



สภาพปัญหาของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบัน

จากที่ได้ศึกษาถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอชไอวีในบทข้างต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงสภาพปัญหาในปัจจุบันของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 สถานการณ์ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ในปัจจุบัน

โรคเอชไอวีเป็นโรคที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาเป็นจำนวนมาก แม้โรคเอชไอวีจะยังคงเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาได้หายขาด แต่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถที่จะมีชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติสุขและยาวนานต่อไปได้หากผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเพียงพอและเหมาะสม แต่ในความเป็นจริงปรากฏว่าปัจจุบันยังมีประชากรของประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาที่ได้รับเชื้อเอชไอวีอีกเป็นจำนวนมากที่ต้องล้มตายก่อนเวลาอันควรเนื่องจากการไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเพียงพอ ดังข้อมูลสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเอชไอวีทั่วโลกและผู้ป่วยโรคเอชไอวีในประเทศไทยต่อไปนี้

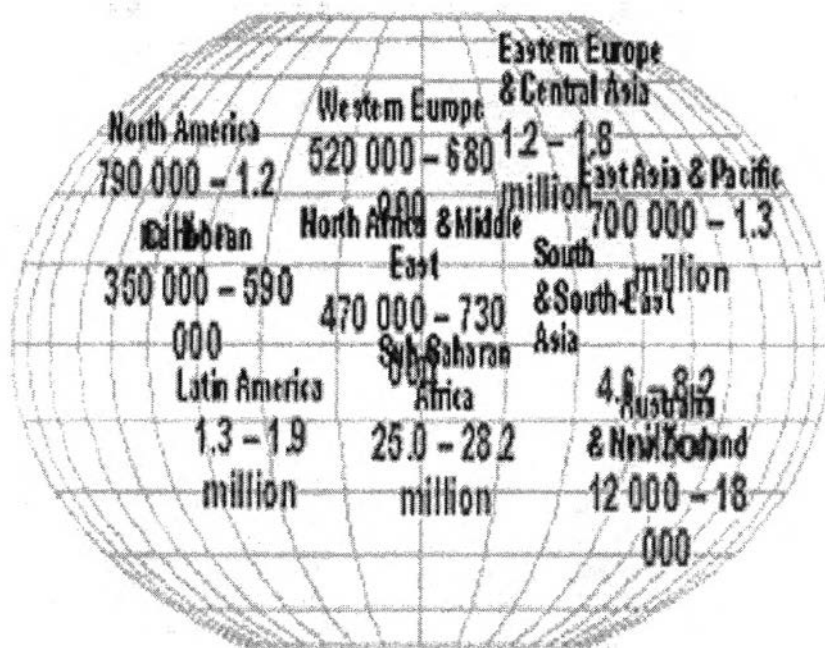
2.1.1 สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเอชไอวีทั่วโลก¹

จากการรายงานสถานการณ์เอชไอวีทั่วโลกล่าสุด (ธันวาคม 2003) โดย UNAIDS/WHO พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31-43 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1-2.9 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2003 ประมาณ 4.2-5.8 ล้านคน และมีผู้ป่วย

¹ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มิติทางสังคมและเศรษฐกิจในเอชไอวีโลกที่กรุงเทพฯ: คำถามและข้อท้าทายว่าด้วย "ความทั่วถึงและเท่าเทียม". การประชุมสังเคราะห์องค์ความรู้และการประมวลผลจากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15, 16 กันยายน 2547 ณ ห้องแกรนด์ ไดมอนด์ บอลรูม อิมแพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

เอดส์ที่เสียชีวิตในปี 2003 จำนวน 2.5-3.5 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่พบมากที่สุดอยู่ใน Sub-Saharan Africa 25-28.2 ล้านคน รองลงมา South & South-East Asia 4.6-8.2 ล้านคน Latin America 1.3-1.9 ล้านคน East Asia & Pacific และ Eastern Europe & Central Asia 1.2-1.8 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 95 เป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่ง คาดว่าในปี 2004 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยวันละประมาณ 14,000 ราย ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี

Adults and children estimated to be living with HIV/AIDS as of end 2003



Total: 34 - 46 million

รูปที่ 1 แสดงอัตราของผู้ใหญ่และเด็กทั่วโลกที่คาดว่าจะติดเชื้อเอชไอวีในปี 2546

โรคเอดส์ซึ่งแพร่ระบาดมานานกว่าสองทศวรรษ ยังคงเป็นปัญหาร้ายแรงของมนุษยชาติ อยู่ จากจุดเริ่มจนถึงปัจจุบันโรคเอดส์ได้คร่าชีวิตผู้คนไปแล้วกว่า 20 ล้านคน โดยแต่ละปีมี ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละเกือบสามล้านคนทั่วโลก ในขณะที่เดียวกัน ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ละ 4.8 ล้านคน มีการคาดประมาณว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกมีมากถึง 37.8 ล้านคน จำแนก เป็นผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่อายุ 15-49 ปี จำนวน 35.7 ล้านคน และเป็นผู้ติดเชื้อเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 2.1 ล้านคน ในจำนวนนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งคือ 17 ล้านคนเป็นผู้หญิง



รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศต่างๆ ทั่วโลก

จากรูปที่ 2 ข้างบนนี้แสดงให้เห็นว่า อัตราการติดเชื้อในผู้ใหญ่เฉลี่ยภาพรวมระดับโลก ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 1.1 แต่เปรียบเทียบระหว่างประเทศพบว่า อัตราการติดเชื้อมีความแตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ ประเทศในทวีปแอฟริกามีอัตราการติดเชื้อสูงที่สุด ดังเช่น พบว่าในปี 2546 ประเทศสวาซิแลนด์มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 38.8 และในกลุ่มประชากรอายุ 15-49 ปีของประเทศบอสวานามีอัตราการติดเชื้อสูงมากถึงร้อยละ 37.3 แต่เมื่อดูตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อ พบว่าประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด คือ แอฟริกาใต้ (5.3 ล้านคน) รองลงมาคือ ไนจีเรีย (3.6 ล้านคน)

ประเทศที่มีจำนวนประชากรมาก เช่น อินเดียและจีน แม้ว่าอัตราการติดเชื้อยังไม่สูงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในแอฟริกา แต่เมื่อดูจำนวนผู้ติดเชื้อแล้วอาจกล่าวได้ว่า ประเทศเหล่านี้จะต้องเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ในอนาคตแน่นอน เพราะมีการคาดประมาณว่า ในปัจจุบัน อินเดียมีจำนวนผู้ติดเชื้ออยู่ระหว่าง 2.2 – 7.6 ล้านคน และจีนมีจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 65,000 – 220,000 คน

จากการศึกษาถึงสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกที่กล่าวมาแล้วข้างต้นยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีนั้นมาจากปัจจัยทั้งทางด้านวัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งกลุ่มประชาชนทั่วโลกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสามารถจำแนกออกได้เป็น 8 กลุ่มดังต่อไปนี้²

1. เด็ก

เด็กสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ไม่ว่าจะเป็นการรับเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดโดยการถ่ายทอดทางเลือดจากแม่สู่ลูก หรือการรับเชื้อเอชไอวีจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งนี้ ปัญหาสำคัญที่เด็กได้รับเชื้อเอชไอวี คือ การที่เด็กเกิดขึ้นมาแล้วเป็นเด็กกำพร้าเพราะพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างเพียงพอจะมีอาการป่วยและเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และรวมถึงสาเหตุที่เด็กไม่ได้เข้ามีส่วนร่วมในการทดลองวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอช

²รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสังคมและเศรษฐกิจ. การประชุมการสังเคราะห์องค์ความรู้และการประมวลผลจากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15, วันที่ 16 กันยายน 2547 เวลา 8.30 – 16.30 ณ ห้องแกรนด์ ไดมอนด์ บอลรูม อิมแพค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี, หน้า 4-12

ไอวี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการทดลองยาต้านไวรัสเอดส์จะเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ ทั้งๆ ที่ในความจริงพบว่าในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ อาทิ ประเทศในแถบแอฟริกาได้มีอัตราการติดเชื้อของเด็กอยู่ในระดับสูง³

2. วัยรุ่น

ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นจะสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเทศแอฟริกาได้มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงถึง 5.5 ล้านคน โดยร้อยละ 60 เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่อายุระหว่าง 15-24 ปี⁴ ในเอธิโอเปียมีผู้ติดเชื้อกว่า 2 ล้านคน ซึ่งจำนวนนี้อัตราการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 6.6⁵ ปัญหาหลักของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มวัยรุ่น คือ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นค่อนข้างต่ำ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมักมีเพศสัมพันธ์แบบมีคู่นอนหลายคน รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าวัยรุ่นชาย โดยกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาที่มีเยาวชนติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6.2 ล้านคน จะมีผู้ติดเชื้อที่เป็นวัยรุ่นหญิงประมาณสามในสี่ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าว การติดเชื้อของวัยรุ่นหญิงในกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาที่มีจำนวนมากนี้ มาจากวัยรุ่นหญิงมักไม่มีสิทธิที่จะควบคุมดูแลเนื้อตัวร่างกายตนเอง ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์และการไม่สามารถเข้าถึง

³Slack, C.M., A Strode, G Lindegger, C Milford, M Stobie, J Manegold, The participation of children in HIV preventive vaccine trials in South Africa. WeOrC1249, Oral Abstract: D13 Methodological and ethical issues in social and economic research on HIV/AIDS, 14 July, 2004, Chaired by John Rwomushana (Uganda) and Chanya Sethaput (Thailand, TBC)

⁴Mendelson, F., Y Mtshizana, A Hani, A Flisher, C Mathews, and L G Bekker, The role of culture-specific HIV intervention programs in South African school. WeOrD1258, Oral Abstract: D14 Utilization of socio-cultural research on HIV/AIDS for programming, 14 July 2004, Chaired by Andrew Fisher (United States) and Katherine Bond (Thailand)

⁵Land, C., Risk and protective factors for HIV/AIDS among Ethiopian adolescents. TuorD1217, Oral Abstract: D12 Vulnerable populations and HIV/AIDS: risk and protective factors, 13 July 2004, Chaired by Kofi Awusabo-Asare and Corazon Raymundo

บริการ รวมถึงการถูกล่วงเกินทางเพศในรูปแบบต่างๆ อันเนื่องจากการขาดอำนาจต่อรองทางสังคม ถูกตีกรอบด้วยข้อจำกัดทางวัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจ ไม่มีความทัดเทียมทางเพศ และที่สำคัญคือ วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มักขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิร่างกายและความต้องการของตน ในหลายประเทศพบว่า แม้วัยรุ่นจะมีความรู้และตระหนักเป็นอย่างดีในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ส่วนใหญ่ก็ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพราะวัยรุ่นหญิงที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงนี้มักมีการศึกษาต่ำ และขาดการสื่อสารที่ใกล้ชิดกับพ่อแม่ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับค่านิยมดั้งเดิมของคนในสังคม ความไม่ทัดเทียมทางเพศ และความยากจน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสริมของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี⁶ ซึ่งความไว้วางใจในคู่นอนของตนที่ทำให้วัยรุ่นหญิง หรือมีคู่นอนที่ฉาบฉวยโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยก็เป็นอีกเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นหญิง⁷

นอกจากนี้ ปัญหาในเรื่องความยากจน เนื่องจากการที่เมื่อตนได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว จะไม่สามารถหางานทำได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาเนื่องจากไม่มีรายได้ และค่าใช้จ่ายเพื่อรับการรักษาในปัจจุบันที่เกินกว่าความสามารถของวัยรุ่นที่จะจ่ายได้ นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมักจะไม่อยากตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี เพราะเนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจ และวัยรุ่นเหล่านี้มักจะตรวจเจอเชื้อเอชไอวีเมื่อตนมีอาการเข้าถึง

⁶Land, C., Risk and protective factors for HIV/AIDS among Ethiopian adolescents, TuorD1217; Yong, Natashya, Being positive living positively, WeBs246; Ekpe, Jegede, Access to care and resource generation, WeBs247; Parker, Sherriff, Infection during war/conflict/migration/human trade, WeBs248; Atieno, Elizabeth, Scaling up on general understanding, WeBs249, Bridging Session: Bs05 Positive youth, 14 July 2004, Chaired by Prudence Mabele

⁷Klein, M.L. and Y Coombes, Trust and sexual behavior: the role of sexual caution and sexual assurances for Tanzanian outh (a baseline survey), WePp2078, Poster Presentation: PpD03 Factors affecting vulnerability to HIV, 14 July 2004, Chaired by Le Minh Giang

ระยะสุดท้าย ทำให้ไม่ได้รับบริการ คำปรึกษา หรือขอรับการสนับสนุนอื่นๆ เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป⁸

3. ผู้หญิง

ปัจจัยที่ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ด้านสรีระของผู้หญิงทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าผู้ชาย และหญิงวัยเด็กมีความเสี่ยงมากกว่าหญิงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ วัฒนธรรมในหลายๆ ประเทศที่ยกย่องให้ผู้ชายมีสถานะทางสังคมที่ใหญ่ ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานะที่ด้อยกว่า ไม่สามารถปฏิเสธ หรือต่อรองเพื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากคู่นอนของตน จากสถิติปี 2546 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้หญิงที่ติดเชื้อในปัจจุบันมีอัตราสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกือบเท่าผู้ชาย (ผู้หญิง 17 ล้านคนเทียบกับผู้ชาย 18.7 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรที่เป็นผู้หญิงในประเทศแถบทวีปแอฟริกา จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้หญิงมีมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ชายถึงสองเท่าในผู้หญิงบางกลุ่มอายุ

นอกจากนี้ ผู้หญิงจำนวนมากยังขาดอำนาจในการตัดสินใจเหนือร่างกายตัวเอง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การทำแท้ง รวมทั้งขาดอำนาจต่อรองกับคู่นอน การตัดสินใจที่จะมีคู่นอนใหม่ และขาดอำนาจการต่อรองกับผู้ให้บริการ ในบางท้องถิ่นของประเทศแอฟริกาได้ มีประเพณีปฏิบัติบางอย่าง เช่น การทดสอบพรหมจรรย์ (virginity test) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้หญิงเพราะประเพณีดังกล่าวทำให้ผู้หญิงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น อีกทั้งเมื่อผู้หญิงเหล่านี้ติดเชื้อแล้ว ยังต้องรับภาระหนักทั้งต้องดูแลตัวเอง ลูก สามี และครอบครัว ในหลายสังคม ศาสนามีอิทธิพลมากจนกลายเป็นเครื่องกีดกันมิให้ผู้หญิงมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร และขาดโอกาสเข้าถึงบริการที่จำเป็น⁹

⁸Yong, Natashya, Being positive living positively. WeBs246; Ekpe, Jegede, Access to care and resource generation, WeBs247; Parker, Sherriff, Infection during war/conflict/migration/human trade, WeBs248; Atieno, Elizabeth, Scaling up on general understanding, WeBs249, Bridging Session: Bs05 Positive youth, 14 July 2004, Chaired by Prudence Mabele

⁹International AIDS Society Women Caucus 2004, Satellite Session "Women's Health Rights": July 11, 2004

4. พนักงานบริการทางเพศ

แม้ในหลายประเทศได้มีการรณรงค์ให้พนักงานบริการทางเพศที่มีทั้งพนักงานที่เป็นหญิงและชายใช้ถุงยางกับลูกค้าทุกคน แต่ในทางปฏิบัตินั้นพบว่า ในหลายประเทศอัตราการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอ นั้นยังมีระดับต่ำ อีกทั้งพนักงานบริการทางเพศต้องเผชิญกับปัญหาถูกระทำรุนแรงไม่ว่าจากลูกค้าบังคับ การถูกระทำรุนแรงในรูปแบบต่างๆ โดยคนรัก คนคุมสถานบริการทางเพศ หรือเจ้าหน้าที่รัฐ¹⁰ โดยสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พนักงานบริการทางเพศถูกระทำรุนแรงนั้น เกิดจากการที่ลูกค้าปฏิเสธไม่ยอมใช้ถุงยาง ในประเทศบังคลาเทศพบว่า การใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการทางเพศกับลูกค้ามีน้อย กล่าวคือ ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายมีเพียงร้อยละ 27 ที่ใช้ถุงยางกับลูกค้า ซึ่งการใช้ถุงยางกับลูกค้าขาประจำมี ร้อยละ 1.7 และกับลูกค้ารายใหม่ร้อยละ 2.4 ทั้งนี้พบว่ามีพนักงานบริการทางเพศเพียงร้อยละ 48 เท่านั้นที่สมัครใจขายบริการ แต่ที่เหลือจะเป็นผู้ที่ถูกบังคับ ถูกล่อลวง หรือถูกชักชวน มีพนักงานบริการทางเพศเพียงร้อยละ 17 เท่านั้นที่มีความรู้ว่าถุงยางใช้ป้องกันเอดส์ได้ ในส่วนของการถูกระทำรุนแรงนั้นพบว่าร้อยละ 81 เคยถูกทุบตีโดยลูกค้า ร้อยละ 82 เคยถูกจี้ด้วยบุหรี่¹¹

5. กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน

ในปัจจุบันพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มคนรักเพศเดียวกันอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าหนึ่งในห้าของกลุ่มชายรักชายและชายรักสองเพศ (Bisexual men) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹² ในแง่ของการนำไปสู่ความเสี่ยงของการติดเชื้อนั้น ผลการศึกษาในประเทศ

¹⁰Banerjee A., S Jana, N Bandyopadhyay, and S Sengupta, Vulnerability of sex workers to STD/HIV in the context of violence and other human rights violations. TuOrD1122. Oral Abstract: D08 Sexual violence, trafficking and HIV/AIDS, 13 July 2004, Chaired by Geeta Rao Gupta

¹¹Chanda, S.K. and K R Bhowmik, Insisting use of condom: A precursor of violence in brothel in Bangladesh. TuOrD1125, Oral Abstract: D08 Sexual violence, trafficking and HIV/AIDS, 13 July 2004, Chaired by Geeta Rao Gupta

¹²Elam, G.A., N Macdonald, B Evans, V Gilbert, F Hickson, J Imrie, C A cGarrigle, R Power, and K Fenton, Using personal risk time lines to explore risk factors for seroconversion among gay and bisexual men. WeOrD1248, Oral Abstract: D13

สหรัฐอเมริกาในกลุ่มชายรักชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีกำบังและมีคู่นอนหลายคนจำนวน 6,978 คนที่เข้าร่วมโครงการระหว่างปี 1995-2003 พบว่าเมื่อได้รับยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว ชายเหล่านี้มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมากขึ้น¹³

ในกรณีของกลุ่มคนรักเพศเดียวกันแบบ "ชายรักชาย" นั้นยังพบว่าสังคมชายรักชายเป็นกลุ่มที่ขาดอำนาจต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ เกิดความละอาย สับสน ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะเนื่องจากเกรงว่าสังคมจะตราหน้าว่าเป็น ตืด แต่ว เกย์ กระเทย ซึ่งทั้ง ๆ ที่สังคมเองยังขาดความเข้าใจถึงชีวิตและสังคมของคนเหล่านี้ การที่สังคมปฏิเสธพฤติกรรม "ชายรักชาย" นั้นทำให้ผู้ชายส่วนหนึ่งปกปิดรสนิยมทางเพศของตนโดยการมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงเป็นฉากบังหน้า และผู้ชายส่วนหนึ่งก็มีความสัมพันธ์กับคนทั้งสองเพศ ซึ่งทำให้ผู้หญิงที่มีสามีเป็นชายรักชายจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาจากประเทศอินเดียพบว่า ในจำนวนผู้หญิง 100 คนที่มีสามีเป็นประเภท ชายรักชาย พบว่า ร้อยละ 90 ขาดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของสามีรวมทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และประโยชน์ของถุงยางอนามัย และร้อยละ 20 ของผู้หญิงเหล่านี้ต้องทรมานด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไป¹⁴

สำหรับกลุ่ม "หญิงรักหญิง" นั้น พบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดในกลุ่มหญิงรักหญิงสูงกว่าที่พบในกลุ่มผู้หญิงเสพยาที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น ในประเทศอังกฤษได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงที่ใช้ยาเสพติด คือ เฮโรอีน แครก (crack) และโคเคนจำนวน 311 คน แยกเป็นกลุ่มหญิงรักหญิงจำนวน 116 คน และกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น

Methodological and ethical issues in social and economic research on HIV/AIDS, 14 July 2004, Chaired by John Rwomushana and Chanya Sethaput

¹³Jacobson, L.P., D Ostrow, J Hylton, M E Gore, M Weisberg, and A Silvestre, Unsafe sexual behavior among homosexual men increases in the area of highly active antiretroviral therapy. MoOrD1090, Oral Abstract: D05 Social and behavioural dimension and antiretroviral treatment programs, 12 July 2004, Chaired by Wendy Baldwin and Sabine Flessenkemper

¹⁴Merchant, S.F., Why me? Communicating with the invisible.WePpD2077. Poster Presentation: PpD03 Factors affecting vulnerability to HIV, 14 July 2004, Chaired by Le Minh Giang

จำนวน 220 คน พบว่าร้อยละ 69.5 เป็นผู้มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม, ร้อยละ 21.5 เป็นผู้มีเพศสัมพันธ์กับทั้งสองเพศ, และร้อยละ 8.7 เป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน โดยร้อยละ 22 ติดยาเสพติด และร้อยละ 36 เป็นผู้ที่อยู่ในช่วง 6 เดือนก่อนทำการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มหญิงรักหญิงในการศึกษานี้ เป็นผู้มีรายได้จากกิจกรรมผิดกฎหมายเช่น ขายยาเสพติด หรือลักขโมย มีคุณอนหลายคน ขายบริการทางเพศเพื่อได้เงินซื้อยาเสพติด การใช้ยาเสพติดมักเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การที่ผู้หญิงเหล่านี้ไม่ต้องการรับความช่วยเหลือจากองค์กรของรัฐ เพราะไม่กล้าเปิดเผยพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁵

6. ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มักถูกมองข้ามในการศึกษาถึงปัญหาและความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี เพราะโดยทั่วไปแล้วคนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้ให้การดูแลบุตรหลานที่ป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสรับเชื้อในระหว่างการดูแล แม้ว่าจะมีความเสี่ยงต่ำก็ตาม ในแง่ความเสี่ยงของการติดเชื้อนั้น ผู้ชายสูงอายุส่วนหนึ่งมีกำลังทรัพย์มากพอที่จะซื้อบริการทางเพศจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และมีแนวโน้มว่าจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำเนื่องจากผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเชื้อ พบว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแยกตัวใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่เข้ารับบริการการรักษา¹⁶

¹⁵Ompad, D.C., C M Fuller, S Galea, S Del Vecchio, and D Vlahov, HIV risk behaviors among young female drug users who have sex with women in New York City. TuOrD1221, Oral Abstract: D12 Vulnerable populations and HIV/AIDS: risk and protective factors, 13 July 2004, Chaired by Kofi Awusabo-Asare and Corazon Raymundo

¹⁶Svasti, Ben, Presentation titles to be announced in the Program Supplement. WeBs221, Bridging Session: Bs04 Older people and HIV/AIDS, 14 July 2004, Chaired by Mark van Landingham and Usa Khiewrord

7. ผู้ใช้ยาเสพติดและผู้ต้องขัง

การใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นโดยเฉพาะผู้หญิงมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยสูง เนื่องจากขาดอำนาจในการต่อรองและใช้การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกยา การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยอยู่ระหว่างร้อยละ 16.5-19.8¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว จะเป็นกลุ่มที่ขาดการมารับยาอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมากที่สุด สาเหตุที่ทำให้ขาดการรับยาเนื่องจากถูกคุมขังและความคาดหวังที่มีต่อการรับยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงกับที่ตนคิด การที่ผู้ใช้ยาเสพติดถูกมองว่าเป็นผู้ที่มีความผิดทางกฎหมายนั้นเป็นข้อจำกัดสำคัญ ทำให้การจัดการกับปัญหาความเปราะบางของผู้ใช้ยาเสพติดต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงที่ผ่านมาขาดประสิทธิภาพ¹⁸ นอกจากนี้ เรือนจำเป็นสถานที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ฉีดยาเสพติด และผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะเนื่องจากสภาพการอยู่อาศัยที่แออัดยัดเยียดทำให้การควบคุมโรคทำได้ไม่ทั่วถึง จึงง่ายต่อการติดต่อของเชื้อเอชไอวี

8. ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มอื่นๆ

นอกเหนือจากกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่อาจมีโอกาสดูติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ตั้งใจอีก เช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องทำงานเกี่ยวกับเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่อาจเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือแม้กระทั่งประชากรที่มีความพิการก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน เพราะผู้พิการมี

¹⁷Glass, T.R., P L Vernazza, J Young, M Rickenbach, M Flepp, H Furrer, E Bernasconi, R Weber, M Cavassini, B Hirschel, M Battegay, H C Bucher, Is unsafe sexual behavior increasing among HIV-infected individuals? The Swiss HIV cohort study (SHCS).: TuOrD1211, Oral Abstract: D11 Evaluating the impact of HIV/AIDS intervention on sexual behavior, 13 July 2004, Chaired by Shyam Thapa and Rosalia Sciortino

¹⁸Betteridge, Case Study: Cs04, 14 July 2004, Chaired by Andrew Ball and Palani Nyarayanan

ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล เช่น ผู้พิการทางหูโดยบุคคลเหล่านี้ก็จำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลและการปรึกษาปัญหาเรื่องโรคเอดส์เช่นเดียวกับประชากรในกลุ่มอื่นๆ¹⁹

จากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มบุคคลต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้นั้น พบว่า วัยและเพศเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่ทำให้ผู้หญิงและเด็กเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากที่สุด เนื่องจากคนกลุ่มนี้ขาดอำนาจการต่อรองทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งนอกจากกลุ่มผู้หญิงและเด็กแล้ว กลุ่มผู้ต้องขังและหญิงบริการก็เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีรองลงมา เพราะเนื่องจากผู้ต้องขังและหญิงบริการขาดอำนาจต่อรอง และการที่ต้องอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดเครือข่ายเพื่อน เครือญาติ และบุคคลที่ตนคุ้นเคยที่สามารถให้การช่วยเหลือระดับประครองได้ นอกจากนี้ ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของหลายภูมิภาคทั่วโลก คือ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแรงงานอพยพข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ ดังเช่นกรณีของประเทศไทยที่มีกลุ่มคนไทยพลัดถิ่นที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน โดยกลุ่มคนเหล่านี้เป็นอีกกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี เพราะเนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้จะมีปัญหาสืบเนื่องจากข้อจำกัดทางภาษา การสื่อสารและวัฒนธรรม สถานภาพการเข้าเมืองที่ผิดกฎหมาย จึงเป็นเหตุให้มีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีจากภูมิภาคหนึ่งไปสู่อีกภูมิภาคหนึ่งทวีความรุนแรงขึ้น

2.1.2 สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย²⁰

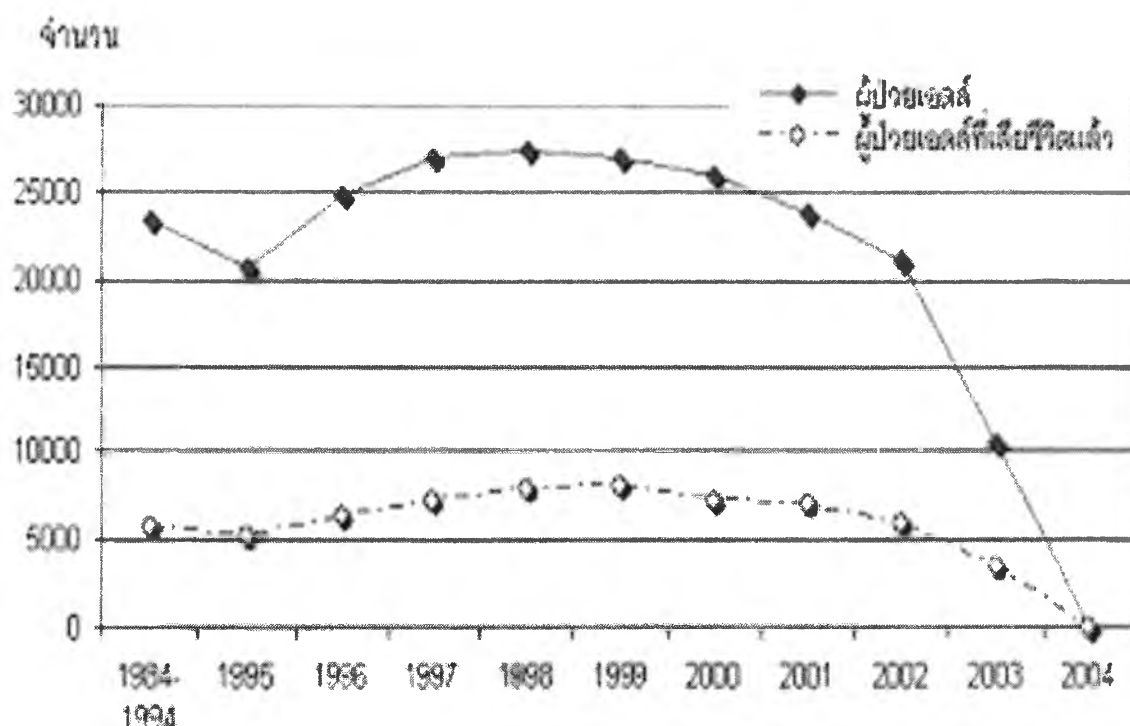
โรคเอดส์แพร่ระบาดเข้าสู่สังคมไทยตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 20 (2520 – 2529) ในกลุ่มคนรักเพศเดียวกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โรคเอดส์เริ่มแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด และรุนแรงมากยิ่งขึ้นตั้งแต่พ.ศ. 2532 โดยระบาดไปยังกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง ทำให้มีการแพร่กระจายไปยังชายนักเที่ยว และระบาดไปถึงครอบครัวของชายนักเที่ยว

¹⁹Ngongo, B. P., E M Marum, J O Omondi, and M T Taegtmeier, Deaf friendly VCT and HIV care services in Kenya, MoOrD1031, Oral Abstract: D03 Issues of access to treatment and care, 12 July 2004 Chaired by Prasada Rao and George Smitherman

²⁰กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, "วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย" แหล่งที่มา: http://www.aidsthai.org/santana_01.html

คือภรรยาและลูกที่ติดจากมารดาที่ติดเชื้อ ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา โรคเอดส์จึงเป็นโรคทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อไปถึงครอบครัวและชุมชนอย่างกว้างขวางและรุนแรง²¹

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (31 มกราคม 2547) สำนักระบาดวิทยา พบจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการแล้วและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งสิ้นจำนวน 317,065 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 72,965 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตเมื่อ 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-2544) ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 26.34 รองลงมาอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.54 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 15.90 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 9.85 และเด็กที่อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 3.31 ตามลำดับ และ ร้อยละ 55.02 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบว่าผู้หญิงมีอัตราการป่วยสูงกว่าผู้ชายที่เป็นเยาว์ชน ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ที่ประกอบอาชีพการใช้แรงงาน รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงาน ชั้บรถรับจ้าง กรรมกร ร้อยละ 46.66 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 20.88



รูปที่ 3 กราฟแสดงแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำแนกตามรายปี ตั้งแต่เดือนกันยายน 2527 - 31 มกราคม 2547

²¹พรอณี ปิ่นทอง และธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, "ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์: สภาพชีวิตและสวัสดิการที่ต้องการ", รายงานการวิจัยกรณีศึกษากลุ่มนอกกำลังแรงงาน. ธันวาคม 2546

อย่างไรก็ตาม สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ในภาพรวม ประเด็นแรกยังคงเป็นเรื่องเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.70 พบในชายรักต่างเพศ ร้อยละ 58.65 หญิงรักต่างเพศ ร้อยละ 22.90 รองลงมาพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 4.71 ที่พบในชายมากกว่าหญิง กลุ่มที่ติดเชื้อจากมารดา พบร้อยละ 4.31 กลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 7.24 กลุ่มรับเลือด ร้อยละ 0.03 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ

พื้นที่ที่เกิดการแพร่ระบาดของส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 22.2, 19.6, 12.13 และ 6.96 ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย แนวโน้มของการแพร่ระบาดในภาคเหนือ พบว่าอัตราป่วยเอดส์สูงสุดในปี พ.ศ.2540 จำนวน 81 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย และค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ ส่วนใหญ่จังหวัดที่พบอัตราป่วยเอดส์สูงสุดยังคงเป็นจังหวัดเดิมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันคือ จังหวัดพะเยา 90.33 รองลงมา ลำปาง 54.71 เชียงราย 50.81 ลำพูน 33.49 และน่าน 24.66 ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย ตามลำดับ แม้ว่าจะมีแนวโน้มของอัตราป่วยลดลงก็ตาม ในภาคกลาง พบว่าแนวโน้มของอัตราป่วยเอดส์สูงสุดในปี พ.ศ.2542 มีจำนวน 56 รายต่อประชากรในพื้นที่แสนราย อัตราป่วยเอดส์ใน 5 จังหวัดแรก พบในจังหวัดปทุมธานี 45.12 ราย ประจวบคีรีขันธ์ 39.1 ตรวด 38.37 จันทบุรี 37.45 และระยอง 36.42 ต่อประชากรในพื้นที่แสนรายตามลำดับ ในภาคใต้ พบว่าอัตราป่วยเอดส์พบสูงสุดใน ปี พ.ศ.2541 จำนวน 36 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย 5 อันดับแรก พบในจังหวัดระนอง 47.15 ตรัง 23.92 พังงา 22.42 ภูเก็ต 21.88 และสตูล 17.34 ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย ตามลำดับ และท้ายสุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มของอัตราป่วยเอดส์สูงสุดใน ปี พ.ศ.2541 จำนวน 23.27 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย และมีแนวโน้มลดลงจนถึงปัจจุบัน อัตราความชุกพบใน 5 จังหวัดแรกพบในชัยภูมิ 15.58 อุตรดิตถ์ 14.38 ศรีสะเกษ 14.23 ยโสธร 12.11 และร้อยเอ็ด 11.22 ต่อประชากรในพื้นที่แสนรายตามลำดับ

สำหรับการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดการณ์ตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ.2547 ว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมประมาณ 1,074,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 47,600 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 501,700 ราย และเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการดูแลรักษา จำนวน 572,500 ราย และในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ 19,470 ราย และคาดว่าในปี พ.ศ.2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 53,400 ราย คาด

ว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาล ประมาณ 508,300 ราย เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย

กลุ่มอายุ	ชาย/หญิง (2547)	%	ชาย/หญิง (2548)	%	ชาย/หญิง (2549)	%
0-4	12,970	2.27	12,130	2.24	11,222	2.21
5-9	8,894	1.55	9,145	1.69	9,155	1.80
10-14	2,966	0.52	3,720	0.69	4,424	0.87
15-19	13,914	2.43	12,447	2.30	11,291	2.22
20-24	54,277	9.48	47,924	8.86	42,598	8.38
25-29	105,073	18.35	92,020	17.01	80,855	15.91
30-34	138,528	24.20	124,472	23.02	110,762	21.79
35-39	119,828	20.93	116,686	21.58	110,966	21.83
40-44	65,054	11.36	67,991	12.57	69,852	13.74
45-49	28,705	5.01	30,666	5.67	32,351	6.36
50-54	12,000	2.10	12,856	2.38	13,658	2.69
55-59	5,386	0.94	5,649	1.04	5,891	1.16
60+	4,887	0.85	5,115	0.95	5,298	1.04
รวม	572,484	100.00	540,822	100.00	508,323	100.00

ตารางที่ 1 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายปีในแต่ละกลุ่มอายุ
จำแนกตามรายปีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547-2549

จากการคาดประมาณแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 15-24 ปี นั้นพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลง การติดเชื้อในกลุ่มอายุ 30-34 ปี จะมีการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ที่สุด ในทางตรงกันข้ามอายุตั้งแต่ 35-39 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจมีปัจจัยเงื่อนไขอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาในเชิงพฤติกรรมที่จะต้องนำมาอธิบายควบคู่กับการแก้ไขปัญหาเอดส์ในเชิงความสัมพันธ์ของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นต่อไป

2.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งในทั่วโลกและในประเทศไทยนั้น พบว่าจำนวนอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีมีสาเหตุของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้ในหลายๆ กรณีดังที่กล่าวแล้วข้างต้น แต่ทั้งนี้จำนวนผู้เชื้อยังคงมีปริมาณมากขึ้นนี้ เป็นเพราะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีขาดการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเพียงพออันเนื่องมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้

2.2.1 การขาดเงินทุนสนับสนุนการจัดหายาต้านไวรัสเอดส์

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาเป็นส่วนใหญ่ โดยประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาเหล่านี้มักประสบปัญหาในเรื่องของการหาเงินทุนเพื่อจัดหาต้านไวรัสเอดส์ให้แก่ประชากรของตนให้สามารถได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพต่อการรักษาโรคอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายทางเศรษฐกิจและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก่การจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อนำไปซื้อยาและแจกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศเหล่านี้ยังขาดความชัดเจนในการปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการจัดหาเงินทุนระหว่างประเทศ หรือการจัดหาเงินทุนภายในประเทศดังรายละเอียดต่อไปนี้²²

2.2.1.1 การจัดหาเงินทุนระหว่างประเทศ

องค์การสหประชาชาติได้มีส่วนช่วยในการจัดหาแหล่งเงินทุนระหว่างประเทศเพื่อนำไปซื้อยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการจัดตั้งกองทุนโลก หรือ (Global Fund) เพื่อเป็นกองทุนที่จะรับบริจาคจากบรรดาประเทศที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ดี หรือเรียกว่าเป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประชุมเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับนานาชาติ ซึ่งจากการประชุมเอดส์นานาชาติ ครั้งที่ 15 ที่ประเทศไทยเมื่อเดือนกรกฎาคม 2004 ที่ผ่านมานั้น องค์การสหประชาชาติด้านเอดส์ (UNAIDS) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งขององค์การสหประชาชาติทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศภาคีสมาชิกทั่วโลกได้ทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเพื่อกำหนดนโยบายระหว่างประเทศเพื่อก่อให้เกิดการเข้าถึงการรักษาและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเพียงพอ กลับ

²² คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ภาคเหนือ (กพอ.ภาคเหนือ) แหล่งที่มา:

พบว่า องค์การสหประชาชาติด้านเอดส์ได้กระจายเงินที่ได้รับอนุมัติจากกองทุนโลกเพื่อใช้ในการรักษาและการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ไปในหลายๆ ประเทศทั่วโลก แต่ในบางครั้ง องค์การสหประชาชาติด้านเอดส์อาจมีนโยบายให้นำเงินที่ให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะมุ่งเน้นไปยังกลุ่มประเทศที่มีปัญหาต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างรุนแรงเป็นสำคัญ อาทิ กลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ จึงทำให้บางครั้งอาจมีการจัดแบ่งสัดส่วนการกระจายเงินทุนที่ไม่เท่ากัน อันเป็นผลให้บางประเทศที่ประสบปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อาจได้รับเงินเป็นจำนวนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ

2.2.1.2 การจัดหาเงินทุนภายในประเทศ

เนื่องจากปัญหาในการกำหนดนโยบายระหว่างประเทศที่ไม่สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความชัดเจนในการจัดหาแหล่งเงินทุนดังกล่าวข้างต้น ทำให้แต่ละประเทศได้ทำการกำหนดนโยบายภายในประเทศของตน โดยแต่ละประเทศจะมุ่งเน้นถึงการดูแลรักษาควบคู่กับการทำงานเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสำคัญ แต่กระนั้นก็ดี ประเทศที่ประสบปัญหาการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมาก และไม่สามารถบริการจัดหาต้านไวรัสเอดส์ให้ถึงมือบรรดาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านั้นได้อย่างเพียงพอ เป็นเพราะประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาทางเศรษฐกิจภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ โดยแต่ละประเทศนอกจากจะต้องรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเป็นรายวันแล้ว ประเทศเหล่านั้นก็ยังคงต้องกำหนดนโยบายทางด้านเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ อีกด้วย

จากการที่นโยบายระหว่างประเทศมีกองทุนโลกเพียงกองทุนเดียวนั้นยังคงไม่สามารถจัดหาแหล่งเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเพียงพอ ในการจัดหาแหล่งเงินทุนภายในประเทศจึงได้มีการจัดหาแหล่งเงินทุนอื่นๆ อีก อาทิ ทุนที่ให้ระหว่างข้อตกลงแบบทวิภาคี ทุนจากสถานทูต รวมถึงทุนประเภทที่ติดต่อกันเองระหว่างผู้จัดหาแหล่งทุนเอกชนและผู้เข้ารับทุน แต่กระนั้นก็ดี แหล่งเงินทุนแต่ละแหล่งดังกล่าวนี้จะมีขนาดแหล่งทุนและที่มาของแหล่งทุนที่ต่างกัน จึงทำให้หน่วยงานที่จัดหาแหล่งทุนแต่ละหน่วยงานย่อมมีนโยบายเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในสำหรับการขอรับเงินทุนและการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่หน่วยงานที่จัดหาแหล่งทุนเหล่านั้นกำหนดให้หลังจากที่ได้รับเงินทุนเพื่อไปใช้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติตามนโยบายหรือวิธีการของแต่ละแหล่งเงินทุนที่แตกต่างกัน เป็นผลให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้ให้

เกิดผลประโยชน์สูงสุด และยากต่อการติดตามผลงานที่เกิดขึ้นเพราะจะต้องคอยระมัดระวังการปฏิบัติตามเงื่อนไขของแต่ละแหล่งทุนต่างๆ อีกด้วย

2.2.2 การแทรกแซงทางการเมืองที่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

นอกจากปัญหาการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเพียงพอตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การแทรกแซงทางการเมืองก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในบรรดาประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างเพียงพอ กล่าวคือ การแทรกแซงทางการเมืองอาจเป็นความกดดันที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.2.1 การแทรกแซงทางการเมืองระหว่างประเทศ

การแทรกแซงทางการเมืองระหว่างประเทศนี้จะเกิดขึ้นจากกรณีในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้ความพยายามทางการเมืองในการกดดันประเทศกำลังพัฒนา โดยจะหาประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในประเทศนั้นๆ กับประเทศของตนผ่านการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรี (Free Trade Area: FTA) กับบรรดาประเทศกำลังพัฒนาที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศที่ด้อยกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในข้อตกลงเขตการค้าเสรีนั้นมักจะรวมเอาเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาเป็นข้อต่อรองในการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีนี้ด้วย ยกตัวอย่างเช่น กรณีประเทศเวียดนามและประเทศกัมพูชาที่ได้ทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับประเทศสหรัฐอเมริกาโดยในความตกลงดังกล่าวได้บรรจุความต้องการเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานของความยืดหยุ่นตามข้อบัญญัติความตกลงทริปส์ลงไป ในข้อตกลงด้วย แต่ทว่าประเทศเวียดนามและประเทศกัมพูชาไม่ได้เป็นภาคีสมาชิกขององค์การการค้าโลก ดังนั้น ทั้งประเทศเวียดนามและประเทศกัมพูชาจึงจำต้องรับเอาความตกลงในเรื่องเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองทางทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อบังคับใช้ในประเทศทั้งสองนี้ตามพันธะที่ได้ทำความตกลงทางการค้ากับประเทศสหรัฐอเมริกาไปโดยปริยายด้วย

นอกจากการที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจะใช้การแทรกแซงทางการเมืองเพื่อกดดันประเทศคู่ค้าที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาผ่านในรูปของการจัดทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ประเทศสหรัฐอเมริกายังได้ใช้มาตรการทางกฎหมายภายในของตนเองใน

มาตรา 301 ของพระราชบัญญัติการค้าของประเทศสหรัฐอเมริกา (The United States Trade Act) กล่าวคือ มาตรา 301 ของพระราชบัญญัติการค้าของประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นบทบัญญัติเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาในต่างประเทศ และเป็นบทบัญญัติที่กำหนดขอบเขตของการเรียงลำดับประเทศ ทางแก้ไข และการสอบสวนที่เป็นไปได้เพื่อ "ชักจูง" ประเทศอื่นๆ ยอมตามการเรียกร้องและมุมมองของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งแม้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาไม่สามารถบังคับมาตรการคว่ำบาตรบนพื้นฐานของมาตรา 301 นี้ได้โดยปราศจากการวางหลักเกณฑ์โดยองค์การการค้าโลก แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดขอบเขตของกลุ่มประเทศที่เข้าข่ายกระทำการอันเป็นการผิดต่อความตกลงทางการค้าโลกด้วยการละเมิดบทบัญญัติเกี่ยวกับเรื่องการให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการเรียงลำดับประเทศเหล่านั้นโดยรวมเอา "รายชื่อต่างประเทศที่อยู่ในลำดับแรกสุด", "รายชื่อที่เฝ้าระวังในลำดับต้นๆ", "รายชื่อเฝ้าระวัง", และ "ลำดับขั้นที่บ่งถึงเป็นพิเศษ" เข้ากับแต่ละรายชื่อเพื่อก่อให้เกิดหลักสูตรเฉพาะการสอบสวนและทางแก้ไขหรือการดำเนินการที่เป็นไปได้ สำหรับการพิจารณาเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้บังคับกับกรณีของการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรยาโรค²³ โดยสำนักงานของตัวแทนทางการค้าของประเทศสหรัฐอเมริกา (the United States Trade Representative: USTR) ได้อ้างหลักการประเมินของหน่วยงานภายในประเทศตนเองและจัดทำ การแบ่งกลุ่มประเทศโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากอุตสาหกรรมยาภายในประเทศสหรัฐอเมริกา²⁴ ในปี 2001 บรรดาประเทศอาเจนติน่า, บราซิล, จีน, โคลัมเบีย, อียิปต์, ฮ่องกง และอินเดียได้ถูกจัด อยู่ในกลุ่มเฝ้าระวังในลำดับต้นเป็นกรณีพิเศษตามมาตรา 301 ของพระราชบัญญัติการค้าของประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อเหตุผลที่เกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรและผลิตภัณฑ์ยา²⁵ เพราะเนื่องจากกลุ่มประเทศเหล่านี้เป็นประเทศที่มีศักยภาพในการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์สามัญที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับยาที่มีสิทธิบัตรที่เป็นของบรรดาบริษัทยาต้นตำรับที่มีสัญชาติอเมริกา

²³Vivas-Eugui, D., (2003), Regional and Bilateral Agreements and a TRIPS-Plus World: the Free Trade Area of the Americas (FTAA), QUNO, ICTSD, Geneva and QIAP, Ottawa, p.7

²⁴Bailey, M., (2001), Priced Out of Reach: How WTO Patent Policies Will Reduce Access to Medicines in the Developing World, Oxfam Briefing Paper 4. Available at <http://www.tradeobservatory.org/library/uploadedfiles.html>.

²⁵ 2001 Special 301 Report, available at <http://www.ustr.gov/reports/2002/special301-report.PDF>, visited on 22 September 2003.

โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศอินเดียเป็นประเทศที่สามารถผลิตยาต้านไวรัสเอดส์สามัญและส่งออกไปยังประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในหลายประเทศทั่วโลกเป็นอันดับหนึ่งในขณะนั้น

2.2.2.2 การแทรกแซงทางการเมืองภายในประเทศ

การแทรกแซงทางการเมืองภายในประเทศส่วนใหญ่จะมาจากบริษัทยาข้ามชาติที่ทำการผลิตและขายผลิตภัณฑ์ต้านไวรัสเอดส์อยู่ในตลาดภายในของบรรดาประเทศกำลังพัฒนาทั้งโดยตรง และ/หรือโดยการขายผลิตภัณฑ์ผ่านตัวแทนของบริษัทยาข้ามชาติเหล่านี้ บริษัทยาข้ามชาติเหล่านี้มีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับตัวยาที่วางจำหน่ายอยู่ในตลาดภายในประเทศกำลังพัฒนานั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวยาต้นตำรับของบริษัทคู่แข่ง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับตัวยาสามัญที่ประเทศกำลังพัฒนาได้ผลิตขึ้นเพื่อใช้กับประชากรภายในประเทศของตน โดยข้อมูลเหล่านี้ไม่เพียงถูกนำมาใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการโน้มน้าวและต่อรองกับรัฐบาลของประเทศกำลังพัฒนาด้วยการให้เงินแก่รัฐบาลโดยอ้างว่าเป็นการให้เงินเพื่อสนับสนุนกิจการต่างๆ ของรัฐบาลเพื่อเป็นการชักจูงให้รัฐบาลของประเทศกำลังพัฒนาได้เปิดช่องโดยการกำหนดให้มีมาตรการเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยาอย่างเข้มงวดจนส่งผลให้มีการขายแต่เพียงยาต้นตำรับที่มีสิทธิบัตรเท่านั้น อีกทั้ง จะรวมถึงการส่งเสริมการทำขยายตลาดยาต้นตำรับที่ได้รับสิทธิบัตรให้มีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่ได้ชักจูงให้รัฐบาลเปิดช่องให้ประชาชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องบริโภคแต่ยาต้นตำรับที่มีราคาแพงเพียงเท่านั้น โดยประเทศพัฒนานั้นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายการทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ความตกลงทริปส์ที่จะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เป็นอย่างมากอีกด้วย

2.2.3 การที่ยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายสิทธิบัตร

สิทธิบัตร (Patent) อาจให้คำจำกัดความได้ว่า หมายถึง สิทธิผูกขาดทางกฎหมายที่รัฐออกให้แก่ผู้ประดิษฐ์เรียกว่า ผู้ทรงสิทธิบัตร (Patentee) ในอันที่จะกีดกันและห้ามบุคคลอื่นจากการผลิต ขาย หรือใช้ประโยชน์ในผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการประดิษฐ์คิดค้นนั้น โดยปราศจากความยินยอมของผู้ทรงสิทธิบัตร สิทธิผูกขาดตามกฎหมายสิทธิบัตรจะมีอยู่เพียงในช่วงระยะเวลาอันจำกัด และเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว การประดิษฐ์คิดค้นก็จะตกเป็นสาธารณสมบัติ²⁶

²⁶โปรดดูคำจำกัดความของ WIPO ใน UNCTAD, The Role of Patent System in the Transfer of Technology to Developing Countries, TD/B/Ac. 11/19, Rev. 1, 1975 para. 6

ในการบัญญัติกฎหมายสิทธิบัตรของแต่ละประเทศนั้น อาจมีมาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ความแตกต่างดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับแนวความคิดที่แตกต่างกันไป แนวความคิดที่มีอิทธิพลต่อการบัญญัติกฎหมายสิทธิบัตรของประเทศต่างๆ นั้นมีอยู่ 2 แนวความคิดที่สำคัญๆ คือ²⁷

1. ทฤษฎีสิทธิตามธรรมชาติ (Natural law doctrine)

ภายใต้ทฤษฎีนี้ การบังคับใช้กฎหมายสิทธิบัตรนั้นเกิดขึ้นมาจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่า การให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรเป็นการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ประดิษฐ์ที่มีอยู่เหนือการประดิษฐ์ของตน เมื่อบุคคลใดได้สร้างสรรค์งานหรือทำการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใดขึ้นมาและเป็นประโยชน์ต่อสังคม การที่มีการให้สิทธิเด็ดขาด (Exclusive Rights) ตามกฎหมายจึงเปรียบเสมือนกับการที่รัฐให้รางวัลแก่ผู้ประดิษฐ์เพื่อตอบแทนในการที่ผู้ประดิษฐ์ได้คิดค้นเทคโนโลยีอันมีคุณค่าขึ้นมา

2. ทฤษฎีนโยบายทางเศรษฐกิจ (Economic policy theory) หรือทฤษฎีสัญญา (Contract theory)

แนวคิดนี้เชื่อว่าระบบสิทธิบัตรเป็นเครื่องมือที่จะก่อให้เกิดความก้าวหน้าทางวิทยาการและส่งเสริมความเจริญเติบโตทางอุตสาหกรรม การที่ผู้ประดิษฐ์ได้ทำการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อให้ได้มาซึ่งเทคโนโลยีสมัยใหม่นั้นเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยการลงทุนจำนวนมาก การที่ให้ความคุ้มครองตามสิทธิบัตรจะทำให้ผู้ประดิษฐ์เกิดความเชื่อมั่นว่า การที่ตนได้เสียค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่สูญหายไปในการวิจัยและพัฒนาจะได้รับการชดเชยกลับคืนมาในรูปของสิทธิเด็ดขาด (Exclusive Rights) ที่ผู้ทรงสิทธิสามารถที่จะนำเอาการประดิษฐ์ของตนไปแสวงหาประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ด้วยเหตุนี้ การให้สิทธิเด็ดขาดตามกฎหมาย

อังกาณ จักรกฤษณ์ ควรพจน์, สิทธิบัตรกับความจำเป็นของมาตรการบังคับใช้สิทธิ, วารสารนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 4 หน้า 517

²⁷Ulf Anderfelt, International patent – legislation and developing countries, (The Hague : Martinus Nijhoff, 1971), p. 17-21 อังกาณ ประสงค์ แจ่มสุทธิวัฒน์, สัญญาอนุญาตให้ใช้สิทธิบัตรกับปัญหาการผูกขาดทางการค้า, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541, น. 10-11

จึงเป็นเสมือนเครื่องจูงใจให้มีการประดิษฐ์คิดค้นสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้มีการเปิดเผยรายละเอียดของการประดิษฐ์ เพื่อประโยชน์ของสังคมในการที่จะนำไปพัฒนาต่อไป

แม้ว่าแนวความคิดพื้นฐานในการให้ความคุ้มครองแก่สิทธิบัตร ทั้งทฤษฎีสิทธิ ตามธรรมชาติและทฤษฎีนโยบายทางเศรษฐกิจดังกล่าวข้างต้นทำให้เห็นว่า การให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาแก่สิ่งที่ได้ประดิษฐ์คิดค้นขึ้นโดยการให้สิทธิผูกขาดแต่เพียงผู้เดียว (Exclusive Rights) ในช่วงระยะเวลาที่จำกัด จะทำให้นักประดิษฐ์เกิดแรงจูงใจที่จะคิดค้นพัฒนา สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ มากขึ้น ประกอบกับการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรจะทำให้เกิดการพัฒนายอดองค์ความรู้ รวมทั้งเกิดการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางอีกทางหนึ่งจากการที่ผู้ประดิษฐ์ได้เปิดเผยรายละเอียดของการคิดค้นการประดิษฐ์นั้นต่อสาธารณชน และสาธารณชนสามารถนำข้อมูลที่เปิดเผยดังกล่าวมาประดิษฐ์ให้เกิดประโยชน์ได้เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการให้ความคุ้มครอง สิทธิบัตรลงก็ตาม แต่กระนั้นก็ดี ในบรรดาประเทศต่างๆ ที่มีระบบการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรมีความเห็นต่อแนวความคิดเรื่องการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรดังกล่าวที่ต่างกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา กล่าวคือ กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วจะมองเรื่องการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรว่าเป็นเรื่องการปกป้องผลประโยชน์ของเอกชนเพื่อให้เอกชนได้ผลประโยชน์สูงสุดจากการที่ได้ลงแรงคิดค้นเพื่อให้ได้มาซึ่งยาต้านไวรัสเอดส์ ในทางกลับกันกลุ่มประเทศกำลังพัฒนากลับมองไปในทางตรงกันข้ามที่ว่า สิทธิบัตรเป็นสิ่งที่ใช้เพื่อการพัฒนาสภาพความเป็นอยู่และเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวมของคนในสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้วบริษัทยาต้นแบบที่มีฐานการผลิตอยู่ในประเทศพัฒนาแล้วมักอ้างว่า ยาที่ผลิตขึ้นมีต้นทุนในการผลิตสูง เพราะจะต้องลงทุนเงินเป็นจำนวนมากในการวิจัยเพื่อคิดค้นยาต้านไวรัสเอดส์สูตรใหม่ จึงเป็นผลทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ถูกกำหนดราคาโดยบริษัทยาต้นแบบเหล่านี้มีราคาแพงจึงเป็นผลให้คนยากจนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกไม่อาจเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างทั่วถึงได้

2.3 ผลกระทบจากระบบสิทธิบัตรต่อปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

เมื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ข้างต้นแล้วนั้น พบว่าการที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันนั้นมิสามารถเหตุมาจากการที่ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพต่อการให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การให้ความคุ้มครองสิทธิบัตร โดยการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรแก่ยาต้านไวรัสเอดส์จะส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีดังต่อไปนี้

2.3.1 การให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรก่อให้เกิดการผูกขาดราคา

การที่ผู้ประดิษฐ์รายใดสามารถประดิษฐ์คิดค้นยาต้านไวรัสเอ็ดส์ชนิดใหม่ขึ้นและได้รับความคุ้มครองภายใต้สิทธิบัตรแล้วนั้น จะทำให้ผู้ประดิษฐ์รายนั้นเป็นผู้ทรงสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอ็ดส์ชนิดดังกล่าวและมีสิทธิแต่เพียงผู้เดียวที่จะกีดกันและห้ามบุคคลอื่นจากการผลิต ขาย หรือใช้ประโยชน์ในผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการประดิษฐ์คิดค้นนั้น ซึ่งสิทธิดังกล่าวจะรวมถึงการที่ผู้ทรงสิทธิสามารถที่จะกำหนดราคาขายต้านไวรัสเอ็ดส์ที่ได้รับสิทธิบัตรนี้ได้ตามที่ผู้ทรงสิทธิต้องการอันทำให้เกิดการผูกขาดราคา

ทั้งนี้ การผูกขาดราคาจากการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ที่เป็นก่อให้เกิดปัญหาต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีดังต่อไปนี้²⁸

1. การผูกขาดราคาทำให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งภาครัฐและเอกชนสูงขึ้น เนื่องจากไม่มียาราคาถูกมาแข่งขันทางการตลาด และราคาขายที่ได้รับการผูกขาดที่ราคาสูงมาก ผลกระทบจะรุนแรงขึ้นหากเป็นกรณีของยาจำเป็นในการป้องกันและรักษาโรค เช่น ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ซึ่งพบว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเอ็ดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 95% ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้
2. การผูกขาดราคาเพิ่มอุปสรรคการพัฒนาต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศให้ทัดเทียมและแข่งขันในตลาดโลก โดยเฉพาะกับประเทศพัฒนาแล้วที่มีเทคโนโลยีเหนือกว่า เช่น สถิติการจดสิทธิบัตรยาในประเทศไทยพบว่ามากกว่า 96% เป็นสิทธิบัตรของบริษัทต่างชาติ ปัจจุบันไทยยังต้องพึ่งพาการนำเข้าวัตถุดิบเภสัชเคมีภัณฑ์จากต่างประเทศเกือบ 100% เพื่อใช้ในการผลิตยาสำเร็จรูป
3. แม้ประเทศไทยได้ให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาแล้วตั้งแต่ปี 2535 จนถึงปัจจุบันแทบไม่มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีและการลงทุนในภาคอุตสาหกรรมยาตามที่ระบุในหลักการของความตกลงทริปส์แต่อย่างไร

²⁸ ยูดี้ พัฒนวงศ์, "ระบบสุขภาพไทยในกระแสโลกาภิวัตน์ การค้าเสรีทุนนิยมโลกและสุขภาพ". เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง ผลกระทบของระบบทรัพย์สินทางปัญญาต่อระบบยาและการสาธารณสุข ณ ห้องประชุมสารนิเทศ หอประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 19 พฤษภาคม 2544, หน้า 7-8

2.3.2. การให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรทำให้ยามีราคาแพง²⁹

นอกจากการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรจะก่อให้เกิดการผูกขาดราคาขายที่ส่งผลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การที่ยาต้านไวรัสเอดส์ตกอยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายสิทธิบัตรยังส่งผลให้ยามีราคาแพงอีกด้วย เพราะเนื่องจากอุตสาหกรรมยาต้านไวรัสเอดส์ส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมของบริษัทที่ตั้งขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว และอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรมากที่สุด ๑ ใน ๓ ของสินค้าอุตสาหกรรมของโลก เมื่อยาได้กลายมาเป็นสินค้าที่ทำรายได้ให้กับผู้ผลิตเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการเข้าสู่ระบบการค้าเสรีซึ่งต้องมีการแข่งขันส่งผลให้เกิดการค้าที่ไม่เท่าเทียม ทำให้การค้าเกิดการกระจุกตัวในบางภูมิภาค หรือเกิดการกีดกันทางการค้า การผลิตถูกรวบงำโดยเทคโนโลยีขั้นสูงของประเทศอุตสาหกรรม หลายครั้งบริษัทยามักอ้างเรื่องราคาขายที่แพงว่าเป็นเรื่องของต้นทุนในการผลิตที่ต้องใช้ทุนในการคิดค้นวิจัยและพัฒนาเป็นจำนวนมาก แต่ในความเป็นจริงพบว่าการลงทุนส่วนใหญ่ใช้จ่ายไปกับการส่งเสริมการขายหรือประชาสัมพันธ์สินค้าเป็นหลัก ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศด้อยพัฒนาที่มีระบบการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรยาแต่ไม่มีมาตรการควบคุมราคาขาย จะมีการจำหน่ายยาในราคาแพง เช่น กรณีของยาเอแซดที (AZT/ Azidothymidine/Zidovudine/ZDV) และยาดีดีไอ เป็นยาที่ได้รับ的帮助เหลือจากรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย และในการลดขั้นตอนการทดสอบความปลอดภัย แต่บริษัทเอกชนที่ได้รับสิทธิบัตรในการจำหน่ายยาดังกล่าว ก็ยังตั้งราคาขายไว้สูงมาก นอกจากนี้ การที่ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาแพงเพราะเนื่องจากการผูกขาดการผลิตและจำหน่ายยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผูกขาดการผลิตและจำหน่ายยาโดยบริษัทยาของบรรดาประเทศพัฒนา โดยใช้กลไกต่าง ๆ ของรัฐที่มีอยู่ รวมทั้งช่องว่างในการบริหารจัดการ เช่น กลไกทางกฎหมาย กลไกการติดตามความปลอดภัยของยา เป็นต้น

แต่กระนั้นก็ดี จากการที่ได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการบริหารสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical Research & Manufacturers Association: PReMA)³⁰ ถึงสาเหตุที่ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาแพง ซึ่งบริษัทยาผู้ผลิตคิดค้นยาต้านไวรัสเอดส์เหล่านี้เชื่อว่ากำหนดราคาขายที่มีราคาสูงกว่ายาสามัญในปัจจุบันมีความเหมาะสมและชอบธรรมดังเหตุผลต่อไปนี้

²⁹

ทางเดินของคนเล็กๆ ที่จะสู้กับเรื่องใหญ่ หน้า 30 แหล่งที่มา:

<http://www.kalathai.com/abstract/morenews.php?offset=150>

³⁰ สัมภาษณ์คุณพนิดา ปัญญางาม ตำแหน่งผู้อำนวยการบริหาร สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ 28 กุมภาพันธ์ 2549

- บริษัทขาดแบบมีแนวความคิดที่ว่า สิทธิบัตรเป็นเรื่องของการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ในการผลิตยากันระหว่างบริษัทเอกชนกับหน่วยงานของรัฐ โดยรัฐจะให้สิทธิผูกขาดทางการตลาดแต่เพียงผู้เดียวสำหรับบริษัทที่ได้รับเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรรมวิธีและวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตยานั้นๆ

- กรรมวิธีในการผลิตยาแต่ละชนิดนั้นจะใช้เวลาในการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มีระยะเวลายาวนานกว่าจะได้ยาสูตรใหม่ขึ้นมาหนึ่งชนิด

- กลไกการกำหนดราคา ยา ถือเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการตั้งราคาของ บริษัทขาดแบบเพราะเนื่องจากยาต้นแบบที่วางขายในตลาดอาจจะมีราคาสูงจนเกินไปเมื่อบางครั้งต้องเจออุปสรรคจากยาสามัญที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแต่มีราคาถูกกว่าหลายเท่าตัว กระนั้นก็ดี หากถามถึงกลยุทธ์ในการแข่งขันทางราคายากับยาสามัญโดยการลดราคายาลงแล้ว การลดราคาลงดังกล่าวจะต้องไม่มีผลต่อการลดคุณภาพของการปฏิบัติของยา

- ปัญหา Block Access ที่ทำให้บริษัทยาไม่อาจขายยาได้ทุกชนิดที่ผลิตขึ้นมา โดยมีสาเหตุมาจากการไม่ได้รับความเชื่อถือจากแพทย์ที่จะทำการสั่งจ่ายยา (ในกรณีที่เป็นยาใหม่ และยังไม่เป็นที่คุ้นเคยในวงการแพทย์สาขานั้น)

- อุปสรรคต่อการเข้าถึงยานั้นมีได้มาจากสาเหตุของการให้สิทธิบัตรแก่ยา เหล่านั้นจนทำให้ยามีราคาแพง แต่กลับเป็นเพราะปัจจัยหลายปัจจัย อาทิ ความเชื่อถือของผู้ประกอบโรคศิลป์อย่างเภสัชกร รวมทั้งการสร้างความน่าเชื่อถือต่อการรักษาโรคของยาตัวใหม่ต่อ คณะกรรมการผู้บริหารของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อทำให้สั่งซื้อยา อีกทั้ง ต้นทุนของการวิจัยและพัฒนาเพื่อคิดค้นสูตรยาใหม่, กลไกของรัฐในการรับขึ้นทะเบียนตำรับยาที่สามารถวางขายได้ในตลาด, การพิจารณาของคณะกรรมการยาแห่งชาติที่จะกำหนดให้ยาต้นแบบที่คิดค้นขึ้นใหม่เข้าสู่บัญชียาหลักเพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี, การขนส่งสินค้าประเภทยาที่จะต้องใช้การขนส่งที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง เพราะเนื่องจากยาอาจได้รับความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติระหว่างการขนส่ง, การเก็บรักษายาเพื่อออกจำหน่ายที่จะต้องมีการใช้จ่ายสูงเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อ การออกฤทธิ์ของยาลดลง เช่น ความชื้น, ความร้อน, ความเย็นจัดของอุณหภูมิ เป็นต้น

ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าบริษัทขาดแบบจำเป็นต้องกำหนดราคาในราคาสูงด้วยสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว บริษัทขาดแบบเหล่านี้ได้ทำการคืนกำไรกลับสู่สังคมด้วยเช่นกัน โดยผ่านทางวิธีการต่อไปนี้

- บริษัทยาต้นแบบ (Origin Drug) ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางโปรแกรมการแจกยาฟรีให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการทดสอบการใช้น้ำยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้ทำการคิดค้นขึ้นมาใหม่ โดยที่บริษัทยาต้นแบบนี้จะจัดให้มีแพทย์ให้ความดูแลอาการหลังได้รับยาที่ทำการทดลองดังกล่าวไปแล้วอย่างใกล้ชิด
- บริษัทยาต้นแบบ (Origin Drug) ยังมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการนำเงินที่เป็นผลกำไรบางส่วนบริจาคเงินเข้าสู่กองทุนโลก (Global Fund) เพื่อกองทุนโลกจะได้จัดสรรเงินดังกล่าวให้แก่ประเทศที่มีความจำเป็นต้องใช้เงินทุนเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

2.4 การขาดความพร้อมต่อการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรแก่ยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

จากที่ศึกษามาแล้วข้างต้น พบว่าสภาพปัญหาของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันนั้น นอกจากมีสาเหตุจากการขาดเงินทุน, การแทรกแซงทางการเมือง และการที่ยาอยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายสิทธิบัตรที่ส่งผลให้เกิดการผูกขาดราคา และทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาแพงแล้ว อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างเพียงพอ นั้นมาจากความพร้อมของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาต่อการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรที่มีในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

2.4.1 การขาดความชำนาญต่อการบังคับใช้กฎหมายสิทธิบัตรภายในประเทศให้เกิดประสิทธิภาพต่อการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตร

จากการที่ระบบกฎหมายสิทธิบัตรของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ได้ร่างขึ้นตามหลักกฎหมายของสหภาพยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งหลักกฎหมายของทั้งสองประเทศนี้จะมีข้ออ่อนเร้นเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรควบคู่กับการให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลกและสำนักงานสิทธิบัตรของประเทศพัฒนาแล้ว³¹ แต่เนื่องจากบรรดาประเทศกำลังพัฒนาขาดความชำนาญทางเทคนิคอันที่จะสามารถนำ

³¹Love, J. (2001), Compulsory Licensing: Models for State Practice in Developing Countries, Access to Medicine and Compliance with the WTO TRIPS Accord., Consumer Project on Technology, Washington D.C. Available at http://www.cptech.org/ip/health/cl/recommended_statepractice.html.

หลักกฎหมายดังกล่าวมาบัญญัติใช้แก่กรณีการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรภายในประเทศให้เกิดความยืดหยุ่นอย่างมีประสิทธิภาพได้ เพราะประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่จะไม่ได้รับประโยชน์จากการเปิดเผยข้อมูลของการประดิษฐ์เพราะประเทศพัฒนาที่ยื่นคำขอรับสิทธิบัตรก็จะไม่เปิดเผยวิธีการในการประดิษฐ์อย่างชัดเจน จึงทำให้ประเทศกำลังพัฒนาไม่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่จะนำไปปรับในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการผลิตที่ดีที่สุด อีกทั้ง ประเทศกำลังพัฒนามักจะไม่คำนึงถึงมาตรการต่างๆ ที่ถูกตอบโต้โดยคู่แข่งที่มีอยู่รอบโลก จึงทำให้การเพิกเฉยนี้ส่งผลให้การค้นคว้าวิจัยไม่เกิดผลสำเร็จ และทำให้ประเทศกำลังพัฒนาเหล่านี้ไม่ได้รับประโยชน์จากการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรเท่าที่ควร

2.4.2 การค้นคว้าภายในประเทศและกำลังการผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่ไม่เพียงพอ

ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศไม่มีการค้นคว้าและศักยภาพอย่างเพียงพอในการผลิตยาเพราะเนื่องจากการค้นคว้าเพื่อการผลิตยาถือเป็นความท้าทายของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่จะเพิ่มศักยภาพสำหรับคิดค้นเพื่อให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์ยาใหม่ ดังเช่นในกรณีที่กำหนดมาตรฐานในการค้นคว้าที่ไม่มีการกำหนดหน้าที่ของผู้ที่จะต้องผลิตยา หรือปัญหาจากการตรวจวินิจฉัยโรคที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน จึงถือว่าการค้นคว้าและการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของการค้นคว้าเพื่อการผลิตผลิตภัณฑ์ยาสมควรที่จะมีการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น การที่ยาสามัญสำหรับใช้ต้านไวรัสเอดส์และขั้นตอนการกำหนดคุณภาพเบื้องต้นขององค์การอนามัยโลกที่ไม่อาจกำหนดมาตรฐานในการผลิตยาและคุณภาพของยาได้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่บรรดาบริษัทยาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ที่อาจขัดขวางการค้นคว้าและการพัฒนาที่มีรากฐานอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา หรืออาจรวมถึงการปิดกั้นความร่วมมือในการช่วยเหลือกันในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้วยกันเองอีกด้วย ซึ่งการผลิตยาดังกล่าวหมายถึงความถึงการปฏิบัติขั้นตอนทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นการซื้อวัตถุดิบ, การดำเนินการ, การบรรจุ, การควบคุมคุณภาพ, การนำออกจำหน่ายและจัดเก็บผลิตภัณฑ์ยาและการควบคุมกับสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเหล่านี้³²

³²Kaplan, W.A., R. Laing, B. Waning, L. Levison and S. Foster, (2003) Is Local Production of Pharmaceuticals A Way to Improve Pharmaceutical Access in Developing Countries? Setting a Research Agenda. Boston School of Public Health, mimeo, p. 16

2.4.3 การมีเทคโนโลยีและความสามารถที่ไม่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์จากหลักเกณฑ์เรื่องยา

กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังคงขาดแคลนความชำนาญในการกำหนดเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพของยาที่จะได้รับอนุญาตให้ออกขายในตลาดภายในประเทศกำลังพัฒนาเหล่านั้นได้ โดยที่การกำหนดมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพของยานั้นขึ้นอยู่กับหน่วยงานอนุญาตของต่างประเทศเพื่อที่จะกำหนดมาตรฐานและการทดลองที่จำเป็นเพื่อการผลิตผลิตภัณฑ์ยา นอกจากนี้ การที่ขบวนการของการพิจารณาปรับขึ้นทะเบียนยาที่มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ผลิตภัณฑ์ยาสามารถนำออกวางจำหน่ายในตลาดได้รวดเร็วขึ้น ในทางกลับกัน หากการดำเนินการของกระบวนการปรับขึ้นทะเบียนยาเป็นอย่างช้าแล้ว ก็จะทำให้บริษัทยาสามัญไม่อาจนำยาที่ผลิตขึ้นได้ออกวางจำหน่ายสู่ตลาดได้อย่างทันต่อความต้องการของตลาด นอกจากนี้การนำยาออกสู่ตลาดจะขึ้นอยู่กับที่ได้รับอนุญาตดังกล่าวแล้ว กฎหมายที่ใช้ควบคุมวิธีการขายผลิตภัณฑ์ยาในท้องตลาดในประเทศกำลังพัฒนานั้นยังขาดแคลนมาตรการสำหรับการวางหลักเกณฑ์ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยา กล่าวคือ บริษัทยาที่ได้รับสิทธิบัตรมักทำให้ผู้บริโภคเกิดการเข้าใจผิดอย่างมากจากการโฆษณาที่หือสินค้ายาของตนเพื่อให้ผู้บริโภคหมดความเชื่อมั่นที่จะบริโภคยาสามัญ ความพยายามที่จะสนับสนุนยาสามัญในบางประเทศ อย่างเช่น ประเทศปากีสถาน ประเทศไนจีเรีย ก็ไม่อาจเป็นผลเพราะเนื่องจากบรรดาบริษัทยาที่ได้รับสิทธิบัตรได้แสดงให้เห็นถึงมุมมองที่แย่งของยาที่มีราคาต่ำกว่า³³ นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังพบปัญหาที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีความสามารถในการผลิตยาสามัญไม่มีความพร้อม หรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่จะได้ว่ายาตัวใดบ้างที่ไม่มีสิทธิบัตร (สิทธิบัตรหมดอายุลงแล้ว) และกรณีของตัวยาที่ไม่มีสิทธิบัตรมีแหล่งวัตถุดิบในการผลิตอยู่ในประเทศใดบ้าง จึงเท่ากับว่าการขาดแคลนข้อมูลเหล่านี้ทำให้บริษัทที่จัดตั้งขึ้นในประเทศไม่ได้รับการสนับสนุนในการผลิตยา เพราะว่าจะถูกผู้ทรงสิทธิบัตรดำเนินคดีแม้ว่าสิทธิบัตรยาดังกล่าวจะหมดอายุลงแล้วก็ตาม

³³Velasquez, G. and P. Boulet, (1999), Globalization and Access to Drugs: Perspectives on the WTO/TRIPS Agreement. Health Economics and Drugs, DAP Series No. 7, WHO, Geneva

2.4.4 ความยากในการจัดสร้างระบบการจัดหาผลิตภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอดส์ และการจัดการการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดให้มีระบบการจัดหาผลิตภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายและขั้นตอนที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เพราะการจัดหาที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้ข้อมูลและความรู้ทางด้านเทคนิคในการศึกษาและตรวจสอบตัวอย่างละเอียด ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาใหญ่ที่บรรดาประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดแคลนสัดส่วนทางเศรษฐกิจจากการนำเข้าผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศมากเกินไปจนทำให้ต้องมีการกำหนดราคาโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาและการนำเข้าวัตถุดิบในการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ก็มีราคาสูงเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ข้างต้นนั้น ทำให้พบว่าสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้จะอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและในประเทศด้อยพัฒนาเป็นส่วนใหญ่ โดยที่จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีอยู่เป็นจำนวนมากอยู่นี้มีสาเหตุมาจากการที่ประเทศที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ขาดแหล่งเงินทุนในการจัดหาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงการแทรกแซงทางการเมืองที่ส่งผลให้ประเทศที่มีระดับการพัฒนาประเทศที่ด้อยกว่าถูกกดดันให้มีการให้ความคุ้มครองทางทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้มงวดตามประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงกว่าเรียกร้อง และเมื่อยาต้านไวรัสเอดส์ได้รับการคุ้มครองสิทธิบัตรจะส่งผลให้เกิดการผูกขาดราคาและทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาแพงตามไปอีกด้วย ทั้งนี้ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการและแนวทางที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้มากขึ้น โดยจะต้องศึกษาถึงมาตรการทางกฎหมายระหว่างประเทศต่อการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีอยู่ในปัจจุบันในบทที่ 3 เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรยาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในบทที่ 4 และหามาตรการและแนวทางเพื่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในบทที่ 5 ต่อไป

