

บทที่ 5

กระบวนการปกป้องทางสังคมกับพลังสังคมที่เรียกร้องการเข้าถึงยา

บทนำ

การวิเคราะห์ในบทที่ผ่านมาทำให้เห็นถึงพลังตลาดอุตสาหกรรมเสรีนิยมใหม่ที่เข้ามาสร้างความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาของไทย พระราชบัญญัติสิทธิบัตร บทบาทของฟรีมา กรมทรัพย์สินทางปัญญา และข้าราชการสาธารณสุขกระแสหลักล้วนเป็นส่วนหนึ่งของพลังตลาดในไทยทั้งสิ้น ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การสิ้นสุดของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาของไทย การลดขนาดของระบบสวัสดิการสาธารณสุข และความยากลำบากในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเรื้อรัง เหล่านี้เป็นบทสะท้อนของการทำงานของระบบเศรษฐกิจแบบตลาดองค์ความรู้ทั้งสิ้น ระบบสิทธิบัตรยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบตลาดส่งผลกระทบโดยตรงต่อสังคม อันนำมาสู่พลังอัตพิทักษ์หรือพลังปกป้องตนเองในสังคมตามที่โพลานยีได้เสนอไว้ อันที่จริงแล้ว พลังปกป้องสังคมทางด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามการที่จำเป็นต้องการชี้ให้เห็นว่า การกล่าวถึงพลังสังคมเหล่านี้โดยตัดภาพมาเฉพาะช่วงเวลาที่มีการประกาศซีแอล เป็นการละเลยภาพที่สมบูรณ์ของพลังอัตพิทักษ์อื่น ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวมาอย่างยาวนานในการเรียกร้องการเข้าถึงยา ในฐานะพลังที่ทำหน้าที่ต่อต้านผลกระทบอันเกิดจากการทำงานของตลาดในแต่ละยุคสมัย

ด้วยเหตุนี้ การทำความเข้าใจบทบาทของพลังอัตพิทักษ์ที่เรียกร้องการเข้าถึงยามีความสำคัญอย่างมากต่อการวิเคราะห์มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรของไทยในบทถัดไป กล่าวได้ว่า ความสำเร็จของการประกาศมาตรการซีแอลไทย เป็นบทสะท้อนบทบาทของพลังอัตพิทักษ์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณสุข กลุ่มเหล่านี้ประกอบไปด้วย ข้าราชการสาธารณสุข กลุ่มหัวก้าวหน้า กลุ่มบุคลากรการแพทย์สายชนบท กลุ่มภาคประชาสังคมไทย และกลุ่มภาคประชาสังคมในระดับระหว่างประเทศ ในกรณีของไทย พลังสังคมเหล่านี้มีบทบาทในฐานะตัวแทนสังคมเพื่อแสดงความไม่พอใจที่มีต่อระบบตลาด บทบาทที่สำคัญได้แก่ การต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 การเรียกร้องให้ยุติการจดสิทธิบัตรยาดีโอและยาคอมบิต การเปิดเผยกรณีทุจริตยาในสมัยรัฐบาลชวนชมัยที่สอง ตลอดจนการเรียกร้องให้รัฐบาลทบทวนยุติการค้าที่ไม่เป็นธรรม ประเด็นเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก และอาจกล่าวได้ว่าการเคลื่อนไหวในแต่ละครั้งทำให้พลังสังคมแต่ละกลุ่มที่มาประกอบกันเป็นพลังอัตพิทักษ์มีความเหนียวแน่นมากยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง การวิเคราะห์บทบาทของภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการทำซีแอล จึงต้องพิจารณาทั้งในเชิงลึกนั้นคือภาพประวัติศาสตร์ของการก่อตัว และในเชิงกว้างนั้นคือ บทบาทที่เชื่อมโยงกับการเรียกร้องระบบสาธารณสุขแบบก้าวหน้าหรือระบบสวัสดิการสาธารณสุข ซึ่งล้วนมีผลการเกิดขึ้นของมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในสมัยรัฐบาลสุรยุทธ์ทั้งสิ้น

เนื้อหาในบทนี้ แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนหลัก ส่วนแรก เป็นการกล่าวถึงพลังสังคมที่สำคัญ 3 กลุ่มได้แก่ หนึ่ง กลุ่มข้าราชการหัวก้าวหน้าในกระทรวงสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ (โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ชนบทและเภสัชชนบท) สอง กลุ่มภาคประชาสังคมในไทย (โดยเฉพาะองค์กรที่เคลื่อนไหวเพื่อผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นแกนนำสำคัญ) และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และสาม กลุ่มนักวิชาการและภาคประชาสังคมในระดับระหว่างประเทศ บทบาทของพลังอัตพิทักษ์ทั้งสามกลุ่มมีความสำคัญอย่างมากต่อการประกาศซีแอลของไทย สำหรับส่วนที่สองของบท เป็นการเชื่อมโยงให้เห็นว่า แม้การเคลื่อนไหวของพลังสังคมเหล่านี้มีจุดเริ่มต้นที่ต่างกัน แต่ในท้ายที่สุดได้มาบรรจบกันในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ.2544 ซึ่งถือได้ว่าเป็นพระราชบัญญัติฉบับแรกที่ใกล้เคียงเป้าหมายในการสร้างระบบสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขมากที่สุด และเป็นพื้นฐานของการบรรจุหลักที่ทำให้การประกาศซีแอลมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น

1. กระบวนการ “อัตพิทักษ์” จากการตลาดเสรีนิยมใหม่

การวิเคราะห์ถึงพลังอัตพิทักษ์ที่ทำหน้าที่ปกป้องสังคมในเชิงสาธารณสุขได้หยิบยกพลังสังคมสามส่วนอันประกอบไปด้วย กลุ่มข้าราชการหัวก้าวหน้าในกระทรวงสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์สายชนบท กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาสังคมในไทย บทบาทของพลังสังคมเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากในการเคลื่อนไหวเพื่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย รวมไปถึงการเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสารภายใต้ระบบสิทธิบัตรมายาวนาน

1.1 กลุ่มแพทย์ชนบท: กลุ่มข้าราชการหัวก้าวหน้าในกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทเป็นพลังสังคมสำคัญที่ไม่สามารถแยกออกจากการวิเคราะห์ถึงบทบาทของพลังปกป้องสังคมในไทยที่เรียกร้องการเข้าถึงยาของประชาชน ในฐานะพลังปกป้องสังคมที่เกี่ยวข้องกับการต่อต้านการทำงานของตลาด เนื้อส่วนนี้ได้วิเคราะห์ถึงการก่อตัวของกลุ่มแพทย์ชนบท บทบาทในการคัดค้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรและการเปิดโปงทุจริตยา ไปจนถึงการเป็นพลังสำคัญในกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกร้องการเข้าถึงยาในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1.1 กว่าจะมาเป็นชมรมแพทย์ชนบท

กลุ่มแพทย์ชนบทมีรากฐานมาตั้งแต่การเคลื่อนไหวของนักศึกษาในปีพ.ศ.2516 ซึ่งมีอุดมการณ์ร่วมกันในการช่วยเหลือชาวบ้านในเขตชนบทที่ห่างไกล¹ อาจกล่าวได้ว่าบริบทของเศรษฐกิจการเมืองไทยในห้วงเวลาของเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 ได้นำมาสู่ความตื่นตัวของประชาชนในการถกเถียงเรื่องความไม่เป็นธรรมในสังคม และการเรียกร้องให้รัฐบาลมี

¹ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2550: 54) นิยามคำว่าชมรมแพทย์ชนบทไว้ว่า “เครือข่ายประชาสังคมที่ประกอบด้วยแพทย์หรือกลุ่มของแพทย์ที่เคยหรือกำลังปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีจิตสำนึกร่วมกันที่อาจเรียกว่าจิตสำนึกแพทย์ชนบท คือมุ่งเน้นการพัฒนาและการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสังคม มีการจัดตั้งกลไกแพทย์ชนบท เช่น ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายเข้าด้วยกัน ผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ เช่น วารสารแพทย์ชนบท จัดหมายข่าวชมรมฯ และกิจกรรมการเคลื่อนไหวในกรณีต่างๆ”

บทบาทในการช่วยเหลือประชาชนมากยิ่งขึ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสุรพล มุละดา, 2544: 65-8) กล่าวได้ว่า ในช่วงก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาฯ นักศึกษาแพทย์จบใหม่มักไปทำงานในต่างประเทศหรือทำงานในเมืองเป็นหลัก แนวคิดเรื่องการบริการชุมชนในพื้นที่ชนบทหรือการช่วยเหลือประชาชนยังไม่แพร่หลาย ในช่วงปีพ.ศ.2515 แพทย์รับทุนรุ่นแรกของกระทรวงฯ ได้ออกไปประจำการในสถานอนามัยชั้นหนึ่งในฐานะหัวหน้าสถานอนามัย ทั้งนี้การรับทุนในช่วงแรกเป็นลักษณะของการสมัครใจ ผู้ใช้ทุนจึงปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ แต่ทว่าเหตุการณ์ที่ทำให้นักศึกษาแพทย์ตื่นตัวกับการรับใช้สังคมและคนยากจนในพื้นที่ชนบทเกิดขึ้นมาพร้อมกับอุดมการณ์ทางการเมืองในยุค 14 ตุลาฯ (นวลน้อย ตรีรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 29-30) นายแพทย์สงวนได้เขียนไว้ในบันทึกว่า

“...ช่วง พ.ศ.2515-2519 เป็นช่วงที่นักศึกษามีบทบาทในสังคมสูงมาก เหตุการณ์ทางการเมืองต่าง ๆ ที่นักศึกษาเข้าไปเกี่ยวข้องนั้นเติบโตใหญ่ขยายตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ จากกิจกรรมนักศึกษาที่เรียกร้องสิทธิเสรีภาพในรั้วมหาวิทยาลัย ขยายออกไปเป็นเรื่องของสิทธิเสรีภาพและการเรียกร้องรัฐธรรมนูญในระดับประเทศ และขยายวงต่อมาจนถึงการต่อสู้เพื่อสร้างความเป็นธรรมในสังคม โดยเฉพาะการลดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย...” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551: 17)

ในปีพ.ศ.2518 ด้วยแรงผลักดันจากนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐบาลได้อนุมัติให้ก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอขึ้น (ภายหลังเป็นโรงพยาบาลชุมชน) เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ทั้งด้านการป้องกันและการรักษาพยาบาล แต่ทว่าเนื่องจากงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ บุคลากร และเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ แพทย์บางกลุ่มรู้สึกน้อยใจที่ไม่ได้รับการเหลียวแลจากส่วนกลาง ปัญหานี้ได้แบ่งแพทย์จบใหม่ออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้ย้ายตนเองกลับเข้าพื้นที่เมือง หรือลาออกจากราชการ อีกกลุ่มหนึ่งยังคงอุดมการณ์อย่างเหนียวแน่นในการรับใช้สังคม ในช่วงเวลาดังกล่าว นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์รับทุนรุ่น 3 ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์อนามัยศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายในเวลานั้น ได้เชิญชวนเพื่อนฝูงในกลุ่มแพทย์ชนบทมาร่วมกันแก้ไข ปัญหา แพทย์ชนบทจำนวน 50-60 คน² จึงได้มาร่วมประชุมกันครั้งแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. 2519 และมีการจัดตั้ง “สหพันธ์แพทย์ชนบท” และได้ออกวารสาร “แพทย์ชนบท” ด้วย (นวลน้อย ตรีรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 31-2; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551: 48; วิชัย โชควิวัฒน์, 2550: 16 และ 24)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเหตุการณ์ 6 ตุลาฯ พ.ศ.2519 รัฐบาลได้ทำการปราบปรามนักศึกษาที่มีแนวคิดคอมมิวนิสต์หรือสังคมนิยมอย่างหนัก ทำให้กิจกรรมของกลุ่มแพทย์ชนบท

² แนวร่วมที่สำคัญในเวลานั้นได้แก่ นายแพทย์ประสพ พาลพ่าน (บางปะอิน) นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (บางปะอิน) นายแพทย์อุเทน จารณศรี (ปากช่อง) นายแพทย์อนันต์ เมนะจุจิ (บ้านไผ่) นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (พยุหภูมิพิสัยและสามพราน) รวมถึงนายแพทย์ระดับอาวุโสอย่าง นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ไฟโรจน์ นิงสานนท์ และนายแพทย์ประเวศ วะสี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550: 53).

ต้องล้มเลิกไปโดยปริยาย แม้แต่สหพันธ์แพทย์ชนบท คำว่า “สหพันธ์” เป็นคำที่ละเอียดอ่อนมากในยุคสมัยนั้น นักศึกษาแพทย์บางคนต้องหนีเข้าป่า ในขณะที่บางกลุ่มที่อาศัยในเมืองต้องอยู่อย่างหลบๆซ่อนๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551: 20-1; วิชัย โชควิวัฒน์, 2550ข: 18) พอถึงปีพ.ศ.2520 เมื่อบรรยากาศทางการเมืองเริ่มผ่อนคลายลง นายแพทย์มานิตยได้กลับเข้ามารับราชการอีกครั้ง และเป็นหัวหน้าในการก่อตั้ง “ชมรมแพทย์ชนบท” ขึ้น ในช่วงแรกนั้น จุดยืนที่สำคัญของชมรมคือ การให้ความช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่ทำงานในชนบทให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับการแต่งตั้งโยกย้ายตำแหน่งใดๆในกระทรวงสาธารณสุข แต่เมื่อได้มีการก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้น แพทย์บางกลุ่มจึงได้พยายามเข้าไปมีบทบาทในแพทย์สภา ตลอดจนเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดองค์การพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข (นวนน้อย ตีรรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 33-6; วิชัย โชควิวัฒน์, 2550ข: 34; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550: 55) กล่าวได้ว่า กลุ่มแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางสาธารณสุขแก่คนไข้ในกลุ่มแรงงาน ชาวนา ชาวไร่ แม้ว่ารัฐบาลในหลายสมัยไม่เห็นด้วยกับบทบาทของคนกลุ่มนี้ แต่เมื่อแพทย์ชนบทเริ่มเข้าไปรับตำแหน่งในกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มแพทย์ชนบทจึงมีบทบาทมากขึ้นในการกระจายการบริการทางการแพทย์ไปยังพื้นที่ชนบท (Cameron, 2006: 100) ในปัจจุบันกลุ่มแพทย์ชนบทได้ติดต่อกันที่สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีนายแพทย์ประเวศ วะสีเป็นแกนนำ การชุมนุมของกลุ่มแพทย์ชนบทที่นี้จึงรู้จักกันในชื่อที่ว่า “กลุ่มสามพราน” สำหรับกลุ่มแพทย์ชนบท เวทีนี้ถือเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนความรู้และเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้พวกเขาสามารถพัฒนาความรู้ความสามารถได้อย่างต่อเนื่อง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 50)

ท่ามกลางพลังปกป้องสังคมจากพลังตลาดในประเทศไทย พลังสังคมจากแพทย์ชนบทจึงเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างมาก พวกเขาได้รับบทบาทที่สำคัญในกระทรวงสาธารณสุข และมักมีบทบาทที่สำคัญในหน่วยงานหลักของกระทรวงฯ ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม (อภ.) และองค์การอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมากและมักเป็นศูนย์รวมของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขหัวก้าวหน้า และเมื่อมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันนำไปสู่การตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บุคลากรของกลุ่มแพทย์ชนบทก็ได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญ ในการสร้างระบบสาธารณสุขที่รอบด้าน นอกจากนี้ เราจะได้เห็นต่อไปว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงสร้างของการประกาศซีแอลที่เข้มแข็งภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างนายแพทย์สงวน นายแพทย์ศิริวัฒน์ และนายแพทย์วิชัย ซึ่งบุคคลทั้งสามเป็นกลุ่มแพทย์ชนบทหรือกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าที่มีบทบาทที่สำคัญในกระทรวงมาโดยตลอด

1.1.2 การต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรกับการเปิดโปงทุจริต ยา

กลุ่มแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มที่มีบทบาทอย่างมากในวงการสาธารณสุข จากประสบการณ์การทำงานที่คลุกคลีอยู่กับชาวบ้านในชนบท พวกเขาได้เคลื่อนไหวและแสดงจุดยืนในฐานะพลังปกป้องสังคมมาโดยตลอด ผลงานที่ทำให้บทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทเป็นที่ประจักษ์อย่างมาก

ได้แก่ การต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรร่วมกับภาคประชาสังคมและนักวิชาการสายสาธารณสุขกลุ่มอื่น และบทบาทในการเปิดโปงการทุจริตยาในสมัยรัฐบาลชวนสอง

สำหรับบทบาทในการต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 กลุ่มแพทย์ชนบทได้แสดงจุดยืนอย่างชัดเจนว่าไม่เห็นด้วยกับการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ.2534 ชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งมีนายแพทย์ปริดา แต่อารักษ์ เป็นประธานในสมัยนั้น ได้ร่วมมือกับคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) ลงชื่อคัดค้านการแก้ไขกฎหมายฉบับดังกล่าว พวกเขาเห็นว่า พฤติกรรมของรัฐบาลสหรัญในการใช้มาตรา 301 มากดดันรัฐบาลไทยให้แก้กฎหมายสิทธิบัตรของไทย ถือเป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นผลกำไรของกลุ่มธุรกิจเป็นสำคัญโดยไม่คำนึงถึงความยุติธรรมและมนุษยธรรม อีกทั้งยังขัดกับหลักการของความเป็นประชาธิปไตยซึ่งสหรัญให้การสนับสนุน กลุ่มแพทย์ชนบทและพันธมิตรจึงเรียกร้องให้รัฐบาลสหรัญยุติพฤติกรรมดังกล่าว และเจรจาเรื่องการคุ้มครองสิทธิบัตรยาในเวทีพหุภาคีแทน อย่างไรก็ตามถึงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2534 รัฐบาลไทยในยุคของอานันท์ ปันยารชุน กลับเร่งรีบผ่านร่างพรบ.สิทธิบัตรฉบับแก้ไขออกมา ทั้งที่ในเวลานั้นยังมีข้อถกเถียงในเรื่องระยะเวลาการบังคับใช้สิทธิบัตร ระยะเวลาการให้ความคุ้มครอง และการคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยา ประเด็นที่ปรากฏในร่างพรบ.สิทธิบัตรฉบับแก้ไข ล้วนสะท้อนความต้องการของรัฐบาลสหรัญทั้งสิ้น (สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539: 160 และ 170)

หลังจากบทบาทในการต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติแล้ว บทบาทที่ทำให้ชื่อของชมรมแพทย์ชนบทเป็นที่รู้จักกันทั่วประเทศได้แก่ การเปิดโปงกรณีการทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลชวนสมัยที่สอง กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2541 ภายใต้อำนาจรัฐบาลชวน หลีกภัย ชมรมแพทย์ชนบทได้ออกมาเปิดเผยต่อสาธารณชนว่า สมาชิกของชมรมแพทย์ชนบทบางคนได้รับคำสั่งจากส่วนกลางให้สั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์จากบริษัทใดบริษัทหนึ่งเป็นพิเศษ ซึ่งมีราคาสูงกว่าบริษัททั่วไป 2-3 เท่าตัว นอกจากนี้ ข้าราชการระดับสูงบางคนยังได้มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขด้วยการออกคำสั่งยกเลิกเพดานราคาและเวชภัณฑ์ และเปลี่ยนแปลงโครงสร้างงบประมาณเพื่อให้เจ้าหน้าที่ประจำจังหวัดบางราย มีอำนาจในการสั่งซื้อมากกว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเอื้อให้เจ้าหน้าที่ของส่วนกลางเข้าไปแทรกแซงการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ได้ง่ายยิ่งขึ้น (Cameron, 2006: 100; นวลน้อย ตรีรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 2-3; วิชัย โชควิวัฒน์, 2550ข: 35-6) การประกาศในลักษณะนี้ทำให้สาธารณชนให้ความสนใจอย่างมากเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีภาพลักษณ์ของการช่วยเหลือประชาชน การทุจริตจัดซื้อยาจึงเป็นสิ่งที่สังคมรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรง (มดิชน, 2541, 2 ก.ย.; กรุงเทพธุรกิจ, 2541ก, 15 ก.ย.)

อย่างไรก็ดี คดีทุจริตนี้ได้กลายเป็นที่สนใจของสังคมอย่างกว้างขวางมากขึ้นไปอีก จากการตอบโต้กันระหว่างตัวแทนของกระทรวงฯและกลุ่มแพทย์ชนบท กล่าวคือ เมื่อวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2541 นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ ปลัดกระทรวงในเวลานั้น ได้ออกมาโจมตีว่าการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทครั้งนี้มีสาเหตุมาจากการสูญเสียค่าคอมมิชชั่นหรือค่าหัว

คิวในการจัดซื้อยาร้อยละ 10 ข้อกล่าวนี้ได้ทำให้ฝ่ายแพทย์ชนบทและกลุ่มผู้สนับสนุนออกมาตอบโต้ โดยฝั่งแพทย์อาวุโสอย่างนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ และนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ออกมาให้กำลังใจแพทย์ชนบท พร้อมกันนั้น นายแพทย์มงคล ณ สงขลา เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาในเวลานั้น และนายแพทย์ดำรง บุญยอินธิบตี กรมอนามัยในเวลานั้น ได้ออกมาให้สัมภาษณ์ว่า การทุจริตยาตามที่แพทย์ชนบทออกมาเปิดเผยเป็นเรื่องจริง (มติชน, 2541, 12 ก.ย.) นอกจากนี้ ชมรมแพทย์ชนบทยังได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน 30 องค์กร ร่วมออกแถลงการณ์เรียกร้องให้นายรักเกียรติ สุขธนะ รัฐมนตรีกระทรวงฯ นายธีระวัฒน์ ศิริวันสาณฑ์ รัฐมนตรีช่วยฯ นายแพทย์ปารากรม วุฒิพงศ์ ปลัดกระทรวงฯ และนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ รองปลัดกระทรวงฯ ลาออกเพื่อแสดงความรับผิดชอบ ทั้งยังประกาศรวบรวมรายชื่อจำนวน 50,000 รายชื่อเพื่อขับไล่ผู้บริหารของกระทรวงฯออก (มติชน, 2541, 14 ก.ย.; มติชน, 2541, 15 ก.ย.; กรุงเทพธุรกิจ, 2541ข, 15 ก.ย.; ผู้จัดการรายวัน, 2541, 16 ก.ย.; นวลน้อย ตีร์รัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 3-4; พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, 2550: 112-3)

ผลของการเคลื่อนไหวได้ทำให้นายรักเกียรติและนายธีระวัฒน์แห่งพรรคกิจสังคม ยื่นใบลาออกจากตำแหน่งในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2541 และวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2541 ตามลำดับ ในขณะที่นายแพทย์ปารากรม และนายแพทย์ธวัชได้ถูกสั่งย้ายและตั้งกรรมการสอบวินัยขั้นร้ายแรงและนำไปสู่การลาออกในที่สุด นอกจากนี้ ยังมีข้าราชการระดับสูงในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ถูกไล่ออกจากราชการด้วย ในขณะที่ ที่ปรึกษารัฐมนตรีก็ถูกส่งไปดำเนินคดีอาญาต่อในศาลฎีกาแผนกคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองเป็นรายแรกของประเทศไทย (นวลน้อย ตีร์รัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 5 และ 15-8)³

ด้วยเหตุนี้ บทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทมีความสำคัญอย่างมากในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย บุคลากรของชมรมล้วนประกอบไปด้วยกลุ่มแพทย์ที่มีคุณภาพและได้ประสานงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด พวกเขาจึงมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและตัวเลขงบประมาณ คาเมรอนได้แสดงความเห็นว่า กลุ่มแพทย์ชนบทมีความเป็นอิสระและรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่นเพียงพอที่จะไม่ตกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทุจริตคอร์รัปชัน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกลุ่มแพทย์ชนบทเป็นพลังสังคมที่เคลื่อนไหวมาอย่างยาวนานในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงยา อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะพวกเขามีความสัมพันธ์กับกลุ่มเอ็นจีโอทางด้านสาธารณสุข (Cameron, 2006: 101) การเคลื่อนไหวของพวกเขาจึงมีความเข้มแข็งเพียงพอในการทำให้ประเด็นที่ผลักดันได้รับความสนใจจากผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง

บทบาททั้งสองประการในข้างต้นถือเป็นผลงานชิ้นสำคัญที่ทำให้สาธารณสุขชนได้ทราบว่ากลุ่มแพทย์ชนบทเป็นพลังสังคมที่ต้องการปกป้องผลประโยชน์ให้แก่ประชาชน และเป็นส่วนหนึ่งของการเรียกร้องเข้าถึงยาด้วย การคัดค้านการแก้ไขพรบ.สิทธิบัตรถือเป็นการป้องกันมิให้

³ โปรดดูรายชื่อของผู้ที่ถูกไล่ออกจากราชการและดำเนินคดีในงานของนวลน้อย ตีร์รัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545: 17-8)

ระบบสิทธิเข้ามาทำลายโอกาสในการเข้าถึงยาของประชาชนจากราคาที่สูงขึ้น ในขณะเดียวกัน บทบาทในการเปิดโปงทุจริตยาถือเป็นการต่อต้านกับระบบทุจริตในวงการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ประชาชนผู้เสียภาษีเป็นฝ่ายเสียประโยชน์ และรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณแผ่นดินโดยมีผู้รับประโยชน์เป็นคนกลุ่มเล็ก ๆ อย่างไม่ต้องสงสัย บทบาทของพวกเขา ยังได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องและถือเป็นพลังที่สำคัญในกระทรวงสาธารณสุขจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

1.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ชนบทกับพลังสังคมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

ก่อนการวิเคราะห์ถึงพลังปกป้องสังคมจากภาคประชาสังคมในส่วนถัดไป ประเด็นสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแพทย์ชนบทคือ พลังสังคมต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เมื่อกล่าวถึงพลังสังคมภายในกระทรวงสาธารณสุขในยุคสมัยของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ปรากฏว่า ได้มีพลังสังคมกลุ่มต่างๆที่แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆถึง 5 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกได้แก่ ฝ่ายข้าราชการประจำ ซึ่งนำโดยนายแพทย์ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวง แม้ว่ากลุ่มนี้จะมีพรรคพวกไม่มาก แต่นายแพทย์ปราชญ์มีผู้ใกล้ชิดซึ่งติดตามมาตั้งแต่อยู่กรมสุขภาพจิตคือ นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และแพทย์หญิงศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์ เป็นกำลังสำคัญ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งได้รับผลกระทบอย่างมากจากการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เนื่องจากในอดีต นายแพทย์ในสสจ.เป็นผู้โอนเงินไปยังสถานพยาบาลต่างด้วยตนเอง แต่การตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ได้ทำให้คนกลุ่มนี้สูญเสียอำนาจนี้ไปโดยปริยาย ในบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้ สปสช.เป็นผู้โอนเงินไปยังสถานพยาบาลต่างๆโดยตรง ทำให้ สสจ. สูญเสียอำนาจในการสั่งการอย่างมาก กลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มข้าราชการที่ผันแปรตามชั่วอำนาจทางการเมือง เช่น นายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค และนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคดีการทุจริตยา 1.4 พันล้านบาท นายแพทย์ชาติรี บานชื่น อธิบดีกรมการแพทย์ ซึ่งพัวพันในคดีการจัดซื้อคอมพิวเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา นายแพทย์ระดับ 10 ของกระทรวง และนายแพทย์ไพจิตร วราชิด อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งทั้งคู่เป็นหนึ่งในคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและสอบวินัยข้าราชการ กลุ่มที่สี่ ได้แก่ ข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ทำงานในพื้นที่ชนบท บุคลากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ทำงานในเชิงตั้งรับตามนโยบายจากส่วนกลาง และไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายของฝ่ายการเมือง ด้วยเหตุนี้ ข้าราชการในกลุ่มนี้จึงผันตัวเองไปทำงานในภาคเอกชนเป็นจำนวนมากในแต่ละปี

สำหรับกลุ่มสุดท้ายได้แก่ กลุ่มแพทย์ในชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลมากที่สุดในยุคของนายแพทย์มงคล โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ทำงานในกระทรวง และกลุ่มที่ทำงานนอกกระทรวง แต่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ทำงานในกระทรวงนำโดยนายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษากระทรวง นายแพทย์ธรรมจักร ธรรมศักดิ์ ผู้ตรวจ

ราชการ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรช.) นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้อำนวยการศูนย์เฝ้าระวัง นายแพทย์ ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รวมถึงนายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน สำหรับกลุ่มที่ทำงานนอกกระทรวง แกนนำคนสำคัญได้แก่ นายแพทย์สรวง นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นายแพทย์สุภกร บัวสาย ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้อำนวยการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีแรงสนับสนุนจากนายแพทย์ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อธิบดีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์มรกต กรเกษม อธิบดีเลขาธิการสำนักงานอาหารและยา (อย.) (โพสต์ทูเดย์, 2549, 17 ต.ค.)

ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงพลังสังคมที่ทรงพลังในกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มแพทย์ชนบทซึ่งทำงานร่วมกับกลุ่มบุคลากรวิชาชีพหัวก้าวหน้า และกลุ่มสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งเกิดขึ้นมาพร้อมกับการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข เป็นสองกลุ่มที่มีบทบาทโดดเด่นมากที่สุด อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มแพทย์ชนบทและข้าราชการสาธารณสุข ฝ่ายกระแสหลักหรือกลุ่มแพทยสภา จะพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีแนวคิดที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง กล่าวคือ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ชนบทหรือกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าเป็นพลังสังคมที่เคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องการเข้าถึงยาและประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง กลุ่มแพทยสภาหรือกลุ่มสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นพลังสังคมที่เคลื่อนไหวเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มผู้ที่ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาลเป็นสำคัญ ข้อสังเกตที่สำคัญคือ จุดยืนของพลังสังคมกลุ่มนี้เป็นไปในลักษณะของการรักษาสถานะเดิมเพื่อรักษาฐานผลประโยชน์ของตนไว้ และไปสอดคล้องกับผลประโยชน์ของกลุ่มโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน

ภายใต้ยุคของนายแพทย์มงคล กลุ่มแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในกระทรวงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปีพ.ศ.2545 ได้ปรากฏรายชื่อของบุคคลที่มีความคุ้นเคยกันในหมู่แพทย์ชนบทเป็นอย่างดี นั่นคือ นายแพทย์สรวง นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขาธิการคนแรกของสปรช. จากการสัมภาษณ์นายแพทย์วินิต วิไลวงศ์วัฒนกิจ เราได้ข้อมูลที่สำคัญว่า กลุ่มแพทยสภาเป็นกลุ่มอำนาจเก่าที่ครอบงำระบบราชการในกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นเวลานาน แพทยสภาเป็นกลุ่มที่มีบทบาทอย่างมากในการควบคุมทรัพยากรในกระทรวง 3 ประเภท อันได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และเวชภัณฑ์ ซึ่งทำให้การบริหารจัดการระบบราชการในกระทรวงอยู่ภายใต้ร่มเงาของคนกลุ่มนี้มาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการตั้งสปรช.ขึ้นทำให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเคยมาอยู่ที่กลุ่มแพทยสภา ก็ถูกโยกย้ายไปที่หน่วยงานใหม่แทน การจัดสรรงบประมาณซึ่งเคยอยู่ภายใต้อิทธิพลของข้าราชการกลุ่มกระแสหลัก จึงถูกถ่ายโอนมาอยู่ที่กลุ่มข้าราชการหัวก้าวหน้าแทน ผลของการจัดตั้งสปรช.ทำให้กลุ่มแพทยสภาไม่พอใจอย่างรุนแรง จนอาจกล่าวได้ว่าในการประชุมแต่ละครั้ง ตัวแทนจากสปรช.เป็นที่รังเกียจของกลุ่มแพทยสภาอย่างมาก นอกเหนือจาก

เรื่องงบประมาณแล้ว ในภายหลัง สปสช.ได้ดึงเอาหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบของกองทุนสุขภาพท้องถิ่นขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เข้าถึงมากยิ่งขึ้น นโยบายนี้ทำให้อำนาจของกลุ่มสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งใกล้ชิดกับกลุ่มแพทย์สภาลดลงอย่างมาก (วินิต วิโลงษ์วัฒนกิจ, *สัมภาษณ์*, 12 เมษายน 2553; *โพสต์ทูเดย์*, 2549, 17 ต.ค.)

ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงจุดยืนที่แตกต่างกันนี้ในกรณีของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำที่ของกลุ่มแพทย์สภาจึงแตกต่างออกจากกลุ่มแพทย์ชนบทในข้างต้นอย่างสิ้นเชิง สำหรับกลุ่มแพทย์สภาแล้ว หากหลักประกันสุขภาพขยายตัวออกไป จนมีความมั่นคงและมีคุณภาพที่น่าเชื่อถือ จนทำให้ชนชั้นกลางสามารถเข้าไปรับบริการได้แล้ว พวกเขาจะเสียประโยชน์ ด้วยเหตุนี้ ทำที่ของกลุ่มแพทย์สภาจึงออกมาในลักษณะของความพยายามตีกรอบให้หลักประกันสุขภาพมีขนาดจำกัดเพื่อรองรับชนชั้นล่างเท่านั้น (จอห์น อิงภากรณ์, *สัมภาษณ์*, 9 มกราคม 2552) ข้อสังเกตนี้ตรงกับบันทึกของนายแพทย์สงวนที่เห็นว่า กลุ่มบุคคลที่ต่อต้านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักชูเหตุผลเรื่องปัญหาที่แพทย์อาจถูกฟ้องร้องตามมาตรา 42 ของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ที่จริงแล้ว พวกเขากังวลว่า คลินิกเอกชนอาจไม่มีคนไข้มารับบริการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 90) อย่างไรก็ดี แม้ว่าสปสช.ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์และกดดันจากพลังสังคมในกระทรวงด้วยตัวเอง แต่ทว่าพลังของกลุ่มแพทย์ชนบทยังได้ทำงานอย่างต่อเนื่องไปจนถึงช่วงที่มีการประกาศซีแอล นายแพทย์ในกลุ่มแพทย์ชนบทมีบทบาทอย่างมากในการผลักดันให้การประกาศซีแอลเกิดขึ้นได้ คณะกรรมการพิเศษชุดต่างที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทยาต่างชาติ เพื่อคัดเลือกยาจำเป็นที่ต้องมีการประกาศใช้สิทธิ และเพื่อการขับเคลื่อนซีแอล ล้วนมีแพทย์กลุ่มนี้เป็นพลังสังคมสำคัญ บทบาทคณะกรรมการชุดต่างๆนี้จะได้วิเคราะห์โดยละเอียดในบทที่หก

จากที่กล่าวมานี้ บทบาทและการตัดสินใจของพลังสังคมทั้งสองกลุ่มในกระทรวง จึงมีผลอย่างมากต่อนโยบายสาธารณสุขที่ออกมาในแต่ละยุคสมัย จอห์น อิงภากรณ์ จากมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ตั้งข้อสังเกตว่า รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมักมีบทบาทในการเลือกว่า จะรับฟังพลังสังคมกลุ่มใดในกระทรวงสาธารณสุข และแน่นอนว่าย่อมส่งผลต่อนโยบายของกระทรวงที่ออกมา (จอห์น อิงภากรณ์, *สัมภาษณ์*, 9 มกราคม 2552) ในสมัยรัฐบาลสุรยุทธ์ ซึ่งเป็นยุคสมัยที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร ได้มีการแต่งตั้งนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ขึ้นดำรงตำแหน่งเจ้ากระทรวงสาธารณสุข ในแวดวงของเหล่าแพทย์ชนบท นายแพทย์มงคลเป็นบุคคลสำคัญที่มีแนวคิดเช่นเดียวกับกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้า และมีบทบาทมาอย่างยาวนานในการเรียกร้องการเข้าถึงยาของประชาชน ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากเหตุการณ์รัฐประหาร 19 กันยานี้ ทำให้นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่ง อธิบายว่า การประกาศซีแอลเกิดขึ้นได้เพราะเหตุการณ์รัฐประหาร อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคประชาสังคม นักวิชาการสายสาธารณสุข หรือแม้แต่กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังในไทยเป็นประเด็นที่ไม่สามารถละเลยได้ พลังสังคมกลุ่มนี้มีบทบาทในการเคลื่อนไหวเพื่อการเข้าถึงยาร่วมกับกลุ่มแพทย์ชนบทมาเป็นเวลานาน การอธิบายการประกาศใช้สิทธิโดยละเอียดบทบาทของพลังปกป้องสังคมกลุ่มนี้ จึงเป็นคำอธิบายที่ไม่สมบูรณ์

1.2 ภาคประชาสังคม นักวิชาการสายสาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังในไทย

หากกล่าวถึงกลุ่มประชาสังคมในไทย พัฒนาการที่มีมาอย่างยาวนานส่งผลให้เอ็นจีโอ นักวิชาการ และกลุ่มผลประโยชน์มีจำนวน จุดประสงค์ และกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป (ใจ อึ้งภากรณ์, และคณะ, 2549; อนุชาติ พวงสำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2542) กลุ่มประชาสังคมและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านสาธารณสุขก็เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประชาสังคมที่มีบทบาทในสังคมไทย ด้วยระยะเวลาในการก่อตัวที่มีมาอย่างยาวนาน ทำให้ภาคประชาสังคมสายสาธารณสุขมีบทบาทมากมายที่เอื้อให้เกิดการเข้าถึงยาของประชาชน จุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาคประชาสังคมไทยคือ การที่เอ็นจีโอและนักวิชาการสายก้าวหน้าได้มีโอกาสเข้าไปเป็นที่ปรึกษาทางด้านสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลชาติชาย ชุณหะวัณ ทำให้นโยบายของรัฐบาลชุดนั้นเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยอย่างมาก (สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539) แต่ทว่าการปฏิบัติโดยคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) ทำให้โครงสร้างนี้ล่มสลายลง ในขณะที่นโยบายเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่เริ่มต้นเฟื่องฟูในประเทศไทย โดยสะท้อนออกมาจากนโยบายทางเศรษฐกิจที่เอื้อประโยชน์ให้แก่กลุ่มทุนขนาดใหญ่ รวมถึงการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรตามที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม หลังจากการปฏิวัติของคณะรสช.ได้ไม่นาน การเมืองไทยได้เข้าสู่ยุคของพลัดเคลื่อนไหวของภาคประชาชนผ่านเหตุการณ์พฤษภาทมิฬในปีพ.ศ.2535 เหตุการณ์นี้ถือว่าเป็นการจุดประกายให้แก่ภาคประชาสังคมไทย เอ็นจีโอและนักวิชาการที่เคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย กลับมามีบทบาทที่โดดเด่นในกิจกรรมต่างๆ อีกครั้ง ถึงตอนนี้พวกเขาได้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญของการเข้าถึงยาสำหรับประชาชน บทบาทเหล่านี้ได้แก่ บทบาทในการต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร ซึ่งขับเคลื่อนโดยกลุ่มศึกษาปัญหาและกลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญา บทบาทในการเรียกร้องการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อมูลในบทที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นแล้วว่า ผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยแรงงานอันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ บทบาทในการคัดค้านการจดสิทธิบัตรยาคอมบิโดซึ่งภาคประชาสังคมไทยต่างเห็นว่าไม่มีความเหมาะสมในการได้รับการคุ้มครองทางสิทธิบัตร และสุดท้ายได้แก่ บทบาทในการเรียกร้องให้ยุติการค้าที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งพวกเขามองว่า เขตการค้าเสรีมักแอบแฝงเงื่อนไขบางประการที่ส่งผลโดยตรงต่อการคุ้มครองสิทธิบัตรยาอย่างเข้มงวด โดยประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศต้องเผชิญกับปัญหาการเข้าถึงยา

เมื่อประมวลบทบาทต่างๆ เข้าด้วยกัน การเคลื่อนไหวเหล่านี้เป็นบทสะท้อนถึงการก่อตัวของภาคประชาสังคมทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย กิจกรรมต่างๆ ได้ทำให้พวกเขามีความเข้มแข็งมากขึ้นเป็นลำดับ และกลายมาเป็นพลังปกป้องสังคมที่สำคัญในการต้านทานกับการแสวงหากำไรของตลาดอุตสาหกรรมยาในไทย

1.2.1 กลุ่มศึกษาปัญหาและกลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญากับการ ต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร

หากกล่าวถึงการก่อตัวของนักวิชาการในยุคบุกเบิก “กลุ่มศึกษาปัญหา” หรือกลุ่มที่มีชื่อย่อว่า “กศย.” ถือเป็นกลุ่มนักวิชาการสายสาธารณสุขที่มีบทบาทในทางสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน กลุ่มศึกษาปัญหาก่อตั้งขึ้นจากความพยายามของอาจารย์สำลี ใจดี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้บุกเบิกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของประเทศไทย กล่าวได้ว่า กลุ่มศึกษาปัญหายาเป็นกลุ่มที่บทบาทอย่างเข้มข้นในด้านวิชาการและการเคลื่อนไหวให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในช่วงเวลาก่อตั้งกลุ่มนั้น ประเทศไทยมีปัญหาด้านการใช้ยาชุดอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท อาจารย์สำลีจึงได้ร่วมกับคณาจารย์และนิสิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อตั้งกลุ่มศึกษาปัญหายาขึ้นในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ.2518 กลุ่มศึกษาปัญหายาถือเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนแห่งแรกที่มุ่งให้ความคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัย และรณรงค์ปัญหาชุด ยาของ และการใช้ยาที่เหมาะสมของสังคม ในช่วงเวลาดังกล่าวประชาชนเป็นจำนวนมากไม่รู้ไม่เท่าทันโฆษณา ทำให้พวกเขาหลงเชื่อคำชักชวนที่ผิดๆ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ผลงานวิจัยของกลุ่มศึกษาปัญหายาได้นำเสนอไปยังสำนักงานอาหารและยา และรัฐบาลในการแก้ปัญหาต่อไป จากที่กล่าวมานี้กลุ่มศึกษาปัญหายา จึงเป็นการรวมกลุ่มของนักวิชาการด้านเภสัชศาสตร์ โดยมีรูปแบบเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งมีความคล่องตัวในการทำงานมากกว่าการทำงานในระบบราชการ อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีบทบาทหลักในเรื่องการเป็นฐานทางวิชาการสำหรับการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ที่มีความสนใจในเรื่องยา พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน และผลประโยชน์ของบรรษัทข้ามชาติ องค์ความรู้เหล่านี้ถูกถ่ายทอดไปยังสาธารณสุขผ่านกิจกรรมการรณรงค์และการเคลื่อนไหวในพื้นที่ชนบท (จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2548; หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม และคณะ, 2551: 44; นวลน้อย ตริรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 42-3; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสุรพล มุละดา, 2544: 109)

บทบาทในช่วงต้นที่สำคัญคือ การที่กลุ่มศึกษาปัญหายาได้ร่วมมือกับคณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ศึกษากรณีเฉพาะเรื่อง “โครงการเภสัชชนบท” เพื่อส่งเสริมให้เภสัชกรไปทำงานในชนบทเช่นเดียวกับในกรณีของแพทย์ชนบท กล่าวได้ว่า กลุ่มศึกษาปัญหายามีพื้นฐานมาจากกลุ่มเภสัชชนบท ซึ่งเริ่มก่อตัวในช่วงเวลาไล่เลี่ยกับกลุ่มแพทย์ชนบท แม้ว่ากลุ่มเภสัชชนบทเป็นพลังสังคมที่มีได้มีอิทธิพลภายในกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่ก็ถือเป็นกลุ่มหัวก้าวหน้าในวงการสาธารณสุขและเภสัชกรรม อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากลุ่มแพทย์ชนบทแต่อย่างใด ในเดือนเมษายน พ.ศ.2524 พวกเขาต้องการร่วมมือกันแก้ไขปัญหายาสาธารณสุขและปัญหาของเภสัชกรในพื้นที่ชนบท เช่น การจัดหาอัตราข้าราชการเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน การปรับปรุงหลักสูตร การสร้างคุณภาพของนิสิตเภสัชให้สามารถทำงานในโรงพยาบาลชุมชนได้เมื่อสำเร็จการศึกษา พอถึง

เดือนเมษายน พ.ศ.2526 โครงการนี้ได้พัฒนาเป็น “โครงการผลิตเภสัชกรสำหรับชนบท” เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาคาดแคลนเภสัชกรในพื้นที่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรมจึงได้เสนอให้นิสิตคณะเภสัชศาสตร์รับใช้ทุนภายหลังจบการศึกษาเป็นเวลา 2 ปี (นวนน้อย ตีรรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 41-2)

อย่างไรก็ตาม ในที่สุดแล้ว กลุ่มศึกษาปัญหาได้ค้นพบว่า บริษัทยาข้ามชาติเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การอบรมในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากชาวบ้านยังคงไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา เมื่อเวลาผ่านไป บริษัทยาต่างๆ เริ่มมีบทบาทในเชิงรุกต่อนโยบายด้านยาของไทยมากยิ่งขึ้น พอถึงปีพ.ศ.2526 ฟาร์มา (PhRMA) ได้กดดันให้รัฐบาลไทยแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฉบับพ.ศ.2522 ให้เพิ่มความเข้มงวดในการคุ้มครองสิทธิบัตรยา ในบทที่สี่ได้ชี้ให้เห็นแล้วว่า ยุทธศาสตร์ในการกดดันไทยคือการลอบบีให้ผู้แทนการค้าสหรัฐหรือยูเอสทีอาร์เข้ามาเจรจาการค้ากับไทย โดยเสนอข้อแลกเปลี่ยนเรื่องสิทธิพิเศษทางการค้ากับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเข้มงวด ในช่วงเวลาที่ฟาร์มาเริ่มกดดันไทยอย่างหนักนั้น กลุ่มศึกษาปัญหาได้ศึกษาผลกระทบของการแก้ไขพรบ.สิทธิบัตร พวกเขาพบว่า หากมีการแก้ไขพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวจริง ย่อมนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยเกิดขึ้นตามมาหลายประการ กล่าวคือ สิทธิบัตรต่อผลิตภัณฑ์จะนำไปสู่การผูกขาดตัวยาอันทำให้ผู้ทรงสิทธิมีอำนาจในการกำหนดราคาได้ตามความต้องการ ในขณะที่อุตสาหกรรมยาของไทยไม่มีความสามารถเพียงพอในการผลิตยา ผลก็คือ รัฐบาลจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมหาศาลในการนำเข้ายาจากต่างประเทศ สวนทางกับความสามารถของอุตสาหกรรมยาไทยในการพัฒนาและวิจัยเทคโนโลยีการผลิตยาสำเร็จรูป ในท้ายที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจะไม่มั่งบประมาณเพียงพอในการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศเพื่อมาจัดสรรให้แก่ผู้ป่วยภายในประเทศได้ (จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2548ข: ออนไลน์; สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539: 73-4) ตัวอย่างเช่น จากงานวิจัยในปี พ.ศ.2531 หากไทยมีสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา มูลค่าการนำเข้าและผลิตยาแผนปัจจุบันจะเพิ่มจาก 10,050 ล้านบาท เป็น 17,255 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 71.7 เมื่อนำตัวเลขนี้ไปคูณกับปริมาณผู้บริโภคยา ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในกลุ่มยาที่มีสิทธิบัตรก็จะสูงขึ้น จนกระทั่งไม่สามารถเข้าถึงได้ (สำลี ใจดี และจิราพร ลิ้มปานานนท์, 2534; สิทธิกร นิพภะ, 2548: 135-8)

กลุ่มศึกษาปัญหาจึงเป็นพลังปกป้องสังคมกลุ่มสำคัญในการระดมพลังสังคมอื่นๆ ออกมาคัดค้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรยา ตัวอย่างที่สำคัญเช่น การจัดสัมมนาเรื่อง “สิทธิบัตรยาสำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาในเอเชีย” เมื่อวันที่ 4-6 เมษายน พ.ศ.2530 การสัมมนาครั้งนั้น ทางกลุ่มศึกษาปัญหาได้ร่วมมือกับโครงการศึกษาระบบทรัพย์สินทางปัญญา สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สหพันธ์องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคนานาชาติ และคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) พร้อมทั้งตัวแทนจากบังคลาเทศ อินโดนีเซีย ศรีลังกา ฟิลิปปินส์ อินเดีย ญี่ปุ่น มาเลเซีย ปากีสถาน และเกาหลีใต้ ที่สัมมนาได้ข้อสรุปว่า ไม่เห็นด้วยกับการคุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาเนื่องจากจะทำให้เกิดยาราคาแพง และการขาดการพัฒนา คิดค้น และถ่ายทอดทางเทคโนโลยี (สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539: 114) อย่างไรก็ตาม

ดี ดังที่ได้กล่าวถึงไว้แล้วว่า รัฐบาลในช่วงเวลาดังกล่าวให้ความสำคัญกับการค้าระหว่างประเทศอย่างมาก พวกเขาเกรงกลัวอิทธิพลของสหรัฐซึ่งแสดงความไม่พอใจต่อรัฐบาลไทยในเรื่องการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเปิดเผย รัฐบาลไทยจึงได้มีมาตรการชั่วคราวเพื่อผูกขาดยาใหม่ในตลาดเป็นเวลา 2 ปี ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ผ่านมา

ควบคู่ไปกับกลุ่มศึกษาปัญหา ได้มีพลังสังคมอีกกลุ่มหนึ่งเกิดขึ้นเพื่อเคลื่อนไหวต่อต้านความพยายามในการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร อันได้แก่ “กลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญา” โดยมีอาจารย์สุธี ประศาสนเศรษฐกิจ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ เป็นประธาน กลุ่มนี้เป็นการรวมตัวของนักวิชาการที่สนใจในประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา โดยมีสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์ เป็นแรงสนับสนุน สาเหตุที่ต้องจัดตั้งกลุ่มนี้ขึ้นเพราะ ในช่วงเวลาดังกล่าว ประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาเป็นประเด็นสำคัญ แต่กลับไม่มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลาที่สหรัฐได้กดดันรัฐบาลไทยอย่างหนักให้ยอมรับการคุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา การศึกษาถึงผลกระทบต่อประชาชนในเรื่องการเข้าถึงยาจึงมีความสำคัญอย่างมาก ทำหน้าที่ชัดเจนของกลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญาคือ การรับรองสิทธิบัตรยามิได้ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาได้ประโยชน์ตามที่มีการกล่าวสนับสนุนจากกระทรวงพาณิชย์ กรมทรัพย์สินทางปัญญา หรือสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์แต่อย่างใด (สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539: 112)

สุธีได้ชี้ให้เห็นว่า ระดับความเข้มงวดของกฎหมายสิทธิบัตรควรสอดคล้องกับระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศซึ่งมีความแตกต่างกัน อันเป็นการป้องกันการผูกขาดเทคโนโลยีและสามารถพัฒนาประเทศได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 5-1 ตารางแสดงระดับการพัฒนาประเทศและการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เหมาะสม

ระดับการพัฒนา	ระดับเทคโนโลยี		ความสามารถในการเลียนแบบ	นโยบายคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เหมาะสม
	ขาย	ซื้อ		
ประเทศพัฒนาแล้ว	สูงมาก	สูง	สูง	กฎหมายสิทธิบัตรสมบูรณ์แบบและเข้มงวด
ประเทศอุตสาหกรรมใหม่	ต่ำ	สูงมาก	สูง	กฎหมายสิทธิบัตรไม่เข้มงวดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการผลิตโดยคนในชาติ
ประเทศกำลังพัฒนา	น้อยนิด	สูงมาก	ปานกลาง	รัฐเป็นผู้ซื้อสิทธิบัตรแทนส่วนรวมและจัดสรรผลประโยชน์แก่นักประดิษฐ์
ประเทศด้อยพัฒนา	ไม่มี	น้อยนิด	น้อยนิด	ไม่ต้องมีกฎหมายสิทธิบัตร

ที่มา: สุธี ประศาสนเศรษฐกิจ (2530: 110)

สำหรับประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปหรือสหรัฐ พวกเขามีเทคโนโลยีในระดับสูงทั้งการซื้อและการขาย รวมทั้งมีความสามารถในการเลียนแบบสูง การใช้กฎหมายสิทธิบัตรแบบเข้มงวดจึงมีความเหมาะสมอย่างมาก ในอีกด้านหนึ่ง สำหรับประเทศด้อยพัฒนา เช่น ประเทศในทวีปแอฟริกา พวกเขาไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายสิทธิบัตรเนื่องจากมีความสามารถในการลอกเลียนแบบต่ำมาก ในขณะที่เทคโนโลยีในการผลิตไม่มีเลย หากมีกฎหมายสิทธิบัตรแล้ว พวกเขาจะไม่สามารถพัฒนาเทคโนโลยีใดๆได้ สำหรับประเทศไทย ซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา แม้ว่าประเทศกลุ่มนี้มีความสามารถในการลอกเลียนแบบ แต่เทคโนโลยีส่วนมากเกิดจากการซื้อมากกว่าการคิดค้นเองได้ รัฐจึงควรทำหน้าที่ซื้อสิทธิบัตรและจัดสรรให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาในประเทศ ในขณะเดียวกันก็ ตอบแทนเจ้าของสิทธิบัตรอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ทางโครงการศึกษาระบบทรัพย์สินทางปัญญา (2534) เห็นว่า การแก้ไขพร.สิทธิบัตร พ.ศ.2522 ของประเทศไทย ซึ่งเป็นไปตามแรงกดดันที่รัฐบาลไทยต้องการเอาใจสหรัฐ จึงไม่ควรเกิดขึ้น พวกเขารับไม่ได้กับคำมั่นสัญญาที่รัฐบาลไทยให้แก่สหรัฐว่า จะนำกฎหมายฉบับแก้ไขเข้าสู่สภานิติบัญญัติภายในสิ้นเดือนสิงหาคม พ.ศ.2534 และเห็นว่าการแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรจะทำให้เกิดการผูกขาดยา และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมในประเทศอย่างมาก

บทบาทของกลุ่มศึกษาปัญญา และกลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญา จึงเป็นการจูงประกายให้กับภาคประชาสังคมในการสร้างหลักประกันสุขภาพทางด้านสาธารณสุข ในสมัยรัฐบาลชาติชาย ภาคประชาสังคมได้เข้าไปมีส่วนในกระบวนการกำหนดนโยบายของรัฐบาล เนื่องจากรัฐบาลชาติชายต้องการนำความคิดเห็นของกลุ่มประชาสังคมมาใช้ในการบริหาร ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดก็คือ ไม่มีการออกกฎหมายเพื่อมารองรับการเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มธุรกิจยาอเมริกัน (สุชาติ ศิริวัฒน์, 2539) แม้ว่าการจูงยีนและข้อเสนอของพลังสังคมข้างต้นไม่สามารถทัดทานนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขพร.สิทธิบัตรได้ แต่พวกเขาก็เป็นพลังสังคมกลุ่มแรกที่ได้มีบทบาทในการต้านทานความพยายามของรัฐบาลเปรม (กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชฐะกุล, 2550: 33)

1.2.2 เอ็นจีโอกับการเรียกร้องการเข้าถึงยาเพื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมาอย่างยาวนาน ในช่วงต้นปีพ.ศ.2527 เอ็นจีโอในไทยที่ทำงานด้านเอดส์มีจำนวนประมาณ 50 หน่วยงาน และพอถึงปีพ.ศ.2532 เอ็นจีโอกลุ่มนี้ได้รวมตัวกันจัดตั้ง คณะกรรมการประสานงานเอ็นจีโอด้านเอดส์ (กพอ.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และข้อมูลระหว่างกัน เพื่อลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซ้อนกัน และเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้การเคลื่อนไหวในลักษณะแนวร่วม พอถึงช่วงทศวรรษที่ 1990 เอ็นจีโอในไทยที่ทำงานด้านเอดส์เริ่มมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีพ.ศ.2535 ถึงปีพ.ศ.2540 จำนวนเอ็นจีโอด้านเอดส์เพิ่มขึ้นจำนวนเป็นทวีคูณ

ในช่วงปีพ.ศ.2535 ถึงปีพ.ศ.2540 เอ็นจีโอที่เคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนมากถึง 538 หน่วยงาน หากพิจารณาในเชิงสถิติแล้ว จำนวนของเอ็นจีโอได้เพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ งบประมาณที่มาสนับสนุนเอ็นจีโอเพิ่มขึ้นไม่มากในช่วงเวลาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีพ.ศ.2539 ถึงปีพ.ศ.2540 ซึ่งเป็นปีที่เอ็นจีโอเพิ่มจำนวนขึ้นถึงกว่า 60 หน่วยงาน ในขณะที่งบประมาณเพิ่มขึ้นเพียง 10 ล้านบาทเท่านั้น (UNDP, 2004: 26 และ 37) อย่างไรก็ดี แม้ว่าจำนวนของเอ็นจีโอที่เคลื่อนไหวด้านเอดส์มีจำนวนมาก แต่มีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่มีการจัดโครงสร้างอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ในขณะที่เอ็นจีโออีกเป็นจำนวนมาก ยังมีโครงสร้างที่หลวมๆและไม่มีเป้าหมาย แผนงาน หรือกิจกรรมในการเคลื่อนไหวที่ชัดเจน

ตารางที่ 5-2 ตารางแสดงจำนวนเอ็นจีโอด้านเอดส์และเงินสนับสนุนในประเทศไทย

ปี	จำนวน	เงินทุนสนับสนุน (ล้านบาท)
2535	23	11.9
2536	39	15
2537	76	10
2538	94	75
2539	122	80
2540	184	90
รวม	538	281.9

ที่มา: จากตารางของ UNDP (2004: 26)

นอกเหนือจากบทบาทของเอ็นจีโอแล้ว ยังได้มีพลังปกป้องสังคมอื่นๆที่ล้วนมีบทบาทในการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย พลังที่สำคัญได้แก่ พลังเครือข่ายผู้ติดเชื้อซึ่งเริ่มต้นขึ้นในปีพ.ศ.2538 เมื่อมีการประชุมนานาชาติโรคเอดส์ที่จังหวัดเชียงใหม่ พลังกลุ่มนี้เริ่มก่อตัวจากกลุ่มผู้ป่วยในระดับจังหวัดก่อน แล้วจึงขยายไปสู่ระดับภูมิภาค และจากในระดับภูมิภาคได้ขยายไปสู่การรวมตัวในระดับประเทศ ด้วยการสนับสนุนโดยเอ็นจีโอด้านเอดส์ พวกเขาได้รวมตัวกันเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเข้าถึงยาเอดส์ในราคาที่ถูกลง เนื่องจากพวกเขามีค่าใช้จ่ายสูงมาก ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยต้องเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว แต่รัฐบาลไม่ได้ให้ความสนใจ (จอห์น อังภากรณ์, สัมภาษณ์, 9 มกราคม 2552) พอถึงช่วงปีพ.ศ. 2542 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้ร่วมมือกันผลักดันให้องค์การเภสัชกรรมผลิตยาดีดีไอ (Didanosine) ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงมากของบริษัทบริสตอล-ไมเยอร์ สควิบ (Bristol-Myer Squibb) บริษัทบริสตอล-ไมเยอร์ ได้ยื่นขอรับสิทธิบัตรในไทยในปีพ.ศ.2535 และได้รับการคุ้มครองสิทธิบัตรเป็นเวลา 20 ปีในปีพ.ศ.2541 สำหรับภาค

ประชาสังคม การที่ยาดีดีโอได้รับสิทธิบัตรถือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (จักรกฤษณ์ ควรพจน์, 2548: 16-8; Kamolrat, 2007: 61) พวกเขาเสนอให้รัฐบาลประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร อันเป็นช่องทางที่ขัดกลองทริปส์เปิดโอกาสให้ แต่ทว่าผลเป็นเหมือนเช่นทุกครั้ง รัฐบาลไทยปฏิเสธการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิท่ามกลางกระแสความวิตกกังวลของพลังปกป้องสังคมกลุ่มนี้ (จักรกฤษณ์ ควรพจน์, 2550ข: ออนไลน์)

ควบคู่ไปกับการกดดันรัฐบาล กลุ่มผู้เคลื่อนไหวยังได้ตั้งคำถามอย่างหนักต่อกองโรคเอดส์ถึงราคายาเอชไอวีที่มีราคาสูงมาก ทำให้ในช่วงราวปีพ.ศ. 2541-2542 ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และเภสัชกรได้มีการรวมตัวกันขับเคลื่อนในประเด็นสิทธิบัตร โดยมีการจัดตั้งกลุ่มที่เรียกว่า “กลุ่มศึกษาการเข้าถึงยา” ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเรียนรู้ถึงข้อกฎหมาย หลักการในเรื่องสิทธิบัตร อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการประกาศชีแอล ในช่วงเวลาเดียวกัน เอ็นจีโอด้านเอดส์และกลุ่มผู้ป่วยได้ยื่นข้อเสนอไปยังองค์การเภสัชกรรม ทางองค์การเภสัชฯ เห็นด้วยกับการประกาศชีแอลต่อยาดีดีโอ จึงได้ส่งเรื่องไปยังกระทรวงพาณิชย์ เพื่อขอทราบขั้นตอนในการประกาศชีแอล ผลปรากฏว่า กระทรวงพาณิชย์ไม่เห็นด้วยกับการทำชีแอล ในขณะที่องค์การเภสัชฯ ไม่มีอำนาจประกาศชีแอล ทำให้ความพยายามครั้งนี้ล้มเหลวไปอย่างไรก็ดี แม้ว่า ความพยายามนี้จะไม่ประสบความสำเร็จ แต่ถือเป็นก้าวแรกของภาคประชาสังคมที่เรียกร้องให้รัฐบาลประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร กล่าวได้ว่า ยาดีดีโอเป็นยาประเภทแรกที่มีความพยายามในการทำชีแอล (จอห์น อิงภากรณ์, *สัมภาษณ์*, 9 มกราคม 2552; วิชัย โชควิวัฒน์, *สัมภาษณ์*, 9 สิงหาคม 2553)

พอถึงปลายปีพ.ศ.2542 กลุ่มผู้ป่วยและเอ็นจีโอด้านเอดส์ได้เคลื่อนไหวกดดันกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้ง โดยการรวมตัวกันไปชุมนุมที่หน้ากระทรวงและจัดตั้ง “หมู่บ้านดีดีโอ” ขึ้นเป็นเวลา 3 วัน นับเป็นครั้งแรกที่มีผู้ติดเชื้อมารวมกันชุมนุมมากถึงกว่า 200 คน การชุมนุมครั้งนั้นได้รับการสนับสนุนทั้งจากเอ็นจีโอและสหภาพแรงงาน อย่างไรก็ตาม ในท้ายที่สุด นายกรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น ไม่อนุมัติให้มีการประกาศชีแอล เนื่องจากกระทรวงพาณิชย์ไม่เห็นด้วย เหตุการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เกินความคาดหมายของภาคประชาสังคม จอห์น อิงภากรณ์ จึงได้ติดต่อไปยังสถานทูตสหรัฐฯ เพราะเขาเชื่อว่า กระทรวงพาณิชย์เกรงใจรัฐบาลอเมริกัน ผลก็คือ ผู้แทนการค้าสหรัฐฯ ได้ทำหนังสือชี้แจงมาว่า รัฐบาลอเมริกันจะไม่แทรกแซงนโยบายของไทย หากไม่มีมาตรการใดๆ ที่ขัดกับหลักการขององค์การการค้าโลก (จอห์น อิงภากรณ์, *สัมภาษณ์*, 9 มกราคม 2552) ในท้ายที่สุด บริษัทบริสตอล-ไมเยอร์ได้เพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีโอโดยสมัครใจเมื่อปีพ.ศ.2547

บทบาทของสหรัฐฯและผู้แทนการค้าทำให้กลุ่มเอ็นจีโอในระดับโลกเริ่มมีบทบาทในการประสานงานกับภาคประชาสังคมในไทยเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยา บทบาทของพลังสังคมระดับโลกจะได้พูดถึงในบทที่หก นอกจากนี้ แม้ว่าการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการประกาศชีแอลต่อยาดีดีโอไม่ประสบความสำเร็จ แต่แรงขับเคลื่อนของพลังปกป้องสังคมได้ทำให้กระทรวงสาธารณสุข

เร่งให้มีการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ของไทย จนกระทั่งได้ยาที่มีชื่อว่า “จีพีโอ-เวียร์” (GPO-Vir) และเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงต่อไป

หากกล่าวถึงการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมเพื่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยแล้ว กลุ่มเอ็นจีโอในประเทศไทยที่ทำงานด้านโรคเอดส์ยังได้เคลื่อนไหวในระดับระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2551 นายบริพัตร ดอนมอญ ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย นางสาวสุภัทรา นาคะผิว ประธานคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และนายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้ร่วมกันทำหนังสือต่อนายจิน มูไร ผู้ว่าราชจังหวัดนางาโน และนายมาซารุ ฮาชิโมะโตะ ผู้ว่าราชการจังหวัดอิบะรากิ เนื้อหาของจดหมายได้แสดงความวิตกกังวลต่อการที่แรงงานไทย 2 คนซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อในญี่ปุ่นที่ไม่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม ทั้งที่แรงงานทั้งสองท่านมีอาการรุนแรงมากจนอาจถึงแก่ชีวิตได้ ทางด้านเครือข่ายผู้ติดเชื้อในไทยทราบดีว่า ทั้งสองจังหวัดไม่มีนโยบายรักษาผู้ป่วยต่างชาติ แต่พวกเขาแสดงความวิตกกังวลต่อกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งกลับประเทศโดยไม่มีการจ่ายยาหรือให้การรักษาชั่วคราว ทั้งที่เชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ลุกลามอย่างรวดเร็วและหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ย่อมเป็นอันตรายต่อชีวิต เมื่อแรงงานไทยทั้งสองกลับประเทศ รายหนึ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในไทย แต่ต้องกลายเป็นคนพิการเนื่องจากความล่าช้าในการรักษาในสมองซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่อีกรายหนึ่ง เชื้อได้ลุกลามไปจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังจากกลับมาในไทยได้ไม่นานนัก หนังสือฉบับดังกล่าวจึงได้แสดงความคาดหวังว่า รัฐบาลญี่ปุ่นตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนสถานพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยต่างชาติในกรณีฉุกเฉิน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และในฐานะที่ญี่ปุ่นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนมากผ่านกองทุนโลก (Global Fund) (ประชาไท, 2551, 30 ก.ค.: ออนไลน์) กิจกรรมและการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการต่อต้านการจลาจลสิทธิบัตรยาที่ไม่มีความเหมาะสม ดังเช่น ยาคอมบิต

1.2.3 ภาคประชาสังคมกับการคัดค้านการจดสิทธิบัตรยาคอมบิต

บทบาทของภาคประชาสังคมในการเรียกร้องเข้าถึงยาของประชาชนยังเห็นได้จากกรณีการคัดค้านคำขอสิทธิบัตรยาคอมบิตของบริษัทแกรกโซสมิธไคลน์ (GlaxoSmithKline) หรือบริษัทจีเอสเค อันที่จริงแล้วคอมบิตเป็นสูตรผสมของยาต้านไวรัสสองชนิดที่มีการใช้มาแล้วอย่างแพร่หลาย กล่าวคือ ยาคอมบิตเป็นยาสูตรผสมของลามิวูดีน (Lamivudine) หรือยา 3TC กับยาซีโดวูดีน (Zidovudine) หรือยา AZT โดยมีสารเคมีทางเภสัชกรรมเพื่อให้ยาทั้งสองชนิดผสมเป็นเนื้อเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ภาคประชาสังคมจึงมองว่า คำขอสิทธิบัตรของบริษัทจีเอสเคไม่มีความเหมาะสมและขัดกับกฎหมายสิทธิบัตรในเรื่องความใหม่ของสิ่งประดิษฐ์ (วิบูลย์ วิจารณ์, 2550: 42-3; Kamolrat, 2007: 63-5) ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 ฉบับแก้ไขปีพ.ศ.2535 ตามมาตรา 6 ได้ระบุว่า การขอรับสิทธิบัตรต้องเป็น...

“...การประดิษฐ์ขึ้นใหม่ ได้แก่การประดิษฐ์ที่ไม่เป็นงานที่ปรากฏอยู่แล้วงานที่ปรากฏอยู่แล้ว ให้หมายความถึงการประดิษฐ์ ดังต่อไปนี้ด้วย (1) การประดิษฐ์ที่มีหรือใช้แพร่หลายอยู่แล้วในราชอาณาจักรก่อนวันขอรับสิทธิบัตร...” (พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522, ฉบับที่ 3 พ.ศ.2542)

นอกจากนี้ตามมาตรา 7 ของพระราชบัญญัติฉบับเดียวกันยังได้ระบุว่า

“...การประดิษฐ์ที่มีขึ้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น ได้แก่การประดิษฐ์ที่ไม่เป็นที่ประจักษ์โดยง่ายแก่บุคคลที่มีความชำนาญในระดับสามัญสำหรับงานประเภทนั้น...” (พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522, ฉบับที่ 3 พ.ศ.2542)

ตามข้อความที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร ยาทั้งสองประเภทซึ่งเป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายแล้ว จึงไม่เข้าข่ายเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ และไม่มีการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นแต่อย่างใด

ตารางที่ 5-3 ตารางเปรียบเทียบราคายาต้านไวรัสเอชไอวีขององค์การเภสัชกรรมและบริษัทจีเอสเค

ยาด้านไวรัสเอชไอวี (ชื่อย่อ) (ขนาดของยา)	ราคายา	
	องค์การเภสัชกรรม บาท/ขวด (บาท/เม็ด)	จีเอสเค บาท/ขวด (บาท/เม็ด)
Lamivudine (3TC) 150 mg	600 (10)	6,046 (100.76)
Zidovudine (AZT) 300 mg (GPO) / 250 mg (GSK)	1,700 (17)	4,644 (116.1)
Combivir (AZT+3TC) (ATC 300 mg + 3TC 150 mg)	1,500 (25)	8,346 (139.1)

ที่มา: วีรบูรณ์ วิจารณ์กุล (2550: 24)

อย่างไรก็ดี แม้ว่ายาสูตรผสมทั้งสองตัวเป็นยาที่ผู้ป่วยเอชไอวีใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่หากจีเอสเคได้รับสิทธิบัตรยาชนิดนี้ ราคายาจะพุ่งสูงขึ้นหลายเท่าตัว ตามตารางที่ 5-3 ข้อมูลจากตารางได้แสดงให้เห็นว่า ยาดั้งเดิมของจีเอสเคมีราคาสูงกว่ายาสามัญขององค์การเภสัชกรรม โดยยาลามิวูดีนของจีเอสเคมีราคาสูงกว่ายาขององค์การเภสัชฯถึง 10 เท่า ในทำนองเดียวกัน ยาซีโดวูดีนมีราคาสูงกว่ายาขององค์การเภสัชฯถึง 2.7 เท่า ในแง่นี้ หากจีเอสเคได้รับสิทธิบัตรยาชนิดนี้ ยาดั้งเดิมของจีเอสเคจะมีราคาสูงกว่ายาสามัญขององค์การเภสัชฯถึง 5.5 เท่า นั่นหมายความว่า รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการซื้อยาเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาประเภทนี้ประมาณ 5,000 คน สูงถึง 400 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ หากคำขอสิทธิบัตรยาชนิดนี้ได้รับการอนุมัติแล้ว องค์การเภสัชกรรมของไทยอาจถูกฟ้องร้องจากบริษัทจีเอสเคได้ ใน

ข้อหาละเมิดสิทธิบัตรจากการผลิตและจำหน่ายยาประเภทนี้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2544 (วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, 2550: 24 และ 38)

ด้วยเหตุนี้ การยื่นคำขอจดทะเบียนสิทธิบัตรยาคอมบิเด จึงนำไปสู่พลังปกป้องสังคมกลุ่มต่างๆที่มารวมตัวกันต่อต้านความพยายามของบริษัทจีเอสเค ในประเด็นนี้ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล (2550: 40-2) ได้จำแนกพลังสังคมที่เกี่ยวข้องออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มสนับสนุนที่มีบทบาทด้านวิชาการและกลุ่มที่เป็นแนวหน้าในการเคลื่อนไหวกดดัน สำหรับกลุ่มแรกนั้นประกอบไปด้วย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาและกลุ่มศึกษาปัญหาฯ ซึ่งมีสำลี ใจดี สุนทรี วิทยานารถไพศาล จิราพร ลิ้มปานานนท์ นียดา เกียรติยิ่งอังศุลี กฤษณา ไกรสินธุ์ และอัจฉรา เอกแสงศรีเป็นแกนนำ บุคคลเหล่านี้ทำหน้าที่ประสานงานเครือข่ายและให้ข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับยาและทรัพย์สินทางปัญญา ตลอดจนการติดตามตรวจสอบข้อมูลสิทธิบัตรยาทั่วโลก นอกจากนี้ ยังมีสหภาพนายความและองค์กรหมอไร้พรมแดน เป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย และประสานงานองค์กรต่างประเทศ ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่สอง ซึ่งเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวแนวหน้านั้น ประกอบไปด้วย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย โดยมีกมลอุปแก้ว เป็นประธานในเวลานั้น (ในปัจจุบันมีนายวิรัตน์ ภูระหงษ์ เป็นประธาน) เครือข่ายนี้ทำหน้าที่ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการเคลื่อนไหวกดดันรัฐมนตรีหรือบริษัทที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบการทำงานของกรมทรัพย์สินทางปัญญา นอกจากนี้ แนวร่วมที่สำคัญของเครือข่ายผู้ป่วยได้แก่ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งมีนายนิมิตร เทียนอุดม เป็นแกนนำ โดยมูลนิธินี้ได้เคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการผลักดันข้อเรียกร้องที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ ผลของการเคลื่อนไหวทำให้บริษัทจีเอสเคยื่นหนังสือต่อคณะกรรมการสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อขอเพิกถอนคำขอสิทธิบัตรยาคอมบิเดเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ.2549 (วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, 2550: 74)

การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการคัดค้านยาคอมบิเดกลายเป็นพลังปกป้องสังคมที่สำคัญ ผลของการเคลื่อนไหวทำให้ฝ่ายบรรษัทข้ามชาติต้องตระหนักว่า การคัดค้านก่อนการออกสิทธิบัตร เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ระบบสิทธิบัตรยาอย่างสุดโต่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้ สำหรับนักเคลื่อนไหวแล้ว สิทธิบัตรในลักษณะยาคอมบิเดเป็นสิ่งที่พวกเขาเรียกว่า “สิทธิบัตรชั่วโคตร” (evergreening patent) ซึ่งประชาชนผู้มีรายได้น้อย และผู้ป่วยเอชไอวีได้รับผลกระทบอย่างใหญ่หลวง (วีรบูรณ์ วิสารทสกุล 2550: 24)

นอกจากนี้ การแสดงพลังเพื่อเรียกร้องการเข้าถึงยาในการรวมตัวประท้วงที่หน้ากระทรวงสาธารณสุขในช่วงปลายปีพ.ศ.2542 ต่อเนื่องไปจนถึงต้นปีพ.ศ.2543 ได้ขยายตัวไปที่สถานทูตสหรัฐฯในช่วงเวลาเดียวกัน (กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล, 2550: 39-41) ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับการต่อต้านพลังตลาดในระดับโลก นั่นคือการรวมตัวของภาคประชาสังคมระดับระหว่างประเทศต่อการประชุมองค์การการค้าโลกที่ซีแอตเติล อาจเรียกได้ว่า กระแสต่อต้านสหรัฐฯในฐานะระบบทุนนิยมที่เอารัดเอาเปรียบสังคม กำลังเกิดขึ้นพร้อมกันในทุกๆพื้นที่ทั่วโลก (Ayres, 2004) การเคลื่อนไหวเพื่อการเข้าถึงยาในกรณี

ของดีดีไอ และการคัดค้านยาคุมบิต ได้เชื่อมโยงไปถึงบทบาทในการต่อต้านการค้าที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบทรัพย์สินทางปัญญากลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบตลาด

1.2.4 ภาคประชาสังคม การเข้าถึงยา และการเรียกร้องให้ยุติการค้าที่ไม่เป็นธรรม

บทบาทของพลังปกป้องสังคมที่เรียกร้องการเข้าถึงยา มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับกลุ่มภาคประชาสังคมที่ต่อต้านการค้าที่ไม่เป็นธรรม กล่าวได้ว่า พลังสังคมทั้งสองกลุ่มมีส่วนที่ทับซ้อนกันทั้งในเรื่องประเด็นเคลื่อนไหวและบุคลากร ทั้งนี้ คำว่า “การค้าที่ไม่เป็นธรรม” ในส่วนนี้ มีความหมายสองประการคือ ประการแรก การค้าระหว่างประเทศหรือการเจรจาการค้าระหว่างประเทศกับประเทศมหาอำนาจอย่างสหรัฐฯ ที่ทำให้ประเทศไทยอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ อีกความหมายหนึ่งได้แก่ การที่ข้อตกลงทางการค้าได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งพวกเขามองว่าทำให้การคุ้มครองสิทธิบัตรมีความเข้มงวดและเอื้อผลประโยชน์กับธุรกิจยาในระดับโลกมากกว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในประเทศ

ความหมายทั้งสองประการนี้ได้เชื่อมโยงประเด็นที่เกี่ยวข้องระหว่างการค้าเสรีและสิทธิบัตรยาเข้าเป็นเรื่องเดียวกันอย่างแยกไม่ออก ภาคประชาสังคมที่มีชื่อว่า “กลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน” หรือที่รู้จักกันดีในชื่อของ “กลุ่มเอฟทีเอวอตช์” (FTA Watch) เป็นแกนหลักสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่า การเรียกร้องการเข้าถึงยาเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวคัดค้านการค้าที่ไม่เป็นธรรม อันที่จริงแล้ว กลุ่มเอฟทีเอวอตช์ได้แตกประเด็นการวิพากษ์การค้าที่ไม่เป็นธรรมออกเป็นหลายกรณี อันประกอบไปด้วย การค้า การบริการ การลงทุน การเกษตร สิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินทางปัญญา เทคโนโลยีชีวภาพ การสาธารณสุข หรือแม้แต่ความคิดเรื่องอธิปไตยของชาติ เป็นต้น⁴ การแตกประเด็นที่หลากหลายเช่นนี้ เพื่อให้เท่าทันกับพัฒนาการของเขตการค้าเสรีของสหรัฐฯ ซึ่งครอบคลุมหลากหลายประเด็นในการเจรจากับประเทศต่างๆ ทั่วโลก การวิเคราะห์ในบทที่สามว่าด้วยบทบาทของกลุ่มลوبيบียัสต์ในสหรัฐฯ สะท้อนให้เห็นว่า ผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจแขนงต่างๆ เป็นสิ่งที่รัฐบาลอเมริกันให้ความสำคัญ และดำเนินการรักษาฐานผลประโยชน์ผ่านนโยบายการค้าเป็นหลัก ด้วยเหตุนี้ การเคลื่อนไหวในแต่ละประเด็นจึงสะท้อนปัญหาที่ประชาชนได้รับหรือมีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบจากการลงนามในเขตการค้าเสรีของรัฐบาล โดยมีกลุ่มนักวิชาการหรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ เป็นแกนนำ

สำหรับประเด็นการค้าที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา กลุ่มเอฟทีเอวอตช์มองว่าความสัมพันธ์ในทางการค้าระหว่างไทยและสหรัฐฯ อยู่ในลักษณะของการเรียกร้องและกดดันในข้อเรียกร้องเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาหรือสิทธิบัตรยาโดยตลอด รัฐไทยมักเป็นฝ่ายตั้งรับกับข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ให้คุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเข้มงวดเพื่อแลกกับสิทธิประโยชน์ทางการค้า ในอดีต ข้อเรียกร้องนี้อยู่ในลักษณะของการข่มขู่เรื่องการตัดสิทธิพิเศษทางการค้าหรือจีเอสพี และการจัดอันดับประเทศการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาตามกฎหมายของสหรัฐฯ เป็นหลัก ประเทศไทยเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ทางผู้แทนการค้าสหรัฐฯ จัดอันดับให้ไปอยู่ในกลุ่ม

⁴ โปรดดูรายละเอียดของประเด็นการเคลื่อนไหวเหล่านี้จากเว็บไซต์ของกลุ่มเอฟทีเอวอตช์เพิ่มเติม

ประเทศที่ต้องจับตามอง (WL) ประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ (PWL) หรือแม้แต่ประเทศที่ละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาขั้นรุนแรง (PFC) อันเนื่องมาจากการประกาศซีแอลในปีพ.ศ.2549 กลุ่มเอ็นจีโอและนักวิชาการในไทยได้ร่วมกันออกแถลงการณ์เพื่อแสดงความไม่เห็นด้วยกับวอชิงตันที่ใช้มาตรา 301 พิเศษ ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้กดดันไทยทางการค้ามาโดยตลอด มากดดันไทยครั้งแล้วครั้งเล่า พวกเขาได้เรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ของรัฐบาล และประชาชน หนักแน่นกับจุดยืนของไทยในการปกป้องผลประโยชน์ของประเทศ และไม่ตระหนกหรือหวั่นเกรงกับพฤติกรรมคุกคามของรัฐบาลอเมริกัน แถลงการณ์ครั้งนั้นลงนามโดยเอ็นจีโอ นักวิชาการ ตลอดจนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและเภสัชศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทอย่างมากในการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องการเข้าถึงยาโดยตลอด (กลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน, 2550ก: ออนไลน์)

เมื่อยุทธศาสตร์ของสหรัฐฯ ในช่วงหลังได้พัฒนากลายมาเป็นการเชิญชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ของการลงนามเขตการค้าเสรี กลุ่มเอฟทีเอวอตซ์จึงมีบทบาทในเชิงรุกมากยิ่งขึ้นในการเชื่อมโยงให้เห็นว่า การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้มงวดย่อมหมายถึงการสร้างระบบสิทธิบัตรยาที่ครอบคลุมและรักษาผลประโยชน์ของผู้ทรงสิทธิเป็นหลัก ตัวอย่างที่สำคัญเช่น ในปีพ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการผลิตยาสามัญต้านไวรัสเอดส์ดีดีไอ แต่ทว่าความพยายามนี้ต้องยกเลิกไป อันเนื่องมาจากรัฐบาลเกรงว่า การผลิตยาดังกล่าวจะถูกสหรัฐฯ และประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปตอบโต้ด้วยมาตรการทางการค้า ท่าทีของรัฐบาลนี้ได้สร้างความวิตกกังวลให้แก่ฝ่ายประชาสังคมในไทยอย่างมาก และเป็นจุดเริ่มต้นของบทบาทในการเจรจาการค้าที่พวกเขามองว่าไม่เป็นธรรมต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ (UNDP, 2004: 38)

เมื่อพิจารณาถึงรายชื่อของบุคลากรที่เข้าร่วมกับกลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน จึงไม่น่าแปลกใจที่เราจะพบรายชื่อของบุคคลสำคัญซึ่งมีบทบาทในเรื่องการเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เช่น สำลี ใจดี จิราพร ลิ้มปานานนท์ สำลี อ่องสมหวัง สรชัย จำเนียรดำรงการ กรรณิการ์ กิจติเวชกุล เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่า เอ็นจีโอกลุ่มที่ต่อต้านการค้าที่ไม่เป็นธรรม และเอ็นจีโอกลุ่มที่เรียกร้องการเข้าถึงยาได้มีบทบาทร่วมกันในการต่อต้านการยอมรับสิทธิบัตรที่ไม่เป็นธรรมใน “ทริปส์พลัส” (TRIPs-plus) ซึ่งเป็นเงื่อนไขในการเจรจา

⁵ ผู้ที่ลงนามประกอบด้วย จอน อึ้งภากรณ์, ผศ.ภญ.สำลี ใจดี, รศ.ดร.สุธี ประศาสน์เศรษฐ์, รศ.สุรัชย์ หวันแก้ว (ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ), ผศ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังคัล (หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัย, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ), รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ), รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ), ผศ.สุนทร วิทยานารถไพศาล (ประธานกลุ่มศึกษาปัญหาฯ), มุลนิธิเภสัชชนบท, มูลนิธิชีววิถี (ไบโอไทย), โครงการยุทธศาสตร์นโยบายทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, โครงการศึกษาและปฏิบัติการงานพัฒนา (โพกัส), สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค (สอป.), เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก (กลท.), มูลนิธิชีวิตไทย (RRAFA), คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.), มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย, คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กป.อพช.), กลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม, มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ, กลุ่มปฏิบัติการท้องถิ่นสากล, และองค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย)

การค้ากับสหรัฐในสมัยรัฐบาลทักษิณ สำหรับประเด็นเรื่องเขตการค้าเสรีกับสหรัฐ จะได้มีการวิเคราะห์ในส่วนสุดท้ายของบทนี้

ถึงตอนนี้ พลังของกลุ่มแพทย์ชนบท เอ็นจีโอด้านสาธารณสุข และผู้ป่วยเรื้อรัง ได้มาบรรจบกันกลายเป็นพลังปกป้องสังคม ในฐานะพลังอัตพิทักษ์ พวกเขาจำเป็นต้องแสดงความสามารถที่พลังตลาดได้เข้ามาสร้างความยากลำบากในการเข้าถึงยาของประชาชน และเห็นว่าเรื่องสุขภาพต้องมาก่อนผลประโยชน์ทางการค้า ความตั้งใจนี้ได้กลายมาเป็นยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคมไทย 7 ด้าน ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์เชื่อมประสานเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา โดยรวมภาคีบุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้ป่วยมาร่วมกันพัฒนาคลังเรื่องยา (2) ยุทธศาสตร์การรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคเอดส์หรือมะเร็ง เพื่อสร้างข้อต่อรองกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) ยุทธศาสตร์การควบคุมราคายาให้สอดคล้องกับค่าครองชีพ ด้วยการใช้ข้อยึดหยุ่นตามข้อตกลงทริปส์ เพื่อนำเข้าหรือผลิตใช้ในประเทศ และส่งออกไปยังประเทศที่ไม่มีความสามารถในการผลิต (4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ เพื่อผลิตยาออกสู่ตลาดได้ในราคาที่เหมาะสมและทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ (5) ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงยา และการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย (6) ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยส่งเสริมให้มีการใช้บัญชียาหลักอย่างจริงจัง และเน้นความสำคัญของการใช้ชื่อสามัญทางยาในทุกระดับ⁶ และ (7) ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่เพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาสำหรับแก้ปัญหาสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และคณะ, ม.ป.ป.: 9)

ยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ประการเป็นบทสะท้อนความพยายามของภาคประชาสังคมไทยอย่างชัดเจนในการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในพื้นที่ชนบท กลุ่มชนชั้นแรงงาน และกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กล่าวได้ว่า เนื้อหาที่ปรากฏยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ประการได้ถูกแปรเปลี่ยนมาเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนให้มีการเข้าถึงยา ในบทนี้ เป็นบทวิเคราะห์กรณีของการเรียกร้องให้มีการเสนอชื่อร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชน และการรวมกันต่อต้านการเจรจาการค้าเสรีระหว่างไทยและสหรัฐ ทั้งสองเหตุการณ์เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการวิเคราะห์การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในประเทศไทย ซึ่งจะได้วิเคราะห์ในบทถัดไป

⁶ สืบเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2524 นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น ได้ประกาศนโยบายแห่งชาติทางด้านยา พร้อมทั้งบัญชียาหลักแห่งชาติ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปีเดียวกัน เป้าหมายของบัญชียาหลักแห่งชาติคือ การสร้างหลักอ้างอิงในการคัดเลือกยาเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชนบทมีโอกาสได้ใช้ยาจำเป็นในราคาที่ย่อมเยา พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยา โดยเพิ่มการสนับสนุนให้มีการใช้ยาตามบัญชียาหลักทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานด้านยา การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ การสร้างระบบประกันสังคมที่ครอบคลุม และระบบสวัสดิการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และคณะ, ม.ป.ป.: 4-5)

2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดบรรจบของรัฐ ตลาด และภาคประชาสังคม

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ถึงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อพิจารณาถึงบทบาทของพลังปกป้องสังคมกลุ่มต่างๆที่ปรากฏในส่วนที่หนึ่งของบทนี้ และบทบาทของรัฐบาลทักษิณในการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ ตามที่โพลานยีและกิลส์ได้เสนอไว้ในทิศทางเดียวกัน ระบบตลาดจำเป็นต้องมีกลไกจำกัดความไม่พอใจในสังคมเพื่อให้การแสวงหากำไรเดินทางต่อไปได้ กรอบวิธีคิดดังกล่าวทำให้เราเสนอคำอธิบายที่ว่า การเกิดขึ้นของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นไปเพื่อการลดทอนความไม่พอใจที่เกิดขึ้นจากระบบตลาด อันได้แก่ การผูกขาดข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินทางปัญญา และระบบสิทธิบัตรยา ซึ่งเกิดขึ้นมาเป็นเวลานานและส่งผลกระทบต่อราคายาและพัฒนาการของอุตสาหกรรมยาในไทย การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะชี้ให้เห็นว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความสำเร็จเบื้องต้นของพลังปกป้องสังคม อันประกอบไปด้วย นักวิชาการ กลุ่มสาธารณสุขหัวก้าวหน้า (ทั้งภาคข้าราชการและนายแพทย์) ภาคประชาสังคม และกลุ่มเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยาในระดับระหว่างประเทศ มากกว่าผลงานของรัฐบาลทักษิณ พลังปกป้องสังคมมีบทบาทในการเคลื่อนไหวผลักดันระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาอย่างยาวนาน จนกระทั่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือกำเนิดขึ้น บทบาทเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการวิเคราะห์กระบวนการการผลักดันมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในบทต่อไป

2.1 บริบทและสภาพปัญหาสาธารณสุขไทยกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นมาในสังคมไทยเป็นเวลานาน ก่อนการมาถึงของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากว่า 30 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย และระบบประกันสุขภาพสำหรับวัยแรงงาน

สำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลได้เริ่ม “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล” (สปน.) ขึ้น เมื่อปีพ.ศ.2518 ในสมัยรัฐบาลถิ่กฤทธิ ปราโมช วัตถุประสงค์ของโครงการคือ การช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน⁷ ให้สามารถได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงการนี้ยังรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆด้วย พอถึงปีพ.ศ.2537 โครงการนี้ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) รัฐบาลได้กำหนดเกณฑ์รายได้ผู้มีสิทธิใหม่ โดยคนโสดที่มีรายต่ำกว่า

⁷ ในปีพ.ศ.2518 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการได้ใช้เกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน พอถึงปีพ.ศ.2522 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ใหม่เป็นคนโสดที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน พอถึงปีพ.ศ.2524-2525 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกประกาศใหม่ให้ครอบครัวมีบัตรสงเคราะห์อายุ 3 ปี และไม่กำหนดชื่อสถานพยาบาลในบัตร รวมทั้งกำหนดรายได้ของผู้รับสิทธิใหม่เป็นคนโสดที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ส่วนครอบครัวใช้เกณฑ์เดิม (วิจารณ์ ณ ระนอง, และอัญญา ณ ระนอง, 2545: 6-7)

2,000 บาทต่อเดือน และครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน (วิโรจน์ ณ ระนอง, และอัญชญา ณ ระนอง, 2545: 5-9)

ในส่วนของวัยแรงงาน แนวคิดเรื่องการที่รัฐทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขก็ได้ปรากฏขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ในปีพ.ศ. 2515 รัฐบาลไทยได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ภายใต้การบริหารงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 เมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2515 พระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นผลพวงของการต่อสู้อันยาวนานของศาสตราจารย์นิคม จันทรวิทุร นักวิชาการด้านแรงงาน ร่วมกับองค์กรผู้ใช้แรงงานต่างๆ วัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทนนี้คือ การมอบหลักประกันให้แก่ลูกจ้างในกรณีที่พวกเขาได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน ทั้งนี้ในปีแรกของการคุ้มครอง กองทุนมีเงื่อนไขในการให้ความคุ้มครองเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้างจำนวน 20 คนขึ้นไปในเขตกรุงเทพฯ หลังจากนั้นจึง ดำเนินการขยายความคุ้มครองออกไปครบทุกจังหวัดในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2531 (สำนักงานประกันสังคม, 2552: ออนไลน์) พอถึงวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 ในสมัยรัฐบาลชาติชาย ชุณหะวัณ รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น โดยมีกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขวางแผนร่วมกันในการกำหนดทิศทาง ผลของพระราชบัญญัติฉบับนี้ส่งผลให้ประเทศไทยมีระบบประกันสังคมแบบเต็มรูปแบบ ลูกจ้างของสถานประกอบการได้รับความคุ้มครองในเรื่องการประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพลภาพ และเสียชีวิต ทั้งที่มีสาเหตุและนอกเหนือจากการทำงาน รวมไปถึงการคลอดบุตร ชราภาพ และการว่างงานด้วย กล่าวได้ว่า กฎหมายประกันสังคมเป็นหนึ่งในพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 52-6; สำนักงานประกันสังคม, 2552: ออนไลน์) อย่างไรก็ตาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปของกองทุนประกันสังคมยังไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ใช้แรงงานทั้งหมดเนื่องจากกองทุนนี้ครอบคลุมประชากรในกลุ่มธุรกิจ อุตสาหกรรม และบริการที่เป็นทางการเท่านั้น ในขณะที่ผู้ใช้แรงงานในภาคเกษตรและแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 14)

นับตั้งแต่ที่ประเทศไทยมีโครงการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ในข้างต้น ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของภาครัฐได้มากขึ้น หากพิจารณาจากตัวเลขผู้มารับบริการตามตารางที่ 5-4 สถิติของผู้มารับบริการเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงโรคเรื้อรังบางประเภท เช่น โรคเอดส์ มะเร็ง หรือหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ยามีราคาสูง ปรากฏว่าโรงพยาบาลของรัฐยังคงไม่สามารถจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยบางประเภทได้อย่างเพียงพอ อันเนื่องจากยามีราคาแพงมาก ตัวอย่างที่สำคัญ เช่น ในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี ในช่วงปลายทศวรรษที่ 2520 ผู้ติดเชื้อในไทยมีเป็นจำนวนมาก ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรงจนมีการขนานนามว่าไทยเป็นศูนย์กลางการแพร่กระจายโรคเอดส์ในเอเชีย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 58) หากพิจารณาตัวเลขเฉพาะในปีพ.ศ.2534 มีผู้ป่วยรายใหม่สูง

ถึงประมาณ 140,000 ราย แม้ว่าหลังจากช่วงเวลาดังกล่าว สถิติของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง แต่ในอีกด้านหนึ่ง ประเทศไทยยังคงมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกปีและกลายเป็นจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วย (UNDP, 2004: 2) ตัวเลขผู้ติดเชื้อที่สูงนี้ทำให้ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก อันที่จริงแล้ว กองทุนหลักประกันสังคมต้องเป็นฝ่ายรับผิดชอบค่าใช้จ่ายยาในส่วนนี้เนื่องจากในบัญชียาหลักได้บรรจุยาเอแซดที (AZT) ซึ่งเป็นยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ตัวแรกที่อยู่ในบัญชียาหลัก แต่ประกันสังคมไม่ยอมจ่ายเนื่องจากต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายและเกรงว่ากองทุนจะล้มละลายอันเนื่องจากราคายาที่สูงมาก (ประชาชาติ, 2550ก, 7 พ.ค.: ออนไลน์; ฐานเศรษฐกิจ, 2550, 20 พ.ค.: ออนไลน์)

ตารางที่ 5-4 ตารางแสดงจำนวนผู้มารับบริการประกันสังคมตั้งแต่ปีพ.ศ.2542-2552

ปี	เจ็บป่วย	ทุพพลภาพ	ตาย	คลอดบุตร	ชราภาพ	สงเคราะห์	ว่างงาน
2542	12,003,216	393	12,106	167,722	2,986	149,926	ไม่คุ้มครอง
2543	12,606,716	480	13,434	183,692	12,333	624,484	ไม่คุ้มครอง
2544	16,067,396	435	13,637	184,281	16,963	663,621	ไม่คุ้มครอง
2545	18,247,247	614	15,209	194,641	22,063	688,466	ไม่คุ้มครอง
2546	21,331,082	504	18,362	226,841	41,662	812,924	ไม่คุ้มครอง
2547	21,128,674	713	17,433	254,848	46,779	856,142	15,722
2548	22,252,649	760	17,450	251,310	60,874	931,992	28,021
2549	21,292,916	552	17,662	102,792	65,696	1,440,973	39,902
2550	26,322,634	683	17,691	282,199	76,248	1,169,778	56,581
2551	31,195,141	828	19,313	295,455	89,273	1,212,359	71,951
2552	28,469,179	795	18,343	287,710	98,035	1,254,102	139,165

ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติ สำนักงานประกันสังคม (2553ข: ออนไลน์)

แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ 2530 ถึงทศวรรษที่ 2540 ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค แต่พอถึงปีพ.ศ.2542 ปัญหาโรคเอดส์ก็ได้รับบาดเจ็บหนักมากขึ้น สถานการณ์เช่นนี้บีบให้ผู้ป่วยจำนวนมากร่วมมือกับมูลนิธิหมอไร้พรหมแดนในการเรียกร้องให้รัฐบาลมีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเพื่อเข้าถึงยาโรคเอดส์ในราคาถูก แต่ทว่าข้อเรียกร้องดังกล่าวถูกปฏิเสธจากรัฐบาลในเวลานั้น (ประชาชาติ, 2550ก, 7 พ.ค.: ออนไลน์; ฐานเศรษฐกิจ, 2550, 20 พ.ค.: ออนไลน์)

ในปีพ.ศ.2544 รัฐบาลก็ได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคขึ้น โครงการนี้ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่โรงพยาบาล แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาลก็ยังคงไม่สามารถจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายและทุกวันได้ ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการส่งชื้อยาซึ่งใช้งบประมาณสูงมาก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 59) ในประเทศไทยมีสถิติที่น่าสนใจว่า การผูกขาดยาประเภทต่างๆทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยในปีพ.ศ.2544-2545 มีผู้ติดเชื้อได้รับยาเพียง 3,500 คนโดยประมาณ เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่อคนที่สูงถึง 10,000 บาทต่อเดือน หรือราว 120,000 บาทต่อปี (สารี อ๋องสมหวัง, ม.ป.ป.: ออนไลน์)

พอถึงปีพ.ศ.2546 เมื่อยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกบรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้เกิดปัญหาในการจ่ายยาขึ้นอีก ผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อใช้ยาจีพีโอเวิร์จะเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง ทำให้จำเป็นต้องใช้ยาอื่นหรือยาสูตรสำรองเช่น เอฟฟาวิเรนซ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในบทที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า ราคาของยาคิดนี้มีราคาสูงมากเมื่อเทียบกับยาขององค์การเภสัชกรรม ส่งผลให้ประชาชนมีปัญหาในการเข้าถึงยา ถึงตอนนี้ ความวิตกกังวลของพลังปกป้องสังคมที่ว่า ระบบตลาดและสิทธิบัตรยาเป็นข้อจำกัดให้การบรรจุยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติมีข้อจำกัด เริ่มปรากฏชัดในสังคม ยาที่มีสิทธิบัตรมีราคาสูงอย่างมากทำให้รัฐบาลไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้ จนกระทั่งการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ดังนั้น แม้ว่าได้มีบัญชียาหลักและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติ รัฐบาลไม่สามารถแจกจ่ายยาให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และคณะ, ม.ป.ป.: 5)

พอถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2547 ในการประชุมเอดส์โลก ได้พูดถึงวาระที่มีชื่อว่า "Access for All" ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่ยกองค์การเภสัชกรรมได้นำเอายาที่หมดสิทธิบัตรมาประกอบสูตรยาใหม่ได้สำเร็จเป็นยาจีพีโอเวิร์ ทำให้โรงพยาบาลสามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างไรก็ดี ส่วนประกอบหนึ่งของยาจีพีโอเวิร์คือ ยาเนวิราพิน ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนมาเป็นยาเอฟฟาวิเรนซ์ในปีถัดมา แต่เนื่องจากนี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรและมีราคาแพง การเข้าถึงยาของผู้ป่วยจึงอยู่ในวงจำกัด อาจกล่าวได้ว่าปัญหาด้านการเข้าถึงยาที่หมกหมมมาอย่างยาวนานได้ปรากฏชัดในสมัยรัฐบาลทักษิณ การขาดแคลนยาเอฟฟาไวเรนซ์กลายเป็นปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างที่สำคัญเช่น ในจังหวัดระยอง โรงพยาบาลไม่มียาที่จะส่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยได้ ถึงขนาดที่ต้องขอเจ็ลยามาจากจังหวัดใกล้เคียง (กรุงเทพธุรกิจ, 2548) สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะยาดังกล่าวมีราคาสูงมากอันเป็นผลของระบบสิทธิบัตร ซึ่งบริษัทเมอร์ค เป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาประเภทนี้แต่เพียงผู้เดียวในการนำเข้าหรือผลิตเพื่อขาย (จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2548ก: ออนไลน์) ในขณะเดียวกัน การเจรจาขอลดราคาของรัฐบาลไทยกับบริษัทผู้ทรงสิทธิไม่ประสบความสำเร็จ คณะทำงานเฉพาะกิจที่ถูกจัดตั้งขึ้น (ดังที่จะได้กล่าวในบทต่อไป) ไม่สามารถเจรจาให้บริษัทเหล่านั้นลดราคาได้ ในเวลานั้น ข้าราชการหัวก้าวหน้าและกลุ่มเอ็นจีโอจึงพิจารณานำไปสู่การพิจารณา

ถึงความจำเป็นในการประกาศใช้ชี้แอล (ประชาชาติ, 2550ก, 7 พ.ค.: ออนไลน์; ฐานเศรษฐกิจ, 2550, 20 พ.ค.: ออนไลน์) ดังที่จะได้กล่าวถึงในบทถัดไป

2.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การขับเคลื่อนของพลังปกป้องสังคม

การอธิบายถึงที่มาของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องย้อนกลับไปพิจารณาถึง “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นหนึ่งในชุดนโยบายประชานิยมของพรรคไทยรักไทย⁸ กล่าวได้ว่า บริบททางเศรษฐกิจการเมืองในช่วงเวลาดังกล่าว ประชาชนในระดับต่าง ๆ รู้สึกผิดหวังกับการทำงานของพรรคประชาธิปัตย์ ชนชั้นสูงต่างไม่พอใจกับการบริหารงานทางเศรษฐกิจที่ทำให้เศรษฐกิจและตลาดหุ้นตกต่ำ ชนชั้นกลางรู้สึกเปราะบางกับราคาของสินค้าที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ชนชั้นแรงงานไม่พอใจนโยบายทางเศรษฐกิจจากไอเอ็มเอฟที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้นไปอีก ถึงตอนนี้พรรคไทยรักไทยได้เข้ามาสร้างความหวังให้กับประชาชนโดยเฉพาะชาวรากหญ้า เครื่องมือที่สำคัญได้แก่ ชุดของนโยบายประชานิยมต่าง ๆ ที่มีการประชาสัมพันธ์ในช่วงหาเสียง โดยมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นหนึ่งในบรรดานโยบายเหล่านั้น เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งด้วยคะแนนเสียงที่มากเป็นประวัติการณ์ และเป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มโครงการ 30 บาท ตามข้อเสนอของภาคประชาสังคม นำร่องใน 6 จังหวัดในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 และขยายเป็น 21 จังหวัดในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2544 พอถึงเดือนตุลาคม ในปีเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายโครงการออกไปทั่วประเทศและบางส่วนของกรุงเทพฯ จนกระทั่งขยายครอบคลุมทั้งประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2545 เป็นต้นมา (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 170-1; วิโรจน์ ณ ระนอง, และอัญชนา ณ ระนอง, 2545: 1-2)

พอถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2545 รัฐบาลก็ได้ประกาศใช้ “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” อย่างเป็นทางการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารการเงินการคลังสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุข กฎหมายฉบับนี้เป็นการรับประกันว่า ถ้าประชาชนเกิดการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องเข้ารับบริการสาธารณสุข จะต้องได้รับการอย่างแน่นอน⁹ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 172-3) วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ การปฏิรูประบบ

⁸ กล่าวได้ว่า นโยบายนี้ยังไม่ปรากฏชัดเจนนักในช่วงที่มีการหาเสียงเลือกตั้งทั่วไปในช่วงปลายปีพ.ศ.2543 เมื่อเทียบกับนโยบายประชานิยมอื่นๆ แต่เมื่อภาคประชาสังคมได้เสนอนโยบายนี้ พรรคไทยรักไทยก็นำไปกำหนดเป็นนโยบายและปฏิบัติใช้ในเวลาอันรวดเร็ว

⁹ ควบคู่ไปกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้มีความพยายามในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของคนไทย นายแพทย์อำพลเปรียบเทียบกับไว้อย่างน่าฟังว่า กฎหมายสุขภาพแห่งชาติมีความมุ่งหวังให้สังคมไทยเน้นการสร้างสุขภาพผ่านการซ่อมสุขภาพ ในขณะที่กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการรับประกันว่า ประชาชนที่เจ็บป่วยจะได้รับการซ่อมสุขภาพและไม่ถูกทอดทิ้งจากรัฐ ในแง่กฎหมายสุขภาพแห่งชาติจึงเปรียบได้กับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 173) อย่างไรก็ตาม ภายใต้รัฐบาลทักษิณ กฎหมายสุขภาพแห่งชาติเป็นได้เพียงร่างกฎหมายเท่านั้น เมื่อเกิดความล่าช้าในกระบวนการออกกฎหมาย ความล่าช้าดังกล่าวนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พลังสังคมในประเทศไม่พอใจ ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

บริการสาธารณสุขไทยให้ทั่วถึงแก่ประชาชนทุกกลุ่มในสังคม แนวคิดของกฎหมายนี้มีพื้นฐานที่สำคัญมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ตามมาตรา 52 และมาตรา 82 สำหรับมาตรา 52 เนื้อหาสองวรรคแรกได้ระบุว่า...

“...บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้...” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) ในทำนองเดียวกันมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญได้ระบุว่า...

“...รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง...” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540)

แนวคิดเรื่องหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญทั้งสองมาตราได้กลายมาเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หากวิเคราะห์ถึงที่มาของพระราชบัญญัติฉบับนี้ พลัฏปกป้องสังคมในประเทศที่ได้กล่าวถึงในข้างต้นล้วนมีบทบาทในการผลักดันพระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งนำโดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และบทบาทของกลุ่มเอ็นจีโอที่เรียกร้องการเข้าถึงยา และต่อต้านการค้าที่ไม่เป็นธรรม ในประเด็นหลังจะได้วิเคราะห์อย่างละเอียดในส่วนถัดไป

หนึ่งในแกนนำที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันร่างกฎหมายฉบับนี้ให้กลายเป็นพระราชบัญญัติได้แก่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสมาชิกชมรมแพทย์ชนบท นายแพทย์สงวนเชื่อว่า หากมีการปฏิรูประบบการเงินการคลังในกระทรวงสาธารณสุขใหม่จะช่วยให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเกิดขึ้นได้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 64-5) อาจกล่าวได้ว่า นายแพทย์สงวนมีพื้นฐานความคิดที่สำคัญมาจากการที่เขาเป็นหัวหน้าโครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่ชื่อ “โครงการปฏิรูประบบการบริการสาธารณสุข” (Health Care Reform Project) เมื่อปีพ.ศ.2539 โครงการดังกล่าวเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยกับประชาคมยุโรป เพื่อมุ่งหวังให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่มีปัญหาต่างๆ เช่น การกระจายการบริการ การกระจายบุคลากร ปัญหาคุณภาพในการบริการ ปัญหาการเงินการคลัง และปัญหาเชิงจริยธรรม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 40)

เมื่อรัฐบาลทักษิณได้จัดตั้งรัฐบาลและมีชื่อของนายแพทย์สุรพงศ์ สิบวงศ์ลี เป็นรัฐมนตรี เขาจึงเห็นว่านี่เป็นโอกาสอันดีในการผลักดันร่างกฎหมายปฏิรูปสุขภาพฉบับประชาชน อันที่จริงแล้ว นายแพทย์สงวนได้มีความพยายามในการผลักดันแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้าในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน และเป็นผู้กร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเสนอรัฐบาลตั้งแต่ปีพ.ศ.2540 แต่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 15) เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาล นายแพทย์สุรพงศ์ สิบวงศ์ลี ซึ่งในเวลานั้นเป็นผู้กำหนดนโยบายของรัฐบาลด้านสาธารณสุข ได้ติดต่อให้นายแพทย์สงวนเข้ามาเสนอนโยบายต่อพ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เขาจึงเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดย (1) การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขในรูปแบบของภาษี กล่าวคือ จัดระบบการใช้จ่ายของประชาชนด้านสาธารณสุขจากที่จ่ายแบบตัวใครตัวมัน ให้มาจ่ายแบบรวมหมู่ และรัฐบาลร่วมอุดหนุนค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ด้วย (2) การจัดสรรงบประมาณใหม่ จากเดิมที่รัฐบาลมักใช้ความเจริญของพื้นที่เป็นตัวตั้งในการจ่ายงบประมาณ มาเป็นการใช้จำนวนของประชากรเป็นตัวตั้งเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม และ (3) การปฏิรูปกิจกรรมด้านสาธารณสุข จากการรักษามาเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ข้อเสนอเหล่านี้ตรงกับความต้องการของนายกรัฐมนตรีอยู่แล้ว พรรคไทยรักไทยจึงนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติภายใต้ชื่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 92)

ควบคู่ไปกับบทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทและข้าราชการหัวก้าวหน้าในกระทรวงสาธารณสุขแล้ว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังได้รับความร่วมมือจากเอ็นจีโอและภาควิชาการอีกด้วย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2543 เป็นต้นมา เครือข่ายองค์กรภาคประชาชน ซึ่งนำโดยเครือข่ายองค์กรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เครือข่ายองค์กรผู้พิการ องค์กรผู้หญิง องค์กรเกษตรทางเลือก องค์กรสิทธิผู้บริโภค องค์กรแรงงาน ฯลฯ ได้นำแนวคิดของนายแพทย์สงวนไปรณรงค์ในสังคม (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 15) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญเช่น อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้เป็นตัวตั้งตัวตีในการจัดประชุมที่ศูนย์กลางนักเรียนคริสเตียนสะพานหัวช้าง เพื่อชี้แจงถึงหลักการและเนื้อหาของกฎหมายฉบับนี้ต่อองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ นอกจากนี้ อาจารย์จอนยังได้ประสานงานกับเดช พุ่มคชา คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กปอพช.) ผลักดันโครงการดังกล่าว เดชได้ระดมผู้แทนองค์กรเด็ก องค์กรสตรี องค์กรสลัม ฯลฯ เพื่อมาแลกเปลี่ยนข้อมูลและผลักดันกฎหมายดังกล่าว ทางด้านดร.ธีรนาถ กาญจนอักษร กลุ่มเศรษฐศาสตร์การเมือง ได้จัดประชุมองค์กรพัฒนาเอกชนและนักวิชาการที่เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขึ้น สารี อ่องสมหวัง ระกาวัน ลัชนะวานิชพันธ์ ยุพดี ศิริสินสุข ก็เป็นตัวตั้งตัวตีในการรวบรวมรายชื่อจากประชาชนจนได้รายชื่อประชาชนกว่า 60,000 รายชื่อเพื่อเสนอต่อรัฐสภา ในฐานะร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชน¹⁰ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 15 และ 77-9)

ทั้งนี้ ในช่วงเวลาที่ภาคประชาสังคมและพลังสังคมอื่นๆในประเทศกำลังร่วมกันเสนอมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พรรคการเมืองต่างๆ อาทิ พรรคไทยรักไทย

¹⁰ ร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับเป็นกฎหมายฉบับประชาชนฉบับที่ 2 ที่มีการรวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน 50,000 รายชื่อ ต่อจากกฎหมายพระราชบัญญัติป่าชุมชน

พรรคชาติไทย หรือแม้แต่พรรคฝ่ายค้านในเวลานั้นอย่างพรรคประชาธิปัตย์ ยังได้เสนอร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้พร้อมกันด้วย ปรากฏว่ามีการส่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้พร้อมกันมากถึง 7 ฉบับ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 79) ในที่สุด ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลได้รับการพิจารณาจากรัฐสภาเป็นกฎหมาย ในขณะที่ร่างพระราชบัญญัติฉบับประชาชนกลับใช้เวลาในการตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อนานถึง 8 เดือน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 15) สำหรับภาคประชาสังคม พวกเขารู้สึกผิดหวังที่ร่างกฎหมายฉบับประชาชนกลายเป็นกฎหมายของรัฐบาล แต่ถือเป็นสิ่งที่พวกเขายอมรับได้เนื่องจากเนื้อหาของกฎหมายนี้ เพิ่มความก้าวหน้าให้กับประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขจากภาครัฐ (จอห์น อังภากรณ์, สัมภาษณ์, 9 มกราคม 2552)

ภายหลังจากรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 อย่างเป็นทางการ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารองรับ อันได้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ในวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 โดยเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ในอัตราเหมาจ่าย 1,202 บาทต่อประชากร และเพิ่มมาเป็น 2,202 บาทต่อประชากรในปีงบประมาณ 2552 ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 83.19 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติฉบับนี้ตามโครงการ 30 บาทฯ เปิดโอกาสให้ประชาชนจำนวนมากกว่า 40 ล้านคน¹¹ สามารถขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี หลักการนี้จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานในประเทศไทย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 59) พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงกลายมาเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการประกาศซีแอลในประเทศไทย (จอห์น อังภากรณ์, สัมภาษณ์, 9 มกราคม 2552)

อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่ง ผลของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นำไปสู่ข้อวิพากษ์วิจารณ์บางประการ สำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายนี้ แม้ว่าการถือกำเนิดขึ้นของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามโครงการ 30 บาทฯ ได้กลายมาเป็นปรากฏการณ์ใหม่ในวงการสาธารณสุขไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ประชาชนที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงยารักษาโรคได้มากขึ้น รวมถึงชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทย แต่นโยบายดังกล่าวได้นำไปสู่ปัญหาในเชิงการบริหารจัดการที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์นายแพทย์บางส่วน พวกเขามีความเห็นว่า นโยบายดังกล่าวนี้มีปัญหาที่สำคัญอยู่ 2 ประการ ดังต่อไปนี้

¹¹ อย่างไรก็ดี นักวิชาการบางกลุ่มได้ชี้ให้เห็นว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้มิได้เป็นเรื่องที่แปลกใหม่ในสังคมไทย โครงการ 30 บาทฯ เป็นเพียงบทสุดท้ายของโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ได้ดำเนินมาอย่างยาวนาน ดังที่ได้นำเสนอไว้ในข้างต้น วิโรจน์และอัญชนาชี้ให้เห็นว่า โครงการ 30 บาทฯ เป็นการมอบสวัสดิการต่อยอดให้แก่ประชาชนกลุ่มที่ไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการสาธารณสุขของรัฐก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนไม่มาก นี่จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้โครงการนี้สามารถขยายครอบคลุมไปทั่วประเทศได้ในเวลาอันรวดเร็ว (วิโรจน์ ณ ระนอง, และอัญชนา ณ ระนอง., 2545: 45)

ประการแรก ในช่วงแรกของการให้บริการโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้ประสบปัญหาในเรื่องของการบริหารงบประมาณของรัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่ ปริมาณผู้มาเข้ารับบริการมีเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ การจัดสรรงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้แก่ประชากรในแต่ละพื้นที่ รัฐบาลจะจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลในระบบเหมาจ่าย โดยสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณต้องทำหน้าที่บริหารงบประมาณจำนวนนั้นๆในแต่ละปี หากคนไข้มีปริมาณมากกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรร โรงพยาบาลหรือสถานบริการนั้นๆจำเป็นต้องใช้งบประมาณของตนเอง¹² (กัญนิกา ร้อยสา, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553; รังสรรค์ บำรุงรักษ์, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553) นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะอธิบายว่า การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้วยการจัดสรรงบประมาณแบบจ่ายเงินต่อหัวประชากรให้กับสถานพยาบาลเพื่อจัดบริการให้แก่ประชาชนนี้ สะท้อนความคิดที่ว่ารัฐบาลต้องมีพฤติกรรมในการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนในฐานะพันธะสัญญา มากกว่าพฤติกรรมแบบผู้ให้-ผู้รับบริการแบบเดิม การปฏิรูปนี้จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาจากแพทย์และพยาบาลบางกลุ่มที่แต่งตั้งชุดคำออกมาประท้วงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546: 52) แม้ว่าในปัจจุบันการบริหารจัดการตามโรงพยาบาลต่างๆสามารถกระทำได้อย่างลงตัวมากยิ่งขึ้น แต่การจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐยังคงไม่เพียงพอ ซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องหาทางจัดการต่อไป (วินิต วิไลวงษ์วัฒนกิจ, *สัมภาษณ์*, 12 เมษายน 2553; มนตรี ดนัยคุชฎีกุล, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553; กัญนิกา ร้อยสา, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553) นายแพทย์โกมาตรแสดงความวิตกกังวลว่า ในสภาวะที่เศรษฐกิจถดถอย โครงการนี้อาจประสบปัญหาความล้มเหลวทางการเงินได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 59)

ประการที่สอง ผลจากการที่นโยบายนี้เปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่ง การเข้าถึงยาและการรักษาที่ง่ายขึ้นของประชาชนได้นำไปสู่ความไม่พอใจจากกลุ่มแพทย์ที่ประกอบกิจการธุรกิจภาคเอกชน พวกเขาเสียผลประโยชน์ทางธุรกิจจากการที่กลุ่มชนชั้นกลางสามารถเข้าถึงยาในราคาถูกได้มากขึ้น¹³ ในขณะเดียวกันก็ได้มีแพทย์บางกลุ่มซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีกับบรรษัทข้ามชาติ ออกมาขัดขวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการประกาศซีแอลด้วย (วิชัย โชควิวัฒน์, *สัมภาษณ์*, 9 สิงหาคม 2553; วินิต วิไลวงษ์วัฒนกิจ, *สัมภาษณ์*, 12 เมษายน 2553; มนตรี ดนัยคุชฎีกุล, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553; รังสรรค์ บำรุงรักษ์, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553) อันที่จริงแล้ว กระแสต่อต้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิได้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพียงประเทศเดียว ในกรณีสหรัฐ ความพยายามในการผลักดันระบบประกันสาธารณสุขถูกขัดขวางจากกลุ่มบรรษัทข้ามชาติ

¹² ในขณะที่ระบบประกันสังคม รัฐบาลให้งบเป็นรายบุคคลที่มีรายชื่อกันสังคม ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกวิพากษ์วิจารณ์ในเชิงงบประมาณ

¹³ นายแพทย์มนตรี ดนัยคุชฎีกุล ได้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจว่า คลินิกบางแห่งที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคม ได้การแยกยาเป็นสองประเภทเป็นกลุ่มสำหรับคนไข้ประกันสังคม และกลุ่มคนไข้ประกันภัยและจ่ายเงินสด (มนตรี ดนัยคุชฎีกุล, *สัมภาษณ์*, 23 เมษายน 2553)

กฎหมายประกันสุขภาพของบิล คลินตัน ถูกล้มในสภาองเกรส กล่าวคือ ประเด็นเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือชาวอเมริกันเป็นจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่คลินตันใช้เป็นนโยบายชูโรงในช่วงหาเสียงเลือกตั้งปีพ.ศ.2535 และได้รับการตอบรับอย่างมหาศาลจากประชาชน แต่ทว่า เมื่อคลินตันได้รับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี ความพยายามในการปฏิรูประบบสาธารณสุขถูกขัดขวาง ส่วนหนึ่งมาจากภายในพรรคเดโมแครตเองที่ไม่ลงรอยกันในเรื่องราวละเอียดของการปฏิรูป ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งมาจากพรรครีพับลิกัน ซึ่งขัดขวางทุกนโยบายของประธานาธิบดีคลินตัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 91-2) และส่วนสุดท้ายมาจากกลุ่มประกันภัย กลุ่มบรรษัท และกลุ่มวิชาชีพของรัฐบาลซึ่งมองว่า การปฏิรูประบบสาธารณสุขจะมากระทบกับฐานผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจตนเอง พลังเหล่านี้มีจำนวนมากกว่าพลังสนับสนุนการปฏิรูป จนกระทั่งพวกเขาประสบความสำเร็จในการลอบบีสภาองเกรสให้คว่ำร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพของคลินตันลง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 107)

ในกรณีของไทยก็เช่นเดียวกัน นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ได้ส่งผลกระทบต่อการประกอบธุรกิจของกลุ่มแพทย์บางกลุ่ม จนนำไปสู่ความไม่พอใจในตัวนโยบาย นายแพทย์สงวน ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่น่าสนใจว่า เมื่อครั้งที่โครงการ 30 บาทเกิดขึ้นได้ไม่นาน กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ได้รวมตัวกันจัดประชุมในหัวข้อ “ผลกระทบของโครงการ 30 บาทต่อการทำธุรกิจของแพทย์” วัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนั้นคือ การวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงของสถานพยาบาลเอกชนจากโครงการ 30 บาทฯ โดยละเอียดการพูดถึงผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นายแพทย์สงวนวิเคราะห์ว่า การประชุมนี้สะท้อนถึงความรู้สึกไม่มั่นคงของแพทย์ในวิชาชีพ จากนโยบาย 30 บาทฯ¹⁴ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548: 132) นอกจากนี้ ในทำนองเดียวกัน กรณีของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แพทย์และพยาบาลบางกลุ่มแสดงความกังวลว่า การเปิดสถานพยาบาลเอกชนจะไม่สามารถทำได้ ทำให้ร่างพรบ.ฉบับดังกล่าวถูกขัดขวางไว้ เนื่องจากร่างกฎหมายนี้ได้บรรจุมาตราที่ห้ามการแสวงหากำไรทางธุรกิจด้านสาธารณสุข ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงไม่ได้รับการผลักดันจากรัฐบาลให้กลายเป็นกฎหมาย ประเด็นดังกล่าวนี้จะได้กล่าวถึงในส่วนต่อไปเพื่อชี้ให้เห็นถึงความไม่พอใจของพลังปกป้องสังคมที่มีต่อรัฐบาลทักษิณ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในทางปฏิบัติโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาทั้งในทางปฏิบัติและในทางธุรกิจที่ขัดผลประโยชน์ของภาคเอกชน แต่ไม่มีรัฐบาลใดกล้ายกเลิกโครงการดังกล่าวนี้ เนื่องจากพวกเขาตระหนักดีว่า การกระทำเช่นนั้นย่อมถูกต่อต้านอย่างขนานใหญ่จากสังคม (มนตรี ดนัยคุฎฎกุล, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2553) ผลก็คือ นโยบายนี้ยังคงดำเนินอยู่ต่อไปเพื่อลดทอนความไม่พอใจในสังคม มิให้มากระทบกับเสถียรภาพทางการเมืองของรัฐบาลและการดำเนินนโยบายทางเศรษฐกิจ ดังเช่น การเจรจาเขตการค้าเสรี เป็นต้น

¹⁴ แม้แต่กรรยาของนายแพทย์สงวนเอง คลินิกเอกชนของเขาก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน

3. รัฐบาลทักษิณกับเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐฯ: การเจรจาทรัพย์สินทางปัญญากับพลังสังคมไทย

จากการวิเคราะห์ในส่วนที่ผ่านมา การทำงานของระบบเศรษฐกิจแบบตลาดสามารถดำเนินต่อไปได้ราบเท่าที่รัฐบาลสามารถควบคุมความไม่พอใจของคนในสังคมไว้ได้ กรณีของนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นหนึ่งในนโยบายที่ช่วยสร้างความพึงพอใจในสังคม และลดความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลและพลังปกป้องสังคม กล่าวคือ เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งด้วยคะแนนถล่มทลายอีกครั้งในปีพ.ศ. 2548 จนกระทั่งได้จัดตั้งรัฐบาลอีกครั้งในสมัยที่ 2 นโยบายประชานิยม เช่น โครงการ 30 บาท ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป แต่ทว่าในเวลาเดียวกัน นโยบายเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่ก็ปรากฏชัดยิ่งขึ้น หนึ่งในนโยบายเศรษฐกิจดังกล่าว ได้แก่ การเจรจาเขตการค้าเสรีระหว่างไทยและสหรัฐฯ ที่รัฐบาลทักษิณเจรจามาอย่างยาวนานและต้องการผลักดันให้การเจรจากลายเป็นข้อตกลงอย่างเป็นทางการขึ้น การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะได้ชี้ให้เห็นว่า ผลของการเจรจาดังกล่าวได้สร้างความไม่พอใจให้กับนักวิชาการและเอ็นจีโออย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งพวกเขาวิตกกังวลว่าอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน

การเจรจาระหว่างคณะเจรจาการค้าไทยและสหรัฐฯ ได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2547 โดยที่ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการกำหนดให้มีการเจรจาทุก ๆ 2-3 เดือน การเจรจาเอฟทีเอของทั้งสองประเทศเกิดขึ้นทั้งหมด รวม 6 รอบ และมีการเจรจานอกรอบ 1 ครั้ง การเจรจารอบแรกและรอบที่สองจัดขึ้นระหว่างวันที่ 28 มิถุนายน ถึง 2 กรกฎาคม พ.ศ.2547 และระหว่างวันที่ 11-15 ตุลาคม พ.ศ.2547 ที่มลรัฐฮาวาย รอบที่สามระหว่างวันที่ 4-8 เมษายน พ.ศ.2548 ที่พัทยา รอบที่สี่ระหว่างวันที่ 11-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 ที่มลรัฐมอนทานา รอบที่ห้าระหว่างวันที่ 26-30 กันยายน พ.ศ.2548 ที่มลรัฐฮาวาย และมีการเจรจานอกรอบ ระหว่างวันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ.2548 ที่กรุงลอนดอน และสุดท้ายรอบที่หก เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 9-13 มกราคม พ.ศ.2549 ที่จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนที่การเจรจายุติลงชั่วคราวอันเนื่องมาจากการรัฐประหารในวันที่ 19 กันยายนของปีเดียวกัน

ประเด็นในการเจรจาแต่ละครั้งมีความหลากหลายอย่างมาก จนมีผู้กล่าวว่า การเจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ เป็น “เอฟทีเอครอบจักรวาล” (comprehensive FTA) อันหมายถึงการเจรจาเขตการค้าเสรีที่ครอบคลุมประเด็นการค้าการลงทุนอย่างกว้างขวางกว่า 22 ประเด็น โดยสามารถแบ่งได้เป็นเรื่องการค้าสินค้า การค้าบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญา และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการค้า เช่น การจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ นโยบายการแข่งขัน กระบวนการศุลกากร แรงงาน และสิ่งแวดล้อม (พาณิชย์, กระทรวง, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2553: ออนไลน์) ผลที่สำคัญคือ การเจรจาในบางประเด็นส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในประเทศ จนนำไปสู่แรงต่อต้านจากพลังปกป้องสังคมในประเทศ หนึ่งในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การเจรจาการค้าที่เชื่อมโยงกับเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งนำไปสู่การต่อต้านจากภาคประชาสังคม ซึ่งนำโดยกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน หรือเอฟทีเอวอตช์

(FTA Watch) นักวิชาการ และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ พวกเขาแสดงจุดยืนอย่างชัดเจนว่า ไม่เห็นด้วยกับการนำประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาไปเป็นส่วนหนึ่งของการเจรจาการค้า อันที่จริงแล้ว คณะเจรจาการค้าของไทยในฐานะตัวแทนรัฐบาลไทยได้ยินยอมให้ฝ่ายคณะเจรจาอเมริกันนำเอาประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเจรจาอย่างเป็นทางการตั้งแต่การเจรจารอบที่สาม ที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ผลที่สำคัญคือ ได้มีกลุ่มผู้ชุมนุมมารวมตัวกันประท้วงการเจรจาเอฟทีเอนี้ถึงกว่า 1,500 คน พร้อมกันนั้น คณะทำงานของกลุ่มเอฟทีเอวอตซ์ และเครือข่ายพันธมิตรจำนวน 15 คน ได้เข้าพบนายนิศย์ พิบูลสงคราม หัวหน้าคณะเจรจาฝ่ายไทย เพื่อให้ออกดประเด็นทรัพย์สินทางปัญญานอกจากโต๊ะเจรจา แต่ไม่เป็นผล (กลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน, 2548, 8 เม.ย.)

สาเหตุที่พลังภาคประชาสังคมต่างๆ ไม่พอใจกับการที่ทรัพย์สินทางปัญญาต้องเป็นเงื่อนไขในการเจรจาเอฟทีเอ เนื่องจากพวกเขาได้ศึกษาประสบการณ์จากการเจรจาการค้ากับสหรัฐฯ ในกรณีของ (1) เขตการค้าเสรีอเมริกา-ชิลี (2) เขตการค้าเสรีอเมริกา-สิงคโปร์ และ (3) เขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือ (North America Free Trade Area -- NAFTA) ภายหลังจากการลงนามเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ประเทศชิลีและสิงคโปร์ ล้วนได้รับผลกระทบอย่างหนักในเรื่องต่างๆ ตั้งแต่ด้านเกษตรกรรม ด้านสิทธิบัตร ด้านการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงด้านระบบตุลาการ ประเด็นเหล่านี้ส่งผลเสียอย่างมากต่อประชาชนภายในประเทศนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อทรัพย์สินทางปัญญาและสิทธิบัตรยา ในกรณีของทรัพย์สินทางปัญญา ประเทศเหล่านี้ต่างได้รับผลกระทบจากการจดสิทธิบัตรเหนือสิ่งมีชีวิต สหรัฐฯ ในฐานะประเทศที่มีระดับการวิจัยและพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีชีวภาพสูงกว่าประเทศอื่น สามารถดัดแปลงพันธุกรรมของพืชสมุนไพร พันธุ์สัตว์ จุลินทรีย์ หรืออวัยวะมนุษย์ รวมถึงอาหารและยา เพื่อจดสิทธิบัตรเหนือสิ่งประดิษฐ์ที่มีการดัดแปลงเพียงเล็กน้อยได้ พลังสังคมต่างวิตกกังวลว่า ประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูงรวมทั้งประเทศไทย เมื่อลงนามในเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ก็ย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกผูกขาดสิทธิบัตรสิ่งมีชีวิตได้ ในกรณีของสิทธิบัตรยา ประเทศที่มีข้อตกลงเอฟทีเอกับสหรัฐฯ ต้องขยายความคุ้มครองสิทธิบัตรจาก 20 ปีเป็น 25 ปี และยกเลิกการใช้มาตรการซีแอล ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขที่คู่ภาคีต้องยอมรับ ข้อเรียกร้องเหล่านี้ถือเป็นเรื่องที่ประเทศต่างๆ รู้จักกันในชื่อว่า “ทริปส์พลัส” (TRIPs-plus) ดังที่ได้กล่าวถึงในบทที่สาม (กลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน, 2546, 13 ต.ค.: ออนไลน์; กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, 2549: ออนไลน์) ในกรณีของไทยก็เช่นเดียวกัน เอ็นจีโอ นักวิชาการ และผู้ป่วยต้องวิตกกังวลว่า เอฟทีเอไทย-สหรัฐฯ จะก่อให้เกิด จะนำไปสู่ปัญหาเดียวกัน ในกรณีของยาพวกเขาประเมินว่า หากข้อตกลงเอฟทีเอไทย-สหรัฐฯ เกิดขึ้นจริง กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเรื้อรัง และประชาชนทั่วไป จำเป็นต้องจ่ายค่ายาเพิ่มขึ้น 20,000 ล้านบาทต่อปี (กลุ่มศึกษาข้อตกลงการค้าเสรีภาคประชาชน, 2548, 8 เม.ย.) นี่จึงเป็นสาเหตุให้ภาคประชาสังคมออกมาต่อต้านการเจรจาเขตการค้าเสรีเป็นจำนวนมาก

อย่างไรก็ตาม การชุมนุมต่อต้านครั้งสำคัญที่สุดเกิดขึ้นในการเจรจารอบที่หก ณ จังหวัดเชียงใหม่ หากย้อนไปพิจารณาเนื้อหาในส่วนที่ผ่านมา ในช่วงรัฐบาลทักษิณ ประเทศไทยประสบกับปัญหาการเข้าถึงยา นโยบาย 30 บาท จึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาและได้รับความนิยมนิยมของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย อย่างไรก็ตามมาถึงการเจรจาเอฟทีเอไทย-สหรัฐรอบที่ 6 ที่จังหวัดเชียงใหม่ บรรยากาศทางการเมืองดูเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง กลับมีผู้ออกมาชุมนุมประท้วงการเจรจาเอฟทีเอครั้งนี้ถึงกว่า 10,000 คน ซึ่งมากกว่าการประท้วงที่พ่ายไปถึง 10 เท่า การชุมนุมประท้วงเกิดขึ้นหน้าโรงแรมแอมริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นสถานที่เจรจาแบบปิดระหว่างคณะเจรจาทั้งสองฝ่าย กลุ่มผู้ชุมนุมประกอบไปด้วยกลุ่มคนหลากหลายอาชีพ เช่น ชาวนา เกษตรกร ผู้ยากไร้ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย สำหรับผู้ป่วยพวกเขากังวลว่า การเจรจาเอฟทีเอซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรยา จะส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยในช่วงเวลาที่ชุมนุมพวกเขากำลังได้รับประโยชน์จากโครงการ 30 บาท และยาสามัญซึ่งรัฐเป็นผู้จัดสรรให้ จากประสบการณ์ของพวกเขาในประเทศอื่นที่ลงนามเขตการค้าเสรีกับสหรัฐ ประเทศภาคีจำเป็นต้องยกระดับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา จนกระทั่งการเข้าถึงยาราคาถูกถูกจำกัด (Bangkok Post, 2006, 8 Jan: online)

ในขณะที่กลุ่มประชาสังคมเคลื่อนไหวรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทักษิณก็ออกมาสนับสนุนกลุ่มต่อต้านนี้ แต่จุดประสงค์ของเขาคือ การใช้พลังประชาชนอ้างกับคณะเจรจาสหรัฐ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์เดียวกันกับที่ฝ่ายตัวแทนสหรัฐมักอ้างถึงสมาคมเกรส อีกเหตุผลหนึ่งคือ เขาได้ประโยชน์ทางอ้อมจากการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงออกซึ่งความไม่พอใจ มากกว่าต้องการกดทับความกังวลเหล่านั้นไว้ ดังนั้น ไม่ใช้การให้ความสำคัญกับจุดยืนของภาคประชาสังคมอย่างแท้จริง การเจรจาเอฟทีเอไทย-สหรัฐรอบที่ 6 ยุติลง พร้อมกับคำชี้แจงสรุปผลการเจรจาจากนายนิติย์ พิบูลสงคราม หัวหน้าคณะเจรจาของไทยได้กล่าวว่า สหรัฐฯเสนอลดภาษีเหลือร้อยละ 0 แก่สินค้าอุตสาหกรรมไทยในตลาดสหรัฐฯ¹⁵ แลกกับการที่ไทยตกลงลดภาษีร้อยละ 71 ของมูลค่าสินค้านำเข้าจากสหรัฐฯต่อปี¹⁶ ในด้านเกษตรกรรม รัฐบาลไทยเสนอให้สหรัฐลดการอุดหนุนสินค้าบางรายการ และใช้กฎแหล่งกำเนิดของสินค้าเพื่อสร้างความเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังมีเรื่องการเปิดเสรีภาคบริการและการลงทุน ที่ทั้งสองฝ่ายตกลงให้มีการแข่งขันกันอย่างเสรีและถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาคุณภาพของการลงทุน เป็นต้น (กรุงเทพธุรกิจ, 2549, 13 ม.ค.: ออนไลน์) เหล่านี้ถือเป็นประเด็นสำคัญที่นายนิติย์ หัวหน้าคณะเจรจาเปิดเผยโดยไม่มีการพูดถึงประเด็นที่เอ็นจีโอและนักวิชาการวิตกกังวลมากที่สุด นั่นคือ เรื่องทรัพย์สินทางปัญญา

¹⁵ สินค้าส่งออกของไทยได้แก่ เครื่องใช้ไฟฟ้าเกือบทุกรายการ ผลิตภัณฑ์จากไม้และยาง เครื่องแก้วและเซรามิก ผลิตภัณฑ์พลาสติก อัญมณีและเครื่องประดับ กลุ่มอาหารแปรรูป ผลิตภัณฑ์เหล็ก สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มบางรายการ

¹⁶ ยกเว้นสินค้าที่มีความอ่อนไหวต่อตลาดของไทย เช่น เนื้อสัตว์ นม ข้าวโพด มันฝรั่ง ชา กาแฟ และหัวหอม รัฐบาลไทยเสนอให้ลดภาษีบนกรอบ 10 ปี หรือจัดเป็นสินค้าที่มีการใช้มาตรการป้องกัน

อย่างไรก็ตาม หลังจากการเจรจาที่หักส้นสุดลงได้ไม่นาน กลุ่มเอ็นจีโอระหว่างประเทศที่ชื่อ กลุ่มไบแลตเอร์ลตอทโออาร์จี (Bilaterals.Org) ได้เปิดเผยข้อมูลจากการเจรจาผ่านเว็บไซต์ของพวกเขา ข้อเสนอดังกล่าวได้เรียกร้องให้รัฐบาลไทยยอมรับถึงการคุ้มครองสิทธิบัตรที่เข้มงวดอย่างมาก และสร้างความวิตกกังวลต่อพลังสังคมในไทยต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย เนื้อหาของข้อเรียกร้องจากคณะผู้แทนสหรัฐระบุพอสังเขปได้ว่า (1) รัฐบาลไทยต้องยอมรับในการจดสิทธิบัตรเหนือพืชและสัตว์ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วย และกระบวนการในการผ่าตัดทั้งต่อคนและสัตว์¹⁷ (2) รัฐบาลต้องควบคุมไม่ให้มีการคัดค้านคำขอรับสิทธิบัตรก่อนการออกสิทธิบัตร (3) รัฐบาลไทยต้องจำกัดการบังคับใช้สิทธิให้ใช้ได้กรณีฉุกเฉินเท่านั้น และต้องจ่ายค่าตอบแทนสูงแก่ผู้ทรงสิทธิ (4) รัฐบาลไทยต้องขยายอายุสิทธิบัตรออกไปจากความล่าช้าในกระบวนการจดสิทธิบัตร และ (5) รัฐบาลไทยต้องเปิดโอกาสให้มีการแก้ไขคำขอรับสิทธิบัตรได้อย่างน้อย 1 ครั้ง และสิ่งประดิษฐ์ที่ขอยื่นจดทะเบียนไม่จำเป็นต้องมีการทดลองหรือนำไปใช้ในทางอุตสาหกรรมได้ นอกจากนี้ ภายใต้ข้อเรียกร้องในบทสิทธิบัตรสหรัฐได้เรียกร้องให้รัฐบาลไทยยอมรับมาตรการเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนตำรับยา อันได้แก่ (1) รัฐบาลไทยต้องผูกขาดข้อมูลยาใหม่เป็นเวลา 5 ปี ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะใช้ในการขึ้นทะเบียนตำรับในไทยหรือในต่างประเทศ (2) รัฐบาลไทยต้องผูกขาดข้อมูลคลินิกใหม่ของตัวยาเก่า 3 ปี ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะใช้ในการขึ้นทะเบียนตำรับในไทยหรือใช้ในต่างประเทศมาแล้ว และ (3) รัฐบาลไทยต้องมีมาตรการป้องกันมิให้การขึ้นทะเบียนตำรับยามีการละเมิดสิทธิบัตร และต้องแจ้งให้เจ้าของสิทธิบัตรทราบถึงการขึ้นทะเบียนตำรับยานั้น (Bilateral.Org, 2006: online)¹⁸ หากกล่าวให้ชัดเจนลงไปสู่กฎหมายสิทธิบัตรของไทย คณะเจรจาสหรัฐเรียกร้องให้รัฐบาลไทยแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรมาตรา 51 เป็นว่า หากไทยจะประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรแล้ว ต้องดำเนินการขออนุญาตจากผู้ทรงสิทธิก่อน รวมถึงการขยายอายุการคุ้มครองสิทธิบัตรเป็น 25 ปี การแก้ไขพบ.ในลักษณะนี้ถือว่าเป็นข้อตกลงที่เกินกว่าข้อตกลงทริปส์ และส่งผลให้ข้อยืดหยุ่นที่องค์การการค้าโลกเปิดทางไว้ ไม่สามารถใช้ได้ในประเทศไทย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2550: 14-5)

ข้อเรียกร้องดังกล่าวนี้ได้รับการยอมรับโดยนายคณิสสร นาวานุเคราะห์ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญา ในเวลานั้นว่า เป็นเอกสารบนโต๊ะเจรจาจริง (จิราพร ลัมปานานนท์, 2549: ออนไลน์) สำหรับพลังปกป้องสังคมในประเทศแล้ว ข้อเรียกร้องเหล่านี้ถือเป็นเงื่อนไขที่บีบรัดคู่เจรจากมากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์การทำเอฟทีเอของสหรัฐกับประเทศต่างๆ ทั้งนี้

¹⁷ ต้นฉบับข้อเรียกร้องคือ "...Each party shall make patents available for the following inventions: (a) plants and animals, and (b) diagnostic, therapeutic, and surgical procedures for the treatment of humans or animals...".

¹⁸ เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2549 ผู้เขียนได้มีโอกาสพูดคุยในประเด็นนี้กับ "นักวิชาการฝ่ายไทยในทีมเจรจาการค้ากับสหรัฐ" ที่ไม่ต้องการเปิดเผยชื่อ และได้รับคำตอบว่า ทีมเจรจาเห็นข้อเสนออันนี้แล้วไม่รู้สึกตกใจ เพราะรู้ดีว่าเป็นเพียงข้อเสนอที่สหรัฐตั้งไว้ "ตอรอง" เท่านั้น ซึ่งเขาได้บอกกับผู้เขียนว่าไม่มีทางที่ทีมเจรจาจะยอมให้มีการยอมรับในข้อเสนอเช่นนี้เกิดขึ้น

รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ได้ชี้ให้เห็นว่า ข้อเสนอเพิ่มเติมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชนโดยตรง ตามที่ปรากฏในเอกสารข้างต้น การจดสิทธิบัตรต่อวิธีการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วย และกระบวนการในการผ่าตัดทั้งต่อคนและสัตว์ ไม่เคยปรากฏในการเจรจาเอฟทีเอกับประเทศใดมาก่อน ประเทศไทยเป็นแห่งแรกที่ได้รับข้อเรียกร้องนี้จากสหรัฐฯ สำหรับการคัดค้านการขอรับสิทธิบัตรก่อนการออกสิทธิบัตร จิราพรชี้ให้เห็นว่า การไม่ยอมให้สาธารณชนตรวจสอบสถานะร่างสิทธิบัตรย่อมนำไปสู่การผูกขาดสิทธิบัตรได้ เนื่องจากขั้นตอนคัดค้านหลังสิทธิบัตรหรือการเพิกถอนสิทธิบัตรต้องใช้เวลาอันนานับปี และมีค่าใช้จ่ายสูงมากในกระบวนการศาลทรัพย์สินทางปัญญา ในทำนองเดียวกัน การเรียกร้องให้รัฐบาลไทยขยายอายุสิทธิบัตรเพื่อชดเชยจากความล่าช้าในกระบวนการจดสิทธิบัตรย่อมนำไปสู่ปัญหา “สิทธิบัตรที่ไม่มีวันตาย” (evergreening patent) การชดเชยอายุสิทธิบัตรจะทำให้ยาสามารถขายได้ยาวนานขึ้นโดยไม่มีคู่แข่งในตลาด ผลก็คือ รัฐบาลเร่งรัดการกลั่นกรองคุณภาพยาและทำให้ผู้ขายมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ท้ายที่สุด การเปิดโอกาสให้จดสิทธิบัตรสิ่งของที่ไม่จำเป็นต้องนำไปประยุกต์ในอุตสาหกรรม อาจนำไปสู่การจดสิทธิบัตรเหนือทรัพยากรธรรมชาติได้ (จิราพร ลิ้มปานานนท์, 2549: ออนไลน์; กลุ่มศึกษาข้อตกลงการลงทุนการค้าเสรีภาคประชาชน, 2549: ออนไลน์)

ความวิตกกังวลดังกล่าวได้นำไปสู่การแสดงผลไม่เห็นด้วยกับรัฐบาลทั้งในรูปแบบเชิงวิชาการและการรวมตัวชุมนุมประท้วงในเวลาต่อมา ในงานสัมมนาว่าด้วยการเจรจาเอฟทีเอในระดับทวิภาคี¹⁹ ซึ่งจัดโดยกลุ่มเฮลท์แอคชั่น อินเตอร์เนชั่นแนล ภูมิภาคเอเชีย ร่วมกับหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และกลุ่มศึกษาปัญหายา นุสรพร เกษสมบุรณ์ แห่งกลุ่มศึกษาปัญหายา ได้นำเสนองานวิจัยของเธอที่ชี้ให้เห็นว่า หากเอฟทีเอไทย-สหรัฐฯ เกิดขึ้นจริงบนเงื่อนไขด้านสิทธิบัตรที่สหรัฐฯ เรียกร้องแก่รัฐบาลไทยจากการประชุมที่เชียงใหม่แล้ว ประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นถึง 799,887 ล้านบาท และจะส่งผลให้อุตสาหกรรมยาในไทยหดตัวลงถึง 305,129 ล้านบาท (ประชาไท, 2551, 25 ส.ค.: ออนไลน์)

แม้แต่วิลเลียม อัลดิส (William Aldis) ผู้แทนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในประเทศไทย ได้ออกมาเตือนรัฐบาลไทยผ่านบทความของเขาในหนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ฉบับวันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2549 ว่า การลงนามเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ย่อมส่งผลกระทบต่อการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในประเทศไทย ผลที่สำคัญที่สุดคือ การผลิตยาสามัญราคาถูกที่ประชาชนเข้าถึงได้ถูกจำกัด ในขณะที่ยาด้านไวรัสเอดส์จะมีราคาสูงมาก การเปลี่ยนแปลงนี้ยังรวมไปถึงยารักษาโรคอื่นๆ ที่ประชาชนจำเป็นต้องใช้ในการรักษาตัวอีกด้วย อัลดิสยังได้เสนอต่อว่า หากเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ เกิดขึ้นจริง โครงการ 30 บาทย ของรัฐบาลชุดนี้ต้องล้มละลายอย่างแน่นอน ผลจากข้อเสนอในบทความชิ้นนี้ ทำให้อัลดิสถูกส่งย้ายตัวนอกรจากประเทศไทยอย่างไม่มีสาเหตุ พลังสังคมในไทยต่างลงความเห็นว่า เป็นเพราะค่า

¹⁹ การสัมมนาเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2551 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ

เดือนของนายอัลดิสที่เป็นสาเหตุให้เขาถูกส่งย้ายตามแรงกดดันของรัฐบาลอเมริกัน หลังจากที่ถูกสหรัฐในองค์การสหประชาชาติ ที่กรุงเจนีวา ได้เข้าพบนายลี จอง วูค ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ได้เพียงหนึ่งวันเท่านั้น อันที่จริงแล้ว อัลดิสเพิ่งมาประจำการในประเทศไทยได้เพียง 16 เดือนเท่านั้น ทั้งที่โดยทั่วไปแล้ว ตำแหน่งนี้มักมีวาระยาวนานถึง 4 ปีหรือยาวนานกว่านั้น (The Nation, 2006, 20 June: online; Bilateral.Org, 2006, 29 June: online)

หลังจากการเจรจารอบที่ 6 สิ้นสุดลง มีแนวโน้มว่าเอฟทีเอไทย-สหรัฐกำลังจะเกิดขึ้นในไม่ช้า แต่ทว่ารัฐประหาร 19 กันยาฯ ทำให้กระบวนการเจรจาถูกระงับลงโดยปริยาย การเจรจาการค้าที่เชียงใหม่จึงเป็นครั้งสุดท้ายของทั้งสองประเทศ สำหรับสหรัฐ รัฐบาลยังคงไม่สามารถเดินหน้าเจรจาต่อได้อย่างทันที เนื่องจากสภาคองเกรสยังมิได้ต่ออายุกฎหมายที่ชื่อ “Trade Promotion Authority” (TPA) หรือกฎหมายฟาสแทรค (Fast Track) เพื่อให้อำนาจในการเจรจาการค้าแก่ประธานาธิบดีในการเจรจา สำหรับรัฐบาลไทย แม้ว่าขณะนี้ ประเทศไทยมีรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้งแล้ว แต่การที่กลับมาเจรจาเอฟทีเอกับสหรัฐ จำเป็นต้องผ่านสภา ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับพ.ศ.2550 มาตรา 190 ได้กำหนดว่า ในการจัดทำสนธิสัญญาใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย จะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา และต้องมีการจัดทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นก่อน (พาณิชย์, กระทรวง, กรมทรัพย์สินทางปัญญา, 2553: ออนไลน์) อย่างไรก็ดี แม้ว่าการเจรจาเอฟทีเอกับสหรัฐจะยุติลงไปแล้ว แต่เป็นการยุติเพียงชั่วคราวเท่านั้น และไม่มีสิ่งใดมารับประกันได้ว่า การเจรจาพร้อมกับข้อเรียกร้องทางด้านสิทธิบัตรยาเช่นการเจรจาที่เชียงใหม่ จะไม่เกิดขึ้นอีกไม่ว่าในรัฐบาลใดก็ตาม

นอกเหนือไปจากความไม่พอใจของภาคประชาสังคมที่มีต่อรัฐบาลทักษิณในเรื่องการเจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐแล้ว ความไม่พอใจอีกส่วนหนึ่งยังเกิดจากประเด็นในเรื่องรัฐบาลทักษิณ ถ่วงเวลาในการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ ก่อนการจัดตั้งสปสข.และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และข้าราชการบางกลุ่มในกระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามร่วมกันในการร่าง “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น²⁰ ภายใต้คำขวัญที่ว่า “สร้างก่อนซ่อม” หน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ สปสช.ซึ่งเป็นองค์การที่ถูกแต่งตั้งขึ้นมาโดยตรงเพื่อยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548: 7 และ 109) ในช่วงสมัยแรก รัฐบาลทักษิณให้สัญญาว่าจะผลักดันร่างพรบ.ฉบับนี้อย่างจริงจัง แต่เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับการเลือกตั้งอีกครั้งด้วยคะแนนถล่มทลายในสมัยที่สอง พรบ.ฉบับนี้กลับได้รับการเพิกเฉย²¹ ในเชิงทฤษฎี ทำที่ของรัฐบาลทักษิณในการ

²⁰ โปรดดูตารางเปรียบเทียบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในงานของนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ (2546: 174-5)

²¹ นายแพทย์อำพลวิเคราะห์ว่า สาเหตุที่รัฐบาลทักษิณไม่ได้ให้ความสำคัญกับกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เพราะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว อีกทั้งในมาตรา 71 ของร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ มีข้อความที่ระบุว่า “บริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นการแสวงกำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล” ทำให้แพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมากวิตกกังวลว่า ร่างพรบ.ฉบับนี้จะเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพ เช่น การเปิดคลินิกเอกชน หรือการนำโรงพยาบาลเอกชนเข้าสู่ระบบตลาดหุ้น เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550: 240-3)

สนับสนุนร่างพรบ.ช่วงแรกนั้นเป็นไปเพราะต้องการลดทอนความไม่พอใจของสังคมที่มีต่อนโยบายทางเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่เท่านั้น มากกว่าความต้องการในการมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างแท้จริง จนกระทั่งรัฐบาลสุรยุทธ์ขึ้นมามีอำนาจตำแหน่ง ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ก็ได้รับการผลักดันเป็นกฎหมายอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียง 3 เดือน นับจากวันที่นายแพทย์มงคล ณ สงขลาได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550: 200-14)

นอกจากนี้ รัฐบาลทักษิณยังมีท่าทีบางประการอื่นๆที่ทำให้ภาคประชาสังคมรู้สึกวิตกกังวลกับการเข้าถึงยาของประชาชน ตัวอย่างที่สำคัญคือ การรับพิจารณาข้อเสนอของบริษัทเอกชนที่ต้องการให้องค์การเภสัชกรรมของรัฐบาลแปรรูป โดยให้เหตุผลว่า การแปรรูปจะนำไปสู่การสร้างภาพพจน์ที่ดีให้แก่บริษัท การระดมเงินทุนในระยะยาว การเชื่อมโยงกับกลุ่มธุรกิจต่างประเทศ การเสริมสร้างสภาพคล่องให้แก่ผู้ถือหุ้น หรือการคุ้มครองผู้ถือหุ้นในการลงทุน เป็นต้น (สารี อ๋องสมหวัง, ม.ป.ป.: ออนไลน์) พอถึงปีพ.ศ.2545 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ.2545 ให้ความคุ้มครองข้อมูลที่ใช้สารเคมีชนิดใหม่ ซึ่งต้องเสนอข้อมูลประกอบคำขออนุญาตต่อหน่วยงานของรัฐ และผู้ขออนุญาตได้ขอตกลงให้หน่วยงานของรัฐช่วยดูแลรักษา เพื่อให้รัฐเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษาความลับนั้นจากการเปิดเผยหรือใช้ในเชิงพาณิชย์อย่างไม่เป็นธรรม โดยที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้จัดทำระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่า ด้วยการดูแลรักษาความลับทางการค้าของข้อมูลทะเบียนตำรับยาเพื่อรองรับการปฏิบัติ (สาธารณสุข, กระทรวง, 2548) นโยบายของรัฐไทยในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาเหล่านี้ต่างเอื้อประโยชน์ในเชิงธุรกิจให้แก่นักลงทุนเอกชน มากกว่าที่การปรับปรุงโครงสร้างสาธารณสุขของไทยให้รองรับการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆได้ดียิ่งขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ การเจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ และนโยบายอื่นๆที่มีแนวโน้มเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาจึงนำไปสู่ความไม่พอใจของภาคประชาสังคม นโยบายทางด้านเศรษฐกิจของรัฐบาลทักษิณสวนทางกับความต้องการในการใช้ยาของประชาชน ทำให้ภาคประชาสังคมต่างเรียกร้องให้รัฐบาลใช้มาตรการขอยึดหยุนเป็นทางเลือกในการเข้าถึงยา แม้ว่ารัฐบาลทักษิณได้ถูกยึดอำนาจจากการรัฐประหารในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 แต่ความต้องการของพลังสังคมที่เรียกร้องการเข้าถึงยา ยังคงต้องการให้รัฐทำหน้าที่ดูแลสวัสดิการสาธารณสุขของประชาชนต่อไป การเคลื่อนไหวเหล่านี้จึงปรากฏออกมาในรูปแบบของการประกาศซีแอล ในบทต่อไปจะเห็นว่า การเกิดขึ้นของซีแอลเป็นอีกระดับของความสำเร็จของพลังสังคมในข้างต้น การเคลื่อนไหวของพลังสังคมนี้ได้นำไปสู่การผูกมัดของระบบตลาดอันเกิดจากความไม่สมบูรณ์ในตัวเองของตลาด และความล้มเหลวในการแยกประเด็นทางเศรษฐกิจออกจากการเมือง

สรุปท้ายบท

เนื้อหาในบทนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงพลังปกป้องสังคมกลุ่มต่างๆ อันได้แก่ พลังของกลุ่มแพทย์ชนบท และภาคประชาสังคมไทยอันประกอบไปด้วย องค์การพัฒนาภาคเอกชน นักวิชาการสายสาธารณสุข และกลุ่มผู้ป่วย พลังสังคมเหล่านี้ล้วนมีพัฒนาการที่ยาวนานและมีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยาของประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง

พลังสังคมกลุ่มแรกได้แก่ กลุ่มแพทย์จากชมรมแพทย์ชนบท กล่าวได้ว่า บทบาทของกลุ่มแพทย์ชนบทมีความสำคัญอย่างมากในฐานะพลังสังคมที่เป็นพื้นฐานสำหรับการสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงยาและการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาในบทนี้ได้แสดงให้เห็นว่าการต่อต้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 และการเปิดโปงการทุจริตยา เป็นผลงานสำคัญที่ทำให้สาธารณสุขได้ประจักษ์ถึงจุดยืนของกลุ่มแพทย์ชนบทในการปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน ผลงานทั้งสองด้านเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าถึงยาโดยตรง การคัดค้านร่างพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฉบับใหม่ เพราะพวกเขาไม่ต้องการให้มีการคุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา ซึ่งจะมีปัญหาต่อการวิจัยยาและยามีราคาแพง ในขณะเดียวกัน การเปิดโปงการทุจริตยาเป็นการช่วยให้รัฐบาลสามารถใช้เงินภาษีและงบประมาณได้อย่างเหมาะสม การทุจริตยาปิดโอกาสที่จะนำงบประมาณไปซื้อยาเพื่อกระจายให้แก่ผู้ป่วยที่มากขึ้น การเปิดโปงครั้งนี้จึงทำให้ชื่อของชมรมแพทย์ชนบทเป็นที่รู้จักต่อสาธารณสุขในฐานะกลุ่มแพทย์ที่เคลื่อนไหวเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนในสังคม

บทบาทเหล่านี้มีผลอย่างมากต่อการสนับสนุนการเข้าถึงยาของประชาชน เมื่อพวกเขามีบทบาทสำคัญในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์การเภสัชกรรม และสำนักงานอาหารและยา รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บทบาทนี้แตกต่างจากกลุ่มแพทย์สภาซึ่งเป็นพลังสังคมอีกกลุ่มที่สำคัญในกระทรวงสาธารณสุข แพทย์กลุ่มนี้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพทางแพทย์ จุดยืนของแพทย์ในกลุ่มแพทย์ชนบท และแพทย์จากกลุ่มแพทย์สภาจึงแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง

พลังสังคมกลุ่มที่สองได้แก่ภาคประชาสังคมของไทย อันประกอบไปด้วย นักวิชาการสายสาธารณสุข กลุ่มศึกษาปัญหา ยา กลุ่มศึกษาทรัพย์สินทางปัญญา กลุ่มเอ็นจีโอสายสาธารณสุข และกลุ่มผู้ป่วย เนื้อหาในบทนี้ได้วิเคราะห์ถึงบทบาทและการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมเหล่านี้เข้าด้วยกัน เริ่มตั้งแต่กรณีการต่อต้านพระราชบัญญัติสิทธิบัตรยา พ.ศ.2522 การเรียกร้องการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเอชไอวี การต่อต้านคำขอสิทธิบัตรยาคอมบิต และการต่อต้านการเจรจาการค้าที่ไม่เป็นธรรม เมื่อประมวลเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้เข้าด้วยกัน ปรากฏว่า เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลให้ภาคประชาสังคมไทยทวีความเข้มแข็งขึ้นตามลำดับ พวกเขาได้ประเด็นเคลื่อนไหวร่วมกันนั่นคือ การเรียกร้องการเข้าถึงยาให้แก่ประชาชนและผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่พวกเขาไม่พอใจจากการมีสิทธิบัตรคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยาในปีพ.ศ.2535 เราจะได้เห็นต่อไปว่าพลังกลุ่มนี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการผลักดันให้เกิดการประกาศซีแอลและสำเร็จในยุคของนายแพทย์มิ่งคล ณ สงขลา

พลังขับเคลื่อนจากกลุ่มแพทย์ชนบทและภาคประชาสังคมมีความสำคัญอย่างมากต่อการผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคประชาสังคมไทยมีบทบาทที่สำคัญในการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชน รวมถึงการรวบรวมรายชื่อจำนวน 50,000 รายชื่อเพื่อเสนอร่างกฎหมายต่อรัฐสภา ในเวลาเดียวกัน กลุ่มแพทย์ชนบทเป็นผู้ผลักดันประเด็นผ่านนายแพทย์สุรพงศ์ สืบวงศ์ลี ซึ่งเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น แม้ว่าในท้ายที่สุดร่างพรบ.ของรัฐบาลได้รับการผ่านร่างสภาอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ร่างฉบับประชาชนใช้เวลาตรวจสอบรายชื่อนานมาก แต่เนื้อหาที่ปรากฏออกมาในพรบ.ก็เป็นก้าวสำคัญที่ทำให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย ผลของพรบ.ฉบับนี้ได้นำไปสู่การตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีนายแพทย์สรวง ซึ่งเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญของกลุ่มแพทย์ชนบท เป็นเลขาธิการคนแรก พรบ.ฉบับนี้ทำให้ประชาชนได้รับการรักษาและเข้าถึงยามากขึ้นในชื่อว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” และประชาชนเป็นจำนวนมากได้ประโยชน์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ดังนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นการร่วมมือกันของพลังปกป้องสังคมกลุ่มต่างๆ ที่ต้องการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชาชนทุกระดับ กล่าวได้ว่า พรบ.ฉบับนี้เป็นพื้นฐานของการเข้าถึงยาของประชาชน รวมถึงการประกาศซีแอลด้วย

ภายหลังจากการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลทักษิณก็ได้เจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯอย่างจริงจัง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสนอว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และละเลยพระราชบัญญัติที่สำคัญอื่นๆ เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนระบบความคิดที่ว่า รัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างสวัสดิการสาธารณสุขจริง แต่เพียงเพื่อสร้างฐานทางการเมืองให้เข้มแข็ง และลดทอนความไม่พอใจของผู้คนในสังคม ยุทธศาสตร์นี้เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับนโยบายทางเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่แบบสุดโต่ง หนึ่งในนโยบายเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ปรากฏในการเจรจาเขตการค้าเสรีแบบทวิภาคีกับสหรัฐฯ ท่าทีของรัฐบาลเช่นนี้ได้นำไปสู่ปฏิกริยาจากสังคมอย่างเห็นได้ชัด นักวิชาการ เอ็นจีโอ และข้าราชการบางกลุ่มแสดงความวิตกว่า การเจรจาเขตการค้าเสรีกับสหรัฐฯ โดยเฉพาะในประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา ย่อมนำไปสู่ปัญหาการเข้าถึงยาของประชาชน

ประเด็นที่นำไปสู่ความวิตกกังวลของภาคประชาสังคมอย่างมากคือ ประเด็นเรื่องการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา กล่าวคือ เมื่อการเจรจาเขตการค้าเสรีระหว่างรัฐบาลไทยและผู้แทนการค้าสหรัฐฯรอบที่ 6 ที่จังหวัดเชียงใหม่สิ้นสุดลง เว็บไซต์ของกลุ่มไบโอแลทเทอรัลดอทไอรจี ได้เปิดเผยเอกสารที่หลุดออกมาจากการประชุม เนื้อหาของเอกสารได้ระบุอย่างชัดเจน ถึงความต้องการของรัฐบาลอเมริกันในการขยายขอบเขตการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้มงวดมากยิ่งขึ้น เนื้อหาในหลายส่วนผูกมัดรัฐบาลไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องการเข้าถึงยาของประชาชน ปรากฏการณ์นี้สะท้อนว่า ความวิตกกังวลของพลังปกป้องสังคมมิใช่เรื่องที่ไม่สมเหตุสมผล ผลที่สำคัญคือ การต่อต้านจากภาคประชาสังคมที่กังวลว่า ข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่สหรัฐฯต้องการ จะได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลทักษิณ และส่งผลต่อการเข้าถึงยา

ของประชาชน ผลของการเจรจานำไปสู่การต่อต้านอย่างรุนแรงจากประชาชน ด้วยเหตุนี้ กรณีของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการต่อต้านการทำเอฟทีเอกับสหรัฐฯ เป็นสองเหตุการณ์ที่ทำให้ภาคประชาสังคม นักวิชาการ ผู้ป่วย และเอ็นจีโอมาร่วมกันขับเคลื่อนอย่างจริงจัง

อย่างไรก็ดี แม้ว่ารัฐบาลทักษิณได้ถูกต่อต้านอย่างหนักจากประเด็นการเมืองและทุจริตในนโยบายต่างๆ แต่ก็ยังไม่มีที่ท่าว่า การเจรจาการค้ากับสหรัฐฯจะยุติลง จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์รัฐประหารในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 การเกิดขึ้นของรัฐประหารมีผลต่อภาคประชาสังคมใน 3 ด้านคือ หนึ่ง ทำให้การเจรจาเอฟทีเอกับสหรัฐฯยุติลงชั่วคราว สอง ทำให้ภาคประชาสังคมได้มีโอกาสเข้าถึงการตัดสินใจของรัฐบาลมากยิ่งขึ้น ซึ่งปรากฏชัดอย่างมากในกระทรวงสาธารณสุข และสาม ทำให้การรวมตัวของกลุ่มประชาสังคมมีความเข้มแข็งต่อไป เพราะไม่ถูกปราบปรามและเพิกเฉยเหมือนเช่นที่ผ่านมา เหตุการณ์นี้จึงเป็นส่วนสนับสนุนที่ทำให้ภาคประชาสังคมไทยมีบทบาทที่สำคัญในการเรียกร้องให้รัฐบาลออกมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรกับยาทั้ง 7 รายการ

ด้วยโครงสร้างทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้นักวิชาการบางกลุ่มอธิบายว่า การประกาศซีแอลเกิดขึ้นได้เพราะรัฐประหาร 19 กันยายน แต่ทว่าการรัฐประหารเป็นเพียงปัจจัยเสริมที่ทำให้การประกาศซีแอลเกิดขึ้นได้เท่านั้น อันที่จริงแล้ว บทบาทของภาคประชาสังคมที่เคลื่อนไหวมาอย่างยาวนานเป็นพลังปกป้องสังคมที่ทำให้การประกาศใช้สิทธิเกิดขึ้นได้ในสมัยรัฐบาลสุรยุทธ์ เราจะเห็นได้จากรายชื่อของผู้ที่ทำงานในคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่อผลักดันซีแอล ล้วนมาจากกลุ่มแพทย์ชนบทซึ่งขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด