

หมอดี : อุปสรรคในการคุ้มครองผู้บริโภค?

รังสรรค์ ณะพรพันธุ์

ในวงสนทนาในสำนักเศรษฐศาสตร์ทำพระจันทร์เมื่อไม่นานมานี้ (2526) มีผู้หยิบยกประเด็นเรื่องวงการหมอดีที่กำลังอลเวงขึ้นมาจากรจก

เหตุใดหมอดีจึงต้องอลเวง

หนังสือพิมพ์ มติชน ฉบับวันที่ 21 มีนาคม 2526 รายงานข่าวว่า สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจเกี่ยวกับการค้ายา รวม 5 สมาคม อันประกอบด้วยสมาคมร้านค้ายา สมาคมผลิตภัณฑ์เภสัชกรรม สมาคมพ่อค้ายากรุงเทพฯ สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน และเภสัชพาณิชย์สมาคม ได้ทำหนังสือร้องเรียนต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พิจารณาทบทวนหลักเกณฑ์ที่ระบุให้เจ้าของร้านขายยาจะต้องเป็นเภสัชกรว่า หลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้เป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพในการประกอบอาชีพการค้ายา ทั้งยังกระทบต่อการแข่งและการอินกิจการค้ายาอีกด้วย

นายสุขสันต์ จิรจรรยาเวช นายกสมาคมร้านค้ายาได้ให้สัมภาษณ์หนังสือพิมพ์ มติชนฉบับเดียวกันว่า จากการสำรวจพบว่า ร้านค้ายาในกรุงเทพฯ ที่เจ้าของเป็นเภสัชกรมีประมาณ 400 ราย และมีร้านค้ายาไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่มีเภสัชกรประจำอยู่ทุกวัน

นายกสมาคมร้านขายยาได้เรียกร้องให้รัฐบาลเร่งผลิตเภสัชกรให้เพียงพอแก่จำนวนร้านขายยาที่มีประมาณกว่า 3,000 ร้านทั่วประเทศ เพราะปัจจุบันมีเภสัชกรน้อยมากและไม่สามารถผลิตได้ทัน

การคุ้มครองผู้บริโภค : จุดเริ่มต้นแห่งการอลเวงของหมอดี

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้ายา เราพบว่า มีกฎหมายสำคัญอย่างน้อย 3 ฉบับ คือ

- (1) พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
- (2) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2518
- (3) พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

ในบรรดากฎหมายยาทั้งสามฉบับนี้ พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 นับเป็นฉบับที่มีผลกระทบต่อหมอดีโดยตรง เพราะกฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์ที่จะคุ้มครองสวัสดิการของผู้บริโภค มาตรการที่สำคัญในการนี้ก็คือ การบังคับให้ร้านขายยาต้องมีเภสัชกรประจำร้าน

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 จำแนกร้านขายยาแผนปัจจุบัน ออกเป็นสองประเภท คือ *ประเภทที่หนึ่ง* ได้แก่ ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่จำหน่ายยาทุกประเภท รวมทั้งการปรุงยาตามใบสั่งแพทย์ *ประเภทที่สอง* ได้แก่ ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุนเสร็จที่มีไซยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

สำหรับร้านขายยาประเภทที่หนึ่งนั้น มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 มีบทบัญญัติว่า

“มาตรา 21 ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องมีเภสัชกรชั้นหนึ่งหรือเภสัชกรชั้นสองเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา 39 และมาตรา 40 ประจำอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ”

ส่วนร้านขายยาประเภทที่สอง มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 มีบทบัญญัติว่า

“มาตรา 22 ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุนเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ต้องมีเภสัชกรชั้นหนึ่ง เภสัชกรชั้นสอง ผู้ประกอบอาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาล เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา 41 ประจำอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ”

ทั้งนี้ มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีบทบัญญัติว่า เภสัชกรชั้นสองสามารถปฏิบัติการเช่นเดียวกับเภสัชกรชั้นหนึ่ง เว้นแต่ในส่วนที่เกี่ยวกับการปรุง การขาย และการส่งมอบยาควบคุมพิเศษจะกระทำมิได้

การบังคับให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันต้องมีเภสัชกรประจำร้านตลอดระยะเวลาที่เปิดทำการนั้น ก็เพื่อที่จะคุ้มครองและให้ความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้ใช้ยา โดยในขณะเดียวกันก็ลดบทบาทของหมอติลง อย่างไรก็ตาม ผู้ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้ตระหนักถึงข้อเท็จจริงที่ว่าจำนวนเภสัชกรที่มีอยู่ภายในประเทศมีเพียงพอที่จะให้อยู่ประจำร้านขายยาทุกร้านตลอดระยะเวลาที่เปิดทำการ ดังนั้น การบังคับใช้บทบัญญัติแห่งมาตรา 21 และ 22 จึงมิได้กระทำโดยทันทีทันใดกับร้านขายยาที่ตั้งขึ้นก่อนวันที่ 14 พฤษภาคม 2522 โดยผลของมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ได้ผ่อนปรนให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันต้องมีเภสัชกรประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาวินละไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงติดต่อกันในเวลาเปิดทำการ ข้อผ่อนผันดังกล่าวนี้มีระยะเวลาเพียง 5 ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้มีผลบังคับใช้ นั่นก็หมายความว่า นับตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2527 เป็นต้นไป ร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกร้านจักต้องมีเภสัชกรประจำร้านตลอดระยะเวลาที่เปิดทำการ

อย่างไรก็ตาม ผู้ร่างกฎหมายฉบับนี้ไม่แน่ใจว่า เมื่อครบกำหนด 5 ปีดังกล่าวนี้ ทางราชการจะสามารถผลิตเภสัชกรจำนวนมากพอแก้ความต้องการหรือไม่ ด้วยเหตุนี้เอง จึงมีแผนงานที่จะผลิตบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกร ความข้อนี้ปรากฏในมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ซึ่งมีบทบัญญัติว่า ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ซึ่งได้รับใบอนุญาตอยู่แล้ว ก่อนวันที่กฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับรายได้ยังไม่อาจจัดหาเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาที่เปิดทำการ ให้ผู้รับอนุญาตขายยาดังกล่าวเข้ารับการอบรมหรือมอบหมายให้บุคคลอื่นเข้ารับการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อได้รับการอบรมเสร็จสิ้นแล้ว ให้ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมดังกล่าวประจำอยู่เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษของตนหรือของผู้รับอนุญาตขายยาที่ได้มอบหมายให้ผู้นั้นเข้ารับการอบรมเท่านั้น ทั้งนี้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กำหนดหลักสูตรการอบรม คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม และค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องเสีย แต่การอบรมดังกล่าวนี้จะจัดให้มีขึ้นก็เฉพาะแต่ภายในช่วงเวลา 5 ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้นั้นก็หมายความว่า การอบรมดังกล่าวนี้จะมีจนถึงวันที่ 13 พฤษภาคม 2527

เราจะเห็นได้ว่า มาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 เป็นบทบัญญัติที่แสดงความใจกว้างอย่างยิ่ง เพราะหากจะตีความตามภาษาชาวบ้านก็คือ ทางราชการมีนโยบายที่จะจับหมอตีมาฝึกอบรม เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ขาย อันจะมีผลในการคุ้มครองและให้ความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้ใช้อีกทอดหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การกวาดหมอตีมาฝึกอบรมนั้นจะกระทำได้นานเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับระเบียบการอบรมที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้รับการฝึกอบรมว่าต้องจบชั้นประโยคมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวนหมอตีที่ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมก็จะมีอยู่เป็นจำนวนมาก

ผลกระทบของกฎหมายฉบับปี 2522

การบังคับให้ร้านยาต้องมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาที่เปิดทำการนั้น มีผลโดยตรงต่อรายได้ของผู้มีอาชีพเภสัชกร เพราะบทบัญญัตินี้ทำให้ความต้องการจ้างเภสัชกรเพิ่มขึ้นโดยทันที ในระหว่างปี 2522-2527 กฎหมายกำหนดให้เภสัชกรต้องอยู่ประจำร้านขายยาวันละไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงติดต่อกัน ความต้องการจ้างเภสัชกรในช่วงนี้จะมีไม่มากเท่าช่วงเวลานับตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2527 เป็นต้นไป ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ร้านขายยาทุกร้านต้องมีเภสัชกรประจำอยู่ตลอดเวลา

อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์นับตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2522 เป็นต้นมา ได้บ่งชี้ให้เห็นว่า การบังคับใช้พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนที่เกี่ยวกับการบังคับให้มีเภสัชกรประจำร้านขายยา ยังเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปรากฏว่า ร้านขายยาจำนวนมากยังคงฝ่าฝืนกฎหมายในส่วนนี้ แม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้ร้านขายยาต้องมีเภสัชกรประจำร้านไม่น้อยกว่าวันละ 3 ชั่วโมงของวันเปิดทำการ แต่ร้านขายยาจำนวนมากก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยอ้างว่า เภสัชกรมีจำนวนไม่เพียงพอแก่ร้านขายยาที่มีอยู่ทั่วประเทศ ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขก็ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะตรวจสอบดูว่า ร้านขายยาต่างๆ ได้ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายหรือไม่

กล่าวโดยสรุปก็คือ ในระยะเวลา 4 ปีแรกที่พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 มีผลบังคับใช้ ประโยชน์ที่ประชาชนผู้ซื้อยาได้รับจากการคุ้มครองอันเกิดจากการมีเภสัชกรประจำร้านขายยานั้นเกือบไม่มีเลย ประโยชน์ที่ก่อดอกออกผลอย่างชัดเจนตกแก่ผู้มีอาชีพเภสัชกรอย่างมีอาจปฏิเสธได้ ด้วยเหตุนี้เอง คนเป็นจำนวนมากจึงมีความเห็นว่า พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายคุ้มครองรายได้ของเภสัชกรมากกว่าที่จะเป็นกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

หมอดี : บุคคลที่เป็นภัยต่อสังคม ?

เจตนารมณ์ในการตราพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 เป็นเจตนารมณ์ที่ดี โดยปราศจากข้อกังขา ในประเด็นที่เราากำลังพิจารณาอยู่นี้ เราจะเห็นได้ว่า กฎหมายฉบับนี้ได้เล็งเห็นภัยอันเกิดจากการปฏิบัติงานของหมอดี จึงมีบทบัญญัติที่จะบังคับให้มีเภสัชกรประจำร้านยาตลอดระยะเวลาที่เปิดทำการ แต่ในอีกด้านหนึ่งนั้น กฎหมายฉบับนี้ก็ได้ปฏิเสธการดำรงอยู่ของหมอดี และยอมรับอยู่กลายๆ ว่า การกำจัดหมอดีให้หมดสิ้นไปนั้นเป็นเรื่องที่มีอาจกระทำได้นั้น จึงมีแผนงานที่จะจับหมอดีมาฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง หลักการพื้นฐานดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นแนวความคิดแบบเสรีนิยมโดยมีต้องสงสัย

หมอดีมักจะถูกล่ามว่าเป็นบุคคลที่เป็นภัยต่อสังคม ทั้งนี้เพราะเหตุว่ายาแผนปัจจุบันมีทั้งคุณอนันต์และโทษมหันต์ การขายยาหรือแนะนำให้ลูกค้าซื้อยา โดยปราศจากความรู้ที่ถูกต้อง อาจสร้างปัญหาทั้งแก่ประชาชนผู้ซื้อยาและสังคมโดยรวมได้โดยง่าย แพทย์ส่วนใหญ่จึงมีทัศนคติแบบดูถูกเหยียดหยามและต่อต้านหมอดี หลายคนเคยพยายามที่จะขจัดหมอดีให้หมดไปจากระบบการสาธารณสุขของไทย แต่ไม่เคยสำเร็จ

แพทย์ส่วนใหญ่มักจะพยายามสร้างทัศนคติที่ว่า หากเกิดเจ็บไข้ได้ป่วย ควรจะไปหาหมอ โดยที่หมอส่วนใหญ่ไม่พยายามให้การศึกษาแก่คนไข้ เพื่อให้คนไข้รู้จักป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและรู้จักการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง หมอจำนวนมากไม่ยอมเปิดเผยแม้แต่ชื่อโรคของ

คนไข้หรือชื่อยาที่สั่งให้คนไข้กิน ทศนคติทำนองนี้เป็นทศนคติที่ต้องการให้ประชาชนต้องพึ่งหมอยุ่ตลอดไป และหากกล่าวให้ถึงที่สุดแล้ว ก็เป็นทศนคติที่มุ่งเพิ่มพูนความมั่งมีให้แก่หมอนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน มีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่มีความเห็นว่า การสร้างทศนคติให้ประชาชนต้องไปหาหมอทุกครั้งที่เจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการแก่ประชาชนที่มีมากกว่า 45 ล้านคนได้อย่างทั่วถึง แนวทางที่ถูกต้องก็คือ การให้การศึกษาก่อประชาชนเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แพทย์ในกลุ่มนี้ยอมรับการดำรงอยู่ของหมอเถื่อนประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นหมอดีหรือหมอพระ ทั้งนี้เพราะเหตุว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นลมหายใจ ไม่เคยได้พบแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ ในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วย หมอดีหรือหมอพระเป็นที่พึ่งที่ล้ำค่า การดำรงอยู่ของหมอเถื่อนเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่มีอาจปฏิเสธได้ และยากที่จะขจัดให้หมดสิ้นไป แนวปฏิบัติที่ถูกต้องก็คือ การดึงหมอดีและหมอพระเหล่านี้มาให้การศึกษอบรม เพื่อลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ทศนคติดังกล่าวนี้นับเป็นพื้นฐานสำคัญที่ก่อให้เกิดนิตยสาร *หมอชาวบ้าน* โครงการฝึกอบรมพระในด้านการสาธารณสุข โครงการฝึกอบรมหมอดี ฯลฯ

หมอดีกับการคุ้มครองผู้บริโภค

ดังได้กล่าวแล้วว่า นับตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2527 เป็นต้นไป ร้านขายยาทุกร้านจักต้องมีเภสัชกรประจำร้านอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 หากเจตนารมณ์ดังกล่าวนี้สามารถแปลงออกมาเป็นภาคปฏิบัติได้ การคุ้มครองและการให้ความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้ซื้อยาจะต้องมีมากขึ้นกว่าเดิมอย่างไม่มีข้อกังขา

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ตามที่ปรากฏในปัจจุบัน (2526) บ่งชี้ให้เห็นว่าการบังคับใช้มาตรา 21 และ 22 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 นับตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2527 เป็นต้นมา มีอาจเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนเภสัชกรมีน้อยกว่าจำนวนที่จำเป็นต้องจ้าง

ในสภาพการณ์ดังกล่าวนี้ รัฐบาลควรจะดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด

หลายคนเชื่อว่า ในที่สุดแล้ว กระทรวงสาธารณสุขอาจจำเป็นต้องผ่อนปรนการบังคับใช้มาตรา 21 และ 22 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 โดยในขณะเดียวกัน จะต้องมีการวางแผนผลิตเภสัชกรอย่างขนานใหญ่ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม โครงการฝึกอบรม

หมอตี๋จะยังคงเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยส่วนรวม การขยายระยะเวลาในการฝึกอบรมจึงเป็นเรื่องน่าสนับสนุน

ในสถานการณ์ที่ปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค มาตรการที่รัฐบาลน่าจะให้ความสำคัญก็คือ การขยายรายชื่อยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ทั้งนี้เป็นที่ทราบกับโดยทั่วไปว่า มียาจำนวนมากที่อารยประเทศประกาศห้ามใช้ หรือประกาศให้เป็นยาควบคุมพิเศษ แต่ได้มีการนำมาจำหน่ายในประเทศไทยอย่างค่อนข้างเสรี ซึ่งเป็นอันตรายยิ่งกว่าการมีหมอตี๋เสียอีก การขยายรายชื่อยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษจะมีผลให้ยาเหล่านี้มีขายเฉพาะแต่ในร้านขายยาประเภทที่หนึ่งเท่านั้น จำนวนยาที่จะมีขายได้ในร้านขายยาประเภทที่สองจะลดลง ด้วยมาตรการดังกล่าวนี้ กระทรวงสาธารณสุขก็จะสามารถบังคับให้ร้านขายยาประเภทที่หนึ่งต้องมีเภสัชกรประจำร้านได้ง่ายขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ในขณะที่ยังมีปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรเช่นนี้ การบังคับให้ร้านค้าต้องมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาที่เปิดทำการนั้น ควรจะเลือกบังคับกับร้านขายยาประเภทที่หนึ่งเป็นสำคัญ โดยในขณะเดียวกันต้องมีการขยายรายชื่อยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ทั้งนี้เพื่อความคุ้มครองและปลอดภัยแก่ประชาชนผู้ใช่มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม มีข้อที่น่าสังเกตว่า คณะกรรมการอาหารและยามักจะยึดถือคติที่ว่า “มิเห็นโทษศพ ไยต้องหลั่งน้ำตา” กล่าวคือ หากไม่มีกรณีร้ายแรงเกิดขึ้น ก็มักจะปล่อยให้มีการซื้อขายยานั้นในตลาดอย่างค่อนข้างเสรี ความข้อนี้จะเห็นได้จากกรณียาไซแมกซ์ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อต้นปี 2526 ยาไซแมกซ์เป็นยาระงับอาการปวดหลังการผ่าตัด ซึ่งผลิตโดยบริษัท จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน จำกัด เมื่อไม่นานมานี้ (2526) มีผู้เสียชีวิตหลังจากใช้ยานี้ 5 ราย โดยที่ไม่ปรากฏแน่ชัดว่ามีสาเหตุจากการใช้ยาดังกล่าวหรือไม่ อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขอเมริกันได้สั่งให้บริษัทผู้ผลิตระงับการจำหน่ายยานี้ เพื่อความปลอดภัยของประชาชนผู้ช้ยา รัฐบาลไต้หวัน ฟิลิปปินส์ และเกาหลีได้ดำเนินรอยตามรัฐบาลอเมริกัน แต่คณะกรรมการอาหารและยาของไทยเพียงแต่เฝ้าติดตามข่าวคราว โดยมีได้ดำเนินการห้ามจำหน่ายแต่ประการใด แต่บริษัท จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (ประเทศไทย) จำกัดกลับเป็นฝ่ายชกอดอนตัวยานี้ออกจากตลาดเสียเอง

ความลังเลใจที่จะประกาศยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษเป็นอันตรายยิ่งกว่าการมีหมอตี๋เสียอีก !