

10

การบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มี
สิทธิบัตร 3 ชนิด

เพราะสิทธิที่คนไทยจะมี
ชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผล
ประโยชน์ทางการค้า

‘การบังคับใช้สิทธิ’ โดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด คือ ยาต้านไวรัสเอฟิเวเรนซ์ (Efavirenz) ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ‘โคลพิโดเกรล’ (Clopidogrel) และยาต้านไวรัสสูตรผสม ‘โลพินาเวียร์+ริโทนาเวียร์’ (Lopinavir+Ritonavir) ครั้งแรกของประเทศไทยเมื่อปลายปี 2549 ต่อต้นปี 2550 ไม่ใช่แค่ภาพสะท้อนการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผ่านมา หรือมีค่าแค่ผลงานความสำเร็จของรัฐบาลไทย แต่ความสำคัญที่มากกว่านั้นคือ เป็นจุดเริ่มต้นของการต่อสู้ร่วมกันของประชาชนไทยทั้งหมด ในการ “ปกป้อง ” ประกาศถึงสิทธิที่จะมีชีวิตและการเข้าถึงยาจำเป็นอื่นๆ อีกในระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

เราสู้เพื่อสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบ้านเรา ปัจจุบันประมาณการกันว่ามีมากกว่า 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 500,000 คน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติ เปรียบเหมือนคนอื่น แม้เราจะมียาต้านไวรัสที่กินร่วมกันแล้วสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้อย่างชัดเจนและทำให้สุขภาพดีมากขึ้น แต่เรื่องยาเอดส์ราคาแพงเกินเหตุ ก็เป็นเรื่องที่เสียดแทงใจคนทั่วโลกมาโดยตลอด เพราะบริษัทยาคำนึงถึงผลกำไรมากกว่ามนุษยธรรม จึงตั้งราคาไว้แพงลิบลิ่ว และสามารถยีนราคาไว้โดยผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาแทบไม่มีสิทธิต่อรอง เพราะบริษัทยามีสิทธิผูกขาดจากการครอบครองสิทธิบัตร¹

หลังรัฐบาลไทยประกาศนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา พร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ มีรายงานวิจัยที่วิเคราะห์ต้นทุนผลค่าใช้จ่ายยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีของรัฐ และเสนอให้รวมสิทธิประโยชน์การให้ยาใน ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาได้ลดลงมากจากการที่องค์การเภสัชกรรม (อภ.) ผลิตยาต้านไวรัสสูตรสามตัวที่มีราคาถูกลงทำให้ผู้ติดเชื้อสุขภาพดีขึ้นและกลับมาทำงานสร้างผลผลิตได้ และจากการที่รัฐตัดสินใจรวมสิทธิประโยชน์การให้ยาต้านเชื้อไวรัสในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น² ทำให้ค่ารักษาลดลงไปมากถึง 18 เท่า³

แม้รัฐบาลได้เพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขมากขึ้นกว่าเดิม คือในปี 2550 มีงบรวมสูง 170,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 12 ของงบประมาณทั้งประเทศ และมีงบประมาณเพื่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์ถึงกว่า 3,800 ล้านบาท แต่รัฐก็ยังไม่สามารถจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติและยาอื่นๆ ที่จำเป็นได้ทุกรายการ เนื่องจากยาหลายรายการมีราคาสูงมาก เพราะเป็นยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว ไม่มีการแข่งขันในตลาด โดยเฉพาะยาที่มีสิทธิบัตรทั้งหลาย⁴

นอกจากข้อจำกัดของงบประมาณรัฐแล้ว ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ในประเทศไทยด้วย กล่าวคือในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ติดเชื้อสามารถเบิกจ่ายต้านไวรัสได้เต็มที่ ขณะที่ระบบประกันสังคมจะจ่ายค่ายาต้านไวรัสสูตรสำรองสำหรับผู้ติดเชื้อที่ด้อยจากสูตรพื้นฐานให้เพียง 5,000 บาท ต่อรายต่อเดือน เท่านั้น และให้ผู้ประกันตนเป็นผู้รับผิดชอบส่วนเกิน ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2547 เป็นต้นมาทำให้เป็นภาระต่อผู้ประกันตนอย่างยิ่ง

ยาเอดส์แพงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากต้องตายโดยไม่สมควร เป็นเหตุให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์และด้านสาธารณสุขเคลื่อนไหวเรียกร้อง “สิทธิของการมีชีวิตอยู่” มานานกว่า 10 ปี โดยขอให้รัฐบาลใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) หลายครั้ง ทั้งที่ประเทศไทยมี ‘เครื่องมือ’ ที่ช่วยลดราคาขายแพง เพราะติดสิทธิบัตรได้หลายวิธี และวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (อ่านรายละเอียดใน ล้อมกรอบหน้า 82-83)

ที่ผ่านมา นักการเมืองที่มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข นอกจากไม่เคยใช้สิทธินี้มาก่อนแล้ว ยังยินยอมแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรให้ครอบคลุมสิทธิบัตรในตัวผลิตภัณฑ์ยา ตั้งแต่ปี 2535 เป็นการแก้ไขกฎหมายตามการบีบบังคับของบรรษัทข้ามชาติที่กดดันผ่านประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนภาคบังคับตามข้อตกลงทางการค้าที่ว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การการค้าโลก ถึง 10 ปี⁵ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของบรรษัทข้ามชาติที่มี “อำนาจเหนือรัฐ” อย่างสำคัญ

ประสบการณ์การต่อสู้เพื่อลดราคาขายเอดส์ที่แพงเพราะระบบผูกขาดสิทธิบัตร

ประชาสังคมด้านเอดส์ ได้ต่อสู้เรื่องยาเอดส์ราคาแพงมานานถึง 8 ปี เริ่มจากการเรียกร้องให้มีการลดราคาขายเอดส์อย่างเข้มแข็งในรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร 1 สมัยนายกรัฐมนตรีว่ากระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 16 องค์กร เกือบ 500 คน รวมพลังยกขบวนมาตั้งแคมป์ “ชุมชนมาตรา 51 ดีดีไอพัฒนา” บริเวณเสาธงหน้ากระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้สธ. ใช้ “มาตรการบังคับใช้สิทธิ” กับยาดีดีไอของบริษัทบริสทอลเมเยอร์สควิบ เพราะการจดสิทธิบัตรยาดีดีไอไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้นแต่อย่างใด แต่กลับนำมาขายในประเทศไทยด้วยราคาสูงลิ่ว

แต่นายกร กลับให้คำตอบแก่ผู้ชุมนุมว่าจะให้อภ.ผลิตยาดีดีไอรูปแบบยาผงแทนยาเม็ด ด้วยเกรงว่าบริษัทยาจะฟ้องร้องวันรุ่งขึ้นเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงเคลื่อนขบวนไปยังสถานทูตอเมริกา เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนโดยยื่นจดหมายถึงประธานาธิบดีคลินตัน เรียกร้องให้ชี้แจงว่าจะไม่ตอบโต้รัฐไทยหากใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิผลิตยาดีดีไอ สัปดาห์ต่อมาก็ได้รับคำตอบว่า สหรัฐอเมริกาไม่คัดค้านการบังคับใช้สิทธินี้ หากไทยเห็นว่าจำเป็นต้องทำเพื่อแก้วิกฤตสาธารณสุข โดยให้ความมั่นใจว่าข้อเรียกร้องนี้สอดคล้องกับความตกลงทางการค้าที่ว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา⁶ กล่าวได้ว่า ก่อนหน้านี้ 8 ปี ได้มีความพยายามจากหลายฝ่ายที่สนับสนุนทั้งงานวิชาการ และการเคลื่อนไหวทางการเมืองระหว่างประเทศ ซึ่งให้ผู้มีอำนาจรัฐรู้ว่า มาตรการบังคับใช้สิทธิคือสิทธิโดยชอบธรรม รัฐบาลไทยขณะนั้นก็ยินยอมใช้สิทธินี้อยู่ดีภายใต้ข้ออ้างอันน่าระอาคือกลัวบริษัทยาฟ้อง และยังอ้างเพิ่มอีกว่า บริษัทยาได้ลดราคามาจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ซึ่งการรับประกันลดราคาของบริษัทยาไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะยีนในราคานั้นไปโดยตลอด

เดือนกุมภาพันธ์ 2549 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ต้องลุกขึ้นสู้อีกครั้ง โดยเข้าพบนายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้อำนาจทางการเมืองยับยั้งมิให้กรมทรัพย์สินทางปัญญานุมัติสิทธิบัตรยาคอมบิเด (COMBID) ของบริษัท แกลกโซ สมิธ โคลน์ ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสซีไอวูดีน (AZT) + ลามิวูดีน (3TC) แบบรวมเม็ดเดียว หากการยับยั้งครั้งนี้ไม่ใช่นิผล ก็ขอให้สธ.ประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ เพื่อให้อภ.สามารถผลิตยาคอมบิเดได้ต่อไป เพราะมีผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาสามัญของอภ.เกือบ 5,000 คน อีกทั้งถูกกว่ายาต้นแบบถึง 5 เท่า มิเช่นนั้นจะเป็นภาระแก่งบประมาณของประเทศที่จะเพิ่มมากขึ้นถึง 400 ล้านบาทต่อเดือนจากยาเพียงตัวเดียวเท่านั้น

กรณียาควบคุมชนิดนี้ ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาได้ต่อสู้กับเรื่องนี้มาตั้งแต่ปี 2540 โดยได้ยื่นคัดค้านการให้สิทธิบัตรแก่ยาดังกล่าวเพราะไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ ด้วยยาไม่ใช่นวัตกรรม และไม่มีชั้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น แต่สุดท้ายค่าอุทธรณ์ที่ได้ยื่นให้คณะอนุกรรมการสิทธิบัตรพิจารณาก็ตกไป แต่ด้วยการกดดันทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กับผู้มีอำนาจทางการเมืองที่เกี่ยวข้อง ทำให้บริษัทละทิ้งขอรับสิทธิบัตร เป็นผลให้สูตรยาดังกล่าวตกแก่สาธารณชนก่อนที่จะมีการเรียกร้องตามมาให้บังคับใช้สิทธิบัตร

บังคับลดราคา ยา หนทางเพิ่มอำนาจการต่อรอง

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มใช้ตั้งแต่รัฐบาลทักษิณหนึ่งนั้น ทำให้เกิดการไคร่ครวญถึงราคายาจำเป็นที่แพงจนผู้ป่วยเข้าไม่ถึง หน่วยงานที่เดือดร้อนที่สุดในเรื่องนี้คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เมื่อสปสช.ไม่สามารถสนับสนุนให้ชื้อยาแพงเพราะติดสิทธิบัตร จึงเกิดการรื้อฟื้นเรื่องการให้สิทธิโดยรัฐ โดยทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศที่เคยใช้สิทธินี้ ก็พบว่ามีหลายสิบประเทศได้ประกาศการบังคับใช้สิทธิผลิตยาจำเป็นมาก่อนหน้านานหลายปีแล้ว

ประเทศยักษ์ใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกาและแคนาดาประกาศใช้สิทธินี้เมื่อปี 2544 เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนยาปฏิชีวนะชื่อไซโปรฟล็อกซาซิน เมื่อครั้งที่มีการตื่นข่าวเรื่องการให้เชื้อโรคแอนแทรกซ์เป็นอาวุธชีวภาพ บราซิลใช้สิทธินี้เมื่อปี 2546 กับยาเอดส์ 2 ตัวคือ โลปีนาเวียร์ และเอฟเวอเรนซ์ และประกาศอีกครั้งเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2548 เพิ่ม ทีโนโฟเวียร์ อีกตัว หลายประเทศในแอฟริกาใช้สิทธินี้แล้ว ได้แก่ แซมเบีย โมซัมบิก ซิมบับเว แอฟริกาใต้ และแคเมอรูน⁷

ในอาเซียนประเทศที่ใช้สิทธินี้แล้วคือ มาเลเซีย โดยใช้กับยาด้านไวรัสสูตรพื้นฐาน 4 ตัว เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 โดยจ่ายค่าตอบแทนผู้ทรงสิทธิบัตร 4% และนำเข้ายาเอดส์จากบริษัทยาในประเทศอินเดีย ที่ติดตามมาคือ อินโดนีเซีย ประกาศใช้เมื่อปี 2547 กับยาเอดส์ 2 ตัว จ่ายค่าตอบแทนให้บริษัทยา 0.5%⁸

ประเทศที่กล้าหาญที่สุด คือ อินเดีย เมื่ออินเดียถูกบังคับตามข้อตกลงทริปส์ให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาด้วยอินเดียยอมแก้กฎหมาย แต่ประกาศใช้สิทธิผลิตยาสามัญราคาถูกต่อไปหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้ และประกาศใช้สิทธินี้เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2548 และไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุด ประกาศใช้สิทธิดังกล่าวครอบคลุมยาทุกประเทศที่จดสิทธิบัตรตั้งแต่ปี 2538-2548 จำนวน 8,926 สิทธิบัตร ซึ่งครอบคลุมยาเอดส์บางตัวด้วย⁹

ตัวอย่างข้างต้น ทำให้ “คณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ” ถูกตั้งขึ้นในสมัยนายพินิจ จารุสมบัติ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอีกขาหนึ่งก็นิ่งเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย คณะอนุกรรมการชุดนี้มีหน้าที่หลัก คือ การจัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ และเงื่อนไขในการใช้สิทธิตามสิทธิ

บัตรโดยรัฐ เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประชุมกันเพียง 3 ครั้ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2549 มีการพิจารณาอย่างเข้มข้นถึงสถานการณ์กฎหมายทั้งในและระหว่างประเทศ บทเรียนประเทศต่างๆ

เมื่อพิจารณาถึงประเด็นที่ว่า สปสช. สามารถใช้สิทธินี้ได้หรือไม่ ก็มีมติส่งให้กฤษฎีกาตีความ ปรากฏว่า สปสช. ไม่ใช่หน่วยงานรัฐตามที่ระบุใน พ.ร.บ.สิทธิบัตร จึงต้องเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นประธาน สปสช.ด้วย สั่งให้กรมไคร่ครวญหนึ่งดำเนินการ¹⁰

แม้ท่าทีของนายพินิจเหมือนจะเห็นด้วยกับการประกาศบังคับใช้สิทธิ แต่ด้วยเหตุผลทางการเมืองหรืออะไรก็ตามแต่ เรื่องนี้ก็คงยังไม่เห็นผลจนเกิดการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 การผลักดันเรื่องนี้มาประสบผลสำเร็จ เมื่อนายแพทย์มิ่งมงคลสงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้กรมควบคุมโรคออกประกาศ ‘ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ’ เป็นครั้งแรกของประเทศไทยกับยาที่มีชื่อการค้าว่า สโตคริน (Stocrin®) หรือชื่อสามัญคือเอฟเวอเรนซ์ โดยอภ. เป็นผู้ให้สิทธิแทนในการนำเข้าและผลิตยาดังกล่าวมาใช้รักษาผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549 เป็นเวลา 5 ปี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549- ธันวาคม 2554 โดยให้อภ.จ่ายค่าตอบแทนร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการจำหน่ายให้แก่เจ้าของสิทธิบัตร

ผลจากการบังคับใช้สิทธิครั้งนี้ ทำให้ค่าใช้จ่ายยาดังกล่าวลดลงประมาณหนึ่ง และเมื่อราคายาถูกลงแล้ว มีการปรับสูตรการใช้ยานี้กว้างขวางมากขึ้น สธ.ปรับเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะได้รับยานี้เพิ่มขึ้นจาก 25,000 คน ต่อปีเป็น 100,000 คนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขจะทำให้รัฐสามารถประหยัดงบประมาณได้ปีละกว่า 842 ล้านบาท หรือ 4,000 กว่าล้านบาทในเวลา 5 ปีข้างหน้า เมื่อเทียบกับการซื้อยาที่ติดสิทธิบัตร¹¹ นอกจากนี้ยังทำให้สำนักงานประกันสังคมแห่งชาติประกาศว่า นับแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 เป็นต้นไป ผู้ประกันตนจะไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเมื่อต้องใช้นี้ในกรณีคือยาอีกต่อไป¹²

ที่สำคัญมากคือ กลุ่มศึกษาปัญหาयरระบุว่า การเริ่มต้นนโยบายบังคับลดราคายาต้นแบบหรือสามารถนำเข้าจากประเทศอื่นได้ จะทำให้ไทยมีเริ่มมีอำนาจต่อรองราคายาติดสิทธิบัตรอีกหลายตัว ยิ่งถ้า อภ.สามารถผลิตยาสามัญได้เองราคายา ดังกล่าวจะถูกลงเรื่อยๆ อย่างยั่งยืนมากกว่าให้บริษัทยามาเจรจาลดราคา นับเป็นคุณูปการต่อวงการยาในประเทศไทยที่จะศึกษาวิจัยและพัฒนาชื้อสามัญให้มากขึ้น หลังจากถูกปิดกั้นและต้องพึ่งพิงยานำเข้าจากต่างประเทศมาหลายสิบปี

ความพยายามแทรกแซงจากบริษัทข้ามชาติผ่านตัวแทนหลากหลายฝ่าย

ไม่ใช่เพียงยาเอดส์เท่านั้นที่มีราคาแพงอย่างไร้เหตุผล ยังมียาตัวอื่นๆ อีกจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นยาโรคหัวใจ โรคมะเร็งทุกชนิด และเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัยหลายอย่าง ต่างก็มีราคาสูงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งๆที่ในหลายกรณีเป็นยาที่ทำเป็น ทั้งหลายทั้งปวงนี้เป็นผลจากการผูกขาดของบริษัท

ผลิตยาข้ามชาติ ที่ใช้กฎกติกาการขายของสิทธิบัตรเชิงพาณิชย์ ด้านทรัพย์สินทางปัญญาเป็นฐานหลักในการดำเนินธุรกิจ เพื่อกำไรสูงสุดตามแนวคิดทุนนิยมผูกขาด¹³ จึงไม่น่าประหลาดใจว่าแรงต่อต้านที่สำคัญที่สุดต่อการ “บังคับใช้สิทธิ” นี้จะมาจากอุตสาหกรรมผลิตยาักษ์ใหญ่ระดับโลก

ดังรายงานข่าวว่า มีความพยายามจากบริษัทยาข้ามชาติที่จะเข้าแทรกแซงผ่านรองนายกรัฐมนตรีฝ่ายเศรษฐกิจและกระทรวงพาณิชย์ และกำลังเคลื่อนไหวกดดันซีเอ็มลีกไปยังนักการเมืองทั้งในและนอกรัฐบาล¹⁴ โดยปลายเดือนมกราคม 2550 มีการประกาศจากกลุ่มธุรกิจยาว่า จะทบทวนแผนการลงทุนใหม่ทั้งหมดในประเทศไทย เพราะรู้สึกว่าการที่กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้สิทธิผลิตยาต้านไวรัสเอดส์สองรายการ และยารักษาการตีบของหลอดเลือดหัวใจหนึ่งรายการ ทำให้กลุ่มเจ้าของธุรกิจยากังวลว่าสถ.กำลังดำเนินนโยบายยึดทรัพย์สินของเอกชนเพียงเพราะสถ.มีงบประมาณไม่เพียงพอเท่านั้น¹⁵

นอกจากนี้ยังมีการทักท้วงจากสถานทูตหลายแห่ง และการแสดงความกังวลใจของบริษัทยาในสหภาพยุโรปหลายแห่งผ่านนายฌอง ฌากซ์ บูเฟลต ทูตที่ปรึกษาฝ่ายการค้าและเคยทำหน้าที่ตัวแทนฝ่ายการค้าจากสหภาพยุโรปในองค์การการค้าโลก ว่าบริษัทที่ได้รับผลกระทบไม่เคยได้รับการติดต่อจากสถ.มาก่อน และไม่รู้ว่าเหตุแท้จริงที่ไทยประกาศใช้สิทธิ¹⁶ จนกระทรวงสาธารณสุขต้องทำหนังสือชี้แจงให้กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงการต่างประเทศ และทุกฝ่ายที่ออกมาตั้งคำถาม เข้าใจดีว่าการ “บังคับใช้สิทธิ” ตามพร.บ.สิทธิบัตรนี้ทำถูกกฎหมายไทยและกฎหมายระหว่างประเทศ รวมถึงข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ (อ่านรายละเอียดในล้อมกรอบ)

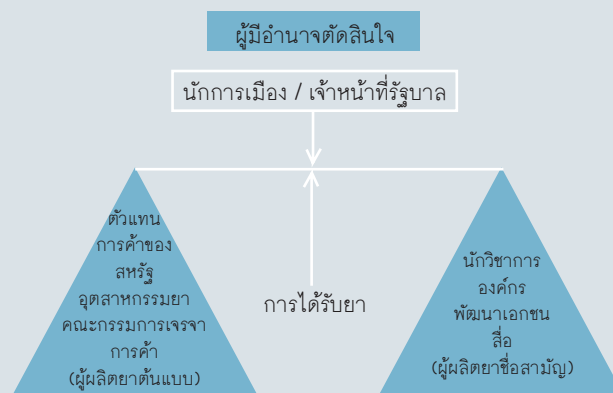
สิทธิมนุษยชนต้องอยู่เหนือสิทธิทางการค้า

เห็นได้ชัด แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการและกฎหมายที่มีประสิทธิภาพในการต่อรองราคา ยา มีนักวิชาการและภาคประชาสังคมที่แข็งแกร่ง การตัดสินใจใช้ “มาตรการบังคับใช้สิทธิบัตร” เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนก็ยิ่งขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของฝ่ายการเมืองระดับสูง หากจะเปลี่ยนแปลงสถานะนี้ ประเทศไทยจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน และเปลี่ยนจุดเน้นการเจรจาการค้าให้พิจารณาถึงผลกระทบต่อประชาชนไทยโดยรวม กล่าวคือ มีการให้อำนาจแก่ประชาชนเพื่อคานอำนาจการตัดสินใจ¹⁷ (ดังแผนภูมิ)

กล่าวได้ว่า การใช้สิทธิครั้งแรกของไทยเกิดจากภาวะผู้นำของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และการเลือกใช้สิทธิกับยาต้านไวรัสเป็นลำดับแรก แม้ถูกตอบโต้ก็มีเครือข่ายผู้ติดตาม ทั้งในและต่างประเทศออกมาลุกขึ้นร่วมสู้ รวมทั้งมีองค์การระหว่างประเทศที่สนับสนุนอยู่ด้วย

หากประเทศไทยคิดจะขยายการบังคับใช้สิทธิกับยากลับอื่นให้เป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ยาโรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับต้นๆ ของประเทศ และมูลค่ายาที่ติดสิทธิบัตรรวมกันแล้วก็มากกว่ายาเอดส์มหาศาล องค์กรเครือข่ายผู้บริโภคจะคิดอย่างไรสนับสนุนหรือไม่ และพลังสังคมส่วนอื่น ๆ ที่พร้อมจะยืนหยัดสนับสนุนรัฐมีอยู่หรือไม่ ที่สำคัญ คือ องค์กรเภสัชกรรมได้พัฒนาตนเองจนมีศักยภาพในการรองรับการผลิตหรือไม่

ดังนั้น ไม่ว่าจะขยายการบังคับใช้สิทธิหรือไม่ อย่างไร มิติที่สังคมไทยต้องมุ่งมั่นต่อไปในเรื่องการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพในราคายุติธรรมอย่างถาวร นั่นก็คือ การเสริมสร้างศักยภาพใน 3 กลุ่มองค์กร คือ องค์กรเภสัชกรรม กลุ่มเครือข่ายผู้บริโภคที่เข้มแข็ง และสื่อมวลชนที่กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เข้าใจและสนับสนุน เพราะ ยาคือสินค้าเชิงคุณธรรม ควรแยกเงื่อนไขต่างๆ ออกจากสินค้าทั่วไป และเพราะสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพย่อมอยู่เหนือกว่าสิทธิบัตรเชิงพาณิชย์



ที่มา: สุขภาพคนไทย 2550 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล