



Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS
và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm

**BÁO CÁO
TIẾN ĐỘ PHÒNG, CHỐNG
AIDS
VIỆT NAM NĂM 2012**

THỰC HIỆN TUYÊN BỐ CHÍNH TRỊ VỀ HIV/AIDS NĂM 2011

Giai đoạn báo cáo

Tháng 1 năm 2010 - Tháng 12 năm 2011

Hà Nội, tháng 3 năm 2012

LỜI NÓI ĐẦU

Vào tháng 6 năm 2011, tại Hội nghị cấp cao về HIV/AIDS ở New York, Mỹ, Việt Nam đã khẳng định lại quyết tâm của mình trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS và cam kết thực hiện những mục tiêu mới thông qua việc ký Tuyên bố Chính trị năm 2011 về HIV/AIDS: Tăng cường nỗ lực để loại trừ HIV/AIDS. Chúng tôi coi trọng cam kết này và đảm bảo rằng bản báo cáo quốc gia về tiến trình thực hiện cam kết mang tính toàn diện và phản ánh chính xác tình hình thực tế của ứng phó với HIV tại Việt Nam, thể hiện sự đồng thuận quốc gia về các thành tựu và thách thức chính trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2010 và 2011.

Việt Nam tiếp tục có sự tiến bộ vượt bậc như đã từng thể hiện qua các kỳ báo cáo trước. Chúng ta đã chứng kiến độ bao phủ trong công tác điều trị được mở rộng hơn và thể hiện cam kết mạnh mẽ trong việc thực hiện tiếp cận phổ cập về điều trị cho tất cả những ai có nhu cầu, đặc biệt là với việc thực hiện thí điểm sáng kiến Điều trị 2.0. Các dịch vụ giảm tác hại dành cho nhóm người tiêm chích ma túy được đẩy mạnh, đáng chú ý là liệu pháp duy trì Methadone (MMT) tiếp tục được mở rộng để hướng tới mục tiêu có 80.000 người tiêm chích ma túy được sử dụng Methadone vào năm 2015. Công tác điều phối đa ngành, môi trường chính sách liên quan đến HIV dần được hoàn thiện và củng cố, những bước tiến mạnh mẽ hơn trong các can thiệp cho người bán dâm và người quan hệ tình dục đồng giới nam cũng là những thành tựu quan trọng trong giai đoạn vừa qua.

Việt Nam cũng đã hoàn thành xây dựng Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn năm 2030, được chuẩn bị với sự tham vấn rộng rãi các bên liên quan. Các mục tiêu của Chiến lược quốc gia mới khẳng định lại các mục tiêu nêu ra trong Tuyên bố chính trị 2011 và thể hiện cam kết của Việt Nam trong việc hướng tới mục tiêu không còn người nhiễm mới HIV, không còn phân biệt đối xử và không còn tử vong do AIDS.

Chúng tôi cũng nhận thấy những quan ngại cho sự bền vững của công cuộc phòng chống HIV khi các nhà tài trợ bắt đầu giảm nguồn lực đầu tư vào Việt Nam, đồng thời chúng tôi cũng hiểu được tầm quan trọng của việc tăng cường tính tự chủ quốc gia trong lĩnh vực này. Để đối phó với thách thức này, Việt Nam một mặt tiến hành thông qua và thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia trong đó lần đầu tiên coi chương trình phòng chống HIV là một chương trình riêng rẽ và cam kết tăng nguồn lực cho HIV trong giai đoạn 2011- 2015. Mặt khác, Việt Nam tiếp tục vận động các nhà tài trợ duy trì với khả năng có thể, sự hỗ trợ, hợp tác với Việt Nam, hết sức tránh việc cắt giảm đột ngột tài trợ, gây xáo trộn lớn các kết quả đã đạt được.

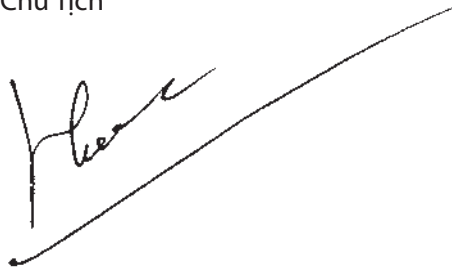
Trên đây chỉ là một số điểm chính về công cuộc phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2010- 2011. Các nhà lãnh đạo đã cam kết Việt Nam sẽ tiếp tục giữ vững những tiến bộ xuất sắc đã đạt được và trông đợi công tác điều phối hiệu quả giữa các bộ, ngành của Chính phủ cũng như tiếp tục được hợp tác với các đối tác quốc tế và các tổ chức chính trị - xã hội, xã hội - nghề nghiệp để tiếp nối những thành công.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn tới những người đã tham gia vào quá trình chuẩn bị báo cáo này và bày tỏ lòng tri ân tới những đóng góp quan trọng vào ứng phó quốc gia với HIV của các bộ, ngành, cơ quan, đơn vị, các tổ chức Liên Hợp Quốc, các tổ chức quốc tế, các nhà tài trợ. Với sự đồng tâm hiệp lực, chúng ta đang tiến dần tới tầm nhìn chung về tiếp cận phổ cập về dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV.

Việt Nam, ngày 31 tháng 3 năm 2012

**ỦY BAN QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG AIDS
VÀ PHÒNG, CHỐNG TỆ NẠN MA TÚY, MẠI DÂM**

Chủ Tịch

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Phúc', with a long, sweeping horizontal line extending from the end of the signature.

Nguyễn Xuân Phúc
Phó Thủ tướng Chính phủ

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	1
I. DANH MỤC VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT VÀ TIẾNG ANH	4
II. TÓM TẮT NỘI DUNG BÁO CÁO	6
III. TỔNG QUAN VỀ TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM	11
IV. ỨNG PHÓ QUỐC GIA	23
V. MÔ HÌNH THỰC HÀNH TỐT	51
1. Điều trị duy trì Methadone (MMT) tại Việt Nam	51
2. Ứng dụng Khung Đầu tư hiệu quả tại Việt Nam	52
3. Tăng cường công tác phòng chống HIV cho nhóm nam tình dục đồng giới	53
VI. NHỮNG THÁCH THỨC CHÍNH VÀ GIẢI PHÁP KHẮC PHỤC	55
1. Những nỗ lực và thành tựu đạt được nhằm vượt qua thử thách và giải quyết khó khăn đã đề cập trong Báo cáo UNGASS lần thứ 4 (Báo cáo Tháng 1/2010 cho giai đoạn từ năm 2008 đến 2009)	55
2. Những thách thức chính trong quá trình thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và các cam kết UNGASS giai đoạn 2010-2011	55
3. Các biện pháp khắc phục cụ thể	57
VII. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN	59
VIII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ	61
IX. PHỤ LỤC	65
Phụ lục 1: Quy trình tư vấn/chuẩn bị Báo cáo Tiến độ Quốc gia (CPR) về việc Tiếp tục triển khai Tuyên bố Cam kết về Phòng, chống HIV/AIDS	66
Phụ lục 2: Các cam kết quốc gia và Công cụ chính sách (NCPI)	73
Phần A [được dùng cho các cơ quan chính phủ]	74
Phần B [được theo dõi bởi đại diện từ các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức song phương và các tổ chức LHQ]	106
Phụ lục 3: Chi tiêu AIDS quốc gia (NASA)	133
Phụ lục 4: Các chỉ số báo cáo chính	149

I. DANH MỤC VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT VÀ TIẾNG ANH

ADB	Ngân hàng Phát triển châu Á
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ART	Liệu pháp Điều trị kháng vi rút
ARV	Thuốc kháng vi rút
AusAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Úc
BCC	Truyền thông thay đổi hành vi
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CBO	Tổ chức dựa vào cộng đồng
CCM	Cơ chế điều phối quốc gia
CDC	Trung tâm kiểm soát bệnh tật, Hoa Kỳ
CSO	Các tổ chức xã hội dân sự
CUP	Chương trình sử dụng Bao cao su
DFID	Bộ Hợp tác Quốc tế, Anh
FBO	Tổ chức dựa trên đức tin
FHI	Tổ chức Sức khỏe gia đình quốc tế
PNMD	Phụ nữ mại dâm
GDĐĐ	Giáo dục đồng đẳng
Quỹ toàn cầu	Quỹ Toàn cầu Phòng chống AIDS, Bệnh Lao và Sốt rét
TP HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
HPI	Dự án Sáng kiến Chính sách Y tế
HSS	Giám sát trọng điểm HIV
HSS+	Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi
IBBS	Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học
IEC	Thông tin, giáo dục và truyền thông
ILO	Tổ chức lao động quốc tế
INGO	Tổ chức phi chính phủ quốc tế
IOM	Tổ chức quốc tế về di cư
IPT	Lây truyền qua bạn tình
LTMC	Lây truyền từ mẹ sang con
LHQ	Liên Hợp Quốc
TD&ĐG	Theo dõi và đánh giá
MDG	Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ
MdM	Médecins du Monde-Tổ chức Thầy thuốc thế giới
MICS4	Điều tra đánh giá các mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ 2010-2011
MMT	Liệu pháp duy trì Methadone
MOET	Bộ Giáo dục và đào tạo
MOH	Bộ Y tế
MOLISA	Bộ Lao động, Thương Binh và Xã hội
MOPS	Bộ Công An

MSM	Nam giới quan hệ tình dục với nam giới
NCPI	Chỉ số Cam kết Chính sách quốc gia
NGO	Tổ chức phi chính phủ
VVSDTTW	Viện vệ sinh dịch tễ trung ương
NORAD	Cơ quan phát triển Na Uy
NVP	Nevirapine
NSP	Chương trình Bơm kim tiêm
OI	Nhiễm trùng cơ hội
PKNT	Phòng khám ngoại trú
OVC	Trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng khác
PAC	Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh
PEPFAR	Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp phòng chống AIDS của tổng thống Mỹ
PLHIV	Người sống chung với HIV
PLTMC	Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
PNMT	Phụ nữ mang thai
PNMD	Phụ nữ mại dâm
POA	Chương trình hành động
PSI	Population Services International-Tổ chức dịch vụ dân số thế giới
SAVY	Điều tra quốc gia về thanh niên và vị thành niên tại Việt Nam
STI	Nhiễm trùng qua đường tình dục
SW	Người bán dâm
SI/M&E TWG	Nhóm công tác kỹ thuật về Thông tin chiến lược và Theo dõi đánh giá quốc gia
TB	Bệnh lao
TCMT	Người tiêm chích ma túy
TD&ĐG	Theo dõi và đánh giá
UBQG	Ủy ban quốc gia
UCSF	Đại học California tại San Francisco
UN	Liên Hợp Quốc
UNAIDS	Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNDP	Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc
UNESCO	Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên Hợp Quốc
UNFPA	Quỹ Dân Số Liên Hợp Quốc
UNGASS	Phiên họp đặc biệt của LHQ về HIV và AIDS
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
UNODC	Tổ chức Phòng chống Ma túy và tội phạm Liên Hợp Quốc
UNV	Tình nguyện viên Liên Hợp Quốc
UN Women	Cơ quan Phụ nữ Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
VAAC	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
VCSPA	Diễn đàn đối tác xã hội dân sự về phòng chống AIDS Việt Nam
VCT	Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
VNP+	Mạng lưới quốc gia những người có HIV tại Việt Nam
VPAIS	Điều tra các chỉ tiêu dân số và AIDS
VUSTA	Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật Việt Nam
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

II. TÓM TẮT NỘI DUNG BÁO CÁO

Dịch HIV ở Việt Nam vẫn đang ở giai đoạn tập trung. Dịch đã có xu hướng chững lại trong hai năm qua, biểu hiện qua việc giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể chính có nguy cơ cao như nhóm người tiêm chích ma túy (TCMT) và phụ nữ mại dâm (PNMD) ở một số tỉnh thành, trong khi ở một số tỉnh thành khác tỷ lệ này vẫn có xu hướng không đổi hoặc gia tăng. Theo kết quả giám sát trọng điểm 2011, tỷ lệ hiện nhiễm HIV vẫn cao trong nhóm TCMT (13,4%) và PNMD (3%); cũng như kết quả IBBS trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là 16,7%. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM vẫn còn cao. Việc phân bố các trường hợp nhiễm HIV chủ yếu thể hiện qua sự phân bố của nhóm quần thể này, phần lớn tập trung tại các trung tâm đô thị (cho dù không phải là không có nhóm này ở khu vực nông thôn). Nhìn chung tỷ lệ hiện nhiễm HIV người trưởng thành (15-49 tuổi) duy trì ở mức 0,45% vào năm 2011.¹

Những thành tựu phản ánh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2010-2011 bao gồm: (1) tăng sự cam kết chính trị và lãnh đạo dẫn đến những thay đổi tích cực trong các ứng phó của quốc gia với dịch, (2) tăng cường tập trung vào dự phòng đem lại những tiến bộ trong việc tăng sự tiếp cận với các dịch vụ HIV, đáng chú ý là các dịch vụ giảm tác hại, và đặc biệt là liệu pháp điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone (MMT) cho những người TCMT, (3) tăng cường huy động các nguồn lực để đối phó với công tác phòng, chống HIV/AIDS, (4) mở rộng nhanh chương trình điều trị bằng thuốc kháng retrovirus đặc hiệu (ART), và (5) sự tham gia rộng rãi và mạnh mẽ hơn của các tổ chức xã hội dân sự trong ứng phó quốc gia

Bản Báo cáo Tiến độ AIDS toàn cầu của Việt Nam đã được chuẩn bị sau phiên họp cấp cao của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc (LHQ) về AIDS ở New York trong tháng 6 năm 2011. Báo cáo công nhận những thành tựu đáng kể và những nỗ lực của Việt Nam trong việc tăng cường tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV trong giai đoạn 2010 - 2011.

Bản báo cáo đã được chuẩn bị với sự tham gia rộng rãi của Chính phủ và các đối tác phát triển và xã hội dân sự. Trong tháng 12 năm 2011, Bảng hỏi cho các Cam kết quốc gia và Công cụ chính sách (NCPI) phần A đã được gửi cho các thành viên của Ủy ban Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS và phòng chống, tệ nạn Ma túy, Mại dâm (là đơn vị điều phối chương trình HIV/AIDS quốc gia của Việt Nam) và các Bộ, ban ngành, tổ chức liên quan. Bên cạnh đó, hơn 100 tổ chức dân sự xã hội (các nhóm tự lực, tổ chức tôn giáo, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế), các doanh nghiệp, các nhà tài trợ song phương và đa phương, các tổ chức Liên Hợp Quốc đã được mời tham gia trả lời bộ câu hỏi NCPI phần B. Trong giai đoạn từ tháng 12/2011 đến tháng 1/2012, đã có năm hội thảo tham vấn (một hội thảo với các cơ quan của chính phủ, 2 hội thảo với các tổ chức dân sự xã hội, một hội thảo với các tổ chức phi chính phủ quốc tế và một hội thảo với các tổ chức Liên Hợp Quốc) và một cuộc hội thảo đồng thuận để hoàn thành bộ câu hỏi NCPI phần A và B.

¹ Ước tính và Dự báo HIV/AIDS Ban đầu tại Việt Nam 2011. Bộ Y tế, Nhóm Công tác Kỹ thuật Quốc gia về Ước tính và Dự báo HIV, 2011.

Hội nghị đồng thuận quốc gia góp ý kiến cho toàn bộ Báo cáo Tiến độ phòng, chống AIDS Toàn cầu của Việt Nam cũng được tổ chức vào ngày 14/3/2012 với sự tham gia của 57 đại biểu từ 32 tổ chức đại diện cho chính phủ và các đối tác phát triển, cũng như các đại biểu xã hội dân sự, trình bày kết quả của báo cáo và tạo cơ hội cho các đại biểu xem xét và công nhận kết quả và khuyến nghị của báo cáo.

Phần III của báo cáo này tóm tắt tổng quan về tình hình dịch HIV tại Việt Nam, phần IV phân tích các ứng phó quốc gia về chính sách và các chương trình liên quan đến dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ và phần V nêu bật 4 bài học kinh nghiệm về thực hành tốt nhất của quốc gia.

Phần VI đưa ra những thách thức chính mà Việt Nam phải đương đầu và các giải pháp nhằm giải quyết các thách thức này, phần VII tóm tắt các hỗ trợ chính từ các đối tác phát triển và phần VIII đưa ra các nhận định về hệ thống theo dõi và đánh giá của Việt Nam.

Các phụ lục cung cấp thêm thông tin về quá trình chuẩn bị báo cáo (Phụ lục 1), phần trả lời bộ câu hỏi Chỉ số hợp phần Chính sách Quốc gia (Phụ lục 2), Đánh giá chỉ tiêu AIDS quốc gia (Phụ lục 3) và giải trình chi tiết về các chỉ số báo cáo (Phụ lục 4).

Các chỉ số chính được tóm tắt trong bảng dưới đây:

Chỉ tiêu 1. Giảm 50% lây truyền HIV qua đường tình dục vào năm 2015		
Quần thể chung		
Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
1.1. Tỷ lệ phần trăm nữ và nam thanh niên tuổi 15–24 xác định đúng các biện pháp dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và bác bỏ các quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV	SAVY 2009 MICS4 2010-2011	2009: Nam 15-24: 44,1% Nữ 15-24: 40,8% Tất cả 15-24: 42,5% 2011: Nữ: 49,9% ²
1.2. Tỷ lệ phần trăm nữ và nam thanh niên tuổi 15-24 quan hệ tình dục trước tuổi 15	SAVY 2009 MICS4 2010-2011	2009: Nam 15-24: 0,16% Nữ 15-24: 0,07% Tất cả 15-24: 0,11% 2011: Nữ: 0,32% ³
1.3. Tỷ lệ phần trăm người tuổi từ 15-49 có QHTD với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua	SAVY 2009 MICS4 2010-2011	2009: Nam 15-24: 2,44% Nữ 15-24: 0,11% Tất cả 15-24: 1,28% 2011: Nữ: 0,09% ⁴
1.4. Tỷ lệ phần trăm người tuổi từ 15-49 có QHTD với hơn một bạn tình trong 12 tháng qua và cho biết có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất	SAVY 2009	2009: Nam tuổi 15-24: 92,9% Nữ tuổi 15-24: không có nguy cơ được báo cáo Tổng người tuổi 15-24: 92,9%

² Không có số liệu cho nhóm nam thanh niên.

³ Xem ghi chú ở trên

⁴ Xem ghi chú ở trên

Quản thể chung		
Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
1.5. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ tuổi 15-49 đã xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm		<i>Không áp dụng</i>
1.6. Tỷ lệ phần trăm thanh niên tuổi 15-24 sống chung với HIV		<i>Không áp dụng</i>
Người bán dâm		
1.7. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV	IBBS 2009	2009: PNMD: 47,3%
1.8. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm khẳng định có sử dụng BCS với khách hàng lần gần đây nhất	HSS+ 2011	2011: PNMD: 86,9%
1.9. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	HSS+ 2011	2011: PNMD: 43,8%
1.10. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm đang sống chung với HIV	Giám sát trọng điểm 2011	2011: PNMD: 3,0%
MSM		
1.11. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới được tiếp cận các chương trình dự phòng HIV	IBBS 2009	2009: 24%
1.12. Tỷ lệ phần trăm nam giới khẳng định có sử dụng BCS lần cuối khi họ QHTD đồng giới qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới	HSS+ 2011	2011: 75,6%
1.13. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đã xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	HSS+ 2011	2011: 30,2%
1.14. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đang sống chung với HIV	IBBS 2009	2009: 16,7%

Chỉ tiêu 2. Giảm 50% lây truyền HIV ở những người TCMT vào 2015		
Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
2.1. Số BKT được phân phát trung bình cho 1 người TCMT trong 1 năm qua chương trình BKT	Báo cáo thường qui D28 của VAAC 2011	2011: Nam TCMT: 140
2.2. Tỷ lệ phần trăm người TCMT cho biết có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	IBBS 2009	2011: Nam TCMT: 51,9%
2.3. Tỷ lệ phần trăm người TCMT cho biết có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần nhất	HSS+ 2011	2011: Nam TCMT: 95,3%
2.4. Tỷ lệ phần trăm người TCMT đã xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	HSS+ 2011	2011: Nam TCMT: 29,1%
2.5. Tỷ lệ phần trăm người TCMT đang sống chung với HIV	Giám sát trọng điểm 2011	2011: Nam TCMT: 13,4%

Chỉ tiêu 3. Xóa bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con vào năm 2015 và giảm vững chắc số ca tử vong liên quan đến AIDS ở mẹ

Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
3.1. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai dương tính với HIV được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con	Báo cáo thường qui D28 của VAAC 2011	2010: 49,1% 2011: 44,0%
3.2. Tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được xét nghiệm virus HIV trong vòng 2 tháng sau khi sinh	Báo cáo thường qui D28 của VAAC 2011	2011: 25,8%
3.3. Lây truyền HIV từ mẹ sang con (chạy mô hình)		<i>Không có số liệu</i>

Chỉ tiêu 4. 15 triệu người có HIV được điều trị kháng virus vào năm 2015

Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
4.1. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em đủ điều kiện được điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Báo cáo thường qui D28 của VAAC năm 2010 và 2011	Người lớn: 2010: 46,6% 2011: 53,0% Trẻ em: 2010: 83,2% 2011: 82,9% Chung: 2010: 47,7% 2011: 54,0%
4.2. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV đang được điều trị đến tháng thứ 12 kể từ ngày bắt đầu điều trị thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Thu thập số liệu hàng năm của điều tra thuần tập điều trị ARV và chỉ số cảnh báo sớm hiện tượng kháng thuốc điều trị HIV, 2011 ⁵	2011: 82,1%

Chỉ tiêu 5. Giảm 50% ca tử vong vì lao ở người có HIV vào năm 2015

Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
5.1. Tỷ lệ phần trăm ước tính các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao được điều trị cả HIV và lao	Báo cáo thường qui D28 của VAAC 2011	2011: 30,1%

Chỉ tiêu 6. Đạt mức chỉ tiêu hàng năm toàn cầu (22-24 tỷ USD) ở các nước thu nhập thấp và trung bình

Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
6.1. Chi tiêu cho AIDS trong nước và quốc tế theo các hạng mục và các nguồn tài chính	NASA	2009: 127,4 triệu USD 2010: 139,3 triệu USD

⁵ "Annual data collection on ART cohorts outcome and Early warning indicators for HIV drug resistance" conducted by VAAC and Regional Institutions

Chỉ tiêu 7. Các nhân tố tạo điều kiện và hiệp trợ với lĩnh vực phát triển		
Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Tình trạng: năm 2010-2011
7.1. Các cam kết quốc gia và các công cụ chính sách	Kết quả NCPI	Xem phụ lục 2
7.2. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ tuổi 15 – 49 đã kết hôn hoặc đã có bạn tình nam giới đã từng bị bạo lực thể chất hoặc tình dục bởi bạn tình nam giới trong 12 tháng qua		<i>Không có số liệu</i>
7.3. Tỷ lệ phần trăm trẻ mồ côi và không mồ côi tuổi 10–14 được đi học		<i>Không áp dụng</i>
7.4. Tỷ lệ phần trăm các hộ nghèo nhất được hỗ trợ kinh tế từ bên ngoài trong vòng 3 tháng qua		<i>Không có số liệu</i>

Số liệu cho các chỉ số này được thu thập từ các nguồn khác nhau, bao gồm Giám sát trọng điểm quốc gia 2011 gồm nghiên cứu giám sát hành vi (HSS+) được thực hiện trong năm 2011, Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ 2010 (MICS4), Ước tính và Dự báo về HIV/AIDS do Nhóm công tác kỹ thuật Quốc gia về Ước tính và Dự báo thực hiện năm 2011, và các báo cáo chương trình các năm 2010 và 2011. Trong nhiều trường hợp, chỉ số báo cáo không có số liệu phân chia theo giới.

Hơn nữa, số liệu cho các chỉ số về người bán dâm (SW) chỉ có cho nhóm PNMD và số liệu cho các chỉ số về người TCMT chỉ cho nam TCMT. Ngoài ra, do phương pháp lấy mẫu điều tra của các cuộc khảo sát chỉ chọn một số tỉnh nhất định tham gia nghiên cứu nên kết quả sử dụng trong báo cáo này không phản ánh được chính xác tình hình dịch trên toàn quốc.

Việt Nam không báo cáo chỉ số 1.5 và 7.2 do không có số liệu để tính toán các chỉ số này. Chỉ số 1.6 (tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong thanh niên) chỉ áp dụng cho nước có dịch phổ biến và do đó không phù hợp với Việt Nam là nước có dịch ở giai đoạn tập trung. Việt Nam không báo cáo các chỉ số 7.3 và 7.4 vì những chỉ số này không nằm trong Khung theo dõi và đánh giá quốc gia.

III. TỔNG QUAN VỀ TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM

Tình hình triển khai giám sát dịch HIV ở Việt Nam

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) lần đầu tiên được phát hiện tại Việt Nam tại thành phố Hồ Chí Minh vào năm 1990 và lây truyền nhanh chóng ra cả nước. Hệ thống báo cáo ca nhiễm HIV được triển khai ngay sau khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện. Hệ thống giám sát trọng điểm HIV bắt đầu khởi động vào năm 1994 ở 10 tỉnh và đưa ra báo cáo tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong số 6 quần thể được coi là có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Hệ thống giám sát trọng điểm mở rộng đến 20 tỉnh năm 1996, 30 tỉnh năm 2001 và 40 tỉnh vào năm 2003. Năm 2009, tỉnh Hà Tây sát nhập với Hà Nội, nên hiện chỉ có 39 tỉnh thực hiện chương trình giám sát trọng điểm. Các nhóm quần thể điều tra gồm người tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD), bệnh nhân của các phòng khám các bệnh truyền qua đường tình dục (STI) và phòng khám lao (TB), phụ nữ mang thai khám tại các cơ sở chăm sóc trước sinh và thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự. Ngoài ra còn một số quần thể khác được bổ sung theo yêu cầu của từng địa phương.

Năm 2011, nhóm nam tình dục đồng giới (MSM) đã được chính thức bổ sung nhóm quần thể trọng điểm, mặc dù trước đây chỉ có một vài tỉnh có khảo sát nhóm này một cách định kỳ. Năm 2011 cũng là năm ngừng giám sát tại các trung tâm giáo dục lao động xã hội dành cho người tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm.

Trong giai đoạn 2000 và 2001, 2 vòng nghiên cứu giám sát hành vi được triển khai tại 5 tỉnh/thành phố là Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, TP HCM và Cần Thơ. Giai đoạn 2005-2006, để cải thiện công tác theo dõi dịch và lập kế hoạch can thiệp tốt hơn, nghiên cứu giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) lần đầu tiên được triển khai ở 7 tỉnh (5 tỉnh/thành đã kể trên và 2 tỉnh/thành là Đà Nẵng, An Giang). Đây là một điều tra dựa vào cộng đồng một cách có hệ thống và được thiết kế để đánh giá các hành vi nguy cơ cũng như tỷ lệ hiện nhiễm HIV và STI ở các quần thể có nguy cơ cao như nam TCMT, PNMD và MSM. Năm 2009, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (VVSĐTTU) với sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật từ Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV (PEPFAR) và Cơ quan Phòng chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp Quốc (UNODC) đã phối hợp để thu thập số liệu IBBS vòng 2.

Cũng như vòng 1, IBBS vòng 2 tập trung vào các quần thể có nguy cơ cao như người TCMT, PNMD và MSM. Vòng 2 được tiến hành trên 7 tỉnh đã thực hiện ở vòng 1, và triển khai thêm ở 5 tỉnh/thành khác là Nghệ An, Yên Bái, Đồng Nai và cho riêng nhóm TCMT ở Điện Biên và Lào Cai.⁶

⁶ Bộ Y tế, 12/2011. Kết quả điều tra kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – Vòng II 2009

Gần đây Việt Nam bắt đầu triển khai thí điểm lồng ghép các câu hỏi điều tra hành vi rút gọn với giám sát trọng điểm thường qui (hay còn gọi là HSS+) đã được bổ sung vào hoạt động Giám sát trọng điểm HIV hàng năm. Sau giai đoạn thí điểm vào năm 2009, 7 tỉnh (An Giang, Đà Nẵng, Hà Nội, Hải Dương, Thanh Hóa, thành phố Hồ Chí Minh và Huế) đã thu thập số liệu điều tra hành vi rút gọn này trong năm 2010 và 12 tỉnh (An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Điện Biên, Đà Nẵng, thành phố Hồ Chí Minh, Hải Dương, Hà Nội, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa) đã thu thập số liệu điều tra này năm 2011.

Tình hình dịch HIV/AIDS

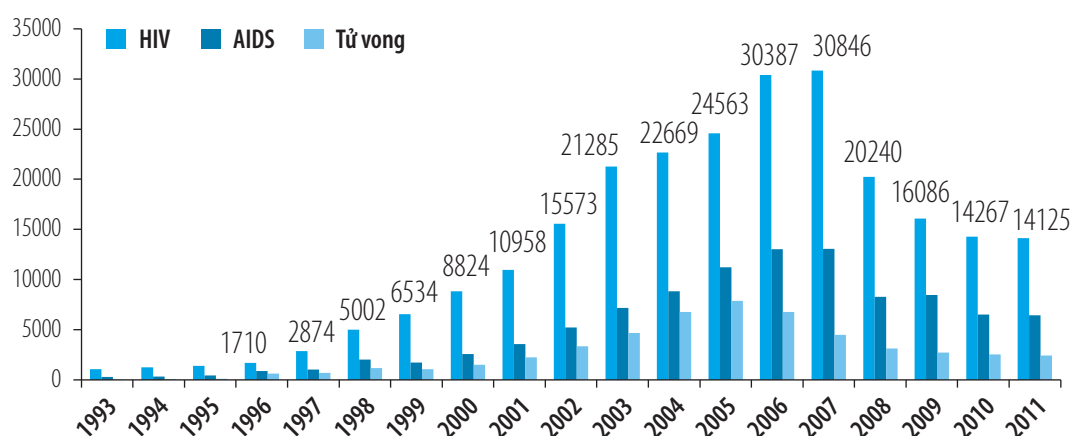
Dịch HIV/AIDS ở Việt Nam bao gồm nhiều hình thái dịch khác nhau trên toàn quốc và vẫn tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây truyền HIV cao: nam tiêm chích ma túy, nam tình dục đồng giới và phụ nữ mại dâm. Theo kết quả giám sát trọng điểm 2011, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam TCMT và PNMD tương ứng là 13,4% và 3%; kết quả IBBS 2009 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 16,7%. Phân bố các trường hợp nhiễm HIV theo sát sự phân bố của 3 nhóm quần thể vốn tập trung phần lớn tại các trung tâm đô thị nhưng cũng xuất hiện ở khu vực ngoài đô thị.

Tính đến 31/12/2011, ở tất cả 63 tỉnh, 98% số huyện và 77% số xã đều đã phát hiện có người nhiễm HIV. Tổng số các ca tích lũy từ khi ghi nhận ca nhiễm HIV đầu tiên cho đến thời điểm này là 249.660 ca, với 197.335 người nhiễm HIV hiện vẫn còn sống và 52.325 ca tử vong liên quan đến AIDS.

Số ca nhiễm HIV được phát hiện báo cáo về Bộ Y tế giảm nhanh chóng trong giai đoạn 2007 và 2009 và giữ ổn định ở mức khoảng 14.000 số trường hợp báo cáo mới mỗi năm trong giai đoạn 2010 và 2011. Báo cáo các trường hợp AIDS và tử vong liên quan đến AIDS cũng vẫn ở mức khá ổn định kể từ năm 2009. Những con số báo cáo này phù hợp với việc giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong các quần thể chính có nguy cơ lây nhiễm cao nhất. Người nhiễm HIV trong độ tuổi 20-39 chiếm hơn 80% số ca được báo cáo.⁷

Biểu đồ 1

Số trường hợp nhiễm HIV, AIDS và tử vong liên quan đến HIV được báo cáo, 1993 – 2011



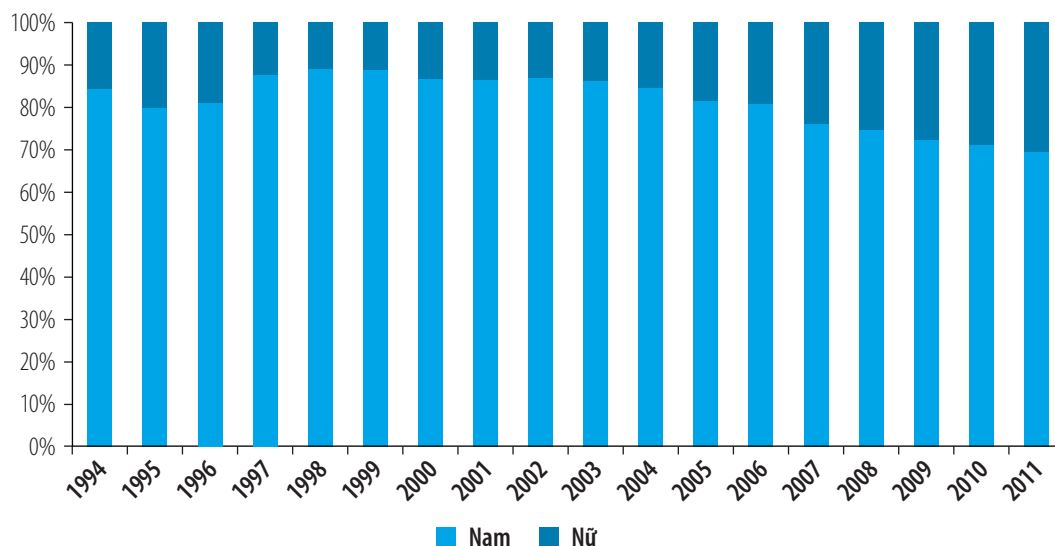
⁷ Báo cáo số trường hợp nhiễm HIV/AIDS và công tác thực hiện Chương trình Phòng, chống HIV/AIDS năm 2011. Kế hoạch cho năm 2012. Bộ Y tế, 2/2012.

Theo Ước tính và Dự báo HIV/AIDS Việt Nam năm 2011, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành (15-49 tuổi) duy trì ở mức 0,45% vào năm 2011. Ước tính sẽ có tới 263.317 người sống chung với HIV vào năm 2015.⁸

Tỷ lệ số ca báo cáo nhiễm HIV là nữ có xu hướng gia tăng, hiện chiếm 31% các trường hợp mới phát hiện nhiễm HIV, phản ánh khả năng lan truyền HIV từ nam có hành vi nguy cơ cao sang nữ có tăng chậm nhưng ổn định.⁹ Tuy nhiên, do kết quả của việc mở rộng các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và gia tăng độ bao phủ của chương trình xét nghiệm cho phụ nữ mang thai nên có thể có một tỷ lệ đáng kể số ca báo cáo mới trên phụ nữ là do gia tăng số phụ nữ được xét nghiệm. Đồng thời, cần lưu ý rằng tại hai tỉnh/thành phố trọng điểm là Điện Biên và Hà Nội, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai vượt quá 1%, trong khi tỷ lệ này trên toàn quốc là 0,2% (n = 30.771).¹⁰

Biểu đồ 2

Số các trường hợp nhiễm HIV được báo cáo phân theo giới 1994-2011



Năm 2011, UNAIDS và Cơ quan Phụ nữ Liên Hợp Quốc (UN Women) triển khai một nghiên cứu phân tích đối chiếu số liệu để ước tính độ lớn của lây truyền HIV qua bạn tình (IPT).¹¹ Kết quả phân tích ban đầu (đối chiếu số liệu khảo sát VCT và chỉ số sinh học và hành vi) cho thấy một tỷ lệ lớn phụ nữ sống chung với HIV ở Việt Nam bị nhiễm từ chồng hoặc bạn tình lâu năm của họ. Trên thực tế việc lây truyền HIV qua bạn tình - từ những nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình nữ của họ - là nguyên nhân chính dẫn đến việc giảm đều tỷ suất nam/nữ của các trường hợp mới nhiễm HIV được báo cáo trong vài năm gần đây.

⁸ Ước tính và dự báo Ban đầu về HIV/AIDS ở Việt Nam, 2011. Bộ Y tế, Nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về Ước tính và dự báo HIV, 2011.

⁹ Báo cáo các ca HIV/AIDS và công tác thực hiện Chương trình Phòng, chống HIV/AIDS năm 2011. Kế hoạch cho năm 2012. Bộ Y tế, 2/2012.

¹⁰ Điều tra giám sát trọng điểm 2011. Cục phòng chống AIDS, 2011.

¹¹ Đối chiếu chéo các nguồn số liệu về lây truyền HIV qua bạn tình (IPT) ở Việt nam UN Women and UNAIDS, 2012 (sắp xuất bản).

Đặc điểm và xu hướng dịch trong nhóm nam TCMT, MSM và PNMD

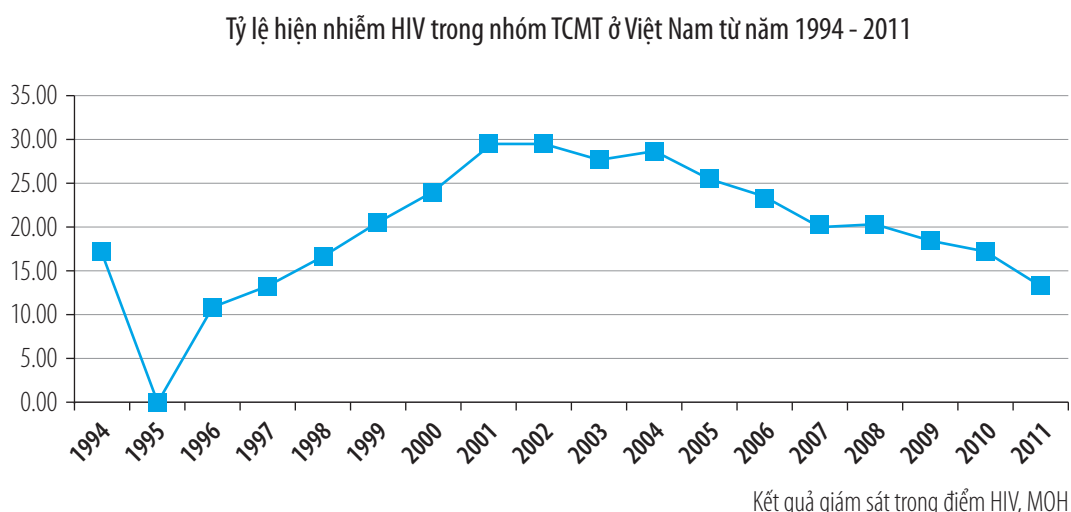
Nam tiêm chích ma túy

Nam tiêm chích ma túy vẫn là nhóm quần thể chính có số trường hợp nhiễm HIV cao ở Việt Nam. Theo kết quả giám sát trọng điểm, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nam TCMT giảm đều đặn từ 2004 đến 2011, và lần đầu tiên kể từ năm 1997, tỷ lệ này giảm xuống dưới 15% vào năm 2011.¹²

Tính không đồng nhất của dịch HIV trên nhóm nam TCMT thể hiện ở sự giao động tỷ lệ hiện nhiễm trên nhóm này ở các tỉnh khác nhau. Tỷ lệ hiện nhiễm cao nhất trên nhóm này được ghi nhận ở Điện Biên, một tỉnh phía Tây bắc (45,7%), trong khi tỷ lệ hiện nhiễm thấp nhất được xác định là ở Hòa Bình - thuộc khu vực trung Bắc bộ (1,1%).

Biểu đồ 3

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam tiêm chích ma túy - Kết quả giám sát trọng điểm qua các năm



Ở 7 tỉnh/thành phố (Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, TP HCM, Cần Thơ, Đà Nẵng và An Giang) tiến hành nghiên cứu IBBS vào năm 2006 và 2009, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam TCMT chỉ tăng duy nhất ở TP HCM, còn ở các địa phương khác tỷ lệ này giảm hoặc ổn định.¹³ Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam TCMT ở TP HCM tăng từ 34% lên 46%, tuy nhiên tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm mới tiêm chích giảm từ 28% vào năm 2006 xuống 5% vào năm 2009, cho thấy bằng chứng ban đầu về việc giảm tỷ lệ mới nhiễm.

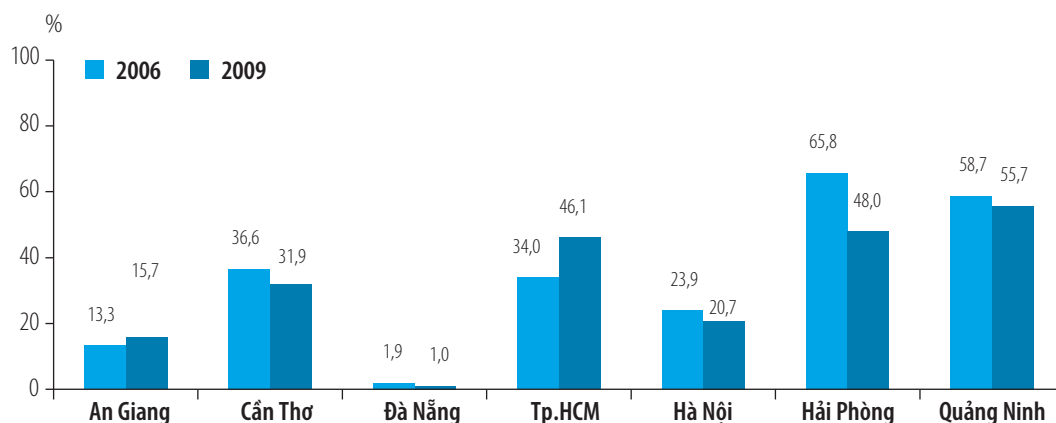
Mặc dù nhìn chung, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam TCMT giảm, nhưng tỷ lệ này vẫn ở mức cao ở nhiều tỉnh/thành phố như Điện Biên (56%), Quảng Ninh (56%), Hải Phòng (48%), và TP HCM (46%). Tỷ lệ này cũng khá cao ở Hà Nội (21%), Lào Cai (22%), Đồng Nai và Nghệ An (24%). Đà Nẵng là địa phương có tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT thấp nhất, chỉ 1%.

¹² Điều tra giám sát trọng điểm 2011. VAAC, 2011.

¹³ Bộ Y tế, 12/2012. Kết quả điều tra kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – Vòng II 2009

Biểu đồ 4

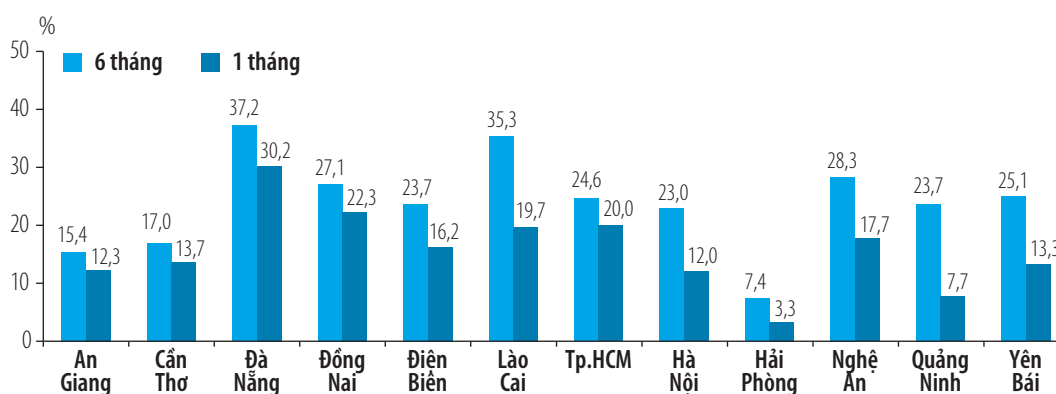
So sánh tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam TCMT (IBBS 2006 và 2009)



Theo kết quả IBBS vòng 2, tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm trong 6 tháng qua khá cao (15% - 37%) ở tất cả các địa phương tiến hành khảo sát, trừ Hải Phòng (7%). Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm trong 6 tháng qua cao nhất là ở Đà Nẵng (37,2%) và Lào Cai (35,3%).

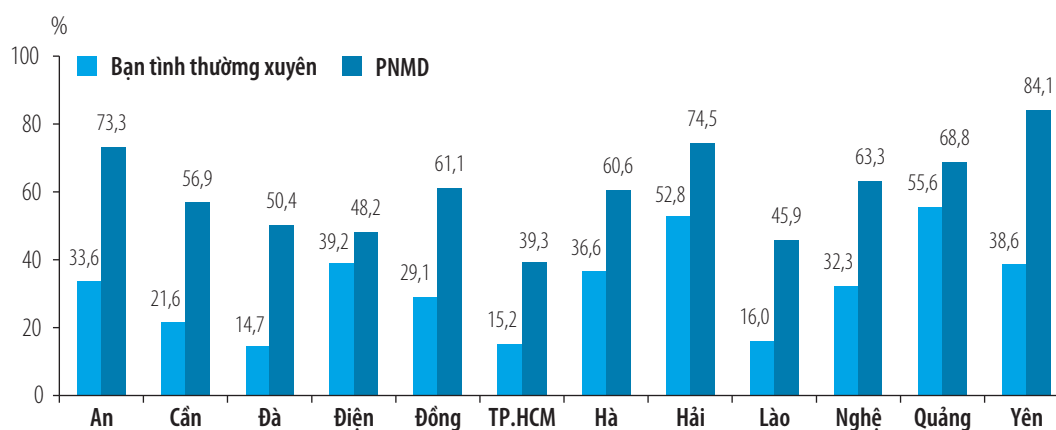
Biểu đồ 5

Tỷ lệ nam TCMT dùng chung bơm kim tiêm – IBBS 2009



Biểu đồ 6

Tỷ lệ nam TCMT sử dụng bao cao su thường xuyên trong 12 tháng qua theo loại bạn tình – IBBS 2009



Theo IBBS 2009, tỷ lệ nam TCMT thường xuyên sử dụng bao cao su (BCS) với bạn tình thường xuyên (vợ và người yêu) trong 12 tháng qua dao động từ 15% ở Đà Nẵng đến 56% ở Quảng Ninh. Mặc dù tỷ lệ thường xuyên sử dụng bao cao su với PNMD có cao hơn tỷ lệ sử dụng BCS với bạn tình thường xuyên (từ 38% ở TP HCM đến 74% ở Hải Phòng) nhưng tỷ lệ này vẫn là thấp ở các tỉnh tham gia khảo sát. So với kết quả điều tra năm 2006, điều tra năm 2009 cho thấy tỷ lệ nam TCMT thường xuyên sử dụng BCS với bạn tình thường xuyên cao hơn ở hầu hết các tỉnh/thành, cụ thể là Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh và An Giang nhưng lại có xu hướng thấp đi ở Đà Nẵng và TP HCM, tỷ lệ này giảm từ tương ứng từ 25% và 36% xuống 15%.

Kết quả của HSS+ năm 2011 chỉ ra rằng 55,1% nam TCMT (n=1.628) cho biết nhận được bơm kim tiêm miễn phí một tháng trước cuộc điều tra. Nam TCMT dương tính với HIV cho biết có nhận được trung bình khoảng 9 bơm kim tiêm trong 1 tháng trong khi nhóm âm tính với HIV báo cáo nhận được trung bình 20 BKT/tháng. Có 28,8% nam TCMT (n=1.647) cho biết đã nhận được bao cao su trong tháng qua, trung bình khoảng 3 chiếc cho nhóm có HIV dương tính và 6 chiếc cho nhóm HIV âm tính

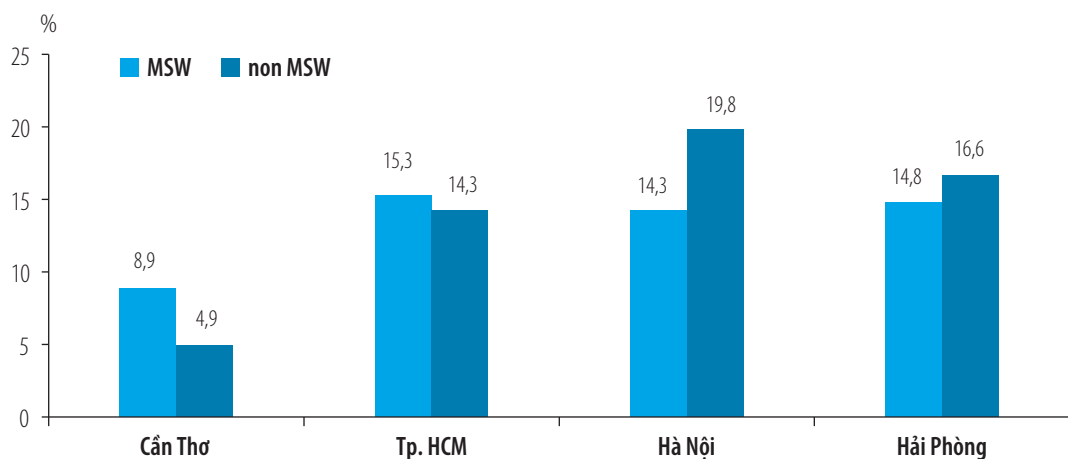
Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM)

8 tỉnh (Hà Nội, Hải Dương, Đà Nẵng, Khánh Hòa, TP Hồ Chí Minh, An Giang, Cần Thơ và Kiên Giang) đã tiến hành giám sát trọng điểm trên nhóm MSM năm 2011 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM năm 2011 là 4,0% (dao động từ 0,0% ở Đà Nẵng tới 14% tại TP HCM).¹⁴ Năm 2010, 3 tỉnh (An Giang, Hà Nội, TP HCM) tiến hành điều tra hành vi rút gọn lồng ghép với giám sát trọng điểm (HSS+) đã phát hiện tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 8,5%. Năm 2011, tỷ lệ hiện nhiễm đã giảm xuống còn 5,2% khi bổ sung thêm 2 tỉnh (Hải Dương và Đà Nẵng) tham gia vào giám sát này. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM bị ảnh hưởng mạnh chỉ bởi số liệu từ thành phố Hồ Chí Minh, nơi tỷ lệ hiện nhiễm được ước tính ở mức 16,1% trong năm 2010 và 16,3% trong năm 2011.

Theo kết quả IBBS vòng 2, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM cao trên 10% ở 3 tỉnh (TP HCM, Hà Nội, Hải Phòng) trong số 4 tỉnh triển khai nghiên cứu, đặc biệt cao ở mức 20% trên ở nhóm MSM không bán dâm ở Hà Nội.

Biểu đồ 7

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM bán dâm và MSM không bán dâm – IBBS 2009

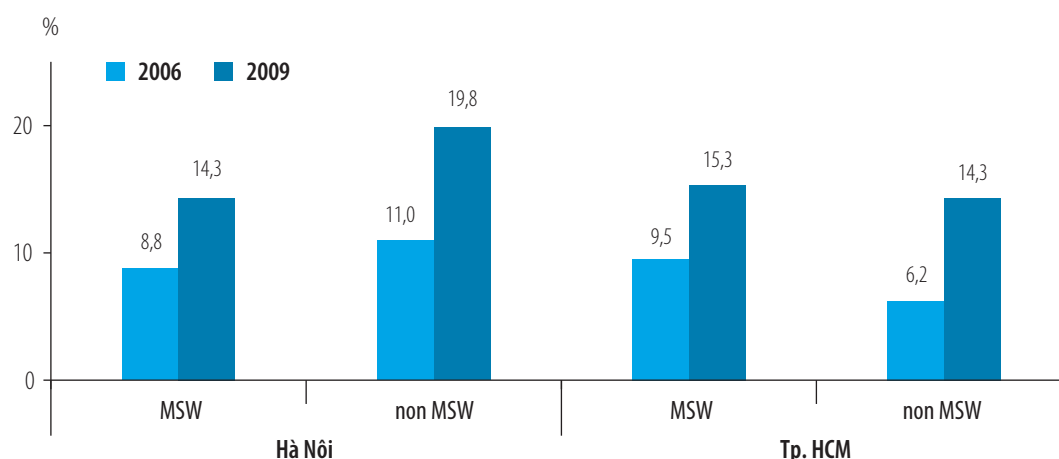


¹⁴ Điều tra giám sát trọng điểm 2011. VAAC, 2011

Ở Hà Nội và TP HCM, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở 2 nhóm MSM nói trên vào năm 2009 cao hơn hẳn so với năm 2006. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM bán dâm tại Hà Nội là 14% vào năm 2009 so với 9% vào năm 2006. Đối với nhóm MSM không bán dâm, tỷ lệ này là 20% vào năm 2009 so với 11% vào năm 2006. Số liệu của TP HCM cũng tương tự.¹⁵

Biểu đồ 8

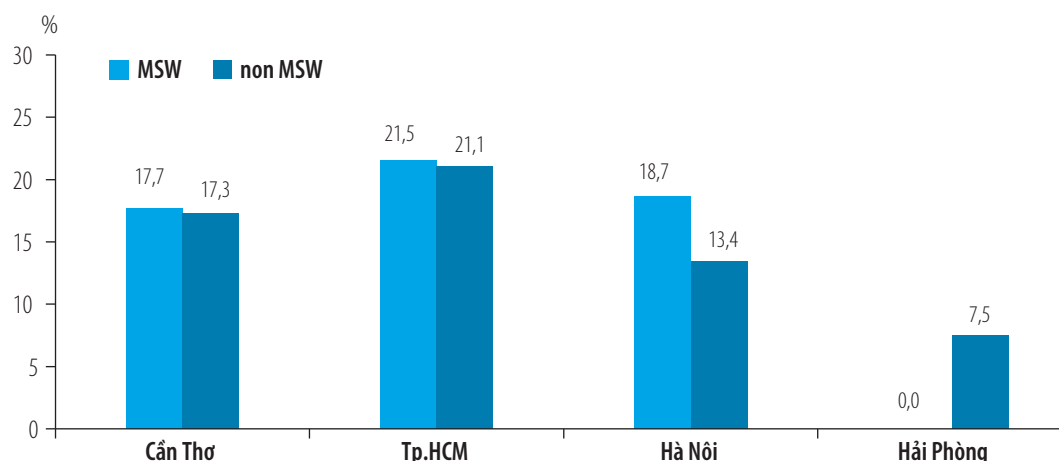
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM bán dâm và MSM không bán dâm (IBBS 2006 và 2009)



Kết quả IBBS vòng 2 khẳng định rằng tỷ lệ hiện nhiễm STI (không bao gồm HIV) trong nhóm MSM cao. Ở TP HCM cứ 5 MSM thì có 1 người nhiễm ít nhất 1 trong các nhiễm khuẩn sau: giang mai, lậu sinh dục, lậu trực tràng, Chlamydia sinh dục hoặc Chlamydia trực tràng.

Biểu đồ 9

Tỷ lệ hiện nhiễm STI trong nhóm MSM bán dâm và MSM không bán dâm (IBBS 2009)



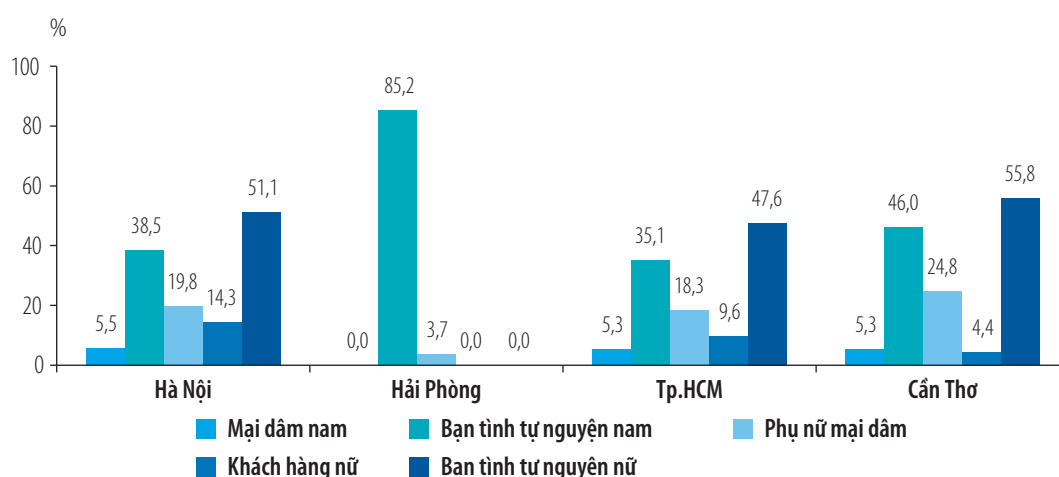
Ở 3 trong số 4 tỉnh triển khai nghiên cứu, một tỷ lệ lớn MSM bán dâm cho biết họ có quan hệ tình dục với cả bạn tình nữ giới trong 12 tháng qua. Ngoại trừ Hải Phòng là địa phương mà MSM bán dâm hầu như chỉ quan hệ tình dục với bạn tình nam giới, ở các tỉnh khác 47-56%

¹⁵ Bộ Y tế, 12/2012. Kết quả điều tra kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – Vòng II 2009

MSM cho biết có quan hệ tình dục với nữ giới ít nhất 1 lần trong 12 tháng qua, so với 39-46% quan hệ tình dục với nam giới ít nhất 1 lần trong tháng qua. MSM bán dâm có xu hướng quan hệ tình dục với PNMD trong 12 tháng qua nhiều hơn (tới 25% ở Cần Thơ).¹⁶

Biểu đồ 10

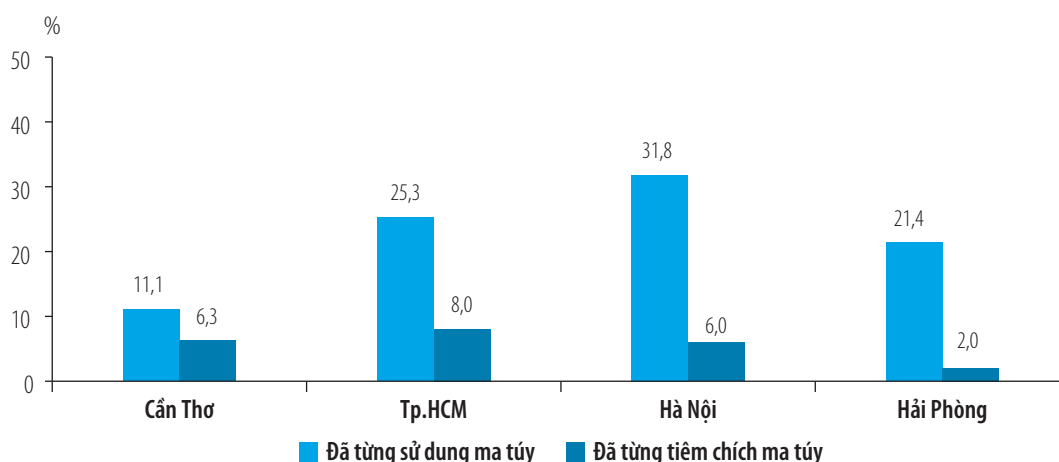
Tỷ lệ MSM bán dâm quan hệ tình dục với bạn tình nam giới trong tháng qua và với bạn tình nữ giới trong 12 tháng qua, theo nhóm bạn tình – IBBS 2009



Cũng như nhóm PNMD và TCMT, MSM đối diện với nguy cơ lây nhiễm HIV liên quan tới tình dục và ma túy; cả 2 nguy cơ này làm tăng rủi ro nhiễm HIV. Biểu đồ 11 biểu diễn tỷ lệ MSM sử dụng ma túy trong năm 2009. Tỷ lệ sử dụng ma túy dao động từ 1 trong số 10 người (ở Cần Thơ) đến 1 trong số 3 người (ở Hà Nội).

Biểu đồ 11

Tỷ lệ MSM đã từng sử dụng và tiêm chích ma túy – IBBS 2009



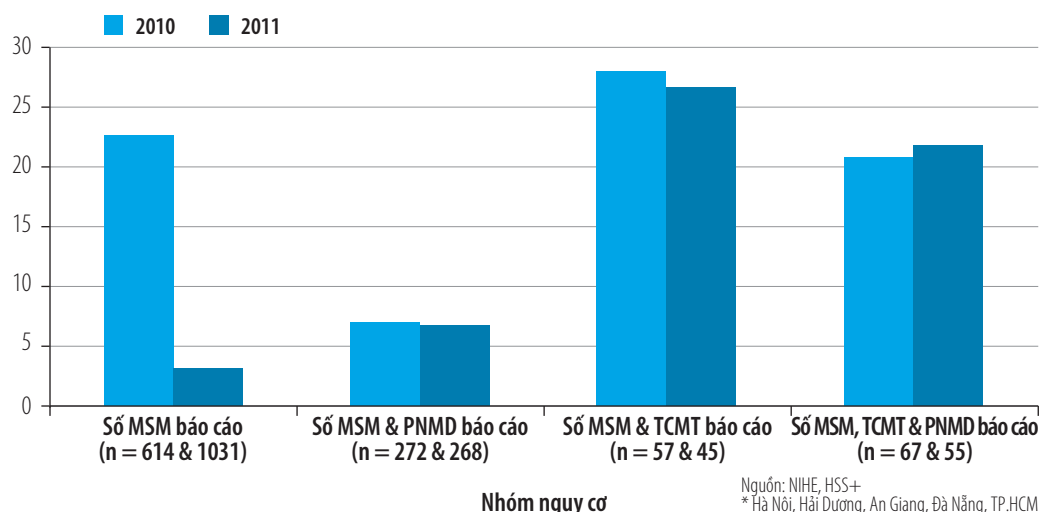
Theo kết quả HSS+, tại TP HCM, 48% số MSM được hỏi đã hành nghề mại dâm và 15,7% cho biết đã tiêm chích ma túy. Điều này cũng tương tự như ở hai tỉnh còn lại có tỷ lệ hành nghề mại dâm tương ứng là 42% và 28,1% và tiêm chích ma túy tương ứng là 20,5% và 9,1%.¹⁷

¹⁶ Bộ Y tế, 12/2012. Kết quả điều tra kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – Vòng II 2009
¹⁷ HSS+ 2010 và 2011.VAAC, 2010 và 2011.

Biểu đồ dưới đây cho thấy rõ ràng rằng tiêm chích ma túy cùng với quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn là 2 hành vi kết hợp làm tăng nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm MSM: tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM có tiêm chích ma túy cao hơn hẳn tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm người chỉ tiêm chích ma túy (TCMT) hoặc nhóm nam chỉ quan hệ tình dục đồng giới.

Biểu đồ 12

Tỷ lệ MSM nhiễm HIV theo nhóm nguy cơ tại 5 tỉnh/thành (Hà Nội, Hải Dương, An Giang, Đà Nẵng, TP HCM) năm 2010 - 2011



Hơn nửa số MSM trong HSS+ 2011 cho biết có nhận được bao cao su miễn phí trong tháng trước cuộc điều tra (56,9%; n= 1.349). Trong tổng số 69 MSM có tiêm chích ma túy trong tháng qua, 44,9% cho biết có nhận được ít nhất một bơm kim tiêm miễn phí. Số bơm kim tiêm miễn phí trung bình một MSM có HIV dương tính nhận được trong tháng là 5 chiếc trong khi một MSM có HIV âm tính nhận được là 6 chiếc.

Phụ nữ mại dâm

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm (PNMD) bắt đầu giảm từ năm 2002. Năm 2011, tỷ lệ này thấp ở mức chưa từng thấy là 3,0% kể từ năm 1998 (dao động từ 0% ở 6 tỉnh/thành phố đến 22,5% ở Hà Nội).¹⁸

Kết quả điều tra hành vi rút gọn lồng ghép với giám sát trọng điểm (HSS+) cho thấy tỷ lệ này phần nào bị ảnh hưởng bởi nhóm PNMD tiêm chích ma túy. Năm 2010, 7,2% số PNMD (n = 992) được phỏng vấn cho biết có tiền sử tiêm chích ma túy, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ mại dâm tiêm chích ma túy là 25,4%.¹⁹

Năm 2011, 2,7% trong số 2.986 PNMD trả lời tại 12 tỉnh cho biết đã từng tiêm chích ma túy, và tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm điều tra này là 30%.²⁰ Con số ước tính chung cho quốc gia được lấy từ cỡ mẫu 7.983. Cấu phần Điều tra hành vi rút gọn (HSS+) sẽ được mở rộng cho nhiều tỉnh nữa lồng ghép với hoạt động giám sát trọng điểm và sẽ phản ánh rõ hơn bức tranh về các nguy cơ trong nhóm PNMD.

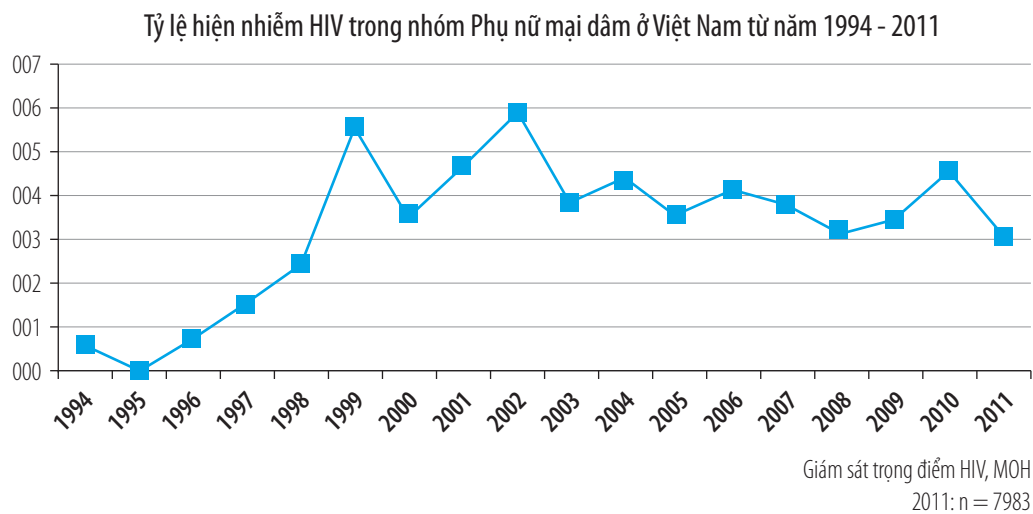
¹⁸ Điều tra giám sát trọng điểm 2011. VAAC, 2011.

¹⁹ HSS+ 2010. VAAC, 2010

²⁰ HSS+ 2010. VAAC, 2010

Biểu đồ 13

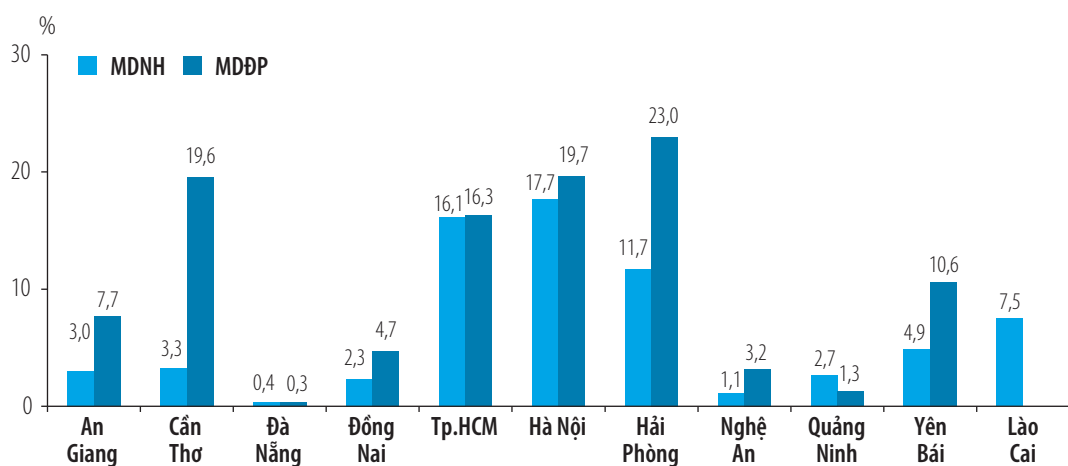
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD, 1994 - 2011



Kết quả IBBS vòng 2 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD khác biệt ở các địa phương cũng như các nhóm quần thể khác nhau (mại dâm đường phố và mại dâm nhà hàng). Ở hầu hết các địa phương, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD đường phố cao hơn so với nhóm PNMD nhà hàng. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao hơn 10% ở cả 2 nhóm trên tại Hà Nội, Hải Phòng và TP HCM, và ở nhóm PNMD đường phố tại Cần Thơ và Yên Bái. Tỷ lệ này ở 2 nhóm PNMD tại Quảng Ninh, Nghệ An, Đà Nẵng, Đồng Nai dưới 3%. PNMD đường phố ở Hải Phòng có tỷ lệ hiện nhiễm cao nhất – 23%.

Biểu đồ 14

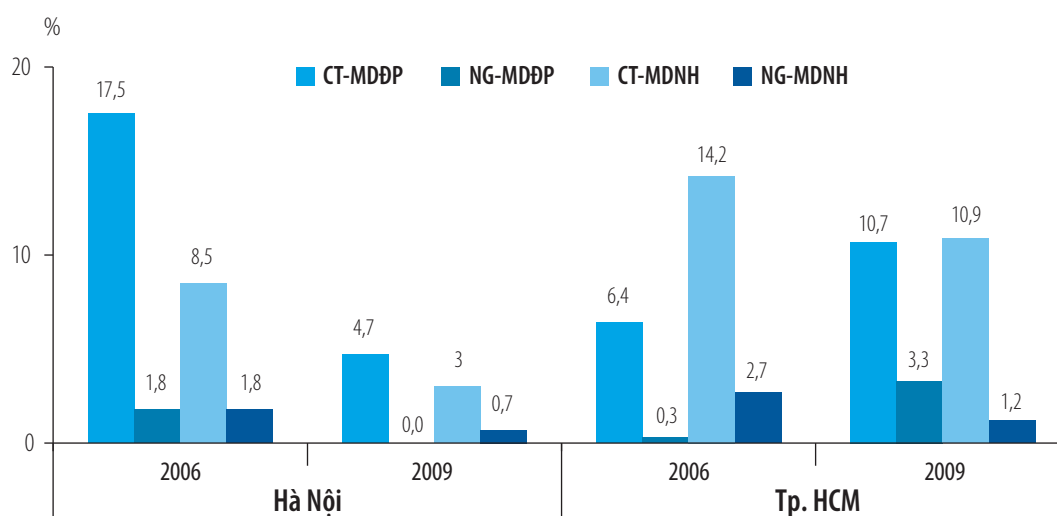
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm đường phố (MDĐP) và nhà hàng (MDNH) - IBBS 2009



Theo kết quả IBBS 2009, tỷ lệ hiện nhiễm STI trong cả 2 nhóm mại dâm đường phố và mại dâm nhà hàng ở Hà Nội giảm qua 2 kỳ điều tra năm 2006 và 2009. Tỷ lệ hiện nhiễm Chlamydia trong nhóm mại dâm đường phố ở TP HCM tăng từ 6% năm 2006 lên 10% năm 2009. Tỷ lệ mắc lậu thấp và khá hiếm ở cả 2 thành phố. Tỷ lệ hiện nhiễm giang mai trong nhóm PNMD thấp, dưới 2% ở hầu hết các địa phương tham gia khảo sát (trừ Cần Thơ và An Giang).

Biểu đồ 15

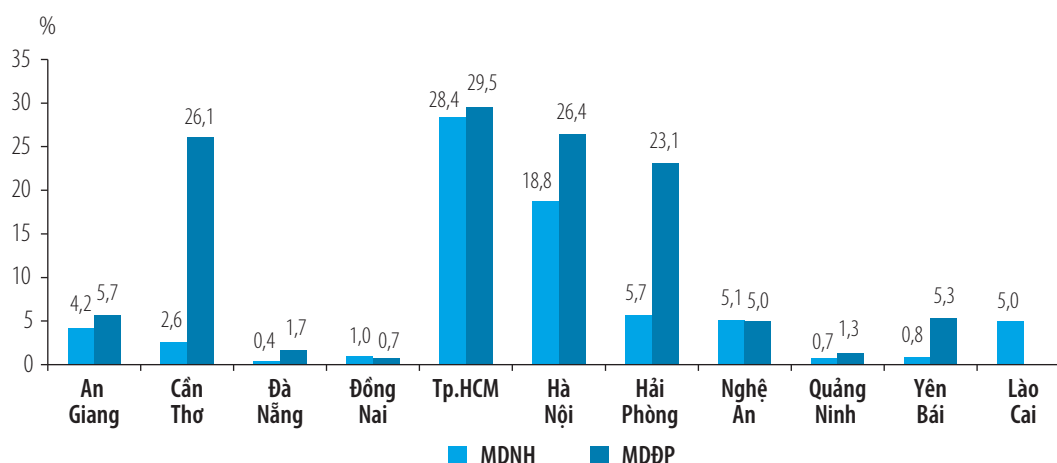
Tỷ lệ hiện nhiễm Chlamydia (CT) và Lậu (NG) trong nhóm MDNH và MDĐP tại Hà Nội và TP. HCM - IBBS 2006 và 2009



Theo kết quả IBBS vòng 2, tiêm chích ma túy đã góp phần làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm PNMD, thậm chí đóng vai trò lớn ở các địa phương như Hà Nội, Hải Phòng, TP HCM và Cần Thơ. PNMD đường phố có xu hướng tiêm chích ma túy nhiều hơn PNMD nhà hàng. Tại tất cả các tỉnh/thành triển khai nghiên cứu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD tiêm chích ma túy cao hơn so với nhóm không tiêm chích, và tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD tiêm chích này thậm chí bằng hoặc cao hơn so với nhóm nam TCMT tại cùng địa phương.

Biểu đồ 16

Tỷ lệ PNMD đã từng sử dụng ma túy - IBBS 2009

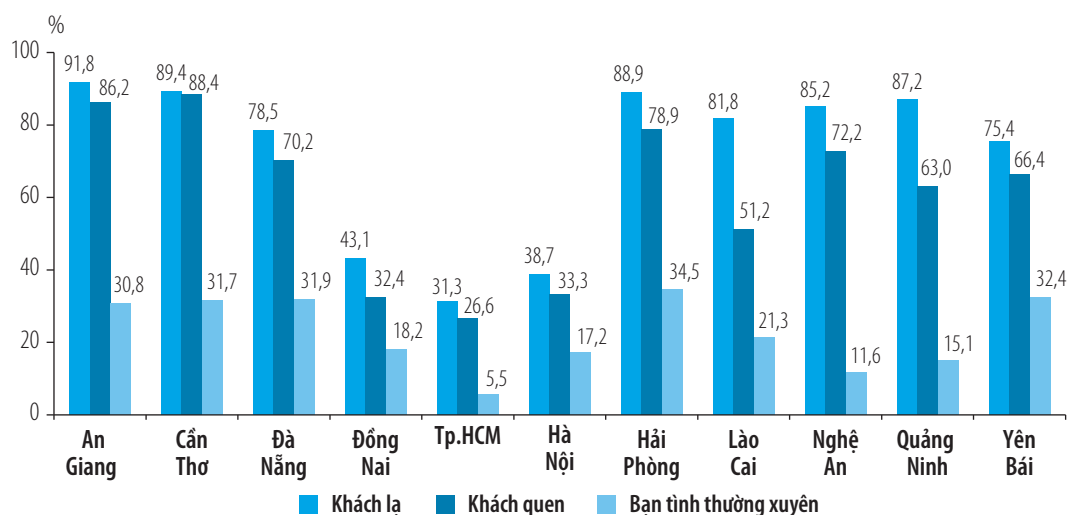


Trong khi tỷ lệ sử dụng bao cao su với khách quen trong lần quan hệ tình dục gần nhất cao ở hầu hết các địa phương, tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên trong tháng qua lại dao động đáng kể và đặc biệt thấp ở Hà Nội, TP HCM và Đồng Nai. PNMD có xu hướng sử dụng bao cao su với khách lạ thường xuyên hơn là với khách quen. Số liệu ở Hà Nội và TP HCM rất đáng quan

ngại. Với cả 2 nhóm PNMD đường phố và nhà hàng, tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên với cả khách lạ và khách quen giảm đáng kể. Trong nhóm PNMD đường phố ở TP HCM, tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên giảm phân nửa từ 69% xuống 31% với khách lạ, và từ 64% xuống 27% với khách quen.²¹

Biểu đồ 17

Tỷ lệ PNMD đường phố sử dụng bao cao su thường xuyên trong tháng qua theo loại bạn tình - IBBS 2009



Phần lớn PNMD trong nhóm điều tra của HSS+ 2011 cho biết có nhận được BCS miễn phí trong 1 tháng trước thời điểm điều tra (65,5%, n= 2832). Trong tổng số 75 PNMD có tiêm chích đồng ý trả lời thì 49,3% cho biết có nhận được bơm kim tiêm miễn phí cùng thời điểm với việc nhận BCS. Số BCS trung bình nhận được trong tháng là 24 chiếc (đối với PNMD có HIV dương tính) và 19 chiếc (với PNMD HIV âm tính). Số BKT nhận được trung bình lần lượt là 17 và 15 tương tự với 2 nhóm trên.

²¹ Bộ Y tế, 12/2012. Kết quả điều tra kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam – Vòng II 2009

IV. ỨNG PHÓ QUỐC GIA

1. Công tác quản lý, chỉ đạo

Năm 2011 là năm chứng kiến những chuyển giao nhiệm kỳ mới của hệ thống chính trị ở Việt Nam. Thực hiện *Quyết định số 50/2007/QĐ-TTg* ngày 12/4/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc kiện toàn Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm, ngày 24/10/2011 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành *Quyết định số 1867/QĐ-TTg* về việc cử các thành viên Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Tại Quyết định này Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc giữ vai trò Chủ tịch và bổ sung thêm thành viên từ Liên hiệp các Hội khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA), các đồng chí lãnh đạo mới của các Bộ, ban, ngành thành viên Ủy ban quốc gia được cử thay thế các đồng chí lãnh đạo đã nghỉ hưu hoặc chuyển công tác. Song song với kiện toàn thành viên của Ủy ban Quốc gia, ở địa phương đã và đang kiện toàn lại các thành viên Ban chỉ đạo phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm ở các cấp tỉnh, huyện, xã. Sự tham gia thêm của VUSTA, trong vai trò mới này VUSTA đã đại diện cho sự tham gia của các tổ chức xã hội trong Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm – thể hiện vai trò điều phối của Ủy ban trong ứng phó với HIV ở Việt Nam mang tính đa ngành.

Phó Thủ tướng cùng các thành viên đã đi kiểm tra hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, phòng, chống tệ nạn, ma túy mại dâm tại một số địa phương, chủ trì phát động Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS, điều hành một hội thảo về Điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT). Bên cạnh kiện toàn hệ thống Ban chỉ đạo các tỉnh, và triển khai các hoạt động, Ủy ban Quốc gia đã tổ chức tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS cho 600 nhà lãnh đạo mới tại các tỉnh Hải Dương, Hưng Yên, Nam Định, Phú Thọ và Bắc Giang.

Trong giai đoạn báo cáo 2010-2011, ứng phó quốc gia với HIV đã có những tiến bộ nhất định nhờ vào sự lãnh đạo sáng suốt của Đảng và Chính phủ cũng như toàn bộ hệ thống chính trị và sự hợp tác chặt chẽ giữa các ngành chủ chốt như công an, y tế, lao động – thương binh – xã hội, Mặt trận tổ quốc, các tổ chức đoàn thể, tổ chức xã hội dân sự và toàn thể người dân. Các nhà lãnh đạo của Đảng, Nhà nước kể cả nhiệm kỳ cũ và nhiệm kỳ mới đã chỉ đạo ở cấp quốc gia và địa phương để tiếp tục cải thiện và mở rộng việc cung cấp dịch vụ, đặc biệt là trong các lĩnh vực giảm thiểu tác hại và chăm sóc điều trị HIV/AIDS. Các bài học kinh nghiệm trên thế giới đã được điều chỉnh cho phù hợp với tình hình của Việt Nam và được áp dụng nhằm cải thiện việc thực hiện chương trình can thiệp. Ở tuyến trung ương, các nhà lãnh đạo đã nỗ lực để đảm bảo rằng HIV/AIDS đã được lồng ghép vào các chính sách và các quyết định quan trọng của quốc gia, cũng như đảm bảo việc thực hiện các nội dung có liên quan (bao gồm cả những nội dung được đưa vào Chiến lược mười năm về phát triển kinh tế xã hội 2011-2020 và Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 2011-2015).

Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội đã tổ chức buổi hội thảo với các đối tác quốc tế, các bộ liên quan về xây dựng ngân sách bền vững cho công tác phòng, chống HIV/AIDS. Ban Tuyên giáo Trung ương tổ chức sơ kết 5 năm thực hiện *Chỉ thị 54-CT/TW* ngày 30/11/2005 của Ban Bí thư Trung ương về “Tăng cường sự lãnh đạo phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn mới”. Tại

buổi sơ kết này có sự tham gia của các đồng chí lãnh đạo cấp cao nhất của Đảng tham dự định hướng chỉ đạo chủ trương hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn tiếp theo. Các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao nhận thức về HIV và hành vi nguy cơ, cũng như phòng chống ma túy, mại dâm đã được cải thiện.

Năm 2010 và 2011 cũng là những năm có sự thay đổi lớn về nguồn kinh phí cho công tác phòng, chống HIV/AIDS. Những nỗ lực nhất quán của các nhà lãnh đạo và sự hợp tác giữa Bộ Y tế với các Bộ khác đã dẫn đến việc Quốc hội phê chuẩn Chương trình mục tiêu Quốc gia về HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015 với một ngân sách riêng dành cho chương trình. Điều này không chỉ có nghĩa là ứng phó đã được phối hợp tốt hơn giữa các Bộ, ngành liên quan và các cơ quan khác, mà còn có ý nghĩa là tài trợ quốc gia đã được đảm bảo ở một mức độ nhất định - ít nhất là cho đến cuối năm 2015. Việt Nam cũng là nước nhận tài trợ của Vòng 9 của Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét và gần đây đã bắt đầu quá trình cải cách Cơ chế Điều phối Quốc gia (CCM), thành lập một Ủy ban giám sát và lựa chọn các thành viên CCM mới. Những cải cách này sẽ cho phép CCM giám sát thành công việc cung cấp dịch vụ trong khuôn khổ tài trợ của Quỹ Toàn cầu và chuẩn bị cho các vòng xin tài trợ trong tương lai.

Tuy nhiên, cho dù có những dấu hiệu đáng mừng cho thấy các cam kết quốc gia đối với việc tài trợ và quản lý các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS, vẫn có những quan ngại sâu sắc về tính bền vững. Ứng phó với HIV của Việt Nam hiện vẫn đang dựa nhiều vào hỗ trợ quốc tế, trong khi quốc gia đã ở vị trí là nước có thu nhập trung bình, cùng với cuộc khủng hoảng tài chính toàn cầu là những yếu tố khiến các nguồn tài trợ quốc tế cho đối phó với HIV/AIDS cắt giảm. Các nhà tài trợ đã có kế hoạch kết thúc hoặc sẽ giảm đáng kể nguồn tài trợ hiện có (như trong trường hợp của PEPFAR), Quỹ Toàn cầu đã hoãn việc nhận đề xuất xin tài trợ mới do thiếu hụt vốn. Nếu nguồn ngân sách quốc gia chỉ cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS không tăng lên để bù đắp sự thiếu hụt này, thì các kết quả quan trọng đã đạt được trong dự phòng điều trị và chăm sóc HIV sẽ có nguy cơ bị mất.

Tháng 3 năm 2012, Phó Thủ tướng chủ trì hội nghị toàn quốc tổng kết năm 2011 và nhiệm vụ kế hoạch năm 2012 về công tác phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm quốc gia. Hội nghị đã huy động sự tham gia của tất cả các đồng chí lãnh đạo cấp bộ, ban ngành và lãnh đạo Ủy ban nhân dân tỉnh của 63 tỉnh, thành phố, các đồng chí lãnh đạo các tổ chức quốc tế tại Việt Nam, tại hội nghị này Phó Thủ tướng đã kết luận về kết quả hoạt động năm 2011 và chỉ đạo nhiệm vụ trọng tâm năm 2012 trong đó nhấn mạnh: các thành quả quan trọng đã đạt được nhưng những kết quả này chưa thật ổn định, bền vững trong bối cảnh tình hình dịch HIV/AIDS vẫn trong giai đoạn dịch tập trung, nhưng diễn biến phức tạp, tiềm ẩn nguy cơ bùng phát; ...Sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV, phụ nữ mại dâm, người nghiện ma túy vẫn còn khá phổ biến. Phó thủ tướng cũng chỉ ra nguyên nhân chủ yếu của những tồn tại, bất cập là:

- Nhận thức của nhiều cấp, nhiều ngành về công tác phòng, chống HIV/AIDS và tệ nạn ma túy, mại dâm chưa đáp ứng được yêu cầu của nhiệm vụ này; việc thực hiện chưa quyết liệt, đồng bộ; sự phối hợp liên ngành chưa chặt chẽ; chưa huy động được sức mạnh tổng hợp của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội;
- Việc ban hành và triển khai thực hiện các cơ chế chính sách, văn bản pháp luật liên quan đến công tác phòng, chống AIDS và tệ nạn ma túy, mại dâm còn chậm, chưa đáp ứng được yêu cầu công tác.

- Công tác tuyên truyền, phổ biến, giáo dục pháp luật còn mang tính hình thức, thiếu chiều sâu, chưa duy trì thường xuyên, liên tục, chưa thật sự phù hợp với đặc điểm từng nhóm đối tượng, nhất là với thanh thiếu niên, nên hiệu quả chưa cao.
- Việc huy động, phân bổ, quản lý và sử dụng các nguồn lực chưa tốt, chưa đạt hiệu quả như mong muốn.
- Việc rà soát, tổng hợp, báo cáo số liệu, tình hình không đầy đủ, chưa chính xác.
- Tổ chức, bộ máy còn thiếu và yếu, phân công thiếu cụ thể, phối hợp chưa thật chặt chẽ.

Kết luận của Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc đã cho thấy Chính phủ đã xác định các khó khăn tồn tại hiện nay của công tác phòng, chống HIV/AIDS. Phó Thủ tướng đã nêu rõ nhiệm vụ công tác năm 2012 nhấn mạnh việc đảm bảo tính toàn diện từ công tác chỉ đạo, hoàn thiện các văn bản pháp lý, kiện toàn hệ thống tổ chức, huy động các nguồn lực mới và triển khai đồng bộ các hoạt động chuyên môn kỹ thuật. ***Chủ đề công tác của năm 2012 là “Củng cố kiện toàn – Nâng cao nhận thức – Huy động nguồn lực – Tích cực phòng chống”.***²²

2. Môi trường chính sách và pháp lý

Chính phủ Việt Nam xác định rằng phòng, chống HIV/AIDS là nhiệm vụ quan trọng và đòi hỏi phải có phối hợp liên ngành và cam kết tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Ngoài ra, nhận thức về tầm quan trọng của sự tham gia của xã hội dân sự đóng góp cho việc soạn thảo các chính sách và pháp luật ngày càng tăng. *Luật phòng, chống HIV/AIDS số 64/2006/QH11* được thông qua năm 2006 đã đem lại cơ sở pháp lý cho một ứng phó về HIV mạnh mẽ và đa ngành, và bảo vệ các quyền của người sống với HIV. Trong những năm gần đây, Chính phủ và Quốc hội đã ban hành, bổ sung hoặc sửa đổi nhiều chính sách và các văn bản quy phạm pháp luật, tạo ra một khuôn khổ pháp lý mạnh mẽ và nhất quán hơn cho hoạt động phòng chống HIV.

Một trong những thành tựu đáng chú ý trong giai đoạn vừa qua đó là việc Cục Phòng, chống HIV/AIDS (VAAC) đã điều phối việc xây dựng *Chiến lược Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn năm 2030*. Chiến lược mới này đã được xây dựng dựa trên sự đóng góp và tham khảo ý kiến rộng rãi các Bộ ngành của chính phủ, xã hội dân sự, Liên Hợp Quốc và tổ chức quốc tế, bao gồm các mục tiêu đầy tham vọng phần nào thể hiện nội dung *Tuyên bố Chính trị của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS về Tăng cường nỗ lực hơn nữa để loại trừ HIV/AIDS* đã được thống nhất tại Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc vào tháng 6/2011. Quốc hội cũng đã thông qua *Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015*, bảo đảm thêm ngân sách nhà nước cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Ban Chấp hành Trung ương đã ban hành *Thông báo kết luận số 27-TB/TW* ngày 9/5/2011 của Ban Bí thư về việc sơ kết *Chỉ thị 54-CT/TW* ngày 30/11/2005 về “Tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới”, các nội dung thể hiện đổi mới cam kết của Đảng tiếp tục lãnh đạo công tác phòng chống HIV ở cả cấp trung ương và địa phương.

²² Công văn số 84/TB-VPCP ngày 9/3/2012 của Văn Phòng Chính phủ về Thông báo kết luận của Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc tại Hội nghị tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS, ma túy, mại dâm năm 2011 và triển khai nhiệm vụ năm 2012

Một điểm mới quan trọng trong năm 2011 là việc thông qua *Nghị định số 69/2011/NĐ-CP* ngày 08/8/2011 của Chính phủ về việc quy định xử phạt vi phạm hành chính về y tế dự phòng, môi trường y tế và phòng, chống HIV/AIDS đã đem lại sự hỗ trợ quan trọng đối với việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS. Trong khi các hành vi vi phạm hành chính và các biện pháp xử phạt có trong nhiều quy định pháp luật khác nhau, *Nghị định 69/2011/NĐ-CP* đem lại một khung pháp lý chung, cung cấp thêm chi tiết về các hành vi vi phạm hành chính ảnh hưởng đến người sống với HIV và gia tăng số lượng và các loại biện pháp xử phạt đối với hành vi vi phạm hành chính đó. Nghị định này đặt ra những biện pháp xử phạt cụ thể đối với việc cung cấp thông tin không chính xác về HIV/AIDS, cản trở người dân tiếp cận điều trị và chăm sóc, cũng như đối với các hình thức phân biệt đối xử với người có HIV (bao gồm cả hạn chế tiếp cận với các dịch vụ y tế, việc làm và giáo dục). Nghị định cũng đưa ra các biện pháp trừng phạt cụ thể nếu quyền xét nghiệm, tư vấn, hoặc quyền riêng tư bị vi phạm.

Trong hai năm qua cũng đã có nhiều thay đổi tích cực hơn trong môi trường pháp lý liên quan đến việc thực hiện các hoạt động giảm hại. Ví dụ, *Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA* ngày 20/01/2010 của Bộ Y tế và Bộ Công an về việc Quy định việc cấp phát, quản lý và sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

Sau sự thành công của dự án thí điểm điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone (MMT) cho những người nghiện heroin, các nhà lãnh đạo Việt Nam ngày càng nhận ra giá trị của phương pháp này. Chương trình đã được mở rộng và sẽ được mở rộng ra thêm nhiều tỉnh nữa. Để tạo hành lang pháp lý cho mục tiêu này, các văn bản pháp luật mới đã được ban hành hoặc đang soạn thảo, bao gồm:

- *Quy trình Sản xuất và sử dụng Methadone tại Việt Nam (Giai đoạn 2010-2015)*, sẽ hỗ trợ việc mở rộng chương trình MMT với các sản phẩm methadone được sản xuất trong nước, đáp ứng tới 80% nhu cầu vào năm 2015.
- *Quyết định số 5146/QĐ-BYT* ngày 27/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án trên.
- Dự thảo *Nghị định về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện* nêu chi tiết các điều kiện về người tiếp nhận và việc cung cấp MMT.
- *Quyết định 3140/QĐ-BYT* ngày 30/8/2010 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone.
- *Nghị định 94/2010/NĐ-CP* ngày 09/9/2010 của Chính Phủ Quy định về tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng.

Ngoài ra, đã có những cố gắng mở rộng các biện pháp tiếp cận giảm hại với hoạt động mại dâm. Ngày 10/5/2011 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành *Quyết định số 679/QĐ-TTg* về việc phê duyệt Chương trình hành động phòng, chống mại dâm giai đoạn 2010-2015, các nội dung tập trung vào việc thực thi pháp lệnh phòng, chống mại dâm, các nội dung đã đưa ra một loạt các biện pháp giảm hại cho phụ nữ mại dâm như cung cấp bao cao su, tiếp cận điều trị HIV/AIDS, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các dịch vụ y tế khác, và các biện pháp bảo trợ xã hội. Các cố gắng tự nguyện và dựa vào cộng đồng để giúp những phụ nữ mại dâm có các sinh kế thay thế cũng là những phần quan trọng của Chương trình hành động.

Một chương trình quốc gia mới, toàn diện về bao cao su giai đoạn 2011-2020 đặc biệt nhằm vào người có nguy cơ nhiễm HIV cao, chẳng hạn như bạn tình của những người sống với HIV, người tiêm chích ma túy, người bán dâm và nam có quan hệ tình dục với nam. Do nhu cầu chung về bao cao su ở Việt Nam tăng, Chương trình bao cao su cũng thiết lập một khung điều phối hiệu quả hơn, liên kết mạnh mẽ hơn với các chương trình HIV và sức khỏe sinh sản và tình dục, và mở rộng phương pháp tiếp thị dựa vào thị trường, mà tất cả những điều này đều quan trọng khi các nguồn tài trợ cho bao cao su ở Việt Nam giảm. Thêm vào đó, trong năm 2010, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch ban hành *Quyết định 2859/QĐ-BVHTTDL* phê duyệt Kế hoạch triển khai thực hiện chương trình bao cao su dự phòng lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú du lịch giai đoạn 2010 – 2015, trong đó đặt mục tiêu 80% tất cả các khách sạn và nhà khách trên khắp cả nước sẽ có sẵn bao cao su vào năm 2015.

Hơn nữa, đã có những cải thiện trong khung chính sách và pháp lý cho chăm sóc và điều trị HIV. Việt Nam đã chính thức áp dụng hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới- TCYTTG năm 2010 về việc bắt đầu điều trị kháng virus (ART) cho tất cả những người sống với HIV, bao gồm cả phụ nữ mang thai sống chung với HIV, có số đếm tế bào CD4 ≤ 350 tế bào/mm³ và cho những người ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 theo phân loại của TCYTTG nếu không có xét nghiệm tế bào CD4. Hướng dẫn quốc gia mới về điều trị và chăm sóc HIV/AIDS sẽ góp phần cải thiện tỉ lệ sống sót của bệnh nhân ART và tận dụng tốt hơn lợi ích dự phòng của điều trị. Việc áp dụng thực hiện hướng dẫn này được củng cố bởi việc thí điểm sáng kiến “Điều trị 2.0” - Việt Nam là một trong những nước đầu tiên cam kết thực hiện thí điểm đó. Điều trị 2.0 là sáng kiến của WHO/UNAIDS khuyến khích sự đổi mới, hiệu quả và tính bền vững trong ứng phó với HIV/AIDS, tập trung vào việc mở rộng và tiếp cận phổ cập với điều trị ART.

Những văn bản sau cũng sẽ góp phần vào việc cải thiện điều trị và chăm sóc cho những người dễ tổn thương và sống chung với HIV:

- Kế hoạch chiến lược quốc gia 5 năm về HIV và sức khỏe sinh sản của Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam.
- *Quyết định số 4620/QĐ-BYT* ngày 25/11/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” đã đưa việc xét nghiệm và tư vấn HIV.
- *Quyết định 4139/QĐ-BYT* ngày 02/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi Hướng dẫn Quốc gia về Chẩn đoán và Điều trị HIV (*Quyết định 3003/QĐ-BYT*) và thực hiện đầy đủ khuyến nghị 2010 của TCYTTG về ART.
- *Thông tư 04/2011/TT-BLĐTBXH* ngày 25/02/2011 của Bộ Lao Động, Thương Binh và Xã hội về việc quy định tiêu chuẩn chăm sóc tại các trung tâm bảo trợ xã hội.
- *Quyết định số 1781/QĐ-BYT* ngày 27/5/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn thực hiện chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà và cộng đồng và *Quyết định số 1782/QĐ-BYT* ngày 27/5/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà và tại cộng đồng.
- *Thông tư số 33/2011/TT-BYT* ngày 26/8/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.

- *Nghị định 96/2011/NĐ-CP* về xử phạt hành chính đối với những vi phạm liên quan đến khám bệnh, trong đó có việc từ chối cung cấp các dịch vụ y tế cho người nhiễm HIV.
- *Thông tư 01/2010/TT-BYT* hướng dẫn thông báo kết quả xét nghiệm dương tính HIV.
- *Nghị định 61/2011/NĐ-CP* của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của *Nghị định 135/2004/NĐ-CP* quy định áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, tổ chức và hoạt động của cơ sở chữa bệnh theo quy định của Pháp lệnh Xử lý giam giữ hành chính.
- *Thông tư 09/2011/TT-BYT* ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV.
- *Thông tư liên tịch 06/2010/TTLT-BYT-BNV-TC* về việc thực hiện *Nghị định 64/2009/NĐ-CP* về chính sách khuyến khích cán bộ y tế làm việc tại các khu vực có hoàn cảnh khó khăn, trong khi *Nghị định 56/2011/NĐ-CP* quy định trợ cấp cho các cán bộ trong các cơ sở y tế công lập. Những quy định pháp luật này sẽ giúp giữ các cán bộ làm việc về HIV.

Chính sách và chiến lược của Chính phủ đã chuyển từ hỗ trợ cụ thể về HIV/AIDS và theo ngành dọc cho trẻ có HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV sang việc tăng cường chính sách bảo trợ xã hội lồng ghép có bao gồm những đối tượng trẻ em này. Chính phủ tiếp tục ưu tiên phòng ngừa, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho các trẻ em thể hiện ở nhiều hoạt động khác nhau như:

- Các can thiệp giảm tác động cho trẻ em được nhấn mạnh trong bản *Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*.
- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội đã soạn thảo bản Kế hoạch hành động Quốc gia đa ngành cho trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV và AIDS giai đoạn 2011-15, đặt ra những mục tiêu và định hướng cụ thể cho công tác phòng chống HIV có liên quan đến trẻ em.
- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội cũng xây dựng Chương trình Quốc gia về Phát triển Công tác Xã hội và Chương trình Quốc gia Bảo vệ trẻ em, cả hai chương trình này sẽ là yếu tố nền tảng góp phần quan trọng cho sự hỗ trợ bền vững cho trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV, ngoài các chương trình trợ cấp xã hội hiện theo *Nghị định 67/2007/NĐ-CP*, đã được sửa đổi và bổ sung bởi *Nghị định 13/2010/NĐ-CP*, và *Thông tư 24/2010/TTLT-BLĐTBXH-BTC* hướng dẫn thi hành một số điều của nghị định.
- Chương trình HIV trong lĩnh vực giáo dục đã được tăng cường thông qua việc Bộ Giáo dục và Đào tạo xây dựng *Kế hoạch hành động về phòng, chống HIV/AIDS của ngành giáo dục giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030*, trong đó bao gồm Hệ thống quản lý thông tin, và qua việc đưa HIV trong Kế hoạch phát triển chiến lược giáo dục 2011-2020.
- Trẻ em sống chung với hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV được bảo vệ theo *Nghị định 69/2011/NĐ-CP*. Theo *Nghị định* này, các trường tuyển sinh căn cứ vào tình trạng nhiễm HIV, đuổi học sinh vì tình trạng HIV của học sinh đó hoặc của một thành viên trong gia đình học sinh đó, hoặc kỷ luật các học sinh vì tình trạng HIV có thể bị phạt hoặc có nghĩa vụ phải nhận lại học sinh đó.
- *Nghị định 91/NĐ-CP* cũng bao gồm các biện pháp xử phạt sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với trẻ em sống chung với hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV, chẳng hạn như cản trở việc tiếp cận giáo dục.
- *Quyết định 1053/QĐ-BYT* hướng dẫn về xét nghiệm HIV cho trẻ em dưới 18 tháng.

- *Thông tư 02/2010/TT-BYT* liệt kê các loại thuốc bổ sung cho trẻ em dưới 6 tuổi được chi trả bởi quỹ bảo hiểm xã hội, bao gồm điều trị nhiễm trùng cơ hội (nhưng không bao gồm ART).
- Các qui chuẩn quốc gia tối thiểu mới ban hành về chăm sóc trong các cơ sở, tổ chức cũng sẽ giúp bảo vệ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV.

Tại Hội nghị Cấp cao của Đại hội đồng LHQ về AIDS trong tháng 6/2011, Phó Thủ tướng Chính phủ Việt Nam vào thời điểm đó, ông Trương Vĩnh Trọng, là một trong những nhà lãnh đạo toàn cầu đã cam kết loại bỏ lây truyền từ mẹ sang con (LTMC) vào năm 2015. Để đạt được mục tiêu đầy tham vọng này, Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 bao gồm các mục tiêu loại bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con vào năm 2020, Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV 2011-2015 cũng bao gồm phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC). Bộ Y tế tăng cường khung chính sách bằng cách phê duyệt một số hướng dẫn mới có liên quan²³ và bằng cách sửa đổi lại hướng dẫn PLTMC (QĐ4139/2011) phù hợp với hướng dẫn 2010 của WHO.

Trong khi đó, theo *Nghị định 12/2003/NĐ-CP*, người có HIV không được sử dụng các dịch vụ điều trị vô sinh như lọc rửa tinh trùng và thụ tinh trong ống nghiệm. Điều này sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm HIV ở những cặp vợ chồng mà một người hoặc cả 2 nhiễm HIV cũng như con của họ. Hiện nay Bộ Y tế đang bắt đầu xin ý kiến để chỉnh sửa lại Nghị định này.

Đối với các chính sách tại nơi làm việc, các văn bản mới tăng cường bảo vệ người lao động tại nơi làm việc đã được xây dựng để bổ sung nội dung được quy định tại Điều 14 của Luật phòng chống HIV, theo đó người sử dụng lao động chịu trách nhiệm về phòng, chống HIV tại nơi làm việc:

- Theo *Nghị định số 69/2011/NĐ-CP*, người sử dụng lao động vi phạm quyền làm việc của người sống với HIV có thể bị phạt hoặc có nghĩa vụ thuê lại những người sống với HIV và bố trí việc làm thích hợp cho họ.
- *Thông báo 316/TB-VPCP* nhằm mục đích giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV tại nơi làm việc, bao gồm việc xử lý theo pháp luật các trường hợp đuổi việc người lao động do tình trạng nhiễm HIV của họ.
- Theo *Nghị định 122/2011/NĐ-CP*, chi cho công tác phòng chống HIV nơi làm việc (bao gồm cả đào tạo cho nhân viên có liên quan, các hoạt động truyền thông về phòng, chống HIV cho nhân viên, phí tư vấn, xét nghiệm HIV và tài chính hỗ trợ cho người lao động nhiễm HIV dương tính) được loại trừ khi tính thu nhập thuế thu nhập doanh nghiệp. Các doanh nghiệp có 20 nhân viên trở lên (và không làm việc trong các lĩnh vực tài chính và bất động sản) với ít nhất 30% nhân viên là người sống với HIV và /hoặc khuyết tật, và/hoặc người đã cai nghiện ma túy được miễn thuế thu nhập doanh nghiệp, còn thu nhập từ đào tạo nghề cho người sống với HIV hoặc người đã cai nghiện ma túy được miễn thuế.

²³ Hướng dẫn quốc gia về PLTMC toàn diện (2816/QĐ-BYT, 2010), Hướng dẫn quốc gia về Giám sát và Theo dõi PLTMC (2880/QĐ-BYT, 2010), Chương trình Đào tạo Quốc gia về VCT cho PLTMC tại các cơ sở đào tạo y khoa (8282/BYT-K2DT, 2010), Sổ tay đào tạo quốc gia về Chăm sóc và điều trị nhi (4746/QĐ-BYT, 2010).

- *Thông tư số 42/2011/TT-BYT* thêm nhiễm HIV vào danh sách rủi ro nghề nghiệp được bảo hiểm bởi chương trình bảo hiểm theo quy định của Luật Lao động và các văn bản hướng dẫn thi hành.
- *Quyết định số 4744/QĐ-BYT* ngày 08/12/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn triển khai công tác phòng, chống HIV/AIDS tại nơi làm việc”.
- Việt Nam là một trong số các quốc gia của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO) thông qua Khuyến nghị liên quan đến HIV và AIDS và Thể giới việc làm (R200) 38, trong đó kêu gọi việc cung cấp an toàn nơi làm việc, dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc y tế và HIV cho tất cả các công nhân và gia đình/người phụ thuộc của họ, áp dụng đối với tất cả các hình thức lao động hoặc các thỏa thuận lao động bao gồm cả công nhân khu vực chính thức và không chính thức, người làm nghề mại dâm, lao động nhập cư và lực lượng vũ trang, công an.

Tuy nhiên, mặc dù đã có những tiến triển không ngừng trong môi trường pháp lý và chính sách, vẫn còn tồn tại những mâu thuẫn giữa chính sách và các văn bản pháp quy. Đặc biệt, các biện pháp an ninh để kiểm soát việc sử dụng ma túy và mại dâm mâu thuẫn với những thông điệp y tế công cộng đang cố gắng để tiếp cận với các quần thể tham gia vào các hoạt động này. Ví dụ:

- Vẫn có những mâu thuẫn liên quan đến hỗ trợ cho các biện pháp can thiệp giảm hại giữa Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định 108/2007/NĐ-CP và Pháp lệnh về Phòng, chống mại dâm năm 2003. Theo Pháp lệnh, người bán dâm bị giam giữ hành chính tại trung tâm 05²⁴. Đây là một rào cản đối với việc cung cấp các dịch vụ về HIV hiệu quả.
- Mặc dù Luật Phòng, chống ma túy đã được sửa đổi không phân biệt đối xử việc sử dụng ma túy, theo Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính, tăng cường tính nhất quán chung của luật này với Luật phòng chống HIV, ma túy vẫn còn là một hành vi vi phạm hành chính, những người sử dụng ma túy bị quản chế hành chính cho đến hai năm. Điều này là một rào cản đối với việc cung cấp các dịch vụ về HIV hiệu quả.
- Ngoài ra, một số trở ngại pháp lý mới có thể ảnh hưởng đến khả năng các chương trình HIV tiếp cận quần thể chính có nguy cơ nhiễm HIV cao. Nghị định 94/2009/NĐ-CP, hướng dẫn thực hiện Luật phòng, chống ma túy sau khi có Chỉ thị 21-CT/TW ngày 26/3/2008 của Ban Bí thư Trung ương về tiếp tục tăng cường lãnh đạo và chỉ đạo công tác phòng, chống và kiểm soát ma túy trong tình hình mới, có nguy cơ sẽ tạo ra một môi trường pháp luật xử phạt nặng hơn đối với những người nghiện chích. Theo luật mới này, người phạm tội sử dụng ma túy lặp lại sẽ chịu thêm một thời gian “quản lý sau cai nghiện” từ một đến hai năm. Do người bị giam giữ có quyền truy cập hạn chế đến các dịch vụ HIV, biện pháp này có thể cản trở thêm nỗ lực phòng, chống HIV/AIDS với những người tiêm chích ma túy cũng như cung cấp điều trị HIV và chăm sóc người có HIV trong các cơ sở này.

²⁴ Theo sắc lệnh về các vi phạm hành chính số 04/2008/PL-UBTVQH12, người sử dụng ma túy và bán dâm là vi phạm hành chính và bị quản chế trong các Trung tâm do Bộ LĐTĐ quản lý trong thời gian lên tới 2 năm. Những trung tâm này được gọi là 05 cho phụ nữ mại dâm và 06 cho người sử dụng ma túy.

Tình trạng này có thể cải thiện trong tương lai gần vì Chính phủ đã đệ trình lên Quốc hội một dự thảo luật về xử phạt hành chính mà nếu được thông qua với nội dung như hiện nay (cuối 2011) thời hạn cho các cá nhân bị cáo buộc vi phạm hành chính sẽ được cải thiện việc giam giữ hành chính sẽ bị loại bỏ, không còn là một hình thức xử phạt việc mại dâm. Việc loại bỏ nguy cơ sẽ bị giam giữ sẽ tạo ra một môi trường trong đó những người làm nghề mại dâm cảm thấy thoải mái hơn khi tìm kiếm các biện pháp chăm sóc sức khỏe và giảm tác hại, bao gồm cả bao cao su.

Năm 2010-2011, kết quả của những nỗ lực lồng ghép HIV vào các chương trình bình đẳng giới, với mục tiêu liên quan đến HIV được hiện thực hóa trong Chiến lược Quốc gia về Bình đẳng giới 2011-2020 và Kế hoạch hành động về bình đẳng giới trong y tế 2011-2015 và được coi là thước đo của sự tiến bộ cho phụ nữ sống chung với HIV, có nguy cơ hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV. Tuy nhiên, cần có các sáng kiến chính sách bổ sung để giải quyết vấn đề tiếp cận cụ thể của phụ nữ với can thiệp dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, đặc biệt là những người làm nghề mại dâm (thường kiêm luôn tiêm chích ma túy) và các bạn tình của những nam giới có các hành vi nguy cơ. Đã bị gạt ra ngoài lề bởi hành vi bán dâm, những phụ nữ bán dâm có HIV còn bị kỳ thị gấp đôi và gặp khó khăn trong việc tiếp cận việc làm thay thế, giáo dục và các dịch vụ hỗ trợ xã hội. Các chương trình phòng, chống HIV/AIDS hiện nay không giải quyết đầy đủ trách nhiệm của cá nhân phải bảo vệ bạn tình của họ hoặc phải đối đầu với các vấn đề nhạy cảm giới của sự mất cân bằng về quyền trong các mối quan hệ tình dục, chính sách và pháp luật về sức khỏe sinh sản và HIV chưa phản biện đầy đủ về mối quan hệ quyền lực giữa nam giới và phụ nữ, đặc biệt là trong quan hệ tình dục.

Một loạt các văn bản đã ra đời nhằm tạo hành lang pháp lý cho việc cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS cho phạm nhân trong các trại giam. Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg ngày 28/6/2007 của Thủ tướng Chính phủ bao gồm việc cung cấp dịch vụ dự phòng, chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV trong các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam và trại tạm giam. Nghị định số 117/2011 /NĐ-CP ngày 15/12/2011 của Chính phủ Quy định về Tổ chức quản lý phạm nhân và chế độ ăn, mặc, ở, sinh hoạt, chăm sóc y tế đối với phạm nhân, trong đó bao gồm có phạm nhân là người nhiễm HIV.

Các can thiệp khác, bao gồm các dịch vụ giáo dục, phòng ngừa và điều trị, đã được thực hiện ở 15 tỉnh, nhưng vẫn còn rất hạn chế. Hiện nay, ART không có sẵn trong các trại giam mặc dù vào năm 2011 ART đã được cung cấp trong Trung tâm Chữa bệnh, Giáo dục, Lao động Xã hội tại 35 tỉnh, thành phố thông qua các hoạt động dự án Quỹ toàn cầu được thực hiện bởi Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Tại các Trung tâm Chữa bệnh, Giáo dục, Lao động Xã hội của 31 tỉnh thực hiện dự án Quỹ toàn cầu và 3 tỉnh thực hiện dự án Khu vực châu Á do AusAID tài trợ (HAARP) hiện đang cung cấp các Tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) và thông tin giáo dục truyền thông.

Những cố gắng thực thi Luật phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 vẫn còn hạn chế do thiếu nhận thức và sự hiểu biết của cả từ phía người có quyền và người có nghĩa vụ. Nhiều chương trình đã được xây dựng để nâng cao nhận thức về quyền của người sống với HIV. Đến nay, đã có 5 phòng hỗ trợ pháp luật và 1 đường dây nóng chuyên hỗ trợ về HIV/AIDS đã được thành lập. Ngoài ra, hiện cũng đã có một cẩm nang đào tạo về HIV và Luật được xây dựng nhằm giúp những người sống với HIV, những người làm việc với họ và những người đưa ra quyết định ảnh hưởng đến họ tìm hiểu về các quyền của người sống với HIV, người bị ảnh hưởng bởi HIV và quần thể chính có nguy cơ. Nhiều nỗ lực và cũng đã được thực hiện để cung cấp các dịch vụ hỗ trợ pháp lý, bao

gồm hệ thống trợ giúp pháp lý nhà nước cho các nhóm đối tượng bao gồm cả người có HIV và các công ty luật tư nhân cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giảm chi phí cho những người có HIV. Tuy nhiên, các cơ sở này cần được tăng cường năng lực hơn nữa, đặc biệt là khi vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là một rào cản đáng kể đối với tiếp cận các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV. Trong khi đó, trong Luật bảo hiểm y tế vẫn còn những thiếu hụt trong việc bao phủ bảo hiểm cho người có HIV.

3. Phối hợp đa ngành trong phòng, chống HIV/AIDS

Hoạt động phối hợp đa ngành trong triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, trong hai năm qua đã được củng cố hơn. Các Bộ, ngành phối hợp cùng nhau và hợp tác với các tổ chức quần chúng, các tổ chức xã hội dân sự và các tổ chức quốc tế để đảm bảo cung cấp các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc, cũng như nhận thức của cộng đồng về HIV. Có thể kể cụ thể một số ví dụ như:

Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS) định kỳ 2 lần/năm họp với các cơ quan thường trực phòng, chống HIV/AIDS của các bộ, ban ngành, giao ban định kỳ với các cơ quan báo chí để phổ biến các nội dung tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS trên các phương tiện thông tin đại chúng. Định kỳ hằng năm, dưới sự chỉ đạo của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm, các đồng chí Lãnh đạo của các Bộ ngành tổ chức đoàn công tác đi kiểm tra công tác triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm tại các tỉnh, thành phố. Đoàn công tác do 01 đồng chí lãnh đạo Bộ, ban, ngành làm trưởng đoàn và các thành viên bao gồm các đồng chí lãnh đạo cấp vụ của các bộ, ban, ngành đoàn thể tham gia. Ngoài ra các bộ, ban, ngành đã phối hợp chặt chẽ trong việc xây dựng văn bản quy phạm pháp luật, các hướng dẫn chuyên môn, tổ chức các diễn đàn về phòng, chống HIV/AIDS.

Bộ Kế hoạch Đầu tư và Bộ Tài Chính hợp tác để cùng ban hành các văn bản chỉ đạo và hướng dẫn thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS trong ngành. Hai Bộ cũng phối hợp trong việc thẩm định và trình Thủ tướng, trình Quốc hội Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS. Thông tư hướng dẫn định mức chi chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản liên quan cũng đã được xây dựng. Bộ Tư pháp đã ban hành các văn bản chỉ đạo và hướng dẫn thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS trong ngành, tổ chức các buổi tọa đàm, tuyên truyền trên báo, tạp chí chuyên đề pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS. Ngoài ra, Bộ còn nghiên cứu, đánh giá tính thống nhất đồng bộ, tính hợp pháp giữa các quy định và các văn bản liên quan về phòng, chống HIV/AIDS, ma túy, mại dâm, đồng thời nghiên cứu đề xuất và thảo luận các nội dung liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS về Nghị định xử lý vi phạm hành chính.

Năm 2011, thông qua dự án Quỹ toàn cầu Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Công An, Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội triển khai dịch vụ điều trị ARV cho người nhiễm HIV trong trại giam, trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội. Bộ Công An tiếp tục mở và tạo điều kiện cho các khóa đào tạo về phòng, chống HIV/AIDS cho các cán bộ công an và trại giam, bắt đầu triển khai các hoạt động tư vấn, chăm sóc và điều trị ARV cho bệnh nhân trong trại giam. Tuy nhiên kết quả ban đầu vẫn còn hạn chế, chủ yếu tập trung tăng cường năng lực cho cán bộ y tế làm việc trong trại giam (bao gồm năng lực về tư vấn, xét nghiệm HIV và điều trị ARV), và tiến độ thực hiện điều trị cho bệnh nhân còn chậm. Cùng thời gian đó, Bộ Lao động,

thương binh và xã hội tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ của trung tâm giáo dục, chữa bệnh, lao động xã hội và triển khai các hoạt động nâng cao kiến thức về HIV/AIDS, tư vấn, xét nghiệm HIV, chăm sóc, điều trị ARV.

Dưới sự hỗ trợ từ PEPFAR, các hoạt động tư vấn xét nghiệm, điều trị ARV tại các cơ sở y tế của quân đội, các hoạt động điều trị ARV phục vụ cho người dân sống gần các cơ sở y tế của quân đội cũng đã được triển khai. Ngoài ra giữa Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế có hợp tác triển khai chương trình quân dân y kết hợp. Điểm mạnh của chương trình này là dựa vào hệ thống cán bộ y tế ngành quân y đóng trên các địa bàn biên giới, nơi điều kiện đi lại khó khăn, các cán bộ quân y sẽ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân sống ở các khu vực này. Bộ Y tế có kế hoạch lồng ghép các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, chăm sóc, tư vấn cho người dân tại khu vực này.

Các Bộ, ngành cùng phối hợp thực hiện hoặc thực hiện song song các chiến dịch về thông tin, giáo dục, truyền thông về HIV. Bộ Thông tin, Truyền thông chủ trì, phối hợp các cơ quan chỉ đạo, điều hành các tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS trên các phương tiện thông tin đại chúng. Đặc biệt năm 2011 Đài Truyền hình Việt Nam xây dựng chuyên mục về phòng, chống HIV/AIDS phát hình 2 số/tuần trên kênh VTV1, đây là kênh thông tin được nhiều độc giả quan tâm theo dõi nhất tại Việt Nam hiện nay.

Bộ Giao thông Vận tải triển khai công tác thông tin truyền thông qua phương tiện thông tin đại chúng, đưa các thông điệp phòng, chống HIV/AIDS trên báo Giao Thông – Vận Tải. Tập huấn truyền thông phòng, chống HIV/AIDS cho đội ngũ tuyên truyền viên, cán bộ quản lý, cán bộ công đoàn, y tế, đoàn thanh niên, học sinh, sinh viên, lái xe, lái tàu, đặc biệt cho các công nhân công tác tại khu vực vùng sâu, vùng xa, thực hiện dự án chăm sóc sức khỏe và phòng, chống HIV/AIDS tại các dự án, công trường lớn. Trong khi đó, Bộ Giáo dục và Đào tạo tăng cường hoạt động giáo dục dự phòng lây nhiễm HIV trong các cơ sở đào tạo, tổ chức các buổi hội thảo giảm kỳ thị, phân biệt đối xử với HIV/AIDS trong ngành giáo dục, cung cấp các đĩa và bài giảng về phòng, chống HIV/AIDS cho các cơ sở giáo dục, đào tạo, định kỳ tổ chức các đoàn kiểm tra, giám sát đánh giá kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại các cơ sở giáo dục.

Bộ Quốc Phòng củng cố các hoạt động TT-GD-TT về HIV cho các chiến sỹ, đặc biệt là cho các tân binh. Ủy Ban dân tộc phối hợp Bộ đội Biên phòng triển khai hoạt động tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS cho đồng bào dân tộc khu vực biên giới, tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ làm công tác dân tộc về HIV/AIDS ở các địa phương; cung cấp các tài liệu truyền thông, Tạp chí AIDS và cộng đồng cho các tỉnh dân tộc vùng sâu, vùng xa và miền núi. Ủy ban cũng phối hợp với Bộ Y tế xây dựng kế hoạch triển khai mô hình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS cho người dân tộc thiểu số. Cuối cùng, Bộ Văn hóa, Thể Thao và Du lịch hợp tác với Ủy ban Trung ương Mặt trận tổ quốc Việt Nam chỉ đạo mô hình điểm “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư”, triển khai các buổi biểu diễn tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS.

Những nỗ lực trên được sự ủng hộ tích cực từ phía các tổ chức quần chúng và các tổ chức khác. Ủy ban Trung ương Mặt trận tổ quốc Việt Nam cùng các tổ chức thành viên triển khai nhiều mô hình phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng, tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS trên hệ thống thông tin của Mặt trận như Báo đại đoàn kết, website, thông tin công tác Mặt trận, tạp chí Mặt trận được chuyển tải đến các xã phường, khu dân cư trong cả nước; vận động nhân dân tích cực tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS, gắn với phong trào phát triển kinh tế, xóa đói giảm nghèo và các phong trào thi đua yêu nước trên địa bàn dân cư.

Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Đoàn TNCS Hồ Chí Minh tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông thay đổi hành vi thông qua việc tổ chức các buổi truyền thông trực tiếp nâng cao kiến thức HIV/AIDS, chống kỳ thị phân biệt đối xử với HIV/AIDS thông qua các buổi sinh hoạt của các câu lạc bộ Đồng cảm ở 5 tỉnh Điện Biên, Hà Nam, Tuyên Quang, An Giang và Long An. Truyền thông dựa vào cộng đồng về HIV đã tư vấn hàng năm cho khoảng 700 vị thành niên và thanh niên tại khu công nghiệp, khu chế xuất, tập huấn cho gần 200 cán bộ đoàn cơ sở về nội dung phòng, chống HIV/AIDS. Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam nâng cao năng lực cho cán bộ bộ công đoàn của các tỉnh, chỉ đạo triển khai các hoạt động tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS cho công nhân lao động, sản xuất tờ rơi, sổ tay cho các doanh nghiệp, cung cấp tài liệu truyền thông như băng hình, sổ tay tuyên truyền, tờ rơi, sách mỏng cho các địa phương, tổ chức tập huấn cho lao động ngoài quốc doanh về công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Cuối cùng, Bộ Lao động, Thương binh, Xã hội đã có những bước tiến trong việc triển khai thực hiện Nghị định 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 của Chính phủ về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội, trong đó các nhóm người được diện trợ cấp gồm có trẻ em mồ côi, trẻ em bị bỏ rơi, trẻ em nhiễm HIV thuộc gia đình nghèo, người nhiễm HIV không còn khả năng lao động, thuộc hộ gia đình nghèo. Các nhóm người nhiễm HIV thuộc nhóm trên sẽ đăng ký theo ngành dọc của Bộ tại nơi sinh sống để nhận bảo trợ theo quy định này

4. Dự phòng lây nhiễm HIV

Thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC) và Truyền thông thay đổi hành vi (BCC)

Các hoạt động Thông tin, Giáo dục và Truyền thông (IEC) và Truyền thông thay đổi hành vi (BCC) đã được thực hiện có tính phối hợp, đa ngành và dưới các hình thức khác nhau ở tất cả các cấp trong toàn quốc. Tạp chí, chương trình truyền hình, báo chí, bản tin, áp phích, biểu ngữ, tờ rơi và các chiến dịch để cao các thông điệp quan trọng về HIV đã được chuyển tới các quần thể chính có nguy cơ cao cũng như người dân nói chung. Các hoạt động IEC/BCC bao gồm đào tạo, giáo dục đồng đẳng trong các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao, tư vấn, thiết lập đường dây nóng, các cuộc thi chạy, chương trình giáo dục giải trí, những câu chuyện và triển lãm ảnh. Bộ Y tế, Bộ Văn hóa - Thể thao - Du lịch và Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc cùng thực hiện Kế hoạch hành động chung mang tên "Toàn dân tham gia phòng, chống HIV trong cộng đồng" tiếp cận tới khoảng 17 triệu người. Các Bộ khác cũng đã tiến hành các hoạt động IEC/BCC để tiếp cận với dân di biến động, người di cư, thanh niên và thanh thiếu niên với những thông điệp và dịch vụ phòng chống HIV.

Thanh niên là một trong các nhóm mục tiêu ưu tiên của chương trình IEC/BCC. Kết quả của MICS4 2010-2011 cho thấy 51,5% phụ nữ trong độ tuổi 15-24 đã xác định chính xác các đường lây nhiễm HIV và loại bỏ chính xác quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV (xem biểu đồ 18)²⁵. Tỷ lệ này hơi cao hơn so với phát hiện của cuộc điều tra SAVY 2009 (44,1% nam và 40,8% phụ nữ ở cùng độ tuổi).²⁶ Trong số các phụ nữ tuổi từ 15-24 tuổi, 0,32% cho biết có quan hệ tình dục trước 15 tuổi và 0,8% cho biết đã có quan hệ tình dục với một bạn tình không phải trong quan hệ hôn nhân và không sống chung, trong 12 tháng qua.

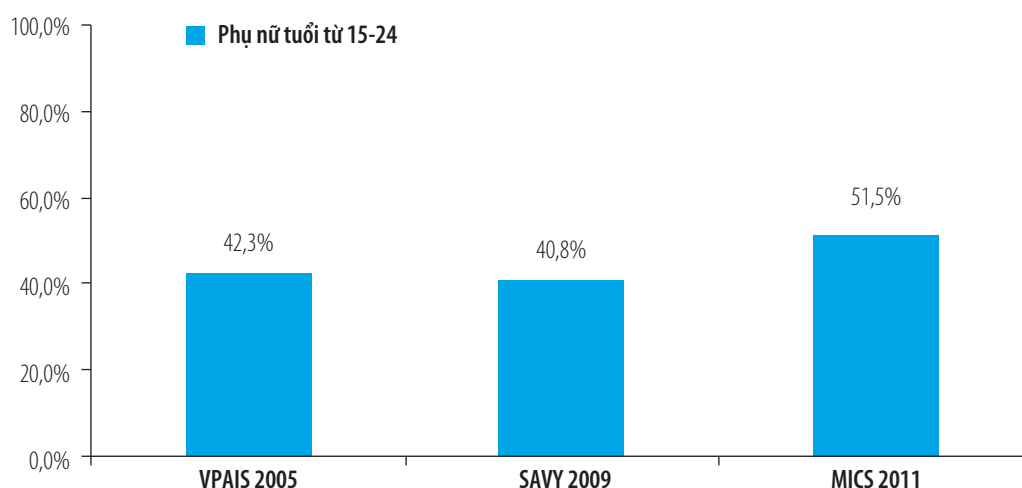
²⁵ Điều tra đánh giá các chỉ số mục tiêu (MICS4). Tổng cục Thống kê, 2010 và 2011. Không có khảo sát nào gần đây đưa ra các con số tương tự cho nam giới ở cùng độ tuổi.

²⁶ Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên tại Việt Nam từ 14-25 tuổi (SAVY). Tổng cục Thống kê, 2009.

Bộ Giáo dục và Đào tạo tiếp tục hướng mục tiêu vào giáo viên, lãnh đạo các trường, học sinh và gia đình của họ với các hoạt động IEC/BCC tại nhà trường và thông qua các kênh truyền thông đại chúng, hội thảo và tập huấn về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử đối với trẻ em sống chung với/ bị ảnh hưởng bởi HIV. Trong năm 2010, một cơ chế liên ngành để phối hợp lập kế hoạch, thực hiện và giám sát các can thiệp HIV trong lĩnh vực giáo dục được thành lập. Giáo dục HIV cho học sinh đã được lồng ghép vào chương trình giảng dạy đào tạo nhà trường hiện có. Bộ Giáo dục và Đào tạo cũng đã phối hợp với các Bộ, ngành khác và các tổ chức thí điểm các dự án được tài trợ quốc tế, bao gồm giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống cho học sinh lớp 5, 8 và 10 trong một số trường học, xây dựng chương trình đào tạo về HIV cho học sinh lớp 7 và lớp 8 và việc sử dụng CNTT trong giáo dục HIV cho sinh viên ở đồng bằng sông Cửu Long.

Biểu đồ 18

Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 15-24 đã xác định chính xác các đường lây nhiễm HIV và từ chối những quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV



Các chương trình giảm hại

Chiến lược quốc gia mới của Việt Nam về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định 108/2007/NĐ-CP ngày 26/6/2007 của Chính phủ về việc Hướng dẫn luật phòng, chống HIV/AIDS đều hỗ trợ cụ thể cho việc nhân rộng các biện pháp can thiệp giảm tác hại toàn diện để giảm nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm người dễ bị lây nhiễm HIV. Các biện pháp này bao gồm Chương trình trao đổi bơm kim tiêm (NSP), Chương trình 100% sử dụng bao cao su (100% CUP) và chương trình điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế methadone (MMT).

Những chương trình này cho thấy các chính sách HIV quốc gia và Chiến lược mới xác định lây nhiễm HIV ở những người TCMT, lây nhiễm qua đường tình dục ở phụ nữ mại dâm và khách hàng của họ, nam quan hệ tình dục đồng giới, thanh niên và lây truyền từ mẹ sang con là các lĩnh vực ưu tiên cho can thiệp.

Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội báo cáo đến cuối năm 2011 có khoảng 158.414 người nghiện có hồ sơ quản lý (khoảng 85% số đó là tiêm chích) và ước tính khoảng 30.000 phụ nữ mại dâm²⁷. Tuy nhiên, những số liệu này chưa phản ánh hết số liệu thực tế số người tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm. Theo Ước tính và Dự báo HIV 2011-2015, các quần thể này có thể lên đến 335.990 người TCMT, 101.272 người bán dâm, 3.163.580 khách hàng của người bán dâm và 393.467 MSM²⁸. Số liệu ước tính cao dựa trên một số giả thuyết cho mỗi nhóm quần thể chính có nguy cơ cao.²⁹

Trong một bối cảnh dịch tập trung, biết kích cỡ thực tế của các nhóm quần thể này sẽ tạo điều kiện vận động chính sách cho các can thiệp thích hợp và phân bổ các nguồn lực. Nghiên cứu kích cỡ quần thể với hỗ trợ của PEPFAR hiện đang tiếp tục triển khai và hy vọng sẽ tìm ra được phương pháp tốt nhất để thực hiện ước tính kích cỡ chính xác của các quần thể TCMT, phụ nữ bán và MSM.

Việc mở rộng địa lý của các chương trình BKT, chương trình 100% BCS và phòng chống HIV cho các MSM đã diễn ra trong giai đoạn báo cáo. Năm 2011, 49 trong số 63 tỉnh thực hiện các hoạt động tiếp cận cộng đồng cho người tiêm chích ma túy và bán dâm, 60 tỉnh thực hiện chương trình BKT ở các mức độ khác nhau và 57 tỉnh phân phối miễn phí bao cao su.³⁰ Bộ Y tế và Sở y tế ở cấp tỉnh và phòng y tế cấp huyện đã làm việc với các đồng đẳng viên, các nhóm hỗ trợ người có HIV, các quan chức địa phương và công an để cung cấp các dịch vụ giảm hại cho người TCMT, người bán dâm và MSM.

Theo Cục PC AIDS, đến cuối năm 2011, đã có 3.875 đồng đẳng viên TCMT (người sử dụng ma túy trước đây và hiện nay), 2278 đồng đẳng viên là phụ nữ mại dâm (người bán dâm trước đây, hiện nay và các chủ cơ sở vui chơi giải trí), 145 đồng đẳng viên MSM (nam giới hiện đang có quan hệ tình dục với nam) và 11.782 cộng tác viên (chủ yếu là cán bộ dịch vụ y tế) tham gia vào chương trình phòng, chống HIV/AIDS³¹. Những đồng đẳng viên đã được chính quyền địa phương cấp thẻ tuyên truyền viên đồng đẳng hoạt động để chính thức hóa và hỗ trợ các hoạt động của họ, tạo điều kiện thuận lợi cho việc cung cấp các vật dụng giảm hại cho các khách hàng của họ.

Ngoài ra, chương trình Điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone (MMT) quốc gia được thí điểm ở TPHCM và Hải Phòng năm 2008, đã được mở rộng đến tổng số 11 tỉnh (Hải Phòng, TP HCM, Hà Nội, Thái Nguyên, Điện Biên, Đà Nẵng, Nam Định, Hải Dương, Quảng Ninh, Thanh Hóa và Cần Thơ) và điều trị cho hơn 6.900 người ở 41 điểm điều trị, với tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị là 96%. Tỷ lệ sử dụng ma túy ở TP HCM và Hải Phòng giảm từ 100% xuống còn 15,9% sau 2 năm điều trị; chất lượng cuộc sống cũng được cải thiện. Hiện tại, đã có kế hoạch tiếp tục mở rộng dịch vụ này cho 245 phòng khám tại 30 tỉnh và 80.000 bệnh nhân vào năm 2015³² cũng như kế hoạch triển khai điều trị MMT trong trại giam.

²⁷ Báo cáo kết quả công tác phòng, chống mại dâm, cai nghiện ma túy năm 2011 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2012 của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội năm 2012

²⁸ Kết quả sơ bộ ước tính dự báo về HIV/AIDS ở VN năm 2011- Bộ Y tế- ước tính cao

²⁹ Một hệ số nhân thay đổi theo tỉnh được áp dụng cho ước tính của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội để xác định số lượng người TCMT; ước tính về PNMD của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội được tăng lên gấp ba lần, khách mua dâm được đặt ở mức 10% nam giới trong nhóm tuổi 15-49, số lượng MSM đặt ở mức 3% nam giới trưởng thành tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, và 1,5% ở các tỉnh khác

³⁰ Báo cáo về các chương trình PC HIV/AIDS năm 2010. VAAC, 2011.

³¹ Báo cáo thường xuyên D28 về Chương trình HIV/AIDS.VAAC 2012.

³² Báo cáo tóm tắt về HIV/AIDS năm 2009 và những nhiệm vụ chính cho 2010. BYT, 2010

Việt Nam đang ở giai đoạn thí điểm xây dựng bộ sổ ghi chép hoạt động tiếp cận đồng đẳng và cung cấp dịch vụ cho các quần thể chính có nguy cơ cao, bao gồm một mã số nhận dạng 10 ký tự duy nhất (UIC), một cuốn sổ thu thập dữ liệu thực địa bỏ túi và hệ thống nhập dữ liệu trên máy tính và báo cáo được đơn giản hóa. Điều này sẽ cho phép các nhà cung cấp dịch vụ tại cấp huyện và cấp tỉnh xác định tốt hơn số người được tiếp cận và làm giảm việc tính trùng lặp và sẽ đưa ra báo cáo độ bao phủ dịch vụ chính xác hơn cho hệ thống đánh giá giám sát quốc gia. Hiện tại đã có kế hoạch mở rộng việc sử dụng hệ thống UIC và thu thập dữ liệu thông qua các chương trình phòng chống HIV tại Việt Nam với sự hỗ trợ của Ngân hàng Thế giới/DFID và Quỹ Toàn cầu.

Các can thiệp giảm tác hại cho nhóm MSM vốn chỉ giới hạn ở bảy tỉnh do PEPFAR tài trợ, nhưng đã có một sự gia tăng đáng kể trong số lượng các tỉnh thực hiện các đánh giá nguy cơ và nhu cầu cho các mạng lưới MSM địa phương, cũng như khởi xướng các chương trình phòng chống HIV liên quan đến phân phát bao cao su/chất bôi trơn, hỗ trợ cho các mạng lưới đồng đẳng viên MSM địa phương và sự tham gia trong mạng lưới MSM quốc gia. Trong giai đoạn báo cáo, các đối tác đã vận động thành công cho các can thiệp nhằm vào MSM, mở rộng các sáng kiến hiện tại và tăng phạm vi bao phủ địa lý của các đánh giá và can thiệp cho nhóm MSM trong khuôn khổ các dự án của Bộ Y tế với sự hỗ trợ của Ngân hàng Thế giới/DFID và Quỹ toàn cầu.

Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại nhiều thách thức trong lĩnh vực này. Độ bao phủ của chương trình vẫn còn thấp. Tiếp cận của MSM với bao cao su miễn phí, bao cao su tiếp thị xã hội và chất bôi trơn gốc nước bị hạn chế ở một số ít tỉnh, số lượng tiếp cận với các dịch vụ VCT và STI còn thấp. Nhiều MSM không nhận thấy chính mình cũng có nguy cơ lây nhiễm HIV, hoặc không chắc chắn liệu họ có nguy cơ này. Ngoài ra, sự đa dạng của quần thể MSM tại Việt Nam là một thách thức cho các nhà thiết kế và thực hiện chương trình. Việc phê duyệt và phổ biến Hướng dẫn MSM quốc gia là vấn đề cấp bách cần phải thực hiện ngay để làm cơ sở cho Chính phủ, cộng đồng MSM và các đối tác tạo ra một môi trường thuận lợi hơn và mở rộng một gói dịch vụ phòng ngừa, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ toàn diện.

Việc đánh giá Chiến lược HIV giai đoạn trước và các tài liệu đào tạo Đồng đẳng viên, tài liệu tập huấn về MMT và các hướng dẫn chương trình BCS và MSM đều đang ở giai đoạn xây dựng cuối cùng.

Đáp ứng với nhu cầu dự phòng, chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS trong các trại giam, trại tạm giam và các trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội vẫn còn là những thách thức lớn. Hầu hết các cơ sở này hiện chưa có các dịch vụ HIV cơ bản, thậm chí ước tính tỷ lệ nhiễm HIV lên tới 50% trong các trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội và 30% trong trại giam.³³ Thông qua dự án HAARP và dự án do Quỹ toàn cầu vòng 8, 9 tài trợ, các dịch vụ cơ bản như giáo dục, chẩn đoán và điều trị HIV đã được thiết lập trong các trại giam và các cơ sở khép kín khác tại hơn 31 tỉnh/thành phố, trong đó 1 số tỉnh đang thí điểm chương trình dự phòng như cung cấp bao cao su trong các trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội.

Các chương trình khuyến khích sử dụng Bao cao su (BCS)

Trong thời gian báo cáo, khuyến khích sử dụng bao cao su và phát bao cao su miễn phí đã được thực hiện ở 57 tỉnh / thành phố. Đến năm 2011, 28,7 triệu bao cao su đã được phân phát.³⁴

³³ Đề cương nộp Quỹ toàn cầu vòng 9, 2009

³⁴ Báo cáo thường qui D28 về Chương trình HIV/AIDS.VAAC, 2012.

Ở cấp độ quốc gia và cấp tỉnh, đã có những hỗ trợ về cơ chế nhằm tăng sự sẵn có của bao cao su. Ví dụ, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch lên kế hoạch 80% các khách sạn và nhà nghỉ trên khắp cả nước sẽ có sẵn bao cao su vào năm 2015. Song hành với việc đó, chính quyền ở một số tỉnh đã ban hành hướng dẫn yêu cầu có bao cao su tại các khách sạn và nhà nghỉ. Tại nhiều tỉnh, với sự hỗ trợ từ PEPFAR và chương trình Ngân hàng Thế giới/ DFID, bao cao su có sẵn miễn phí (thông qua việc mua bán lẻ, tiếp thị xã hội và phân phối miễn phí) tại hơn 80% phòng của khách sạn và nhà nghỉ.

Các mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng, bao gồm các chủ cơ sở vui chơi giải trí và người bán dâm hiện tại hay đã giải nghệ, tiếp tục phân phối 65% tổng số bao cao su được phân phối theo chương trình 100% BCS. Số liệu HSS+ 2011 từ 12 tỉnh chỉ ra rằng 61% người bán dâm cho biết đã nhận được bao cao su miễn phí trong vòng 1 tháng qua. Số liệu HSS+ cũng cho thấy rằng xét nghiệm HIV cho những người bán dâm được khảo sát vẫn ở mức thấp (64% đã từng xét nghiệm HIV, 50,4% đã xét nghiệm trong 12 tháng qua)³⁵. Theo số liệu HSS + 2011, và IBBS 2009 từ 10 tỉnh, ở phần lớn các tỉnh, hơn 80% gái mại dâm sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất của họ.

Tuy nhiên, sử dụng bao cao su trong nhóm MSM và TCMT vẫn còn tương đối thấp. Theo giám sát trọng điểm năm 2011 với người tiêm chích ma túy tại 12 tỉnh và MSM tại 5 tỉnh, ở hầu hết các tỉnh khoảng ¼ người tiêm chích ma túy và 1/5 MSM được hỏi không sử dụng bao cao su trong lần QHTD âm đạo hoặc hậu môn gần đây nhất.

Chương trình Bơm kim tiêm (BKT)

Với sự hỗ trợ ở một loạt các cấp hành chính và sử dụng các cơ cấu dịch vụ y tế và tuyển dụng các tuyên truyền viên đồng đẳng, Chương trình trao đổi bơm kim tiêm (NSP) được tiếp tục mở rộng trong giai đoạn báo cáo. Phân phát bơm kim tiêm miễn phí được duy trì ở mức khoảng 30 triệu chiếc vào năm 2011³⁶, và mở rộng tiếp cận thông qua hiệu thuốc cộng đồng và hợp tác phục vụ tại các trạm y tế xã và các điểm nóng trong cộng đồng.

Tại 35 tỉnh, với sự tài trợ từ Ngân hàng thế giới/DFID và AusAID, Ủy ban phòng chống AIDS tỉnh và Ủy ban nhân dân tỉnh đã thành lập nhóm làm việc ở cấp huyện cùng tập hợp các nhân viên y tế, công an, đại diện Sở Lao động, Thương binh, Xã hội và các thành viên của Hội Phụ nữ / Thanh niên để hỗ trợ việc thực hiện NSP. Tuy nhiên, nỗi lo sợ bị nhận diện, ghi danh, khả năng có thể bị bắt và bị giam giữ tiếp tục ngăn cản nhiều người TCMT và bán dâm tiếp cận dịch vụ dự phòng, chẩn đoán và chăm sóc HIV.

Chương trình điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone

Trong khuôn khổ pháp lý của Luật phòng chống HIV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP và Quyết định số 5073/2007/QĐ-BYT của Bộ Y tế về chương trình thử nghiệm điều trị duy trì methadone quốc gia (MMT) bắt đầu ở Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh tháng 5 năm 2008. Theo kế hoạch lộ trình mở rộng chương trình điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế giai đoạn 2010-2012 sẽ triển khai tại 13 tỉnh điều trị cho khoảng 15.600 người nghiện chích ma túy. Giai đoạn 2013-2015 triển khai thêm ít nhất 17 tỉnh và điều trị cho khoảng 80.000 người nghiện chích ma túy.

³⁵ HSS+ 2011.VAAC, 2011

³⁶ Báo cáo thường xuyên D28 2011.VAAC, 2012

Tính đến hết tháng 12/2011, đã có 11 tỉnh/thành phố (đạt 85,7% kế hoạch) triển khai chương trình với tổng số 41 cơ sở điều trị Methadone đang hoạt động và điều trị cho 6.931 bệnh nhân (đạt 44,4% kế hoạch). Đánh giá sau 4 năm thực hiện điều trị Methadone đưa ra những bằng chứng hiệu quả: kết quả nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy bất hợp pháp đã giảm đáng kể, chỉ còn 14% sau 24 tháng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm từ 80% xuống còn 15% sau 12 tháng điều trị.

Đối với tác động tích cực về an ninh xã hội, đã cải thiện đáng kể về trật tự an toàn xã hội ở khu vực có người nghiện tham gia điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật giảm từ 40% xuống dưới 3% sau 9 tháng điều trị. Các mâu thuẫn trong gia đình giảm rõ rệt khi bệnh nhân tham gia điều trị (từ 20% xuống còn 3,5% sau 9 tháng điều trị). Đối với tác động kinh tế, giảm chi phí đáng kể đối với gia đình có người nghiện ma túy, người nghiện không mất tiền mua ma túy, không còn ám ảnh tìm kiếm ma túy, không phải chịu tác động các triệu chứng đối thuốc, nên nhiều người đã tập trung tâm trí làm việc, do đó tỷ lệ bệnh nhân điều trị Methadone có công ăn việc làm đã gia tăng. Chính nhờ hiệu quả như vậy, trong thời gian qua hàng loạt các tỉnh đã nghiên cứu và đề xuất áp dụng mô hình. Đến nay 11 tỉnh đề nghị Chính phủ cho phép triển khai chương trình MMT bao gồm Sơn La, Bắc Giang, Cao Bằng, Hòa Bình, Thái Bình, Ninh Bình, Bắc Kạn, Phú Thọ, Bà Rịa Vũng Tàu, Lào Cai và Bình Thuận. Do vậy, dự kiến giai đoạn I sẽ triển khai được tại 24 tỉnh, thành phố và giai đoạn II sẽ triển khai thêm 6 tỉnh vào đầu năm 2013.

Công tác an toàn truyền máu

An toàn máu tại Việt Nam luôn là một trong những nền tảng của các can thiệp ngành y tế cho phòng chống HIV. Những nỗ lực liên tục được thực hiện để sàng lọc HIV và viêm gan B và C ở mỗi đơn vị máu được hiến tặng.

Theo báo cáo Ủy ban Truyền máu Quốc gia năm 2011 về các hoạt động của 82 trung tâm máu/phòng thí nghiệm sàng lọc máu, có 313.453 đơn vị máu được thu thập trên toàn quốc, với 248.610 đơn vị đến từ những người cho máu tình nguyện. 100% các đơn vị máu đã được sàng lọc HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai và bệnh sốt rét. Trong số này, 369 đơn vị máu xét nghiệm dương tính bằng xét nghiệm nhanh HIV.

Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC)

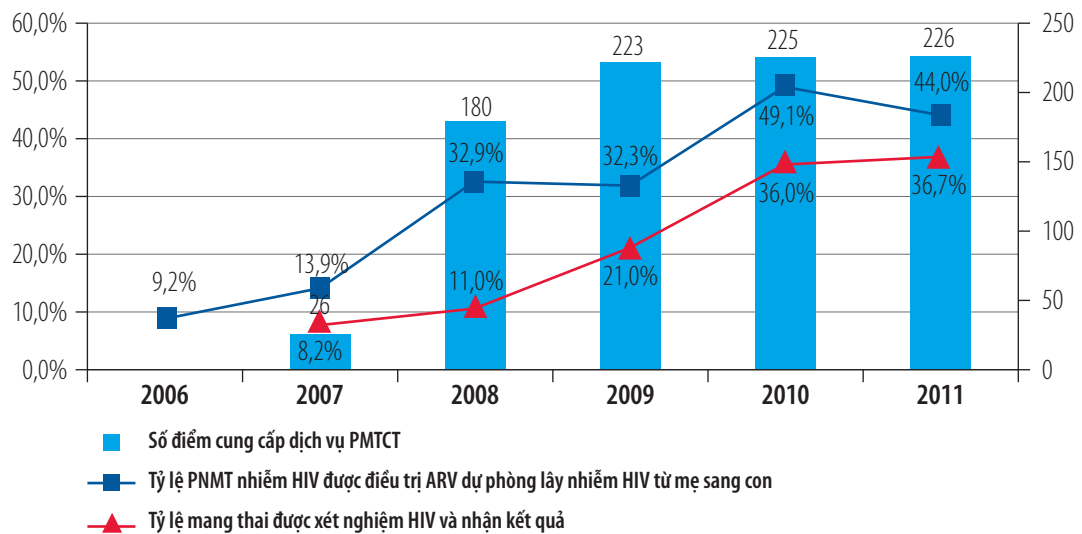
Vào cuối năm 2011, dịch vụ PLTMC đã có tại 226 điểm, trong đó có 133 điểm cung cấp các dịch vụ toàn diện, bao gồm cả ART cho phụ nữ và trẻ em. Đây chỉ là một sự tăng nhẹ so với 223 điểm cung cấp các dịch vụ như vậy trong năm 2009. Tuy nhiên, theo Bộ Y tế, phạm vi bao phủ trên nhóm “phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV và biết kết quả của họ”, và “phụ nữ mang thai nhiễm HIV dương tính được nhận thuốc ARV dự phòng cho PLTMC” tăng tương ứng từ 480.814 (21% của tất cả các phụ nữ mang thai) và 1.372 (32,3% phụ nữ mang thai nhiễm HIV dương tính ước tính) trong năm 2009 lên 690.108 (36,0%) và 1.838 (49,1%) vào năm 2010; và 846.521 (36,7%) và 1707 (44,0%) trong năm 2011.³⁷

³⁷ Báo cáo Tiếp cận phổ cập Việt Nam 2008, 2009 và 2010

Điều này cho thấy rằng sau khi mở rộng dịch vụ nhanh chóng trong năm 2007-08, chương trình hiện nay đang ở giai đoạn cải thiện chất lượng dịch vụ (Biểu đồ 19). Trong số 1.909 phụ nữ mang thai được xác định dương tính với HIV trong thời kỳ mang thai, 1.707 bà mẹ và 1.733 trẻ sơ sinh được nhận thuốc ARV dự phòng trong năm 2011. Khảo sát dân số của Tổng cục Thống kê khẳng định rằng 28,6% phụ nữ sinh con trong năm 2010 và 2011 đã được xét nghiệm HIV và nhận được kết quả.³⁸

Biểu đồ 19

Tiến bộ của bao phủ của PLTMC 2006 - 2011



Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại những thách thức lớn trong lĩnh vực này. Mặc dù phạm vi bao phủ của chăm sóc tiền sản cao, nhiều phụ nữ mang thai chỉ được xét nghiệm khi chuyển dạ hơn là xét nghiệm từ giai đoạn sớm hơn trước đó: trong năm 2011, 42% phụ nữ được báo cáo đã được xét nghiệm khi sinh, không phải trong quá trình thăm khám thai.³⁹ Việc xét nghiệm muộn cản trở các phụ nữ nhiễm HIV dương tính nhận được phác đồ điều trị tối ưu.

Các con số ước tính cũng cho thấy một tỷ lệ đáng kể số người mới nhiễm HIV trong phụ nữ là do hành vi nguy cơ cao của người chồng. Hiện tượng phụ nữ sống chung với HIV mang thai ngoài ý muốn đã xuất hiện. Các hoạt động dự phòng cho phụ nữ có nguy cơ và dự phòng mang thai ngoài ý muốn cần được cải thiện. Năm 2010, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con toàn diện nhằm thúc đẩy việc thực hiện chương trình PLTMC theo 4 nhóm (four-pronged).

Trong tháng 6/2011 Bộ Y tế đã mời Nhóm công tác liên cơ quan về trẻ em bị ảnh hưởng bởi AIDS và tiến hành một đánh giá phần kỹ thuật của chương trình PLTMC, với các thành viên là nhóm chuyên gia quốc tế từ CDC, UNICEF, WHO và UNAIDS khu vực. Đánh giá chung đã công nhận rằng chương trình đã đạt được kết quả ấn tượng trong một thời gian ngắn, được hỗ trợ bởi sự lãnh đạo và cam kết mạnh mẽ, một khuôn khổ pháp lý và chính sách mạnh mẽ, kiến

³⁸ Điều tra đánh giá các chỉ số mục tiêu 2010-2011. Tổng cục thống kê, 2011.

³⁹ 20 Năm ứng phó với HIV/AIDS tại Việt Nam. BHYT, 2010

thức tốt về dịch bệnh, quan hệ đối tác mạnh, và năng lực kỹ thuật các cấp. Tuy nhiên, bản đánh giá cũng lưu ý rằng độ bao phủ vẫn còn hạn chế, chủ yếu là do cách tiếp cận phân mảnh riêng lẻ của các dự án sử dụng vốn tài trợ và sự phức tạp của cấu trúc quản lý.

Độ bao phủ toàn diện của việc xét nghiệm trước khi sinh là một điều kiện tiên quyết để loại bỏ LTMC. Đạt được điều này đòi hỏi một sự thay đổi kết cấu chương trình, với việc đưa PLTMC trở thành một phần của chăm sóc tiền sản được thực hiện theo các chương trình sức khỏe sinh sản/sức khỏe bà mẹ và trẻ em hơn là can thiệp lây truyền HIV từ mẹ sang con. Sự chuyển đổi này cũng rất cần thiết cho quá trình chuyển đổi từ dự án viện trợ của nhà tài trợ sang dịch vụ y tế được thể chế hóa. Bộ Y tế đã tiến hành các bước quan trọng theo hướng này thể hiện ở việc:

- Các khoa sức khỏe bà mẹ và trẻ em đã đưa xét nghiệm và tư vấn HIV (cùng với xét nghiệm hemoglobin và xét nghiệm cho bệnh giang mai và viêm gan B) vào trong Tiêu chuẩn và Hướng dẫn Quốc gia cho các Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản (Quyết định số 4620/QĐ-BYT), mặc dù vậy việc thiếu kinh phí đã cản trở việc thực hiện các tiêu chuẩn này.
- Các sáng kiến cấp tỉnh để cải thiện việc liên kết hoạt động và chuyển tuyến tại Kiên Giang, thành phố Hồ Chí Minh, Quảng Ninh và Ninh Thuận, có được sự hỗ trợ của cả Cục phòng chống AIDS và Vụ Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em đã đem lại kết quả trong việc lồng ghép đáng kể PLTMC vào các dịch vụ sức khỏe sinh sản và chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Liên kết với các chương trình HIV khác cũng đã được cải thiện. Những phụ nữ mang thai HIV dương tính và những phụ nữ HIV dương tính đã sinh con được chuyển đến phòng khám HIV để theo dõi và điều trị. Chẩn đoán sớm trẻ sơ sinh bằng cách xét nghiệm virus học đã được khởi xướng vào năm 2009 và đang được mở rộng. Trong năm 2011, 1.804 trẻ nhận được xét nghiệm virus và được chuyển sang các dịch vụ chăm sóc nhi khoa. Trong năm 2011, có 3.261 trong số ước tính khoảng 3.934 trẻ em sống với HIV tiếp nhận ART, so với con số 1.087 trẻ được tiếp cận ART trong năm 2009.⁴⁰

Cơ sở hạ tầng cơ bản và năng lực y tế mạnh mẽ của Việt Nam thể hiện bằng việc cung cấp ít nhất một lần khám chăm sóc tiền sản cho 95% phụ nữ mang thai và thành công đáng kể trong việc giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh, đã đem lại một cơ sở vững chắc để loại bỏ LTMC. Tuy nhiên, cần phải thành lập các dịch vụ PLTMC hiệu quả hơn, tích hợp và bền vững để đảm bảo rằng việc suy giảm tài trợ không đe dọa tính bền vững của các thành tựu đã đạt được cho đến nay.

Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

Chương trình xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng trong những năm gần đây, với số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 244 điểm trong năm 2008, 256 điểm trong năm 2009 và 317 điểm trong năm 2011.⁴¹ So với năm 2009, số người nhận được các dịch vụ VCT đã tăng gấp đôi trong năm 2011 (851.470 người), trong đó có 812.540 người đã xét nghiệm HIV. Tuy nhiên, có sự khác nhau về số lượng khách hàng tại

⁴⁰ Báo cáo tổng hợp công tác xét nghiệm PCR

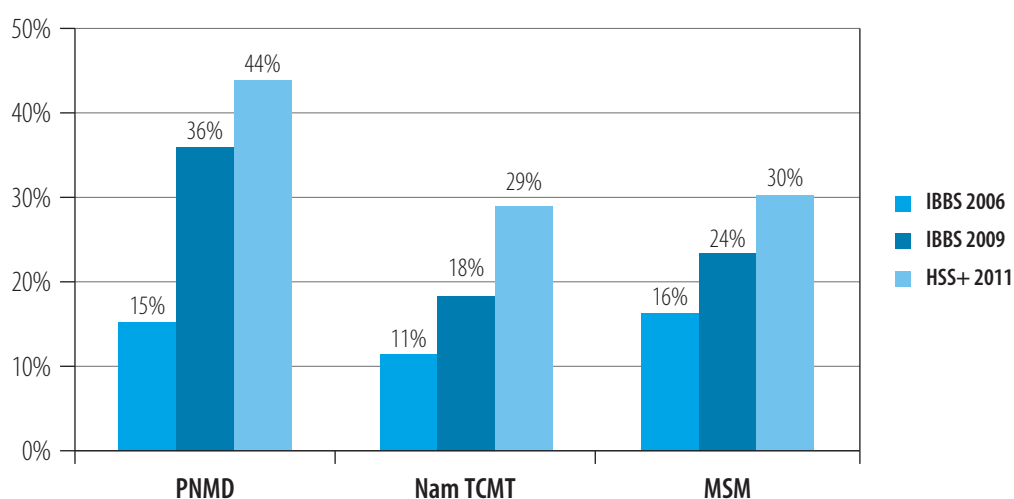
⁴¹ Báo cáo về các chương trình HIV/AIDS tại Việt Nam. BHYT, 2011

các điểm đặt VCT khác nhau: các địa điểm VCT tại TP Hồ Chí Minh và Bà Rịa Vũng Tàu thu hút số lượng lớn khách hàng, trong khi những điểm ở Bình Định, Phúc Yên, Bạc Liêu và Gia Lai chỉ xét nghiệm một vài trăm khách mỗi điểm.⁴² Các điểm VCT di động đã được thí điểm tại Thanh Hóa, Hải Phòng, Điện Biên. Hơn nữa, xét nghiệm HIV do các cơ sở y tế chỉ định đã được thực hiện tại các bệnh viện da liễu và phòng khám lao tại 117 địa điểm tại 21 tỉnh.

Theo các cuộc khảo sát HSS+ năm 2011 được tiến hành tại 12 tỉnh, tỷ lệ các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả là 43,8% ở nhóm PNMD, 29,1% ở nam TCMT và 30,2% trong nhóm MSM. Mặc dù nghiên cứu HSS+ sử dụng phương pháp nghiên cứu khác nhau, kết quả này vẫn cho thấy sự gia tăng so với các kết quả thu được từ IBBS 2009 cho cùng câu hỏi (xem biểu đồ 20). Tuy nhiên, dịch vụ tư vấn xét nghiệm ở một số nơi không có hoặc khó tiếp cận như ở khu vực nông thôn và các cơ sở khép kín. Bên cạnh đó, chất lượng của dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV vẫn còn hạn chế.

Biểu đồ 20

Tỷ lệ người được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm



5. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ

Trong giai đoạn báo cáo này đã ghi nhận việc tiếp tục mở rộng các dịch vụ điều trị kháng virus (ART), và đạt được một sự mở rộng đáng kể trong việc cung cấp dịch vụ. Vào cuối năm 2011, 57.663 người lớn và 3.261 trẻ em được nhận ART tại Việt Nam (biểu đồ 21). Con số này tương đương với một sự gia tăng gấp 22 lần tổng số người được điều trị trong năm 2005, và bằng 1,5 lần so với thời điểm tháng cuối tháng 12 năm 2009. Năm 2011, độ bao phủ ART cũng tăng lên 53% ở người lớn và 83% ở trẻ em.⁴⁴

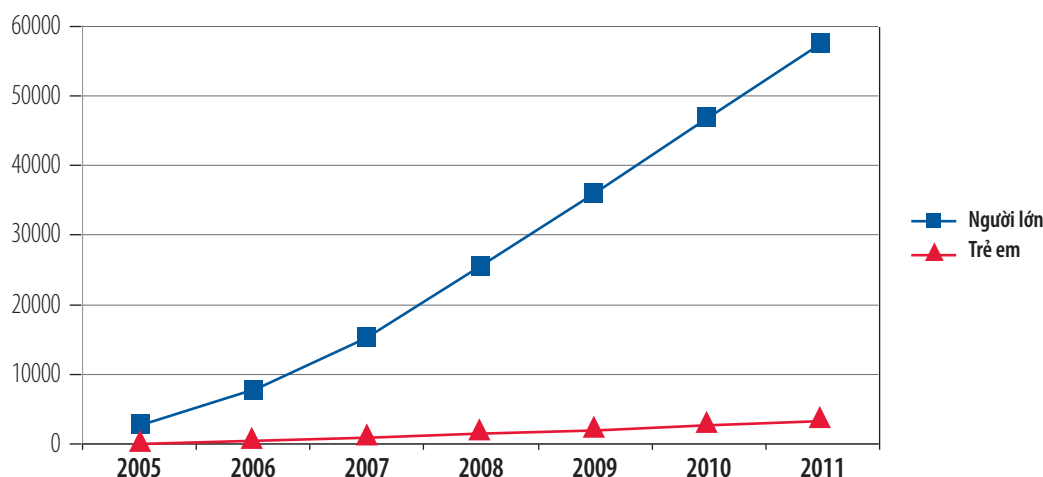
⁴² Báo cáo thường xuyên D28.VAAC, 2011.

⁴³ An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Đà Nẵng, Điện Biên, Hà Nội, Hải Dương, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa, thành phố Hồ Chí Minh

⁴⁴ Mẫu số cho độ bao phủ là ước tính số người cần điều trị ART với ngưỡng đủ điều kiện điều trị ART là CD4 350 cells/mm³. Số này là kết quả sơ bộ được ước tính bởi Nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về Ước tính và dự báo HIV sử dụng EPP và Spectrum.

Biểu đồ 21

Số người được điều trị ART tại Việt Nam



Nguồn: Số người sống với HIV được chăm sóc điều trị (báo cáo ca bệnh và báo cáo chương trình thường qui), số người sống với HIV (số ước tính dự báo năm 2011), Bộ Y tế

Ngoài ra, ngày càng có thêm những bằng chứng chứng minh Chương trình ART tại Việt Nam đã có tác động tích cực đáng kể. Từ năm 2007, tỷ lệ duy trì điều trị trong chương trình ART trung bình hàng năm ở thời điểm 12 tháng là 80% ở cả người lớn và trẻ em. Con số này hiện ở mức 82,1% ở người trưởng thành và 82,8% trẻ em bắt đầu điều trị ART từ năm 2009.⁴⁵ Chương trình ART được ước tính đã ngăn ngừa lũy tích 18.110 ca tử vong liên quan đến AIDS trong giai đoạn năm 2000 và 2009.⁴⁶

Để có được những thành tựu nhân rộng như trên, và cũng để đảm bảo chất lượng dịch vụ điều trị, Việt Nam đã phát triển cũng như cập nhật bổ sung một số chính sách, văn bản hướng dẫn và tài liệu đào tạo. Đặc biệt phải kể đến Hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán và điều trị HIV hiện nay kết hợp đầy đủ khuyến nghị của TCYTTG năm 2010 về ART, bao gồm việc bắt đầu liệu pháp điều trị ART sớm hơn (ở mức CD4 là 350 tế bào/mm³ ở người lớn) và việc bỏ dần các phác đồ ART độc hại.

Vì số người có HIV cần được chăm sóc và điều trị ART nhiều lên, nên đã có những cân nhắc và xem xét lại việc phân bố các phòng khám ngoại trú HIV (OPC) và các phòng OPC HIV mới chỉ được mở khi cần thiết. Vào cuối năm 2011, đã có tổng cộng 320 cơ sở cung cấp ART tại Việt Nam (305 cung cấp dịch vụ cho người lớn và 122 cho trẻ em), với 5 điểm ở Trung ương, 140 ở cấp tỉnh và 175 ở cấp huyện.

Một thành tựu khác cực kỳ quan trọng trong lĩnh vực này đó là sự tăng cường tiếp cận ART của nhóm người tiêm chích ma túy cũng như kết quả điều trị khá tốt trên nhóm này⁴⁷. Một nghiên cứu năm 2010 tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy rằng 73% bệnh nhân tiếp nhận ART cho

⁴⁵ Số liệu hàng năm theo dõi chương trình chăm sóc và điều trị.VAAC, 2009.N=5,646 người lớn, N=308 trẻ em. Không có thêm số liệu gần đây

⁴⁶ Bản báo cáo dự thảo cuối cùng về đánh giá Chiến lược quốc gia 2006-2011.VAAC. không có thêm số liệu gần đây.

⁴⁷ Kết quả điều trị khá tốt ở đây hiểu là kết quả điều trị cho người TCMT tương đương với kết quả điều trị cho người không TCMT

biết đã từng tiêm chích⁴⁸, chứng thực thêm thông tin cho rằng 60-70% bệnh nhân ART tại Việt Nam đã từng hay đang là người TCMT⁴⁹. Kết quả điều trị khả quan đã được ghi nhận cho nhóm người TCMT: Tại hai phòng khám tại thành phố Hồ Chí Minh, không có sự khác biệt trong sự gia tăng số lượng CD4 trung bình trong 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị ART giữa người TCMT và người không TCMT.⁵⁰

Các đối tác và các dịch vụ cộng đồng ngày càng đóng một vai trò quan trọng trong việc cung cấp chẩn đoán và điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV. Các hướng dẫn quốc gia và quy chế thực hành chuẩn công tác chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng đã được phê duyệt năm 2010, hỗ trợ việc mở rộng và chuẩn hóa các dịch vụ này. Một số lớn những người sống với HIV và các quần thể chính bị ảnh hưởng đã làm việc chặt chẽ với Phòng khám ngoại trú HIV để thúc đẩy chẩn đoán sớm, hướng dẫn làm các thủ tục từ thời điểm chẩn đoán HIV cho đến lúc bắt đầu chăm sóc, hỗ trợ duy trì và tuân thủ điều trị ở những người đã ở trong chương trình chăm sóc và điều trị ART. Một mạng lưới ngày càng tăng các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức tôn giáo và các tổ chức dựa vào cộng đồng ở Việt Nam cũng đang hoạt động nhằm cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV.

Các nhóm hỗ trợ của người sống với HIV hiện đang tích cực hoạt động trong cả nước. Năm 2011, đã có hơn 200 nhóm tự lực dành toàn lực hoặc một phần cho việc hỗ trợ người sống với HIV, trong đó có nhiều nhóm hỗ trợ tích cực việc tiếp cận và duy trì trong điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Mạng lưới quốc gia của người sống chung với HIV tại Việt Nam (VNP+), thành lập năm 2009, tiếp tục đóng một vai trò quan trọng trong việc phối hợp các nhóm hỗ trợ trong nước. Năm 2011, VNP+ cũng đã thực hiện các hoạt động vận động chính sách nhằm tránh bất kỳ tác động tiêu cực nào của Hiệp định tự do thương mại nhóm đa lợi ích xuyên Thái Bình Dương (TPP)⁵¹ tới việc tiếp cận với thuốc kháng virus, và tiến hành 1 cuộc khảo sát quy mô lớn với cỡ mẫu 1.640 người (khảo sát chỉ số kỳ thị) để ước tính mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV tại năm tỉnh (Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Điện Biên và Cần Thơ).

Kết quả của Khảo sát chỉ số kỳ thị cho thấy tỷ lệ người trong nhóm có nguy cơ cao có khả năng tiếp cận với dịch vụ điều trị ARV và nhiễm trùng cơ hội ở mức cao (tương ứng với 90% và 87% người tham gia nghiên cứu tiếp cận được dịch vụ), mặc dù kết quả này có thể chưa phản ánh đúng tình hình thực tế vì có tới 1.200 người tham gia nghiên cứu là khách hàng của các phòng khám ngoại trú. Tuy nhiên tiếp cận với dịch vụ PLTMC vẫn còn thấp, chỉ có 45% phụ nữ sống chung với HIV cho biết đã từng tiếp cận được với dịch vụ PLTMC khi mang thai, thậm chí có 1 phụ nữ cho biết bị từ chối cung cấp dịch vụ PLTMC. Chất lượng của dịch vụ cũng là một vấn đề, chỉ có 53% người tham gia nghiên cứu được thảo luận mang tính xây dựng với cán bộ y tế về điều trị HIV trong 12 tháng qua.

⁴⁸ FHI. Kết quả của chương trình đánh giá bệnh nhân bắt đầu điều trị kháng virus tại 2 cơ sở y tế ở TPHCM, Việt nam. Hanoi, Viet Nam: Family Health International, 2010.

⁴⁹ Aceijas C, Oppenheimer E, Stimson GV, Ashcroft RE, Matic S, Hickman M. Điều trị kháng virus cho người TCMT ở các nước đang phát triển và chuyển đổi 1 năm trước khi kết thúc "Điều trị 3 triệu người vào 2005. Hãy làm cho điều đó xảy ra. Chiến lược của WHO" ("3 by 5"). Addiction 2006;101(9):1246-53.

⁵⁰ FHI. Kết quả của chương trình đánh giá bệnh nhân bắt đầu điều trị kháng virus tại 2 cơ sở y tế ở TPHCM, Việt nam. Hanoi, Viet Nam: Family Health International, 2010.

⁵¹ Quan hệ đối tác xuyên TBD là hiệp định thương mại tự do đa phương giữa Australia, Brunei Darussalam, Chile, Malaysia, New Zealand, Peru, Singapore, Viet Nam và Hoa Kỳ. Người ta cho rằng các điều khoản sở hữu trí tuệ của hiệp định này sẽ ngăn cản các nước đang phát triển tiếp cận đến thuốc giá hợp lý.

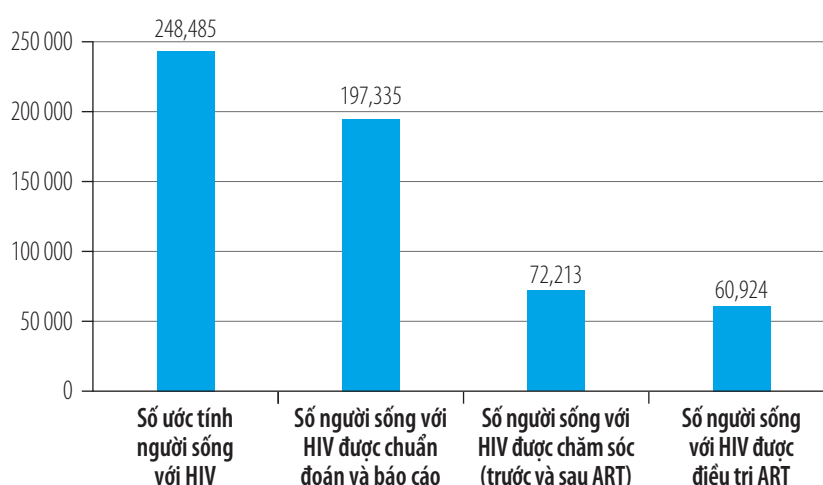
Hệ thống phòng thí nghiệm đã được tăng cường để hỗ trợ chăm sóc và điều trị HIV, với 41 phòng thí nghiệm có khả năng thực hiện đếm số lượng CD4. Hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán sớm trẻ sơ sinh bằng cách sử dụng kỹ thuật Vết máu khô đã được phê duyệt trong năm 2010, và 1.804 trẻ sơ sinh được chẩn đoán virus trong năm 2011. Đã có những nỗ lực được thực hiện nhằm sắp xếp một cách hiệu quả hệ thống mua sắm và quản lý cung cấp (PSM) thuốc ARV trong việc thiết lập một hệ thống PSM thống nhất quốc gia.

Mặc dù có rất nhiều những thành tựu trong lĩnh vực chăm sóc điều trị kể trên, các thách thức đáng kể vẫn đang tồn tại. Một nửa số người cần điều trị vẫn chưa tiếp cận được điều trị. Bệnh nhân bắt đầu điều trị ART muộn, khi số lượng tế bào CD4 rất thấp, dẫn tới tỷ lệ tử vong cao và các nhiễm trùng cơ hội nặng. 52,7% những người bắt đầu ART trong năm 2009 có CD4 dưới 100 tế bào/mm³ (1,711 trong số mẫu 3.247).

Duy trì chăm sóc cũng là một thách thức, đặc biệt trong khoảng thời gian giữa thời điểm đã chẩn đoán HIV và thời điểm bắt đầu được chăm sóc và trước khi bắt đầu ART. Cuối năm 2011, trong tổng số 197.335 người sống với HIV được báo cáo thông qua hệ thống báo cáo ca bệnh, chỉ có 72.213 người sống với HIV đã được chăm sóc, trong số đó 60.924 được điều trị ART – có nghĩa là chỉ có 11.289 người đã được chăm sóc trước khi điều trị ARV (Biểu đồ 22).

Biểu đồ 22

Số chẩn đoán HIV, số chăm sóc và điều trị⁵²



Nguồn: Số người sống với HIV được chẩn đoán và báo cáo (hệ thống báo cáo ca bệnh); PLHIV được chăm sóc và điều trị ART (Hệ thống báo cáo thường quy theo dõi chương trình); ước tính số PLHIV (kết quả sơ bộ EPP 2011) Cục PC AIDS, Bộ Y tế.

Luật xử phạt những người tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm, sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV, là trở ngại nghiêm trọng cho việc chẩn đoán sớm, tiếp cận và duy trì trong các chương trình chăm sóc điều trị.

Khảo sát chỉ số kỳ thị cho thấy một mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử cao hiện hữu, trong khi nghiên cứu khác cho rằng sự sợ hãi bị bắt giữ đồng nghĩa với việc các thành viên quần thể chính có nguy cơ cao sẽ trì hoãn việc đến các cơ sở y tế cho đến khi họ đã ốm rất nặng.

⁵² Nguồn: WHO/UNAIDS/UNICEF-Báo cáo đáp ứng HIV/AIDS toàn cầu 2011

Bệnh lao là nguyên nhân chính gây tử vong ở người có HIV. Trong khi nhiều tỉnh, huyện đã có nhiều cố gắng để tăng cường hoạt động phối hợp phòng chống HIV/TB nhưng các tiến bộ đạt được rất hạn chế. Theo các hướng dẫn quốc gia và quốc tế mới, tất cả người có HIV mắc bệnh lao phải nhận được cả 2 loại điều trị, ART và điều trị lao, tuy nhiên, chỉ có khoảng 30,1% số này được điều trị như vậy vào năm 2011. Điều trị dự phòng lao bằng Isoniazid mới được thực hiện ở quy mô nhỏ cho 1.162 người lớn và trẻ em năm 2011.

Nghiên cứu của VAAC, WHO và CDC⁵³ cho biết phác đồ điều trị bậc 1 ART cho người lớn tại các phòng khám ngoại trú có chi phí 365 USD cho mỗi bệnh nhân mỗi năm ở năm đầu tiên và 312 USD cho năm tiếp theo, điều trị nhiễm trùng cơ hội đặc biệt tốn kém nếu bệnh nhân khởi trị ở mức CD4 dưới 100 tế bào/mm³. Điều quan trọng là Việt Nam phải tìm ra các giải pháp tài trợ bền vững, bao gồm cả việc huy động thêm các nguồn lực, thông qua bảo hiểm y tế, và sử dụng hiệu quả hơn các nguồn lực này, bao gồm cả việc bắt đầu điều trị ART sớm hơn.

Để giải quyết những thách thức và tối đa hóa khả năng sống và những lợi ích phòng ngừa của ART, Chính phủ Việt Nam đã cam kết thực hiện thí điểm sáng kiến “Điều trị 2.0”, một sáng kiến của WHO và UNAIDS khuyến khích sự đổi mới, hiệu quả và tính bền vững trong ứng phó với HIV, tập trung vào việc mở rộng và tiếp cận phổ cập điều trị ART. Thí điểm này được thực hiện ở 2 tỉnh Cần Thơ và Điện Biên. Nhiều thành tố của Điều trị 2.0 là mới đối với Việt Nam, và việc thí điểm sẽ yêu cầu một sự dịch chuyển lớn từ mô hình hiện tại, cũng có nghĩa là cần thực hiện một cách đáng kể các hoạt động đào tạo và xây dựng năng lực, cũng như tổ chức lại nguồn nhân lực. Ngoài ra, ART cần được kết hợp với các mục tiêu chương trình thay đổi hành vi và việc xây dựng chính sách để xây dựng một ứng phó lồng ghép với dịch và điều này sẽ hỗ trợ những thay đổi ở cấp độ cá nhân và cộng đồng, xây dựng những đáp ứng ở cộng đồng, giảm sự kỳ thị, và đảm bảo tiếp cận tới dịch vụ và thụ hưởng dịch vụ.

Bên cạnh đó, Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các tổ chức quốc tế (CDC, WHO, HAIVN và FHI360), đã thành lập nhóm kỹ thuật về nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV.

Nhóm kỹ thuật đã lựa chọn 10 chỉ số để theo dõi quá trình triển khai dịch vụ chuẩn bị điều trị và điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú HIV. Kể từ năm 2011, nhóm đã nâng cao năng lực cho các cán bộ địa phương để thu thập và phân tích số liệu cũng như lập kế hoạch, triển khai và đánh giá chương trình nâng cao chất lượng thí điểm tại TP HCM, Hà Nội, Cần Thơ và Thanh Hóa.

6. Sự tham gia của xã hội dân sự

Các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng đóng vai trò ngày càng tích cực hơn trong ứng phó quốc gia với HIV, đặc biệt trong vận động chính sách, hoạch định chính sách, xây dựng năng lực và cung cấp dịch vụ. Sự phát triển của xã hội dân sự phản ánh qua việc các nhóm tự lực và mạng lưới của những người sống với HIV (PLHIV) và các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao lây nhiễm HIV ngày càng mở rộng và lớn mạnh hơn. Đặc biệt là đại diện của các tổ chức xã hội dân sự góp mặt trong các diễn đàn quan trọng của Quốc gia; từ năm 2011 Liên hiệp các Hội Khoa học kỹ thuật Việt Nam là cơ quan điều phối các tổ chức

⁵³ Ibid.

xã hội dân sự đã chính thức trở thành thành viên của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm và là thành viên của Cơ chế điều phối Quốc gia về Quỹ toàn cầu Việt nam từ năm 2011.

Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA) là một tổ chức được thành lập năm 1983 và hiện đã có 130 thành viên trong đó có 73 hội ngành toàn quốc và 57 Liên hiệp hội địa phương. Trong những năm vừa qua, VUSTA đã hỗ trợ việc hình thành và chỉ đạo hơn 30 tổ chức phi chính phủ và mạng lưới hoạt động trong các lĩnh vực HIV/AIDS và những vấn đề liên quan đến HIV/AIDS như bình đẳng giới, chăm sóc sức khỏe và phát triển cộng đồng, chăm sóc sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, xóa đói giảm nghèo. VUSTA cũng tham gia hỗ trợ và chỉ đạo các mạng lưới như Diễn đàn xã hội dân sự hợp tác phòng chống AIDS (VCSPA), Liên minh các tổ chức phi chính phủ Việt Nam (VNGOs), Mạng Giới và phát triển (Gencomnet).

Các tổ chức trực thuộc VUSTA (như Viện nghiên cứu phát triển xã hội- ISDS, Trung tâm phát triển và hỗ trợ y tế cộng đồng- COHED, Trung tâm huy động cộng đồng phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam-VICOMC, Công ty khuyến khích y tế cộng đồng-CHP; Tổ chức hoạt động phát triển y tế cộng đồng - Light, Life, Trung tâm tư vấn và đầu tư y tế CIHP, Trung tâm sáng kiến về khuyến khích phát triển y tế CCIHP, v.v.) hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS đã có những đóng góp tích cực từ năm 1994 đến nay.

Số lượng các nhóm thành viên thuộc Mạng lưới quốc gia những người sống với HIV tại Việt Nam (VNP+) hiện khoảng 150 nhóm, gấp hai lần số nhóm so với năm 2008 khi mạng lưới mới thành lập. VNP+ được công nhận rộng rãi là diễn đàn quốc gia của những người sống với HIV, đồng thời là một diễn đàn để vận động cho quyền và nhu cầu của những người sống với HIV. Các lĩnh vực hoạt động chính của VNP+ là vận động chính sách, chia sẻ thông tin, phát triển mạng lưới, xây dựng năng lực và huy động nguồn lực. Những lĩnh vực hoạt động này hỗ trợ cho hoạt động cung cấp dịch vụ, là mảng hoạt động chính của nhiều mạng lưới người sống với HIV như mạng lưới Vì ngày mai tươi sáng, Mạng lưới người sống với HIV miền Nam (SPN+), mạng lưới Hy vọng và Hoa hướng dương. Nhiều nhóm tự lực PLHIV là thành viên của một vài mạng lưới để có thể nhận được hỗ trợ và chia sẻ thông tin nhiều hơn.

VNP+ cũng tập trung nhiều vào việc vận động chính sách để người sống với HIV tiếp tục được sử dụng các loại thuốc với giá thành phải chăng khi Việt Nam đạt được vị trí là nước có thu nhập trung bình. VNP+ đã tham gia tích cực vào các cuộc thảo luận trong nước và trong khu vực về tác động có thể xảy ra của Hiệp định đối tác thương mại tự do xuyên Thái Bình Dương, và về những thách thức đối với việc cấp bằng sáng chế tại Việt Nam cho các loại thuốc điều trị HIV và các nhiễm trùng cơ hội.

VNP+ cũng đã tham gia trong vai trò là một thành viên của Cơ chế Điều phối Quốc gia Quỹ toàn cầu ở Việt Nam. Ở cấp khu vực, VNP+ là thành viên của Mạng lưới những người sống chung với HIV/AIDS khu vực Châu Á - Thái Bình Dương (APN+). Từ năm 2012, VNP+ sẽ là một tổ chức nhận tài trợ trong khuôn khổ dự án khu vực của APN+ do Quỹ Toàn cầu tài trợ.

Các hoạt động vận động chính sách của VNP+ dựa trên kết quả của hai nghiên cứu do những người sống với HIV thực hiện về tiếp cận và những rào cản trong việc tiếp cận tới các dịch vụ về HIV. Năm 2010, VNP+ phối hợp với Mạng lưới những người sống với HIV toàn cầu (GNP+) và Hội đồng Dân số tiến hành nghiên cứu về Sức khỏe, Phẩm giá, và Dự phòng HIV trên 600 người sống với HIV tại bốn tỉnh. Vào cuối năm 2011, VNP+ đã tiến hành Khảo sát Chỉ số về sự

kỳ thị liên quan đến HIV tại năm tỉnh (Điện Biên, Hà Nội, Hải Phòng, Cần Thơ và thành phố Hồ Chí Minh). Nghiên cứu đã thu thập thông tin từ tổng cộng 1.640 người sống với HIV, trong đó có 140 nam quan hệ tình dục đồng giới ở TP HCM (MSM), 150 người bán dâm ở Hà Nội và 150 người tiêm chích ma túy ở Điện Biên. Tổng cộng có 22% số người được hỏi cho biết quyền của họ bị vi phạm trong vòng 12 tháng qua. Trong số này, 58% cho biết quyền riêng tư / bảo mật đã bị vi phạm. Người bán dâm và MSM có khả năng bị kỳ thị và phân biệt đối xử nhiều hơn bốn lần, và người sử dụng ma túy có khả năng bị kỳ thị và phân biệt đối xử gần gấp đôi. Số liệu thu thập được từ Khảo sát Chỉ số về sự kỳ thị liên quan đến HIV củng cố thêm mối quan ngại rằng sự kỳ thị và phân biệt đối xử đang tác động tiêu cực đến đời sống của những người sống với HIV và những nỗ lực mở rộng các dịch vụ. Mức độ bị kỳ thị và phân biệt đối xử nhiều hơn do những người tiêm chích ma túy, bán dâm và MSM báo cáo cho thấy những hành vi nguy cơ cao cũng rất bị kỳ thị.

Trong giai đoạn báo cáo, vai trò lãnh đạo của cộng đồng MSM đã lớn mạnh hơn trong việc kiểm soát dịch HIV đang lan rộng thêm trong nhóm quần thể chính này. Vai trò chủ động của cộng đồng trong Nhóm công tác quốc gia về MSM đã tăng đáng kể trong hai năm qua, trong đó có việc lựa chọn đồng chủ tọa là đại diện của cộng đồng MSM. Nhóm công tác quốc gia đã chứng tỏ là một diễn đàn hiệu quả để MSM tương tác và bày tỏ ý kiến của họ với các tổ chức có liên quan.

Một số dẫn chứng về sự tham gia của cộng đồng MSM với sự điều phối của nhóm công tác bao gồm: xây dựng “Hướng dẫn quốc gia cho các can thiệp HIV toàn diện cho Nam quan hệ tình dục đồng giới”, tham gia vào mạng lưới “Bầu trời tím” khu vực và dự án thúc đẩy các can thiệp về MSM cho các thành phố khu vực châu Á. Các nhóm công tác cấp tỉnh điều phối sự tham gia của cộng đồng MSM trong ứng phó với HIV của tỉnh. Tám tỉnh đã tiến hành tập huấn cho các nhà hoạch định chính sách của tỉnh, cán bộ quản lý hệ thống y tế, nhân viên y tế, báo chí, lãnh đạo cộng đồng MSM và các bên có trách nhiệm khác về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với MSM và tăng cường sử dụng dịch vụ HIV trong nhóm MSM. Trung tâm Phòng, chống AIDS tỉnh cùng với cộng đồng MSM địa phương phối hợp thực hiện các tập huấn này, sử dụng bộ công cụ “Hiểu biết và Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV và MSM”. Tổng số có 754 cán bộ có trách nhiệm đã được tập huấn.

Tổ chức của những người bán dâm cũng được củng cố hơn trong năm 2011. Nhóm công tác quốc gia về Mại dâm và HIV đã được thành lập trong khuôn khổ Nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về HIV, với mục tiêu tăng cường năng lực và sự tham gia của cộng đồng những người bán dâm trong vận động chính sách liên quan đến mại dâm. Đồng chủ tọa của nhóm và bốn thành viên đại diện cấp tỉnh của cộng đồng này là những người đã từng bán dâm và hiện đang nỗ lực mở rộng các dịch vụ HIV dành cho người bán dâm. Từ khi thành lập, nhóm đã hỗ trợ cộng đồng những người bán dâm có tiếng nói mạnh mẽ hơn trong các diễn đàn thảo luận quốc gia về mại dâm. Nhóm dự định sẽ thực hiện một nghiên cứu về nguy cơ lây nhiễm HIV liên quan đến mại dâm vào năm 2012.

Những người tiêm chích ma túy, trước đây chủ yếu hoạt động trong khuôn khổ của các nhóm PLHIV, cũng đã thiết lập mạng lưới riêng của mình. Cuối năm 2011 đánh dấu sự thành lập của hai mạng lưới lớn: Mạng lưới những người sử dụng ma túy miền Nam và Mạng lưới những người sử dụng ma túy Việt Nam. Mạng lưới miền Nam bao gồm 10 tỉnh phía Nam và Tây Nguyên, và hiện đang được đặt dưới SPN+ với dự định sẽ tiến tới hoạt động độc lập. Mạng lưới những người sử dụng ma túy Việt Nam bao gồm tám nhóm thành viên, chủ yếu là từ miền Bắc.

Nhiều người sống với HIV, MSM, người bán dâm và các nhóm sử dụng ma túy cũng là thành viên của Diễn đàn đối tác xã hội dân sự về AIDS Việt Nam (VCSPA) và hiện đang được VUSTA hỗ trợ để tăng cường sự tham gia của xã hội dân sự trong việc xây dựng chính sách và chương trình của quốc gia.

VCSPA là một tập hợp tự nguyện của các tổ chức xã hội dân sự ở Việt Nam, hiện có 267 thành viên trên 40 tỉnh/thành trong cả nước bao gồm các tổ chức phi chính phủ; các tổ chức dựa vào cộng đồng; các tổ chức của người có HIV; các nhóm người dễ bị tổn thương bởi HIV như nam có quan hệ tình dục đồng giới và chuyển giới; phụ nữ mại dâm; người tiêm chích ma túy; bạn tình của người có HIV hoặc người tiêm chích túy; các tổ chức tôn giáo, từ thiện và tự nguyện. Năm 2011, với nguồn kinh phí hỗ trợ từ Dự án Quỹ Toàn cầu, VCSPA hỗ trợ các thành viên của mình phối hợp với các đoàn thể và tôn giáo, các cơ quan nhà nước tại địa phương mình tổ chức Lễ thắp nến cầu nguyện mang tên *Thắp sáng ngọn lửa yêu thương* hưởng ứng ngày Thế giới phòng chống AIDS nhằm tưởng niệm những người đã khuất vì đại dịch AIDS và nói lên ước nguyện chung của những người đang sống.

Tài trợ vòng 9 Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM) cho Việt Nam, được ký kết vào đầu năm 2011, đánh dấu việc lần đầu tiên các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng Việt Nam quản lý và thực hiện một dự án Quỹ Toàn cầu, đồng thời cũng khẳng định năng lực đã được tăng cường của các tổ chức phi chính phủ trong nước.

Hợp phần cho các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng của gói tài trợ được Liên hiệp các Hội Khoa học và Công nghệ Việt Nam (VUSTA) thực hiện, trong đó Viện Nghiên cứu Phát triển Xã hội (ISDS) và Trung tâm Sức khỏe và Phát triển Cộng đồng (COHED) là hai tổ chức nhận tài trợ cấp hai. Một trong những cấu phần của dự án là đối thoại chính sách và tập huấn về đăng ký pháp nhân cho các nhóm cộng đồng, vốn là một thách thức lớn khi vai trò của các tổ chức đoàn thể quần chúng được mở rộng.

Trong lĩnh vực xây dựng chính sách và chiến lược về HIV, các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng đã tham gia vào việc xây dựng Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, đem lại sự chú ý mạnh mẽ hơn đến các vấn đề giới và nhu cầu của người sống với HIV và các nhóm quần thể chính trong ứng phó với HIV. Đại diện của VNP+ và các nhóm có nguy cơ cao đã tham gia vào các cuộc họp tham vấn do VAAC tổ chức. VUSTA đã tổ chức một hội thảo tham vấn cuối cùng về Dự thảo Chiến lược phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 với hơn 100 đại diện những người sống với HIV, người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao, các tổ chức dựa vào cộng đồng, tổ chức tôn giáo và các tổ chức phi chính phủ Việt Nam. Trong giai đoạn báo cáo này, những người sống với HIV, người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao và các tổ chức phi chính phủ trong nước cũng đóng góp vào việc xây dựng một loạt các văn bản luật và chính sách liên quan đến HIV, gồm dự thảo Luật xử lý vi phạm hành chính trong đó có các điều khoản liên quan đến các vấn đề nhạy cảm về mại dâm và sử dụng ma túy, dự thảo Nghị định về điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện và dự thảo thông tư hướng dẫn thành lập và hoạt động của các cơ sở y tế có thu phí dịch vụ.

Các nhóm đoàn thể quần chúng đang đi đầu trong việc nâng cao nhận thức và tôn trọng các quyền liên quan đến HIV được pháp luật Việt Nam và quốc tế bảo vệ. Lãnh đạo các nhóm PLHIV đã làm việc với các tổ chức Liên Hợp Quốc, các tổ chức phi chính phủ hoạt động trong lĩnh vực pháp lý, và các trường luật trên cả nước để xây dựng cẩm nang tập huấn "Học về

quyền của bạn”. Có tới 545 người bao gồm người sống với HIV, giảng viên luật, sinh viên luật, cán bộ của các văn phòng trợ giúp pháp lý và các cán bộ địa phương đã được tập huấn trong năm 2011, và hiểu biết về quyền của người sống chung với HIV và các cơ chế bảo vệ quyền của người sống với HIV trong khuôn khổ pháp luật hiện hành của Việt Nam đã được nâng cao ở cả nhóm thực thi pháp luật và nhóm hưởng lợi.

Các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng Việt Nam đã tham gia vào các diễn đàn khu vực và quốc tế quan trọng năm 2010-2011, góp thêm tiếng nói của họ trong nỗ lực toàn cầu nhằm đẩy nhanh tiến độ hướng tới mục tiêu toàn cầu về tiếp cận phổ cập tới các dịch vụ về HIV và thực hiện mục tiêu “Ba Không” – Không người nhiễm mới, Không kỳ thị và phân biệt đối xử, Không người tử vong liên quan đến AIDS. Đại diện PLHIV và những người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao đã tham gia với tư cách thành viên chính thức của đoàn đại biểu Việt Nam tại Hội nghị cấp cao của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về AIDS tổ chức tháng 6 năm 2011. Các diễn đàn quan trọng khác có sự tham gia tích cực của các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng Việt Nam bao gồm Hội nghị Tham vấn Khu vực về Tiếp cận phổ cập, Hội nghị Thượng đỉnh Thanh niên Thế giới về HIV, Đối thoại khu vực về HIV và Luật, và ICAAP10.

Mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể về sự tham gia của các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng, vẫn còn những thách thức cần được giải quyết triệt để nhằm đưa các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng trở thành một đối tác bình đẳng trong ứng phó quốc gia với HIV. Một số thách thức lớn gồm:

- Các rào cản pháp lý. Việt Nam chưa có quy định đăng ký tư cách pháp nhân cho các nhóm tự lực, mạng lưới người nhiễm hỗ trợ cộng đồng trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, do đó các nhóm này gặp khó khăn trong việc đăng ký đủ tư cách pháp nhân để nhận các hỗ trợ kinh phí hoạt động. Để đăng ký được tư cách pháp nhân, các nhóm tự lực, mạng lưới người nhiễm phải đăng ký là tổ chức công nghệ hoặc doanh nghiệp hộ gia đình.
- Nguồn tài trợ bền vững: Hầu hết các tổ chức này phụ thuộc vào tài trợ quốc tế. Hiện tại Việt Nam đã đạt vị thế là nước có thu nhập trung bình và bị giảm nguồn tài trợ, các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng phải tìm kinh phí bổ sung từ các nguồn trong nước để duy trì hoạt động của họ.
- Sự tham gia chưa đồng đều: Trong khi sự tham gia của tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng vào việc lập kế hoạch ở cấp quốc gia và ở một số tỉnh đã tăng lên, nhiều tỉnh vẫn chưa tham vấn các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng một cách thích đáng trong ứng phó với HIV của tỉnh.
- Năng lực yếu: Các nhóm tự lực và các mạng lưới của người sống với HIV và các nhóm quần thể chính có nguy cơ lây nhiễm HIV cao cần được tăng cường năng lực lãnh đạo, quản lý và kỹ thuật nếu họ muốn đóng một vai trò lớn hơn trong ứng phó quốc gia với HIV.
- Sự kỳ thị và phân biệt đối xử: Mặc dù vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử đã được cải thiện đáng kể, nhưng nghiên cứu Chỉ số về sự kỳ thị và các nghiên cứu khác đã xác nhận rằng sự kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là những rào cản lớn đối với việc cung cấp dịch vụ và sự tham gia có ý nghĩa hơn của người sống với HIV và các nhóm quần thể chính có nguy cơ lây nhiễm HIV cao trong ứng phó quốc gia.

V. MÔ HÌNH THỰC HÀNH TỐT

1. Điều trị duy trì Methadone (MMT) tại Việt Nam

Việc tập trung vào dự phòng đã mang lại những tiến bộ tích cực về tăng cường tiếp cận các dịch vụ HIV, đặc biệt là các dịch vụ giảm tác hại. Sự lãnh đạo mạnh mẽ của các nhà lãnh đạo và cơ quan lập pháp cấp cao (thể hiện ở điều 199 của Bộ Luật hình sự 1999 VN về tội sử dụng trái phép chất ma túy đã bị bãi bỏ theo Luật số 37/2009/QH12 ngày 19.6.2009) đã mang lại sự khởi đầu cho Chương trình Điều trị Duy trì Methadone thí điểm cấp Quốc gia cho những người tiêm chích ma túy, được khởi động từ tháng 5/2008. Sự thành công của chương trình thí điểm và sự ủng hộ không ngừng của các nhà lãnh đạo cấp cao làm cho giai đoạn 2010-2011 là giai đoạn có sự nâng cao nhận thức về những lợi ích của cai nghiện ma túy tại cộng đồng và chương trình thí điểm đã được mở rộng.

Chương trình MMT đã được triển khai tại các địa phương với sự hợp tác của các cơ quan nhà nước, các tổ chức xã hội và các đối tác phát triển cùng sự hỗ trợ từ các cấp ban ngành trên toàn quốc. Chính phủ Mỹ đã cung cấp các hỗ trợ kỹ thuật và tài chính đáng kể cho chương trình này thông qua Chương trình PEPFAR. Liệu pháp điều trị thay thế được thực hiện với sự kết hợp của các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, đào tạo hướng nghiệp và hỗ trợ sinh kế.

Chương trình MMT thí điểm bắt đầu triển khai từ tháng 5/2008 với 6 trung tâm điều trị tại Hải Phòng và Tp. Hồ Chí Minh. Tính đến cuối năm 2009, chương trình đã cung cấp dịch vụ cho 1.735 người, vượt mục tiêu ban đầu đề ra là cai nghiện cho 1.500 người. Số liệu của Bộ Y tế cho thấy, chỉ sau 9 tháng điều trị ban đầu, tỉ lệ duy trì điều trị là 96,5%⁵⁴ và các khách hàng đều cho thấy những thay đổi tích cực về hành vi. Sự thành công của chương trình thí điểm là yếu tố quan trọng để Chính phủ quyết định mở rộng dịch vụ MMT và đặt mục tiêu cho năm 2015 là cai nghiện cho 80,000 người bằng phương pháp MMT.

Trong 2 năm 2010 và 2011, chương trình đã được mở rộng đến 11 tỉnh thành (Hải Phòng, Tp. Hồ Chí Minh, Hà Nội, Thái Nguyên, Điện Biên, Đà Nẵng, Nam Định, Hải Dương, Quảng Ninh, Thanh Hóa và Cần Thơ) và áp dụng hướng dẫn điều trị MMT Quốc gia đã được cải tiến tốt hơn. Tính đến cuối năm 2011, tổng số có 6.931 người đã được điều trị tại 41 trung tâm điều trị trên 11 tỉnh thành, và chương trình có tỉ lệ duy trì điều trị là 96%.⁵⁵ Đánh giá chương trình thí điểm⁵⁶ sau 24 tháng tại Tp. Hồ Chí Minh và Hải Phòng cho thấy chương trình vẫn tiếp tục đạt được kết quả tích cực với tỷ lệ người sử dụng ma túy giảm từ 100% tại thời điểm ban đầu xuống còn 15,9% sau 2 năm. Chất lượng cuộc sống của các khách hàng cũng được cải thiện, với tỉ lệ thất nghiệp giảm từ 35,96% xuống 24,10%, điểm đánh giá sức khỏe thể chất tăng từ 68 đến 75 (trên tổng số 100 điểm) và sức khỏe tinh thần tăng từ 56 lên 70 (trên tổng số 100 điểm). Xung đột xã hội với bạn bè và gia đình giảm theo thời gian, với số người tham gia điều tra báo cáo

⁵⁴ Báo cáo đánh giá hiệu quả của Chương trình Điều trị Duy trì Methadone thí điểm 2009. Bộ Y tế, 2010

⁵⁵ Báo cáo Tuần từ 26 đến 30 tháng 12/2011. Cục Phòng, Chống HIV/AIDS, Chương trình Giảm tác hại, 2011.

⁵⁶ Kết quả và tác động sau Chương trình MMT thí điểm 2 năm tại Việt Nam. FHI, 2011.

có xung đột với gia đình và bạn bè giảm từ 20% xuống còn 3% và, đặc biệt, số người tham gia khảo sát báo cáo có xung đột với gia đình giảm từ 90% xuống còn 2%. Cộng đồng cũng được hưởng lợi từ chương trình, theo số liệu báo cáo của Cục An Ninh Tp. Hải Phòng thì số các vụ tội phạm liên quan tới ma túy cũng giảm gần 30%.

Hiệu quả liên tiếp của chương trình đã thúc đẩy việc xem xét đánh giá những lợi ích của MMT so với biện pháp giáo dục hành chính tập trung tại các trung tâm giáo dục lao động xã hội. Chính phủ đã một lần nữa khẳng định cam kết hỗ trợ chương trình thông qua mục tiêu và kế hoạch hành động đến năm 2015 sẽ mở thêm các cơ sở điều trị methadone, nâng số lượng cơ sở lên 245 tại 30 tỉnh thành tính đến 2015. Chương trình cũng có kế hoạch mở rộng MMT trong các trại giam, và hiện tại các hoạt động đào tạo cho các cán bộ liên quan đang được triển khai; cảm nang đào tạo giáo dục đồng đẳng và các tài liệu truyền thông/thông tin khác liên quan cũng đang được xây dựng.

Do nguồn cung methadone tại Việt Nam hiện nay hoàn toàn là nhập khẩu nên Bộ Y tế đã xây dựng một đề án sản xuất methadone trong nước dự kiến cung cấp 80% nhu cầu methadone vào cuối năm 2015. Chính phủ cũng hướng tới mục tiêu sử dụng hoàn toàn các nguồn lực trong nước từ năm 2015 (bao gồm cả phần đóng góp của người cai nghiện) để tài trợ cho chương trình này.

2. Ứng dụng Khung Đầu tư hiệu quả tại Việt Nam

Nhằm tối ưu hóa hiệu quả và kết quả, công tác ứng phó với HIV trên toàn thế giới cần một cách tiếp cận đầu tư có mục tiêu và chiến lược hơn. Vì thế, UNAIDS đã đề nghị các quốc gia áp dụng một “Khung đầu tư” cho công tác phòng chống HIV của mỗi nước. Khung đầu tư này được đề xuất nhằm hỗ trợ công tác quản lý ứng phó HIV, khuyến khích sự minh bạch trong các mục tiêu và kết quả của chương trình, và cho phép các nhà hoạch định chính sách và các chuyên gia tài chính ủng hộ việc hỗ trợ cho các đáp ứng mang lại hiệu quả cao. Khung đầu tư được thiết kế để thu hẹp khoảng cách lý thuyết giữa dự toán nguồn lực toàn cầu với việc lập kế hoạch chương trình trên quy mô lớn nhằm tạo nên các chiến lược đầu tư đạt được kết quả tốt nhất với nguồn lực ít nhất.

Việc sử dụng khung đầu tư như vậy đặc biệt quan trọng ở Việt Nam trong bối cảnh cần duy trì tính tự chủ quốc gia mạnh mẽ trong công tác phòng chống HIV và các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ ngày càng tăng trong khi nguồn cung tài chính bên ngoài đang sụt giảm do các nhà tài trợ rút hoặc giảm tài trợ vì lý do suy thoái kinh tế toàn cầu và Việt Nam đã trở thành nước có thu nhập trung bình. Ngay cả trong những kịch bản khả quan nhất thì khoảng thiếu hụt nguồn lực cho HIV cũng sẽ gia tăng đáng kể ở Việt Nam từ 2011 đến 2015.

Để lấp được khoảng cách này sẽ vừa cần phải giảm nhu cầu, bằng cách đạt hiệu quả kinh tế thông qua việc mở rộng quy mô và chi phí hiệu quả hơn trong cung cấp dịch vụ, mở rộng việc chuyển giao phân cấp nhiệm vụ cho tuyến dưới nhiều hơn vừa cần phải tăng nguồn lực sẵn có từ Chính phủ (như cam kết lớn hơn từ các Bộ), tăng đóng góp từ khu vực dịch vụ tư nhân, các chương trình bảo hiểm, và từ các đối tác phát triển mới và đối tác hiện có.

Việt Nam đang có những bước tiến trong việc xây dựng các giải pháp đáp ứng với những thách thức này thông qua các giải pháp tối đa hóa tác động của các nguồn lực hiện có, làm nhiều hơn

với ít nguồn lực hơn và khai thác sử dụng đúng mức năng lực kỹ thuật và nhân lực để mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ HIV trong một môi trường tài chính chặt chẽ hơn. Trong khuôn khổ của Khung đầu tư mới được đề xuất, Việt Nam đã tiến hành những việc sau đây:

Xây dựng các tiêu chí phân bổ nguồn lực

Để đáp ứng với những thay đổi lớn trong nguồn kinh phí cho công tác phòng chống HIV, và đáp ứng nhu cầu đầu tư vào các can thiệp dựa trên bằng chứng cho nhóm quần thể có nguy cơ cao nhiễm HIV, UNAIDS tại Việt Nam đã hỗ trợ Cục Phòng, chống HIV/AIDS (VAAC), và cùng các bên liên quan quốc gia và quốc tế (bao gồm các nhà tài trợ lớn là PEPFAR, và Ngân hàng Thế giới/Cơ quan phát triển quốc tế Anh DFID) lập kế hoạch và thảo luận về các tiêu chí phân bổ nguồn lực. Nhiều nguồn số liệu dịch tễ học theo tuyến tỉnh hiện có đã được đối chiếu xem xét, với mục đích xây dựng tiêu chí phân loại tỉnh theo các khu vực địa lý theo mức độ nghiêm trọng của đại dịch HIV một cách có hệ thống, để xác định các lĩnh vực ưu tiên can thiệp. Bước tiếp theo sẽ là xây dựng một bảng dự thảo Kịch bản phân bổ nguồn lực Việt Nam, bảng này sẽ tiếp tục được hoàn thiện trong thời gian tới.

Mở rộng các lựa chọn tài chính dài hạn cho phòng chống HIV ở Việt Nam

UNAIDS Việt Nam đã hợp tác chặt chẽ với VAAC và Viện quản lý chính sách Oxford (Oxford Policy Management), bắt đầu tìm hiểu xem Chính phủ có thể tiếp cận tài chính dài hạn cho HIV như thế nào. Các kịch bản tài chính được xây dựng dựa theo Đánh giá Chi tiêu AIDS Quốc gia và Ước tính về nhu cầu nguồn lực quốc gia. Sau đó, nhóm tiến hành phân tích về tính hiệu quả của ứng phó HIV của Việt Nam và phân tích xem liệu có thể tiết kiệm được không và từ những nguồn nào. Bước tiếp theo là phân tích độ nhạy và khái quát hóa về các nguồn tài trợ tiềm năng. Bước cuối cùng sẽ là việc xây dựng một lộ trình để quản lý việc chuyển đổi từ chiến lược tài chính HIV hiện nay sang chiến lược mới trong tương lai.

3. Tăng cường công tác phòng chống HIV cho nhóm nam tình dục đồng giới

Kỳ thị phân biệt đối xử với người quan hệ tình dục đồng giới nam là rất lớn và do đó tạo ra các rào cản trong việc xây dựng chính sách và chương trình can thiệp phù hợp cũng như tăng chậm độ bao phủ của các dịch vụ. Những số liệu về tình hình dịch cho thấy tình trạng lây nhiễm HIV trong nhóm người quan hệ tình dục đồng giới nam tại Việt Nam đang tăng rất nhanh.⁵⁷ Trong năm 2010 và 2011, ở tuyến trung ương và địa phương đã tăng cường ứng phó với tình hình dịch gia tăng trong nhóm MSM bằng việc chỉ đạo mạnh mẽ hơn và hợp tác chặt chẽ hơn với cộng đồng nam tình dục đồng giới đang phát triển nhanh chóng. Những nỗ lực này đã tạo ra những bằng chứng vững chắc hơn, môi trường chính sách thuận lợi hơn, huy động được nhiều nguồn lực hơn và sự tham gia mạnh mẽ hơn của cộng đồng.

Việc tăng cường hoạt động nghiên cứu và giám sát đã giúp làm sáng tỏ hơn về quy mô và xu hướng của dịch HIV trong nam tình dục đồng giới tại Việt Nam. Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) được tiến hành định kỳ 2 năm hiện đã mở rộng thu

⁵⁷ Dữ liệu IBBS cho thấy tình trạng lây nhiễm HIV đã tăng nhanh chóng trong khoảng từ 2006 đến 2009 trong cả nhóm nam tình dục đồng giới có bán dâm và không bán dâm tại Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh.

thập số liệu trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 4 tỉnh. Giám sát trọng điểm HIV (HSS) trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới đã được thực hiện tại 3 tỉnh từ năm 2010 và được nâng lên thành 5 tỉnh vào năm 2011. Trong năm 2011, hai tỉnh miền trung là Nghệ An và Thừa Thiên Huế đã tiến hành đánh giá nhanh tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. Một số nghiên cứu quy mô nhỏ hơn cũng được tiến hành giúp làm sáng tỏ việc sử dụng ma túy có thể tăng nguy cơ HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới; hay vấn đề quan hệ tình dục đồng giới nam trong các cơ sở khép kín; và sự kỳ thị, phân biệt đối xử và bạo lực giới mà nam quan hệ tình dục đồng giới gặp phải.

Các dữ liệu này đã cung cấp thông tin cho việc xây dựng Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Hướng dẫn Quốc gia về Chương trình Phòng chống HIV toàn diện dành cho Nam quan hệ tình dục đồng giới đã được xây dựng, sau khi được thông qua sẽ giúp các cán bộ quản lý chương trình HIV xây dựng một gói dịch vụ toàn diện để hỗ trợ, chăm sóc, điều trị và dự phòng HIV mà MSM có thể dễ dàng tiếp cận và sử dụng.

Chính phủ đã phối hợp cùng với các tổ chức quốc tế nhằm tăng cường điều phối nguồn lực tài chính và kỹ thuật để đáp ứng với tình hình dịch HIV trong nhóm MSM. Quỹ toàn cầu vòng 9 tài trợ kinh phí cho các hoạt động can thiệp liên quan đến HIV cho nhóm MSM; dự án phòng chống HIV do WB/DfID đã bổ sung MSM trong nhóm đối tượng đích vào năm 2010. MSM cũng là nhóm ưu tiên của chương trình PEPFAR tại Việt Nam.

Cộng đồng MSM đóng vai trò ngày càng tích cực trong vận động chính sách và thực thi các chương trình. Trong năm 2010, đại diện của cộng đồng MSM đã được bầu chọn làm chủ tọa và đồng chủ tọa Nhóm Công tác về HIV và MSM Quốc gia – những vị trí mà trước đây thường do các cán bộ các cơ quan chính phủ hay NGO nắm giữ. Nhóm Công tác Quốc gia và 9 nhóm công tác cấp tỉnh là những diễn đàn đặc thù để đối thoại và điều phối giữa Chính phủ Việt Nam và cộng đồng MSM. Mục đích khởi điểm của nhóm công tác là chia sẻ thông tin, tuy nhiên trong những năm gần đây nhóm đã tăng cường tham gia vào việc xây dựng chính sách và việc nâng cao năng lực cho cộng đồng MSM nhằm đem lại các đóng góp lớn hơn trong đáp ứng với HIV. Cụ thể, Nhóm Công tác Quốc gia đã tham gia chặt chẽ trong quá trình xây dựng Hướng dẫn MSM Quốc gia, đồng thời tham gia đóng góp cho Chiến lược HIV Quốc gia mới. Nhóm ở các tỉnh đã tổ chức các hội thảo về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử cho 754 đại biểu ở 8 tỉnh, bao gồm các nhà hoạch định chính sách cấp tỉnh, các nhà quản lý y tế, cán bộ y tế, tổ chức truyền thông và các lãnh đạo của cộng đồng MSM. Bên cạnh đó, nhóm MSM của 9 tỉnh đã phối hợp với PAC quản lý chương trình giáo dục đồng đẳng nhằm khuyến khích sử dụng bao cao su, xét nghiệm HIV và các dịch vụ liên quan đến HIV khác.

Một số tỉnh thành đang đi đầu trong các sáng kiến hành động về HIV và MSM, tạo thành những hình mẫu cho các địa phương khác. Tp. Hồ Chí Minh, nơi có tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM cao nhất Việt Nam, đang tham gia vào Sáng kiến các thành phố châu Á ứng phó với HIV cho nhóm MSM và nhóm chuyển giới. Sáng kiến này nhằm tạo kết nối tốt hơn giữa các chương trình dự phòng chăm sóc sức khỏe cộng đồng và các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, và điều trị, và tăng cường sự phối hợp giữa các chương trình dành cho cộng đồng và các dịch vụ y tế tư nhân tại 6 thành phố khu vực Châu Á, nơi có tỉ lệ lây nhiễm HIV trong MSM và chuyển giới cao. Dựa trên những kinh nghiệm đã học hỏi được, TP Hồ Chí Minh đã tiến hành phân tích tình hình cụ thể và xây dựng kế hoạch hành động 5 năm cho công tác phòng chống HIV trong nhóm MSM.

VI. NHỮNG THÁCH THỨC CHÍNH VÀ GIẢI PHÁP KHẮC PHỤC

1. Những nỗ lực và thành tựu đạt được nhằm vượt qua thử thách và giải quyết khó khăn đã đề cập trong Báo cáo UNGASS lần thứ 4 (Báo cáo Tháng 1/2010 cho giai đoạn từ năm 2008 đến 2009)

Trong suốt 2 năm qua, Đảng, các cơ quan nhà nước và chính quyền địa phương đã tăng cường hơn nữa những cam kết đối với chương trình phòng, chống HIV/AIDS và đẩy mạnh việc triển khai xây dựng Chiến lược Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 tầm nhìn năm 2030 thông qua: (1) Tăng cường hợp tác giữa các bộ ngành nhằm đảm bảo sự ứng phó liên ngành; ban hành các chính sách mới và sửa đổi các chính sách và quy định chống chèo; và liên tục nâng cao chất lượng dịch vụ, thể hiện rõ nét nhất là sự gia tăng nhanh chóng của số lượng người tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV; (2) Tiếp tục tập trung chú trọng cho công tác dự phòng đã giúp mở rộng các hoạt động giảm hại, đặc biệt là Chương trình trao đổi bơm kim tiêm (NSP), Chương trình Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (MMT) cho người sử dụng ma túy và các can thiệp cho MSM; (3) Mở rộng nhanh chóng Chương trình Điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu; (4) Hệ thống phòng chống HIV được củng cố tại mọi cấp, song song với việc tăng cường phân bổ ngân sách của chính phủ để đầu tư hạ tầng cho hệ thống phòng chống HIV; và (5) Sự tham gia mạnh mẽ hơn và có ý nghĩa hơn của các tổ chức xã hội dân sự vào công tác phòng chống HIV quốc gia.

2. Những thách thức chính trong quá trình thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và các cam kết UNGASS giai đoạn 2010-2011

Mặc dù chính phủ Việt Nam đã rất nỗ lực trong công tác phòng chống HIV trong thời gian vừa qua, song vẫn ghi nhận còn những tồn tại cản trở việc thực hiện các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV như:

Môi trường chính sách và khung pháp lý: Việc nhanh chóng xây dựng môi trường pháp lý và chính sách là cơ sở vững chắc tạo thuận lợi cho quá trình thực thi hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên ở một vài lĩnh vực vẫn còn tồn tại một số văn bản pháp lý, chính sách và biện pháp chống chèo nhau. Mặc dù các điều khoản trong Luật phòng, chống HIV tạo điều kiện cho nhóm người có nguy cơ cao tiếp cận thuận lợi hơn tới các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS nhưng ở một vài địa phương vẫn chưa thực sự tạo điều kiện đối với việc xây dựng và đẩy mạnh các biện pháp can thiệp hiệu quả như Chương trình trao đổi bơm kim tiêm (NSP) và Chương trình sử dụng bao cao su (CUP) tại địa phương. Trong khi Luật phòng, chống ma túy số 16/2008/QH12 đã được sửa đổi, việc sử dụng ma túy không thuộc đối tượng vi phạm pháp luật, thì theo Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính, sử dụng ma túy vẫn bị coi là vi phạm hành chính và sẽ bị đưa đi cai nghiện bắt buộc trong 2 năm tại Trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội dành cho người nghiện ma túy (hay còn gọi là Trung tâm 06).

Thông tư liên tịch hướng dẫn Quyết định 96/2007/QĐ-TTg ngày 28/6/2007 cho phép cung cấp các dịch vụ dự phòng và điều trị và chăm sóc HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam; trong khi Nghị định 108/NĐ-CP hướng dẫn thực hiện luật phòng, chống HIV/AIDS không cho phép cung cấp các liệu pháp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại những cơ sở này. Ngoài một số quy định liên quan đến triển khai hoạt động phòng chống HIV cho nhóm di biến động, đặc biệt cho nhóm công nhân làm cho các doanh nghiệp, thì vẫn không có quy định nào về chống kỳ thị và bảo vệ nhóm này cũng như các quy định bảo vệ nhóm di biến động là lao động tự do.

Người chuyển giới là một cụm từ chưa được đưa vào bất cứ văn bản pháp quy nào, và chính bởi vậy không có điều luật hay chính sách nào bảo vệ nhóm người này. Ngoài ra còn có một số khó khăn trong việc triển khai Nghị định 13/2010/NĐ-CP về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội trong đó do vướng mắc thủ tục hành chính và thay đổi về chuẩn hộ nghèo nên một số người chưa được hưởng chính sách trợ cấp ưu đãi của Nhà nước như qui định.

Những khó khăn trong việc mở rộng phạm vi của chương trình: Độ bao phủ của các chương trình dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV hiện nay vẫn rất hạn chế. Việc tiếp cận với các dịch vụ HIV tại trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội và các trại giam, trại tạm giam vẫn là một thách thức. Độ bao phủ của các Chương trình điều trị MMT vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu, chưa kể tới những thủ tục đăng ký tham gia chương trình vẫn còn phức tạp. Mô hình triển khai chương trình Dự phòng nhiễm HIV từ mẹ sang con (PLTMC) chưa phù hợp với đặc điểm của các khu vực địa lý khác nhau, tạo rào cản đối với việc đạt mục tiêu 100% phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV. Các bệnh nhân AIDS thường chỉ nhập viện khi họ đã ốm quá nặng, khiến chi phí điều trị gia tăng và tỉ lệ tử vong cao ngay từ giai đoạn đầu điều trị ART và do đó làm giảm hiệu quả điều trị. Việc tiếp cận với chương trình điều trị ART hiện rất hạn chế trong các trung tâm giáo dục chữa bệnh, lao động xã hội và các trại giam, trại tạm giam và các tỉnh miền núi vùng sâu vùng xa. Ngoài ra, việc lồng ghép hoạt động điều trị và chăm sóc HIV vào các chương trình y tế khác như kiểm soát lao, y tế cộng đồng và chăm sóc trước sinh cũng rất hạn chế.

Kỳ thị và phân biệt đối xử: Hơn 20 năm sau khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tại Việt Nam, những người sống chung với HIV vẫn đang phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử. Trong khi những người sử dụng ma túy và bán dâm là bộ phận dễ bị lây nhiễm HIV nhất thì việc sử dụng ma túy và bán dâm lại bị coi là bất hợp pháp; chính điều này tạo rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ HIV thiết yếu và khiến HIV bị quy kết là “tệ nạn xã hội” và càng làm tăng sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người sống chung với HIV. Giai đoạn năm 2010-2011 vẫn tiếp tục ghi nhận những báo cáo cho thấy trẻ em sống với HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV vẫn bị từ chối nhận vào học, người lao động nhiễm HIV bị cho thôi việc, kỳ thị với MSM, người sử dụng ma túy và mại dâm trong các cơ sở khép kín không được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV. Chính sự thiếu hiểu biết về HIV/AIDS, thành kiến của xã hội và sự thiếu kiến thức về quyền của người sống chung với HIV là nguyên nhân chính dẫn đến sự phân biệt đối xử này.

Những trở ngại từ hệ thống y tế: Những trở ngại trong hệ thống y tế xuất phát từ việc thiếu nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị và phòng xét nghiệm. Năng lực cán bộ địa phương trong việc quản lý và thực hiện chương trình còn hạn chế là do thiếu cán bộ ở mọi cấp trong hệ thống phòng chống HIV và đặc biệt gây khó khăn cho việc mở rộng các chương trình điều trị và giảm tác hại. Khó khăn không chỉ đến từ việc tuyển dụng nhân sự có kinh nghiệm mà bản

thân những cán bộ hiện hữu cũng muốn chuyển sang nơi khác do những áp lực từ công việc cũng như đãi ngộ không hấp dẫn. Bên cạnh đó, một số Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS địa phương vẫn chưa được cấp đất và ngân sách để xây dựng văn phòng, đặc biệt ở các tỉnh miền núi và Đồng bằng sông Cửu Long; điều đó có nghĩa là cán bộ y tế phải làm việc trong điều kiện thiếu thốn cơ sở vật chất, thiết bị và phòng xét nghiệm. Năng lực quản lý hậu cần/chuỗi cung ứng tại các trạm y tế/cấp phường xã còn hạn chế.

Nguồn lực để phát triển bền vững các chương trình còn hạn chế: Ngân sách quốc gia và địa phương phân bổ cho các chương trình phòng chống HIV vẫn còn thấp. Trong khi các cộng tác viên và đồng đẳng viên đang đóng góp một cách hiệu quả vào các chương trình can thiệp giảm tác hại, mức đãi ngộ thấp đã làm giảm nhiệt huyết của họ. Thêm vào đó, phần lớn ngân sách hiện tại cho công tác phòng, chống HIV/AIDS đến từ các nhà tài trợ quốc tế, và các dịch vụ HIV được cung cấp chủ yếu qua các dự án tài trợ.

Gần đây Việt Nam đã trở thành quốc gia có thu nhập trung bình, điều này có nghĩa là các nhà tài trợ đang và sẽ cắt giảm nguồn viện trợ và dự án đối với Việt Nam nhưng Việt Nam cũng chưa thể phân bổ đủ ngân sách quốc gia để bù vào phần ngân sách thiếu hụt. Một trong những ví dụ điển hình là chương trình dự phòng trong đó có hoạt động cung cấp bơm kim tiêm và bao cao su do WB/DfID tài trợ sẽ kết thúc vào cuối năm 2012. Hiện vẫn chưa rõ làm thế nào để có được kinh phí duy trì các chương trình này.

3. Các biện pháp khắc phục cụ thể

Để đạt được Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs), đặc biệt là Mục tiêu 6 liên quan tới HIV, đạt chỉ tiêu về Tiếp cận Phổ cập và cam kết tham gia Tuyên bố Chính trị về HIV/AIDS năm 2011 sẽ đòi hỏi: (1) tăng cường đáng kể tiếp cận các dịch vụ HIV; (2) đầu tư hơn nữa vào các chương trình dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV có chi phí hiệu quả cao, đặc biệt cho nhóm quần thể có nguy cơ cao; và (3) chấm dứt các chương trình can thiệp không hiệu quả và mang lại tác động nhỏ.

Trong suốt giai đoạn của báo cáo này, nhận thức được các thách thức đang tác động tới công tác phòng, chống HIV/AIDS, Chính phủ đã xây dựng một Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 với tầm nhìn đến năm 2030 trong đó bao gồm những kế hoạch chiến lược, hiệu quả về chi phí và phát triển bền vững cho những năm sắp tới. Một số kế hoạch cấp thiết cụ thể mà Việt nam sẽ thực hiện:

- Tiếp tục tăng cường các cam kết chính trị đối với HIV nhằm cải thiện khung pháp lý và các quy định pháp luật, và củng cố phối hợp liên ngành nhằm thúc đẩy thay đổi hành vi, tuyên truyền thông tin về HIV và cải thiện quá trình thực thi khung pháp lý hiện hành nhằm giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan tới HIV.
- Thúc đẩy các nỗ lực nhằm đảm bảo tiếp cận phổ cập với các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV cho tất cả những người có nhu cầu.
- Mở rộng Chương trình Điều trị MMT và cung cấp các dịch vụ dự phòng HIV trong các trại giam, trại tạm giam và trung tâm giáo dục lao động xã hội.

- Tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội, người sống chung với HIV và khu vực tư nhân vào quá trình xây dựng chính sách và chương trình đồng thời với quá trình thực thi, giám sát và đánh giá các chương trình HIV.
- Xây dựng chiến lược nguồn nhân lực để giữ những cán bộ có trình độ và tạo điều kiện nâng cao năng lực cho cán bộ ở mọi cấp, đặc biệt là trong công tác triển khai, quản lý và điều phối các chương trình phòng, chống HIV tại tuyến tỉnh.
- Nâng cao năng lực của các thể chế và nguồn nhân lực nhằm thu thập và sử dụng thông tin một cách chiến lược; tăng cường sử dụng và phân tích dữ liệu phục vụ giám sát và lập kế hoạch một cách hiệu quả công tác phòng chống HIV quốc gia.
- Lồng ghép công tác phòng chống HIV vào hệ thống cung cấp dịch vụ y tế cũng như các ngành khác (giáo dục, lao động...) và các chương trình phát triển kinh tế xã hội quốc gia.
- Tìm kiếm các nguồn hỗ trợ tài chính thay thế cho một số chương trình phòng chống HIV nhất định, bao gồm tư vấn và điều trị MMT, ví dụ thông qua phối hợp công - tư hay kêu gọi người sử dụng dịch vụ tham gia đóng phí ("hình thức xã hội hóa" các chương trình)
- Tăng nguồn ngân sách trong nước dành cho HIV và thúc đẩy sự phân bổ các nguồn ngân sách theo mục tiêu ở cả cấp quốc gia và địa phương nhằm giải quyết nguyên nhân gây dịch chính là tiêm chích ma túy và mại dâm không an toàn (hơn là sử dụng kinh phí cho các chiến dịch truyền thông cộng đồng cho nhóm dân cư chung là nhóm ít có hành vi nguy cơ và do đó tỷ lệ hiện nhiễm HIV còn thấp).

VII. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN

Giai đoạn 2010-2011 cho thấy sự chứng lại của đà gia tăng của cả hỗ trợ song phương và đa phương cho công tác phòng chống HIV quốc gia so với các năm trước đây. Nhờ những bước tiến về kinh tế trong những năm vừa qua, Việt Nam đã trở thành quốc gia có mức thu nhập trung bình thấp. Nhưng cũng chính bởi vậy, các nhà tài trợ cũng bắt đầu thu hẹp tài trợ và chú trọng vào tính tự chủ quốc gia và dịch chuyển dần các chương trình tài trợ của mình sang cho quốc gia quản lý.

Các đối tác phát triển cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và ngân sách hoạt động cho công tác phòng chống HIV quốc gia tại Việt Nam gồm có:

- Đối tác song phương: Australia (AusAID), Đan Mạch (DANIDA), Pháp, Ireland, Luxembourg, Hà Lan, Thụy điển (SIDA), Anh (DFID) và Hoa Kỳ (PEPFAR).
- Các tổ chức thuộc Liên Hợp Quốc: ILO, IOM, UNAIDS, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNODC, UNV và WHO.
- Các tổ chức đa phương: Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB), Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (Global Fund) và Ngân hàng Thế giới (WB).
- Các tổ chức, dự án và hiệp hội phi chính phủ Quốc tế: Abt Associates/Health Policy Initiative (HPI), AIDS Health Care Foundation (AHF), CARE, Chemonics, Clinton Health Access Initiative (CHAI, Clinton Foundation), Esther, Family Health International (FHI360), Harvard Medical School AIDS Initiative in Viet Nam (HAIVN), Management Science for Health (MSH), Médecins du Monde (MdM), Medical Committee of the Netherlands in Viet Nam (MCNV), Pact, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Pathfinder, Population Services International(PSI), Save the Children, World Vision, Worldwide Orphans và nhiều tổ chức khác.

Những đối tác này tiếp tục đề cao tầm quan trọng của việc kết hợp hài hòa và liên kết các chiến lược chính phủ và các nguồn tài trợ với Chương trình Hành động Accra và Tuyên bố Hà Nội.

Nhóm hợp tác chung Liên Hợp Quốc về phòng chống HIV (sau đây gọi là Nhóm hợp tác chung) sẽ điều phối các hoạt động của Liên Hợp Quốc nhằm hỗ trợ công tác phòng chống HIV quốc gia, đảm bảo mỗi tổ chức trong Liên Hợp Quốc sẽ đại diện cho Nhóm hợp tác chung thực hiện hỗ trợ hiệu quả và đúng mục tiêu. Nhóm hợp tác chung sẽ tổ chức các chương trình hợp tác chung cũng như các cuộc họp tổng kết với các đối tác và tổ chức xã hội đang triển khai chương trình tại quốc gia nhằm đảm bảo sự hợp tác và tham gia này phù hợp với nhu cầu của quốc gia.

Nhóm Điều phối các Hoạt động HIV không chính thức của các Đại sứ/Trưởng đại diện là một diễn đàn cấp cao bao gồm các Đại sứ và Những người đứng đầu các cơ quan hợp tác song phương, đa phương, Liên Hợp Quốc. Diễn đàn nhóm họp định kỳ theo quý và thúc đẩy sự điều phối và vận động chính sách liên quan tới công tác phòng chống HIV quốc gia. Trong kỳ báo cáo, Nhóm vẫn tích cực tham gia hội đàm với Chính phủ về các vấn đề chính sách chính và kêu gọi sự ủng hộ xung quanh một số vấn đề như: sử dụng ma túy và HIV; củng cố vai trò của

Ban điều phối Quốc gia Quỹ toàn cầu; và hỗ trợ đối với Chương trình Hành động Quốc gia vì Trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV (NPA). Song song với việc tham gia vào các cuộc hội đàm Chính phủ, Nhóm các Đại sứ cũng tham gia vào các chuyến nghiên cứu tại một số tỉnh của Việt Nam có những vấn đề liên quan tới HIV quan trọng cũng như tạo cơ hội học hỏi về công tác phòng chống HIV hiệu quả.

Bên cạnh đó, UNAIDS cũng giúp thành lập một Nhóm các nhà Tài trợ vào năm 2011 nhằm quy tụ các nhà tài trợ HIV tại Việt Nam và điều phối các vấn đề khác nhau cũng như quan hệ với Chính phủ. Nhóm họp định kỳ hàng tháng và đã trở thành một diễn đàn quan trọng thảo luận những những vấn đề như kết hợp hài hòa các chương trình tài trợ hay duy trì sự bền vững trong điều kiện các nguồn lực quốc tế suy giảm Chính phủ rất hoan nghênh nỗ lực này vì Việt Nam vẫn tiếp tục cần có sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của cộng đồng quốc tế trong giai đoạn tới.

Hiện nay tài trợ từ bên ngoài vẫn chiếm đa số các nguồn lực hỗ trợ công tác phòng chống HIV tại Việt Nam. Một số nhà tài trợ chính sẽ cắt giảm tài trợ và/hoặc rút tài trợ khỏi Việt Nam: Chương trình của WB/DFID sẽ chấm dứt vào cuối năm 2012, PEPFAR đã công bố cắt giảm đáng kể ngân sách tài trợ cho năm 2012 và cảnh báo rằng nguồn tài trợ sẽ tiếp tục giảm trong các năm tới, và Quỹ Toàn cầu gần đây đã hủy Vòng tài trợ 11.

Với sự cắt giảm đáng kể các nguồn lực quốc tế đã cam kết, việc tăng nguồn tài chính trong nước là rất cấp thiết để đảm bảo những kết quả đạt được thời gian vừa qua của công tác phòng, chống HIV/AIDS không bị đảo ngược. Việt Nam cần có kế hoạch đáp ứng với HIV một cách bền vững, tập trung vào kế hoạch chuyển giao và cải thiện hoạt động điều phối đa ngành.

VIII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

Nguyên tắc về tính tự chủ và ưu tiên quốc gia cũng như quan hệ hợp tác đối tác được coi là trọng tâm của việc xây dựng và thực hiện công tác phòng chống HIV quốc gia hiệu quả tại Việt Nam. Sự hiểu biết về dịch và các đặc điểm của dịch cũng là điều quan trọng trong một ứng phó quốc gia hiệu quả. Trong hai năm qua, một số hoạt động đã được tiến hành nhằm tiếp tục những nỗ lực và cam kết tăng cường hệ thống giám sát và đánh giá (TD&ĐG) quốc gia.

Trong giai đoạn báo cáo, các đối tác đã có những đóng góp đáng kể để đảm bảo rằng thông tin chiến lược về HIV sẽ là yếu tố quan trọng thúc đẩy các nỗ lực trong công tác dự phòng, điều trị và hỗ trợ, tập trung vào những nơi mà ở đó sự đầu tư có thể mang lại được những kết quả lớn nhất. Các nỗ lực trong thời gian 2 năm qua tập trung vào việc tăng cường hệ thống giám sát HIV và hệ thống theo dõi / báo cáo HIV thường qui, xây dựng các tiêu chí ưu tiên, phân tích chi phí, phân tích thiếu hụt tài chính và xây dựng các kịch bản tài chính bền vững, cũng như xây dựng năng lực về sử dụng số liệu ở cấp quốc gia và cấp tỉnh.

Cơ cấu tổ chức theo dõi và đánh giá HIV, công tác điều phối và các quan hệ đối tác

Cục Phòng, chống HIV/AIDS với sự giúp việc của Phòng Giám sát, Theo dõi và Đánh giá HIV/STI là cơ quan đầu mối về giám sát và đánh giá HIV/AIDS quốc gia. Thông qua bốn Viện khu vực phụ trách vấn đề kỹ thuật, Cục đã ban hành một số hướng dẫn quốc gia, hướng dẫn kỹ thuật và thực hiện các hỗ trợ kỹ thuật về TD&ĐG cho tất cả 63 Trung tâm phòng chống AIDS cấp tỉnh (PACs).

Nhóm công tác kỹ thuật về Thông tin Chiến lược và giám sát và đánh giá quốc gia (SI/TD&ĐG TWG), dưới sự chủ trì của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, đã tập hợp các cán bộ chuyên môn từ cấp trung ương đến cấp tỉnh, các viện quốc gia và khu vực, các đối tác quốc tế và Liên Hợp Quốc cùng chia sẻ nguồn lực và kinh nghiệm. Trong năm 2010 và 2011, nhóm SI, M&E TWG đã tiếp tục chỉ đạo tăng cường hơn nữa hệ thống TD&ĐG quốc gia và đảm bảo việc cung cấp số liệu chất lượng tốt để thông tin cho việc lập kế hoạch và thực hiện các ứng phó quốc gia về HIV. Nhằm cung cấp thông tin cho việc xây dựng Chiến lược quốc gia mới về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, nhóm SI/M&E TWG và các tiểu nhóm, đã tập trung nỗ lực vào việc phát triển ước tính và dự báo HIV cho giai đoạn 2011-2015. Ngoài ra tiểu nhóm giám sát đã rà soát lại hệ thống giám sát, xác định các khoảng trống số liệu, và đưa ra các khuyến nghị nhằm hướng dẫn việc sửa đổi quy trình điều tra giám sát quốc gia.

VAAC điều phối công tác dự thảo xây dựng Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Trong năm 2011, VAAC, với sự hỗ trợ từ Nhóm phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV, đã thực hiện một số cuộc tham vấn với các Bộ, ngành, các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức Liên Hợp Quốc và các nhà tài trợ nhằm thu thập các ý kiến đóng góp của các đối tác và đảm bảo rằng trong 10 năm tiếp theo, ứng phó quốc gia được tập trung vào một số chương trình chính, ưu tiên cho các mô hình cung cấp dịch vụ HIV bền vững, trong khi vẫn duy trì việc chú trọng đến các tỉnh có gánh nặng dịch bệnh cao nhất hoặc có tiềm năng dịch lớn nhất.

Năng lực của nguồn nhân lực cho công tác theo dõi đánh giá

Trong hai năm 2010 và 2011, VAAC và các Viện Khu vực đã thực hiện việc đào tạo lại cho các cán bộ cấp tỉnh về việc thực hiện Quyết định 28/2008/QĐ-BYT do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 14/08/2008 (hệ thống báo cáo thường xuyên về HIV), việc quản lý và sử dụng số liệu. Ngoài ra,

các đối tác phát triển cũng đã tiếp tục hỗ trợ việc xây dựng năng lực trong lĩnh vực này. Một dự án do PEPFAR khởi xướng và được thực hiện bởi các đối tác (Abt / HPI, FHI 360) đã cung cấp các khóa đào tạo về phân tích số liệu và sử dụng số liệu cho việc ra quyết định (dự án “DDM”). Dự án bao gồm một chuỗi các khóa đào tạo hệ thống cho các cán bộ tỉnh trong bảy tỉnh trọng tâm của PEPFAR và một số tỉnh khác kèm theo các hoạt động hỗ trợ kỹ thuật trực tiếp tại cơ sở cũng như tổ chức các chuyến tham quan học tập. Ở những tỉnh có nhiều nguồn tài trợ, kế hoạch hoạt động tỉnh thường được xây dựng riêng cho từng phần dự án tài trợ.

Vẫn còn nhiều tỉnh chưa xây dựng được Kế hoạch HIV tuyến tỉnh mang tính toàn diện hơn bao gồm kế hoạch tổng thể tất cả các hoạt động dự phòng, điều trị và chăm sóc với cả nguồn kinh phí trong và ngoài nước. Để tăng cường công tác điều phối TD&ĐG, và nâng cao năng lực phân tích và sử dụng số liệu của tỉnh, trong thời gian qua, UNAIDS cũng đã hỗ trợ VAAC trong việc hoàn thiện và đưa ra Chương trình Đào tạo Xây dựng Kế hoạch chiến lược HIV tuyến tỉnh và thí điểm tài liệu đào tạo ở hai nơi có đặc điểm khác nhau: 1. các tỉnh có nguồn số liệu dồi dào và 2. các tỉnh có ít số liệu và/hoặc có ít sự hỗ trợ từ các nhà tài trợ. Hai khóa tập huấn đã được tổ chức vào năm 2011, với sự tham dự của 46 đại biểu đến từ 14 tỉnh. Kết quả đạt được từ các khóa đào tạo về quá trình lập kế hoạch chiến lược sẽ được duy trì thông qua các hoạt động hỗ trợ kỹ thuật giải quyết những khoảng trống số liệu, và tổ chức tập huấn về sử dụng số liệu, như vậy việc tổng hợp và phân tích số liệu được sẽ dần được thiết lập như là “hoạt động thường xuyên” giúp hướng dẫn các tỉnh đưa ra các quyết định đặc thù về hoạt động của chương trình HIV tại tỉnh mình.

Các điều tra, giám sát, phổ biến và sử dụng số liệu

Trong năm 2010 và 2011, Việt Nam đã đạt được những tiến bộ đáng kể trong việc cải thiện công tác giám sát và xây dựng năng lực quốc gia để phân tích, phổ biến và sử dụng số liệu hiệu quả. Hệ thống giám sát trọng điểm HIV tại Việt Nam bắt đầu vào năm 1994, với 10 tỉnh báo cáo tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong số 6 nhóm quần thể chính được coi là có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Trong năm 1996, hệ thống mở rộng đến 20 tỉnh, trong năm 2001 đến 30 tỉnh, trong 2003 đến 40 tỉnh. Trong năm 2009, tỉnh Hà Tây sáp nhập với Hà Nội, nên chỉ còn 39 tỉnh giám sát trọng điểm. Các nhóm quần thể chính được khảo sát bao gồm những người tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm, bệnh nhân của các phòng khám điều trị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) và bệnh lao (TB), phụ nữ mang thai đến các phòng khám chăm sóc tiền sản và nam giới tham gia tuyển nghĩa vụ quân sự. Các quần thể khác được đưa thêm vào theo đề nghị của từng địa phương. Năm 2011, nam giới có quan hệ tình dục đồng giới đã được chính thức đưa vào như là một nhóm quần thể chính, trước đây chỉ một vài tỉnh có khảo sát MSM định kỳ. Trong năm 2011 cũng là năm không lấy mẫu giám sát trọng điểm trong các trung tâm giáo dục, lao động, xã hội dành cho những người tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm.

Gần đây, các cuộc điều tra hành vi rút gọn được lồng ghép vào trong các giám sát trọng điểm HIV hàng năm (được gọi là HSS+) đã được triển khai. Sau một giai đoạn thí điểm năm 2009, 7 tỉnh (An Giang, Đà Nẵng, Hà Nội, Hải Dương, Thanh Hóa, thành phố Hồ Chí Minh, Huế) đã tiến hành các cuộc điều tra này vào năm 2010 và 12 tỉnh (An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Điện Biên, Đà Nẵng, Thành phố Hồ Chí Minh, Hải Dương, Hà Nội, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa) đã tiến hành các cuộc điều tra vào năm 2011.

Những thành công ban đầu của việc đưa bảng câu hỏi hành vi rút gọn vào giám sát trọng điểm HIV thường xuyên ở nhóm người tiêm chích ma túy (TCMT) và phụ nữ mại dâm (PNMD) từ năm 2009, và đưa MSM vào giám sát trọng điểm tại 8 tỉnh trong năm 2011, cho thấy HSS+ vừa khả thi và vừa có khả năng về chi phí hiệu quả tại Việt Nam.

Dự thảo sửa đổi Quy trình giám sát trọng điểm HIV/STI Quốc gia, sẽ được hoàn thành vào đầu năm 2012, cũng khuyến nghị HSS+ là một phương pháp giám sát. Ngoài ra, đã có nhiều cố

gắng lòng ghép điều tra HIV và STI ở một số tỉnh để nâng cao hiệu quả kỹ thuật giám sát HIV/STI và cải thiện việc sử dụng số liệu giám sát STI.

Về mặt dự phòng, việc thiếu các số liệu ước tính đáng tin cậy cho các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao sẽ gây khó khăn cho việc xác định tình ưu tiên, phân bổ nguồn lực dự phòng phù hợp cho các nhóm này. Trong bối cảnh dịch tập trung, việc thay đổi và tập trung ở mức tương đối của các nhóm quần thể chính ở các khu vực khác nhau cũng là một yếu tố cảnh báo sớm quan trọng cho việc xuất hiện các ổ dịch. Việc thiếu mẫu số về số lượng của nhóm quần thể chính cần phải tiếp cận làm cho việc đo độ bao phủ hoặc đánh giá tác động tiềm năng dịch là gần như không thể thực hiện.

Xây dựng thông tin về kích cỡ quần thể chính có nguy cơ cao lây nhiễm HIV vẫn còn là một thách thức lớn. Trong hai năm qua, các đối tác kỹ thuật và phát triển (bao gồm cả Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ- CDC, Viện vệ sinh dịch tễ TW, và FHI-360) đã cố gắng thu thập số liệu ước tính trực tiếp kích cỡ và đánh giá tính khả thi của một số phương pháp ước lượng kích cỡ quần thể có nguy cơ cao. Ở ba tỉnh khác nhau về mặt địa lý và tình hình dịch là Cần Thơ, Điện Biên và thành phố Hồ Chí Minh đã áp dụng 3 phương pháp ước lượng kích cỡ khác nhau với người TCMT, PNMD và MSM (chỉ ở Cần Thơ), đó là: 1) phương pháp nhận diện vật dụng đặc biệt hay còn gọi là nhận diện- nhận diện lại; 2) Thu thập số liệu từ công an khu vực về số người TCMT và PNMD và 3) Cấp số nhân lấy từ việc so sánh các tỷ lệ trong nghiên cứu và số liệu báo cáo chương trình. Kết quả được so sánh với con số chính thức từ báo cáo của các Bộ khác nhau, thông thường số chính thức ít hơn con số thực sự khoảng 2-3 lần nhưng kết quả sơ bộ cũng cho thấy các số liệu của ngành công an gần với số thực tế hơn chúng ta thường nghĩ.

Để thúc đẩy hoạt động nghiên cứu HIV/AIDS cũng như việc sử dụng các bằng chứng từ kết quả nghiên cứu một cách có hiệu quả, trong năm 2011, Cục phòng, chống HIV/AIDS phối hợp với các đơn vị, các tổ chức quốc tế, các nhà nghiên cứu quốc tế và trong nước đã xây dựng Chương trình nghiên cứu quốc gia về HIV/AIDS giai đoạn 2011 - 2015 với mục đích xác định các khoảng trống nghiên cứu trong giai đoạn 2011-2015; chọn nghiên cứu ưu tiên liên quan đến các vấn đề quan trọng và khẩn cấp trong phòng, chống HIV/AIDS và giảm thiểu sự trùng lặp trong nghiên cứu HIV/AIDS để sử dụng hiệu quả các nguồn lực.

Hệ thống quản lý thông tin HIV

Trong hai năm 2010 và 2011, VAAC đã có nhiều cố gắng xây dựng một biểu mẫu báo cáo trực tuyến và một cơ sở dữ liệu duy nhất cho công tác theo dõi thường xuyên (Quyết định 28/2008/QĐ-BYT) cũng như khuyến khích các nhà tài trợ lồng ghép các hoạt động thu thập số liệu. Cải tiến hệ thống giám sát thường xuyên bao gồm các việc vận hành một cơ sở dữ liệu giám sát và hệ thống báo cáo quốc gia trực tuyến duy nhất. Mẫu báo cáo được vi tính hóa và các tỉnh được đào tạo để nhập liệu và gửi trực tuyến lên trung ương. Trong thời gian báo cáo, cũng có nhiều cố gắng giải quyết các vấn đề về chất lượng của số liệu thu được thông qua hệ thống báo cáo định kỳ. Trong năm 2011, Cục và một số thành viên của nhóm SI/M&E đã thực hiện một số chuyến đi thực địa để rà soát việc thực hiện Quyết định 28/2008/QĐ-BYT. Những phát hiện của cuộc rà soát này sẽ cung cấp thông tin cho việc sửa đổi Quyết định này.

Phân tích chi phí, khoảng thiếu hụt tài chính và xây dựng các kịch bản tài trợ bền vững

Bản đánh giá Chi tiêu AIDS Quốc gia (NASA) đầu tiên được VAAC thực hiện năm 2010 với sự hỗ trợ của UNAIDS. Đánh giá đã xem xét chi tiêu về AIDS trong giai đoạn 2 năm 2008 – 2009. NASA rà soát các nguồn lực chi tiêu của dịch vụ y tế, giảm tác hại, giáo dục, lao động, pháp lý và các lĩnh vực khác cho ứng phó đa ngành tại Việt Nam. Các phát hiện của NASA, cùng với nghiên cứu về chi phí điều trị do VAAC, CDC và WHO thực hiện năm 2010-2011 cũng như những dự

báo về thiếu hụt tài chính và nguồn lực trong các kịch bản chính sách khác nhau được xây dựng bằng Bộ Công cụ Phân tích Tính Bền vững HIV/AIDS (HAPSAT) do Abt Associates hỗ trợ, là các nguồn thông tin về chi phí quý báu cho việc ước tính nguồn lực của Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030.

Khi chuyển từ nước có thu nhập thấp sang nước có thu nhập trung bình, Việt Nam sẽ cần phải ra khỏi sự phụ thuộc vào các nhà tài trợ quốc tế trong các vấn đề tài trợ cho y tế công cộng. Các nhà lãnh đạo chính phủ Việt Nam và các đối tác quốc tế đã cùng ngồi bàn về cách giải quyết vấn đề này tại một hội nghị quốc gia tháng 5/2011, với sự tham gia từ tất cả các bên liên quan, do Bà Trương Thị Mai, chủ tịch Ủy ban của Quốc hội về các vấn đề xã hội và Thứ trưởng Bộ Y tế Trịnh Quân Huấn đồng chủ trì.

UNAIDS đã hợp tác với Viện Quản lý Chính sách Oxford hiện đang hỗ trợ VAAC tìm hiểu xem làm thế nào để Chính phủ Việt Nam có thể tiếp cận nguồn tài chính dài hạn cho AIDS. Các kịch bản được xây dựng dựa trên Đánh giá Chi tiêu AIDS Quốc gia và ước tính về nhu cầu nguồn lực. Ngoài ra, nhóm đã tiến hành phân tích về tính hiệu quả của ứng phó HIV/AIDS của Việt Nam và xác định xem liệu có thể tiết kiệm được không và có thể tiết kiệm ở đâu sau đó sẽ tiến hành phân tích độ nhạy và khái quát về các nguồn tài trợ tiềm năng. Cuối cùng, nhóm sẽ dự thảo một lộ trình để quản lý việc chuyển đổi từ chiến lược tài chính HIV hiện nay sang chiến lược trong tương lai và lộ trình này sẽ được đưa ra thảo luận với các đối tác trong thời gian tới.

Xây dựng khung ưu tiên

Trong bối cảnh có những thay đổi lớn trong nguồn kinh phí cho ứng phó với HIV, và có nhu cầu đầu tư trong các can thiệp dựa trên bằng chứng cho nhóm quần thể có nguy cơ cao nhiễm HIV, UNAIDS đã hỗ trợ Cục Phòng, chống HIV/AIDS (VAAC), và cùng các bên liên quan quốc gia và quốc tế tham gia lập kế hoạch và thảo luận về phân bổ nguồn lực. Thông qua việc kiểm tra chéo nhiều nguồn số liệu dịch tễ học hiện có ở cấp dưới quốc gia, hệ thống tiêu chí phân loại các khu vực địa lý theo loại hoặc mức độ nghiêm trọng của đại dịch HIV đã được xây dựng để xác định các lĩnh vực ưu tiên can thiệp.

Kế hoạch trong thời gian tới

Nhóm SI, M&E TWG và các tiểu nhóm của mình, sẽ tiếp tục là diễn đàn dẫn dắt các đối tác quốc gia và quốc tế tăng cường hơn nữa hệ thống TD&ĐG của Việt Nam để đảm bảo việc cung cấp số liệu chất lượng tốt hướng dẫn cho việc lập kế hoạch, điều phối và thực hiện ứng phó quốc gia, đánh giá hiệu quả của các can thiệp hiện nay và xác định các lĩnh vực có thể cải thiện các chương trình.

Việc rà soát Khung TD&ĐG Quốc gia sao cho phù hợp với Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 sắp tới sẽ là cơ hội để tiếp tục giải quyết các hạn chế hiện tại của hệ thống quốc gia.

Ngoài ra, phương pháp đảm bảo chất lượng (QA) và cải tiến chất lượng (QI) đã được giới thiệu để giám sát chất lượng cung cấp dịch vụ. Sáng kiến QA/QI tích hợp việc sử dụng các chiến lược, các khung, các tiêu chuẩn tối thiểu và quy chuẩn thực hành, bảng kiểm, các chỉ số chỉ báo và các quá trình giám sát trên các lĩnh vực chương trình lớn, bao gồm tất cả các hoạt động kỹ thuật cũng như quản lý chương trình và các chức năng hành chính. Việc mở rộng các phương pháp này nên được xem xét để đảm bảo chất lượng và tính chính xác của số liệu.

IX. PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

QUY TRÌNH TƯ VẤN/CHUẨN BỊ BÁO CÁO TIẾN ĐỘ QUỐC GIA (CPR) VỀ VIỆC TIẾP TỤC TRIỂN KHAI TUYÊN BỐ CAM KẾT VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

1. Tổ chức nào chịu trách nhiệm điền vào mẫu chỉ số?
 - a. Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia hoặc cơ quan tương đương Có
 - b. Chương trình phòng chống AIDS quốc gia Không
 - c. Tổ chức khác Không
2. Với đóng góp của:

Các bộ:

Bộ Giáo dục và Đào tạo	Có
Bộ Y tế	Có
Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội	Có
Bộ Công An	Có
Bộ Quốc phòng	Có
Bộ Giao thông Vận tải	Có

Các cơ quan khác:

Tổng liên đoàn lao động	Có
Quốc hội – Ủy ban các vấn đề xã hội	Có
Tư lệnh bộ đội biên phòng	Có
Tổng cục Hải quan	Có
Ủy ban Dân tộc	Có
Văn phòng quốc hội	Có
Các tổ chức xã hội dân sự	Có
Người sống chung với HIV	Có
Khu vực Tư nhân	Có
Các cơ quan Liên Hợp Quốc	Có
Các nhà tài trợ song và đa phương	Có
Các Tổ chức Phi chính phủ Quốc tế	Có
3. Báo cáo có được thảo luận tại các diễn đàn lớn? Có

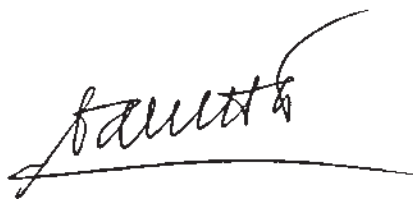
Vào ngày 14/03/2011
4. Các kết quả điều tra có được lưu trữ tập trung không? Có
5. Các dữ liệu này có sẵn để cộng đồng tham khảo không? Có

6. Người chịu trách nhiệm nộp báo cáo và giải đáp các câu hỏi liên quan tới báo cáo:

Tên: ThS. BS. Phan Thị Thu Hương

Chức danh: Phó Cục trưởng, Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bộ Y tế

Ngày: 31/03/2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Phan Thị Thu Hương', with a long horizontal stroke underneath.

Địa chỉ: 135/3 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

E-mail: huongphanmoh@gmail.com

Điện thoại: +84-4-38465731

BÁO CÁO TIẾN ĐỘ QUỐC GIA - NĂM 2012

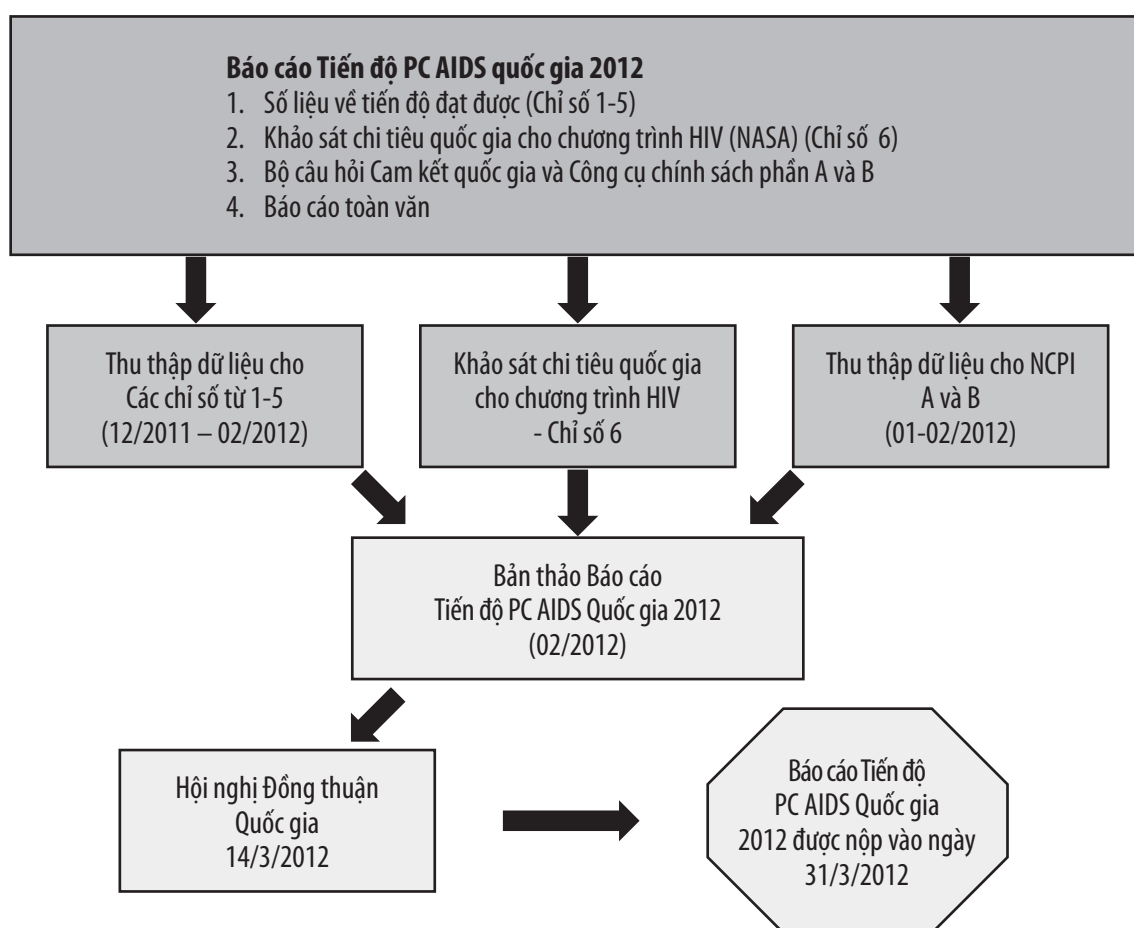
QUY TRÌNH CHUẨN BỊ

Báo cáo này được chuẩn bị với sự tham gia rộng rãi của các cơ quan Chính phủ, đối tác phát triển và các tổ chức xã hội dân sự. Việc lập kế hoạch báo cáo được thực hiện từ tháng 11/2011 với một lộ trình được xây dựng nhằm tham vấn ý kiến của nhiều bên liên quan.

Tổng số 17 cơ quan Chính phủ, hơn 84 tổ chức dân sự xã hội (các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế), các doanh nghiệp, các nhà tài trợ song phương, đa phương và các tổ chức Liên Hợp Quốc đã tham gia vào quá trình chuẩn bị báo cáo này. Hình 1 mô tả các hoạt động chính trong quy trình chuẩn bị báo cáo tổng thể.

Sơ đồ 1

Sơ đồ quy trình báo cáo UNGASS Việt Nam 2012



Quá trình chuẩn bị Báo cáo Tiến độ Quốc gia lần này do Cục Phòng, chống HIV/AIDS làm đầu mối cùng với hỗ trợ kỹ thuật từ UNAIDS Việt Nam.

Các chuyên gia trong nước chịu trách nhiệm thu thập dữ liệu cho các Chỉ số 1.1-7.2 và Bộ câu hỏi Cam kết quốc gia và Công cụ chính sách (NCPI). Riêng đối với Chỉ số của mục tiêu số

6 (6.1. Chi tiêu trong nước và quốc tế cho chương trình AIDS theo các hạng mục và nguồn kinh phí), một chuyên gia trong nước đã được tuyển để thu thập và xử lý các dữ liệu theo phương pháp NASA. Các kết quả bao gồm những dữ liệu về chi tiêu cho HIV/AIDS quốc gia được thống kê theo các quy chuẩn NASA (nguồn tài chính (FS), tác nhân tài chính (FA), các nhà cung cấp dịch vụ (PS), nhóm hưởng lợi (BP) và hạng mục chi tiêu cho AIDS (ASC)). Quá trình thu thập dữ liệu bắt đầu từ tháng 11/2011 và kết thúc vào giữa tháng 1/2012. Mặc dù chưa hoàn chỉnh, số liệu trình bày trong báo cáo này là những số liệu đầy đủ nhất tính tới thời điểm báo cáo.

Vào tháng 12/2011, bảng câu hỏi điều tra NCPI phần A đã được gửi tới các thành viên của Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Có 14 cơ quan Chính phủ đã tham gia trả lời. Các cơ quan Chính phủ được đề nghị trả lời chỉ những hạng mục liên quan tới công việc của họ.

Một phần quan trọng trong quá trình báo cáo là quy trình tư vấn và thu thập dữ liệu cho bản câu hỏi điều tra NCPI Phần B. VUSTA đã được lựa chọn để điều phối và tổ chức sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự (CSO) vào toàn bộ quy trình.

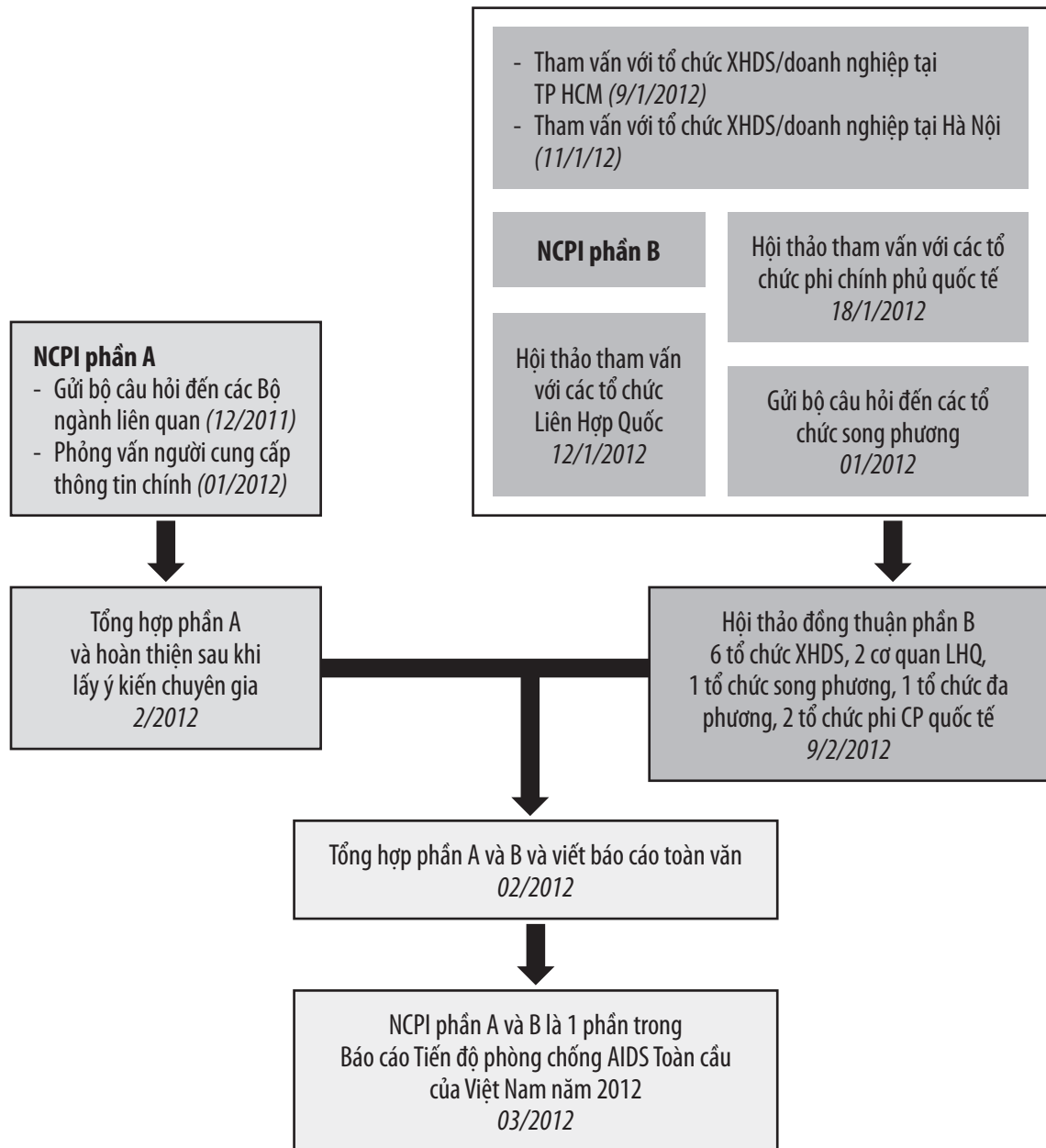
VUSTA đã tổ chức 2 cuộc hội thảo tham vấn, một tại Hà Nội và một tại Tp. Hồ Chí Minh vào tháng 1/2012 để thu thập thông tin từ các tổ chức dân sự xã hội, thảo luận và hợp nhất bản câu hỏi điều tra NCPI Phần B. Trong 2 cuộc hội thảo này có 86 người đại diện cho 80 tổ chức dân sự xã hội từ 21 tỉnh thành trên toàn quốc. Các tổ chức này bao gồm các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ trong nước và doanh nghiệp. Mỗi cuộc hội thảo tham vấn đã bầu chọn ra 3 người đại diện cho các tổ chức xã hội dân sự, gồm những người sống chung với HIV, người tiêm chích ma túy, nam tình dục đồng giới, người bán dâm, các tổ chức phi chính phủ trong nước và các tổ chức tôn giáo để mang tiếng nói đại diện đến cuộc hội thảo đồng thuận NCPI Phần B. Sự tham gia sâu rộng của các tổ chức dân sự xã hội là minh chứng cho việc liên tục củng cố vai trò của các tổ chức dân sự trong công tác phòng chống HIV quốc gia.

Các tổ chức phi Chính phủ trong nước, quốc tế, và Nhóm hợp tác chung của Liên Hợp Quốc về HIV đã tham dự các cuộc họp tư vấn Chỉ số NCPI Phần B riêng, trong khi bản câu hỏi điều tra NCPI phần B đã được gửi tới các cơ quan hợp tác song phương nhằm thu thập dữ liệu. Tại mỗi cuộc họp, các thành viên tham gia đều đưa ra ý kiến đồng thuận và hoàn thiện bản câu hỏi điều tra NCPI Phần B cho nhóm tổ chức của mình. Cuối cùng, có 6 bản câu hỏi điều tra hoàn thiện đại diện cho các nhóm tổ chức khác nhau (2 bảng hỏi từ 2 cuộc hội thảo tham vấn với các tổ chức dân sự xã hội ở phía Bắc và phía Nam, 1 bảng hỏi từ hội thảo tham vấn với các tổ chức phi chính phủ quốc tế, 1 bảng hỏi từ hội thảo tham vấn với Nhóm hợp tác chung của Liên Hợp Quốc về HIV, và 2 bảng hỏi trả lời bởi các nhà tài trợ song phương).

Cuộc họp đồng thuận về NCPI Phần B đã được tổ chức vào ngày 9/2/2012. Tại cuộc họp này, đại diện từ các tổ chức xã hội dân sự, người sống với HIV, các nhóm hành vi nguy cơ cao, các cơ quan hợp tác đa phương và song phương, và Nhóm hợp tác chung của Liên Hợp Quốc về HIV đã cùng tham gia vào một cuộc thảo luận thẳng thắn. 16 thành viên tham gia cuộc họp đã kết hợp kinh nghiệm của những người sống chung với HIV đang làm việc tại địa phương với quan điểm của các đối tác đang làm việc từ góc độ hoạch định chính sách và tài trợ ngân sách cho công tác phòng chống HIV cùng tiến tới một thỏa thuận chung về bản câu hỏi điều tra NCPI Phần B.

Sơ đồ 2

Sơ đồ thu thập số liệu cho chỉ số NCPI A và B



Bước cuối cùng trong quy trình hoàn thiện báo cáo là Hội nghị Đồng thuận Quốc gia về Báo cáo Tiến Độ Quốc gia do Cục Phòng, chống HIV/AIDS chủ trì tại Hà Nội vào ngày 14/3/2012. Mục đích của cuộc họp này là trình bày kết quả báo cáo và tạo cơ hội cho các thành viên tham gia hội nghị xem lại và cùng thống nhất bản dự thảo báo cáo. Tổng số 57 thành viên từ 32 tổ chức đại diện cho Chính phủ, các đối tác phát triển và các tổ chức xã hội dân sự đã tham dự hội nghị. Năm đại diện cho các tổ chức xã hội dân sự được lựa chọn từ các nhóm công tác chuyên trách. Các hội thảo viên đã góp ý cho bản dự thảo báo cáo. Bản báo cáo sửa đổi, dựa trên các ý kiến đóng góp từ hội nghị, sau đó được Bộ Y tế thông qua để nộp lên Ủy ban Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm xin phê duyệt.

Danh sách các đại biểu của Hội thảo này được trình bày trong bảng dưới đây. Quy trình thu thập số liệu cho chỉ số NCPI được khái quát hóa trong sơ đồ 2.

**DANH SÁCH ĐẠI BIỂU DỰ HỘI THẢO ĐỒNG THUẬN QUỐC GIA
VỀ BÁO CÁO TIẾN ĐỘ PHÒNG, CHỐNG AIDS QUỐC GIA
NGÀY 14 THÁNG 3 NĂM 2012**

TÊN ĐẠI BIỂU		TỔ CHỨC
I Cục phòng, chống AIDS Việt Nam		
1	Nguyễn Mạnh Yên	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
2	Võ Hải Sơn	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
3	Hà Thị Minh Nguyệt	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
4	Bùi Hoàng Đức	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
5	Nguyễn Thanh Huyền	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
6	Nguyễn Khắc Hải	Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá HIV, STI
7	Đỗ Thị Nhân	Phòng chăm sóc và điều trị
8	Mai Xuân Phương	Phòng truyền thông và huy động cộng đồng
9	Trần Văn Sơn	Phòng nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế
II Các đại diện khác của ngành y tế		
10	Trần Xuân Hằng	Bộ Y tế- Vụ pháp chế
11	Dương Công Thành	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
12	Nguyễn Trần Hiền	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
13	Nguyễn Trường Khanh	Bộ Y tế- Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe TW
14	Nguyễn Văn Phẩm	Bệnh viện Phổi Trung ương
15	Phan Thị Thu Nga	Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
16	Phạm Nhật An	Bệnh viện Nhi Trung ương
17	Giang Thanh Thủy	Bệnh viện Nhi Trung ương
18	Phạm Minh Phương	Viện Da liễu Trung ương
III Các ban ngành khác		
19	Phạm Long Biên	Bộ Tư lệnh Bộ đội biên phòng
20	1 đại diện	Tổng cục Hải quan
21	Hà Thị Dung	Bộ Giáo dục- Đào tạo- Vụ công tác học sinh- sinh viên
22	Phạm Thị Thơm	Bộ Giáo dục- Đào tạo- Vụ công tác học sinh- sinh viên
23	Lê Văn Khánh	Bộ Lao động- Thương binh- Xã hội- Cục phòng chống tệ nạn xã hội
24	Lê Văn Chữ	Bộ Quốc phòng- Cục Quân Y
25	Nguyễn Thị Thu Ba	Bộ Công An- Cục Y Tế
26	Phạm Thành Lâm	Bộ Giao thông- Vận tải- Cục Y Tế
27	Phạm Đức Thụ	Bộ Giao thông- Vận tải- Cục Y Tế
28	Xa Trung Hưng	Ủy ban dân tộc
29	1 đại diện	Ủy ban dân tộc
30	Vũ Công Thảo	Văn phòng Chính phủ
31	1 đại diện	Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam

TÊN ĐẠI BIỂU		TỔ CHỨC
IV Xã hội dân sự		
32	Huỳnh Như Thanh Huyền	SPN+ (VNP+)
33	Nguyễn Thành Tuấn	Nhóm “Bạn, Tôi, và Chúng ta”- TP. HCM (Nhóm của người TCMT)
34	Thầy Thích Đồng Nguyên	Chi hội phòng chống AIDS- Học viện phật giáo quốc gia tại TP. HCM
35	Phạm Thị Huệ	Nhóm “Hoa phượng đỏ”- Hải Phòng (Nhóm của người có H)
36	Nguyễn Sơn Minh	Mạng lưới MSM miền Bắc
37	Nguyễn Thanh Hào	Trung tâm thanh thiếu niên miền Bắc
V Các tổ chức quốc tế		
38	Ted Hammett	Abt Associates/Health Policy Initiative
39	Nguyễn Tuấn Phong	Abt Associates/Health Policy Initiative
40	Steve Mills	FHI 360
41	Nguyễn Cường Quốc	FHI 360
42	Lê Thu Hiền	FHI 360
43	Nguyễn Thị Hiệp Hiệp	Pact
VI Các tổ chức song phương		
44	Viviane Chao	Quỹ cứu trợ khẩn cấp dành cho AIDS của tổng thống Mỹ (PEPFAR)
45	Amy Gottlieb	Quỹ cứu trợ khẩn cấp dành cho AIDS của tổng thống Mỹ (PEPFAR)
46	Nguyễn Hồng Nhung	Quỹ cứu trợ khẩn cấp dành cho AIDS của tổng thống Mỹ (PEPFAR)
47	Jonathan Ross	Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID)
48	Patrick Nadol	Trung tâm phòng chống dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC)
49	John Leigh	Bộ phát triển Vương quốc Anh (DFID)
VII Các tổ chức đa phương và LHQ		
50	Eamonn Murphy	UNAIDS
51	Vladanka Andreeva	UNAIDS
52	Nguyễn Thị Cẩm Anh	UNAIDS
53	Nguyễn Thị Phương Mai	UNAIDS
54	Phạm Nguyên Bằng	UNFPA
55	Nguyễn Thị Mai	Ngân hàng Thế giới
56	David Jacka	Tổ chức Y tế Thế giới
VIII Chuyên gia tư vấn		
57	Nina Allen	

PHỤ LỤC 2

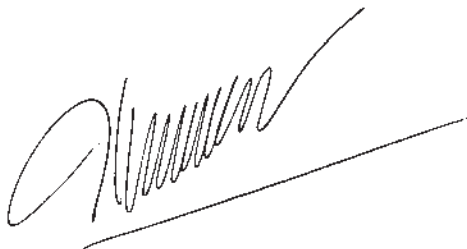
CÁC CAM KẾT QUỐC GIA VÀ CÔNG CỤ CHÍNH SÁCH (NCPI) 2012

QUỐC GIA: VIỆT NAM

Tên người chịu trách nhiệm nộp báo cáo NCPI và liên hệ giải đáp các vấn đề của NCPI

Tên: PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Tiến

Chức danh: Bộ trưởng Bộ Y tế



Địa chỉ: Bộ Y tế, 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội

E-mail: byt@moh.gov.vn

Điện thoại: +(84-4) 62732273

Số Fax: +(84-4) 38464051

Ngày nộp báo cáo: 31/03/2012

PHẦN A

[được dùng cho các cơ quan chính phủ]

I. KẾ HOẠCH CHIẾN LƯỢC

1. Nước bạn có xây dựng được một chiến lược quốc gia đa ngành để ứng phó với HIV không?

(Các chiến lược đa ngành nên bao gồm, nhưng không giới hạn, và do các Bộ Ban ngành phát triển như Bộ Nông nghiệp, Tài chính, Nội vụ, Tư Pháp, Khoáng sản và Năng lượng, Kế hoạch, Công tác Xã hội, Du lịch, Công thương)

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, chiến lược cho giai đoạn nào [viết vào đây]: 2011-2020

NẾU CÓ, mô tả vắn tắt các điểm mới phát triển/sửa đổi quan trọng giữa chiến lược Quốc gia hiện tại và chiến lược Quốc gia của bạn giai đoạn trước đó.

NẾU KHÔNG CÓ hoặc **KHÔNG ÁP DỤNG**, giải thích vắn tắt về lý do.

Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011 – 2020, và tầm nhìn đến năm 2030 đã được xây dựng phù hợp với cam kết mới của UNAIDS hướng tới mục tiêu “Ba không”.

Các mục tiêu rõ ràng hơn, thực tế hơn và dựa vào bằng chứng.

Chiến lược này đã ghi nhận vai trò của xã hội dân sự trong việc phòng, chống HIV, và VUSTA được chỉ định là cơ quan điều phối các hoạt động của CSO.

Đối tượng MSM cũng được chú ý hơn, MSM đã được đề cập đến trong chiến lược quốc gia là một trong những nhóm tổn thương cần được ưu tiên. Đã có kế hoạch mở rộng chương trình MSM.

Chương trình điều trị: Chiến lược mới bao gồm một chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện hơn, Bao gồm việc thử nghiệm Điều trị 2.0

Chương trình hành động: gộp chương trình hành động thành bốn cấu phần: Dự phòng lây nhiễm HIV; Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị toàn diện; Giám sát theo dõi và đánh giá chương trình; Tăng cường năng lực hệ thống để đảm bảo tính bền vững của chương trình.

Tổ chức thực hiện: phân công nhiệm vụ cụ thể và chi tiết hơn cho các bộ ban, ngành và tổ chức xã hội.

NẾU CÓ, hoàn thành các câu hỏi từ 1.1 đến 1.10; **NẾU KHÔNG CÓ**, chuyển sang câu hỏi số 2.

1.1 Những Bộ hoặc cơ quan chính phủ nào chịu trách nhiệm tổng thể về xây dựng và thực hiện các chiến lược đa ngành cấp Quốc gia của bạn để ứng phó với HIV?

Tên của các Bộ và cơ quan chính phủ:

Bộ Y tế, Bộ Công an, Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Giáo dục và đào tạo, Bộ Tài Chính, Bộ Kế hoạch đầu tư, Bộ Văn hóa Thể thao và Du lịch, Bộ thông tin và truyền thông, Bộ Tư pháp, Bộ Quốc phòng và các bộ, ủy ban thành viên chính phủ; Tổ chức đoàn thể, mặt trận tổ quốc, tổ chức xã hội

1.2. Các lĩnh vực nào dưới đây có trong chiến lược đa ngành với một ngân sách cụ thể về phòng chống HIV cho các hoạt động của từng lĩnh vực?

Liệt kê đủ các bộ, ban, ủy ban dân tộc, các hội đều được phân bổ ngân sách thực hiện

Lĩnh vực	Có nằm trong chiến lược		Ngân sách riêng	
Giáo dục	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Y tế	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Lao động	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Quân đội/Công an	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Giao thông	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Phụ nữ	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Thanh niên	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Khác [liệt kê vào đây]:	Có	Không	Có	Không
Tài chính	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Kế hoạch đầu tư	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Văn hóa, du lịch, thể thao	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Thông tin, truyền thông	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Tư pháp	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Mặt trận tổ quốc	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Hội nông dân	✓ Có	Không	✓ Có	Không
Ủy ban dân tộc	✓ Có	Không	✓ Có	Không

NẾU NHƯ KHÔNG có khoản ngân sách riêng dành cho một số hoặc tất cả các lĩnh vực kể trên, hãy giải thích nguồn ngân sách nào được sử dụng để đảm bảo thực hiện các hoạt động phòng chống HIV cụ thể của các lĩnh vực này?

- 1.3. Chiến lược đa ngành có chú trọng tới các nhóm đích/các nhóm dễ tổn thương, các bối cảnh can thiệp khác nhau và các vấn đề mang tính xuyên suốt được liệt kê dưới đây không?

CÁC NHÓM ĐÍCH CHÍNH VÀ CÁC NHÓM DỄ TỔN THƯƠNG KHÁC		
Nam tình dục đồng giới	✓ Có	Không
Người nhập cư/nhóm dân số di biến động	✓ Có	Không
Trẻ mồ côi/trẻ dễ bị tổn thương khác	✓ Có	Không
Người khuyết tật	Có	✓ Không
Người tiêm chích ma túy	✓ Có	Không
Người bán dâm	✓ Có	Không
Người chuyển giới	Có	✓ Không
Phụ nữ và trẻ em gái	✓ Có	Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	✓ Có	Không
Các nhóm đối tượng dễ tổn thương khác ⁵⁸	✓ Có	Không
CÁC BỐI CẢNH CAN THIỆP		
Trại giam	✓ Có	Không
Trường học	✓ Có	Không
Nơi làm việc	✓ Có	Không
CÁC VẤN ĐỀ MANG TÍNH XUYÊN SUỐT		
Giải quyết sự kỳ thị và phân biệt đối xử	✓ Có	Không
Trao quyền về giới và/hoặc bình đẳng giới	✓ Có	Không
HIV và đói nghèo	✓ Có	Không
Bảo vệ Quyền con Người	✓ Có	Không
Sự tham gia của những người sống với HIV	✓ Có	Không

NẾU KHÔNG, hãy giải thích cách thức xác định các nhóm đích chính?

⁵⁸ Các nhóm dễ tổn thương cụ thể khác ngoài các nhóm đã đề cập ở trên, có thể được xác định thông qua việc nhận biết là có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn tại địa phương (ví dụ (theo thứ tự chữ cái) như những người có quan hệ tình dục lưỡng giới, khách hàng của người bán dâm, người bản địa, những người buộc phải rời bỏ nhà cửa, phạm nhân, người tị nạn)

1.4. Những nhóm đích chính và nhóm dễ tổn thương nào được xác định cho các chương trình phòng chống HIV ở Quốc gia của bạn? [viết vào ô dưới đây]

CÁC NHÓM ĐÍCH CHÍNH
- Người sử dụng ma túy - Người bán dâm - Nam quan hệ tình dục đồng giới - Phụ nữ mang thai - Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị ảnh hưởng do HIV - Người sống với HIV - Người sống ở vùng sâu, vùng xa - Lao động di cư, dân di biến động - Bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục - Thanh thiếu niên - Học sinh, sinh viên

1.5. Chiến lược đa ngành có bao gồm một kế hoạch thực hiện tổng thể không?

☒ Có ☐ Không

1.6. Chiến lược đa ngành hoặc kế hoạch thực hiện tổng thể có bao gồm:

a. Các mục tiêu chương trình chính thức?	✓ Có	Không	Không áp dụng
b. Các chỉ tiêu và lộ trình thực hiện rõ ràng?	✓ Có	Không	Không áp dụng
c. Chi tiết kinh phí cho mỗi lĩnh vực thực hiện chương trình	✓ Có	Không	Không áp dụng
d. Có chỉ báo về các nguồn tiền tài trợ cho việc thực hiện chương trình?	✓ Có	Không	Không áp dụng
e. Một Khung theo dõi đánh giá?	✓ Có	Không	Không áp dụng

1.7. Nước bạn có đảm bảo “sự tham gia đầy đủ của các tổ chức xã hội dân sự” trong tiến trình xây dựng chiến lược đa ngành không?

☒ Tham gia tích cực ☐ Tham gia vừa phải ☐ Không tham gia

NẾU CÓ SỰ THAM GIA TÍCH CỰC, giải thích ngắn gọn về cách thức tổ chức việc tham gia này:

Các bản dự thảo của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011 -2020 và tầm nhìn đến năm 2030 được đăng tải lấy ý kiến rộng rãi trên website của Cục Phòng, chống AIDS, của Bộ Y tế, cổng thông tin điện tử Chính phủ.

Ngoài các cuộc họp nhóm kỹ thuật chung, hai cuộc họp riêng đã được tổ chức lấy ý kiến đóng góp của các tổ chức xã hội dân sự cho báo cáo.

- Cuộc họp thứ nhất lấy ý kiến của các tổ chức xã hội về các khái niệm chính và nội dung của Chiến lược.
- Cuộc họp thứ hai lấy ý kiến đóng góp cho bản dự thảo Chiến lược do Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật Việt nam (VUSTA).

Các tổ chức dân sự xã hội đã tham gia tích cực trong quá trình xây dựng chiến lược đa ngành qua việc đóng góp ý kiến bằng văn bản cho dự thảo chiến lược và góp ý trực tiếp trong các cuộc họp trên. Các ý kiến đóng góp được Ban soạn thảo nghiên cứu bổ sung vào bản chiến lược. VUSTA thông qua mạng lưới của mình đã huy động sự tham gia của các tổ chức xã hội, các nhóm người sống với HIV, người dễ bị tổn thương do HIV tham gia đóng góp ý kiến.

NẾU KHÔNG CÓ SỰ THAM GIA, hoặc SỰ THAM GIA VỪA PHẢI, giải thích ngắn gọn lý do:

1.8. Chiến lược đa ngành có nhận được sự tán thành từ hầu hết các đối tác phát triển bên ngoài (song phương, đa phương) hay không?

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

1.9. Các đối tác phát triển bên ngoài có liên kết và hài hòa hóa các chương trình liên quan đến HIV của họ với chiến lược Quốc gia mang tính đa ngành của bạn không?

☒ Có, tất cả các đối tác ☐ Có, một vài đối tác
☐ Không ☐ Không áp dụng

NẾU CHỈ CÓ MỘT SỐ hoặc KHÔNG CÓ ĐỐI TÁC NÀO, hãy giải thích ngắn gọn cho những lĩnh vực nào không có sự liên kết/hài hòa hóa và tại sao:

2. Nước bạn đã lồng ghép vấn đề về HIV vào trong các kế hoạch phát triển chung của Quốc gia chưa? ví dụ như trong: (a) Kế hoạch Phát triển Quốc gia; (b) Đánh giá chung về Quốc gia /Khung Hỗ trợ Phát triển của LHQ; Chiến lược Giảm Nghèo; và (d) Phương pháp tiếp cận theo ngành?

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

2.1. NẾU CÓ, các hỗ trợ phòng chống HIV có được lồng ghép trong các kế hoạch phát triển cụ thể dưới đây không?

CÁC KẾ HOẠCH PHÁT TRIỂN CỤ THỂ			
Đánh giá chung quốc gia /Khung hỗ trợ phát triển của LHQ	✓ Có	Không	Không áp dụng
Kế hoạch phát triển quốc gia	✓ Có	Không	Không áp dụng
Chiến lược xóa đói giảm nghèo	✓ Có	Không	Không áp dụng
Chiến lược theo ngành	✓ Có	Không	Không áp dụng
Khác (liệt kê): Chương trình quốc gia về phòng, chống ma túy, mại dâm; Chương trình quốc gia bảo vệ trẻ em 2011 - 2015; Chương trình quốc gia bình đẳng giới 2011 – 2020, Chương trình Y tế quốc gia, Chiến lược phát triển giáo dục giai đoạn 2011- 2020	✓ Có	Không	Không áp dụng

2.2. NẾU CÓ, các nội dung cụ thể liên quan đến HIV dưới đây có bao gồm trong một hoặc nhiều kế hoạch phát triển hay không?

NỘI DUNG LIÊN QUAN ĐẾN HIV CÓ BAO GỒM TRONG (CÁC) KẾ HOẠCH			
Giảm nhẹ tác động của HIV	✓ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự bất bình đẳng giới có liên quan đến dự phòng/điều trị, chăm sóc và/hoặc hỗ trợ về HIV	✓ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự bất bình đẳng về thu nhập có liên quan đến dự phòng/ điều trị, chăm sóc và/hoặc hỗ trợ về HIV	✓ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử	✓ Có	Không	Không áp dụng
Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ (bao gồm cả an sinh xã hội hoặc các đề án khác)	✓ Có	Không	Không áp dụng
Trao quyền về kinh tế cho phụ nữ (như tiếp cận đến vay tín dụng, tiếp cận đến đất đai, đào tạo)	✓ Có	Không	Không áp dụng
Khác[liệt kê dưới đây]: Chăm sóc và bảo vệ trẻ em; Phòng, chống ma túy, mại dâm; Chiến lược phát triển giáo dục giai đoạn 2011- 2020	✓ Có	Không	Không áp dụng

3. Nước bạn đã thực hiện đánh giá tác động của HIV tới sự phát triển về kinh tế xã hội cho các mục đích lập kế hoạch chưa?

☐ Có ☒ Không ☐ Không áp dụng

3.1. NẾU CÓ, trên một thang điểm từ 0 đến 5 (trong đó 0 là “Thấp” và 5 là “Cao”), thì các thông tin của đánh giá đã được chuyển tải vào các quyết định phân bổ nguồn lực ở mức độ nào?

THẤP					CAO
0	1	2	3	4	5

4. **Nước bạn đã có một chiến lược để đáp ứng các vấn đề về HIV trong các khối lực lượng vũ trang của mình hay chưa (như quân đội, công an, lực lượng gìn giữ hòa bình, nhân viên quản lý nhà tù v.v.)?**

☒ Có ☐ Không

5. **Nước bạn có tiếp tục theo đuổi các cam kết hướng đến tiếp cận phổ cập được đưa ra từ Hội nghị cấp Cao của LHQ về AIDS trong tháng 6 năm 2011 không?**

☒ Có ☐ Không

5.1. **Chiến lược Quốc gia và ngân sách Quốc gia dành cho HIV đã được sửa đổi cho phù hợp?**

☒ Có ☐ Không

5.2. **Có các ước tính đáng tin cậy các nhu cầu hiện tại và tương lai về số lượng người trưởng thành và trẻ em cần có liệu pháp kháng virus?**

☒ Ước tính nhu cầu hiện tại và tương lai ☐ Chỉ có các ước tính nhu cầu hiện tại ☐ Không có

5.3. **Độ bao phủ của chương trình phòng chống HIV đang được theo dõi?**

☒ Có ☐ Không

a. **NẾU CÓ**, mức độ bao phủ chương trình được theo dõi theo giới (nam giới, nữ giới)?

☒ Có ☐ Không

b. **NẾU CÓ**, mức độ bao phủ chương trình được theo dõi theo nhóm đích?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, đối với các nhóm đích nào?

- Người sử dụng ma túy
- Phụ nữ mại dâm
- Phụ nữ có thai
- Bệnh nhân AIDS
- Người sống với HIV
- Nam quan hệ tình dục đồng giới

Giải thích vắn tắt cách thức mà thông tin này được sử dụng:

- Thông tin được nhập vào các phần mềm ước tính dự báo, được nhóm chuyên gia quốc tế và trong nước phân tích và thống nhất sử dụng trong việc xây dựng chính sách, lập kế hoạch can thiệp.
- Các thông tin cũng được sử dụng để đánh giá hiệu quả, xác định các trở ngại trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp, cũng như xác định các vấn đề ưu tiên cho can thiệp.
- Thông tin được sử dụng để xây dựng các chỉ tiêu cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia.
- Thông tin được sử dụng để cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách và điều phối nguồn lực.

c. Mức độ bao phủ của chương trình được theo dõi theo khu vực địa lý?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, theo cấp độ nào (tỉnh, huyện, khác)?

- Cấp tỉnh
- Cấp huyện
- Cấp xã

Giải thích vắn tắt cách thức mà thông tin này được sử dụng:

- Thông tin được sử dụng để xây dựng chính sách, lập kế hoạch, điều phối các nguồn lực để tập trung cho các địa phương có số người sống với HIV cao, sử dụng trong ước tính và dự báo nhu cầu trong tương lai.

5.4 Nước bạn đã xây dựng được một kế hoạch tăng cường các hệ thống y tế chưa?

☒ Có ☐ Không

Cung cấp thông tin về kế hoạch này đã có tác động như thế nào đến hạ tầng y tế, nguồn nhân lực, năng lực nhân sự, và các hệ thống hậu cần để cung cấp thuốc điều trị có liên quan đến HIV:

Quyết định 1107/QĐ-TTg ngày 28/7/2009 của Chính phủ đã phê duyệt đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015. Hằng năm Chính phủ cấp kinh phí xây dựng cơ bản cho các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS, mua trang thiết bị phục vụ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

6. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn sẽ đánh giá các nỗ lực lập kế hoạch chiến lược trong các chương trình phòng chống HIV trong năm 2011 ở mức độ nào?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	8	✓9	10

Tính từ 2009, những thành tựu quan trọng đã đạt được nào trong lĩnh vực này:

- Kiểm chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng xuống dưới 0,3%.
- Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 đang được hoàn thiện. Kế hoạch được lập dựa trên bằng chứng; có mục tiêu cụ thể, rõ ràng hơn; và được xây dựng với sự tham gia của các tổ chức chính phủ đa ngành, các ban ngành đoàn thể, các tổ chức LHQ, các tổ chức phi chính phủ quốc tế và xã hội dân sự được lập theo khung biểu mẫu chung, và có sự tham gia đa ngành, đoàn thể và các tổ chức xã hội dân sự.
- Kế hoạch hoạt động năm được các bộ ngành, các cấp địa phương gửi về Cục phòng, chống HIV/AIDS theo đúng quy định.
- Có khung theo dõi đánh giá chương trình HIV để đo lường và đánh giá các hoạt động can thiệp, cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách, phân bổ nguồn lực và lập kế hoạch can thiệp.
- Kinh phí cho các hoạt động được giải ngân theo đúng kế hoạch.
- Tỷ lệ thuốc ARV hết hạn thấp do việc lập kế hoạch, điều phối và sử dụng thuốc hợp lý.
- Năng lực cán bộ lập kế hoạch ở hầu hết các tỉnh được tăng cường.
- Nguồn nhân lực và vật lực được tăng cường.

Các thách thức/khó khăn còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Rất khó dự kiến kinh phí cam kết sử dụng cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong những năm tới. Bản phác thảo Chiến lược quốc gia chưa bao gồm kế hoạch giải ngân kinh phí cho các đơn vị thực hiện.
- Nguồn lực còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu mở rộng độ bao phủ của các chương trình can thiệp.
- Năng lực quản lý và lập kế hoạch của cán bộ phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh ở một số nơi còn hạn chế do thiếu cán bộ chuyên trách hoặc nếu có thì cán bộ còn mới và chưa được đào tạo bài bản.
- Nhận thức của người dân và một số cấp chính quyền còn hạn chế.
- Chất lượng số liệu còn hạn chế và chưa đầy đủ.

II. SỰ HỖ TRỢ VỀ CHÍNH TRỊ VÀ VAI TRÒ LÃNH ĐẠO

- 1. Các quan chức cấp cao nào dưới đây phát biểu ý kiến công khai và ủng hộ về các nỗ lực phòng chống HIV tại các diễn đàn lớn trong nước ít nhất hai lần trong một năm?**

Các Bộ trưởng trong Chính phủ

☒ Có ☐ Không

Các quan chức cấp cao khác tại tuyến tỉnh/thành phố

☒ Có ☐ Không

1.1. Trong 12 tháng vừa qua, người đứng đầu chính phủ hoặc các quan chức cấp cao khác đã có hành động thể hiện vai trò lãnh đạo trong công tác phòng chống HIV?

(Ví dụ: hứa bổ sung nguồn lực để khắc phục các yếu kém trong công tác phòng chống HIV, nói về HIV như là một vấn đề về quyền con người tại các diễn đàn lớn trong nước và quốc tế, và các hoạt động như đến thăm một phòng khám điều trị HIV/AIDS, v.v.)

☒ Có ☐ Không

Mô tả ngắn gọn các hành động / ví dụ về trường hợp người đứng đầu chính phủ hoặc các quan chức cấp cao khác đã thể hiện vai trò lãnh đạo:

Trong hai năm vừa qua, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm cũng như các Bộ/ngành thành viên đã ban hành các chỉ thị, kết luận, đặc biệt là trong các Hội nghị kiểm điểm công tác phòng chống HIV yêu cầu các bộ/ngành xây dựng kế hoạch phòng chống HIV phù hợp với tình hình mới, bố trí kinh phí để thực hiện chương trình, hoàn thiện các văn bản pháp luật có liên quan, tăng phối hợp liên ngành để triển khai chương trình can thiệp toàn diện, đẩy mạnh hợp tác quốc tế. Vào tháng 12/2011, trong cuộc gặp mặt với các nhà tài trợ Quốc tế, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia Nguyễn Xuân Phúc đã khẳng định cam kết trong việc tiếp tục cải thiện cơ cấu tổ chức chính trị cho phòng, chống HIV và mang đến các điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Chính phủ đã giao Bộ Y tế xây dựng Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm giai đoạn 2011- 2020; củng cố kiện toàn Ủy ban từ Trung ương đến địa phương để đảm bảo sự thống nhất trong công tác điều hành, triển khai các hoạt động; tập trung huy động toàn hệ thống chính trị tham gia chương trình phòng, chống HIV/AIDS, tệ nạn ma túy, mại dâm.

Tháng 6/2011, các nhà lãnh đạo cấp cao của Việt Nam đã tham gia Hội nghị cấp cao LHQ về phòng, chống HIV/AIDS tại New York và cam kết thực hiện Tuyên bố Chính trị: “Tăng cường nỗ lực chung để loại bỏ HIV/AIDS”, với mục tiêu tăng cường cam kết chính trị quốc gia và sự tham gia của các nhà lãnh đạo nhằm đáp ứng toàn diện ở cấp độ cộng đồng, địa phương, quốc gia, vùng và quốc tế để làm dừng và đảo ngược dịch HIV và giảm nhẹ tác động của nó.

Nguyên Phó thủ tướng Trương Vĩnh Trọng – nguyên Chủ tịch Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm, đã hết nhiệm kỳ công tác trong năm 2011 - cùng đại diện lãnh đạo các bộ ngành trung ương và địa phương đã tổ chức nhiều chuyến thăm các cơ sở điều trị Methadone và điều trị HIV cho người lớn và trẻ em cũng như các nhóm tự lực và người sống với HIV tại cộng đồng.

Tháng 3 năm 2012, Phó Thủ Tướng Nguyễn Xuân Phúc đã chủ trì Hội thảo quốc gia tổng kết hoạt động năm 2011 và lên kế hoạch cho năm 2012. Hội thảo đã có sự tham gia của lãnh đạo các bộ, ngành, Ủy ban nhân dân của 63 tỉnh/thành và trưởng đại diện các tổ chức quốc tế tại Việt Nam.

2. Nước bạn đã có một cơ quan điều phối chính thức mang tính đa ngành về công tác phòng chống HIV (như Ủy ban Quốc gia về HIV hoặc tương đương)?

☒ Có ☐ Không

NẾU KHÔNG CÓ, giải thích ngắn gọn lý do tại sao không có và các chương trình HIV đang được quản lý như thế nào:

2.1. NẾU CÓ:

NẾU CÓ, thì cơ quan Quốc gia điều phối đa ngành về HIV có:		
Các điều khoản tham chiếu về hoạt động của UB?	✓ Có	Không
Vai trò lãnh đạo và tham gia tích cực của Chính phủ?	✓ Có	Không
Vị trí chủ tịch chính thức?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , tên và chức danh của ông/bà đó là gì?	Phó thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc	
Một danh sách thành viên được xác định?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , có bao nhiêu thành viên?	28 thành viên	
Bao gồm cả các đại diện của khu vực xã hội dân sự?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , có bao nhiêu đại diện?:	7 (Mặt trận tổ quốc, Đoàn TN CS HCM, Hội LH Phụ nữ VN, Hội nông dân, Hội cựu Chiến binh, Ủy ban dân tộc, VUSTA)	
Bao gồm những người sống với HIV?	Có	✓ Không
NẾU CÓ , có bao nhiêu người?		
Bao gồm cả khu vực tư nhân?	Có	✓ Không
Tăng cường sự phối hợp với nhà tài trợ nhằm tránh việc tài trợ song song và chồng chéo trong việc thực hiện và báo cáo chương trình?	✓ Có	Không

3. Nước bạn đã xây dựng được một cơ chế thúc đẩy sự trao đổi giữa chính phủ, các tổ chức xã hội dân sự và khu vực tư nhân để thực hiện các chiến lược/ chương trình phòng chống HIV?

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn về các thành tựu chính đã đạt được:
- Chính phủ đã ban hành quy chế nhằm chỉ đạo và phối hợp đa ngành trong công tác phòng, chống HIV/AIDS; khuyến khích tổ chức, cá nhân tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS; đầu tư kinh phí cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Các địa phương cũng có quy chế phối hợp liên ngành. - Sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự vào hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ngày càng nhiều và hiệu quả. Các tổ chức dân sự xã hội đã được các cơ quan chính phủ mời tham gia xây dựng các chính sách, chiến lược phòng chống HIV trong giai đoạn mới, tham gia thực hiện và hỗ trợ kỹ thuật cho các dự án. - Một số hoạt động liên quan đến phòng, chống HIV, ví dụ như chăm sóc và điều trị, đã được chuyển giao trách nhiệm cho các tổ chức phi chính phủ địa phương. - Các tổ chức dân sự xã hội dưới sự điều phối của VUSTA đã tích cực tham gia thực hiện dự án Quỹ toàn cầu được cấp kinh phí từ vòng 9. - Người sống với HIV được nhận các dịch vụ chăm sóc và điều trị tốt hơn. - Các doanh nghiệp và cá nhân được huy động tích cực tham gia gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS - Ban điều phối Quốc gia về Quỹ toàn cầu tại Việt Nam, gọi tắt là CCM có đại diện của các tổ chức dân sự xã hội và khối tư nhân tham gia.

Các thách thức/khó khăn còn tồn tại:

- Việc tổ chức thực hiện trao đổi thông tin trong xây dựng chính sách đôi khi còn mang tính hình thức hoặc phản hồi ý kiến từ cơ quan quản lý còn chưa đầy đủ, chưa thường xuyên và thiếu chặt chẽ.
- Thiếu kinh phí hoạt động.
- Năng lực của các tổ chức dân sự xã hội còn hạn chế.

4. Tỷ lệ phần trăm ngân sách Quốc gia của bạn dành cho HIV đã được chi cho các hoạt động do khu vực xã hội dân sự thực hiện trong năm vừa qua?

không có số liệu

5. Các loại hình hỗ trợ mà Ủy ban Quốc gia về HIV (hoặc cơ quan tương đương) cung cấp cho các tổ chức xã hội dân sự để triển khai các hoạt động liên quan đến HIV

Xây dựng năng lực	✓ Có	Không
Phối hợp với các đối tác thực hiện chương trình khác	✓ Có	Không
Thông tin về các nhu cầu ưu tiên	✓ Có	Không
Mua và phân phối thuốc điều trị hoặc các loại vật tư khác	✓ Có	Không
Hướng dẫn kỹ thuật	✓ Có	Không
Hỗ trợ khác [xin liệt kê dưới đây]:	✓ Có	Không
Xây dựng chính sách tạo điều kiện cho các tổ chức dân sự xã hội thực hiện chương trình phòng chống HIV. Mời tham gia các nhóm kỹ thuật quốc gia.		

6. Nước bạn đã xem xét các chính sách và các bộ luật để xác định chính sách, bộ luật nào, nếu có, không phù hợp với các chính sách Quốc gia phòng chống HIV?

☒ Có ☐ Không

6.1. NẾU CÓ, các chính sách và các bộ luật đó đã được sửa đổi để phù hợp với các chính sách Quốc gia phòng chống HIV chưa?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, nêu tên và mô tả về các chính sách/bộ luật đã được sửa đổi như thế nào

- Nghị định 122/2011/NĐ-CP mới được ban hành thay thế nghị định 124/2008/NĐ-CP, quy định chi tiết các khoản chi được miễn giảm thuế thu nhập cho các hoạt động liên quan đến triển khai chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại nơi làm việc.
- Phê duyệt Nghị định số 69/2011/NĐ-CP về Quy định xử phạm vi phạm hành chính về y tế dự phòng, môi trường y tế và phòng, chống HIV/AIDS, nghị định này thúc đẩy việc thực hiện các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS. Pháp lệnh mại dâm đang được nghiên cứu và sửa đổi để giúp cho việc triển khai chương trình can thiệp giảm tác hại.

Nêu tên và mô tả về bất cứ sự mẫu thuẫn nào còn tồn tại giữa chính sách/bộ luật nào đó với các chính sách Quốc gia của bạn phòng, chống HIV/AIDS:

- Mặc dù các điều khoản trong Luật phòng, chống HIV/AIDS cho phép các nhóm nguy cơ cao có khả năng tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ dự phòng, Việt Nam vẫn đang phải đương đầu với các rào cản chính sách trong việc thiết lập và nhân rộng các can thiệp có hiệu quả như chương trình cung cấp bơm kim tiêm, chương trình cung cấp bao cao su tại địa phương.
- Trong khi Luật phòng, chống ma túy, điều khoản số 16/2008/QH12 (Luật ma túy) đã được sửa đổi và quy định sử dụng ma túy không coi là phạm tội, dưới nghị định xử lý vi phạm hành chính, sử dụng ma túy vẫn bị xử lý vi phạm hành chính và bị đưa vào cai nghiện bắt buộc tới 2 năm trong các Trung tâm chữa bệnh, giáo dục lao động xã hội (trung tâm 06).
- Nghị định 96/2011/NĐ-CP ngày 21/10/2011 yêu cầu các điều khoản phòng, chăm sóc và điều trị HIV trong các cơ sở cải tạo và các trung tâm 05/06, tuy nhiên dưới Nghị định 108, điều khoản liệu pháp thay thế thuốc phiện bị cấm ở các cơ sở này.
- Còn rất nhiều khó khăn trong việc thực hiện Nghị định 13/2010/NĐ-CP do các thủ tục hành chính và các thay đổi trong định nghĩa "hộ nghèo".

7. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt" bạn sẽ đánh giá như thế nào về sự hỗ trợ chính trị cho các chương trình phòng chống HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	8	✓ 9	10

Tính từ 2009, đã đạt được những thành tựu quan trọng nào trong lĩnh vực này:

- Sửa đổi, bổ sung, ban hành mới một số văn bản quy phạm pháp luật phù hợp với Luật phòng chống AIDS.
- Các Bộ, ngành đã chủ động phối hợp với Bộ Y tế xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật, các chế độ, chính sách trong phòng, chống HIV/AIDS.
- Tăng cường giám sát các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của các tỉnh của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm.
- Có sự cam kết và chỉ đạo quyết liệt của Đảng và nhà nước.
- Tạo điều kiện và có sự tham gia tích cực của các tổ chức dân sự XH.

Các thách thức/khó khăn còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Đầu tư ngân sách cho công tác phòng, chống HIV/AIDS chưa đáp ứng được nhu cầu mở rộng và tăng độ bao phủ cho các hoạt động dự phòng, chăm sóc và điều trị cho người sống với HIV.
- Một số văn bản quy phạm pháp luật đang được xây dựng hoặc trong quá trình sửa đổi bổ sung nhưng chưa hoàn thiện.
- Vấn đề kỳ thị phân biệt đối xử với người sống với HIV vẫn còn tồn tại.

III. QUYỀN CON NGƯỜI

- 1.1. Nước bạn đã có các bộ luật hoặc quy định xác định rõ các biện pháp bảo vệ cho các nhóm đích chính và các nhóm dễ tổn thương cụ thể khác? Đánh dấu vào chữ Có nếu như chính sách có quy định cụ thể về bất kỳ một trong những nhóm đích chính và nhóm dễ tổn thương chính dưới đây:

CÁC NHÓM ĐÍCH VÀ CÁC NHÓM DỄ TỔN THƯƠNG CHÍNH		
Những người sống với HIV	✓ Có	Không
Nam tình dục đồng giới	✓ Có	Không
Người nhập cư/Nhóm di biến động	✓ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương khác	✓ Có	Không
Người khuyết tật	✓ Có	Không
Người tiêm chích ma túy	✓ Có	Không
Phạm nhân	✓ Có	Không
Người bán dâm	✓ Có	Không
Người chuyển giới	Có	✓ Không
Phụ nữ và Trẻ em gái	✓ Có	Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	✓ Có	Không
Các nhóm đích dễ tổn thương khác [liệt kê tại đây]:	Có	✓ Không

- 1.2. Nước bạn đã có một bộ luật chung về không phân biệt đối xử chưa? (tức là bộ luật này không chỉ đề cập đến vấn đề phân biệt đối xử liên quan đến HIV)

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, theo Câu hỏi 1.1 hoặc 1.2, mô tả ngắn gọn về nội dung của bộ luật này: Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam quy định mọi người dân được bình đẳng về kinh tế, chính trị, xã hội và ngăn cấm mọi hành động phân biệt đối xử.
Giải thích ngắn gọn về các cơ chế gì đã được áp dụng để đảm bảo các bộ luật này được thực hiện: Hiến pháp được chi tiết hóa bằng các văn bản pháp luật cụ thể.
Nhận xét ngắn gọn về mức độ thực hiện các bộ luật này: Sự thực thi các bộ luật này ở mức trung bình khá.

2. Nước bạn còn có các bộ luật, quy định hoặc chính sách mà vẫn còn gây các trở ngại đối với công tác dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, THÌ ĐỐI VỚI CÁC NHÓM ĐÍCH VÀ NHÓM DỄ TỔN THƯƠNG NÀO		
Những người sống với HIV	✓ Có	Không
Nam tình dục đồng giới	✓ Có	Không
Người nhập cư/Nhóm di biến động	✓ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương khác	Có	✓ Không
Người khuyết tật	Có	✓ Không
Người tiêm chích ma túy	✓ Có	Không
Phạm nhân	✓ Có	Không
Người bán dâm	Có	✓ Không
Người chuyển giới	✓ Có	Không
Phụ nữ và Trẻ em gái	Có	✓ Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	Có	✓ Không
Các nhóm dễ tổn thương khác ⁵⁹ [xin liệt kê dưới đây]:	Có	✓ Không

Mô tả ngắn gọn về nội dung của các bộ luật, quy định hoặc chính sách này:

Chưa có các quy định tạo điều kiện cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế đối với nhóm chuyển giới, dân di biến động.

Dưới Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính số 44/2002/PL-UBTVQH10, sử dụng ma túy vẫn bị coi là vi phạm hành chính và sẽ được đưa vào các trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội (trung tâm 06) đến 2 năm. Theo Nghị định 94/2010/NĐ-CP, hướng dẫn thực hiện luật phòng, chống ma túy, người sử dụng ma túy phải chịu thêm thời gian “quản lý sau cai nghiện” từ 1 đến 2 năm. Do hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến HIV, bao gồm điều trị, trong các trung tâm 06, đây là rào cản khiến người sử dụng ma túy không được tiếp cận hiệu quả với các dịch vụ phòng, điều trị chăm sóc và hỗ trợ.

Pháp lệnh phòng, chống mại dâm năm 2003 nghiêm cấm “hỗ trợ cho bất kỳ cá nhân nào thực hiện các dịch vụ kinh doanh mại dâm” hoặc “tiếp tay cho các hoạt động kinh doanh mại dâm”. Bất kỳ ai bán dâm cũng bị xử lý vi phạm hành chính là quản chế trong các Cơ sở Chữa bệnh- giáo dục- Lao động xã hội dành cho phụ nữ mại dâm (trung tâm 05), do bị hạn chế tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến HIV trong các trung tâm 05, đây là rào cản khiến phụ nữ mại dâm không tiếp cận được với các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, điều trị và dự phòng HIV. Bản dự thảo điều chỉnh gần đây có chỉnh sửa việc những người bán dâm không bị bắt giam nếu không qua quy trình xét xử tại tòa án.

⁵⁹ Các nhóm dễ tổn thương cụ thể khác ngoài các nhóm đã đề cập ở trên, có thể được xác định thông qua việc nhận biết là có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn tại địa phương (ví dụ (theo thứ tự chữ cái) như những người có quan hệ tình dục lưỡng giới, khách hàng của người bán dâm, người bán địa, những người buộc phải rời bỏ nhà cửa, phạm nhân, người tị nạn)

Theo Nghị định 108/2007/NĐ-CP về hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS, liệu pháp sử dụng thay thế các chất dạng thuốc phiện như ma túy không được sử dụng trong các trại giam, trại tạm giam, trường giáo dưỡng.

Cư trú tại huyện/quận có trung tâm điều trị là một điều kiện bắt buộc để tham gia vào chương trình quốc gia thử nghiệm liệu pháp duy trì methadone, những người di cư không thường trú tại địa phương không có khả năng tiếp cận với các dịch vụ này.

Nghị định số 67/2007 NĐ-CP yêu cầu cung cấp thông tin cá nhân cho bộ phận bảo trợ xã hội và người dân chỉ được tiếp cận với các dịch vụ xã hội và quyền lợi chỉ khi họ tiết lộ tình trạng nhiễm của mình. Kỳ thị và phân biệt đối xử khiến cho người sống với HIV không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình và do đó không nhận được những hỗ trợ xã hội.

Còn rất nhiều khó khăn trong việc thực hiện Nghị định 13/2010/NĐ-CP do các thủ tục hành chính và các thay đổi trong định nghĩa “nghèo”.

Nhận xét ngắn gọn về việc các luật, quy định, hoặc chính sách này gây ra các rào cản ra sao:

Từ năm 2010, một số điều khoản được thêm vào Luật phòng, chống ma túy khiến người tiêm chích ma túy phải đưa vào điều trị cai nghiện bắt buộc (hai năm trong các trung tâm 06 và hai năm quản chế bắt buộc sau cai). Tiếp cận điều trị trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc rất hạn chế và việc bảo mật danh tính không được coi trọng.

Người sống với HIV có kèm các hành vi như sử dụng ma túy, mại dâm vẫn bị ảnh hưởng bởi là đối tượng điều chỉnh của Luật phòng, chống Ma Tuý và pháp lệnh phòng, chống mại dâm. Bên cạnh đó luật về mại dâm và ma túy đề cập ở trên tạo rào cản cho người sống chung với HIV tiếp cận với các dịch vụ.

IV. DỰ PHÒNG

1. Nước bạn có một chính sách hoặc chiến lược đẩy mạnh thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC) về HIV cho toàn dân không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, những thông điệp nào được khuyến khích rõ ràng?		
Không tiêm chích ma túy	✓ Có	Không
Không mua bán dâm	✓ Có	Không
Tránh quan hệ tình dục giữa các thể hệ	Có	✓ Không
Chung thủy	✓ Có	Không
Tiết dục	Có	✓ Không
Trì hoãn quan hệ tình dục lần đầu	✓ Có	Không
Quan hệ tình dục an toàn (hơn)	✓ Có	Không
Đấu tranh chống nạn bạo lực với phụ nữ	✓ Có	Không
Tăng cường sự chấp nhận và tăng cường sự tham gia của những người sống với HIV	✓ Có	Không
Tăng cường sự tham của nam giới vào các chương trình sức khỏe sinh sản	✓ Có	Không
Biết về tình trạng HIV của bạn	✓ Có	Không
Nam giới được cắt bao quy đầu dưới sự giám sát về y tế	Có	✓ Không
Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	✓ Có	Không
Thúc đẩy sự bình đẳng giới	✓ Có	Không
Giảm số lượng bạn tình	✓ Có	Không
Sử dụng bơm kim tiêm sạch	✓ Có	Không
Thường xuyên sử dụng bao cao su	✓ Có	Không
Khác [liệt kê dưới đây]:	✓ Có	Không
Không phân biệt kỳ thị với người sống với HIV/AIDS. Tránh tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch cơ thể.		

1.2. Trong năm vừa qua, nước bạn có triển khai hoạt động hoặc chương trình thúc đẩy báo cáo chính xác về HIV trên phương tiện truyền thông không?

☒ Có ☐ Không

2. Nước bạn có một chính sách hoặc chiến lược thúc đẩy giáo dục về HIV dựa trên kỹ năng sống cho thanh thiếu niên không?

☒ Có ☐ Không

2.1. Giáo dục HIV là một phần của chương trình giảng dạy trong:

Các trường Tiểu học?	✓ Có	Không
Các trường Trung học cơ sở?	✓ Có	Không
Tập huấn cho giáo viên?	✓ Có	Không

2.2. Chiến lược có bao gồm các thành tố sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục phù hợp về tuổi và có sự nhạy cảm về giới chưa?

☒ Có ☐ Không

2.3. Nước bạn đã có chiến lược giáo dục về HIV cho thanh thiếu niên ngoài trường học chưa?

☒ Có ☐ Không

3. Nước bạn có một chính sách hoặc chiến lược để thúc đẩy thông tin, giáo dục, truyền thông và các biện pháp y tế dự phòng khác cho các nhóm đích chính hoặc các nhóm dễ tổn thương khác không?

☒ Có ☐ Không

Giải thích ngắn gọn về các cơ chế nào được sử dụng để đảm bảo các chính sách này được thực hiện:

- Luật phòng, chống HIV/AIDS có bao gồm một chương về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi và giảm hại được coi là đóng góp kỹ thuật cho phòng, chống HIV.
- Nghị định số 108/2007/NĐ-CP quy định chi tiết thực hiện các chương trình giảm hại trong dự phòng HIV.
- Chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi bao gồm trong Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030.
- Quy chế phối hợp liên ngành, phân công rõ trách nhiệm các Bộ, ngành trong việc thực hiện Chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi.
- Chiến lược quốc gia cũng bao gồm kế hoạch tăng cường chỉ đạo từ các cấp ủy đảng, ban ngành và các tổ chức ở các cấp khác nhau, cũng như tăng cường sự tham gia của cộng đồng, liên quan đến việc thực hiện chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi.
- Việc xây dựng Kế hoạch hành động về phòng, chống HIV/AIDS của ngành Giáo dục giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030 thể hiện cam kết quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS của ngành trong khuôn khổ diễn biến phức tạp của dịch cũng như sự sụt giảm của nguồn hỗ trợ quốc tế cho công tác này.

3.1. NẾU CÓ, thì các nhóm đích và các thành tố dự phòng HIV nào sẽ được các chính sách/chiến lược này đáp ứng?

☐ *Hãy kiểm tra những nhóm đích và các thành tố cụ thể nào đã bao gồm trong các chính sách/chiến lược này*

	Người tiêm chích ma túy (IDU)	Nam tình dục đồng giới (MSM)	Người bán dâm	Khách hàng của người bán dâm	Phạm nhân	Các nhóm đích khác NCH, dân di biến động, bạn tình của các nhóm trên, bệnh nhân STI, phụ nữ mang thai, thanh niên
Khuyến khích sử dụng bao cao su	✓	✓	✓	✓		✓
Liệu pháp thay thế chất gây nghiện	✓					
Tư vấn và Xét nghiệm HIV	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trao đổi bơm kim tiêm	✓					
Sức khỏe sinh sản, bao gồm cả dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	✓	✓	✓	✓		✓
Giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Thông tin có trọng tâm về giảm thiểu nguy cơ và giáo dục về HIV	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Giảm tính dễ tổn thương với HIV (như hoạt động tạo thu nhập)	✓		✓			✓

3.2. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”) bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực chính sách để hỗ trợ cho dự phòng HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓8	9	10

Từ năm 2009, những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Tăng cường chỉ đạo của Đảng và nhà nước, tăng cường kinh phí, tăng cường phối hợp liên ngành.
- Có sự đồng thuận cao trong xã hội, trong các cơ quan liên ngành khi thực hiện các chương trình dự phòng và các hoạt động liên ngành.
- Thông tư liên tịch về truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng được ban hành.
- Một loạt các văn bản về dự phòng được xây dựng.
- HIV được lồng ghép vào kế hoạch phát triển chung của quốc gia.
- Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người có HIV trong cán bộ, công nhân viên chức lao động giảm nhiều so với trước năm 2005.
- Cộng đồng biết chia sẻ, giúp đỡ công nhân lao động có HIV, những nhu cầu của họ được đề cập tốt hơn.
- Chương trình điều trị thay thế bằng Methadone cho người nghiện ma túy được mở rộng.
- Hoạt động phòng chống HIV được lồng ghép tốt trong công tác của ngành giáo dục, đảm bảo chuyển tải các thông điệp cơ bản về chống kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến trẻ sống với HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV trong các cơ sở giáo dục. Hoạt động phòng chống HIV cũng được lồng ghép vào các hoạt động khác của ngành giáo dục.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Kiến thức, thực hành của người dân về phòng chống HIV còn hạn chế.
- Một số địa phương chưa chú trọng công tác dự phòng; kinh phí hạn hẹp nên hạn chế nhiều đối với khả năng mở rộng quy mô can thiệp.
- Vẫn còn kỳ thị phân biệt đối xử với người sống với HIV và nam quan hệ tình dục đồng giới. Cần nâng cao nhận thức của các nhà quản lý, các nhà xây dựng chính sách đối với một số vấn đề nhạy cảm như tình dục đồng giới nam để có chính sách về can thiệp, giảm tác hại cho nhóm này.
- Kinh phí chưa đáp ứng đủ nhu cầu mở rộng độ bao phủ.
- Đội ngũ cán bộ hoạt động chưa hiệu quả.
- Người lao động trong các khu công nghiệp tăng quá nhanh, kết quả là nhu cầu đối với các hoạt động dự phòng tăng lên nhanh trong khi nguồn lực và năng lực còn hạn chế.
- Các hoạt động IEC về phòng chống HIV còn chưa tác động đến các nhóm quần thể chính. Bên cạnh đó, sở giáo dục và đào tạo cũng như cơ sở giáo dục ở một số tỉnh còn chưa triển khai hoạt động một cách hiệu quả. Cán bộ công tác về HIV trong các ngành, ví dụ như ngành giáo dục, chủ yếu hoạt động kiêm nhiệm, thiếu đầu tư chuyên sâu. Một số lãnh đạo chưa quan tâm đến chương trình phòng chống HIV nên triển khai các chương trình dự án còn phân tán và chưa được điều phối.

4. Nước bạn đã xác định được các nhu cầu cụ thể cho các chương trình dự phòng HIV chưa?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, các nhu cầu cụ thể này đã được xác định như thế nào?

Việc xác định các nhu cầu được xây dựng trên cơ sở:

- Xác định các nhóm đối tượng đích của chương trình và số người cần can thiệp bằng các hoạt động dự phòng.
- Kết quả giám sát tình hình định tể của dịch HIV/AIDS, giám sát trọng điểm, HSS+ và IBBS.
- Các khảo sát đánh giá, điều tra nhu cầu.
- Báo cáo định kỳ của chương trình.
- Đáp ứng của ngân sách và nguồn nhân lực.
- Tính khả thi của hoạt động dự phòng.
- Xây dựng mục tiêu cụ thể dựa trên bằng chứng liên quan đến các kiến thức, thái độ, thực hành của dự phòng HIV.

NẾU CHƯA, các chương trình dự phòng HIV đang được đẩy mạnh/mở rộng như thế nào?

4.1. Chương trình Dự phòng HIV được triển khai đến mức độ nào?

Đa số những người có nhu cầu được tiếp cận đến...	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
An toàn truyền máu	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Khuyến khích sử dụng bao cao su	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Giảm tác hại cho những người tiêm chích ma túy	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài trường học	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV tại nơi làm việc	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Tư vấn và Xét nghiệm HIV	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Thông tin, Giáo dục, Truyền thông về giảm nguy cơ lây nhiễm ⁶⁰	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Thông tin, Giáo dục, Truyền thông về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	1	2	3	✓4	Không áp dụng

⁶⁰ IEC = thông tin, giáo dục, truyền thông

Đa số những người có nhu cầu được tiếp cận đến...	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Dự phòng lây nhiễm cho những người sống với HIV	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản bao gồm cả dịch vụ dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho bạn tình của những người thuộc ba nhóm đích chính được đề cập ở trên	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhóm nam tình dục đồng giới	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhóm người bán dâm	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Giáo dục về HIV trong trường học cho thanh thiếu niên	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Dự phòng phổ quát trong các cơ sở y tế	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Khác[liệt kê tại đây]:	1	2	3	4	✓ Không áp dụng

5. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”) bạn sẽ đánh giá như thế nào về những nỗ lực trong việc triển khai các chương trình dự phòng HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓ 8	9	10

Từ năm 2009, những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Các hoạt động truyền thông được tăng cường, với sự tham gia của các Bộ, ngành, đoàn thể chính trị và tổ chức xã hội.
- Đã khống chế được số người nhiễm HIV mới, không tăng nhiều như những năm trước. Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong dân cư dưới 0,3%.
- Các dịch vụ về dự phòng liên tục được mở rộng, đặc biệt là chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone, giáo dục SKSS và SKTD liên quan đến HIV cho thanh niên.
- Phòng chống HIV đã được thực hiện tại nhiều nơi làm việc hơn và đã có nguồn kinh phí được huy động cho các hoạt động phòng, chống HIV cho người lao động.
- Tăng cường truyền tải thông tin giáo dục truyền thông tới cho nhóm quần thể có nguy cơ cao.
- Giảm kỳ thị phân biệt đối xử.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Thiếu kinh phí, cán bộ chuyên sâu.
- Độ bao phủ các dịch vụ dự phòng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu.
- Các dự án dự phòng chủ yếu dựa vào ngân sách từ các nhà tài trợ nước ngoài.

V. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ

1. Nước bạn có xác định được các thành tố thiết yếu có trong gói dịch vụ toàn diện về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, xác định tóm tắt về các thành tố này và những thành tố nào đã được ưu tiên:

Các thành tố:

- Điều trị ARV, nhiễm trùng cơ hội
- Chăm sóc dinh dưỡng
- Chăm sóc STI, KHHGĐ
- Chăm sóc tại nhà
- Chăm sóc và điều trị giảm đau
- Tư vấn xét nghiệm HIV
- Sàng lọc lao cho người sống với HIV
- Điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV
- Kiểm soát lao trong các cơ sở chăm sóc điều trị HIV
- Dự phòng phổ cập
- Sàng lọc HIV trong truyền máu

Thành tố được ưu tiên:

- Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
- Lao
- Chăm sóc điều trị cho trẻ em mồ côi và dễ tổn thương
- Bảo hiểm y tế cho người sống với HIV

Xác định ngắn gọn cách thức mà các dịch vụ về điều trị, chăm sóc, hỗ trợ HIV đang được mở rộng?

- Mở rộng và triển khai dịch vụ chăm sóc điều trị HIV/AIDS ở tất cả các cấp, từ trung ương đến địa phương.
 - a. Tuyển trung ương: các phòng khám ngoại trú (PKNT) tuyển trung ương thuộc các bệnh viện trung ương.
 - b. Tuyển tỉnh: các PKNT tuyển tỉnh thuộc bệnh viện đa khoa tuyển tỉnh.
 - c. Tuyển huyện: các PKNT tuyển huyện thuộc bệnh viện đa khoa huyện, trung tâm y tế dự phòng, trung tâm phòng chống AIDS.
 - d. Tuyển xã/phường: hệ thống y tế thôn bản và trạm y tế xã quản lý số người sống với HIV đang được theo dõi, điều trị. Một số nơi có nhóm chăm sóc tại nhà đã được thiết lập tại tuyến này.

1.1. Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV dưới đây được triển khai đến mức độ như thế nào?

Đa số những người có nhu cầu được tiếp cận đến...	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
Liệu pháp kháng virus	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp kháng virus cho bệnh nhân lao	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole cho những người sống với HIV	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Chẩn đoán nhiễm HIV sớm ở trẻ sơ sinh	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV tại nơi làm việc (bao gồm cả việc bố trí sắp xếp lại công việc thay thế)	1	✓ 2	3	4	Không áp dụng
Tư vấn và Xét nghiệm HIV cho những người nhiễm lao	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Dịch vụ điều trị HIV tại nơi làm việc hoặc hệ thống giới thiệu chuyển tiếp điều trị thông qua nơi làm việc	1	✓ 2	3	4	Không áp dụng
Chăm sóc dinh dưỡng	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Điều trị AIDS cho trẻ em	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Cung cấp liệu pháp kháng virus cho sản phụ sau khi sinh nở	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp phơi nhiễm với HIV không do nghề nghiệp (ví dụ trường hợp cưỡng hiếp tình dục)	1	✓ 2	3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp phơi nhiễm HIV nghề nghiệp	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Hỗ trợ về tâm lý xã hội cho những người sống với HIV và gia đình họ	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Quản lý nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Phòng chống nhiễm lao tại các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV	1	✓ 2	3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng nhiễm lao cho những người sống với HIV	1	✓ 2	3	4	Không áp dụng
Sàng lọc nhiễm lao cho những người sống với HIV	1	2	3	✓ 4	Không áp dụng
Điều trị các nhiễm khuẩn thông thường có liên quan đến HIV	1	2	✓ 3	4	Không áp dụng
Khác[liệt kê tại đây]:	1	2	3	4	✓ Không áp dụng

2. **Chính phủ của bạn có một chính sách hoặc chiến lược phù hợp để cung cấp sự hỗ trợ về xã hội và kinh tế cho những người nhiễm/bị ảnh hưởng bởi HIV không?**

☒ Có ☐ Không

Xin làm rõ những hỗ trợ xã hội và kinh tế gì được cung cấp:

- Trẻ nhiễm HIV thuộc hộ nghèo, người sống với HIV không còn khả năng lao động và thuộc hộ nghèo, gia đình hoặc cá nhân nhận nuôi dưỡng trẻ nhiễm HIV, người đang nuôi người dưới 18 tuổi bị nhiễm HIV được nhận trợ cấp xã hội hàng tháng, được cấp thẻ bảo hiểm y tế, được miễn giảm học phí học nghề/học văn hóa, được hỗ trợ kinh phí mai táng.
- Ngoài những hỗ trợ trên, những người sống chung với HIV ở các cơ sở bảo trợ xã hội còn được trợ cấp để mua sắm tư trang vật dụng phục vụ sinh hoạt, thuốc chữa bệnh thông thường, hỗ trợ điều trị nhiễm trùng cơ hội, trợ cấp vệ sinh hàng tháng với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Quỹ hỗ trợ người sống với HIV tại các địa phương cũng góp phần hỗ trợ kinh phí, cho vay vốn tạo việc làm cho các trường hợp có hoàn cảnh khó khăn.

3. **Nước bạn có một chính sách hoặc chiến lược để phát triển/sử dụng các loại thuốc gốc hoặc nhập khẩu song song các loại thuốc điều trị HIV không?**

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

4. **Nước bạn có thể tiếp cận đến các cơ chế mua sắm và quản lý cung ứng cấp khu vực đối với các loại hàng hóa quan trọng, như các thuốc điều trị kháng virus, bao cao su và các thuốc điều trị thay thế chất gây nghiện hay không?**

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

NẾU CÓ, đối với các loại hàng hóa nào?

- ARV : thông qua Hệ thống quản lý chuỗi cung ứng (SCMS) và Mua sắm theo nhóm tự nguyện (VPP)
- Methadone: thông qua SCMS

Riêng đối với ARV: Hiện nay 5% số thuốc ARV cung ứng là thuốc mua trong nước, 95% là nhập khẩu thông qua các chương trình dự án viện trợ như PEPFAR (mua qua hệ thống SCMS), Quỹ toàn cầu (mua qua VPP). Các chương trình, dự án này mua thuốc bằng cách đấu thầu trên thị trường quốc tế.

5. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”) bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực trong việc triển khai các chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓8	9	10

Từ năm 2009, những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Mở rộng nhanh tiếp cận điều trị ARV, đã thành lập 318 PKNT (trong đó có 289 PKNT người lớn, 118 PKNT trẻ em, 89 PKNT lồng ghép; 4 PKNT tuyến TƯ, 155 PKNT tuyến tỉnh và 195 PKNT tuyến huyện), 60.924 bệnh nhân được tiếp cận ARV (trong đó 57.663 người lớn và 3.261 trẻ em).
- Quản lý và điều phối thuốc ARV nhằm đảm bảo cung cấp thuốc liên tục cho bệnh nhân.
- Quản lý và điều phối xét nghiệm, trang thiết bị trong điều trị HIV/AIDS như xét nghiệm tải lượng vi rút chẩn đoán sớm ở trẻ sơ sinh.
- Phòng lây truyền mẹ con: 38% phụ nữ mang thai làm xét nghiệm HIV và nhận được kết quả xét nghiệm, trong đó 0,26% dương tính với HIV, 49% phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, 46% trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV, 45% trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole.
- Chăm sóc và điều trị cho trẻ em: thiết lập hệ thống PKNT tại 54 trên 63 tỉnh thành, 3.121 trẻ được tiếp cận ARV (tính đến tháng 9/2011), mua thẻ bảo hiểm y tế cho 1.601 trẻ nhiễm HIV tại 45 tỉnh thành.
- HIV/Lao: 35 tỉnh và 341 huyện đang triển khai hoạt động lồng ghép HIV/Lao. Số bệnh nhân HIV/Lao được điều trị hàng năm từ 2.500 đến 2.700 bệnh nhân.
- Bảo hiểm y tế: VAAC đang phối hợp với Vụ Bảo hiểm y tế xây dựng thông tư hướng dẫn bảo hiểm y tế cho người lớn nhiễm HIV.
- Thí điểm chương trình điều trị 2.0 và chương trình cải thiện chất lượng chăm sóc điều trị.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Bài toán về thuốc ARV trong điều kiện cắt giảm kinh phí viện trợ.
- Chưa ban hành được văn bản hướng dẫn bảo hiểm y tế cho người sống với HIV.
- Chưa xây dựng được hệ thống quản lý, báo cáo số liệu bằng hệ thống điện tử.
- Dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa bao phủ rộng.
- Năng lực cán bộ chuyên môn tuyến quận/huyện còn hạn chế.

6. Nước bạn đã có được một chính sách hoặc chiến lược để đáp ứng các nhu cầu bổ sung liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và nhóm trẻ em dễ tổn thương khác chưa?

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

NẾU CÓ, thì nước bạn đã có được một định nghĩa mang tính khái quát về trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương chưa?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, nước bạn đã có được một kế hoạch hành động quốc gia riêng cho trẻ em mồ côi và trẻ dễ tổn thương chưa?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, nước bạn đã có được một ước tính về số trẻ em mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương đang được tiếp cận từ các can thiệp hiện có chưa?

☐ Có ☒ Không

NẾU CÓ, tỷ lệ phần trăm trẻ em mồ côi và trẻ dễ tổn thương đã được tiếp cận đến?

%

7. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất Kém” và 10 là “Rất tốt”) bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực nhằm đáp ứng các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ em mồ côi và trẻ dễ tổn thương khác trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓8	9	10

Từ năm 2009, những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Nhiều chính sách về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ em và người lớn nhiễm HIV được ban hành
- Các dịch vụ chăm sóc điều trị không ngừng mở rộng. Số trẻ OVC được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, điều trị tăng.
- Có chính sách bảo hiểm y tế cho trẻ nhiễm HIV.
- Số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV tăng.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Độ bao phủ của các dịch vụ chăm sóc hỗ trợ cho trẻ em còn hạn chế.
- Kinh phí để duy trì các hoạt động chăm sóc và điều trị ARV khi nguồn lực quốc tế cắt giảm đang là một thách thức lớn.
- Còn kỳ thị phân biệt đối xử với trẻ nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng, có trẻ không được đi học khi đến tuổi.
- Thiếu số liệu về ước tính số trẻ OVC và số trẻ nhận được các chương trình can thiệp.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

1. Nước bạn đã có được một kế hoạch quốc gia về Theo dõi và Đánh giá (TD&DG) HIV chưa?

☒ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

Mô tả ngắn gọn về bất cứ thách thức/khó khăn nào trong việc xây dựng và thực hiện:

Gặp nhiều khó khăn trong việc đạt đồng thuận về các chỉ số đo lường, công cụ TD&DG và đạt được cam kết chia sẻ và đồng thuận số liệu giữa các bộ, tổ chức và các dự án.

1.1. NẾU CÓ, chu kỳ thời gian của kế hoạch [viết vào ô này]:

5 năm

1.2. NẾU CÓ, các đối tác chính đã phối hợp và hài hòa hóa các yêu cầu về theo dõi và đánh giá của họ (bao gồm cả các chỉ số) với Kế hoạch Quốc gia về Theo dõi và Đánh giá chưa?

☒ Có, tất cả các đối tác ☐ Có, một vài đối tác
☐ Không ☐ Không áp dụng

Mô tả ngắn gọn về các vấn đề gặp phải:

Yêu cầu của chính phủ và các nhà tài trợ và định nghĩa của từng chỉ số là rất khác nhau và luôn thay đổi.

2. Kế hoạch Quốc gia về Theo dõi và Đánh giá có bao gồm?

NẾU CÓ, những thông điệp chính nào được thúc đẩy một cách rõ ràng?

Một chiến lược về thu thập số liệu	☒ Có	☐ Không
NẾU CÓ, chiến lược này có đề cập đến:		
Các cuộc điều tra về hành vi	☒ Có	☐ Không
Các cuộc nghiên cứu/đánh giá	☒ Có	☐ Không
Giám sát vấn đề kháng thuốc điều trị HIV	☐ Có	☒ Không
Giám sát HIV	☒ Có	☐ Không
Giám sát chương trình thường quy	☒ Có	☐ Không
Một chiến lược phân tích số liệu	☒ Có	☐ Không

Một chiến lược về phổ biến và sử dụng số liệu	✓ Có	Không
Một bộ chỉ số mang tính chuẩn hóa được xác định cụ thể được phân định theo giới tính và độ tuổi (tại những nơi phù hợp)	✓ Có	Không
Hướng dẫn sử dụng công cụ thu thập số liệu	✓ Có	Không

3. Có một ngân sách dành để triển khai kế hoạch Theo dõi và Đánh giá?

☒ Có ☐ Đang được phát triển ☐ Không

3.1. NẾU CÓ, tỷ lệ phần trăm trên tổng số ngân sách của chương trình HIV được phân cho các hoạt động Theo dõi & Đánh giá?

Không có số liệu

4. Có một đơn vị tại cấp quốc gia có chức năng Theo dõi & Đánh giá?

☒ Có ☐ Đang xây dựng ☐ Không

Mô tả ngắn gọn về bất cứ trở ngại nào có thể có:

Thiếu cán bộ, phần lớn các cán bộ đang công tác thiếu kinh nghiệm, thiếu năng lực

4.1. Đơn vị phụ trách Theo dõi & Đánh giá tại cấp quốc gia được đặt tại đâu?

Tại Bộ Y tế?	✓ Có	Không
Tại Ủy ban Quốc gia về HIV (hoặc tương đương)?	Có	✓ Không
Ở một nơi khác?	Có	✓ Không

4.2. Có bao nhiêu nhân viên và hình thức làm việc của các cán bộ chuyên môn làm việc tại Cơ quan phụ trách Theo dõi & Đánh giá cấp quốc gia?

VỊ TRÍ [điền vị trí chức danh vào các ô trống dưới đây]	Toàn thời gian	Bán thời gian	Từ khi nào?
Cán bộ chính thức [điền thêm vào theo số lượng cần thiết]	✓		
12 nhân viên			
2	✓		2005
2	✓		2007
1	✓		2008
5	✓		2010
2	✓		2011
Nhân viên tạm thời [điền thêm vào theo số lượng cần thiết]			

- 4.3. Đã có các cơ chế phù hợp để đảm bảo rằng tất cả các đối tác chính gửi các số liệu/báo cáo về TD&ĐG của họ đến Đơn vị phụ trách về Theo dõi và Đánh giá để cập nhật vào hệ thống Theo dõi và Đánh giá Quốc gia chưa?

☒ Có ☐ Không

Mô tả ngắn gọn về các cơ chế chia sẻ số liệu:

Cơ chế chia sẻ dữ liệu thông qua:

- Hệ thống phòng chống HIV quốc gia nộp báo cáo theo hệ thống báo cáo thường quy.
- Chương trình dự án tài trợ nước ngoài báo cáo cho trung tâm phòng chống AIDS các tỉnh để báo cáo lại Cục phòng, chống HIV/AIDS.
- Chia sẻ thông tin qua nhóm Kỹ thuật về TD&ĐG quốc gia, cập nhật các hoạt động của các tổ chức và các nhà tài trợ trong lĩnh vực TD&ĐG.

Các thách thức chính trong lĩnh vực này là gì:

- Đơn vị TD&ĐG quốc gia chưa có khả năng hòa hợp hệ thống TD&ĐG của các dự án được tài trợ song hành với hệ thống TD&ĐG quốc gia.
- Một số số liệu chưa được thu thập đầy đủ như yêu cầu.
- Báo cáo nộp chưa đúng thời hạn, vấn đề trùng lặp số liệu báo cáo giữa các dự án vẫn còn tồn tại. Thiếu cán bộ thực hiện chương trình TD&ĐG, năng lực cán bộ tại một số nơi còn hạn chế.
- Ngân sách cho hoạt động TD&ĐG còn rất hạn chế, không chủ động.

5. Nhóm làm việc Kỹ thuật về TD&ĐG có nhóm họp thường xuyên để điều phối các hoạt động Theo dõi và Đánh giá?

☒ Có ☐ Không

6. Có một cơ sở dữ liệu trung tâm với các số liệu liên quan đến HIV ở cấp quốc gia?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn về cơ sở dữ liệu quốc gia và ai quản lý cơ sở dữ liệu đó

- Kết quả giám sát trọng điểm và giám sát phát hiện HIV/AIDS được lưu trữ và quản lý bằng phần mềm HIV info.
- Báo cáo kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được cập nhật định kỳ hàng tháng qua phần mềm báo cáo trực tuyến.
- Số liệu VCT báo cáo bằng phần mềm quản lý VCT chuyên biệt.
- Cục phòng chống AIDS hiện đang quản lý cơ sở dữ liệu của các bộ dữ liệu trên.

- 6.1. NẾU CÓ, cơ sở dữ liệu đó có bao gồm các thông tin về nội dung, các nhóm đích chính và mức độ bao phủ về địa lý của các dịch vụ về HIV, cũng như là các tổ chức triển khai các dịch vụ đó?

☒ Có, tất cả các nội dung nêu trên ☐ Có, nhưng chỉ một số nội dung nêu trên ☐ Không có, không có bất cứ nội dung nào nêu trên

NẾU CÓ, nhưng chỉ một số trong các nội dung nêu trên, thì cơ sở dữ liệu đó bao gồm những nội dung nào?

--

6.2 Có một Hệ thống Thông tin Y tế hữu dụng?

Tại cấp quốc gia	✓ Có	Không
Tại cấp tỉnh/thành phố	✓ Có	Không
NẾU CÓ , tại (những) cấp nào? [hãy điền vào đây]: Trung ương, tỉnh, huyện, xã		

7. Nước bạn có công bố bản báo cáo về TD&ĐG về HIV, trong đó bao gồm các số liệu giám sát HIV ít nhất một lần trên năm không?

☒ Có ☐ Không

8. Các số liệu TD&ĐG được sử dụng như thế nào?

Để cải thiện chương trình?	✓ Có	Không
Trong phát triển/điều chỉnh ứng phó quốc gia với HIV?	✓ Có	Không
Để phân bổ nguồn lực?	✓ Có	Không
Mục đích khác [điền vào đây]:	Có	✓ Không

Cung cấp sơ lược các ví dụ về cách thức sử dụng số liệu TD&ĐG, và các khó khăn/thách thức chính, nếu có:

Xây dựng kế hoạch hàng năm, kiến nghị để xuất cải thiện các chương trình can thiệp.

Kiến nghị để xuất chính phủ trong việc tăng cường ngân sách, đưa vào chương trình chỉ đạo Chính phủ.

Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS cấp tỉnh chưa quan tâm đầy đủ đến số liệu, hơn nữa ngân sách hạn hẹp đồng nghĩa với việc các cơ quan này không thể sử dụng số liệu để nâng cao chất lượng chương trình.

9. Trong năm vừa qua, hoạt động đào tạo về TD&ĐG đã được thực hiện?

Tại tuyến trung ương (Quốc gia)?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , số lượng người được đào tạo:	10	
Tại tuyến tỉnh/thành phố?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , số lượng người được đào tạo:	154	
Tại tuyến cung cấp dịch vụ, bao gồm cả khu vực xã hội dân sự?	✓ Có	Không
NẾU CÓ , số lượng người được đào tạo?	Không có số liệu	

9.1. Có các hoạt động khác về xây dựng năng lực TD&ĐG được triển khai bên cạnh hoạt động đào tạo?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả về các loại hình hoạt động này

Giám sát hỗ trợ tăng cường cho tuyến tỉnh, hỗ trợ trong việc đánh giá chất lượng số liệu.

10. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”) bạn sẽ đánh giá như thế nào về công tác Theo dõi và Đánh giá liên quan đến HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	8	✓ 9	10

Từ năm 2011, những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Xây dựng được bức tranh tổng thể về tình hình HIV trên cả nước, đánh giá được hiệu quả các chính sách, chiến lược.
- Nhận định được tình hình nhiễm HIV, có phân tích theo vùng sinh thái và đối tượng nguy cơ cao.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Năng lực cán bộ TD&ĐG tại một số nơi còn hạn chế, luân chuyển cán bộ thường xuyên làm cho nhu cầu đào tạo lại tăng cao.
- Thiếu kinh phí và nguồn lực cho hoạt động TD&ĐG.

PHẦN B

[được theo dõi bởi đại diện từ các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức song phương và các tổ chức LHQ]

I. SỰ THAM GIA CỦA XÃ HỘI DÂN SỰ⁶¹

1. Xã hội dân sự đã đóng góp ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 “Thấp” đến 5 “Cao”) vào việc củng cố cam kết chính trị từ các nhà lãnh đạo cao nhất và vào việc xây dựng chiến lược/chính sách quốc gia?

RẤT KÉM					RẤT TỐT
0	1	2	✓ 3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Những thành tựu đã đạt được:

Có sự gia tăng đáng kể trong cách nhìn nhận của chính phủ về xã hội dân sự từ năm 2010. Các tổ chức xã hội dân sự giờ đây đã được mời tham gia các sự kiện và quá trình lập kế hoạch, cũng như đã nhận được nhiều khích lệ từ phía các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh (PAC) để tham gia vào các chương trình về HIV từ cấp xã/phường đến cấp quận/huyện. Ví dụ, tại thành phố Hồ Chí Minh các tổ chức xã hội dân sự đã được Ủy ban phòng, chống AIDS thành phố mời tham gia tất cả các hội thảo, cũng như được mời tham gia vào ban cố vấn, mạng lưới chăm sóc và hỗ trợ, các chương trình dạy nghề và cho vay.

VNP + tiếp tục thực hiện vai trò vận động chính sách. Số lượng các tổ chức và mạng lưới nam quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ mại dâm và người tiêm chích ma túy đã tăng lên, đặc biệt ở những tỉnh có sự hỗ trợ của Quỹ toàn cầu. Nhận thức tích cực của các nhà lãnh đạo đối với các nhóm này đã được nâng cao, và có sự thay đổi nhận thức rõ rệt từ tệ nạn xã hội sang giải quyết các vấn đề xã hội. Ví dụ, chính phủ đã lắng nghe cộng đồng người tiêm chích ma túy trong việc triển khai Nghị định 94/2010/NĐ-CP và việc tổ chức cai nghiện dựa vào cộng đồng tại cấp xã/phường tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Xã hội dân sự cũng được mời đóng góp ý kiến cho Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS tới 2020 và tầm nhìn năm 2030. Hai cuộc hội thảo tham vấn đã được tổ chức, tạo điều kiện cho các tổ chức xã hội dân sự có thể tham gia đóng góp ý kiến.

VUSTA đã trở thành một thành viên chính thức của Ủy ban quốc gia, và giờ đây có được vị thế tốt hơn trong việc thúc đẩy ý kiến của xã hội dân sự. Diễn đàn xã hội dân sự hợp tác phòng chống AIDS (VCSPA) cũng đã được thành lập vào năm 2007 và góp một tiếng nói mạnh mẽ hơn từ phía xã hội dân sự.

Đã có sự gia tăng trong mức độ tham gia từ phía các tổ chức đại diện cho công nhân, thể hiện qua việc tham dự nhóm công tác kỹ thuật về người di cư và HIV tại nơi làm việc cùng với đại diện của phía Chính phủ, tổ chức xã hội dân sự, doanh nghiệp và các nhà tài trợ. Nhóm công tác kỹ thuật (TWG) về luật cũng đã và đang hoạt động tích cực, tham gia vào các nỗ lực phòng, chống HIV/AIDS, và những nỗ lực của tổ chức này đã được chính phủ công nhận.

Tổ chức xã hội dân sự là những thành viên chính thức trong đoàn đại biểu tham dự Hội nghị cấp cao Liên Hợp Quốc ở New York vào tháng 6-2011.

⁶¹ Xã hội dân sự bao gồm: các mạng lưới và tổ chức của người sống chung với HIV, phụ nữ, thanh niên, các nhóm bị ảnh hưởng chính (nam quan hệ đồng tính, người chuyển giới, mại dâm, người tiêm chích ma túy, dân di cư, người tị nạn/người tái định cư, tù nhân); các tổ chức tôn giáo; các tổ chức cung cấp dịch vụ về AIDS; các tổ chức dựa vào cộng đồng; các tổ chức công nhân, nhân quyền, vv...Chú ý: Khối tư nhân được xem là một phần riêng rẽ.

Những thách thức:

Mặc dù có sự thừa nhận ngày một tăng từ phía chính phủ trong những năm gần đây, mức độ đóng góp từ phía xã hội dân sự ở Việt Nam trong việc đẩy mạnh cam kết chính trị vẫn ở mức thấp so với mức toàn cầu và thiếu sự tham gia thực tế.

Đáng tiếc là những thành tựu được nêu trong báo cáo trước đã không mang tính bền vững, VNP+ vẫn không có một tiếng nói mạnh mẽ trong môi trường chính trị; quy trình hoạt động song song (dual track process) của Vòng 9 Quỹ toàn cầu đã không được áp dụng thành công khi mà xã hội dân sự được đánh giá là không đủ mạnh để đảm nhận vai trò đơn vị nhận tài trợ chính.

Các rào cản pháp lý và việc thiếu ngân sách từ phía chính phủ là những thách thức cho sự hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự ở Việt Nam, và những tổ chức xã hội dân sự nào có hoạt động thì lại thường phụ thuộc vào nguồn tài chính và bảo hộ từ phía cộng đồng tài trợ quốc tế. Các nhà tài trợ giờ đây đang rút dần các nguồn hỗ trợ khi mà Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình. Vì thế, tính bền vững của các tổ chức xã hội dân sự là một vấn đề quan ngại.

Xã hội dân sự cũng còn cần thêm những kỹ năng chiến lược và vận động hành lang để tác động được tới các quá trình và cam kết chính trị.

2. **Các đại diện của Xã hội dân sự đã tham gia ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 “Thấp” đến 5 “Cao”) vào quá trình lập kế hoạch và lên ngân sách cho Kế hoạch chiến lược quốc gia về phòng chống HIV hoặc vào kế hoạch hoạt động gần nhất (Ví dụ: tham dự các cuộc họp về lập kế hoạch và vào quá trình xem xét các dự thảo)?**

THẤP					CAO
0	1	✓ 2	3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Lập kế hoạch:

Một quy trình tham vấn đối với xã hội dân sự trong công tác lập kế hoạch và xây dựng *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030* đã được tiến hành trong năm 2010 và 2011: các tổ chức xã hội dân sự được mời tham dự phiên họp lấy ý kiến lúc ban đầu và trong các cuộc họp của nhóm công tác kỹ thuật để thảo luận các phần cụ thể của báo cáo. Họ cũng được tham dự cuộc hội thảo tham vấn cho bản dự thảo lần 5 của Chiến lược. Tuy nhiên không phải tất cả các vấn đề mà các tổ chức xã hội dân sự nêu ra đều được giải quyết.

VUSTA mới đây cũng đã trở thành thành viên của Ủy ban quốc gia và vì vậy sẽ có cơ hội được tham gia vào công tác lập kế hoạch và nhận được nguồn phân bổ ngân sách quốc gia.

Trong khi việc tham gia vào công tác lập kế hoạch tại một số tỉnh được thực hiện rất tốt thì ở một số tỉnh khác mức độ tham gia còn ít ỏi. Những kế hoạch cấp tỉnh này cũng là nguồn đóng góp cho những kế hoạch quốc gia, vì vậy có thể nói rằng việc đóng góp vào công tác lập kế hoạch ở cấp quốc gia có phần hạn chế.

Kế hoạch ngân sách:

Xã hội dân sự đã không có được sự tham gia một cách thực sự vào quy trình xây dựng kế hoạch ngân sách ở cấp quốc gia. Sự tham gia hạn chế vào công tác xây dựng kế hoạch ngân sách bao gồm sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự vào việc xây dựng kế hoạch ngân sách của Vòng 9 của Quỹ toàn cầu, và được tham khảo ý kiến và cung cấp thông tin về các vấn đề tài chính của dự án ở một số tỉnh.

Cũng cần lưu ý ở đây là quy trình xây dựng kế hoạch ngân sách khiến cho xã hội dân sự khó có thể tham gia vì thường do Bộ Kế hoạch và Đầu tư và Bộ Tài chính thực hiện, và sau đó Quốc hội đưa ra quyết định cuối cùng (đại diện cho tất cả mọi người dân ở Việt Nam).

3. Các dịch vụ do xã hội dân sự cung cấp trong lĩnh vực dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV được thể hiện ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 “Thấp” đến 5 “Cao”) trong:

a. Chiến lược quốc gia phòng chống HIV?

THẤP					CAO
0	1	✓ 2	3	4	5

b. Ngân sách quốc gia cho HIV?

THẤP					CAO
0	✓ 1	2	3	4	5

c. Các báo cáo quốc gia về HIV?

THẤP					CAO
0	1	✓ 2	3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Mặc dù có sự gia tăng trong mức độ đối thoại xung quanh xã hội dân sự, song trên thực tế mức độ tham gia một cách ý nghĩa cũng như tham gia vào các hoạt động lập chiến lược, kế hoạch ngân sách và các báo cáo chưa có nhiều thay đổi.

Chiến lược:

- Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 đã đề cập đến vai trò của xã hội dân sự trong việc cung cấp các dịch vụ, và điều này đang từng bước nhận được sự thừa nhận lớn hơn, mặc dù theo một cách tương đối chung chung, ví dụ như “điều trị và chăm sóc dựa vào cộng đồng”. Một số tổ chức quần chúng, như Hội LH Phụ nữ VN và VUSTA, được xác định là đối tác thực hiện. Các tổ chức xã hội dân sự đã yêu cầu có một phần thêm trong Chiến lược quốc gia nói về vai trò của họ. Hy vọng rằng Chiến lược mới này sẽ được sửa đổi sau khi VUSTA có những đóng góp chính thức. Các tổ chức xã hội dân sự đã yêu cầu có một chương riêng trong Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 quy định về sự tham gia của họ song yêu cầu này chưa nhận được sự phản hồi.

Kế hoạch ngân sách:

Ngân sách nhà nước dành cho chương trình HIV/AIDS đã tăng lên hàng năm, nhưng vẫn không hề có khoản phân bổ trực tiếp nào dành cho các tổ chức xã hội dân sự. Đa số ngân sách cho tổ chức xã hội dân sự được tài trợ bởi các tổ chức quốc tế. Mặc dù chính phủ có thừa nhận vai trò của xã hội dân sự, song vẫn không hề có định nghĩa rõ ràng nào về xã hội dân sự và không có cơ chế rót ngân sách cho những tổ chức không 'tồn tại' một cách chính thức. Vì vậy, rào cản đối với việc đăng ký tư cách pháp nhân là yếu tố quan trọng, cần lưu ý.

Báo cáo:

Chính phủ mới chỉ tập trung báo cáo hoạt động của Chính phủ chứ không phải toàn bộ công tác ứng phó với AIDS nói chung, vì thế các hoạt động của xã hội dân sự vẫn chưa được đề cập đến. Báo cáo 20 năm công tác phòng chống AIDS được công bố năm 2011 không có ví dụ nào về các hoạt động của xã hội dân sự.

Khung giám sát và đánh giá cũng chưa hướng tới xã hội dân sự mà mới chỉ tập trung vào khu vực chính phủ.

4. Xã hội dân sự được tham gia ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 "Thấp" đến 5 "Cao") trong việc Theo dõi và Đánh giá (TD&ĐG) ứng phó với HIV?

a. Xây dựng kế hoạch TD-ĐG quốc gia?

THẤP					CAO
0	1	2	✓3	4	5

b. Tham gia vào Ủy ban TD-&ĐG quốc gia/nhóm công tác phụ trách việc điều phối các hoạt động TD&ĐG?

THẤP					CAO
0	1	✓2	3	4	5

c. Tham gia vào việc sử dụng số liệu để ra quyết định?

THẤP					CAO
0	1	✓2	3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Vẫn chưa có kế hoạch giám sát và đánh giá quốc gia mới được xây dựng trong giai đoạn báo cáo. Dự thảo *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030* đã nêu rõ vai trò của các tổ chức xã hội dân sự tham gia vào công tác giám sát và đánh giá nhưng không quy định rõ cơ chế tham gia. Quá trình lập kế hoạch tuyển tỉnh ít được thực hiện và xã hội dân sự cũng không tham gia vào việc này.

Trong khi các tổ chức phi chính phủ quốc tế tham gia nhiều vào công tác theo dõi và đánh giá cấp địa phương và quốc gia, sự tham gia của các tổ chức phi chính phủ trong nước vào các hoạt động giám sát và đánh giá được giới hạn ở cấp độ cộng đồng mặc dù vai trò của các tổ chức phi chính phủ tại một số tỉnh đang tăng lên. Ví dụ, thành phố Hồ Chí Minh và Hải Phòng có các nhóm khác nhau tham gia vào các quá trình theo dõi đánh giá của tỉnh thành mình. Tuy nhiên, nói chung, TD&ĐG chỉ dừng ở mức các tổ chức xã hội dân sự tự giám sát, ghi sổ sách và báo cáo để bảo vệ các hoạt động của chính mình và theo yêu cầu của nhà tài trợ. Các hoạt động TD&ĐG thuộc dự án do xã hội dân sự thực hiện không thống nhất với hệ thống TD&ĐG cấp quốc gia.

Thêm vào đó, số liệu dự án có được từ hoạt động TD&ĐG do các tổ chức xã hội dân sự thực hiện không phải lúc nào cũng được phục vụ cho việc lập kế hoạch hoặc ra quyết định. Mặc dù các Trung tâm PC AIDS có mối quan hệ với các mạng lưới đồng đẳng và có thể nắm bắt được những quan điểm của họ, song sự tham gia vào công tác sử dụng dữ liệu cho việc ra quyết định còn rất thụ động và không rõ ràng.

Năm 2011, một tổ chức xã hội dân sự (Viện nghiên cứu phát triển xã hội- ISDS) đã tham dự các cuộc họp của Nhóm kỹ thuật Theo dõi và Đánh giá quốc gia và tham gia vào việc giám sát và xây dựng công cụ. Tuy nhiên sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự vào Nhóm kỹ thuật theo dõi và đánh giá quốc gia còn nhiều hạn chế. Nhóm kỹ thuật rất hoan nghênh sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự, song do sự hạn chế về năng lực kỹ thuật trong lĩnh vực giám sát và đánh giá khiến họ khó có thể tham gia nhiều. Vì thế, cần củng cố năng lực của họ và đảm bảo rằng các tổ chức xã hội dân sự ý thức được vai trò của mình và những đóng góp họ có thể mang lại cho các hoạt động TD&ĐG quốc gia.

Các tổ chức phi chính phủ quốc tế đóng một vai trò rất quan trọng trong công tác TD&ĐG, song cần nỗ lực hơn nữa để nâng cao năng lực của các tổ chức xã hội dân sự trong nước trong lĩnh vực TD&ĐG

5. Tính đại diện của khối xã hội dân sự trong các nỗ lực phòng chống HIV được thể hiện ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 “Thấp” đến 5 “Cao”) trong các tổ chức (VD: các tổ chức và mạng lưới của người sống với HIV, người mại dâm, các tổ chức tôn giáo)?

THẤP					CAO
0	1	2	3	✓ 4	5

Nhận xét và ví dụ:

Cấp độ đại diện của các tổ chức xã hội dân sự đã tăng lên và có một số hoạt động xây dựng năng lực thông qua sự hỗ trợ của PEPFAR và Quỹ toàn cầu. Số lượng các tổ chức xã hội dân sự đã tăng lên, đặc biệt là ở Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương, Vũng Tàu, Vĩnh Long, Cần Thơ, Vĩnh Phúc, và sự tham gia của các tôn giáo khác nhau như Phật giáo, Hòa Hảo, Cao Đài, Thiên chúa giáo.

Sự đại diện của người sống với HIV đã và đang được cải thiện vững chắc và mạng lưới quốc gia (VNP+) đang ngày một có tiếng nói và tầm ảnh hưởng. Mặc dù mức độ đại diện của người sống với HIV đã tăng lên, song mức độ đại diện của các nhóm đối tượng khác nhau chưa được cải thiện, và loại hình cũng như các cơ chế hòa nhập tỏ ra thiếu ý nghĩa. Cho đến nay, hầu hết các quần thể có nguy cơ như phụ nữ mại dâm, người sử dụng ma túy vẫn không có sự tham gia một cách thực sự. Đây là những nhóm phải chịu mức độ kỳ thị cao vì bị coi là đã vướng vào “tệ nạn xã hội”. Thêm vào đó, việc đăng ký tư cách pháp nhân và những quy định vẫn đang cản trở sự tham gia có ý nghĩa của những nhóm này.

Mạng lưới nam tình dục đồng giới đang tiếp tục lớn mạnh song sự tham gia có ý nghĩa của nhóm này cũng còn nhiều hạn chế.

6. Xã hội dân sự có thể tiếp cận ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 “Thấp” đến 5 “Cao”) với:

a. Hỗ trợ tài chính cần thiết để thực hiện các hoạt động phòng chống HIV?

THẤP					CAO
0	1	2	✓ 3	4	5

b. Hỗ trợ kỹ thuật cần thiết để thực hiện các hoạt động phòng chống HIV?

THẤP					CAO
0	1	2	✓ 3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Hỗ trợ tài chính:

Phần lớn các hỗ trợ tài chính là từ các nhà tài trợ như PEPFAR, Quỹ toàn cầu và WB/DfID. Tuy nhiên kinh phí từ các nhà tài trợ quốc tế đang giảm dần, càng làm cho việc tiếp cận với nguồn tài chính của các tổ chức xã hội dân sự khó khăn hơn.

Vẫn không có sự phân bổ các nguồn ngân sách chính phủ cho xã hội dân sự vì luật ngân sách không cho phép điều này. Các rào cản hành chính đối với việc tiếp cận nguồn ngân sách dành cho các nhóm tự lực và tổ chức xã hội dân sự là rất lớn khi mà nhiều nhóm gặp khó khăn khi tuân thủ những yêu cầu để được đăng ký tư cách pháp nhân hợp pháp. Một số tổ chức xã hội dân sự đã nhận được khoản ngân sách nhỏ từ Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh để tổ chức các sự kiện, nhưng chỉ là tùy theo từng trường hợp (như trong Ngày thế giới phòng chống AIDS – World AIDS day).

Khu vực tư nhân mới chỉ tham gia rất ít, và cần có thêm những nỗ lực trong việc khuyến khích khu vực tư nhân cung cấp kinh phí và các nguồn lực khác. Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VCCI) sẵn sàng tham gia, và Nghị định 122/2011/NĐ-CP đề cập đến việc miễn thuế cho các doanh nghiệp thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, song lại chưa có hướng dẫn thực hiện Nghị định.

Hỗ trợ kỹ thuật:

Vẫn chưa có cơ chế nâng cao năng lực kỹ thuật của các tổ chức phi chính phủ trong nước. Hỗ trợ kỹ thuật cho việc nâng cao năng lực tổ chức là rất hạn chế, và do các tổ chức phi chính phủ quốc tế dành cho một số tổ chức phi chính phủ Việt Nam được lựa chọn.

Sự hỗ trợ kỹ thuật cũng giảm đi cùng với sự suy giảm tổng thể trong nguồn ngân quỹ quốc tế.

7. Khoảng bao nhiêu phần trăm các chương trình/dịch vụ dưới đây là do Xã hội dân sự thực hiện?

Dự phòng cho các nhóm đích chính				
Người sống với HIV	<25%	✓ 25-50%	51-75%	>75%
Nam quan hệ tình dục đồng giới	<25%	25-50%	✓ 51-75%	>75%
Người tiêm chích ma túy	✓ <25%	25-50%	51-75%	>75%
Người mại dâm	✓ <25%	25-50%	51-75%	>75%
Người chuyển giới	<25%	✓ 25-50%	51-75%	>75%

Xét nghiệm và tư vấn	✓ <25%	25-50%	51-75%	>75%
Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	<25%	25-50%	✓ 51-75%	>75%
Các dịch vụ lâm sàng (ART/OI)*	✓ <25%	25-50%	51-75%	>75%
Chăm sóc tại nhà	<25%	25-50%	✓ 51-75%	>75%
Các chương trình OVC**	<25%	✓ 25-50%	51-75%	>75%

*ART = Liệu pháp kháng vi-rút; OI=Nhiễm trùng cơ hội

**OVC = Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương

8. Nhìn chung, với thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực nhằm tăng cường sự tham gia của xã hội dân sự trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓8	9	10

Từ năm 2009, đã có những thành tựu quan trọng nào trong lĩnh vực này:

- Các cơ quan chính phủ đã có sự thừa nhận rõ ràng hơn đối với các tổ chức xã hội dân sự trong lĩnh vực ứng phó với HIV. Xã hội dân sự cũng có tiếng nói mạnh mẽ hơn, thể hiện qua việc họ được mời tham vấn cho *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030*.
- Có sự mở rộng các mạng lưới và độ bao phủ, đặc biệt là mạng lưới người sống với HIV (số thành viên của VNP+ đã tăng từ 70 lên tới 150) và mạng lưới của người TCMT, PNMD, và nam tình dục đồng giới. Ngoài ra đã có một mạng lưới mới của những bạn tình của những người TCMT, và các nhóm hoạt động của người nam quan hệ tình dục đồng giới tiếp tục tăng lên. Nỗ lực nhằm nâng cao mức độ tham gia của phụ nữ mại dâm đã gia tăng. Năng lực và mức độ kết nối của các nhóm này đã được cải thiện.
- VUSTA là thành viên thứ 28 của Ủy ban quốc gia và đại diện cho ý kiến của xã hội dân sự.
- Việc triển khai cấu phần về xã hội dân sự ở Quỹ toàn cầu vòng 9.
- Có sự tham gia của tổ chức xã hội dân sự trong đoàn đại biểu cấp cao tham gia vào Hội nghị cấp cao Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS ở New York vào tháng 6/2011.
- Có nhiều tổ chức xã hội dân sự có tư cách pháp nhân hơn, và một số lượng nhỏ nhưng đang tăng dần các tổ chức phi chính phủ địa phương cho thấy sự gia tăng về năng lực trong lĩnh vực xúc tiến chính sách quốc gia, lãnh đạo chuyên môn và thực hiện.
- Sự thừa nhận và/hoặc sự phân bổ nguồn lực mà các cơ quan quản lý và cơ quan hữu trách trong lĩnh vực phòng chống AIDS dành cho các nhóm tự lực ở một số tỉnh đã tăng lên.
- Những nỗ lực to lớn để tăng cường sự tham gia của xã hội dân sự và cộng đồng quốc tế.

Còn tồn tại những khó khăn thách thức gì trong lĩnh vực này:

- Mặc dù có những tiến bộ nhất định, song vẫn chưa có sự thay đổi đáng kể so với giai đoạn báo cáo trước, và những thách thức cũng như hạn chế vẫn còn tồn tại và xã hội dân sự vẫn thông thể tham gia một cách có ý nghĩa:
- Vẫn không có sự phân bổ ngân sách mà chính phủ dành cho các tổ chức xã hội dân sự, và chính phủ vẫn chưa nhìn nhận xã hội dân sự là một đối tác trong việc lập kế hoạch, lên ngân sách hoặc thực hiện các hoạt động trong lĩnh vực HIV.
 - Mạng lưới xã hội dân sự đang tăng lên về số lượng nhưng chưa đa dạng, vẫn thiếu sự tham gia của các nhóm chịu ảnh hưởng chính, đặc biệt là người tiêm chích ma túy và người làm nghề mại dâm, cùng các nhóm dễ bị tổn thương khác bao gồm người tàn tật, người vùng sâu vùng xa. Các tổ chức xã hội dân sự vẫn thiếu một tiếng nói chung và các chiến lược vận động chính sách.

- Khung pháp lý hiện hành và những khó khăn trong việc đăng ký hợp pháp là những rào cản quan trọng đối với sự tham gia của xã hội dân sự. Hơn nữa, tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử khá phổ biến cũng hạn chế sự tham gia của những người nam quan hệ đồng giới, tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm vào công tác ứng phó quốc gia và ngăn trở họ thành lập tổ chức của riêng họ.
- Năng lực của các tổ chức xã hội dân sự trong lĩnh vực phát triển tổ chức, quản lý tài chính và quản lý chương trình, cũng như trong lĩnh vực theo dõi và đánh giá, cần phải được nâng cao.
- Đa số sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật dành cho xã hội dân sự đến từ các nhà tài trợ quốc tế. Đây là một vấn đề đáng lưu ý khi các nhà tài trợ giảm bớt hỗ trợ của họ.

Một điều quan trọng cần nêu là sự thiếu rõ ràng trong việc định nghĩa về xã hội dân sự tại Việt Nam. Chính phủ coi các tổ chức quần chúng (như Hội Liên Hiệp Phụ Nữ và Trung ương đoàn TNCSHCM) là đại diện của xã hội dân sự, nhưng các tổ chức này không hoàn toàn tách khỏi chính phủ và vì thế không thực sự đại diện cho xã hội dân sự.

II. HỖ TRỢ VỀ CHÍNH TRỊ VÀ CÔNG TÁC LÃNH ĐẠO

1. **Thông qua các hỗ trợ về chính trị và tài chính, Chính phủ có huy động sự tham gia của người sống với HIV, các nhóm quần thể và/hoặc các nhóm thiểu số dễ bị tổn thương vào công cuộc xây dựng chính sách và thực thi chương trình về HIV của Chính phủ không?**

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả một số ví dụ về khi nào và như thế nào sự huy động này diễn ra:

- Trong năm 2010- 2011, các tổ chức xã hội dân sự đã tham gia vào việc đóng góp ý kiến và xây dựng:
- Tài liệu hướng dẫn về sức khỏe sinh sản và tình dục cho người sống với HIV
 - Nghị định 69/2011/NĐ-CP về xử phạt hành chính
 - Nghị định 61/2011/NĐ-CP về các cơ sở điều trị y tế
 - Dự thảo Nghị định về Liệu pháp điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện quy định các điều kiện của người được tham gia và cung cấp MMT
 - Hướng dẫn về Điều trị thay thế bằng Methadone và Hướng dẫn thi hành, được phê duyệt qua Quyết định 3140/QĐ-BYT.
 - Nghị định 122/2011/NĐ-CP về thuế thu nhập doanh nghiệp
 - Nghị định 13/2010/NĐ-CP về bảo trợ xã hội cho trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV và người có hoàn cảnh khó khăn.

Tuy nhiên, việc hoạch định vẫn đi theo quy trình từ trên xuống dưới và còn chưa bám sát thực tiễn ở Việt Nam. Mức độ huy động từ phía chính phủ chỉ giới hạn ở từng trường hợp, thụ động, ngắt quãng và không chính thức. Vẫn thiếu những cơ hội dành cho việc đối thoại, trao đổi công khai với những cơ quan chính phủ hữu quan, và các nhà chức trách vẫn có thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sống với HIV và các nhóm dễ bị tổn thương. Cũng có một mức độ tham gia hạn chế của người sống với HIV vào các quy trình tư vấn trong việc xây dựng chiến lược và chính sách, mặc dù sự tham gia này thường được khởi xướng (và luôn được tài trợ) bởi các nhà tài trợ quốc tế, và việc lựa chọn những đại biểu để đại diện cho những người sống với HIV tại Ban chỉ đạo thường không tuân theo một quy trình chỉ định công bằng. Ở các địa phương, các cơ quan giờ đây bắt đầu khuyến khích các mạng lưới nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia vào công tác thiết kế chương trình.

Sự tham gia thực hiện chương trình chính phủ của những người sống với HIV còn hạn chế, thường chỉ thể hiện ở cấp tỉnh và cấp huyện.

III. NHÂN QUYỀN

- 1.1. Nước bạn có bộ luật hoặc quy định nào về chống phân biệt đối xử, trong đó bảo vệ các nhóm quần thể chính và các tiểu quần thể dễ bị tổn thương không? Đánh dấu “Có” nếu chính sách đó đề cập đến một trong các nhóm quần thể dưới đây:**

CÁC NHÓM QUẦN THỂ CHÍNH và CÁC NHÓM TIỂU QUẦN THỂ DỄ BỊ TỔN THƯƠNG		
Người sống với HIV	✓ Có	Không
Nam tình dục đồng giới	Có	✓ Không
Người di cư/nhóm dân di biến động	✓ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương	✓ Có	Không
Người tàn tật	✓ Có	Không
Người tiêm chích ma túy	Có	✓ Không
Phạm nhân	Có	✓ Không
Người hoạt động mại dâm	Có	✓ Không
Người chuyển giới	Có	✓ Không
Phụ nữ và trẻ em gái	✓ Có	Không
Nam/nữ thanh niên	✓ Có	Không
Các nhóm tiểu quần thể dễ bị tổn thương khác [nêu rõ]:	Có	Không
Bạn tình của người tiêm chích ma túy/MSM/người sống với HIV	Có	✓ Không

- 1.2. Nước bạn có bộ luật chung nào về chống phân biệt đối xử không? (“chung” nghĩa là không chỉ đề cập riêng về phân biệt đối xử với HIV)**

☒ Có ☐ Không

NẾU câu trả lời là CÓ với câu hỏi 1.1 hoặc 1.2, hãy mô tả ngắn gọn nội dung của những luật này:

Trong Hiến pháp nước Cộng hòa XHCN Việt Nam năm 1992, sửa đổi năm 2001, chương về quyền và nghĩa vụ của công dân có điều khoản quy định rằng mọi công dân đều có quyền bình đẳng mà không có sự phân biệt đối xử.

Việc không phân biệt đối xử cũng được quy định trong các văn bản chính sách sau đây:

- Nghị định 108/2008: cho phép thực hiện các hoạt động can thiệp giảm tác hại bao gồm cung cấp bơm kim tiêm, bao cao su và điều trị thay thế nghiện thuốc phiện. Các nhóm quần thể sau đây là đối tượng thụ hưởng can thiệp theo Nghị định: người hoạt động mại dâm và khách hàng, người sử dụng ma túy, người sống với HIV, người đồng tính, dân di cư và di biến động, bạn tình của tất cả những quần thể này.
- Luật về người khuyết tật số 51/2010/QH12 - Điều 14: cấm các hoạt động trong đó có hoạt động kỳ thị và phân biệt đối xử chống lại người khuyết tật
- Trong Luật lao động, tất cả mọi người đều có quyền được làm việc, được chọn lựa một công việc, nghề nghiệp và khóa đào tạo nghề mà không bị phân biệt đối xử về giới tính, chủng tộc, địa vị xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo.

- Những điều luật về bạo lực gia đình cấm các hành động bạo lực gia đình dưới mọi hình thức, bảo vệ và hỗ trợ cho các nạn nhân.
- Điều 4, Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em số 25/2004/QH11, quy định trẻ em được bảo vệ, chăm sóc, giáo dục và được hưởng các quyền theo luật, bất kể giới tính, tính hợp pháp, được nhận nuôi hay không, chủng tộc, tín ngưỡng, tôn giáo, địa vị xã hội, hoặc ý kiến của cha mẹ hoặc người giám hộ.
- Nghị định 69/2011/NĐ-CP bổ sung cho Nghị định 45/2005/NĐ-CP, quy định các biện pháp xử phạt hành chính những người phân biệt đối xử với người sống với HIV hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV tại trường học, nơi làm việc và các cơ sở y tế.
- Luật bình đẳng giới số 73/2006/QH11 - điều 10 - ngày 29/11/2006 của kỳ họp thứ 10 Quốc hội khóa 11: nghiêm cấm các hoạt động bao gồm việc phân biệt đối xử liên quan đến giới tính trong mọi hoàn cảnh.
- Theo Luật bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của người dân năm 1989, người dân có quyền được chăm sóc sức khỏe khi đau ốm. Trong trường hợp khẩn cấp, người dân được quyền tìm đến bất cứ một cơ sở y tế nào và mọi cơ sở y tế đều phải tiếp nhận bệnh nhân và điều trị cho bệnh nhân trong mọi trường hợp.
- Nghị định 96/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về những quy định đối với quyền của phạm nhân được điều trị HIV.

Luật chống kỳ thị phân biệt đối xử với một số quần thể vẫn còn một số kẽ hở cần ghi nhận. Có những quy định về việc phòng chống HIV dành cho các nhóm đối tượng di biến động, đặc biệt là các nhóm công nhân di biến động được các doanh nghiệp tuyển dụng. Tuy nhiên, không hề có quy định nào về việc chống phân biệt đối xử và bảo vệ những nhóm đối tượng di biến động là lao động tự do không được bất cứ doanh nghiệp nào tuyển dụng. Người chuyển giới là một thuật ngữ không được nêu trong bất kỳ quy định nào, và không hề có bất kỳ chính sách nào liên quan đến việc bảo vệ người chuyển giới.

Giải thích ngắn gọn các cơ chế hiện hành nào đang được vận dụng để đảm bảo các luật này được thực thi:

Luật được thực thi sau khi Chính phủ ban hành một Nghị định và Bộ ban hành các quy chế. Tuy nhiên, Chính phủ thường chậm trễ trong việc ban hành luật và nghị định, thường phải mất từ 6 tháng tới 1 năm.

Ví dụ, Nghị định 108/2008 đề cập đến các biện pháp can thiệp dành cho nam tình dục đồng giới và các biện pháp giảm tác hại cho người TCMT, như việc phân phát bơm kim tiêm. Tuy nhiên, việc thực thi Nghị định này đã bị hạn chế ở một số tỉnh hay một số ngành (chẳng hạn như: ngành công an), và mức độ biến động tùy thuộc vào cấp độ ngân sách. Có tình trạng nhận thức hạn chế về Nghị định 69/2011/NĐ-CP (về xử phạt hành chính với người phân biệt đối xử người sống với HIV) trong dân cấp xã phường, hoặc cơ sở y tế và doanh nghiệp, khiến nghị định không được thực hiện hiệu quả.

Rất khó thực thi Nghị định 13/2010/NĐ-CP do những đòi hỏi qui trình giấy tờ quan liêu và sự thay đổi trong cách định nghĩa về người nghèo.

Những cơ chế nhằm bảo đảm việc thực hiện các luật lại khác nhau theo mỗi nhóm. Nói chung, người sống với HIV/AIDS được hưởng đầy đủ lợi ích của luật, và nhóm phụ nữ, trẻ em và đặc biệt là trẻ mồ côi cũng vậy. Tuy nhiên, nhóm phạm nhân không phải lúc nào cũng đủ điều kiện hưởng dịch vụ (điều trị kịp thời và thích hợp), và bất kỳ ai bị xếp vào diện “tệ nạn xã hội” (như phụ nữ mại dâm và người sử dụng ma túy) thường bị phân biệt đối xử.

Không hề có cơ chế nào tạo điều kiện cho tổ chức xã hội dân sự tham gia vào việc giám sát và đánh giá nhằm bảo đảm luật được thực thi thỏa đáng.

Nhận xét ngắn gọn về mức độ thực thi của luật:

Có sự chậm trễ trong việc ban hành nghị định và phổ biến luật cho các cơ quan thực thi luật và công chúng. Nhận thức chung của các cơ quan thực thi luật về những luật liên quan và cơ chế thực thi luật còn hạn chế với đại đa số những vấn đề liên quan đến chế tài luật không được coi trọng.

Những cơ chế tổng thể cho việc giám sát thực thi luật còn yếu với phần lớn vấn đề liên quan đến việc thừa nhận luật còn chưa được nghiêm túc, và cơ chế tổng thể giám sát việc thực thi luật còn yếu.

2. Nước bạn có luật, quy định, hay chính sách nào gây cản trở⁶² đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ hiệu quả cho các nhóm quần thể chính và các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☒ Có ☐ Không

2.1. NẾU CÓ, cho nhóm nào?

CÁC NHÓM ĐÍCH CHÍNH và CÁC NHÓM DỄ BỊ TỔN THƯƠNG		
Người sống với HIV	Có	✓ Không
Nam tình dục đồng giới	Có	✓ Không
Người di cư/nhóm dân di biến động	✓ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương	Có	✓ Không
Người tàn tật	Có	✓ Không
Người tiêm chích ma túy	✓ Có	Không
Phạm nhân	✓ Có	Không
Người hoạt động mại dâm	✓ Có	Không
Người chuyển giới	Có	✓ Không
Phụ nữ và trẻ em gái	Có	✓ Không
Nam/nữ thanh niên	Có	✓ Không
Các nhóm tiểu quần thể dễ bị tổn thương khác ⁶³ [nêu rõ]:	Có	✓ Không

⁶² Các chính sách hoặc bộ luật không nhất thiết phải đề cập riêng về HIV. Chúng có thể là những chính sách, bộ luật, hoặc quy định có thể gây cản trở hoặc gây khó khăn cho những người muốn tiếp cận các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Các ví dụ dẫn từ các báo cáo quốc gia trước đó cho thấy các luật này có thể là: "luật hình sự hóa mối quan hệ đồng giới", "luật hình sự hóa việc mang theo bao cao su hoặc chất gây nghiện", "luật cấm nhập khẩu các loại thuốc liên quan đến giới", "các chính sách cấm phân phát hoặc sở hữu bao cao su trong tù", "chính sách cấm những người bị tước quyền công dân không được tiếp cận ART", "hình sự hóa việc lây truyền và phơi nhiễm với HIV", "luật/quyền được thừa kế của phụ nữ", "luật cấm cung cấp thông tin và dịch vụ về tình dục và sức khỏe sinh sản cho thanh niên", vv...

⁶³ Các nhóm dễ bị tổn thương ngoài các nhóm nêu trên, được các quốc gia xác định có nguy cơ nhiễm HIV cao ((theo thứ tự chữ cái): người lương tính, khách làng chơi, dân bản địa, di dân nội địa, đồng tính nữ, phạm nhân, người tị nạn) như thay đổi ở trên nêu bạn đồng ý.

Mô tả ngắn gọn nội dung của những luật, quy định hoặc chính sách này:

Vẫn còn tình trạng thiếu nhất quán giữa các biện pháp của ngành công an nhằm kiểm soát việc sử dụng ma túy và hoạt động mại dâm và những biện pháp y tế công cộng hướng tới những nhóm đối tượng tham gia vào các hoạt động này.

- Mặc dù Luật phòng, chống ma túy số 16/2008/QH12 đã được sửa đổi và đưa việc sử dụng ma túy ra khỏi diện tội phạm hình sự, theo Pháp lệnh về xử lý vi phạm hành chính số 44/2002/PL-UBTVQH10 việc sử dụng ma túy vẫn được coi là hành vi vi phạm hành chính và có thể bị đưa vào quản chế hành chính lên tới hai năm tại các Trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội.
- Mặc dù việc sửa đổi Luật phòng, chống ma túy có cải thiện mức độ nhất quán chung với Luật phòng, chống HIV/AIDS, song vẫn tồn tại một số mâu thuẫn. Theo Nghị định 94/2010/NĐ-CP, hướng dẫn việc thi hành Luật phòng, chống ma túy, người sử dụng ma túy bắt buộc phải chịu thêm một giai đoạn “quản chế sau cai” trong thời gian từ một đến hai năm. Đây là giai đoạn sau khi người nghiện đã hoàn thành việc cai nghiện bắt buộc ở các trung tâm 06 trong một giai đoạn lên tới hai năm. Do khả năng tiếp cận hạn chế với các dịch vụ điều trị HIV trong đó có việc điều trị tại các trung tâm 06, đây là một rào cản đối với người tiêm chích ma túy trong việc tiếp cận với dịch vụ HIV về dự phòng, điều trị, chăm sóc và các dịch vụ hỗ trợ.
- Pháp lệnh phòng chống mại dâm năm 2003 nghiêm cấm việc “lợi dụng việc kinh doanh dịch vụ để hoạt động mại dâm” và “tổ chức và bảo kê hoạt động mại dâm”. Bất kỳ ai tham gia vào hoạt động mại dâm đều phải chịu hình thức giam giữ hành chính tại các trung tâm 05. Do khả năng tiếp cận hạn chế với các dịch vụ điều trị HIV trong đó có việc điều trị tại các trung tâm 05, đây là một rào cản đối với PNMD trong việc tiếp cận với dịch vụ phòng chống HIV, điều trị, chăm sóc và các dịch vụ hỗ trợ. Tuy nhiên dự thảo sửa đổi Luật sẽ không cho phép việc đưa PNMD vào các trung tâm 05 mà không xét xử.
- Quyết định 96/2007/QĐ-TTg quy định về việc tiến hành công tác dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc trong các cơ sở cải tạo và các trung tâm 05/06. Tuy nhiên, theo Nghị định 108/2007/NĐ-CP, việc tiến hành điều trị thay thế ma túy tại các trung tâm này là không được phép. Hiện tại, việc điều trị thuốc kháng retro-virus (ARV) không được tiến hành trong bất kỳ trại giam nào, và chỉ có một số ít trại giam có áp dụng dịch vụ điều trị lao phổi.
- Vì việc thường trú tại một quận/huyện nào đó có trung tâm điều trị là một trong những tiêu chí để được xét vào diện hưởng chương trình điều trị duy trì thí điểm quốc gia bằng methadone, nên những người di cư và không có hộ khẩu thường trú thường khó được tiếp cận với những dịch vụ này.

Điều luật về giữ bí mật tình trạng nhiễm HIV mâu thuẫn với điều luật ở các ngành khác, ví dụ như điều luật về việc phải mang chứng minh thư, gây trở ngại cho việc tiếp cận dịch vụ.

Nhận xét vắn tắt về mức độ cản trở:

- Theo các văn bản pháp lý hiện hành thì ma túy và mại dâm vẫn bị coi là tệ nạn xã hội. Sự kỳ thị và phân biệt đi kèm theo đó gây cản trở người sử dụng ma túy và hoạt động mại dâm trong việc tiếp cận với dịch vụ điều trị nghiện ma túy, giảm tác hại và các dịch vụ xã hội khác. Việc lo sợ bị giam giữ nếu tiết lộ danh tính cũng là một trở ngại.
- Việc tiếp cận với dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc (đặc biệt là các biện pháp can thiệp giảm nhẹ tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và việc điều trị thay thế ma túy) hầu như không có trong các trại giam. Năm 2011, ART đã được cung cấp trong các trung tâm 05/06 tại 29 tỉnh trong khuôn khổ dự án Quỹ toàn cầu do Bộ LĐ- TB-XH thực hiện. Dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện và các dịch vụ thông tin, giáo dục và truyền thông cũng đang được cung cấp tại các trung tâm 05/06 ở 31 tỉnh thông qua dự án của Quỹ toàn cầu và HAARP.
- Người di cư và các quần thể biến động tiếp tục gặp khó khăn trong việc tiếp cận với dịch vụ điều trị và chăm sóc do đặc điểm biến động của họ, số giờ làm việc dài, địa điểm làm việc và việc thiếu giấy tờ thường trú chính thức. Mặc dù đây không phải là chính sách chính thức, song đã có những báo cáo của người sống với HIV về việc phải xuất trình chứng minh nhân dân và sổ hộ khẩu trước

khí được tiếp cận với dịch vụ điều trị và nhiều người sống với HIV vẫn lầm tưởng đây là một chính sách chính thức. Ngoài ra, ngân sách và các dịch vụ cấp tỉnh/thành được hoạch định theo hướng sử dụng cơ chế sổ hộ khẩu. Vì vậy, người di cư và các nhóm quần thể biến động thường không được đưa vào các kế hoạch về HIV của địa phương và/hoặc có thể cần phải trả thêm nhiều tiền để được hưởng dịch vụ.

- Nghị định 67/2007 ND-CP yêu cầu tiết lộ tình trạng phơi nhiễm vì mục đích an ninh xã hội, nghĩa là không thể tiếp cận với các dịch vụ và trợ cấp xã hội nếu không tiết lộ tình trạng phơi nhiễm HIV. Kỳ thị và phân biệt đối xử gây trở ngại với người sống với HIV trong việc tiếp nhận hỗ trợ xã hội.
- Mặc dù việc mang bơm kim tiêm và bao cao su không phải là hành động bất hợp pháp, song ở một số tỉnh, các nhà chức trách địa phương vẫn coi đây là việc làm bất hợp pháp.
- Việc giữ bí mật và bảo đảm giữ kín thông tin cá nhân của trẻ em phơi nhiễm HIV bị ngăn trở do việc thực hiện những chính sách hỗ trợ cho trẻ em nhiễm HIV tại cộng đồng.
- Việc thiếu các điều luật cũng có thể là một rào cản – ví dụ, không hề có quyền về việc làm dành cho nam tình dục đồng giới, vì vậy nếu tiết lộ tình trạng của mình, họ có nguy cơ bị sa thải. Thêm vào đó, cũng không có luật nào để cập đến người đồng tính nữ và người chuyển giới.

3. Nước bạn có chính sách, bộ luật hoặc quy định nhằm làm giảm tình trạng bạo lực với phụ nữ, bao gồm nạn nhân của việc bị hãm hiếp hoặc phụ nữ sống với HIV không?

☒ Có ☐ Không

Mô tả ngắn gọn nội dung của chính sách, bộ luật hoặc quy định và nhóm quần thể được nói đến.

Luật chống bạo hành gia đình và ủng hộ bình đẳng giới có những điều khoản chung về bạo hành gia đình và bạo hành tình dục.

Luật chống buôn người trái phép năm 2011 – và những quy định về ngăn ngừa hoạt động buôn người xuyên biên giới nhấn mạnh đến việc bảo vệ những phụ nữ nhiễm HIV.

Tuy nhiên, phụ nữ thuộc các nhóm dễ bị tổn thương thường không được đối xử bình đẳng và chế tài dành cho các nhóm người bị thiệt thòi thường không bình đẳng với các nhóm khác. Không có một điều khoản cụ thể nào nhấn mạnh đến những phụ nữ nhiễm HIV và phụ nữ hoạt động mại dâm.

4. Việc vận động và bảo vệ về nhân quyền có được đề cập rõ ràng trong chính sách hoặc chiến lược về HIV nào không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả tất cả các quyền con người được đề cập như thế nào trong chính sách hoặc chiến lược về HIV này:

Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 đã đề cập rõ ràng rằng quyền con người cần được bảo đảm; cần đấu tranh loại bỏ tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử; trách nhiệm của gia đình và xã hội trong việc chăm sóc người sống với HIV cần tăng lên; cần đảm bảo bình đẳng trong điều trị và chăm sóc người sống với HIV; đảm bảo bình đẳng giới; chăm sóc trẻ em và các nhóm dễ bị tổn thương cũng như các nhóm dân tộc thiểu số và người sống tại các vùng xa xôi hẻo lánh.

Theo điều 4 của Luật phòng chống HIV, người sống với HIV có quyền sống trong cộng đồng và xã hội, được điều trị y tế, chăm sóc, học hành và làm việc; được giữ bí mật tình trạng HIV; được từ chối xét nghiệm y tế và điều trị cho bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối và các quyền khác quy định trong Luật phòng chống HIV và các luật có liên quan khác.

5. Có cơ chế nào ghi nhận và giải quyết các trường hợp bị phân biệt đối xử mà người sống với HIV, các nhóm quần thể chính và các nhóm dễ bị tổn thương khác gặp phải không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, hãy mô tả vắn tắt cơ chế này:

- Nghị định 07/2007/NĐ-CP có hướng dẫn về thực thi luật hỗ trợ pháp lý, điều 3 nhấn mạnh rằng người sống với HIV có đủ điều kiện được hưởng dịch vụ hỗ trợ hợp pháp miễn phí.
- Theo Nghị định 96/2011/NĐ-CP về các biện pháp xử phạt hành chính đối với việc vi phạm trong lĩnh vực y tế, các hình phạt có thể được áp dụng nếu có sự vi phạm đối với những quy định trong Luật phòng, chống HIV/AIDS.
- Có năm trung tâm hỗ trợ pháp lý cung cấp dịch vụ hỗ trợ pháp lý miễn phí hoặc giá rẻ cho những người sống với HIV, những người mà quyền của họ đã bị vi phạm theo Luật phòng chống HIV. Ngoài ra, một số trung tâm hỗ trợ pháp lý của Sở tư pháp cũng thực hiện dịch vụ hỗ trợ pháp lý cho nhóm người này. Có một chính sách đã nói rằng Sở tư pháp sẽ hỗ trợ miễn phí tại một số tỉnh mà người sống với HIV là đối tượng nhận trợ giúp về pháp lý.
- Ngày càng có nhiều nỗ lực nhằm nâng cao nhận thức của người sống với HIV về quyền của họ trong giai đoạn báo cáo.

6. Nước bạn có chính sách hoặc chiến lược miễn phí cho các dịch vụ sau không? Chỉ rõ các dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho tất cả mọi người, cho một số người hoặc không miễn phí (khoanh tròn đáp án “có” hoặc “không”).

	Cung cấp miễn phí cho toàn dân		Cung cấp miễn phí cho một số người trong nước		Có cung cấp nhưng phải trả phí	
	Có	Không	✓ Có	Không	Có	Không
Điều trị kháng vi-rút	Có	Không	✓ Có	Không	Có	Không
Các dịch vụ dự phòng HIV ⁶⁴	Có	Không	✓ Có	Không	Có	Không
Can thiệp về chăm sóc và hỗ trợ HIV	Có	Không	✓ Có	Không	Có	Không

Tùy từng trường hợp áp dụng, nhóm dân nào được xác định cần được ưu tiên và cho dịch vụ nào?

Luật HIV quy định rằng nhà nước cần cung cấp ART miễn phí cho những đối tượng sau: “người bị phơi nhiễm hoặc nhiễm HIV do nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do điều trị y tế, phụ nữ mang thai nhiễm HIV và trẻ em nhiễm HIV dưới 6 tuổi sẽ được nhà nước cung cấp thuốc ARV miễn phí”. Luật cũng nói rằng ART của Chính phủ và nhà tài trợ cần được ưu tiên cung cấp cho những người này khi họ cùng điều trị với những người sống với HIV khác. Điều này có nghĩa rằng một số người sống với HIV vẫn phải trả cho chi phí điều trị.

Hiện tại, hầu hết ngân sách để mua thuốc điều trị ARV là từ nước ngoài, nên khi các tổ chức quốc tế từng bước rút bớt sự hỗ trợ của họ đặt ra một mối ngại rằng việc tiếp cận thuốc men và các dịch vụ khác sẽ không còn được miễn phí nữa.

⁶⁴ Như an toàn truyền máu, quảng bá bao cao su, giảm tác hại cho người tiêm chích ma túy, dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài nhà trường, dự phòng HIV tại nơi làm việc, tư vấn và xét nghiệm HIV, TT-GD-TT về giảm nguy cơ, về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, dự phòng cho người sống với HIV, các dịch vụ sức khỏe sinh sản bao gồm dự phòng và điều trị các nhiễm trùng qua đường tình dục, giảm nguy cơ cho bạn tình của ba nhóm có nguy cơ cao nêu trên, giảm nguy cơ cho nam tình dục đồng giới, cho người hoạt động mại dâm, giáo dục về HIV trong nhà trường cho học sinh sinh viên, các quy tắc thường quy tại các cơ sở y tế.

7. Nước bạn có chính sách hoặc chiến lược để đảm bảo quyền tiếp cận bình đẳng cho phụ nữ và nam giới đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV không?

☒ Có ☐ Không

7.1. Đặc biệt, nước bạn có chính sách hoặc chiến lược để đảm bảo việc tiếp cận với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV cho phụ nữ ngoài những lúc mang thai và sinh nở không?

☒ Có ☐ Không

8. Nước bạn có chính sách hoặc chiến lược để đảm bảo quyền tiếp cận bình đẳng tới dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV cho các nhóm quần thể chính và/hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn nội dung của chính sách, bộ luật hoặc quy định và nhóm quần thể được nói đến:

Luật phòng chống HIV quy định quyền tiếp cận bình đẳng đối với các dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc dành cho mọi quần thể đối tượng cần tới những dịch vụ này, bất kể địa vị kinh tế - xã hội của họ là như thế nào.

8.1. NẾU CÓ, chính sách/chiến lược này có đưa ra các cách thức thực hiện khác nhau để đảm bảo tiếp cận bình đẳng đến các dịch vụ cho các nhóm quần thể chính và/hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, giải thích ngắn gọn các cách thức thực hiện để đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng cho các nhóm quần thể khác nhau:

Theo Luật phòng chống HIV, các nhóm có nguy cơ cao hơn được ưu tiên xét duyệt trong việc tiếp cận với dịch vụ thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC) về phòng chống HIV (Điều 11); và các biện pháp can thiệp giảm nhẹ tác hại (Điều 21).

Tuy nhiên, Luật phòng chống HIV không quy định rõ các biện pháp tiếp cận mục tiêu dành cho những quần thể chính có nguy cơ cao hơn: nam tình dục đồng giới, nữ tiêm chích ma túy, tù nhân, những người bị giam giữ hành chính, người di cư và dân cư biển động.

Tám Chương trình hành động (POA) cung cấp hướng dẫn về nhu cầu của những quần thể chủ chốt có nguy cơ cao hơn. Ví dụ, POA về giảm nhẹ tác hại cung cấp hướng dẫn cụ thể cho người tiêm chích ma túy, người bán dâm và người bị giam giữ trong các trung tâm 05/06. Nghị định 108 yêu cầu cung cấp các dịch vụ giảm nhẹ tác hại cho tất cả các nhóm có nguy cơ cao hơn.

Quyết định 96/2007/QĐ-TTg về việc hỗ trợ cho người nhiễm HIV trong các trại giam và trại tạm giam được tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc trong những môi trường này. Tuy nhiên, việc tiếp cận với các dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc (đặc biệt là các biện pháp giảm nhẹ tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và điều trị thay thế ma túy) về cơ bản là không có trong các trại giam. Dịch vụ ART tại các trại giam đang được từng bước cải thiện: đến năm 2011, ART đã được cung cấp trong các trung tâm 05/06 tại 29 tỉnh thông qua các hoạt động của dự án Quỹ toàn cầu do Bộ LĐ-TB-XH thực hiện. Dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện và các dịch vụ thông tin, giáo dục và truyền thông cũng đang được cung cấp tại các trung tâm 05/06 ở 31 tỉnh thông qua dự án của Quỹ toàn cầu và HAARP.

Những người tiêm chích ma túy và bán dâm thường bị phân biệt đối xử bởi những điều luật khác (xem phần trên). Điều này có nghĩa là trên thực tế họ không có được quyền tiếp cận bình đẳng.

9. Nước bạn có chính sách hoặc bộ luật nào nghiêm cấm xét nghiệm sàng lọc HIV vì mục đích tuyển dụng lao động không? (tuyển dụng, bổ nhiệm/điều động, phân công, thăng chức, cắt hợp đồng)?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, mô tả nội dung của chính sách hoặc bộ luật này:

Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định 108/2007/NĐ-CP có những điều khoản quy định rằng, ngoại trừ trong việc tuyển phi công và một số ngành nghề trong lĩnh vực an ninh – quốc phòng theo Điều 20 của Nghị định 108, những người khác không buộc phải xét nghiệm HIV/AIDS trong quá trình tuyển dụng. Mặc dù có chính sách, song trên thực tế việc thanh lọc dựa vào tình trạng nhiễm HIV vẫn cứ diễn ra.

10. Nước bạn có các cơ chế giám sát và cưỡng chế liên quan đến nhân quyền như đề cập ở dưới đây không?

a. Có các thể chế độc lập của quốc gia cho việc thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền, bao gồm Ủy ban nhân quyền, Ủy ban cải cách pháp luật, các tổ chức theo dõi, giám sát và những người làm công tác giám sát mà có xem xét các vấn đề liên quan đến HIV trong công việc của họ

☐ Có ☒ Không

b. Có các chỉ số hoặc dấu mốc để đánh giá việc tuân thủ các chuẩn mực về nhân quyền trong lĩnh vực HIV

☐ Có ☒ Không

NẾU CÓ, ở bất kỳ điểm nào kể trên, hãy nêu một vài ví dụ:

11. Trong 2 năm vừa qua, đã có tập huấn và/hoặc hoạt động bồi dưỡng năng lực nào dưới đây:

- a. Chương trình giáo dục, nâng cao nhận thức cho người sống với HIV và các nhóm quần thể chính về quyền lợi của họ (liên quan đến HIV)⁶⁵ ?

☒ Có ☐ Không

- b. Chương trình cho các thành viên của tòa án và cơ quan hành pháp⁶⁶ về HIV và nhân quyền mà họ có thể gặp phải trong quá trình tác nghiệp?

☒ Có ☐ Không

12. Nước bạn có các dịch vụ hỗ trợ pháp lý sau đây không?

- a. Hệ thống hỗ trợ pháp lý cho các trường hợp liên quan đến HIV

☒ Có ☐ Không

- b. Các hãng luật tư nhân hay trung tâm của các trường đại học cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giá rẻ cho người sống với HIV

☒ Có ☐ Không

13. Có các chương trình đã triển khai nhằm giảm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, là loại chương trình nào?		
Chương trình dành cho nhân viên y tế	☒ Có	☐ Không
Chương trình truyền thông	☒ Có	☐ Không
Chương trình tại nơi làm việc	☒ Có	☐ Không
Khác [nêu rõ]:	☒ Có	☐ Không
Các đại sứ (những người có uy tín và sử dụng uy tín của mình để kêu gọi giảm kỳ thị và phân biệt đối xử)		

⁶⁵ Bao gồm, ví dụ, chiến dịch "Hiểu về quyền của bạn"- chiến dịch tăng cường năng lực cho người sống với HIV để họ hiểu về các quyền lợi của mình và các bộ luật liên quan đến HIV (xem Ghi chú hướng dẫn của UNAIDS: Để cập đến luật liên quan đến HIV ở cấp độ quốc gia, tài liệu làm việc, 30 tháng 4 năm 2008)

⁶⁶ Bao gồm, ví dụ, thẩm phán, quan tòa, công tố viên, cảnh sát, thành viên ủy ban nhân quyền và thẩm phán tòa án lao động hoặc thành viên ủy ban lao động

14. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá thế nào về các chính sách, điều luật và quy định đang triển khai để thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền liên quan đến HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	✓7	8	9	10

Từ năm 2009, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

Có một số luật mới được thông qua về các vấn đề quyền con người liên quan đến HIV và các điều luật hiện hành đang được bổ sung và sửa đổi, bao gồm: Luật chống buôn người trái phép năm 2011 (66/2011/QH12), Luật về người khuyết tật (số 51/2010/QH12), Nghị định 69/2011/NĐ-CP liên quan đến các biện pháp xử phạt hành chính đối với việc vi phạm trong lĩnh vực chăm sóc y tế; Nghị định 91/2011/NĐ-CP về các biện pháp xử phạt hành chính trong lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em; Nghị định 13/2010/NĐ-CP về miễn giảm học phí cho những trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt. Cũng có những tiến bộ nhất định trong việc đưa người bán dâm ra khỏi diện tội phạm hình sự.

Đã có nhận thức nhiều hơn về việc coi người sử dụng ma túy như những bệnh nhân và cần được hỗ trợ y tế, số lượng người sử dụng ma túy trong các trung tâm 06 cũng đã giảm phần nào. .

Còn tồn tại những khó khăn thách thức nào trong lĩnh vực này:

Mặc dù đã có tiến bộ với những luật mới được ban hành và những luật hiện hành được sửa đổi, song những bất nhất giữa luật và việc thực hiện luật vẫn là một thách thức. Tất cả các nhóm có nguy cơ cao vẫn bị kỳ thị ở mức độ cao bất chấp các văn bản luật.

Mặc dù đã có sửa đổi trong Luật phòng, chống ma túy, song vẫn có những vấn đề đáng quan ngại sau:

- Mặc dù việc sử dụng ma túy đã được đưa ra khỏi diện tội phạm hình sự, song người sử dụng ma túy vẫn bị giam giữ hành chính trong thời gian lên tới 2 năm.
- Theo Nghị định 94/2010/NĐ-CP, những người sử dụng ma túy có thể bị quản chế thêm 2 năm sau khi đã hoàn thành thời gian cải tạo 2 năm trong các trung tâm 06.

Mặc dù công tác rà soát việc thực hiện Pháp lệnh về phòng chống hoạt động mại dâm đang được tiến hành, song Pháp lệnh này trong điều kiện hiện nay lại đặt ra một rào cản ngăn người hoạt động mại dâm tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến HIV khi họ phải chịu hình thức quản chế hành chính trong các trung tâm 05.

Vẫn còn tình trạng thiếu những quyền con người cơ bản, bao gồm các dịch vụ về điều trị, chăm sóc và dự phòng HIV cho các phạm nhân trong các trường giáo dưỡng, tạm giam, nhà tù.

Tiếp tục có tình trạng Luật phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt trong lĩnh vực kỳ thị và phân biệt đối xử, chỉ được tuân thủ ở mức độ thấp.

Mức tuân thủ những quy định trong các cơ quan thực thi pháp luật vẫn còn thấp và các cơ chế giám sát và chế tài thưởng phạt vẫn còn rất yếu.

Nghị định 45/2010/NĐ-CP về việc thành lập hội đang cản trở việc thành lập hiệp hội của các nhóm dễ bị tổn thương, vì một nhóm không thể đăng ký thành lập với cùng tên và trùng nhiệm vụ của Hội đã thành lập trước đó. Vì Hiệp hội HIV/AIDS đã được thành lập nên không một nhóm tự lực nào của người sống với HIV có thể đăng ký thành lập nếu có trùng chức năng hoạt động như đã đăng ký của hội này.

Theo Nghị định 12/2003/NĐ-CP người nhiễm HIV khó khăn trong việc sinh con an toàn vì không đủ tiêu chuẩn được cung cấp dịch vụ điều trị vô sinh như rửa tinh trùng hoặc thụ tinh trong ống nghiệm.

15. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chính sách, điều luật và quy định về quyền con người trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	✓5	6	7	8	9	10

Từ năm 2009, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

Xã hội dân sự đã có nhận thức cao hơn về luật nói chung và quyền con người nói riêng so với giai đoạn báo cáo trước đây (dẫn đến việc có nhiều ý kiến phê bình hơn về ứng phó quốc gia). Các nỗ lực nhằm giảm tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử trong các trường học và hệ thống y tế đã được cải thiện.

Tuy nhiên, trong khi Chính phủ đang ngày một công nhận một số quyền con người liên quan đến HIV/AIDS thể hiện qua luật và chính sách, việc thực thi luật chưa được đồng bộ, tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn còn tồn tại.

Còn tồn tại những khó khăn thách thức nào trong lĩnh vực này:

Việc thực thi luật vẫn yếu vì:

- Việc triển khai các chính sách mới đến cơ quan chức trách cấp xã/phường, củng cố luật và cộng đồng vẫn còn hạn chế, sự hiểu biết hạn chế về chính sách HIV của những người thi hành.
- Vẫn tồn tại những bất nhất giữa các biện pháp an ninh công cộng nhằm kiểm soát việc sử dụng ma túy và hoạt động mại dâm với các biện pháp y tế công cộng nhằm vào những quần thể tham gia vào những hoạt động này.
- Kỳ thị và phân biệt đối xử với những quần thể bị ảnh hưởng chính và người sống với HIV tiếp tục diễn ra.
- Vẫn rất thiếu các biện pháp hiệu chỉnh và cơ chế xử phạt đối với việc vi phạm luật.

IV. DỰ PHÒNG

1. Nước bạn có xác định những nhu cầu cụ thể cho các chương trình dự phòng HIV không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, các nhu cầu cụ thể này được xác định như thế nào?

Các nhu cầu cụ thể trong chương trình dự phòng được xác định bằng cách rà soát lại các số liệu dịch tễ học và xác định ưu tiên về địa lý có sự phối hợp chặt chẽ với các nhà tài trợ. Một quy trình cấp quốc gia, cấp tỉnh/thành, cấp xã/phường đang được triển khai, và quy trình này có tính đến tình hình dịch tễ học hiện hành cũng như bằng chứng nhằm bảo đảm mở rộng của các dịch vụ dự phòng hiệu quả.

Tuy nhiên, cần phải có những nỗ lực lớn hơn trong lĩnh vực xác định ưu tiên, xác định mức độ và bảo đảm sự bền vững của các dịch vụ dự phòng.

NẾU KHÔNG, các chương trình dự phòng được mở rộng như thế nào?

1.1 Các hoạt động dự phòng HIV sau đây được thực hiện ở mức độ nào?

Các hoạt động dự phòng HIV	Phần lớn những người có nhu cầu đều có thể tiếp cận...				
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
An toàn truyền máu	1	2	3	✓4	Không áp dụng
Đẩy mạnh việc sử dụng bao cao su	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Giảm tác hại cho người tiêm chích ma túy	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài nhà trường	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV tại nơi làm việc	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Tư vấn và xét nghiệm HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
IEC ⁶⁷ về giảm nguy cơ	1	2	✓3	4	Không áp dụng
IEC về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dự phòng cho người sống với HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dịch vụ sức khỏe sinh sản bao gồm dự phòng và điều trị các nhiễm khuẩn qua đường tình dục	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho bạn tình của bất cứ nhóm nào trong ba nhóm đích chính	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho nam tình dục đồng giới	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho người hoạt động mại dâm	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Giáo dục về HIV trong nhà trường cho thanh thiếu niên	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Khác [nêu rõ]:					
Dịch vụ dự phòng trong các trường giáo dưỡng, trại tạm giam, nhà tù	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Dịch vụ dự phòng với các nhóm di biến động (lái xe tải, lao động di cư thời vụ và công nhân di cư trong các khu công nghiệp)	1	✓2	3	4	Không áp dụng

2. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chương trình dự phòng trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	7	✓8	9	10

⁶⁷ IEC = thông tin- giáo dục- truyền thông

Từ năm 2009, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

Có rất nhiều thành tựu đáng kể trong giai đoạn báo cáo này:

- Các chương trình dự phòng dành cho nhóm có nguy cơ cao đã được đưa vào *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030*.
- Các chương trình dự phòng cho thanh thiếu niên trong các trường học đã được chính thức triển khai trong chương trình học của các trường.
- Các chương trình điều trị bằng methadone đã được mở rộng đến 11 tỉnh/thành trong cả nước.
- Thừa nhận số ca mới nhiễm ngày một tăng trong nhóm đối tượng nam tình dục đồng giới, một vấn đề mà mãi cho đến gần đây bị còn bị che giấu ngoại trừ ở các thành phố lớn, hầu như tất cả mọi tỉnh/thành hiện đang thực hiện các chương trình công khai hướng vào công tác dự phòng trong nhóm đối tượng nam tình dục đồng giới. Các chương trình dự phòng dành cho nam tình dục đồng giới đã được đưa vào *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030* và Nhóm tư vấn kỹ thuật quốc gia cho nam tình dục đồng giới tiếp tục được mở rộng.
- Các nghị định về thuế thu nhập doanh nghiệp đã khuyến khích các doanh nghiệp tuyển dụng người sống với HIV bằng cách giảm thuế và bắt buộc áp dụng chiến lược dự phòng HIV/AIDS tại nơi làm việc, nhờ đó cũng giúp tăng cường các biện pháp dự phòng HIV trong các doanh nghiệp.
- Mạng lưới người sống với HIV, người tiêm chích ma túy và nam tình dục đồng giới đã được công nhận và các mạng lưới này được huy động tham gia tích cực hơn vào công tác ứng phó HIV.
- Tỷ lệ nhiễm mới trong nhóm người tiêm chích ma túy đã giảm liên tục và tỷ lệ nhiễm mới/hiện nhiễm trong nhóm hoạt động mại dâm được giữ ở mức thấp. Điều này cho thấy một mức độ thành công nhất định trong các chương trình dự phòng. Có được thành quả này phần lớn là nhờ các chương trình cấp phát bơm kim tiêm quy mô lớn (do các nhà tài trợ thực hiện) và chương trình 100% sử dụng bao cao su trong các quần thể có quy mô cao nhất như người tiêm chích ma túy và người bán dâm.
- Những cuộc khảo sát gần đây cho thấy một tỷ lệ sử dụng bao cao su cao trong nhóm đối tượng hoạt động mại dâm. Việc này phản ánh một mức độ nhận thức khá cao về nguy cơ phơi nhiễm HIV và biện pháp dự phòng phơi nhiễm.
- PLTMC, xét nghiệm và tư vấn HIV, và hoạt động truyền máu cũng đã được cải thiện.

Còn tồn tại những khó khăn thách thức nào trong lĩnh vực này:

Mặc dù các chương trình dự phòng trong hai năm qua đã đạt được những thành tựu nổi bật, song chúng vẫn chưa đáp ứng thỏa đáng các nhu cầu của cộng đồng.

- Mặc dù đã có sự mở rộng hoạt động giảm tác hại và nhận thức tăng lên về việc những người sử dụng ma túy cũng cần được chăm sóc y tế, các dịch vụ vẫn rất hạn chế và người TCMT không dám tiếp cận dịch vụ vì sợ bị bắt vào các trung tâm 06.
- Các chương trình dự phòng dành cho bạn tình của người sống với HIV và người sử dụng ma túy không được chính thức đưa vào *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030*.
- Mặc dù đã có tiến bộ trong công tác ứng phó dành cho nhóm đối tượng nam tình dục đồng giới, song tỷ lệ nhiễm mới trong nhóm nam tình dục đồng giới lại rất đáng lo ngại. Thách thức còn tồn tại ở việc tiếp cận các dịch vụ dự phòng, đặc biệt là với các MSM sống tại khu vực nông thôn.
- Dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tại các tỉnh khác nhau về độ sẵn có và chất lượng, dịch vụ này có rất ít ở các khu vực nông thôn. Nói chung, dịch vụ tư vấn thường có chất lượng rất thấp. Công tác truyền thông giáo dục cho việc giảm nguy cơ hầu hết mang định hướng dự án, chỉ nhằm vào một số nhóm nguy cơ cao nhất chứ không hướng tới tất cả mọi đối tượng có nhu cầu.
- Vẫn thiếu sự lồng ghép các dịch vụ sức khỏe sinh sản/ nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và dịch vụ về HIV, không hề có một chương trình dự phòng HIV riêng rẽ dành cho nhóm người sống với HIV vì nó được lồng ghép với chăm sóc điều trị.
- Có sự khác biệt đáng kể trong cả nước về các chương trình dự phòng HIV; các tỉnh được nhiều tài trợ hơn có chất lượng dịch vụ tốt hơn.

Có tình trạng phụ thuộc đáng kể vào hỗ trợ của các nhà tài trợ quốc tế, như vậy tính bền vững của các hoạt động dự phòng HIV là một vấn đề đáng lưu tâm.

V. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC, HỖ TRỢ

1. Nước bạn có xác định những thành tố cần thiết cho một gói dịch vụ toàn diện về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS không?

☒ Có ☐ Không

NẾU CÓ, nêu ngắn gọn các thành tố và thành tố nào được ưu tiên:

Các văn bản hướng dẫn về điều trị quy định rõ gói dịch vụ.

Sự hỗ trợ dành cho nhóm người sống với HIV bao gồm: hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ pháp lý và xã hội, hỗ trợ đăng ký OPC, các hoạt động giảm kỳ thị và phân biệt, phát triển kinh tế: cho vay vốn, tạo việc làm; hợp nhóm về nâng cao năng lực; hỗ trợ dinh dưỡng, đặc biệt dành cho trẻ em, chăm sóc tại nhà, hỗ trợ giáo dục, chương trình cho trẻ em bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV, chăm sóc giảm nhẹ tác động, sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, điều trị lao, điều trị ngăn ngừa nhiễm trùng cơ hội, lây nhiễm qua đường tình dục và các hình thức lây nhiễm khác của người có HIV. Các văn bản hướng dẫn cấp quốc gia về điều trị sớm Viêm gan B và lây truyền từ mẹ sang con.

Các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đã được mở rộng trong những năm gần đây.

NẾU KHÔNG, các dịch vụ điều trị, chăm sóc, và hỗ trợ HIV được mở rộng như thế nào?

1.1. Các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV đã được thực hiện ở mức độ nào?

Dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Phần lớn những người có nhu cầu đều có thể tiếp cận...				
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
Liệu pháp kháng vi-rút	1	2	✓3	4	Không áp dụng
ART cho bệnh nhân Lao	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Điều trị dự phòng Cotrimoxazole cho người sống với HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Chẩn đoán sớm cho trẻ sơ sinh	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm việc sắp xếp công việc thay thế)	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Tư vấn và xét nghiệm HIV cho người nhiễm Lao	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Dịch vụ điều trị HIV tại nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Chăm sóc dinh dưỡng	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Điều trị AIDS cho trẻ em	1	2	✓3	4	Không áp dụng

Dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Phần lớn những người có nhu cầu đều có thể tiếp cận...				
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
Cung cấp ART cho phụ nữ sau sinh	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm cho những trường hợp phơi nhiễm không phải vì lý do công việc (VD: bị hãm hiếp)	1	✓2	3	4	Không áp dụng
Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm vì lý do công việc	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Hỗ trợ tâm lý cho người sống với HIV và gia đình họ	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Quản lý nhiễm khuẩn qua đường tình dục	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Kiểm soát nhiễm khuẩn Lao trong các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng Lao cho người sống với HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Sàng lọc Lao cho người sống với HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Điều trị các nhiễm khuẩn thường gặp liên quan đến HIV	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Khác [nêu rõ]:					
Chăm sóc tại nhà	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Chăm sóc giảm nhẹ	1	2	✓3	4	Không áp dụng
Điều trị tại các trại giam	1	✓2	3	4	Không áp dụng

- 1.2. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV trong năm 2011?

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	✓7	8	9	10

Từ năm 2009, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

Mở rộng diện cung cấp các dịch vụ (như điều trị ARV, PMTCT, tạo sinh kế và dự phòng lây nhiễm qua đường tình dục), và các dịch vụ được cung cấp cũng toàn diện hơn. Có sự gia tăng về số lượng những chương trình thừa nhận một cách ứng phó chính thống đối với việc điều trị và chăm sóc kể cả đối với những gia đình có người sống với HIV. Dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đã được mở rộng với việc tăng số lượng các nhóm hỗ trợ của xã hội dân sự, trong khi đồng thời nâng cao năng lực và kiến thức của các tổ chức xã hội dân sự trong việc cung cấp các dịch vụ này. Cũng đã có các bước tiến hành nhằm thúc đẩy hoạt động liên bộ và liên ngành nhằm bảo đảm sự hợp tác và khả năng ứng phó có phối hợp.

Sáng kiến điều trị 2.0 sẽ được áp dụng thí điểm ở Việt Nam và sẽ giúp làm tăng số lượng những người có khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị và chăm sóc và việc sàng lọc những người sống với HIV bị mắc lao phổi giờ đây cũng được áp dụng ở hầu hết các tỉnh. Đề xuất Chương trình xét nghiệm chẩn đoán sớm cho trẻ sơ sinh cũng đã được bắt đầu.

Còn tồn tại những khó khăn thách thức nào trong lĩnh vực này:

Mặc dù có những tiến bộ đáng kể, song vẫn còn tồn tại một số thách thức liên quan đến công tác điều trị:

- Vẫn tồn tại tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử, đặc biệt là từ phía nhân viên và các dịch vụ y tế. Việc kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là những thách thức đối với việc tiếp cận điều trị ART khi mà nhiều bệnh nhân từ chối được điều trị do lo sợ bị tiết lộ thông tin không mong muốn. Ngoài ra, một số người sống với HIV không muốn bắt đầu tham gia điều trị ART vì họ quá nghèo, không thể trang trải các khoản phí đi lại để điều trị hàng tháng, và thủ tục liên quan đến điều trị ART được coi là quá phức tạp.
- Các dịch vụ điều trị lao cho người sống với HIV vẫn không bảo đảm và, ở hầu hết các tỉnh, chế độ điều trị ART vẫn không thay đổi trong khi các bệnh nhân đang được điều trị lao và nhiều bệnh nhân lao phổi không thể tiếp cận được với dịch vụ điều trị ART đủ sớm. Tại một số tỉnh, không có thuốc điều trị ARV bậc 2 hoặc thuốc trị viêm gan B/C.
- Việc điều trị dự phòng sau phơi nhiễm chỉ được thực hiện trong một số ngành nghề như quân đội, nhân viên y tế, và trong trường hợp cưỡng bức tình dục thì không có dịch vụ điều trị. Việc xét nghiệm sớm đối với trẻ sơ sinh không được thực hiện ở một số tỉnh có dự án, ở một số tỉnh khác thì chỉ có một số trẻ sơ sinh được xét nghiệm hoặc không thể biết được kết quả xét nghiệm
- Việc điều trị trong các trung tâm 05/06 và các trại giam còn hạn chế. Người sống với HIV thường phải nhận thuốc chuyển từ bên ngoài vào và điều này khiến họ mất rất nhiều tiền hoặc giai đoạn điều trị bị ngắt quãng, làm tăng nguy cơ kháng thuốc.
- Mặc dù có thể nhìn thấy trước được rằng Sáng kiến điều trị 2.0 sẽ khiến số lượng bệnh nhân tham gia điều trị ART tăng lên, song cũng có mối lo ngại rằng, vì thuốc men được phân xuống các xã/phường, nên bệnh nhân sợ phải tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình. Năng lực của nhân viên y tế cấp xã/phường cũng là một mối lo ngại.
- Vai trò của các tổ chức xã hội dân sự trong việc điều trị, chăm sóc và hỗ trợ không được thừa nhận đầy đủ. Những rào cản mà các tổ chức xã hội dân sự gặp phải trong quá trình hoạt động, như khó khăn trong việc đăng ký hợp pháp, cũng khiến cho việc cung cấp dịch vụ của các tổ chức xã hội dân sự trở nên khó khăn.
- Các vấn đề về tính bền vững vẫn tồn tại do ngân sách quốc tế giảm đi. Ngoài ra, khi Việt Nam ký kết Hiệp định thương mại châu Á-Thái Bình Dương (APTA), đồng nghĩa với việc thuốc ARV sẽ không có sẵn nữa vì luật sở hữu trí tuệ, các bệnh nhân sẽ gặp khó khăn hơn trong việc tiếp cận dịch vụ điều trị do giá cả tăng lên.

Việc nâng cao chất lượng các dịch vụ đòi hỏi phải có một giải pháp toàn diện bao gồm đào tạo chuyên môn để nâng cao chất lượng của lực lượng lao động, giữ chân các chuyên gia về y tế đang làm việc trong lĩnh vực HIV, cải cách thể chế để quản lý tốt hơn như phân bổ lại phòng khám ngoại trú đến các bệnh viện.

2. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nào để giải quyết các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương khác hay không?

☒ Có ☐ Không

2.1. NẾU CÓ, nước bạn có định nghĩa về trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương không?

☒ Có ☐ Không

2.2. **NẾU CÓ**, nước bạn có kế hoạch hành động quốc gia riêng cho trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương không?

☒ Có ☐ Không

2.3. **NẾU CÓ**, nước bạn có số ước tính số trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương mà các can thiệp hiện có đã tiếp cận được không?

☐ Có ☒ Không

2.4. **NẾU CÓ**, bao nhiêu phần trăm trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương đã được tiếp cận?

3. **Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là “Rất kém” và 10 là “Rất tốt”), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực giải quyết các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương trong năm 2011?**

RẤT KÉM									RẤT TỐT
0	1	2	3	5	6	✓7	8	9	10

Từ năm 2009, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Số lượng con sơ sinh bị nhiễm của các bà mẹ dương tính được giảm đáng kể cho việc mở rộng dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và việc tiến hành xét nghiệm sớm đối với con sơ sinh của các bà mẹ nhiễm HIV. Mở rộng diện hỗ trợ dinh dưỡng, con sơ sinh của các bà mẹ nhiễm HIV nhận được sữa bột nhân tạo. Khả năng tiếp cận và diện bao hàm của dịch vụ điều trị ART dành cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV đạt mức cao.
- Có sự cộng tác tốt hơn giữa Chính phủ và tổ chức xã hội dân sự trong việc cung cấp dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV và mở rộng số lượng các tổ chức xã hội dân sự cung cấp những dịch vụ này. Tiếp tục có sự cam kết của Chính phủ với Chương trình hành động quốc gia về trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV bất chấp có sự suy giảm liên tục trong nguồn ngân sách tài trợ quốc tế dành cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV.

Còn tồn tại những khó khăn thách thức nào trong lĩnh vực này:

- Vẫn còn tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử sâu sắc, tạo ra một rào cản đối với việc đến trường của nhiều trẻ em.
- Một số gia đình ngăn trở việc điều trị cho con cái mình do hiểu biết nông cạn.
- Thiếu các số liệu về trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV, điều làm cho công tác hoạch định và đánh giá các chương trình trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV trở nên khó khăn.
- Tiếp tục có xu hướng thể chế hóa việc đưa trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV vào trường trại chăm sóc mà rất hạn chế các mô hình thay thế như nhận chăm nuôi và chăm sóc dựa vào cộng đồng và mới chỉ có thực hiện ở các dự án thí điểm ở quy mô nhỏ và cam kết trong Chương trình hành động quốc gia.
- Chương trình hành động quốc gia vẫn không có nguồn tài trợ.

Tên cơ quan/tổ chức đóng góp ý kiến cho NCPI phần B

Các tổ chức xã hội dân sự

1. ACP+ (VNP+)
2. Adamzone Cần Thơ
3. Alo Ban Mê ĐL
4. An toàn sống- HCM
5. Báo Đất Việt
6. Báo Khoa học và Đời sống
7. Báo người Hà Nội
8. Bright Future Vĩnh Phúc (VNP+)
9. BQLDA thành phần VUSTA - Dự án QTC phòng, chống HIV/AIDS
10. Bright Future
11. Bright Future Bắc Giang
12. Bright Future Thái Nguyên
13. Caritas Vietnam
14. Cát trắng- Hà Nội
15. Chi Hội Phòng, chống HIV/AIDS Học Viện Phật Giáo Việt Nam tại TP.HCM
16. CHP - Hà Nội
17. Chương trình tình thân - TP.HCM
18. CLB Đất Mỏ Quang Hanh - Quảng Ninh
19. CLB Đồng Cảm Thanh Xuân Trung - Hà Nội
20. CLB Hương Sen Pháp Vân - Hà Nội
21. CLB Niềm tin xanh Hải Dương
22. COHED
23. Cuộc sống mới- HCM
24. Đồng quê Cẩm Giàng Hải Dương
25. Đồng tâm hiệp lực - Vĩnh Phúc
26. Gạch đầu dòng - Hà Nội
27. Hi vọng Bạch Thông Bắc Kạn
28. Hoa bất tử Vân đồn- Quảng Ninh
29. Hoa phượng đỏ - Hải Phòng
30. Hội phòng chống AIDS HCM
31. HTX Sông Lam Xanh
32. HTX Sông Lam Xanh
33. Hy Vọng An Giang
34. ISDS
35. Liên minh Cuộc sống mới
36. Mạng lưới các nhóm tự lực Hải Phòng
37. Mạng lưới các nhóm tự lực huyện Tân Thành - Bà Rịa Vũng Tàu
38. Mạng lưới Hi vọng Thái Bình
39. Mạng lưới Hi vọng Bắc Cạn
40. Mạng lưới MSM miền Bắc
41. Mạng lưới Nắng mai
42. Mạng lưới phụ nữ nhiễm HIV phía Nam
43. Mạng lưới phụ nữ trẻ Quảng Ninh
44. Mạng lưới tự lực NCH Cần Thơ (CTN)
45. Mặt trời của bé - Hà Nội
46. Nắng cuối trời - Vĩnh Phúc
47. Nhóm Bạn và tôi Đồng Nai
48. Nhóm Bạn, tôi & chúng ta - TP.HCM
49. Nhóm Chăm sóc - Bình Dương
50. Nhóm CKT Nha Trang
51. Nhóm đồng hành - Đà Nẵng
52. Nhóm G-Link - HCM
53. Nhóm Hy vọng Đà Nẵng
54. Nhóm Hy vọng Long An
55. Nhóm Nơi Bình yên- Hà Nội
56. Nhóm Online HCM
57. Nhóm tiếp cận cộng đồng MSM Cần Thơ
58. Nhóm tự lực huyện Tân Thành
59. Nhóm Vầng Trăng - Hà Nội
60. Nhóm Về Nhà - Hà Nội
61. Nhóm Yêu thương phục vụ - Đà Nẵng
62. Phòng khám từ thiện Mai Hoa - TP.HCM
63. PUSTA Bình Dương
64. PUSTA Hải Dương
65. PUSTA HCMC
66. PUSTA Vĩnh Long
67. PUSTA Vũng Tàu
68. SPN+ (VNP+)
69. Thông tấn xã Việt Nam

70. Thông xanh - Hà Nội
71. Tiến lên phía trước - TP.HCM
72. Tỉnh biển Hải Phòng
73. Trung tâm huy động cộng đồng Việt Nam phòng, chống HIV/AIDS (VICOMC)
74. Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng (CCRD)
75. Trung tâm nghiên cứu và hành động vì cộng đồng (REACOM)
76. Trung tâm sáng kiến sức khỏe và dân số CCIHP
77. Trung tâm Sức khỏe Phụ nữ Hà Nội
78. Trung tâm tư vấn pháp luật và chính sách về y tế - CCLPHH
79. Trung tâm y tế công cộng và phát triển cộng đồng CEPHAD
80. TT nghiên cứu và phát triển cộng đồng Tương Lai
81. Vàng trắng Hải Dương
82. VCSPA
83. Viện Phát triển sức khỏe cộng đồng Ánh sáng (Light)
84. VUSTA

Doanh nghiệp/khối tư nhân

1. Tổng công ty dệt may Việt Nam
2. Phòng thương mại và công nghiệp Việt Nam

Song phương

1. AusAID - Đại sứ quán Australia
2. DFID
3. PEPFAR

Các tổ chức phi chính phủ quốc tế

1. Abt Associates
2. Care International
3. Catholic Relief Services
4. Medical Committee Netherlands Vietnam (MCNV)
5. Family Health International (FHI)
6. Healthright International
7. Pact Viet Nam
8. Save the Children
9. World Vision

Các tổ chức Liên Hợp Quốc

1. Tổ chức lao động quốc tế (ILO)
2. Tổ chức di cư quốc tế (IOM)
3. Chương trình phối hợp của LHQ về HIV/AIDS (UNAIDS)
4. Quỹ dân số thế giới LHQ (UNFPA)
5. Quỹ nhi đồng LHQ (UNICEF)
6. Văn phòng phòng chống ma túy, tội phạm của LHQ (UNODC)
7. Tổ chức y tế thế giới (WHO)

CHI TIÊU AIDS QUỐC GIA (NASA)

1. Phương pháp luận

Phương pháp đánh giá Chi tiêu về AIDS cấp Quốc gia (NASA) nhằm theo dõi việc sử dụng nguồn lực bằng việc áp dụng một phương pháp luận toàn diện và có hệ thống trong việc xác định dòng tài chính của nguồn lực dành cho hỗ trợ ứng phó AIDS quốc gia. Công cụ này theo dõi chi tiêu thực tế (công, tư và quốc tế) trong ngành y tế cũng như trong các lĩnh vực phi y tế (giảm nhẹ tác động, giáo dục, lao động và tư pháp) có tham gia vào ứng phó quốc gia về HIV.⁶⁸

Hình 1

Sơ đồ dòng tài chính



Việc phân loại của NASA tuân theo phương pháp và qui trình kế toán chuẩn được quốc tế công nhận, bao gồm khung hệ thống Tài khoản y tế quốc gia (NHA). Các dòng tài chính và chi tiêu về AIDS được kết cấu theo ba phân mảng: tài trợ, cung cấp các dịch vụ HIV và sử dụng các dịch vụ HIV. Việc phân loại và những loại hình này tạo thành khung hệ thống NASA (UNAIDS 2009). Những phân mảng này cấu thành sáu loại hình (vector) sau:⁶⁹

Tài trợ

1. Các cơ quan trung gian quản lý tài trợ (FA) là các chủ thể phân chia các nguồn lực tài chính để tài trợ việc cung cấp dịch vụ và ra các quyết định chương trình liên quan đến loại hình hoạt động và nhà cung cấp dịch vụ cụ thể tham gia vào việc cung cấp dịch vụ trên thực tế.
2. Các nguồn tài trợ (FS) là những chủ thể phân bổ kinh phí cho HIV nói chung và cung cấp tiền cho các cơ quan trung gian quản lý tài trợ.

Cung cấp dịch vụ HIV

3. Các nhà cung cấp dịch vụ (PS) là những chủ thể tham gia vào việc sản xuất, cung cấp, phân phối các dịch vụ về HIV.
4. Các yếu tố sản xuất/ chi phí nguồn lực (PF) là các yếu tố đầu vào (nhân công, vốn, nguồn lực tài nguyên, công nghệ và nguồn lực doanh nghiệp).

Sử dụng

5. Các hạng mục chi tiêu cho AIDS (ASC) là những can thiệp và hoạt động liên quan đến HIV.
6. Nhóm người hưởng lợi (BP) là những nhóm mà các dịch vụ đặt mục tiêu hướng tới, ví dụ như PLHIV và người TCMT.

NASA lần thứ nhất đã được Cục Phòng chống AIDS (VAAC) thực hiện vào năm 2010. Tài liệu này đã nắm bắt chi tiêu về AIDS của gần như tất cả các nguồn kinh phí trong nước và quốc tế ở Việt Nam trong giai đoạn 2008-2009. NASA lần 2 tuân theo cùng một phương pháp luận đó và đã được thực hiện vào cuối năm 2011 nhằm cung cấp dữ liệu cho Báo cáo Tiến trình AIDS toàn cầu.

2. Giai đoạn chuẩn bị và thu thập số liệu

VAAC và UNAIDS Viet Nam đã đồng tổ chức một Hội thảo định hướng NASA vào ngày 12/12/2011 cho tất cả các đối tác chính trong nước và quốc tế bao gồm các cơ quan Chính phủ, các tổ chức xã hội dân sự, các đại diện LHQ và các cơ quan song phương. Tiếp theo hội thảo này, VAAC đã chính thức gửi thông tin và công văn đề nghị đến các bộ, các viện, các cơ quan tài trợ, các tổ chức phi chính phủ và các bên liên quan khác yêu cầu hỗ trợ công tác NASA và cung cấp số liệu.

Biểu mẫu thu thập dữ liệu NASA (xem Phụ lục 3.2c dưới đây) đã được chuẩn bị dựa vào Tài liệu hướng dẫn về NASA⁷⁰ và kinh nghiệm thu được từ NASA vòng trước.

⁶⁹ Để biết thêm chi tiết, xin đọc Phân loại và Định nghĩa Đánh giá Chi tiêu về AIDS cấp quốc gia. UNAIDS, 2009

⁷⁰ Để biết thêm chi tiết, xin đọc "Hướng dẫn thực hiện Đánh giá Chi tiêu về AIDS cấp quốc gia". UNAIDS, 5/2009

Quá trình thu thập dữ liệu thường bao gồm một số buổi làm việc với mỗi tổ chức có liên quan nhằm làm rõ việc phân loại và ghi chép chi tiêu AIDS theo các hạng mục chi, hoặc khi thấy có sự không thống nhất trong số liệu đã nhận. Từng số liệu thu được từ mỗi nguồn kinh phí được sử dụng và đối chiếu ở mức tối đa với các tài liệu dự án, báo cáo hàng năm, báo cáo tiến độ, kế hoạch công tác hàng năm và ngân sách của các chủ thể tài trợ để hiểu hơn về các loại can thiệp, phương thức thực hiện và các đối tượng hưởng lợi. Quá trình thu thập số liệu của NASA kéo dài khoảng 3 tháng.

3. Nguồn số liệu thứ cấp và ước tính

Nguồn số liệu thứ cấp được sử dụng để ước tính chi phí khi không có các báo cáo chi tiêu thực tế, bao gồm:

- Nguồn nhân lực: số liệu báo cáo thường xuyên của tuyến tỉnh do VAAC tổng hợp đã được sử dụng để ước tính chi phí về nguồn nhân lực trong và ngoài ngành y tế. Nguồn nhân lực ngoài ngành y tế bao gồm cán bộ của Ban chỉ đạo phòng chống AIDS tỉnh và những cán bộ chuyên trách về HIV trong các Sở Lao động, Thương binh và Xã hội, Giáo dục và Đào tạo, Công an, Thông tin và Truyền thông. Nguồn nhân lực ước tính bao gồm các nhân viên làm việc toàn thời gian và bán thời gian tại các cấp tỉnh, huyện và xã.
- Chi tiêu tiền túi cá nhân phải trả của người có HIV và gia đình họ: sử dụng kết quả điều tra về chi tiêu cá nhân từ Dự án Sáng kiến Chính sách Y tế của USAID thực hiện năm 2010.
- Đối với chi tiêu cá nhân về tiền xét nghiệm HIV, sử dụng thông tin thu thập trong NASA vòng I.
- Chi tiêu trong ngành lao động trong các dịch vụ liên quan đến AIDS bao gồm: hỗ trợ cho người lớn và trẻ em có H tại các dịch vụ bảo trợ xã hội, trại trẻ mồ côi và nhà tình nghĩa, chi trả phụ cấp cho cán bộ chăm sóc bệnh nhân AIDS; và thanh toán chi chăm sóc y tế cơ bản cho trại viên của các trung tâm giáo dục lao động xã hội. Các thông tin về chi phí dựa trên số liệu theo dõi thường qui của Bộ Lao động, Thương Binh, và Xã hội được thu thập trong NASA vòng I.
- Chi phí quản lý của các Trung tâm PC AIDS tỉnh (PAC): chi phí quản lý trung bình do các PAC có nộp báo cáo được dùng để ước tính chi tiêu của các PAC không báo cáo theo yêu cầu.

4. Xử lý và phân tích số liệu

Quá trình phân tích số liệu gồm bốn bước

Bước 1: Sau khi có số liệu, các số liệu được kiểm tra ngay về tính thống nhất, rõ ràng và chi tiết. Nếu phát hiện có sự không thống nhất về số liệu, liên hệ với cơ quan gửi số liệu để làm rõ.

Bước 2: Khi số liệu được coi là đầy đủ và thống nhất, các giao dịch tài chính NASA được tổ chức lại, sử dụng bảng Excel đã được thiết kế trước. Việc này cần đến việc phân mỗi hạng mục chi tiêu theo phân loại cụ thể của NASA. Ở bước này cũng có công đoạn làm sạch số liệu cũng

như kiểm tra chéo ba phân mảng (nguồn tài trợ, cung cấp dịch vụ và sử dụng) và năm vector (nguồn, đại lý, các nhà cung cấp, loại chi tiêu về AIDS và quần thể hưởng lợi) để đảm bảo tính nhất quán.

Bước 3: Do có một khối lượng số liệu lớn, nhóm NASA đã sử dụng phần mềm Stata để hoàn thành việc phân tích.

Bước 4: Sử dụng Stata để lập các bảng biểu của NASA.

5. Các giả thuyết, hạn chế và thách thức

Khi tiến hành NASA vòng 2 tại Việt Nam, có một số hạn chế và thách thức.

Thứ nhất, có sự khác nhau đáng kể trong các hệ thống kế toán, năm tài chính và phân loại các chi tiêu của các cơ quan trong nước và các dự án được tài trợ. Ví dụ, PEPFAR năm tài chính bắt đầu từ ngày 1 tháng 10 và kết thúc vào ngày 30 tháng 9 năm sau, trong khi năm tài chính Chính phủ là năm dương lịch. Vì vậy để hài hòa các nguồn số liệu đã phải thực hiện những điều chỉnh thích hợp.

Thứ hai, số liệu báo cáo giải ngân được tính như chi phí thực tế khi không có thông tin nào khác. Điều này có thể dẫn đến việc ước tính quá cao chi phí thực tế.

Thứ ba, như đã đề cập ở trên, trên thực tế cần có một số ước tính chi phí AIDS cho các hạng mục nhất định dựa vào số liệu thứ cấp và ước tính chi phí, có khả năng dẫn đến việc ước tính quá cao chi tiêu của một số mục chi tiêu nhất định.

6. Khái quát chi tiêu về AIDS trong năm 2009-2010

Để đảm bảo phạm vi toàn diện nhất có thể, NASA đã tìm cách thu thập số liệu chi tiêu về AIDS từ tất cả các tổ chức liên quan đến hỗ trợ ứng phó với HIV tại Việt Nam, bao gồm cả khu vực công, các nhà tài trợ song phương, các tổ chức đa phương, các tổ chức phi chính phủ quốc tế và khu vực tư nhân. Tổng cộng, có 71 tổ chức đã đáp ứng yêu cầu VAAC và gửi số liệu chi tiêu về AIDS giai đoạn 2009-2010 (xem phụ lục 3f danh sách các tổ chức cung cấp thông tin).

Bảng 2

Loại và số tổ chức cung cấp các số liệu chi tiêu tài chính về AIDS

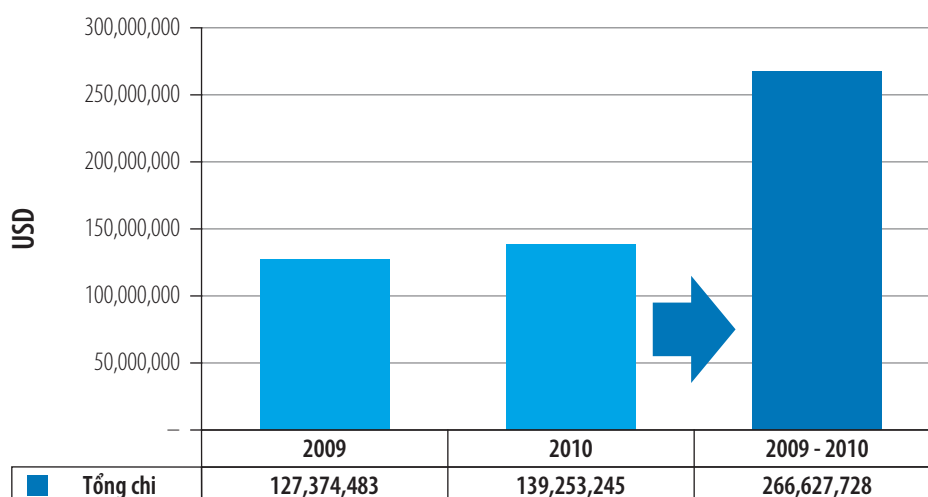
Loại tổ chức trả lời yêu cầu của VAAC	Số các tổ chức trả lời yêu cầu của VAAC
Các tổ chức công	44
Các tổ chức song phương	9
Các tổ chức đa phương	7
Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế	10
Các tổ chức lợi nhuận quốc tế	1
Tổng	71

Tổng chi tiêu về AIDS của quốc gia giai đoạn 2009 - 2010

Theo kết quả NASA, 266,6 triệu USD đã được chi tiêu để hỗ trợ ứng phó quốc gia trong giai đoạn 2009-2010. Chi tiêu về AIDS chiếm 0.13% của GDP, trong khi chi tiêu về AIDS tính theo đầu người là 1.54 USD.

Hình 3

Tổng chi tiêu quốc gia về AIDS năm 2009-2010



Chi tiêu về AIDS theo nguồn tài trợ

NASA định nghĩa các nguồn tài trợ là "các đơn vị cung cấp tiền cho các cơ quan trung gian quản lý tài trợ". Các hoạt động về HIV tại Việt Nam trong 2009-2010 được tài trợ bởi ba nguồn chính: Công, tư nhân và quốc tế. Tổng chi phí, và tỷ lệ của từng nguồn tài chính lớn trong năm 2009-10 được minh họa trong hình 4 và 5.

Hình 4

Tóm tắt chi tiêu về AIDS ở Việt Nam theo nguồn tài trợ, 2009 - 2010 (USD)

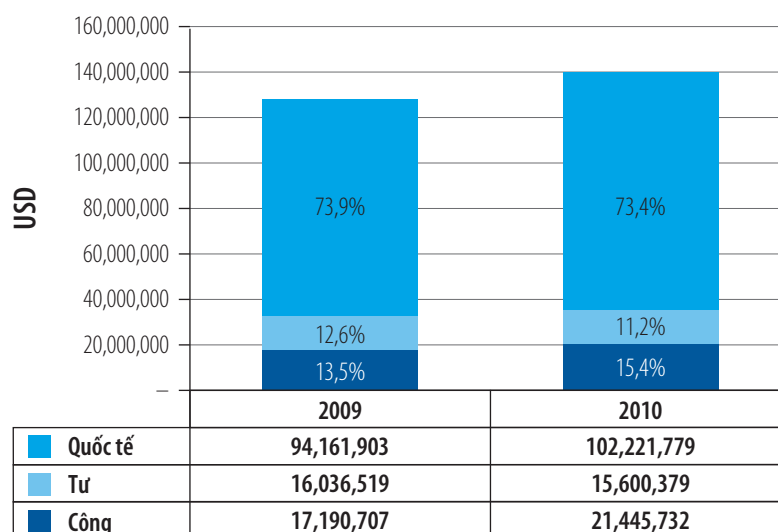
NGUỒN	2009	2010	TỔNG 09 - 10	%
NGUỒN CÔNG	17,176,061	21,431,087	38,607,148	14,5%
Trung ương (bao gồm Chương trình mục tiêu quốc gia)	6,737,254	9,193,116	15,930,370	6,0%
Tỉnh	10,438,807	12,237,971	22,676,778	8,5%
NGUỒN TƯ	16,036,519	15,600,379	31,636,898	11,9%
Doanh nghiệp tư nhân trong nước	144,812		144,812	0,1%
Hộ gia đình	15,891,707	15,600,379	31,492,086	11,8%
NGUỒN QUỐC TẾ	94,161,903	102,221,779	196,383,682	73,7%
Các tổ chức song phương	70,785,002	84,013,483	154,798,484	58,1%
Chính phủ Australia	2,471,859	1,502,842	3,974,701	1,5%
Chính phủ Canada	137,207	300,000	437,207	0,2%

NGUỒN	2009	2010	TỔNG 09 - 10	%
Chính phủ Đan Mạch		4,176,787	4,176,787	1,6%
Chính phủ Pháp	598,866	321,443	920,309	0,3%
Chính phủ Anh	2,256,690	7,534,127	9,790,817	3,7%
Chính phủ Mỹ (PEPFAR)	63,926,353	69,340,357	133,266,710	50,0%
Chính phủ Đức	158,083		158,083	0,1%
Chính phủ Ireland	398,397	117,000	515,397	0,2%
Chính phủ Hà Lan	385,379	502,195	887,574	0,3%
Chính phủ Thụy Điển	448,912	159,897	608,809	0,2%
Các chính phủ khác (Nhật, Luxembourg, Na Uy)	3,255	58,835	62,090	0,0%
Các tổ chức đa phương	22,975,232	17,512,495	40,487,727	15,2%
Ngân hàng phát triển châu Á (ADB)	6,320,161	6,152,088	12,472,249	4,7%
Quỹ toàn cầu (GFATM)	5,829,561	6,650,517	12,480,078	4,7%
Các tổ chức LHQ	1,670,997	1,343,508	3,014,505	1,1%
Ngân hàng thế giới	8,443,611	1,849,216	10,292,827	3,9%
Quỹ đa phương hoặc quỹ phát triển n.e.c	710,902	1,517,166	2,228,068	0,8%
Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế	401,670	695,801	1,097,471	0,4%
Quỹ Bill và Melinda Gates	46,697	20,887	67,584	0,0%
Quỹ Ford	14,880		14,880	0,0%
Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế khác	340,093	674,914	1,015,007	0,4%
TỔNG	127,374,483	139,253,245	266,627,728	100,0%

Trong năm 2009-2010, Chính phủ đã dành tổng cộng 38,6 triệu USD cho các chương trình quốc gia phòng, chống AIDS; 154,8 triệu USD được tài trợ bởi các nhà tài trợ song phương (trong đó có 133 triệu USD từ PEPFAR) và 40,5 triệu USD bởi các tổ chức đa phương. Các hộ gia đình tự chi trả khoảng 31,6 triệu USD, trong khi các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế cung cấp khoảng 1,1 triệu USD.

Hình 5

Chi cho AIDS quốc gia theo ba nguồn tài trợ chính, 2009 - 2010



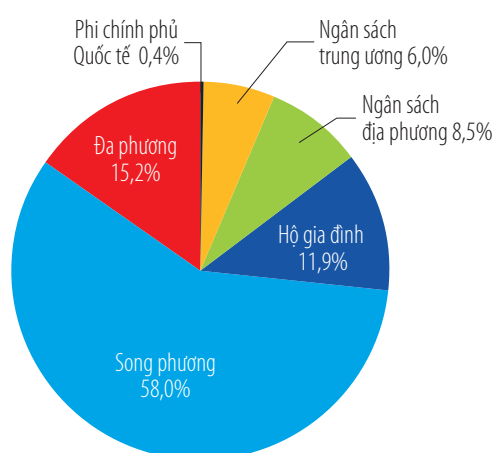
Các nguồn quốc tế đóng góp 73,7% của tổng nguồn lực cho AIDS trong các năm 2009 và 2010, trong đó 58% là từ các khoản tài trợ song phương và 15,2% từ các nguồn đa phương.

Riêng PEPFAR đóng góp khoảng 50% tổng nguồn lực cho AIDS tại Việt Nam, số này chiếm 86% các khoản đóng góp song phương trong giai đoạn 2009-2010. Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế đóng góp 0,4% tổng chi tiêu.

Ngân sách Chính phủ, bao gồm ngân sách trung ương và ngân sách địa phương, đóng góp 14,5% tổng chi tiêu về AIDS, trong khi các hộ gia đình đóng góp khoảng 12%.

Hình 6

Tỷ lệ các nguồn tài trợ chính trong tổng chi tiêu về AIDS quốc gia, 2009 - 2010

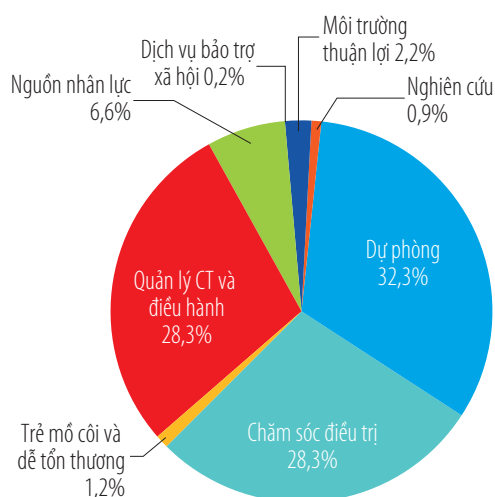


Chi tiêu về AIDS theo hạng mục chi tiêu

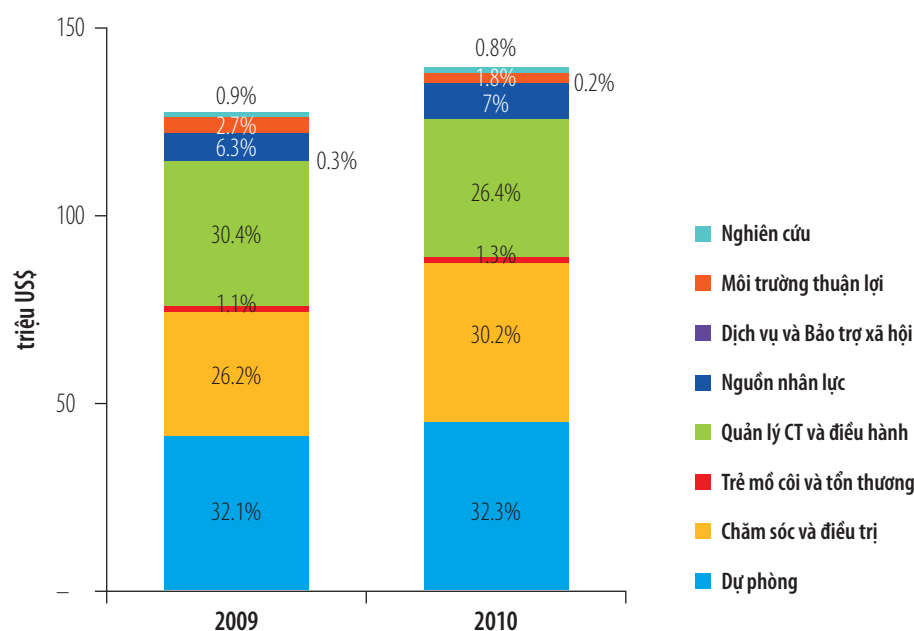
NASA cũng cho phép theo dõi các chi tiêu về AIDS theo chương trình. NASA phân loại các chi phí đó theo tám lĩnh vực can thiệp HIV chính. Sự phân bổ chi phí theo hạng mục chi tiêu về AIDS (ASC) được tóm tắt trong hình 8.

Hình 7

Tỷ lệ các hạng mục chi tiêu về AIDS lớn trong tổng chi tiêu, 2009 - 2010



Hình 8
Phân bổ chi tiêu theo hạng mục chi tiêu về AIDS, 2009 - 2010



Trong năm 2009 và 2010, ba hạng mục chi tiêu nhận được phần lớn nguồn lực là dự phòng (32%), chăm sóc và điều trị (28%), và quản lý chương trình và tăng cường quản lý (29%). Nguồn nhân lực chiếm 7% tổng chi tiêu, môi trường hỗ trợ chiếm 2%, trẻ mồ côi và bị ảnh hưởng (OVC) và nghiên cứu chiếm 1% và bảo trợ xã hội ít hơn 1%.

Các con số tuyệt đối của chi tiêu cho dự phòng tăng từ 41 triệu USD trong năm 2009 đến 45 triệu USD trong năm 2010, nhưng tỷ lệ chi tiêu cho dự phòng so với tổng chi tiêu vẫn giữ nguyên (32%). Chi về chăm sóc và điều trị tăng trong năm 2010, cả số tuyệt đối và tỷ lệ từ 33,8 triệu USD (26%) trong năm 2009 lên 42,6 triệu USD (30%). Tuy nhiên, chi cho quản lý chương trình và tăng cường quản lý đã giảm nhẹ trong giai đoạn này, từ 38,8 triệu USD (30%) trong năm 2009 đến USD 36,8 (26%) trong năm 2010.

Chi tiêu cho trẻ mồ côi và dễ bị tổn thương (OVC) ít về lượng, nhưng đã tăng từ 1,4 triệu USD trong năm 2009 lên đến 1,8 triệu USD trong năm 2010. Chi tiêu cho nguồn nhân lực cũng tăng nhẹ về cả số tuyệt đối và tỷ lệ, trong khi có sự giảm sút trong chi tiêu cho các dịch vụ và bảo trợ xã hội, môi trường hỗ trợ và nghiên cứu.

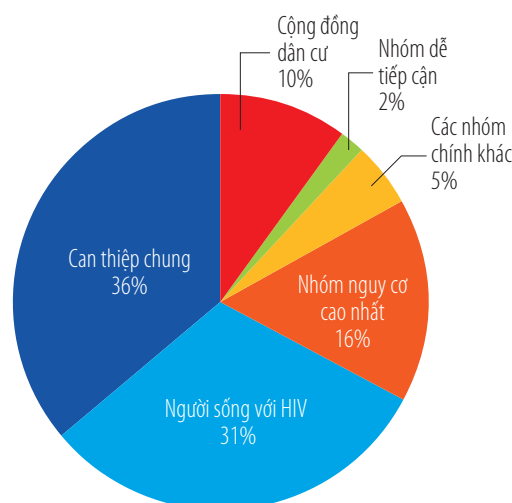
Chi tiêu về AIDS theo nhóm quần thể hưởng lợi

NASA cho phép phân loại hạng mục chi tiêu theo nhóm quần thể hưởng lợi từ các dịch vụ phòng chống AIDS. NASA phân loại 6 nhóm quần thể chính là 1. Cộng đồng dân cư, 2. người sống chung với HIV; 3. Nhóm quần thể có nguy cơ cao; 4. nhóm quần thể đặc biệt “dễ tiếp cận”; 5. nhóm quần thể khác; và can thiệp chung không theo quần thể đích đặc thù. Số liệu tại Bảng 9 và Hình 10 trình bày phân loại chi tiêu AIDS hàng năm theo 6 nhóm quần thể đích chính cho năm 2009-2010.

Trong giai đoạn 2009-2010, 31% tổng chi tiêu cho AIDS dành cho nhóm người sống chung với HIV. Các hoạt động nhằm vào nhóm quần thể có nguy cơ cao (bao gồm người tiêm chích ma túy, người bán dâm và nam tình dục đồng giới) chiếm khoảng 16% tổng chi tiêu cho AIDS trong giai đoạn này. Các nhóm quần thể chính đặc thù khác bao gồm trẻ OVC, phụ nữ có thai, người di biến động, tù nhân, bạn tình người có HIV, người cho máu dành được khoản chi phí là 5% tổng chi tiêu. Các hoạt động dành cho quần thể đặc thù “dễ tiếp cận” như khách hàng STI, công nhân, quân nhân, sinh viên, nhận được khoảng 3% hoạt động chi tiêu. Quần thể dân cư chung được thụ hưởng 10% chi tiêu cho AIDS, trong khi khoảng 36% tổng nguồn tiền dành cho các hoạt động hỗ trợ chung như tập huấn, quản lý và điều hành chương trình, theo dõi giám sát và đầu tư cơ sở vật chất.

Hình 9

Phân bổ chi tiêu AIDS theo các nhóm quần thể hưởng lợi từ chương trình, 2009 - 2010



Hình 10

Chi tiết chi tiêu 2009 - 2010 theo 6 nhóm hưởng lợi

NHÓM QUẦN THỂ HƯỞNG LỢI	2009	2010	2009-2010	%
Người sống chung với HIV	35,694,752	46,594,814	82,289,566	31%
Nhóm quần thể nguy cơ cao	21,164,259	20,522,932	41,687,191	16%
Các nhóm quần thể chính khác	6,471,014	6,787,652	13,258,666	5%
Các nhóm đích dễ tiếp cận	2,841,871	3,547,015	6,388,886	2%
Cộng đồng dân cư chung	11,023,664	15,190,698	26,214,362	10%
Can thiệp hỗ trợ chung	50,178,923	46,610,134	96,789,058	36%
Tổng số	127,374,483	139,253,245	266,627,728	100%

Chi cho AIDS trong năm 2009

Theo kết quả NASA vòng 1, có 127,4 triệu USD được chi để hỗ trợ ứng phó với HIV quốc gia trong năm 2009. Chi cho AIDS chiếm 0,13% GDP, chi tiêu bình quân đầu người là 1,48 USD.

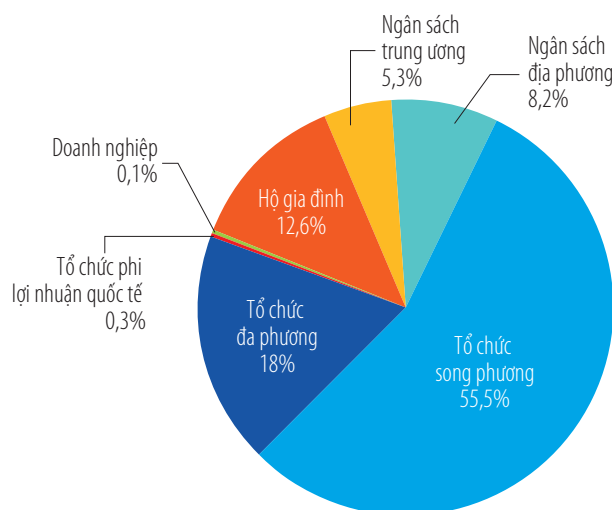
Trong năm 2009, các nguồn tài chính công, bao gồm ngân sách Trung ương và địa phương đã dành 17,1 triệu USD cho ứng phó với HIV. Trong số này, 6,7 triệu USD (39%) là từ nguồn ngân sách trung ương, chủ yếu là thông qua Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV (6,3 triệu USD), trong khi 10,4 triệu USD (61%) là từ nguồn ngân sách địa phương (các tỉnh), mà chủ yếu là hỗ trợ các chi phí hoạt động và đầu tư xây dựng cơ bản cho các Trung tâm phòng chống AIDS (PAC) tỉnh. Trong năm 2009, tổng chi tiêu từ ngân sách nhà nước cho phòng, chống HIV chiếm 1,06% tổng chi tiêu của Chính phủ cho y tế.

Các nguồn quốc tế cung cấp kinh phí cho 74% tổng chi tiêu AIDS, trong khi các nguồn trong nước đảm bảo 26% còn lại. Trong số tất cả các chi tiêu về AIDS được ghi nhận trong giai đoạn này, 55,6% được tài trợ thông qua các khoản tài trợ song phương và 18% từ các nguồn đa phương.

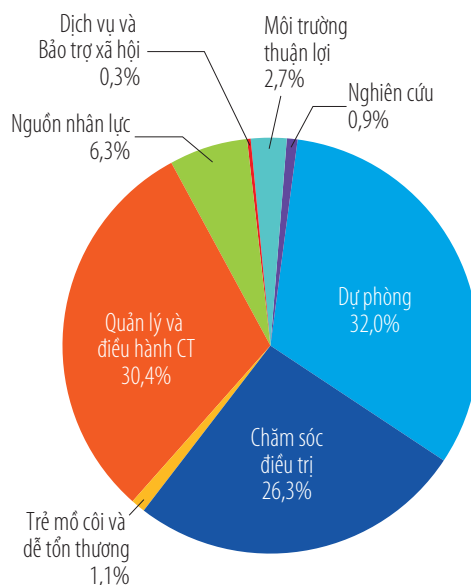
PEPFAR là nhà tài trợ song phương lớn nhất, cung cấp 64 triệu USD hay 50,2% chi tiêu quốc gia về AIDS. Ngân hàng Thế giới, Ngân hàng Phát triển Châu Á và Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét đã góp kinh phí tương ứng là 6,6%, 4,9% và 4,6% của chi tiêu quốc gia về AIDS. Chi tiết đóng góp theo nguồn xem hình 11.

Hình 11

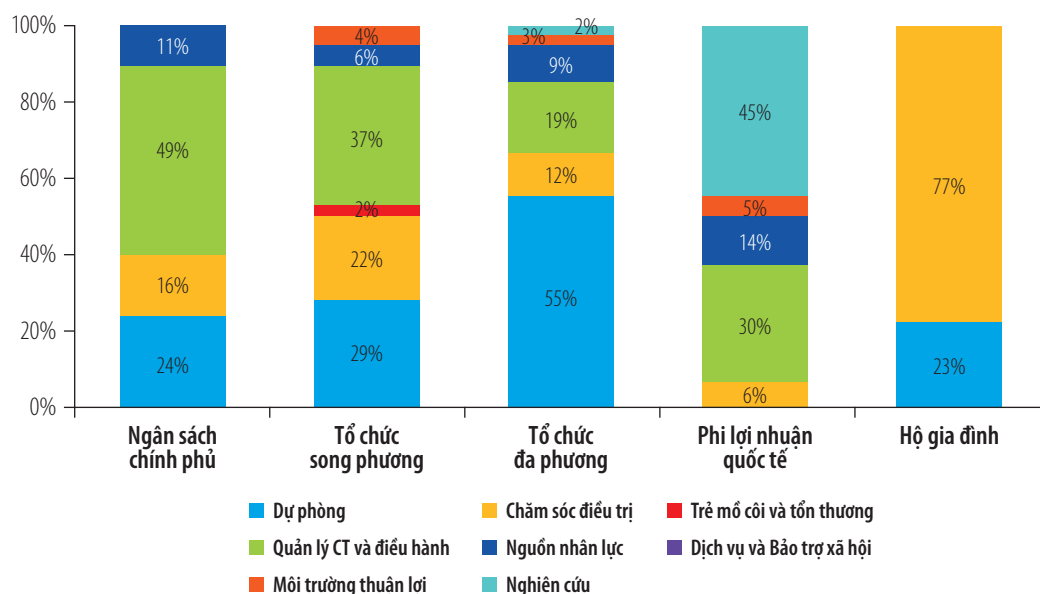
Tóm tắt chi tiêu về AIDS ở Việt Nam theo nguồn tài chính, 2009



Hình 12 mô tả chi tiêu cho AIDS theo 8 hạng mục chi tiêu cho AIDS chính (ASC). Phần lớn các nguồn lực được phân bổ cho công tác dự phòng (32% tổng nguồn lực), quản lý chương trình và tăng cường quản lý (30,4%) và chăm sóc và điều trị (26,3%). Trong năm 2009, Việt Nam đã dành 40,8 triệu USD cho dự phòng và 33,4 triệu đô la cho chăm sóc và điều trị. Tổng cộng có 6,3% kinh phí đã được dành cho nguồn nhân lực và 2,7% cho môi trường hỗ trợ. Các hạng mục nhận được nguồn lực ít nhất là chi cho trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương (OVC) và chi nghiên cứu, với khoảng 1% các nguồn lực cho mỗi hạng mục; Chi bảo trợ và dịch vụ xã hội chỉ có 0,3%. Chi tiết phân loại chi tiêu về AIDS theo hạng mục chi ASC được nêu trong phụ lục 3a của báo cáo này.

Hình 12**Tổng chi tiêu về AIDS theo ASC, 2009**

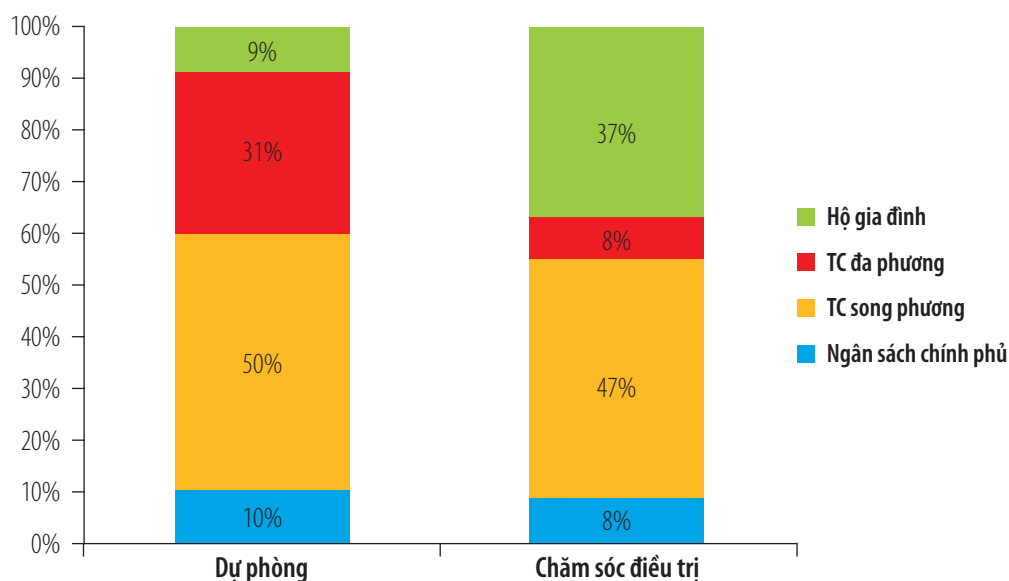
Phân tích chi tiết hơn về chi tiêu theo nguồn tài chính và theo hạng mục chi ASC (hình 13) cho thấy chi tiêu của Chính phủ được tập trung vào quản lý chương trình và tăng cường quản lý (49%). Tương tự như vậy, các nguồn tài trợ song phương tập trung 37% nguồn lực vào quản lý chương trình và điều hành, nhưng cũng đầu tư nhiều cho công tác dự phòng (29%) và chăm sóc và điều trị (22%). Dự phòng là trọng tâm chính của các nguồn đa phương, chiếm 55% nguồn lực, tiếp theo là quản lý chương trình và tăng cường quản lý (19%). Có 45% các nguồn lực từ các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế đã được dành cho nghiên cứu, trong khi chi tiêu hộ gia đình tập trung vào chăm sóc và điều trị (77%) và dự phòng (23%).

Hình 13**Phân bổ chi tiêu theo nguồn và theo các hạng mục ASC, 2009**

Hình 14 minh họa sự đóng góp của các nguồn tài chính khác nhau cho hai hạng mục chính là Dự phòng, chăm sóc và điều trị. Cả hai hạng mục này nhận được các nguồn quốc tế tài trợ rất nhiều 81% tổng chi cho dự phòng và 55% tổng chi cho điều trị & chăm sóc. Ngân sách Chính phủ trả 10% chi phí dự phòng và 8% chi phí chăm sóc và điều trị, trong khi 37% chi phí chăm sóc và điều trị và 9% của công tác dự phòng là do các hộ gia đình tự chi trả.

Hình 14

Chi cho dự phòng, chăm sóc và điều trị theo các nguồn tài chính, 2009



Chi tiêu về AIDS trong 2010

Các số liệu thu thập trong năm 2011 cho thấy chi tiêu quốc gia cho AIDS tiếp tục tăng, đạt 139,3 triệu USD trong năm 2010, tăng 9% so với năm 2009. Tỷ trọng chi tiêu cho AIDS trong GDP vẫn ở mức 0,13%, nhưng chi tiêu bình quân đầu người tăng lên 1,68 USD từ mức 1,48 USD năm 2009.

Chính phủ đã chi 21,4 triệu USD cho phòng chống AIDS trong năm 2010, tăng 24% so với năm 2009. Từ tổng chi tiêu cho AIDS từ ngân sách nhà nước, 9,2 triệu USD là từ ngân sách trung ương (chiếm 43%), trong đó 8,2 triệu USD là chi từ nguồn chương trình mục tiêu quốc gia, và 12,2 triệu USD từ ngân sách địa phương (tỉnh) (56,7%).

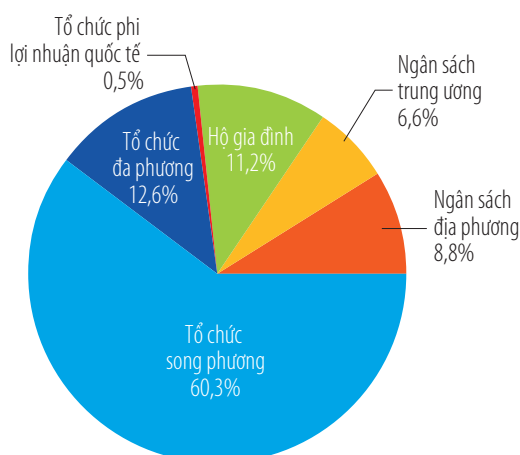
Hình 15 tóm tắt các nguồn tài chính chủ yếu chi cho chương trình AIDS trong năm 2010 và góp vào tổng chi tiêu quốc gia. Hình này cho thấy, 73,4% chi tiêu quốc gia cho AIDS được tài trợ bởi các nguồn quốc tế trong năm 2010, 15,4% được ngân sách Chính phủ chi trả và 11,2% được các hộ gia đình chi trả.

Các nhà tài trợ song phương tiếp tục là nguồn tài chính chủ yếu cho chương trình phòng chống AIDS, đóng góp 84 triệu USD vào năm 2010. PEPFAR là nhà tài trợ song phương lớn nhất, với 69,3 triệu USD đóng góp, chiếm 49,8% tổng chi tiêu cho AIDS. Bộ Phát triển Quốc tế (DFID) của Anh là nhà tài trợ song phương lớn thứ hai, góp 7,5 triệu USD, và Cơ quan Phát triển Quốc tế Đan Mạch (DANIDA) lớn thứ ba, 4,2 triệu USD.

Nguồn đa phương trả cho 11,8% chi tiêu về AIDS, với các nhà tài trợ lớn nhất là Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét và Ngân hàng Phát triển châu Á (ADB). Xem hình 15 để xem phân bổ chi tiết chi tiêu về AIDS theo nguồn tài trợ

Hình 15

Các nguồn tài chính lớn trong chi tiêu cho AIDS ở Việt Nam, 2010



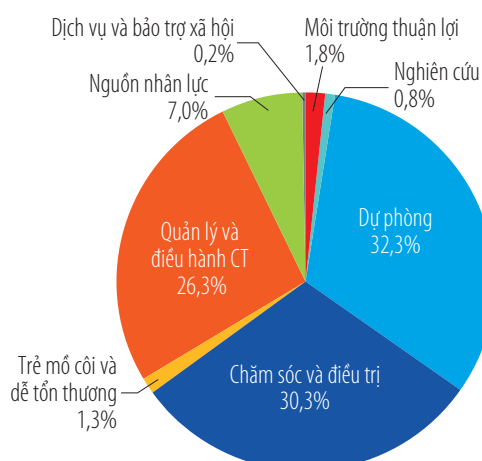
Cũng như trong năm 2009, phần lớn các chi tiêu về AIDS (khoảng 89% trong năm 2010) đã được tập trung vào 3 hạng mục – dự phòng, chăm sóc điều trị; và quản lý hành chính.

Chương trình dự phòng tiếp tục nhận được 32% trong tổng số nguồn lực cho AIDS; tài trợ cho các chương trình chăm sóc và điều trị tăng từ 26% tổng số các nguồn lực trong năm 2009 lên đến 30%, tuy nhiên, kinh phí cho các sáng kiến quản lý chương trình và hành chính giảm xuống còn 26% tổng các nguồn lực (từ 30% trong năm 2009).

Chi hỗ trợ nguồn nhân lực đã nhận được 7% tổng các chi phí, trong khi 2% các nguồn lực đã được dành cho tạo môi trường thuận lợi. Trẻ OVC và nghiên cứu, mỗi hạng mục nhận được 1% tổng nguồn lực. So với năm 2009, chi tiêu vào các dịch vụ trẻ OVC tăng 26% trong thực tế, từ 1.425.733 triệu USD lên đến 1.800.891 triệu USD (xem hình 16). Chi tiết phân tích theo hạng mục ASC ở phụ lục 3b dưới đây.

Hình 16

Tổng chi tiêu theo các hạng mục ASC, 2010

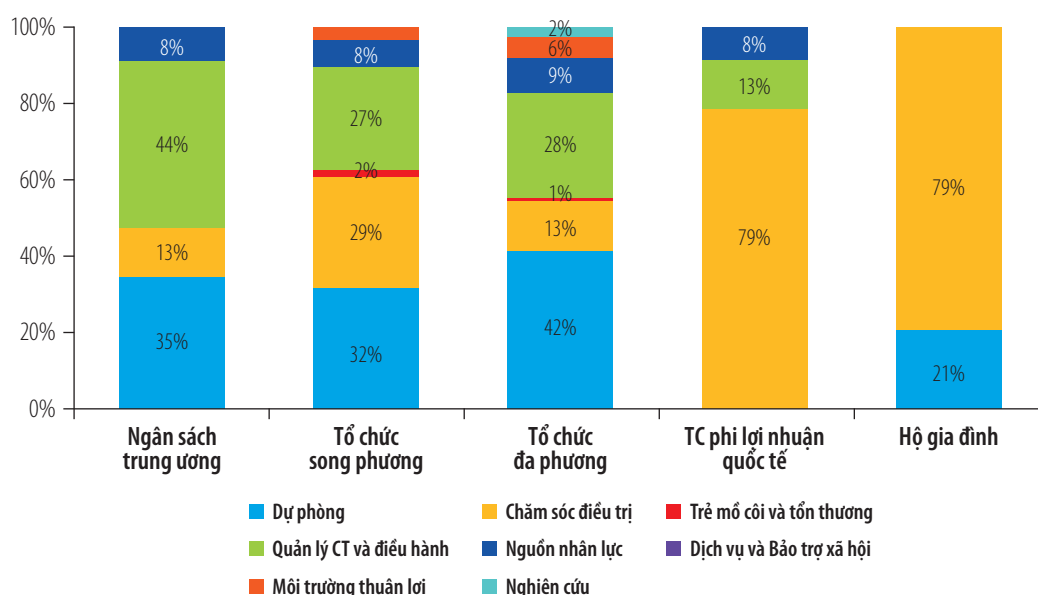


Trong năm 2010, khoảng một phần ba (35%) nguồn lực của Chính phủ được tập trung vào dự phòng, trong khi 13% đã được chi cho chăm sóc và điều trị. Quản lý chương trình và tăng cường quản lý thu hút 44% chi tiêu công.

Các nguồn lực song phương đã được phân phát đồng đều hơn cho dự phòng (32% tổng chi tiêu), chăm sóc và điều trị (29%) và quản lý chương trình và tăng cường quản lý (27%), các hoạt động về nguồn nhân lực (8%).

Mô hình chi tiêu các nguồn đa phương tương tự như chi tiêu của Chính phủ - 42% của tổng các nguồn lực đã được chi cho dự phòng, 28% cho quản lý chương trình và tăng cường quản lý và 13% cho chăm sóc và điều trị. Nguồn lực của các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế và chi tiêu từ hộ gia đình chủ yếu dành cho việc chăm sóc và điều trị – chiếm tỷ lệ tương ứng là 78% và 79% các nguồn lực (xem hình 17).

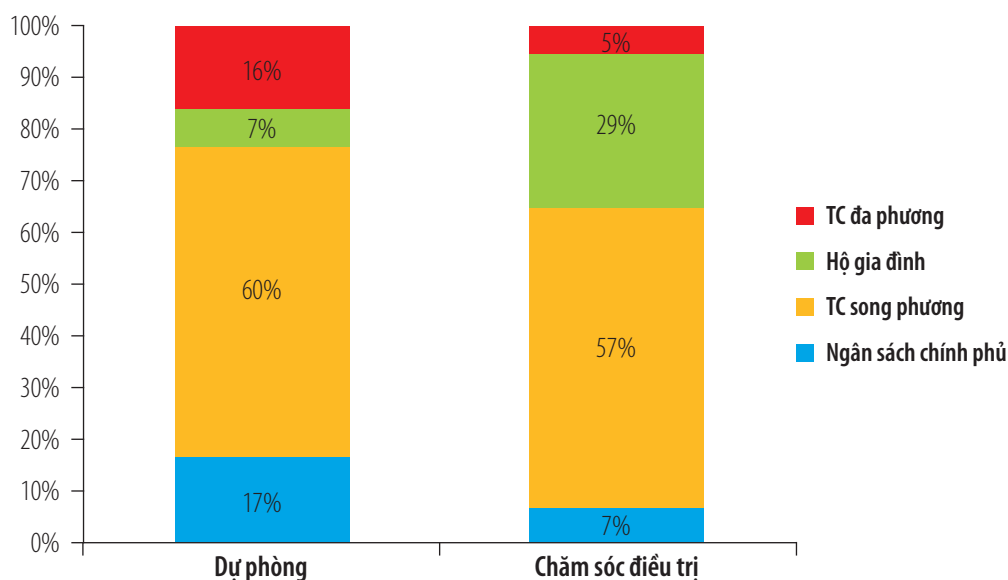
Hình 17
Phân bổ chi tiêu theo nguồn tài chính và hạng mục ASC, 2010



Nhìn chung, các nguồn quốc tế chi trả cho 76% chi phí của công tác dự phòng và 62% chi phí chăm sóc và điều trị, riêng các nhà tài trợ song phương chi trả cho 60% kinh phí của công tác dự phòng và 57% kinh phí chăm sóc và điều trị (hình 18). Ngân sách Chính phủ ở các cấp khác nhau chi trả cho 17% công tác dự phòng và 7% chi phí chăm sóc và điều trị, trong khi phần còn lại khoảng 26% chi phí chăm sóc và điều trị và 7% chi phí dự phòng là do hộ gia đình tự chi trả.

Hình 18

Chi cho dự phòng, chăm sóc và điều trị theo nguồn tài chính, 2010



TÊN CÁC TỔ CHỨC ĐÓNG GÓP CHO BÁO CÁO VỀ CHI TIÊU AIDS QUỐC GIA 2010

Song phương

1. Cơ quan hỗ trợ phát triển Quốc tế Úc (AusAid)
2. Cơ quan hỗ trợ phát triển Đan mạch(DANIDA)
3. Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER)
4. Cơ quan hỗ trợ phát triển Ai len Irish Aid
5. Cơ quan hỗ trợ phát triển quốc tế Anh (DFID)
6. Trung tâm phòng chống bệnh tật Mỹ (CDC)
7. Bộ quốc phòng Mỹ (DoD)
8. Cơ quan hỗ trợ phát triển Quốc tế Mỹ (USAID)
9. Cục Quản lý các dịch vụ sức khỏe tâm thần và nghiện các chất dạng thuốc phiện Mỹ (SAMHSA)

Đa phương

1. Chương trình phối hợp phòng chống AIDS Liên Hợp Quốc (UNAIDS)
2. Tổ chức Giáo dục và Khoa Học và Văn hóa, Liên Hợp Quốc(UNESCO)

3. Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc (UNICEF)
4. Quỹ phòng chống ma túy và tội phạm Liên Hợp Quốc (UNODC)
5. Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA)
6. Tổ chức Liên Hợp Quốc về phụ nữ và công bằng giới (UN Women)
7. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

Tổ chức phi lợi nhuận và các quỹ quốc tế

1. AIDS Healthcare Foundation (AHF)
2. Beth Israel Deaconess Medical Center
3. Clinton HIV/AIDS Initiative (CHAI)
4. Chemonics
5. FHI 360
6. Management Sciences for Health (MSH)
7. MEASURE
8. Medisch Comite Nederland-Vietnam (MCNV)
9. Pact
10. PSI

Công ty lợi nhuận quốc tế	
Abt Associates	24. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Đồng Nai
Các cơ quan nhà nước	
1. Liên hiệp hội phụ nữ VN	25. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Hà Tĩnh
2. Ban quản lý dự án trung ương Dự án LIFEGAP (BYT)	26. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Hậu Giang
3. Ban quản lý dự án trung ương Dự án Quĩ toàn cầu (BYT)	27. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Khánh Hòa
4. Ban quản lý dự án trung ương Dự án Ngân hàng thế giới (BYT)	28. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Lai Châu
5. Ban quản lý dự án HAARP, MOH	29. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Lào Cai
6. Cục phòng chống tệ nạn xã hội – Bộ LĐTBXH	30. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Long An
7. Ủy ban AIDS TP HCM	31. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Nghệ An
8. Viện Pasteur HCM	32. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Ninh Bình
9. Trường Y tế công cộng Hà Nội	33. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Ninh Thuận
10. Viện VSDTTW (NIHE), Bộ Y tế	34. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Phú Thọ
11. Cục phòng, chống HIV/AIDS (VAAC)	35. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Quảng Bình
12. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bắc Giang	36. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Quảng Nam
13. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bắc Ninh	37. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Quảng Ngãi
14. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bình Dương	38. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Quảng Ninh
15. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bình Phước	39. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Quảng Trị
16. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bình Thuận	40. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Thái Bình
17. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bà Rịa – Vũng Tàu	41. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Thanh Hóa
18. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Cần Thơ	42. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Tiền Giang
19. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Cao Bằng	43. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Trà Vinh
20. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Đà Nẵng	44. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Tuyên Quang
21. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Đắk Nông	
22. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Đắk Lắk	
23. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Điện Biên	

PHỤ LỤC 4

CÁC CHỈ SỐ BÁO CÁO CHÍNH

Chỉ số 1.1 Tỷ lệ nam, nữ thanh niên tuổi từ 15-24 xác định đúng các biện pháp dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và bác bỏ các quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV.

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Khảo sát quốc gia về thanh niên và trẻ vị thành niên ở Việt Nam tuổi từ 15-24 (SAVY)
- **Nhóm đối tượng đích:** Thanh niên tuổi từ 15-24
- **Địa điểm khảo sát:** 63 tỉnh/thành phố
- **Phương pháp khảo sát:** Khảo sát hộ gia đình theo phương pháp điều tra ngang

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người tuổi từ 15-24 trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi:
 1. Quan hệ tình dục với chỉ một bạn tình không nhiễm HIV mà người đó không có các bạn tình khác có thể làm giảm nguy cơ lây truyền HIV hay không?
 2. Sử dụng bao cao su thường xuyên trong mỗi lần quan hệ tình dục có thể làm giảm nguy cơ lây truyền HIV hay không?
 3. Một người trông khỏe mạnh có thể nhiễm HIV hay không?
 4. Muối và các côn trùng khác cắn có thể làm lây truyền HIV hay không?
 5. Một người có thể nhiễm HIV do ăn chung với người có HIV hay không?
- **Mẫu số:** Tổng số đối tượng trong độ tuổi từ 15-24

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 42,5% số người tuổi từ 15-24 xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và bác bỏ các quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV. Tỷ lệ này gần như tương tự với tỷ lệ khảo sát năm 2005.
- Tỷ lệ người nhóm tuổi 20-24 xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và bác bỏ các quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV (47%) cao hơn không đáng kể so với tỷ lệ trong nhóm người tuổi từ 15-19 (40%).
- Tỷ lệ này được xác định cao hơn không đáng kể ở nam giới (44%) so với nữ giới (41%).
- Tuy nhiên, theo điều tra MICS4 vào năm 2010-2011, tỷ lệ này trong nhóm nữ giới cao hơn một chút (49,9%) so với tỷ lệ trong cùng nhóm nữ theo kết quả điều tra SAVY 2009 (40,8%).

4. Hạn chế của số liệu

- 2,3% số người tham gia nghiên cứu không trả lời câu hỏi này.

Chỉ số 1.2 Tỷ lệ nam, nữ thanh niên quan hệ tình dục trước tuổi 15.

1. Phương pháp thu thập dữ liệu

- **Nguồn số liệu:** Khảo sát quốc gia về thanh niên và trẻ vị thành niên ở Việt Nam tuổi từ 15-24 (SAVY).
- **Nhóm đối tượng đích:** Thanh niên tuổi từ 15-24.
- **Địa điểm khảo sát:** 63 tỉnh/thành phố.
- **Phương pháp khảo sát:** Khảo sát hộ gia đình theo phương pháp điều tra ngang.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số nam, nữ thanh niên tuổi từ 15-24 có quan hệ tình dục trước tuổi 15.
- **Mẫu số:** Tất cả số người được phỏng vấn tuổi từ 15-24.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy chỉ 0,11% số thanh niên tuổi từ 15-24 trả lời có quan hệ tình dục trước tuổi 15. Tỷ lệ này thấp hơn 3,6 lần so với tỷ lệ của năm 2005 (0,4%).
- Tỷ lệ này trong nhóm nam giới (0,16%) cao hơn so với nhóm nữ giới (0,07%).
- Tỷ lệ này trong nhóm tuổi 20-24 (0,19%) cao hơn so với nhóm tuổi 15-19 (0,07%).
- Tuy nhiên, theo điều tra MICS4 vào năm 2010-2011, tỷ lệ này trong nhóm nữ giới vẫn thấp ở mức 0,32% nhưng cao hơn so với tỷ lệ trong cùng nhóm nữ theo kết quả điều tra SAVY 2009 (0,07%).

4. Hạn chế của số liệu

- Vì các chuẩn mực văn hoá Việt Nam hạn chế bàn về hoạt động tình dục nên có thể đã cản trở những người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi tế nhị liên quan đến hoạt động tình dục khi còn ít tuổi. Ngoài ra, SAVY cũng được thực hiện tại hộ gia đình, cách này đã hạn chế tính riêng tư cho những người được phỏng vấn khi trả lời các câu hỏi tế nhị và có thể còn ảnh hưởng lớn hơn tới độ trung thực trong các câu trả lời về hoạt động tình dục.

Chỉ số 1.3 Tỷ lệ người tuổi từ 15-49 có quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua.

1. Phương pháp thu thập dữ liệu

- **Nguồn số liệu:** Khảo sát quốc gia về thanh niên và trẻ vị thành niên ở Việt Nam tuổi từ 15-24 (SAVY).
- **Nhóm đối tượng đích:** Thanh niên tuổi từ 15-24.
- **Địa điểm khảo sát:** 63 tỉnh/thành phố.
- **Phương pháp khảo sát:** Khảo sát hộ gia đình theo phương pháp điều tra ngang.

2. Cách tính

- **Tỷ số:** Số người tuổi từ 15-49 có quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua.
- **Mẫu số:** Tất cả số người được phỏng vấn tuổi từ 15-49.

3. Kết quả

- Rất ít người được phỏng vấn trả lời rằng họ quan hệ với nhiều bạn tình. Chỉ 1,28% số người được phỏng vấn nhóm tuổi 15-24 cho biết họ quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ của năm 2005 (0,77%).
- Tỷ lệ này ở nam giới (2,44%) cao hơn rất nhiều so với ở nữ giới (0,11%). So với năm 2007, tỷ lệ này ở cả nam giới và nữ giới đều cao hơn đáng kể.
- Kết quả điều tra MICS4 2010-2011 trong nhóm nữ cho kết quả tương tự như điều tra SAVY 2009.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu về nhóm tuổi 25-49.
- Trong điều tra này, những người thuộc các nhóm có hành vi gây nguy cơ lây nhiễm HIV lớn nhất ít khi có mặt ở nhà vào thời điểm tiến hành điều tra nên có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của các kết quả.
- Vì các chuẩn mực văn hoá Việt Nam hạn chế bàn về hoạt động tình dục nên có thể đã cản trở những người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi tế nhị liên quan đến tình dục tiền hôn nhân và tình dục ngoài hôn nhân. Ngoài ra, SAVY cũng được thực hiện tại hộ gia đình, cách này đã hạn chế tính riêng tư cho những người được phỏng vấn khi trả lời các câu hỏi tế nhị và còn ảnh hưởng lớn hơn tới độ trung thực trong các câu trả lời về hoạt động tình dục.

Chỉ số 1.4. Tỷ lệ người tuổi từ 15-49 có quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua và cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất.

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Khảo sát quốc gia về thanh niên và trẻ vị thành niên tại Việt Nam tuổi từ 15-24 (SAVY).
- **Nhóm đối tượng đích:** Thanh niên nhóm tuổi 15-24.
- **Địa điểm khảo sát:** 63 tỉnh/thành phố.
- **Phương pháp khảo sát:** Khảo sát hộ gia đình theo phương pháp điều tra ngang.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người được phỏng vấn tuổi từ 15-49 có quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua cũng cho biết đã sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất.
- **Mẫu số:** Tất cả số người được phỏng vấn tuổi từ 15-49 cho biết đã quan hệ tình dục với nhiều hơn một bạn tình trong 12 tháng qua.

3. Kết quả

- Tỷ lệ nam thanh niên nhóm tuổi 15-24 cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất với phụ nữ mại dâm là 93%.
- Tỷ lệ này không khác biệt đáng kể giữa nhóm nam giới tuổi 15-19 (100%) và nhóm nam giới tuổi 20-24 (90%); tuy nhiên, tổng số (56) người trả lời đã từng quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm là quá nhỏ để có thể có sự so sánh và giải thích chính xác.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có dữ liệu về nhóm tuổi 25-49.
- Tử số khác với chỉ dẫn của GAPR. Tử số được sử dụng trong báo cáo này là: “Số nam thanh niên tuổi từ 15-24 trả lời có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất với phụ nữ mại dâm”.
- Mẫu số khác với chỉ dẫn của GAPR. Mẫu số được sử dụng trong báo cáo này là: “Số nam thanh niên tuổi từ 15-24 trả lời đã từng quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm”.
- Trong điều tra này, những người thuộc các nhóm có hành vi gây nguy cơ lây nhiễm HIV lớn nhất ít khi có mặt ở nhà vào thời điểm tiến hành điều tra nên có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của các kết quả.
- Vì các chuẩn mực văn hoá Việt Nam hạn chế bàn về hoạt động tình dục nên có thể đã cản trở những người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi tế nhị liên quan đến tình dục tiền hôn nhân và tình dục ngoài hôn nhân. Ngoài ra, SAVY cũng được thực hiện tại hộ gia đình, cách này đã hạn chế tính riêng tư cho những người được phỏng vấn khi trả lời các câu hỏi tế nhị mà có thể còn ảnh hưởng lớn hơn tới độ trung thực trong các câu trả lời về hoạt động tình dục.

Chỉ số 1.7. Tỷ lệ phần trăm người hành nghề mại dâm đã tiếp cận các chương trình dự phòng HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam năm 2009. Bộ Y tế Việt Nam (2009).
- **Nhóm đối tượng đích:** Phụ nữ mại dâm (nữ từ 18 tuổi trở lên, quan hệ tình dục vì tiền ít nhất một lần trong tháng trước thời điểm khảo sát, đang hành nghề trên đường phố hoặc trong nhà hàng, và đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục).
- **Địa điểm khảo sát:** IBBS được tiến hành tại 10 tỉnh thành, bao gồm: Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Nghệ An, Yên Bái, Đà Nẵng, Đồng Nai, thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ và An Giang. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, các quận/huyện được coi là “điểm nóng” được lựa chọn làm địa điểm khảo sát.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2009, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS của FHI) áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm.

2. Cách tính

- **Tỷ số:** Số phụ nữ mại dâm đã tiếp cận chương trình can thiệp dự phòng HIV, bao gồm cả việc biết nơi để xét nghiệm HIV và được phát bao cao su trong 12 tháng qua.
- **Mẫu số:** Tổng số phụ nữ mại dâm được điều tra.

3. Kết quả

- Kết quả của IBBS cho thấy tỷ lệ phụ nữ mại dâm đã tiếp cận chương trình dự phòng HIV là 47,3%.
- Khảo sát IBBS cho thấy xấp xỉ 57,7% phụ nữ mại dâm biết phải tới đâu để xét nghiệm HIV, và 69,7% trong số họ đã được phát bao cao su trong 12 tháng qua.
- Số phụ nữ mại dâm ở độ tuổi lớn hơn 25 nhiều khả năng tiếp cận các chương trình dự phòng HIV (53,3%) hơn so với số phụ nữ mại dâm có độ tuổi ít hơn 25 (37,3%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về hoạt động mại dâm trong tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có dữ liệu về nam mại dâm.

Chỉ số 1.8. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ và nam giới hành nghề mại dâm khẳng định có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Phụ nữ mại dâm (nữ từ 16 tuổi trở lên, đã từng bán dâm qua quan hệ tình dục bằng đường âm đạo hoặc hậu môn ít nhất một lần trong 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu tại địa bàn tỉnh).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ được tiến hành tại 12 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Đà Nẵng, Điện Biên, Hà Nội, Hải Dương, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, phụ nữ hành nghề mại dâm được lựa chọn tại các “điểm nóng” thông qua giới thiệu của nhóm cộng tác viên hoặc nhóm tuyên truyền đồng đẳng hoặc thông qua chủ các tụ điểm.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm, áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm trong đó mỗi tụ điểm là một cụm.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người hành nghề mại dâm khẳng định có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất.
- **Mẫu số:** Số người hành nghề mại dâm bán dâm trong 12 tháng qua.

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 88,6% phụ nữ mại dâm có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất trong 1 tháng qua. Tỷ lệ này cao hơn một chút so với kết quả IBBS 2009 – 77,7%.
- Chỉ số này không chênh lệch nhiều giữa nhóm phụ nữ hành nghề mại dâm dưới 25 tuổi và trên 25 tuổi.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về hoạt động mại dâm trong 12 tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nam mại dâm.
- Nghiên cứu HSS+ chỉ lựa chọn phụ nữ mại dâm trong 1 tháng qua, trong khi yêu cầu báo cáo GAPR là thu thập số liệu trong nhóm phụ nữ mại dâm trong 12 tháng qua.

Chỉ số 1.9. Tỷ lệ phần trăm người hành nghề mại dâm đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Phụ nữ mại dâm (nữ từ 16 tuổi trở lên, đã từng bán dâm qua quan hệ tình dục bằng đường âm đạo hoặc hậu môn ít nhất một lần trong 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu tại địa bàn tỉnh).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ được tiến hành tại 12 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Đà Nẵng, Điện Biên, Hà Nội, Hải Dương, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, phụ nữ hành nghề mại dâm được lựa chọn tại các “điểm nóng” thông qua giới thiệu của nhóm cộng tác viên hoặc nhóm tuyên truyền đồng đẳng hoặc thông qua chủ các tụ điểm.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm, áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm trong đó mỗi tụ điểm là một cụm.

2. Cách tính

- **Tỷ số:** Số phụ nữ mại dâm được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả.
- **Mẫu số:** Số phụ nữ mại dâm trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát năm 2011 cho 43,8% phụ nữ mại dâm đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả.
- Tỷ lệ này trong nhóm phụ nữ mại dâm có độ tuổi ít hơn 25 (50%) cao hơn so với nhóm PNMD trên 25 tuổi (38,8%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về hoạt động mại dâm trong tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có dữ liệu về nam mại dâm.

Chỉ số 1.10. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mại dâm nhiễm HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Giám sát trọng điểm HIV
- **Nhóm đối tượng đích:** Phụ nữ mại dâm tại cộng đồng⁷¹
- **Địa điểm khảo sát:** 39/63 tỉnh và thành phố ở Việt Nam
- **Phương pháp khảo sát:** Quá trình giám sát trọng điểm do Bộ Y tế tiến hành mỗi năm một lần từ tháng 5 đến tháng 8. Xét nghiệm HIV áp dụng phương cách II theo hướng dẫn quốc gia.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người hành nghề mại dâm xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Tổng số người hành nghề mại dâm xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Theo kết quả giám sát trọng điểm, tỷ lệ phụ nữ mại dâm nhiễm HIV ở 39 tỉnh năm 2011 là 3,0%. Tỷ lệ này năm 2009 là 3,2%.
- Tỷ lệ phụ nữ mại dâm nhiễm HIV cao nhất là ở Hà Nội (22,5%), Lạng Sơn (17,1%), Cần Thơ (10,7%), Điện Biên (8%) và Sóc Trăng (6%).
- IBBS tiến hành ở 10 tỉnh/thành phố năm 2009 cho thấy tỷ lệ phụ nữ mại dâm nhiễm HIV là 9,1%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ toàn quốc.

4. Hạn chế của số liệu

- Kết quả của giám sát trọng điểm thể hiện xu thế nhiễm HIV ở những khu vực trọng điểm, nhưng không đại diện cho nhóm đối tượng đích trên toàn quốc. Ngoài ra, hầu hết các khu vực trọng điểm đều là các khu đô thị, do vậy số liệu này không đại diện cho vùng nông thôn và hẻo lánh và khu vực miền núi.
- Không có số liệu theo nhóm tuổi.
- Không có số liệu về mại dâm nam.

⁷¹ Là những phụ nữ mại dâm không ở trong trung tâm 05

Chỉ số 1.11. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đã tiếp cận các chương trình dự phòng HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam năm 2009. Bộ Y tế Việt Nam (2009).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam quan hệ tình dục đồng giới (nam giới từ 15 tuổi trở lên, đã có quan hệ tình dục đồng giới ít nhất một lần trong 12 tháng trước khi khảo sát, đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, và có thể tham chiếu có hiệu lực được cung cấp bởi một người trả lời khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** IBBS được tiến hành tại bốn tỉnh thành: Hà Nội, Hải Phòng, thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, các quận/huyện được coi là “điểm nóng” được lựa chọn làm địa điểm khảo sát.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2009, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS của FHI). Người tham gia khảo sát được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Cách tính

- **Tử số:** Số nam tình dục đồng giới đã tiếp cận chương trình can thiệp dự phòng HIV, bao gồm cả việc biết nơi để xét nghiệm HIV và được phát bao cao su trong 12 tháng qua.
- **Mẫu số:** Tổng số nam tình dục đồng giới được điều tra.

3. Kết quả

- Khảo sát IBBS cho thấy 38,5% - 47,4% số nam tình dục đồng giới biết phải tới đâu để xét nghiệm HIV, và 24,2% - 48,6% trong số họ đã được phát bao cao su trong 12 tháng qua. Tuy nhiên, chỉ có 12,8% - 30% trong số họ vừa biết địa điểm xét nghiệm HIV vừa nhận được bao cao su.
- Nhóm nam tình dục đồng giới có độ tuổi trên 25 có xu hướng được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV (30,2%) nhiều hơn nhóm dưới 25 tuổi (17,7%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về số nam tình dục đồng giới trong bốn tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Chỉ số này chỉ xem xét mức độ bao phủ của các chương trình can thiệp, trong khi chất lượng và tần suất của các chương trình, vốn cũng rất quan trọng, lại không được đo lường.

Chỉ số 1.12. Tỷ lệ phần trăm nam giới khẳng định có sử dụng bao cao su lần cuối khi họ quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn.

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam quan hệ tình dục đồng giới (nam giới từ 16 tuổi trở lên, đã có quan hệ tình dục đồng giới ít nhất một lần trong 12 tháng trước khi khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ trong nhóm MSM được tiến hành tại 5 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Đà Nẵng, Hà Nội, Hải Dương, và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, MSM được lựa chọn theo phương pháp hòm tuyết lăn.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số nam giới khẳng định có sử dụng bao cao su lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn.
- **Mẫu số:** Số người được hỏi khẳng định quan hệ tình dục đồng giới nam qua đường hậu môn trong sáu tháng qua.

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy có 75,6% người được hỏi khẳng định có sử dụng bao cao su trong lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn.
- Tỷ lệ này không mấy chênh lệch giữa nhóm đồng tính nam dưới 25 tuổi (74,5%) và trên 25 tuổi (77%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập trong nhóm nam tình dục đồng giới tại 5 tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Nghiên cứu HSS+ lựa chọn MSM có quan hệ tình dục đồng giới trong 12 tháng qua, trong khi yêu cầu báo cáo chỉ số GAPR là trong nhóm MSM có quan hệ tình dục đồng giới trong 6 tháng qua.

Chỉ số 1.13. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam quan hệ tình dục đồng giới (nam giới từ 16 tuổi trở lên, đã có quan hệ tình dục đồng giới ít nhất một lần trong 12 tháng trước khi khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ trong nhóm MSM được tiến hành tại 5 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Đà Nẵng, Hà Nội, Hải Dương, và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, MSM được lựa chọn theo phương pháp hòm tuyết lặn.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm.

2. Cách tính

- **Tỷ số:** Số lượng nam tình dục đồng giới được xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả.
- **Mẫu số:** Số lượng nam tình dục đồng giới trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy chỉ có 30,2% nam tình dục đồng giới đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả.
- Tỷ lệ này không mấy chênh lệch giữa nhóm đồng tính nam dưới 25 tuổi (30,6%) và trên 25 tuổi (29,7%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập trong nhóm nam tình dục đồng giới ở 5 tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.

Chỉ số 1.14. Tỷ lệ phần trăm nam quan hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) ở Việt Nam năm 2009. Bộ Y tế Việt Nam (2009).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam quan hệ tình dục đồng giới (nam giới từ 15 tuổi trở lên, đã có quan hệ tình dục đồng giới ít nhất một lần trong 12 tháng trước khi khảo sát, đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, và có thể tham chiếu có hiệu lực được cung cấp bởi một người trả lời khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** IBBS được tiến hành tại bốn tỉnh thành: Hà Nội, Hải Phòng, thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, các quận/huyện được coi là "điểm nóng" được lựa chọn làm địa điểm khảo sát.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2009, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS của FHI). Người tham gia khảo sát được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Cách tính

- **Tử số:** Số nam tình dục đồng giới dương tính với HIV
- **Mẫu số:** Số nam tình dục đồng giới xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới là 6,7% - 26,1%. Tỷ lệ này cao hơn so với năm 2006.
- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới dưới 25 tuổi thấp hơn nhiều so với nhóm trên 25 tuổi.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về số nam tình dục đồng giới trong bốn tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.

Chỉ số 2.1. Số bơm kim tiêm trung bình phát cho một người tiêm chích ma túy trong một năm bởi chương trình trao đổi bơm kim tiêm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Báo cáo thường qui chương trình phòng, chống HIV/AIDS the biểu mẫu D28 và ước tính kích thước quần thể TCMT theo nghiên cứu Ước tính và Dự báo HIV tại Việt Nam tiến hành năm 2011.
- **Nhóm đối tượng đích:** Người tiêm chích ma túy
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc.
- **Phương pháp khảo sát:**
 - Tỷ số được lấy từ báo cáo thường qui chương trình phòng, chống HIV/AIDS theo biểu mẫu D28.
 - Mẫu số là ước tính kích thước quần thể TCMT (ước tính trung bình) theo nghiên cứu Ước tính và Dự báo HIV tại Việt Nam tiến hành năm 2011.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số bơm kim tiêm do chương trình trao đổi bơm kim tiêm phát ra trong 12 tháng qua
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy trên toàn quốc

3. Kết quả

- Ước tính cho thấy trong năm 2011 đã có hơn 30,3 triệu bơm kim tiêm sạch do chương trình trao đổi bơm kim tiêm phát ra. Trung bình mỗi người tiêm chích ma túy nhận được 140 bơm kim tiêm sạch trong qua.

4. Hạn chế của số liệu

Chỉ số 2.2. Tỷ lệ phần trăm số người tiêm chích ma túy có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) ở Việt Nam năm 2009. Bộ Y tế Việt Nam (2009).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam tiêm chích ma túy (nam từ 18 tuổi trở lên, đã tiêm chích ma túy trong tháng trước cuộc khảo sát, đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, và có thể tham chiếu có hiệu lực được cung cấp bởi một người trả lời khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** IBBS được tiến hành tại 10 tỉnh thành, bao gồm: Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Nghệ An, Yên Bái, Đà Nẵng, Đồng Nai, thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ và An Giang. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, các quận/huyện được coi là “điểm nóng” được lựa chọn làm địa điểm khảo sát.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2009, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học. Phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS) đã được áp dụng để lựa chọn người tham gia khảo sát tại Hà Nội, Đà Nẵng, thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Tại sáu tỉnh còn lại, người tham gia được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm.

2. Cách tính

- **Tỷ số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm nam TCMT có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu)
- **Mẫu số:** Số người được hỏi có quan hệ tình dục trong tháng cuối trước khi khảo sát

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 26,1% - 93,9% số người được hỏi khẳng định có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng với một bạn tình thường xuyên.
- Tỷ lệ này không chênh lệch nhiều giữa nhóm nam giới tiêm chích dưới 25 tuổi và trên 25 tuổi.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về số nam tiêm chích ma túy trong các tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy.

Chỉ số 2.3. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy có sử dụng dụng cụ vô trùng lần cuối khi họ tiêm chích

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam tiêm chích ma túy (nam từ 16 tuổi trở lên, đã tiêm chích ma túy trong tháng trước cuộc khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ được tiến hành tại 12 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Đà Nẵng, Điện Biên, Hà Nội, Hải Dương, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, người TCMT được lựa chọn tại các “điểm nóng” thông qua giới thiệu của nhóm cộng tác viên hoặc nhóm tuyên truyền đồng đẳng hoặc thông qua những người TCMT khác.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy sử dụng dụng cụ vô trùng lần cuối khi họ tiêm chích
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy có tiêm chích trong tháng cuối trước khi khảo sát

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 95,3% số nam giới tiêm chích ma túy khẳng định có sử dụng bơm/kim tiêm vô trùng lần cuối khi họ tiêm chích.
- Tỷ lệ này trong nhóm nam giới tiêm chích dưới 25 tuổi và trên 25 tuổi bằng nhau.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về số nam tiêm chích ma túy trong các tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy.

Chỉ số 2.4. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2011. Bộ Y tế Việt Nam (2011).
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam tiêm chích ma túy (nam từ 16 tuổi trở lên, đã tiêm chích ma túy trong tháng trước cuộc khảo sát).
- **Địa điểm khảo sát:** HSS+ được tiến hành tại 12 tỉnh thành, bao gồm: An Giang, Bình Dương, Cà Mau, Đà Nẵng, Điện Biên, Hà Nội, Hải Dương, Huế, Nghệ An, Quảng Trị, Thanh Hóa và Tp. Hồ Chí Minh. Tại mỗi tỉnh hoặc thành phố, người TCMT được lựa chọn tại các “điểm nóng” thông qua giới thiệu của nhóm cộng tác viên hoặc nhóm tuyên truyền đồng đẳng hoặc thông qua những người TCMT khác.
- **Phương pháp khảo sát:** Một điều tra ngang đã được tiến hành năm 2011, sử dụng Bảng câu hỏi khảo sát giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy được xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy 29,1% số nam giới tiêm chích ma túy đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả.
- Không có sự khác biệt đáng kể trong chỉ số này giữa nhóm nam tiêm chích ma túy có độ tuổi ít hơn 25 (25,8%) và nhiều hơn 25 tuổi (30,6%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không mang tính đại diện toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về số nam tiêm chích ma túy trong các tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy.

Chỉ số 2.5. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy nhiễm HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Giám sát trọng điểm về HIV
- **Nhóm đối tượng đích:** Nam tiêm chích ma túy tại cộng đồng
- **Địa điểm khảo sát:** 39/63 tỉnh và thành phố ở Việt Nam
- **Phương pháp khảo sát:** Quá trình giám sát trọng điểm do Bộ Y tế tiến hành mỗi năm một lần từ tháng 5 đến tháng 8. Xét nghiệm HIV áp dụng phương cách II theo hướng dẫn quốc gia.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy dương tính với HIV
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Theo kết quả giám sát trọng điểm, tỷ lệ nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV ở 39 tỉnh năm 2011 là 13,4%. Tỷ lệ này năm 2009 là 18,4%.
- Tỷ lệ nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV năm 2011 cao nhất là ở Điện Biên (45,7%), thành phố Hồ Chí Minh (39,3%), Thái Nguyên (25,9%), Quảng Ninh (24,8%), Hà Nội (20,7%) và Cần Thơ (20%).
- IBBS tiến hành ở 10 tỉnh/thành phố năm 2009 cho thấy tỷ lệ nam giới tiêm chích ma túy nhiễm HIV là 1% - 56%.

4. Hạn chế của số liệu

- Kết quả từ việc giám sát trọng điểm thể hiện xu thế nhiễm HIV ở những khu vực trọng điểm, nhưng không đại diện cho nhóm đối tượng đích trên toàn quốc. Ngoài ra, hầu hết các khu vực trọng điểm đều là các khu đô thị, do vậy số liệu này không đại diện cho vùng nông thôn và hẻo lánh và khu vực miền núi.

Chỉ số 3.1. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai dương tính với HIV được điều trị bằng thuốc kháng retrovirus để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Báo cáo thường qui chương trình HIV/AIDS quốc gia năm 2011 và ước tính số phụ nữ mang thai sống chung với HIV từ kết quả Spectrum thực hiện này 22/7/2011.
- **Nhóm đối tượng đích:** Phụ nữ mang thai sống chung với HIV
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:** Thu thập dữ liệu thứ cấp trong báo cáo chương trình

2. Cách tính

- **Tử số:** Số phụ nữ mang thai sống chung với HIV được điều trị bằng thuốc kháng retrovirus trong 12 tháng vừa qua nhằm giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con
- **Mẫu số:** Ước tính số phụ nữ mang thai sống chung với HIV trong vòng 12 tháng qua

3. Kết quả

- Trong vài năm qua, Chính phủ Việt Nam đã rất nỗ lực để nhân rộng chương trình Phòng ngừa lây nhiễm từ mẹ sang con (PLTMC). Trong năm 2010 và 2011, có lần lượt 49,1% và 44% phụ nữ mang thai được điều trị bằng ARV để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con; tăng hơn so với năm 2009 (32,3%).
- Trong số những người được nhận thuốc kháng retrovirus để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con, có:
 - 27,9% chỉ được điều trị bằng NVP liều đơn.
 - 35,5% được điều trị bằng AZT.
 - 35,8% được điều trị bằng ARV dành cho phụ nữ mang thai sống chung với HIV đủ tiêu chuẩn để được điều trị.
 - 0,4% được điều trị ARV triple dành cho bà mẹ.
 - 0,4% được điều trị bằng các phác đồ khác.

4. Hạn chế của số liệu

- Việc phân loại phác đồ điều trị trong báo cáo này khác với yêu cầu phân loại phác đồ điều trị theo hướng dẫn của GAPR. Có một số lượng lớn phụ nữ mang thai HIV dương tính được điều trị bằng NVP liều đơn kết hợp 7 ngày AZT và 3TC sau sinh vẫn được báo cáo vào nhóm điều trị bằng NVP liều đơn.

Chỉ số 3.2. Tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính được xét nghiệm vi rút HIV trong vòng 2 tháng sau sinh

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Báo cáo thường qui chương trình HIV/AIDS quốc gia 2011 và ước tính nhu cầu điều trị PLTMC theo kết quả Spectrum ngày 22/7/2011.
- **Nhóm đối tượng đích:** Trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:** Thu thập dữ liệu thứ cấp trong báo cáo chương trình

2. Cách tính

- **Tử số:** Số trẻ được xét nghiệm HIV trong vòng 2 tháng sau sinh trong giai đoạn báo cáo. Chỉ tính số trẻ xét nghiệm, không tính số lần xét nghiệm.
- **Mẫu số:** Số phụ nữ mang thai HIV dương tính sinh con trong 12 tháng qua

3. Kết quả

- Hiện nay chỉ có 2 viện là Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương và Viện Pasteur TP HCM có khả năng xét nghiệm virus cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các bệnh viện các tỉnh vẫn tiến hành thu thập các mẫu máu và vận chuyển tới 2 viện đầu ngành để xét nghiệm.
- Kết quả báo cáo năm 2011 cho thấy trong số 1804 trẻ được xét nghiệm PCR có 999 trẻ xét nghiệm trong vòng 2 tháng sau sinh. Tỷ lệ trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính được xét nghiệm PCR trong vòng 2 tháng sau sinh là 25,8%.

4. Hạn chế của số liệu

- Kết quả đầu ra của Spectrum về “số phụ nữ mang thai có nhu cầu điều trị PLTMC” được sử dụng làm mẫu số. Hiện nay không có số liệu báo cáo về số phụ nữ mang thai HIV dương tính sinh con trong 12 tháng qua.

Chỉ số 3.3. Ước tính tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính bị nhiễm HIV trong 12 tháng qua

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Đầu ra của Spectrum ngày 22/7/2011.
- **Nhóm đối tượng đích:** Trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:** Ước tính Spectrum

2. Cách tính

- **Tử số:** Ước tính số trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính trong 12 tháng qua bị nhiễm HIV do lây truyền từ mẹ sang con
- **Mẫu số:** Ước tính số phụ nữ HIV dương tính sinh con trong 12 tháng qua

3. Kết quả

- Tỷ lệ trẻ sinh ra từ mẹ HIV dương tính bị nhiễm HIV trong 12 tháng qua là 17,7% vào năm 2010 và giảm nhẹ xuống 16,3% vào năm 2011.

4. Hạn chế của số liệu

Chỉ số 4.1 Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em sống chung với HIV đủ tiêu chuẩn được điều trị bằng thuốc kháng retrovirus

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**
 - Báo cáo chương trình điều trị năm 2010 và 2011, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
 - Số liệu ước tính và dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam thực hiện năm 2011
- **Nhóm đối tượng đích:** Người lớn và trẻ em ở giai đoạn HIV tiến triển đang được điều trị bằng ARV
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:**
 - Tử số được lấy từ các báo cáo chương trình điều trị.
 - Mẫu số được lấy từ Số liệu ước tính và dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam thực hiện năm 2011

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người lớn và trẻ em sống chung với HIV giai đoạn tiến triển đang được điều trị bằng thuốc kháng retrovirus theo Hướng dẫn điều trị quốc gia (hoặc theo tiêu chuẩn của WHO/UNAIDS) vào cuối giai đoạn báo cáo.
- **Mẫu số:** Ước tính số người lớn và trẻ em sống chung với HIV giai đoạn tiến triển.

3. Kết quả

- Trong vài năm vừa qua, Chính phủ Việt Nam với sự hỗ trợ của PEPFAR và Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao phổi và sốt rét đã nỗ lực rất lớn để nhân rộng chương trình ART. Năm 2007, ART đã được áp dụng tại tất cả 63 tỉnh thành trong cả nước.
- Tỷ lệ người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị bằng ARV đã tăng lên tới 47,7% (46,6% người lớn và 83,2% trẻ em) vào năm 2010 và 54% (53% người lớn và 82,9% trẻ em) vào năm 2011.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu phân tích theo giới.

Chỉ số 4.2. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em sống chung với HIV đang điều trị trong vòng 12 tháng sau khi bắt đầu liệu pháp kháng retrovirus

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Thu thập số liệu hàng năm của điều tra thuần tập điều trị ARV và chỉ số cảnh báo sớm hiện tượng kháng thuốc điều trị HIV, 2011
- **Nhóm đối tượng đích:** Người lớn và trẻ em sống chung với HIV hiện đang điều trị ARV
- **Địa điểm khảo sát:** 62 điểm điều trị
- **Phương pháp khảo sát:** Thu thập số liệu theo dõi thuần tập

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người lớn và trẻ em vẫn sống và đang điều trị ART 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị
- **Mẫu số:** Tổng số người lớn và trẻ em bắt đầu ART trong 12 tháng sau khi bắt đầu giai đoạn báo cáo, gồm những người đã chết, những người đã ngừng ART và những người không theo dõi được.

3. Kết quả

- Theo báo cáo thường xuyên của Bộ Y tế, có 82,1% người lớn và 82,8% trẻ em vẫn sống và điều trị bằng ARV 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị. Tỷ lệ này ở người lớn giảm nhẹ một chút, so với 84,4% năm 2009 nhưng tăng hơn trong số trẻ em (80,6% năm 2009).

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu phân tích theo giới.

Chỉ số 5.1. Tỷ lệ phần trăm ước tính các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao đã được điều trị cả lao và HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**
 - Báo cáo D28, Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2011
 - Ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới về số người sống chung với HIV mới nhiễm lao năm 2010 (<http://www.who.int/tb/country/en>)
- **Nhóm đối tượng đích:** Người sống chung với HIV mới nhiễm lao
- **Địa điểm khảo sát:** Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:** Thu thập dữ liệu thứ cấp trong báo cáo chương trình

2. Cách tính

- **Tử số:** Số bệnh nhân AIDS là người lớn đang điều trị ARV theo quy định của Bộ Y tế và bắt đầu được điều trị lao theo quy định của Chương trình phòng chống Lao quốc gia trong năm báo cáo
- **Mẫu số:** Ước tính số người sống chung với HIV mới mắc lao

3. Kết quả

- Tính đến cuối năm 2011, trên toàn quốc có 2.162 người lớn và 123 trẻ em là bệnh nhân AIDS đang được điều trị ARV theo quy định của Bộ Y tế được bắt đầu điều trị lao theo quy định của Chương trình phòng chống Lao quốc gia. Trong số này, 77,7% là nam giới.
- Ước tính đến cuối năm 2011 ở Việt Nam có 30,1% bệnh nhân AIDS là người lớn mới mắc lao trong kỳ báo cáo được điều trị cả lao và HIV.

4. Hạn chế của số liệu

Không có số liệu ước tính số người sống chung với HIV mới mắc lao trong năm 2010. Chỉ số này được tính toán dựa trên tử số được lấy từ báo cáo 2011 và mẫu số được lấy từ số ước tính năm 2010.



Hướng tới mục tiêu “Ba Không”
Không còn người nhiễm mới HIV
Không còn người tử vong do AIDS
Không còn phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS