กรมควบคุมโรค

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายงานการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ปี 2563 โดยใช้เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI)

จัดทำโดย

นายสามารถ พันธ์เพชร

รายงานการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ปี 2563 โดยใช้เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI)

ที่ปรึกษา

นางสาวหรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางธนันดา นัยวัฒนกุล	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC)
นางสาวสุชัญญา อังกุลานนท์	ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC)
นายสมบูรณ์ หนูไข่	ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC)
นางสาววิภาวี เกียรติชานนท์	ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC)
นายชัยสุข ตั้งวงษ์จุลเนียม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้เขียน

นายสามารถ พันธ์เพชร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เผยแพร่โดย

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-3828

อ้างอิงเอกสาร:

P. Samart. The result of improving the quality of the hospital information system to promote efficient planning of HIV/AIDS programs in Thailand. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs;2564.

คำนำ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบติดตามและการประเมินผล คือ การเผยแพร่และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน ซึ่งกว่าจะถึงขั้นตอนดังกล่าว ต้องมีการรวบรวม และจัดการข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเชิงกลยุทธ์ที่มีคุณภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 6 ว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ ถือเป็นหนึ่งยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 โดยมุ่งเน้นให้เกิดการยกกระดับและปรับใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงานตามแผน ให้มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ลดความซ้ำซ้อน ลดภาระงาน และเชื่อมโยงถึงจุดบริการมีความครอบคลุมทุกภาคส่วนและพัฒนาข้อมูลให้มีคุณภาพและเพียงพอที่จะนำไปใช้พัฒนานโยบายและปรับปรุงการดำเนินการได้จริงและมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สำหรับการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานจากหลายแหล่ง แต่ยังคงมีเงื่อนไขและข้อจำกัดที่สำคัญอีกหลายประการ ได้แก่ ความครอบคลุมของการรายงานคุณภาพข้อมูลบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระบบข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยใช้เครื่องมือ DQI ช่วยให้พื้นที่สามารถตรวจสอบข้อมูลบริการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการดำเนินงานในปัจจุบัน ทำให้ทราบสถานการณ์จริงของการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ ช่วยในการติดตามผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ส่งผลให้ข้อมูลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เห็นว่าเครื่องมือดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถตรวจสอบข้อมูล และการจัดการข้อมูลให้เป็นระบบ ทำให้ทราบสถานการณ์จริงของการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ จึงได้นำเครื่องมือ DQI มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างต่อเนื่อง

ผู้จัดทำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล (DQI) ที่พัฒนาเครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI) และแนวทางการใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลดังกล่าว ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ขอขอบคุณผู้แทนจากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนจากโรงพยาบาลนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดภูเก็ต ที่ร่วมดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเครื่องมือและช่วยผลักดันให้เกิดการขยายผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่ยังมีปัญหาต่อไป ขออำนวยพรให้ทุกท่านประสบพบสิ่งดีอันเป็นมงคล ประสบความสำเร็จและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ตลอดจนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

Abstract

The objectives were to explore the outcomes of improving the quality of a hospital information system for HIV prevention and treatment according to the '90-90-90 targets'.

The cross-sectional study focused on determining the quality improvement outcomes of the project. The unit of analysis is the hospitals supported by the PEPFAR project for 2020 in 13 hospitals under four provinces. The data was collected from the Hospital Information System (HIS) and the National AIDS Program (NAP). The data were examined by the DQI tool. The results apply descriptive statistics, including number, percentage, and difference.

The results showed that the number of PLHIV in NAP differed slightly from the HIS (less than 5%), but the difference in MSM/TG is over-report 10% (min=17.9%, max=35.0%). The second and third 90 indicators of PLHIV are 82.5% and 84.5%, respectively. However, MSM/TG is 91.8% and 89.3%, respectively.

This information can be used for decision-making and planning to achieve AIDS goals toward the local level for the highest efficiency and effectiveness. Hospitals should focus on improving the quality of information based on hospital information systems, covering all target groups and the right of treatment. Therefore, it should integrate with the development of the health service system and expand quality improvement operations to cover the country to sustain operations toward the local level.

Keyword: Hospital Information system, Data quality improvement, HIV

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง หน่วยที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลที่ใช้เครื่องมือ DQI 13 แห่ง ที่ได้รับการสนับสนุนทุนหรือวิชาการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้โครงการ PEPFAR ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (HIS) และระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ (NAP) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือ DQI และใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และ ผลต่าง

ผลการศึกษา พบว่าความต่างของข้อมูลผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ (PLHIV) ในระบบ NAP มีการรายงานน้อยกว่าระบบ HIS เพียงเล็กน้อย แต่ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง (MSM/TG) มีความต่างของข้อมูล มากกว่าร้อยละ 10 สำหรับผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สองและ90 ที่สาม ในกลุ่ม PLHIV เท่ากับร้อยละ 82.5 และร้อยละ 84.5 ตามลำดับ และกลุ่มMSM/TG เท่ากับร้อยละ 91.8 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ถือเป็นข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจ เพื่อวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และทุกสิทธิการรักษา พร้อมกับบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลรักษาและการติดตามผู้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรขยายพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล, การพัฒนาคุณภาพข้อมูล, เอชไอวี

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
กิตติกรรมประกาศ	4
Abstract	5
บทคัดย่อ	6
สารบัญตาราง	8
สารบัญรูปภาพ	9
คำย่อ	12
บทที่ 1 บทนำ	13
บทที่ 2 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	17
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	23
บทที่ 4 ผลการศึกษา	25
บทที่ 5 สรุปและวิจารณ์	56
เอกสารอ้างอิง	62

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ 28
จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

ตารางที่ 2. ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดขอนแก่น 30
โดยเครื่องมือ DQI

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ 34
จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

ตารางที่ 4. ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดอุดรธานี 36
โดยเครื่องมือ DQI

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ 40
จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

ตารางที่ 6. ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดนครราชสีมา 42
โดยเครื่องมือ DQI

ตารางที่ 7. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ 46
จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

ตารางที่ 8. ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดภูเก็ต 48
โดยเครื่องมือ DQI

ตารางที่ 9. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ 52
4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

ตารางที่ 10. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา 4 จังหวัดเป้าหมาย 54
โดยเครื่องมือ DQI

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการศึกษา 17

รูปที่ 2. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 19

รูปที่ 3. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV 26

รูปที่ 4. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG 26

รูปที่ 5. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 27

รูปที่ 6. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 27

รูปที่ 7. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 29

รูปที่ 8. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 29

รูปที่ 9. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 30

รูปที่ 10. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV 32

รูปที่ 11. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG 32

รูปที่ 12. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 33

รูปที่ 13. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 33

รูปที่ 14. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 35

รูปที่ 15. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 35

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

หน้า

รูปที่ 16. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 36

รูปที่ 17. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV 38

รูปที่ 18. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG 38

รูปที่ 19. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 39

รูปที่ 20. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 39

รูปที่ 21. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 41

รูปที่ 22. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 41

รูปที่ 23. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 42

รูปที่ 24. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV 44

รูปที่ 25. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG 44

รูปที่ 26. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 45

รูปที่ 27. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 45

รูปที่ 28. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 47

รูปที่ 29. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 47

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

หน้า

รูปที่ 30. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 48

รูปที่ 31. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV 50

รูปที่ 32. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG 50

รูปที่ 33. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 51

รูปที่ 34. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 51

รูปที่ 35. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 53

รูปที่ 36. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ. 53

รูปที่ 37. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในโรงพยาบาลนำร่อง4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 54

คำย่อ

DQA	การประเมินผลด้านคุณภาพข้อมูล
DQI	เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement
HDC	ระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
HIS	ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล
MSM/TG	กลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง
NAP	ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ
PLHIV	ผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
Reach	การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี
Recruit	การนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ
Retain	กระบวนการดูแลรักษา สนับสนุน และให้บริการกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
Test	การให้บริการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
Treat	การนำผู้มีผลเลือดบวกเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
TUC	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
VL	ปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด

บทที่ 1 บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญ

การเข้าถึงบริการ 90-90-90[1] ถือเป็นเป้าหมายเร่งรัดการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 90 ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 90 และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 90

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นำโดยกลุ่มเทคโนโลยีระบบข้อมูล ได้รับงบประมาณสนับสนุนภายใต้โครงการความร่วมมือเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ตามแผนงาน PEPFAR ประเทศไทย ซึ่งได้จัดทำโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และเพิ่มศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานและการบริการในกลุ่มประชากรหลัก และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2563 (SI-DTU)[2] ขึ้นมา โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2560- 2573[3] โดยได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI)[4] ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดภูเก็ต พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรระดับพื้นที่สามารถตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้ทราบช่องว่างของการดำเนินงาน เพื่อผลักดันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการติดตามการรักษาสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้โดยเร็ว เพิ่มความคงอยู่ในระบบดูแลรักษา และเพิ่มการกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ และบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90

ในปัจจุบันประเทศไทย มีการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายระบบ เพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์และผลการดำเนินงาน ที่มุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก โดยเริ่มต้นจากการเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ การคัดกรองและตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวกและการคงอยู่ในระบบดูแลอย่างต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test-Treat- Prevention-Retain)[5] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยได้ขยายความครอบคลุมในการให้บริการดูแลรักษาให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่จำกัดระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) ในระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงบริการรักษาได้เร็วที่สุด ตามเป้าหมาย 90-90-90 จากข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ หรือ National AIDS Program (NAP) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562[6]

พบว่าผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะการติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังคงต่ำกว่าเป้าหมาย และผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดยังคงต่ำกว่าเป้าหมาย จึงถือว่าเป็นช่องว่างสำคัญและเป็นความความท้าทายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาและระบบข้อมูลให้มีคุณภาพ

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้วางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของข้อมูล และพัฒนาบุคลากรระดับพื้นที่ในการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก โดยดำเนินการในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือ DQI ทำให้ทราบสถานการณ์จริงของการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทราบช่องว่างของการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการติดตามการรักษาสามารถเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว เพิ่มความคงอยู่ในระบบดูแลรักษาและเพิ่มการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์มุ่งสู่การบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

2. วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ปี งบประมาณ พ.ศ. 2563

3. นิยามศัพท์

1.ลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Service Delivery Cascade) หมายถึง รายละเอียดการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (PLHIV Diagnosed) จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรักษา (Registered) จำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด (Prescribed ART) จำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (VL Tested) จำนวนผู้ที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 1,000 Copies/ml (VL < 1,000 Copies/ml) และจำนวนผู้ที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 Copies/ml (VL < 50 Copies/ml)

2. จำนวนคาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่มีชีวิต หมายถึง จำนวนคาดประมาณติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตในประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM

3. ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี และมีผลเลือดบวกทั้งหมดที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ สิ้นปีที่รายงาน (ปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบ NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยังอยู่ในระบบการบริการรักษาทั้งหมด ณ สิ้นปีที่รายงาน (ตามปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบ NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้น้อยกว่า 1,000 Copies/ml ทั้งหมด ณ สิ้นปีที่รายงาน (ตามปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบ NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. เป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่หนึ่ง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 โดยวัดผลสัมฤทธิ์จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีต่อจำนวนคาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่มีชีวิต มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

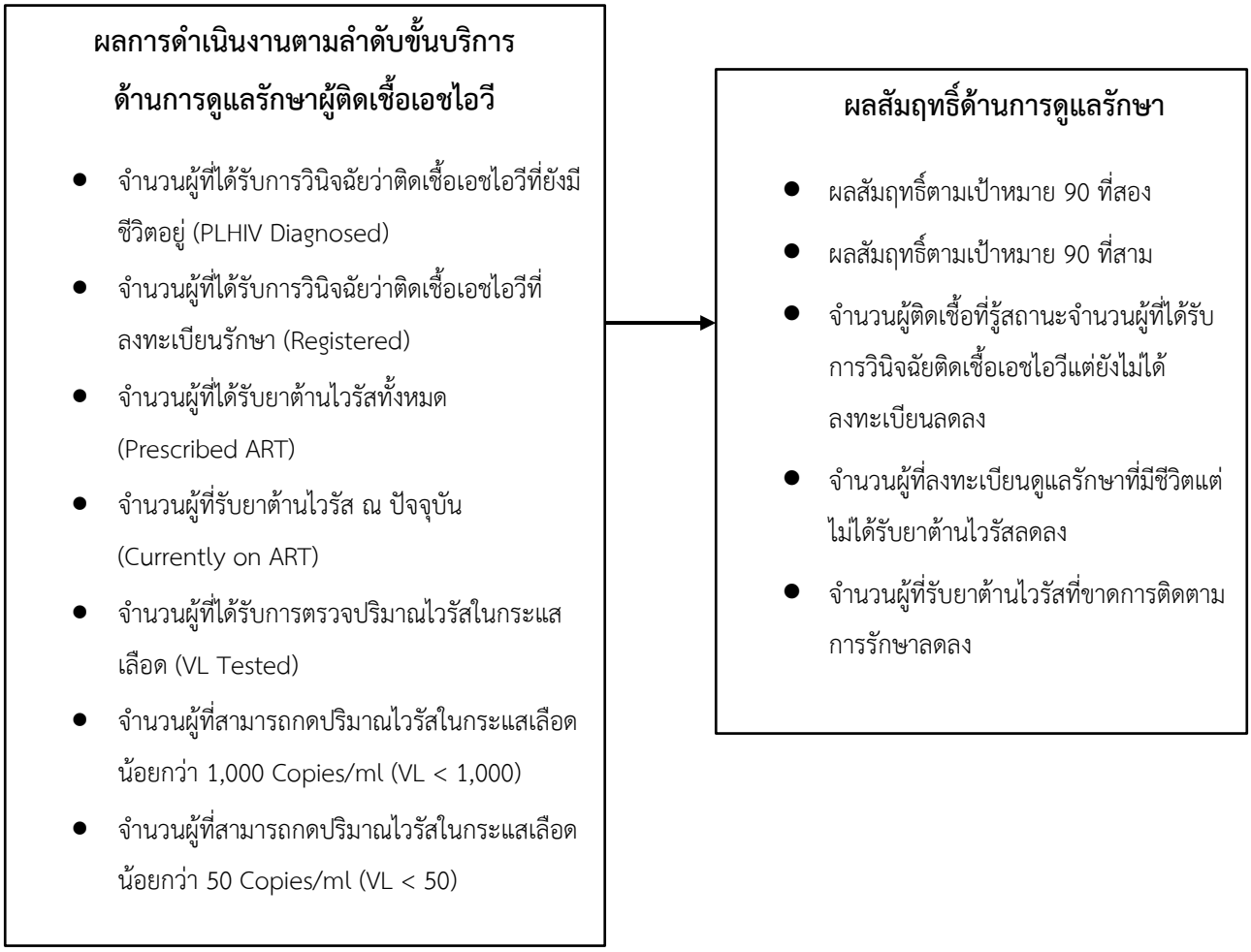
7. เป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง: ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึงหมายถึง ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 โดยวัดผลสัมฤทธิ์จากผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

8. เป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ หมายถึง ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 โดยวัดผลสัมฤทธิ์จาก ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้น้อยกว่า 1,000 Copies/ml ต่อผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

9. ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ หรือ National AIDS Program (NAP) หมายถึง ระบบจัดเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบสนองการดำเนินงาน ทั้งด้านการให้บริการ ด้านวิชาการ และด้านการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยสามารเข้าถึงรายงานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึง NAP web report ได้ที่ http://napdl.nhso.go.th

10. ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) หมายถึง ระบบจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยด้านการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ได้แก่ ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ และทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลสามารถทราบสถานการณ์การดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90

5.2 ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลทราบช่องว่าง ปัญหา และอุปสรรคของข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

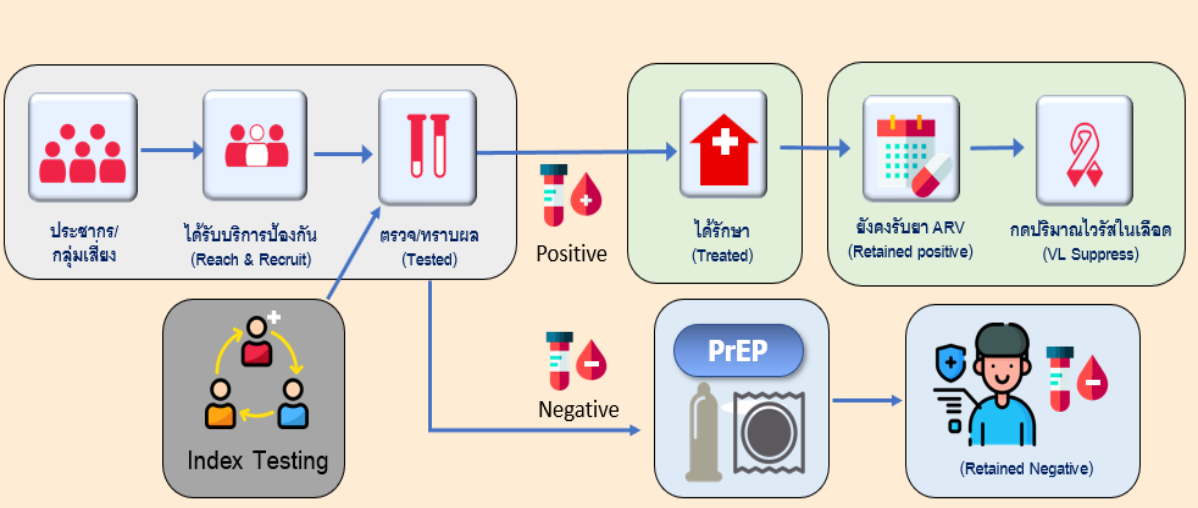
5.3 ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

บทที่ 2 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการดำเนินงานภายใต้ชุดบริการ RRTTPR

การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ภายใต้ชุดมาตรการ Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain หรือ RRTTPR[5] โดยมุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก โดยเริ่มต้นจากการเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน (Reach) การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) การคัดกรองและตรวจเอชไอวี (Test) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวก (Treat) การส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร (Prevention) และการคงอยู่ในระบบดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain) ในส่วนของเครื่องมือ DQI จะเข้าไปช่วยพิจารณาคุณภาพของข้อมูล NAP และระบบข้อมูลโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90

รูปที่ 1. กรอบการดำเนินงานภายใต้ชุดบริการ RRTTPR



2. เครื่องมือ Data-driven Quality Improvement (DQI)

Data-driven Continuous for Quality Improvement หรือ DQI[3] เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาตามแผนงาน PEPFAR เครื่องมือ DQI เป็นเครื่องมือที่จะช่วยจัดการข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ หรือ National AIDS Program (NAP) ข้อมูลสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ และข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพการติดตามผลการดำเนินงานรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการค้นหาผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษา ขาดการติดตาม หรือเสียชีวิต และการติดตามผลการดำเนินงานของกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ขั้นตอนการใช้ประโยชน์จากของเครื่องมือ DQI

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบข้อมูลนำเข้าและการวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นขั้นตอนนำข้อมูลนำเข้าที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ประกอบด้วย ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ชุดข้อมูลเพื่อการติดตามการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลวันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งล่าสุด เป็นต้น นำไปตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลผ่าน DQI Webapp (https://dqiaids.ddc.moph.go.th) หลังจากนั้นนำเข้าโปรแกรมผ่านโปรแกรม DQI เพื่อประมวลผลข้อมูล โดยโปรแกรมจะทำการตรวจสอบสถานะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับประเทศ (HDC) ด้วยวิธี DQI micro service

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพ

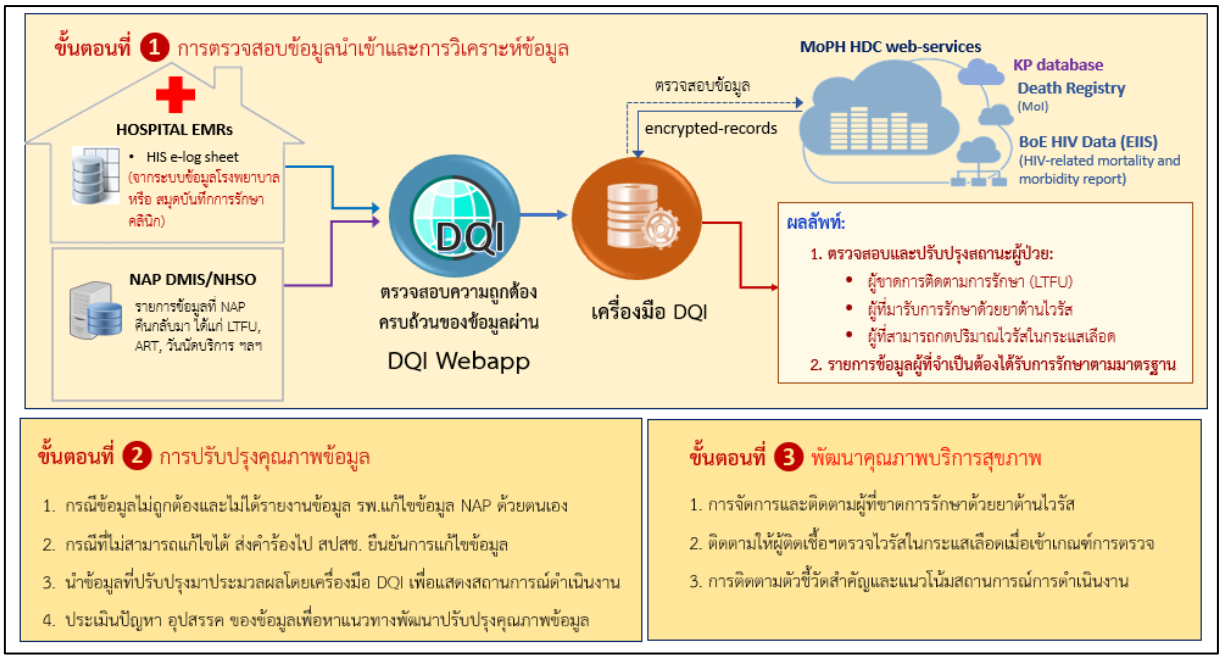
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หน่วยบริการสุขภาพสามารถทราบว่าปัญหาและช่องว่างของข้อมูลของผู้ติดเชื้อที่ขาดการรักษา หน่วยบริการสุขภาพนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปปรับปรุงคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เช่น กรณีที่หน่วยบริการสุขภาพสามารถแก้ไขปรับปรุงข้อมูล NAP ด้วยตนเอง กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเอง ให้ส่งคำร้องเพื่อขอแก้ไขปรับปรุงข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติระดับเขตเพื่อปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพ

ขั้นตอนดังกล่าวนี้มีความสำคัญ โดยผู้รับผิดชอบงานด้านเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีส่วนร่วม ต่อเนื่อง และครอบคลุม ได้แก่

1. การการจัดการและติดตามผู้ที่ขาดการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. ปรับปรุงกระบวนติดตามให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเข้าสู่กระบวนการตรวจไวรัสในกระแสเลือดเมื่อเข้าเกณฑ์การตรวจ
3. การติดตามตัวชี้วัดสำคัญและแนวโน้มสถานการณ์การดำเนินงาน เช่น การตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจแบบรู้ผลภายในวันเดียว การดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส และความครอบคลุมของการกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ เป็นต้น

รูปที่ 2. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์และเอดส์



รายละเอียดข้อมูลและตัวแปรนำเข้า

1) ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ (HIV e-log sheet)

ลำดับ	ชื่อตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
1	No.	ลำดับจำนวนผู้รับบริการ
2	NAPNo	เลขทะเบียน NAP
3	CID	รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก
4	kp1	กลุ่มเป้าหมายหลัก*
5	kp2	กลุ่มเป้าหมายรอง*
6	comment	หมายเหตุอื่น ๆ
7	Confirm_HIVPositiveDate	วันที่ผลเลือดยืนยัน HIV positive จากผล Lab ยืนยัน ครั้งที่ 2
8	hn	เลขประจำตัวผู้มารับบริการในโรงพยาบาล
9	DOB	วัน เดือน ปีเกิด
10	SEX	เพศ (ชาย/หญิง)
11	BenefitType	สิทธิการรักษา
12	Nation	สัญชาติ
13	FirstARVDate	วันที่รับยาต้านไวรัสครั้งแรก

หมายเหตุ* กลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ 1. MSM 2. TG 3. MSW 4. TGSW 5. FSW 6. PWID 7. Partner of HIV Positive 8. Migrant 9. General population และ 99. Unknown

2) ทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ (Lab e-log sheet)

ลำดับ	ชื่อตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
1	CID	รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก
2	HN	เลขประจำตัวผู้มารับบริการในโรงพยาบาล
3	LabNo	เลขประจำตัวผู้มารับบริการห้องปฏิบัติการ
4	DateHIV/ DateVLTest	วันที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5	Types (H/V/C)	ชนิดของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6	Result	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) ข้อมูลเพื่อการติดตามการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์จาก NAP web report

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ
    - HIVPositive_NotRegister: ผู้ที่มีผล Anti-HIV Positive แต่ยังไม่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนแต่ยังไม่ได้กินยา
    - Register_DeathBeforeARV: ผู้ที่ลงทะเบียน ที่เสียชีวิตก่อนกินยา
    - Register_NotDeath_NotARV: ผู้ที่ลงทะเบียน ที่ยังไม่เสียชีวิต แต่ยังไม่ได้กินยา
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนและกินยา ประกอบด้วย 10 ไฟล์
    - ARV_Death: ผู้ที่กินยาต้านไวรัส และเสียชีวิต
    - ARV_FirstTime: ผู้ที่กินยาต้านไวรัสรายใหม่
    - ARV_1Line: ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน
    - ARV_2Line: ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรทางเลือก
    - ARV_3Line: ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรที่ 3
    - LostFu: ผู้ที่ไม่มาตรงตามนัดมากกว่า 90 วัน
    - ARV_NotVL: ผู้ที่กินยาต้านไวรัสมากกว่า 90 วัน แต่ยังไม่ได้ตรวจ Viral load
    - VL_0To50: ผู้ที่มีค่า Viral load น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50
    - VL_50To1000: ผู้ที่มีค่า Viral load อยู่ในช่วง 50 - 1,000
    - VL_1000: ผู้ที่มีค่า Viral load มากกว่า 1,000

4) ข้อมูลวันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ครั้งล่าสุด จาก NAP plus

ลำดับ	ชื่อตัวแปร	รายละเอียดของตัวแปร
1	ลำดับที่	ลำดับที่ของผู้รับบริการในหน่วยบริการ
2	วันที่นัดหมาย	วันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งล่าสุด
3	NAP Number	เลขทะเบียน NAP
4	สิทธิการรักษาพยาบาล	สิทธิการรักษา
5	หน่วยบริการที่ทำการรักษา	ชื่อโรงพยาบาลที่ทำการรักษา
6	สถานที่รับยา	ชื่อโรงพยาบาลที่รับยาต้านไวรัส
7	สถานะข้อมูล	สถานะข้อมูล
8	CID	รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก

3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานผลการดำเนินงานที่ผ่านมา[7] ได้ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อร่วมกันหาแนวทางเพิ่มคุณภาพข้อมูลและคุณภาพบริการ มุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ตามเป้าหมายของหน่วยบริการและประเทศที่กำหนดไว้ ในพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงาน 13 จังหวัดของประเทศไทย ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบว่า จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีและคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลเป้าหมายที่รายงานในระบบ NAP มีอัตราความผิดพลาดต่ำ โดยมีการรายงานน้อยกว่าความจริงเพียงร้อยละ 1 หากพิจารณาจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 85 มีการรายงานจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสผิดพลาดไปน้อยกว่าร้อยละ 5 และความสอดคล้องของสถานะการรับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อจากในระบบ NAP กับระบบ HIS จากการสุ่มตัวอย่าง พบว่าสถานะการรับยาต้านไวรัสระหว่างข้อมูลทั้ง 2 ระบบ มีความสอดคล้องต้องกันสูงถึงร้อยละ 97 และพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP มีการรายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง ข้อมูลการรับบริการยาต้านไวรัสในระบบ NAP ของโรงพยาบาลมีคุณภาพสูง โดยประเมินจากค่าเฉลี่ยของดัชนีที่ใช้ศึกษาทั้งสามตัวมีความผิดพลาดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ได้แก่ ความถูกต้องของการรายงาน ความคลาดเคลื่อนของการรายงาน และความสอดคล้องของสถานะการรับยาต้านไวรัส

จากการศึกษาของกัญญา พฤฒิสืบ[8] ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการขาดยาต้านไวรัส ร้อยละ 22.4 มีประวัติเคยขาดยา ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 43.3 เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ร้อยละ 43.3 และบว่าสาเหตุของการไม่มาตามนัดครั้งสุดท้าย ได้แก่ ด้านการทำงานและครอบครัว รองลงมา คือ ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านการได้รับความรู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และคุณภาพคลินิก ตามลำดับ

จากการศึกษาของวิลาวรรณ ชมาฤกษ์ และคณะ[9] ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับที่สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) และอัตราการเสียชีวิตในช่วง 12 เดือนแรก หลังเริ่มยาต้านไวรัสลดลง นอกจากนี้ หลังการพัฒนาคุณภาพของผู้รับบริการพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านร่างกาย อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการ เพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น เกิดความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง

จากการศึกษาของณัฐาศิริ ฐานะวุฑฒ์ และคณะ[10] ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัส ประเภทของโรงพยาบาล ประวัติการผิดนัด การรับรู้ค่าปริมาณเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด (CD4) และการเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว เป็นต้น เมื่อควบคุมปัจจัยกวนที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ เพศ ระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัส ประเภทของโรงพยาบาล ปริมาณของ CD4 ในกระแสเลือด และการรับรู้ค่าCD4 ของตนเอง เป็นต้น พบว่าผู้ที่มีประวัติผิดนัดการรักษามีโอกาสขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็น 1.9 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติผิดนัดการรักษา

จากการศึกษาขององคอร ประจันเขตต์[11] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ การลืมรับประทานยาต้านไวรัส ในช่วง 1-3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 25.6 การรับประทานยาตรงเวลาหรือคลาดเคลื่อนน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 35 และสาเหตุที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน และ ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับประทานยาต้านไวรัสตามเงื่อนไขและตามเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเฉลี่ยร้อยละ 88.3 และพบว่า ตัวแปรประวัติการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ($r = 0.2$) และความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.4$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และตัวแปรความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรค ($r = 0.3$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

1. วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional study) หน่วยที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทุนหรือวิชาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการเอชไอวีและเอดส์จากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ภายใต้โครงการ PEPFAR ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา และภูเก็ต เป็นต้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ DQI จำนวนรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1: ชุดข้อมูลสารสนเทศผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของโรงพยาบาล 4 ชุดข้อมูล ได้แก่

1. ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ประกอบด้วยข้อมูลลำดับผู้รับบริการ เลขทะเบียน NAPsรหัสบัตรประชาชน 13 หลัก กลุ่มเป้าหมาย วันที่ยืนยันผลเลือด เลขประจำตัวผู้มารับบริการในโรงพยาบาล วัน เดือน ปีเกิด เพศ สิทธิการรักษา สัญชาติ และวันที่รับยาต้านไวรัสครั้งแรก

2.ทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ประกอบด้วยข้อมูลรหัสบัตรประชาชน 13 หลัก เลขประจำตัวผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เลขประจำตัวผู้มารับบริการห้องปฏิบัติการ วันที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.ชุดข้อมูลเพื่อการติดตามการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยข้อมูลผู้ที่มีผลเลือดบวกแต่ยังไม่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ ผู้ที่ลงทะเบียนที่เสียชีวิตก่อนกินยา ผู้ที่ลงทะเบียนที่ยังไม่เสียชีวิตแต่ยังไม่ได้กินยา ผู้ที่กินยาต้านไวรัสและเสียชีวิต ผู้ที่กินยาต้านไวรัสรายใหม่ ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรทางเลือก ผู้ที่กินยาต้านไวรัสสูตรที่ 3 ผู้ที่ไม่มาตรงตามนัดมากกว่า 90 วัน ผู้ที่กินยาต้านไวรัสมากกว่า 90 วัน แต่ยังไม่ได้ตรวจ VL ผู้ที่มีค่า VL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 Copies/ml ผู้ที่มีค่า VL อยู่ในช่วง 50 - 1,000 Copies/ml และผู้ที่มีค่า VL มากกว่า 1,000 Copies/ml

4.ข้อมูลวันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งล่าสุด ประกอบด้วยข้อมูลลำดับผู้รับบริการในหน่วยบริการ วันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งล่าสุด เลขทะเบียน NAP สิทธิการรักษา ชื่อโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ชื่อโรงพยาบาลที่รับยาต้านไวรัส สถานะข้อมูล และรหัสบัตรประชาชน 13 หลัก

ส่วนที่ 2: เครื่องมือ Data-driven Quality Improvement (DQI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาตามแผนงาน PEPFAR

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของโรงพยาบาล จำนวน 4 ชุดข้อมูล โดยผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับโรงพยาบาล ดำเนินการส่งออกข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาล (HIS) ในรูปแบบ Microsoft Excel และนำเข้าเว็บไซต์ https://dqiaids.ddc.moph.go.th เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องมือ DQI ต่อไป และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (ตัดข้อมูลผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) อย่างไรก็ตาม การเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวได้คำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมของโรงพยาบาลนำร่องทุกครั้ง โดยผู้รับผิดชอบงานของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษา พร้อมทั้งอธิบายวิธีการดำเนินงานอย่างละเอียดก่อนการเก็บข้อมูล โดยจะนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวมเท่านั้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย โดยใช้เครื่องมือ DQI การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ผลต่าง ค่าน้อยที่สุด และค่ามากที่สุด ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปแบบข้อมูลภาพรวม

5. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก ภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และเพิ่มศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานและการบริการในกลุ่มประชากรหลัก และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2563 (SI-DTU) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้าข่ายการขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมในประเทศไทย เนื่องจากเป็นการติดตามการดำเนินงานโครงการ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานและพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ กำหนดรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพข้อมูลที่เหมาะสมในระดับพื้นที่เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน และพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ โดยจะนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวม

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งได้ดำเนินการในโรงพยาบาลนำร่อง13 แห่ง ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น 3 แห่ง จังหวัดอุดรธานี 6 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา 1 แห่ง และจังหวัดภูเก็ต 3 แห่ง

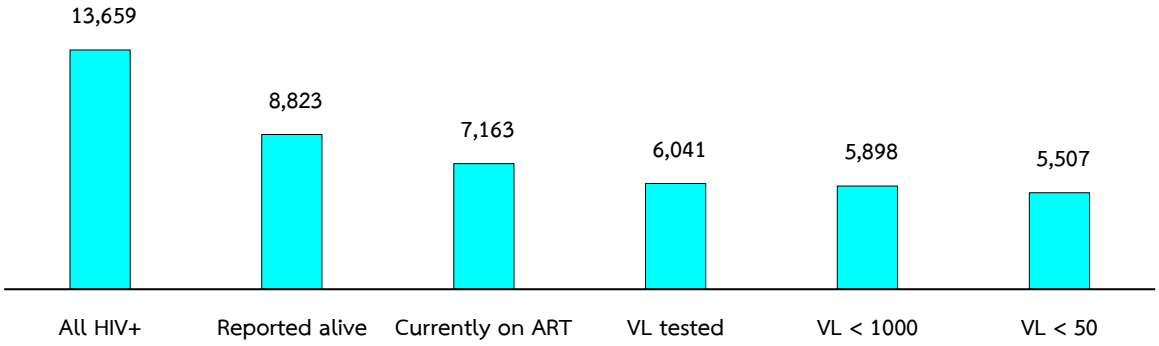
ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ได้แก่ 1) จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG 2) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) และข้อมูลระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (HIS) ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG 3) ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG 4) เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 5) ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ (HDC) และ 6) สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย โดยมีรายละเอียดข้อมูลจำแนกรายจังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา ภูเก็ต และภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1.จังหวัดขอนแก่น

1.1 จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

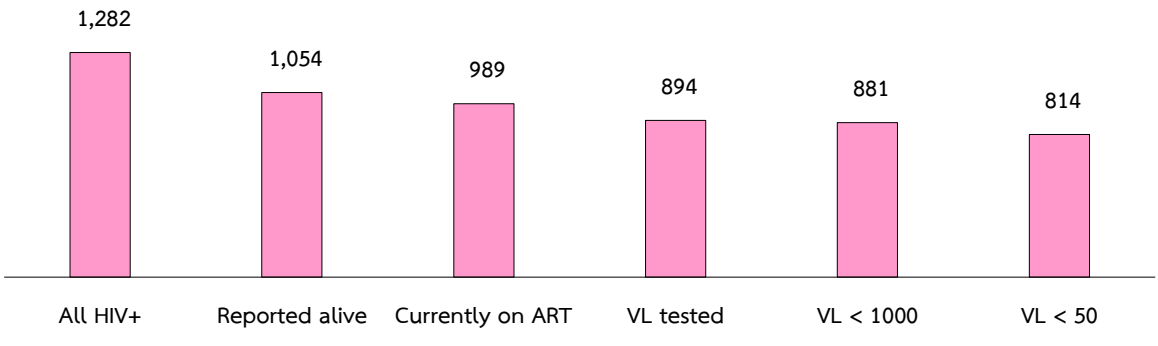
ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 13,659 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 8,823 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 7,163 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 6,041 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 1,000 copies/ml (VL< 1000) 5,898 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 50 copies/ml (VL< 50) 5,507 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 1,660 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 1,122 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 1,265 ราย (รูปที่ 3.)

รูปที่ 3. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV



ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 1,282 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 1,054 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 989 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 894 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยายาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 1,000 copies/ml (VL< 1000) 881 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 50 copies/ml (VL< 50) 814 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 65 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 95 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (<1,000 copies/ml) 108 ราย (รูปที่ 4.)

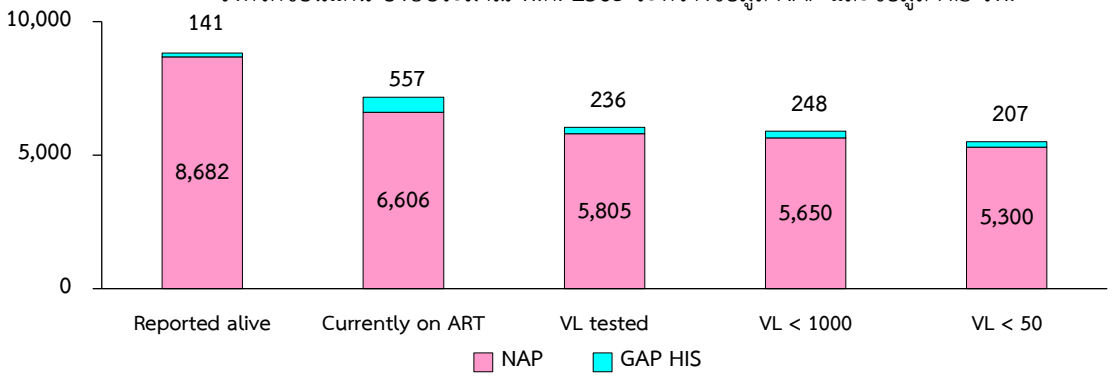
รูปที่ 4. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG



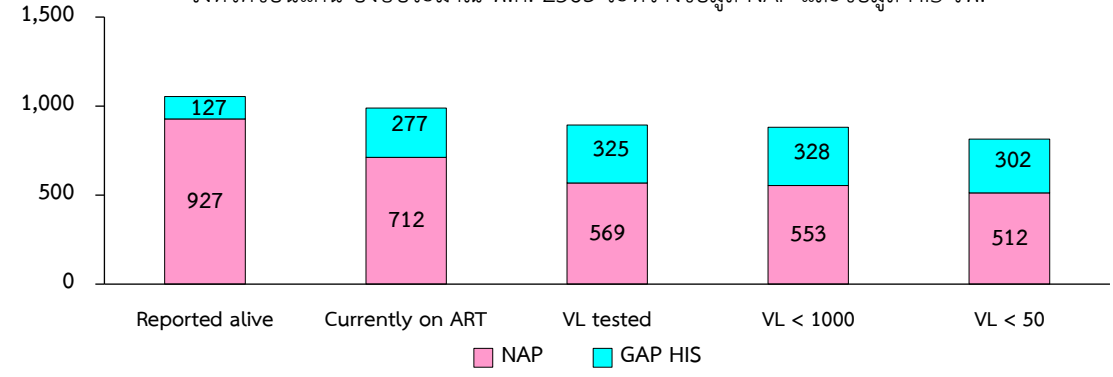
1.2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และระบบ HIS พบว่า ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP รายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) (รูปที่ 5-6.) อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 1. พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่ม PLHIV ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5 *ยกเว้น* จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการ ร้อยละ 7.8 สำหรับกลุ่ม MSM/TG ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 10

รูปที่ 5. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 6. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



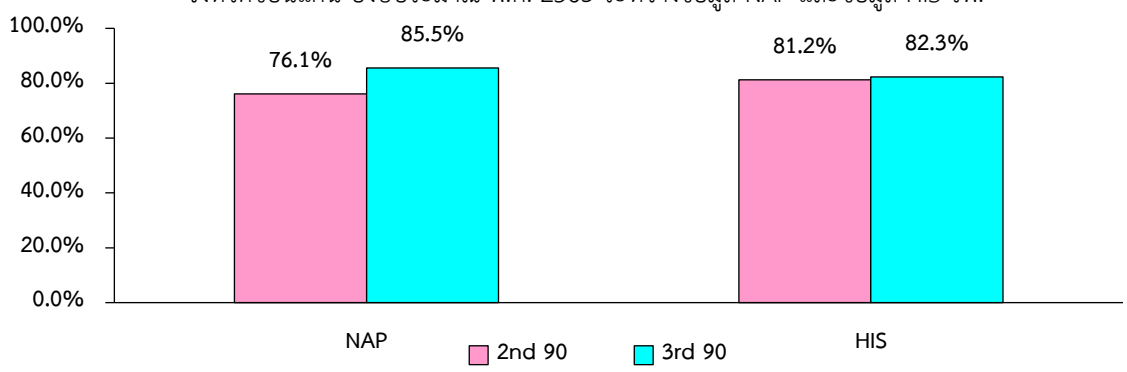
ตารางที่ 1. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

กลุ่มประชากร	ลำดับขั้นบริการฯ	NAP (1)	HIS (2)	ความต่าง (1) – (2)	แปลผล	ร้อยละความต่าง
PLHIV	Reported alive	8,682	8,823	-141	under report	1.6
	Currently on ART	6,606	7,163	-557	under report	7.8
	VL tested	5,805	6,041	-236	under report	3.9
	VL < 1000	5,650	5,898	-248	under report	4.2
	VL < 50	5,300	5,507	-207	under report	3.8
MSM/TG	Reported alive	927	1,054	-127	under report	12.0
	Currently on ART	712	989	-277	under report	28.0
	VL tested	569	894	-325	under report	36.4
	VL < 1000	553	881	-328	under report	37.2
	VL < 50	512	814	-302	under report	37.1

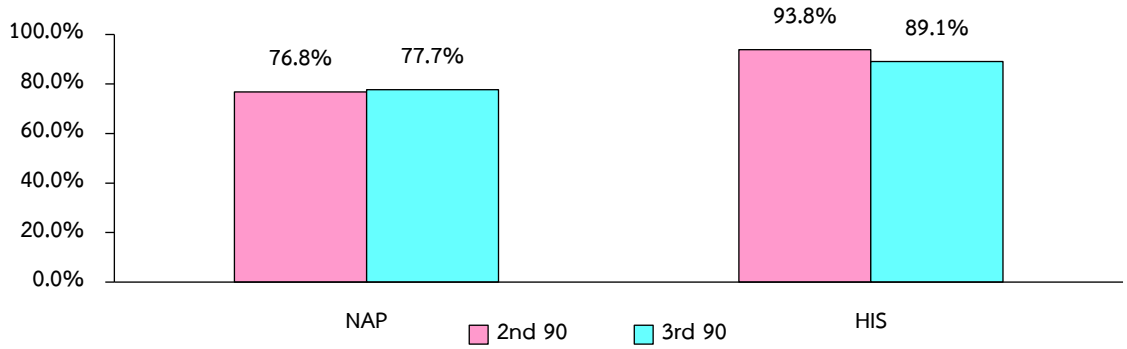
1.3 ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV (รูปที่ 7) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 76.1 และร้อยละ 85.5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 81.2 และร้อย 82.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่ม MSM/TG (รูปที่ 8) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับ ร้อยละ 76.8 และ ร้อยละ 76.1 ตามลำดับ และหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 93.8 และร้อยละ 89.1ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จังหวัดขอนแก่นสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปที่ 7. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 8. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

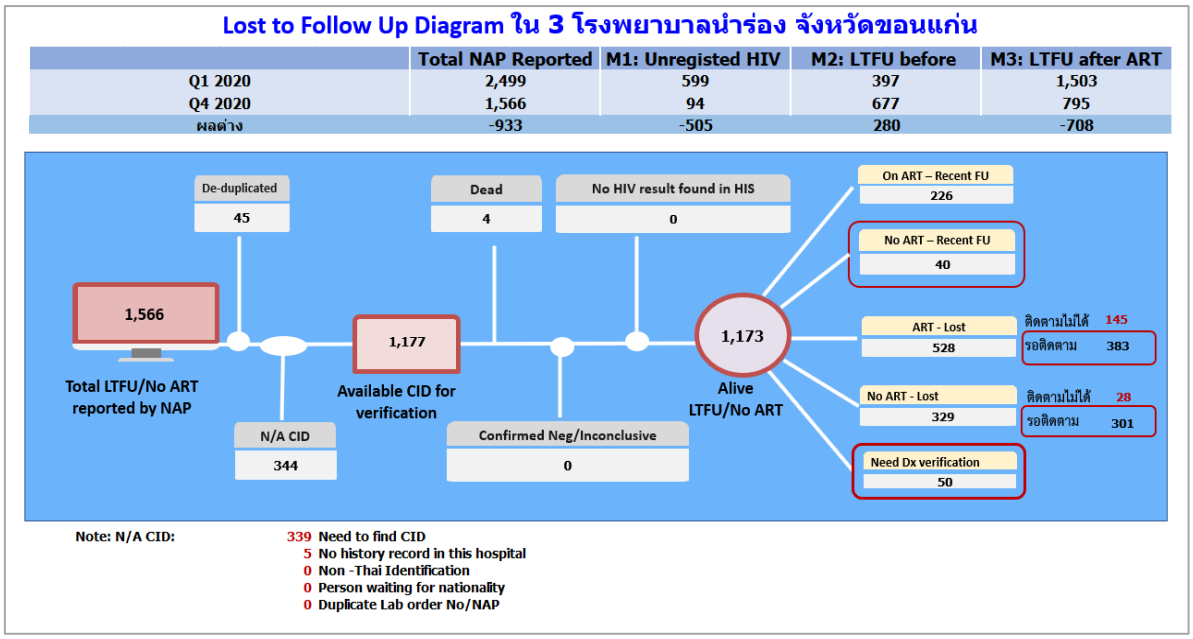


1.4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report ณ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 2,499 ราย (รูปที่ 9.) จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 599 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 397 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 1,503 ราย หลังจากการดำเนินงานเร่งรัดเพื่อติดตามผู้ขาดการรักษาในพื้นที่เป้าหมาย ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ขาดการรักษาทั้งหมด 1,566 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 94 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 677 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 795 ราย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในช่วงไตรมาสที่ 4 พบว่า โรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดลดลงจากไตรมาสที่ 1 จำนวน 933 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนลดลง 505 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 280 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษาลดลง 708 ราย

รูปที่ 9. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



1.5 ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดขอนแก่น โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ผู้ที่ขาดการรักษาที่มีเลข CID ทั้งหมด 1,173 ราย จำแนกออกเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน 226 ราย (ร้อยละ 19.3) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ 40 ราย (ร้อยละ 3.4) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 528 ราย (ร้อยละ 45.0) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 329 ราย (ร้อยละ 28.0) และเป็นผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม 50 ราย (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 2.)

ตารางที่ 2. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดขอนแก่น โดยเครื่องมือ DQI

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน	226	19.3
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ	40	3.4
ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	528	45.0
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	329	28.0
ผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม	50	4.3
รวม	**1,173**	**100.0**

1.6 สรุปผลการดำเนินงาน 3 โรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดขอนแก่น

- ความต่างของการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV จากระบบ HIS มีมากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP คิดเป็นร้อยละความต่างของข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่การรายงานข้อมูลผู้รับบริการ ในกลุ่ม MSM/TG พบว่ามีการรายงานในระบบ NAP น้อยกว่าความจริงมากกว่าร้อยละ 10 (ค่าน้อยที่สุด ร้อยละ 12.0 และค่ามากที่สุด ร้อยละ 37.2) อาจเนื่องมาจากการไม่บันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลักในระบบ NAP หรือเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยาก ดังนั้น ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

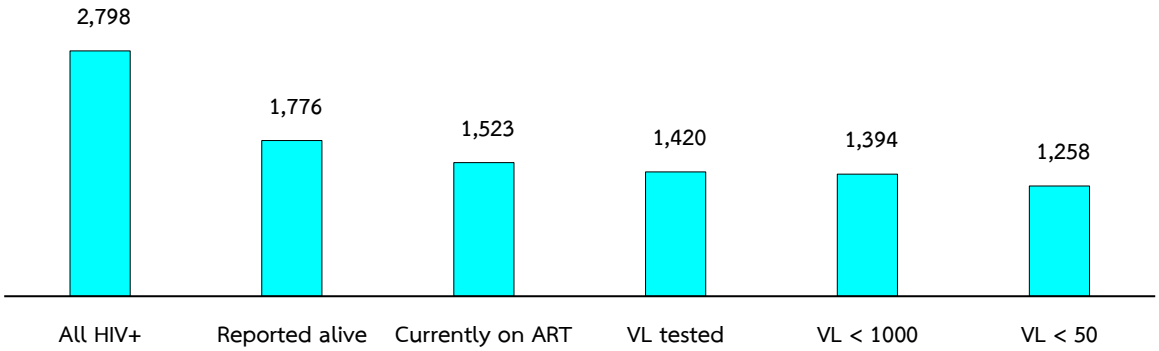
- เร่งรัดการรัดติดตามการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 1,660 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 1,122 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ 1,265 ราย

2. จังหวัดอุดรธานี

2.1 จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

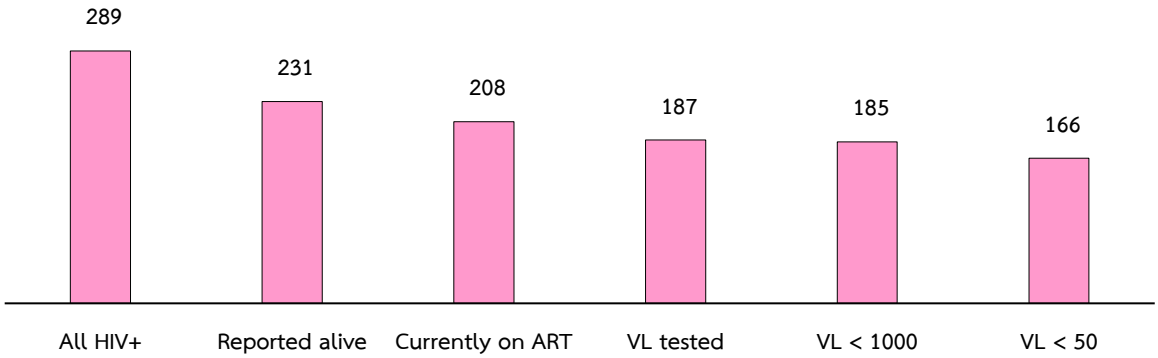
ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 2,798 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 1,776 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 1,523 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 1,420 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 1,000 copies/ml (VL< 1000) 1,394 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 50 copies/ml (VL< 50) 1,258 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 253 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 103 ราย และและกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 129 ราย (รูปที่ 10.)

รูปที่ 10. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV



ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 289 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 231 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 208 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 187 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 1,000 copies/ml (VL< 1000) 185 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 50 copies/ml (VL< 50) 166 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 23 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 21 ราย และและกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 23 ราย (รูปที่ 11.)

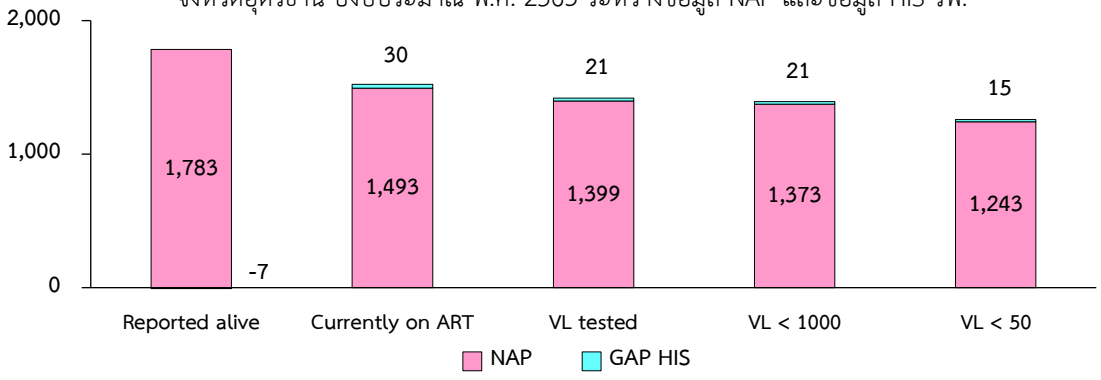
รูปที่ 11. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG



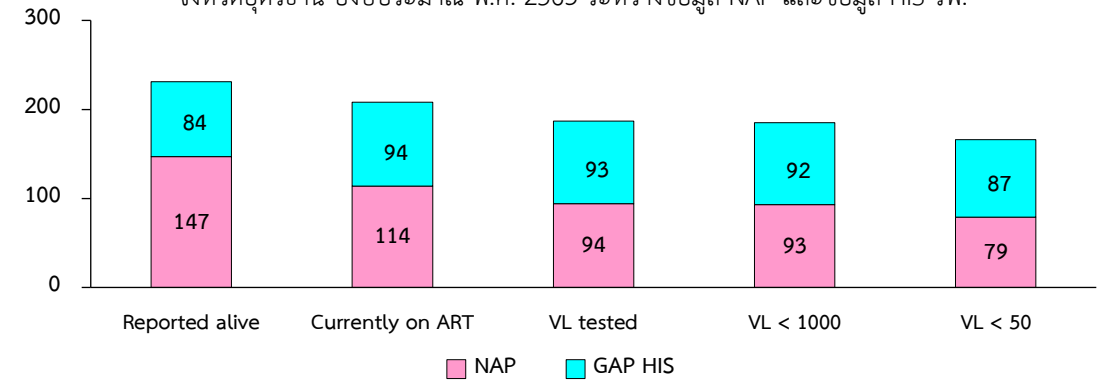
2.2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และระบบ HIS พบว่า ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP รายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) *ยกเว้น* จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่มีการรายงานน้อยกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP 7 ราย (รูปที่ 12.-13.) อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 2. พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่ม PLHIV ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ 5 สำหรับกลุ่ม MSM/TG ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 30

รูปที่ 12. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 13. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



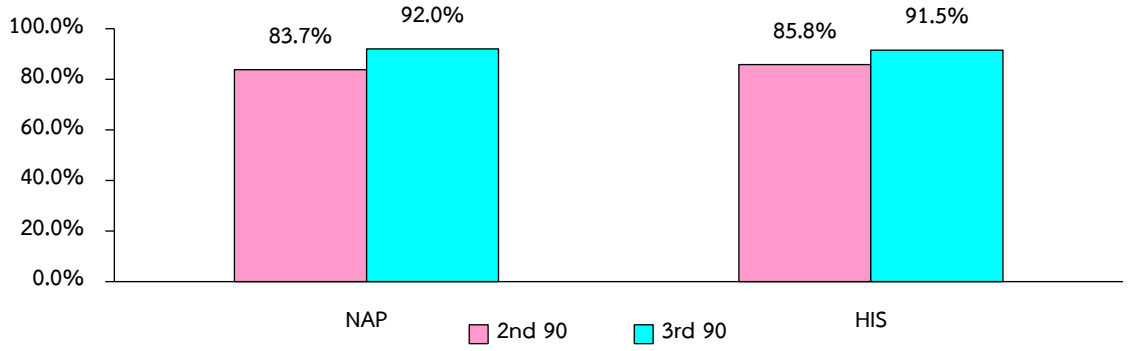
ตารางที่ 3. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

กลุ่มประชากร	ลำดับขั้นบริการฯ	NAP (1)	HIS (2)	ความต่าง (1) - (2)	แปลผล	ร้อยละความต่าง
PLHIV	Reported alive	1,783	1,776	7	over report	0.4
	Currently on ART	1,493	1,523	-30	under report	2.0
	VL tested	1,399	1,420	-21	under report	1.5
	VL < 1000	1,373	1,394	-21	under report	1.5
	VL < 50	1,243	1,258	-15	under report	1.2
MSM/TG	Reported alive	147	231	-84	under report	36.4
	Currently on ART	114	208	-94	under report	45.2
	VL tested	94	187	-93	under report	49.7
	VL < 1000	93	185	-92	under report	49.7
	VL < 50	79	166	-87	under report	52.4

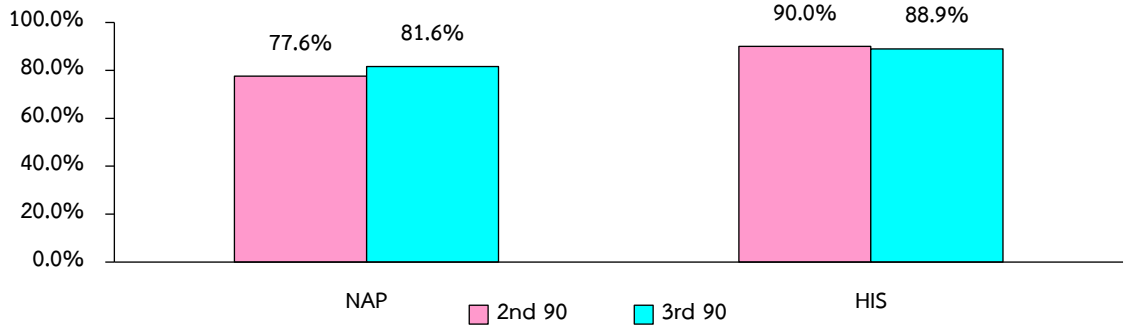
2.3 ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV (รูปที่ 14.) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 83.7 และร้อยละ 92.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 85.8 และร้อยละ 91.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่ม MSM/TG (รูปที่ 15.) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับ ร้อยละ 77.6 และร้อยละ 81.6 ตามลำดับ และหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 90.0 และร้อยละ 88.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จังหวัดอุดรธานีสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่มMSM/TG ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปที่ 14. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 15. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

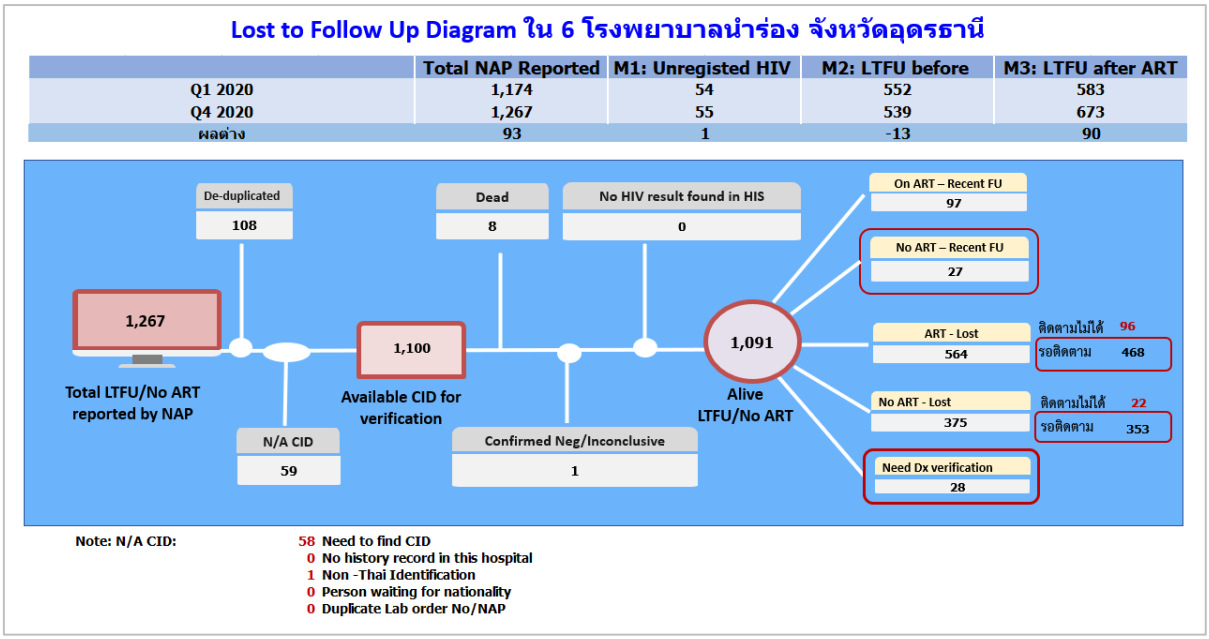


2.4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report ณ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 1,174 ราย (รูปที่ 16.) จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 54 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 552 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 583 ราย หลังจากการดำเนินงานเร่งรัดเพื่อติดตามผู้ขาดการรักษาในพื้นที่เป้าหมาย ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ขาดการรักษาทั้งหมด 1,267 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 55 รายผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 539 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 673 ราย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในช่วงไตรมาสที่ 4 พบว่า โรงพยาบาลนำร่อง 6 แห่ง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 1 จำนวน 93 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพิ่มขึ้น 1 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสลดลง 13 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา เพิ่มขึ้น 90 ราย

รูปที่ 16. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



2.5 ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดอุดรธานี โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ผู้ที่ขาดการรักษาที่มีเลข CID ทั้งหมด 1,091 ราย จำแนกออกเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน 97 ราย (ร้อยละ 8.9) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ 27 ราย (ร้อยละ 2.5) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 564 ราย (ร้อยละ 51.7) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 375 ราย (ร้อยละ 34.4) และเป็นผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม 28 ราย (ร้อยละ 2.6) (ตารางที่ 4.)

ตารางที่ 4. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดอุดรธานี โดยเครื่องมือ DQI

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน	97	8.9
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ	27	2.5
ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	564	51.7
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	375	34.4
ผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม	28	2.6
รวม	**1,091**	**100.0**

2.6 สรุปผลการดำเนินงาน 6 โรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดอุดรธานี

- ความต่างของการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV จากระบบ HIS มีมากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP คิดเป็นร้อยละความต่างของข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่การรายงานข้อมูลผู้รับบริการในกลุ่ม MSM/TG พบว่ามีการรายงานในระบบ NAP น้อยกว่าความจริงมากกว่าร้อยละ 30 (ค่าน้อยที่สุดร้อยละ 36.4 และค่ามากที่สุดร้อยละ 52.4) อาจเนื่องมาจากการไม่บันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลักในระบบ NAP หรือเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยาก ดังนั้น ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาเพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

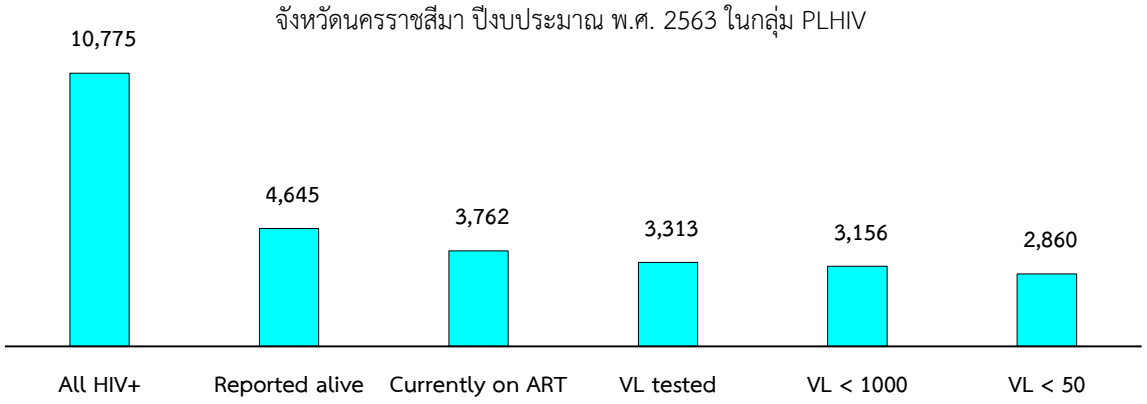
- เร่งรัดการรัดติดตามการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 253 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 103 ราย และและกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ 129 ราย

3. จังหวัดนครราชสีมา

3.1 จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

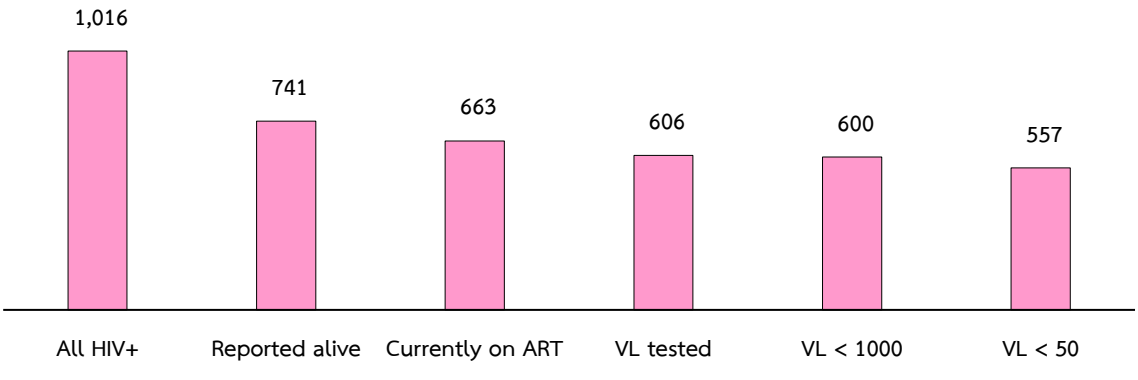
ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 10,775 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 4,645 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 3,762 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 3,313 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 3,156 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 2,860 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 883 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 449 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 606 ราย (รูปที่ 17.)

รูปที่ 17. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV



ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 1,016 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 741 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 663 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 606 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 600 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 557 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 78 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 57 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 63 ราย (รูปที่ 18.)

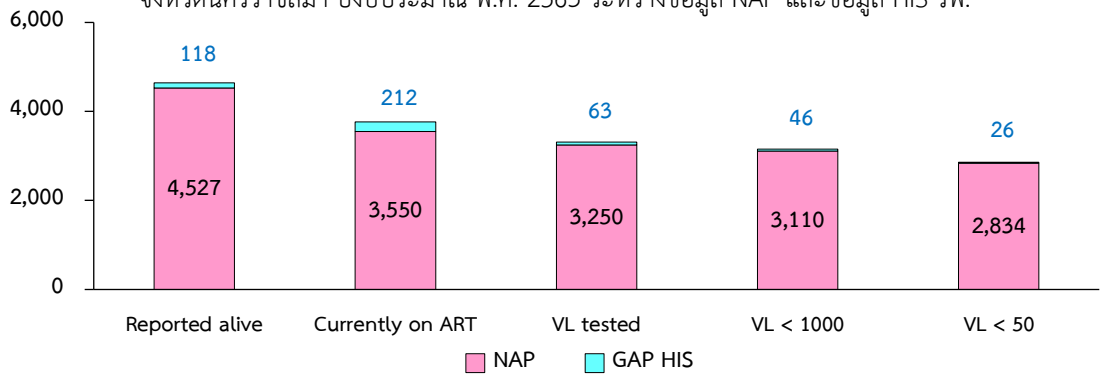
รูปที่ 18. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG



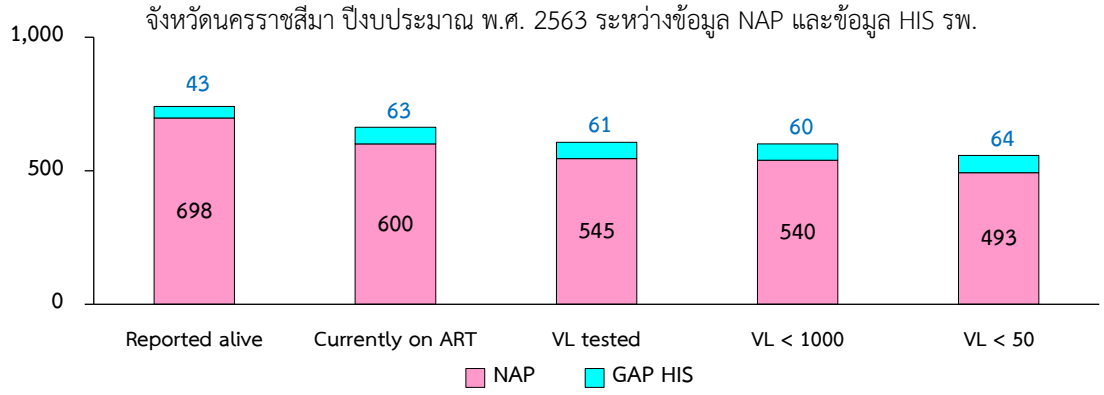
3.2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และระบบ HIS พบว่า ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP รายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) (รูปที่ 19.-20.) อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 5. พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่ม PLHIV ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5 *ยกเว้น* จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) มีความแตกต่างของข้อมูลผู้รับบริการ ร้อยละ 5.6 สำหรับกลุ่ม MSM/TG ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 5

รูปที่ 19. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 20. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



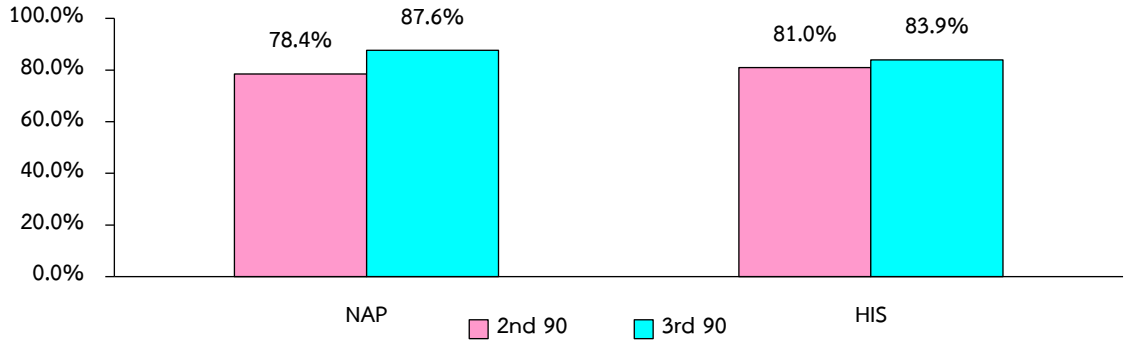
ตารางที่ 5. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

กลุ่มประชากร	ลำดับขั้นบริการฯ	NAP (1)	HIS (2)	ความต่าง (1) - (2)	แปลผล	ร้อยละความต่าง
PLHIV	Reported alive	4,527	4,645	-118	under report	2.5
	Currently on ART	3,550	3,762	-212	under report	5.6
	VL tested	3,250	3,313	-63	under report	1.9
	VL < 1000	3,110	3,156	-46	under report	1.5
	VL < 50	2,834	2,860	-26	under report	0.9
MSM/TG	Reported alive	698	741	-43	under report	5.8
	Currently on ART	600	663	-63	under report	9.5
	VL tested	545	606	-61	under report	10.1
	VL < 1000	540	600	-60	under report	10.0
	VL < 50	493	557	-64	under report	11.5

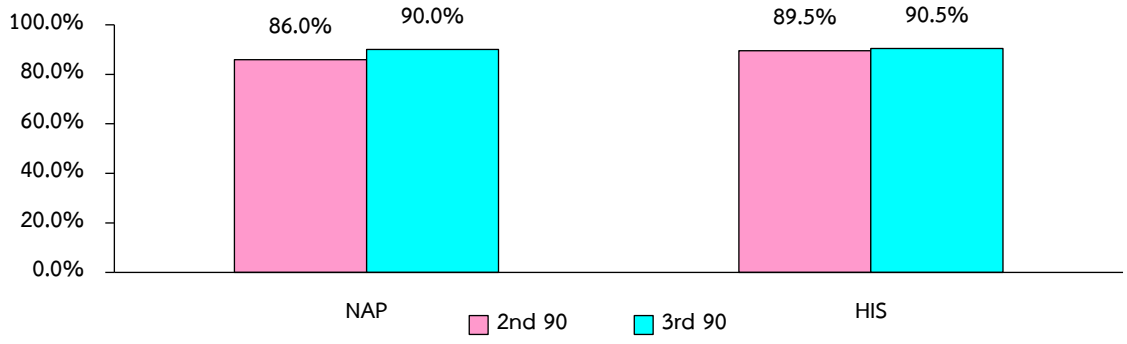
3.3 ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV (รูปที่ 21.) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 78.4 และร้อยละ 87.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับ ร้อยละ 81.0 และ ร้อยละ 83.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่ม MSM/TG (รูปที่ 22) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 86.0 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ และหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับ ร้อยละ 89.5 และร้อยละ 90.5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จังหวัดนครราชสีมา สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม ในกลุ่มMSM/TG ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปที่ 21. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 22. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

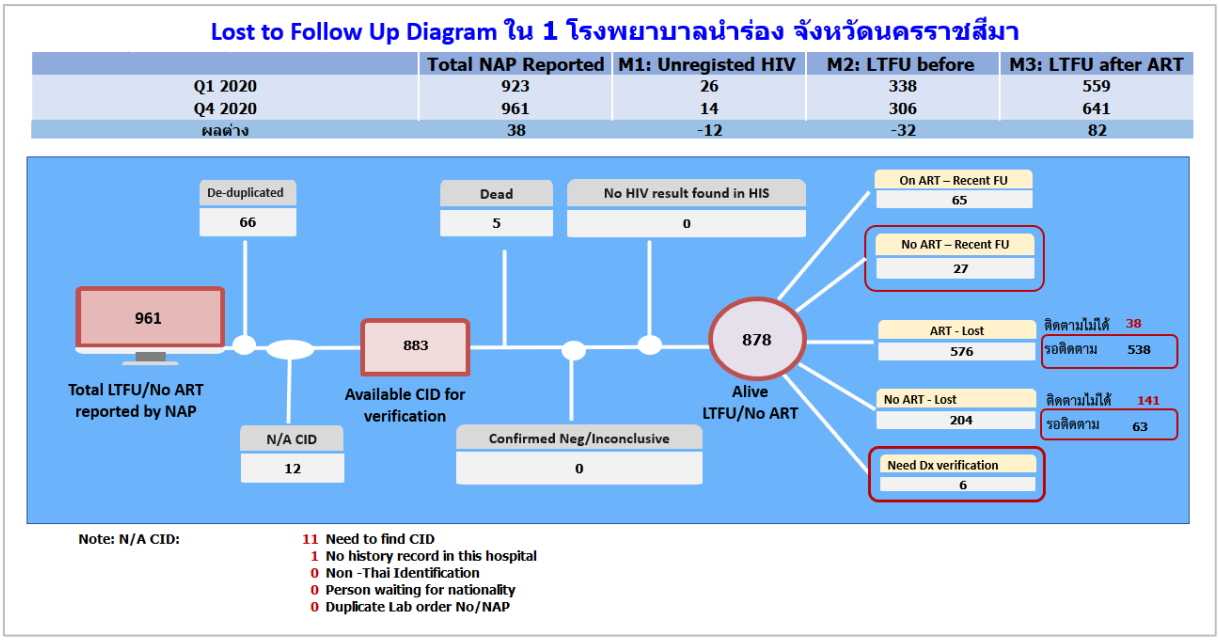


3.4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report ณ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 923 ราย (รูปที่ 23.) จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 26 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 338 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 559 ราย หลังจากการดำเนินงานเร่งรัดเพื่อติดตามผู้ขาดการรักษาในพื้นที่เป้าหมาย ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ขาดการรักษาทั้งหมด 961 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 14 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 306 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 641 ราย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในช่วงไตรมาสที่ 4 พบว่า โรงพยาบาลนำร่อง 1 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 1 จำนวน 38 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนลดลง 12 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสลดลง 32 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา เพิ่มขึ้น 82 ราย

รูปที่ 23. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



3.5 ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ผู้ที่ขาดการรักษาที่มีเลข CID ทั้งหมด 878 ราย จำแนกออกเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน 65 ราย (ร้อยละ 7.4) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ 27 ราย (ร้อยละ 3.1) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 576 ราย (ร้อยละ 65.6) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 204 ราย (ร้อยละ 23.2) และเป็นผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม 6 ราย (ร้อยละ 0.7) (ตารางที่ 6.)

ตารางที่ 6. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดขอนแก่น โดยเครื่องมือ DQI

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน	65	7.4
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ	27	3.1
ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	576	65.6
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	204	23.2
ผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม	6	0.7
รวม	**878**	**100.0**

3.6 สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลนำร่อง 1 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

- ความต่างของการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV จากระบบ HIS มีมากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP คิดเป็นร้อยความต่างของข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 5 สำหรับการรายงานข้อมูลผู้รับบริการ ในกลุ่ม MSM/TG พบว่า มีการรายงานในระบบ NAP น้อยกว่าความจริง มากกว่าร้อยละ 5 (ค่าน้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 และค่ามากที่สุด ร้อยละ 11.5) อาจเนื่องมาจากการไม่บันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลักในระบบ NAP หรือเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยาก ดังนั้น ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลัก ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

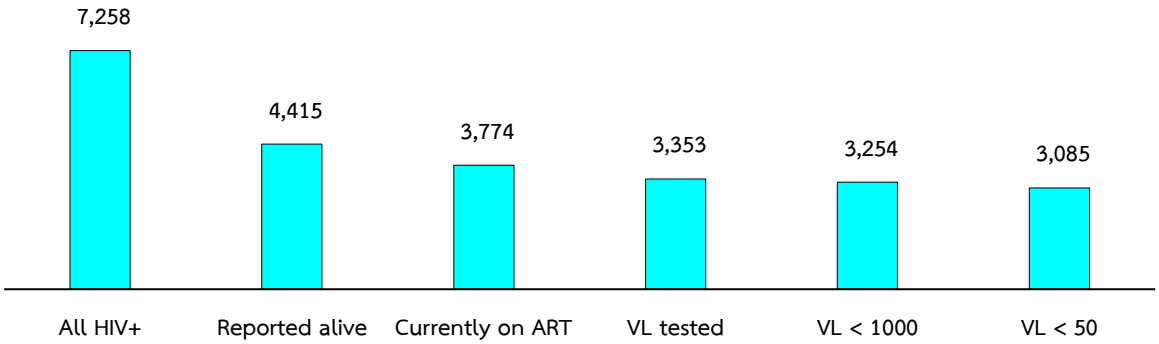
- เร่งรัดการรัดติดตามการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 883 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 449 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ 606 ราย

4. จังหวัดภูเก็ต

4.1 จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

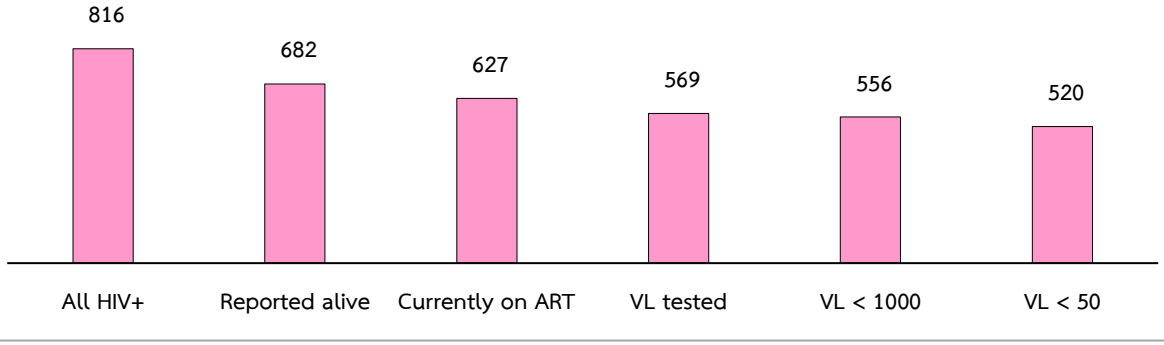
ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 7,258 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 4,415 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 3,774 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 3,353 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 3,254 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 3,085 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 641 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 421 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 520 ราย (รูปที่ 24)

รูปที่ 24. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV



ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 816 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 682 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 627 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 569 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 556 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 520 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส หรือ ได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 55 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 58 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 71 ราย (รูปที่ 25)

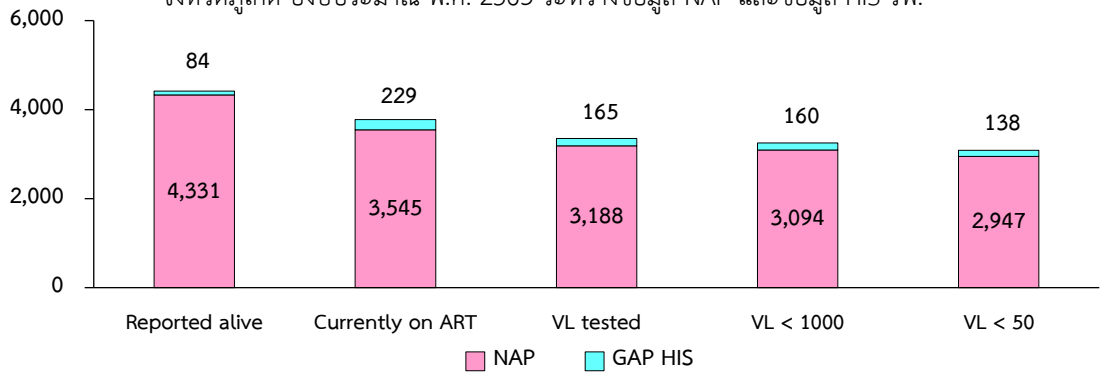
รูปที่ 25. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG



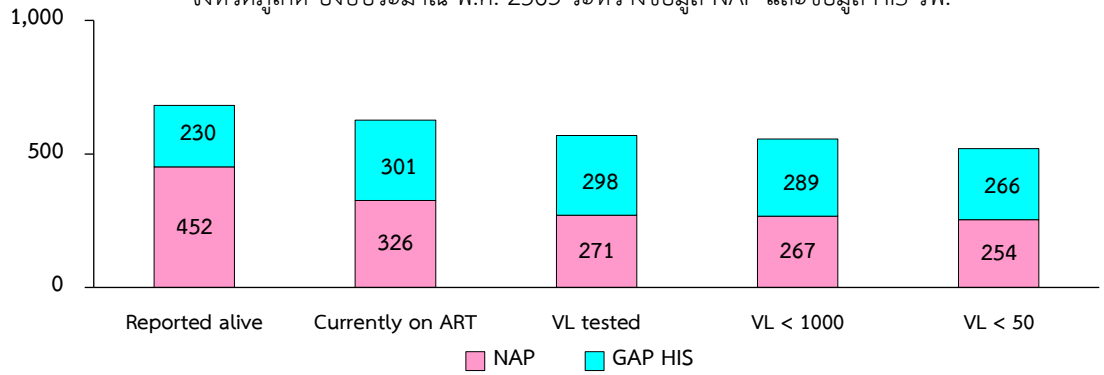
4.2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และระบบ HIS พบว่า ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP รายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) (รูปที่ 26.-27.) อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 7. พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่ม PLHIV ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5 สำหรับกลุ่ม MSM/TG ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 30

รูปที่ 26. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 27. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



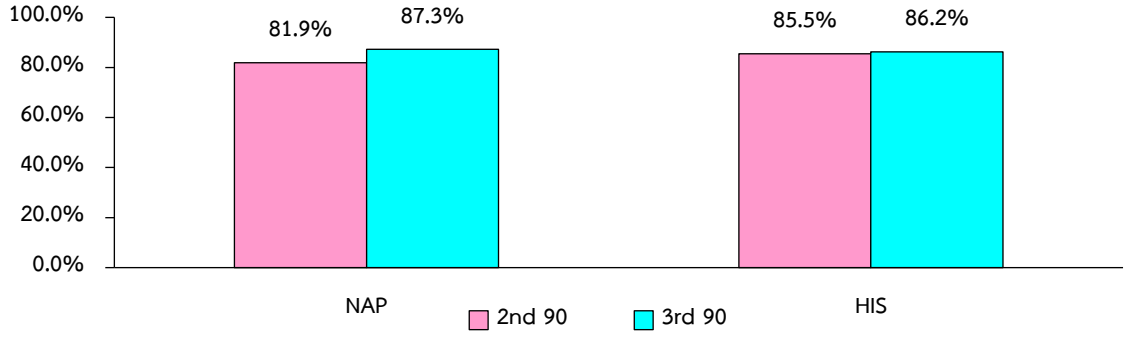
ตารางที่ 7. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

กลุ่มประชากร	ลำดับขั้นบริการฯ	NAP (1)	HIS (2)	ความต่าง (1) - (2)	แปลผล	ร้อยละความต่าง
PLHIV	Reported alive	4,331	4,415	-84	under report	1.9
	Currently on ART	3,545	3,774	-229	under report	6.1
	VL tested	3,188	3,353	-165	under report	4.9
	VL < 1000	3,094	3,254	-160	under report	4.9
	VL < 50	2,947	3,085	-138	under report	4.5
MSM/TG	Reported alive	452	682	-230	under report	33.7
	Currently on ART	326	627	-301	under report	48.0
	VL tested	271	569	-298	under report	52.4
	VL < 1000	267	556	-289	under report	52.0
	VL < 50	254	520	-266	under report	51.2

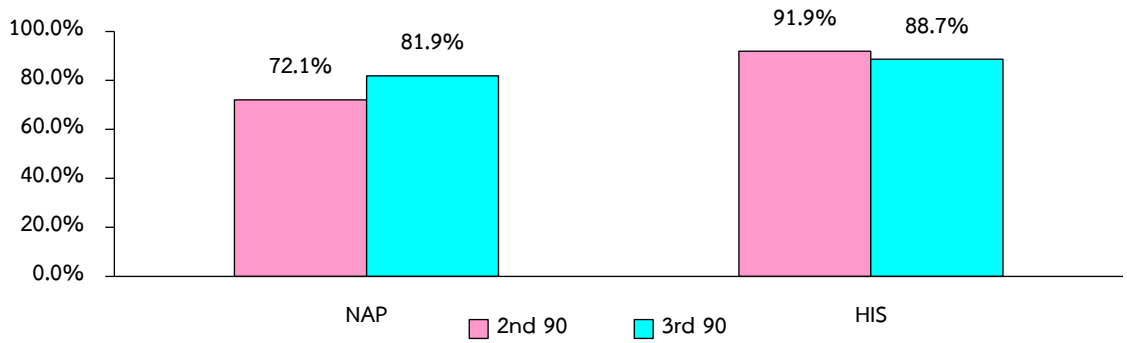
4.3 ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณพ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV (รูปที่ 28) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 81.9 และ ร้อยละ 87.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 85.5 และ ร้อยละ 86.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่ม MSM/TG (รูปที่ 29) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 72.1 และ ร้อยละ 81.9 ตามลำดับ และหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 91.9 และร้อยละ 88.7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จังหวัดภูเก็ต สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปที่ 28. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 29. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม MSM/TG จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

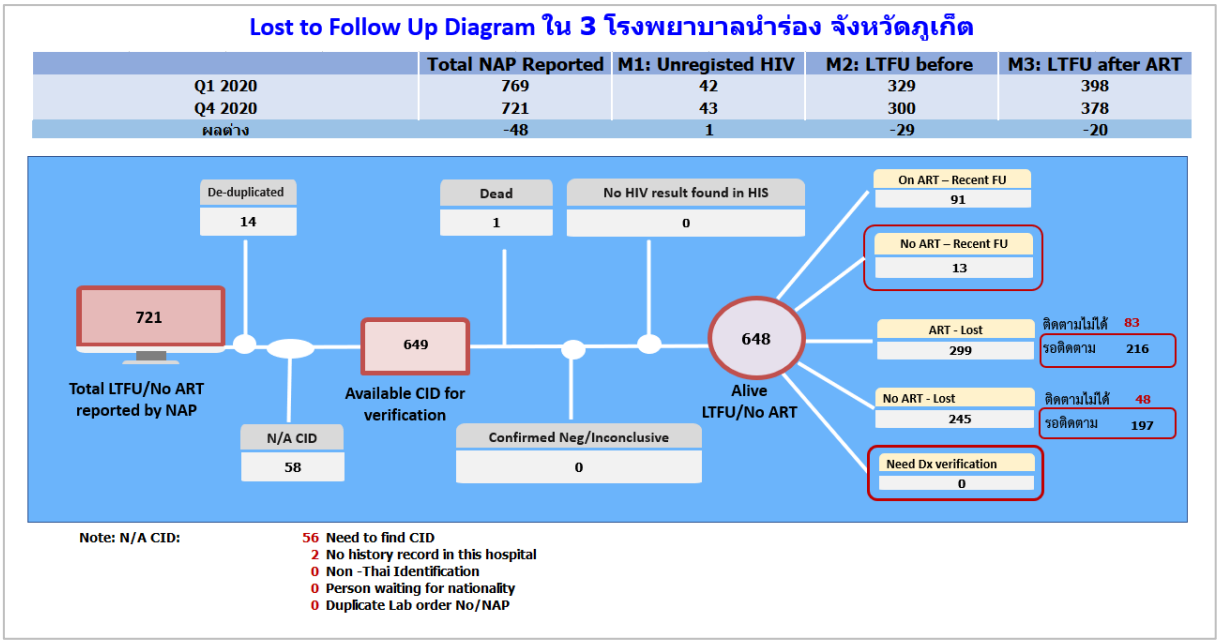


4.4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report ณ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 769 ราย (รูปที่ 30) จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 42 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 329 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 398 ราย หลังจากการดำเนินงานเร่งรัดเพื่อติดตามผู้ขาดการรักษาในพื้นที่เป้าหมาย ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ขาดการรักษาทั้งหมด 721 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 43 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 300 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 378 ราย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในช่วงไตรมาสที่ 4 พบว่า โรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง จังหวัดภูเก็ต มีผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดลดลง จากไตรมาสที่ 1 จำนวน 48 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพิ่มขึ้น 1 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสลดลง 29 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษาลดลง 20 ราย

รูปที่ 30. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



4.5 ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดภูเก็ต โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ผู้ที่ขาดการรักษาที่มีเลข CID ทั้งหมด 648 ราย จำแนกออกเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน 91 ราย (ร้อยละ 14.0) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ 13 ราย (ร้อยละ 2.0) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 299 ราย (ร้อยละ 46.1) และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 245 ราย (ร้อยละ 37.8) (ตารางที่ 8.)

ตารางที่ 8. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา จังหวัดภูเก็ต โดยเครื่องมือ DQI

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน	91	14.0
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ	13	2.0
ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	299	46.1
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	245	37.8
ผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม	0	0.0
รวม	648	100.0

4.6 สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง ในจังหวัดภูเก็ต

- ความต่างของการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV จากระบบ HIS มีมากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP คิดเป็นร้อยละความต่างของข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่การรายงานข้อมูลผู้รับบริการ ในกลุ่ม MSM/TG พบว่ามีการรายงานในระบบ NAP น้อยกว่าความจริงมากกว่าร้อยละ 30 (ค่าน้อยที่สุด ร้อยละ 33.7และค่ามากที่สุด ร้อยละ 52.4) อาจเนื่องมาจากการไม่บันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลักในระบบ NAP หรือเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยาก ดังนั้น ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

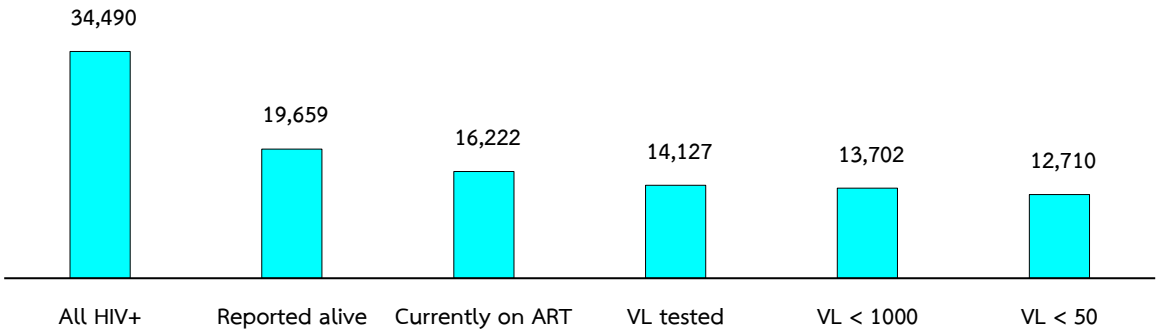
- เร่งรัดการรัดติดตามการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 641 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 421 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ 520 ราย

5. ภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย

5.1 จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

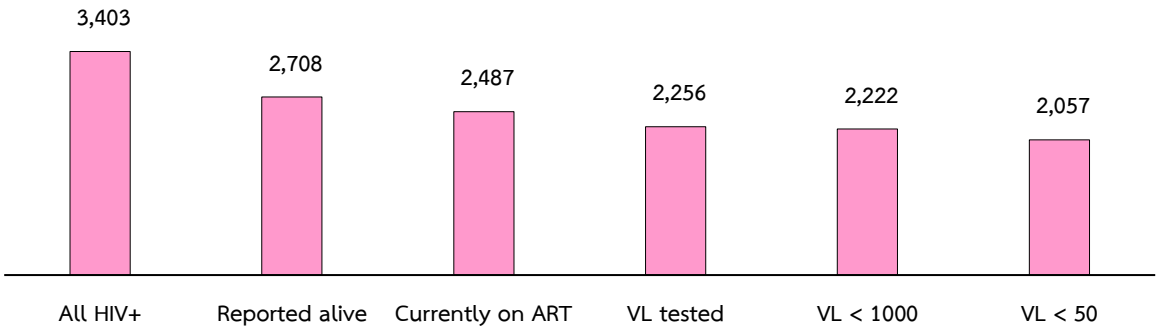
ในกลุ่ม PLHIV 4 จังหวัดเป้าหมาย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 34,490 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 19,659 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 16,222 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 14,127 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 13,702 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 12,710 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 3,437 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 2,095 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 2,520 ราย (รูปที่ 31.)

รูปที่ 31. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV



ในกลุ่ม MSM/TG 4 จังหวัดเป้าหมาย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (All HIV+) 3,403 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Reported alive) 2,708 ราย จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) 2,487 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (VL tested) 2,256 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml (VL< 1000) 2,222 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 50 copies/ml (VL< 50) 2,057 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบช่องว่างการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดติดตามการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 221 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 231 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ (< 1,000 copies/ml) 265 ราย (รูปที่ 32.)

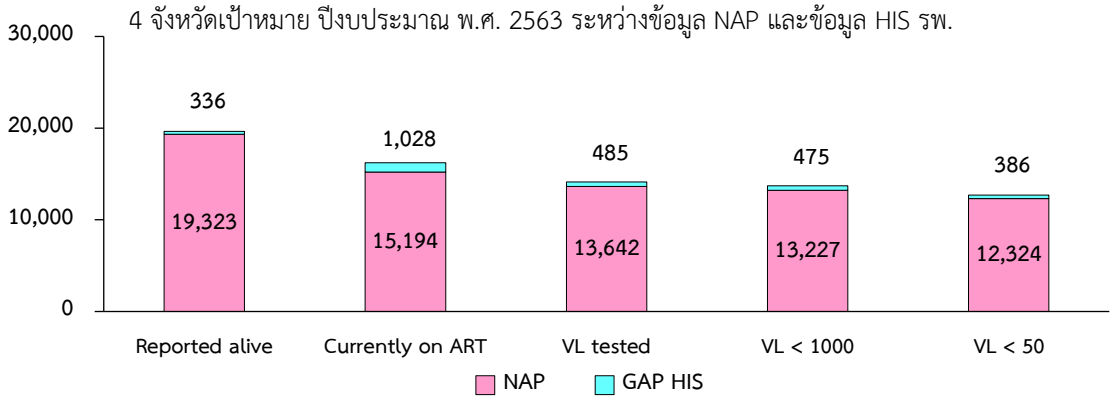
รูปที่ 32. จำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม MSM/TG



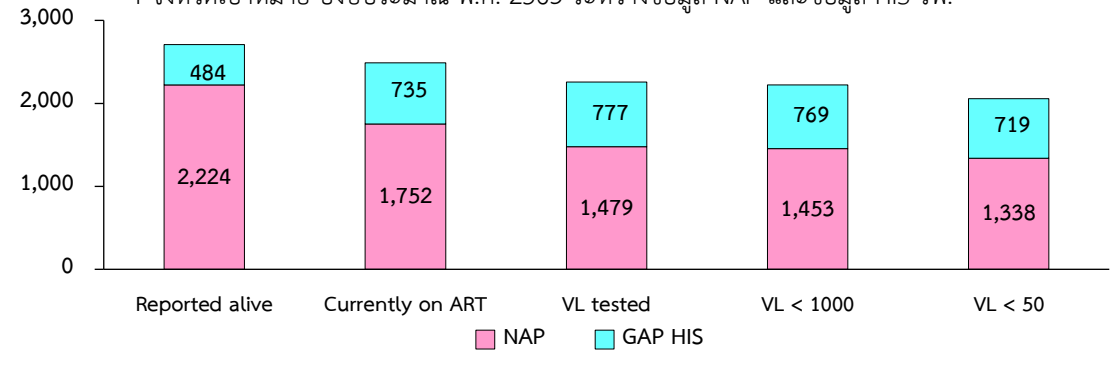
5.2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และระบบ HIS พบว่า ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP หรือ NAP รายงานน้อยกว่าความจริง (Under-reporting) (รูปที่ 33.-34.) อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 5. พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่ม PLHIV ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5 *ยกเว้น* จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน (Currently on ART) มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการร้อยละ 6.3 สำหรับกลุ่ม MSM/TG ส่วนใหญ่มีความต่างของข้อมูลผู้รับบริการระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 10

รูปที่ 33. เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 34.เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการฯ ในกลุ่ม MSM/TG 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



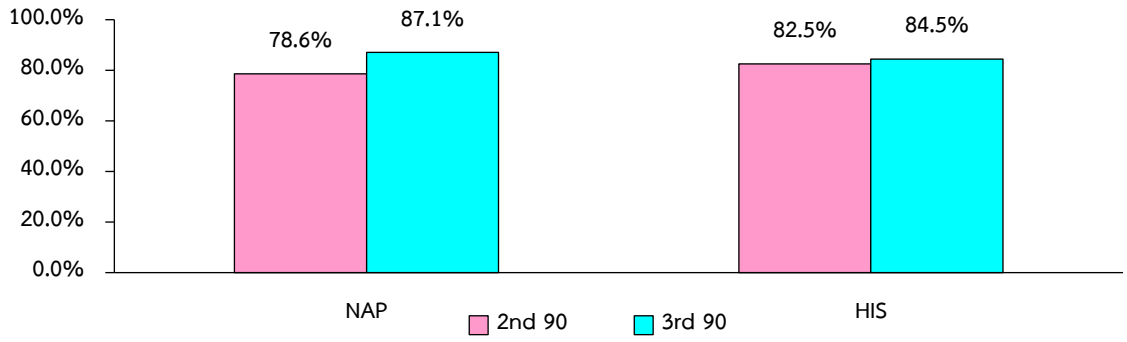
ตารางที่ 5. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความต่างของข้อมูลผู้รับบริการฯ ภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

กลุ่มประชากร	ลำดับขั้นบริการฯ	NAP (1)	HIS (2)	ความต่าง (1) - (2)	แปลผล	ร้อยละความต่าง
PLHIV	Reported alive	19,323	19,659	-336	under report	1.7
	Currently on ART	15,194	16,222	-1028	under report	6.3
	VL tested	13,642	14,127	-485	under report	3.4
	VL < 1000	13,227	13,702	-475	under report	3.5
	VL < 50	12,324	12,710	-386	under report	3.0
MSM/TG	Reported alive	2,224	2,708	-484	under report	17.9
	Currently on ART	1,752	2,487	-735	under report	29.6
	VL tested	1,479	2,256	-777	under report	34.4
	VL < 1000	1,453	2,222	-769	under report	34.6
	VL < 50	1,338	2,057	-719	under report	35.0

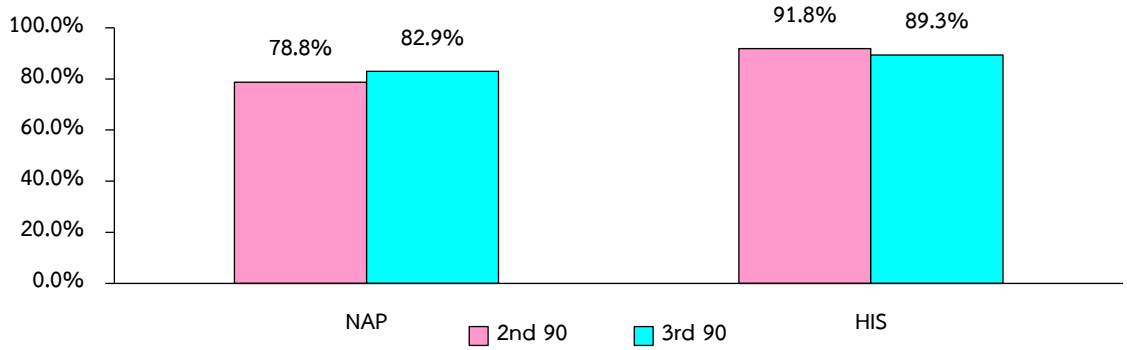
5.3 ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV และกลุ่ม MSM/TG

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม PLHIV (รูปที่ 35) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 78.6 และร้อยละ 87.1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 82.5 และร้อยละ 84.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในกลุ่ม MSM/TG (รูปที่ 36) พบว่าจากข้อมูล NAP มีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 78.8 และร้อยละ 82.9 ตามลำดับ และหากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS โรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม เท่ากับร้อยละ 91.8 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวม 4 จังหวัดสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์ และส่วนผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สามในภาพรวม มีค่าเข้าใกล้เป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปที่ 35. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.



รูปที่ 36. ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในกลุ่ม PLHIV 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระหว่างข้อมูล NAP และข้อมูล HIS รพ.

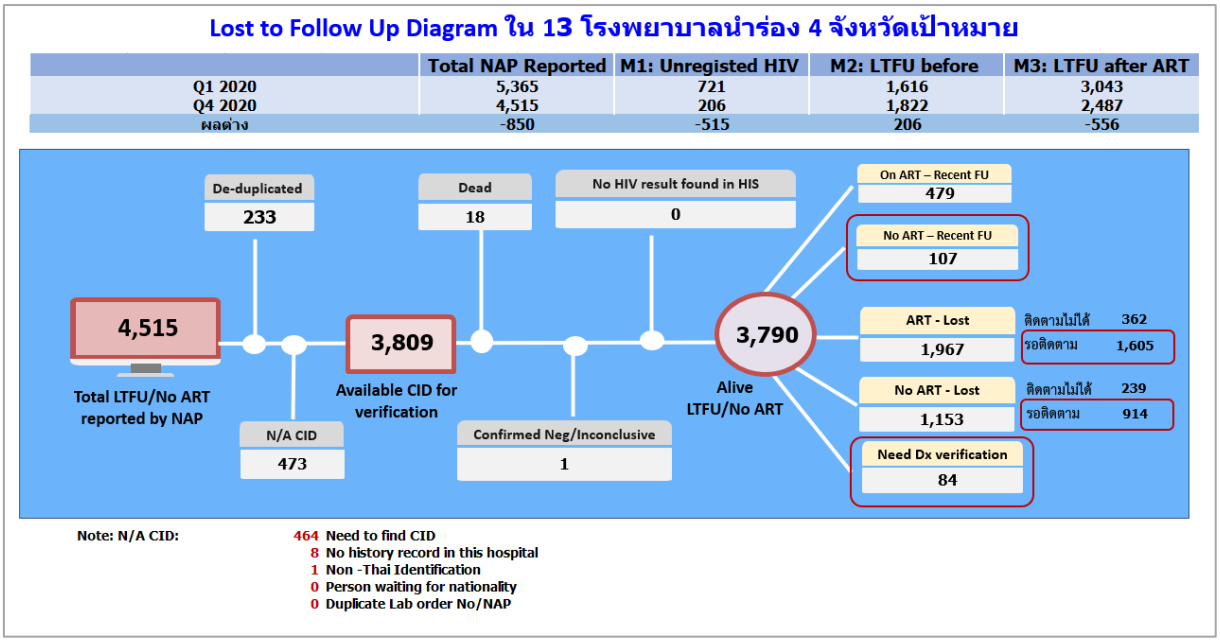


5.4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาล ณ ข้อมูลไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report (รูปที่ 37.) ณ ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน 5,365 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 721 รายผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 1,616 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 3,043 ราย หลังจากการดำเนินงานเร่งรัดเพื่อติดตามผู้ขาดการรักษาในพื้นที่เป้าหมาย ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ขาดการรักษาทั้งหมด 4,515 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน 206 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส 1,822 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษา 2,487 ราย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในช่วงไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่าโรงพยาบาลนำร่อง 13 แห่ง ใน 4 จังหวัดเป้าหมาย มีผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดลดลงจากไตรมาสที่ 1 จำนวน 850 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนลดลง 515 ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 206 ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษาลดลง 556 ราย

รูปที่ 37. จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



5.5 ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาด้วยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง 4 จังหวัดเป้าหมาย โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ผู้ที่ขาดการรักษาที่มีเลข CID ทั้งหมด 3,790 ราย จำแนกออกเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน 479 ราย (ร้อยละ 12.6) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ 107 ราย (ร้อยละ 2.8) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 1,967 ราย (ร้อยละ 51.9) เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา 1,153 ราย (ร้อยละ 30.4) และเป็นผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม 84 ราย (ร้อยละ 2.2) (ตารางที่ 10.)

ตารางที่ 10. ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา 4 จังหวัดเป้าหมาย โดยเครื่องมือ DQI

ผลการตรวจสอบข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่รับยาต้านไวรัสและมีการติดตามการรักษาในปัจจุบัน	479	12.6
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ	107	2.8
ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	1,967	51.9
ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา	1,153	30.4
ผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม	84	2.2
รวม	**3,790**	**100.0**

5.6 สรุปผลการดำเนินงาน 13 โรงพยาบาลนำร่องใน 4 จังหวัดเป้าหมาย

- ความต่างของการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV จากระบบ HIS มีมากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP คิดเป็นร้อยละความต่างของข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่การรายงานข้อมูลผู้รับบริการ ในกลุ่ม MSM/TG พบว่ามีการรายงานในระบบ NAP น้อยกว่าความจริงมากกว่าร้อยละ 10 (ค่าน้อยที่สุด ร้อยละ 17.9 และค่ามากที่สุด ร้อยละ 35.0) อาจเนื่องมาจากการไม่บันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรหลักในระบบ NAP หรือเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางและเข้าถึงยาก ดังนั้น ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม PLHIV และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

- เร่งรัดการรัดติดตามการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหรือได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา 3,437 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ยังไม่ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส 2,095 ราย และกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบันที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ 2,520 ราย

บทที่ 5 สรุปผลและวิจารณ์

1. สรุปผล

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา และภูเก็ต ภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และเพิ่มศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานและการบริการในกลุ่มประชากรหลัก และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2563 เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 และช่องว่างของระบบข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการวางแผนและปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือ DQI ในพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional study) หน่วยที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทุนหรือวิชาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการเอชไอวีและเอดส์ภายใต้โครงการ PEPFAR ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 4 จังหวัดเป้าหมาย และเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI จำนวนรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: ชุดข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของโรงพยาบาล 4 ชุดข้อมูล ประกอบด้วย ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ทะเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ชุดข้อมูลเพื่อการติดตามการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลวันนัดหมายบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ครั้งล่าสุด เป็นต้น ส่วนที่ 2: เครื่องมือ DQI สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของโรงพยาบาล โดยผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับโรงพยาบาล ดำเนินการส่งออกข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลในรูปแบบ Microsoft Excel และนำเข้าเว็บไซต์ https://dqiaids.ddc.moph.go.th เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องมือ DQI ต่อไป และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (ตัดข้อมูลผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) โดยคำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมดำเนินงาน ผลการศึกษาครั้งนี้นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวม สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ผลต่าง ค่ามากที่สุด และค่าน้อยที่สุด

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จากการเร่งรัดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลใน 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ที่ขาดการรักษาทั้งหมดลดลงจากไตรมาสที่ 1 จำนวน 850 ราย (ลดลงร้อยละ 15.8) จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนลดลง 515 ราย (ลดลงร้อยละ 71.4) ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 206 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.7) และผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษาลดลง 556 ราย (ลดลงร้อยละ 18.3) เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในภาพรวม 4 จังหวัดเป้าหมาย ปีงบประมาณ

พ.ศ. 2563 พบว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS ในโรงพยาบาลจะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ90 ที่สาม ในกลุ่ม PLHIV เท่ากับ ร้อยละ 82.5 และ ร้อยละ 84.5 ตามลำดับ ในกลุ่มMSM/TG เท่ากับ ร้อยละ 91.8 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผลการดำเนินงานในภาพรวมสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์ และส่วนผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม พบว่าในภาพรวมมีค่าใกล้เคียงค่าเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลผลการดำเนินงานรายจังหวัด พบว่าในกลุ่ม PLHIV ไม่มีจังหวัดใดบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ในกลุ่ม MSM/TG พบว่ามี 3 จังหวัดที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี และภูเก็ต สำหรับจังหวัดนครราชสีมาสามารถบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สาม ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์ผู้ที่ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง 4 จังหวัดเป้าหมาย โดยเครื่องมือ DQI ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา ร้อยละ 51.9 และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและขาดการรักษา ร้อยละ 30.4 นอกนั้น เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ยังมารับการรักษาอื่น ๆ ทั้งในหน่วยบริการเดียวกันหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ร้อยละ 2.8 และเป็นผู้ที่ต้องตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น อาจจะเป็นผลบวกปลอม อาจเป็นผู้ที่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ และอื่น ๆ คิดเป็น ร้อยละ 2.2 อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อมูลที่รายงานว่าขาดการรักษา ในระบบ NAP เป็นผู้ที่ยังคงได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ ณ ปัจจุบัน ที่หน่วยบริการอื่น ๆ ประมาณร้อยละ 12.6 โดยพบมากที่สุดที่จังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 19.3) รองลงมา คือ ภูเก็ต (ร้อยละ 14.0) อุดรธานี (ร้อยละ 8.9) และนครราชสีมา (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ

2. วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ปี 2563 โดยใช้เครื่องมือ DQI ผู้เขียนได้นำมาอภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ DQI

ข้อมูลที่ใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับโรงพยาบาลตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน และจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ < 1,000 copies/ml หากข้อมูล 3 ชุดนี้มีการเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลต่อผลการดำเนินงานไม่เป็นตามเป้าหมายได้ จากผลการศึกษาพบว่า หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS ในโรงพยาบาล จะมีผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ 90 ที่สาม ในกลุ่ม PLHIV เท่ากับ ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 84.5 และในกลุ่ม MSM/TG เท่ากับ ร้อยละ 91.8 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ แม้ว่าผลการดำเนินงานในภาพรวม 4 จังหวัดจะสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ในกลุ่ม MSM/TG ได้ตามเกณฑ์ และมีผลการดำเนินงานเข้าใกล้ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด 90 ที่สาม แต่ยังพบว่า เมื่อเปรียบข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบ NAP และ ระบบ HIS พบว่าส่วนใหญ่มีการบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ HIS มากกว่าจำนวนที่รายงานในระบบ NAP โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักที่พบความต่างของข้อมูลมากกว่าร้อยละ 10

เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลผู้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและยังมีชีวิตอยู่จากระบบ NAP กับระบบ HIS โรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและยังมีชีวิตอยู่ ระหว่างข้อมูลทั้ง 2 ระบบ มีความสอดคล้องต้องกันสูงถึงร้อยละ 98.3 สำหรับความสอดคล้องของข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน จากระบบ NAP กับระบบ HIS โรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด พบว่าสถานการณ์รับยาต้านไวรัส ระหว่างข้อมูลทั้ง 2 ระบบมีความสอดคล้องต้องกันสูงถึงร้อยละ 93.7 นอกจากนี้ ความสอดคล้องของข้อมูลผู้จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้น้อยกว่า 1,000 copies/ml จากระบบ NAP กับระบบ HIS ในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด พบว่าสถานการณ์รับยาต้านไวรัส ระหว่างข้อมูลทั้ง 2 ระบบมีความสอดคล้องต้องกันสูงร้อยละ 96.5 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[7] พบว่าข้อมูลระบบ NAP มีอัตราความผิดพลาดต่ำ มีร้อยละความต่างของข้อมูลระหว่างระบบ NAP และระบบ HIS โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 0.13 และความสอดคล้องของสถานการณ์รับยาต้านของผู้ติดเชื้อจากระบบ NAP กับระบบ HIS โรงพยาบาล มีความสอดคล้องต้องกันสูงถึงร้อยละ 97 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าช่องว่างของการรายงานข้อมูลในระบบ NAP มีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริงในระดับที่ยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม หากหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในระบบ NAP ให้สอดคล้องกับระบบ HIS ในโรงพยาบาล ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ 90 ที่สามก็ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดดังกล่าว คือ การเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อติดตามผู้ที่ขาดการรักษาให้ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็ว

2. การติดตามผู้ที่ขาดการรักษา

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลผู้รับบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ NAP กับระบบ HIS โรงพยาบาลมีความสอดคล้องกันสูง แต่ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง และ 90 ที่สาม ในกลุ่ม PLHIV ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นประเด็นที่ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยคิดเห็นว่าน่าจะเกิดได้จากหลายส่วน <u>ประการที่ 1</u> ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเองแต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาจเกิดจากสาเหตุบางประการ เช่น ผู้ป่วยบางรายเข้ามารับการรักษาในระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) และมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ยังไม่สามารถเริ่มการรักษาด้วยยาต้านได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยบางรายยังไม่พร้อมเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเนื่องด้วยเหตุผลส่วนตัว ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษาของตนเอง โดยมีความประสงค์ย้ายสิทธิการรักษาก่อนถึงจะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกเขต นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายหลังทราบสถานะผลเลือดของตนเองแล้วมีการเปลี่ยนที่อยู่ติดต่อ ทำให้ไม่สามารถติดตามให้มารับการรักษาได้ หรือ ผู้ป่วยบางรายเดินทางมาท่องเที่ยวในพื้นที่และมีโอกาสได้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี พอทราบผลแล้วเดินทางกลับต่างจังหวัดและขาดการติดตามการดูแลรักษา เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผล

สัมฤทธิ์การดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90 ที่สอง ไม่บรรลุเป้าหมายได้ เป็นความท้าทายในการติดตามผู้ติดเชื้อเหล่านี้เข้ามารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็ว และการปรับปรุงข้อมูลการดำเนินงานให้เป็นปัจจุบันครอบคลุมทุกหน่วยงาน ประการที่ 2 ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ขาดการรักษา อาจเกิดจากสาเหตุบางประการ เช่น ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ ทำทำให้ไม่สามารถติดตามให้มารับการรักษาได้ ผู้ป่วยบางรายเลือกรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก ซึ่งไม่ได้บันทึกข้อมูลในระบบ NAP ทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลการดูแลรักษาเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ เป็นต้น และประการที่ 3 ความครอบคลุมของการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด สาเหตุสำคัญ คือผู้ที่ขาดการรักษาทำให้ไม่สามารถติดตามให้มาตรวจได้ตามนัด นอกจากนี้ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับระยะเวลาติดตามการรักษา โดยให้ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่บ้าน ทำให้ไม่ได้มาตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามนัด อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการคำนวณตัวชี้วัดตามเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 ในระบบ NAP โดยตัดข้อมูลเป็นรายปี ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยที่จะต้องตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน จึงทำให้ยังไม่ถึงเวลานัดที่จะตรวจ ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดยังไม่ถึงเป้าหมาย

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ขาดการรักษา ในช่วงไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า จากการเร่งรัดการติดตามผู้ขาดการรักษาในโรงพยาบาลนำร่อง 4 จังหวัดเป้าหมาย มีผลทำให้จำนวนผู้ที่ขาดการรักษาในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 15.8 จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 71.4 แสดงถึงการดำเนินงานเร่งรัดในพื้นที่เป้าหมายสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเองสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่วนผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.7 ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษารายใหม่ยังไม่สามารถเริ่มยาได้โดยเร็ว นอกจากนี้ พบว่าจากการดำเนินงานมีผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการรักษามีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 18.3 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานติดตามผู้ที่ขาดการรักษา หากมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถนำผู้ที่ขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบได้ จึงควรส่งเสริม ผลักดันขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของกัญญา พฤฒิสืบ[8] ที่ผ่านมา พบว่าสาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการทำงานและครอบครัว รองลงมา คือด้านสุขภาพ และด้านการเข้าถึงบริการ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณ ชมาฤกษ์ และคณะ[9] ให้ความคิดเห็นว่า การพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการ เพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วย ยาต้านไวรัส และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงระบบบริการมากขึ้นเกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา[10] พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ที่มีประวัติการผิดนัดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 2 เท่าของผู้ที่มาตามนัด และ

ผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปจะมีโอกาสขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนผู้ประมาณ 4 เท่า และจากการศึกษาขององค์อร ประจันเขตต์[11] แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการขาดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน ผู้เขียนให้ข้อคิดเห็นว่า อาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านการบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษา รวมถึง ปัจจัยด้านการรายงานข้อมูลด้านการรักษาให้ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาทุกแห่งของประเทศ เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์มีประสิทธิภาพสูงสุดมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานในส่วนการรายงานผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับการพัฒนากระบวนการด้านการดูแลรักษาและการติดตามให้มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.ข้อเสนอแนะ

3.1 เชิงระบบ/นโยบาย

3.1.1 ด้านคุณภาพข้อมูล

- ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลและหน่วยบริการทุกแห่ง ภายใต้ชุดมาตรการ RRTTPR โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเป้าหมายหลัก ได้แก่ ข้อมูลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มีชีวิต ข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน ข้อมูลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด และข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ตามเกณฑ์ เป็นต้น
- สร้างทีมสหวิชาชีพ/คณะทำงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานห้องตรวจทางปฏิบัติการ ทั้งในระดับจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นต้น
- เร่งรัดการบันทึกและปรับปรุงข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของโรงพยาบาลในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุมการให้บริการตามลำดับขั้นบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV service delivery cascade) อย่างต่อเนื่อง ทุกสิทธิการรักษา และทุกกลุ่มประชากรเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง เป็นต้น
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ/คณะทำงานยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงคุณภาพข้อมูลและคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.1.2 ด้านคุณภาพของการบริการ

• เร่งรัดการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาและผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผ่านผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับโรงพยาบาลและแกนนำผู้ติดเชื้อในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วและต่อเนื่อง

• เร่งรัดการติดตามผู้ที่ถึงเกณฑ์การตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ให้เข้ามารับบริการตรวจตามนัดหมาย รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายตามแนวทาง เพื่อเสริมสร้างการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

• เร่งรัดกระบวนการปรับปรุงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน เมื่อมารับบริการทุกครั้ง ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เป็นต้น เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยกรณีขาดการรักษาตามนัด

• เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยบูรณาการการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

• พัฒนาระบบการส่งต่อบริการระหว่างแกนนำและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมการตรวจเลือดและเข้าถึงบริการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

• ส่งเสริมการดำเนินงานตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยทราบผลตรวจภายในหนึ่งวัน และการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในหนึ่งสัปดาห์

• พัฒนากระบวนการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่การเริ่มยาของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ในโรงพยาบาล โดยมีการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลในแต่ละแผนก ให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็วที่สุด

• พัฒนาและส่งเสริมการใช้ระบบแจ้งเตือนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ “Lab Alert” แก่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่งต่อข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ตรวจสอบแล้ว บันทึกในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ

3.2 การนำไปใช้ประโยชน์กับหน่วยงานอื่น ๆ

• ขยายพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลและหน่วยบริการทุกแห่งจากพื้นที่ 4 จังหวัดเป้าหมายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาน้อยกว่าเป้าหมายตัวชี้วัด 90-90-90 และมีจำนวนผู้ขาดการรักษาสูง

• ส่งเสริมการบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลร่วมกับการพัฒนาด้านการดูแลรักษาและการติดตามผู้ขาดการรักษาให้มีประสิทธิภาพเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. [Internet]. [cited 2021 Jul 3]. Available from https://www.unaids.org/
2. Division of AIDS and STIs. Annual report of Division of AIDS and STIs 2020. [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from https://ddc.moph.go.th/das
3. National Committee for the Prevention and Response to AIDS. Thailand National Strategy to End AIDS 2017 – 2030. Bangkok: the National AIDS Management Center; 2017.
4. Division of AIDS and STIs. Guideline of using the DQI tool in health care facilities for HIV care services improvement. 1st ed. Nonthaburi; 2020.
5. Thailand National AIDS Committee. Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015 -2019. Bangkok: NC CONCEPT.CO., LTD; 2014.
6. National Health Security Office. National AIDS Program [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport
7. A Suchunya. Data quality assessment on HIV treatment of the health care unit to the planning of ending AIDS. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2020.
8. P Kanya. Factors Related to the Absence of Treatment Appointments of the Patients with HIV / AIDS in Vachira Phuket Hospital. [Internet]. [cited 2021 Jul 14]. Available from https://www.vachiraphuket.go.th
9. C Vilawan, T Thanida, W Yongyut. Efficacy Study of HIV/AIDs Patient Care Development System. [Internet]. [cited 2021 Jul 14]. Available from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/127322/96076
10. T Nattasiri, S Sansanee. Medication Adherence among HIV-Infected Patients and Associated Factors in the Era of Universal Access to Antiretroviral Therapy. Songkla Med J. 2014; 32:1:11-22.
11. P Ongon. The Related Factors with Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS Attending Infectious Division, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital. [Internet]. [cited 2021 Jul 14]. Available from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/issue/view/802