ĐÁNH GIÁ GIỮA KỲ TIẾN TRÌNH THỰC HIỆN MỤC TIÊU ĐỀ RA TRONG TUYÊN BỐ CHÍNH TRỊ VỀ HIV/AIDS - VIỆT NAM 2013

10 mục tiêu / 10 câu hỏi chính	1. Giảm 50% các ca lây nhiễm HIV qua đường tình dục vào năm 2015	2. Giảm 50% lây truyền HIV trong nhóm người nghiện chích ma tuý vào năm 2015	3. Tới năm 2015, thanh toán các ca nhiễm HIV mới ở trẻ em và giảm đáng kể số tử vong liên quan tới AIDS ở các bà mẹ	4. 15 triệu người nhiễm HIV được điều trị kháng virus vào năm 2015	5. Giảm 50% tử vong do Lao trong số những người nhiễm HIV vào năm 2015
1. Đây có phải là mục tiêu ưu tiên của quốc gia không?	Có	Có	Có	Có	Có
2. Kế hoạch Chiến lược Quốc gia có nhấn mạnh mục tiêu này không?	Có	Có	Có	Có	Có
3. Kể từ năm 2011, quốc gia đã tiến hành những hoạt động chủ chốt nào nhằm đạt được mục tiêu này?	'i. Triển khai Chương trình Quốc gia về Bao cao su giai đoạn 2011-2020, đặc biệt chú trọng vào nhóm người có nguy cơ lây cao lây nhiễm HIV. Chương trình này giúp tạo lập một khung điều phối hiệu quả hơn, tạo ra mối liên kết vững chắc hơn giữa các chương trình phòng, chống HIV, sức khỏe tình dục và sức khoẻ sinh sản, đồng thời mở rộng các phương pháp tiếp thị xã hội. Tất cả cách làm này đều rất quan trọng, vì các nguồn tài trợ cho bao cao su tại Việt Nam đang bị cắt giảm. Trong năm 2012, chương trình bao cao su đã được mở rộng từ 57 đến tất cả 63 tỉnh/thành phố trên toàn quốc, đồng thời mở rộng cả ở tuyến quận/huyện và xã phường. Đến cuối năm 2012 có hơn 500 quận/huyện đã triển khai chương trình bao cao su. Bộ Văn Hóa, Thể Thao và Du lịch triển khai hoạt động kế hoạch chương trình Bao cao su dự phòng lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại các cơ sở dịch vụ lưu trú du lịch trong giai đoạn 2010-2012, sau giai đoạn này Bộ Văn Hóa, Thể Thao và Du Lịch phối hợp các cơ quan liên quan xây dựng Thông tư liên tịch về quy định về đặt bao cao su trong tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ giải trí và lưu trú. ii. Tăng độ bao phủ của các gói can thiệp dự phòng thiết yếu cho nhóm người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV thông qua phân phát bao cao su, truyền thông thay đổi hành vi, và tư vấn xét nghiệm HIV. Tăng cường các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm bạn tình thông qua truyền thông thay đổi hành vi và thí điểm "Điều trị để Dự phòng" ở các cặp đôi không cùng nhiễm HIV. Giám sát trọng điểm đã bổ sung nhóm MSM vào nhóm quần thể nghiên cứu để theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm HIV. iii. Luật xử lý vi phạm hành chính phê duyệt vào năm 2012, và có hiệu lực từ tháng 7 năm 2013 sẽ chấm dứt việc đưa phụ nữ bán dâm vào các trung tâm GD-LĐ-XH bắt buộc. Luật tạo hành lang pháp lý cho việc chuyển đổi cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang can thiệp giảm thiểu tác hại dựa vào cộng đồng.	'i. Nghị định 96/2012/NĐ-CP về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone (MMT) được phê duyệt vào tháng 11/2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị Methadone. Dịch vụ MMT đã được mở rộng từ 41 cơ sở (6.931 bệnh nhân) năm 2011 lên 60 điểm (12.253 bệnh nhân) vào năm 2012. ii. Độ bao phủ của chương trình phát bơm kim tiêm gia tăng. Số bơm kim tiêm trung bình phát cho người NCMT tăng từ 140 bơm kim tiêm / 1 người nghiện chích vào năm 2011 lên tới 180 vào năm 2012. Chương trình phát bơm kim tiêm sạch dự kiến được mở rộng thông qua tiếp cận theo ba hướng: (i) phát bơm kim tiêm miễn phí thông qua các giáo dục viên đồng đẳng (PE) và (ii) các hộp đặt ở các địa điểm cố định, và (iii) bán trợ giá tại các nhà thuốc có tham gia vào thí điểm sáng kiến tiếp thị xã hội. iii. Luật xử lý vi phạm hành chính được Quốc hội thông qua vào tháng Bảy năm 2012, và sẽ có hiệu lực vào tháng Bảy 2013. Luật quy định việc đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc sẽ phải do Tòa án nhân dân cấp huyện xét xử và quyết định. Người bị áp dụng điều luật này có quyền được biết về những chứng cứ chống lại họ và có quyền mời người đại diện pháp lý; thẩm phán là người quyết định cuối cùng.	'i. Bắt đầu triển khai can thiệp phát hiện sớm nhiễm HIV và điều trị dự phòng sớm cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV ii. Sáng kiến điều trị 2.0 là những hoạt động vệ tinh nhằm thanh toán lây truyền HIV từ mẹ sang con đang được thử nghiệm tại tất cả các quận/ huyện của Cần Thơ và một huyện của Điện Biên thông qua việc phân cấp dịch vụ PLTMC xuống tuyến xã/ phường. Kết quả ban đầu của một nơi thí điểm cho thấy lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể thanh toán được. iii. Quyết định của Bộ Y tế ban hành vào cuối năm 2012 nhằm chuyển giao từng bước việc quản lý chương trình PLTMC từ Cục phòng chống AIDS sang Vụ Sức khoẻ Bà mẹ - Trẻ em. Việc chuyển giao này sẽ giúp phụ nữ mang thai tiếp cận dễ dàng hơn với các dịch vụ HIV được lồng ghép với các dịch vụ chăm sóc thai sản sẵn có tại cộng đồng. Việc thực thi quyết định này sẽ giúp chương trình PLTMC bền vững hơn.	'i. Tăng số người nhiễm HIV được điều trị ARV. Số bệnh nhân mới được điều trị ARV năm 2012 là 16.412 người, chiếm 23% tổng số bệnh nhân đang được điều trị ARV (72.711 bệnh nhân). Điều trị ARV trong các cơ sở trường, trại, trại tạm giam, trại giam cũng được mở rộng cùng với các khung pháp lý tạo điều kiện thuận lợi cho việc mở rộng này. Chất lượng điều trị được tăng cường; tỷ lệ duy trì điều trị cao (>80%). Việt Nam đã nâng ngưỡng bắt đầu điều trị cho người nhiễm HIV với CD4 là 350 theo hướng dẫn toàn cầu. ii. Thí điểm sáng kiến Điều trị 2.0 được triển khai nhằm xác định và chẩn đoán tốt hơn cho người nhiễm HIV và nhanh chóng đưa vào điều trị sớm nhất có thể. Sáng kiến này đem lại hiệu quả điều trị cao hơn với việc huy động sự tham gia của các tổ chức tổ chức xã hội. iii. Bắt đầu thí điểm điều trị bằng viên ARV tổng hợp (1 viên/ngày) tại tuyến tỉnh nhằm tăng cường tuân thủ điều trị. Đây là một phần của sáng kiến Điều trị 2.0. Số lượng bệnh nhân điều trị d4t giảm dần.	'i. Tăng cường hợp tác giữa chương trình phòng, chống HIV và phòng, chống Lao thông qua việc ban hành: a. Hướng dẫn về phát hiện lao tích cực và điều trị dự phòng lao bằng INH cho người nhiễm HIV. b. Quyết định của Bộ Y tế về quy định và kế hoạch hợp tác giữa Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS và chương trình phòng chống Lao. ii. Tăng số lượng các cơ sở cung cấp cả 2 dịch vụ HIV và Lao.
4. Những thách thức hoặc rào cản chính gặp phải trong quá trình thực hiện mục tiêu này là gì?	'i. Luật Phòng chống HIV/AIDS năm 2006 tập trung bảo vệ các quyền của người nhiễm HIV và tạo điều kiện thuận lợi cho việc cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, việc thực thi Luật này vẫn còn hạn chế do chưa nhận thức đầy đủ và thiếu hệ thống các chế tài, dẫn đến cản trở các nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV tiếp cận các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV, chẩn đoán và chăm sóc. ii. Độ bao phủ của các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm (PNMD) và Nam tình dục đồng giới (MSM) vẫn còn hạn chế (40%), đặc biệt đối với phụ nữ là bạn tình lâu dài của những người đàn ông có nguy cơ cao lây nhiễm HIV (nam tiêm chích ma túy và nam tình dục với cả hai giới). iii. Mặc dù chương trình bao cao su được mở rộng đáng kể, người dân còn ngại mua và sử dụng bao cao su. iv. Hỗ trợ kinh tế và xã hội cho nhóm phụ nữ bán dâm nhằm giúp lựa chọn sinh kế thay thế còn rất hạn chế. v. Nhiều phụ nữ bán dâm chưa hiểu rõ đầy đủ về Luật xử phạt vi phạm hành chính để bảo vệ các quyền của họ.	'i. Mặc dù chương trình MMT được mở rộng nhưng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người NCMT. Mục tiêu 80.000 người NCMT được điều trị MMT vào cuối năm 2015 sẽ rất khó đạt được. ii. Độ bao phủ của dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV trong nhóm NCMT ở mức thấp, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này ở mức 30%. iii. Nghị địnhvề thủ tục tòa án áp dụng biện pháp đưa người NCMT vào cơ sở cai nghiện bắt buộc vẫn chưa được hoàn thành. Đề án đổi mới trung tâm cai nghiện bắt buộc thành cơ sở điều trị thân thiện, tự nguyện tại cộng đồng và dựa vào bằng chứng hiện vẫn đang xây dựng và chờ phê duyệt. Do đó, Luật xử lý vi phạm hành chính mới ban hành chưa được thực thi. Sợ bị phân biệt đối xử và bị áp dụng biện pháp trừng phạt vẫn tiếp tục cản trở nhiều người NCMT tiếp cận dịch vụ dự phòng, chẩn đoán và chăm sóc HIV. iv. Các biện pháp hỗ trợ kinh tế - xã hội cho người NCMT còn hạn chế.	'i. Độ bao phủ của dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, và điều trị dự phòng ARV cho phụ nữ mang thai vẫn còn ở mức rất hạn chế (42% và 47%). Tốc độ cải thiện theo thời gian vẫn còn chậm do kinh phí hạn chế, khu vực miền núi đi lại khó khăn, dịch vụ y tế không sẵn có, kỳ thị và phân biệt đối xử HIV/AIDS. ii. Tình trạng chậm chễ đi xét nghiệm HIV chậm trễ của các thai phụ còn phổ biến, do đó việc tiếp cận các phác đồ điều trị PLTMC tối ưu cho các thai phụ dương tính HIV bị hạn chế. Tình trạng này dẫn đến tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con vẫn ở mức cao (18% trong năm 2012). iii. Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ mang thai được xét nghiệm trong vòng 2 tháng sau sinh để phát hiện tình trạng nhiễm HIV còn hạn chế, chỉ đạt 25%. iv. Việc thực hiện các dịch vụ PLTMC toàn diện chưa được chuẩn hoá hoặc chưa được thống nhất trên toàn quốc do hệ thống cung cấp dịch vụ vẫn theo ngành dọc và thiếu kết nối.	'i. Mức độ bao phủ và chất lượng điều trị ARV còn hạn chế: a. 40% số người nhiễm HIV cần điều trị ARV hiện vẫn chưa nhận được điều trị. Trong số những người được điều trị ARV, hầu hết đến cơ sở y tế để điều trị khi đã quá ốm yếu, dẫn tới các chi phí điều trị gia tăng, tỷ lệ tử vong cao ở giai đoạn đầu tiên điều trị ARV, và làm giảm hiệu quả điều trị. b. Sáng kiến "Điều trị 2.0" và "Điều trị để Dự phòng" vẫn đang ở giai đoạn thí điểm, nên chỉ có một số lượng hạn chế bệnh nhân được hưởng lợi. c. Thiếu sự liên kết và chuyển gửi giữa các hệ thống điều trị ARV tại cộng đồng và các cơ sở trại giam và cơ sở điều trị cai nghiện để đảm bảo điều trị liên tục khi bệnh nhân phải chuyển từ nơi này đến nơi khác. ii. Chỉ 50% các phòng khám cung cấp ARV đáp ứng được chuẩn quốc gia. iii. Năng lực quốc gia trong việc thu mua thuốc ARV có chất lượng hiện vẫn còn hạn chế.	'i. Bệnh Lao hiện vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở những người nhiễm HIV. Trong khi nhiều tỉnh, huyện đã có những nỗ lực nhằm tăng cường các hoạt động hợp tác phòng chống HIV/Lao, những tiến bộ đạt được vẫn còn hạn chế, do cách quản lý theo ngành dọc của Bộ Y tế. ii. Khai báo các ca nhiễm Lao ở những người nhiễm HIV chủ yếu do chính bệnh nhân chủ động để xuất, nhưng hiểu biết về nguy cơ mắc và điều trị Lao của những người nhiễm HIV vẫn còn rất hạn chế, do đó, độ bao phủ của can thiệp này cũng ở mức hạn chế. iii. Ước tính năm 2012 chỉ có 16% người HIV dương tính mắc Lao nhận được điều trị cả Lao và HIV. Điều trị dự phòng Isoniazid mới chỉ được bắt đầu trên quy mô nhỏ. Tỷ lệ điều trị Lao thành công cho các bệnh nhân đồng nhiễm Lao/HIV còn thấp - chỉ 73,5%, so với tỷ lệ điều trị thành công chung của chương trình quốc gia là trên 85%. Tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân Lao/HIV là 19,4%, cao hơn nhiều so với các bệnh nhân Lao không nhiễm HIV.
5. Quốc gia có đạt được mục tiêu này không?	Số ca nhiễm mới đã giảm, tuy nhiên rất khó để đạt được mục tiêu này vào năm 2015.	Số ca nhiễm mới đã giảm, tuy nhiên rất khó để đạt được mục tiêu này vào năm 2015.	Số ca nhiễm mới đã giảm, tuy nhiên rất khó để đạt được mục tiêu này vào năm 2015. Việt Nam chưa đạt được mục tiêu này, vì dịch HIV tại Việt Nam vẫn là dịch tập trung, do vậy, PLTMC chưa phải là ưu tiên hàng đầu, so với các can thiệp dự phòng cho các nhóm nguy cơ cao khác. Tuy nhiên tại các tỉnh/thành phố có tỉ lệ nhiễm HIV cao, được đầu tư nhiều, kết quả ban đầu cho thấy việc xóa bỏ các ca LTMC là khả thi.	Có. Tuy nhiên khi hầu hết thuốc ARV là do các dự án nước ngoài tài trợ, trong bối cảnh các nguồn viện trợ này bị cắt giảm nhanh chóng, quốc gia rất khó để đạt được mục tiêu này vào năm 2015.	Hiện chưa có chỉ số để đánh gia xem quốc gia có đạt mục tiêu này không. Tuy nhiên, do tỷ lệ người nhiễm HIV và lao được điều trị cho cả 2 bệnh còn thấp nên rất khó để đạt được mục tiêu này.
6. Những hoạt động chủ chốt của chương trình PC HIV cần thiết phải đảm bảo đi đúng hướng và / hoặc đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Tìm hiểu và thử nghiệm các phương pháp mới về phân phát bơm kim tiêm và bao cao su; thử nghiệm các mô hình cung cấp các gói dịch vụ dự phòng toàn diện và thân thiện cho nhóm đối tượng nguy cơ cao cũng như các bạn tình của họ. ii. Giảm kì thị và phân biệt đối xử với người bán dâm và nam tình dục đồng giới để tăng cường khả năng tiếp cận của họ tới các dịch vụ HIV thông qua việc tăng cường thực thi các điều luật hiện hành để bảo vệ và trao quyền cho các nhóm dễ bị tổn thương. iii. Mở rộng thí điểm sáng kiến Điều trị 2.0 để kết nối dự phòng và chăm sóc, điều trị, đồng thời dự phòng tốt hơn nữa lây truyền HIV từ nhóm nguy cơ cao sang bạn tình của họ.	'i. Các dịch vụ dự phòng phải tập trung cho người NCMT (bao gồm cả phụ nữ bán dâm và nam tình dục đồng giới có tiêm chích ma tuý), thông qua: a. Gia tăng nhanh chóng độ bao phủ của chương trình MMT kể cả dịch vụ MMT xã hội hóa. b. Thí điểm và mở rộng các phương pháp mới về phân phát bao cao su và bơm kim tiêm, và cung cấp các gói dự phòng toàn diện cho các nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV. ii. Giảm kì thị và phân biệt đối xử với người NCMT để tăng cường khả năng tiếp cận của họ tới các dịch vụ HIV thông qua việc tăng cường thực thi luật hiện hành và trao quyền cho các nhóm dễ bị tổn thương. iii. Đề án đổi mới công tác cai nghiện nhà m chuyển đổi các cơ sở cai nghiện bắt buộc thành các trung tâm điều trị ma túy tự nguyện và dựa vào bằng chứng cần được phê duyệt và sớm triển khai để giúp người NCMT có thể lựa chọn các phương pháp điều trị tốt hơn. iv. Mở rộng sáng kiến Điều trị 2.0 để kết nối chương trình dự phòng và chăm sóc, điều trị, đồng thời giúp dự phòng lây truyền HIV từ nhóm nguy cơ cao sang bạn tình của họ.	'i. Mở rộng độ bao phủ xét nghiệm HIV trong giai đoạn đầu của thai kì cho phụ nữ mang thai bằng các hoạt động lồng ghép chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con với công tác quản lý thai nghén tại xã phường. ii. Tăng độ bao phủ của PLTMC bằng cách lồng ghép PLTMC vào các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em, và mở rộng thí điểm Điều trị 2.0 tới các tỉnh có tỉ lệ nhiễm HIV cao iii. Nâng cao chất lượng dịch vụ sau sinh cho mẹ nhiễm HIV và con của họ.	'i. Mở rộng độ bao phủ, tính liên tục cũng như khả năng tiếp cận tới dịch vụ điều trị, bao gồm: a. Phân cấp dịch vụ xét nghiệm và điều trị sớm cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe tuyến cơ sở và lồng ghép với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác; đơn giản hóa thủ tục đăng ký điều trị ARV; tăng cường kết nối giữa các dịch vụ dự phòng và chăm sóc, điều trị. b. Triển khai hoạt động điều trị tại các cơ sở khép kín, bao gồm các trung tâm giáo dục, trại giam và trại tạm giam; c. Củng cố và phát triển hơn nữa hệ thống chăm sóc dựa vào cộng đồng được vận hành bởi những người nhiễm HIV, các tổ chức tôn giáo, tổ chức xã hội và các cơ quan khác. Xây dựng cơ chế phối hợp giữa hệ thống y tế và tổ chức xã hội. ii. Điều chỉnh và áp dụng các mô hình điều trị mới nhằm giảm chi phí điều trị và tăng hiệu quả điều trị ARV iii. Cần sớm xây dựng chi tiết Kế hoạch đảm bảo tính bền vững của dịch vụ điều trị ARV trong bối cảnh các nguồn tài trợ quốc tế giảm. Nâng cao năng lực về mua sắm và quản lý chuỗi cung ứng để duy trì được mục tiêu về điều trị ARV. Tăng cường độ bao phủ của bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV.	'i. Nhanh chóng triển khai các hoạt động hợp tác giữa chương trình HIV và Lao để chuyển gửi bệnh nhân tới các dịch vụ chăm sóc và điều trị tối ưu thông qua các cuộc họp giao ban định kỳ, hợp tác trong lập kế hoạch và triển khai các can thiệp. ii. Nâng cao nhận thức về chẩn đoán, dự phòng và điều trị lao cho người nhiễm HIV thông qua các can thiệp dựa vào cộng đồng có sự tham gia của tổ chức xã hội.
7. Những thay đổi cần thiết về môi trường chính sách tạo thuận lợi để đi đúng hướng và / hoặc đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Các văn bản pháp luật và các chính sách hiện hành đã tạo hành lang pháp lý cho việc giảm kì thị và phân biệt đối xử. Tuy nhiên, cần nỗ lực hơn nữa để đảm bảo việc tuân thủ pháp luật và thực thi các chính sách có liên quan thông qua việc nâng cao nhận thức cho người cung cấp dịch vụ và người dân. Bên cạnh đó, cần tăng cường để việc trao quyền và hỗ trợ pháp lý cho người nhiễm HIV và người có nguy cơ cao. ii. Xây dựng hướng dẫn thực hiện Luật xử phạt vi phạm hành chính. iii. Các chương trình bảo trợ xã hội cần cung cấp các lựa chọn sinh kế khác nhau giúp tăng cường chất lượng cuộc sống cho người bán dâm.	'i. Bộ Lao Động, Thương binh, Xã hội và các bộ, ban, ngành có liên quan cần xem xét lại các điều luật và chính sách hiện hành để tạo hành lang pháp lý cho đổi mới công tác cai nghiện, chuyển đổi các trung tâm cai nghiện bắt buộc thành cơ sở điều trị nghiện ma túy tự nguyện và dựa trên bằng chứng. ii. Xây dựng các văn bản pháp quy tạo hành lang pháp ly cho việc thực thi Luật xử lý vi phạm hành chính, bao gồm Pháp lệnh về thủ tục tòa án áp dụng biện pháp đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc. iii. Xây dựng khung pháp lý cho phép khu vực tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ điều trị nghiện ma túy.	'i. Bộ Y tế cần sớm thông qua Hướng dẫn Quốc gia về tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản / HIV. ii. Tăng cường thực thi luật phòng chống HIV nhằm cung cấp xét nghiệm HIV miễn phí cho phụ nữ mang thai.	'i. Rà soát, sửa đổi, và bổ sung các quy định, chính sách hỗ trợ về bảo trợ xã hội cho người nhiễm HIV, bao gồm các chính sách hỗ trợ và chăm sóc cho trẻ em đang sống với HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV. ii. Xây dựng các hướng dẫn lồng ghép dịch vụ HIV vào hệ thống y tế. iii. Thu thập bài học kinh nghiệm từ quá trình sáng kiến Điều trị 2.0, xây dựng hướng dẫn mở rộng các sáng kiến điều trị hiệu quả, bao gồm việc huy động tổ chức xã hội tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ và chuyển gửi.	'i. Củng cố hợp tác phòng chống HIV/Lao.
8. Những khoản đầu tư mới cần để đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Chương trình dự phòng HIV toàn diện cho nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV và bạn tình của họ ii. Tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội cho công tác dự phòng lây nhiễm HIV iii. Đầu tư mở rộng chương trình thí điểm "Điều trị để Dự phòng" ở các cặp đôi không cùng nhiễm HIV và quần thể nguy cơ cao	'i. Ưu tiên các chương trình dự phòng toàn diện bao gồm phân phát bơm kim tiêm và bao cao su thông qua các chương trình tiếp thị xã hội, và tư vấn và xét nghiệm HIV. ii. Cần đầu tư thêm cho chương trình MMT (xã hội hóa, điều trị dựa vào cộng đồng) để đạt được mục tiêu về độ bao phủ của chương trình. iii. Nâng cao nhận thức cho người NCMT và gia đình của họ về luật pháp và các chính sách liên quan.	'i. Xét nghiệm HIV sớm cho phụ nữ mang thai thông qua các chương trình lồng ghép PLTMC và chăm sóc sức khoẻ bà mẹ - trẻ em và Điều trị 2.0	'i. Tiếp tục cải thiện chất lượng điều trị ARV thông qua việc mở rộng Điều trị 2.0 ii. Khuyến khích người nhiễm HIV tham gia chương trình bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó cần xem xét lại chính sách và việc triển khai bảo hiểm y tế để đảm bảo người nhiễm HIV có thể hưởng lợi từ chương trình này	'i. Tăng cường kết nối và hợp tác giữa chương trình phòng chống Lao và HIV. ii. Tăng cường sự tham gia của tổ chức xã hội để nâng cao nhận thức về chẩn đoán và điều trị lao cho người nhiễm HIV.

10 mục tiêu / 10 câu hỏi chính	6. Chấm dứt tình trạng các thiếu hụt nguồn lực toàn cầu về AIDS vào năm 2015 và đạt được mức đầu tư toàn cầu hàng năm là 22,24 tỷ US$ tại các nước thu nhập thấp và trung bình	7. Xoá bỏ bất bình đẳng giới, lạm dụng và bạo hành giới và tăng cường năng lực phụ nữ và trẻ em gái để tự bảo vệ bản thân tránh lây nhiễm HIV	8. Xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV và bị ảnh hưởng của HIV thông qua việc thúc đẩy luật và các chính sách nhằm đảm bảo thực hiện đầy đủ các quyền con người và tự do cơ bản.	9. Xóa bỏ các hạn chế về nhập cảnh, cư trú và lưu trú liên quan đến HIV	10. Xóa bỏ các hệ thống dịch vụ song song liên quan đến HIV nhằm tăng cường lồng ghép PC AIDS vào các cơ sở y tế và phát triển trên toàn cầu.
1. Đây có phải là mục tiêu ưu tiên của quốc gia không?	Có	Có	Có	Mục tiêu đã đạt được do không có quy định nào hạn chế nào về nhập cảnh, ở và lưu trú liên quan đến HIV tại Việt Nam	Có
2. Kế hoạch Chiến lược Quốc gia có nhấn mạnh mục tiêu này không?	Có	Có	Có		Có
3. Kể từ năm 2011, quốc gia đã tiến hành những hoạt động chủ chốt nào nhằm đạt được mục tiêu này?	'i. Năm 2011, Quốc Hội đã thông qua Chương trình Mục tiêu Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015 có kèm theo ngân sách. Việc này giúp công tác điều phối phòng, chống HIV/AIDS của quốc gia được tốt hơn giữa các bộ ngành và các bên liên quan, cũng như xác định rõ mức kinh phí được đảm bảo, ít nhất đến đến hết năm 2015. ii. Các đối tác đã và đang cùng nhau xây dựng Đề án quốc gia về đảm bảo nguồn lực tài chính bền vững cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Theo đó, sẽ tăng cường ưu tiên chi tiêu cho các khu vực đang chịu nhiều gánh nặng do HIV gây ra và các can thiệp có bằng chứng hiệu quả.	'i. Cải thiện môi trường, tạo điều kiện thuận lợi cho sự tham gia của tổ chức xã hội , bao gồm cả việc tăng cường năng lực và thể chế của các tổ chức tổ chức xã hội nhằm tăng cường sức mạnh cho phụ nữ và trẻ em gái trong dự phòng lây nhiễm HIV, chăm sóc và hỗ trợ. Bên cạnh đó, các tổ chức xã hội đã được tham gia vào quá trình hoạch định chính sách và cung cấp dịch vụ.	'i. Ngày 21 tháng 6 năm 2012, Quốc Hội đã thông qua Luật xử lý vi phạm hành chính, theo đó chấm dứt việc đưa người bán dâm vào các trung tâm giáo dục lao động xã hội bắt buộc. Đồng thời, việc đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc sẽ phải do Tòa án nhân dân cấp huyện xem xét và quyết định. ii. Hiện tại, Bộ LĐ, TB & XH đang xây dựng Đề án Đổi mới công tác cai nghiện nhằm chuyển đổi các cơ sở cai nghiện bắt buộc sang điều trị ma túy tự nguyện, tại các trung tâm mở tại cộng đồng, theo Quyết định 1023/QĐ-TTg ngày 31/08/2012 do Thủ tướng phê duyệt. iii. Bộ Giáo dục và Đào tạo tăng cường hoạt động giáo dục dự phòng lây nhiễm HIV nhằm giảm kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV cho giáo viên và học sinh. iv. Các tổ chức xã hội thực hiện nhiều sáng kiến tổ chức các hoạt động dựa vào cộng đồng, đưa ra hình ảnh tích cực về các nhóm dễ bị tổn thương, góp phần làm giảm kỳ thị phân biệt đối xử.		'i. Thử nghiệm các mô hình liên kết HIV/SKSS tại một số tỉnh. Bài học thu được từ các mô hình thí điểm này sẽ giúp Vụ Chăm sóc Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em (MCH) và Cục PC AIDS Việt Nam xây dựng dự thảo Hướng dẫn Quốc gia về Tăng cường chăm sóc SKSS/HIV trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện tại. ii. Tăng cường liên kết dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS với các dịch vụ y tế và ngoài y tế khác nhằm cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ toàn diện cho những người hưởng lợi, đặc biệt thông qua sự tham gia của các tổ chức xã hội. iii. Các cơ sở tuyến xã phường trong và ngoài ngành y tế đã tham gia tích cực hơn trong việc cung cấp dịch vụ tại cộng đồng và giúp cho các dịch vụ dễ tiếp cận hơn. iv. Bộ Y tế đang dự kiến lồng ghép hệ thống phòng, chống HIV/AIDS vào hệ thống y tế dự phòng.
4. Những thách thức hoặc rào cản chính gặp phải trong quá trình thực hiện mục tiêu này là gì?	'i. Một thách thức chủ yếu đối với phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam hiện nay chính là sự cắt giảm quá nhanh các nguồn tài trợ quốc tế. Đầu năm 2013, Chính phủ Việt Nam đã cam kết tăng 20% ngân sách quốc gia mỗi năm cho phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2012-2016. Mặc dù, Chính phủ đã đưa ra các cam kết rất tích cực này, nhưng kinh phí phòng, chống HIV/AIDSvẫn đang trong tình trạng thiếu hụt đáng kể. Cục Phòng chống AIDS Việt Nam ước tính: để đạt được các mục tiêu đề ra trong Chiến lược Quốc gia về Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020, quốc gia cần thêm 800 triệu US$ (trung bình 100 triệu US$ mỗi năm) để khắc phục các thiếu hụt về nguồn lực, tổng ước tính trong giai đoạn 2013 – 2020. ii. Trong khi Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong việc tăng độ bao phủ và chất lượng của các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV, việc cắt giảm nhanh chóng các nguồn lực tài trợ nước ngoài sẽ là thách thức lớn để quốc gia duy trì và tăng độ bao phủ nhằm đạt được mục tiêu. iii. Khoảng gần một nửa tổng số ngân sách đã sử dụng vào các hoạt động, nhưng các bằng chứng về tác động đối với dịch HIV vẫn chưa được rõ ràng. Tăng cường tính hiệu quả của việc phân bổ nguồn lực hiện vẫn chưa được quan tâm đầy đủ.	'i. Do bất bình đẳng giới, phụ nữ gặp khó khăn trong việc thuyết phục bạn tình thực hành quan hệ tình dục an toàn. Bạo lực gia đình làm phụ nữ và trẻ em gái có nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Hơn thế nữa, những gia đình có con trai nhiễm HIV thường có mong muốn cháu trai nối dõi tông đường, do vậy họ thường giấu tình trạng nhiễm HIV của con mình và tìm một người vợ chưa bị nhiễm cho con trai họ. Thực trạng này đã đẩy phụ nữ tới nguy cơ rất lớn bị lây nhiễm HIV. ii. Lây truyền HIV qua các bạn tình thường xuyên chưa được chú ý một cách thích đáng và có rất ít các chương trình can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm bạn tình.	'i. Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV hiện vẫn còn tồn tại do thiếu kiến thức và hiểu không đúng về HIV ở cộng đồng dân cư cũng như những người cung cấp dịch vụ. Hơn nữa, tình trạng sự kỳ thị kép xảy ra đối với các nhóm người nghiện chích ma túy, người bán dâm, và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) nhiễm HIV, càng cản trở các nhóm này tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị. ii. Kỳ thị và phân biệt đối xử với phụ nữ mang thai nhiễm HIV hạn chế họ tới xét nghiệm HIV sớm và tiếp cận với dịch vụ phòng lây truyền mẹ con. iii. Tự kỳ thị còn phổ biến trong nhóm người nhiễm HIV.		'i. Cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS hiện vẫn được coi như một dự án độc lập và chưa được lồng ghép đầy đủ vào hệ thống y tế. Ví dụ, cán bộ y tế được các dự án khác nhau thuê tuyển một cách độc lập để cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV, thay vì củng cố toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu để cung cấp các dịch vụ này. ii. Mặc dù bảo hiểm y tế hiện đã chi trả cho điều trị HIV, nhưng vẫn chỉ có một số lượng hạn chế người nhiễm HIV có và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế. Nhiều người nhiễm HIV chưa biết về quyền lợi của họ khi tham gia bảo hiểm y tế. iii. Chưa có cơ chế khuyến khích các tổ chức xã hội và khối tư nhân tham gia phòng chống HIV.
5. Quốc gia có đạt được mục tiêu này không?	Mục tiêu này rất khó đạt được vì nguồn viện trợ nước ngoài cho chương trình HIV đang giảm nhanh chóng.	Bất bình đẳng giới liên quan đến HIV đang giảm, tuy nhiên quốc gia chưa có chỉ số để theo dõi mục tiêu này.	Kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và nhóm nguy cơ cao có xu hướng giảm. Tuy nhiên quốc gia hiện chỉ có nghiên cứu Chỉ số Kỳ thị năm 2011, do đó mục tiêu này chưa thể đánh giá được cho tới khi nghiên cứu Chỉ số Kỳ thị được thực hiện vào năm 2014.		Các hoạt động đang được thực hiện, tuy nhiên quốc gia không có chỉ số nào để đo lường tiến trình đạt mục tiêu này.
6. Những hoạt động chủ chốt của chương trình PC HIV cần thiết phải đảm bảo đi đúng hướng và / hoặc đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Xây dựng các cơ chế tài chính tối ưu với sự tham gia rộng rãi của các đối tác, theo thỏa thuận giữa các nhà tài trợ quốc tế và chính phủ. Xây dựng phương pháp sáng tạo để huy động các nguồn lực tài chính. ii. Phân bổ nguồn lực để đạt hiệu quả tối đa bằng cách ưu tiên phân bổ cho các khu vực địa lý chịu nhiều gánh nặng nhất cũng như cho các hoạt động can thiệp dự phòng các ca nhiễm mới HIV hiệu quả nhất. iii. Hiệu quả hoạt động cũng sẽ được tăng lên thông qua các can thiệp: bắt đầu điều trị sớm, thiết lập định mức chi phí thống nhất, hài hòa hóa các cơ cấu quản lý, tránh trùng lặp giữa các chương trình khác nhau, và triển khai các mô hình cung ứng dịch vụ hiệu quả hơn.	'i. Thúc đẩy bình đẳng giới, giảm bạo lực đối với nhóm phụ nữ và trẻ em gái sống chung với HIV và tăng cường khả năng tiếp cận tới các dịch vụ bằng cách tăng cường việc thực thi Luật Bình đẳng giới và Luật Phòng, chống bạo lực gia đình ii. Cung cấp các hỗ trợ pháp lý và hỗ trợ tuân thủ điều trị cho phụ nữ và trẻ em gái nhiễm HIV. iii. Các can thiệp về HIV ở Việt Nam nên tìm cách tiếp cận được nhóm vợ/chồng và bạn tình của các quần thể nguy cơ cao để cung cấp các dịch vụ phòng, chăm sóc, và điều trị. iv. Các dịch vụ tư vấn, chăm sóc và điều trị cần nhạy cảm về giới. Xây dựng các chương trình hỗ trợ kinh tế xã hội cho phụ nữ, đặc biệt quan tâm tới nhóm nữ nhiễm HIV, nữ bán dâm và chuyển giới.	'i. Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với người bán dâm, nghiện chích ma túy và MSM để tăng sự tiếp cận của họ với các dịch vụ về HIV thông qua: a. Tăng tính nhạy cảm của các chương trình. b. Đào tạo đầy đủ cho cộng đồng và người cung cấp dịch vụ. c. Nâng cao sự tự tin cho những người nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV bằng cách thúc đẩy sự tham gia trong các nhóm tự lực đồng thời tăng số lượng cũng như nâng cao năng lực của các nhóm này. d. Bổ sung đại diện của tổ chức xã hội là thành viên của Ban chỉ đạo phòng chống HIV cấp tỉnh, giúp cho tổ chức xã hội có điều kiện tốt hơn tham gia vào nỗ lực phòng chống HIV tại địa phương.		i. Việc lồng ghép các dịch vụ về HIV vào các dịch vụ khác cũng như mối liên kết trong và giữa các chương trình cần được hệ thống hóa ở tất cả các cấp độ: a. Cấp chính sách. Kế hoạch chuyển tiếp của Chương trình quốc gia phòng chống HIV cần bao gồm kế hoạch cụ thể cho việc lồng ghép các dịch vụ về HIV vào các dịch vụ phù hợp khác. b. Cấp chương trình (như Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội, Phòng chống Lao, Kế hoạch hóa gia đình, Sức khỏe bà mẹ trẻ em, Y tế dự phòng, ...) c. Dịch vụ (Các dịch vụ về HIV với các dịch vụ y tế khác, Hợp tác công tư-PPP...) d. Hệ thống chuyển gửi giữa các dịch vụ cần phải được cải thiện. ii. Tăng cường sự tham gia của tổ chức xã hội. iii. Tăng độ bao phủ của bảo hiểm y tế trong những người nhiễm HIV. Tăng cường thực hiện các chính sách về bảo hiểm y tế để trang trải chi phí điều trị liên quan đến HIV.
7. Những thay đổi cần thiết về môi trường chính sách tạo thuận lợi để đi đúng hướng và / hoặc đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Xây dựng các quy định và chính sách nhằm khuyến khích và huy động sự tham gia của các tổ chức, doanh nghiệp, cá nhân trong nước và quốc tế vào công tác phòng chống HIV/AIDS, khuyến khích thành lập các tổ chức tư nhân và từ thiện để cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV. Xem xét và chỉnh sửa Luật Ngân sách nhà nước để cho phép phân bổ ngân sách nhà nước cho các tổ chức xã hội tham gia cung cấp dịch vụ HIV. ii. Một kế hoạch chuyển giao/ tổng thể (Transition Plan) đang được xây dựng nhằm đảm bảo cho quá trình chuyển giao được trôi chảy, tránh gián đoạn dịch vụ và đảm bảo tính bền vững cho chương trình. iii. Xem xét, sửa đổi luật bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế để tăng sự tiếp cận của các nhóm dễ bị tổn thương với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như các hỗ trợ xã hội và y tế.	'i. Bộ chỉ số quốc gia cần bổ sung chỉ số về bình đẳng giới nhằm hạn chế lây nhiễm HIV để đánh giá tiến trình đạt được mục tiêu này. ii. Xây dựng quy chế, chính sách về thành lập các trung tâm và cơ sở cung cấp các hỗ trợ pháp lý và hỗ trợ xã hội cho người nhiễm HIV. iii. Triển khai đánh giá các chính sách hiện hành về vấn đề bình đẳng giới và công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho phụ nữ, bao gồm nữ bán dâm và chuyển giới.	'i. Xây dựng quy chế và chính sách về việc thành lập các cơ sở hỗ trợ xã hội và pháp lý cho người nhiễm HIV và các nhóm nguy cơ cao, bao gồm cả các quy định hỗ trợ tài chính cho tổ chức xã hội khi tham gia các hoạt động này. ii. Xây dựng Kế hoạch hành động Quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020 iii. Xây dựng chính sách về tín dụng đối với người nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS		'i. Rà soát, sửa đổi hoặc xây dựng các chính sách, hướng dẫn để tăng cường hợp tác liên ngành, đặc biệt là sự phối hợp giữa các hoạt động phòng chống HIV/AIDS và các chương trình y tế khác. ii. Khi một chính sách mới được phát triển, vấn đề lồng ghép và liên kết nên được ưu tiên.
8. Những khoản đầu tư mới cần để đạt được mục tiêu này là gì?	'i. Phát triển và nhân lên các mô hình dịch vụ hiệu quả như: sáng kiến Điều trị 2.0 bao gồm cả cấu phần PLTMC; Dự phòng toàn diện bao gồm chương trình tiếp thị xã hội bơm kim tiêm và bao cao su và tư vấn xét nghiệm HIV cho nhóm quần thể có nguy cơ cao, đặc biệt là người NCMT; điều trị nghiện dựa trên bằng chứng như MMT. ii. Để đảm bảo Việt Nam đạt được mục tiêu Zero, cần tiếp tục duy trì nguồn tài trợ nước ngoài và gia tăng thêm kinh phí trong nước cho công tác phòng chống AIDS, phân bổ nguồn lực một cách chiến lược và hiệu quả để ngăn chặn việc lây nhiễm HIV.	'i. Xây dựng các chính sách và chương trình nhạy cảm với vấn đề giới để cung cấp hỗ trợ và khả năng tiếp cận tốt hơn cho phụ nữ và các trẻ em gái, bao gồm việc đảm bảo rằng các chương trình HIV nhậy cảm về giới và các chính sách về giới đáp ứng được nhu cầu của phụ nữ và trẻ em gái nhiễm HIV.	'i. Nâng cao sự tự tin cho người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV, nâng cao tính sẵn có cũng như khả năng tiếp cận của các dịch vụ hỗ trợ về pháp lý. ii. Nâng cao tính sẵn có của các nhóm tự lực cho người nhiễm HIV.		'i. Thực hiện lồng ghép các dịch vụ về HIV vào các dịch vụ hiện có trên phạm vi toàn quốc; ví dụ như, PLTMC vào Chăm sóc tiền sản/KHHGĐ/SKBMTE, HIV/Lao vào Chương trình phòng chống Lao, HIV/BLTQĐTD vào chương trình BLTQĐTD, Điều trị ARV vào hệ thống chữa bệnh...

Câu hỏi	Khuyến nghị
9. Những khuyến nghị cho các đối tác quốc gia để đảm bảo việc thực thi về những thay đổi được khuyến cáo là gì?	'i. Tiếp tục tăng cường các cam kết chính trị về phòng, chống HIV/AIDS, để cải thiện khung pháp lý, các quy định và tăng cường hợp tác liên ngành ii. Định kì theo dõi dịch và ứng phó một cách kịp thời, sử dụng các nguồn lực một cách sáng tạo và hiệu quả iii. Tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội trong xây dựng chính sách, lập kế hoạch, cung cấp dịch vụ, giám sát và đánh giá chương trình một cách khách quan.
10. Những khuyến nghị của bạn nhằm duy trì tiến độ thực hiện mục tiêu này sau năm 2015 là gì?	'i. Đảm bảo công tác phòng, chống HIV/AIDSđược lồng ghép vào hệ thống hiện hành. ii. Tăng cường huy động các tổ chức dân sự xã hội và khu vực tư nhân thông qua việc xây dựng một khung pháp lý rõ ràng. iii. Tăng cường năng thực thể chế và nguồn nhân lực.

CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS - BỘ Y TẾ
Vietnam Administration of HIV/AIDS Control

Được hỗ trợ bởi:
UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS