

# รายงานฉบับย่อ



## โครงการ “การประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการ แผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ”

### คณะผู้ประเมิน

- ◆ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
  - ◆ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร หัวหน้าทีมประเมิน
  - ◆ ดร.บังอร เทพเทียน
  - ◆ นางสาวปรินดา ตาสี
  - ◆ นางสาวดุชนิ ดำมี
- ◆ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
  - ◆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพัทธวิมล ศุภลักษณ์ศิษการ
- ◆ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
  - ◆ แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา
  - ◆ นายแพทย์เอนดสรร นามวาท
  - ◆ นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์
  - ◆ นายสหภาพ พูลเกษร
- ◆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
  - ◆ นายแพทย์ ดร. ภูษิต ประคองสาย
  - ◆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณีรัตน์ เลย์ตัน
  - ◆ นางสาวกุมารี พ��นี
- ◆ Health Counterparts Consulting (HCC)
  - ◆ นางสาวศิริพร ยงพานิชกุล
  - ◆ ดร.ดาเรศ ชุศรี
- ◆ HLSP, UK
  - ◆ Ms.Henrietta Wells
  - ◆ Ms.Saul Johnson
  - ◆ Dr.Clare Dickinson
- ◆ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย
  - ◆ นายอนันต์ เมืองมูลชัย

การประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ (1) เพื่อประเมินผลการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ว่าบรรลุผลตามเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ของสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 6 แล้วหรือไม่ อย่างไร (2) เพื่อประเมินผลในด้านความสอดคล้อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความยั่งยืน และผลกระทบ จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ของประเทศไทย และการดำเนินการตอบสนองปัญหาเอดส์ ในด้านการบริหารจัดการ การประสานงาน และการติดตามประเมินผล ในระดับต่าง ๆ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น (3) เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่จะนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการวางแผน การจัดลำดับความสำคัญของงานและกลุ่มเป้าหมาย และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม สำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับต่อไป (พ.ศ. 2555-2559)

คำถามการประเมินประกอบด้วย 4 คำถามหลักได้แก่

1. ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้หรืออย่างไร

- การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (Universal access) ในด้านการป้องกัน การดูแลรักษา และการสนับสนุนช่วยเหลือ

- บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในเป้าหมายที่ 6 (MDG6) ภายในปี พ.ศ. 2558 เป้าหมายชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยมีตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด 1) การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากร 15-49 ปี 2) การใช้ยางอนามัยใน เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย 3) ความรู้ที่ถูกต้องของประชากร 15-49 ปี และ 4) เด็กกำพร้าและได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ที่ได้เข้าเรียนหนังสือ

- ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554

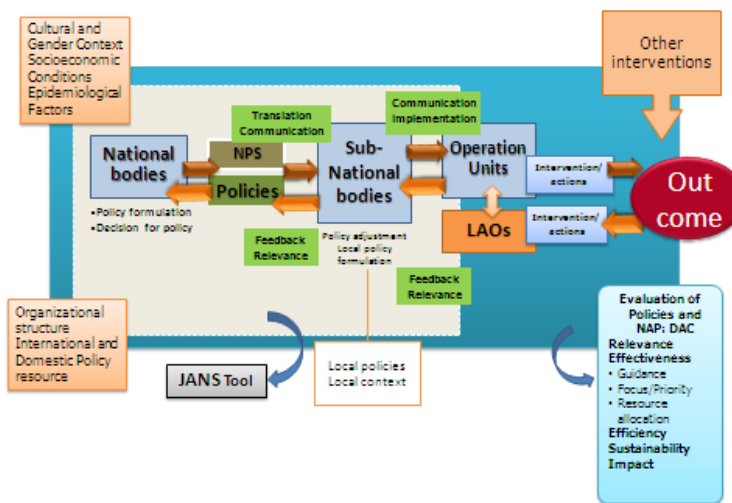
2. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 และแผนปฏิบัติการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สามารถเป็นแนวทางในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เมื่อพิจารณาจากเป้าหมายรวมที่ตั้งไว้ และบริบทเชิงสังคมและระบาดวิทยา

3. โครงสร้างและการปฏิบัติที่มี ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ (ได้แก่จังหวัดและท้องถิ่น) สามารถเอื้อให้เกิดประสิทธิผลในการวางแผน การประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรและระดมทรัพยากร การดำเนินการ การกำกับติดตาม ประเมินผลและรายงานเกี่ยวกับงานเอดส์หรือไม่

4. นโยบาย การวางแผน และการดำเนินการในทุกกระดับ สามารถเอื้อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ และกลุ่มประชากรที่มีความต้องการ มีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งในด้านการป้องกัน ดูแลรักษา และการสนับสนุนช่วยเหลือหรือไม่

กรอบแนวคิดการประเมินผลนโยบายป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 และการบริหารจัดการ โดยประเมินความสำเร็จของการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ 3 ระดับ คือ 1) การพัฒนานโยบายระดับชาติ (policy formulation) ซึ่งครอบคลุมการดำเนินการและบทบาทขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน 2) การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการสื่อสารนโยบาย (policy translation and communication) และ 3) การดำเนินการตามนโยบายและแผน (policy and program implementation) โดยวิธีการประเมินได้ประยุกต์กรอบแนวทางการประเมินแผนและนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และภาคีที่เกี่ยวข้อง (Joint Assessment of National Strategies and Plans - JANS tool) และกรอบการประเมินนโยบายหรือโปรแกรมทางสุขภาพด้วย DAC criteria

แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการประเมินผล



ระเบียบวิธีการประเมินผลในครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้หลายวิธีการร่วมกัน เช่น การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ระบุบุคคล การใช้เครื่องมือ เส้นเวลาบอกเหตุการณ์ (Policy timeline) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ระหว่างหน่วยงาน/องค์กร และบุคคลที่มีส่วนได้

ส่วนเสีย โดยเป็นการศึกษาทั้งแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า (retrospective and prospective approaches) นอกจากนี้การประเมินจะยึดหลักการวิเคราะห์แบบ triangulation analysis เพื่อลดความลำเอียงและให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องที่สุด รวมทั้งได้มีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในระดับจังหวัดจำนวน 5 จังหวัดซึ่งกระจายใน 4 ภูมิภาคเพื่อเป็นกรณีศึกษา ที่สะท้อนถึงผลกระทบและการดำเนินงานตามนโยบาย และมาตรการด้านต่างๆ ที่กำหนดโดยองค์การระดับนโยบายในส่วนกลาง และแสดงถึงการแปลงนโยบายระดับประเทศไปสู่ระดับพื้นที่ โครงสร้างและระบบการวางแผน การบริหารจัดการ การ

ดำเนินงาน ระบบการติดตามและประเมินผลการทำงาน การจัดสรรทรัพยากร และการระดมทรัพยากร ฯลฯ ที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่จังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งเพื่อค้นหารูปแบบตัวอย่างซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในเชิงนโยบายและการจัดการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ ที่สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางในแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่

ขอบเขตของนโยบายและมาตรการในการประเมินครั้งนี้เป็นประเมินนโยบายที่ไม่ใช่เพียงแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรฐานแห่งชาติพ.ศ. 2550-2554 เท่านั้น แต่จะรวมถึงนโยบายที่กำหนดจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรฐาน (คช.ปอ.) ในช่วงระหว่างพ.ศ. 2550 - 2554 และนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในความหมายของ “นโยบาย” ของการประเมินครั้งนี้หมายถึง การที่ผู้บริหารระดับสูง หรือระดับนโยบาย ประกาศหรือแจ้งต่อสาธารณชนในประเด็นเรื่อง วัตถุประสงค์ หรือเจตนารมณ์ที่ชัดเจน ในการดำเนินการ ที่สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติและการบริหารจัดการให้มีแผน มีการสนับสนุนการดำเนินงานในลักษณะต่างๆ รวมถึงการตัดสินใจขององค์กรทางนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอดส์โดยตรง ได้แก่ คณะรัฐมนตรี คณะกรรมการเอดส์ฯชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลไกระดับกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรสาธารณกุศลที่ไม่แสวงหากำไร เป็นต้น ผลการประเมินสรุปได้ดังต่อไปนี้

## ส่วนที่ 1 ข้อค้นพบหลัก (key finding)

### 1. ภาพรวมของสถานการณ์เอดส์ในระหว่าง พ.ศ. 2550 -2554

จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2553 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มประชากรทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.7 ในกลุ่มหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ ปี 2553 ) แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2549 – 2552 แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นในปี 2553 ในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ พนักงานบริการหญิงนอกสถานบริการ และทหารเกณฑ์ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์และกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการอายุ 20 – 24 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน พบว่าการมีคู่นอนหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เยาวชนติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2551 ประมาณ 1 ใน 5 ของแม่

ที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ที่ทำงานนอกสถานบริการ พบการติดเชื้อฯ รายใหม่เพิ่มสูงขึ้น เกือบเท่าตัวในปี พ.ศ. 2551 และมีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าพนักงานบริการที่ทำงานบริการในสถานบริการประมาณ 5 เท่า ซึ่งพนักงานบริการกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงระบบบริการป้องกันดูแลรักษา รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มไม่ลดลง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่มารับบริการในคลินิกยาเสพติด ยังคงมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงลอยอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 30 - 40 กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ประกอบอาชีพประมง มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เนื่องจากลักษณะการทำงานและการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มอาชีพประมงสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ในบางพื้นที่ พนักงานบริการที่เป็นประชากรข้ามชาติ มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าพนักงานบริการที่เป็นคนไทย ด้วยเหตุที่ข้อจำกัดด้านภาษาเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ของประชากรข้ามชาติกลุ่มเหล่านี้

## 2. พัฒนาการของนโยบาย และ กลไก การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในประเทศไทย

การปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจ ในช่วง 2545 - 2549 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการบริหารจัดการด้านเอชไอวีตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ โดยหลังจากมีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ในปี 2545 เป็นผลให้มีการปรับโครงสร้างงานเอชไอวีในกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค โดยส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับงานเอชไอวี ได้แก่ ในส่วนกลาง กรมควบคุมโรคได้ปรับบทบาทภารกิจจากการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาและดำเนินงานให้กับหน่วยงานต่างๆ มาเป็นบทบาทการพัฒนาวิชาการ

**กลไกกลางในระดับชาติ** ที่ถูกจัดตั้งขึ้นให้มีหน้าที่ในการประสาน บูรณาการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ กำหนดทิศทางนโยบาย และมาตรการ ดำเนินงาน ตลอดจนกำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน คือ คณะกรรมการ คช.ปอ.โดยที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ตั้งแต่ปี 2534 และอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการ มีกรรมการทั้งหมด 36 คนที่เป็นผู้แทนมาจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาคประชาสังคม โดยมี ศบ.จอ. เป็นส่วนเลขานุการ ที่ทำหน้าที่หลักในการประสานและติดตามการดำเนินงาน ซึ่งเดิมเป็นหน่วยงานภายใต้ สอ.วพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แต่ในช่วงปี 2552 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารภายในที่แยกออกจาก สอ.วพ. แต่ยังเป็นหน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรค และปรับให้มีบทบาทในการประสานเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น ไม่มีบทบาทในการสนับสนุนด้านงบประมาณโดยตรง ภายใต้ คช.ปอ. มีการตั้ง

คณะอนุกรรมการต่างๆ ทั้งหมด 6 คณะเพื่อประสานการดำเนินงานในภาระกิจเฉพาะแต่ละด้าน ได้แก่ การประสานแผน และติดตามประเมินผล เฝ้าระวังการป้องกัน การป้องกันในสถานประกอบการ การคุ้มครองสิทธิ การทดลองวัคซีนเอดส์

**ในแต่ละกระทรวงที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข** ไม่มีกลไกเฉพาะที่รับผิดชอบประสานการแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่จะเป็นการที่แทรกภาระกิจเรื่องเอดส์ที่เกี่ยวข้องลงไปในงานแต่ละด้านที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบ ซึ่งมีหลากหลายหน่วยงาน ตามโครงสร้างหลักของแต่ละกระทรวง ในช่วงก่อนปี 2550 มีการจัดตั้งงบประมาณด้านเอดส์รวมกันที่กระทรวงสาธารณสุข แต่หลังปี 2550 ไม่มีการจัดตั้งงบประมาณด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ และตั้งงบประมาณภายใต้กระทรวงต้นสังกัดแต่ละแห่งในระดับจังหวัด ไม่ได้ระบุงานด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ อีกทั้งงบประมาณที่สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน จะเป็นงบที่จัดสรรตรงให้หน่วยงาน เป็นลักษณะเหมาหัวต่อประชากร รวมทั้งงานบริการด้านเอดส์ ไม่มีงบสนับสนุนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นการเฉพาะ จะเป็นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยรวมที่ส่งให้แก่หน่วยบริการ หน่วยบริหารอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยวิชาการแบบศูนย์ควบคุมโรคในระดับเขต จะได้รับงบประมาณลดลงมาก อีกทั้งมีการปรับบทบาทหน้าที่ของสสจ. ที่เป็นการบริหารประสานงานและติดตามกำกับเป็นหลัก ไม่มีบทบาทในการให้บริการ หรือจัดสรรงบประมาณ ทำให้บุคลากรที่ทำหน้าที่ในด้านการควบคุมโรคเอดส์เป็นการเฉพาะมีจำนวนลดลงจากเดิมซึ่งอาจมีประมาณ 10 กว่าคน เหลือเพียง 1-3 คนต่อจังหวัด

**ในระดับจังหวัด** หน่วยที่ทำหน้าที่ประสานงานกลางคือ คณะกรรมการเอดส์จังหวัด โดยมี สสจ เป็นทีมเลขานุการ ประสานการดำเนินงานกับภาคส่วนอื่นๆ ภายในจังหวัด ซึ่งในระยะที่ผ่านมาความตื่นตัว ความสนใจต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ลดลง เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน และการติดตามประเมินผลด้านนี้น้อย ขอบเขตและผลการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับ ความสนใจของผู้นำในจังหวัด และศักยภาพของทีมงานควบคุมโรคเอดส์ในสสจ. ตลอดจนความตื่นตัวของภาคประชาสังคมในจังหวัดนั้น ๆ

**ในระดับท้องถิ่น** ไม่มีกลไก หรือแผนงานในด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ แต่เป็นกลไกประสานการดำเนินงานตามระบบปกติ

**ด้านงบประมาณ** มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ตั้งแต่ปี 2546-2547 มีการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น งบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเอดส์ และการถ่ายโอนงบประมาณเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น งบ PMTCT งบสนับสนุนยา ARV เป็นต้น สืบเนื่องจากการปรับระบบงบประมาณที่ใช้ระบบ GFMS และไม่มีระบบงบประมาณเป็นแผนงานบูรณาการตามประเด็น ในปี 2549 คช.ปอ.จึงมีมติเห็นชอบให้แต่ละหน่วยงานตั้งงบประมาณเอดส์ไว้ภายใต้งบประมาณของหน่วยงานตนเอง ทำให้ไม่มีแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติเหมือนเช่นแต่ก่อน (นโยบายนี้มีผลชัดเจนในปี 2550) และ งบประมาณที่สนับสนุนคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

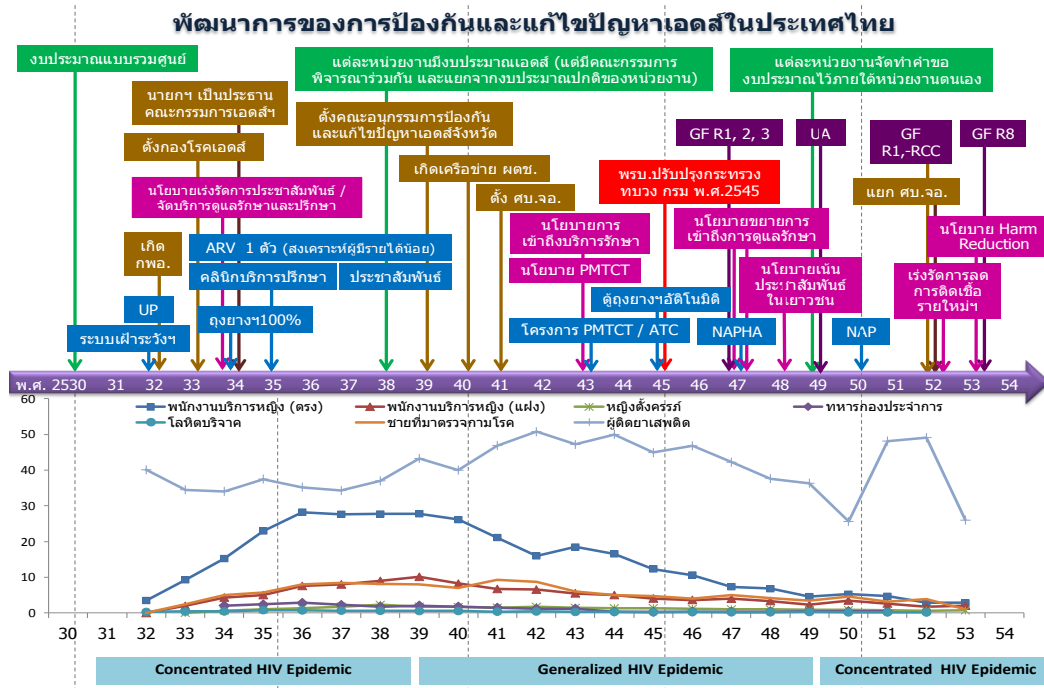
จังหวัดลดลง และในปีถัดมาไม่มีงบประมาณสนับสนุนจังหวัดเป็นการเฉพาะในด้านเอดส์เลย ผู้รับผิดชอบต้องไปหาวิธีตั้งงบประมาณ หรือหางบประมาณมาจากงบอื่นๆ

**ด้านการดูแลรักษา** รัฐบาลมีนโยบายชัดเจนในการขยายการเข้าถึงบริการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยในปี 2547 นายกรัฐมนตรีได้ประกาศเพิ่มจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเป็น 50,000 รายภายใต้โครงการนภา (NAPHA) ที่กรมควบคุมโรครับผิดชอบ ในพิธีเปิดการประชุมนานาชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี และต่อมาในปี 2548 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้บูรณาการบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผลให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณของโครงการนภา (NAPHA) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปดำเนินการ สำหรับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในปี 2550 สปสช.ได้รับถ่ายโอนภารกิจไปดำเนินการเองเต็มรูปแบบ ภายใต้ชื่อโครงการ “National AIDS Programme: NAP”

**ด้านการป้องกัน** ส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้โครงการกองทุนโลกฯ GF\_R1\_RCC จุดเน้น คือ การพัฒนารูปแบบกลไกประสานระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ (PCM) และการบูรณาการระหว่างบริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในกลุ่มเยาวชน ที่เรียกว่า บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน โครงการฯ นี้มีพื้นที่ดำเนินงานใน 43 จังหวัด โครงการกองทุนโลก รอบ 8 เน้นงานด้านการป้องกันเอดส์ในกลุ่มประชากรเข้าถึงยาก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย ผู้ใช้สารเสพติด พนักงานบริการหญิง ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ โครงการฯ นี้มีพื้นที่ดำเนินการใน 48 จังหวัด

นโยบายในปี พ.ศ. 2550 -2554 ยึดตามเป้าหมายของแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ที่สำคัญ คือ การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งเมื่อสิ้นแผนฯ การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) และการเข้าถึงบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

**แผนภาพ 2** พัฒนาการของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย



### 3. การบรรลุเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ เป้าหมายหลักที่ 6 (MDG6)

การดำเนินงานตามนโยบายและการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ในช่วง พ.ศ.2550-2554 นี้ มุ่งเน้นตอบสนองตัวชี้วัดหลักตามเป้าหมายของ 1) แผนการเข้าถึงบริการป้องกัน และการดูแลรักษา สันับสนุน (Universal Access towards Prevention, Treatment, Care and Support: UA) ของประเทศไทย 2) การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ เป้าหมายหลักที่ 6 (MDG6) ภายในปี 2558 และ 3) การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งเมื่อสิ้นแผนฯ ซึ่งตัวชี้วัดของเป้าหมายทั้ง 3 ส่วนนี้บางส่วนซ้อนกัน และบางส่วนเชื่อมกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ทีมประเมินฯ จึงได้นำตัวชี้วัดทั้งหมดมาพิจารณา และกำหนดเป็นประเด็นหลักที่จะตอบความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบาย ดังนี้

- 1) การเข้าถึงบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (ระบุไว้ในแผน UA, แผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550-2554 และ MDG 6B)
- 2) การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งเมื่อสิ้นปี 2554 (ตามแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550-2554)
- 3) เป้าหมายหลักที่ 6 ของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ภายในปี 2558



### 3.1 การเข้าถึงบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

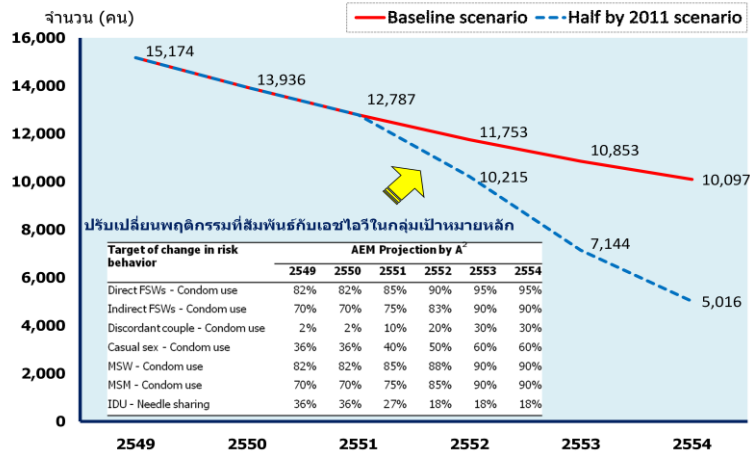
แนวโน้มการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลัก (Core program of HIV prevention) นั้น พบว่าที่มีผลลัพธ์สูงตามเป้าหมายคือ การจัดบริการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกซึ่งครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 แต่การเข้าถึงบริการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ในกลุ่มอื่นๆ ยังไม่สูงตามเป้าหมาย อันพิจารณาจากร้อยละของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากไม่มีข้อมูลร้อยละการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษา และไม่มีข้อมูลการตรวจติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) (และไม่มีตัวหารของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จึงต้องใช้ประชากรทั้งหมด) พบว่ามีการตรวจการติดเชื้อในกลุ่มประชากรทั่วไป คือกลุ่มเยาวชน และพนักงานในสถานประกอบการที่ยังอยู่ในระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 20 และประมาณร้อยละ 25-30 ตามลำดับ) ส่วนการตรวจในกลุ่มประชากรเฉพาะมีค่าสูงกว่า ได้แก่ พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 45 และกลุ่มชายรักชายร้อยละ 55 ในปี 2553 ซึ่งสูงที่สุด ส่วนการเข้าถึงถุงยางอนามัย ไม่มีข้อมูลที่สรุปได้ชัด พบว่ามีแหล่งกระจายถุงยางที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ง่ายมากขึ้น แต่เยาวชนที่ใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคูที่รู้จักผิวเผินมีร้อยละ 30-70 กลุ่มที่มีรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดสูง ประมาณร้อยละ 90 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย คือ กลุ่มพนักงานบริการ และกลุ่มที่มีคูคนใดคนหนึ่งติดเชื้อ ส่วนการเข้าถึงด้านการดูแลรักษา ซึ่งเน้นไปที่การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าความครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเป็นร้อยละ 75.6 ในปี 2552 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลความรู้เพื่อการป้องกันโรคนั้นก็ไม่มีชุดข้อมูลที่ใช้ประเมินได้ พบว่ามีการจัดให้มีความรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษาสอดแทรกในหลักสูตรการศึกษาของนักเรียนมัธยม และอาชีวศึกษาเพิ่มขึ้น แต่ครอบคลุมได้ร้อยละ 68 ขณะเดียวกันข้อมูลที่สำรวจประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 5 ข้อ พบว่า ทุกกลุ่มประชากรทั้งที่เป็นเยาวชน และประชากรกลุ่มเฉพาะ ในปี 2553 มีความรู้ถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 40 (UNGASS)

### 3.2 การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง

การตอบผลสำเร็จในการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง ตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ นั้น ในที่นี้ยึดตามกรอบแนวคิดของการคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้โปรแกรมที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) พัฒนาโดย A<sup>2</sup> ซึ่งได้เคยคำนวณไว้ว่า ถ้าจะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 จะต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรคของประชากรต่างๆ สูงขึ้นตามเป้าหมาย (ตามแผนภาพ 3 ) ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการชาย (MSW) คู่ที่มีผลเลือดต่าง คู่ที่รู้จักกันผิวเผิน รวมทั้งปรับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งจากข้อมูลที่มีในปัจจุบันเท่าที่มี คือข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Sero-Surveillance, BSS) ของสำนักระบาดวิทยา และข้อมูลส่วนอื่น เช่น ข้อมูลการดำเนินโครงการฯ เป็นต้น สรุปได้ว่าแนวโน้มการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักๆ ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของโมเดลการคาดประมาณที่กำหนดไว้ ซึ่งทำให้การติดเชื้อเอดส์รายใหม่แม้จะลดลง แต่ไม่ถึงเป้าครึ่งหนึ่ง

แผนภาพ 3 การคาดประมาณการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งระหว่างปี 2550-2554



แหล่งข้อมูล: The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025 by The Analysis and Advocacy Project (A<sup>2</sup>), The Thai Working on HIV/AIDS Projections, USAID.

### 3.3 เป้าหมายหลักที่ 6 ของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG6)

ในเป้าหมายที่ 6 ของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (The Millennium Development Goals) ที่ระบุเป้าหมายย่อยไว้ 3 เป้าหมาย คือ

- 1) MDG 6A ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558
- 2) MDG 6B ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงภายในปี 2553
- 3) MDG+ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549

ซึ่งส่วนนี้จะตอบเพิ่มเติมเฉพาะเป้าหมายย่อย MDG 6A ซึ่งเพิ่มจากเป้าหมายอื่นที่กล่าวแล้วข้างต้น เป้าหมายย่อย MDG 6B นั้น เป็นเรื่องการเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษา บริการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ และเป้าหมายย่อย MDG+ เป็นส่วนหนึ่งของการลดการติดเชื้อรายใหม่

เป้าหมายย่อย MDG 6A นั้น UNDP ได้กำหนดตัวชี้วัด ไว้ 3 ตัว ดังนี้

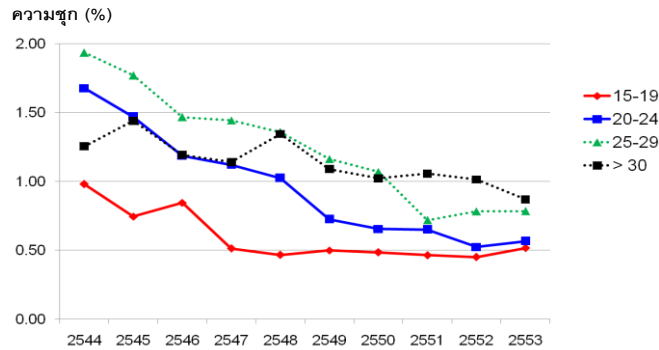
- 1) ร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่อายุ 15-24 ปี ใช้ข้อมูล HSS ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุระหว่าง 15-24 ปีซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2544 แต่เริ่มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2553

2) การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงครั้งสุดท้าย (Condom use at last high-risk sex) ใช้ข้อมูล BSS ร้อยละของของการใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมาเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ไม่ประจำ (non-regular sexual partner) ของประชากรที่อายุ 15-24 ปี พบว่าพฤติกรรมนี้มีค่าความแตกต่างมากตั้งแต่ร้อยละ 30-70

3) สัดส่วนของประชากรอายุ 15-24 ปี ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างถูกต้อง โดยใช้ข้อมูลชายหญิงที่อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่ตอบข้อความรู้ 5 ข้อ (ตาม UNGASS) ได้ถูกต้อง พบว่าอยู่ระดับต่ำคือ ประมาณร้อยละ 15-35

จากข้อมูลข้างต้น แสดงว่า แม้ว่าภาพรวมค่าเฉลี่ยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงในระยะที่ผ่านมา แต่ในปี 2553 พบว่าเริ่มเพิ่มขึ้น และมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นปัญหาเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงยังสูง ฉะนั้นการบรรลุผลเป้าหมาย MDG6A เริ่มจะมีปัญหา

แผนภาพ 4 ค่าเฉลี่ยความซุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา: สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13 ระหว่างวันที่ 29-31 มีนาคม 2554.

**หมายเหตุ** ปัญหาของระบบข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ข้อมูลตามตัวชี้วัดหลายตัวไม่สามารถหาได้ และไม่มีการติดตาม หรือจัดระบบรวมไว้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิทธิ (rights) เรื่องของการดูแลสนับสนุนทางสังคม และการ ป้องกันในประชากรกลุ่มต่างๆ ทีมประเมินฯ ค้นหาข้อมูลได้ยากมาก หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง อีกทั้งข้อมูลไม่ตรงกัน ซึ่งเป็นนัยยะที่สะท้อนให้เห็นว่าแผนฯ ไม่ได้ถูกนำไปใช้ และกลไกการดำเนินการติดตาม ประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์ และนโยบายต่างๆ ไม่ได้ถูกเตรียม หรือวางแผนจัดระบบรองรับ จึงทำให้ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดไว้ในแผนไม่มีการรวบรวม และติดตาม กำกับอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ที่ได้ส่วนใหญ่มาจากข้อมูล UNGASS จากข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ มีข้อสังเกต คือ ถ้าเป็นด้านการป้องกัน จะมีข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ (outcome) บางตัวเช่นข้อมูลพฤติกรรมต่างๆ แต่หากเป็นข้อมูลด้านการรักษาจะเป็นข้อมูลในเชิง output เป็นส่วนใหญ่ เชิง ผลลัพธ์ไม่พบมากนัก หากเป็นเรื่องสิทธิด้านเอดส์ (AIDS rights) เรื่องวิจัย และระบบติดตามประเมินผล (M&E) ไม่สามารถหาตัวชี้วัดที่มีข้อมูลติดตามได้ ซึ่งผลตรงนี้สามารถสะท้อนถึงปัญหาของการจัดการระบบข้อมูล และระบบการกำกับ ติดตามได้ส่วนหนึ่ง

เรื่องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลพบว่าระบบข้อมูลหลายส่วนไม่เป็นภาพรวมทั้งประเทศ แต่จะเป็นลักษณะโครงการนำร่อง ยกเว้นเรื่อง Behavioral surveillance survey ในกลุ่มพนักงานบริการที่เป็นข้อมูลติดตามต่อเนื่องทั้งประเทศ ส่วนข้อมูลของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นข้อมูลเป็นลักษณะโครงการนำร่อง ภายใต้สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ส่วน VCT จะเป็นข้อมูลจากโครงการนำร่องของ สปสช. ข้อมูลเรื่องสิทธิพบว่าไม่มีข้อมูลตรงๆ ข้อมูลที่ได้คือข้อมูลเรื่องตัวชี้วัดการเรียนรู้หนังสือของเด็กในโรงเรียนอายุ 10-14 ปี ซึ่งข้อมูลนี้มาจาก UNGASS ส่วนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบถูกละเมิดสิทธิเท่าไร อย่างไร ไม่สามารถหาได้ ข้อมูลจากหน่วยคุ้มครองสิทธิ และเรื่องรายงานต่างๆ ยังมีน้อย จะได้เพียงเปอร์เซ็นต์จากการร้องเรียนที่ได้จากการสำรวจ หรือศึกษา

เฉพาะ ซึ่งทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการจัดการระบบข้อมูลเพื่อติดตาม กำกับ การดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ และการนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนในอนาคตต่อไป

ข้อมูลด้านการรักษาส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจาก สปสช. ซึ่งครอบคลุมแต่ประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ครอบคลุมประชากรที่เป็นข้าราชการ และภายใต้ระบบประกันสังคม ผู้ที่รับยา ARV หากอยู่ในระบบสปสช. จะมีการติดตาม แต่เมื่อเปลี่ยนสิทธิ์เป็นสิทธิ์อื่นจะไม่สามารถติดตามต่อได้ การประสานข้อมูล 3 กองทุนยังมีปัญหา ข้อมูลด้านกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรื่อง VCT พบว่าทำได้ระดับหนึ่งแต่ความครอบคลุม (coverage) ไม่มาก ในเรื่องความครอบคลุมของ CD4 ก็ครอบคลุมไม่เต็มที่ กรณีกลุ่มคนต่างด้าวก็ยังเป็นประเด็นช่องว่างของการเข้าถึงยาต้านไวรัส ในส่วนของผู้ได้รับผลกระทบจากเอตส์กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีความพยายามในการดำเนินการ แต่ยังไม่มีความคืบหน้าที่ยังหาข้อมูลไม่ได้ชัดเจนว่าครอบคลุมอย่างไร ข้อมูลที่จะติดตามประเมินในเรื่องคุณภาพของงานด้านต่างๆ ก็ยังไม่ชัดเจน

#### 4. กระบวนการนโยบายและการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

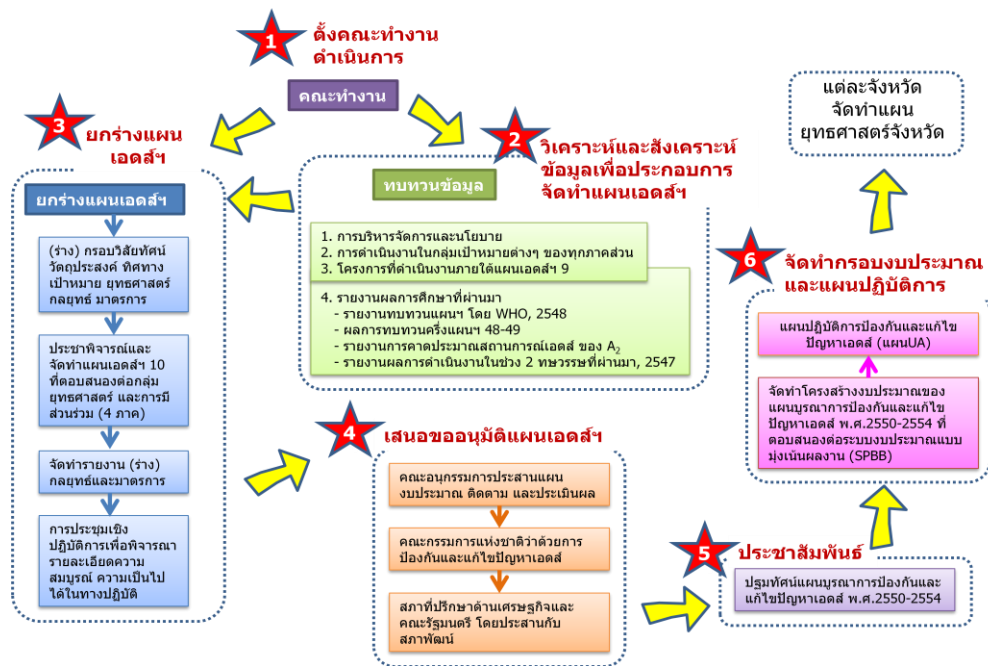
##### 4.1. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554

ในการพัฒนานโยบาย ส่วนที่เป็นแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 นั้นกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะฝ่ายเลขานุการ คช.ปอ. และเป็นหน่วยงานรับผิดชอบประสานดำเนินการในปี พ.ศ. 2548-2549 ร่วมกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการ ส่วนที่เพิ่มขึ้นมาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ฉบับนี้ คือ มีการจัดตั้งคณะทำงานวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเฉพาะประเด็น รวม 23 เรื่อง ซึ่งทีมงานประกอบด้วยนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาสังคม โดยมีหน่วยงานเลขานุการ คือ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) เพื่อพัฒนาให้ได้ประเด็นสำคัญในแต่ละเรื่อง ซึ่งถือว่าเป็นจุดเด่นของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ มีการประชุมประมาณ 19 ครั้ง ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้นประมาณ 4,890,000 ล้านบาท แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่คณะทำงานฯ ได้รวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา (ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี) และการคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับข้อมูลประสบการณ์ ความเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม ไม่ค่อยมีข้อมูลเชิงสังคมวัฒนธรรม และการประเมินผลของแผนงาน โครงการ หรือมาตรการที่ผ่านมามากนัก ซึ่งยังเป็นข้อจำกัดในด้านข้อมูลที่ใช้ประกอบการพัฒนากลยุทธ์การทำงานที่สอดคล้อง

การพัฒนาเป็นยุทธศาสตร์หลักของแผนดำเนินการโดยทีมกลุ่มเล็ก ส่วนการพัฒนารายละเอียดสำหรับแต่ละยุทธศาสตร์ ใช้วิธีการจัดประชุมระดมสมองหลายเวที การพัฒนาตัวชี้วัดของแต่ละ

ยุทธศาสตร์ พัฒนาโดยทีมงานเลขาฯ เป็นหลัก ร่วมกับการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการเสนอโครงการ กิจกรรมที่จำเป็นไปได้ในการตอบสนองแต่ละกลยุทธ์ โดยข้อเสนอส่วนใหญ่มาจากความเห็นในกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม หลังจากนั้นจึงพัฒนาปรับให้แผนที่สมบูรณ์ โดยทีมเลขานุการ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ส่วนวงเงินงบประมาณเพื่อการดำเนินงานให้แต่ละหน่วยงานไปตั้งภายใต้กรอบงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ไม่มีงบประมาณด้านเอดส์เพิ่มเติมเป็นการเฉพาะ

แผนภาพ 5 กระบวนการจัดทำแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ พ.ศ.2550-2554 (ระดับประเทศ)



ซึ่ง คช.ปอ. ได้มีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ และให้จัดทำแผนปฏิบัติงาน พร้อมงบประมาณ เป็นระยะเวลา 5 ปี ให้ชัดเจน และให้ท้องถิ่นร่วมรับผิดชอบตั้งบรายปี รวมทั้งมีการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลโรคเอดส์ ให้ชัดเจน เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 ต่อไป รวมทั้งต่อมาในปี 2551 ได้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติงาน พร้อมกับกรอบวงเงินที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุ Universal access แต่ไม่ได้เป็นงบที่จัดสรรจริงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

เนื้อหาของแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้มีความครอบคลุมในประเด็นทิศทางการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาดเอดส์สำหรับกลุ่มประชากรต่างๆ อย่างครบถ้วน รวมทั้งที่มีการเสนอให้มีการพัฒนาระบบบริหาร

จัดการใหม่เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณ มีการระบุหน่วยงาน ภาครีบบิดชอบในทุกภาคส่วน แต่ไม่มีการระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในแต่ละยุทธศาสตร์ ไม่มีการ กำหนดกรอบแนวทางในการนำไปปฏิบัติ และไม่ได้รับรู้ตัววัดผลการติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน

ประเด็นความสอดคล้องระหว่างผลของข้อเสนอแนะจากคณะทำงานวิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลเอดส์ในช่วงการพัฒนาแผนฯ กับการกำหนดมาตรการที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ พ.ศ. 2550-2554 พบว่า มาตรการการป้องกันเอดส์ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 มีบางเรื่องยังไม่ครอบคลุมและ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะทำงานฯ เช่น งานการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ที่ยังขาด มาตรการเน้นกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายที่เข้าไม่ถึงการให้บริการ หรืองานการตรวจรักษาและป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ในข้อเสนอแนะเรื่องกลไกและการจัดการงบประมาณให้ เหมาะสมสำหรับกิจกรรมออกเยี่ยมผู้ให้บริการทางเพศในจังหวัดโดยมีศูนย์สุขภาพชุมชนและองค์กร พัฒนาเอกชนได้มีส่วนร่วม แต่ยังไม่มีการที่ชัดเจน

ในส่วนของแผนปฏิบัติการ แม้ว่าจะมีการกำหนดระดับการทำงานในยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่ง แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ รัฐบาล ส่วนกลาง ส่วนจังหวัดและท้องถิ่น และความร่วมมือระหว่างประเทศด้าน เอดส์ ในขณะที่ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้มีมาตรการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ครอบคลุมประชากร กลุ่มเฉพาะและประชากรกลุ่มเสี่ยง แต่พบว่ามาตรการที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการไม่สอดคล้องกับการ ดำเนินงานหรือนำไปปฏิบัติได้จริง ในขณะที่งบประมาณที่ระบุไว้เป็นเพียงตัวเลขเท่านั้นโดยที่ไม่มี เม็ดเงินจริง

#### 4.2 การแปลงและการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

จากการติดตามและประเมินแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านเอดส์ในพื้นที่ 5 จังหวัดพบว่า ภายหลังจากการให้ความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและมีการประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2549 ดังกล่าวแล้ว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งเอกสารแผนยุทธศาสตร์ฯ ให้กับ หน่วยงานต่างๆ ได้รับทราบและนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด แต่พบว่าไม่มีการชี้แจงทำ ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ให้กับผู้ปฏิบัติงานในภูมิภาคแต่อย่างใด เป็นเพียงการส่งมอบเอกสารให้ จังหวัดนำไปศึกษาด้วยตนเอง และการชี้แจงรวมในการประชุมวิชาการเอดส์ชาติ พบว่ามีบางจังหวัดใช้ แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการนำจัดทำแผนปฏิบัติการ ในขณะที่มีบางจังหวัดไม่ได้นำไปใช้ในการ วางแผนแต่อย่างใด โดยในช่วงระยะเวลา 5 ปี ของการดำเนินงานตามแผนฯของหน่วยงานต่างๆ มีเพียง การติดตามการดำเนินงานในส่วนที่ต้องรายงานเป็นเฉพาะเรื่องหรือเป็นประเด็นต่างๆ จากกระทรวง สาธารณสุขเพียงเท่านั้น โดยส่วนกลางมีการกำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลาง ให้ความสำคัญในช่วงระยะต้นของแผน แต่ช่วงระยะหลังไม่พบตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับเอดส์ในการติดตามนิเทศ ส่วนในด้านงบประมาณแม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายให้แต่ละหน่วยงานตั้งงบประมาณด้านเอดส์ แต่

จากข้อมูลในระดับจังหวัดพบว่า มีบางหน่วยงานที่มีการตั้งงบประมาณ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แยกออกมาเฉพาะ แม้ว่าจะมีการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวม แต่เป็นเพียงการรวบรวมแผนหรือโครงการเฉพาะในส่วนของหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

ศบ.จอ. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการทำหน้าที่บริหารแผนให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติ แต่พบว่าไม่มีการกำหนดกลไกการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจ หรือวิธีการในการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข สอวพ. ซึ่งควรมีบทบาทหลักในการดำเนินการตามแผน แต่ปรากฏว่าแผนของกรมควบคุมโรคที่เป็นหน่วยเลขานุการ ไม่ได้มีเนื้อหาที่สอดคล้อง หรือตอบสนองกับแผนเอดส์ยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติโดยตรง และจากเอกสารแผน วิทยาลัยแผนการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ไม่ได้แสดงว่ากรมฯ มีบทบาทในฐานะเป็น National authority ในเรื่องของเอดส์ชาติ แต่มองเป็นโครงการๆ และเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาวิชาการในลักษณะนำร่อง ที่ผ่านมา สอวพ.เคยมีบทบาทเป็น Technical arm ให้กับ คช.ปอ. แต่ช่วงระยะ 4 ปีนี้ สอวพ.มีบทบาทในการสนับสนุนวิชาการให้แก่ คช.ปอ.ลดลงมาก ดังนั้นวิธีการทำงานจึงขึ้นกับการบริหารของ คช.ปอ. จึงเป็นช่องว่างของกลไกในด้านวิชาการที่แปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

สำหรับหน่วยงานส่วนกลางนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น หน่วยงานรัฐอื่นๆ ไม่ได้นำแผนฯ ไปใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการวางแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน เป็นการดำเนินงานตามโครงการต่อเนื่องจากเดิม ไม่ได้มีผลต่อแผนงาน หรือวิธีทำงานของหน่วยงาน เนื่องจากหน่วยงานเหล่านี้ต้องยึดวิสัยทัศน์ พันธกิจและแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานเป็นหลัก และไม่มีงบประมาณที่สนับสนุนในด้านเอดส์ชัดเจน ต้องไปรวมกับงบประมาณปกติของแต่ละหน่วยงาน ทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์ถูกให้ความสำคัญลดลง

หน่วยงานในระดับจังหวัด นำแผนไปใช้เป็นกรอบการทำโครงการ มากกว่าการนำไปใช้เพื่อกำหนดทิศการทำงาน ไม่มีจังหวัดใดที่นำไปใช้ประกอบการทำแผนกลยุทธ์ของแต่ละจังหวัดเอง แผนฯ ไม่ได้มีผลต่อวิธีการดำเนินงาน แต่เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์นี้ไม่มีแผนงบประมาณรองรับที่ชัดเจน หน่วยงานจังหวัดต้องหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเอง แผนฯ ไม่ได้ให้แนวทางการทำงานที่จะบูรณาการกับท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่มีการชี้แจง อบรมเพิ่มเติม ยกเว้นพื้นที่ที่รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก

4.3 นโยบายระดับชาติที่เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 - 2554 ) มีหลายนโยบายที่มีความสำคัญ



นโยบายและมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายฯ ในพื้นที่น่านร่อง 17 จังหวัด โดยเริ่มในปีพ.ศ. 2554 ยังไม่เห็นผลชัดเจนมากนัก ขณะที่โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่ยึดแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ภายใต้การสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก รอบ 8 เป็นเพียงการเริ่มดำเนินการจึงยังไม่เห็นผลที่ชัดเจนมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในทางปฏิบัติยังมีแนวคิดของการทำงานยังมุ่งเน้นไปที่การปราบปรามการค้าและใช้ยาเสพติดเป็นหลัก ทำให้จุดเน้นการทำงานระหว่างเรื่องยาเสพติดกับเอชไอวี/เอดส์ ยังไม่สอดคล้องกันมากนัก และมีผลกระทบบ้างในระดับการปฏิบัติงาน เพราะกิจกรรมบางอย่างในโครงการลดอันตรายฯ เช่น การใช้และแลกเปลี่ยนฉีดยา ยังเป็นกิจกรรมที่ผิดกฎหมาย ดังนั้นความสำเร็จในการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานของนโยบายลดการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายอยู่ว่าจะดำเนินการอย่างไรให้ลงตัวระหว่างนโยบายและกฎระเบียบที่ยังไม่เอื้อต่อการทำงาน

แนวทางการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.2553 ในทางปฏิบัตินั้นยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางฯ เนื่องจากคณะกรรมการฯ สปสช. มีมติ จะให้ยาต้านไวรัสในผู้ที่มี CD4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 350 เฉพาะผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขที่กำหนด ขณะที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางฯ ได้เรียกร้องขอให้จ่ายยาต้านไวรัสในผู้ที่มี CD4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 350 ทุกรายโดยไม่มีเงื่อนไขตามแนวทางที่กำหนด

แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน การใช้มาตรฐานการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสมาคมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์กับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน โดยมีการติดตามประเมินผลและออกใบประกาศให้กับสถานประกอบการที่ได้มาตรฐานการดำเนินงานนี้ ซึ่งทำเฉพาะในภาคธุรกิจเอกชน และเป็นเพียงการส่งเสริมเท่านั้น ขึ้นอยู่กับความตระหนักและสนใจของสถานประกอบการเท่านั้น ในประเด็นนี้จึงเป็นความท้าทายของการดำเนินงานในการขับเคลื่อนให้หน่วยงานต่างๆ ปฏิบัติตามมาตรฐานฯ ที่กำหนด แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกถึงผลการดำเนินงานตามนโยบายนี้ได้

นโยบายเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง ศบ.จอ. และศูนย์ประสานงานพัฒนารูปแบบและกลไกองค์กรป้องกันเอดส์ (ศรอ.) ประสานกับหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ปีพ.ศ.2554 กลไกคณะอนุกรรมการกำกับขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ (ศรอ.) เน้นเรื่องการอนุมัติงบประมาณโครงการและการติดตามความก้าวหน้าของโครงการที่ได้รับการอนุมัติ การพัฒนารูปแบบและกลไกองค์กรป้องกันเอดส์ในระดับชาติยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมมากนัก โดยเฉพาะการขับเคลื่อนบูรณาการภารกิจเอดส์ของหน่วยงานและกระทรวงต่าง ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินงานได้

บางเรื่อง ยังไม่สามารถตอบสนองต่อนโยบาย/มาตรการที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติเท่าที่ควร ถึงแม้ว่านโยบายและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรถไม่พร้อม ที่ นายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง แต่ในระดับพื้นที่ปฏิบัติการมองว่านโยบายต่างๆ ในประเด็นเยาวชนเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรถไม่พร้อม กับการติดเชื้อเอชไอวีมีสาเหตุร่วมกัน คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และอาจนำไปสู่ทั้งการตั้งครรถโดยไม่พึงประสงค์หรือติดเชื้อเอชไอวีด้วย ดังนั้นแผนงานโครงการต่างๆ สามารถบูรณาการร่วมกันได้ หรือใช้เป็นประเด็นร่วมในการทำงานเพื่อผลักดันงานเอดส์ให้บูรณาการร่วมกับนโยบายท้องถิ่นไม่พร้อม

แม้ว่านโยบายบางนโยบายที่ดี ได้เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เช่นนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นโยบายการบริหารจัดการป้องกันเอดส์ในสถานประกอบการ นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เป็นต้น แต่ผลปรากฏว่า การนำไปปฏิบัติและดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย ยังไม่เกิดขึ้นมากนัก การจัดบริการที่เป็นมิตร เป็นมาตรการดำเนินงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงอย่างทั่วถึง ในการรับบริการการป้องกันเอดส์ และ VCT แต่พบว่ายังขาดความเข้มข้น ต่อเนื่องเพียงพอ และการปฏิบัติ ยังไม่สอดคล้องกันทั้งระบบ เพื่อให้มีการจัดบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมายได้จริง

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ทำให้การดำเนินงานละเอียดกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไปที่มีความต้องการบริการเช่นเดียวกัน จึงมีมาตรการการทำงานเข้าถึงกลุ่มทั่วไปเหล่านี้น้อย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มผู้ใช้ยาและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีการดำเนินงานค่อนข้างมาก อันเป็นผลจากการทำงานที่เกิดขึ้นภายใต้การสนับสนุนโดยกองทุนโลกที่มีความเข้มข้นและต่อเนื่อง ทำให้มีการพัฒนาเชิงความคิดและการตื่นตัวในประเด็นเอดส์ในกลุ่มประชากรเหล่านี้ของคณาการทำงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม และเกิดการรวมตัวเป็นเครือข่ายคณาการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน ส่งผลให้เกิดพลังการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย มีการตื่นตัวจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งด้านสาธารณสุข กฎหมาย นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ฯลฯ แต่การดำเนินงานในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึงผู้ติดเชื้อและคู่ในด้านการป้องกัน โดยเฉพาะการส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีและมีคุณภาพของกลุ่มเหล่านี้ ยังเกิดขึ้นค่อนข้างน้อย ในขณะที่สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มคนเหล่านี้ยังมีอยู่ไม่น้อย แม้ว่ายังขาดข้อมูลการวิจัยมายืนยันก็ตาม นอกจากนี้งานประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มคนทั่วไปในปัจจุบันก็ยังไม่มีความต่อเนื่องและเพียงพอ

## 5. งบประมาณของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยใช้งบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จำนวนทั้งหมดมูลค่า 7,208 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากเดิมปี 2550 ที่มีมูลค่า 3,728 ล้านบาท (รายงาน NASA และ UNGASS) คิดเป็น ร้อยละ 1.9 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด หรือ คิดเป็น 114 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 14,417 บาทต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน โดยเป็นแหล่งเงินภายในประเทศร้อยละ 93 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม แหล่งเงินจากต่างประเทศ ร้อยละ 7 และ สัดส่วนงบประมาณ เพื่อการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76 งบเพื่อการป้องกันร้อยละ 13.7

สำหรับงบประมาณในประเทศ หน่วยงานที่เป็นแหล่งเงินสนับสนุนในสัดส่วนมากที่สุด คือ สปสช คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งสัดส่วนงบประมาณในประเทศส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้เพื่อการบริการทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาล ประมาณร้อยละ 80

แหล่งงบประมาณจากต่างประเทศที่มากที่สุด คือ กองทุนโลก และงบส่วนใหญ่ใช้เพื่อสนับสนุนด้านการป้องกัน

แนวโน้มงบประมาณของรัฐในประเทศที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์ ในรอบ 5 ปี ไม่ลดลงมากนัก และแต่ละหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้จ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาเอดส์ในลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ มีกระทรวงที่งบลดลงมากที่สุดในปี 2554 คือ กระทรวงศึกษาธิการ และงบส่วนที่ลดจากกระทรวงสาธารณสุข ไปเพิ่มที่สำนักงานแหล่งประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านการรักษาพยาบาลแทนกระทรวงสาธารณสุข

เป็นที่น่าสังเกตว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 กระทรวงศึกษาธิการได้รับงบประมาณลดลงถึง 4 เท่าของที่เคยได้รับในช่วงปีงบประมาณ 2550-2552 งบประมาณรวมในหมวดการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.3 เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2551 โดยส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายของยาต้านไวรัสเอดส์ และการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเอดส์ที่สูงเป็นอันดับรองลงมาจากงบประมาณด้านการดูแลรักษา ได้แก่ หมวดการป้องกัน โดยในปีพ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2551 ถึงร้อยละ 34.2 โดยรายจ่ายส่วนใหญ่เป็นงบประมาณด้านการป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ เช่น บริการโลหิตปลอดภัย และการป้องกันหลังการสัมผัส ตลอดจนการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก งบป้องกันใช้จากงบกองทุนโลก และงบจากองค์กรต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่

**กล่องข้อความ 1** ข้อมูลงบประมาณในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ และภาพรวมการตั้งงบประมาณด้านเอดส์ของหน่วยงานต่างๆ ระหว่างปี 2549-2554

Financing for HIV/AIDS program			
Program financing 2007-2009, source: UNGASS 2008, 2010			
	2007	2008	2009
1. HIV/AIDS program expenditure			
1.1 Total HIV/AIDS expenditure, mth Baht	5,855	6,928	7,208
2. Source			
2.1 Domestic, % of total AIDS exp.	83	85	93
2.2 International, % total AIDS exp.	17	15	7
3. Expenditure profiles			
3.1 Care and treatment, % total AIDS exp.	72	66	76
3.2 Prevention, % total AIDS exp.	14	22	14
4. ART expenditure*, Baht per patient year	8,610	10,722	16,201

\*Inclusive of the first and second line ARV and treatment of all clinical complications

- International sources were 7% of total HIV/AIDS spending → **financially self-reliance and sustainable**
- Unfortunately, prevention program was only 14% of total HIV/AIDS spending in 2009 → **is this a good sign?**

**ข้อมูลภาพรวมการตั้งงบประมาณด้านเอดส์ของหน่วยงานต่างๆ ระหว่างปี 2549-2554**

ส่วนราชการ	2549	2550	2551	2552	2553	2554
รวม	3,369,659,000	4,669,603,500	5,146,282,800	3,793,032,800	3,461,993,987	3,678,065,900
กระทรวงสาธารณสุข	3,109,044,020	339,549,100	255,657,900	244,742,400	250,006,100	237,576,000
กระทรวงพัฒนาสังคม	46,675,000	51,249,600	55,688,200	58,554,300	58,961,600	61,230,600
กระทรวงแรงงาน	3,735,800	3,538,700	3,503,400	2,696,500	2,379,175	1,717,400
กระทรวงมหาดไทย	69,056,000	263,269,000	284,461,600	338,577,700	308,322,700	308,381,800
กระทรวงศึกษาธิการ	104,259,080	123,496,600	125,363,100	124,863,100	34,459,400	34,459,400
กระทรวงวัฒนธรรม	2,910,000	1,300,000	2,900,000	2,465,000	2,900,000	2,900,000
กระทรวงยุติธรรม	1,790,000	1,971,000	3,990,000	3,841,500	2,920,000	3,334,400
กระทรวงกลาโหม	21,818,700	22,483,000	24,172,100	24,372,800	24,372,800	23,909,100
กระทรวงการต่างประเทศ	0	0	1,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
สำนักงานอัยการสูงสุด		3,250,000	3,250,000	3,250,000	3,820,600	3,820,600
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ		3,896,500	3,896,500	3,896,500	1,998,612	2,000,000
สำนักงานแม่เหล็กพันธุวิศวกรรมศาสตร์		3,855,600,000	4,382,400,000	2,983,773,000	2,770,853,000	2,997,736,600
สำนักงานกสิกรรมตรี		4,000,000				
กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา		1,198,400				
ส่วนราชการที่ไม่สังกัดสำนักงานกสิกรรมตรี	5,172,000					

แหล่งข้อมูล : ศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

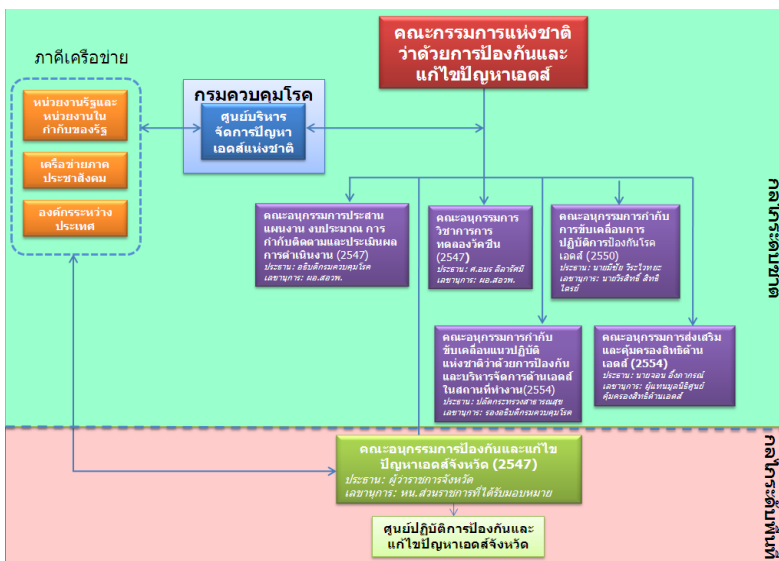
การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในด้านการดำเนินงานโรคเอดส์ของแหล่งเงินสนับสนุนในประเทศเมื่อเทียบกับแหล่งทุนจากต่างประเทศซึ่งกองทุนโลกเป็นแหล่งทุนหลักนั้น พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2552 แหล่งงบประมาณสนับสนุนในประเทศมีทั้งสิ้น 6,726 ล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้เงินลงทุนในด้านการรักษาถึงร้อยละ 80 แต่มีเพียงร้อยละ 13 ในหมวดการป้องกัน ในขณะที่แหล่งทุนจากต่างประเทศมีงบประมาณให้ทั้งสิ้น 482 ล้านบาทแต่เน้นการลงทุนในหลายๆด้านอย่างสมดุล อาทิ ร้อยละ 33 เป็นค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานแก่บุคลากร, ร้อยละ 29 ในด้านการป้องกัน, ร้อยละ 17 ในด้านการบริหารและพัฒนาความเข้มแข็งให้กับหน่วยงาน และร้อยละ 16 ในด้านการรักษา

งบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัด จากกรณีศึกษา 5 จังหวัด พบว่าบางจังหวัดงบประมาณลดลงมาก โดยเฉพาะงบประมาณเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ และงบสำหรับคณะกรรมการระดับจังหวัด รวมทั้งงบประมาณเพื่อการป้องกันโรคเอดส์มีลักษณะไม่ชัดเจน หน่วยงานบริการและสสจ ต้องใช้งบประมาณจากหลายแหล่งเพิ่มเติม ทั้งจากสปสช. องค์กรท้องถิ่น และแผนพัฒนาจังหวัด และกองทุนโลก โดยในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยว หรือมีแรงงานต่างด้าว อาจมีการสนับสนุนงบประมาณจากงบพัฒนาจังหวัด และงบการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากสปสช. เพิ่มเติม ส่วนงบประมาณสนับสนุนจากต่างประเทศนั้นได้จากกองทุนโลก หรือ UNFPA ซึ่งในบางจังหวัดแม้จะไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก แต่สามารถหาแหล่งทุนอื่นเพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมายของท้องถิ่นได้ โดยมีการขอความร่วมมือประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) งบมีลักษณะสนับสนุนเป็นรายโครงการ ทำให้การวางแผนประสานภาพรวมทำได้ยากมากขึ้น แต่งบเพื่อการรักษาพยาบาลมีความชัดเจน และจัดสรรไปโดยตรงที่หน่วยบริการสุขภาพ

## 6. โครงสร้างและการปฏิบัติ ในระดับประเทศและระดับพื้นที่ (ได้แก่จังหวัดและท้องถิ่น)

### 6.1 โครงสร้าง และการดำเนินงานภาพรวมในระดับประเทศ

**แผนภาพ 6** โครงสร้างการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของประเทศไทยตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554



จากการศึกษาเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่าโครงสร้างในด้านนโยบายหลักด้านเอ็ดส์ในประเทศไทย คือ คช.ปอ โดยมี ศบ.จอ เป็นหน่วยเลขานุการในการประสานงาน และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ที่ทำหน้าที่ในด้านวิชาการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้มีการจัดการบริการทางการแพทย์

แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ ร่วมกับหน่วยงานบริการสุขภาพทั้งหมด แต่ไม่ครอบคลุมการให้บริการแก่กลุ่มประชาชนที่มีสิทธิ์ประกันสังคม ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และแรงงานต่างด้าว

องค์ประกอบของคช.ปอ.ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ทั้งในภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และนักวิชาการโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แต่ไม่มีผู้แทนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.และสำนักงานประกันสังคมในกรรมการชุดนี้ ในขณะที่ สปสช. มีคณะกรรมการที่บริหารและประสานในการจัดการด้านเอ็ดส์เป็นการเฉพาะ ที่มีองค์ประกอบทั้งนักวิชาการ ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในด้านการรักษาพยาบาล การจัดการบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเอ็ดส์โดยตรง พร้อมกับมีระบบงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานอย่างชัดเจนครอบคลุมทั่วประเทศ แต่ไม่มีช่องทางประสานเป็นทางการกับ คช.ปอ. ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความทับซ้อน และช่องว่างของการประสานเชิงนโยบายในระดับประเทศระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง

กลไก คช.ปอ. เป็นกลไกที่ถูกแต่งตั้งขึ้นให้มีบทบาทกำหนดนโยบาย และกรอบแนวทางการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่การบริหารงานของกลไกนี้ในระยะแผนยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติฉบับนี้ได้มีการปรับตามการปฏิรูประบบงบประมาณของรัฐบาล คือ ไม่มีงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินงานในด้านเอดส์โดยตรงให้แก่หน่วยงานต่างๆ หน่วยงานต่างๆ ต้องไปตั้งงบประมาณภายใต้กรอบของแต่ละกระทรวง ไม่มีการ Earmark สัดส่วนหรือแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน

ซึ่งในระยะที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2554) มีนโยบายสำคัญที่ได้มีการพัฒนาและดำเนินการ คือ แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติระยะ 2550-2554 นโยบายการเข้าถึงบริการโดยทั่วหน้า (Universal Access) และ Harm Reduction ซึ่งนโยบายใน 2 เรื่องหลังนี้เป็นนโยบายที่ได้รับมาจากองค์กรต่างประเทศ และประเทศไทยรับมาดำเนินการ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 และ 2552 แต่เนื้อหาทั้งหมดได้ถูกพัฒนาและบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ปี 2550-2554 ซึ่งถือว่าเป็นการตอบสนองและจัดการให้แผนและนโยบายต่างๆ ดำเนินไปอย่างสอดคล้องกัน โดยที่การดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้ได้ดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง แต่ประเด็นปัญหาหลักที่พบคือ ความคล่องตัว และความรวดเร็ว ความมีประสิทธิภาพ ในการแปลแผนและนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการปรับมาตรการตอบสนองต่อนโยบายให้ทันต่อสถานการณ์ อันเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับกลไกในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กลไกการประสานแผน และกลไกติดตามประเมินผล พิจารณาได้จากมติการประชุมและการติดตามดำเนินงานของคช.ปอ. และคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ในการผลักดันการดำเนินงานที่แต่ละประเด็นใช้เวลาเป็นเวลา 1 - 2 ปี และบางเรื่องก็ยังดำเนินแก้ไขได้น้อยมาก ตัวอย่างเช่นการจัดการให้แต่ละหน่วยงานตั้งงบประมาณเพื่อดำเนินงานตามแผนเอดส์อย่างครอบคลุมและเพียงพอ และการเร่งรัดให้มีการป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น การเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งซึ่งมีการเสนอปัญหาตั้งแต่ ม.ค.และ เม.ย. 2550 แต่การปรับและเสนอแนวทางปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นในเดือน ก.ค 2552 มีการกำหนดบทบาทของแต่ละองค์กรในรับผิดชอบงานหลักในแต่ละด้านในปี 2552 และ พ.ย. 2553 เสนอให้มีตัวชี้วัดร่วมเพื่อทำให้มีการประสานการดำเนินงานด้านเอดส์สามารถติดตามผลได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

โครงสร้างในด้านการประสานแผนและการติดตามประเมินผล อิงกับโครงสร้างด้านนโยบายที่ตั้งใหม่ตั้งแต่แรก คือ คช.ปอ. และคณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในช่วงระยะครึ่งแรกของแผนฯ การประสานกับกลไกบริหารปกติเดิมของแต่ละหน่วยงานในด้านงบประมาณเพื่อประสานให้หน่วยงานต่างๆ สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างบูรณาการยังทำได้จำกัดมาก เจ้าหน้าที่คุ้นเคยกับการจัดการบูรณาการแบบต้องมีการจัดสรรงบประมาณให้เป็นการเฉพาะ แต่ในช่วงแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้แต่ละหน่วยงานตั้งงบประมาณ

ในหน่วยงานของตนเอง ตามที่แต่ละหน่วยงานเห็นความสำคัญในการดำเนินงานด้านเอดส์ ซึ่งพบว่าบางหน่วยงานดำเนินงานได้ลดลง บางหน่วยงานมีงบประมาณคงเดิมมาเป็นเวลานานไม่ได้มีการพัฒนางานเพิ่มขึ้น หน่วยเลขานุการของคช.ปอ.ไม่สามารถกำกับความคืบหน้า หรือเร่งรัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้ได้ หน่วยงานเลขานุการให้ความเห็นว่าไม่รู้ว่าจะใช้กลไกใดในการเร่งรัด หรือกำกับให้เป็นไปตามแผน แม้ว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานแผนงาน และติดตามประเมินผล มีการประชุมเป็นระยะอย่างห่างๆ ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ แต่มีการเปลี่ยนผู้ที่มาร่วมประชุมบ่อย ทำให้การติดตามงานไม่ต่อเนื่อง และคืบหน้าไปอย่างช้าๆ ไม่มีแผนการติดตามที่ชัดเจน ไม่มีการการบูรณาการแบบกำหนดเป้าหมายร่วมกัน หรือการประสานเสริมการทำงานร่วมกัน ต่อมาในปี 2552 ได้มีมติของคช.ปอ.ในการกำหนดตัวชี้วัดร่วมของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์เพื่อพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว แต่จนถึงปัจจุบันการดำเนินเรื่องนี้อยู่ในระยะเริ่มต้น การกำหนดกลยุทธ์ มาตรการทำงานที่เสริมการทำงานกันได้ระหว่างหน่วยงาน โดยใช้งบประมาณและโครงสร้างการดำเนินงานเดิมของแต่ละกระทรวงยังไม่ชัดเจน และยังไม่มียุทธศาสตร์บูรณาการร่วมกันในกรณีที่หน่วยงานดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน

มีความพยายามในการพัฒนากลไกของหน่วยบริหารที่ต้องการพัฒนาให้มีความคล่องตัวสูงขึ้น โดยเสนอให้มีปรับกลไกการบริหารของทีมเลขานุการ ให้มีลักษณะเป็นหน่วยงานที่คล่องตัวขึ้นโดยเป็นหน่วยงานในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ ก.ค.2552 แต่สำนักงาน ก.พ, ก.พ.ร และสำนักงานงบประมาณให้ความเห็นว่าควรให้กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ และคณะรัฐมนตรีเสนอให้มีการพิจารณาทางด้านกฎหมาย มีการส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็น สุดท้ายก็มีการถอนเรื่อง และคงให้กรมควบคุมโรค ทำหน้าที่ดูแลหน่วย ศบ.จอ.เป็นทีมเลขานุการเหมือนเดิม แต่ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็มีการปรับโครงสร้างองค์กรภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีการยุบ แยก หน่วยงานต่างๆ ทำให้ สอ.วพ. (กองเอดส์เดิม) ซึ่งเดิมเคยมีบทบาทเป็นหน่วยวิชาการและหน่วยงานประสานงานหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานของ ศบ.จอ. แต่ในระยะแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้พบว่า สอ.วพ. มีบทบาทร่วมในการประสานงานในระดับประเทศไม่ชัดเจนและมีบทบาทสนับสนุนการทำงานของ ศบ.จอ.ไม่มากเหมือนเดิม การประสานงานร่วมกันลดลง อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากวิสัยทัศน์และแผนงานของกรมควบคุมโรค และ สอ.วพ. พบว่าไม่ได้กล่าวถึงว่าจะต้องมีบทบาทในเชิงเป็น หน่วยงานหลักระดับชาติ(National Authority) ในเชิงวิชาการ และเชิงนโยบายในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่เน้นเป็นการทำงานในลักษณะเป็นโครงการนำร่องเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่หน่วย ศบ.จอ.ก็เป็นหน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรค และแยกการบริหารออกจาก สอ.วพ. หน่วยศบ.จอ.มีกำลังคนเป็นนักวิชาการเพียง 5 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลว่าไม่สามารถจะทำหน้าที่ประสานงานในประเด็นตามมติได้อย่างครอบคลุม เพียงพอ และทันเวลา มีการประสานโดยเชิญผู้เกี่ยวข้องเป็นครั้งๆ ไม่ต่อเนื่อง ทำให้กลไกปัจจุบันในรูปของ

คช.ปอ. และ ศบ.จอ.ไม่สามารถทำงานในเรื่องการพัฒนา นโยบาย การประสานงาน และการติดตาม ประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพียงพอ

ส่วนในระดับภูมิภาค มีโครงสร้างดำเนินงานคือ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ระดับจังหวัด ซึ่งจะดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ หน่วยเลขที่ที่เป็นทีมงานในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นฝ่ายควบคุมโรค และผู้บริหารบางคนในบางจังหวัด) และความสนใจ รวมถึงความเข้าใจของผู้ว่าฯ และรองผู้ว่าฯ ที่ทำหน้าที่ทั้งการบูรณาการ การดำเนินงาน และการจัดสรร ทรัพยากร รวมทั้งช่วยกันระดมทรัพยากร ตลอดจนการประสานการดำเนินงานกับอปท.ด้วย ซึ่ง พบว่าการดำเนินงานของอปท.ยังดำเนินไปในลักษณะโครงการนำร่องจำนวนเพียงไม่กี่แห่งในหนึ่งจังหวัด ครอบคลุมได้น้อยมาก กลไกด้านแผนงาน นโยบาย และงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานในระดับ พื้นที่ภายใต้แผนงานปกติของรัฐนั้นยังทำได้น้อยมาก และถึงแม้จะมีโครงการจากกองทุนโลกมาสนับสนุน การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ก็ยังคงดำเนินไปในลักษณะนำร่องในบางพื้นที่เป็นโครงการๆ ยังไม่ สามารถบูรณาการเข้าสู่ระบบปกติ และครอบคลุมได้ระดับหนึ่งเท่านั้น

ระบบการติดตาม ประเมินผล ยังไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีกระบวนการในการติดตาม ประเมินผลระบบ เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนรองรับการดำเนินงาน ไม่มีการติดตาม ประเมินการ ดำเนินงานของแผนงาน โครงการต่างๆ ที่มีการดำเนินงานในระดับจังหวัด ท้องถิ่นต่างๆ ในภาพรวม ของประเทศนั้น มีแต่การติดตามในเชิงสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประชากรเป็นหลัก และไม่มี การวิเคราะห์เชื่อมโยงจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับประชากรกับผลการดำเนินงาน เพื่อปรับกลยุทธ์ การดำเนินงาน ไม่มีระบบที่ระบุว่าโครงการต่างๆ จะดำเนินการอย่างไร ภายใต้เวลาเท่าใด และผลงาน อะไรที่ต้องรายงาน ไม่มีการดำเนินงานว่าแต่ละยุทธศาสตร์ของแผนจะมีการติดตาม ประเมินผล อย่างไร ไม่ได้กำหนดว่าจะรวบรวม หาข้อมูลเพื่อประมวลผลอย่างไร ไม่มีการนิเทศ ติดตามงานตาม แผนเอดส์ฯ หรือตามมาตรการต่างๆ มีแต่การรายงานในระบบ UNGASS ที่มีคณะทำงานมารวบรวม เป็นครั้งๆ ไม่ได้มีระบบในการรับผลสะท้อนปัญหาการดำเนินงานจากจังหวัด หรือหน่วยงานต่างๆ วาระการประชุมของคช.ปอ. คณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงานก็ไม่มีวาระในเรื่องที่เป็นปัญหาจากคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์จังหวัด ระบบการตรวจนิเทศงานในกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มีตัวชี้วัดการติดตามในด้านเอดส์ แม้มีระบบการตรวจบูรณาการจากสำนักนายกรัฐมนตรีซึ่งทำให้มีการกระตุ้นการดำเนินงานของ หน่วยงานต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขได้บ้าง แต่มีการดำเนินงานในเพียงระยะสั้น ไม่ต่อเนื่อง และ ไม่มีระบบรองรับผลการนิเทศในการนำไปปรับกระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น



## 6.2 กลไกการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์

โครงสร้างในการดำเนินงานแต่ละด้านมีความแตกต่างกัน และส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานแตกต่างกัน

ในด้านการบริการรักษาทางการแพทย์ และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก นั้นมีโครงสร้างรองรับชัดเจนทั้งในด้านนโยบาย การบริหาร และการจัดบริการ ที่อิงกับฐานหน่วยบริการทางการแพทย์ และหน่วยสนับสนุนงบประมาณคือ สปสช. และหน่วยวิชาการ คือ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การวิชาชีพทางการแพทย์ ทำให้ผลการดำเนินงานในด้านการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยเอ็ดส์ และการป้องกันการติดเชื้อในบริการทางการแพทย์มีความครอบคลุมได้สูง และมีการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

### กล่องข้อความ 2 การขับเคลื่อนนโยบายเอ็ดส์แต่ละด้าน

การขับเคลื่อนนโยบายเอ็ดส์แต่ละด้าน						
ด้าน	นโยบาย	โครงสร้าง	การดำเนินงาน	ระบบข้อมูล	งบประมาณ	การจัดการความรู้
1. การบูรณาการ	+	+	+	-	-	-
2. การป้องกัน						
• PMTCT	++++	++++	+++	++	++++	++++
• ประชากรทั่วไป	-	-	+	+	+	-
• เยาวชน	++	+	++	++	+++	+
• ประชากรกลุ่มเฉพาะ	+++	+	++	+	+++	++
3. VCT	++	++	+	++	+++	++
4. การดูแลรักษา						
• รักษา	++++	++++	+++	+++	++++	++++
• ดูแลสนับสนุน	++	++	++	+	++	+
5. สิทธิด้านเอ็ดส์	++	+	++	-	+	-
6. วิจัย	+	++	+	+/-	+	+
7. ติดตามประเมินผล	+	+	+/-	+	+	+

แต่โครงสร้างเพื่อรองรับทางด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอ็ดส์ในกลุ่มประชากรทั่วไป และประชากรเฉพาะ นั้น เป็นโครงสร้างดำเนินงานของหน่วยงานที่มีอยู่เดิมในสังกัดต่างๆ จำนวนหลายหน่วยงาน ที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้ดำเนินงานในเรื่องเอ็ดส์เป็นการ

เฉพาะ และงบประมาณเพื่อรองรับมาตรการในด้านเอ็ดส์ก็ไม่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานในด้านนี้ยังมีความครอบคลุมได้น้อย และไม่ต่อเนื่อง สม่่าเสมอ อีกทั้งการสนับสนุนวิชาการเพื่อพัฒนาในด้านเนื้อหาในด้านการป้องกันในกลุ่มเหล่านี้ให้เกิดประสิทธิผลเพิ่มขึ้นก็ยังไม่ทำได้จำกัด ทำให้ประสิทธิผลในด้านการป้องกันแก่กลุ่มต่าง ๆ ค่อนข้างต่ำ อันพิจารณาได้จากพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย การไม่ใช้เข็มร่วมกัน เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรเฉพาะยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์แห่งชาติ

มีการกำหนดว่าให้มีการเร่งรัดการติดเชื้อลงครึ่งหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นแผนฯ และมีการเสนออีกครึ่งในปี 2552 แม้มีการแบ่งบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบแต่ละมาตรการชัดเจนตามมติของคช.ปอ ปี 2552 แต่ไม่มีงบประมาณรองรับ ยกเว้นงานของ ศรช. ที่มีงบประมาณส่วนที่เหลือจากบริการ

ด้านการรักษาผู้ใช้เพื่อเร่งรัดการป้องกัน แต่กลไกการดำเนินงานเป็นลักษณะของโครงการเฉพาะกิจ และหยุดการดำเนินงานเมื่อหมดงบประมาณ ผลลัพธ์ของโครงการต่อสมรรถนะของโครงสร้างในการดำเนินงานต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน และผลต่อการลดการติดเชื้อเอชไอวียังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

โครงสร้างในด้านคุ้มครองสิทธิ เป็นโครงสร้างในด้านสิทธิทั่วไปทุกประเภท ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในส่วนกลาง และตัวเมืองของจังหวัด มีได้กระจายทั่วถึงไปถึงระดับตำบล และชุมชน ทำให้การรับเรื่องร้องเรียนทำได้จำกัด จำนวนเรื่องร้องเรียนเป็นทางการมีน้อยมาก และไม่อาจเก็บข้อมูลได้ อีกทั้งการกระจายและทำความเข้าใจแก่ประชาชน และผู้เกี่ยวข้องในด้านสิทธิของเอดส์ทำได้จำกัด ในด้านสิทธิอื่นที่เกี่ยวข้องคือ สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการสุขภาพทั่วไปอย่างทั่วถึงไปแล้ว แต่เรื่องสิทธิผู้ป่วยเอดส์มีประเด็นเฉพาะหรือเพิ่มเติมพิเศษอย่างไร หรือไม่ ไม่มีการพิจารณาและดำเนินการให้เชื่อมโยงกัน มีคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ตั้งขึ้นใหม่ในปี 2554 ที่ดูแลคุ้มครองสิทธิเป็นการเฉพาะ ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการประชุมไปได้เพียง 1 ครั้ง กลไกการแปลงให้เป็นรูปธรรมของการดำเนินงานยังไม่ชัด มีแต่เรื่องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจสิทธิของตนเอง งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านนี้ก็น้อยมาก

โครงสร้างในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ก็เป็นโครงสร้างเดิมในการทำวิจัย อันได้แก่หน่วยงานมหาวิทยาลัย สถาบันวิชาการต่างๆ ทั้งในส่วนสังกัดสาธารณสุขและสังกัดอื่นๆ รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่มีการกำหนดกรอบความต้องการด้านวิจัย แต่ยังไม่มีการประสานการวิจัยในประเทศทั้งหมด และขาดการประสานเพื่อการใช้ประโยชน์จากการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ ยังเป็นการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตของแต่ละหน่วยงาน และแต่ละแหล่งทุน การวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นการวิจัยทางด้านคลินิก และการรักษาพยาบาล การวิจัยด้านการป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังดำเนินการแบบกระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นระบบ และขาดการประเมินเชิงผลลัพธ์ งบประมาณเพื่อรองรับการวิจัยด้านนี้ ยังเป็นแหล่งจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ การวิจัยในประเทศมีลักษณะโครงการเล็กๆ มากกว่าการประเมิน หรือวิจัยเป็นโปรแกรมใหญ่ มีการดำเนินการวิจัยมากในกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มเยาวชนและประชากรทั่วไปยังมีการวิจัยน้อย เป็นการตอบโจทย์การวิจัยของแหล่งทุนวิจัย

การติดตามประเมินผล ในแต่ละด้านมีจุดอ่อนมาก ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดในด้านการปฏิบัติงาน เพื่อการป้องกันและการควบคุมโรค ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล ท้องถิ่น ชุมชน มีตัวชี้วัดในด้านการรักษาตามที่ สปสช.กำหนด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการประมวลผลและสะท้อนผลเพื่อการพัฒนา งาน ประชาชนยังมีความเข้าใจด้านการป้องกัน ควบคุมโรคเอดส์ไม่ทั่วถึง

การมีส่วนร่วมของประชาสังคม องค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ จะมีทั้งที่เป็นกรรมการร่วมในคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด และมีบทบาทในด้านการปฏิบัติงาน เพื่อ

การป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีมากในพื้นที่ที่มีการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลก ทั้งที่เป็นการป้องกัน ควบคุมโรค และการสนับสนุนการดูแลรักษา แต่ในด้านสิทธิก็ยังคงดำเนินการน้อยมาก

### 6.3 กลไกการดำเนินงานในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

กลไกการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัดและท้องถิ่นนั้น ส่วนหนึ่งเป็นกลไกในระบบโครงสร้างราชการปกติที่รองรับการดำเนินงานของกระทรวงต่างๆ ที่ได้รับนโยบาย หรือสั่งการมาจากหน่วยงานส่วนกลาง ซึ่งจะดำเนินงานในด้านเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยอย่างไร จะเชื่อมโยงกับลักษณะแผนและระบบสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานส่วนกลาง ซึ่งพบว่างบประมาณที่มีการกระจายให้มาดำเนินงานในแต่ละจังหวัดของกระทรวงต่างๆ มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย และในบางพื้นที่จะมีผลกระทบมาจากการได้รับการสนับสนุนของกองทุนโลก ตามแต่ละโครงการที่เป็นการทดลองปฏิบัติการนำร่อง มีบ้างบางพื้นที่ที่มีการดำเนินงานที่ริเริ่มจากหน่วยงานในระดับจังหวัดเอง ที่เป็นการกระตุ้นจากผู้ว่าราชการ/รองผู้ว่าราชการจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โครงการดำเนินงานเอดส์ของจังหวัดจะเป็นแผนที่ล้อตามโครงยุทธศาสตร์หลักในระดับชาติ แต่ไม่มีการจัดทำแผนกลยุทธ์การดำเนินงานนี้เป็นการเฉพาะในระดับจังหวัดที่เป็นการวิเคราะห์จากสถานการณ์พื้นที่ยกเว้นในบางจังหวัด

ส่วนกลไกที่เป็นการประสานและบูรณาการการดำเนินงานด้านเอดส์ระหว่างหน่วยงานภาคีต่างๆ นั้น คือกลไกคณะกรรมการเอดส์ระดับจังหวัด โดยมีงานควบคุมโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นส่วนเลขานุการ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามที่กล่าวแล้วข้างต้น และในส่วนที่ 3 จากการศึกษาครั้งนี้ในพื้นที่ 5 จังหวัด คณะผู้ศึกษาได้วิเคราะห์และสรุปถึงองค์ประกอบหลักที่ผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัดดังกล่าวข้างต้น 3

### กล่องข้อความ 3 ความเข้มแข็งของกลไกในการขับเคลื่อนงานเอดส์และผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

ความเข้มแข็งของกลไกจังหวัดในการขับเคลื่อนงานเอดส์					
ประเด็นวิเคราะห์	เหนือ 1	อีสาน 1	ใต้ 1	ปรอท ซล	เหนือ ล่าง 1
<b>คณะกรรมการเอดส์</b>					
• ประธาน	+/-	+	+/-	++++	++
• ทีมงานเอดส์ สสจ.					
- การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร	++++	-	+	+++	+
- จำนวนบุคลากร	5+4	3+2	3+2	3	2
- ความต่อเนื่องของบุคลากร	++++	+++	++	+++	+++
- สมรรถนะบุคลากร					
○ ด้านการจัดการข้อมูล	++++	+++	+++	++++	+
○ การประสานงานภายในสาธารณสุข	++++	++	+++	+++	+++
○ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภาคธุรกิจ	++++	++	++	+++	+++
○ การประสานงานกับ อบท.	+	+	+	++++	++++
○ การประสานงานกับภาคประชาสังคม	++++	+	+	++	++
○ การทำแผนและบริหารแผนจังหวัด	+++	-	-	+	+
- ระบบการจัดการภายใน สสจ.	++	-	-	+	+
<b>องค์กรที่ร่วมสนับสนุน</b>	++++	++	+++	++	+

ผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด					
ด้าน	เหนือ ๑	อีสาน ๑	ใต้ ๑	ปรอท ซล ๑	เหนือ ล่าง ๑
<b>1. การบูรณาการ</b>					
• ภาคเอกชน	++++	+	++	++	+
• ท้องถิ่น	++	+	++	++++	+++
<b>2. การเมืองกัน</b>					
• PMTCT	+++	+++	+++	+++	+++
• ประชากรทั่วไป	-	-	-	-	-
•เยาวชน	+++	+	+++	+	++
• ประชากรกลุ่มเฉพาะ	++++	+	+++	+	+
<b>3. VCT</b>	+	+	+	+	+
<b>4. การดูแลรักษา</b>					
• รักษา	+++	+++	+++	+++	+++
• ดูแลสนับสนุน	++	++	++	++	++
<b>5. สิทธิด้านเอดส์</b>	++	-	+	-	+
<b>6. รางับ</b>	++	-	++	-	+
<b>7. ติดตามประเมินผล</b>	+++	++	++	+++	+
<b>8. การจัดการข้อมูลเพื่อการ นำารว้</b>	++++	++	++	+++	+
<b>9. แผนเอดส์จังหวัด</b>	แผนยุทธศาสตร์ เอดส์ และแผน จังหวัด	ไม่มีแผนเอดส์ เฉพาะ	ไม่มีแผนเอดส์	มีแผนยุทธศาสตร์ เอดส์ของ สสจ.	แผนยุทธศาสตร์ เอดส์

ซึ่งพบว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อมีผลต่อการประสานการดำเนินงานด้านเอดส์ มี 3 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นผู้นำในระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ รองผู้ว่าราชการจังหวัด 2) ส่วนงานที่รับผิดชอบงานเอดส์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกกลาง ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ 3) การมีองค์กรที่ร่วมสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีการรวมกลุ่มได้ดี

ส่วนนำในระดับจังหวัด ที่เป็นผู้ว่าฯ หรือรองผู้ว่าฯ นั้น หากเป็นผู้ที่สนใจ มีข้อมูล มีความสนใจต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ก็จะเป็นส่วนที่ช่วยกระตุ้น และประสานการใช้ทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดให้ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ดี ในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด พบว่าความสนใจ และความกระตือรือร้นต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ลดลงจากเดิมในช่วงแผนอื่นๆ เนื่องจากได้รับข้อมูลสถานการณ์ด้านเอดส์น้อย และเห็นว่าสถานการณ์ด้านเอดส์ดีขึ้น มีความสำคัญน้อยลงเมื่อเทียบกับปัญหายาเสพติด หรือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจอื่น และไม่มีนโยบายหรือมาตรการที่กำหนดมาจากรัฐบาลที่ชัดเจน

ส่วนงานที่รับผิดชอบด้านเอดส์ในสสจ. นั้น พบว่ามีความสามารถในการจัดการ ประสานการดำเนินงานด้านเอดส์ได้ในขอบเขตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยตั้งแต่ 1) การมีส่วนร่วมและความสนใจของผู้บริหารสสจ. ซึ่งอาจเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ระดับผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นผู้ช่วยนายแพทย์ สสจ. หรือหัวหน้าฝ่ายงานวิชาการ ที่มีผลต่อพิจารณาแนวงานดำเนินงานในเชิงระบบทั้งที่เป็นการประสานงานภายในระหว่างฝ่ายต่างๆใน สสจ.หรือ การประสานบูรณาการโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ และระบบการเชื่อมประสานกับสำนักงานจังหวัด แผนจังหวัด และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงอื่นๆ 2) สมรรถนะของทีมปฏิบัติการในงานด้านเอดส์ ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ ความต่อเนื่องและประสพการณ์การดำเนินงานด้านเอดส์

ความสามารถในการจัดการข้อมูล แพลตฟอร์มข้อมูล ความสามารถในการประสานงานกับส่วนงานอื่นทั้งที่เป็นฝ่ายในสสจ. หน่วยงานบริการในระดับอำเภอ ตำบล หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มภาคประชาสังคม ซึ่งความสามารถของคนกลุ่มนี้ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ส่งผลต่อคุณภาพ และการสร้างสรรค์วิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ที่ส่วนกลางมีนโยบาย หรือมาตรการสนับสนุนรองรับการทำงานด้านเอดส์ไม่ชัดเจน

ส่วนที่เป็นองค์กรสนับสนุนอื่น ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่น จะส่งผลต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่เข้าถึงยาก ทั้งที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง หรือ การทำงานกับกลุ่มเยาวชน กลุ่มแรงงานทั่วไป กลุ่มแรงงานต่างด้าว ซึ่งการมีกลไกขององค์กรต่างๆ เหล่านี้ในพื้นที่ พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการได้รับโครงการสนับสนุนจากกองทุนโลก ที่มีโครงการก็จะมีกลไกส่วนนี้มากมาช่วยดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในสสจ. แต่มีลักษณะการทำงานเป็นรายโครงการ ตามผลผลิตงานที่กำหนดจากกองทุนโลก

กลไกที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับตำบล ท้องถิ่น ก็จะเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตำบล ซึ่งการดำเนินงานของกลไกระดับนี้ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานป้องกันเอดส์แบบรวมๆ กับกลุ่มประชากรทั่วไป และเยาวชนมากกว่าการทำให้เป็นโครงการเฉพาะด้านเอดส์ ที่มีบทบาททั่วหน้าคือการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อ การสนับสนุนการทำงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อในการดูแลกันเอง การจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือ การลดความเสี่ยงด้านเพศ มีน้อย ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมกว้าง ๆ เช่นการให้ความรู้แก่พ่อแม่ ประชาชนทั่วไปในวันเอดส์โลก หรือการส่งเสริมกีฬาในกลุ่มเยาวชน การดำเนินงานในระดับนี้ยังเป็นการทำกิจกรรมเฉพาะกิจ ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจต่อการจัดการด้านเอดส์น้อย ไม่ค่อยได้รับข้อมูลมาก และไม่มีการสนับสนุนจากส่วนกลางที่ชัดเจน ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และวิชาการ ยกเว้นในพื้นที่ที่มีโครงการนำร่องจากกองทุนโลก หรือหน่วยงานวิชาการต่างๆ

ขอบเขต ความหลากหลายของการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับท้องถิ่นขึ้นกับวิสัยทัศน์ ความสนใจของผู้นำไปในอปท. และแกนนำของชุมชน ตลอดจนความตื่นตัว ความกระตือรือร้น ของกลุ่มผู้ติดเชื้อในบางพื้นที่

## 7. ผลการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายเอดส์

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ** พบว่ายังดำเนินการพัฒนาระบบไปได้น้อยมาก หน่วยงานส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะต่างดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของแต่ละส่วน ยังไม่มีการบูรณาการงานและแผนงานระหว่างหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการประสานการดำเนินงานเป็นหลัก การบูรณาการแผนงานไปสู่หน่วยงานปกครอง

ระดับท้องถิ่นมีการดำเนินไปในลักษณะการนำร่องในพื้นที่ภายใต้โครงการของกองทุนโลกซึ่งครอบคลุมพื้นที่ได้น้อย และยังไม่มีการพัฒนาระบบในระดับมหภาคในส่วนกลาง แม้ว่าเนื้อหาในแผนได้ระบุประเด็นที่ต้องพัฒนาในการบูรณาการไว้ แต่ไม่มีหน่วยงานใดที่ได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทในการจัดให้มีระบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและไม่มีงบประมาณดำเนินงานเพื่องานนี้ที่ชัดเจน ขาดผู้บริหารแผนยุทธศาสตร์ที่เข้าใจและมีมุมมองในเชิงยุทธศาสตร์ รวมทั้งไม่มีการสร้างกลไกการควบคุมและกำกับนโยบายและยุทธศาสตร์ตามที่ระบุไว้การบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขจึงยังไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์

## ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแล รักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากร

### เป้าหมาย

การดำเนินการป้องกันในบริการทางการแพทย์ และการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ดำเนินการไปได้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 และมีความต่อเนื่อง มีระบบชัดเจน แต่การดำเนินงานด้านป้องกันเอดส์ในกลุ่มประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ยังไม่สามารถทำให้บรรลุสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายได้ แม้ว่างบประมาณโดยรวมจากทุกแหล่งรวมกันไม่ลดลงมาก แต่ด้วยข้อจำกัดของการขาดกลไกที่ดีทั้งในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น ในการประสานและบริหารการดำเนินงานด้านนี้ให้มีการบูรณาการเป็นเอกภาพ แต่ละหน่วยงานต่างทำงานภายใต้ขอบเขตงานที่เคยรับผิดชอบ มิได้ประสานกันอย่างเป็นระบบ และขาดการจัดการสนับสนุนทางด้านวิชาการ การจัดการความรู้ การวิจัยประเมินผล และการพัฒนานวัตกรรมใหม่ที่สอดคล้อง

กลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน ประสาน และบริหารจัดการกลยุทธ์การป้องกันเอดส์ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในปัจจุบัน มีคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ที่มีบทบาทหน้าที่ดังกล่าว แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาในระยะ 3 ปี ยังทำได้เพียงการบทบาทการบริหารจัดการและอนุมัติงบประมาณโครงการเพื่อดำเนินการตามกลยุทธ์ที่ตั้งไว้ และยังไม่ได้ทำงานในลักษณะขับเคลื่อนการบริหารจัดการงานป้องกันของประเทศไปสู่ทิศทางที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ

ภาคประชาสังคม เป็นภาคีหลักที่สำคัญในการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ โดยเฉพาะงานป้องกันเชิงรุกให้เข้าถึงกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงสูง ปัจจุบันช่องทางการสนับสนุนงบประมาณแก่ภาคประชาสังคมมาจากแหล่งทุนต่างประเทศ โดยเฉพาะมาจากกองทุนโลกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในด้านความแน่นอนและความยั่งยืนในระยะยาว

การดำเนินงานด้านการดูแลรักษา พบว่าความครอบคลุมการการรับยา ARV ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาตลอด เมื่อปีพ.ศ.2552 ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับยา ARV ครอบคลุมร้อยละ 76 โดยส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมารับยาได้ต่อเนื่อง มีมาตรฐานคุณภาพในการให้บริการที่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องด้วยมีโครงสร้างการ

ให้บริการและการสนับสนุนในระบบปกติที่รองรับบริการนี้ตั้งแต่ระดับส่วนกลาง ไปจนถึงระดับเขต จังหวัดและชุมชน มีภาคีเครือข่ายที่หลากหลายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานตั้งแต่ช่วงแรกของ สถานการณ์การแพร่ระบาด มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางคลินิก รวมถึงพัฒนารูปแบบการ จัดบริการฯ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งมีโครงสร้าง การบริหารจัดการและการสนับสนุนประมาณที่ชัดเจน นอกจากนี้ทีมผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพและหนุนเสริมด้านวิชาการมาอย่างต่อเนื่อง มีแกนนำผู้ติดตามให้บริการและ ติดตามผลงานมานานกว่า 10 ปี

การดำเนินงานด้านการสนับสนุนทางสังคม-เศรษฐกิจ มีโครงสร้าง งบประมาณและหน่วยงาน รองรับตามภารกิจ แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะตั้งรับตามแผนงาน โครงการและ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมา และการพัฒนาระบบเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อหรือผู้รับผลกระทบจากเอดส์ ยังไม่จำเพาะชัดเจน มีความพยายามในการพัฒนารูปแบบการทำงานและมาตรฐานการจัดบริการอยู่บ้าง แต่ก็ยังขาดความต่อเนื่องและขาดกลไกในการกำกับติดตาม ยังไม่มีระบบข้อมูล หรือการจัดการที่จะ สะท้อนผลลัพธ์การปฏิบัติ หรือการเข้าถึงบริการในด้านนี้ได้อย่างจำเพาะ เพราะข้อมูลที่มีจากหน่วยงาน รับผิดชอบมักเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือโดยทั่วไป

### ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

งานคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความก้าวหน้าของงานด้านนี้ที่ เกิดขึ้นในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา แผนยุทธศาสตร์มีการกำหนดนโยบาย แนวทางกว้างๆ แต่ขาดข้อกฎหมาย และแนวปฏิบัติ ที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน ขาดกลไกการบริหารจัดการ กลไกการให้บริการเพื่อดูแล ด้านสิทธิ์ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนกลาง และหน่วยบริหารระดับจังหวัด ที่ประชาชนเข้าถึงยาก และขาด เจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน และเฝ้าระวังประเด็นการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจในประเด็นงานสิทธิ ตลอดจนเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัย เจริญพันธุ์

### ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตาม ประเมินผล การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

โครงสร้างและกลไกติดตามและประเมินผลแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีการกำหนด ขึ้นในระดับส่วนกลาง แต่การดำเนินงานในระยะที่ผ่านมาทำได้จำกัดมาก กลไก ศบ.จอ ที่ควรทำหน้าที่ นี้ก็ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหารจัดการและในด้านวิชาการ รวมทั้งไม่มีการจัดระบบ การติดตาม ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในแต่ละยุทธศาสตร์ กลไกทั้งในระดับหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ไม่ชัดเจน ขาดระบบฐานข้อมูลที่แสดงผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง แม้ปัจจุบัน มีคณะทำงานที่พัฒนาระบบประเมินผลด้านเอดส์ในระดับชาติ แต่ก็ยังเป็นระยะเริ่มต้น ข้อมูลที่มีใน ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และงบประมาณสนับสนุนการจัดเก็บข้อมูล

ลดลงทำให้เริ่มมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล อีกทั้งไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงผลการดำเนินงาน และคุณภาพของระบบการดำเนินงานในด้านการป้องกันโรค และการคุ้มครองสิทธิ์ ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามงานด้านการรักษาพยาบาลมีบ้างแล้ว แต่ยังไม่จัดระบบเพื่อแปลผลและนำมาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลบางส่วนยังขาดความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือและมีความซ้ำซ้อน

ในด้านการศึกษาวิจัยและพัฒนา ในภาพรวมมีการวิจัยโดยหน่วยงานต่างๆ ทั้งที่เป็นสถาบันวิชาการ และหน่วยปฏิบัติงานมากพอสมควร แต่เป็นการวิจัยในด้านการรักษาค่อนข้างมาก และยังมีลักษณะกระจัดกระจายไม่มีแผนรองรับที่ชัดเจน เมื่อพิจารณาถึงความพยายามในการระดมทรัพยากร และประสานงานขอความร่วมมือกับทุกภาคีเพื่องานวิจัยเอดส์ทั้งจากภายในและนอกประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากประเทศไทยมีงบประมาณทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศโดยรวมเพียงร้อยละ 0.2 ของ GDP ถือได้ว่าประเทศไทยมีการลงทุนด้านการวิจัยน้อยมาก อีกทั้งยังไม่มีกลไกที่ร่วมกำหนดทิศทางการวิจัย และสนับสนุนการวิจัยเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของประเทศ ที่ผ่านมายังเป็นการวิจัยตามแหล่งเงินทุนของต่างประเทศค่อนข้างมาก และยังขาดการวิจัยในเชิงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## ส่วนที่ 2 สรุปผลการประเมิน

### ก. การบรรลุผลตามเป้าประสงค์

1. เป้าหมายการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลัก (Core program of HIV prevention) ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยกเว้น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับการเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษา ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน

2. เป้าหมายการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เมื่อสิ้นแผนฯ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ยังไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในโมเดลการคาดการณ์เมื่อต้นแผนฯ

3. ประเทศไทยสามารถชะลอการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ตามเป้าหมายหลักที่ 6 ของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (MDG6) บางส่วนแต่ก็มีสัญญาณบ่งบอกว่า ปัญหาอาเจมีแนวโน้มกลับมา

ข. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554



จากข้อค้นพบทั้งหมดในการศึกษา แสดงให้เห็นว่าแผนยุทธศาสตร์นี้ มีข้อจำกัดในการนำไปใช้เป็นแนวทางการแก้ปัญหาเอชไอวีที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งที่เนื้อหาของแผนนี้มีความครอบคลุมประเด็นปัญหาต่างๆ ค่อนข้างครบในกลุ่มประชากรเสี่ยงทุกกลุ่ม แต่แผนนี้มีผลต่อการกำหนดทิศการทำงานของหน่วยงานน้อย ไม่ได้ทำให้องค์กรต่างๆ มีการปรับงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แผนฯ มีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรของหน่วยงานต่างๆ ในระดับที่คงเดิม และบางหน่วยลดลง มีงบที่เพิ่มขึ้นเฉพาะส่วนที่เป็นด้านการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้เป็นผลมาจากแผนนี้ มีงบที่เพิ่มจากกองทุนโลก ในด้านการป้องกัน ที่อิงกับแผนยุทธศาสตร์ และไม่มีข้อค้นพบที่แสดงการเตรียมการระบบสนับสนุนที่อิงกับแผน ทั้งในด้านงบประมาณ การบริหารจัดการองค์กร และการสนับสนุนด้านวิชาการ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากประสบการณ์เดิม หรือโครงการเฉพาะต่างๆ

ในด้านความสอดคล้องต่อสังคม และบริบทต่างๆ นั้น ในเนื้อหาของแผนฯนี้ไม่มีการระบุกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งบริบทเรื่องความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง หรือต่ำ หรือบริบทที่มีผลต่อความเสี่ยงการแพร่เชื้อ บริบทที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว บริบทชายแดน หรือชนบททั่วไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้แผนนี้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นประเด็นได้ ดังนี้

- 1) เนื้อหาแผนฯนี้ไม่ได้รับกรอบแนวทางที่ภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้ที่ชัดเจน อีกทั้งไม่มีการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ และกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจต่อการใช้แผนให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องก็น้อยมาก จึงทำให้การใช้แผนฯ เป็นไปตามสภาพความสนใจ และความรับรู้ของหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งในช่วงที่ผ่านมากระแสความตื่นตัว และความสนใจต่อการแก้ไขปัญหาเอชไอวีลดลง ตลอดจนระบบการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนไม่ชัดเจน ไม่มีตัวชี้วัด และระบบข้อมูลเพื่อติดตามการปฏิบัติตามแผนไม่มี ทำให้ไม่มีเครื่องมือในการสะท้อนผล และปัญหาที่ฉับไว ทันเวลา
- 2) ในการจัดการให้เกิดการบูรณาการของแผนงาน โครงการนั้น เป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน ที่ต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจน และเป็นรูปธรรม หรือจำเป็นต้องมีกลไกที่มาแปลเรื่องนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น เนื้อหาในแผนได้ระบุให้มีการพัฒนาแนวทางการจัดการให้สอดคล้องกับการบูรณาการ แต่ในการปฏิบัติจริงหลังจากนั้น ไม่มีการนำประเด็นนี้ไปปฏิบัติ
- 3) ระบบสนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามแผน ไม่ชัดเจน อันได้แก่ ระบบงบประมาณ ระบบติดตาม ประเมินผล และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ทั้งนี้สืบเนื่องทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารงานภาครัฐที่เปลี่ยนระบบงบประมาณใหม่ การปรับโครงสร้างองค์กรรับผิดชอบงานในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น รวมทั้งกลไกบริหารจัดการแผนไม่ชัดเจน จึงไม่ได้มีการจัดการเพื่อปรับระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพที่เปลี่ยนไปได้ทันเวลา

4) มุมมองและความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้แผนยุทธศาสตร์ที่ส่วนใหญ่ เห็นว่าแผนที่สำคัญ คือ แผนที่ระบุงบประมาณสนับสนุนชัดเจนเท่านั้น ไม่ได้ใช้แผนในการกำหนดกรอบทิศทางงานดำเนินงานขององค์กร ตลอดจนความรู้ ความสามารถของหน่วยบริหารในการแปลงแผนยุทธศาสตร์ชาติให้เป็นแผนกลยุทธ์ขององค์กร และแผนกลยุทธ์เอดส์ในระดับจังหวัดมีความจำกัดมาก ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าจะมาแปลงอย่างไร ได้แต่การนำหัวข้อยุทธศาสตร์มาใช้ต่อในระดับพื้นที่ แต่กิจกรรมก็คล้ายๆ กัน

**ค. โครงสร้างและการปฏิบัติ ที่มีทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ (ได้แก่จังหวัดและท้องถิ่น) สามารถเอื้อให้เกิดประสิทธิผลในการวางแผน การประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรและระดมทรัพยากร การดำเนินงาน การกำกับติดตาม ประเมินผลและรายงานเกี่ยวกับงานเอดส์หรือไม่**

โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานในปัจจุบัน มีข้อจำกัดในการแปลนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการประสานแผน การติดตาม กำกับการดำเนินงานตามแผน โดยเฉพาะในการดำเนินงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรค และด้านการคุ้มครองสิทธิ แต่ในด้านการบริการทางการแพทย์มีโครงสร้างการดำเนินงาน และการติดตาม กำกับที่ชัดเจน แต่ยังมีจุดอ่อนในด้านการติดตามกำกับในด้านคุณภาพของการดำเนินงาน กลไกการประสาน และการบูรณาการระหว่างการดำเนินงานตามแผนเอดส์ กับการดำเนินงานตามโครงการของกองทุนโลกยังมีความทับซ้อน และมีช่องว่างในการประสานงาน ยังไม่สามารถหนุนเสริมกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงสร้างกลไกการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับท้องถิ่น เป็นกลไกปกติที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันยังได้รับการพัฒนา และการสนับสนุนในด้านเอดส์น้อย มีบทบาทในการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ได้จำกัดมาก และยังครอบคลุมพื้นที่น้อยมาก

**ง. นโยบาย การวางแผน และการดำเนินการในทุกระดับ สามารถเอื้อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและกลุ่มประชากรที่มีความต้องการ มีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งในด้านการป้องกัน ดูแลรักษา และการสนับสนุนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร**

ระบบ กลไกและการดำเนินงานที่กำกับ ควบคุม คุณภาพในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แต่ละยุทธศาสตร์ มีความเข้มข้นไม่เท่าเทียมกัน ทำให้งานบางด้านมีระบบการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ (ด้านการรักษา) ในขณะที่บางด้านมีระบบการควบคุมคุณภาพน้อย (ด้านการป้องกัน/ด้านการดูแลสนับสนุน) หรือไม่มีเลย (ด้านสิทธิเอดส์)

นโยบายระดับชาติที่เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 – 2554 ) มีหลายนโยบายที่มีความสำคัญ และเน้นมาตรการการป้องกันและส่งเสริมการจัดบริการที่มีคุณภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ และอย่างสะดวกใจ นโยบายเหล่านี้มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการจัดบริการควบคู่ไปกับการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น

นโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยา เป็นต้น และนโยบายเอดส์ในสถานประกอบการ ที่เอื้อให้ประชากรแรงงานสามารถได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์อย่างเพียงพอ และได้รับการป้องกันเอดส์อย่างทั่วถึง แม้ว่านโยบายบางนโยบายที่ดี ได้เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาแต่ผลปรากฏว่าการนำไปปฏิบัติ และดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายยังไม่เกิดขึ้นมากนัก

การจัดบริการที่เป็นมิตร เป็นมาตรการดำเนินงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงอย่างทั่วถึง ในการรับบริการการป้องกันเอดส์ และ VCT แต่พบว่ายังขาดความเข้มข้นต่อเนื่อง และการปฏิบัติ ยังไม่สอดคล้องกันทั้งระบบ เพื่อให้มีการจัดบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมายได้จริง

แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ทำให้การดำเนินงานละเลยกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไปที่มีความต้องการบริการเช่นเดียวกัน แต่ไม่ค่อยมีมาตรการการทำงานเข้าถึงกลุ่มทั่วไปเหล่านี้

### ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบในการศึกษาที่เป็นการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง คณะผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายเอดส์ ดังต่อไปนี้

#### 1. โครงสร้าง กลไก และกระบวนการดำเนินงานด้านนโยบาย

##### 1.1 การพัฒนานโยบาย และการประสานนโยบาย (Policy formulation and coordination)

###### ก. กลไกด้านนโยบาย และการประสานนโยบาย

ปัจจุบันกลไกที่ทำหน้าที่ประสานนโยบาย ระดับชาติ คือ คช.ปอ. มีจุดอ่อนในด้านความคล่องตัว และประสิทธิผลในด้านการประสานนโยบายระหว่างส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีเลขานุการทั้งในเชิงการจัดการ และเชิงวิชาการ ที่ปัจจุบัน กำลังคน และประสิทธิผลของวิธีทำงาน ยังผลักดันให้มีการดำเนินงานได้น้อย ซึ่งควรมีการพิจารณา

- ในเรื่องโครงสร้างของกลไกคณะกรรมการ ในด้านองค์ประกอบของคณะกรรมการที่ควรมียุทธศาสตร์ของหน่วยงานหลักที่ดำเนินเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น สปสช. ประกันสังคม
- ในด้านการบริหารคณะกรรมการ และกลไกเลขานุการ ทั้งในแง่ตำแหน่งของสำนักงานเลขานุการ ว่าควรอยู่ภายใต้การดูแลของส่วนงานกระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนงานใดจึงจะสอดคล้อง

กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ตลอดจนลักษณะที่บุคลากรที่รองรับการดำเนินงานด้านการจัดการและประสานวิชาการที่มีความสามารถเหมาะสม ที่ต้องมีความชัดเจน ต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนา นโยบายและประสานนโยบาย

- กลไกที่สนับสนุนด้านวิชาการเพื่อการพัฒนา นโยบายในระดับชาติ ควรมีการกำหนด และพัฒนาให้มีความศักยภาพเพิ่มขึ้น ทั้งที่เป็นหน่วยงานเดิมในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานใน กระทรวงหลักอื่นๆ

#### ข. กระบวนการพัฒนาแผน และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์

ที่ผ่านมาในด้านกระบวนการพัฒนาแผนเอดส์ฉบับที่ 10 นี้ มีจุดเด่นในด้านความความละเอียดและครอบคลุมในการแก้ปัญหาเอดส์ด้านต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการดำเนินงาน แต่ยังมีจุดอ่อนในด้านการกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นการพัฒนา และบริหารแผน ไม่ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแผน และการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ทำให้เมื่อการดำเนินงานตามแผนเป็นไปได้น้อย การปรับแผนกลยุทธ์ตามสถานการณ์โครงสร้างที่มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการปรับให้สอดคล้องกับแผนการกระจายอำนาจ และแผนการพัฒนามาตรการที่เกี่ยวข้องกับด้านสังคม ยังไม่ชัดเจน จึงมีข้อเสนอต่อการกระบวนการพัฒนาแผนในระยะต่อไป ที่ควรมีการวิเคราะห์ และพิจารณาให้ความสำคัญกับข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านค่าสังคม ค่านิยม และวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น ที่นอกเหนือจากข้อมูลทางระบาดวิทยา ตลอดจนข้อมูลความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานในพื้นที่ลักษณะต่างๆ เพื่อให้สามารถนำมาสังเคราะห์เป็นกลยุทธ์การทำงานที่เป็นรูปธรรม และกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่หลักของภาคีหุ้นส่วนแต่ละหน่วยที่ชัดเจนด้วย

ในช่วงระยะการพัฒนาแผนนั้นใช้เวลามาก และลงทุนทรัพยากรระดับความเห็นมาก แต่ลงทุนทรัพยากรในช่วงการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลน้อย ซึ่งควรมีการจัดการในระยะต่างๆ อย่างสมดุลมากขึ้น

### 1.2 การแปลนโยบายสู่การปฏิบัติ และการสื่อสารนโยบาย (Policy translation and communication)

ที่ผ่านมาไม่มีกลไกใดที่ทำหน้าที่คิดค้นต่อเนื่อง ในการแปลนโยบายไปสู่แนวทางการปฏิบัติของแต่ละภาคส่วน และแปลเป็นระบบสนับสนุนที่สอดคล้องทั้งในด้านงบประมาณ บุคคล และเทคโนโลยี จึงมีข้อเสนอให้มีคิดเตรียมการในด้านนี้ไว้อย่างชัดเจน และกำหนดให้ ศบ.จอ. ทำหน้าที่ในด้านนี้ โดยประสานความร่วมมือกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และควรมีแผนการในการแปลนโยบายเป็นแนวปฏิบัติ พร้อมการสื่อสารให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงนโยบายที่เกี่ยวข้อง กระตุ้นให้ทุกส่วนได้นำนโยบายไปปฏิบัติ และมีแนวทางการติดตาม ประเมินผลต่อเนื่อง มีการพัฒนาแนวทาง

การบูรณาการระบบสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการ เทคโนโลยี งบประมาณ และบุคลากรในขอบเขตที่เป็นไปได้จริง

## 2. กลไก และการดำเนินงานตามนโยบาย (Policy Implementation)

ควรมีการพัฒนากรอบบริหารแผน และยุทธศาสตร์ ที่เป็นเชิงรุกและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทและขอบเขตอำนาจในการประสานจัดการชัดเจนมากขึ้น และมีการประสานการดำเนินงานเชื่อมโยงกับกลไกของกองทุนโลกที่เป็นกลไกหลักอีกส่วนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ควรพิจารณากรอบการบริหารแผนนี้ให้ชัดเจนว่าจะป็น สบ.จอ. หรือ สอ.วพ. ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นกลไกใหม่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือกลไกใหม่ภายใต้กระทรวงอื่น เนื่องจากบทบาทของกรมควบคุมโรค และสอ.วพ. มีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิม

นอกจากนี้ควรมีการพัฒนากรอบ หรือ คณะทำงานในการคิดค้นระบบสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และการจูงใจที่เป็น non-financial และพัฒนาด้านวิชาการ ในแต่ละด้านทั้งด้านการป้องกัน การคุ้มครองสิทธิ การบูรณาการด้านการรักษาระหว่าง 3 กองทุน ทั้งนี้เพราะกลไกการตั้งงบประมาณ และการประสานงบประมาณได้เปลี่ยนไปแล้ว จึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือ หรือกลไกแบบใหม่ที่ไม่ใช่เพียงงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การมีตัวชี้วัดผลงานร่วม (ที่ต้องพัฒนาให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น) การพัฒนาจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน หรือการร่วมคิดหามาตรการย่อยในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานรับผิดชอบหลักของแต่ละมาตรการ และในด้านกลไกการการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยเฉพาะการดูแล สนับสนุน และการป้องกันกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่นกลุ่มเยาวชน เด็กนักเรียน ที่อยู่นอกความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแนวโน้มเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นวิธีการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยที่หน่วยงานไม่ได้อยู่ภายใต้สาธารณสุข แต่สบ.จอ.อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการคิดค้นและพัฒนาวิธีการใหม่ๆ จากการระดมความคิดเห็นของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องได้มีข้อเสนอต่อกลไกและการจัดการ เพื่อการขับเคลื่อนด้านการดูแล และป้องกันปัญหาเอดส์ โดยหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) ควรมีการจัดงบประมาณกลางสำหรับหน่วยบริหารแผนและยุทธศาสตร์ด้านเอดส์เป็นการเฉพาะเพื่อ facilitate การทำงานของกลไก และพัฒนานวัตกรรม ร่วมกับงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน แต่งบในด้านดำเนินการทั้งหมดให้เป็นงบของหน่วยดำเนินงานหลักของเรื่องนั้นๆ

2) มีกลไกชัดเจนจำเพาะด้านเอดส์ภายในแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ เพื่อการพัฒนา และติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แต่ขนาด หรือรูปแบบของกลไกขึ้นกับโครงสร้างภายในของแต่ละกระทรวง

- 3) ให้มีการพัฒนาตัววัด เพื่อการติดตาม ผล ตามแผนกลยุทธ์ที่แต่ละหน่วยงานมีบทบาทร่วมที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ต่อเนื่อง และมีการรวบรวม รายงานผล เป็นระยะๆ โดยหน่วยบริหารกลางของประเทศ
- 4) ให้มีการจัดการความรู้ และสนับสนุนวิชาการในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้มีแผนปฏิบัติและแนวทางการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานอื่นนอกสาธารณสุข ให้เข้าใจ และเท่าทันสถานการณ์เอดส์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
- 5) ควรจะมีการระดมความคิดเห็น เพื่อบูรณาการการใช้เงินของกองทุนโลกให้มาเสริมความเข้มแข็งของระบบปกติของชาติทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ให้ดีขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และแผนการดำเนินงานร่วมกันได้ ทั้งนี้เพื่อเตรียมการหากไม่มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก กลไกปกติในประเทศไทยจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยเฉพาะกลไกที่สนับสนุนการดำเนินงานในส่วนองค์กรเอกชน กลไกที่ดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ
- 6) ควรมีการวางแผน และพัฒนากลไกการทำงานโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาคม ที่มีความต่อเนื่องในระยะยาว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น มิได้เป็นการประสานที่ขึ้นกับความสัมพันธ์หรือความสนใจส่วนบุคคล และมีแผนการพัฒนาศักยภาพของภาคเอกชนในการติดตาม ประเมินผลงานของตนเอง

### 3. กลไกการประสานและดำเนินงานระดับจังหวัด และท้องถิ่น

#### 3.1 การดำเนินงานระดับจังหวัด

1. กลไกคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด ยังเป็นกลไกที่สำคัญในการประสานและบูรณาการแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องเอดส์ในระดับพื้นที่ แต่ต้องมีการพัฒนาการสื่อสารสถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานด้านเอดส์ระหว่างกรรมการในระดับจังหวัด กับ กรรมการในระดับชาติเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีงบประมาณพื้นฐานที่สนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการอย่างต่อเนื่อง และมีกลไกที่ส่วนกลางติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง
2. กลไกกลางที่มีบทบาทในการเป็นเลขานุการของคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด และมีบทบาทประสานการดำเนินงานระดับจังหวัดในปัจจุบันเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งยังคงมีบทบาทที่ต่อเนื่อง และหลายจังหวัดในพื้นที่ศึกษาสามารถประสานการดำเนินงานได้ดี แต่ที่ผ่านมามีข้อจำกัดในด้านกำลังคน และระดับความรู้ ความสามารถของบุคลากรในส่วนงานนี้ที่เป็นการประสานแผนเชิงกลยุทธ์ การประสานเป้าหมาย และการแปลงนโยบาย หรือแผนรวมของประเทศให้เป็นแผนปฏิบัติการในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งกลไกประสานนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านงบประมาณ และด้านวิชาการที่ต่อเนื่อง ขาดหายเป็นช่วงๆ และส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนรายโครงการตามแผนของกองทุนโลกรอบต่างๆ ตัวชี้วัดเพื่อการติดตามประเมินผลไม่ชัดเจน ไม่มีตัววัดเชิงบูรณาการ

หรือตัววัดที่สะท้อนปัญหาของแต่ละพื้นที่ มีแต่การประเมินสถานการณ์การติดเชื้อของประชากร แต่ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ และผลกระทบของการดำเนินงานในแต่ละโครงการ จึงควรมีแผนการพัฒนาสมรรถนะของหน่วยประสานระดับจังหวัดที่ชัดเจน และมีแผนสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง อีกทั้งผู้บริหารของหน่วยงานควรมีบทบาทในการประสานแผนด้วย

3. ควรมีการพัฒนากรอบแนวทางการดำเนินระดับจังหวัดในด้านต่างๆ ที่เป็นพื้นฐานขั้นต่ำ และที่ต้องปรับให้แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ และตามสถานการณ์ความชุกของโรค

4. ควรมีงบประมาณกลางที่สนับสนุนหน่วยประสานกลางระดับจังหวัดในการประสานความร่วมมือ และการพัฒนานวัตกรรมที่ต่อเนื่อง หรือประสานการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในกลุ่มต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง

### 3.2 การประสานและสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่น

ที่ผ่านมาการสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอชไอวีในระดับท้องถิ่นเป็นลักษณะการดำเนินงานแบบโครงการนำร่องเป็นบางแห่งไม่กระจายทั่วถึง และไม่มีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ยังขาดการสรุปบทเรียน การจัดการความรู้เพื่อสรุปเป็นกรอบแนวปฏิบัติในการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงมีข้อเสนอให้หน่วยงานระดับจังหวัด และระดับชาติ ได้มีการสรุปบทเรียนความเป็นไปได้ ลักษณะต่างๆ ของการดำเนินงานของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับด้านเอชไอวี และพัฒนาเป็นกรอบแนวปฏิบัติพื้นฐาน และแนวปฏิบัติที่เลือกดำเนินงานตามลักษณะของพื้นที่ ให้มีแผนการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการวางแผนด้านเอชไอวีอย่างมีความครอบคลุมทั่วประเทศ และมีการดำเนินงานร่วมกับกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดให้ อปท. มีการกำหนดเป้าหมายขั้นต่ำของงบประมาณของแต่ละท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านเอชไอวี พร้อมกับมีกรอบแนวทางการดำเนินงาน และปรับระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกัน รวมทั้งให้มีการกำหนดกรอบแนวทางแก้ไขด้านเอชไอวีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพประจำตำบล ที่สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 4. การติดตามประเมินผล

ควรมีการพัฒนากลไกและระบบติดตาม ประเมินผล ที่มีความต่อเนื่องในด้านการติดตามการดำเนินงาน (Policy implementation) ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโครงการ ที่เพิ่มเติมจากการติดตามเชิงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่างๆ มีกลไกการบริหาร การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด และท้องถิ่นที่ชัดเจน มีการกำหนดตัววัดการติดตามประเมินผล การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม วัดได้จริง ตลอดจนการพัฒนากระบวนการข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผล มีกลไกสะท้อนผล (feedback loop) หลังจากการติดตาม เพื่อสนับสนุน หรือปรับแผนการดำเนินงานให้สอดคล้อง และบรรลุเป้าหมายของแผน/นโยบายตามที่กำหนด

ในส่วนที่เป็นการติดตามประเมินผลในเชิงผลลัพธ์ ผลกระทบ ตามที่กำหนด ใน UNGASS นั้น ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดการฐานข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดในแต่ละด้านให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น และเป็นข้อมูลที่ติดตามได้ต่อเนื่อง ข้อมูลตัวชี้วัดผลในด้านการคุ้มครองสิทธิ การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ควรมีการพัฒนาใหม่ให้เก็บข้อมูลได้และใกล้เคียงความเป็นจริง อีกทั้งมีกลไกในการวิเคราะห์ แปลผล ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประสานและพัฒนา ตัวชี้วัดในระดับต่างๆ ให้ประสานเชื่อมโยง และใช้ประกอบการตัดสินใจได้

## 5. ระบบข้อมูล

ควรมีการพัฒนาชุดข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลในด้านต่างๆ ต่อไปนี้เพิ่มขึ้น คือ

1) ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหม่ ได้แก่ กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายรักชาย ที่มีความครอบคลุมได้กว้างขวางขึ้น มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และใช้ประเมินสถานการณ์ได้อย่างเป็นระบบ

2) ระบบข้อมูลทางด้านสังคม ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมการใช้ถุงยาง ที่อาจเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมในการแสดงถึงแนวโน้มการป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนข้อมูลที่เป็น การประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่มีการติดตามต่อเนื่อง ข้อมูลผลกระทบเชิง เศรษฐกิจ สังคม เพื่อนำมาใช้พัฒนาวิธีการด้านการป้องกัน

3) ข้อมูลเพื่อการติดตาม ประเมินการดำเนินงาน ในด้านการคุ้มครองสิทธิ การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่เป็นรูปธรรม และเก็บข้อมูลได้ใกล้เคียงความจริงมากขึ้น

4) ให้มีการพัฒนากลไกประสาน และกำกับให้มีชุดข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ อย่าง ต่อเนื่อง และทันเหตุการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นกลไกร่วมกับการติดตามประเมินผลทั้งในระดับชาติ ระดับ จังหวัด และท้องถิ่น

## 6. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์

1) การดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ ควรมีการพัฒนากระบวนการและการจัดการความรู้ ที่สนับสนุนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรค และป้องกันความเสี่ยงในกลุ่ม ประชากรต่างๆ และในบริบทต่างๆ ข้อมูล ความรู้ในการประเมินผลการดำเนินงานในด้านการป้องกัน ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ วิชาการให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

2) การดำเนินงานเพื่อการรักษาและบริการทางการแพทย์ ที่ผ่านมามีการดำเนินงานพัฒนาไป มาก ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาต่อเนื่อง คือ ระบบควบคุมกำกับคุณภาพ และการประสานให้มาตรฐาน การดูแลรักษาในแต่ละสิทธิประโยชน์มีคุณภาพเท่าเทียมกัน และการจัดการบริการให้ยังคงการดูแล บริการแบบองค์รวม เมื่อมีผู้ติดเชื้อเอดส์มารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งควรมีการพัฒนาระบบให้บริการที่ มิได้กระจุกแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่กระจายให้หน่วยบริการในชุมชนได้มีบทบาทให้บริการด้านนี้ เพิ่มขึ้น



3) การดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ควรมีการคิดค้น ศึกษา วิจัย พัฒนาพัฒนา มาตรการในการคุ้มครองสิทธิในมิติสังคมไทย และระบบวิชาการที่รองรับการดำเนินงานด้านนี้ให้ชัดเจน มากขึ้น ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีในระดับชุมชนทั้งที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มอาสาสมัคร อปท. และผู้ให้บริการในระดับตำบล อำเภอให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่ กระจ่างชัดเจนแปลเป็นแนวการปฏิบัติได้

4) การศึกษาวิจัย และการพัฒนาองค์ความรู้ ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ประสานการวิจัยที่เป็น ปัญหาสำคัญของประเทศ และมีระบบงบประมาณสนับสนุนตามความสำคัญ โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อการ ป้องกันโรคซึ่งที่ผ่านมามีการวิจัยด้านการป้องกันน้อยมาก และมีการพัฒนาจัดการข้อมูลจากการวิจัย เพื่อนำแปลผลเป็นนโยบาย และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย ที่น่าจะมีความสำคัญ ต่อการพัฒนาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในระยะ ต่อไป ได้แก่

#### การรักษาพยาบาลและการดูแล

1. ภายใต้สถานการณ์ที่การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ให้บริการ เฉพาะทางด้านนี้ไม่เพิ่มขึ้น จะมีการจัดบริการอย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หน่วย บริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการในชุมชนจะมีบทบาทต่อการให้บริการด้านนี้เพิ่มขึ้นได้ อย่างไร
2. แนวทางการรักษาผู้ป่วย ARV ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ มากขึ้น เช่น มีmetabolic syndrome เพิ่มขึ้น

#### การพัฒนาเทคโนโลยี

1. การพัฒนายา second line drug of ARV
2. การพัฒนาการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการในด้าน CD4 count and viral load เพื่อ ค้นหา และเฝ้าระวังภาวะดื้อยาได้เร็วขึ้น

#### การป้องกัน

1. New effective interventions ในการป้องกัน หรือ screening
2. มาตรการในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญในอนาคต เช่น MSM
3. นโยบาย Getting to Zero จะสามารถเป็นจริงในทางปฏิบัติได้หรือไม่

# Summary Report



## “Evaluation of the National AIDS Response in Thailand”

---

### Evaluation Team

◆ **ASEAN Institute for Health Development (AIHD) , Mahidol University**

- ◆ Dr. Supattra Srivanichakron *Team Leader*
- ◆ Dr. Bang-on Thepthien
- ◆ Miss Parinda Tasee
- ◆ Miss Dussanee Dummee

◆ **The Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

- ◆ Assistant Professor Dr.Pakwimon Subhaluksuksakron

◆ **Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control,  
Ministry of Public Health**

- ◆ Dr. Chuleeporn Jiraphongsa
- ◆ Dr. Chawetsan Namwat
- ◆ Dr. Autthakiet Kanjanapiboolwong
- ◆ Mr.Sahapab Poonkesorn

◆ **International Health Policy Program(IHPP), MOPH**

- ◆ Dr. Phusit Prakongsai
- ◆ Assistant Professor Dr. Maneerat layton
- ◆ Ms. Kumaree Pachanee

◆ **Health Counterparts Consulting (HCC)**

- ◆ Miss Siriporn Yongpanichkul
- ◆ Dr. Dares Chusri

◆ **HLSP, UK**

- ◆ Ms.Henrietta Wells
- ◆ Ms.Saul Johnson
- ◆ Dr.Clare Dickinson

◆ **Representative from the Positive People’s Network of Thailand (TNP+)**

- ◆ Mr. Anan Muangmoonchai

# Introduction



The Department for Disease Control of the Ministry of Public Health, as Secretariat of the National AIDS Committee, commissioned an evaluation of Thailand's AIDS response for the period of 2007-11. The goal of the evaluation was to apply the findings to the subsequent five-year AIDS plan (2012-2016). The Evaluation Team was led by the ASEAN Institute for Health Development of Mahidol University and partners.

This evaluation report presents a review of the recent developments in AIDS and related policies, the translation of policy into action at the central, regional, and provincial levels, management of the budget for AIDS prevention and control, and the implementation in response to the four core strategies of the National AIDS Plan for 2007-11. Finally, the evaluation report includes recommendations for improving the up-coming plan, prioritizing tasks and target populations, and appropriate resource mobilization.

The Evaluation Team sincerely hopes that the information gained from this evaluation can be constructively applied to the planning process for the 2012-16 National AIDS Program development in order to promote more efficient strategies which more directly address the current context of AIDS in Thailand.

**Evaluation Team**

**November 2011**

# Acknowledgements

---

The Evaluation Team which conducted this analysis of Thailand's AIDS response would like to express its gratitude to the Department of Disease Control of the Ministry of Public Health for its confidence in the Evaluation Team and for commissioning this study. The Team also thanks the Technical Review Panel for its valuable recommendations to the Team at each phase of implementation of the evaluation. Thanks are expressed to all the individuals who took the time to share information with the Team including, at the central level, administrators and implementation staff of the Department for Disease Control and the Department of Health of the Ministry of Public Health, the National Health Security Office, the Social Security Office, and international development organizations such as WHO, UNFPA, UNAIDS, and UNICEF. The Team also thanks staff of the Ministry for Social Development and Human Security, the Ministry of Education, the Ministry of Interior, the Ministry of Labor, the Ministry of Finance, the Ministry of Justice, and the Office of the Narcotics Control Board for providing information to the Team. The Team would like to express its gratitude to the staff of Civil Society organizations, including the Thai NGO Coalition on AIDS, the AIDS ACCESS Foundation, the Thai Network for People Living with AIDS, and the Thai Red Cross AIDS Research Center for providing valuable information to the Team about the process of implementation and observations and reflections about the 2007-11 national AIDS plan and response.

Finally, the Team is tremendously thankful to the administrators and implementation staff of the provincial headquarters offices, the provincial chief medical office, the district health office, the provincial hospital, the district hospital, the Tambon health promotion hospital, and the local administrative organizations with experience of AIDS implementation in the five case-study provinces for sacrificing their valuable time to meet with the Team and for skillfully facilitating field visits and meetings for the Team throughout.

**Evaluation Team  
November 2011**

# Table of Contents



---

	<b>Page</b>
<b>Part 1 Key Findings</b>	<b>3</b>
1.1 Overview of the AIDS situation in 2007-11	3
1.2 Policy development and mechanism for prevention and control of AIDS in Thailand	4
1.3 Achievement of the objectives of the NPS and MDG6	6
1.4 Policy development process and translating policy into action	10
1.5 Budget for AIDS prevention and control	15
1.6 Structure and implementation at the national and provincial level	17
1.7 Results of implementation under the AIDS policy	26
<b>Part 2 Summary of Evaluation Findings</b>	<b>29</b>
2.1 Achievement of objectives	29
2.2 Efficiency and effectiveness of the 2007-11 NPS	29
2.3 Are the existing structures and practices, both at the national and sub-national level (province, sub-district) supportive (or non-supportive) to effective planning, coordination, resource allocation/mobilization, implementation, monitoring, evaluation and reporting of the national response?	31
2.4 Are policies, plans and implementation practices at all levels facilitating quality services and equal access to prevention, treatment, care and support for all in need?	31
<b>Part 3 Recommendations</b>	<b>32</b>
3.1 Structure, mechanism and process of policy implementation	32
3.2 Policy Implementation	34
3.3 Strategies for coordination and implementation at the provincial and local levels	35
3.4 Monitoring and evaluation	36
3.5 Data system	37
3.6 Recommendations for development of implementation guidelines for the strategies	38

# Table of Figures and Tables

---



	<b>Page</b>
<b>Figure 1</b> Conceptual Framework of the Evaluation	2
<b>Figure 2</b> Development of HIV prevention and control in Thailand	6
<b>Figure 3</b> Projections of reduction of new HIV infections by half during 2007-11	8
<b>Figure 4</b> Mean HIV prevalence among pregnant women by age group	9
<b>Figure 5</b> Process of the NPS formulation for 2007-11 (National level)	11
<b>Figure 6</b> Structure of implementation of AIDS prevention and control at the national level during 2007-11	17
<b>Table 1</b> Budget for AIDS in Thailand, and overview of AIDS budget allocations by various agencies during 2006 – 2011.	16
<b>Table 2</b> Advocating AIDS policy by component	21
<b>Table 3</b> Strength of the strategy to advance AIDS work and results of implementation at the provincial level	23

# Acronyms



---

ANC	Ante-natal Care
ART	Anti-retroviral Therapy
AEM	Asian Epidemic Model
BSS	Behavioral Surveillance Survey
BATS	Bureau of AIDS, TB and STI
BOE	Bureau of Epidemiology
DDC	Department for Disease Control
FSW	Female Sex Workers
GF	Global Fund
HRG	HIV risk groups
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Intravenous Drug Users
LAO	Local Administrative Organizations
MSW	Male Sex Workers
MSM	Men who have Sex with Men
MW	Migrant Workers
MDG	Millennium Development Goal
MDG6	6 <sup>th</sup> Millennium Development Goal
MOPH	Ministry of Public Health
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security
M&E	Monitoring and Evaluation
NAPHA	National Access to Antiretroviral Programme for PLHA

NAC	National AIDS Committee
NAMC	National AIDS Management Center
NAP	National AIDS Program
NASA	National AIDS Spending Assessments
NHSO	National Health Security Office
NPS	National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation
PLHA	Persons Living with HIV/AIDS
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission
PAC	Provincial AIDS Committee
PCM	Provincial Coordinating Mechanism
PHO	Provincial Health Office
STI	Sexually Transmitted Infections
SSO	Social Security Office
TBCA	Thailand Business Coalition on AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UA	Universal Access towards Prevention, Treatment, Care and Support
VHV	Village Health Volunteers
VCT	Voluntary Counseling and Testing



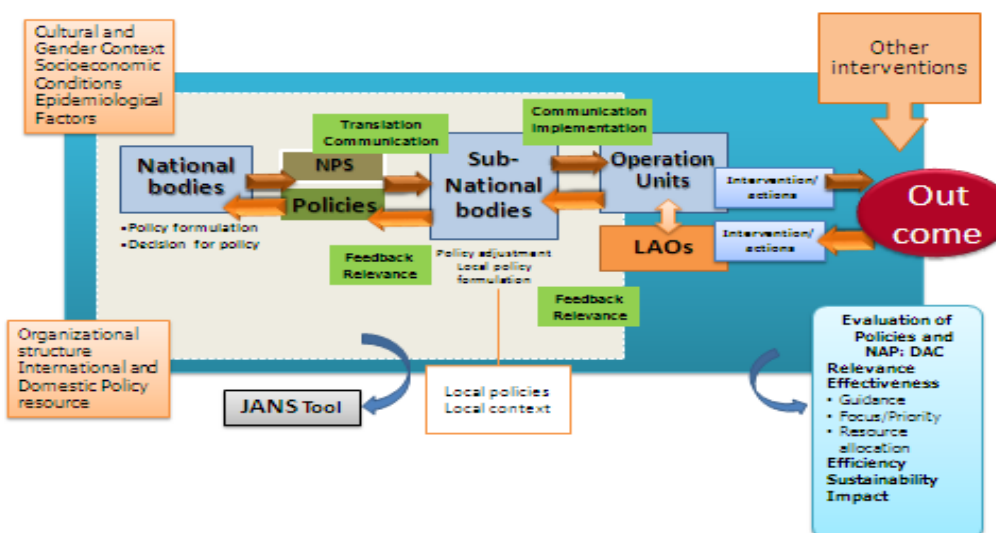
This evaluation of Thailand's National AIDS Policy and Management in 2007-2011 comprises three objectives: (1) To assess how responsive the National AIDS Policy and Program (NAP) has been in meeting the targets of the 2007-2011 National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation (NPS), and the 6<sup>th</sup> UN Millennium Development Goals (MDG6); (2) To evaluate the relevance, efficiency, effectiveness, sustainability and impact of the implementation of the NPS at the national, regional, and local levels; and (3) To provide recommendations as a guideline for improving policy formulation, planning, implementation, monitoring and evaluation of the next 5-year NPS in 2012-2016, and help prioritize the components of implementation, the target populations and the allocation of resources during the up-coming five-year plan period (2012-2016).

The four core evaluation questions of this study are as follows:

1. To what extent is Thailand meeting its objectives to a) reach universal access to prevention, treatment, care and support, b) reach MDG #6 by 2015, and c) to halve the number of new HIV infections by 2011 through accelerated prevention?
2. Does the NPS for 2007-11 and the Operational Plan for Prevention and Alleviation of AIDS towards Universal Access 2007-11 adequately guide and support an effective and efficient national response to HIV and AIDS both as regards Thailand's overall objectives and as regards the socio-epidemiological context?
3. Are the existing structures and practices, both at the national and sub-national level (province, sub-district) supportive (or non-supportive) to effective planning, coordination, resource allocation/mobilization, implementation, monitoring, evaluation and reporting of the national response?
4. Are policies, plans and implementation practices at all levels facilitating quality services and equal access to prevention, treatment, care and support for all in need?

The conceptual framework of this evaluation of the National AIDS Response during 2007-11 explores policy process and management at the following three areas: (1) Policy formulation at the national level, encompassing implementation and the roles of government and private organizations; (2) Policy translation and communication; and (3) Policy and program implementation. The evaluation applied the conceptual framework based on the Joint Assessment of National Strategies and Plans (JANS tool), and the policy or health program conceptual framework based on the Development Assistance Committee (DAC) principles for development assistance.

**Figure: 1** Conceptual Framework of the Evaluation



This evaluation involved reviews of existing documentation, interviews and brainstorming meetings among key informants from the public and private sectors and civil societies. Field investigation was conducted in five provinces as regional representative of the NAP implementation processes and outcomes. This evaluation was conducted during February to May 2011 and focused on policy and planning related to HIV/AIDS, and past achievements. The evaluation team examined the process of policy development, strategies for policy implementation, system bottleneck and outcomes. The team also assessed problems and obstacles in these areas as a basis for recommendations to improve the next five-year plan in the up-coming period.

The scope of assessment on the policy and measures extends beyond the NAP plan for 2007-11 to include policies endorsed and announced by the National AIDS Committee (NAC) during the same period as well as other related policies. This evaluation defines “policy” as the high-level or policy-level public statements regarding the objectives or intention of implementation which can be applicable in practice, plan-managed, and supportive in various dimensions. In addition, “policy” connotes those decisions and declarations of policy-making agencies with direct responsibility for HIV/AIDS work including the Cabinet, the NAC, the Ministry of Public Health (MOPH), the National Health Security Office (NHSO), and strategies of the related, core ministries (i.e., the Ministry of Education, the Ministry of Interior, the Ministry of Social Development and Human Security) and NGOs and other not-for-profit agencies.

Following are the findings of the evaluation.

## Part 1 Key Findings

### 1.1 Overview of the HIV/AIDS situation in 2007-11

Data from the HIV and risk behavioral surveillance systems during 2006-2010 show that prevalence of HIV infection was rather low among the general population as indicated by 0.7% prevalence among pregnant women appearing at ante-natal care (ANC) clinics in 2010. Most of the sentinel populations in the HIV surveillance system experienced declines in prevalence during 2006-2009. However there were increases in 2010 for pregnant women, non-brothel-based female sex workers (FSW) and military conscripts. The number of new infections in Thailand continued to decline as a whole. However there was an increase in new infections among ANC clients and military conscripts aged 20-24 years.

These epidemiological findings are consistent with the surveys of youth behaviors which show the increased risk behavior of multi-partner sex and unsafe sex. These trends could explain the increasing trends in youth experience with sexually transmitted infections (STI) and unplanned pregnancy. In 2008, approximately one-fifth pregnant women were under age 20 when they gave birth. A comparison of HIV risk groups (HRG) between 2005 and 2008 shows an increasing trend (almost doubling) of new HIV infection among non-brothel-based female sex workers (FSW). HIV and STI infections among these free-lance FSW were five times higher than their counterparts who were brothel-based FSW. In addition, the free-lance FSW do not have routine access to prevention and treatment, or accurate information about risk of HIV and STI. HIV among men who have sex with men (MSM) remains at a high level without showing signs of decline. This is especially true for MSM in large urban areas and big cities with a large number of tourists. Intravenous drug users (IDU) who appear for treatment at out-patient clinics also have persistently high levels of HIV infection rate (30% - 40%). Foreign migrant workers (MWs) who work as fishing boat crew have higher levels of HIV than MW in other occupations. In some locations, MWs have higher levels of HIV than Thais in the same occupation. This could be due to communication difficulties of MW which hinders their access to factual information and supplies for prevention of HIV infections.

## 1.2 Policy development and mechanisms for prevention and control of AIDS in Thailand

Government reform during 2002-2006 involved the devolution of authority for some operations to the periphery. Accordingly, there were adjustments to the structure and management of AIDS as part of this decentralization. Following enactment of the official ministerial proclamation in 2002, the Ministry of Public Health (MOPH) implemented structural reforms at the central and sub-national level. In particular, at the central level, the role of the Department for Disease Control (DDC) shifted from one of coordination and budget support for implementation and development into a technical support function.

**Central mechanism at the national level:** The National AIDS Committee (NAC) is formulated as the central mechanism for coordination and integration of the work between the various sectors as they define the policy direction and measures for implementation, up to and including M&E. The National AIDS Committee (NAC) has the Prime Minister as chairperson, and the Director-General of the DDC of the MOPH as the secretary, with other 36 members, representing the various sectors of the government, technical experts, and Civil Society. The National AIDS Management Center (NAMC) has the primary responsibility for coordinating and monitoring implementation. There has been a revision to the internal structure which has separated the NAMC from the BATS in the DDC in 2009. The NAMC is playing a bigger role in strategic coordination, but has no direct role in budget allocation. There are six sub-committees under the NAC to promote and oversee coordination in their respective areas of emphasis including: (1) Planning; (2) Monitoring and evaluation; (3) Accelerated prevention; (4) AIDS in the workplace; (5) Rights protection; and (6) AIDS vaccine trials.

**In the various ministries other than the MOPH, there is no specific strategy for AIDS,** Instead, the AIDS work is integrated into the numerous and diverse programs of the participating agencies. Up to 2007, these ministries prepared AIDS budgets through coordination with the MOPH. However, starting in 2007, no specific AIDS budget was defined; and this was also reflected by their counterpart offices at the provincial level. Budget for health of the population was allocated as a lump sum based on per capita needs, including AIDS. There was no specific allocation for AIDS prevention and control. Instead, the relevant budget category was “health promotion and disease prevention.” This budget was managed through the service provision units, while the budget for the local

administrative offices such as the Provincial Health Office (PHO) and technical support agencies such as the regional disease control office has been reduced. The net effect of this change was a dramatic decrease in the allocable budget for AIDS. In addition, the role of the PHO shifted to coordination and monitoring; the PHO no longer had the role of managing and allocating budget for AIDS or of providing health services. Accordingly, the number of dedicated staff for AIDS work at the PHO declined from perhaps ten, to one to three persons.

**Provincial level:** The core agency for coordination at this level is the Provincial AIDS Committee (PAC), with the PHO as secretariat. Over the past several years, the concern and interest in implementing the AIDS agenda has declined. This is, in part, due to the reduced budget earmarked for AIDS, and there are limited resources for monitoring and evaluation. The scope and outcomes of the AIDS work differ significantly among provinces. The amount of effort is directly related to the motivation of the provincial leadership and the capacity of the provincial AIDS team, including the Civil Society agencies in the province.

**At the sub-provincial level:** There is neither AIDS-specific mechanism nor strategic plan at this level. Instead, there is a general coordination mechanism under the routine system.

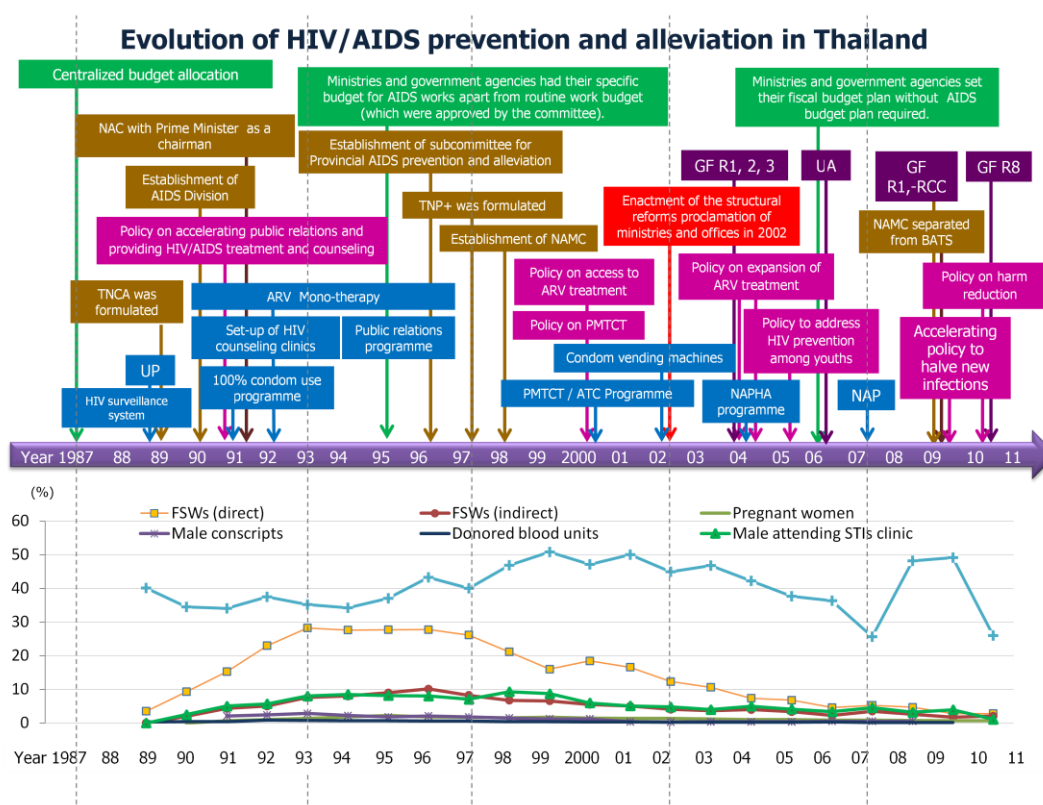
**In the area of budget:** There were important changes during 2003-2004 in the decentralization of budget to the local administrative organizations (LAO), such as responsibility for paying the monthly welfare stipend for persons living with HIV/AIDS (PLHA). In addition, the budget for prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV and for anti-retroviral therapy (ART) was now managed through the National Health Security Office (NHSO). In 2006, the NAC issued a resolution approving each agency to establish an AIDS-specific budget category, which deviated from the previous system of a centralized planning process (with clear ramifications in 2007). In addition, the budget for the PAC also declined to the extent that, in subsequent years, there was no budget specifically for AIDS. Provincial agencies had to devise methods to establish their own AIDS funding or draw from alternate sources.

**In the area of care and treatment:** The Thai government has a clear policy of expanding access to ART. In 2004, the Prime Minister announced the increase of ART coverage to include 50,000 PLHA under the NAPHA initiative of the DDC of the MOPH (at the 15<sup>th</sup> International AIDS Conference, held at the IMPACT Conference Center in Bangkok). Next, in 2005, the Minister of Health announced the integration of budgeting for ART through the national, universal health

insurance scheme. As a result, the responsibility for funding NAPHA was transferred to the NHSO. In 2007, NHSO completed this transition of responsibility under the designated name of “National AIDS Programme.”

**In the area of prevention:** Most of the prevention activity has occurred under the Global Fund (GF), Round 1 RCC. The emphasis of this support is the development of Provincial Coordinating Mechanism (PCM) and integration of prevention, care and treatment of sexually transmitted infections (STI) and HIV/AIDS among youth. This is referred to as the “youth-friendly services program”. This program is being implemented in 43 provinces. The GF Round 8 funding has given priority to extending HIV prevention to the hard-to-reach groups in 48 provinces including MSM, intravenous drug users (IDU), FSW, prisoners, and foreign migrant workers (MW).

**Figure 2:** Development of HIV prevention and control in Thailand



### 1.3 Achievement of the objectives of the NPS and MDG6

Implementation of AIDS control policy during 2007-11 was directly responsive to the three target areas as follows: (1) Universal Access towards Prevention, Treatment, Care and Support (UA) in Thailand (2) Achievement of MDG6 in 2015; and (3) Halving the number of new HIV infections by the end of the Plan period. Thus, this evaluation focused on key components of these policy targets.

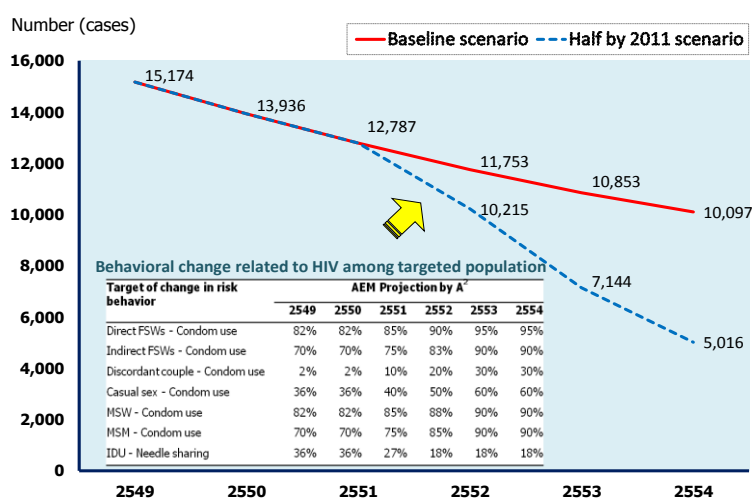
### **1.3.1 Access to AIDS prevention and control**

Regarding access to the core program of HIV prevention, the most successful component has been the PMTCT initiative which has achieved over 90% coverage of those eligible. Access to other aspects of core prevention is still below target for other vulnerable groups. Data are lacking on coverage and utilization of VCT for those in need HIV screening for youth and factory workers is still low (20% and 20%-35% respectively). Higher levels of HIV screening were achieved for FSW (45%) and MSM (55%) in 2010. There are no precise data for proportion of the population with access to condoms, even though condom outlets and distribution are widespread and increased during the Plan period. Adolescent condom use at last sex with a casual partner ranged from 30% to 70%. FSW had the highest reported condom use at last sex (90%). Condom use was high among discordant couples as well. Access to ART achieved a coverage rate of 76% of those eligible in 2009. There are no precise data on proportional access to AIDS prevention information. AIDS facts were increasingly being integrated with the sex education teaching at the high school and vocational school levels, though school-based access was only about two-thirds of students (68%). All of the priority groups in the Plan (youth and special groups) had no higher than 40% correct knowledge of the five UNGASS AIDS knowledge indicators.

### **1.3.2 Reducing the number of new HIV infections by half**

To answer the question regarding progress toward the target of halving new HIV infections by the end of 2011, this evaluation used the projections from applications of the Asian Epidemic Model (AEM) which estimated the level of increased prevention behavior required to cut new infections in half (see Figure 3) among various vulnerable populations. These populations include FSW, MSM, male sex workers (MSW), discordant couples, casual sex partners, and IDUs. Data for condom use and needle sharing for these populations were obtained from the behavioral surveillance survey (BSS) of the Bureau of Epidemiology (BOE) and other sources, such as project reports, etc. It can be summarized that, in most cases, the required increase in prevention behavior was not achieved. Thus, even though the number of new HIV infections did decline during the Plan period, the number was not sufficient to reduce incidence by half.

**Figure 3:** Projections of reduction of new HIV infections by half during 2007-11



Source : The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025 by The Analysis and Advocacy Project (A<sup>2</sup>), The Thai Working on HIV/AIDS Projections, USAID.c

### 1.3.3 Millennium Development Goal # 6

The 6<sup>th</sup> Millennium Development Goal (MDG6) has three targets as follows:

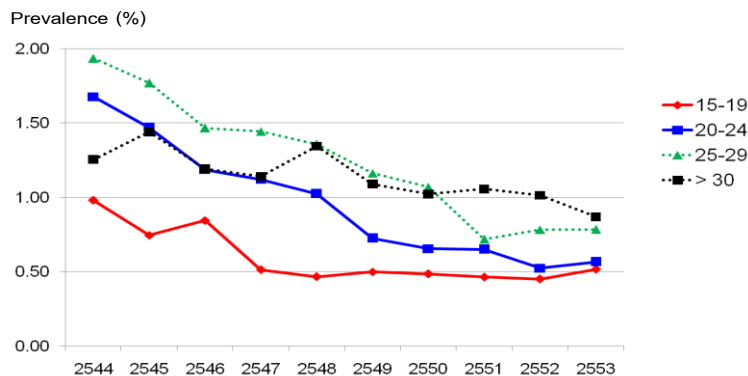
- 1) MDG 6A: Slow and reduce the spread of AIDS by 2015
- 2) MDG 6B: Provide complete coverage of care for PLHA within 2010;
- 3) MDG+ : Reduce infection among the reproductive age population to no higher than 1% within 2006.

To help evaluate MDG 6A, UNDP has proposed three indicators as follows:

- 1) Percent of HIV among the population age 15-24 years based on data from the BSS; prevalence of HIV among pregnant women age 15-24 years (which has been declining in Thailand since 2001, though there was a slight increase in 2010);
- 2) Condom use at last high-risk sex, based on data from the BSS on percent condom use in the past year during sex with non-regular partners among the population age 15-24 years (which in Thailand has ranged from 30% to 70%); and
- 3) The proportion of the population age 15 to 24 years with accurate AIDS knowledge, based on correct response to the five UNGASS knowledge questions among males and females age 15 to 24 years (which was rather low in Thailand, ranging from 15% to 35%).

From the above data it can be seen that, despite the declining prevalence of HIV in past years, in 2010 there was some reversal of this trend, with the threat that AIDS could increase in importance if risk behavior continues to increase. Thus, this prospect has raised doubts about Thailand's ability to achieve MDG 6A.



**Figure 4:** Mean HIV prevalence among pregnant women by age group

Source : Proceeding of 13<sup>th</sup> National AIDS Seminar, 29-31 March 2011.

**Remarks:** Data were not available for many of the indicators, and key data were not always tracked or systematically compiled. This was especially the case for the area of rights, social support, and prevention in the various groups. The evaluation team faced major challenges in assembling data, and which was often incomplete or incorrect. This circumstance points to the lack of application of the Plan specifications or implementation of the M&E strategy so that there might be a reliable and continuous source of evaluation data.

Data on achievements mostly came from reports on progress toward the UNGASS goals. Data on prevention included outcomes (e.g., behaviors). By contrast, data on treatment were mostly outputs, with little data on outcomes. There were no indicators for AIDS rights, research and M&E. These gaps in the data reflect systemic problems in the database and M&E systems to a certain extent.

Many of the data sets were ad hoc and specific to certain localities. The exception to this is the BSS among SW which has been national in scope and maintained over time. Data for MSM come from pilot studies of the BOE of the MOPH. Data on VCT come from pilot studies of the NHSO. There were no directly-relevant data on rights but only indirect data of school enrolment of children age 10-14. There were no data on the proportion of PLHA and affected persons who had their rights violated and in what way. Data from the rights protection agencies and other reports are limited. These shortcomings of the data point to the need for an M&E system to track implementation of the policy and strategy, and to provide data that can be applied to help future planning.

Most of the data on treatment comes from the NHSO, and these data cover only the population enrolled in the national health insurance scheme. For example, NHSO data do not include government civil servants receiving ART or those covered by other insurance systems. VCT can be achieved to some extent but the level of coverage is low. A CD4 count has not achieved full coverage, and ART access for foreign migrant population is lacking. The Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS) has put its efforts to work for persons affected by AIDS. However progress has been slow (in data collection) and the level of coverage is hard to estimate. Data on the quality of interventions is still vague and limited.

## **1.4 Policy development process and mechanism to translate policy into action**

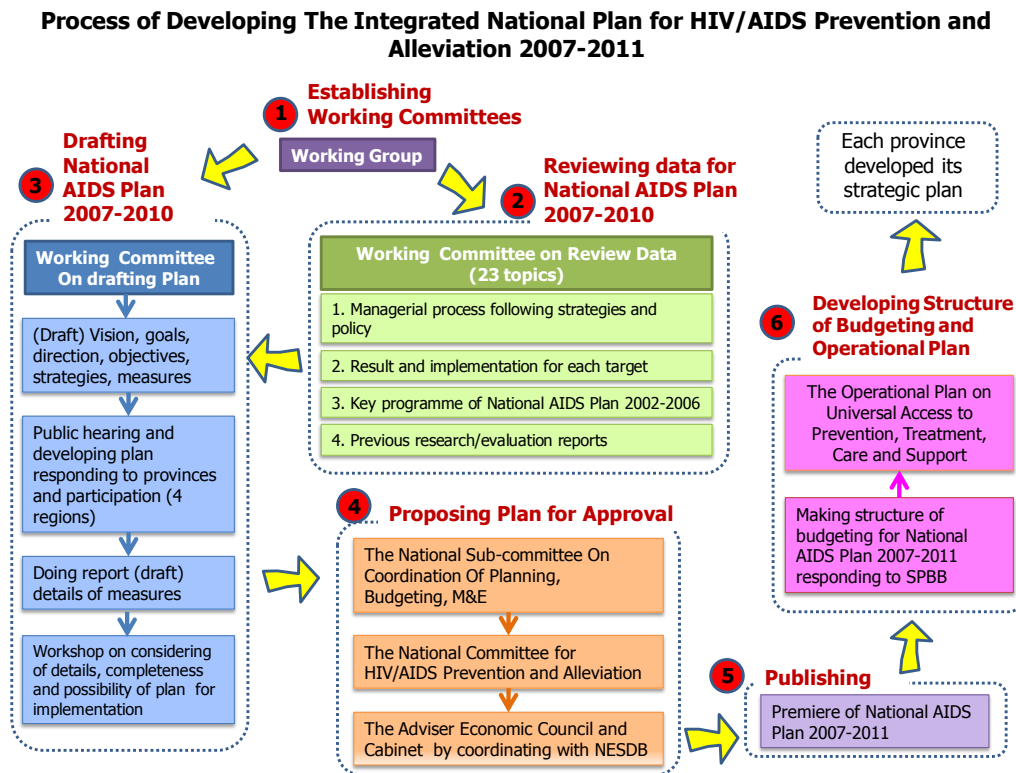
### **1.4.1 NPS for 2007-11**

The Department of Disease Control (DDC) of the MOPH provided leadership for plan development. The DDC serves as Secretary of the NAC, and is the coordinating agency for implementation during 2005-6 along with its partners. New mechanism in this plan formulation was the establishment of task forces which had active involvement from experts, technical resource persons, implementing staff of related agencies, and civil society were formed to analyze and synthesize key issues across 23 topic areas. The Bureau of AIDS, TB and STI (BATS) served as general secretary for these task forces. This collaboration across and within sectors is a notable feature of the Thailand strategic process. Fully 19 meetings were held with the budget expenditure of 4.89 million Baht. The empirical data analyzed and synthesized by the task forces were mostly epidemiological (from studies of HIV prevalence and behaviors associated with HIV) and HIV estimates and projections. These quantitative data were rechecked through the experience and opinions of the participants. Notably data on socio-cultural dimensions were scarce, and there was insufficient evaluation of the plan, projects, or other measures in the past. This is a limitation for this evaluation and for future strategic formulation.

Development of the core strategies of the implementation plan relied on a process of small group meetings and brain-storming sessions to define the strategy components and indicators for achievement. Members of the secretariat played a key role in defining indicators, taking into account of the viewpoints from stakeholders, and in proposing feasible projects and activities to address the different strategies. From this, the final strategy was collated by the secretariat

for submission for approval by the Cabinet. The budget for each component was addressed by the respective agencies under their budgetary framework. There was no supplementary government funding specifically for AIDS.

**Figure 5:** Process of the NPS formulation for 2007-11 (national level)



The NAC issued a resolution that the relevant agencies, including the local administrative organizations (LAO), work together to produce operational plans for the five-year period, with collaborative responsibility by the LAO in allocating their annual budgets. The NAC resolved that the AIDS monitoring and evaluation system should be further improved in order to provide clear achievements during the 2007-11 plan period. In 2008, the operational plan was developed, including support to achieve universal access, however, without the required budget support.

**Content of the plan:** The strategic plan defines the direction of implementation to address HIV/AIDS problems in the various target populations, comprehensively. There are new directions for improving management through decentralization and revision of the budgeting system. There is specification of the partner agencies in each sector; however the principal responsible agency is not always specified for each strategy component. There is a lack of articulation

of how to translate some plan components into action, and some activities are lacking of clear indicators of achievement.

There are also inconsistencies between the recommendations of the Task Force for AIDS Data Analysis and Synthesis made during the Plan development process and the measures set in NPS for 2007-11. For example, prevention measures in Strategy # 2 of NPS have components that do not address or are inconsistent with the recommendations of the Task Force. The component for PMTCT does not address the mobile populations who cannot access this service or STI diagnosis and treatment. In addition, there was a recommendation for outreach services for sex workers in the province through the community health centers and with participation of the local NGOs. However, there were no clear measures or directives to support this.

In the operational plan, under the NPS' Strategy # 1, the four different levels of implementation are specified as central government, province, community, and inter-country collaboration. In Strategy # 2 there are measures specified for prevention, care and treatment to cover special populations-at-risk. However, implementation is not consistent with measures in the plan and the specified budget is merely a number, without any allocation of funds to represent it.

#### **1.4.2 Translating and applying the strategic plan to action**

The evaluation of the NPS in the five case-study provinces found that, after Cabinet approval and the directive to use the NPS in 2006, the DDC of the MOPH forwarded a statement to that effect to the relevant agencies at the provincial level, and advised them to take action. However, no explanation was given or assurances requested that the field would take the required action. The DDC statement was merely an advisory for the province to consider. This announcement was repeated at the National AIDS Seminar of that year. Some provinces did use the Cabinet authorization to develop their own five-year strategic plans. But others did nothing. Implementation and M&E focused on those areas that were part of the MOPH reporting requirement. At the start of the plan period, there was encouragement from the central authorities to report on the key AIDS indicators. However, over time, reporting on these indicators declined. The provinces were also expected to establish their own budgets for AIDS but only some did. For M&E at the provincial level, the provinces did this by simply compiling the plan components by results of activities, sorted by strategy.

The National AIDS Management Center (NAMC) is the principal agency with responsibility for overseeing the translation of the plan into action. However, the evaluation found that there was no mechanism for accomplishing this or motivating the field to apply the plan.

Within the MOPH, the Bureau for AIDS, TB and STI (BATS), which should have played a key role in plan implementation, was not able to do so because the DDC, as Secretariat of the NAC, did not have relevant plan to directly address the needs of the plan. What is more, according to its vision statement, the DDC did not feel it had the role or national authority for AIDS generally. Instead, their focus was on special projects and technical support. In the past, the BATS had been the technical arm of the NAC. However, in the last four years of the plan period under review, BATS had a diminished technical support role. Thus, application of the NAP plan relied more on the initiative of the NAC, which left considerable gaps in implementation of policy.

Other agencies outside the MOPH did not take distinctive steps to implement the strategic plan, but instead mostly supported on-going projects and, thus, did not have much impact on the plan objectives or nature of the work. These agencies needed to give first priority to their own respective ministry's mission, vision and strategy, and there was no specific budget for AIDS. Accordingly, funds for AIDS had to be drawn from line budgets in other areas. This had the effect of reducing the importance of AIDS in these agencies' implementation plans.

Agencies at the provincial level applied the plan as an ad hoc project framework more than as a vision for overall implementation. No province adopted the Plan as its own and there was no apparent effect of the Plan on method of implementation. Also, since there was no budget allocated from central sources, the provinces had to mobilize local funds to support their versions of the Plan. The Plan did not concretely specify how the province should integrate implementation with the localities. Further, there was no training or orientation on Plan implementation, with the exception of some sites receiving Global Fund support.

#### **1.4.3 Key policies during the five-year period (2007-11)**

The policy and measures for harm reduction from use of needles for addictive drug use was formulated. This policy was implemented on a pilot basis in 17 provinces starting in 2011 and, thus, the outcomes are too preliminary to judge. The concept of using criminal suppression of drug dealing and drug use

still defines the principal control strategy. Thus, the crime-suppression approach to IDU is at odds with the public health approach of the NAP. For example, the harm reduction activity of distribution of clean needles and syringes is illegal. So this inconsistency of policy remains a challenging area for the NAP to reconcile these conflicting views and interventions.

As of 2010, implementation of diagnosis, treatment and care of PLHA was not always in accord with the guidelines because the Board of the NHSO proclaimed that ART could only be prescribed (as a benefit) for persons with CD4 counts less than or equal to 350 under certain conditions. The various networks of PLHA protested this proclamation and advocated that all PLHA with CD4 counts equal to or less than 350 be allowed unconditional access to ART as part of the national health insurance coverage.

AIDS in the workplace is a collaborative effort among the Thailand Business Coalition on AIDS (TBCA) and the Department of Labor Protection and Welfare. TBCA conducts inspections of worksites to see if they comply with AIDS-in-the-workplace standards as advocated by the NAC. If so, then a certificate is issued. However, this activity is only conducted in the commercial sector and is only a supportive function. Any programmatic achievement depends on the priorities and diligence of the business owner. Thus, it remains a challenge to find ways to motivate businesses as well as other public agencies to apply AIDS-in-the-workplace standards. Until then, it is difficult to report the degree of actual progress in applying the policy.

Regarding, the policy for accelerated reduction of new infection (by half), the National AIDS Management Center (NAMC) and the Coordinating Center for Development HIV Prevention Approaches and Mechanisms worked with relevant government and Civil Society agencies to develop a specific plan for halving new HIV infections and advocating for the necessary budget to support campaigns and accelerated actions. Yet this component is still not concrete in practice, especially in the area of integrated AIDS work of the various agencies and ministries which have line budgets to support this. Their direction and appropriateness of action is still inefficient in addressing the NAP targets. Some of the implementation is not fully consistent with the established policy/measures (as stipulated in the NAP plan) to improve access for prevention services for key target populations with full and equal coverage, mindful of the need to respect and protect the basic rights of these vulnerable groups.

Regarding the policy on unplanned pregnancy, the Prime Minister has delegated direct responsibility for this to the Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS). However, in practice the problems facing today's youth are cross-cutting among different ministries and agencies. In particular, unwanted pregnancy and HIV infection are closely linked by virtue of unsafe sex behaviors. Thus, the plans of different agencies need to be linked and coordinated in practice to effectively address the issue of unplanned pregnancy.

Even though a number of constructive policies emerged during the past five years (e.g., harm reduction for IDU, AIDS in the workplace, the national reproductive health policy, etc.) translation of these policies into practice to address the targets is not yet optimal. A key strategy of the NAP to increase uptake of AIDS prevention and VCT services is the expansion of client-friendly services. However, this effort is not intensive enough or fully established in the service systems which serve the target populations.

The NPS strategy focuses on particular sub-groups of the population. This can result in overlooking some vulnerable groups in the general population who are equally need of services. The groups of MSM, FSW, IDU, MW all receive high priority at present. This is partially the result of GF influence through earmarked financial support. This has improved understanding and services for these vulnerable populations by government and Civil Society agencies, and expanded networks. When these agencies work with a common goal, this increases the potential for policy advocacy. However this narrow focus on certain HRG has led to some neglect of the general population, including PLHA and their partners in the areas of reproductive health and quality-of-life interventions. There is presumed high risk of HIV infection among some of these general-population groups despite the lack of data and research. Furthermore, public media campaigns to raise concern about risk in the general population are sporadic and inadequate.

### **1.5 Budget for AIDS prevention and control**

Overall, in 2009, Thailand programmed approximately 7.208 billion baht for HIV/AIDS, or an increase from 3.728 billion baht in 2007 (NASA and UNGASS reports). This represented about 1.9% of all health expenditure or about 114 baht per capita per year (and 14,417 baht per PLHA). Fully 93% of the budget was from domestic sources; the remaining 7% was from external sources. About three-fourths (76%) of the budget was allocated for treatment while 13.7% was for prevention.

For the domestic budget, the NHSO was the largest provider (55%) followed by the social welfare program of the Department of the Comptroller-General, while the MOPH contributed 4%, 80% of which was for medical care and treatment. Among external sources, the Global Fund was the largest donor, and most of this budget was for prevention interventions.

During the five-year period of this evaluation, the amount of Thai government support for AIDS did not decrease. Among most of the related ministries, the allocation for AIDS work remained rather constant. The exception was for the Ministry of Education and MOPH which significantly reduced their expenditures for AIDS. The reduction of MOPH expenditure is attributable to the transfer of fiscal responsibility for ART from the MOPH to the NHSO.

It is noteworthy that, since Fiscal Year 2010, the Ministry of Education had only one-fourth of the AIDS budget that they received during 2007-2009. The budget for care and treatment increased by 20.3% when compared with 2008. This increase was mostly for ARV drugs and treatment of opportunistic infections (OI). The budget for prevention in 2009 was 13.7% of the total, representing a decline from 2008 of 34.2%. Most of this prevention budget was for universal precautions in the clinical setting and post-exposure prophylaxis. Other portions of the prevention budget went for PMTCT. Most of the prevention budget came from the GF and other external sources.

**Table 1:** Budget for AIDS in Thailand, and overview of AIDS budget allocations by various agencies during 2006 – 2011.

Summary of HIV/AIDS expenditures in Thailand during 2006-2011						
Ministry / Office	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total (Bath)</b>	<b>3,369,659,000</b>	<b>4,669,603,500</b>	<b>5,146,282,800</b>	<b>3,793,032,800</b>	<b>3,461,993,987</b>	<b>3,678,065,900</b>
Ministry of Public Health	3,109,044,020	339,549,100	255,657,900	244,742,400	250,006,100	237,576,000
Ministry of Social Development and Human Security	46,675,000	51,249,600	55,688,200	58,554,300	58,961,600	61,230,600
Ministry of Labour	3,735,800	3,538,700	3,503,400	2,696,500	2,379,175	1,717,400
Ministry of Interior	69,056,000	263,269,000	284,461,600	338,577,700	308,322,700	308,381,800
Ministry of Education	104,259,080	123,496,600	125,363,100	124,863,100	34,459,400	34,459,400
Ministry of Culture	2,910,000	1,300,000	2,900,000	2,465,000	2,900,000	2,900,000
Ministry of Justice	1,790,000	1,971,000	3,990,000	3,841,500	2,920,000	3,334,400
Ministry of Defence	21,818,700	22,483,000	24,172,100	24,372,800	24,372,800	23,909,100
Ministry of Foreign Affairs	0	0	1,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
Office of the Attorney General		3,250,000	3,250,000	3,250,000	3,820,600	3,820,600
Royal Thai Police		3,896,500	3,896,500	3,896,500	1,998,612	2,000,000
NHSO		3,855,600,000	4,382,400,000	2,983,773,000	2,770,853,000	2,997,736,600
Prime Minister's Office	4,000,000					
Ministry of Tourism and Sports	1,198,400					
Other government offices (not under the Prime Minister's Office)	5,172,000					



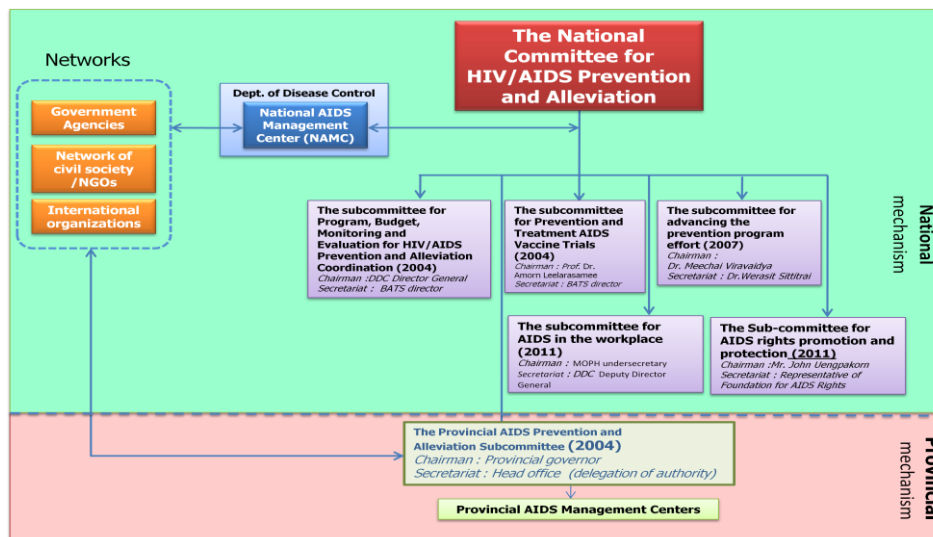
An analysis of the AIDS expenditure data from the various sources, compared with the international support (primarily the GF) shows significant trends. In 2009, the domestic budget for AIDS was 6.726 billion baht, 80% of which was for treatment and only 13% for prevention. By contrast, the external funding for AIDS amounted to 482 million baht and was distributed across a range of programmatic areas, e.g., 33% for staff motivational costs, 29% for prevention, 17% for management and institution building, and 16% for treatment.

At the provincial level, the case study of five provinces found that, in some, their spending for AIDS declined significantly, especially the budget for management and PAC. The budget for prevention was vague; the PHO and service providers had to draw on multiple sources of funds, including those from the NHSO, LAO, the provincial development fund and the GF. Those provinces with large numbers of tourists or foreign migrant workers (MW) may have allocated some of their general development budgets for AIDS, or got funding for HIV prevention among MW from the NHSO. Those provinces which did not have access to external funding, such as that from the GF or UNFPA, were able to seek supplemental resources from the local administrative organization (LAO) in their locality. This funding mostly was project-specific and, thus, was not conducive to overall coordination and integration. By contrast, the funding for treatment was unambiguous and specifically allocated to the health service outlet.

## 1.6. Structure and implementation at the national and provincial level

### 1.6.1 Overview of the structure and implementation at the national level

**Figure 6:** Structure of implementation of AIDS prevention and control at the national level during 2007-11



The review of existing documents and in-depth interviews with key informants show that the structure of AIDS policy in Thailand centers with the NAC, with the NAMC as the secretariat for coordination, and the MOPH. The NHSO has the principal role of supporting medical intervention for those covered by the insurance program in collaboration with health and medical service outlets. However, the NHSO support does not cover government civil servants, state enterprise employees and MW.

The composition of the NAC includes the various sectors (public, private and Civil Society) and technical specialists. The Prime Minister chairs the NAC. There are no representatives of the NHSO and the Social Security Office (SSO) despite the fact that the NHSO has a board and committee with direct responsibility for AIDS management and coordination. The membership comprises technical experts and representatives from the relevant agencies and Civil Society. They formulate guidelines for AIDS treatment and clinical services. They have a clear budgeting system which is national in scope. However, there is no formal coordination link with the NAC. This reflects an area of duplication and gaps in policy coordination at the national level between government organizations.

The NAC has the designated role of formulating the policy and implementation framework for the participating agencies. However, this management role has evolved during the Plan period under review as a result of the government budget reform process. There is no longer a direct AIDS earmark in the national budget. The relevant ministries and agencies must designate the budget for AIDS through their own mechanisms.

In the past five years (2007-11) key policies that were developed include the National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation (NPS), universal access and harm reduction. The latter two policies were promoted by the international AIDS community and adopted by Thailand in 2005 and 2009. These components were incorporated into the NPS for the period and it was intended to implement these policies through broad collaboration among the government, private and Civil Society sectors. However, there were major obstacles to this including different degrees of flexibility, speed, and effectiveness in translating the plan and policy into action. M&E of implementation was often not timely enough to be fed back into the planning process to improve performance. This is reflected in the length of time required for the resolutions to emerge from meetings of the NAC and sub-committees, often as long as one to two years for a given issue. Some areas of needed

improvement are not being sufficiently addressed, for example, the call for each agency to establish a budget for AIDS, to support prevention among the adolescent population, to intensify efforts to halve new infections, etc. These issues were raised in January and April 2007, but guidelines for action weren't completed until July, 2009. The roles of the relevant agencies were stipulated in 2009 and, in November 2010, a set of performance indicators was proposed to help clarify implementation.

The structure of Plan coordination and M&E is related to the policy structure as first established through the NAC and sub-committees for planning, budgeting, control, and M&E. Over time, the coordination and integration of the Plan among agencies became more problematic. Staff, who were familiar with integrated management with certain budget allocated, now had to establish separate ministerial budgets to support AIDS activities in a context of different degrees of importance and priority. There was a decrease of activity for some agencies, while others maintained a static level of AIDS funding without any improvement in implementation, and the secretariat of the NAC was not able to oversee progress or accelerate implementation of the Plan components. Staff of the secretariat said they did not know what approach they should use to achieve this. The sub-committee for Planning, Coordination and M&E did not meet frequently, and the participants kept rotating. This reduced continuity of action and delayed the process. There was no clear monitoring plan, nor were there any joint, integrated control targets. Later on, in 2009, the NAC issued a proclamation defining a set of AIDS indicators to be shared by all participating agencies in order to try to address problems of coordination. However, up to the time of this evaluation, progress in applying the indicators was only at the preliminary stage. There was no clear process of strategic measures for implementation among the key agencies across ministries, including the budget allocations and original structure. In addition, there was no system for summarizing evaluation findings in a joint forum among agencies sharing the same target beneficiaries.

There were attempts to improve the management mechanism to increase flexibility as proposed in 2009 to the secretariat to create a unit within the Health Systems Research Institute. But the Civil Service Commission and Bureau of Budget felt that the DDC should be the focal point for AIDS. The NAC appealed to the Council of State for an opinion but withdrew the request, and resorted to assigning the DDC as the responsible agency with the NAMC as the secretariat, as before. But, at the same time, the MOPH was undergoing its own reorganization which altered the role of BATS from one of the principal coordinating body to a

lesser, vague role with limited interaction with NAMC. Neither the DDC nor BATS has as their vision serving as a national authority in technical and policy areas of AIDS. Instead, they see their role as pioneering best practices through pilot efforts. The NAMC, while under the management of the DDC, has only five technical staff, which is too few to manage the full range of coordination tasks in a timely manner. They convene occasional meetings of stakeholders, but these are irregular. This is the context which has led to this current situation of unsatisfactory AIDS policy development, coordination and M&E in an effective and efficient way.

At the field level, the implementation structure consists of the Provincial AIDS Committee (PAC). The degree of effort and implementation depends on the secretariat in the provincial health office (PHO) – which primarily consists of the Disease Control Section and certain provincial administrators – and by the participation and interest of the governor and deputy-governor. These key players are responsible for integrating implementation, mobilizing resources, and coordinating interventions with the local administrative organizations (LAO). The LAO involvement is still limited however, and mostly consists of a few pilot projects here and there. The routine system and mechanisms in planning, policy and budgeting that extend to field implementation are still too weak. Despite the inputs of the GF program, the style of implementation is still in the form of isolated pilot efforts which don't lend themselves to integration into the routine system and, as a result, achieve low coverage.

The M&E system is still not well-formulated, lacks continuity and is not systematically applied to improve implementation in practice. Thus, most of the national evaluation comes from the HIV prevalence surveillance systems. There is no organized system to look at the direct outcomes of interventions at the field level by time period, information that is crucial for improving the NAP Plan. There is no system for objectively evaluating the separate strategies of the Plan, nor is there any proposed means of collecting such data. There is no routine supervision and monitoring of the AIDS Plan or measures. The only systematic reporting is the bi-annual report on progress toward achieving the UNGASS indicators. There is no system for soliciting the opinions and problems of the implementing agencies at the provincial level. The agenda of the meetings of the NAC sub-committee on Coordination, Planning, Budgeting, Control and M&E has no item for discussing problems raised by the PACs. The supervision system of the MOPH does not include AIDS indicators. Despite the Cabinet resolution to integrate inspection implementation among the core ministries, this is not widespread or sustained, and there is no mechanism to receive and apply the result of supervision and inspections to improve performance.

### 1.6.2 Approaches for implementing the different strategies

The structure for implementing the components is different, with implications for effectiveness of operations. In the area of management of treatment and PMTCT there is a clear structure for policy, management and services, directly related to the clinical care system, with budget support from the NHSO, and technical support from the MOPH. This has resulted in a high level of effectiveness and efficiency of treatment, with continuous improvement in coverage of the eligible populations.

**Table 2:** Advocating AIDS policy by component

#### Assessment results of overall HIV/AIDS response in Thailand

Component	Policy	Structure	Implementation	Data System	Budget Allocation	Knowledge management
1. Integration	+	+	+	-	-	-
2. Prevention						
• PMTCT	++++	++++	+++	++	++++	++++
• General Pop.	-	-	+	+	+	-
• Adolescent	++	+	++	++	+++	+
• Specific Pop.	+++	+	++	+	+++	++
3. VCT	++	++	+	++	+++	++
4. Care & Treatment						
• Treatment	++++	++++	+++	+++	++++	++++
• Care&Support	++	++	++	+	++	+
5. AIDS Rights	++	+	++	-	+	-
6. Research	+	++	+	+/-	+	+
7. M&E	+	+	+/-	+	+	+

However, the structure for HIV interventions in the general populations and special sub-groups is the same structure as was applied by the numerous agencies conducting the original interventions, in addition to the MOPH itself. Many of these agencies do not have AIDS as their principal work area, nor do they have reliable budget support for these activities. Thus, coverage in this area is still limited and progress is irregular. Technical support to these agencies to improve effectiveness of operations is also unsatisfactory. This is reflected in the data on condom use and needle-sharing which show that the outcomes are still not achieving the targets for HIV prevention behavior in the Plan period. Despite the call for accelerating prevention to reduce new HIV infections by half by the end of the Plan period, no supplemental budget was allocated, except for the Coordinating Center for Development HIV Prevention Approaches and Mechanisms, which had leftover budget from unutilized treatment expenditures which they applied to prevention. But these activities were ad hoc and ended when the funds ran out.

The structure for the component on rights protection is general and mostly focused at the central level and large provincial urban centers. There is little diffusion of this to the Tambon and community levels. Thus, there are limited channels to file grievances of rights violations, and little data to document these. There is little effort to educate the population about AIDS rights. Health providers throughout the country have been given orientation on patients' rights issues; but this orientation may not have fully covered the aspect of PLHA rights as patients. A sub-committee for AIDS Rights Promotion and Protection was established in 2011, but they had met only once at the time of this evaluation. Their strategic approach is still not clear, other than making sure that PLHA understand their rights. There is very little budget to support this component.

The structure for AIDS research is the traditional structure for research, which includes the universities, technical institutes, under the MOPH and other sectors. This includes the National Research Council which defines research needs. But there is still no national coordination of research, or central mechanism to apply research results efficiently. Most of the research is clinical and medical. Research into prevention and behavior change is sporadic and scattered, lacking continuity, with minimal evaluation at the outcome level. Funding for research largely comes from international donors. Domestic research is small in scope. There is more research focused on the vulnerable populations such as MSM. But there is less research on youth and adults in the general population.

Evaluation of the various components has weaknesses. There is a lack of clear indicators for prevention and control of disease, at the level of the country, province, district, Tambon, and community. There are indicators for treatment as defined by the NHSO, but there are limitations in compiling data or providing an overview of progress in improving implementation. Correct knowledge of key AIDS awareness indicators is still not widespread.

Participation of Civil Society, not-for-profit NGOs is through representation on the PACs and in implementing prevention programs to close gaps in coverage and improve continuity of services. Much of this activity is concentrated in the target areas of the GF funding, and mostly in the areas of prevention, control, care and treatment. There is very little activity on rights.

### 1.6.3 Strategies at the provincial and local levels

The strategy for AIDS implementation at the provincial and local levels is partly a function of the structure of the routine government service system through the various line ministries. The efficiency of implementation depends on the nature of the plan and support system from central counterparts. In fact, the budget from the various ministries for provincial-level activity is very limited, when considering the number of population in need. Some activities are part of GF-funded pilot activities. Others come from within the provinces themselves, as promoted by the governor or PHO, for example. The provincial AIDS plan is modeled after the NPS but lacks specific strategies at the provincial level which reflect and are tailored to the local context (with the exception of some provinces).

The mechanism for coordination and integration among the implementing partners is through the PAC, with the Disease Control Unit of the PHO as the secretariat. The results from the case studies of five provinces for this area are summarized in Text Box 3 below.

**Table 3:** Strength of the strategy to advance AIDS work and results of implementation at the provincial level

**Assessment results of the provincial mechanism to responsive HIV/AIDS in five case-study provinces – the assessment of provincial mechanism strengths**

Issues	A	B	C	D	E
<b>Provincial AIDS Subcommittee</b>					
• Chairman	+/-	+/-	+	++++	++
• HIV/AIDS team of PHO					
- Administrator's participation	++++	+	-	+++	+
- Number of staff	5+4	3+2	3+2	3	2
- Staff Continuation	++++	++	+++	+++	+++
- Staff capacity in					
o Data management	++++	+++/+	+++	++++	+
o Coordination within MOPH agencies	++++	+++/+	++	+++	+++
o Coordination with other agencies	++++	++	++	+++	+++
o Coordination with LAO	+	+	+	++++	++++
o Coordination with Civil Society/NGOs	++++	+	+	++	++
o Formulation and management of the provincial plan	+++	-	-	+	+
- Internal management system of PHO	++	-	-	+	+
<b>Collaborations of other organizations</b>	++++	+++	++	++	+

**Assessment results of overall HIV/AIDS response at the provincial level**

Component	A	B	C	D	E
<b>1. Integrations</b>					
• with agencies outside the MOPH	++++	++	+	++	+
• with local administration organizations	++	++	+	++++	+++
<b>2. HIV/AIDS Prevention</b>					
• PMTCT	+++	+++	+++	+++	+++
• General Pop.	-	-	-	-	
• Adolescent	+++	+++	+	+	++
• Specific Pop.	++++	+++	+	+	+
<b>3. VCT</b>	+	+	+	+	+
<b>4. HIV/AIDS Care &amp; Treatment</b>					
• Treatment	+++	+++	+++	+++	+++
• Care & Support	++	++	++	++	++
<b>5. AIDS Rights</b>	++	+	-	-	+
<b>6. Research</b>	++	++	-	-	+
<b>7. M&amp;E</b>	+++	++	++	+++	+
<b>8. Data management for HIV surveillance</b>	++++	++	++	+++	+
<b>9. Provincial HIV/AIDS plan</b>	Yes, both provincial AIDS plan and provincial development plan	No	No	No, but has PHO strategic AIDS plan	No, but has provincial strategic map for AIDS

The information show that the key components which influence coordination of implementation encompass three dimensions: (1) Leadership of the province including the governor or deputy-governor; (2) The responsible agency for AIDS in the PHO which manages central coordination and advances implementation; and (3) Presence of other supporting organizations including AIDS NGOs, and active PLHA support groups.

If the leadership of the province (i.e., the governor or deputy) has the interest, information and understanding of AIDS implementation, this can stimulate action and coordination of resources from various agencies in the province. In the five case-study provinces, interest and motivation declined over the Plan period. This is attributable to the diminished information on the severity of the epidemic and the general belief that the crisis was over. Other problems, such as drug abuse or economic hardship acquired higher priority. There was also a lack of clarity of government policy in this area.

With respect to the work of the PHO, it was found that there were different levels of effectiveness of performance, depending largely on the following factors:(1) Participation and interest of the PHO administrators or experts and technical section chiefs, who could spearhead development of guidelines for internal coordination or integration of various AIDS projects, with



linkages to the other provincial offices; (2) The capacity of the AIDS implementation team which depends on the number of staff assigned directly to AIDS work, continuity and experience these staff in AIDS, skill in data management, ability to translate data, skill in coordinating with other units in the PHO and management offices at the district, Tambon and LAO levels, and with Civil Society. These skills are important to sustain implementation, improve quality, and develop innovative approaches which are tailored to the local context and challenges.

The support agencies, such as NGOs or PLHA support groups, can help in facilitating access to the target population which is hard to reach. These could be other PLHA or youth, laborers, or foreign MW. The GF has supported these agencies to work with the vulnerable populations in collaboration with the PHO. However, most of the activities are still of a project nature, and designed to address the objectives of the donor.

#### **Implementing mechanism related to AIDS at the Tambon and local level:**

The local administrative organizations (LAO), community leaders, village health volunteers (VHV), and Tambon health outlets are the key players in this area. Most of the activity is AIDS prevention with the general population and youth, rather than a specific project. The LAO pay the monthly stipend to PLHA, support the activities of PLHA support groups in self-health care, promote risk behavior reduction and safe sex, etc. Most of the activities are general, such as orientation for community health volunteers and the local community on/around World AIDS Day, or supporting youth sports activities. But there is limited understanding of effective AIDS interventions at this level and limited acquisition of new information. There is lack of clear central support, whether in the area of budget, staff, or technical support. The exception to this is those areas receiving support from the GF or other technical agency.

The scope and diversity of implementation of AIDS prevention and control at the peripheral level depends on the vision and interest of the local leaders of the LAO and community at large. Also important is the level of concern and motivation of the PLHA groups in the locality.

## 1.7 Results of implementation to address the AIDS strategy

### **Strategy 1: Management for integrating AIDS into related sectors:**

This evaluation found that there has been very little development of the system. Most of the designated implementing agencies have different operating mechanisms and separate lines of accountability. There has been no integration or linkage of plans among the government entities. Where there is some integration this occurs in pilot project sites in local areas funded by the GF, but with very little coverage. There has been no macro-development at the central level even though the plan specifically calls for this integration. No agency has developed an efficient integration of the work, and there is vague budget support for this. There is a lack of strategic managers who understand the concept of integration, and there is no strategy for controlling the policy to steer it in the right direction, both within and outside the MOPH.

### **Strategy 2: Integration of prevention, care, treatment and reduction of impact on the target population**

Implementation of prevention in the care setting, and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) has attained over 90% coverage, and is provided on a continuous basis, through a clear system of operations. However, prevention activities for the general population and the various HRG have still not reached the target, despite the lack of any significant reductions in the budget from all sources. There is a lack of effective strategies for coordination and management at the national, provincial and peripheral levels for this area as an independent effort. Each related agency operates in its own traditional area of responsibility and has not received enough technical support, knowledge management, research and evaluation, and innovation development.

The national mechanism for advancing implementation, coordination and management of the AIDS prevention program in the various target populations is imperative. At present, there is a subcommittee for accelerated prevention of HIV/AIDS with these responsibilities. However, performance in the past three years has concentrated mostly on management and approving project budgets for projects in support of the program. There has not been any visible accelerated advancement of the agenda to increase efficient implementation in the appropriate direction.

Civil Society is an important ally in implementing the prevention component of the national strategy, especially in the area of outreach to vulnerable populations and high risk groups. At present, most of the support for Civil Society in this area comes from international donors, and most of this

external support is from the GF. This introduces an element of uncertainty and threatens the ability of the program to sustain core interventions.

In the area of care, this evaluation found that coverage of ARV drugs in Thailand increased steadily during the plan period. By 2009, 76% of eligible PLHA were receiving ARV drugs, and most clients were adhering to the regimen and treatment resupply visit schedules. There are clear standards of quality service. There is a structure for services and support through the routine system from the central level to the sub-national regions, provinces and the community. There is a large number of diverse members of the service network, who are been participating together to improve care since the beginning of the epidemic. There has been a continuous program of clinical research to inform the knowledge base and for exploring models of management. Care and treatment with ART has been integrated into the National Health Security scheme which has a clear structure and lines of support. In addition, the implementation team at the peripheral level has received capacity building and technical support on a regular basis, and there are cadres of PLHA peer leaders who assist with services and M&E which have been active for at least the past ten years.

Interventions in the socio-economic sphere have the structure, budget and implementing agencies to take on the task. But most of the activity is passive and minimally responsive to plan requirements. Projects and budgets that are allocated, and the development of the system to accommodate PLHA or those adversely impacted by AIDS, is still not specifically focused. There is some development of models and standards of services but there is a lack of continuity and no strategy for monitoring and control. There is no unified database or other compilation of data which would clearly show the impact of the work, or how well the intended beneficiaries are accessing services. Most of the data from the implementing agencies is about general support and inputs.

### **Strategy 3: AIDS rights protection**

There are no empirical data on AIDS rights protection which could reflect progress in this area over the past four years. The strategic plan specifies a policy and guidelines for implementation, but there is a lack of legal provisions and activities that are consistent with the direction and intention of this strategy. The management strategy is lacking, and services to protect rights are mostly at the central and provincial levels, and which are hard to access by the persons in need. There is no clear host agency for implementing this component and for conducting surveillance of rights violations related to AIDS. The staff of the relevant agencies still lack adequate knowledge in the area of AIDS, sexual and reproductive health rights.

#### **Strategy 4: Monitoring, evaluation, research and knowledge management for prevention and control of AIDS**

The structure and mechanisms for monitoring and evaluation of AIDS prevention and control has been specified at the central level. However, implementation in the plan period has been limited. The NAMC, which has titular responsibility for this, does not yet have adequate capacity in the area of management and technical evaluation. There is no system for monitoring outcomes of the work by strategy at the central, regional and peripheral levels. There is a lack of a database which can show results of implementation on a continuous basis. A national taskforce for national M&E system development was recently formulated and the progress is still preliminary. The data at present mostly consist of findings from the epidemiological surveillance. There are no data specific to the results of implementation and the quality of the intervention system in the area of disease prevention and rights protection. The data system for monitoring treatment is partially constructed, but there is no clear system for interpreting and applying the data to improve quality. There are problems of accuracy in some sections of the data, including suspect validity and duplication.

In the area of research and development, overall, this has been successful up to a certain point. The effort to mobilize resources and coordination among the partners for AIDS research, both domestic and international, is significant since the formal allocation of domestic budget for research is only 0.2% of GDP. Yet, there is no strategy which presents a unified direction for research and support for research which addresses national problems. In the past, the research has been mostly supported by external donors. There has been a lack of research on efficient prevention and spread of HIV, including applied research into more efficient service models.

## Part 2 Summary of Evaluation Findings

### 2.1 Achievement of objectives

1) The target for access to the core program of HIV prevention has not yet been achieved. Prevention behavior in the various HRG is still sub-optimal. A notable exception is for PMTCT among HIV-positive pregnant women. Also, access to ART among those PLHA who are eligible has increased distinctly.

2) The target to reduce new infections by the end of the Plan period has not yet been achieved because prevention behaviors in the various target groups has not increased to the necessary levels, as prescribed by the computer models and projections conducted at the outset of the Plan.

3) Thailand has been able to slow the spread of HIV in accordance with the MDG6 target in some areas. However, there are some indications that trends in HIV declines may be reversing for some groups.

### 2.2 Efficiency and effectiveness of the 2007-11 NPS

From the range of data collected in this evaluation, it can be concluded that there have been limitations in Thailand's application of the National AIDS Program strategy to address the AIDS problem efficiently and effectively. Even though the Plan covers the essential programmatic areas and target populations, it falls short in specifying the direction for the implementing partners or guidelines for adjusting implementation so that it better matches the strategic vision. Implementation of the Plan has maintained resources at a flat level for most agencies, though some experienced declines in support. There were notable budget increases in the area of treatment, but those new resources were not the result of this Plan. There was supplemental funding from the GF in the area of prevention and which addressed components of the Plan. However, most of this was for continuation of existing initiatives; there was no evidence of longer-term preparations for sustaining the support system, financing, organizational management and technical assistance.

The Plan is monolithic in that the content does not differ across different contexts or socio-epidemic environments. HIV prevalence differs considerably in different parts of the country, as does the risk environment for spread (e.g., areas with tourism, cross-border population movements, or certain rural areas).

The factors affecting degree of efficiency in implementation of the Plan include the following:

1) The Plan content does not specify clear guidelines for implementing partners on the direction or how to translate the Plan into action. There was too little communication with the relevant individuals in how to use the Plan. Thus, implementation was in proportion to the interest and awareness of the given implementing partner. In general, during the Plan period, interest in the AIDS problem has declined. The M&E system of the Plan is vague. There is a lack of indicators and a database to track implementation for comparison with the implementation plan. This makes it difficult to determine the degree of accomplishment, and the data are not timely enough so that they can be of use in correcting implementation.

2) There was confusion in the area of Plan integration across various projects; there needs to be clearer understanding and concrete action. The Plan content specifies the development of guidelines for integrated management, but these were not applied in practice.

3) The support systems for Plan implementation were not clear, including the budget, M&E, and knowledge and skills capacity building for staff. This is partially attributable to the government reform of program financing, changes in the management structure in the MOPH and other ministries, and devolution to local administrative organizations. The management strategy for the Plan was not clear enough. Thus, adaptation to these external changes was inadequate or not timely.

4) The opinion of the key informants in this evaluation was that the most important aspect of the Plan was the budget authorization it generated. They did not view the Plan as a conceptual framework for implementation, or as a way to build organizational capacity in translating the Plan to organizational strategy and action. There are major limitations in this area at the provincial level. The provinces were not clear how to convert the Plan to action. While they adhered to the general strategic categories in prescribing activities, implementation was mostly just a continuation of what went before.

### **2.3 Are the existing structures and practices, both at the national and sub-national level (province, sub-district) supportive (or non-supportive) to effective planning, coordination, resource allocation/mobilization, implementation, monitoring, evaluation and reporting of the national response?**

At present, the structure and implementation strategies are facing challenges in the area of translating policy into action, plan coordination, and M&E of implementation. This is particularly the case in the area of prevention and control of disease and rights protection. By contrast, the system for medical care and treatment has a clear structure and monitoring system. However, there are gaps in the ability of the Program to monitor quality of implementation. Coordinating and integrating the Plan strategies with the activities supported by GF funding have been limited, resulting in some confusion and gaps. There is not as much mutual support of these two components as there could be. The implementation structure of AIDS work at the peripheral level is the same system that was in place before. At present, there has been little development and support for this system in the area of AIDS, and thus, there is limited capacity to respond, and limited coverage of those in need.

### **2.4 Are policies, plans and implementation practices at all levels facilitating quality services and equal access to prevention, treatment, care and support for all in need?**

The strategy and implementation for quality control in the Plan were unevenly implemented in practice. Some areas (e.g., treatment) had regular quality-control inspections. Other areas had little quality-control (e.g., prevention, care, support), or none at all (AIDS rights).

National policies that have emerged in the five years from 2007-11 include many important initiatives and measures to improve quality of and access to services, especially for the HRG. These include the policy for harm reduction for IDU, and AIDS-in-the-workplace policy to ensure equal AIDS rights of the workforce, and full coverage of prevention. Despite the fact that these favorable policies are in place, implementation in support of them has not been optimal. Thus, there is limited achievement of the targets in some of these areas.

Establishing client-friendly services is an important initiative under the NPS strategy to improve access, coverage and up-take of prevention and VCT services. However, these services are not yet intense enough, and are not always properly

aligned throughout the system, to ensure that the target population has the option to receive client-friendly services.

The NPS and response assigned priority to specific vulnerable populations. This may have contributed to gaps in services for the general population who had similar levels of need and were overlooked during the outreach efforts.

## Part 3 Recommendations

Based on the findings from this evaluation, and from brainstorming sessions with key informants, the following recommendations are offered to improve the program.

### 3.1. Structure, mechanism and process of policy implementation

#### 3.1.1 Policy development and coordination

##### A. Strategies for policy and policy coordination.

At present, the NAC, with responsibility for national policy coordination, is weak in the area of flexibility and effectiveness of policy coordination among the various sectors, including the secretariat, in the management and technical areas. The number of staff and effectiveness of their methods are still inadequate to advance implementation enough to achieve the goals. The following improvements should be considered:

- The structure of the committee should include members who are key players in AIDS implementation (i.e., the NHSO and the Office for Social Security).
- The management of the committee and the secretariat, and the office of the secretariat, should be under the MOPH or an agency that can keep pace with the changing environment. The team of staff for management and coordination needs to have the appropriate skills and qualifications in order to support the development of policy and policy coordination.
- There needs to be improved capacity to support the technical strategy for policy development at the national level. This includes the agencies which have been managing this up to now in the MOPH and other core ministries.



## **B. Process of development of policies and plans related to AIDS**

In the process of developing and formulating the 10<sup>th</sup> Five-year AIDS Plan (NPS), there are distinctive elements in the detail and coverage of certain dimensions of the AIDS challenge, including analysis of risks to implementation. But there remain weaknesses in the prioritization of areas for development. Plan management has not specified guidelines for implementing the Plan and performing clear M&E. This has impeding progress of implementation. The Plan has not been adequately modified to adapt to changing externalities, such as the devolution of authority to the local administrative organizations, and the relevant social development plans. Thus, it is recommended that, in the development of the next plan, there should be more analysis and consideration of the importance of socio-cultural norms, in addition to the data on epidemiology, including information on the success and obstacles to implementation in different field contexts. This information should be synthesized to inform the development of a clearer, more concrete framework for implementation going forward. Along with this, there needs to be a clearer definition of the roles and responsibilities of the partner agencies involved in implementation.

In preparation for the 2007-11 Plan, there was considerable budget and time spent in plan development, but not enough resources devoted to translating the plan into action, and for M&E. There needs to be a more balanced investment of resources and management to the various phases of plan development.

### **3.1.2 Policy translation and communication**

In the past, there was no continuous strategy or analysis about translating policy into action by the various sectors, including systematic planning consistent with budget support, personnel and technology. Thus, it is recommended that there should be more preparation in this area, with the NAMC taking the lead in coordination with the related sectors. There should be a plan for converting policy into action, and for communicating this to all relevant partners so that they will be motivated to apply the policy and understand how to do this. There need to be guidelines for on-going M&E, and guidelines for integrated technical, technology, budget, and personnel support in a way that is feasible to address the challenge.

### 3.2 Policy Implementation

There is a need for a new approach to strategic planning and management which is more pro-active and includes regular monitoring of implementation. There needs to be a clearer definition of roles and scope of authority for coordination, with linkages to the GF-funded strategies which are a key component of the overall NPS. There should be new consideration of the plan management role of the NAMC or BATS within the MOPH; or, alternatively, a new mechanism could be tried within the MOPH or other ministry. This is in recognition of the changed role of the DDC and BATS.

In addition, there should be a new approach or task force for systems support in the area of budget, personnel, non-financial incentives, and technical development in the various components (e.g., prevention, rights protection, integration of treatment among the three support funds). This is needed in view of the evolution of budgeting and budget coordination. There is also a need for new and better tools that go beyond mere funding for implementation, i.e., indicators that reflect joint effort (which needs more concrete attention), knowledge management, and joint development of sub-measures to advance the work. This is needed especially for care, support and prevention among the vulnerable populations such as youth, and children outside the purview of the MOPH, since these are populations of increasing importance for AIDS control. There needs to be a new method of coordination for agencies outside the MOPH but linked with the NAMC (or comparable mechanism) in order to solicit their ideas for improved coordination and input, as in the following:

1) There should be a central budget for management of the AIDS plan and strategy to facilitate implementation and promote innovation. This budget can be pooled with the budgets of the respective agencies but must be an itemized component of the budget.

2) There should be a clear, dedicated AIDS strategy in each ministry responsible for AIDS interventions. This will ensure better development of the interventions and regular M&E. The size or nature of the strategy depends on the internal structure of each ministry.

3) There needs to be improvement of measures used in the monitoring and evaluation of the strategic plan in which each agency plays a part. This needs to be concrete and continuous, with periodic evaluation reports prepared by the central management body at the national level.

4) There should be knowledge management and technical support for implementation by the related agencies, including an activity plan and guidelines for capacity building of staff in ministries other than the MOPH so that they understand and are up-to-speed with the constantly changing context of AIDS.

5) There should be more brainstorming of opinions on the integration of the use of GF funds so that they better augment the routine systems at the central, provincial and local levels of the country. There need to be targets for collaborative effort and plans for collaborative implementation. This is needed in the event that GF funding ends. Then Thailand will be able to continue implementation without interruption, especially in the area of support for NGOs, and services for disadvantaged populations.

6) There should be planning and improved strategies for collaboration between the government, private and Civil Society sectors that is sustainable over the long-term and which is more efficient. This collaboration should not merely be a function of existing relationships and individual motivation. Also, there should be capacity building for the private sector in conducting in-house M&E.

### **3.3 Strategies for coordination and implementation at the provincial and local levels**

#### **3.3.1 Provincial level**

1. The PAC mechanism is still a key strategy for coordination and integration of the plan components and AIDS projects in the field. However, there needs to be improved communication about the status and problems of AIDS implementation between the committee members and the national level. There should be budget to support activities of the PAC on a continuous basis. There should be central follow-up and M&E of the provincial performance that is distinct and on-going.

2. The central strategy is to place the function of the PHO as secretariat and coordinator on behalf of the PAC. This has worked well in a number of provinces, but there have been limitations in terms of number of staff, knowledge and skill of those who manage the process (for strategic coordination, targeting and translation central policy and/or plans into provincial blueprints for action). This coordination strategy has not received regular budget or technical support; the support has been sporadic and is usually in the form of project-specific funding by the various rounds of GF funding. The M&E indicators are vague, and there are no indicators for integration or indicators which would reflect the local situation. The program relies too heavily on HIV prevalence data

without looking into intervention effectiveness and outcomes of project activities. Thus, there needs to be more improvement of the capacity of the provincial coordination mechanism which includes a plan for on-going support of this function. The administrators of the respective implementing agencies should play a role in the coordination process as well.

3. There needs to be improvement in the conceptual guidelines for implementation at the provincial level in various areas, including minimum performance standards which are tailored to the context of the locality and prevalence of disease.

4. There should be central budget to support coordination at the provincial level to improve collaboration and development of innovation on a continuous basis. There needs to be more coordinated implementation among the partner agencies for AIDS prevention and control activities for the various groups.

### **3.3.2 Coordination and support at the sub-provincial level**

In the past, implementation of AIDS at the peripheral level was of the nature of scattered pilot projects with limited coverage. There was no clear implementation plan at the national level, and the local level lacked a synthesis of lessons learned from the projects which could inform guidelines for improved implementation. Thus, it is recommended that agencies at the provincial and national level need to summarize lessons learned that are applicable to the local level and in the different contexts of the local administrative organizations (LAO). These should be in the form of minimum performance standards and area-specific guidelines for implementation. There should be a plan for improved knowledge management and capacity building of the staff of all LAO throughout the country in AIDS planning. The LAO should be involved in setting minimum budget targets for AIDS interventions and in developing implementation guidelines, with modifications to procedures as necessary to ensure consistency. There should be guidelines for resolving AIDS problems by tapping into the Tambon health fund that receives support from the NHSO.

### **3.4 Monitoring and evaluation**

There is a need to improve the M&E strategy and system so that it operates continuously to monitor policy implementation, and project efficiency and effectiveness. These data need to be collected in addition to the HIV surveillance in the various sentinel populations. There should be a strategy for

management, supervision and inspection of the work at the provincial and peripheral level that is clear to all concerned. There should be definition of measurements used in the M&E which are concrete and feasible to implement. The database needs improvement to facilitate a feedback loop of information to apply to adjustments in the implementation plan so that it is more consistent with the context and more likely to achieve the target of the plan/policy.

As far as M&E of outcomes and impact in accordance with the UNGASS indicators, there is a need to improve the management of the database to inform the indicators for each component, with greater coverage and up-dated on a regular basis. There is a need for data on rights protections and social support which are feasible for regular collection and are accurate. There should be a strategy for analysis and application of the M&E findings so that the data are used to improve guidelines for implementation to increase efficiency. There should be coordination and development of indicators at the various levels so that they are linked and can be used as a basis for programmatic decision-making.

### **3.5 Data system**

There is a need for a data set and better data collection in various areas as follows:

1) The data system for HIV surveillance in risk populations needs to include better coverage of youth and MSM, and more regular measurement to accurately and systematically assess the situation.

2) The data system needs to include social indicators and risk factors other than condom use which may indirectly explain risk for HIV/AIDS. Also, the data used for assessing the success of the various projects need to reflect socio-economic impacts to further refine and improve the prevention methods.

3) Data on monitoring and evaluation of implementation of rights protection and social support interventions need to be concrete and as valid as possible.

4) There needs to be a strategy for coordination and control that includes a data set for strategic decision-making on a regular and timely basis. This could be part of the overall monitoring and evaluation system for the national provincial and local levels.

### 3.6 Recommendations for development of implementation guidelines for the strategies

1) Implementation of AIDS prevention requires improvements in the technical and knowledge management systems. This will support the improvements of guidelines for implementing prevention of disease and risk in the various target populations and contexts. The data and knowledge from the evaluation should be disseminated to all the relevant individuals involved.

2) Implementation of treatment and clinical services has improved greatly from the past to the present. An area for future development is quality assurance and ensuring equal standards of care and treatment for the different types of benefit plans. There is a need to continue the holistic approach to service management as more PLHA enter the service system. The services need to be distributed so that they are not all concentrated at the large hospitals. The local communities can play a bigger role in this area.

3) Implementation of AIDS rights protection should include investigation, studies, research and development of measures to facilitate rights protection in the Thai social context. There should be a system of implementation to apply the findings in a concrete way and with better coverage. There should be improved strategies at the community level, including those for PLHA support groups, village volunteers, staff of the LAO and administrators at the Tambon and district levels so that they are more knowledgeable and possess better understanding about AIDS rights protection, and which result in clear guidelines for action.

4) There should be a strategy for research and knowledge management which improves coordination of studies of important national challenges, with corresponding budget support in proportion to priority of the problem. This is especially needed in the area of prevention since past research on prevention has been too limited. There needs to be improved data management from the research to help improve policy and appropriate implementation going forward.

The research questions that should receive priority for improving prevention and control of AIDS in the next phase include the following:

#### Medical care

1. There will be an increasing number of PLHA who are eligible for ART; yet the number of clinicians in this area remains static. How can services be managed to improve efficiency. What is the optimal role of primary care facilities and community outlets in this area?

2. What are the optimal guidelines for ARV treatment when there are complications resulting from co-infections, or phenomena such as the metabolic syndrome, which are increasingly seen in clinics?

### **Technological development**

1. What are the optimal regimens for second-line ARV drugs for different categories of patients?

2. How can improvements be made in laboratory procedures for CD4 and viral load counts to help monitor drug resistance on a more timely basis?

### **Prevention**

1. What are new and effective interventions for prevention or screening?

2. What are some new and improved methods for accessing important risk groups such as MSM?

3. Is the “Getting-To-Zero” policy achievable?