

การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย

๑. สถานการณ์

๑.๑ ยาเป็นสินค้าคุณธรรม ที่แต่ละประเทศต้องมียาจำเป็นเพื่อใช้อย่างเพียงพอ ทัวถึง ท้นการณ์ และต้องสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในยามเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ การเข้าถึงยาจำเป็นจึงมีความสำคัญต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของคนในชาติ การเข้าถึงยามือถือประกอบสำคัญคือ การเลือกและการใช้อย่างสมเหตุผล การมียาที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการกระจายยาที่ดีทำให้หาได้ง่าย และ การมีกำลังซื้อ

๑.๒ ในหลายปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ขนาดของตลาดยามีมูลค่าประมาณ ๓๒,๐๐๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ประมาณ ๖๓,๐๐๐ ล้านบาทในราคาผู้ผลิตในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๑๓-๒๐ ต่อปีซึ่งสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศซึ่งเติบโตเพียงร้อยละ ๒.๒-๓.๑ ในช่วงเวลาเดียวกัน ถึง ๓ เท่า อีกทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นยังสวนทางกับขนาดของตลาดยาในระดับนานาชาติโดยรวมที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ ๑๑.๗ ในปี พ.ศ.๒๕๔๓ เหลือเพียงร้อยละ ๖.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘

๑.๓ รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ การศึกษาค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สัดส่วนของมูลค่ายาเท่ากับร้อยละ ๒๐.๔ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั้งหมด และร้อยละ ๖๕ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นมากในอนาคต สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก ๗,๐๐๗ ล้านบาทในปี ๒๕๔๓ เป็น ๒๑,๘๘๖ ล้านบาทในปี ๒๕๔๘ ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภคยาที่เพิ่มขึ้นประกอบกับราคาของยาใหม่ ๆ ที่สูงขึ้นด้วยสร้างภาระการคลังแก่ประเทศและทำให้เงินคลังลดลง

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีโครงการพิเศษต่าง ๆ เช่น โครงการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้คนไทยเข้าถึงยาที่จำเป็น ทว่ารัฐบาลมีงบประมาณจำกัดทำให้ไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอกับความต้องการ จึงยังมีประชาชนหรือผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงยา เนื่องจากยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรจึงมีราคาแพงเกินกำลังซื้อของประชาชนส่วนใหญ่ ระบบสิทธิบัตรในเรื่องยาจึงบิดเบือนเจตนารมณ์ที่ดีของกฎหมายในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา ก่อให้เกิดปัญหาการผูกขาด ทำให้ยามีราคาสูงเกินความสามารถในการจ่ายของผู้บริโภค

๒. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. ๒๕๒๔ มีสาระสำคัญ ๕ ประการ คือ ๑) การกระจายยาจำเป็น ๒) การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม ๓) การประกันคุณภาพยา ๔) การผลิตยาจากวัตถุดิบในประเทศ และ ๕) การส่งเสริมให้นำสมุนไพรมาใช้ในทางการแพทย์แผนไทย โดยประกาศใช้บัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๔ ต่อมาได้มีนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๓๖ ซึ่งเพิ่มเติมสาระสำคัญ ๒ ประการ คือ ๑) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการ

ใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งภาครัฐและเอกชน และ ๒) การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานด้านยาและ บทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ส่งผลให้มีการปรับปรุง บัญชียาหลักแห่งชาติ และจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกัน สังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้อ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ได้อย่างยั่งยืนและเสมอภาค

๒.๒ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๔ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๒๔ กำหนดให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลักอ้างอิงใน การคัดเลือกยาเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนแม้อยู่ห่างไกลและยากจนก็จะมีโอกาสได้ใช้ยา ที่จำเป็นในราคาที่ย่อมเยา

๒.๓ ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ๑๙๙๔ (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs) เป็นข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่ เกี่ยวข้องกับการค้าที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกทุกประเทศจะต้องปฏิบัติตาม โดยจะต้องแก่กฎหมายภายในประเทศให้เป็นไปตามความตกลง TRIPs ภายในระยะเวลาที่กำหนด^๑

๒.๔ ปฏิญญาความตกลงโดฮา (Doha Declaration)^๒ มีสาระสำคัญคือ การเน้นย้ำว่าแต่ละประเทศ สามารถผลิตยาหรือนำเข้ายาโดยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing) และ/หรือการนำเข้าซ้อน (Parallel Import) สำหรับแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละประเทศ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการปกป้อง ทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อกระตุ้นการประดิษฐ์คิดค้น กับการปกป้องและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของแต่ละประเทศ

๒.๕ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ และระบบสิทธิบัตร ให้อายุสิทธิบัตร ๑๕ ปี และให้ ความคุ้มครองเฉพาะกรรมวิธีการผลิตยา^๓ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการปรับแก้ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ตามแรงกดดันของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงตัวยาและผลิตภัณฑ์ยาด้วย และขยายอายุ สิทธิบัตรเป็น ๒๐ ปี โดยได้ตั้งคณะกรรมการสิทธิบัตรยาขึ้นมาดูแลราคาและมาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing และ Government Use) ซึ่งเป็นมาตรการที่จำเป็นในการปกป้องสาธารณสุขจากการ ใช้สิทธิของเจ้าของสิทธิบัตร ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการปรับแก้ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ครั้งที่ ๓ โดย ได้ตัดคณะกรรมการสิทธิบัตรยาออก นอกจากนี้ ยังได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตาม TRIPs และมี บทบัญญัติที่เป็นการคุ้มกัน (safeguards) ให้เกิดความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ของเจ้าของสิทธิบัตรและผล

^๑ ภายใน พ.ศ. ๒๕๓๘ สำหรับประเทศพัฒนาแล้ว พ.ศ. ๒๕๔๓ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา และภายใน พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับ ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด

^๒ การประชุมรัฐมนตรีการค้าโลกครั้งที่ ๑๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่ Doha ประเทศกาตาร์

^๓ การที่ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ กำหนดอายุสิทธิบัตร ๑๕ ปีและให้ความคุ้มครองเฉพาะกระบวนการผลิตยานั้น มีความ สอดคล้องกับระดับการพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตของประเทศไทย เนื่องด้วยอุตสาหกรรมยาภายในประเทศล้วนเป็นอุตสาหกรรม ในขั้นปลาย คือ เป็นการพัฒนาสูตรตำรับยา ไม่ใช่การวิจัยคิดค้นเพื่อให้ได้ตัวยาใหม่ ดังนั้นการคุ้มครองเฉพาะกระบวนการผลิตยา ทำให้โรงงานผลิตยาภายในประเทศสามารถพัฒนากรรมวิธีในการผลิตยาที่แตกต่างจากกรรมวิธีที่จดสิทธิบัตรได้ แต่เมื่อมีการ แก้ไขเป็น พ.ร.บ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งให้การคุ้มครองในตัวยาและผลิตภัณฑ์ยา ทำให้โรงงานผลิตยาในประเทศไม่ สามารถพัฒนากรรมวิธีการผลิตยาโดยใช้ตัวยานั้นได้เลยจนกว่าสิทธิบัตรจะหมดอายุลง โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ พบว่ามี ever-greening patents มากขึ้น ทำให้มีการต่อขยายอายุสิทธิบัตรของตัวยานั้น ไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบว่ามีกรณีจดสิทธิบัตรใน รูปแบบที่มีการพัฒนาเพียงเล็กน้อย เช่น รูปแบบผลึก รูปแบบเกลือใหม่ รูปแบบสูตรใหม่ เป็นต้น ดังนั้น อุตสาหกรรมยาในประเทศ จึงไม่มีโอกาสในการพัฒนา ทำให้อุตสาหกรรมยาอ่อนแอลง

ประโยชน์ของประชาชนในประเทศ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการใช้มาตรการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่ได้แก่ พ.ร.บ. สิทธิบัตรให้รองรับปฏิญญาโดฮา วรรค ๖ (Doha Declaration Paragraph ๖) และ ข้อตัดสินใจขององค์การการค้าโลกเมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๖ (WTO Decision on ๓๐ August ๒๐๐๓)

๒.๖ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มุ่งเน้นการควบคุมสถานที่ผลิต นำเข้า ส่งออก และขายยา มีข้อกำหนดด้านความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิภาพของยา แต่ขาดสาระต่าง ๆ ที่ส่งผล ต่อการเข้าถึงยาของประชาชน เช่น นโยบายแห่งชาติด้านยา การควบคุมราคาโดยกำหนดให้แสดงโครงสร้าง ราคาเพื่อสะท้อนต้นทุนจริงเมื่อขึ้นทะเบียนยา การควบคุมการส่งเสริมการขายเพื่อลดต้นทุนยาของบริษัท การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาและบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนการส่งเสริมอุตสาหกรรมยาในประเทศและการพัฒนาชาวไทย

๒.๗ พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒ ยารักษาโรคเป็นสินค้าที่ถูกควบคุมราคา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยพระราชบัญญัติกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด พ.ศ.๒๕๒๒ ตามประกาศ คณะกรรมการกลางกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด ฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๒๒ ซึ่งปัจจุบันยกเลิกไปแล้ว ต่อ มาคณะกรรมการกลางว่าด้วยสินค้าและบริการ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒ ยังคงกำหนดให้ยารักษาโรคเป็นสินค้าควบคุมที่ต้องแสดงราคาขายปลีกหรือขายส่ง มีการแสดงราคาที่ฉลาก แต่ไม่ได้ มีประกาศควบคุมราคาแต่อย่างใด การตั้งราคาจึงไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ราคาขายยาเดียวกันใน ประเทศไทยมีความแตกต่างกัน โดยราคาที่ฉลากมีใช้ราคากลางแต่กลับเป็นราคาสูงสุดและแพงที่สุดสำหรับผู้บริโภค

๒.๘ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการแข่งขัน ทางการค้าได้กำหนดหลักเกณฑ์การเป็นผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาดสำหรับทุกสินค้าในประเทศไทย ได้แก่ ทุกธุรกิจที่มีผู้ประกอบการรายใดรายหนึ่งมีส่วนแบ่งตลาดในปีที่ผ่านมา ๕๐% ขึ้นไป และมียอดขายสูงกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาทขึ้นไป หรือผู้ประกอบธุรกิจ ๓ รายแรกในตลาดสินค้าใดมีส่วนแบ่งรวมกัน ๗๕% ขึ้นไป และยอดขาย รายใดรายหนึ่งตั้งแต่ ๑,๐๐๐ ล้านบาทขึ้นไป เข้าข่ายหลักเกณฑ์ผู้มีอำนาจเหนือตลาด ยกเว้น ได้ยกเว้นผู้ ประกอบธุรกิจรายใดรายหนึ่งที่มีส่วนแบ่งตลาดในปีที่ผ่านมาต่ำกว่า ๑๐% หรือยอดขายต่ำกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเท่ากับว่าไม่ได้คำนึงถึงยาซึ่งเป็นสินค้าที่มีความจำเป็นและมีความเฉพาะเจาะจง ที่ภาวะการผูกขาดยาขึ้นอยู่กับ ว่ายาดังกล่าวมีทางเลือกอื่นหรือไม่ ถ้าผู้ประกอบธุรกิจดังกล่าวเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียว ในผลิตภัณฑ์ แม้มียอดขายน้อย แต่อำนาจที่ผูกขาดตลาดเพียงเจ้าเดียวจะทำให้มีอำนาจในการควบคุมตลาด อย่างมาก การกระทำการใด ๆ ของผู้ประกอบธุรกิจ จึงส่งผลกระทบต่อโดยตรงอย่างรุนแรงกับผู้บริโภคโดยเฉพาะ อย่างยิ่งการเข้าถึงยานั้น

๓. ปัญหาการเข้าถึงยา

ปัญหาการเข้าถึงยาโดยทั่วไปประกอบด้วย ๑) ปัญหาด้านราคาขายที่แพงเกินกำลังซื้อ ๒) ปัญหาการขาดยา ซึ่งเป็นยาจำเป็นแต่ไม่มีผู้ผลิตและนำเข้าจำหน่ายในประเทศ หรือยังไม่สามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ๓) ปัญหา การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลและไม่ปลอดภัย และ ๔) ปัญหาคุณภาพยาโดยมีมาตรฐานคุณภาพหรือยาปลอมอยู่ใน ตลาด ในกรณีของประเทศไทยปัญหาในการเข้าถึงยาที่กำลังเผชิญอยู่คือ ปัญหาด้านราคาขาย ซึ่งเป็นผลกระทบจาก ข้อตกลงทางการค้าขององค์การการค้าโลกว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าซึ่งจะต้องคุ้มครองสิทธิบัตร ยาทั้งผลิตภัณฑ์และกระบวนการ เป็นระยะเวลา ๒๐ ปี ซึ่งทำให้ยามีราคาสูงขึ้นจากการผูกขาด และเป็นอุปสรรค ต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาของประเทศ

การที่ประเทศไทยต้องพึ่งพายาใหม่จากต่างประเทศจึงแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากกติกาการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หรือสิทธิบัตรยานั่นเอง จากปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ถึงปี ๒๕๔๒ มียาต้นตำรับที่ได้รับอนุมัติทะเบียนยาเป็นจำนวนถึง ๗๔๒ ทะเบียน ผลของการผูกขาดตลาดทำให้ไทยต้องซื้อยาแพงหลายรายการ นอกจากนี้ บริษัทยาต้นตำรับยังมีวิธีการยืดอายุสิทธิบัตรของตนให้ยาวออกไปอีก ด้วยการดัดแปลงโครงสร้างโมเลกุลของยาใกล้หมดอายุสิทธิบัตรเพียงเล็กน้อย และยื่นขอจดสิทธิบัตรใหม่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่ายาใหม่จำนวนไม่น้อยที่มีสรรพคุณไม่ได้ดีกว่ายาเก่า แต่ราคาแพงขึ้นมาก จากนั้นบริษัทาก็จะลงทุนรณรงค์ส่งเสริมการขายอย่างหนัก จนทำให้แพทย์ส่วนใหญ่สั่งยาแพงด้วยชื่อการค้าที่คุ้นเคยกัน ส่งผลให้มูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง ๓-๔ ปีที่ผ่านมา กระทั่งแพงหน้าขึ้นมาในปี ๒๕๔๘ จากการศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ราคาขายจะลดลงอย่างชัดเจนเมื่อมีการผลิตยาชื่อสามัญ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายด้านราคาขายที่ชัดเจน ขาดระบบควบคุมราคาขายที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลการตั้งราคาขายให้เหมาะสม เป็นธรรม และสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้การกำหนดราคาขายเกิดจากบริษัทยาแต่เพียงฝ่ายเดียว

๔. การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของคนไทยเพื่อเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ เป็นการริเริ่มดำเนินงานโดยสภาเภสัชกรรม และภาคีเครือข่าย^๔ ร่วมกันเป็นคณะทำงานวิชาการโดยเป็นการสานต่อและปรับปรุง “ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม” ที่มีฐานจากการทบทวนเอกสารวิชาการการเข้าถึงยาทั้งในและต่างประเทศ และมีการประชุมยกย่องร่วมกับผู้แทนองค์การอนามัยโลก ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐราชการ (เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โรงพยาบาลฯ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์) ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ (ได้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม) เครือข่ายนักวิชาการจากคณะแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ เครือข่ายผู้ประกอบการด้านยา และเครือข่ายผู้ป่วย เป็น “ร่าง” ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยา พร้อมทั้งเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทั้งยังได้นำร่างฯ ๒ ที่ปรับปรุงส่งให้กับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยา พิจารณาให้ความเห็นโดยจัดทำเป็นแบบสอบถาม และรวบรวมความเห็น เพื่อปรับปรุงแก้ไขเป็น ร่างฯ ที่ ๓ สำหรับนำมาใช้พิจารณาในเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความเห็นในร่างฯ ๓ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับยา เข้าร่วมประชุมพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งมีทั้งเห็นด้วยและโต้แย้ง คณะทำงานวิชาการได้ ประมวลสรุปความเห็นจากเวทีสาธารณะ เป็นยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของคนไทยโดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ตามเอกสารผนวก ๑/๒/๑

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติ ๑ / ๒

^๔ สภาเภสัชกรรม กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอคเซส) มูลนิธิเภสัชชนบท (มภช.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.)