

5 สงครามมหากาพย์ของชีวิตและผลประโยชน์: การใช้สิทธิโดยรัฐ (ซีแอล) เพื่อสิทธิชีวิตคน



ประชาชนสามารถเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นจากการลดราคาอย่างมาก การเพิ่มขึ้นของการให้ทุนสนับสนุนระหว่างประเทศ และความยอมรับถึงความจำเป็นที่จะต้องมีความสมดุลในระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่เพิ่มขึ้น และการใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงทริปส์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาของประเทศสมาชิกในองค์การการค้าโลก

ปาสดา ลามี ผู้อำนวยการองค์การการค้าโลก¹ (9 ธันวาคม 2551)

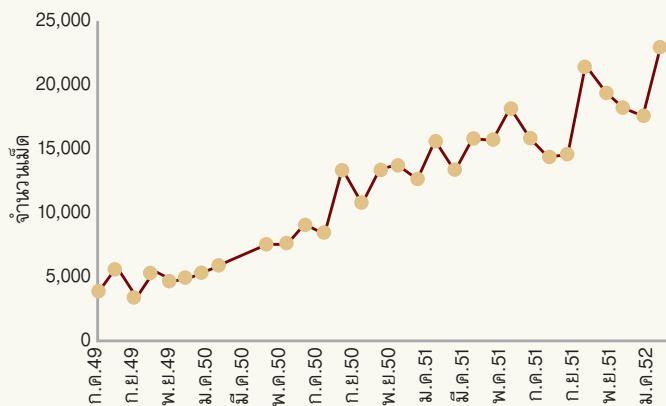
เมื่อไทยใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด

นับตั้งแต่ปลายปี 2549-2550 ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้สิทธิ (ซีแอล) ในยาที่ติดสิทธิบัตร 3 รายการแรก คือ ยาต้านไวรัสเอฟาเวอเรนซ์ (Efavirenz) ยาต้านไวรัสสูตรผสม 'โลพินาเวียร์+ริโทนาเวียร์' (Lopinavir+Ritonavir) และยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ 'โคลพิโดเกรล' (Clopidogrel) ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัส 2 ตัว ทัวถึงมากขึ้น ไม่น้อยกว่า 3 เท่า (ดูรูป 1 และ 2)² ขณะเดียวกัน ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจก็ถูกกระจายไปให้กับโรงพยาบาลในระบบหลักประกันของรัฐต่างๆ แล้วมากกว่า 6 ล้านเม็ด³ จากเดิมที่มีประชาชนเพียงแต่ร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีปัญหาหาซื้อยากดังกล่าว

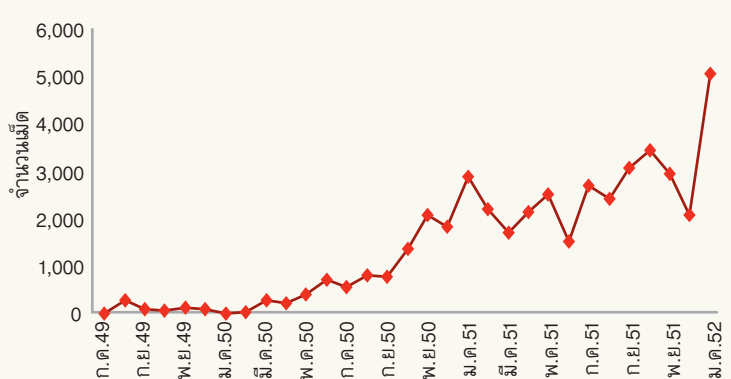
พอถึงต้นปี 2551 รัฐบาลก็ประกาศใช้สิทธิกับยารักษาโรค มะเร็ง 4 รายการ และมีแนวโน้มเป็นผลดีเช่นเดียวกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยานั้นๆ เข้าถึงยามากขึ้น อันเนื่องมาจากข้อจำกัดที่จะนำเข้าจากอินเดียมีราคาถูกกว่าอย่างมาก (ดูตาราง 1)⁴ ซึ่งนี่ไม่ได้ส่งผลดีเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น แต่กำลังส่งผลดีในระดับโลกตามคำชื่นชมของนายปาสดา ลามี ผู้อำนวยการองค์การการค้าโลก

อย่างไรก็ตาม เส้นทางการเข้าถึงยาของประชาชนนั้น ไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ แต่เป็นสงครามมหากาพย์ระหว่างชีวิตและผลประโยชน์

รูป 1 แสดงอัตราการใช้ยา Efavirenz 600 mg



รูป 2 แสดงอัตราการใช้ยา Lopinavir/Ritonavir



ที่มา: Suwit Wibulpolprasert, Ministry of Public Health, Thailand

ตาราง 1 เปรียบเทียบราคาขายก่อนและหลังการประกาศใช้สิทธิโดยรัฐหรือซีแอล

ชื่อยา	ราคาขายต้นแบบ ก่อนประกาศซีแอล (ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา)	ราคาขาย (ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา)		
		ราคาขายต้นแบบหลัง ประกาศซีแอล	ราคาขาย ชื่อสามัญ	ความแตกต่าง (เท่า)
Efavirenz	58 ต่อเดือน	24 ต่อเดือน	10 ต่อเดือน	5.8
Lopinavir / Ritonavir	1,800 ต่อปี	1,000 ต่อปี	780 ต่อปี	3
Clopidogrel	3	1.3	0.04	75
Letrozole	7	2.2	0.1	70
Docetaxel	900	450	37	24.3

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2551.

หมายเหตุ: ยา Erlotinib อยู่ระหว่างกระบวนการจัดซื้อ ส่วนยา Imatinib นั้น ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีรายได้ สามารถใช้ยาต้นแบบของบริษัท Novartis ได้ฟรีภายใต้โครงการ Glivec International Patient Assistance Program (GIPAP)

ปี 2551 ไทยประกาศซีแอลมะเร็ง: ทั้งถูกต้องและถูกใจ

ต้นเดือนมกราคม 2551 นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ลงนามการใช้สิทธิโดยรัฐ กับยารักษาโรคมะเร็ง 4 รายการ คือ

1. ยารักษาโรคมะเร็งปอด ชื่อสามัญเออร์โลทินิบ (Erlotinib) ชื่อทางการค้าทราซิวา (Tarceva[®])
2. ยารักษาโรคมะเร็งเต้านม ชื่อสามัญเล็ทโทรโซล (Letrozole) ชื่อทางการค้าฟิมารา (Femara[®])
3. ยารักษาโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ชื่อสามัญโดซีแทกเซล (Docetaxel) ชื่อทางการค้าแท็กโซทีแยร์ (Taxotere[®])
4. ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง ชื่อสามัญอิมาทินิบ (Imatinib) ชื่อทางการค้ากลีเว็ค (Glivec[®])

อย่างไรก็ตาม โดยมีเงื่อนไขจะไม่ใช้สิทธิ トラบเท่าที่บริษัทเจ้าของสิทธิบัตรยังให้การสนับสนุนขาดกล่าวแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย⁹ ดังนั้น แม้การลงนามนี้เกิดขึ้นเมื่อมกราคม 2551 แต่มีผลดำเนินการจริงในอีกหนึ่งปีถัดมา คือ เดือนมกราคม 2552

จากรายงานของคณะทำงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) อันประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญจาก องค์การอนามัยโลก (WHO), องค์การการค้าโลก (WTO), โครงการเพื่อการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) และการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) ที่เดินทางมาประเทศไทยเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และวิเคราะห์การทำซีแอล ได้ชี้ให้เห็นว่าขั้นตอนการทำซีแอลของไทยนั้นสอดคล้องกับบทบัญญัติตามกฎหมายทั้งของไทย และกฎหมายระหว่างประเทศ อีกทั้งยังได้ทำรายงานเสนอแนะให้ประเทศไทยใช้มาตรการยืดหยุ่นทั้งก่อนและหลังการอนุมัติสิทธิบัตรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาให้มากขึ้น⁵

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปลี่ยนรัฐบาลใหม่ นายไชยา สะสมทรัพย์ ในฐานะรัฐมนตรีคนใหม่ ก็ตรงเข้าวิพากษ์วิจารณ์การทำซีแอลทันที ก่อนที่รัฐบาลจะแถลงนโยบายเสียด้วยซ้ำ “การประกาศทำซีแอลนั้นเป็นเรื่องถูกใจ แต่ไม่ถูกต้อง”⁷ จึงต้องทบทวน โดยอ้างเหตุผลในเชิงเศรษฐกิจว่าจะกระทบการส่งออก และตั้งข้อสังเกตว่า การที่นายแพทย์มงคล ลงนามในช่วงที่ใกล้หมดวาระนั้น อาจมีอะไรเคลือบแฝง โดยไม่ได้ใสใจว่า ในข้อเท็จจริงนั้นกระบวนการทำซีแอลกับยาด้านมะเร็งที่ติดสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ ได้ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกรับการเจรจาต่อรองอย่างไรบ้าง มากเสียยิ่งกว่าการประกาศซีแอลกับยา 3 ตัวแรก⁸ จนทำให้การประกาศจริงล่วงเลยมาลงนามได้ในต้นปี 2551 ก่อนที่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา จะลงจากตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่นานนัก

ความพยายาม “ทบทวน” การประกาศซีแอลของรัฐมนตรีใหม่ ก่อเกิดกระแสต้านอย่างกว้างขวางทั้งจากเครือข่ายผู้ป่วย นักวิชาชีพ แพทย์ เกษีกร นักวิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน

ตั้งความเห็นของ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ นักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กล่าวว่า “คนที่จะมาคุมกระทรวงสาธารณสุข จะต้องเห็นประโยชน์ของการเข้าถึงยาของคนไทย หากมีการทบทวน จนถึงขั้นยกเลิกจะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย คือ 1. จะทำให้การเข้าถึงยาของคนไทยมีปัญหา 2. จะทำให้การต่อรองกับบริษัทยามีปัญหา เพราะไม่มีเครื่องมือในการต่อรอง เนื่องจากบริษัทยาผู้วิจัยทั้งไทยก็ไม่ทำซีแอล ฉะนั้นจะไม่ยอมลดราคาขายแน่นอน 3. หากไม่มีซีแอล จะทำให้งบประมาณในการใช้จ่ายในเรื่องยาของประชาชนสูงขึ้น”⁹

กระแสการคัดค้านการทบทวนซีแอลไม่จำกัดเพียงแต่ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังคงกระจายไปทั่วโลก ส.ส. พรรคเดโมแครต 26 คน ได้ทำหนังสือถึงผู้แทนการค้าของสหรัฐอเมริกา เตือนอย่าใช้มาตรา 301 เรื่องสิทธิพิเศษทางการค้ากีดกันการเข้าถึงยาของคนไทย¹⁰ พร้อมกันนั้น นักกฎหมายระหว่างประเทศชั้นนำของโลก 9 คน ได้ทำหนังสือถึงนายไชยา สะสมทรัพย์ และนายสมัคร สุขทรเวช นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น โดยตอนหนึ่งของจดหมายชี้ว่า¹¹

“รัฐบาลไทยชุดใหม่นั้นย่อมมีเสรีภาพในการพิจารณาบทวนนโยบายต่างๆ ของรัฐบาลชุดที่ผ่านมา แต่ทั้งนี้ไม่ควรพิจารณาความถูกต้องชอบธรรมในการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ์ โดยยึดตามบทวิเคราะห์ที่มีความคลาดเคลื่อนทางกฎหมาย หรือยึดตามบทประเมินที่ให้ข้อมูลอย่างผิดเพี้ยนเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะถูกลงโทษด้วยมาตรการทางการค้าโดยประเทศคู่ค้ารายใหญ่ที่สุด ในอดีตรัฐบาลไทยรวมถึงรัฐบาลชุดที่ผ่านมาได้ตัดสินใจอย่างชาญฉลาดที่จะจัดหายาราคาถูกหรือยาฟรีแก่ประชาชนไทย ...เจ้าของสิทธิบัตรต้องการมีสิทธิบริบูรณ์ในการตั้งราคาขายได้โดยเสรี แต่ความต้องการที่จะแสวงหากำไรอย่างไม่สิ้นสุดเช่นนี้ ขัดต่อประโยชน์ของรัฐบาลที่จะใช้จ่ายเงินอย่างชาญฉลาดโดยการกระตุ้นให้มีการแข่งขันในตลาดยามากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพกิจการด้านเภสัชกรรมในประเทศไทย”

ในตอนท้ายจดหมายนักวิชาการทั้ง 9 คน มีข้อเสนอแนะว่า ประเทศไทยไม่เพียงแต่ต้องดำรงสิทธิในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ์เท่านั้น แต่ยังสามารถดำเนินการตามมาตรการนี้อีกด้วย และประเทศไทยควรรักษาอำนาจอธิปไตยในการประกาศใช้มาตรการดังกล่าวในอนาคต โดยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ์นี้เป็นเครื่องมือต่อรองอันน่าเชื่อถือในการเจรจาราคากับบริษัทต่างๆ

เพื่อทานเสียงคัดค้าน กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องตั้งคณะทำงานขึ้นมาพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านมะเร็งที่มีการใช้สิทธิ์โดยรัฐ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ข้าราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มผู้ป่วย โดยให้วิเคราะห์ตัวเลขงบประมาณที่จะประหยัดได้หากทำซีแอลเพื่อเทียบกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับการส่งออกผลพบว่า “หากใช้ยาจากบริษัทอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของสิทธิบัตรทั้ง 3 รายการแล้วจะลดค่าใช้จ่ายได้จำนวนมาก โดยในปี 2551 ลดได้ 269-538 ล้านบาท ใน ปี 2555 ลดได้ 560-940 ล้านบาท รวม 5 ปี สามารถประหยัดงบประมาณได้ถึง 2,088-3,748 ล้านบาท”¹²

ยังไม่ทันที่ข้อมูลนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อกำหนดนโยบาย นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ก็ถูกโยกย้ายไปเป็นผู้ตรวจราชการ และไม่ไม่นานนัก บอร์ดขององค์การเภสัชกรรมที่มี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน และทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิ์ตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ก็ถูกคำสั่งให้พ้นจากตำแหน่งทั้งคณะ นำมาสู่การฟ้องร้องศาลปกครองและการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการล่า 20,000 รายชื่อ เพื่อถอดถอน นายไชยา สะสมทรัพย์ ออกจากการดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ฐานละเมิดรัฐธรรมนูญและสร้างความเสียหายต่อรัฐ¹³

ขบวนการจ้องล้มซีแอล

อย่างไรก็ตาม ใช่ว่าจะมีแต่เสียงคัดค้านการยกเลิกซีแอล เสียงเรียกร้องให้ไทยต้องยกเลิกซีแอลก็มีเช่นกัน ดังปรากฏในการเดินสายของนางบาร์บารา ไวเซล ผู้แทนการค้าของสหรัฐอเมริกา ประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก ได้เข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายระดับรัฐมนตรี และปลัดกระทรวงในกระทรวง

พาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อหารือทั้งเรื่องซีแอล และการเจรจาเอฟทีเอ ไทย-สหรัฐฯ ที่ยุติไป โดยเสนอให้ไทยทำแผนการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อสหรัฐฯ จะได้พิจารณาเปลี่ยนสถานะไทยจากประเทศที่ถูกจับตาเป็นพิเศษ (PWL) เป็นประเทศที่ถูกจับตา (WL)¹⁴

ขณะเดียวกัน นายปีเตอร์ แมนเดอร์สัน ประธานคณะกรรมการการค้าของสหภาพยุโรปก็ได้ทำหน้าที่สื่อถึง นายมิ่งขวัญ แสงสุวรรณ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ในขณะนั้น ย้ำว่ามาตรการใช้สิทธิ์ตามสิทธิบัตร ซึ่งมีบัญญัติไว้ในข้อตกลงขององค์การการค้าโลกนั้น ควรใช้เป็นทางเลือกสุดท้าย โดยสมควรหาทางดำเนินการเจรจาและประสานความร่วมมือกับบริษัทมาก่อน ซึ่งทางสหภาพยุโรปหวังว่ารัฐบาลใหม่จะยึดถือตามแนวปฏิบัตินี้¹⁵

ประเด็นนี้ ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากคณะทำงานด้านทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การความร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้บริโภคสหรัฐฯ-ยุโรป (Trans Atlantic Consumer Dialogue ((TACD) Working Group on Intellectual Property) ว่า¹⁶

“หากสหรัฐอเมริกาและคณะกรรมการยุโรป (ประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป) ยังคงเฝ้ากดดันประเทศไทยทุกครั้งที่ประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิ์ฯ ประเทศไทยคงไม่มีทางที่จะปฏิบัติตามกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญาของตนอย่างสอดคล้องกับหลักการการเข้าถึงยาสำหรับทุกคน สมดังเจตนารมณ์ของปฏิญญาโดฮาที่ประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบันรับรอง ดังนั้น ในฐานะพลเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป เราจึงคาดหวังอย่างยิ่งว่า รัฐบาลของเราจะยึดมั่นตามพันธกรณีในปฏิญญาโดฮาปี 2544 นี้ และไม่มีบทบัญญัติใดในปฏิญญาโดฮา หรือความตกลงทริปส์ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการใช้สิทธิ์เป็น “ทางเลือกสุดท้าย” และตามพันธกรณีขององค์การการค้าโลกก็มิได้มีข้อกำหนดบังคับให้ประเทศไทยต้องดำเนินการเจรจากับเจ้าของสิทธิบัตรก่อน เช่นที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรปเพียรเสนอแนะ”

ไม่เพียงเท่านั้น อุตสาหกรรมยาข้ามชาติ ซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิบัตรได้เลือกใช้หลายยุทธวิธีในการ “ล้มซีแอล”

- กลยุทธ์การลดราคาขายต้นแบบ มีความพยายามในการลดราคาขายต้นแบบ Plavix ให้กับกระทรวงสาธารณสุข แต่มีข้อแลกเปลี่ยนว่าจะต้องยกเลิกการประกาศการใช้สิทธิ์กับสิทธิบัตร นอกจากนี้ ยังมีรายการลดแลกแจกแถมให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยจะให้ฟรีหรือจำหน่ายให้ประมาณเม็ดละ 5 บาท ให้กับคนไข้ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คนไข้ในสิทธิอื่นๆ เช่น ประกันสังคมหรือข้าราชการ จะจำหน่ายให้ในราคา 70 บาท เท่าเดิม ด้วยกลยุทธ์ดังกล่าวทำให้ โรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ เกิดความลังเลเพราะราคาขายที่จูงใจและความต้องการใช้ยาต้นแบบ จึงมีโรงพยาบาลบางแห่งส่งจดหมายสอบถาม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อความชัดเจนในนโยบายดังกล่าว

- **การโจมตีเรื่องคุณภาพของยาสามัญ** มีความพยายามในการหาจุดอ่อนเรื่องคุณภาพมาโจมตียาที่นำเข้าจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบ Bioequivalent Study (BE Study) ของยาที่นำเข้า เพื่อให้แพทย์เกิดความกังวลในการใช้ยาและหันกลับมาใช้ยาต้นแบบของบริษัท เมื่อบวกกับกลยุทธ์การลดราคาขายลงทำให้แพทย์เกิดความลังเลมากขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยาสามัญที่อยู่ในโครงการการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการกำกับดูแลเรื่องคุณภาพยา ดังนั้นยาที่นำเข้าล้วนผ่านมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เช่นเดียวกับยาต้นแบบ อีกทั้งทุกผลิตภัณฑ์ที่นำเข้ายังผ่านการวิเคราะห์อีกครั้งจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบันมีการกระจายยาเข้าสู่โรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง ทั้งรัฐบาล เอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ซึ่งยังไม่พบปัญหาที่เกิดขึ้น¹⁸ โดย อย. ต้องออกมาแถลงข่าวรับรองคุณภาพยาบางตัว ได้แก่ Clopidogrel เป็นต้น¹⁹

- **ออกกฎระเบียบเพื่อขัดขวางการเข้าถึงยาชื่อสามัญ** ขณะที่กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ อาศัยจังหวะกระแส “เทปซีตีเถื่อน” ดัน “ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปราบปรามการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา พ.ศ...” ที่กวาดรวมกฎหมายมากกว่า 30 ฉบับ และเกือบทุกหน่วยงานในประเทศไทยให้ไปทำหน้าที่คุ้มครองทรัพย์สินของเอกชน ซึ่งรวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านการขึ้นทะเบียนยา ดูแลคุณภาพยาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค กลับต้องไปทำหน้าที่ตำรวจตรวจสอบการละเมิดสิทธิบัตร²⁰ ซึ่งเป็นไปตามข้อเรียกร้องของสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรปในการเจรจาเอฟทีเอ และความพยายามในการผลักดันประเด็นยาปลอมให้ครอบคลุมยาที่ละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาในการประชุมขององค์การอนามัยโลก และกลุ่มประเทศชั้นนำ 8 ชาติ หรือ G8²¹

นอกเหนือจากยา เราได้ประชาชน

ท่ามกลางการต่อสู้ที่ไม่ต่างอะไรกับสงครามมหากาพย์ระหว่างชีวิตและผลประโยชน์ ยังพอมองเห็นแง่มุมของความงามจากความเติบโตของภาคประชาชนในการต่อสู้สนับสนุนการทำซีแอลนี้

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเรื่องการเข้าถึงยา ปัจจุบันนี้ มีเครือข่ายเพื่อนโรคไต²² ที่ลุกขึ้นมาเคียงข้าง ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ จนในที่สุด การรักษาไตวายระยะสุดท้ายได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ และประกันสังคม เช่นเดียวกับเครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง²³ ที่เกิดจากการรวมตัวของผู้ป่วยในหลายๆ โรงพยาบาลเริ่มลุกขึ้นมาป่าวร้องปัญหาการไม่เข้าถึงยาของตนเอง จนมาถึงเครือข่ายผู้ป่วยจิตเวช ที่เสนอให้รัฐบาลทำซีแอลในยาจิตเวช

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคประชาสังคมไม่เพียงแต่ผูกติดแค่การทำซีแอลหรือไม่ทำซีแอล จะล้มซีแอลหรือไม่ล้มซีแอลเท่านั้น แต่ยังขยายเนื้อหาการเคลื่อนไหวและองค์ความรู้ต่างๆ ไปสู่การผลักดันยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาตัวหน้าของประชากรไทยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1²⁵ ซึ่งเนื้อหาของยุทธศาสตร์ครอบคลุมและลงลึกในทุกๆ ด้านเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงยาอย่างแท้จริง คือ

1. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา
2. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
3. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ
5. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
6. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
7. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่

สำหรับความเคลื่อนไหวในระดับโลก ที่สามารถเรียกได้ว่าเกิดจากแรงกระเพื่อมของการทำซีแอลในไทยก็มีไม่น้อยทีเดียว อาทิ การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมโคลัมเบียที่เรียกร้องให้รัฐบาลโคลัมเบียทำตามความรับผิดชอบทางมนุษยธรรมที่จะต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงยาต้านไวรัสที่จำเป็น นั่นคือการประกาศใช้สิทธิกับยาโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์²⁶ ในจีน สำนักงานทรัพย์สินทางปัญญาของจีนได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายระหว่างประเทศและการเข้าถึงยา รวมทั้งผู้แทนจากไทยไปร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงด้านทรัพย์สินทางปัญญา²⁷ ซึ่งซีแอลเป็นหนึ่งในมาตรการนั้น แน่แน่นอนว่า ทุกสมรภูมียังต้องเผชิญแรงเสียดทานและต่อต้าน เช่นที่ไทยได้ประสบอยู่

หนทางข้างหน้า

การต่อสู้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการทำกำไรของธุรกิจกับการเข้าถึงยาของประชาชนยังเป็นหนทางอีกยาวไกล ซึ่งการฝากความหวังกับคนใดคนหนึ่ง หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงลำพังอาจไม่สามารถผลักดันประเด็นนี้ได้อย่างมีพลัง มีเพียงความเข้มแข็ง และการทำงานที่สอดประสานระหว่าง ภาคประชาสังคมและผู้ป่วย การสร้างองค์ความรู้สาธารณะ การทำให้สังคมตระหนักเรื่องสิทธิมนุษยชนพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษา และการปกป้องสิทธิของตัวเอง ร่วมกับการมีเจตจำนงทางการเมืองของผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น สมดุลนี้จึงจะเกิดได้จริง