

ประเทศไทยจะยุติปัญหาเอดส์ได้จริงหรือ?

โรคเอดส์เคยเป็นโรคติดต่อที่แพร่ระบาดอย่างรุนแรงในประเทศไทย ในเวลาไม่กี่ปี ตั้งแต่มีรายงานรายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 ก็แพร่ระบาดไปทั่วโดยวิธีการแพร่ที่สำคัญคือ ทางเพศสัมพันธ์ คาดกันว่า ในปี 2534 มีผู้ติดเชื้อสูงถึงปีละ 150,000 ราย และมียอดผู้ติดเชื้อสะสมหลายแสนราย ซึ่งส่วนหนึ่งเริ่มเจ็บป่วยและเสียชีวิต

ต่อมา มีการดำเนินมาตรการรณรงค์อย่างอนามัย 100% ซึ่งเริ่มที่จังหวัดราชบุรี และขยายไปทั่วประเทศตามนโยบายของคณะกรรมการโรคเอดส์แห่งชาติ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงอย่างรวดเร็ว จนเป็นที่ยอมรับถึงความสำเร็จในระดับนานาชาติ และมีหลายประเทศรับเอาโครงการนี้ไปเป็นโครงการแห่งชาติ อาณิสสของโครงการรณรงค์ 100% ยังได้ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จนแทบจะกลายเป็นโรคหายาก ทำให้หน่วยกามโรคและศูนย์กามโรคในประเทศต้องปิดตัวลง

ต่อมา มีการค้นพบยาต้านไวรัสเอดส์หลากหลายขนาน ช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษา สามารถยืดอายุขัยจนเกือบเท่าเทียมกับผู้ไม่ติดเชื้อ ทั้งยังพบว่า การกินยาต้านไวรัสทำให้เชื้อเอดส์หายไปจากกระแสเลือด จึงลดโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และต่อมายังพบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หากได้ยาต้านไวรัส ก็สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ ยิ่งไปกว่านั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้บรรจุยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันและการรักษาเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจัยเอื้อต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นช่วยสร้างความมั่นใจว่า ประเทศไทยน่าจะสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้อีกไม่

นาน ทั้งนี้ หลักฐานที่ช่วยสนับสนุนคือ ประเทศไทยสามารถจัดการแพร่เชื้อเอดส์และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จเป็นประเทศแรกในเอเชีย

ดังนั้น เมื่อกระแสโลกเริ่มมีแนวคิดเรื่องการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทยก็รีบขานรับ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ “ไม่ติด-ไม่ตาย-ไม่ตีตรา” มีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ (1) ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน 1,000 รายต่อปี (2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์เหลือไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และ (3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีลงจากเดิมร้อยละ 90 ซึ่งในปีที่ทำยุทธศาสตร์ฯ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อประมาณ 480,000 คน มีผู้เสียชีวิตปีละ 18,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คน

หลายปีต่อมา กรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2569 ซึ่งนำเสนอมาตรการต่าง ๆ ในการดำเนินการ ขณะเดียวกัน ก็แสดงตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ลดลง จาก 6,900 รายในปี 2558 เป็น 6,485 รายในปี 2564 ซึ่งหมายความว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงอย่างช้าๆ ปีละไม่เกิน 300 ราย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ หากจะให้บรรลุเป้าหมายไม่เกิน 1,000 รายต่อปี ก็จะต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 15 ปี และหากจะลดจาก 6,400 รายต่อปี ในปี 2564 เป็น 1,000 รายต่อปี ในปี 2573 ก็ต้องลดลงปีละ 600 ราย คือเอายอดแต่ละปี ลบด้วย 600 เพื่อเป็นยอดในปีถัดไป

แต่ตัวเลขสถิติที่รายงานในปีที่ผ่านมา กลับมีทิศทาง

ตรงกันข้าม เช่น ในปี 2567 มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่ 8,862 ราย และผู้เสียชีวิตเกี่ยวข้องกับเอชไอวีมากกว่า 9,000 ราย ล่าสุดเมื่อกลางปี 2568 กรมควบคุมโรค รายงานผู้ป่วยรายใหม่ 13,357 ราย ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เห็นอาจแตกต่างกันตามช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล แต่สิ่งที่เหมือนกันคือ แทนที่ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายปีจะลดลง กลับกลายเป็นเพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล ประกอบกับมีข้อมูลการระบาดเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จนทำให้องค์การอนามัยโลกไม่สามารถต่อใบรับรองความสำเร็จของการแพร่เชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกอีกต่อไป ข้อมูลดังกล่าวเป็นการตอกย้ำว่า ประเทศไทยน่าจะหมดหวังที่จะยุติปัญหาเอดส์ในปี 2573 ตามที่กำหนดไว้

เมื่อเป็นเช่นนี้ คงต้องมาวิเคราะห์กันว่า ทำไมการติดเชื้อเอดส์จึงไม่มีแนวโน้มลดลงดังที่คาดหวัง

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มาตรการหลักที่ใช้ในการยุติปัญหาเอดส์คือ RTTR หรือ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain ซึ่งเป็นมาตรการทางการแพทย์โดยการจัดบริการเชิงรุกค้นหากลุ่มเป้าหมาย ให้ความรู้ และส่งต่อเข้าสู่การให้คำปรึกษาในการตรวจเอชไอวี (Reach & Recruit) จากนั้น ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพเพื่อตรวจหาการติดเชื้อ (Recruited to Test) และให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งจัดระบบติดตามเพื่อการกินยาอย่างต่อเนื่อง (Treat & Retain) มาตรการนี้ เน้นการค้นหาผู้ติดเชื้อในผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง และคาดหวังว่า ถ้าตรวจคัดกรองแล้วพบว่าไม่ติดเชื้อ ก็ให้คำแนะนำในการป้องกัน แต่ถ้าพบว่าติดเชื้อ ก็ให้ยาต้านไวรัสโดยเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้ป่วย และป้องกันไม่ให้แพร่โรคไปสู่บุคคลอื่น

ที่ผ่านมา การดำเนินการไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (พิจารณาจากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น) จึงมีการเพิ่มอักษรตัว P (หมายถึง Prevention) เข้าไปในมาตรการ กลายเป็น RRTTPR ซึ่งหมายถึงการเพิ่มมาตรการป้องกันลงไปหลังการรักษา และให้โอกาสสำหรับประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยให้สามารถหาน้ำยาตรวจเอดส์ได้ด้วยตัวเอง ที่เรียกว่า HIV self-screening test (HIVSST) มาตรการทั้งหมดยังคงเป็น

มาตรการทางการแพทย์ เน้นการค้นหาผู้ติดเชื้อให้การรักษาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย แต่ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อมีน้อย

นอกจากนี้ ในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2569 ยังมีการเสริมความเข้มข้นด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ (1) มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง (2) ยกระดับคุณภาพ และบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ (3) พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคม ให้มีคุณภาพ รอบด้าน และยั่งยืน (4) ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ (5) เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนในทุกระดับ และ (6) ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ทั้ง 6 นี้ กำหนดเงินงบประมาณปีละมากกว่า 8 พันล้านบาท โดยงบประมาณกว่าร้อยละ 90 เป็นของยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งเมื่อศึกษากลยุทธ์ของทั้ง 2 ยุทธศาสตร์ ก็ยังคงเน้นมาตรการทางการแพทย์ และไม่ได้มีกลวิธีใดที่จะสร้างความมั่นใจว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ เพียงแต่พยายามเพิ่มการค้นหาผู้ติดเชื้อและให้การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยและการแพร่โรคไปสู่ผู้อื่น เพราะจุดเริ่มต้นอยู่ที่การเน้นบริการ PrEP (pre-exposure prophylaxis) มากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในส่วนของภาคเอกชน ก็มีการขยับบทบาทเพื่อแสดงการมีส่วนร่วมในงานยุติปัญหาเอดส์ แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวทางการมีส่วนร่วมก็จะเห็นว่า เป็นการเสริมความเข้มแข็งของยุทธศาสตร์ทางการแพทย์ของภาครัฐนั่นเอง เช่น เน้นด้านการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็ว และครอบคลุมด้วย HIV self screening test ในกลุ่ม

ประชากรที่มีความเสี่ยงรวมทั้งประชากรหลักและเยาวชน การให้คำปรึกษาด้านการป้องกันอย่างมุ่งผลสัมฤทธิ์ (prevention choice counseling) การเพิ่มความคงอยู่และใช้การป้องกันแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง (ซึ่งเน้นการให้ยาป้องกันก่อนหรือหลังสัมผัสโรค) และการลดการตายในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ซึ่งสิ่งเสริมขององค์กรเอกชนล้วนมุ่งไปที่กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อ

คงต้องให้ข้อสังเกตว่า ในอดีตที่ผ่านมา องค์กรภาค-เอกชนมีบทบาทเป็นอย่างมากในงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ แต่ผลงานส่วนใหญ่มุ่งไปที่การเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อและการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนงานด้านการป้องกันการติดเชื้อโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในระดับกว้างนั้น องค์กรภาคเอกชนมีบทบาทน้อย

สิ่งที่เป็จุดอ่อนของยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ คือ การละเลยต่อการสร้างสภาพ-แวดล้อมทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคมเพื่อไม่ให้เสี่ยงต่อโรคเอดส์ ทั้งๆ ที่ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา ความสำเร็จของงานป้องกันเอดส์ในประเทศไทย คือการป้องกันความเสี่ยงของประชาชนทั่วไปเพื่อตัดโอกาสในการสัมผัสโรค (เช่น การใช้ถุงยางอนามัย 100%) แต่กลายเป็นว่า มาตรการเกี่ยวกับการยุติปัญหาเอดส์ไม่ได้เน้นที่พฤติกรรมการรับและแพร่เชื้อ แต่หากติดเชื้อมาแล้ว ก็จะพยายามค้นหาและให้ยารักษาและป้องกันการแพร่ต่อ ซึ่งต้องใช้ยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงงบประมาณที่ใช้จึงมีระดับสูงมากเมื่อเทียบกับงบประมาณด้านถุงยางอนามัย ทั้งๆ ที่ความเสี่ยงของการแพร่โรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ยังมีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การค้าบริการทางเพศ ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งล้วนมีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ (ตามลักษณะของอาชีพค้าบริการ) และผู้สัมผัสโรคก็เป็นประชาชนที่ไม่ได้จัด

เป็นกลุ่มเสี่ยง เข้าไม่ถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อหรือยาป้องกัน ประกอบกับมาตรการด้านถุงยางอนามัยในปัจจุบันก็เป็นแบบตั้งรับ คือจัดหาถุงยางอนามัยสำหรับผู้ที่ต้องการใช้ มากกว่าที่จะจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัย

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่ที่สุดคือประชาชนที่มีความเสี่ยงไม่สูงมาก เป็นเยาวชน ประชาชนทั่วไป แม่บ้าน ดังนั้น มาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยจึงได้ผลดี ประเมินกันแล้วว่า โครงการถุงยางอนามัย 100% ได้ช่วยป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่กว่า 8 ล้านราย ซึ่งมีผลลดการตายของผู้ติดเชื้อได้กว่า 4 ล้าน 3 แสนราย จึงมีผู้เรียกมาตรการนี้ว่าเป็น วัคซีนทางสังคม หรือ social vaccine ซึ่งมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แต่ขณะนี้ มาตรการทางพฤติกรรมถูกลดความสำคัญลง เสมือนกับว่า ยินยอมให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ และหากติดเชื้อ ก็จะได้ยาป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยและไม่แพร่โรค

ในด้านการรักษา ผลงานที่ผ่านมายังไม่น่าพอใจ เช่น ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาล่าช้า ค่า CD4 ที่ตรวจพบยังต่ำมาก กรมควบคุมโรครายงานว่า ผู้ติดเชื้อที่วินิจฉัยโรคในปี 2564 การวินิจฉัยล่าช้าไป 5.7 ปี มีหน้าซ้ำ ยังมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 10) ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นนี้ ความหวังในการลดผู้เสียชีวิตให้ต่ำกว่า 4,000 รายต่อปีในปี 2573 น่าจะเลือนลาง

แม้ว่าข่าวคราวเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์จะลดลงมาก แต่หากมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ปัญหาการตีตราก็น่าจะเพิ่มขึ้นตามมา

โดยสรุป ความหวังที่ประเทศไทยจะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ในปี 2573 ยังเลือนลางมาก หากไม่สามารถปรับมาตรการให้ดีกว่านี้ การยุติปัญหาเอดส์ก็คงเป็นเพียงความทะเยอทะยานที่ไม่มีโอกาสเป็นจริง

นพ. วิวัฒน์ วิจารณ์พิทยากร

บรรณาธิการ