

เอกสารวิชาการประกอบคำขอประเมินผลงาน
เรื่อง
การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์
ในกลุ่มประชากรหลัก ประเทศไทย

ของ
นางพรทิพย์ เข้มเงิน

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งเลขที่ 3382
ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(ก)
สารบัญภาพ	(ข)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ขอบเขตการศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
3 วิธีการศึกษา	34
4 ผลการศึกษา และการอภิปรายผล	37
5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	61
ภาคผนวก	
บรรณานุกรม	74

สารบัญภาพ

รูปที่ 1	องค์ประกอบ 12 ประการของระบบการติดตามประเมินผลด้านเอชไอวี/ เอดส์ตามแนวคิด ของ UNAIDS (2009)	24
รูปที่ 2	แนวคิด กรอบการติดตามการดำเนินงานการให้บริการในกลุ่มประชากรหลัก	38
รูปที่ 3	การติดตาม ฯ โดยระบบข้อมูล RIHIS	39
รูปที่ 4	ขั้นตอน การดำเนินงานการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS	39
รูปที่ 5	ระบบการรายงาน การไหลเวียนของระบบข้อมูล RIHIS	41
รูปที่ 6	ภาพรวมกระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่ม ประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS)	46
รูปที่ 7	การพัฒนาระบบการติดตาม และประเมินผล ตามหลักการ 12 องค์ประกอบ	47
รูปที่ 8	กรอบการติดตาม และระบบข้อมูลสำหรับการติดตามการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากรหลัก	49
รูปที่ 9	ความครอบคลุมการรายงานข้อมูลระบบ RIHIS-online	52
รูปที่ 10	ความครอบคลุมการรายงานข้อมูลและจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจ วินิจฉัยเอชไอวีปีพ.ศ. 2558 - 2560	53
รูปที่ 11	จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ปี พ.ศ. 2558 - 2560	54
รูปที่ 12	จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ปี พ.ศ. 2560	55
รูปที่ 13	จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี และผลเลือด ปี พ.ศ. 2560	55
รูปที่ 14	จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือด และร้อยละของผู้ที่ได้ตรวจเลือด และมีผลบวก	57
รูปที่ 15	แบบแสดงผลการประเมินคุณภาพข้อมูล	59
รูปที่ 16	แบบแสดงผลการประเมินคุณภาพข้อมูล	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันเอชไอวี เอ็ดส์ ยังเป็นคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเรื้อรังมาอย่างยาวนานกว่าสามทศวรรษ จากบริบททางสังคมวัฒนธรรม การเมือง รวมถึงวิวัฒนาการด้านการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับโลกและภายในประเทศ ทำให้ประเด็นปัญหาความท้าทายในการดำเนินงานเอ็ดส์ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การวางแผนงานที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับประเด็นปัญหา ต้องการระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์มาใช้ในการตัดสินใจในการปรับปรุงการดำเนินงานทุกระดับ

แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีในภาพรวมของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงสิบปีหลังจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ จากการคาดประมาณโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM 26, มีนาคม 2561) คาดว่าเมื่อถึงสิ้นปีพ.ศ. 2560 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ ทั้งหมด 439,610 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 5,529 คน (เฉลี่ยวันละ 15 คน) และผู้เสียชีวิตจากเอ็ดส์ 14,731 คน (เฉลี่ยวันละ 40 คน) เมื่อคิดเป็นอัตราการติดเชื้อรายใหม่พบว่ามีแนวโน้มที่ค่อย ๆ ลดลง โดยข้อมูลการคาดประมาณในปีพ.ศ. 2561 คิดเป็น 0.08 ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 ราย ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2559 และพ.ศ. 2560 คิดเป็น 0.11 และ 0.09 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราเสียชีวิตจากเอชไอวี ยังคงสูงในปีพ.ศ. 2561 คิดเป็น 21.38 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งในปีพ.ศ. 2559 และพ.ศ. 2560 คิดเป็น 19.27 และ 22.49 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลการคาดประมาณดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจากการติดตามความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปีพ.ศ. 2561 ลดลงเหลือเพียง 0.45 (HSS, สำนักโรคบาตวิทยา) และข้อมูลการติดตามอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกก็เช่นกัน พบว่าจำนวนเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ ลดลงอย่างมาก อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.68 ในปีพ.ศ. 2560 (ข้อมูล Spectrum-AEM, 2561) ในขณะที่ความชุกการติดเชื้อ ฯ ยังคงสูงในกลุ่มประชากรหลัก ข้อมูลจากการสำรวจครั้งล่าสุดที่มีการรายงานในปีพ.ศ. 2559 พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) และพนักงานบริการหญิง (FSW) มีความชุกการติดเชื้อ ฯ อยู่ที่ร้อยละ 21.6, 10.2 และ 14.1 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลการคาดประมาณ (AEM 24 มกราคม 2561) ที่สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการกลับมาแพร่ระบาดของเอชไอวีปัจจุบันและในอนาคต ได้แก่ กลุ่มประชากรหลักดังกล่าว โดยพบว่าสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรหลักดังกล่าว (รวมลูกค้าของพนักงานบริการ) และหากคาดประมาณไปข้างหน้า พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีด เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของการติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง กลุ่มพนักงานบริการชายและหญิงรวมถึงลูกค้า ที่แม้จะมีสัดส่วนที่ไม่สูงมาก แต่ตามรูปแบบของการระบาดในประเทศไทย กลุ่มนี้จะส่งผลกระทบต่อารเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มอื่น ๆ ตามมา จึงทำให้นโยบายแนวทางการดำเนินงาน ยังคงเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (KPs)

จากสถานการณ์ สู่นโยบายของประเทศ ตั้งแต่ ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แห่งชาติ พ.ศ.2557-2559 (ฉบับที่11) ที่กำหนดวิสัยทัศน์ มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero) โดยมีเป้าหมาย ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และ แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์พ.ศ. 2558-2562 ต่อเนื่องไปถึงยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติ ปัญหาเอดส์พ.ศ. 2560-2573 ที่กำหนดเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตจากเอชไอวีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 ราย ลดการตีตราและเลือก ปฏิบัติน้อยลงจากเดิมร้อยละ 90 ภายในปีพ.ศ. 2573 ยุทธศาสตร์ทั้งสองฉบับ และแผนปฏิบัติการเร่งรัด ฯ ของประเทศ ยังคงให้ความสำคัญและเร่งรัดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรหลัก (KPs : Key Populations) ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with Men : MSM) พนักงาน บริการ (Sex worker : SW) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who injecting drug : PWID) ร่วมกับกลุ่ม ที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ต้องขัง กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant worker : MW) และยังคง มาตรการสำคัญในการดำเนินงานมาโดยตลอด ได้แก่ กลุ่มประชากรหลักต้องได้รับชุดบริการที่จำเป็น ได้แก่ การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และได้รับการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) และรู้สถานการณ์การ ติดเชื้อ ฯ ตนเอง ซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่จะนำไปสู่บริการสำคัญอื่น ๆ ตามมา ซึ่งในแผนปฏิบัติการเร่งรัด การยุติปัญหาเอดส์ได้กำหนดมาตรการเพิ่ม ได้แก่ RRTTR (Reach - Recruit - Test - Treat - Retain) Reach การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก Recruit การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ ได้แก่ การได้รับการปรึกษา ก่อนการตรวจเลือดเอชไอวี การได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การได้รับการบำบัด ด้วยสารทดแทนเมธาโดน ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด Test ได้รับการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี Treat การรักษา ด้วยยาต้านไวรัส Retain การคงอยู่ในระบบและรักษา อย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมปริมาณไวรัสใน กระแสเลือดได้

นอกจากยุทธศาสตร์ของประเทศแล้ว แผนการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการ ติดตามและประเมินผลเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 ฉบับแรกของประเทศ ได้กำหนด กรอบการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) และตัวชี้วัด สำหรับใช้ในการติดตามการดำเนินงานกลุ่ม ประชากรหลัก ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ดังกล่าว ตัวชี้วัดการติดตามในระดับ ผลกระทบและผลลัพธ์ เช่น การติดเชื้อรายใหม่ การเสียชีวิต และพฤติกรรมพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรม เสี่ยงต่าง ๆ นั้น แหล่งข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่มาจากระบบเฝ้าระวัง การสำรวจ และจากการคาดประมาณด้วย วิธีทางคณิตศาสตร์ ที่สำนักระบาดวิทยาดำเนินการให้มีข้อมูลอยู่แล้ว แต่สำหรับตัวชี้วัดในระดับ ผลผลิตที่เป็นการติดตามบริการจำเป็นในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งได้แก่ จำนวนและร้อยละของการเข้าถึง บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) นั้น ยังไม่มีระบบข้อมูลที่ใช้ใน การติดตามที่ชัดเจน

จากยุทธศาสตร์สู่แผนงาน การดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย ส่วนใหญ่ได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่างประเทศ โดยเฉพาะแหล่งทุนที่สำคัญ คือ โครงการกองทุนโลก (Global fund) ที่มีการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2553 ซึ่งในแผนงานโครงการ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ในกลุ่มประชากรหลักที่ ดำเนินการโดยหน่วยงานภาคประชาสังคมเป็นหลัก การพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลรักษาที่เน้นการ จัดบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี เพื่อให้กลุ่มประชากรหลักได้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และหากผู้ ที่มีผลบวกต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่มีผลลบจะได้รับบริการให้มีผลลบ ต่อเนื่องตลอดไป การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างหน่วยงานภาคประชาสังคม และโรงพยาบาล จนถึงการ

ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยสำนักโรคเอดส์ ฯ เป็นหลักในการดำเนินงานดังกล่าว ส่วนด้านติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการกองทุนโลก (GF) ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งโครงการ ฯ กำหนดระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์และตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และจำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) สอดคล้องกับระบบติดตามของประเทศ ภายใต้โครงการกองทุนโลก ศบ.จอ. ดำเนินกิจกรรมหลักในการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการใช้ในการติดตามการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดโครงการ ฯ และตามกรอบการติดตาม ฯ ของประเทศ

จากสถานการณ์ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานที่ผ่านมา คาดว่ายุทธศาสตร์และแผนงาน โครงการที่มุ่งเน้นการเร่งรัดในกลุ่มประชากรหลักรวมถึงการจัดให้มีชุดบริการที่จำเป็น การเข้าถึงบริการป้องกันและการทำให้กลุ่มประชากรหลักได้รู้สถานะตนเอง ยังคงเป็นกลวิธีแรกที่สำคัญในการนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบบริการ RRTRR อย่างต่อเนื่อง และมาตรการกลวิธีนี้ยังคงจะต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกว่าประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ดังนั้นการศึกษา “การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก ประเทศไทย : ระบบข้อมูล RIHIS” นี้ จึงมีความสำคัญโดยบทเรียน ความท้าทายที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการพัฒนา การวิเคราะห์ประสิทธิผลของระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ จะทำให้เห็นช่องว่าง ประเด็นท้าทาย ที่จะเป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาปรับปรุงระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับการนำผลการติดตามการดำเนินงานที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ปรับปรุงการดำเนินงานเอดส์ทั้งระดับพื้นที่และระดับประเทศ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก
2. เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก
3. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก

ขอบเขตของการศึกษา

- การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงระบบข้อมูลที่ดำเนินการโดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค ที่ดำเนินงานในหน่วยบริการ โรงพยาบาล ที่มีการจัดบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี การให้บริการป้องกันเชิงรุกทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม เท่านั้น
- กรอบระยะเวลาในการศึกษา การดำเนินงานการพัฒนากระบวนการติดตามการดำเนินงานเอดส์ (RIHIS) ในช่วงปีงบประมาณพ.ศ. 2558 -2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

- ระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศ หมายถึง ระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) ซึ่งเป็นระบบข้อมูลหลักของประเทศที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) การเข้าถึงชุดบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก
- ระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) หมายถึง ระบบข้อมูลที่มีการบันทึกและรายงานบริการที่ให้เป็นประจำในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อมโยงการให้บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) กับข้อมูลการให้บริการในสถานพยาบาล ได้แก่ การได้รับการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) การรักษา (Treat) สำหรับในการศึกษานี้ บริการในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ยังมุ่งเน้นในส่วนของการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) เท่านั้น
- ชุดบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก หมายถึง บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test/HIV testing) หลังจากที่มีนโยบายแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย (ปี พ.ศ.2558-2562) ได้ปรับเพิ่มเป็นมาตรการ RRTTR (Reach -Recruit -Test -Treat -Retain) สิ่งที่ได้เพิ่มได้แก่ Recruit ที่หมายถึงการชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ ได้แก่ การได้รับการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดเอชไอวี การได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) การได้รับการบำบัดด้วยสารทดแทนเมธาโดน ในกลุ่มผู้ฉีดด้วยวิธีฉีด, Treat การรักษาด้วยยาต้านไวรัส, Retain การคงอยู่ในระบบและรักษาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้
- กลุ่มประชากรหลัก หมายถึงกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM : Men who have sex with men) สาวประเภทสอง/หญิงข้ามเพศ (Transgender : TG) พนักงานบริการชาย (MSW : Male sex worker) และพนักงานบริการหญิง (FSW : Female sex worker) และผู้ฉีดด้วยวิธีฉีด (People who injection drug : PWID)
- กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก หมายถึง การดำเนินการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล และระบบรายงานรวมถึงการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยการจัดกิจกรรม เช่น การประชุมอบรม และการสนับสนุนวิชาการ และทรัพยากร เป็นต้น
- โครงสร้างของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก หมายถึง องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ ตามแนวทางการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลด้วย 12 องค์ประกอบ (UNAIDS) และโครงสร้างตามกรอบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ตามมาตรการ RRTTR)
- ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่ม หมายถึงความครอบคลุมของการรายงานระบบข้อมูล RIHIS และคุณภาพของข้อมูล โดยในการศึกษานี้ หมายถึงคุณภาพของข้อมูลในระบบการติดตาม ฯ RIHIS ที่พัฒนาในรอบเวลาที่ศึกษา ซึ่งได้แก่ระบบข้อมูล RIHIS-HCT online เท่านั้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

- ผู้ศึกษามีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ได้ทราบผลการดำเนินงาน ช่องว่าง ประเด็นท้าทาย การดำเนินงานในการพัฒนาระบบข้อมูลและระบบการติดตามบริการที่จำเป็นในกลุ่มประชากรหลัก
- ได้แนวทางการพัฒนา ปรับปรุงระบบข้อมูล และระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักประเทศไทย ที่หมายถึงระบบข้อมูล RIHIS เกี่ยวข้องและครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

1. นโยบาย แนวทางการดำเนินงานเอชไอวี ประเทศไทย
 - 1.1. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2557 – 2559
 - 1.2. แผนการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามและประเมินผล ปีพ.ศ. 2555 -2559
 - 1.3. แผนปฏิบัติการ เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2558-2562
 - 1.4. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2560 – 2573
2. แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักในช่วงเวลาศึกษา
 - 2.1 โครงการกองทุนโลก (Global fund)
 - รอบ 8 ปี พ.ศ. 2552-2554
 - รอบ SSF : Single stream funding พ.ศ. 2555-2557
 - รอบ NFM : New funding model พ.ศ. 2558-2560
 - 2.2 โครงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ RRTTR (สปสช.)
3. หลักการ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล
4. ระบบข้อมูลด้านเอชไอวี
5. ระบบข้อมูล RIHIS
6. การตรวจวัด และการประเมินคุณภาพข้อมูล
7. การศึกษาที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบาย แนวทางการดำเนินงานเอชไอวี ประเทศไทย

การวิเคราะห์ระบบการติดตามและประเมินผลการทำงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก มีความเป็นมาและเกี่ยวข้องกับทิศทางและนโยบายการดำเนินงานของประเทศ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์ฯของประเทศไทยทั้ง 2 ฉบับ รวมทั้งแผนปฏิบัติการเร่งรัดมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกัน โดยที่ยุทธศาสตร์ทั้งสองฉบับ และแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ กำหนดกลุ่มประชากรหลักเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานและกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มประชากรหลัก ได้เข้าถึงชุดบริการที่จำเป็นให้ครอบคลุมมากที่สุด โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และการได้รับการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) รวมถึงชุดบริการที่ผสมผสานระหว่างการป้องกันและการรักษาตามกรอบ การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี(ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี)-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ RRTTR (Reach Recruit Test Treat Retain) นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ฯและแผนเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ ทั้ง 3 ฉบับ กำหนดกรอบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักเหมือนกันและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์มาตรการ RRTTR โดยกำหนดระบบการติดตามฯและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการเข้าถึงบริการ RRTTR ที่อ้างอิงมาจากแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผล ปีพ.ศ. 2555-2559 ซึ่งบริการ

จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลักที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการเชิงรุก (Reach) และการได้รับการตรวจเลือดวินิจฉัย เอชไอวี (Test) และระบบข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม คือ ระบบข้อมูล RHIS หนึ่งยุทธศาสตร์ทั้ง 2 ฉบับ และแผนปฏิบัติการเร่งรัด ฯ ตลอดจนแผนพัฒนาระบบข้อมูล ฯ มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องพอสังเขป ดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ.2557 – 2559

ยุทธศาสตร์ ฯ ฉบับนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ 3 ศูนย์ (3 Zero) ได้แก่ การไม่มีผู้ติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ที่มีผลต่อการลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ผลมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ พนักงานบริการ (Sex worker) ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who sex with men) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People with Injection Drug) คู่ที่มีผลเลือดต่าง (Sero-discordant) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มประชากรที่อยู่ในสถาน เรือนจำและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และได้กำหนดพื้นที่เป้าหมาย ในพื้นที่เร่งรัด 33 จังหวัด ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ฯ ประกอบด้วย 2 ทิศทาง และ 5 ยุทธศาสตร์

ทิศทางยุทธศาสตร์ และยุทธศาสตร์

1) นวัตกรรม และการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งรัดการดำเนินงานการป้องกันที่รอบด้านด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐาน บนฐานของการ คุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรม เสี่ยงและคาดว่าจะจำนวนการ ติดเชื้อ ฯ รายใหม่มากที่สุด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : เร่งรัดการดำเนินงานการป้องกันและปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมทางกฎหมายที่สำคัญต่อ การป้องกันและดูแลรักษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มความรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่นในการ ขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใน ทุกระดับ

2) การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันมีคุณภาพ เข้มข้น และมีความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 5: ยกระดับคุณภาพมาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นและบูรณาการ ประกอบด้วย มาตรการที่สำคัญ 8 มาตรการ ได้แก่ (1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (2) การป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน (3) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ (4) การบริการโลหิตปลอดภัย (5) การรักษาการดูแลและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (6) การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (7) การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และ (8) การสื่อสารสาธารณะ

1.2 แผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผล ปีพ.ศ.2555-2559

(National Strategic information M&E plan in Thailand 2012-2016)

ประเทศไทยได้พัฒนาแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผลขึ้นเพื่อกำหนด กรอบการติดตามและประเมินผลภายใต้ แผนงาน และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ฯ ของประเทศ และกำหนด แผนพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการติดตามและประเมินผลประเทศขึ้น โดยยึดแนวทางการพัฒนาตามหลัก

12 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ฯ ปีพ.ศ.2557-2559 ที่กำหนดกรอบการติดตามและประเมินผลและตัวชี้วัดหลักในการติดตามการดำเนินงานไว้ดังนี้

กรอบตัวชี้วัด ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลัก ของทุกระดับ

- (1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี (MSM SW PWID และ Prisoner)
- (2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- (3) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด
- (4) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach)
- (5) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวีและรู้ผล (Test)
- (6) ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด รายงานว่าใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด PWID
- (7) จำนวนเข็มและกระบอกฉีดยาที่แจกให้กับ PWID
- (8) จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด MMT

นอกจากนั้นได้กำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานด้านข้อมูล และการติดตามและประเมินผลโดยระบุแนวทางสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามการดำเนินงานที่บูรณาการงานด้านการป้องกันและการรักษา ด้วยระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์

1.3 แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2558-2562

แผนปฏิบัติการนี้ได้วางกรอบของกิจกรรมที่ประเทศไทยจะดำเนินการตลอดระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า เพื่อปิดช่องว่างระหว่างการดำเนินงาน ในปัจจุบันและการปรับมาตรการให้เหมาะสม เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ ภายในปีพ.ศ. 2573

แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ในช่วงปีพ.ศ. 2558-2562 ได้กำหนดทิศทางใหม่ในการดำเนินงาน โดยยุทธศาสตร์ให้ความสำคัญกับการเร่งรัดดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมาย และกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่มากตามลำดับ โดยพื้นที่เป้าหมายได้แก่ 30 จังหวัดที่อยู่ในลำดับต้นของการเรียงลำดับภาระโรค ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมภาระโรค ซึ่งคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อ ฯ รายใหม่หนึ่งในสี่ของการติดเชื้อ ฯ รายใหม่ทั้งหมด และมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิงและผู้ขายยาด้วยวิธีฉีด รวมถึงกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขัง คู่ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และคู่ของกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มประชากรข้ามชาติที่มีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ประกอบอาชีพที่มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มที่ทำงานประมง และต่อเนื่องประมง

แผนปฏิบัติการนี้มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิผลการลดการติดเชื้อรายใหม่ด้วยการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ฯ แต่เน้น ฯ เพื่อการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น โดยใช้กรอบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของ การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี (ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี)-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTR) เพื่อปิดช่องว่างระหว่างการป้องกันและการรักษา

การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTR)

จากช่องว่างของการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พบว่าอัตราการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ยังไม่ต่ำ ไม่มีกลุ่มประชากรใดถึงร้อยละ 90 (ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง IBBS สำนักกระบาดวิทยา) ทั้ง ๆ ที่คนไทยทุกคนสามารถใช้บริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง

กรอบการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการ ฯ นี้ เน้นการป้องกันที่ผสมผสานด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานขององค์กรชุมชนของกลุ่มประชากรหลัก เพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมาก ที่มีอายุน้อยลง โดยต้องใช้นวัตกรรมของรูปแบบการให้บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ประกอบกับการสร้างความต้องการตรวจเอชไอวีและส่งเสริมให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) รวมถึงเชื่อมต่อเข้าสู่การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัส ฯ โดยไม่คำนึงถึงระดับซีดี 4 และการทำให้กลุ่มประชากรหลักฯที่เข้าสู่ระบบบริการทั้งผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ ฯ และผู้ที่ติดเชื้อ ฯ แล้วให้คงอยู่ในระบบบริการป้องกัน การดูแลและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach)

แนวคิดหลัก: วิธีการใหม่ทางยุทธศาสตร์เพื่อ ‘การเข้าถึง’ กลุ่มประชากรหลักจะบูรณาการวัตถุประสงค์ 2 ประการ กล่าวคือ ไม่เพียงแต่เพื่อให้มีความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และใช้ถุงยางอนามัย หรืออุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อเท่านั้น แต่ที่สำคัญจะต้องเข้าถึงบริการป้องกันเพื่อสร้างความต้องการตรวจเอชไอวีให้ได้ครอบคลุมมากพอ โดยเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยงสูงในพื้นที่เร่ร่อน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ (1) ความครอบคลุมของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับข้อมูล ได้รับอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อ และตระหนักในความเสี่ยง รู้และเข้าใจประโยชน์ของการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) ต้องการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรู้ว่าจะรับบริการได้ที่ไหน

นวัตกรรมสำคัญ: การขยายการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายผ่านเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มประชากรเป้าหมาย และใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้มากขึ้น การสร้างเครือข่ายร้านยาให้กลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ต้องมั่นใจว่าจะมีถุงยางอนามัย สารหล่อลื่นชนิดน้ำ และอุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อ กระจายอยู่ในพื้นที่อย่างเพียงพอ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเชิงรุกจะเป็นผู้กระจายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น ให้ถึงมือกลุ่มประชากรหลัก และจะต้องขยายจุดบริการถุงยางอนามัย ให้เพียงพอในพื้นที่เป้าหมายโดยใช้เครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยในสถานบันเทิงและเครือข่ายร้านยา

การเข้าสู่บริการ (Recruit)

แนวคิดหลัก: การทำให้กลุ่มประชากรหลักทั้งที่เป็นคนไทยและต่างชาติ เข้าสู่บริการป้องกัน ดูแล และรักษาอย่างต่อเนื่องให้ได้ครอบคลุมมากพอ จะต้องดำเนินการด้วยมาตรการผสมผสาน โดยการสร้าง Brand ของบริการ การบริหารจัดการบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการส่งต่อรับบริการ และสำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด จะรวมถึงการขยายบริการลดอันตราย (Harm Reduction) อย่างครอบคลุม ได้แก่ การกระจายอุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อให้เพียงพอรวมถึงการขยายการให้บริการรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่น (เมทาโดน)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ : ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการ (1) บริการปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี (Pre-test counseling) (2) ได้ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับบริการรักษาด้วยสารทดแทน (Opioid Substitution Therapy) (3) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งบริการเหล่านี้ จะเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายได้ตรวจเอชไอวี

นวัตกรรมสำคัญ: การสร้าง Brand ของหน่วยบริการ การประยุกต์ใช้ RDS ในการชวนเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่บริการ การร่วมบริการของภาคเอกชน ได้แก่ ร้านยา การนัดหมายเข้ารับบริการโดยระบบออนไลน์ การใช้บัตรสมาชิกโดยใช้ QR-Code การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างบริการเชิงรุกกับหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้ Brand ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การตรวจเอชไอวี /ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test)

แนวคิดหลัก: การทำให้บริการตรวจเอชไอวีเข้าถึงได้มากขึ้น ด้วยการกระจายบริการลงสู่ระดับชุมชน และความเป็นมิตรของผู้ให้บริการ จะช่วยทำให้กลุ่มประชากรหลักใช้บริการตรวจมากขึ้น และการสร้างความตระหนักให้ตรวจโดยสม่ำเสมอ ก็จะทำให้สามารถวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากขึ้น โดยการตรวจที่สามารถแจ้งผลได้ในวันเดียวจะช่วยแก้ปัญหาการไม่กลับมาฟังผลการตรวจ การพัฒนาคุณภาพบริการตรวจเอชไอวีมีความจำเป็นทั้งในส่วนที่ให้บริการโดยหน่วยบริการภาครัฐ ภาคเอกชน และโดยชุมชน ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพครอบคลุมทั้งในด้านเทคนิค ความเป็นมิตร และการรักษาความลับ รวมถึงระบบการส่งต่อบริการ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ: ความครอบคลุมการตรวจเอชไอวีเพิ่มขึ้น ประชากรหลักรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ

นวัตกรรมสำคัญ: บริการตรวจเอชไอวีที่สามารถแจ้งผลได้ในวันเดียวในระดับชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์กรชุมชน หน่วยเคลื่อนที่และในสถานบริการ บริการสายด่วนเพื่อให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเอชไอวี การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการตรวจเอชไอวีด้วยตัวเองที่บ้าน การสร้าง Brand บริการที่มีคุณภาพ และเป็นมิตรต่อประชากรหลัก

การรักษา (Treatment)

แนวคิดหลัก : แนวทางของประเทศไทย ต้องเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ ในระยะเริ่มแรก ไม่จำกัดการเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ จากระดับซีดี 4 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ๑ ได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ นอกจากจะส่งผลดีต่อการรักษาแล้วยังมีผลต่อการลดการถ่ายทอดเชื้อ ๑ ให้กับคู่ และพัฒนาการกระจายบริการและร่วมให้บริการของหน่วยบริการในระดับชุมชนด้วยบริการที่เป็นมิตรต่อกลุ่มประชากรหลัก

ผลลัพธ์ที่ต้องการ : กลุ่มประชากรหลักติดเชื้อ ๑ เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ เมื่อระดับ ซีดี 4 ยังสูงอยู่

นวัตกรรมสำคัญ : การกระจายบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ สู่ระดับตำบล การตรวจซีดี 4 ณ จุดให้บริการ การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการวัณโรคและไวรัสตับอักเสบบี และการประสานการทำงานระหว่างระบบประกันสุขภาพเพื่อครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา

การคงอยู่ในระบบ (Retain)

แนวคิดหลัก : การทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายยังคงป้องกัน หรือรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ ยังคงป้องกัน และตรวจเอชไอวีโดยสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่มีผลบวกติดเชื้อเอชไอวี ได้เข้าสู่ระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ โดยเร็ว หากพบผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะต้องติดตามเพื่อให้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ ให้เร็วที่สุด โดยหาพันธมิตรส่งเสริมรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลผู้ติดเชื้อ ๑ เป็นรายบุคคล (case management) ในระดับชุมชน และทำให้กลุ่มประชากรหลักที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบยังอยู่ในระบบ ๑ ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ และตรวจเอชไอวีเป็นระยะ ๆ

มาตรการสำคัญสำหรับกลุ่มประชากรหลักที่ผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ ได้แก่ การกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญและเข้ารับบริการตรวจเอชไอวีโดยสม่ำเสมอ และความจำเป็นในการรับบริการปรึกษาเพื่อฟังผลการตรวจ รวมถึงการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมป้องกัน ผ่านเครือข่ายของกลุ่มประชากรหลัก การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้แก่ การส่งข้อความสั้น (พิจารณาดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางดำเนินการในภาพกว้าง) นอกจากนั้นควรพิจารณานวัตกรรมที่ใช้โดยภาคเอกชนและธุรกิจ อาทิเช่น การใช้ระบบบัตรสมาชิกและสร้างแรงจูงใจที่จะส่งเสริมการตรวจเอชไอวีโดยสม่ำเสมอ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๑ มีปริมาณไวรัส ๑ ลดลง < 50 copies/ลบ.มม. อัตราการเข้ารับบริการเพิ่มสูงขึ้น และกลุ่มประชากรหลักที่ผลเลือดลบตรวจซ้ำเพิ่มขึ้น

นวัตกรรมหลัก : การใช้เทคโนโลยีผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อแจ้งเตือนให้ผู้ที่ตรวจเอชไอวีแล้วมีผลลบให้มาตรวจซ้ำ ผู้ที่ติดเชื้อฯ รับบริการรักษาต่อเนื่อง และการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อการดูแลผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล (case management) ในระดับชุมชนเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นแผนปฏิบัติการยังให้ความสำคัญกับแนวทาง การพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการโดยชุมชนประกอบด้วย (1) การพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชากรหลักและเครือข่าย (2) การสร้างสมรรถนะให้อาสาสมัครสุขภาพของชุมชน และเพื่อนอาสาในการให้บริการป้องกันเชิงรุกร่วมกับบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเอชไอวี การมีความรู้ที่สามารถ ดูแลตนเองได้ การกินยาสม่ำเสมอ และการบริหารจัดการดูแลผู้ติดเชื้อฯในชุมชน (3) การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงการดูแลโดยชุมชนกับสถานบริการสุขภาพของรัฐ และ (4) การพัฒนาสมรรถนะในการกำกับ ติดตามและประเมินผล รวมถึงการฝึกอบรมการใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ได้จากระบบการติดตามงานเพื่อการวางแผนอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และการรณรงค์เชิงนโยบายในระดับพื้นที่

รวมทั้งแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ได้ระบุถึงแนวทางการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน 4 ประการ ได้แก่ (1) การทำให้เอชไอวีและการตรวจเอชไอวีเป็นเรื่องปกติ (2) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3) การปกป้องและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของกลุ่มประชากรหลัก (4) การทบทวนกฎหมายที่เป็นอุปสรรคและทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

แผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ใช้แผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลปีพ.ศ. 2555-2559 เป็นแนวทางในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน โดยกำหนดเป็น 2 ระดับ

ในระดับเป้าประสงค์ มุ่งเน้นที่ ‘ผลของการป้องกัน’ จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมป้องกันอื่น ๆ ซึ่งตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์จะวัดผลกระทบของยุทธศาสตร์ ยุติปัญหาเอดส์ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การตายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ และการติดเชื้อฯ เมื่อแรกเกิด สำหรับตัวชี้วัดการติดเชื้อฯรายใหม่ และการตายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์โดยแหล่งข้อมูลหลักมาจากการคำนวณโดยใช้ตัวแบบ AIDS Epidemic Model (AEM)

ในระดับปฏิบัติการ จะเป็นการติดตามผลการดำเนินงานหลักตามกรอบการจัดบริการ การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ: RRTTR เพื่อติดตามการเชื่อมต่อระหว่างบริการ ว่ามีช่องว่างในลำดับใดบ้างของบริการป้องกันและการดูแลรักษา ซึ่งตัวชี้วัดระดับปฏิบัติการวัดผลลัพธ์และผลผลิตตามการจัดบริการ RRTTR ตามที่กำหนดในแผนข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลแห่งชาติ ที่สำคัญได้แก่

- (1) การเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) ได้ปรับนิยามให้ตรงกับ ‘ชุดบริการ’ ทั้งการสื่อสารเพื่อปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งรวมการใช้สื่อสังคมอิเล็กทรอนิกส์ วิธีการดั้งเดิม ค่านิยมของตัวชี้วัด และเพิ่มการพัฒนา ระบบการติดตามการดำเนินงานการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ด้วยการพัฒนาแนวทางการ พัฒนาระบบข้อมูล RTCM (Real time cohort monitoring)
- (2) การเข้าสู่ระบบบริการ ได้ขยายความชัดเจนจาก ‘การเข้าถึง’ เป็นการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบบริการตรวจ เอชไอวี หรือ Pre-test counseling หรือ STI หรือ MMT
- (3) การเข้าถึงบริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) กลุ่มเป้าหมายต้องได้รับการตรวจเลือดเอชไอวีและได้ ทราบผลเลือด โดยได้ข้อมูลจากหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจเลือดเอชไอวี และกำหนดแหล่งข้อมูลจาก RIHIS -VCT

1.4 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ. 2560 – 2573

ยุทธศาสตร์ฯ ฉบับล่าสุดพ.ศ. 2560-2573 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ” และกำหนดเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 ไว้ 3 ประการ เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์ฉบับที่แล้ว ได้แก่ 1) ลดการติดเชื้อรายใหม่ เมื่อสิ้นปีพ.ศ. 2573 ลงเหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตจากเอชไอวีลง เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2573 เหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 ราย และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติลงจากเดิม 90% กลุ่มเป้าหมาย ที่มุ่งเน้นในการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิงข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการ (SW) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและวิธีอื่น (PWID) (2) คู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ (3) ผู้ต้องขังในเรือนจำและ (4) เยาวชนในสถานพินิจ และ (5) ประชากรมีภาวะเสี่ยงสูงอื่น ๆ กำหนดยุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

เป้าหมาย

- ประชากรเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสสูงในการติดเชื้อเอชไอวีได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 95 ภายในปีพ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิม ให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

เป้าหมาย

- ทุกจังหวัดบรรลุเป้าหมายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในเด็กแรกเกิด
- ประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี
- งานป้องกันเอชไอวีมีคุณภาพและบูรณาการอยู่ในระบบแผนงานปกติ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

เป้าหมาย

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและกดควบคุมไวรัสสำเร็จ ตามเป้าหมายร้อยละ 90-90-90 ภายในปีพ.ศ. 2563 และร้อยละ 95-95-95 ภายในปีพ.ศ. 2568
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลทางสังคมร้อยละ 75
- การเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงร้อยละ 75
- ระบบบริการสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม และระบบชุมชนมีความเชื่อมโยง ผสมผสานและละเอียดอ่อนและตอบสนองต่อปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

เป้าหมาย

- ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติที่ดีต่อเอชไอวี/เอดส์ สิทธิมนุษยชน และความหลากหลายทางเพศ เพิ่มขึ้น
- หน่วยงานมีนโยบาย และมาตรการการดำเนินงานที่ส่งเสริมความเข้าใจ สิทธิมนุษยชน ไม่มีการรังเกียจ กีดกัน เลือกปฏิบัติ และมีความละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น
- กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เป็นทางเลือกปฏิบัติ และเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลักได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาขึ้น
- ทุกจังหวัดมีกลไกรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ สิทธิทางเพศตามเกณฑ์

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

เป้าหมาย

- จำนวนงบประมาณภายในประเทศ และจากภาครัฐในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด และที่สนับสนุนการดำเนินงานเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนเพิ่มขึ้น
- จำนวนองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานบริการโดยชุมชนเพิ่มขึ้น
- จำนวนจังหวัดที่แผน งบประมาณและการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานการยุติปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

- ร้อยละขององค์กร/จังหวัด/หน่วยงานที่มีระบบและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการวางแผนจัดทำนโยบาย และจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น
- จำนวนการวิจัยที่ได้มีการนำความรู้และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น

กรอบการติดตามและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลัก ทุกระดับ

- (1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี (MSM TG SW PWID และ Prisoner)
- (2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- (3) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด
- (4) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach)
- (5) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวีและรู้ผล (Test)
- (6) ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด รายงานว่าใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด PWID
- (7) จำนวนเข็มและกระบอกฉีดยาที่แจกให้กับ PWID
- (8) จำนวนผู้ใช้ยาที่ได้รับการบำบัด MMT
- (9) จำนวนกลุ่มประชากรหลัก ได้รับยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

2. แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ที่สำคัญที่ผ่านมา

2.1 โครงการกองทุนโลก (Global fund)

โครงการกองทุนโลก เป็นแหล่งทุนหลักที่สนับสนุนในการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย มาอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาของการศึกษานี้ ประเทศไทยได้พัฒนาโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกที่มีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศ และแผนปฏิบัติการเร่งรัดทั้ง 3 ฉบับ ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสำหรับกลุ่มประชากรหลักได้เข้าถึงบริการที่จำเป็นชุดบริการที่ผสมผสานการป้องกัน และการดูแลรักษา ตามมาตรการ RRTTR และอ้างอิงกรอบการติดตามและประเมินผล ตัวชี้วัดและระบบข้อมูลที่ระบุ จากแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามและประเมินผลของประเทศไทยปีพ.ศ. 2555-2559 ดังกล่าวแล้ว ซึ่งโครงการกองทุนโลกที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 โครงการ รายละเอียดโครงการ ฯ พอสังเขป ดังนี้

2.1.1 โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ Comprehensive HIV Prevention among MARPS by Promoting Integrated Outreach and Networking (CHAMPION) รอบ 8

โครงการกองทุนโลกรอบนี้ เป็นโครงการแรกของประเทศไทยที่มีการดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลัก และประเทศไทยได้เสนอขอรับทุนสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกอย่างต่อเนื่อง

เป้าประสงค์โครงการ เพื่อลดการติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (IDU) แรงงานข้ามชาติ (MW) และผู้ต้องขัง (Prisoner)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการ
2. เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างเท่าเทียมและยั่งยืน แก่กลุ่มพนักงานบริการหญิง
3. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มเป้าหมายในโครงการ

- พนักงานบริการหญิง (Female sex worker : FSW) ครอบคลุมพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในสถานที่ ทั้งที่เป็นสถานบริการทางเพศโดยตรง และสถานบันเทิงต่าง ๆ ได้แก่ คาราโอเกะ ร้านอาหาร เป็นต้น และกลุ่มที่ทำงานไม่เป็นหลักแหล่ง
- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men : MSM) ครอบคลุมชายมีเพศสัมพันธ์ กับ สาวประเภทสอง (Transgender) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบันเทิง และพนักงานบริการชาย (Male Sex worker : MSW)
- ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (People who inject drug : PWID) ครอบคลุมผู้ฉีดยา สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
- แรงงานข้ามชาติ (Migrant worker : MW) ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ทำงานในอาชีพหลักๆ ได้แก่ ประมง ประมงต่อเนื่อง โรงงาน ก่อสร้าง และอุตสาหกรรมการเกษตร
- ผู้ต้องขังในเรือนจำ (Prisoner) ทั้งชาย หญิง

ระยะเวลาโครงการ 5 ปี ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2554

พื้นที่ดำเนินงาน รวม 44 จังหวัด และ กทม.

กลยุทธ์ของโครงการ

- 1) การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและกลุ่มประชากรเป้าหมาย ในการจัดบริการเชิงรุก และพัฒนาให้บริการของภาครัฐมีความเป็นมิตรกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และจัดบริการเชื่อมต่อ ระหว่างบริการเชิงรุก โดยภาคประชาสังคมกับบริการภาครัฐ
- 2) สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เพศ เพศภาวะ เพศวิถี การคุ้มครองสิทธิ ให้กับผู้ให้บริการทั้งในส่วนภาครัฐ ภาคประชาสังคม และกับชุมชนและสังคม การดำเนินงานเกี่ยวกับ กรอบนโยบาย ที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ทั้งในระดับประเทศและในพื้นที่ โดยมีกลไกการประสานงานในระดับจังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ที่เชื่อมต่อการทำงานภายในจังหวัด

3) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล โดยดำเนินการใน 2 ส่วนหลัก

- การพัฒนาศักยภาพของคณาจารย์เพื่อให้อำนาจในการใช้ข้อมูลจากระบบติดตามและประเมินผลในการพัฒนาการดำเนินงานทั้งในระดับปฏิบัติการ และการพัฒนาโยบาย
- การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระยะยาว เพื่อการพัฒนาระบบข้อมูลในการติดตามการดำเนินงาน

กิจกรรมการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ 1: เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการแก่กลุ่มประชากรหลัก

วัตถุประสงค์ 2: เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรหลัก

- การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคมและการสร้างศักยภาพองค์กรภาคประชาสังคม
- การพัฒนา นโยบายและกฎหมาย
- การลดการตีตราและการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในทุกสภาพแวดล้อม

วัตถุประสงค์ 3: เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรหลัก โดยกิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการเฝ้าระวัง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการเฝ้าระวัง โดยการดำเนินกิจกรรมดังนี้

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯสัมพันธ์กับพฤติกรรม (Integrated Biological Behavioral Survey: IBBS) และระบบข้อมูลเพื่อการบริหารระบบสุขภาพ (Health Management Information system: HMIS) ได้แก่การพัฒนาระบบการติดตามโดยระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) ซึ่งเป็นช่วงแรกของการเริ่มแนวคิดการพัฒนาการติดตามงานในกลุ่มประชากรหลัก
- การสร้างศักยภาพของหน่วยงานรับทุนหลักในการจัดการโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานรับทุนรอง หน่วยงานรับทุนย่อย องค์กรชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพในท้องถิ่น เกี่ยวกับการติดตามคุณภาพของโครงการและการนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงโครงการ

กรอบการติดตาม และตัวชี้วัดของโครงการฯ

ตัวชี้วัดของโครงการฯ ระดับผลผลิต ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่

- (1) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach)
- (2) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวีและรู้ผล (Test)
- (3) จำนวนถุงยางอนามัย ที่แจกให้กลุ่มเป้าหมาย
- (4) จำนวนเข็มและกระบอกฉีดยาที่แจกให้กับ PWID

2.1.2 โครงการปรับภารกิจจัดการปัญหาเอชไอวี โดยบูรณาการการจัดบริการเชิงรุกและเครือข่ายการทำงานให้เข้าสู่กระบวนการกระจายอำนาจในจังหวัดให้ครอบคลุมถ้วนทั่วกลุ่มเป้าหมาย และส่งผลอย่างยั่งยืน (Aligning Care and Comprehensive HIV-Prevention among Youth, MARPs, Children infected and affected by HIV/AIDS and other vulnerable children by Promoting Integrated Outreach and Networking with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact: ACHIEVED) (รอบ SSF)

โครงการ GF รอบนี้ ยังเป็นโครงการต่อเนื่องจากโครงการกองทุนโลก รอบที่ 8 ที่ยังคงมุ่งเน้นแนวทางหลักในการดำเนินงาน ทั้งกลุ่มเป้าหมาย และการจัดบริการที่มีการผสมผสาน บูรณาการเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยมีองค์กรภาคประชาสังคมเป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการติดตามการดำเนินงาน และการกำหนดตัวชี้วัด ที่ยังคงสอดคล้องและต่อเนื่องกับโครงการ ฯ รอบที่ผ่านมา

เป้าประสงค์โครงการ

ขยายผลการจัดบริการเอชไอวีที่ครบถ้วนและมีประสิทธิผล ในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน อายุ 12-24 ปี พนักงานหญิงบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวมถึงผู้ผ่าตัดแปลงเพศ) ผู้ต้องขัง ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานข้ามชาติ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ และเด็กที่อยู่ในภาวะเปราะบาง และทำให้เกิดความยั่งยืน โดยมุ่งหวังว่าจะประสบผลสำเร็จในการเสริมสร้างศักยภาพของกลไกปกป้องคุ้มครองทางสังคม โดยการประสานงานกับการจัดบริการสุขภาพและระบบชุมชนที่มีอยู่

เป้าหมายของโครงการ

เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี โดยการบูรณาการกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ให้ผสมผสานไปกับหน่วยงานในท้องถิ่น จังหวัด และประเทศ โดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ

- กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงผู้ผ่าตัดแปลงเพศ (MSM, TG) พนักงานบริการหญิงและชาย (SW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID)
- แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทยที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า
- กลุ่มผู้ต้องขัง
- เยาวชนอายุ 12-24 ปี รวมหนุ่มสาวในชุมชน สถานประกอบการกิจการ สถานศึกษาที่เป็นทางการ และในรูปแบบไม่เป็นทางการ
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์โดยตรง

ระยะเวลาดำเนินงาน ระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2554-2557

พื้นที่ดำเนินงาน 59 จังหวัด

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อป้องกันการติดเชื้อและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เน้นให้เกิดความยั่งยืน โดยการบูรณาการกับกิจกรรมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับเยาวชนและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบหลัก โดย

- เสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทักษะของกลุ่มประชากรดังกล่าว ให้มีพฤติกรรมทางเพศที่มีสุขภาพและ การใช้บริการด้านการป้องกัน
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ บริการทางสังคมที่ตอบสนองต่อประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และมีความเท่าเทียมกัน
- ผลักดันให้มีการเชื่อมประสานนโยบายทั้งในระดับประเทศ และท้องถิ่น
- จัดบริการดูแลรักษาและสนับสนุนการบริการ รวมถึงให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าถึงบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลยุทธ์โครงการ มุ่งเน้นใน 4 กลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 หนุนเสริมการบูรณาการบริการที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเป้าหมายให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

- พัฒนาสมรรถนะและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลักในโรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอให้สามารถจัดการเชื่อมโยงบริการที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ
- จัดตั้งและพัฒนาการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ได้รับผลกระทบหลักใน 59 จังหวัด ในการดำเนินงานประกอบด้วย (1) การดำเนินงานในระบบสุขภาพระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานในท้องถิ่น (2) ระบบการส่งต่อในการบริการที่เป็นมิตร (3) เครือข่ายบริการที่เป็นมิตรระหว่างกิจกรรมบริการเชิงรุกในชุมชนกับโรงพยาบาล (4) การบันทึกข้อมูล และการรายงานข้อมูลการจัดบริการ
- พัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานด้านเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก โดยการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการรายงานการจัดบริการตามตัวชี้วัดโครงการ ฯ ในพื้นที่ 59 จังหวัด ซึ่งเป็นช่วงเริ่มพัฒนาแนวทางระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS)

กลยุทธ์ที่ 2 จัดทำรูปแบบการป้องกันและดูแลเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิผลโดยมีหลักฐานรองรับทางวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่มีมาตรฐานในสังคมไทย

- ประสานจัดการให้เกิดการวิจัยและพัฒนา/พัฒนาและวิจัย สำหรับกิจกรรมการป้องกันและดูแลเอชไอวี/เอดส์ เพื่อทำให้เกิดการรับรองกิจกรรมที่มีประสิทธิผล รวมทั้งกระบวนการและแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- จัดทำบัญชีรายการกิจกรรมการป้องกันและดูแลเอชไอวี/เอดส์ ที่มีรูปแบบแสดงประสิทธิผลที่ตอบสนองของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ตามความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ
- ติดตามกำกับและประเมินผล โดยการหนุนเสริมรูปแบบกิจกรรมการป้องกัน/ดูแลและรักษาต้านเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิผลซึ่งเชื่อมประสานกับการบริการที่เป็นมิตร และนำไปสู่การรับรองและขึ้นบัญชีรายการโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิผลของประเทศไทย
- พัฒนาเทคนิคการสื่อสารด้านเอตส์ของพ่อแม่ต่อเยาวชน

กลยุทธ์ที่ 3 ขยายและให้ความสำคัญกับบทบาท PCM ที่มีสมรรถนะใน 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะการเป็นผู้จัดการยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเครือข่ายการจัดบริการที่เป็นมิตรโดยทำให้มีการจัดทำแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- พัฒนาสมรรถนะ PCM ให้สามารถวิเคราะห์ ออกแบบ เก็บรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลข่าวสารเชิงยุทธศาสตร์ในระดับท้องถิ่น สำหรับการประสานจัดการให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานภาคีต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการขยายผลกิจกรรมการดำเนินงานและทำให้เกิดความยั่งยืนในด้านต่าง ๆ
- เสริมสร้างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัด และพัฒนาสมรรถนะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความสามารถในการผนวกกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์และเพศศึกษาให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาของชุมชน และการระดมทรัพยากร
- ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ประสานจัดการและภาคีความร่วมมือ
- ส่งเสริมสมรรถนะเครือข่ายการทำงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมและทำให้หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนในระดับประเทศ จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรในชุมชนให้การสนับสนุนเงินทุนในการดำเนินงานป้องกันและดูแลเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิผล

- ส่งเสริมสมรรถนะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความสามารถในการผนวกกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ และเพศศึกษาให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาของชุมชน และการระดมทรัพยากร
- พัฒนาสมรรถนะหน่วยงานรับทุนรอง/หน่วยงานรับทุนย่อยให้สามารถแสดงกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสิทธิผลของตนเอง เพื่อทำให้เกิดการสนับสนุนทุนจากหน่วยงานให้ทุน
- ตรวจสอบความเป็นไปได้และค้นหาข้อจำกัดการขยายบริการด้านสุขภาพทางเพศเข้าในประกันสุขภาพของโรงเรียน
- ระดมเงินทุนให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม

กรอบตัวชี้วัดในกลุ่มประชากรหลัก

- (1) จำนวน /ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ข้อมูลจากระบบ RTCM
- (2) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดและรู้ผล (Test) ข้อมูลจากระบบ RIHIS
- (3) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (4) จำนวนถุงยางอนามัย ที่แจกให้กลุ่มเป้าหมาย
- (5) จำนวนเข็มและกระบอกฉีดยาที่แจกให้กับ PWID

2.1.3 โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTR (Stop TB and AIDS through RTTR: STAR : NFM)

โครงการที่ได้รับสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกนี้เป็นโครงการต่อเนื่อง ที่ยังคงให้ความสำคัญต่อเนื่องในกลุ่มประชากรหลัก และการจัดบริการผสมผสานที่จำเป็น ตามมาตรการ RRTR รวมถึงการเพิ่มความสำคัญกับการจัดบริการเอชไอวีร่วมกับโรคร่วมวัณโรค

เป้าหมายของโครงการ

- เพื่อยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 ราย
- เพื่อลดอัตราการความชุกวัณโรคจาก 159 ต่อแสนประชากร เป็น 120 ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2562

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เพื่อป้องกันการระบาดของเอชไอวี และวัณโรค โดยการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น รวมทั้งการป้องกันโดยฉีดวัคซีนไวรัสอย่างเหมาะสม
- เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และในสถานบริการสุขภาพ
- เพื่อพัฒนาศักยภาพการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยวัณโรคได้อย่างถูกต้อง
- เพื่อสนับสนุนให้เกิดการรักษาที่รวดเร็วและการดูแลที่ต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือเป็นวัณโรคทุกคน
- เพื่อทำให้เกิดการเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านเอชไอวี และวัณโรคทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนโดยการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลสุขภาพในชุมชน และระบบสุขภาพของประเทศ
- เพื่อให้การเอชไอวีและวัณโรคเป็นเรื่องปกติวิสัย โดยการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมายของโครงการ ได้แก่

- กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงผู้ผ่าตัดแปลงเพศ (MSM ,TG) พนักงานบริการหญิงและชาย (SW) และผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID)
- แรงงานข้ามชาติ (เอชไอวี และวัณโรค)
- คู่ที่มีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีเอชไอวีสูง
- ผู้ต้องขัง (เอชไอวี และวัณโรค)

พื้นที่ดำเนินงาน 38 จังหวัด

ระยะเวลาการดำเนินโครงการ 2 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 จนถึงปีพ.ศ. 2560

กลยุทธ์โครงการ

โครงการจะมุ่งเน้นการปฏิบัติงานในพื้นที่ 38 จังหวัดของประเทศไทย ที่มีปริมาณการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และวัณโรคสูงที่สุด โดยคาดหวังจะลดปริมาณการแพร่ระบาดของโรค ลดอัตราป่วย และอัตราการเสียชีวิต โดยการส่งเสริมการป้องกันควบคู่ไปกับการรักษาในกลุ่มประชากรผู้ได้รับผลกระทบและเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก โครงการตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักการ “เข้าถึง ตรวจหา รักษา และคงอยู่” (RRTR: Reach-Recruit-Test-Treat-Retain” โดยมุ่งที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึง โดยผ่านกลุ่มเครือข่าย และรูปแบบการจัดบริการที่เข้าถึงได้ง่าย

กิจกรรมหลัก:

- (1) การพัฒนาระบบบริการเอชไอวี รวมถึงการเข้าถึงและจัดบริการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก
- (2) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง PCM ในการระดมทรัพยากร
- (3) การรักษาเอชไอวี การดูแล และการให้ความช่วยเหลือสำหรับแรงงานข้ามชาติ
- (4) การดูแลรักษา และป้องกันวัณโรค รวมไปถึงการจัดซื้อเครื่อง Gene-Xpert มีความไวสูง ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์และทันเวลาที่
- (5) การรักษาวัณโรคดื้อยา (MDR – TB treatment) ดูแลและให้การช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีประกัน และผู้ต้องขังในเรือนจำ สนับสนุนยารักษาวัณโรคดื้อยา MDR-TB สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหรือสิทธิในการรักษา และยารักษาวัณโรคชนิดรุนแรง XDR-TB ในผู้ป่วยทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติ
- (6) การประสานการดำเนินงาน และการสนับสนุนช่วยเหลือกันระหว่างวัณโรคและโรคเอดส์ (TB & HIV)
- (7) ส่งเสริมการจัดระบบข้อมูลสุขภาพและการติดตามประเมินผลเอชไอวีและวัณโรค

กรอบการติดตามและตัวชี้วัดการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากรหลัก

ตัวชี้วัดระดับผลผลิต

- (1) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS outreach
- (2) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดวินิจฉัยและรู้ผล (Test) ข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS
- (3) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักได้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (4) จำนวนเข็มและกระบอกฉีดยาที่แจกให้กับ PWID

2.2 โครงการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ RRTR ปีพ.ศ. 2560

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมาตรการที่สำคัญที่จะยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558–2562 ที่มุ่งหมายจะนำไปสู่การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ อันสอดคล้องกับเป้าหมายของนานาประเทศ ในระยะเริ่มต้นจะมุ่งเน้นไปยังผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ โดยดำเนินการให้มีการเข้าถึงและนำประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การขยายบริการเชิงรุก การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัย สำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่สพสข.กำหนด ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และชักนำให้เข้าสู่ระบบบริการของกลุ่มประชากรหลัก (Key Population) ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มที่มีความเสี่ยง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพและอยู่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก (Key Population) เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่เกิดการกระจาย และแพร่เชื้อ หรือกลุ่มที่ได้รับผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงาน ในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น

ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

- 1) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรหลัก (Key Population) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี และบริการถุงยางอนามัย สำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีกิจกรรมหลัก ดังนี้
 - บริการค้นหากลุ่มเสี่ยง (Reach)
 - บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ VCT (Recruit)
 - บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test)
 - บริการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ (Treat)
 - บริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยง (Retain)
- 2) บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เป็นบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีสำหรับคู่ของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงอื่น การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้ยา อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การพบปะประชุมกลุ่มย่อยและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ

การกำกับติดตามและประเมินผล

- 1) ระดับจังหวัด คณะกรรมการเอดส์ระดับจังหวัด ซึ่งมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดที่รับผิดชอบ ตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด การตรวจเยี่ยมและนิเทศงาน
- 2) ระดับเขต คณะทำงานวิชาการเอดส์ในเขตพื้นที่ (Regional AIDS Committee: RAC) ซึ่งมีสปสข.เขตเป็นเลขานุการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด การตรวจเยี่ยมและนิเทศงาน
- 3) ระดับประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขทำแผนการกำกับติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับแผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรค และผู้ติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - กำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการตามจำนวนเป้าหมายที่ได้รับ
 - ติดตามให้หน่วยบริการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณต้องส่งรายงานผล

ตัวชี้วัดที่ต้องรายงานตามแผนงานฯ RRTR

- 1) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ข้อมูลจากระบบ RIHIS-Outreach
- 2) จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือดและรู้ผล (Test) ข้อมูลจากระบบ RIHIS หรือ NAP

3. หลักการติดตามและประเมินผล และการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก ๆ ซึ่งการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน ๆ จำเป็นต้องเข้าใจ และดำเนินการตามหลักการติดตามและประเมินผลเบื้องต้น ซึ่งมีรายละเอียด พอสังเขปดังนี้

3.1 หลักการติดตามและประเมินผล

จากการทบทวนเอกสาร Basic Terminology and Frameworks for Monitoring UNAIDS Monitoring and Evaluation Fundamentals and Evaluation การติดตามและการประเมินผลถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการบริหารงานหรือถือเป็นเครื่องมือทางการบริหารอย่างหนึ่ง (a management tool) ที่มีความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้ทราบความก้าวหน้าและความสำเร็จของการปฏิบัติงาน รวมทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ หรือหน่วยงานว่าอยู่ในระดับใด และเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเพียงใด ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงแก้ไขวิธีการดำเนินงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ โดยภาพรวมการติดตามและประเมินผลก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) ทำให้ทราบความคืบหน้าของการดำเนินงาน (2) ทำให้ทราบปัญหาในการวางแผนและ/หรือการดำเนินงาน และ (3) ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานให้ต่างไปจากเดิมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ทั้งนี้ หากปราศจากการติดตามและประเมินผล ผู้บริหารย่อมจะไม่ทราบถึงข้อมูลย้อนกลับที่จำเป็น ต่อการตัดสินใจอย่างทันเหตุการณ์ (day-to-day decision-making) และไม่สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานนั้น นอกจากนี้ ยังทำให้ไม่สามารถแก้ไขการดำเนินงานที่จำเป็น ๆ ในโครงการได้ อีกทั้งทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์ที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงานไปใช้พัฒนางานหรือโครงการในอนาคตได้ ซึ่งประโยชน์ของการติดตามและประเมินผลดังที่กล่าวข้างต้น หรือวัตถุประสงค์หลักของการติดตามและประเมินผล สามารถแสดงความเชื่อมโยงได้

นิยามของ “การติดตาม” (Monitoring) และ “การประเมินผล” (Evaluation)

การติดตาม (Monitoring) และ ประเมินผล (Evaluation) อาจมีความหมายบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน และมักพบว่ามีการใช้ควบคู่กัน หรือเป็นกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริหารแผนงานและโครงการ แต่อย่างไรก็ตามคำสองคำนี้เป็นคนละแนวคิด จึงมีความหมาย เป้าหมาย และ กิจกรรมการดำเนินงานที่ต่างกัน ดังนิยามต่อไปนี้

“การติดตาม” (Monitoring) หมายถึง การดำเนินการอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องโดยใช้การรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดที่มีการกำหนดไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อให้มีข้อมูลสารสนเทศในการเสนอต่อผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยเน้นที่การรายงานความคืบหน้าสามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งความคืบหน้าของการใช้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน เพื่อเสนอต่อผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน

“การประเมินผล” (Evaluation) หมายถึง การประเมินอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย เป็นกระบวนการตีความหมาย (Interpretation) และ ตัดสินคุณค่า (Value Judgment) เกี่ยวกับสิ่งที่กำลังดำเนินการ หรือดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว รวมถึงรูปแบบการดำเนินการ และ ผลการดำเนินการของโครงการ (Project) แผนงาน/โปรแกรม (Program) หรือ นโยบาย (Policy) โดยเป้าหมายของการประเมินผลคือเพื่อตัดสินว่าได้ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพียงใด เกิดผลกระทบใดบ้าง และ เกิดความยั่งยืนหรือไม่เพียงใด ซึ่งผลของการประเมินนี้ควรให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์ รวมทั้งได้บทเรียน ที่สามารถนำไปใช้ในกระบวนการตัดสินใจของทั้งผู้รับทุนและผู้ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงาน ต่อไป

การติดตามและการประเมินผล มีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง แต่อย่างไรก็ตาม คำว่า “การติดตาม” (Monitoring) และ “ประเมินผล” (Evaluation) มักจะเป็นคำที่ใช้ควบคู่กัน หรือ เป็นกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน ข้อมูลที่ได้จากการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) จะเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปใช้ในการประเมินผล

การติดตามและการประเมินผล ก็ระบบข้อมูล เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการร่วมไปด้วยกัน โดยระบบข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบการติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะระบบการติดตามการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีและใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ ในกลุ่มประชากรหลัก จำเป็นต้องเข้าใจถึงกระบวนการขั้นตอนในการจัดระบบการติดตามงาน (Monitoring) หรือการวางแผนเพื่อการติดตามงานซึ่งในหลักการการวางแผนการติดตามงาน สรุปขั้นตอน ได้ดังนี้

ขั้นตอนการติดตามงาน การวางแผนการติดตามการดำเนินงาน มีขั้นตอนดังนี้

- 1) การศึกษาแผนงาน/โครงการ และการบูรณาการแผนงาน โครงการในพื้นที่ให้เป็นแผนเดียว (single plan) หากแผนงานเดียวกันประกอบด้วยหลายโครงการ โดยอาจจะใช้กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่หรือหน่วย งานเป็นหลักในการบูรณาการแผน โดยการ mapping
- 2) วิเคราะห์แผนงาน/โครงการ โดยจัดเรียงกิจกรรม ผลผลิต วัตถุประสงค์ เป้าหมายของโครงการ และจัดเรียงระดับของการติดตามให้สอดคล้อง และการติดตามงาน ตามระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ และจัดทำกรอบการติดตามการดำเนินงาน
- 3) กำหนดตัวชี้วัดและวิธีรวบรวมข้อมูล รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการวัดเพื่อติดตามการกำหนดตัวชี้วัดตามกรอบการติดตามงานที่วางไว้ โดยหลักการกำหนดตัวชี้วัด มีข้อพิจารณาดังนี้ คุณสมบัติตัวชี้วัดที่ต้องการ คือ SMART มีความเฉพาะเจาะจง (Specific) สามารถวัดผลได้จริง (Measurable) บรรลุผล

สำเร็จได้ (Attainable, Achievable) ความสมจริง (Realistic) วัดผลการปฏิบัติงานได้ภายในเวลาที่กำหนด (Timely) และองค์ประกอบในตัวชี้วัดที่ควรต้องบอก คือกลุ่มเป้าหมาย (Target) คุณภาพ (Quality) ปริมาณ (Quantity) ระยะเวลา (Time) พื้นที่ (Place) นอกจากนี้ต้องมีการจัดทำคำอธิบายตัวชี้วัด วิธีวัด วิธีการรวบรวมข้อมูล และแหล่งข้อมูลที่ชัดเจน ประกอบคู่กันด้วยเพื่อให้ทุกคนเข้าใจในสิ่งที่วัดได้ตรงกัน

วิธีการรวบรวมข้อมูล ที่สำคัญและจำเป็น คือ การระบุแหล่งข้อมูลและจำเป็นต้องมีหรือพัฒนาให้มีระบบข้อมูลที่เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ตลอดจนการปรับปรุงระบบข้อมูลให้มีคุณภาพเพื่อติดตามความก้าวหน้าจากตัวชี้วัดได้ และสะท้อนการดำเนินงานได้ถูกต้องตามจริง

การกำหนดเป้าหมายที่จะวัด เป้าหมายตัวชี้วัด มีข้อพิจารณาที่สำคัญ เช่น เป็นเป้าหมายระดับใด ในพื้นที่มีระบบข้อมูล หรือมีการดำเนินงานรองรับหรือไม่ และลักษณะของปัญหาและแนวโน้มและมีแนวทางการแก้ไขหรือไม่ ความรวมทั้งเป็นไปได้ในการดำเนินงาน มีทรัพยากรและขีดความสามารถเพียงพอมากน้อยเพียงใด

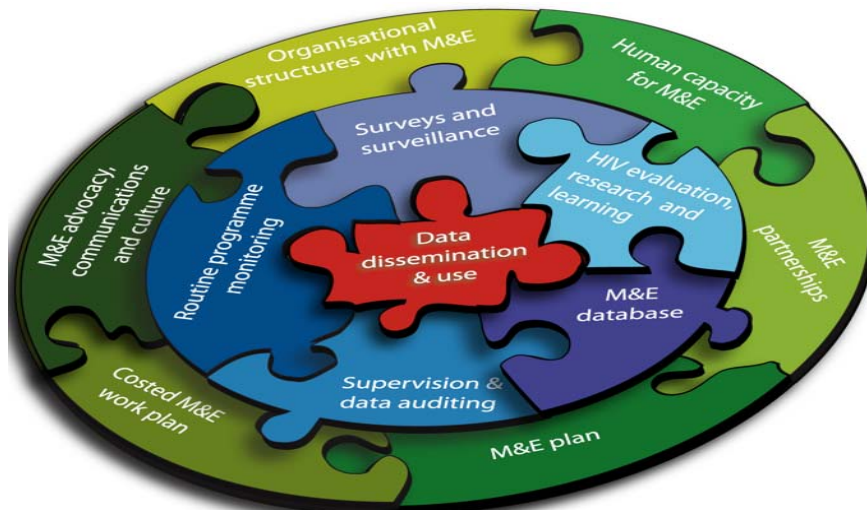
4) กำหนดแผนการติดตามงานที่เป็นระบบ ประกอบด้วยการพิจารณาถึง

- รูปแบบการติดตามงาน ที่จะดำเนินการด้วยวิธีการ (1) วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานประจำตามตัวชี้วัด ซึ่งเป็นส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และหรือ (2) การลงเยี่ยมติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อสังเกต และพูดคุยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการติดตามลงพื้นที่ (3) การประชุม ติดตามและสรุปงานร่วมกันกับหน่วยงาน ซึ่งจะได้ข้อมูลรายละเอียดเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน
- กลไกและโครงสร้าง ว่าในแต่ละระดับใครมีบทบาทร่วมในการติดตามบ้าง
- กรอบเวลา โดยกำหนดความถี่ในการวิเคราะห์รายงาน การลงติดตามพื้นที่และการประชุมที่ต้องทำประจำ
- การสะท้อนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่ได้ติดตามงาน โดยหลังจากการรวบรวมข้อมูล และสรุปผลจากติดตาม ต้องมีการคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำผลการติดตามไปใช้ในการปรับปรุงแผนงาน โครงการ และปรับปรุงบริการอย่างเป็นระบบ

3.2 การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E)

การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ฯ ระบบข้อมูลRIHIS ต้องเข้าใจถึงหลักการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์ ถึงกระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ฯ ได้อย่างถูกต้อง

การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M&E) ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (Functional HIV M&E System) จำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 12 ประการ อันจะนำไปสู่เป้าหมาย การได้มาซึ่งข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information : SI) ที่หมายถึงการมีข้อมูลสำคัญที่เพียงพอสำหรับการใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดกลยุทธ์ของการดำเนินงานโครงการได้อย่าง สอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานที่แท้จริง



รูปที่ 1 องค์ประกอบ 12 ประการของระบบการติดตามประเมินผลด้านเอชไอวี/เอดส์ตามแนวคิด ของ UNAIDS (2009)

องค์ประกอบทั้ง 12 ประการ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกัน

1) องค์ประกอบที่จำเป็นพื้นฐาน ในการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล (M&E) อันประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 – 6 ที่มรอบนอก (The outer ring) ได้แก่การจัดโครงสร้าง ทรัพยากรบุคคล การวางแผนงานการติดตามและประเมินผล ที่มีการกำหนดกรอบการติดตามและประเมินผลและตัวชี้วัด (M&E framework) ซึ่งรวมถึงวิธีวัดและเป้าหมาย พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ตลอดจน การสื่อสาร การผลักดันนโยบาย การสร้างวัฒนธรรมเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย

2) องค์ประกอบที่สำคัญมากในระบบM&E ได้แก่ กลไกที่เกี่ยวกับการได้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information: SI) ซึ่งประกอบด้วย (1) การพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน และบริการ (Program monitoring system) (2) การพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังและการสำรวจ (Surveillance) (3) การจัดการ Database และการพัฒนาคุณภาพข้อมูล

3) องค์ประกอบที่เป็นหัวใจสำคัญ และเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบM&E คือ การนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ วางแผนและการดำเนินงานที่ใช้ข้อมูล ซึ่งเป็นองค์ประกอบวงในสุด (The center) ของระบบ

ตามหลักการแนวทางการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล แสดงให้เห็นว่าพัฒนาระบบข้อมูล RHIS เพื่อให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพ มีความสำคัญในการขับเคลื่อนให้ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ไปสู่เป้าหมาย การใช้ประโยชน์ข้อมูลในการวางแผน ปรับปรุงบริการในกลุ่มประชากรหลัก ทั้งนี้ขึ้นกับผลการพัฒนาระบบข้อมูลด้วย

ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information: SI) หมายถึง ข้อมูลที่มีความจำเป็นและเพียงพอ สำหรับการนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ในการวางแผน รวมถึงการปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างแท้จริง โดยประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ (1) ข้อมูลที่ทำให้รู้ถึงสถานการณ์ (know epidemic) ทำให้รู้ถึงขนาดและความรุนแรงของการแพร่ระบาดของเอชไอวีทั้งทางด้านระบาดวิทยาและสถานการณ์ทางด้านสังคม (2) ข้อมูลที่ทำให้รู้ถึงการดำเนินงาน (know response) ที่บ่งชี้ถึงประสิทธิผลของการดำเนินงาน และ (3) ข้อมูลที่ทำให้รู้ถึงการลงทุนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี (Know investment) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้การสนับสนุนทุน/ทรัพยากร

4. ระบบข้อมูลด้านเอชไอวี

ระบบข้อมูลด้านเอชไอวี มีอยู่มีหลายระบบ มีวัตถุประสงค์ในการใช้ที่แตกต่างกัน การทบทวนและทำความเข้าใจถึงภาพรวมของระบบข้อมูลเอชไอวีที่มีอยู่ทั้งหมด เพื่อทราบถึงศักยภาพ วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์ และข้อจำกัดของ

ระบบข้อมูลแต่ละระบบที่มีอยู่เดิม มีความสำคัญต่อการศึกษา และการวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์
ฯ ระบบข้อมูล RIHIS ครึ่งนี้

จากการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในระบบการติดตามและประเมินผล ที่แบ่งระบบข้อมูลเชิง
ยุทธศาสตร์ เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ข้อมูลจากระบบการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) และข้อมูลจากการ
ประเมินผล (Evaluation) งานวิจัยและการศึกษาต่างๆ (Research and Study) ในการศึกษาครั้งนี้ ขอกล่าวรายละเอียด
เฉพาะระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จากระบบการติดตามการดำเนินงาน(Monitoring) เท่านั้น

ข้อมูลจากระบบการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring)

ระบบการติดตามการดำเนินงาน ได้แบ่งกลุ่มข้อมูลและการติดตาม ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้อมูลที่
สะท้อนหรือที่ทำให้รู้สถานการณ์ รู้การดำเนินงาน และรู้การลงทุน

- 1) ระบบข้อมูลและการติดตาม “รู้สถานการณ์เอชไอวี” ที่มาจากระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย ดังนี้
 - (1) ระบบเฝ้าระวังรายงาน HIV case report (รายงาน 506/1, 507/1 เดิม) ปัจจุบันไม่มีการรายงานแล้ว
 - (2) ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ (HSS : HIV Sentinel Sero-surveillance) ดำเนินการทุกปีใน
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โลหิตบริจาค ผู้ใช้ยาเสพติด แรงงานข้ามชาติ ทหารเกณฑ์ก่อนประจำการ (Male
conscript) กลุ่มทหาร ฯ ดำเนินการโดย กระทรวงกลาโหม กรมแพทย์ กองทัพบก
 - (3) ระบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV รายใหม่ (incidence) ด้วยวิธี BED ปัจจุบันใช้วิธี LAg Avidity
ดำเนินการทุกปีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และพนักงานบริการหญิง
 - (4) ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS: Behavioral Sentinel Surveillance)
ที่ผ่านมามีดำเนินการทุกปี ในกลุ่ม (1) กลุ่มนักเรียน ม.2 ม.5 ปวช. 2 ทั้งชาย-หญิง (2) กลุ่มทหารเกณฑ์
(3) พนักงานโรงงาน ชาย-หญิง
 - (5) ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
IBSS : Integrated Biological Behavioral Sentinel Surveillance ดำเนินการทุก 2 ปี ในกลุ่มชาย
มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการ ชาย-หญิง (SW) แรงงานข้ามชาติ (Migrant) และผู้ใช้ยา
เสพติดด้วยวิธีชนิดฉีด (IDU) ซึ่งครั้งล่าสุดในกลุ่มผู้ใช้ยา ฯ ดำเนินการเมื่อพ.ศ. 2557
 - (6) การคาดประมาณขนาดประชากร ทุก 5 ปี
 - จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี: จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New infection) จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิต
อยู่ในปัจจุบัน จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต
 - จำนวนประชากร กลุ่มประชากรหลัก : กลุ่ม MSM TG SW และ PWID
 - (7) สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ
 - การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการทุก 2 ปี ใน
พื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด
 - การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในประชาชนทั่วไป ดำเนินการทุก 5 ปี
 - การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรหลัก ดำเนินการบูรณาการกับ
ระบบเฝ้าระวัง IBBS ในกลุ่ม MSM TG และ SW

2) ระบบข้อมูลและการติดตามการดำเนินงาน “รู้การดำเนินงาน” ระบบที่สำคัญมีดังนี้

2.1) ระบบข้อมูลติดตามบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากโปรแกรม NAP : National AIDS Program : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ข้อมูลจากโปรแกรม NAP เป็นระบบข้อมูลที่มีความสำคัญมากในการติดตามบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย และมีพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารุ่นนี้ ขอกล่าวถึงพัฒนาการของระบบข้อมูล NAP พอสังเขป ดังนี้

NAP เป็นระบบข้อมูลที่มีการบันทึกข้อมูลรายบุคคล (Individual record) และมีการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่แต่เดิมเริ่มพัฒนามาจากการติดตามผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นหลักมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 โดยมีการบันทึกข้อมูลในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในปีพ.ศ. 2550 ได้พัฒนาการบันทึกและรายงานที่ครอบคลุมตั้งแต่ การตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วย โดยมีการบันทึกรายงานการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีที่จำแนก เพศ กลุ่มอายุ และมีรายงานตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัด จนถึงหน่วยบริการ แต่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลที่ระบุจำแนกรายกลุ่มประชากรหลัก แต่หลังจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มมีการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการจัดบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลักแล้วในช่วงปีพ.ศ. 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเริ่มมีการพัฒนาระบบข้อมูลการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและการให้บริการเอชไอวีในระบบ NAP plus ที่มีการจำแนกรายกลุ่มประชากรหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานโครงการ ฯ ที่รับผิดชอบข้อมูลการรายงานในที่มีระบบข้อมูล NAP มีดังนี้

- จำนวนคน % การตรวจเลือด HCT และ Positive
- จำนวนคน % ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Anti-Retroviral Therapy)
- ระดับCD4 ครั้งแรก % คนที่มี CD4 <200 mm3
- จำนวนคน % ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- จำนวนคน % ที่กดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด VL suppression <=50, <=1000 copies
- จำนวนคน % ที่ยังคงได้รับการรักษา ณ 12 เดือน, 24 เดือน, 36 เดือน จำนวนคน, % ที่ได้รับ

ทั้งนี้การจำแนกรายกลุ่มประชากรหลัก MSM SW และ PWID เริ่มดำเนินการที่หลังในช่วงปีแต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่ยังไม่มีรายงาน การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ที่แยกตามกลุ่มประชากรหลักได้

2.2) ระบบข้อมูล ติดตามการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จากโปรแกรม PHIMS : กรมอนามัย

ระบบรายงาน PHIMS เป็นข้อมูลรายงานรวม (Aggregate data) ที่รายงานผลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจเลือดเอชไอวี และ positive และได้รับยาต้านไวรัส ข้อมูลจากระบบรายงานไม่สามารถแยกอายุ การรายงานมีตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัดและหน่วยบริการ ข้อมูลที่มีในรายงาน มีดังนี้

- จำนวน % หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ และจำนวน % หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ
- จำนวน % เด็กติดเชื้อ และจำนวน % ที่ได้รับยาต้านไวรัสป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ
- จำนวน % สามี หรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจเลือด เอชไอวี

โดยสรุประบบข้อมูลการติดตามการให้บริการ ทั้งสองระบบที่กล่าวมาในช่วงก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบข้อมูล RHIS ยังไม่มีระบบข้อมูลใดที่มีการบันทึก การติดตามบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก

2.3) ระบบข้อมูล RIHIS (Routine Integrated HIV Information System) : ศบ.จอ.

RIHIS เป็นระบบข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมารองรับหรือเพื่อใช้ในการติดตามการดำเนินงานเอดส์หรือติดตามการได้รับบริการที่จำเป็น สำหรับกลุ่มประชากรหลักโดยเฉพาะระบบข้อมูลRIHIS จัดอยู่ในกลุ่มข้อมูลที่ใช้ในการติดตามเพื่อรู้การดำเนินงาน know response ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

- 3) ระบบข้อมูล และการติดตามค่าใช้จ่ายการดำเนินงานเอดส์: รู้การลงทุน Know Investment ได้แก่ ข้อมูลจากการสำรวจค่าใช้จ่าย NASA :National AIDS Spending Assessment)

5. ระบบข้อมูล RIHIS (Routine Integrated HIV Information System)

ระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบข้อมูลใช้ในการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information) ในด้านการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring)

RIHIS เป็นระบบข้อมูลที่ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) พัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับหรือสำหรับใช้ติดตามการได้รับบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก โดยติดตามการบูรณาการการผสมผสาน เชื่อมโยง บริการป้องกันและการรักษา โดยเฉพาะบริการที่สำคัญอันได้แก่ บริการป้องกันเชิงรุก และบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี โดยมีระบบการบันทึกข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบรายบุคคลและมีระบบรายงานข้อมูลที่สามารถจำแนกรายกลุ่มประชากรหลักได้จำแนกกลุ่มอายุ เพศ ที่สอดคล้องกับแผนงานการจัดบริการและระบบการรายงาน ที่วิเคราะห์รายงานในระดับประเทศ เขต จังหวัด และหน่วยบริการ

RIHIS หมายถึง ระบบข้อมูลที่มีการบันทึกและรายงานบริการที่ให้ประจำในกลุ่มประชากรหลัก ที่เชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการป้องกันเชิงรุกกับข้อมูลการให้บริการในสถานพยาบาล และเชื่อมโยงข้อมูลบริการป้องกันที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยภาคประชาสังคม กับบริการดูแลรักษา ในหน่วยบริการโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถติดตามการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการติดตามงาน และการวางแผน ปรับปรุงการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักต่อไป

จากการทบทวนระบบข้อมูลที่มีอยู่เดิมของประเทศ ทั้งระบบข้อมูล NAP และ PHIMS ที่เป็นระบบข้อมูลหลักในการติดตามบริการเอดส์ พบว่าระบบข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และการได้รับชุดบริการที่จำเป็น ที่ผสมผสานและบูรณาการการป้องกันและการรักษาในกลุ่มประชากรหลักได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการบันทึกบริการในระบบดังกล่าว ไม่มีการจำแนกบริการเอชไอวี ตามประเภทกลุ่มประชากรหลักได้ ดังนั้น ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ จึงเริ่มพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก คือ ระบบข้อมูล RIHIS : Routinely Integrated HIV Information System ซึ่งถือเป็นก้าวใหม่ของการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้มาใช้ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและการปรับปรุงบริการต่อไป

การพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ระบบข้อมูลRIHIS ได้เริ่มพัฒนาแนวคิดมาตั้งแต่ ช่วงปี พ.ศ.2553-2555 ที่ประเทศมียุทธศาสตร์การทำงาน และกำหนดบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลักที่ชัดเจน จากแนวคิดในการพัฒนาระบบข้อมูลที่สอดคล้องกับบริการที่เกิดขึ้นโดยต้องการให้มีระบบข้อมูลที่เห็นการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างบริการป้องกันและการรักษา หรืองานบริการที่เกิดขึ้นในชุมชน (community) และบริการที่โรงพยาบาล (Facility) ซึ่งในทางปฏิบัติภายใต้โครงการกองทุนโลก ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบ ๆ อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้นในปี.ศ. 2557 โดยในระยะแรก ได้พัฒนาระบบข้อมูลในส่วนบริการที่โรงพยาบาล (Test) ก่อนเรียกว่า ระบบข้อมูล RIHIS - Facility (HCT) สำหรับใช้ติดตามบริการตรวจเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก ในส่วนของการพัฒนา

ระบบติดตามบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลัก RHIS-Outreach นั้นวางแผนจะดำเนินการหลังจากที่ระบบ RHIS - Facility (HCT) เสร็จระดับหนึ่งแล้ว อย่างไรก็ตามได้โครงการกองทุนโลกได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ และระบบข้อมูล RHIS นี้ มาอย่างต่อเนื่อง

การจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล RHIS คำนึงถึงการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้มากที่สุดทุก ระดับ ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด และหน่วยบริการ ให้สะดวกและเพิ่มภาระเจ้าหน้าที่หน่วยบริการให้น้อยที่สุด โดยการพัฒนาแบบบันทึกการให้บริการรายบุคคล และแบบรายงานผลการเข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวี (Test) ให้หน่วยบริการบันทึกและรายงาน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel เรียกชื่อ ระบบข้อมูล RHIS -HCT/VCT วิธีการบันทึกที่เป็นลักษณะตัวเลข (0, 1) สามารถออกรายงานอัตโนมัติที่ผู้บันทึกสามารถเห็นผลการดำเนินงานได้ทันที ในระบบ online ซึ่งกำหนดให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลและส่งรายงานจากโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเป็นรายเดือน ทุกเดือน และ กำหนดการติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสเป็นหลัก ซึ่งส่งผลให้ทุกระดับ ตั้งแต่หน่วยบริการ จังหวัด เขต มี ข้อมูลผลการดำเนินงานใช้ในการติดตามงานการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีได้ทันเวลา

จากพัฒนาการของยุทธศาสตร์และแผนงาน มาตรการของประเทศ ที่มีการปรับปรุงการดำเนินงานให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นระยะ แผนยุทธศาสตร์ประเทศไทยฉบับล่าสุดปีพ.ศ. 2560 -2573 และแผนปฏิบัติการเร่งรัด การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ได้ขยายบริการความต่อเนื่องในการบูรณาการ ผสมผสานบริการสำหรับกลุ่มประชากร หลัก โดยกำหนดมาตรการหลัก กลุ่มประชากรหลักเพื่อการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยการจัดบริการ RRTR ให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการอย่างเชื่อมโยงและต่อเนื่อง ทำให้บริการที่จำเป็นที่กลุ่มประชากรหลักได้รับต้องมีความต่อเนื่องเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) เป็นส่วนหนึ่งของ มาตรการ RRTR ในส่วนของ Recruit แต่ระบบข้อมูลเดิมที่มีอยู่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามการเข้าสู่ระบบ บริการ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ได้

ดังนั้น ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ จึงต้องหาแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนา ระบบข้อมูล RHIS ให้ทันสมัยเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถติดตามการดำเนินงานการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรหลักได้ ครอบคลุมสอดคล้องกับที่มีการขยายบริการให้ต่อเนื่องตามมาตรการ RRTR ดังกล่าว

หลังจากปีพ.ศ. 2560 ช่วงเปลี่ยนผ่านโครงการกองทุนโลกรอบรอบ SSF และ NFR ได้มีการเพิ่มเติม ความหมายของระบบการติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก จากเดิมที่กำหนดระบบการติดตามบริการที่หมายถึง บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และบริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) เท่านั้น โดยในระยะแรก การพัฒนาระบบ ข้อมูล RHIS ดำเนินการเพื่อติดตามการตรวจเอชไอวี เรียกว่า ระบบข้อมูล RHIS-VCT/HCT แต่เมื่อระดับนโยบายได้ กำหนดแนวทางมาตรการใหม่ตามแผนปฏิบัติการเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ ฯ การดำเนินงานภายใต้โครงการกองทุนโลก ในรอบ NFR ได้ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมความหมายในการบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลบริการป้องกันกับบริการดูแลรักษาให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางแผนการพัฒนาระบบการติดตาม และระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงบริการ ให้สามารถติดตามการได้รับบริการ ที่บูรณาการต่อเนื่องตามชุดบริการ RRTR : การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) – เข้าสู่บริการ (Recruit) – ตรวจ เอชไอวี (Test) – รักษา (Treat) – คงอยู่ในระบบ (Retain) ซึ่งในแนวทางการพัฒนาระบบการติดตามและระบบข้อมูล RHIS ได้ปรับปรุงให้มีการบันทึกและรายงานบริการ การคัดกรอง STI ในกลุ่มประชากรหลักเพิ่มเติม ในระบบข้อมูล RHIS - STI ตามชุดบริการที่มีการขยายบริการต่อเนื่อง ในส่วนของหน่วยบริการ โรงพยาบาล

การจัดทำระบบข้อมูล RHIS จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่จะใช้ติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยจะสะท้อนถึงผลการให้บริการในภาพรวมการทำงาน ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ฯ ในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั้งงานบริการเชิงรุกและงานบริการสถานพยาบาลและข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ให้เห็นถึงศักยภาพของการทำงานเชิงรุกหรืองานบริการที่สถานพยาบาลได้อย่างชัดเจนว่าบรรลุ

เป้าหมายหรือเป็นไปในทิศทางที่ต้องการหรือไม่และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านี้เพื่อหาช่องว่างของแผนงาน แนวโน้ม ความเชื่อมโยง และคุณภาพของการให้บริการ การจัดการให้มีข้อมูลการให้บริการที่เป็นระบบเชื่อมโยงบริการต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ทั้งพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และนำผลการติดตามดังกล่าวมาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกและรายงานจากระบบข้อมูล RIHIS ที่เป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูลในระบบระบบการติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก ที่สำคัญได้แก่

- จำนวน % ของประชากรหลัก ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี (Test) และ Positive สามารถจำแนกกลุ่มประชากรหลัก MSM MSW TG FSW และ PWID และจำแนกประเภทผู้มารับบริการ รายเก่า ใหม่ และผู้ที่ไม่เคยตรวจเอชไอวีมาก่อน
- จำนวนเยาวชน กลุ่มประชากรทั่วไป % ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี (Test) และ Positive
- จำนวน % ของประชากรหลักที่ได้รับการคัดกรอง STI และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย STI และได้รับการรักษา STI

6. การตรวจวัดประเมินคุณภาพข้อมูล DQA

คุณภาพของข้อมูลเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ สำคัญที่สุดของระบบข้อมูล และการติดตามและประเมินผล นอกจากการพัฒนาให้มีเครื่องมือการบันทึกและรายงานแล้ว การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพสูงไม่เพียงแต่ทำให้เราสามารถได้ข้อสรุปที่ถูกต้อง แต่ยังช่วยให้สามารถนำข้อสรุปดังกล่าวมาใช้ในการวางแผน การดำเนินงาน และการติดตามงานได้อย่างมั่นใจอีกด้วย ทุกขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล ตั้งแต่การบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ล้วนส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลทั้งสิ้น

ข้อมูลที่มีคุณภาพ หมายถึงข้อมูลที่มีองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) ความถูกต้อง (accuracy) ซึ่งหมายถึง ความถูกต้องตรงตามความจริงของข้อมูลในระบบข้อมูล ความคลาดเคลื่อนอาจมีได้แต่ต้องน้อยที่สุดอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ความผิดพลาดที่ส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูล มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขั้นตอนสุ่มตัวอย่าง การลงข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริการ หรือระหว่างการคัดลอกรวบรวมข้อมูลเพื่อกรอกลงในแบบรายงานประจำเดือน
- (2) ความมีมาตรฐาน คงเส้นคงวา (reliability) ข้อมูลหรือรายงานจะมีคุณภาพก็ต่อเมื่อเกิดจากระบบข้อมูลที่มีความคงเส้นคงวา มีขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานไม่แปรเปลี่ยนไปตามผู้รายงาน ช่วงเวลาที่รายงาน การใช้ประโยชน์ของข้อมูลนั้น
- (3) การมีรายละเอียดที่เพียงพอ (precision) ข้อมูลที่จัดเก็บต้องมีรายละเอียดครบถ้วนพอเพียง เช่น ในกรณีของข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีการเก็บข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ จำนวนผู้มาฟังผลเลือด แยกตามเพศ จึงจะถือว่ามียละเอียดเพียงพอ เป็นต้น
- (4) ความครบถ้วน (completeness) หมายถึง ระบบข้อมูลที่จัดเก็บข้อมูลอย่างครอบคลุมครบถ้วนทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลจากทุกคนและทุกหน่วยงาน ไม่ใช่แค่เพียงบางส่วน
- (5) ความทันเวลา (timeliness) ข้อมูลต้องมีความเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ซึ่งเกิดจากรายงานที่ทันเวลา ข้อมูลจะมีความทันเวลาหรือไม่ขึ้นกับ (1) ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล (2) การดำเนินกิจกรรมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเพียงใด และ (3) ข้อมูลถูกนำไปใช้ หรือมีความจำเป็นต้องใช้เมื่อใด

- (6) ความซื่อตรง (integrity) ระบบการบริหารจัดการข้อมูล จะต้องถูกป้องกันจากการบิดเบือนข้อมูลอย่างจงใจ หรือการมือคดในการจัดเก็บข้อมูลโดยเจตนา
- (7) การรักษาความลับ (confidentiality) ข้อมูลของบุคคลต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยโดยไม่เหมาะสม ต้องมีระบบในการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต

ระบบประเมินคุณภาพข้อมูลในกลุ่มประชากรหลักของประเทศ

โครงการกองทุนโลก (GF) ได้พัฒนาระบบและเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ไว้ 2 ลักษณะได้แก่ การตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (Data Quality Audit, DQA) และการติดตามประเมินคุณภาพข้อมูลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ (Routine Data Quality Assessment, RDQA)

DQA เป็นเครื่องมือและแนวทางสำหรับการดำเนินงานของผู้ตรวจสอบภายนอกในการประเมินความสามารถของแผนงานโครงการ เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลของโครงการอย่างมีคุณภาพ

RDQA เป็นเครื่องมือ DQA ที่ถูกพัฒนาให้มีรูปแบบที่ง่ายขึ้น สำหรับผู้ดำเนินการแผนงานโครงการ สามารถปรับใช้ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลภายในด้วยตนเองได้อย่างคล่องตัวและสะดวกซึ่งจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพของระบบการบริหารจัดการข้อมูล และระบบการรายงานข้อมูลของโครงการ

คุณภาพของข้อมูลจะดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระบบบริหารจัดการข้อมูลและระบบรายงาน ระบบดังกล่าวต้องมีคุณภาพในทุกระดับ เริ่มตั้งแต่ระดับ ณ จุดบริการ/หน่วยบริการในพื้นที่ (Service delivery points: SDPs) หน่วยงานระดับสูงขึ้นไปเป็นผู้รวบรวมข้อมูล เช่น หน่วยงานระดับจังหวัด ระดับภูมิภาค หรือหน่วยงานผู้รับทุนรอง (Intermediate levels) และระดับสูงสุด คือผู้รับรายงาน (M&E unit)

RDQA ถูกออกแบบมาเพื่อ ตรวจสอบคุณภาพของตัวข้อมูล ประเมินระบบการบริหารจัดการข้อมูล และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูล และระบบการบริหารจัดการข้อมูล

องค์ประกอบของ RDQA ประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 การตรวจสอบข้อมูล (Data Verification) ได้แก่ การตรวจสอบเอกสารต้นฉบับ (Reviewing Source Documentation) หมายถึงสอบทานความมีอยู่จริงและความครบถ้วนสมบูรณ์ ของเอกสารต้นฉบับที่เป็นข้อมูลของตัวชี้วัดหลัก ในรอบการรายงานที่ถูกเลือก ส่วนที่ 2 การประเมินระบบ (System Assessment) ตรวจสอบเพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบบริหารจัดการข้อมูล และระบบรายงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ RDQA

1. กำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ในการตรวจสอบ
2. กำหนดข้อมูลตัวชี้วัด และรอบระยะเวลารายงานในการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ
3. ทำความเข้าใจวิธีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล และระบบการรายงานข้อมูลที่จะตรวจสอบ
4. เลือกพื้นที่ และกำหนดหน่วยบริการที่จะทำการตรวจสอบ
5. ลงพื้นที่ทำการตรวจสอบ
6. วิเคราะห์ผลการตรวจสอบ ทบทวนผลการตรวจสอบ และข้อค้นพบ
7. เขียนแผนพัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูล อ้างอิงจากผลการตรวจสอบ
8. นำเสนอผลการตรวจสอบให้ หน่วยบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการประชุม และเอกสารอย่างเป็นทางการ

7. การศึกษาที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนผลการศึกษาพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบข้อมูลและการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีดังนี้

- การศึกษาการประเมินระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพนักเรียนในงานบริการอนามัยโรงเรียน ระดับประถมศึกษา : กรณีศึกษาสองจังหวัดในประเทศไทย พบว่าข้อมูลสุขภาพนักเรียนที่เก็บไว้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร และทองแดงนั้น ต่างก็ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องมือบันทึกและรายงานสุขภาพนักเรียนที่หลากหลาย โดยเครื่องมือเหล่านี้มีความซ้ำซ้อนของสิ่งที่ต้องบันทึก ซึ่งเป็นการสร้างภาระงานให้แก่ผู้รับผิดชอบ อีกทั้งหลังจากได้รับการรับรองแล้ว โรงเรียนไม่ได้จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับข้อมูลสุขภาพนักเรียนในแต่ละเรื่องของบุคลากรของโรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความแตกต่างกัน โดยบุคลากรของโรงเรียนบันทึกเฉพาะข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อส่งต่อไปยังกระทรวงศึกษาธิการ ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมุ่งเน้นการบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัด ซึ่งไม่สัมพันธ์กับข้อกำหนดของมาตรฐานการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพนักเรียนระหว่างภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุขไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพยังขาดระบบบริหารจัดการข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการติดตามเก็บข้อมูลสุขภาพนักเรียนอย่างเป็นระบบ

- การศึกษาความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพแรงงานนอกระบบในระดับพื้นที่ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านปัญหาการใช้ข้อมูลในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า 1) ปริมาณงานปริมาณข้อมูลและรายงาน เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำนวนน้อย อีกทั้งปริมาณงานที่มีความครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และงานในชุมชน ทำให้การบันทึกและประมวลผลข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานเป็นภาระที่หนักอึ้ง 2) คุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูลเพราะในการจัดบริการด้านสุขภาพนั้นมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยสถานบริการอื่น 3) ความซ้ำซ้อนของระบบข้อมูลและเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการระดับปฐมภูมิมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ แฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว ระเบียบบริการสุขภาพ บัญชีสุขภาพ รายงานเฝ้าระวังโรค ระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำให้มีการบันทึกข้อมูลเดียวกันในหลายเครื่องมือ 4) การขาดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพราะข้อมูลส่วนใหญ่ที่จัดเก็บมักถูกใช้เพื่อการรายงานประจำต่อหน่วยงานบังคับบัญชามากกว่า การใช้เพื่อปรับระบบบริการ หรือติดตามและตรวจสอบกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

- การศึกษาการประเมินระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพนักเรียนในงานบริการอนามัยโรงเรียน ระดับประถมศึกษา : กรณีศึกษาสองจังหวัดในประเทศไทยได้กล่าวถึง นโยบายของประเทศไทย ข้อมูลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ระบุว่าสถานการณ์และปัญหา ด้านระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย คือกลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังขาดคุณภาพไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อน และขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล รวมถึงขาดระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนยังคงมีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เนื่องจากไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ ดังนั้น ในยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบ

บริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้เหมาะสม และตอบสนองต่อการใช้งานเป็นหนึ่งในกลวิธีและมาตรการของยุทธศาสตร์ดังกล่าว แต่ไม่ได้รับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงกับการพัฒนาาระบบข้อมูลและข่าวสารด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Health Strategy) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนายุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559– 2563 ซึ่งเป็นการดำเนินการทางด้านนโยบายระดับประเทศ แต่ไม่ได้เจาะจงรายละเอียดในระดับบริการสุขภาพต่าง ๆ จึงไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลและรายงานภายใต้บริการอนามัยโรงเรียน นอกจากนี้การพัฒนายุทธศาสตร์ดังกล่าวยังขาดการเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่เดิม เช่น ข้อมูล 43 แฟ้ม และขาดการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งดูแลนักเรียนระดับประถมศึกษา (อายุ 6–12 ปี) กว่า 4 ล้านคน (2559)

- การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน จากการศึกษา ปัจจัยชี้วัดความสำเร็จในการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ (กฤษณ์ รักษาติเจริญ และคณะ) ที่ได้ทบทวนถึง ปัจจัยในการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จมากขึ้นพบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไว้ดังนี้ 1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องมีความชัดเจน สามารถวัดได้ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติการวัดได้และปฏิบัติได้ถือว่าเป็นมาตรฐานสำคัญสำหรับวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายได้ ถ้ากำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายไม่ชัดเจน ย่อมเป็นปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ 2) งบประมาณและแรงจูงใจอื่น ๆ งบประมาณ และแรงจูงใจต่างเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันให้องค์การประสบผลสำเร็จ ที่สำคัญ ได้แก่ 2.1) งบประมาณ ซึ่งมีความสำคัญเพราะเป็นเครื่องชี้วัดขีดความสามารถขององค์การที่สำคัญประการหนึ่ง โดยงบประมาณเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การนำนโยบายไปปฏิบัติบรรลุผล การนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จก็ต้องมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ 2.2) แรงจูงใจ คือ สิ่งจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้บุคคลหรือผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการขององค์การและของตนเองให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งนี้ สิ่งจูงใจแบ่งเป็นสิ่งจูงใจภายนอก ได้แก่ สิ่งของ รางวัล ค่าตอบแทน การเลื่อนขั้นเงินเดือนกรณีพิเศษ การเลื่อนตำแหน่ง การให้โบนัส การให้ศึกษาดูงานกรณีพิเศษ ฯลฯ ส่วนสิ่งจูงใจภายใน ได้แก่ การยอมรับ การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การให้เกียรติยศชื่อเสียง ฯลฯ ส่วนการจูงใจเชิงลบในแง่ของการปฏิบัติงานล้มเหลว เช่น การลดขั้นเงินเดือน การระงับการขึ้นเงินเดือน การโยกย้ายให้ไปดำรงตำแหน่งที่มีความสำคัญน้อยกว่า เป็นต้น การให้สิ่งจูงใจอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การให้สิ่งจูงใจเชิงบวก 3.) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ “ผู้ปฏิบัติ” หมายถึง ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย หรือผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ส่วน “ผู้รับบริการ” การสร้างความรู้สึกว่ามีความสำคัญ องค์การที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานและมีความรู้สึกเต็มใจในการทำงาน จะทำให้เกิดประสิทธิผลในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น มีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ขององค์การ ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมติดตามและการควบคุม ตลอดจนร่วมให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายนั้น ๆ ย่อมทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ได้ง่าย 4) การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน “การติดต่อสื่อสาร” คือ การแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริง ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่าง ๆ ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองฝ่ายขึ้นไป โดยการใช้คำพูด อักษร สัญลักษณ์ต่าง ๆ หรือข่าวสาร การติดต่อสื่อสารนั้นมีความสำคัญคือ ช่วยให้การ

สิ่งงานต่าง ๆ และการรับข่าวสารเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หากการติดต่อสื่อสารชัดเจน ไม่คลุมเครือ และเปิดโอกาสให้มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง และมีเครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัยในการปฏิบัติงาน ย่อมจะเอื้ออำนวยต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จได้โดยง่าย เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร และประชาชนหรือผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ๆ 5) คุณลักษณะของหน่วยงานที่ปฏิบัติ การนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ หน่วยงานปฏิบัติงานต้องมีความกระตือรือร้น บุคลากรผู้ร่วมปฏิบัติงานต้องมีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพเหมาะสมมีการดำเนินงานภายใต้สายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน คือรู้ว่าใครมีหน้าที่อะไร ระดับไหน ขึ้นตรงต่อใคร และหน่วยงานมีการติดต่อสื่อสารแบบเปิด สมาชิกในองค์กรมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่เพียงแต่ภายในองค์กรเท่านั้นแต่ยังต้องมีความสัมพันธ์ของหน่วยปฏิบัติกับองค์กรที่กำหนดนโยบายอีกด้วย 6) สภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในการนำนโยบายไปปฏิบัติต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในขณะนั้นด้วย อาทิ หากสภาพทางเศรษฐกิจและการเงินของประเทศในขณะนั้นเอื้ออำนวยต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ย่อมทำให้หน่วยงานปฏิบัติมีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน การนำนโยบายไปปฏิบัติก็ย่อมจะสำเร็จได้ง่าย แต่หากสภาพทางเศรษฐกิจตกต่ำ เช่น งบประมาณแผ่นดินถูกตัดทอน ย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานตามโครงการ 7) การสนับสนุนของหน่วยปฏิบัติหน่วยปฏิบัติ คือ ระบบราชการ ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญยิ่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติประกอบด้วย หน่วยปฏิบัติระดับสูง ได้แก่ กระทรวงทบวง กรม หน่วยปฏิบัติระดับกลาง ได้แก่ หน่วยงานระดับภูมิภาค และหน่วยปฏิบัติระดับล่าง ได้แก่ หน่วยงานที่ปฏิบัติในระดับพื้นที่ หรือระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องหรือใกล้ชิดกับประชาชน และผู้รับบริการโดยตรง ในกรณี หากทิศทางของการสนับสนุนเป็นลักษณะการยอมรับและเต็มใจปฏิบัติตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติก็ย่อมสำเร็จได้ง่าย แต่หากการสนับสนุนของหน่วยปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ ก็ย่อมจะชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นคงจะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก และวิเคราะห์โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก รวมถึงวิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบติดตาม การดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) โดยใช้ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในการศึกษานี้ หมายถึงระบบข้อมูล RIHS (Routinely Integrated HIV Information System) เป็นกรณีศึกษา (Case Study) และทำการศึกษาดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ในระบบ RIHS และการทบทวนเอกสาร (desk review) ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา

3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

3.1.1 ข้อมูลปฐมภูมิในระบบ RIHS ประกอบด้วย ข้อมูลที่หน่วยบริการ บันทึกและส่งรายงานใน www.hiso.or.th/aidsdatasystem/ และข้อมูลผลการดำเนินงานการป้องกันเชิงรุก ที่รวบรวมจากหน่วยบริการใช้โปรแกรม RIHS-Outreach ในการบันทึกแต่ส่ง offline เป็นอีเมลมาที่ส่วนกลาง (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ: ศบ.จอ.)

3.1.2 ข้อมูลทุติยภูมิ จากเอกสาร รายงานการประชุม รายงานไตรมาส รายงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานเอชไอวี ประเทศไทย คู่มือ แผนติดตามและประเมินผล ฯ และแผนงานโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง ปีพ.ศ. 2558 – 2560

3.1.3 รายงานผลการลงเยี่ยมพื้นที่ (site visit) เพื่อติดตามการดำเนินงานที่หน่วยบริการกับกลไกการประสานงานจังหวัด ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบข้อมูลการติดตามงานด้วยระบบข้อมูล RIHS การตรวจวัดคุณภาพข้อมูลของจังหวัดและหน่วยบริการในระหว่าง ปีพ.ศ. 2558-2560 ทั้งหมด 37 ครั้ง 16 จังหวัด

3.1.4 การศึกษาวิจัยหรือรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน การพัฒนาระบบข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการปรับปรุงงาน

3.2 วิธีการศึกษา

เพื่อให้ได้ผลการศึกษา การทบทวนและวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก และการวิเคราะห์โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยวิธีการศึกษาครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากเอกสาร แผนยุทธศาสตร์ แนวทางการ คู่มือ แผนงานโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก รายงานการประชุม รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องในช่วง ปีพ.ศ. 2558 – 2560

ส่วนการศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยข้อมูลปฐมภูมิ RIHS ประกอบด้วย ข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกและส่งรายงานใน www.hiso.or.th/aidsdatasystem/ และข้อมูลผลการดำเนินงานการป้องกันเชิงรุก ได้รวบรวมจากหน่วยบริการใช้โปรแกรม RIHS-Outreach

3.3 กรอบระยะเวลาของการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ ในช่วงเวลาปีพ.ศ. 2558 – 2560

3.4 แนวทางการวิเคราะห์

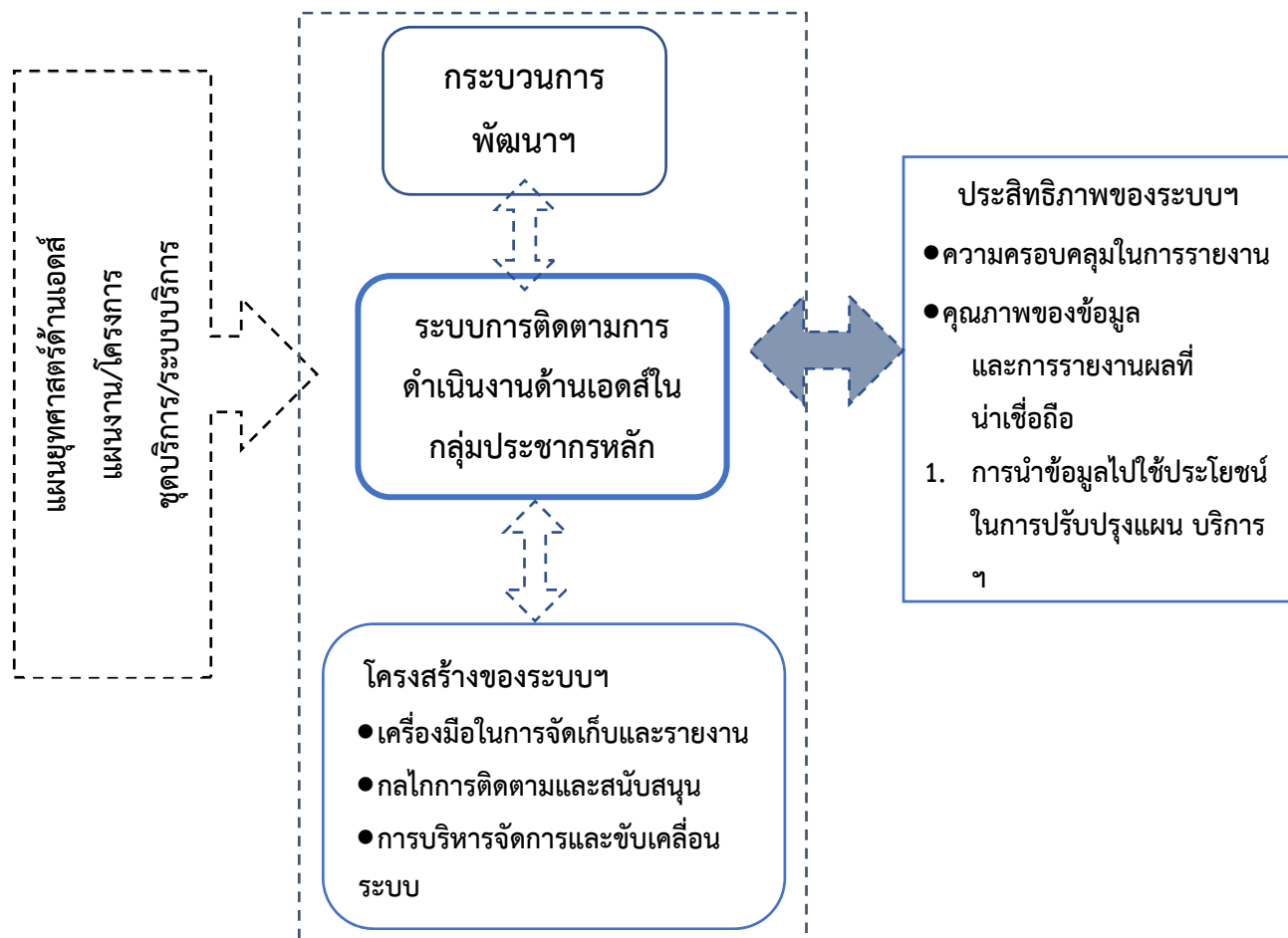
การวิเคราะห์สรุพอุปนัย (Analytic Induction) หรือ การตีความเพื่อสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ ที่มองเห็นที่เก็บรวบรวมมาได้จากข้อมูลตั้งแต่ 2 ชุดขึ้นไป โดยการวิเคราะห์สรุพอุปนัย เป็นการพิจารณาลักษณะร่วมกันของข้อมูลรูปธรรมเพื่อสรุปรวมลักษณะดังกล่าวซึ่งเป็นไปตามหลักของคำว่า “อุปนัย” (induction) ซึ่งหมายรวมถึงการหาความจริงจากข้อเท็จจริง (fact) ส่วนย่อยหลาย ๆ ส่วนที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมแล้วสรุปความจริงชุดใหญ่ที่มีลักษณะเป็นนามธรรมครอบคลุมข้อเท็จจริงส่วนย่อยเหล่านั้น โดย

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยมีเป้าหมายในการทบทวนกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ว่ากระบวนการพัฒนาระบบ ฯ มีความสอดคล้องและตอบสนองกับแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ของประเทศรวมทั้งมาตรการต่าง ๆ อย่างไร

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก มุ่งไปที่การวิเคราะห์ องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ โดยมีเป้าหมายการวิเคราะห์ว่ามีความสอดคล้องตามแนวทาง การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลด้วย 12 องค์ประกอบ (UNAIDS) และสอดคล้องเป็นไปตามกรอบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ตามมาตรการ RRTTR) หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ใช้การประเมินจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) ซึ่งได้แก่ ข้อมูลการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักที่รายงานเข้าในระบบข้อมูล RIHIS (www.hiso.or.th/aidsdatasystem) รวมถึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม RIHIS offline โดยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) รวมทั้ง ทบทวน ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล จากระบบข้อมูล RIHIS และตารางการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพ (เครื่องมือ RDQA) ของระบบข้อมูล RIHIS เพื่อประเมิน (1) ความครอบคลุมการรายงานของข้อมูล RIHIS และ (2) คุณภาพของข้อมูลของระบบ RIHIS โดยในการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนจะใช้ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเอชไอวี จากระบบ RIHIS-HCT ปีพ.ศ. 2558 – 2560 และข้อมูลการรับบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach) จาก RIHIS – Outreach ปีพ.ศ. 2560

3.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา



3.6 สมมุติฐานในการศึกษา

3.6.1 ระบบการติดตามการดำเนินงานด้านเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RHIS) มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านเอตส์ แผนงาน/โครงการ และชุดบริการ/ระบบบริการด้านเอตส์สำหรับกลุ่มประชากรหลัก และเป็นส่วนหนึ่งของแผนดำเนินงานตามการติดตามและประเมินผลด้านเอชไอวี ของประเทศ

3.6.2 ระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RHIS) มีโครงสร้างการดำเนินงาน ที่มีองค์ประกอบครอบคลุมตามองค์ประกอบการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล และครอบคลุมตามกรอบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก หรือไม่อย่างไร

3.6.3 ระบบการติดตามการดำเนินงานด้านเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RHIS) มีประสิทธิภาพในมิติของความครอบคลุมในการรายงาน สอดคล้องกับระบบบริการ มีคุณภาพของข้อมูลและการรายงานผลที่น่าเชื่อถือ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแผน ฯ

3.7 เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

- ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูล RHIS และตารางการวิเคราะห์คุณภาพ
- ข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพ (เครื่องมือ RDQA) ของระบบข้อมูล RHIS

บทที่ 4

ผลการศึกษา และการอภิปรายผล

การศึกษาระบบการวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวน และวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) 2) วิเคราะห์โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก และ 3) วิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอตส์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยการประเมินประสิทธิผลระบบการติดตามการดำเนินงานของประเทศ ในการศึกษานี้ ระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก หมายถึงระบบข้อมูล RIHIS การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) โดยใช้ระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ ๑ เป็นกรณีศึกษา (Case Study) และทำการศึกษาดูด้วยการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ในระบบ RIHIS และการทบทวนเอกสาร (desk review) ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา ผลการศึกษา มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ทบทวน และวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS)

4.1 ทบทวนกระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก

กระบวนการพัฒนาระบบ ๑ ดำเนินการโดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอตส์ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานร่วมกับทีมนักวิชาการ และหน่วยงานระหว่างประเทศที่ช่วยสนับสนุนวิชาการ การดำเนินงานระยะแรก ตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2556-2558 เป็นช่วงของการพัฒนาแนวคิดการดำเนินงาน หลังจากช่วงปี พ.ศ. 2558 จึงเป็นช่วงของการเริ่มดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยมีการขยายผลการดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ระดับเขต สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ กลไกการประสานงานเอตส์ระดับจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานโครงการกองทุนโลก ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอตส์แห่งชาติ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ปีพ.ศ. 2558 รวมทั้งเอกสารประกอบการประชุม ที่ได้กล่าวถึงความเป็นมา กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) โดยประมวลสรุปได้ ดังนี้

- กำหนดกรอบการติดตาม และแนวคิดการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์
- จัดทำเครื่องมือการรวบรวมข้อมูลและระบบการรายงาน
- กำหนดกลไก ระบบไหลเวียนการรายงาน และขับเคลื่อนระบบข้อมูล
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- จัดทำเครื่องมือและระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
- ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน

4.1.1 กำหนดกรอบการติดตาม และแนวคิดการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์

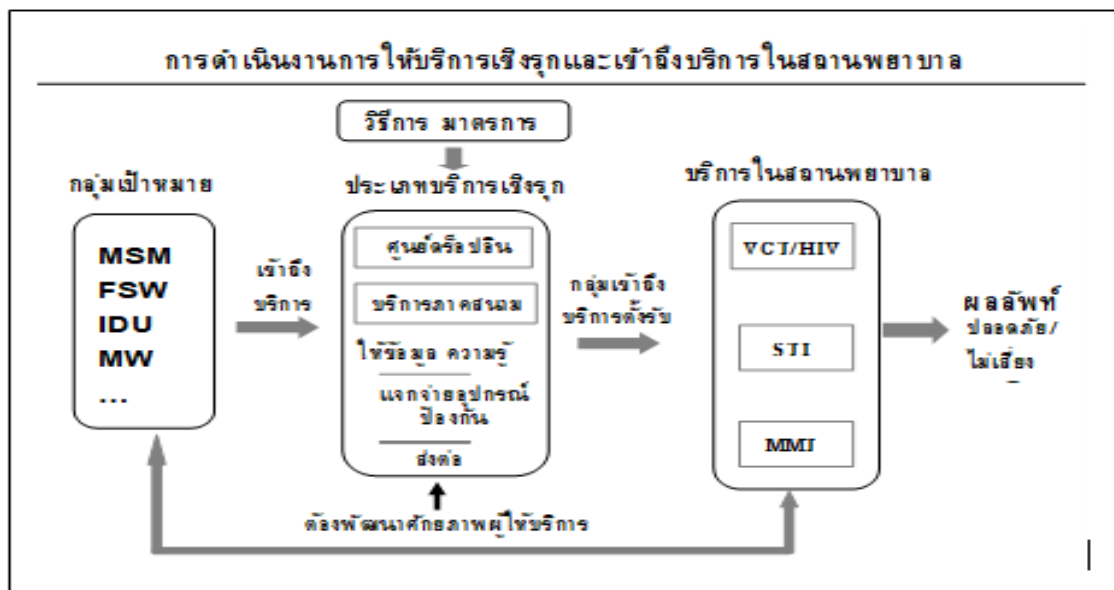
1) ทบทวน นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ ของประเทศ ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก และมาตรการการดำเนินงานประกอบด้วยการจัดชุดบริการสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) ทั้งนี้การเข้าสู่ระบบบริการจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อ เชื่อมโยงบริการเพื่อให้กลุ่มประชากรหลักที่อยู่ในชุมชนได้เข้าสู่ระบบบริการ โดยภาคประชาสังคมมีการจัดบริการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงกลุ่มประชากร

หลักเป้าหมาย และส่งต่อกลุ่มประชากรหลักให้เข้าสู่ระบบบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและบริการอื่นๆที่โรงพยาบาลต่อไป นอกจากนี้ยังมีการทบทวนจากเอกสารการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลเอชไอวี พ.ศ. 2555-2560 ของประเทศไทย ที่กำหนดให้ระบบข้อมูล RIHIS เป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (แผนพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ประเทศไทย : National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS THAILAND 2012-2016, 38, 2555) ได้นำมาประกอบในการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ

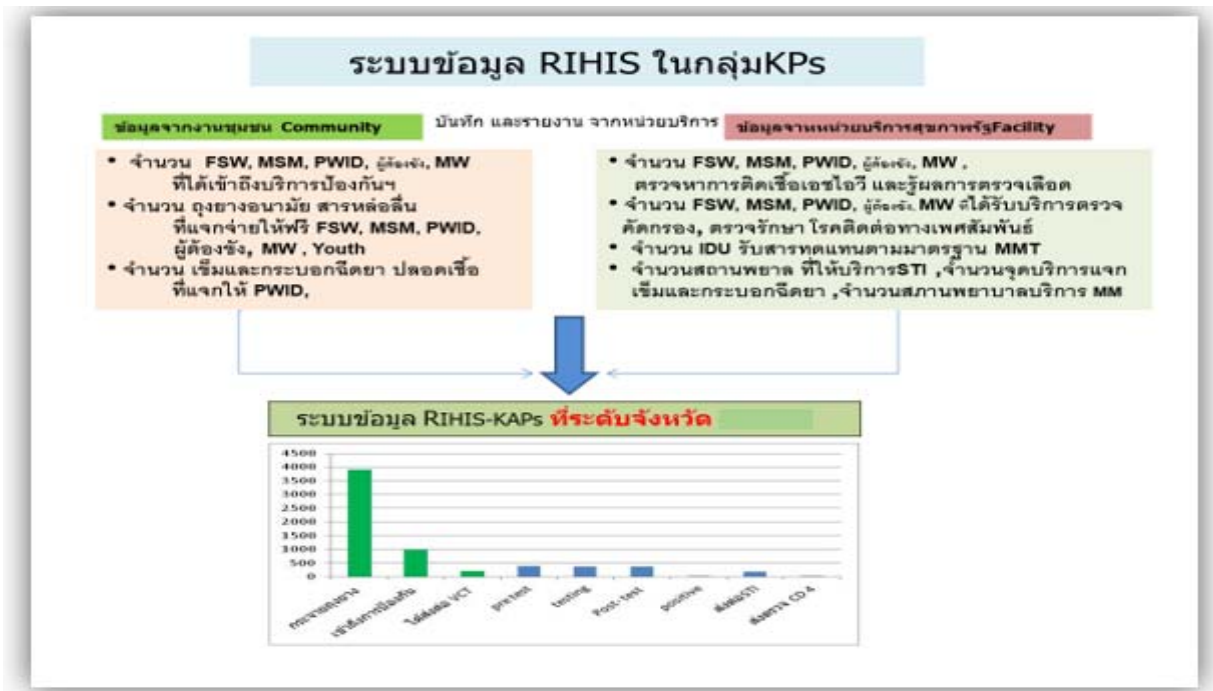
2) การพัฒนาระบบข้อมูลฯ เริ่มดำเนินการโดยการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก UNAIDS และทีมวิชาการหลักที่ระดับประเทศ (ส่วนกลาง) เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ ซึ่งทีมวิชาการหลักเป็นทีมอาจารย์จากมหาวิทยาลัย ประจำภูมิภาค ร่วมกับนักวิชาการที่ ศบ.จอ. ได้ร่วมกันได้พัฒนารอบแนวคิดการติดตามการดำเนินงานเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งจากคู่มือการจัดทำรายงาน RIHIS และเอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานภายใต้โครงการกองทุนโลก เดือน พฤษภาคม พ.ศ..2558 ได้กล่าวถึงและแสดงกรอบแนวคิด ฯ ไว้ดังนี้

ระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ระบบข้อมูล RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) หมายถึง ระบบข้อมูลที่มีการบันทึกและรายงานบริการที่ให้ประจำในกลุ่มประชากรหลักที่เชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการป้องกันเชิงรุก กับข้อมูลการให้บริการในสถานพยาบาล และเชื่อมโยงข้อมูลบริการป้องกันกับบริการดูแลรักษา เพื่อให้มีข้อมูลที่ใช้ติดตามการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง ของแต่ละบุคคล และนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามงานและการวางแผน ปรับปรุงบริการ ดังรูปที่ 2 และรูปที่ 3

รูปที่ 2 แนวคิด กรอบการติดตามการดำเนินงานการให้บริการในกลุ่มประชากรหลัก

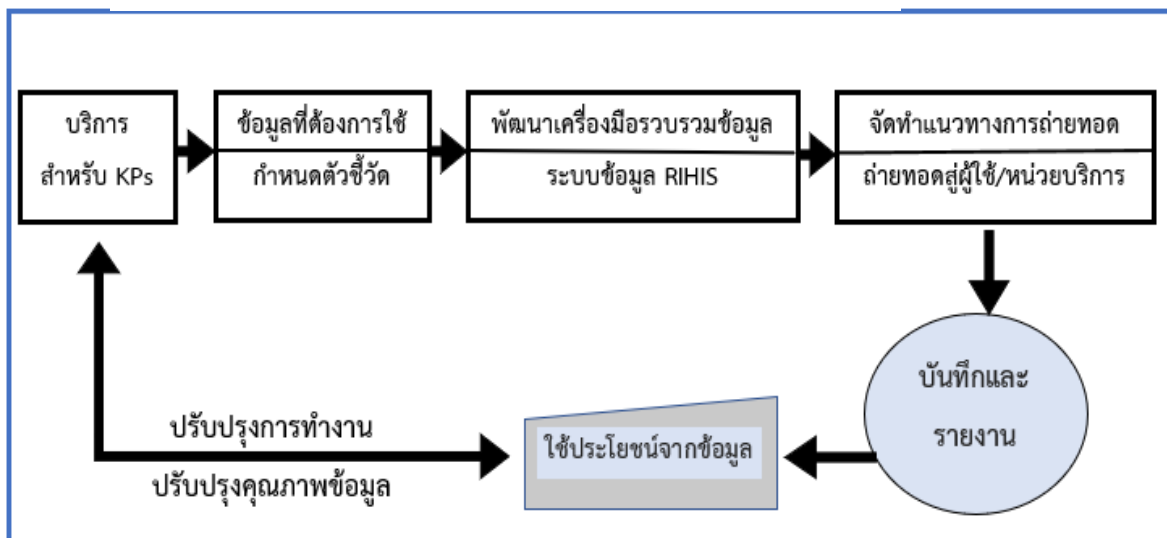


รูปที่ 3 การติดตามฯ โดยระบบข้อมูล RIHIS



นอกจากนั้นข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการกองทุนโลก ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปีพ.ศ. 2558 รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ที่ได้กล่าวถึงความเป็นมา กระบวนการระบบข้อมูล RIHIS ตามรูปที่ 4 ดังนี้

รูปที่ 4 ขั้นตอน การดำเนินงานการพัฒนา ระบบข้อมูล RIHIS



4.1.2 จัดทำเครื่องมือรวบรวมข้อมูล และระบบการรายงาน

การจัดทำเครื่องมือการรวบรวมข้อมูล และระบบการรายงาน โดยยึดตามกรอบแนวคิดการติดตามการดำเนินงานที่วางไว้เป็นหลักในการพัฒนา หรือการตจัดทำเครื่องมือ ฯ และ คำนึงถึงหลักการพื้นฐาน ในการกำหนดข้อมูลที่ต้องการใช้เก็บเฉพาะชุดข้อมูลที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อไม่ให้เป็นการงานของผู้ให้บริการและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยอิงตาม

ตัวชี้วัดภายใต้โครงการกองทุนโลก และแผนพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ประเทศไทย โดยชุดข้อมูลที่ต้องการใช้ ในการติดตามบริการ ฯ ที่จำแนกรายกลุ่มประชากรหลัก และระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต ประเทศ ในช่วงเวลาที่ศึกษา ศบ.จอ.ร่วมกับที่มิวิชาการ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการ การใส่สร้างเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ฯ ที่ได้ พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยระบบข้อมูล RIHIS-HCT ระบบข้อมูล RIHIS-outreach ระบบข้อมูล RIHIS-STIs ตามลำดับ

- ระบบข้อมูล RIHIS-HCT เป็นเครื่องมือการรวบรวมข้อมูลแรกที่ได้ดำเนินการ เพื่อติดตามบริการ ตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) ตอบรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผล (Test)
- ระบบข้อมูล RIHIS- outreach เพื่อติดตามบริการ การเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ตอบ รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้เข้าถึงบริการ ป้องกันเชิงรุก
- ระบบข้อมูล RIHIS-STI เพื่อติดตามบริการ การเข้าถึงบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) ตอบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร หลักที่ได้เข้าถึงบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการกองทุนโลก ฯ พบว่าการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS-outreach, RIHIS-STI ได้ดำเนินการต่อจากRIHIS-HCT มีการดำเนินงานที่เสถียรแล้วจึงเริ่มดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 ซึ่งกระบวนการ ขั้นตอนในการดำเนินการฯ มีดังนี้

(1) พัฒนาเครื่องมือ/โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกและรายงานข้อมูล ยึดหลักการ บันทึกง่าย เป็นมิตร เข้าถึงได้สะดวก โดยให้หน่วยงานนอกที่มีความชำนาญเข้ามาช่วยดำเนินการ โดยที่มิวิชาการได้กำหนดตัวแปรในการบันทึก ข้อมูล และออกแบบข้อมูลรายงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด ซึ่งที่มิวิชาการเลือกใช้โปรแกรม Excel สำหรับการวางระบบ ข้อมูล RIHIS- HCT ทั้งการบันทึกและรายงานระบบข้อมูล RIHIS-HCT การพัฒนาโปรแกรมในครั้งแรกเป็นโปรแกรม excel ที่มีโปรแกรมมีหน้าตาการทำงาน (sheet) 2 หน้า ได้แก่ หน้าบันทึก (Record) และหน้ารายงาน (Report) ที่มีการผูก สูตรการคำนวณที่เชื่อมระหว่างกันให้ได้ผลลัพธ์ตามข้อมูลที่ต้องการ ในหน้าการบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูล รายบุคคลโดยใช้ตัวเลข 0 และ 1 ในแต่ละเซลล์ ตามชุดข้อมูลที่ต้องการ หน้ารายงานสามารถแสดงผลได้ในตารางรายงาน ให้อัตโนมัติทันทีที่มีการบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้บันทึกข้อมูลสามารถนำข้อมูลในหน้ารายงานไปใช้ประโยชน์ได้ทันที โดยมีการ จัดทำคู่มือการบันทึกและรายงานระบบการติดตามการดำเนินงานเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (RIHIS)

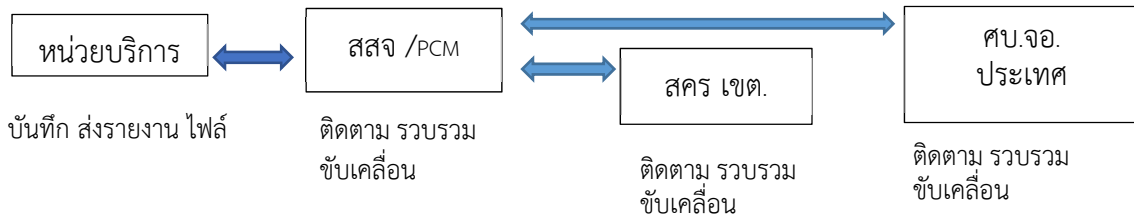
(2) ทดสอบเครื่องมือ โดยให้หน่วยบริการได้ลองใช้ และนำผลการทดลองมาปรับปรุงแก้ไข ให้โปรแกรม มีความสมบูรณ์ขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขเรื่องความถูกต้องของข้อมูล ข้อผิดพลาดทางเทคนิค และพบว่าโปรแกรมยังไม่เป็น มิตรกับผู้ใช้ เนื่องจากยังไม่มีกรออกรายงานผลอัตโนมัติ ผู้ใช้ต้องคำนวณรายงานเอง แต่ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วน ความเพียงพอของข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์โดยไม่เป็นภาระการบันทึก จึงได้มีการปรับโปรแกรมให้มีการผูกสูตร เชื่อมโยงหน้าบันทึก และหน้ารายงานให้สามารถออกรายงานอัตโนมัติก่อนที่จะนำไปใช้ดำเนินการในพื้นที่ภายใต้โครงการ กองทุนโลก

4.1.3 กำหนดกลไก ระบบไหลเวียนการรายงาน และขับเคลื่อนระบบข้อมูลฯ ในพื้นที่

บทบาทในการจัดทำรายงาน ของหน่วยงานแต่ละระดับ จัดทำ ระบบไหลเวียนข้อมูล (flow) ระบบการรายงาน ข้อมูล RIHIS โดย ให้หน่วยบริการส่งไฟล์ RIHIS-HCT มาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือกลไกการประสานงานระดับ จังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ที่มีบทบาทขับเคลื่อนระบบติดตาม ฯ และมีผู้ประสานงานในการ ช่วยติดตามและประสานการจัดเก็บข้อมูลรายงานจากระบบข้อมูล RIHIS อยู่ โดยจะทำหน้าที่ติดตาม รวบรวม ไฟล์ของ หน่วยบริการในจังหวัดส่งต่อ ให้กับศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ และ สำเนาให้กับสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคระดับเขตที่มีผู้ประสานงานช่วยติดตามรวมในภาพของเขตเช่นกัน

การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการกองทุนโลกและของประเทศ ได้กำหนดกรอบการรายงานทุกไตรมาส ทีมวิชาการส่วนกลางได้มีการติดตามการขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ในระดับเขต จังหวัด เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าการดำเนินงานจัดอบรมขยายผลและการบันทึกและรายงานข้อมูลของหน่วยบริการ โดยในช่วงกรอบเวลาที่ศึกษา ดำเนินการในพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงตามแผนยุทธศาสตร์และภายใต้โครงการกองทุนโลกเป็นหลัก

รูปที่ 5 ระบบการรายงาน การไหลเวียนของระบบข้อมูล RIHIS



4.1.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากร หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้อง

ทีมวิชาการส่วนกลาง โดย ศบ.จอ. ภายใต้กิจกรรมโครงการกองทุนโลก ได้จัดอบรมให้กับหน่วยบริการเอชไอวี ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้บริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (HIV testing) การเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) และการเข้าถึงบริการ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ดำเนินการในพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงตามแผนยุทธศาสตร์และภายใต้โครงการกองทุนโลกเป็นหลัก และขยายเพิ่มในพื้นที่ 77 จังหวัดด้วย โดยใช้งบประมาณของโครงการกองทุนโลก ที่บูรณาการกับงบประมาณจากกรมควบคุมโรค โดย

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ทีมระดับเขต เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบการติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ ระบบข้อมูล RIHIS –HCT และสามารถขยายผลการอบรมการใช้โปรแกรม RIHIS-HCT โดยเป็นวิทยากรในการอบรมต่อเนื่องในพื้นที่ ทั้งระดับจังหวัด หน่วยบริการ ดังนั้น แผนการพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมจึงเริ่มจากการพัฒนาทีมระดับเขต ก่อน แล้วจึงให้การสนับสนุนให้เขตดำเนินการอบรมต่อเนื่องให้ระดับจังหวัด และหน่วยบริการในพื้นที่ตนเอง โดยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลกให้มีการจัดอบรมเป็นรายภาค ซึ่งในช่วงปีแรกของการขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ วิทยากรในการอบรม ยังคงเป็นทีมวิชาการจากส่วนกลางเป็นหลัก โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายระดับเขต ๆ ละ 3 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ข้าราชการที่รับผิดชอบงานเอ็ดส์ จำนวน 2 คนและผู้ประสานงานโครงการกองทุนโลก 1 คน ระดับจังหวัด ๆ ละ 2 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ข้าราชการที่รับผิดชอบงานเอ็ดส์ จำนวน 1 คน และผู้ประสานงานโครงการกองทุนโลก 1 คน กลุ่มเป้าหมายรายหน่วยบริการ แห่งละ 1-2 คน

- หลักสูตรการอบรม โดยทีมวิชาการ และ ศบ.จอ.ได้พัฒนาแนวทางการอบรม แต่ยังไม่เป็นลักษณะหลักสูตรแบบสมบูรณ์ แต่มีกำหนดการที่ชัดเจน ระยะเวลาในการอบรม 3 วัน สำหรับระดับเขต และ 2 วันสำหรับระดับจังหวัดสำหรับหลักสูตรการอบรมการบันทึกและการรายงานระบบข้อมูล RIHIS ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ (1) ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ (2) มาตรการและการจัดบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลักเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ต่อเนื่องสู่การยุติปัญหาเอ็ดส์ประเทศไทย รวมถึงผู้ที่มีบทบาทในการจัดบริการ (3) ระบบข้อมูลRIHIS และ RIHIS-HCT (4) วิธีการบันทึกข้อมูล และรายงาน นิยามความหมายของตัวแปรในการบันทึกนิยามตัวชี้วัด (5) การแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากรายงานเพื่อนำไปในการปรับปรุงบริการ (6) กรอบการส่งรายงาน กำหนดเวลาและกระบวนการส่งคู่มือการบันทึกและรายงานการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี ในโปรแกรม RIHIS เพื่อติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยการจัดพิมพ์เอกสาร เนื้อหาตามหลักสูตรการอบรมเพื่อใช้ประกอบการอบรม มีทั้งวิธีการบันทึกและรายงาน รวมทั้งนิยาม ตัวชี้วัด เพื่อเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับใช้ด้วย

4.1.5 พัฒนาเครื่องมือและระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Routine Data Quality Assessment)

ในช่วงกรอบเวลาของการศึกษาได้พัฒนา RIHIS-HCT โดยเฉพาะขึ้น โดยการจัดอบรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล เพื่อใช้ในการตรวจสอบและปรับปรุงการบันทึกและข้อมูลให้มีคุณภาพ พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับเขต จังหวัด เพื่อดำเนินงานการบันทึกและการจัดส่งรายงานเข้าสู่ระบบ ภายใต้โปรแกรม RIHIS-HCT ที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงบริการ โดยการอบรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 2 วันเน้นให้กับทีมระดับเขตซึ่งจะเป็นกลไกหลักในบทบาทการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล เป็นบทบาทหลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยลงพื้นที่ตรวจสอบที่ระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาลร่วมกับทีมวิชาการส่วนกลาง และจัดการให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางเอกสารและการนำเสนอให้กับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยบริการ

4.1.6 ติดตามและสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบการติดตามฯ ระบบข้อมูล RIHIS (Monitoring & coaching)

การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการกองทุนโลกและของประเทศ ได้กำหนดกรอบการรายงานทุกไตรมาส ทีมวิชาการส่วนกลางได้มีการติดตามการขับเคลื่อนระบบข้อมูลRIHIS ในระดับเขต จังหวัด เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าการดำเนินงานจัดอบรมขยายผลและการบันทึกและรายงานข้อมูลของหน่วยบริการ ในช่วงปีแรก ทีมวิชาการกลางลงติดตาม และสนับสนุนการจัดอบรมขยายผลการบันทึกและการรายงาน RIHIS ร่วมกับระดับเขต เป็นรายเขตทุกปี ซึ่งพบว่า ในแต่ละเขตได้จัดการอบรมตามแผนกิจกรรมการสนับสนุนให้เขตดำเนินการจัดอบรมให้กับระดับจังหวัดและหน่วยบริการ นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มกับหน่วยงานดังกล่าว ยังพบประเด็นปัญหาของระบบข้อมูล RIHIS จากระดับหน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและเขต ในการใช้โปรแกรม RIHIS และข้อคิดเห็นต่อความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมจากระบบข้อมูล RIHIS-HCT ดังนี้

- โปรแกรม ฯ ยังไม่เป็นมิตรกับผู้ใช้ เนื่องจาก ระบบการบันทึกเป็นแบบการพิมพ์ตัวเลขลงไป ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ รู้สึกยาก ทำให้บันทึกได้ช้า และเป็นภาระมาก นอกจากนั้นผู้ใช้ไม่สามารถเข้าถึงโปรแกรมได้เอง เนื่องจากเป็นโปรแกรม offline แบบ standalone ต้องมีการกระจายตัวโปรแกรมจากเขต จังหวัด ผ่านทางอีเมล เมื่อมีการแก้ไขโปรแกรมในแบบบันทึก หรือแบบรายงาน อาจทำให้ผู้ใช้โปรแกรม ผู้บันทึก สับสน เกิดข้อผิดพลาดในการจัดทำรายงานได้ง่าย นอกจากนั้นการส่งรายงานยังต้องส่งในระบบ manual โดยผ่านการในระบบอีเมลถึงหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ซึ่งทั้งหมดทำให้หลายขั้นตอน
- ในระหว่างการทำดำเนินงานมีการพัฒนาโปรแกรมการประเมินมาตรฐานการให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีการบันทึกข้อมูลการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วย ซึ่งโปรแกรม STI qual นี้ และมีการดำเนินงานโดยสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย จึงทำให้หน่วยงานระดับจังหวัด และหน่วยบริการ มีความเห็นว่าซ้ำซ้อนและสับสน
- ส่วนของการบันทึกข้อมูลที่ผู้ให้บริการยังมีความเข้าใจผิดในนิยามกลุ่มประชากร ทำลงข้อมูลแยกประเภทกลุ่มประชากรหลักไม่ถูกต้องด้วย นอกจากนั้นยังมีข้อผิดพลาดในการลงบันทึกข้อมูลเลข 0 1 โดยหน่วยบริการบางแห่งผู้ให้บริการเอชไอวีไม่ได้เป็นคนลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมด้วยตนเอง ทำให้ไม่เข้าใจ จึงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และคนที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลนั้นไม่ได้มาอบรมเองด้วย

ประเด็นท้าทายที่พบในระหว่างที่ดำเนินการในปี 2558 ทำให้ทีมวิชาการกลางได้นำมาแก้ไข ปรับปรุง การดำเนินงานดังนี้

- 1) ปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูล และรายงานในส่วนโปรแกรม RIHIS-HCT เป็น ระบบ RIHIS online ที่สามารถเข้าถึงโปรแกรม แบบบันทึก แบบรายงาน รวมทั้งส่งรายงานได้เองในระบบ online ซึ่งจะมีระบบลงทะเบียนหน่วยงานที่สามารถเข้าถึงและใช้โปรแกรม ได้สะดวกขึ้นบน website ผ่าน www.hiso.or.th/aidsdatasystem/ หรือระบบ web base ซึ่งในส่วนของโปรแกรมได้มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้มาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงโปรแกรม ทั้งหมด 3 ครั้ง
- 2) เพิ่มการแสดงผลการดำเนินงานในรูปของกราฟต่าง ๆ ตามตัวชี้วัด และตามข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการติดตามการดำเนินงานบริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวีในรูปของ visualization ที่มากกว่าตารางการรายงานผล ซึ่งผู้ใช้โปรแกรมสามารถนำมาใช้ประกอบการจัดทำรายงานได้สะดวกขึ้นจนเสถียร

นอกจากนั้น จากการศึกษารายงานผลการดำเนินงานของศบ.จอ ที่รายงานโครงการกองทุนโลก พบว่า การดำเนินงานพัฒนาระบบ RIHIS ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตลอด โดยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลกโดยเฉพาะในพื้นที่กองทุนโลก เป็นหลักจนถึงในช่วงปีที่ 2-3 ปีพ.ศ. 2559-2560 ข้อมูลจากการรายงานการติดตามการดำเนินงานจากการประชุมสรุปงานในการลงเยี่ยมในพื้นที่ ร่วมกับระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ ในการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลในหน่วยบริการ ทำให้ได้ข้อมูลประเด็นท้าทายเกี่ยวกับ ผู้ใช้งาน และผู้ให้บริการ ที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ในการลงบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานการตรวจเลือดเอชไอวี ทำให้การบันทึกข้อมูล และการรายงานไม่ถูกต้อง และมีประเด็นด้านความไม่สมบูรณ์ของโปรแกรม และบางส่วนยังไม่เป็นมิตรต่อผู้ใช้ ซึ่งประเด็นที่พบบ่อย มีดังนี้

- รหัส UIC ไม่สมบูรณ์ โดยเกิดจากโปรแกรม UIC จะขึ้นก็ต่อเมื่อใส่สัญชาติ การใส่สัญชาติไม่ตรงกับชื่อกรณีที่ไม่กรอกข้อมูลเองโดยใช้วิธี copy ข้อมูลมาจากแหล่งอื่นทำให้ UIC ไม่ขึ้น ข้อควรระวัง คือ ต้องมีการเคาะระหว่างชื่อ นามสกุล จะทำให้ UIC ผิด วัน และ เดือน เกิด จะต้องเป็นเลข 2 หลักเท่านั้น และปีเกิดจะต้องเป็นเลข 4 หลักเท่านั้น เพราะถ้าใส่ 2 หลักจะทำให้คำนวณอายุไม่ได้
- แบบบันทึกข้อมูลจะต้องดาวน์โหลดมาจาก www.hiso.or.th/aidsdatasystem เท่านั้น ถึงจะสามารถส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบได้
- กรณีผลเลือดไม่ชัดเจนให้ใส่ในช่องผลเลือดไม่แน่ชัด แล้วนัดมาเจาะใหม่ ผลครั้งใหม่นั้นให้นำมาใส่ลงเดิมถ้ามาฟังผลกิน 3 เดือนให้บันทึกเป็นรายใหม่
- การตัดสินใจในการบันทึกข้อมูลในกรณีที่มีหลายอัตลักษณ์ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ ที่มีเพศสภาวะซ้อน เช่น กรณีที่เป็นทั้งแรงงานข้ามชาติ และเป็นพนักงานบริการหรือชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
- ความไม่สะดวกในการบันทึกข้อมูล ไฟล์จะบันทึกที่หน้า ที่ชื่อว่า record (ซีทีสี้แดง) เท่านั้นและการบันทึกไฟล์ไม่ควรพิมพ์ชื่อไฟล์เป็น ภาษาไทย สัญลักษณ์ ยกเว้น (ขีดล่าง) การเว้นวรรค เพราะจะทำให้ไม่สามารถดูข้อมูลได้ ไฟล์ที่ใช้ในการกรอกข้อมูลจะเป็นไฟล์แบบรายปี ดังนั้นข้อมูลของแต่ละเดือนจะต้องนำมากรอกต่อกันเรื่อย ๆ จนครบ 1,500 ราย แล้วถึงจะเปลี่ยนไฟล์ได้
- การส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ ต้องแปลงไฟล์เป็น CSV.MS-DOSเท่านั้นเป็นข้อจำกัด

ประเด็นท้าทาย ต่าง ๆ กรณีที่สามารถแก้ไขได้ทันที เช่น เกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อน ผู้รับผิดชอบในส่วนกลาง ศบ.จอ ได้แก้ไขปัญหา ทำความเข้าใจในระหว่างการดำเนินงานติดตาม จากการลงพื้นที่ และการประชุมทุกครั้งที่ได้รับรายงาน หรือพบปัญหา เป็นการทำ corrective action เพื่อแก้ไขสถานการณ์ในการดำเนินงานในการปรับปรุงงานในพื้นที่ ในส่วนที่ยังแก้ไขไม่ได้ในทันที ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนา

ตัวโปรแกรม รวบรวมให้ทางโปรแกรมเมอร์ ผู้พัฒนาโปรแกรม แก้ไข ในทุกประเด็นที่พบ และส่วนมากสามารถ แก้ไข ลดปัญหาในการบันทึกและรายงานไปได้

การปรับปรุงและพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560

- 1) พัฒนาเครื่องมือและระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล RIHIS-HCT โดยเฉพาะขั้น และจัดอบรม การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล เพื่อใช้ในการตรวจสอบและปรับปรุงการบันทึกและข้อมูลให้มี คุณภาพ
- 2) พัฒนาระบบข้อมูล RIHIS เพิ่มเติมเพื่อติดตามการดำเนินในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเป็นระบบ ข้อมูลที่ติดตามบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก ในช่วงที่ระบบข้อมูล RIHIS-HCT เริ่ม เสถียรแล้ว และในช่วงที่เริ่มนโยบายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ภายใต้นโยบายยุติ ปัญหาเอดส์ด้วยมาตรการ RRTTR (Reach Recruit Test Teat Retain) ซึ่งภาคีภาคประชา สังคมดำเนินการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นด่านแรกที่ต้อง ดำเนินการสำหรับกลุ่มประชากรหลัก โดยพัฒนาระบบการติดตามบริการป้องกันเชิงรุก (RIHIS- outreach) ก่อนที่จะส่งต่อให้ได้รับบริการตรวจเลือดวินิจฉัยเอชไอวี (Test) รวมถึงการให้ กลุ่มเป้าหมายได้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (RIHIS -STI) พร้อมกันด้วย ซึ่งบริการเกิดขึ้น โนโรงพยาบาล จึงพัฒนา RIHIS -STIs โดยบูรณาการ เข้ากับโปรแกรม RIHIS-HCT เพื่อลดภาระ งานและเป็นมิตรกับผู้ใช้งานให้มากที่สุด
- 3) กระบวนการพัฒนาในส่วนของ RIHIS-outreach และRIHIS-STIs ขั้นตอนการพัฒนาดำเนินการ เช่นเดียวกับกับ RIHIS-HCT แต่ในกระบวนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพ หลักสูตร และคู่มือ สำหรับใช้การดำเนินงานในพื้นที่จะปรับปรุงเนื้อหา และกระบวนการดำเนินงานโดยการบูรณาการ เป็นเนื้อเดียวกันทั้งหมด

4.2 วิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก

ในส่วนนี้จะนำเสนอถึงผลการวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS จากผลการทบทวน กระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลฯ

กระบวนการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) เป็นไปตามหลักการ เบื้องต้นของการติดตามและประเมินผล Basic Terminology and Frameworks for Monitoring UNAIDS Monitoring and Evaluation Fundamentals and Evaluation จากการทบทวนกระบวนการพัฒนาระบบการ ติดตามการดำเนินงานฯ หรือระบบข้อมูล RIHIS พบว่าเริ่มต้นจากการกำหนดแนวคิด กรอบในการติดตามการดำเนินงาน ฯ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการกำหนดทิศทางของระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ ซึ่งจะกระทบถึงผลหรือข้อมูลที่ได้จาก การติดตาม ฯ จะสามารถสะท้อนหรือวัดผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด ตรงกับวัตถุประสงค์ของการติดตาม การดำเนินงานที่เกิดขึ้นในแผนงานโครงการได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรอบการติดตามนี้ ซึ่งจาก กระบวนการพัฒนา ระบบข้อมูล RIHIS ที่ได้มีการทบทวนยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ มาตรการ ตลอดจนบริการที่แต่ละ โครงการที่มีการดำเนินงาน ที่มีในทุกระดับ ทำให้กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน (ระบบข้อมูล RIHIS) มีความสอดคล้อง และสามารถตอบสนองต่อประเด็นยุทธศาสตร์และแผนงาน โครงการที่มีการดำเนินงานในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ.2557 – 2559 และต่อเนื่องมาถึง ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปีพ.ศ.2560 – 2573 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายเพิ่มจำนวนหรือ เพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการป้องกันผสมผสานและการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก และระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ จะเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะใช้ในการติดตามการเข้าถึงบริการ

ที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก และสามารถติดตามตัวชี้วัด ร้อยละของกลุ่มประชากรที่ได้รับบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) และ ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลผลิตการดำเนินงาน โดยสามารถจำแนกผลการดำเนินงานรายกลุ่มประชากร รายอายุ ได้ตามแผนงาน โครงการ ที่มีการดำเนินงานและการจัดบริการ เพื่อที่จะมีผล ข้อมูลการติดตามบริการที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงบริการเฉพาะได้อย่างสอดคล้อง

นอกจากนั้นสำหรับพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน พัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) โดยศบ.จอ. ที่รับผิดชอบการดำเนินงานมุ่งเน้นดำเนินการในพื้นที่ที่มีภาระโรคสูง ภายใต้โครงการกองทุนโลกเป็นหลัก สอดคล้องตามที่ยุทธศาสตร์กำหนดที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และแผนงาน โครงการต่าง ๆ ทั้งนี้ในระบบการติดตาม ฯ สามารถติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ ได้ตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัด และหน่วยบริการเพื่อที่จะสามารถนำผลการติดตามไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงบริการ รายพื้นที่ได้ โดยสรุประบบการติดตามการดำเนินงานเอตส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) ที่ ศบ.จอ รับผิดชอบพัฒนาขึ้นนั้น กรอบแนวคิด และกรอบการติดตามการดำเนินงานมีความสอดคล้อง สามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการเอตส์ของประเทศ ตลอดจนข้อมูลที่ได้สามารถใช้ในการติดตามการดำเนินงาน และสามารถติดตามตัวชี้วัดที่แผนยุทธศาสตร์ แผนการติดตามและประเมินผลฯของประเทศ ตลอดจนแผนงานโครงการเอตส์ตามที่กำหนดได้

สำหรับกระบวนการขั้นตอนในการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) การดำเนินงานมีความครอบคลุมในทุกขั้นตอนทุกองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ ดังรูปที่ 6 ซึ่งหากกระบวนการพัฒนา ฯ มีความครอบคลุมทุกองค์ประกอบ และมีคุณภาพ จะมีผลต่อประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของระบบการติดตาม ฯ

ส่วนในขั้นตอนต่อเนื่องจากการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และการรายงาน มีรายละเอียดการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ขั้นตอนหาความต้องการใช้ข้อมูล และจากการศึกษาระบบข้อมูล RIHIS พบว่าตัวแปรที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล กำหนดได้สอดคล้องกับบริการ เพื่อนำมาใช้ขั้นตอนของการพัฒนาโปรแกรมรองรับในการบันทึกข้อมูลตามตัวแปรที่ต้องการโดยใช้โปรแกรม Excel บันทึกและรายงานที่มีความพยายามจัดการให้มีความเป็นมิตร กับผู้ใช้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือ ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าเครื่องมือการรวบรวมข้อมูล และการรายงานผลงาน ที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเหมาะสมหรือไม่เพียงใด เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้จริง ซึ่งหลังจากที่มีการทดสอบเครื่องมือ และนำเครื่องมือไปใช้ได้มีการปรับปรุงโปรแกรมให้เป็นระบบการบันทึกแบบ online นอกจากนี้ในขั้นตอนการกำหนดระบบการไหลเวียน หรือการส่งข้อมูล ซึ่งได้กำหนดบทบาทในแต่ละระดับ โดยการจัดทำระบบการไหลเวียนการบันทึกข้อมูล และระบบการส่งรายงานไว้อย่างชัดเจน พร้อมการจัดทำคู่มือแนวทางในการบันทึกและรายงาน สำหรับผู้ใช้ให้เข้าใจในแนวคิด นิยามตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องบันทึกรวมทั้งการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้บันทึกในการปรับปรุงบริการ นอกจากนี้ยังได้สร้างเครื่องมือในการประเมินหรือตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกเป็นประจำเพื่อนำมาปรับปรุงการบันทึกและรายงาน จากขั้นตอนการเตรียมการ โดยการสร้างเครื่องมือการบันทึกและรายงาน ยังมีการจัดอบรมการบันทึกและรายงานข้อมูล ให้กับทีมผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้องตามบทบาทในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขั้นตอนของการติดตามและการสนับสนุนจากส่วนกลางร่วมกับทีมพื้นที่ ในการอบรม ทั้งในการอบรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

รูปที่ 6 ภาพรวมกระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RHIS)



ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก

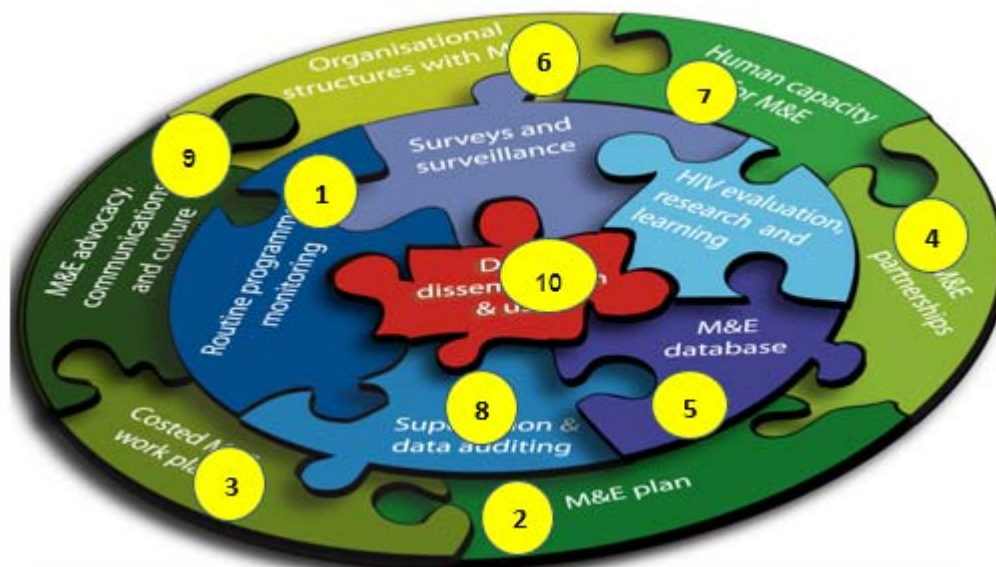
4.3 วิเคราะห์โครงสร้างการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ (ระบบข้อมูลRHIS)

ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RHIS) เป็นระบบข้อมูลหนึ่ง ด้านเอชไอวีที่ใช้ในการติดตามบริการหรือแผนงานสำคัญ จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะบริการ ป้องกันเชิงรุก(Reach) และบริการตรวจวินิจฉัย เอชไอวี(Test) และบริการอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามมาตรการแผน เอดส์ของประเทศ RRTTR วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการติดตามฯ ระบบข้อมูลRHISเพื่อให้มีข้อมูล สำหรับใช้ประโยชน์ในการติดตามบริการ และทราบผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

การพัฒนากระบวนการติดตามฯที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 12 ประการอันจะนำไปสู่เป้าหมาย การได้มาซึ่งข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information : SI) ที่หมายถึงการมีข้อมูลสำคัญที่เพียงพอสำหรับการใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดกลยุทธ์ของการดำเนินงานโครงการได้อย่าง สอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานที่แท้จริง

จากการศึกษาระบบการติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก พบว่ากระบวนการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ หรือระบบข้อมูล RIHIS นั้น เปรียบเทียบกับหลักการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ด้วย12 องค์ประกอบ ตามที่ UNAIDS แนะนำไว้ ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ (ระบบข้อมูล RIHIS) มีการจัดระบบและพัฒนาให้เกิดโครงสร้างฯ ตามองค์ประกอบตามรูปที่ 7

รูปที่ 7 การพัฒนาระบบการติดตาม และประเมินผล ตามหลักการ 12 องค์ประกอบ



1. องค์ประกอบ Routine Program Monitoring ระบบข้อมูล RIHIS เป็นหนึ่งในส่วนประกอบของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ส่วนของการติดตามการดำเนินงาน (Response) เป็นระบบข้อมูลที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูลRIHIS) เป็นระบบข้อมูลการติดตามในส่วนของบริการประจำ (Routine Program Monitoring) ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของภาพรวมระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่จะทำให้ระบบการติดตามและประเมินผลในภาพรวมของประเทศ มีประสิทธิภาพ และมีผลทำให้มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการติดตามสถานการณ์ และการดำเนินงานตั้งแต่ ผลกระทบ ผลลัพธ์จนถึงระดับผลผลิต ซึ่งระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบที่ใช้ในการติดตามบริการของหน่วยงานในพื้นที่ สำหรับนำมาใช้ประโยชน์ในการระบุช่องว่างการดำเนินงาน

2. องค์ประกอบ M&E plan แผนติดตามและประเมินผลฯระดับประเทศ (National Strategic information M&E plan in Thailand 2012-2016) ได้ระบุระบบข้อมูลRIHIS เป็นระบบที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงานการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก และแผนการติดตามและประเมินผลโครงการกองทุนโลก ซึ่งเป็นโครงการหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ ซึ่งโครงการกองทุนโลกที่มีการระบุแผนกิจกรรมการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ คือ ระบบข้อมูล RIHIS รวมทั้งตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูลที่ใช้ ในการติดตามการดำเนินงาน คือระบบข้อมูล RIHIS

3. องค์ประกอบ costed M&E work plan แผนงบประมาณ ภายใต้แผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผล ฯ ระดับประเทศ (National Strategic information M&E plan in Thailand 2012-2016) ได้ระบุแผนการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ไว้ และแผนกิจกรรมภายใต้โครงการกองทุนโลก ระบุงบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบข้อมูลไว้ครอบคลุมรอบเวลาทั้ง 3 ปี ทุกโครงการ นอกจากนั้นในระดับแผนปฏิบัติการ ศบ.จอ.ได้กำหนดกิจกรรมพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS บรรจุภายใต้แผนการดำเนินงานแผน 3 ปี ของโครงการกองทุนโลกประเทศไทยในแต่ละรอบมาอย่างต่อเนื่องทุกรอบ

4. องค์ประกอบ Partnerships การพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS มีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สำคัญเข้ามาร่วมในการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ได้แก่ เครือข่ายกลไกการประสานงานจังหวัด (PCM) ของจังหวัด ภายใต้โครงการกองทุนโลก เครือข่ายของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 13 เขต โครงการกองทุนโลก มูลนิธิริรักษ์ไทย ภายใต้โครงการกองทุนโลกที่มีหน่วยงานภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานให้บริการป้องกันเชิงรุก ในกลุ่มประชากรหลักและการส่งต่อบริการเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีที่โรงพยาบาล เข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS และโครงการกองทุนโลกร่วมให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5. องค์ประกอบ พัฒนาฐานข้อมูล (M&E Data base) ในองค์ประกอบนี้ ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) มีกระบวนการพัฒนาให้เกิดฐานข้อมูล RIHIS ตั้งแต่การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือ โปรแกรม excel ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการรายงานด้วยโปรแกรม RIHIS online เพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลในระบบ online www.hiso.or.th/aidsdatasystem

6. องค์ประกอบ Organizational structures with M&E ระบบข้อมูล RIHIS ได้กำหนดระบบและกลไกหน่วยงานที่มีบทบาทในการบันทึกข้อมูลและรายงาน และหน่วยงานที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบ การติดตาม ฯ โดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่ติดตามข้อมูล การรายงานตั้งแต่ระดับจังหวัดเขต และส่วนกลาง หน่วยงานที่มีบทบาทในการอบรมพัฒนาศักยภาพ การขยายผลการอบรมในพื้นที่ เขต จังหวัด

7. องค์ประกอบ การพัฒนาศักยภาพ (Human Capacity building for M&E) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการติดตามและประเมินผล ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรในเรื่องการติดตามและประเมินผล ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามและประเมินผล มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดอบรมการบันทึกและรายงานในการจัดบริการทั้งระดับหน่วยบริการ ระดับจังหวัด ระดับเขต เป็นลำดับ ดังที่กล่าวแล้ว

8. องค์ประกอบ Supervision and data auditing การกำกับติดตามและการตรวจวัดคุณภาพข้อมูล กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามงาน ฯ ระบบข้อมูล RIHIS ได้กำหนดหน่วยงานติดตามและระบบการติดตามและสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบ RIHIS ในพื้นที่ และการพัฒนาระบบการตรวจวัดคุณภาพข้อมูล RIHIS และดำเนินการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งมีการกำหนดระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ชัดเจน ทั้งแนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้บริหารอย่างเป็นทางการ

9. องค์ประกอบ M&E advocacy and communication and culture การผลักดันเชิงนโยบายและการสื่อสาร รวมทั้งการทำให้เป็นวัฒนธรรมในการติดตามการดำเนินงาน พบว่าระบบข้อมูล RIHIS มีการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานสู่พื้นที่ จังหวัดภายใต้โครงการกองทุนโลกรวมทั้งสิ้น 56 จังหวัดเป็นหลัก ถึงแม้ว่าจะมีการอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้ระบบข้อมูล RIHIS ทั่วทั้งประเทศ แต่ความเข้มข้นในการติดตาม สนับสนุนจะมุ่งเน้นพื้นที่จังหวัดที่อยู่ภายใต้โครงการกองทุนโลก ในส่วนของการส่งเสริมให้เป็นวัฒนธรรม ในปี พ.ศ. 2560 ได้จัดตั้งหน่วยติดตามและประเมินระดับจังหวัดเป็นกลไกที่สำคัญเป็นกลุ่มคนทำงานเอดส์ ประมาณ 3-4 คน ที่ สสจ.และรพ. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบันทึกและใช้ระบบข้อมูล RIHIS รวมทั้งมีประสบการณ์ในการใช้ข้อมูลในระบบข้อมูลอื่น ๆ ให้เป็นกลไกที่มีบทบาทในการพัฒนาระบบ และขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ในจังหวัด

โดยกำหนดให้มีการประชุมปีละ 4 ครั้ง เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการติดตามงาน โดยติดตามโดยการวิเคราะห์ผลจากระบบข้อมูล RIHIS

10. องค์ประกอบ Data dissemination and Data use การเผยแพร่และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล โครงสร้างของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) ได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน ออกมาทันทีเป็นตารางและกราฟพร้อมจะนำไปใช้ ซึ่งระบบช่วยส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ผลจากการทบทวนรายงานผลการดำเนินงานพบว่า ระดับจังหวัด และเขตมีการมีใช้ข้อมูลในการเผยแพร่ นำเสนอผล ในการประชุม PCM ของ 27 จังหวัดและ 13 เขต ในพื้นที่ภายใต้โครงการกองทุนโลก

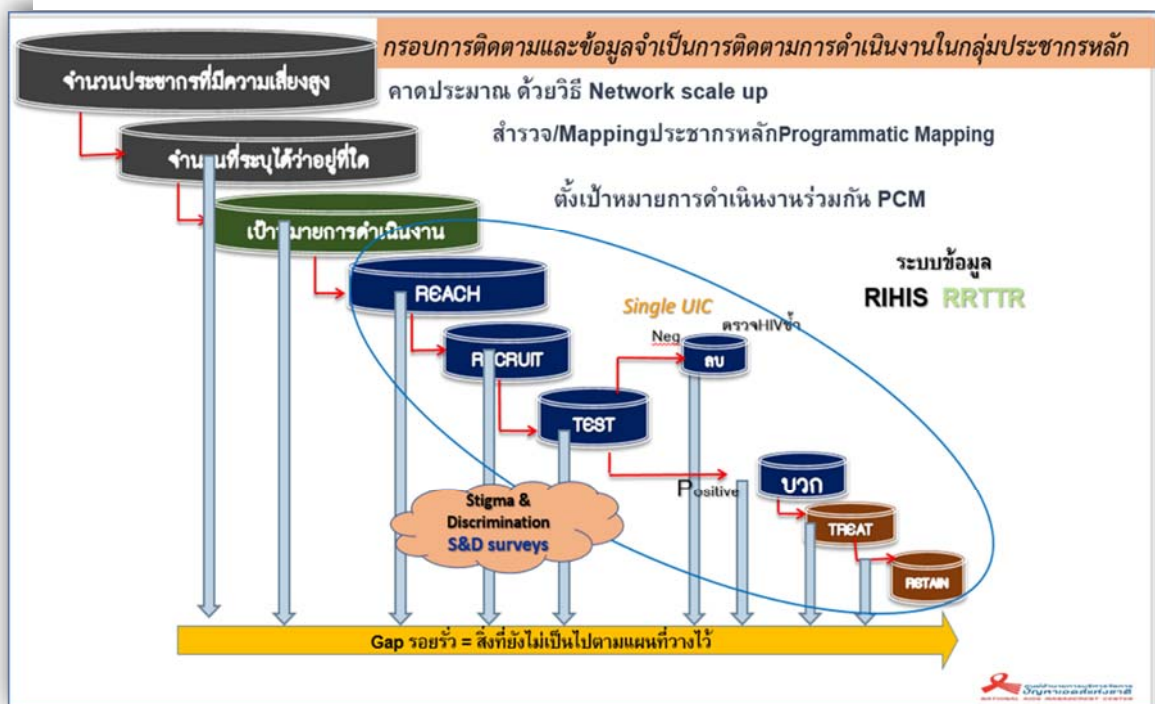
โดยสรุปภาพรวมของการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน ระบบข้อมูล RIHIS จากโครงสร้างที่มีอยู่ในระบบข้อมูล RIHIS ครอบคลุม 10 องค์ประกอบ จากทั้งหมด 12 องค์ประกอบ ทั้งนี้ในการวิเคราะห์โครงสร้าง ใน การศึกษานี้ ไม่ได้จัดลำดับเลขตามหลักการ UNAIDS กำหนด

4.4 วิเคราะห์โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) เปรียบเทียบกับ กรอบการติดตามบริการฯ

ระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อให้ได้ใช้ข้อมูลในการวางแผน และปรับปรุงการดำเนินงาน ด้านเอชไอวี เฉพาะในกลุ่มประชากรหลักเท่านั้น ได้แก่ MSM, TG ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และชายแต่งงานหญิง SW พนักงานบริการ PWID ผู้ใช้ยาชนิดฉีด Migrant ผู้ต้องขัง และคู่ของประชากรหลัก โดยมีคุณลักษณะเฉพาะของ ระบบข้อมูล ดังต่อไปนี้

- เป็นระบบข้อมูล ที่เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลการให้บริการในชุมชนหรือบริการเชิงรุก (Reach) กับ ข้อมูลบริการในสถานพยาบาล (Testing/HCT) เพื่อให้เห็นภาพรวมการให้บริการที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ บริการในชุมชน (Reach-Recruit) ที่ต่อเนื่อง ถึงบริการที่ในสถานพยาบาล (Testing/HCT)
- เชื่อมโยงบริการ Reach -Recruit -Test -Treat (ART) Retain โดยเห็นข้อมูล เป็นรายบุคคล

รูปที่ 8 กรอบการติดตาม และระบบข้อมูลสำหรับการติดตามการดำเนินงาน ในกลุ่มประชากร



ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นถึงบริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรหลัก ในแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 ระบุว่า กรอบการติดตามงานการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งได้แก่ บริการที่จำเป็นและสำคัญ รวมถึงระบบข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการติดตามบริการอย่างเป็นลำดับบริการ (cascade) เป็นไปตามดังรูปที่ 8 ซึ่งหากวิเคราะห์โครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS ตามกรอบติดตามการดำเนินงานนี้จะเห็นว่าในส่วนของระบบข้อมูล RIHIS ที่ได้พัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะใช้ระยะเวลาค่อนข้างยาวนาน

การพัฒนาการติดตามการดำเนินงาน (ระบบข้อมูล RIHIS) ตามโครงสร้างของข้อมูลที่อยู่ในระบบการติดตามการดำเนินงาน (ระบบข้อมูล RIHIS) ที่สามารถนำมาใช้ในการติดตามการตอบสนองต่อชุดบริการหรือบริการที่ได้รับตามมาตรการ RRTTR จะพบว่าจะยังไม่ครอบคลุมทุกบริการสำคัญ/จำเป็น ณ ปีพ.ศ. 2560 นั้นยังดำเนินการได้เพียงครั้งหนึ่งของมาตรการ RRTTR โดยพบว่าการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการใช้ในการดำเนินการแล้ว ประกอบด้วย

- ระบบข้อมูล RIHIS- outreach ติดตามบริการการป้องกันเชิงรุก (Reach)
- ระบบข้อมูล RIHIS -HCT/VCT ติดตามบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test)
- ระบบข้อมูลRIHIS -STIs ติดตามบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นรูปธรรมของการติดตามบริการตามมาตรการ Recruit ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังไม่เรียบร้อยดี

ข้อมูลการติดตามส่วน Reach สามารถใช้ระบบข้อมูล RIHIS-outreach ส่วนของ Recruit คือการพหุชนกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการ ตามกรอบการติดตามนิยามที่ใช้วัดความก้าวหน้า คือการได้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs screening) การได้ Pretest counseling ซึ่งมีข้อมูลที่ติดตามจากในระบบ RIHIS-HCT &STIs ที่ได้พัฒนาและบูรณาการร่วมกันในโปรแกรมเดียวกันดังกล่าวแล้ว โครงสร้างที่กำลังดำเนินการอยู่ ยังมีช่องว่างการติดตามในส่วนของ Treat (ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส) และ Retain positive (การทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถกดปริมาณไวรัสได้) ซึ่งเดิมมีระบบข้อมูลการติดตามการดูแลรักษาจากโปรแกรม NAP ที่สปลช. ดำเนินการพัฒนาอยู่แล้ว

ในทางปฏิบัติระบบข้อมูล RIHIS สามารถเติมในส่วนที่ระบบข้อมูลอื่นยังไม่มี เพื่อให้มีข้อมูลในการติดตามได้ครบตลอดทางตามมาตรการ RRTTR และพบว่าระบบข้อมูล RIHIS ไม่ได้มีแนวคิดพัฒนาเพิ่มในส่วนที่มีระบบข้อมูลเติมดำเนินการอยู่แล้วเพื่อลดภาระของผู้ให้บริการในการบันทึกข้อมูล จึงมุ่งเน้นไปในทิศทางของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเชื่อมโยง ระบบข้อมูลที่มีอยู่เดิมเข้าด้วยกันมากกว่าที่จะดำเนินการเพิ่มเติม หรือสร้างระบบใหม่คู่ขนานกับระบบเดิมที่มีอยู่แล้วซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับหน่วยบริการ ซึ่งแนวคิดนี้จะสอดคล้องตามมาตรการ แนวทางที่กำหนดในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 เช่น

- มาตรการ Treat เมื่อตรวจพบผลเลือดบวก จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวการรักษาด้วย และ Retain ซึ่งมีอยู่ในระบบข้อมูล NAP อยู่แล้ว
- มาตรการ Recruit บริการ STIs มีหน่วยงานที่พัฒนาโปรแกรมการบันทึกและรายงานบริการนี้ขึ้น ในช่วงเวลาที่ระบบ RIHIS-STIs กำลังจะเริ่มดำเนินการ จึงต้องหยุดชะงักลงเนื่องจากจะเกิดภาระงาน จากความซ้ำซ้อนและทำให้พื้นที่สับสน แต่ดำเนินการของโครงการ ฯ ไม่ต่อเนื่อง เป็นไปตามงบประมาณที่สนับสนุนงานบริการ ระบบข้อมูลที่ถูกสร้างขึ้นจึงยุบตัวลง ซึ่ง RIHIS ต้องกลับมาพัฒนาใหม่ภายหลัง
- ส่วนของการติดตามบริการ MMT เช่นกันมีระบบข้อมูลติดตามบริการนี้อยู่เดิมแล้วในหลายระบบไม่ว่าจะเป็นภายใต้โครงการ ฯ ระบบเดิมของประเทศ รายงานสปลช.และระบบข้อมูลสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการจากสปลช. แต่ละระบบมีข้อมูลที่จะใช้ตามวัตถุประสงค์ของตนเอง การปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม เป็นเรื่องที่ระดับนโยบายต้องตัดสินใจ ทำให้หลักการที่คิดว่าอาจไม่สามารถทำได้จริงตามแผนที่วางไว้

หากวิเคราะห์ระบบข้อมูล RIHIS เปรียบเทียบตามคุณลักษณะและวัตถุประสงค์ในการติดตามบริการที่เชื่อมโยงในชุมชนหรือบริการเชิงรุก (Reach) กับ ข้อมูลบริการในสถานพยาบาล (Testing/HCT) โดยโครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS รายบุคคลต่อเนื่อง เชื่อมโยงบริการ Reach -Recruit -Test -Treat (ART) Retain โดยเห็นข้อมูลต่อเนื่องเป็นรายบุคคล (เป็น cohort) ซึ่งยังไม่เกิดขึ้น แม้ว่ากระบวนการพัฒนายังไม่บรรลุได้ตามวัตถุประสงค์ แต่ระบบการบันทึกและการรายงานที่ติดตามบริการทั้งบริการในชุมชน และบริการในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลที่มีในระบบข้อมูล RIHIS ก็สามารถติดตามของบริการที่เชื่อมกันได้ โดยนำข้อมูลทั้งสองฐานมาวิเคราะห์ร่วมกัน

ประเด็นความท้าทายในการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ให้มีโครงสร้างองค์ประกอบของระบบตามบริการมีให้กับกลุ่มประชากรหลัก และติดตามบริการที่ต่อเนื่องกันนั้น คือ

- การจัดบริการที่จำเป็น บางบริการมีการดำเนินงานในระบบเป็นประจำอยู่แล้ว และมีระบบข้อมูลที่ใช้ติดตามเป็นของตนเองเดิมอยู่แล้ว แต่ละหน่วยงานมีวัตถุประสงค์ในการใช้ข้อมูลต่างกัน แต่การเชื่อมโยงระบบเป็นไปได้ซ้ำเนื่องจากโครงสร้างการจับเก็บแตกต่างกัน ต้องใช้เวลาในการศึกษาและปรับเปลี่ยนเชิงเทคนิค
- การจัดบริการในแต่ละบริการ ต่างมีระบบการติดตาม หรือมีการพัฒนาระบบข้อมูลขึ้นมาใช้ติดตามซึ่งการพัฒนาขึ้นมาใช้เฉพาะกาล จึงทำให้กระบวนการพัฒนาการระบบระบบ RIHIS ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้
- มีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่พัฒนาระบบขึ้นมาคู่ขนานกัน ทำให้เป็นภาระงานของพื้นที่ในการบันทึกและรายงาน เกิดความสับสน มีหลายโปรแกรม เช่น กรณีการติดตามบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี HCT/VCT มีหลายหน่วยงานที่พัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูลนี้ นอกจากระบบ NAP ที่มีอยู่เดิม แต่ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลที่แยกประเภทกลุ่มประชากรหลัก จึงมีการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS โดยมุ่งหวังจะทำให้เกิดระบบเดียวที่มีการบูรณาการจากทั้งบริการในชุมชน (Reach) และบริการในโรงพยาบาล (HCT) ไปพร้อม ๆ กัน แต่การตัดสินใจสร้างพัฒนาโปรแกรมและระบบขึ้นมาใหม่ เป็นบทเรียนที่มีค่าที่ต้องเรียนรู้ ทำให้เสียเวลาไปพอสมควร หากได้มีการผลักดันเชิงนโยบายและใช้เทคโนโลยี/เทคนิคทางคอมพิวเตอร์มาช่วยเชื่อมโยง น่าจะทำให้ระบบการติดตามเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

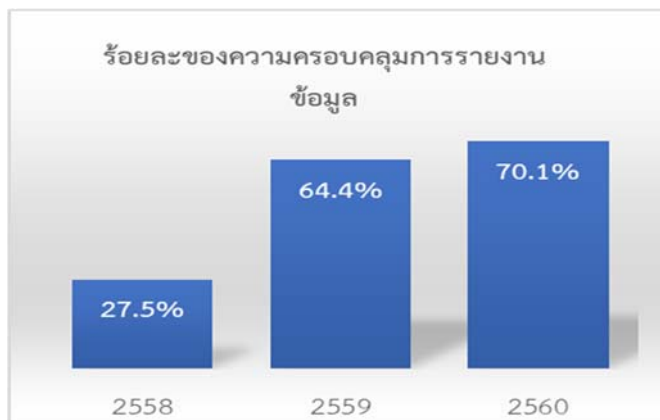
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก

การศึกษานี้จะวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดำเนินงาน การจัดระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก โดยดูในสองส่วนคือ (1) ความครอบคลุมการรายงานของข้อมูล RIHIS และ (2) คุณภาพของข้อมูลของระบบ RIHIS โดยในการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนจะใช้ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเอชไอวีจากระบบ RIHIS-HCT ปีพ.ศ. 2558 – 2560 และข้อมูลการรับบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach) จาก RIHIS-Outreach ปีพ.ศ. 2560

4.5 ความครอบคลุมของการรายงานระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS)

ผลการศึกษาพบว่า จากกระบวนการพัฒนาดังกล่าว ทำให้เกิดระบบติดตามบริการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศ ที่ขับเคลื่อนโดย ศบ.จอ. สำนักโรคเอดส์ฯ และกลไกในระดับเขต และจังหวัด

รูปที่ 9 ความครอบคลุมการรายงานข้อมูลระบบRIHIS-



จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน RIHIS-HCT online พบว่ามีอัตราเพิ่มของการรายงานสูงขึ้น ความครอบคลุมของหน่วยบริการที่มีการบันทึกและการจัดทำรายงาน RIHIS-HCT ในทุกกลุ่มประชากร ปีพ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 27.5, 64.4 และ 70.1 ของจำนวนโรงพยาบาลภาครัฐทั้งหมดในประเทศ ตามลำดับดังรูปที่ 9 และพบว่าจำนวนและความครอบคลุมของหน่วยบริการที่รายงานข้อมูล ภายใต้พื้นที่โครงการกองทุนโลก จะมามากกว่านอกพื้นที่โครงการ ฯ หากวิเคราะห์รายจังหวัดพบว่าความครอบคลุมของหน่วยบริการ ที่มีการจัดทำรายงานในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในพื้นที่ภายใต้กองทุนโลก โดยเฉพาะในจังหวัดใหญ่ แม้จะเป็นพื้นที่ภายใต้โครงการกองทุนโลกแต่ความครอบคลุมของการส่งรายงานส่วนใหญ่ จะน้อยกว่าจังหวัดขนาดเล็ก

นอกจากนั้นจากข้อมูลที่รายงานเข้ามาในระบบ พบว่ามีการรายงานข้อมูลของกลุ่มประชากรหลักก็เพิ่มขึ้นทุกปีด้วย รายงานจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่รับการตรวจเลือดเอชไอวี รู้ผลการตรวจและได้รับการปรึกษาหลังรู้ผลการตรวจเอชไอวี ในช่วงปีพ.ศ. 2558-2560 เพิ่มขึ้นกว่า 3-10 เท่าในทุกกลุ่มประชากร เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มขึ้นจาก 11,103 ราย ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 36,308 ราย ในปีพ.ศ. 2560 (เพิ่มขึ้น 3 เท่า) หรือกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากมาก ๆ เช่น กลุ่มผู้เฒ่าด้วยวิธีฉีดยา ก็พบว่า มีการรายงานผู้รับบริการกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากเพียง 25 ราย ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 1,101 รายในปีพ.ศ. 2560 การเพิ่มขึ้นของจำนวนกลุ่มประชากรที่รายงานเข้ามานี้สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของระบบข้อมูลในการจำแนกประชากรหลักออกจากประชากรทั่วไป และยังสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพในการให้บริการด้วย ดังรูปที่ 10

อย่างไรก็ตามพบว่าความครอบคลุมของการรายงาน มีความแตกต่างกันระหว่างแต่ละเขต และรายจังหวัด ในพื้นที่ที่ถูกจัดให้เป็นพื้นที่ที่มีภาระโรคสูง มีกลุ่มประชากรหลักอยู่จำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นจังหวัดใหญ่ ความครอบคลุมหน่วยบริการที่มีการจัดทำรายงาน มักจะต่ำ

ปัจจัยที่ทำให้ความครอบคลุมของการบันทึกและส่งรายงานข้อมูลระบบข้อมูล RIHIS-HCT ยังต่ำ จากข้อมูลที่ได้จากเอกสารสรุปรายงานการประชุม ที่รายงานผลการดำเนินงานให้กับโครงการกองทุนโลก พบว่า ตัวแทนหน่วยบริการ สสจ. สคร. และภาคีภาคประชาสังคม ยังมีข้อจำกัดประเด็นความท้าทายของการรายงานที่ยังมีความครอบคลุมน้อยนั้น มีสาเหตุมาจาก

1) ด้านภาระงานของผู้ให้บริการในการให้บริการผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่วนกลางมีโปรแกรมการบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานเอชไอวีที่ต้องบันทึกหลายโปรแกรมที่ซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ NAP RIHIS PMTCT

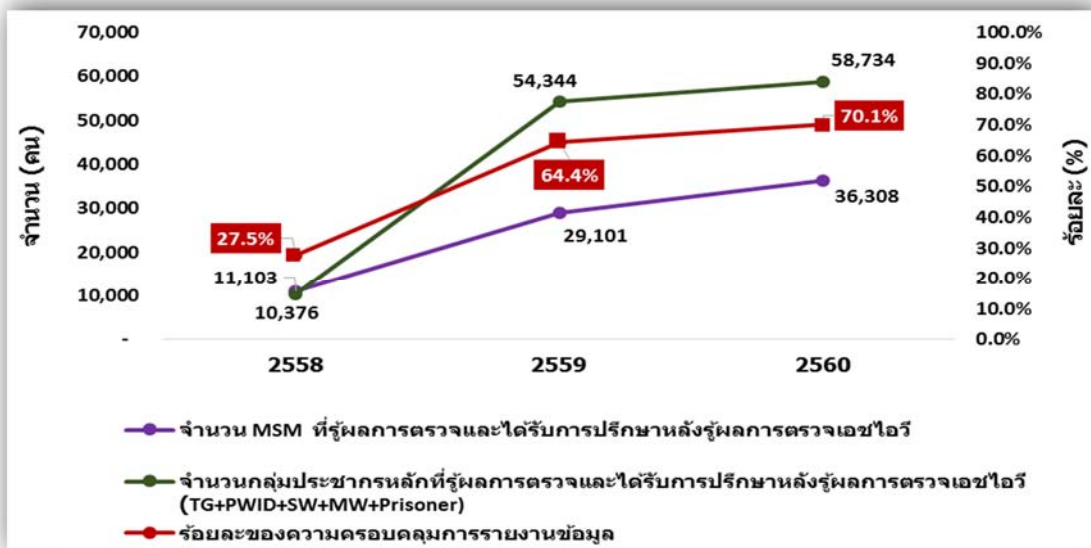
2) ด้านนโยบายการจัดการระบบข้อมูลในการติดตามการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจว่าเป็นการดำเนินงานเฉพาะโครงการกองทุนโลก และไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของประเทศ แม้ว่าจะมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคและสำนักงานปลัด ฯ ชี้แจงไปยังพื้นที่ทุกจังหวัด แล้วก็ตาม แต่ยังคงขาดการ

ผลักดันเชิงนโยบายที่ติดตามกำกับในระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงเรื่องระบบข้อมูล และการดำเนินงานด้านเอดส์อย่างแท้จริง เนื่องจากเอดส์ไม่ได้เป็นโรคที่อยู่ในระบบติดตามกำกับของกระทรวง ฯ จึงไม่มีตัวชี้วัดที่จะเชื่อมโยงกับระบบข้อมูล RIHIS-HCT นอกจากนั้นจังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่กองทุนโลกไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม จึงเกิดความแตกต่างระหว่างในพื้นที่-นอกพื้นที่โครงการกองทุนโลก และมีผลทำให้การบริหารจัดการระบบติดตามที่จะทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวนั้นยากมากขึ้น ประเด็นในเชิงนโยบายดังกล่าวนี้ เพิ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนการดำเนินงานในช่วงปลายปีพ.ศ. 2559

3) ด้านผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด สสจ. เป็นกลไกสำคัญในการจัดการให้เกิดระบบข้อมูล RIHIS-HCT ในระดับหน่วยบริการ จากระบบรายงานพบว่าจังหวัดที่มีความครอบคลุมในการจัดทำข้อมูลดีนั้นผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด สสจ. จะเป็นผู้นำและกำหนดทิศทางให้หน่วยบริการดำเนินการ ตลอดจนมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ

4) หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกและรายงานข้อมูล ในพื้นที่ยังไม่เห็นประโยชน์ในการบันทึกและรายงาน และใช้ข้อมูล

รูปที่ 10 ความครอบคลุมการรายงานข้อมูลและจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ปี พ.ศ. 2558 - 2560



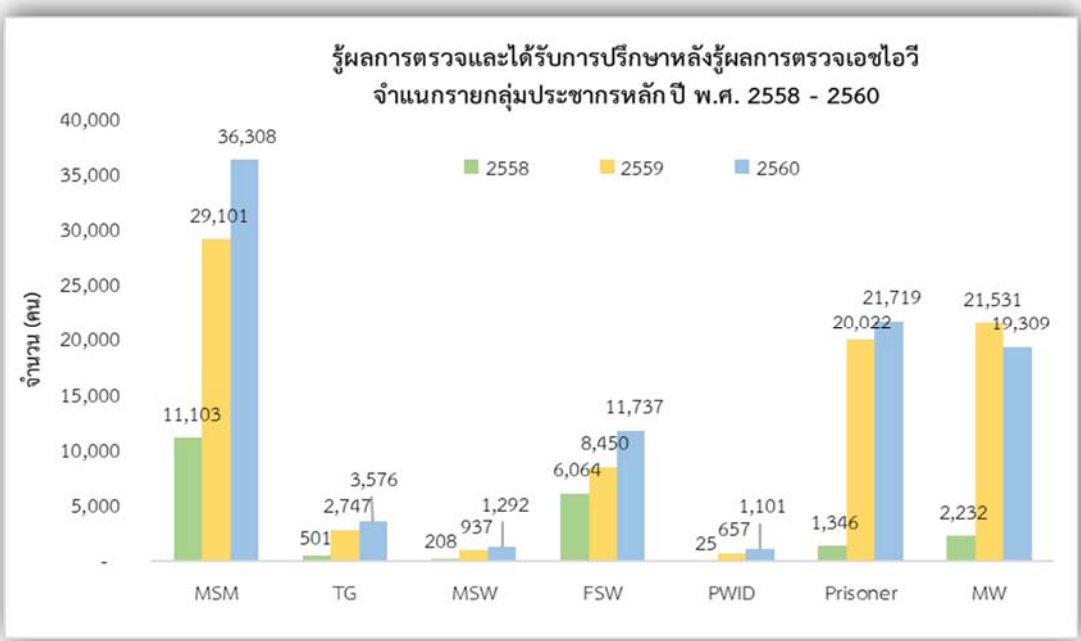
4.6 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน จากระบบติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS)

4.6.1 ผลการดำเนินงาน ผลการได้บริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี

จากระบบการบันทึกและรายงานดังกล่าว สามารถติดตามผลการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการตรวจเลือดเอชไอวี จากข้อมูลในระบบ RIHIS-HCT พบว่าทุกกลุ่มประชากรหลักมีแนวโน้มในการเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นตามลำดับในแต่ละปี แต่อย่างไรก็ตาม ผลการเข้าถึงบริการตรวจเลือดและรู้ผลดังกล่าวในแต่ละกลุ่มไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะในกลุ่ม PWID ที่ได้น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีมาก จากกราฟข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ปีพ.ศ. 2559 ได้รับรายงานจำนวนผู้เข้าถึงบริการตรวจเลือด ฯ เพิ่มขึ้นจาก 11,103 ราย ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 36,308 ราย ในปีพ.ศ. 2560 เพิ่มมากขึ้นกว่าปีพ.ศ. 2558 ถึง 2.8 เท่าและปีพ.ศ. 2560 มากขึ้นเป็น 1.2 เท่าของปีพ.ศ. 2559 สำหรับในกลุ่มพนักงานบริการ FSW มีรายงานจำนวนผู้เข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจาก 6,064 รายเป็น 11,737 ราย ในปีพ.ศ.

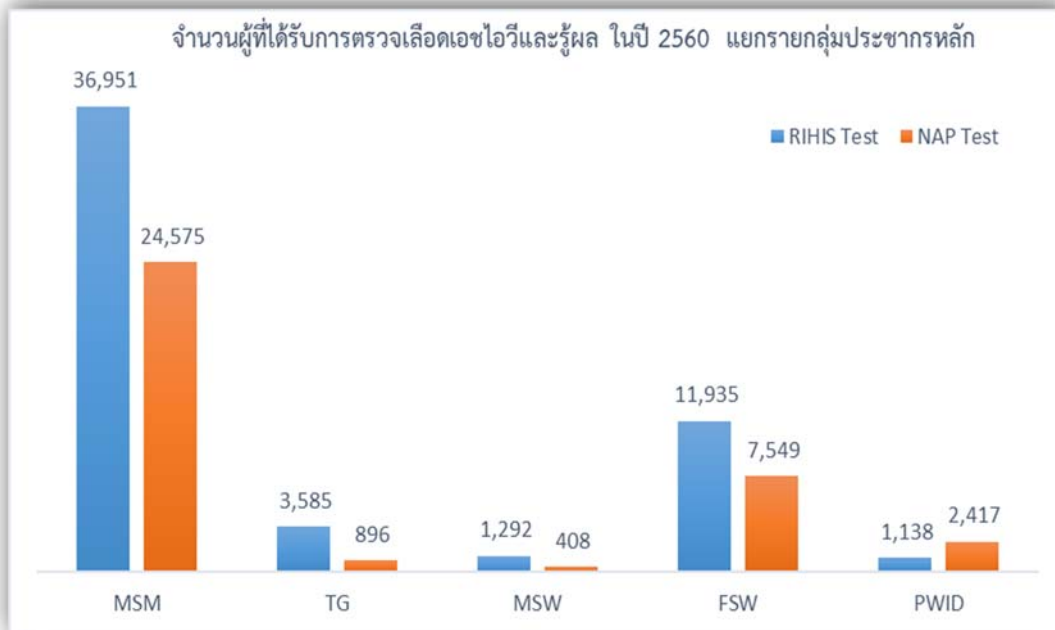
2560 ซึ่งในปีพ.ศ. 2560 มากกว่าปี พ.ศ. 2558 ถึง 3.8 เท่า สำหรับในกลุ่ม PWID ได้รับรายงานปีพ.ศ. 2558 จำนวน 25 ราย และปีพ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 1,101 ราย มากกว่าปี พ.ศ. 2558 ถึง 40 เท่า ดังรูปที่ 11 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการเข้าถึงบริการตรวจเลือดและรู้ผลดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะในกลุ่ม PWID ที่ได้น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีมาก

รูปที่ 11 จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ปี พ.ศ. 2558 - 2560

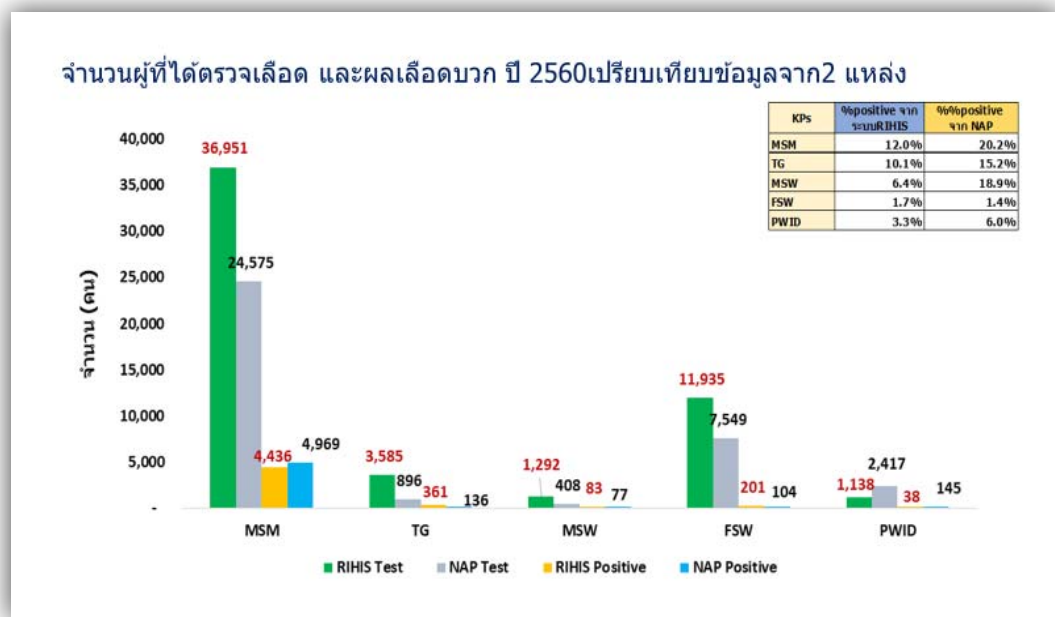


ระบบการติดตามการดำเนินงานฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) ที่ใช้ในการติดตามบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี เปรียบเทียบความครอบคลุมของการรายงานกับระบบข้อมูล NAP ที่เริ่มมีการบันทึกบริการตรวจวินิจฉัยที่จำแนกรายกลุ่มประชากร ในปีพ.ศ. 2560 ซึ่งพบว่าหน่วยบริการยังมีการรายงานข้อมูลในระบบข้อมูล RIHIS เป็นจำนวนมาก และการรายงานผลการดำเนินงานการได้รับบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในระบบข้อมูล NAP ทุกกลุ่มประชากร มีจำนวนที่น้อยกว่าข้อมูลผลการดำเนินงานที่ได้รับรายงานจากระบบข้อมูล RIHIS ดังรูปที่ 12 และ 13

รูปที่ 12 จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ปี พ.ศ. 2560



รูปที่ 13 จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี และผลเลือด ปี พ.ศ. 2560



4.6.2 ประสิทธิภาพ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

วิเคราะห์ประสิทธิภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในการดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและเป็นระบบซึ่งยังมีน้อย เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เห็นว่าช่วงแรกที่ระบบข้อมูลที่พัฒนา มาเพิ่งเริ่มเสถียรเบื้องต้นจึงมุ่งให้ความสำคัญและเร่งรัดในการพัฒนาทักษะหน่วยบริการ ในการจัดทำระบบข้อมูล

สำหรับกลไกติดตามกำกับในระดับเขต จังหวัด ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยทุกเขตมีการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (DQA) อย่างเป็นระบบ จนถึงการใช้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลของการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้กับจังหวัดและหน่วยบริการใช้ในการปรับปรุงงาน แต่ในขณะเดียวกันพบว่ากลไกติดตามในระดับเขต จังหวัด ส่วนใหญ่ยังไม่มีให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงการพัฒนาระบบข้อมูล การพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลและการปรับปรุงบริการอย่างเป็นระบบ ประเด็นที่นำข้อมูลจากระบบการติดตามการดำเนินงาน

ข้อมูลสรุปการประชุมลงเยี่ยมพื้นที่ที่รายงานผลการดำเนินงานของศบ.จอ. ภายใต้การดำเนินงานโครงการกองทุนโลก ได้กล่าวถึงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ในระหว่างการลงเยี่ยมในพื้นที่ที่ได้สะท้อนเกี่ยวกับประสิทธิผลของระบบข้อมูล RIHIS ที่นำมาใช้ประโยชน์ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานว่าหากทุกระดับ โดยเฉพาะระดับปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการในหน่วยบริการคลินิก VCT ได้มีเวลาเข้าถึงรายงาน RIHIS ในระบบ รายงานมีประโยชน์มากในการปรับปรุงระบบบริการ ซึ่งในระบบข้อมูล RIHIS โปรแกรม ได้จัดการข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานให้สามารถเข้าถึงได้ในช่องทางเดียวกันกับการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลจากการบันทึกสรุปผลการติดตามเยี่ยมในพื้นที่ พบว่าหน่วยบริการในพื้นที่/ผู้ปฏิบัติงาน ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และระดับเขตเห็นตรงกัน โดยที่โรงพยาบาล หน่วยบริการ ระบุว่า

- สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลรายงานที่จัดเก็บในระบบ RIHIS ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก
- เป็นระบบข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นภาพรวมการให้บริการ ตรวจเอชไอวี ในแต่ละกลุ่มประชากร ยังไม่บรรลุเป้าหมาย แต่ก็มีความทิศทางที่ดีขึ้นจากแนวโน้มของข้อมูล สำหรับกลุ่ม MSM ข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังต้องพิจารณาถึงความครบถ้วนของการรายงานจากบริการที่ให้จริง โดยอาศัยกระบวนการ RDQA ซึ่งจะกล่าวต่อไป
- ช่วยให้สามารถหาช่องว่างของแผนงาน เพื่อปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งมิติของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ฯ ระดับพื้นที่ และระดับ สคร. สสจ.
- ระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (SI :strategic information) ที่สำคัญสำหรับระดับจังหวัดและเขต
- เป็นระบบข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม การดำเนินงานด้านการป้องกันที่เชื่อมโยงกับดูแลรักษาในกลุ่มประชากรหลัก และเป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ฯ ระดับจังหวัดได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมาก

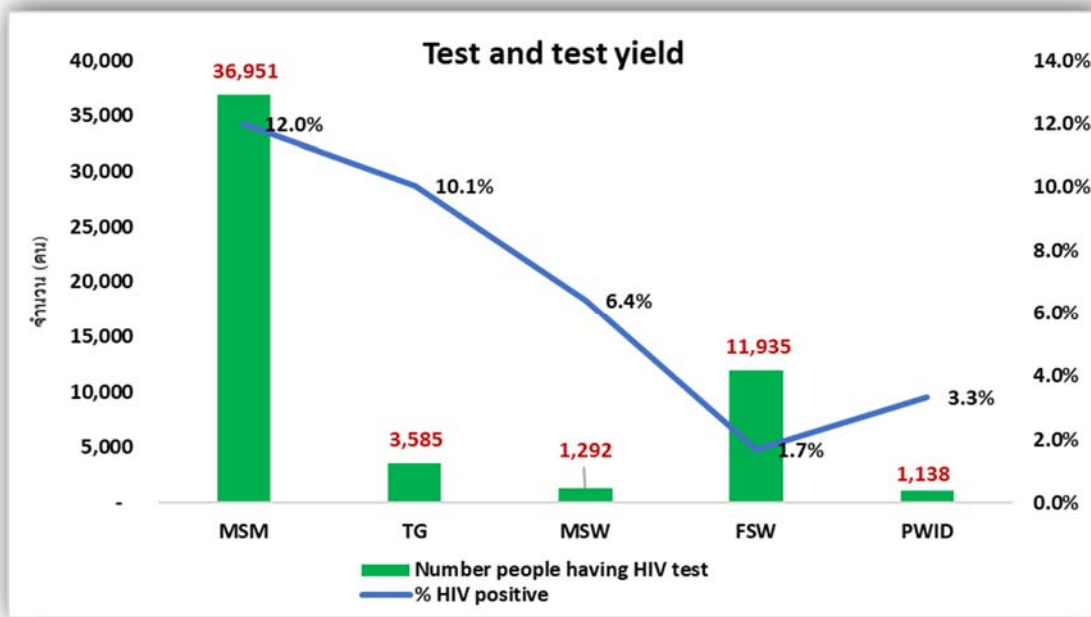
ประเด็นการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS

ตัวอย่างของการใช้ประโยชน์จากข้อมูล จากเอกสารการนำเสนอผลการดำเนินงานในระบบข้อมูล RIHIS ที่ศบ.จอ.นำเสนอในการประชุม พบว่าการใช้ข้อมูลเพื่อตอบโจทย์ การเข้าถึงถูกคน เพื่อบรรลุเป้าหมาย 90% ของผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัย โดยที่ข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS สามารถวิเคราะห์เพื่อนำมาใช้ในการตอบโจทย์

จากกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอ็ดส์ในประเทศไทย คือ การค้นหากลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาให้เร็วที่สุด และให้อยู่ในการรักษาจนกว่าจะสามารถลดปริมาณไวรัสในร่างกายลงได้จนถึงระดับที่ไม่สามารถแพร่เชื้อได้อีกต่อไป (viral load suppression) ซึ่งระบบข้อมูล RIHIS มีข้อมูลที่ทำให้ทราบถึงกลุ่มประชากรที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี และพบว่าผลเลือดบวก (HIV Positive Yield) ที่จำแนกตามลักษณะประชากรได้ ดังนั้นถ้าผู้ที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวกมีสัดส่วนที่สูง แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มาตรวจ

เอชไอวีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (เข้าถึง ถูกคน) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบ RIHIS ปีพ.ศ. 2560 พบว่า จำนวนผู้ที่มารับการตรวจเลือดและพบว่าเลือดบวกอยู่ที่ 12.2% ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รองลงมาคือ 10.1% ในกลุ่มผู้มาตรวจเลือดที่เป็นสาวประเภทสอง และต่ำสุด คือ 1.7% ในกลุ่มผู้มาตรวจเลือดที่เป็นพนักงานบริการทางเพศหญิง ถึงแม้ตัวหารจะเป็นจำนวนผู้ที่มารับการตรวจเลือดทั้งหมด ไม่ใช่จำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดแต่ก็เป็นอัตราที่พอจะสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานยังค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ไม่ดีพอหรือการให้บริการมีอยู่อาจจะไม่ได้ลงไปในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ดีพอในฐานะผู้ให้บริการจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงให้ได้มากยิ่งขึ้น ในขณะที่สำหรับผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายอาจจำเป็นต้องพิจารณาในด้านของแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานหรืองบประมาณสนับสนุน เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รูปที่ 14 จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเลือด และร้อยละของผู้ที่ได้ตรวจเลือดและมีผลบวก



นอกจากนี้ระบบข้อมูล RIHIS ไม่เพียงแต่บันทึกผู้รับบริการ แต่ยังมีกระบวนการระบุว่าผู้รับบริการตรวจเลือดเอชไอวีนั้น เป็นคนใหม่ที่ไม่เคยตรวจเอชไอวีมาก่อนเลยหรือไม่ ซึ่งจำนวนผู้รับบริการที่เป็นรายใหม่นี้ แสดงให้เห็นว่าได้ขยายความครอบคลุมกลุ่มประชากรได้มากขึ้นด้วย ในขณะที่การพบคนที่เคยตรวจเอชไอวีมาก่อนและมาเป็นการครั้งแรกในแต่ละปีก็แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่อง ซึ่งเป็นโอกาสที่จะกระตุ้นการรับบริการตรวจ HIV/STI โดยสม่ำเสมอ

4.7 ด้านคุณภาพข้อมูล ของระบบข้อมูล RIHIS-HCT

คุณภาพของข้อมูลเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุด ของระบบข้อมูลดำเนินงานในประชากรกลุ่มการได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพสูงไม่เพียงแต่ทำให้เราสามารถได้ข้อสรุปที่ถูกต้อง แต่ยังช่วยให้สามารถนำข้อสรุปดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามงานได้อย่างมั่นใจอีกด้วย ทุกขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลตั้งแต่การบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ล้วนส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล

จากการทบทวนเอกสารรายงาน ผลการดำเนินงานโครงการกองทุนโลก พบว่าศบ.จอ. มีการติดตามและประเมินตรวจวัดคุณภาพข้อมูลของระบบข้อมูล RIHIS-HCT ของหน่วยบริการโรงพยาบาล ทั้งหมด 29 แห่งในปี

พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ โดยใช้เครื่องมือที่ ศบ.จอ. ได้พัฒนาจากเครื่องมือจากกองทุนโลก และนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของระบบข้อมูล RIHIS -HCT และศบ.จอ. ได้จัดทำเป็นเอกสารขั้นตอนการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลให้พื้นที่ได้นำไปใช้ในการดำเนินการต่อ ตามวัตถุประสงค์ ให้ผู้ใช้ข้อมูลได้ทำการตรวจประเมินคุณภาพข้อมูลของตนเอง เป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลให้กับกลไกระดับเขตและจังหวัด ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเริ่มพัฒนาเครื่องมือมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 เครื่องมือในการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลประกอบด้วย การตรวจสอบ 4 ด้าน และผลการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลที่ได้ดำเนินการมา 2 ปี พบว่า

ด้านที่ 1 สอบทานความมีอยู่จริงของเอกสาร/หลักฐาน (Discrepancies: Available reports)

จากการสอบทานความมีอยู่จริงของเอกสาร/หลักฐาน พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เอกสาร/หลักฐานเป็นแบบ Counseling form และระบบข้อมูลของทางโรงพยาบาลเองที่มีการออกแบบร่วมกันภายในโรงพยาบาลซึ่งมีในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกัน บางพื้นที่ใช้ OPD card โดยมีผลการดำเนินงานที่รายงานเข้ามาสู่ระบบ มีเอกสารและหลักฐานการเข้ารับบริการครบถ้วนตรงตามฐานข้อมูล ทั้งหมด 140 ครั้ง โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำนวน 139 ครั้ง (เป็นคนใหม่ 22 ครั้ง เป็นคนใหม่ในรอบปี 112 ครั้ง และรายเก่า 5 ครั้ง) และสาวประเภทสอง (TG) จำนวน 1 ครั้ง (เป็นรายใหม่ในรอบปี 1 ครั้ง)

ด้านที่ 2 ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล (Completeness) (100%)

เนื่องเอกสารที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบ Counseling form ของทางโรงพยาบาลซึ่งแบบฟอร์มที่ออกแบบมาเพื่อเก็บข้อมูลในเรื่อง RIHIS โดยเฉพาะทำให้แบบฟอร์มของทางโรงพยาบาลมีตัวแปรครบถ้วน ตามตัวแปรในระบบ RIHIS อีกทั้งในการบันทึกข้อมูลในระบบ RIHIS จะใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของทางโรงพยาบาลเองในการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ RIHIS ทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ด้านที่ 3 ความถูกต้องของข้อมูล (Integrity) (100%)

การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ RIHIS ของทางโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร เป็นการบันทึกข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเป็นหลัก ประกอบกับแบบ Counseling form ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นจะตรวจสอบจากระบบฐานข้อมูลและแบบ Counseling form พบว่าข้อมูลมีความถูกต้อง แต่อาจมีการบันทึกผิดพลาดเล็กน้อยในเรื่องใบส่งต่อการเข้ารับบริการของ NGO

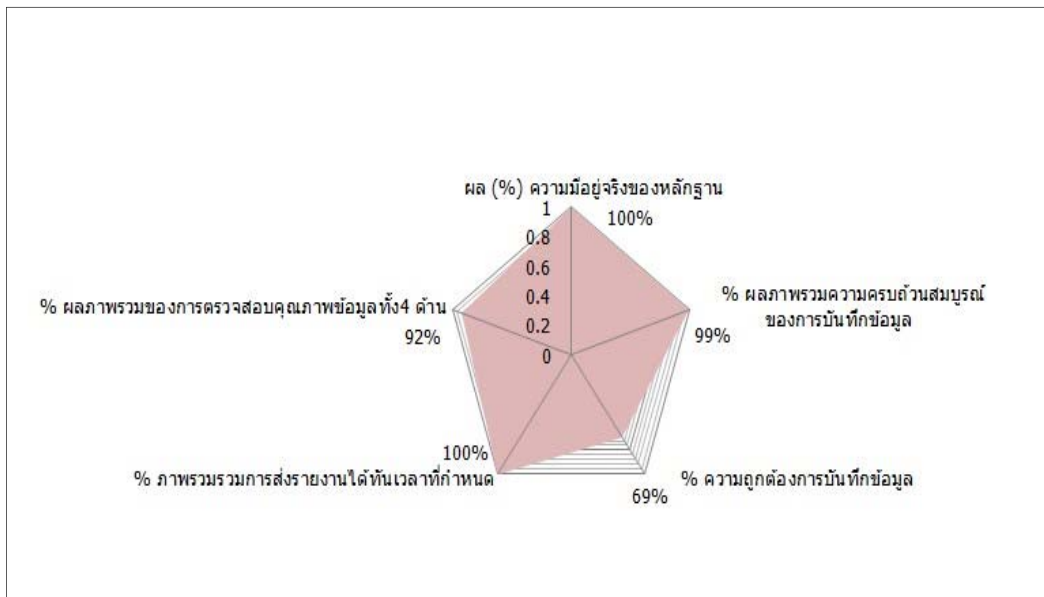
ด้านที่ 4 ความทันต่อเวลา (Timeliness) (95%)

จากการตรวจสอบผ่านระบบ RIHIS online พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ up load ข้อมูลได้ทันตามรอบเวลาการรายงานที่กำหนด แต่ในเดือนกันยายนพ.ศ. 2559 ไม่สามารถอัปโหลดข้อมูลได้ทันเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากในเดือนกันยายนเป็นเดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ ภาระการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่มีค่อนข้างสูงทำให้ไม่สามารถบันทึกและอัปโหลดข้อมูลได้ทันเวลาที่กำหนด

รูปที่ 15 แบบแสดงผลการประเมินคุณภาพข้อมูล

ผลการตรวจวัดคุณภาพข้อมูล (RDQA)	
ด้านที่ 1 สอบทานความมีอยู่จริงของเอกสาร/หลักฐาน (Discrepancies: Available reports)	
%จำนวนข้อมูลกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการทุกประเภท(รวม ไม่เคย ใหม่เก่า)ที่ส่งรายงานมาในระบบ	100%
% จำนวนข้อมูลกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการทุกประเภทตามไฟล์ฐานข้อมูลของหน่วยบริการที่บันทึกไว้	100%
%ค่าคะแนนความมีอยู่จริงของหลักฐานและข้อมูล	
% ภาพรวมความมีอยู่จริงของเอกสารเทียบกับฐานข้อมูลและรายงาน	100%
ด้านที่ 2 ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล (Completeness)	
% ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในไฟล์	100%
% ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเอกสารหลักฐาน	100%
% ภาพรวมความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในไฟล์ และในเอกสารหลักฐาน	100%
ด้านที่ 3 ความถูกต้องของข้อมูล(Integrity)	
% ความถูกต้องการบันทึกข้อมูล	100%
ด้านที่ 4 ความทันต่อเวลา (Timeliness)	
% ส่งข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดได้ทันต่อภายในเวลาที่กำหนด เต็ม 40%	40%
% ความทันเวลาในการส่งรายงานรายเดือนเต็ม 60%	55%
% คะแนนรวมความทันเวลาเต็ม 100 %	95%
คะแนนภาพรวมของการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	99%

รูปที่ 16 แบบแสดงผลการประเมินคุณภาพข้อมูล



ข้อค้นพบจากการประเมินคุณภาพข้อมูล พบว่าการบันทึกและรายงานยังไม่มีคุณภาพ ข้อมูลไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เกิดจาก

- เข้าใจนิยามการเข้ารับบริการไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าการนับคนใหม่จะนับตามกรอบปี พ.ศ. ทำให้มีผลต่อการนับจำนวนคนที่ได้รับบริการ จากคนใหม่กลายเป็นคนเก่า
- ผู้บันทึกข้อมูลเข้าใจนิยามของกลุ่มประชากรหลักไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าผู้หญิงที่แต่งตัวคล้ายผู้ชายและมีบุคลิกเหมือนผู้ชายสามารถบันทึกเป็น Transgender (TG) สาวประเภทสองได้ ซึ่งทำให้มีผลต่อการออกรายงานที่ไม่ถูกต้อง

ความไม่สมบูรณ์ของ UIC เนื่องมาจาก

- บันทึก วัน เดือน ปีเกิด ของผู้มารับบริการไม่ถูกต้อง เนื่องจากเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผิด ไม่ตรงกับเอกสารสนับสนุน จึงทำให้ UIC ผิด ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงบริการที่บุคคลนั้นได้รับระหว่างบริการ RRTTR ได้ในอนาคต
- บันทึกชื่อและนามสกุลผิด ทำให้ UIC ไม่สมบูรณ์และจะมีผลต่อการเชื่อมโยงบริการที่บุคคลนั้นได้รับระหว่างบริการ RRTTR ได้ในอนาคต UIC ไม่ถูกต้องเนื่องจากบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องตามรายละเอียดของผู้เข้ารับบริการ เช่น บันทึกคำนำหน้าชื่อ และบันทึกชื่อผู้เข้ารับบริการไม่ถูกต้อง
- ส่งข้อมูลไม่ทันตามกำหนดจากการติดตามการส่งข้อมูลเดือน ก.ค.-ก.ย. พ.ศ.2560 พบว่ามีการส่งข้อมูล 2 เดือน โดยส่งทันตามเวลาที่กำหนด 1 เดือน (กำหนดกรอบเวลาการส่งรายงานเข้าระบบออนไลน์ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไปและอีก 1 เดือน (กันยายน) ยังไม่มีการส่งข้อมูล
- ไม่ระบุผลเลือดใน OPD card (FSW)
- พิมพ์ชื่อผู้มารับบริการที่เป็น พม่า โดยสะกดเป็นชื่อตัวอักษรภาษาไทย
- การลงบันทึก VCT รายเก่า รายใหม่ เข้าใจนิยามไม่ถูกต้อง

จากข้อค้นพบดังกล่าว จึงได้สรุปให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบนำไปพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ตามประเด็นต่อไปนี้

- ส่งข้อมูลเข้าระบบให้ทันเวลา เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ทันต่อสถานการณ์
- ทำความเข้าใจนิยาม และวิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งเก็บบันทึกข้อมูลตัวแปรที่สำคัญให้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ในเอกสารตั้งต้นของการให้บริการ
- การศิษย์ซ้ำ รพ. ควรมีระบบของการป้องกันและตรวจสอบการศิษย์ซ้ำ
- กรณีออก Mobile ไม่ได้เลขบัตรประชาชน ทำให้เวลาทำการตรวจ RDQA จะขาดความครบถ้วนของข้อมูล
- กระบวนการทำ RDQA สิ่งแรกที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การแจ้งรพ.ว่าให้เตรียมฐานข้อมูลที่เป็นชุดเดียวกันกับที่ส่งรายงานเข้าระบบโดยส่งตัวรายงานที่ดาวน์โหลดมาจาก Online และส่ง Report ฉบับนั้นให้กับหน่วยบริการได้ทราบด้วยว่าเราจะไปตรวจข้อมูลชุดนี้

บทที่ 5

สรุปอภิปราย ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก 2) วิเคราะห์โครงสร้างของระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก และ 3) วิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก โดยรูปแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้กระบวนการแบบผสม (mixed-methods) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการเก็บและรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน ทั้งข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการอ่านเนื้อหาของเอกสาร การทบทวนวรรณกรรม และประมวลเชื่อมโยง ร่วมกันกับข้อมูลปฐมภูมิที่วิเคราะห์จากระบบข้อมูล RIHIS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และกรอบเวลาในการศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 สรุปผลการศึกษาพบว่า

5.1 กระบวนการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) มีพัฒนาการมาอย่างยาวนานจนถึงเกือบ 7 ปี รวมก่อนรอบเวลาในการศึกษา ซึ่งระบบการติดตาม ฯ หรือระบบข้อมูล RIHIS ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้า ในการเข้าถึงบริการที่สำคัญที่จำเป็นในกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย กระบวนการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ มีความสอดคล้องเป็นไปตามหลักการสำคัญของการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน/ระบบข้อมูล โดยกระบวนการสำคัญที่มีการดำเนินงานได้แก่การทบทวนยุทธศาสตร์ แผนงาน มาตรการ โครงการ รวมถึงบริการที่ดำเนินงานอยู่ในขณะนั้น เพื่อให้ได้กรอบการติดตามการดำเนินงาน หรือระบบข้อมูลที่สามารถติดตามผลการตอบสนองต่อการดำเนินงานการเข้าถึงบริการที่สำคัญในกลุ่มประชากรหลัก และสามารถตอบตัวชี้วัดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นกระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ (1) การกำหนดกรอบการติดตามและแนวคิดการพัฒนาระบบการติดตาม ฯ (2) จัดทำเครื่องมือการรวบรวมข้อมูลและระบบการรายงาน ซึ่งเน้นประเด็นการคัดเลือกข้อมูลที่สามารถตอบสนองต่อการติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ และบริการที่ได้รับได้โดยไม่เป็นภาระของผู้ให้บริการหรือผู้บันทึก ที่สำคัญข้อมูลที่บันทึกต้องได้นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงาน รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมการบันทึกและรายงานข้อมูล โดยเน้นในหลักการโปรแกรมที่ง่าย โดยใช้โปรแกรม Excel online (3) กำหนดกลไกระบบไหลเวียนการรายงาน และขับเคลื่อนระบบข้อมูล ฯ ในแต่ละระดับ (4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกและรายงาน รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลรวมทั้งการใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ทุกจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่เร่งรัดที่เป็นภาระโรค (5) จัดทำเครื่องมือและระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (6) ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และนำผลการติดตามมาใช้ในการปรับปรุงระบบการติดตาม ฯ เป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ใช้พึงพอใจต่อเครื่องมือและระบบการดำเนินงาน ทั้งนี้กระบวนการพัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายวิชาการในระดับประเทศ รวมถึงภาคประชาสังคม และภาครัฐในระดับพื้นที่ในการปรับปรุงและแก้ไขระบบมาอย่างต่อเนื่อง

จากการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) โดยให้หน่วยบริการทุกระดับมีการบันทึกและรายงานและใช้ประโยชน์ข้อมูลจากระบบข้อมูล RIHIS ในการติดตามผลการดำเนินงาน ส่งผลให้ประเทศไทยมีข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานการเข้าถึงบริการที่สำคัญ ในกลุ่มประชากรหลักที่มาจากผลการดำเนินงานในพื้นที่ทั้ง 77 จังหวัด โดยให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดทำและส่งรายงานระบบข้อมูล RIHIS

การพัฒนาการติดตาม ฯ เป็นไปค่อนข้างช้าในช่วงต้น เนื่องจากใช้ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาช่วยในการพัฒนาแนวคิด ซึ่งต้องมาประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินงานของประเทศไทย แต่ในช่วงที่มีนโยบายการขยายการดำเนินงานการยุติปัญหาเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTTR โดยการสนับสนุนงบประมาณ สปสช. ที่ดำเนินการในพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี.ศ.2560 ปีสุดท้ายของกรอบเวลาในการศึกษานั้นมีความ ก้าวหน้าในการขยายผลดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ดีผลของกระบวนการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูลRIHIS) ไม่ว่าจะเป็นความครอบคลุมในการรายงานและคุณภาพของข้อมูล หรือความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแผน ฯ ซึ่งประเด็นปัญหา ข้อจำกัด ในการกระบวนการพัฒนาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนา ระบบต่อไป

ภายใต้กระบวนการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ฯ ระบบข้อมูล RIHIS นั้น ส่วนหรือขั้นตอนที่พบว่าเกิดความท้าทายมากที่สุด คือการสร้างพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และรายงาน ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่พบส่วนใหญ่จะเป็นด้านเทคนิคหรือตัวโปรแกรม ในการตัดสินใจเลือกโปรแกรม Excel มาใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งข้อดีและด้อย ตามผลการศึกษาและนักศึกษาได้ลองบันทึกและที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อดีคือเห็นผลการดำเนินงานได้ทันที real time ผู้บันทึกสามารถนำผลงานหรือออกรายงานไปใช้ประโยชน์ได้ทันที ทั้งในรูปแบบตารางและกราฟ ซึ่งเป็นข้อดีที่มีความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาระบบฯ แต่ข้อด้อยคือความไม่เป็นมิตรของเครื่องมือการบันทึกข้อมูลในตาราง excel และต้องพิมพ์ตัวเลข ผู้ใช้เห็นว่ายุ่งยากเกินไปและโปรแกรมมีข้อผิดพลาดที่ต้องแก้ไข ประเด็นปัญหาเชิงบริบทภายนอกที่เข้ามาแทรก คือ มีการพัฒนาเครื่องมือการติดตามงานที่เกี่ยวข้องและมีการบันทึก รวบรวมข้อมูล การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีซ้ำซ้อนเกิดขึ้นมาในระหว่างการพัฒนา นอกจากนั้น ประเด็นปัญหาด้าน ความผิดพลาดของผู้บันทึกเอง (Human error) ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับนิยามศัพท์ และมีข้อเสนอให้เพิ่มปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ในการบันทึกและรายงานมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งศบ.จอ.ได้นำข้อเสนอ ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง จนสามารถได้ข้อมูลผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) การได้รับการวินิจฉัยเอชไอวี (Test) การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) ในส่วนการคัดกรอง STIs มาใช้ในการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักและใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงาน ทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด และระดับหน่วยบริการ

อย่างไรก็ดี ผลของกระบวนการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) ไม่ว่าจะเป็นความครอบคลุมในการรายงานและคุณภาพของข้อมูล หรือความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแผน ฯ

5.2 โครงสร้างของระบบติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) มีความสำคัญต่อข้อมูลที่ได้จากการติดตาม ว่าจะสามารถจะตอบสนองต่อการดำเนินงานหรือบริการที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด รวมถึงโอกาสของการนำข้อมูลที่ไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงานด้วย ตามที่แผนการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผลของประเทศ (National M&E plan) ได้ระบุให้ระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบการติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศ ผลจากการวิเคราะห์ โครงสร้างระบบข้อมูลRIHIS สรุปดังนี้

โครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS เปรียบเทียบกับกรอบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามชุดบริการที่สำคัญ และมาตรการ RRTR ที่เป็นมาตรการสำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ พบว่าระบบข้อมูล RIHIS ที่ได้พัฒนาขึ้นในช่วงปีพ.ศ. 2558-2560 และจากผลการศึกษาที่กล่าวถึงสถานการณ์การดำเนินงานการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ณ ปีพ.ศ. 2560 จะเห็นว่าโครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS ที่ได้ดำเนินการเพิ่ม 3 ส่วน สามารถเติมในส่วนที่ระบบข้อมูลที่ไม่มีอยู่ในระบบเดิม ทำให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการติดตามการตอบสนองต่อชุดบริการตามมาตรการ RRTR ได้ครบวงจร โดยกรอบการติดตาม และตัวชี้วัด จำนวน/ร้อยละของกลุ่มประชากรที่ได้รับบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) สามารถใช้ระบบข้อมูล RIHIS-outreach ในส่วนการติดตาม และตัวชี้วัด จำนวน/ร้อยละ การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (Test) สามารถใช้ในส่วนของ RIHIS-HCT ได้ สำหรับส่วนของกรอบการติดตามการเข้าถึงบริการ Recruit ในแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ๓ หมายถึงการพาชักชวนกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการในบริการนี้ ถึงแม้จะไม่ถูกนำมาเป็นตัวชี้วัดในระดับสากล แต่สำหรับประเทศไทย มีความสำคัญที่ต้องติดตามทราบผลของการเข้าสู่ระบบบริการ ซึ่งระบบข้อมูล RIHIS ได้พัฒนาระบบข้อมูลในส่วน RIHIS-STIs ตามกรอบการติดตามและนิยามที่ใช้ติดตามความก้าวหน้า ในแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ๓ คือการได้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs screening) และการได้ Pretest counseling ซึ่งใช้ข้อมูลจากระบบ RIHIS-HCT แล้วตลอดจนการเข้าสู่บริการบำบัดด้วยสารทดแทนเมธาโดน (MMT) บริการใดบริการหนึ่ง ทั้งนี้ในส่วนของการบริการ MMT นั้นระบบข้อมูล RIHIS ไม่ได้ดำเนินการพัฒนาในส่วนนี้ เนื่องจากมีข้อมูลในระบบบส.อยู่เดิม และในส่วน Treat Retain นั้น ไม่ได้พัฒนาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูล RIHIS เนื่องจากมีระบบข้อมูล NAP อยู่เดิมแล้วเพียงต้องการการพัฒนาเพิ่มตัวแปรให้มีจำแนกรายกลุ่มประชากรหลักเท่านั้น ทั้งนี้ในส่วน Retain ตามนิยามในกรอบการติดตามบริการ ๓ ในแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ๓ หมายถึงทั้ง Retain Positive (การทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถกดปริมาณไวรัสได้) และ Retain negative (กลุ่มประชากรหลักได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวีมากกว่า 1 ครั้ง/ปี) ผลการติดตาม Retain Positive มีข้อมูลในระบบ NAP ดังกล่าวแล้ว แต่ส่วน Retain Negative ระบบเดิมของ NAP ยังไม่สามารถตอบได้ ซึ่งระบบข้อมูล RIHIS ถึงแม้จะมีตัวแปรที่ใช้ประกอบในการติดตาม Retain negative อยู่ในระบบบันทึกแต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระบบข้อมูล RIHIS ยังมีข้อจำกัดในเชิงการจัดการวิเคราะห์ข้อมูล จึงยังไม่สามารถติดตามผล Retain Negative ได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะระบบข้อมูล RIHIS จะมีโครงสร้างที่จำเป็นที่เพิ่มเติมจากระบบเดิม ทำให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการติดตามการตอบสนองต่อชุดบริการได้ครบตามมาตรการ RRTR ยกเว้นในส่วนของการติดตามบริการในส่วน Recruit ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดหรือบริการ MMT และในส่วน Retain negative เท่านั้น นอกจากนี้จากระบบการบันทึกและรายงานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นยังมีข้อจำกัด ที่ทำให้ไม่สามารถติดตามบริการเป็นรายบุคคลได้ และยังไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลที่มีอยู่เดิม

ให้เห็นภาพรวม RRTTR ได้ตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบข้อมูล การดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักในภาพรวมประเทศ (หมายถึงการพัฒนาระบบข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เข้ามาเชื่อมโยงด้วย) ดังนั้นโครงสร้างของระบบ RIHIS ยังคงมีช่องว่างที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถติดตามบริการได้ตามกรอบการติดตาม การดำเนินงานเอดส์มาตรการ RRTTR ได้อย่างสมบูรณ์

โครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS เปรียบเทียบกับการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่ตาม 12 องค์ประกอบนั้น UNAIDS ให้ข้อแนะนำตามหลักการนี้ว่า หากจะพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการปรับปรุงงานนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึง 12 องค์ประกอบที่ได้แนะนำไว้ ซึ่งได้กล่าวไว้ในบททวนเอกสารในบทที่ 2 และผลการศึกษาในบทที่ 4 แล้ว สำหรับโครงสร้างของระบบข้อมูล RIHIS ซึ่งเป็นระบบการติดตามการดำเนินงานหรือระบบข้อมูลที่จัดอยู่ในด้านการติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) และอยู่ในส่วนของการติดตามบริการที่มีการให้บริการเป็นประจำ (Program Monitoring) ซึ่งเป็น 1 ใน 12 องค์ประกอบสำคัญมากในระบบการติดตามและประเมินผลในภาพรวม โดยอยู่รอบความสำคัญมากหรือในวงที่ 2 ต่อจากการเผยแพร่และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งสำคัญที่สุดและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลและเมื่อเปรียบเทียบในโครงสร้างของระบบการดำเนินงานเอดส์ หรือระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบที่ต้องการพัฒนา เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงานแล้ว จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ดำเนินการบนพื้นฐานของการคำนึงถึงองค์ประกอบ ถึง 10 ใน 12 องค์ประกอบ ซึ่งมีผลทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่วนองค์ประกอบที่เหลืออีก 2 องค์ประกอบนั้น เป็นองค์ประกอบที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS โดยตรง ได้แก่ องค์ประกอบเรื่องการสำรวจ และการเฝ้าระวัง (Surveys, Surveillance) และองค์ประกอบด้านการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งทั้งสององค์ประกอบเป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เช่นเดียวกับระบบข้อมูล RIHIS โดยที่ระบบข้อมูล RIHIS เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการติดตามการดำเนินงาน (Program Monitoring) องค์ประกอบ Surveys, Surveillance เป็นระบบข้อมูลติดตามสถานการณ์ และองค์ประกอบ Evaluation เป็นอีกส่วนหนึ่งของข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

การพัฒนาและการดำเนินงานระบบข้อมูล RIHIS ได้คำนึงถึงองค์ประกอบการพัฒนาทั้ง 12 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบเกิดขึ้นมาน้อยแตกต่างกัน ในองค์ประกอบที่สำคัญและเป็นช่องว่าง ได้แก่ องค์ประกอบด้านการผลักดันนโยบาย และการสื่อสารฯ (M&E advocacy and communication and culture) รวมทั้งด้านการเผยแพร่และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล (Data dissemination & data use) เนื่องจากระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบใหม่ที่เพิ่งพัฒนามาพร้อมกับการมีมาตรการ RRTTR และมีพัฒนาการกระบวนการของการทำให้เครื่องมือการรวบรวมข้อมูลที่เป็นมิตรและพร้อมใช้นั้น ใช้ระยะเวลาสั้นใช้เวลากับหน่วยบริการในการให้มีการบันทึกและรายงานมาก ดังนั้นการพัฒนาให้เกิดการนำไปใช้จึงยังคงมีน้อย หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์มากเท่ากับระดับจังหวัด เขต ซึ่งตามข้อมูลที่แสดงให้เห็นที่นำไปเผยแพร่ในการประชุม PCM ยังเพียง 27 จังหวัด จาก 56 จังหวัด เพียงร้อยละ 48 เท่านั้น หากเทียบว่าระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบของประเทศ จะมีการนำไปใช้ตามข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงร้อยละ 35 เท่านั้น ในส่วนของการสื่อสารและถ่ายทอด หรือการผลักดันนโยบายให้กับภาคเครือข่ายหน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องจากการทบทวนเอกสาร รายงานต่าง ๆ พบว่าในส่วนนี้การพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ผ่านมายังคงให้ความสำคัญในการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายในระดับโครงการ ฯ โครงการกองทุนโลกในขณะนี้ข้อมูลในการสื่อสารได้กล่าวถึง

ว่าระบบข้อมูล RIHIS เป็นระบบข้อมูลที่ใช้ติดตามงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกัน การผลักดันนโยบาย เป็นช่องว่าง ความท้าทาย จากข้อมูลที่ศึกษายังไม่เห็นถึงความพยายามในการแก้ไขในองค์ประกอบส่วนนี้ ในขณะที่องค์ประกอบอื่นตามโครงสร้าง 12 องค์ประกอบได้เห็นถึงรูปธรรมการแก้ไขปัญหาช่องว่างอย่างชัดเจน ประเด็นช่องว่างที่น่าจะเป็นสิ่งสำคัญหรือจุดคานงัดที่ช่องว่างของระบบที่ส่งผลให้ความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS เป็นไปได้ช้ากว่าที่ควรจะเป็นโดยเทียบความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นจากปีพ.ศ.2559 ที่สปสข. เริ่มต้นมีนโยบายในการสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการ RRTTR ให้กับหน่วยบริการทั่วทั้งประเทศ และกำหนดระบบข้อมูล RIHIS ในการติดตามผลงานและตัวชี้วัดปีพ.ศ.2560 ทำให้ระบบข้อมูลมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ดังที่กล่าวแล้ว

5.3 ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก พบว่าระบบข้อมูล RIHIS-HCT ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นระบบติดตามความก้าวหน้าในการเข้าถึงบริการ ในกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย ในการติดตามผลการดำเนินงานนับถึงปัจจุบันปีพ.ศ. 2560 ส่งผลให้ประเทศไทยมีข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ที่มาจากการจัดการขับเคลื่อนระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ ฯ (ระบบข้อมูล RIHIS) ของจังหวัดทั้ง 77 จังหวัด การสนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่ใช้และจัดทำรายงานระบบข้อมูล RIHIS-HCT จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน RIHIS-HCT online พบว่า 1) ความครอบคลุมของหน่วยบริการที่มีการบันทึกและจัดทำรายงาน RIHIS-HCT ในทุกกลุ่มประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2560 มีความครอบคลุมของการรายงานจากหน่วยบริการ โรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 70.1 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย โดยภาพรวมความครอบคลุมของหน่วยบริการ ที่บันทึกและรายงานภายใต้พื้นที่โครงการกองทุนโลก จะมีมากกว่านอกพื้นที่โครงการ ฯ หากวิเคราะห์รายจังหวัดในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในจังหวัดใหญ่ แต่แม้ว่าจะอยู่ในพื้นที่ภายใต้กองทุนโลก แต่ความครอบคลุมของการบันทึกและจัดส่งรายงานส่วนใหญ่จะน้อยกว่าจังหวัดขนาดเล็ก สำหรับในจังหวัดนอกพื้นที่โครงการกองทุนโลกบางจังหวัดเท่านั้นที่มีความครอบคลุมของหน่วยบริการที่จัดทำและส่งรายงานถึงร้อยละร้อย การติดตามผลการดำเนินงานที่เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักจากระบบการบันทึกและรายงานในระบบ RIHIS-HCT ทำให้ทราบถึงแนวโน้มผลการดำเนินงานการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในทุกกลุ่มประชากรหลัก มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้นตามลำดับในแต่ละปี ในกลุ่ม MSM-TG ปีพ.ศ. 2559 ได้รับรายงานจำนวนผู้เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นกว่าปีพ.ศ. 2558 ถึง 2.8 เท่า และปีพ.ศ. 2560 มากขึ้นเป็น 1.2 เท่าของปีพ.ศ. 2559 สำหรับในกลุ่ม FSW มีรายงานจำนวนผู้เข้าถึงบริการเพิ่มมากกว่าปีพ.ศ. 2558 ถึง 3.8 เท่า และปีพ.ศ. 2560 มากขึ้นเป็น 1.3 เท่าของปีพ.ศ. 2559 ในกลุ่ม PWID ได้รับรายงานจำนวนผู้เข้าถึงเพิ่มมากกว่าปีพ.ศ. 2558 ถึง 25 เท่า และปีพ.ศ. 2560 มากขึ้นเป็น 1.6 เท่าของปีพ.ศ. 2559 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีดังกล่าว ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในโครงการ ฯ โดยเฉพาะในกลุ่ม PWID ที่ได้น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปีมาก สำหรับในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มของอัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งประเด็นช่องว่างส่วนหนึ่งมาจากการบันทึกและรายงานในระบบข้อมูล RIHIS ที่ไม่สมบูรณ์ โดยยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการตรวจเอชไอวีได้ครอบคลุมทั้งหมดร้อยละ 100 ครอบคลุม ซึ่งโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐทุกแห่งสามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีได้ นอกจากนั้นผู้ให้บริการไม่ได้บันทึกข้อมูลผู้รับบริการที่ได้ตรวจวินิจฉัยเอชไอวี เนื่องจากไม่ทราบว่าผู้ที่มีตรวจเอชไอวีเป็นประชากรในกลุ่มประชากรหลัก เช่น

ไม่ทราบว่าเป็น MSM จึงไม่ได้บันทึกจำแนกกลุ่มหรือการบันทึกที่ไม่ถูกต้อง ทำให้บริการที่กลุ่มประชากรได้รับแล้วแต่ไม่มีในระบบการบันทึก เป็นต้น

ความครอบคลุมของการรายงานระบบข้อมูล RIHIS-HCT ที่ไม่ครอบคลุมและครบถ้วนทุกโรงพยาบาลนั้นมีสาเหตุมาจาก 1) ด้านภาระงานของผู้ให้บริการในการให้บริการผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่วนกลางมีโปรแกรมการบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานเอชไอวี ที่ต้องบันทึกหลายโปรแกรมที่ซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ NAP RIHIS PMTCT 2) ด้านนโยบายการจัดทำระบบข้อมูลในการติดตามการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจว่าเป็นการดำเนินงานเฉพาะโครงการกองทุนโลก และไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของประเทศ แม้ว่าจะมีหนังสือจากกรมควบคุมโรคและสำนักงานปลัด ฯ ชี้แจงไปยังพื้นที่ทุกจังหวัดแล้วก็ตาม แต่ยังคงขาดการผลักดันเชิงนโยบายที่ติดตามกำกับในระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงเรื่องระบบข้อมูล และการดำเนินงานด้านเอดส์อย่างแท้จริง เนื่องจากเอดส์ไม่ได้เป็นโรคที่อยู่ในระบบติดตามกำกับของกระทรวง ฯ จึงไม่มีตัวชี้วัดที่จะเชื่อมโยงกับระบบข้อมูล RIHIS-HCT นอกจากนั้นจังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่กองทุนโลกไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักอย่างเป็นทางการ จึงเกิดความแตกต่างระหว่างในพื้นที่-นอกพื้นที่โครงการกองทุนโลก และมีผลทำให้การบริหารจัดการระบบติดตามที่จะทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวนั้นยากมากขึ้น ประเด็นในเชิงนโยบายดังกล่าวนี้ เพิ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนการดำเนินงานในช่วง ปลายปีพ.ศ. 2559 3) ด้านผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด สสจ. เป็นกลไกสำคัญในการจัดการให้เกิดระบบข้อมูล RIHIS-HCT ในระดับหน่วยบริการจากระบบรายงานพบว่า จังหวัดที่มีความครอบคลุมในการจัดทำข้อมูลดีนั้นผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด สสจ. จะเป็นผู้นำและกำหนดทิศทางให้หน่วยบริการดำเนินการตลอดจนมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ 4) ด้านการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและเป็นระบบยังมีน้อย เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เห็นว่าช่วงแรกที่ระบบข้อมูลที่พัฒนามาเพิ่งเริ่มเสถียรเบื้องต้น จึงมุ่งให้ความสำคัญและเร่งรัดในการพัฒนาทักษะหน่วยบริการในการจัดทำระบบข้อมูล สำหรับกลไกติดตามกำกับในระดับเขต จังหวัด ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูลโดยทุกเขตมีการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (DQA) อย่างเป็นทางการจนถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลของการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้กับจังหวัดและหน่วยบริการใช้ในการปรับปรุงงาน แต่ในขณะเดียวกันพบว่า กลไกติดตามในระดับเขต จังหวัด ส่วนใหญ่ยังไม่มีให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงการพัฒนาการจักระบบข้อมูล การพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลและการปรับปรุงบริการอย่างเป็นทางการ

สรุปผลจากการศึกษา การวิเคราะห์ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) โดยภาพรวมระบบข้อมูล RIHIS ที่ศบ.จอ.ได้พัฒนาขึ้นมาั้นประสิทธิภาพการดำเนินงานสุดท้ายที่ได้คือข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ สำหรับการรายงานผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการที่จำเป็นในกลุ่มประชากรหลัก สำหรับใช้ในการเผยแพร่แนะนำเสนอแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน กับผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตอบตัวชี้วัดของแผนงานโครงการในแต่ละแหล่งงบประมาณและในทุกระดับได้ ที่สำคัญที่สุดคือการได้นำข้อมูลผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการที่จำเป็นในกลุ่มประชากรหลัก มาใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในส่วนของการ Reach Recruit Test โดยมีข้อมูลเพียงพอในการใช้ติดตามงาน สามารถจำแนกผลการดำเนินงานรายกลุ่มประชากร รายกลุ่มอายุ ฯลฯ ได้ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการพัฒนาระบบ ฯ โดยเฉพาะในส่วนของการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี Test ที่มีการพัฒนาเครื่องมือการบันทึกและรวบรวมข้อมูล/โปรแกรม และการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลในส่วน RIHIS -HCT จนมีความเสถียรมากกว่าในส่วนอื่น เนื่องจากเริ่มมีการพัฒนาในส่วนนี้ก่อนมีผลทำให้ทุกระดับทั้งภาพรวมระดับประเทศ เขต จังหวัด

และหน่วยบริการได้ทราบผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือน แต่ละไตรมาส แต่ละปี ทำให้เห็นช่องว่างการดำเนินงานทุกระดับ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักต่อไป ทั้งนี้จากกระบวนการพัฒนาทำให้เกิดโครงสร้าง และกลไกการขับเคลื่อนงานระบบข้อมูล RIHIS อย่างเป็นระบบ ซึ่งทั้งกระบวนการพัฒนาฯ และโครงสร้างของระบบฯ ที่ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อประสิทธิผลของระบบการติดตามการดำเนินงานเอ็ดส์ ฯ หรือระบบข้อมูล RIHIS ไม่ว่าจะเป็น ความครอบคลุมในการรายงานและคุณภาพของข้อมูล หรือความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแผน ฯ ได้ตามวัตถุประสงค์โดยระบบข้อมูล RIHIS-HCT สามารถทำบทบาทในการติดตามผลการดำเนินงาน การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มประชากรหลักได้อย่างต่อเนื่อง (function) เป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปี ทำให้ทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่ต้องการได้ในทุกระดับ รวมทั้งติดตามบริการได้ตามกรอบการติดตามการดำเนินงานของประเทศที่กำหนดไว้เป็น cascade ที่จำแนกรายละเอียดตามลักษณะประชากรได้ครบ แม้ว่าจะยังไม่สามารถทำให้เห็นบริการรายบุคคลในลักษณะ cohort ได้แต่ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ได้จากระบบข้อมูล RIHIS ก็เพียงพอสำหรับการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานการจัดบริการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในบริบทของกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและประเด็นท้าทายในการดำเนินงานในภาพรวมของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 1) การสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอและต่อเนื่อง ทั้งวิชาการและงบประมาณที่เอื้อต่อการพัฒนาฯ
 - ผู้เชี่ยวชาญ ทีมวิชาการจากต่างประเทศและในประเทศ รวมทั้งนักวิชาการ มหาวิทยาลัยที่มีความสำคัญในกระบวนการพัฒนา มาช่วยในการพัฒนากลอบการติดตามและแนวคิดการพัฒนาระบบการดำเนินงาน ฯ รวมถึงทีมวิชาการช่วยลงพื้นที่ coaching ในระดับเขต จังหวัด ร่วมกับนักวิชาการของศบ.จอ ซึ่งมีอยู่ไม่เพียงพอนั้น และยังคงการทักษะในการดำเนินงานในส่วนนี้ ปัจจัยสนับสนุนในประเด็นนี้มีส่วนช่วยให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่ที่มีความก้าวหน้าเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง
 - งบประมาณ ในการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ในการสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาระบบการติดตามฯ ระบบข้อมูลRIHIS ในทุกกิจกรรมที่ดำเนินงานตามแผนฯ ที่วางไว้เพียงพอ ตั้งแต่งบประมาณในการจ้างทีมวิชาการ นอกจากนั้นยังมีงบประมาณจากองค์กรต่างประเทศ UNAIDS ที่ช่วยหาและสนับสนุน ให้นักวิชาการจากต่างประเทศ มาช่วยวางแผนแนวคิดในการพัฒนากลอบการพัฒนาฯ
- 2) การวางกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การพัฒนาระบบฯที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นระบบ เห็นภาพรวมการดำเนินงาน ซึ่งแนวทางการดำเนินงานมีความครอบคลุมตามหลักการ 12 องค์ประกอบทำให้เกิดระบบการติดตามการดำเนินงาน ฯ ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการกำหนดกรอบการติดตามการดำเนินงานที่สอดคล้อง ตอบสนองการและสามารถวัดความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น กระบวนการพัฒนาดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยการทบทวน แผนงาน โครงการฯ มาก่อนที่จะพัฒนาเครื่องมือการรวบรวมและรายงาน โดยการกำหนดชุดข้อมูลที่จำเป็น การพัฒนาเครื่องมือ/โปรแกรม การทดสอบเครื่องมือ ฯ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลโดยมีการจัดทำรายงานอัตโนมัติ ทำให้ระบบข้อมูล

- RIHIS ที่สามารถตอบสนองต่อแผนการดำเนินงานเอตส์ ของประเทศทั้งในระดับประเทศ และโครงการสำคัญได้เป็นอย่างดี รวมถึงสามารถตอบตัวชี้วัดและรายละเอียดข้อมูลได้ตามที่ทุกโครงการฯต้องการ
- 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะกลไกระดับเขตที่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการขับเคลื่อนและการพัฒนา โดยมีการสนับสนุนงบประมาณและจัดทำแผนกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกับส่วนกลาง โดยสคร.มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนระดับเขต ร่วมกับสสจ.โดยทั้งสองหน่วยงานได้ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการดำเนินงาน นอกจากนี้ในการพัฒนาระบบข้อมูลในส่วน RIHIS-Outreach ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำเครื่องมือ ข้อมูลที่ต้องการใช้ภายใต้การจัดการบริการของภาคประชาสังคม การจัดทำแผนการขับเคลื่อนและการติดตาม กระตุ้น สนับสนุนให้หน่วยบริการที่ให้บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) มีการบันทึกและรายงาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการลงทุนการขับเคลื่อนระบบ RIHIS- Outreach โดยสนับสนุนงบประมาณในการอบรมภาคประชาสังคมทั่วประเทศ ส่วนหนึ่งมาจากงบประมาณของภาคประชาสังคมภายใต้โครงการกองทุนโลก
 - 4) เครื่องมือในการรวบรวมและรายงานมีความสำคัญมาก มีผลต่อการความต้องการ พึงพอใจต่อการบันทึกและรายงานทำการหรือไม่ ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายของการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ตามที่ระบบข้อมูล RIHIS ที่สร้างเครื่องมือการรวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel ความเป็นมิตรของโปรแกรมค่อนข้างน้อยในความเห็นของผู้บันทึกและผู้ให้บริการงานเอชไอวี แม้ว่าจะเทียบกับประโยชน์ที่ได้ ซึ่งจุดแข็งที่สำคัญของโปรแกรมที่สามารถจะออกรายงาน ได้ผลการดำเนินงานและนำไปใช้ได้ ได้ทันทีที่ทำการบันทึกข้อมูล เนื่องจากรูปแบบการลงบันทึกในโปรแกรมที่ต้องพิมพ์เป็นเลข และผู้ให้บริการเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากทำงานเอตส์มานาน แม้ว่าตัวแปรที่บันทึกจะไม่มาก แต่การบันทึกตามตาราง Excel ไม่ง่ายและต้องใช้เวลามากสำหรับผู้มีอายุ ดังนั้นกว่าที่จะคุ้นเคยกับเครื่องมือโปรแกรมนี้นี้ ทำให้ใช้ระยะเวลานานในการขับเคลื่อนระบบ แม้ว่าจะมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ตามข้อเสนอแนะแล้วก็ตามการปรับเปลี่ยนรูปแบบของเครื่องมือโดยสิ้นเชิงทำได้ยาก เนื่องจากต้องคำนึงถึงวิธีการจัดทำรายงานที่สามารถออกรายงานอัตโนมัติได้ทันที ซึ่งได้ถูกจัดการบนฐานรูปแบบโปรแกรม Excel จากการเชื่อมสูตรตามตารางเป็นหลัก จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบโปรแกรมในรูปแบบใหม่ได้ จำเป็นต้องแก้ไขโดยยังคงรูปแบบเดิมต่อเนื่อง สำหรับการตัดสินใจเลือกโปรแกรมที่เป็นมิตรที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย การประเมินความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญมาก
 - 5) จากผลการบันทึกและส่งรายงาน มีความครอบคลุม ร้อยละ 70 ซึ่งการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการบันทึกและจัดส่งข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน คือ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ก่อน ผู้บันทึกต้องได้ใช้ข้อมูล จึงจะเห็นความสำคัญ ผู้บันทึกต้องเห็นประโยชน์ของการบันทึกก่อน การสร้างความตระหนักต่อการบันทึกข้อมูล โดยให้ผู้บันทึกคือ ระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาล ได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงานหรือการนำเสนอผลงานนั้นเป็นประเด็นท้าทายของการพัฒนาระบบข้อมูล RIHIS ซึ่งพิจารณาจากกระบวนการอบรมและกำหนดการอบรมจะเห็นว่าในส่วนของผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลนั้นให้ความสำคัญน้อยไป กำหนดเวลาการอบรมพัฒนาศักยภาพ มุ่งเน้นเรื่องการใช้เครื่องมือการบันทึกและการรายงานฯ เป็นหลัก ถึงแม้จะมีหัวข้อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ แต่ใช้เวลาไม่น้อยกว่าเพียง30นาที และถูกพูดในช่วงสุดท้ายของการอบรม อาจจะเป็นเนื่องจากช่วงแรกของการกำหนดหลักสูตรอบรม ระบบข้อมูลฯนี้ยังมีการรายงานเข้ามาน้อย ยังไม่ได้ข้อมูลที่มากพอในกานำมาวิเคราะห์ ดังนั้น การจะขับเคลื่อนระบบการติดตามฯ ควรให้

ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น และควรที่จะเกิดขึ้นตั้งแต่แรก ควบคู่ไปกับเนื้อหาการบันทึกและจัดส่งรายงาน

- 6) เครื่องมือการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ระดับเขต โดยที่ สคร.ได้นำไปใช้ในการขับเคลื่อนงานตามบทบาทของ สคร. ได้ดี ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ด้วยทีมระดับเขตเอง ซึ่งต่างจากการอบรมการบันทึกและรายงานข้อมูล ไม่ว่าจะ เป็น RIHIS-HCT RIHIS-Outreach RIHIS-STI ที่ต้องการ ทีมส่วนกลาง ไปช่วยสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานที่ส่วนกลางพัฒนาขึ้นนั้นไม่ซับซ้อน ง่ายในการนำไปใช้ และที่สำคัญดำเนินการแล้วทำให้เห็นช่องว่างในการบันทึกและรายงานได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผู้บริหารและผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามประเด็นท้าทายของเรื่องการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการพัฒนาระบบข้อมูลRIHIS ก็คือการขยายผลการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมหน่วยบริการในพื้นที่ให้มากขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการบันทึกและรายงานได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเพิ่มความ ครอบคลุมในการบันทึกและรายงานด้วย
- 7) สิ่งจูงใจในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระบบข้อมูลRIHIS ถือเป็นแนวทาง นโยบายการดำเนินงานระดับประเทศ เนื่องจากถูกระบุในแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และระบบติดตามและประเมินผลของประเทศ รวมทั้งระบุเป็นระบบข้อมูลที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงาน และใช้ตอบตัวชี้วัดในแผนงาน โครงการระดับประเทศมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปี การขับเคลื่อนแนวทาง นโยบายระดับประเทศลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ สิ่งจูงใจมีความสำคัญมาก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลหรือผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและของตนเองให้บรรลุผลสำเร็จ (กฤษฎณ์ รักชาติเจริญและคณะ) สิ่งจูงใจภายนอก เช่น รางวัล ค่าตอบแทน สิ่งจูงใจภายในได้แก่ การยอมรับ การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การให้เกียรติยศชื่อเสียง ซึ่งควรจะต้องวางแผนกำหนดสิ่งจูงใจ สำหรับการขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ที่ผ่านมามีการเพิ่มสิ่งจูงใจ ในการบันทึกและจัดส่งรายงาน หรือการขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน ถือเป็นช่องว่างในการดำเนินงาน ที่ต้องการเติมเต็ม
- 8) การผลักดันเชิงนโยบายในระดับประเทศอย่างแท้จริง ในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ที่ผ่านมา ยังมีข้อด้อย ประเด็นท้าทายที่สำคัญมาก ที่ต้องการการปรับปรุง ในส่วนของการสื่อสารในวงกว้างในระดับนโยบายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนระบบฯ รวมถึงการผลักดันเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนระบบข้อมูล RIHIS ยังคงดำเนินการอยู่ภายใต้ ระบบการทำงานของโครงการกองทุนโลก และกรมควบคุมโรคเท่านั้น นโยบายหรือแนวทางที่อ้างอิงที่ออกจากกรมควบคุมโรคเท่านั้น ไม่พบว่ามีการใดที่ดำเนินการผ่านไปถึงระดับกระทรวง ๆ หรือการบูรณาการงานไปกับกลไกระบบการติดตามของกระทรวง ๆ ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ซึ่งการสื่อสารนโยบายแนวทางที่แนวทางการดำเนินงาน และแนวทางการติดตามการดำเนินงานสำคัญ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับกระทรวงฯ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ การผลักดันจากนโยบายจากระดับประเทศที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันจึงจะช่วยประสานกำลังในการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานำไปสู่ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ส่วนกลางควรให้ความสำคัญต่อการผลักดันเชิงนโยบายให้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการพัฒนาขับเคลื่อนงานในระดับประเทศ โดยเฉพาะกับการสร้างระบบการติดตามงานเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความท้าทายในตัวเป็นทุนเดิมอยู่แล้วโดยที่ควรเริ่มตั้งแต่ ผลักดันนโยบายการทำงานเอดส์ ในกลุ่มประชากรหลักภายใต้มาตรการ RRTR เพื่อให้ระดับนโยบายกระทรวงได้เห็นความสำคัญ และเป็นเจ้าของร่วมในการขับเคลื่อนดำเนินงานเอดส์ การจัดการบริการ หากมีการบูรณาการงานเอดส์ในเชิงนโยบายเกิดขึ้น จึงเกิดการขับเคลื่อนระดับประเทศได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน นอกจากนี้การผลักดันเชิงนโยบายให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน โดยใช้งบประมาณของประเทศ เช่น งบประมาณที่ให้ มีบรรจุในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสปสช. ให้การสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการจัดการตามมาตรการ RRTR เป็นต้น ควรจะต้องให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในการบริหารจัดการงบประมาณการขับเคลื่อนการจัดการดังกล่าวควรให้มีการดำเนินงานอย่างครอบคลุมทุกจังหวัด แต่ความเข้มข้นในการดำเนินงานแต่ละจังหวัดอาจมากขึ้นตามความสำคัญของปัญหาภาระโรคในพื้นที่ เพื่อลดความแตกต่างในการดำเนินงานในพื้นที่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยบริการงานระดับประเทศ ทั้งในด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้บริหารโดยตรงของหน่วยบริการและสสจ. เจ้าของพื้นที่ ๆ และหน่วยงานนโยบายในด้านงบประมาณ ถ้ามีทิศทางเดียวกันเชื่อมงานกันกับกรมควบคุมโรค จะส่งผลดีต่อการพัฒนาการขับเคลื่อนระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ (ระบบข้อมูล RIHIS) ให้มีความก้าวหน้ามากขึ้นและบูรณาการไปสู่ความยั่งยืนได้ในอนาคต
- 2) ผลักดันนโยบายการส่งเสริมสนับสนุนระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ โดยการใช้ระบบการติดตามการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก (ระบบข้อมูล RIHIS) ในการติดตาม โดยให้กลไกในระดับกระทรวง มีส่วนร่วมในระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก และนำเข้าสู่ระบบการบริหารจัดการของหน่วยงาน ภายใต้การติดตามกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักตรวจราชการ เป็นกลไกในการกำกับติดตาม หรือเป็นตัวชี้วัดในระบบราชการ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ก่อนการดำเนินงาน หน่วยงานในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องควรประสานให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการติดตามการดำเนินงาน ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันก่อนที่จะนำไปสู่การดำเนินงานในพื้นที่ โดยเฉพาะภาครัฐในระดับกระทรวง หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญในการจัดทำระบบข้อมูลและระบบติดตาม ๆ ของพื้นที่ในทุกระดับ
- 3) การสร้างและพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานใหม่ของประเทศ โดยเฉพาะการติดตามงานบริการประจำที่หน่วยบริการ เป็นเรื่องที่มีผลกระทบกับผู้ใช้บริการและเกิดภาระงานที่มากขึ้น จึงจำเป็นต้องศึกษาและหาแนวทางที่รอบด้านก่อน การพิจารณาปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมจากระบบเดิมที่มีอยู่หรือในปัจจุบันจำเป็นต้องใช้อาศัยเทคโนโลยีมาใช้ในการประสานบูรณาการเชื่อมโยงระบบที่มีอยู่ให้มากขึ้น เนื่องจากจากการศึกษานี้พบว่าส่วนกลางแต่ละหน่วยงานสร้าง

ระบบใหม่ขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกันและมีความซ้ำซ้อนในการรวบรวมข้อมูลที่หน่วยบริการ ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาซึ่งกันและกัน

- 4) บูรณาการให้ระบบข้อมูลเอชไอวีเป็นระบบเดียวและครอบคลุมทุกสิทธิ์ และทุกประเภทของหน่วยบริการ เพื่อลดภาระงานของหน่วยบริการ โดยให้บูรณาการโปรแกรม NAP ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพดูแลและโปรแกรม RIHIS-HCT ให้รวมเป็นโปรแกรมเดียวกัน โดยเพิ่มตัวแปรหลักคือการจำแนกรายกลุ่มประชากรหลัก และปรับระบบการรายงานตามกรอบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก cascade ที่มีในระบบข้อมูล RIHIS-HCT เป็นหลัก นอกจากนี้ควรมีการวางแผนพัฒนาระบบข้อมูล NAP และ RIHIS-outreach ให้เชื่อมต่อกันเป็นระบบเดียวกันหรือบูรณาการเข้าสู่ระบบ NAP ต่อไป เพื่อที่จะติดตามบริการ RRTTR ให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องตามกรอบการดำเนินงาน RRTTR ในลักษณะ cohort ได้ และที่สำคัญที่สุดคือการลดภาระของหน่วยบริการในการบันทึกและรายงานข้อมูล
- 5) เพิ่มการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานทุกระดับในประเด็นดังนี้
 - การพัฒนาศักยภาพการนำข้อมูลที่มีอยู่ในระบบมาใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงบริการและวางแผนดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ ในการวางแผนยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัดโดยมีการเผยแพร่ สะท้อนกลับข้อมูลอย่างมีความหมายให้กับหน่วยงาน ผู้บริหารหน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ผ่านกลไก PCM ระดับจังหวัด กลไกระดับเขต กลไกการตรวจราชการ ฯ เป็นต้น
 - การพัฒนาศักยภาพในการตรวจวัดคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพข้อมูล เนื่องจากเป็นประเด็นที่สำคัญมากสำหรับการนำข้อมูลจากระบบการติดตามบริการประจำ (Program monitoring) หากข้อมูลที่ได้ไม่มีคุณภาพจะทำให้การแปลความถึงผลการดำเนินงานที่ผิดไปจากความจริง ซึ่งมีผลต่อทิศทางการแก้ไขปัญหาและการวางแผนการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ปัญหาที่ไม่ถูกต้องผิดทางตามไปด้วยได้ นอกจากนี้ยังทำให้ระบบข้อมูลนั้นขาดความน่าเชื่อถือและไม่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ในระบบข้อมูลนั้น ๆ ต่อไปได้ ซึ่งจะทำให้โอกาสในการพัฒนาระบบข้อมูลนั้นมีน้อยลง และไม่มีความก้าวหน้าไม่ขับเคลื่อนในที่สุด ซึ่งหน่วยงานที่สำคัญในการที่ต้องมีการตรวจวัดและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลเป็นประจำคือหน่วยบริการผู้บันทึกข้อมูลเอง แต่ในบริบทการดำเนินงานที่ผ่านมาระดับเขตและระดับจังหวัด เป็นหน่วยงานภายนอกที่มีบทบาทเข้าไปช่วยการตรวจวัดคุณภาพข้อมูลในระบบข้อมูล RIHIS-HCT ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ และควรเพิ่มความเข้มข้นในกระบวนการการตรวจวัด ฯ บางส่วนที่ยังขาดได้แก่ การเพิ่มความสำคัญในกระบวนการสะท้อนผลการตรวจวัดย้อนกลับ (feed back) การให้แนวทางการปรับปรุงคุณภาพที่ถูกต้องให้กับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างเป็นทางการและเป็นระบบ นอกจากนี้ควรมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพการตรวจวัดระบบข้อมูลในส่วน RIHIS-out reach ด้วย หากในอนาคตได้บูรณาการข้อมูลบริการในกลุ่มประชากรหลักเข้าไปในระบบข้อมูล NAP ควรมีการพัฒนากระบวนการตรวจวัดและการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในระบบข้อมูล NAP อย่างเป็นระบบต่อไปด้วย

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

การพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน ฯ ควรวางแผนเชิงระบบให้ครอบคลุมทุกระบวนการ และทุกขั้นตอน โดยพิจารณาปรับปรุงรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

- 1) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ขั้นตอนแรก นอกจากเครือข่ายในกรมควบคุมโรค และสคร. รวมทั้งสสจ. และภาคประชาสังคมทุกระดับ เพิ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับกระทรวง ฯ มาร่วมกระบวนการพัฒนาตั้งแต่แรก เพื่อให้เห็นความสำคัญและเชื่อมโยงงานในระดับกระทรวงได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะการนำเสนอตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรหลัก เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการ เป็นต้น
- 2) การถ่ายทอดวิธีการบันทึกและรายงานข้อมูลภาคีเครือข่าย ในการบันทึกและรายงานข้อมูลด้วยการสื่อสารผ่านเทคโนโลยี เช่น คลิปวิดีโอ application ต่าง ๆ มีประโยชน์มากในการช่วยแก้ไขปัญหา ไม่ต้องจัดการประชุมบ่อย
- 3) การประเมินคุณภาพข้อมูล DQA เป็นกระบวนการที่ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน โดยเฉพาะระดับเขต และจังหวัด ซึ่งเป็นบทบาทหลักของกลไกเหล่านี้ ซึ่งพบว่ากระบวนการ ฯ นี้ มีประโยชน์มากและส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลที่ชัดเจน ช่วยแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้บันทึกได้ทันทีและเป็นรูปธรรมด้วยการสื่อสารสองทาง และการลงมือปฏิบัติแก้ไข ช่วยสร้างศรัทธาให้กับกลไกแต่ละระดับให้มีความเข้มแข็งทางวิชาการ โดยเฉพาะด้านการติดตามและประเมินผล ทำให้เครือข่ายในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจในบทบาทของตนเอง นอกจากนี้ในกระบวนการยังช่วยปรับปรุงระบบบริการและคุณภาพบริการร่วมกันได้
- 4) ภายใต้กระบวนการประเมินตรวจวัดคุณภาพข้อมูล เครื่องมือในการตรวจวัดต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับระบบข้อมูลที่จะดำเนินการด้วย
- 5) กระบวนการคืนสะท้อนข้อมูลกลับ มีส่วนกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในระดับหน่วยบริการ
- 6) กลไกระดับเขต จังหวัด ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านการติดตามและประเมินผล
- 7) จากระบบข้อมูลในการดำเนินงานเอดส์ที่มีหลากหลาย การสร้างระบบใหม่และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงาน ควรเกิดขึ้นใหม่น้อยที่สุด
- 8) การพัฒนาเครื่องมือโปรแกรมในการบันทึก ต้องศึกษาและหาแนวทางที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ให้มากที่สุด
- 9) การสร้างฐานข้อมูลหรือการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ สำหรับใช้ในการติดตามงาน และนำมาใช้เสนอผลการติดตาม ยังเป็นประเด็นช่องว่างในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเป็นประเด็นที่ต้องสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ในการทำงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
- 10) การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการติดตาม ความเข้าใจเรื่องนิยามตัวชี้วัดมีความสำคัญมากต่อคุณภาพข้อมูลและการแปลความเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน จำเป็นต้องเขียนเทมเพลตที่ทำให้ผู้ใช้ได้เข้าใจถึงประโยชน์วัตถุประสงค์ในการจัดทำรายงาน และการเก็บบันทึกและรายงานข้อมูลมีผลอย่างไรต่อระบบบริการ และบริการที่ดำเนินการอยู่อย่างไรเพื่อให้เข้าอย่างชัดเจน ซึ่ง

จะช่วยคลายความกังวลในการบันทึกข้อมูล และช่วยทำให้ระบบข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้นด้วยการตอบตัวชี้วัดมีต่อระบบบริการและบริการที่มีอยู่หรือไม่อย่างไร

- 11) การพัฒนาศักยภาพด้านการติดตามและประเมินผลเบื้องต้นเป็นหลักสูตรที่จำเป็นสำหรับเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งผู้บันทึกใช้ข้อมูลในการดำเนินงาน

บรรณานุกรม

- กฤษณ์ รักษาติเจริญ. ดำรงศักดิ์ จันโททัย. จันทนา อินทิม. เมทินี แสงกระจ่าง. 2559. ปัจจัยชี้วัดความสำเร็จในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ. The BU Academic Review. 15, 2: 1-16.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR-DDC). 2554. โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยากโครงการด้านเอดส์รอบที่ 8.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักกระบาดวิทยา. 2555. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR-DDC). 2558. โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTR [Stop TB and AIDS through RTTR: STAR].
- คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. 2557. ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนบูรณาการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. 2559. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. 2560. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.
- ชมนาด มโนไพบูลย์. สุวิมล แทนพระเดช. สหภาพ พูลเกษตร. 2558. คู่มือการดำเนินงาน IBBS ในกลุ่มพนักงานหญิงบริการทางเพศ นอกสถานบริการ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเครือข่าย (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี : กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- ฐิติพงษ์ ยิ่งยง และ สุปิยา จันทรมณี. 2560. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีทหารกองประจำการพนักงานชายและหญิงในสถานประกอบกิจการประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักกระบาดวิทยา. สืบค้น 18 ก.พ. 2562, จาก <http://www.boe.moph.go.th/aids/download.php>.
- ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, นิรมล ปัญสุวรรณ, สุปิยา จันทรมณี, สุมณา สันทัดงาน และถนอม นามวงศ์. 2561. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี : กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ, พรทิพย์ เข้มเงิน, อรทัย หรุเจริญพาพานิช และ สิริพร มนยฤทธิ์. 2560. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด.
- นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดนัย ชินคำ, อรพรรณ โพธิ์หัง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และศรีเพ็ญรัตน์ เดวสส. 2561. การประเมินระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพนักเรียนในงานบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา กรณีศึกษาสองจังหวัดในประเทศไทย.

- ปิยะดา ประเสริฐสม, 2560. การพัฒนาและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).
- พินิจ พ้าอำนวยผล. 2556. ผลการทบทวนสถานการณ์ระบบข้อมูลติดตามประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอปรับปรุงระบบข้อมูลรายงานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รสสุคนธ์ วาริทสกุล. 2560. การจัดการข้อมูลในการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก. 6-14.
- วรรณกร ลิขิตปัญญาโชติ, ดุษฎี อายุวัฒน์ และชลภัสส์ วงษ์ประเสริฐ. 2555. ความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพแรงงานนอกระบบในระดับพื้นที่ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. หน้า 65-82. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.
- วิภา ตำนธำรงกุล. 2557. คู่มือการจัดทำรายงาน RHIS การบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงาน การให้บริการเชิงรุกและบริการในสถานพยาบาลเพื่อการติดตามงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด.
- วิภา ภาวนาภรณ์. 2557. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด พ.ศ. 2553-2554. วารสารควบคุมโรค. 80-89.
- กรมควบคุมโรค. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. 2560. โครงการขับเคลื่อนกลไกประสานงานเอดส์และวัณโรค (กอวจ./PCM) และระบบข้อมูลยุทธศาสตร์ การติดตามและประเมินผลด้านเอดส์ (SI&ME) ในกลุ่มประชากรหลัก ปีที่ 3 ภายใต้โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTTR รอบ NFM ในช่วง Non Costed Extension ปี พ.ศ. 2560. รายงานประจำไตรมาส (ไตรมาส 1-12) 12 เล่ม. นนทบุรี. กรมควบคุมโรค
- สุปิยา จันทรมณี, นิรมล ปัญสุวรรณ, ฐิติพงษ์ ยั่งยืน และ สุรศักดิ์ ธนศวรรยรักษ์กูร. 2559. แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มนักเรียนโดยใช้สมาร์ตโฟน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สุปิยา จันทรมณี, นายภาณุพิชญ์ เทียงธรรม, นางสาวสุวิมล แทนพระเดช และ สมบูรณ์ หนูไข่, 2561. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: กลุ่มงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ฯ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- สมบูรณ์ หนูไข่. 2557. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการ 12 จังหวัดประเทศไทย ปี พ.ศ.2557. นนทบุรี : กลุ่มงานพัฒนาระบบและมาตรฐานงานระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2549. Health Care Reform Project. เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ. การพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. 2553. สรุปผลการดำเนินงานแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (ระยะที่ 2 พ.ศ. 2549-2553)

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบประมาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบประมาณผู้ป่วยวัณโรค. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559. คู่มือการใช้งานระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ NAP Web Reports [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรคและผู้ติดเชื้อ และสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559. สืบค้น 18 ก.พ.2562, จาก [http://napdl.nhso.go.th/NAPPWeb Report/jsp/about.jsp](http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/jsp/about.jsp).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559. คู่มือ NAP โปรแกรม (เพิ่มเติม) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรคและผู้ติดเชื้อ และสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้น 18 ก.พ.2562, จาก <http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/jsp/about.jsp>.
- เอกสารนำเสนอในการประชุม. 2555. ประชุมปฏิบัติการเตรียมวิทยากรในการอบรมการบริหารจัดการระบบข้อมูล RIHIS เพื่อการติดตามงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ระดับจังหวัด; 2 - 3 ก.พ. 2555 โรงแรมเคอูโฮสมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน.
- Koonmee, K. 2012 Implementing the Performance Management System in the Thai Public Sector การดำเนินการระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานในภาคราชการไทย. NIDA Development Journal 51,2: 117-155.
- National AIDS Management Center. 2014. National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS THAILAND 2012 to 2016. Nonthaburi. Department of Disease Control.
- Phuphaibul R, Watanasak S, Jitramontree N, Apanuntikul M, Youngpradith A, Sinsuksai N, et al. 2012. Development Process for Sufficiency Health in Community (กระบวนการ พัฒนาสุขภาพ พอเพียงในชุมชน). Journal of Nursing Science and Health 35, 1: 28-38.
- Siriwanarangsun, P. and other. 2014. National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS THAILAND. Bangkok: 617 CO.,LTD.
- UNAIDS. 2010. Basic Terminology and Frameworks for Monitoring UNAIDS Monitoring and Evaluation Fundamentals and Evaluation.