปั่นทอง พิมพ์เมื่อ 24 มิถุนายน 2555. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557 จาก https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=31435795865427&id=181318038626087

ชลดา กลางบุรี (แปล). 2552. เกมการเมืองโลกเพื่อครองอำนาจผูกขาดตลาดยาแปลจาก The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power, Drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPs and Public Health, by Ellen F.M. ‘t Hoen. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คส.)

เชียวขวัญ ภูษณงค์, อีระ ศิริสมุด, ศรีเพ็ญ ดันติเวช และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2553) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ Human Papillomavirus ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 19 ฉบับที่ 4: 569-577.

ดวงกมล สจิวฒนากุล. 2552. ปากคำ แพทย์ เหยื้อพริตดี กลยุทธ์ขายยาล้า จริยธรรม. ใน เว็บของสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก <http://www.tpma.or.th/web/th/movement/ปากคำแพทย์เหยื้อพริตดี-กลยุทธ์ขายยาล้าจริยธรรม>.

นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. 2556. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 3: 289-399.

นิตยา ฐานิตอนกร และ ปรีคั้นยารณั้ สายปิมแปง. 2556. Beauty Blogger: ผู้ทรงอิทธิพลด้านความงามบนโลกออนไลน์. วารสารสุทธิปริทัศน์. ปีที่ 27 ฉบับที่ 8 1 มกราคม-มีนาคม 2556

นุชจรินทร์ เกตุนิล. (ม.ป.ป.). พฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพของไทย (ตอนที่ 2: อาหารเพื่อสุขภาพสำเร็จรูป). ศูนย์วิจัยเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร สถาบันอาหาร. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก <http://fic.nfi.or.th/broadcast/TMK-Jan-2014-FIC-OIE.pdf>.

[illegible]

วิธาน เจริญผล. 2555. ธุรกิจบริการสุขภาพของไทยจะได้อะไรต่อไปอย่างไร? ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ และธุรกิจธนาคารไทยพาณิชย์ 13 กันยายน 2555 สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558 จาก https://www.scbeic.com/THA/document/note_20120913_hospital.

ศูนย์เฝ้าระวังและรับมือโรงเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
(2556). ผลการดำเนินการ 2556. สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2558 จาก http://newsser.fda.moph.go.th/hpsc/frontend/theme/view_info_operation.php?Submit=Clear&ID_Info_Operation=00000024

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1. (2551). มติ 1.2 การเข้าถึงยาต้านไวรัสของประชากรไทย. ใน รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2. (2552). มติ 2.4 ยุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556* จำนวน 59 มติ
รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4. (2554). มติ 4.5 การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
ของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์
และอินเทอร์เน็ต. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-
ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556* จำนวน 59 มติ รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
(สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6. (2556). นโยบายตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับประชาชน. ใน รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-
ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ วรรววมโอบ สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
(สช.). เอกสารได้ตีพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. เครื่องชี้การพัฒนา: เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
ของประเทศไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมอชาวบ้าน. 2554. การแพทย์ไฮเทค. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557 จาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/11472>

เอกสารภาษาอังกฤษ

^tHoen, Ellen F.M. 2009. *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly*. Diemen, the Netherlands: AMB Publishers.

Adams, Christopher P. and Branter, Van V. 2006. Estimating the Cost of New Drug Development: Is It Really \$802 Million? *Health Affairs*, 25(2): 402-428.

Anand, Neha. 2014. PHARMACEUTICAL COPYING: PATENT CONFLICTS IN THE DEVELOPING WORLD. *Yale Journal of Medicine & Law*, April 17, 2014. ..

Anonymous.(n.d.). Generic Drug. Wikipedia, the Free encyclopedia.
Retrieved on December 16, 2014 rom http://en.wikipedia.org/wiki/Generic_drug

Anonymous. (n.d.). What is an Original Drug? Retrieved on December 16, 2014 from <http://www.aifd.org.tr/en/Yeni-ilac-ve-ar-ge/Orijinal-ilac-nedir.aspx>

Appelbaum K (2006) Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Med* 3(4): e189. doi:10.1371/journal.pmed.0030189.

Blumenthal, David. 2004. Doctors and Drug Companies. *New England Journal of Medicine*. 351(18): 1885-1890.

Byrd, Cary. 2013. The Average Cost of Prescription Drugs without Insurance. eDrug Search.<http://www.edrugsearch.com/edsblog/the-average-cost-of-prescription-drugs-without-insurance/#ixzz3VjPPNwWp>

- Collins, Jannette. 2006. Professionalism and Physician Interactions with Industry. *Journal of the American College of Radiology*, 3: 325-332.
- Conrad, Peter and Baker, Kristin K. 2010. Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51S: S67-S79.
- DiMasi, Joseph A., Hansen, Ronald W. and Grabowski, Henry G. 2003. The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs. *Journal of Health Economics*, 22: 151-185.
- Edney, Julian. 2006. How Capitalism Threatens Your Health. Retrieved on November, 16 from *Counterpunch* -- <http://www.countercurrents.org/eco-edney040406.htm>.
- Ford, Nathan et al. (2007). Sustaining access to antiretroviral therapy in the less-developed world. Lessons from Brazil and Thailand. *AIDS*, 21(Suppl 4): S21-S29.
- Hard, Nicky. Is capitalism bad for your health? (Review Article). *British Journal of Sociology* 33(3): 435-443.
- Harper, Matthew. 2014. Drug Price War Takes Pharma Back to The Future. Retrieved on December 20, 2014 from <http://www.forbes.com/sites/matthewharper/2014/12/22/drug-price-war-takes-pharma-back-to-the-future/>
- Henry, David and Lexchin, Joel. 2002. The pharmaceutical industry as a medicine provider. *The Lancet* 360: 1590-1595.
- Joglekar, Ashutosh. Why drugs are expensive: It's the science, stupid. *Scientific American*, January 6, 2014.
- Komesaroff, Paul A. 2007. Relationships between health professionals and industry: maintaining a delicate balance. *Australian Prescriber* 30(6): 150-153.
- Lexchin J (2006) Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction. *PLoS Med* 3(4): e132. doi:10.1371/journal.pmed.0030132.
- Lexchin, Joel. 1993. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does
- Leys, Colin and Albo, Greg. 2009. Healthcare under Capitalism. Retrieved on November, 16 from *Global Research* -- <http://www.globalresearch.ca/healthcare-under-capitalism/16202>.
- Mintzes, Barbara et al., 2002. Influence of Direct Pharmaceutical Advertising and Patients' Request on Prescribing Decisions: Two Site Cross-sectional Survey. *British Medical Journal*, 324(7332): 278-279.
- Mintzes, Barbara. 2002. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *British Medical Journal*, 324(7342): 809-911.
- Mintzes, Barbara. Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role? Published in *PLOS Medicine*, DOI: 10.1371/journal.pmed.0030198.
- Moynihan R., Henry D. 2006 The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med* 3(4): e191. doi:10.1371/journal.pmed.0030191.
- Moynihan, Ray and Cassels Alan. 2005. *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients*. Crow Nest NSW: Allen & Unwin.
- Moynihan, Ray, Heath, Iona and Henry, David. 2002. Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *British Medical Journal*, 324: 886-891.
- Moynihan, Ray. 2003. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *British Medical Journal*. May 31, 2003; 326(7400): 1189-1192.
- Moynihan, Ray. (n.d.). Disease-mongering. Politics of Medicines Free online Encyclopedia. Retrieved on December 16 from <http://www.politicsofmedicines.org/articles/disease-mongering>
- Moynihan, Ray. 2003. The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, 326: 45-47.
- National Institute of Health. 2001. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Direction, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): Executive Summary. NIH Publication No. 01-3670, May 2001.
- Nelson, Roxanne. 2014. Why Are Drug Costs So High in the United States? *Medscape*, November 19, 2014. Retrieved on December 16 from <http://www.medscape.com/viewarticle/835182>
- Orlowski, James P. and Wateska, Leon. 1992. The Effects of Pharmaceutical Firm Enticement on Physician Prescribing Patterns: There's No Such Thing as a Free Lunch. *CHEST*, 102(1): 270-273.
- Phillips CB (2006) Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. *PLoS Med* 3(4): e182. doi:10.1371/journal.pmed.0030182
- PLoS Medicine*. (2006). Disease Mongering Collection of Articles. Available at: <http://www.ploscollections.org/article/browse/issue.action?issue=info%3Adoi%2F10.1371%2Fissue.pcol.v07.i02>
- Praditlitthikorn, Naiyana et al., Economic Evaluation of Policy Options for Prevention and Control of Cervical Cancer in Thailand. *Pharmacoeconomics* 29(9): 781-806.
- Quick, Jonathan D., Hogerzeil, Hans V., Rgo, Lembit, Reggi, and de Jonchre, Kees. 2003. Ensuring Ethical Drug Promotion—Whose Responsibility. *The Lancet*, 362: 747.
- Rivas, Anthony. 2014. Generic Drugs Are Getting More Expensive; Keeping Prices Down Isn't A Matter Of New Regulations. *Medical Daily* Nov 23, 2014. Retrieved on December 16, 2014 from <http://www.medicaldaily.com/generic-drugs-are-getting-more-expensive-keeping-prices-down-isnt-matter-new-311904>
- Rosenblatt, Michael. 2014. The Real Cost of "High Priced" Drugs. *Harvard Business Review*, November 17, 2014. Retrieved on December 16 from <https://hbr.org/2014/11/the-real-cost-of-high-priced-drugs>
- The American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: The American Psychiatric Association.
- The literature say? *Canadian Medical Association Journal*, 149(10): 1401-1407.
- Tiefer, Leonore. 2006. Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Med* 3(4): 3(4): e178. doi: 10.1371/journal.pmed.0030178.
- Torrey, Trisha. (n.d.). lifestyle drug-the definition of a lifestyle drug. Retrieved on December 16 from <http://patients.about.com/od/glossary/g/Lifestyle-Drug-The-Definition-Of-A-Lifestyle-Drug.htm>
- Wazana, Ashley. 2000. Physician and Pharmaceutical Industry: Is a Gift Just a Gift?. *Journal of American Medical Association*, 282(3): 373-380.
- Woloshin S., Schwartz L.M. 2006. Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick. *PLoS Med* 3(4): e170. doi:10.1371/journal.pmed.0030170.
- World Health Organization. 1992. *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.
- Yothasamut, Jomkwan et al. Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. *BMC Health Service Research* 10(suppl 1): S5.

แหล่งข้อมูลบุคคล

- นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่สัมภาษณ์ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2557
- นายแพทย์ศ ตีระพัฒน์นันท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) วันที่สัมภาษณ์ 29 กันยายน พ.ศ. 2557
- นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ วันที่สัมภาษณ์ 20 กันยายน พ.ศ. 2557