



ตัวเลขค่าใช้จ่ายยาของคนไทยที่สูงร่วมปีละ 2 แสนล้านบาท สะท้อนให้เห็นสารพัดปัญหาที่หมักหมมเรื้อรังอยู่ใน “ระบบยา” ของประเทศ ตั้งแต่ยาที่มีสิทธิบัตรผูกขาดราคาแพง คนไทยจำนวนหนึ่งใช้ยาปลอมเพื่อยกเงินเข้าเป็น ขณะที่อีกจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงยาคุณภาพได้จนถึงไม่มียากินหรือใช้เมื่อป่วย มีการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทยากับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ความอ่อนแอ ล้มเหลวของการควบคุม ดูแล ตรวจสอบในทุกกระดับ และอื่นๆ อีกมากมาย ที่เชื่อว่าสังคมไทยยังมีปัญหาธรรมดากับยาอีกมาก

# 7 ธรรมภิบาลระบบยาอ่อนแอ ถึงเวลาต้องแก้ไข

## ทำไมราคายาจึงแพง?

ไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่ระบบการควบคุมราคายา ยังอ่อนแออยู่มาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาในภาพรวมของประเทศสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ ในปี 2550 คนไทยบริโภคยาเป็นเงินสูงถึงปีละ 186,331 ล้านบาท เมื่อคำนวณเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมทั้งหมด จะสูงถึงร้อยละ 42.8 ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ 12.3, 17.7, 18.9, 16.3, 18.9 และ 12.8 ตามลำดับ<sup>1</sup>

สาเหตุหลักที่ค่าใช้จ่ายเรื่องยาสูงนี้ เกิดจากระบบการควบคุมการส่งจ่ายยาที่อ่อนแอ ดังที่พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 เฉพาะข้าราชการกลุ่มเด็วเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงเกือบ 70,000 ล้านบาท สูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ 48,000 ล้านบาท เกือบเท่าตัว ถ้าไม่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใดๆ คาดว่าจะทะลุถึง 1.05 แสนล้านบาท ในปีงบประมาณ 2553 นี้แน่นอน โดยเงินที่เบิกจ่ายส่วนใหญ่เป็น “ค่ายา”

ปัจจัยหลักที่ทำให้ยาแพงนั้นเริ่มต้นจาก “สิทธิบัตร” ที่ทำให้เกิดการผูกขาด ราคายาจะถูกกลงได้ถึงร้อยละ 90 หากไม่มีสิทธิบัตร หรือสิทธิบัตรหมดอายุ เช่น กรณียาต้านไวรัสบางตัวที่มีสิทธิบัตร แพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 6.2 เท่า ยารักษาโรคเบาหวานที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 14.5 เท่า<sup>2</sup> เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้ยาแพงขึ้น ดังผลงานวิจัยของ รศ.ดร.เชอร์ลิน สุขศรีวงศ์ และ ภญ.วรสุดา ยุงทอง ที่สำรวจราคายา 43 ชนิด ที่ขึ้นทะเบียนใน พ.ศ. 2550 พบว่า ร้อยละ 51 ของยาทั้ง 43 ชนิด มีราคาตั้งแต่ 11-50 บาท ต่อเม็ด ขณะที่ร้อยละ 15 มีราคาตั้งแต่ 51-99 บาท ต่อเม็ด ร้อยละ 25 มีราคาตั้งแต่ 101-500 บาท ต่อเม็ด และร้อยละ 3 มีราคาสูงกว่า 1,000 บาท ต่อเม็ด โดยภาพรวมถือว่ายาที่มีราคาแพงมาก ที่สำคัญเมื่อตรวจสอบราคาต้นทุนที่บริษัทยาแจ้งไว้กับกรมการค้าภายในกับราคาที่ขายให้โรงพยาบาลรัฐ พบว่ามีส่วนต่างถึง 60-800 เท่า<sup>3</sup> โดยบริษัทยาแจ้งว่าเป็นการบวกค่าบริหารจัดการภายใน

คำถามมีอยู่ว่า “ค่าบริหารจัดการภายใน” นี้หมายถึงอะไรบ้าง ?

ค่าบริหารจัดการภายในนั้น เน้นหนักไปที่ “การตลาดหรือการส่งเสริมการขาย” หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ กระตุ้นผู้บริโภคโดยตรง และการสนับสนุนการทำกิจกรรมของแพทย์บางกลุ่ม เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นเหนียวในฐานะที่แพทย์คือ ผู้สั่งจ่ายยา โดยเฉพาะการสนับสนุนแพทย์ให้ใช้ยาของบริษัทนั้นๆ<sup>4</sup> ซึ่งเคยมีการวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาพบว่า ไทยมีมูลค่าส่งเสริมการขายยาสูงกว่าการวิจัยพัฒนายาถึง 2 เท่า<sup>5</sup>

มีการสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายในการโฆษณาของประเทศไทยมีมูลค่าสูงมาก เฉพาะการโฆษณาในสื่อหลัก เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ทีวี วิทยุ บิลบอร์ด ฯลฯ ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2549-2551) สูงกว่าปีละ 2,500 ล้านบาท

## จาก “ปากกา” ถึงระบบ “ยิงยา” ที่สิ้นเปลืองศักดิ์ศรี และจริยธรรมบุคลากรสาธารณสุข

นอกจากกระตุ้นผู้บริโภคด้วยการโฆษณาโดยตรงแล้ว บริษัทขายยังได้สร้างสายสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็น “ผู้มีอำนาจในการจ่ายยาและจัดซื้อยา” ทั้งสิ้น

ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวมีมานานแล้ว แต่นับวันจะ “หนักข้อและล้ำเส้น” ยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ถึงขั้นใช้ “พริตตี้” แต่งตัวล่อแหลมไปติดต่อกับแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ เลี้ยงดูปูเสื่อทั้งแพทย์ ทั้งเภสัชกร เชิญไปต่างประเทศโดยอ้างว่าไปดูงานและประชุม แต่ที่จริงแล้วไปท่องเที่ยวกันเป็นหลัก สนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ ซึ่งหลายกรณีเป็นการให้ข้อมูลเพียงด้านเดียว การให้ทุนทั้งระดับบุคคลและสถาบัน ดูแลอำนวยความสะดวกต่างๆ ถึงระดับเรื่องส่วนตัว ที่หนักกว่านั้นคือ การให้ค่าตอบแทนแพทย์ตามยอดสั่งใช้ยา และให้ค่ารายการหรือของขวัญที่สั่งจ่ายยารักษาโรคหรือรับผู้ป่วยรายใหม่<sup>๑</sup>

ประเด็นข้างต้นถูกจับมาถกกันในที่ประชุมเรื่อง “แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา” ณ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2552 ที่ประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ปัจจุบันได้เกิดปัญหาการส่งเสริมการขายยาอย่างไม่จริยธรรม ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อการจัดซื้อยาและการจัดหายา ปัญหาได้ลุกลามเข้าขั้นวิกฤต เพราะทำให้ยาที่มีราคาแพงเกินจำเป็น และทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเชียงใหม่ระยอง ระบุว่า มีการให้ค่าตอบแทนเป็นเงินสด เมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาได้ตามจำนวนที่เคยพบเป็นกรณีแพทย์ให้ยาตัวอย่างรักษาโรคอัลไซเมอร์แก่คนไข้ประมาณ 10-20 เม็ด โดยไม่มีการนัดมาตรวจซ้ำซึ่งไม่สามารถแปลเป็นอย่างอื่นได้นอกจากส่งเสริมการขาย และยังมีการเปลี่ยนยาที่มีความเข้มข้นน้อยเป็นเข้มข้นมากกว่า เพื่อให้ได้ยอดตามที่บริษัทยาต้องการ หรือกระทั่งให้แพทย์บางรายสั่งจ่ายยาแพงๆ ให้กับผู้ป่วยที่สามารถเบิกจ่ายค่ายาได้<sup>๒</sup> ถือเป็นกรณียัดเยียดยาให้ ทั้งๆ ที่ไม่จำเป็น

กรณีที่ “ผู้มีอำนาจ” ในการสั่งซื้อ สั่งจ่ายยา อาทิ แพทย์ เภสัชกร หรือกระทั่งโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาหรือ

สั่งซื้อยาบางกลุ่มที่ไม่จำเป็น หรือมีราคาแพงได้ถึงเป้าที่บริษัทยาต้องการ แล้วได้รับสิ่งตอบแทนกลับมา ไม่ว่าจะเป็นการพาไปเที่ยว จ่ายเป็นเงินสด ของขวัญ หรือลดแลกแจกแถมตัวยา หรือให้ในรูปแบบของสวัสดิการ ฯลฯ ปราบฏุกการณ์เหล่านี้เรียกว่า “การยิงยา” ซึ่งสิ้นเปลืองศักดิ์ศรีและจริยธรรมของวงการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างรุนแรง

ความเสียหายนี้มี “ราคาแพง” อย่างยิ่ง เพราะจะกินลึกไปถึงทัศนคติ และจิตวิญญาณ

ด้วยสภาพปัญหาที่เข้าขั้นวิกฤต ทำให้คณะทำงานที่มีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ได้กำหนด “แนวทางยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม” เข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ก่อนจะผลักดันเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหานี้ในวันจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

## กฎหมายและกฎเกณฑ์กำลัสมัย ไล่ไม่เก็บปัญหา ทนเข้ายั้งขาดมาตรการควบคุมราคา

จากงานวิจัยเรื่องราคาขายและระบบควบคุมราคาขายในต่างประเทศ<sup>๓</sup> โดย รศ.ดร.ชเชอรลิน สุขศรีวงศ์ ภญ.วรสุดา ยุงทอง และ พ้าใส จันทร์จารุภรณ์ ทำให้ทราบว่าในต่างประเทศมีมาตรการกำหนดราคาขายหลายแบบ ทุกประเทศในสหภาพยุโรปมีกลไกควบคุมราคาขายที่เหมือนหรือแตกต่างกันไป บางประเทศใช้แบบผสม สำหรับออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สเปน และสวีเดน ใช้วิธีตกลงร่วมกันระหว่างรัฐกับผู้ผลิตโดยพิจารณาจากการคาดการณ์ปริมาณการขาย, ไอร์แลนด์ ใช้วิธีเทียบราคาขายกับ 5 ประเทศ, เยอรมนี เดนมาร์ก สเปน เนเธอร์แลนด์ ใช้มาตรการตั้งราคาขายอ้างอิงสำหรับยากลุ่มเดียวกัน ถ้าเกินราคาอ้างอิงก็ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย นอกจากนี้ เยอรมนียังมีระบบควบคุมแพทย์ไม่ให้จ่ายยามากเกินไป ถ้าใช้งบประมาณเกินกำหนด สมาคมแพทย์จะถูกลงโทษให้ต้องจ่ายเงินให้กับกองทุนผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทย ใช้กลไกตลาดและบทบัญญัติมาตรา 24-25 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ตามอำนาจของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ เช่นเดียวกับการกำหนดและควบคุมราคาสินค้าอุปโภค บริโภคทั่วไป ทั้งๆ ที่ยาแตกต่างจากสินค้าอื่นๆ โดยสิ้นเชิง

อีกวิธีหนึ่งคือ ให้นำหน่วยงานภาครัฐร่วมกันจัดซื้อและต่อรองราคาขาย ซึ่งทำได้เฉพาะยาชื่อสามัญ คือยาที่ไม่มียี่ห้อบัตรและมีการแข่งขันในตลาด ราคาไม่แพงนัก แต่ทำไม่ได้กับยาดันแบบ ที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ผู้ขาดการขายไม่มีการแข่งขัน และราคามักจะแพงลิบล้อ

ประเด็นสำคัญอยู่ที่ราคาขายที่บริษัทฯ แจกต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมการค้าภายในนั้น เป็นราคาที่สมเหตุสมผลหรือไม่ เพราะไม่มีการแจกแจงรายละเอียดของต้นทุนให้ทราบแต่อย่างใด ขณะที่กลไกมาตรการตรวจสอบหรือควบคุมก็ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน สรุปคือ บริษัทฯ เป็นผู้กำหนดราคาขาย บอกมาเท่าไร กรมการค้าภายในบวกเปอร์เซ็นต์เพิ่มเล็กน้อย แล้วติดป้ายว่าห้ามขายยานี้เกินราคาที่กำหนด ซึ่ง ผศ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังคสิทธิ์ บอกเล่าให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่า "เขาขายไม่เกินราคาแน่ๆ เพราะราคาที่ข้างกล่องเขาตั้งมาตรฐานแบบเวอร์รี่ ชัวร์ว่าไม่มีทางละเมิด สรุปคือไม่มีใครรู้ว่าต้นทุนจริงๆ นั้น เป็นเท่าไร... สมมติเขาบอกต้นทุนนำเข้าเม็ดละ 1 แส่น กระทรวงพาณิชย์ก็เอาไปบวกด้วยสูตรอะไรสักอย่าง แล้วบอกว่าราคาขายห้ามเกิน 1 แส่นห้าพันบาท แต่เราไม่เคยรู้เลยว่าที่เขาบอกมา 1 แส่นนั้น ต้นทุนมันคือ 1 แส่นจริงๆ หรือเปล่า"<sup>9</sup>

## เข้าไม่ถึงยา-ภาระงบประมาณ

ราคาขายแพงส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายๆ ด้าน แต่หลักๆ มีอยู่ 2 ด้าน คือ การเข้าถึงไม่ถึงยาของผู้ป่วย และงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาล

1. ผู้ป่วยเข้าถึงไม่ถึงยา ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการที่สามารถเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้โดยตรง การรักษาพยาบาลครอบคลุมกว้างขวาง สามารถเบิกจ่ายยาได้ทุกชนิดที่หมอสั่ง รวมถึงยาราคาแพงที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม จำกัดการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักๆ ดังนั้น ย่อมทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาบางตัวที่จำเป็นจริงๆ สำหรับผู้ป่วยบางโรค เช่น ยาแม่แรงเม็ดเลือดขาว และยารักษาโรคข้ออักเสบ แต่ไม่ได้จัดอยู่ในบัญชียาหลักๆ เนื่องจากมีราคาแพงมาก รัฐบาลไม่มีงบประมาณพอ

2. ผลกระทบต่องบประมาณด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการที่ดูแลประชากรจำนวนประมาณ 5 ล้านคน พบว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่า หรือคิดเป็นมูลค่าสูงถึง 54,904 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 ภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ตัวเลขค่ารักษายาพยาบาลเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 15-20 ทุกปี จากที่เคยใช้ประมาณปีละ 20,000 กว่าล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 ได้พุ่งขึ้นเกือบ 70,000 ล้านบาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งดูแลประชากรจำนวนมากถึง 57 ล้านคน มียอดค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาพยาบาล ใน พ.ศ. 2551 จำนวน 98,700 ล้านบาท เท่านั้น (ไม่ได้รวมเงินเดือนข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ให้บริการ

รักษายาบาลที่ตั้งไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขอีกเกือบสามหมื่นล้าน หากนำมารวมแล้วจะตกประมาณ 130,000 ล้านบาท)

ที่เป็นเช่นนี้เพราะในระบบสวัสดิการของข้าราชการแทบไม่มีควบคุมการสั่งใช้ยา และจ่ายตามการเบิกจริง จึงเป็นเหตุให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อนของบริษัทฯ และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่ง รวมถึงความไม่ตระหนักในการช่วยกันประหยัดงบประมาณของชาติอีกด้วย<sup>10</sup>

ด้วยเม็ดเงินที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกือบ 70,000 ล้านบาท ทั้งๆ ที่ตั้งงบประมาณ ปี 2551 ไว้เพียง 48,000 ล้านบาท ทำให้กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ดูแลการเบิกจ่ายอยู่เฉยไม่ได้อีกต่อไป พงษ์ภาณุ เศวตรุนทร์ อธิบดีกรมบัญชีกลางได้เปิดเผยว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ประมาณ 34 แห่ง เบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 90 ของวงเงินทั้งหมด ตรวจสอบเบื้องต้นพบว่า มีการใช้ยาแพงที่ผลิตจากต่างประเทศ ไม่ใช่ยาบัญชีหลักๆ และมีการจ่ายยาจำนวนมาก ซึ่งหากไม่มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลการเบิกจ่าย จะทำให้ในปีงบประมาณ 2553 ค่าใช้จ่ายจะสูงถึง 1.05 แส่นล้านบาท ซึ่งจะเป็นภาระของประเทศหนักขึ้นไปอีก<sup>11</sup>

## ไม่มีกฎหมาย...แก้ไม่ได้

สภาพการณ์ที่เข้าขั้นวิกฤตนี้ ส่วนหนึ่งก็เพราะไม่มีกฎหมาย ไม่มีมาตรการควบคุม หรือที่มีอยู่ก็ไม่ทันสมัย ไม่เท่าทันสถานการณ์ บทลงโทษไม่เข้มแข็ง และการบังคับใช้มีปัญหา ลองมาตรวจสอบดูว่ากฎหมายที่มีอยู่ ทำอะไรได้-ไม่ได้บ้าง<sup>12</sup>

1. สมัชชาอนามัยโลกมีมติรับรอง "เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา" เมื่อ พ.ศ. 2531 และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้ ในส่วนของไทย มีการแปลและจัดพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกโดยกลุ่มศึกษาปัญหายา ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ร่วมกับแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังระบบยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพิ่มเติมรายละเอียด และจัดพิมพ์ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2552 ทางด้านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ร่วมมือกับหลายภาคส่วน จัดทำเกณฑ์จริยธรรมเรื่องการส่งเสริมการขายยาของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2537 แต่ทั้งหมดนี้ไม่มีกฎหมายบังคับใช้

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาขายยา ไม่เท่าทันสถานการณ์ ไม่มีประสิทธิภาพ บทลงโทษไม่เข้มแข็ง และไม่สืบทับบัญญัติที่ควบคุมการส่งเสริมการขายยาทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่

3. กฎหมายควบคุมวิชาชีพ แม้จะมีเกณฑ์จริยธรรมหรือจรรยาบรรณ แต่ไม่มีบทบัญญัติที่ควบคุมหรือกำหนดเกณฑ์การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริษัทยากับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด ทำให้บริษัทยาอ้างได้ว่า การที่ไม่แจกจ่ายรายละเอียดต้นทุนค่ายาหรือเม็ดเงินที่ใช้ในการส่งเสริมการขายเพราะกฎหมายไทยไม่ได้ห้าม หรือไม่ได้บังคับให้ต้องทำ ขณะที่แพทย์สภาไม่ได้ทำหน้าที่นี้เท่าที่ควร อาจเป็นเพราะกรมการมีผลประโยชน์ทับซ้อนมากมาย

4. กฎหมายที่อยู่ระหว่างการร่าง ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ... (ฉบับประชาชน) ที่เสนอให้ปรับปรุงมาตรการควบคุมการโฆษณา และเพิ่มเติมมาตรการควบคุมการส่งเสริมการขายยา เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้เท่าทันสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการตลาด และร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ... (ฉบับผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา) มีสาระบางส่วนเกี่ยวกับการโฆษณา และการส่งเสริมการขายยา มีความพยายามแก้ไขหลายครั้ง เพื่อให้ทันสถานการณ์ แต่ร่างกฎหมายนี้ยังไม่สามารถผลักดันให้ผ่านรัฐสภาได้ผลสำเร็จ

## ทางแก้-ทางออก

ปัญหาในระบบยานั้น พัวพันเกี่ยวเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ต้องแก้ไขกันในหลายมิติ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว คณะทำงานกำหนดแนวทางยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำเสนอสถานการณ์ปัญหา และหาทางออกโดยการสร้างยุทธศาสตร์การทำงานด้านนี้ อันเป็นมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 แนวทางของคณะทำงานฯ และภาคีเครือข่าย รวมถึงส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ประมวลรวมได้ดังนี้

1. สร้างเกณฑ์จริยธรรมกลางของประเทศที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการขายยาและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กับอุตสาหกรรมยาและบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข และผลักดันให้เป็นกฎหมายใช้บังคับ ซึ่งปัจจุบันมีเพียงข้อบังคับจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์สภาในปี 2549 ที่ระบุให้แพทย์รับของขวัญจากบริษัทยาได้เฉพาะเมื่อมีมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท<sup>13</sup> แต่ก็ไม่มีผลบังคับใช้ ในขณะที่หลายประเทศมีเกณฑ์จริยธรรมและกฎหมายควบคุมอย่างเคร่งครัด

2. สร้างระบบติดตามการใช้ยา การส่งเสริมการขายด้วยความร่วมแรงร่วมใจของหน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินคือ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งดึงภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม เผื่อระวังปัญหาการส่งเสริมการขายที่ไม่ถูกต้อง โดยภาครัฐควรจัดงบประมาณสนับสนุน<sup>14</sup>

3. ปรับทัศนคติของแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการจ่ายยา ส่วนประชาชนไทยก็ควรได้เรียนรู้ข้อมูลรอบด้านในการใช้ยา เพื่อไม่ใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น รวมทั้งเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ที่ถูกปลูกฝังมานานว่ายานอกดีกว่ายาใน ยาแพงดีกว่ายาถูก

4. องค์กรวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สมาคมเภสัชกรสมาคมร้านขายยา ฯลฯ ควรร่วมกันรณรงค์และผลักดันให้มีระบบควบคุมราคา ยา ตั้งแต่การกำหนดราคาของบริษัทผู้นำเข้า จนกระทั่งถึงราคาขายในท้องตลาด

5. ผลักดันให้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพของประเทศเป็นหนึ่งเดียวเพื่อควบคุมราคา ยา โดยรวมระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมมาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแล<sup>15</sup>

6. สำหรับยาที่จำเป็นแต่มีราคาแพงมาก จนไม่สามารถจัดอยู่ในบัญชียาหลักฯ ได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการ “การใช้สิทธิโดยรัฐ” หรือ CL ต่อยาที่มีสิทธิบัตร 7 รายการ ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2551 และในปัจจุบันกำลังเจรจาต่อรองเพื่อให้บริษัทยาลดราคาขายยาจำเป็นที่ราคาแพงมากอีก 3 รายการ คือ ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และยารักษาโรคครูมาตอยด์ หรืออาจจะพิจารณาประกาศใช้ CL ในท้ายที่สุด ขณะเดียวกัน ก็ได้มองไปข้างหน้าเพื่อหามาตรการแก้ไขปัญหาราคาแพงอย่างจริงจังมากขึ้น โดยเริ่มทำการเจรจากับบริษัทยาเพื่อให้มีการ “กำหนดราคาขายที่แตกต่างกันออกไป” ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ เช่น กำหนดราคาขายออกเป็นราคาสำหรับกลุ่มประเทศยากจน ราคาสำหรับกลุ่มประเทศปานกลาง และราคาสำหรับประเทศร่ำรวย โดยใช้ GDP เป็นบรรทัดฐาน ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้มาก เพราะปัจจุบันบริษัทยาหลายแห่งได้ใช้มาตรฐานดังกล่าวนี้ในการตั้งราคาขายารักษาโรคเอดส์แตกต่างกันไปตามฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ ที่นอกจากนี้ยังจะให้มีการเจรจาให้มีการกำหนดราคาขายที่จำหน่ายให้แก่บุคคลที่มีรายได้อื่นๆ ต่างกันในแต่ละประเทศให้มีราคาต่างกันด้วย<sup>16</sup>

7. แก้ปัญหาราคาแพงได้อย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญในประเทศให้เข้มแข็ง สามารถยืนอยู่ได้ด้วยขาของตัวเอง เพื่อจะได้ลดการพึ่งพาอาศัยที่ผลิตจากต่างประเทศลง นอกจากนั้น ต้องเพิ่มความระมัดระวัง และรอบคอบเพียงพอ ในการทำการเจรจการค้าระหว่างประเทศที่มีประเด็นเรื่องของยาและสุขภาพรวมอยู่ด้วย เช่น กรณีของข้อตกลงเขตการค้าเสรี (FTA) เป็นต้น ต้องเป็นไปตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ระบุให้ต้องผ่านขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรก่อน