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

BÁO CÁO QUỐC GIA LẦN THỨ TƯ
THỰC HIỆN TUYÊN BỐ CAM KẾT VỀ HIV/AIDS

Bản tuyên bố cam kết về HIV/AIDS
được thông qua tại khóa họp đặc biệt lần thứ 26
của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc vào tháng 6/20001,
gọi tắt là UNGASS

Giai đoạn báo cáo
1/2008 - 12/2009

Hà Nội, tháng 6 năm 2010

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

GIAI ĐOẠN BÁO CÁO: THÁNG 1/2008 - THÁNG 12/2009

Bản tuyên bố cam kết về HIV/AIDS được thông qua tại khóa họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hộng đồng Liên Hợp Quốc vào tháng 6 năm 2001, gọi tắt là UNGASS

HÀ NỘI, THÁNG 6 NĂM 2010

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện Tuyên bố cam kết của Nhà nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam tại phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNGASS) tháng 6 năm 2001, theo định kỳ hai năm một lần, các quốc gia sẽ báo cáo cho Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về các đáp ứng và những thành tựu đã đạt được trong công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Tiếp theo ba kỳ báo cáo cho các giai đoạn 2002 - 2003; 2004 - 2005 và 2006 -2007, đây là kỳ báo cáo lần thứ tư và cũng là kỳ báo cáo quan trọng, không chỉ mô tả và phản ánh những đáp ứng, những thành tựu và những khó khăn, thách thức của Việt Nam trong công tác phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2008-2009 mà còn là dấu mốc quan trọng về việc thực hiện cam kết chính trị liên quan đến: tiếp cận phổ cập tới các dịch vụ chăm sóc, điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV mà Việt Nam cùng với các Quốc gia khác đã thông qua tại Đại hội đồng Liên Hợp Quốc năm 2006.

Năm 2010 là thời điểm Việt Nam nhìn lại chặng đường 20 năm hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, đánh giá và rút kinh nghiệm giai đoạn 5 năm đầu tiên thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2005-2010 và chuẩn bị xây dựng Chiến lược Quốc gia giai đoạn tiếp theo. Do đó, kết quả báo cáo lần này có vai trò hết sức quan trọng cho việc cung cấp các thông tin quý báu cùng những bài học kinh nghiệm cho giai đoạn tiếp theo.

Báo cáo UNGASS lần này đã nhận được nhiều ý kiến đóng góp nhất so với các kỳ báo cáo từ trước đến nay. Kế tục những kinh nghiệm quý báu đã có từ quá trình xây dựng báo cáo giai đoạn 2006-2007, báo cáo UNGASS lần thứ 4 tiếp tục được thảo luận trên phạm vi rộng và sâu hơn với sự tham gia đóng góp ý kiến từ nhiều ban, ngành, đoàn thể khác nhau. Những thông tin trình bày trong bản báo cáo này đã nhận được sự đồng thuận từ các đối tác chính đang hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS, đó là các bộ, ban, ngành, đoàn thể có liên quan, các tổ chức quốc tế và các tổ chức xã hội dân sự. Báo cáo được xây dựng từ tháng 10/2009 đến tháng 3/2010 đã tiếp nhận được rất nhiều các thông tin phản hồi tích cực từ phía các đối tác.

Báo cáo đã phản ánh nhiều thành tựu rất đáng ghi nhận về những nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong việc ứng phó với HIV/AIDS giai đoạn 2008-2009, nổi bật trong số đó là : (1) Tăng cường vai trò của các cấp lãnh đạo và giữ vững các cam kết chính trị dẫn đến những thay đổi tích cực trong các ứng phó của Quốc gia với dịch; (2) Tăng cường sự phối kết hợp giữa các Bộ, Ngành nhằm đảm bảo ứng phó liên ngành mạnh mẽ thể hiện bằng sự gia tăng nhanh chóng số người tiếp cận được các dịch vụ dự phòng HIV, chăm sóc và hỗ trợ; (3) Việc tập trung vào dự phòng đã đem lại nhiều tiến bộ trong việc mở rộng chương trình can thiệp giảm tác hại, đặc biệt là chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch và thực hiện thành công của Chương trình thí điểm Quốc gia điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho người sử dụng ma túy; (4) Mở rộng nhanh chương trình điều trị thuốc kháng vi rút đặc hiệu; (5) Tăng cường sự tham gia mạnh mẽ và có ý nghĩa của những người nhiễm HIV, các tổ chức xã hội dân sự vào các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của Quốc gia.

Qua Báo cáo UNGASS lần thứ tư, tôi chân thành cám ơn tổ chức UNAIDS Việt Nam vì những hỗ trợ kỹ thuật và tài chính cho toàn bộ quá trình xây dựng và hoàn thiện báo

cáo quan trọng này. Tôi chân thành cám ơn đại diện của các Bộ, Ngành liên quan, các tổ chức Quốc tế tại Việt Nam đang hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS cùng các tổ chức xã hội dân sự đã tích cực tham gia và đóng góp những ý kiến quý báu từ quá trình thu thập số liệu cho đến lúc hoàn thành báo cáo. Sự tham gia tích cực của tất cả các đối tác này đã đưa tới sự thành công của Báo cáo UNGASS lần thứ tư của chúng ta.

Hiện nay, Việt Nam đang xây dựng dự thảo Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn tiếp theo, chúng tôi mong muốn tiếp tục nhận được sự tham gia, hợp tác và hỗ trợ từ các cơ quan, tổ chức và cá nhân trong và ngoài nước cho sự nghiệp phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam.

Hà Nội ngày 31 tháng 03 năm 2010

Trương Vĩnh Trọng

Phó Thủ tướng Chính phủ

Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam

MỤC LỤC

I. DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT 1

II. TÓM TẮT TÌNH HÌNH 3

III. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH HIV TẠI VIỆT NAM 9

IV. ỨNG PHÓ QUỐC GIA 15
1. Lãnh đạo và Quản lý 15
2. Môi trường chính sách và pháp lý 16
3. Chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS 20
4. Dự phòng 23
Thông tin, Giáo dục, Truyền thông và Truyền thông Thay đổi Hành vi 24
Các chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại 27
Tư vấn và Xét nghiệm HIV tự nguyện 36
An toàn truyền máu 37
5. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ 37
6. Sự tham gia của xã hội dân sự 41

V. BÀI HỌC KINH NGHIỆM 46
1. Chương trình thí điểm quốc gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho người sử dụng ma túy (MMT) 46
2. Một khung Theo dõi - Đánh giá 47
3. Quỹ Toàn Cầu Vòng 9: Đề xuất dự án đầu tiên của Việt Nam theo cơ chế hai nguồn tài chính song song 47
4. Mở rộng chăm sóc và điều trị 48
5. Ngành giáo dục và công tác phòng, chống HIV/AIDS 48

VI. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN QUỐC GIA 50

VII. CÁC THÁCH THỨC CHỦ YẾU VÀ CÁC GIẢI PHÁP 52

VIII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ (TD – ĐG) 56

IX. PHỤ LỤC 61
1. Quá trình chuẩn bị, lấy ý kiến đóng góp cho báo cáo 62
2. Tổng chi tiêu quốc gia cho phòng, chống HIV/AIDS 70
3. Chỉ số kết hợp chính sách Quốc gia 86

Phần A 87
Phần B 120
4. Các chỉ số chương trình Quốc gia, kiến thức, hành vi và tác động 153

I. DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ADB	Ngân hàng phát triển Châu Á
AHF	Quỹ chăm sóc AIDS Hoa Kỳ
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ART	Liệu pháp điều trị kháng retro-virus
ARV	Thuốc kháng Retro-virus
ASC	Hạng mục chi tiêu dành cho AIDS
AusAID	Cơ Quan Hỗ trợ Phát triển Úc
BCC	Truyền thông Thay đổi Hành vi
BCS	Bao cao su
CCM	Cơ chế điều phối quốc gia
CDC	Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật – Hoa Kỳ
CHAI	Quỹ Clinton về HIV/AIDS
CTYTTG	Chương trình y tế thế giới
DANIDA	Cơ quan phát triển quốc tế Đan Mạch
DfID	Bộ Phát triển Quốc tế, Vương quốc Anh
FHI	Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế
GD-ĐT	Giáo dục- Đào tạo
GFATM	Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét
GIPA	Tham gia hơn nữa của người sống với HIV
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
HPI	Tổ chức Sáng kiến Chính sách Y tế
IBBS	Điều tra Giám sát Kết hợp hành vi và chỉ số sinh học về HIV/STI
IOM	Tổ chức Di cư Thế giới
KHĐT	Kế hoạch và Đầu tư
LĐTBXH	Lao động – Thương binh – Xã hội
LHPN	Liên hiệp Phụ nữ
LHQ	Liên Hợp Quốc
LTMC	Lây truyền mẹ con
MCNV	Ủy ban Y tế Hà Lan tại Việt Nam
MDGs	Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ
MDM	Tổ chức Thầy thuốc thế giới
MSM	Nam quan hệ tình dục đồng giới
MTTQ	Mặt trận Tổ quốc
NCPI	Chỉ số Kết hợp Chính sách Quốc gia
NCMT	Nghiện chích ma túy
NGO	Tổ chức phi chính phủ
NHA	Tài khoản Y tế Quốc gia

NORAD	Cơ quan phát triển Quốc tế Na Uy
OI	Nhiễm trùng cơ hội
OVC	Trẻ mồ côi và dễ bị tổn thương
PAC	Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh/thành phố
PEPFAR	Kế hoạch viện trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ cho phòng chống AIDS
PNMD	Phụ nữ mại dâm
PSI	Tổ chức dịch vụ dân số Quốc tế
RNE	Đại sứ quán Hà Lan
SAVY	Điều tra quốc gia về thanh niên và vị thành niên tại Việt Nam
STI	Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục
TCMT	Tiêm chích ma túy
TD-ĐG	Theo dõi- Đánh giá
TP HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
TT-GD-TT	Thông tin – Giáo dục – Truyền thông
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế Giới
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNDP	Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc
UNESCO	Tổ chức Văn hóa Giáo dục Liên Hợp Quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc
UNGASS	Phiên họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hội đồng Liên hợp Quốc vào tháng 6 năm 2001
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
UNIFEM	Quỹ phát triển phụ nữ của Liên Hợp Quốc
UNODC	Tổ chức chống tội phạm và ma túy Liên Hợp Quốc
UNV	Tổ chức tình nguyện của Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Hỗ trợ phát triển Hoa Kỳ
USD	Đồng Dollar Mỹ
VAAC	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
VCT	Tư vấn xét nghiệm tự nguyện
VCSPA	Liên minh hợp tác xã hội dân sự
VNP+	Mạng lưới người sống với HIV Việt Nam
VPAIS	Điều tra Dân số và các chỉ số AIDS Việt Nam
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
WWO	Quỹ vì trẻ em mồ côi toàn cầu

II. TÓM TẮT TÌNH HÌNH

Báo cáo Quốc gia lần thứ tư của Việt Nam về việc thực hiện Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS (UNGASS) do Bộ Y tế Việt Nam chuẩn bị với sự hỗ trợ của UNAIDS bắt đầu từ tháng 10/2009 đến tháng 3/2010. Báo cáo này ghi nhận những nỗ lực và thành tựu của Việt Nam trong việc mở rộng độ bao phủ và nâng cao chất lượng tiếp cận toàn diện tới các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ về HIV/AIDS.

Báo cáo này có sự tham gia rộng rãi của các cơ quan Chính phủ, các cơ quan tài trợ quốc tế và các tổ chức xã hội dân sự. Tháng 10/2009, bộ câu hỏi Chỉ số Hợp phần Chính sách quốc gia (NCPI) phần A đã được gửi tới các cơ quan thành viên của Ủy ban Quốc gia Phòng chống 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 có liên quan. Bộ câu hỏi phần B cũng được gửi tới 200 tổ chức xã hội (các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế), các doanh nghiệp, các tổ chức song phương, đa phương và Liên Hợp Quốc. Từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2009, 10 cuộc hội thảo (bao gồm 1 hội thảo với cơ quan Chính phủ, 6 hội thảo với đại diện các tổ chức xã hội dân sự, 1 hội thảo với các tổ chức phi chính phủ quốc tế, 1 hội thảo với các doanh nghiệp và 1 với các cơ quan liên hợp quốc) đã được tiến hành để tập hợp các ý kiến về NCPI phần A và phần B. Hội thảo Đồng thuận Quốc gia đóng góp ý kiến cho toàn bộ báo cáo UNGASS đã được tổ chức ngày 11 tháng 3 năm 2009 với sự tham gia của 61 đại biểu từ 28 cơ quan Chính phủ, các đối tác tài trợ phát triển và đại diện của các tổ chức xã hội dân sự để trình bày các kết quả của báo cáo và thu nhận ý kiến đóng góp cho bản dự thảo báo cáo cuối cùng.

Dịch HIV/AIDS ở Việt Nam vẫn đang ở giai đoạn tập trung với tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao nhất trong các nhóm tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD) và nam tình dục đồng giới (MSM). Dịch HIV đã có xu hướng chững lại, biểu hiện qua việc không gia tăng tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm người tiêm chích ma túy (TCMT) và phụ nữ mại dâm (PNMD) ở nhiều tỉnh/thành phố; tuy nhiên ở một số tỉnh/thành phố phía Tây Bắc (Điện Biên và Sơn La), tỷ lệ này lại đang gia tăng. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở các nhóm trọng điểm khác như thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự và phụ nữ mang thai có xu hướng chững lại và ở mức thấp. Theo ước tính và dự báo HIV/AIDS 2007-2012, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành (15-49 tuổi) vẫn thấp ở mức 0,43% trong năm 2009. Bộ Y tế ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành (15-49 tuổi) sẽ ở mức 0,44% vào năm 2010 và nếu tiếp tục mở rộng các can thiệp hiệu quả để khống chế dịch, tỷ lệ hiện nhiễm ở nhóm người trưởng thành (15-49 tuổi) cũng sẽ chỉ tăng tới mức 0,47% vào năm 2012.

Những thành tựu phản ánh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2008-2009 bao gồm: (1) Tăng cường lãnh đạo và cam kết chính trị dẫn đến những thay đổi tích cực trong các ứng phó của quốc gia với dịch; (2) Tăng cường hợp tác giữa các bộ, ngành đảm bảo có được một ứng phó liên ngành mạnh hơn và đồng thời cải thiện việc cung cấp dịch vụ, nổi bật nhất là sự gia tăng nhanh chóng số người tiếp cận được các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ về HIV/AIDS; (3) Việc tập trung vào dự phòng đã đem lại nhiều tiến bộ trong việc mở rộng nhanh chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại, đặc biệt là chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch và việc thực hiện thành công Đề án Triển khai thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho những người sử dụng ma túy; (4) Mở rộng nhanh chương trình điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu; (5) Sự tham gia mạnh mẽ hơn và có ý nghĩa hơn của xã hội dân sự trong ứng phó quốc gia.

Phần I của báo cáo này tóm tắt quá trình thực hiện báo cáo. Phần II tóm tắt về tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam . Phần III phân tích những ứng phó quốc gia về chính sách và các chương trình dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Phần IV đưa ra 5 bài học kinh nghiệm được xác định trong giai đoạn báo cáo. Phần V tóm tắt các hỗ trợ chính từ các đối tác phát triển. Phần VI trình bầy những thách thức chính mà Việt Nam phải đương đầu và các giải pháp cho các thách thức này. Phần VII đưa ra các nhận định về hệ thống theo dõi và đánh giá của Việt Nam. Các phụ lục sẽ cung cấp thêm các thông tin về quá trình chuẩn bị báo cáo (Phụ lục 1), chi tiêu cho chương trình HIV/AIDS từ nguồn trong nước và quốc tế (Phụ lục 2), phần trả lời bộ câu hỏi Chỉ số hợp phần Chính sách Quốc gia (Phụ lục 3) và giải trình chi tiết về các chỉ số báo cáo (Phụ lục 4) và được tóm tắt trong bảng dưới đây:

Chỉ số	Nguồn số liệu chủ yếu	Giai đoạn: 2008-2009
Cam kết và Hành động Quốc gia – Ngân sách thực thi		
1. Ngân sách trong nước và quốc tế chi cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS chia theo hạng mục và nguồn tài chính	Bảng tổng hợp tổng chi tiêu cho HIV/AIDS	2008: 108,7 triệu USD 2009: 103,0 triệu USD
Cam kết và Hành động quốc gia – Xây dựng chính sách và tình hình thực thi các hoạt động		
2. Chỉ số kết hợp chính sách quốc gia (NCPI)	Kết quả NCPI	Xem Phụ lục 3
Các Chương trình Quốc gia		
3. Tỷ lệ phần trăm các đơn vị máu được hiến tặng đã được sàng lọc HIV theo cách thức đảm bảo chất lượng	*Số liệu quốc gia không phù hợp với yêu cầu*	
4. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV ở giai đoạn tiến triển được điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu (ARV)	Báo cáo chương trình điều trị, Cục Phòng, chống HIV/AIDS	Người lớn 2008: 45% 2009: 53,7% Trẻ em 2008: 1.462 trẻ 2009: 1.987 trẻ
5. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai dương tính với HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Báo cáo thường qui D28, Cục Phòng, chống HIV/AIDS	2008: 32,9% 2009: 32,3%
6. Tỷ lệ phần trăm ước tính các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao đã được điều trị cả lao và HIV	Báo cáo thường qui D28, Cục Phòng, chống HIV/AIDS	27,5%

7. Tỷ lệ phần trăm nữ và nam trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	Điều tra chỉ số AIDS và Dân số Việt Nam 2005 (VPAIS)	Nam: 2,1% Nữ: 2,6% Tổng: 2,3%
8. Tỷ lệ phần trăm nhóm có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	PNMD: 34,8% Nam TCMT: 17,9% MSM: 19,1%
9. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	PNMD: 47,3% Nam TCMT: 15,4% MSM: 24%
10. Tỷ lệ phần trăm hộ gia đình có trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương nhận được các hỗ trợ cơ bản từ bên ngoài cho việc chăm sóc trẻ	*Chỉ số này không nằm trong Khung theo dõi đánh giá (TD-ĐG) quốc gia nên không có số liệu*	
11. Tỷ lệ phần trăm các trường học áp dụng chương trình giảng dạy kỹ năng sống liên quan đến HIV trong năm học vừa qua	Bộ Giáo dục- Đào tạo (2009)	34,3%
Kiến thức và hành vi		
12. Số trẻ mồ côi được đi học trong tổng số trẻ mồ côi và không mồ côi tuổi 10-14	*Chỉ số này không nằm trong Khung TD- ĐG quốc gia nên không có số liệu*	
13. Tỷ lệ phần trăm thanh niên nam và nữ tuổi 15 – 24 vừa xác định đúng các biện pháp phòng tránh lây truyền HIV qua đường tình dục, vừa phân biệt được các quan niệm sai cơ bản về đường lây truyền	Điều tra Quốc gia về Thanh niên và vị thành niên tuổi 15 - 24 tại Việt Nam (SAVY) 2009	Nam 15-24: 44,1% Nữ 15-24: 40,8% Tổng 15-24: 42,5%
14. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm có nguy cơ cao vừa xác định đúng các biện pháp phòng tránh lây truyền HIV qua đường tình dục, vừa phân biệt được các quan niệm sai cơ bản về đường lây truyền HIV	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	PNMD: 51,5% Nam TCMT: 49,2% MSM: 60,3%
15. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên có quan hệ tình dục trước tuổi 15	SAVY 2009	Nam 15-24: 0,16% Nữ 15-24: 0,07% Tổng 15-24: 0,11%

16. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15-49 có quan hệ tình dục với hơn1 bạn tình trong 12 tháng qua	SAVY 2009	Nam 15-24: 2,44% Nữ 15-24: 0,11% Tổng 15-24: 1,28% *Không có số liệu cho nhóm 25-49 tuổi*
17. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15-49 có quan hệ tình dục với hơn 1bạn tình trong 12 tháng qua báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất	SAVY 2009	Nam 15-24: 92,9% Nữ 15-24: báo cáo không có nguy cơ Tổng 15-24: 92.9% *Không có số liệu cho nhóm 25-49 tuổi*
18. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ mại dâm báo cáo có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	PNMD: 77,7%
19. Tỷ lệ phần trăm nam giới báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	66,5%
20. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy báo cáo có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần đây nhất	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	Nam TCMT: 94,6%
21. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất	Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 10 tỉnh đối với nhóm PNMD và TCMT và tại 4 tỉnh với nhóm MSM	Nam TCMT: 51,9%
Tác động		
22. Tỷ lệ phần trăm nam nữ thanh niên trong độ tuổi 15-24 nhiễm HIV	VPAIS 2005	Nam: 0,9% Nữ: 0,2% Tổng: 0,3%

23. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm nguy cơ cao nhiễm HIV	Giám sát trọng điểm Kết quả sơ bộ từ IBBS vòng 2 năm 2009 tại 4 tỉnh với nhóm MSM	PNMD: 3,2% Nam TCMT: 18,4% MSM: 16,7%
24. 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 thuốc kháng Retro-virus đặc hiệu	Nghiên cứu thuần tập, WHO	2009: Người lớn: 84,4% Trẻ em: 80,6% Chung: 84,2%
25. Tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV	*Hiện nay quốc gia đang cập nhật ước tính và dự báo, do đó số liệu cho chỉ số này hiện chưa có.*	

Nguồn số liệu của các chỉ số trên được thu thập từ nhiều nguồn báo cáo khác nhau, bao gồm: Điều tra Dân số và chỉ số AIDS tại Việt Nam 2005 (VPAIS), Giám sát trọng điểm quốc gia năm 2008 và 2009 và các báo cáo chương trình năm 2008 và 2009. Các kết quả sơ bộ của Điều tra Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học về HIV/STI (IBBS) vòng 2 tiến hành năm 2009 cũng như các số liệu chưa được chính thức xuất bản từ Điều tra Quốc gia về Thanh niên và vị thành niên tuổi 15 - 24 tại Việt Nam (SAVY) tiến hành năm 2009 cũng được đưa vào báo cáo để phản ảnh các số liệu cập nhật. Tuy nhiên, nhiều chỉ số báo cáo không có số liệu phân chia theo giới. Ngoài ra, do phương pháp lấy mẫu của một số nghiên cứu chỉ chọn một số tỉnh nhất định tham gia các điều tra nghiên cứu và sự khác nhau về đặc điểm dịch của từng địa phương (ví dụ như IBBS chỉ thực hiện điều tra trên nhóm NCMT và PNMD ở 10 tỉnh và trên nhóm MSM ở 4 tỉnh) nên các 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 số liệu cho bốn chỉ số UNGASS: 3, 10,12 và 25. Ở Việt Nam, an toàn truyền máu luôn luôn là nền tảng của các can thiệp trong ngành y tế về dự phòng HIV. Việc sàng lọc máu đối với HIV, viêm gan B và C đã được thực hiện nhưng sàng lọc máu theo quy trình đảm bảo chất lượng độc lập từ bên ngoài như yêu cầu tại chỉ số 3 chưa đủ điều kiện để đánh giá tại Việt Nam. Chỉ số 10 và 12 không nằm trong Khung theo dõi đánh giá quốc gia nên không được báo cáo. Hiện chưa có số liệu để báo cáo cho chỉ số 25 vì Việt Nam đang trong quá trình cập nhật ước tính dự báo Quốc gia.

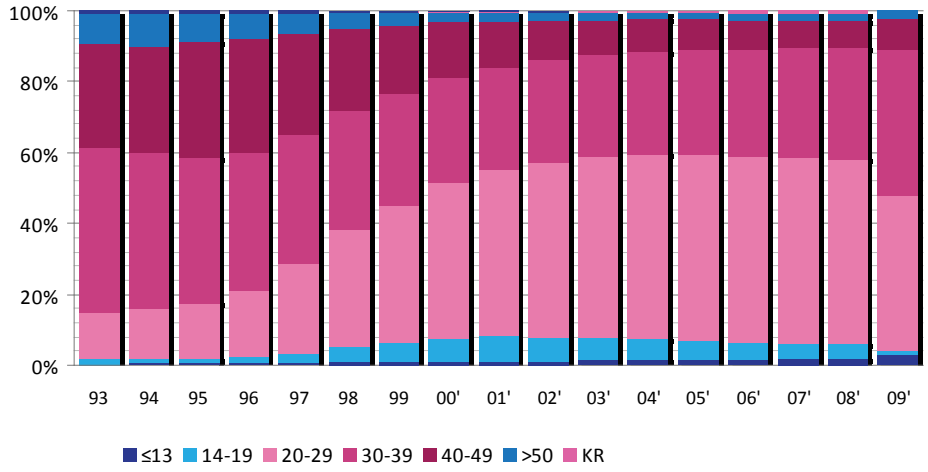
III. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH HIV TẠI VIỆT NAM

Dịch HIV ở Việt Nam hiện vẫn trong giai đoạn tập trung, với tỷ lệ hiện nhiễm cao nhất được phát hiện trong các nhóm quần thể có nguy cơ cao như TCMT, PNMD và MSM. Dịch HIV đã có xu hướng chững lại, biểu hiện qua việc không gia tăng tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm TCMT và PNMD) ở nhiều tỉnh/thành phố; tuy nhiên ở một số tỉnh/thành phố phía Tây Bắc (Điện Biên và Sơn La), tỷ lệ này lại đang gia tăng.[1,2] Tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm trọng điểm khác như thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự và phụ nữ mang thai có xu hướng chững lại và ở mức thấp. Theo ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS 2007-2012 của Bộ Y tế năm 2009, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành từ 15-49 vẫn duy trì ở mức thấp khoảng 0,43% trong năm 2009.[3] Tính đến năm 2010, toàn quốc sẽ có 254.000 người nhiễm HIV và sẽ lên đến khoảng 280.000 người vào năm 2012.

Tại tất cả 63 tỉnh/ thành phố trên cả nước, 97,5% quận/huyện và 70,5% xã/phường đều đã phát hiện có người nhiễm HIV. Tính đến 31/12/2009, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống được báo cáo là 160.019 trường hợp và có 44.540 trường hợp tử vong do AIDS. Năm 2009 đã có 15.713 trường hợp nhiễm HIV và 2.010 trường hợp tử vong do AIDS được báo cáo.

Số liệu thống kê các trường hợp nhiễm HIV được báo cáo cho thấy người nhiễm HIV chủ yếu ở độ tuổi dưới 40. Nhóm tuổi 20-39 chiếm hơn 80% tổng số các trường hợp được báo cáo và tỷ lệ người nhiễm HIV 30-39 tuổi trong tổng số các trường hợp báo cáo đang có xu hướng tăng lên. Ngoài ra, nam giới cũng chiếm phần lớn trong số các trường hợp được báo cáo (73,2%) trong năm 2009.[4]

Biểu đồ 1: Phân bố các ca nhiễm HIV được báo cáo theo nhóm tuổi qua các năm, 1993-2009



Nguồn: *Bộ Y tế (2009). Báo cáo về tình hình dịch HIV/AIDS năm 2009.*

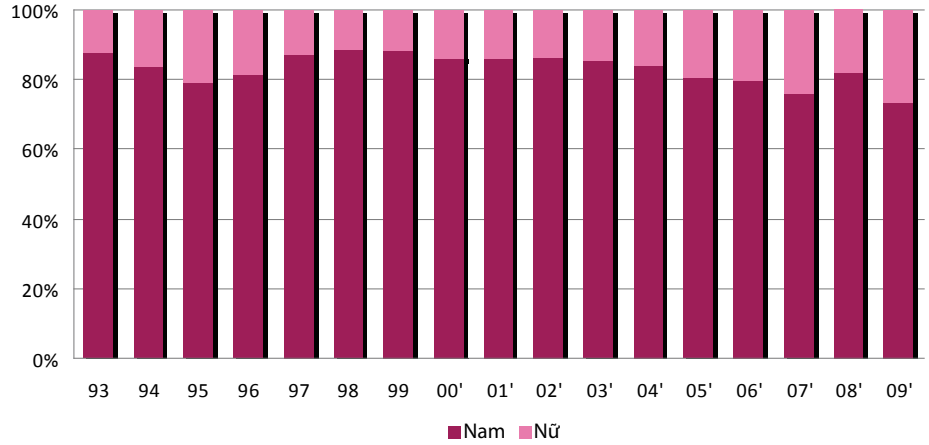
[1] Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[2] Báo cáo tình hình dịch HIV/AIDS năm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2010.

[3] Ước tính và dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam 2007-2012. Bộ Y tế, 2009

[4] Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009.

Biểu đồ 2: Phân bố các ca nhiễm HIV được báo cáo theo giới qua các năm, 1993-2009



Nguồn: *Bộ Y tế (2009). Báo cáo về tình hình dịch HIV/AIDS năm 2009.*

Đặc điểm tình hình dịch

Thời gian xuất hiện dịch HIV tại các địa phương của Việt Nam có sự khác biệt đáng kể. Dịch HIV xuất hiện đầu tiên ở TP. Hồ Chí Minh và một số tỉnh/thành phố thuộc vùng biển Đông Bắc, trong khi dịch tại các vùng miền khác của đất nước như Điện Biên, Sơn La, Yên Bái, chỉ mới xuất hiện gần đây.

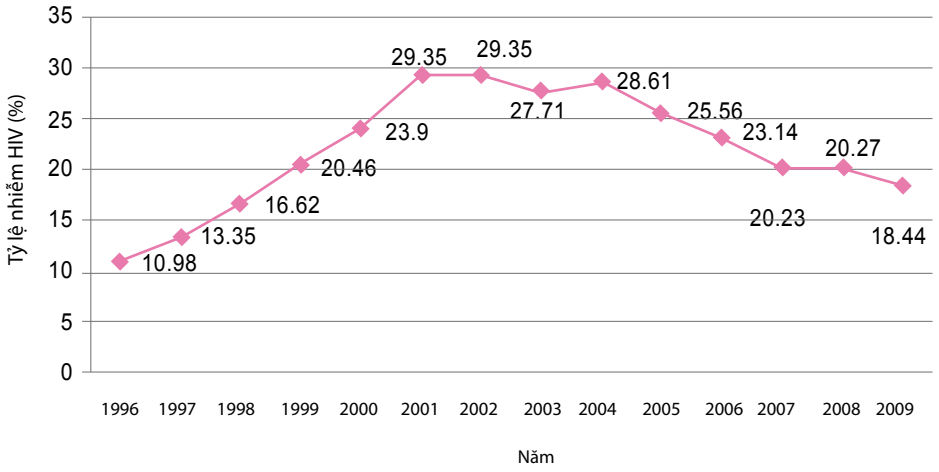
Kết quả giám sát trọng điểm của Bộ Y tế tại 40 trong số 63 tỉnh thành trên cả nước hiện vẫn là công cụ theo dõi xu hướng dịch HIV/AIDS chính ở Việt Nam nhưng vẫn chưa đủ để phân tích sâu về tình hình chung và các chiều hướng dịch HIV. Điều tra Giám sát kết hợp hành vi và chỉ số sinh học về HIV/STI (IBBS) vòng 2 mới được thực hiện cuối năm 2009 sẽ cung cấp các thông tin sâu về tình hình HIV, STI và các hành vi nguy cơ của nhóm TCMT, PNMD và MSM của 10 tỉnh đại diện cho các vùng miền khác nhau trong cả nước (Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Yên Bái, Nghệ An, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh, Đồng Nai, An Giang, Cần Thơ). Trong khuôn khổ báo cáo này, mới chỉ có các kết quả sơ bộ của IBBS được sử dụng để trả lời cho 8 chỉ số của UNGASS (chỉ số 8, 9, 14, 18, 19, 20, 21 và 23). Giá trị của các chỉ số này là giá trị trung bình hoặc trung vị của tập hợp các tỷ lệ của từng chỉ số của 10 tỉnh/thành phố triển khai nghiên cứu IBBS. Mẫu số của chỉ số là tổng cỡ mẫu của 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu. Tử số của chỉ số là tích của giá trị trung bình (hoặc trung vị) với mẫu số. Phụ lục 4 trình bầy chi tiết hạn chế của số liệu sử dụng để tính toán từng chỉ số.

Chính vì những lý do trên cùng với một số hạn chế về các nguồn số liệu khác nhau sử dụng trong báo cáo này, các con số báo cáo chỉ là nhận định nhanh về tình hình dịch HIV hiện tại của quốc gia.

Kết quả giám sát trọng điểm của Bộ Y tế tại 40 trong số 63 tỉnh thành trên cả nước qua các năm cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT có chiều hướng tăng trong giai đoạn 1996-2002 và có xu hướng giảm trong những năm gần đây tại một số địa phương, giảm từ 29% năm 2002 xuống 18,4% năm 2009 (tỷ lệ gộp). Theo kết quả giám sát trọng điểm, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm quần thể lấy mẫu tại cộng đồng là khoảng 15% (dao động từ 0% đến 55%). Trong năm 2009, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này cao nhất ở TP. Hồ Chí Minh (55,1%), tiếp theo là Cần Thơ (41%), Điện Biên (43%), Thái Nguyên

34%), Quảng Ninh (29%), Gia Lai (33,3%) và Bình Dương (32,4%).[5] Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT theo kết quả sơ bộ của IBBS thực hiện tại 10 tỉnh thành năm 2009 là khá cao, khoảng 29,5%, dao động từ 1% (Đà Nẵng) tới 56% (Quảng Ninh).[6] Có một điểm cần lưu ý là ở nhiều địa phương, nghiên cứu IBBS sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên dựa vào cộng đồng nên sẽ đưa ra ước tính về tỷ lệ hiện nhiễm cao hơn kết quả giám sát trọng điểm.

Biểu đồ 3: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT theo kết quả giám sát trọng điểm, 1996-2009



Nguồn: *Cục PC HIV/AIDS Giám sát trọng điểm (2009)*

Theo kết quả giám sát trọng điểm ở 40 tỉnh/thành phố, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm PNMD giảm từ 5,9% năm 2002 xuống 3,2% năm 2009 (tỷ lệ gộp). Cũng như ở nhóm TCMT, tỷ lệ này vẫn còn cao ở một số tỉnh/thành phố như Cần Thơ (19%), Hải Phòng (8,5%), Thái Nguyên (7,7%) và Hà Nội (6%).[7] Kết quả sơ bộ điều tra IBBS thực hiện năm 2009 trong nhóm PNMD tại 10 tỉnh cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này là 8,5%, dao động từ 0,3% (Đà Nẵng) đến 23% (ở nhóm PNMD đường phố ở Hải Phòng).[8]

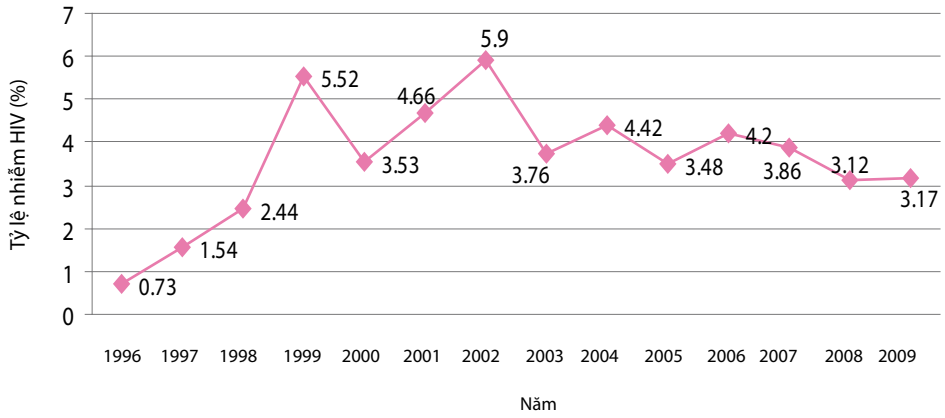
[5] Giám sát trọng điểm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[6] IBBS, 2009

[7] Giám sát trọng điểm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[8] IBBS, 2009

Biểu đồ 4: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNMD theo kết quả giám sát trọng điểm, 1996-2009



Nguồn: *Cục PC HIV/AIDS. Giám sát trọng điểm (2009)*

Theo kết quả sơ bộ điều tra IBBS 2009 , tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM ở Hà Nội, Hải Phòng, TP. Hồ Chí Minh và Cần Thơ là rất cao: 16,7%. Cũng cần lưu ý ở Việt Nam hiện chỉ có rất ít các điều tra về tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên nhóm MSM (MSM vẫn chưa được đưa vào giám sát trọng điểm). Với xu hướng tăng tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm MSM ở các nước châu Á, cần phải mở rộng giám sát hành vi nguy cơ trong nhóm quần thể này cũng như các can thiệp dự phòng cho nhóm này.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự có xu hướng giảm và ở mức thấp là 0,3% và 0,15%.[9]

Một trong những tín hiệu khả quan là tỷ lệ người TCMT sử dụng kim tiêm vô trùng trong lần tiêm chích gần nhất ở mức cao tới 98% ở Quảng Ninh (dao động từ 87%-98%).[10](chỉ số 21 theo kết quả IBBS 2009 ở 10 tỉnh/thành phố) Nghiên cứu năm 2009 của Dự án Phòng, chống HIV/AIDS do Ngân hàng Thế giới (WB) tài trợ, ở Sơn La và Vĩnh Long cũng cho thấy có tới 74,5% và 87% người TCMT thường xuyên sử dụng bơm kim tiêm vô trùng trong vòng một tháng qua.[11] Tuy nhiên, cũng theo kết quả sơ bộ của IBBS 2009, tỷ lệ người TCMT cho biết họ có sử dụng bao cao su (BCS) trong lần quan hệ tình dục gần nhất là tương đối thấp (51,9%, dao động từ 26%-94%). Điều tra của Dự án Phòng, chống HIV/AIDS do WB tài trợ tại 9 tỉnh vào năm 2008 cũng cho kết quả tương tự.

Kết quả sơ bộ của điều tra IBBS 2009 (tại 4 thành phố: Hà Nội, Hải Phòng, TP.Hồ Chí Minh và Cần Thơ) cho thấy chỉ có 66,5% số MSM cho biết có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn gần nhất với bạn tình nam. Cũng theo kết quả IBBS ở 10 tỉnh/thành phố, chỉ có khoảng 77,7% số PNMD (dao động từ 59,3%-91,8%) sử dụng BCS với khách hàng gần đây nhất.[12] Nghiên cứu của Dự án Phòng, chống HIV/AIDS do Ngân hàng thế giới WB tài trợ tiến hành năm 2008 cho thấy một tỷ lệ lớn (hơn 94%) PNMD cho biết có sử dụng BCS với khách hàng gần đây nhất.[13] Khảo sát của Dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam do DFID tài trợ tiến hành ở 7 tỉnh trong năm 2008 cho biết 97,8% PNMD đường phố và 96% PNMD nhà hàng báo cáo có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục

[9] Giám sát trọng điểm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[10] Kết quả sơ bộ IBBS, 2009

[11] Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2009. Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ, 2009.

[12] Kết quả sơ bộ IBBS, 2009

[13] Báo cáo Tiếp cận Phổ cập, 2008.

gần nhất (với khách hàng hoặc bạn tình thường xuyên).[14] Tuy nhiên, hành vi tiêm chích ma túy không an toàn trong PNMD vẫn là nhân tố chủ chốt trong việc lây truyền HIV ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao hơn trong nhóm PNMD.

Bộ Y tế ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành (tuổi 15-49) sẽ là 0,44% vào năm 2010 và có thể chỉ tăng tới 0.47% vào năm 2012. Sẽ có khoảng 2% nam giới có quan hệ tình dục với PNMD sẽ nhiễm HIV trong giai đoạn 2007 - 2017. Mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể này còn thấp, nhưng với kích thước quần thể lớn, nhóm nam giới có quan hệ tình dục với PNMD sẽ có ảnh hưởng đáng kể đến hình thái dịch HIV ở Việt Nam. Bên cạnh đó, Bộ Y tế cũng ước tính tỷ suất giữa nam giới và nữ giới nhiễm HIV sẽ giảm dần xuống 2,6 vào năm 2012. Sự thay đổi này cho thấy sự gia tăng nguy cơ lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao (tiêm chích và tình dục không an toàn) sang vợ hoặc bạn tình của họ. Nam giới vẫn tiếp tục chiếm tỷ lệ cao trong số đối tượng bị nhiễm HIV cũng như trong các trường hợp nhiễm HIV mới.[15]

[14] Báo cáo tổng kết dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam do DfID tài trợ. Bộ Y tế, 2009

[15] Ước tính và dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam 2007-2012. Bộ Y tế, 2009

III. ỨNG PHÓ QUỐC GIA

1. Lãnh đạo và quản lý

Hai năm vừa qua đã ghi nhận những tiến bộ rõ rệt trong Công tác Quản lý Điều hành hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của Đảng, Quốc hội và Chính phủ Việt Nam. Các tiến bộ rõ rệt có thể nhận thấy là sự tăng cường vai trò lãnh đạo, điều hành của Cơ quan điều phối Quốc gia, sự phối hợp mạnh mẽ hơn của các Bộ ngành liên quan, sự tham gia nhiều hơn của các tổ chức xã hội dân sự và cam kết rõ ràng hơn trong việc giải quyết kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Trong năm 2008 – 2009, dưới sự chỉ đạo của Phó Thủ tướng Chính phủ Trương Vĩnh Trọng, vai trò điều phối của Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm đã được củng cố. Thành tựu nổi bật bao gồm việc tăng cường chỉ đạo giám sát các chương trình HIV và các hoạt động ở tuyến tỉnh, đẩy mạnh hợp tác hơn nữa của rất nhiều bên liên quan như người nhiễm HIV và cộng đồng doanh nghiệp, tăng cường lãnh đạo trong những vấn đề nhạy cảm như liệu pháp điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện (Methadone), vấn đề sử dụng ma túy và mại dâm và sự quan tâm hơn nữa đến hợp tác đa ngành. Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm họp hai lần một năm và có sự tham dự của đại diện các Bộ, Cục, lãnh đạo các tỉnh, các chuyên gia kỹ thuật và cộng đồng quốc tế.

Có thể thấy sự tăng cường mạnh mẽ của các cam kết chính trị và vai trò lãnh đạo từ nhiều Bộ ngành khác nhau trong giai đoạn vừa qua đã đem lại sự thay đổi tích cực trong công tác phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Sự hợp tác chặt chẽ hơn giữa các Bộ ngành giúp ứng phó đa ngành mạnh mẽ hơn đã dẫn tới việc tăng cường và mở rộng các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS, đáng kể nhất là việc mở rộng các chương trình giảm tác hại trong phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt là chương trình trao đổi bơm kim tiêm và thực hiện thử nghiệm chương trình quốc gia về điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng methadone cho những người sử dụng ma túy và sự gia tăng nhanh chóng số người tiếp cận điều trị ARV.

Lãnh đạo Đảng và Chính phủ cũng đã nỗ lực để đảm bảo công tác phòng chống HIV/AIDS được đưa vào những chính sách vĩ mô chủ chốt của Việt Nam như Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội 10 năm của Việt Nam (hiện đang trong giai đoạn xây dựng)

Ở tuyến tỉnh, chính quyền địa phương cũng đã đặt ra các mục tiêu và ưu tiên để thực hiện các chương trình và thử nghiệm các cải cách về phòng, chống HIV/AIDS dựa trên nhu cầu cụ thể của địa phương mình. Các tỉnh cũng tiến hành những bước tiến chắc chắn để thực hiện các nghị định, chỉ thị liên quan đến HIV. Các ví dụ tiêu biểu là: TP. Hồ Chí Minh đã đi đầu trong việc cung cấp ART thử nghiệm tại một số trung tâm giáo dục lao động xã hội cho người sử dụng ma túy[16]; TP. Hồ Chí Minh và Hải Phòng đã thực hiện thí điểm chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone cho người sử dụng ma túy. Tại TP. Cần Thơ và tỉnh Thanh Hóa, Ủy ban nhân dân tỉnh đã cho phép đặt bao cao su tại các nhà nghỉ và cơ sở dịch vụ giải trí và sự thành công của nỗ lực này là do có sự hợp tác chặt chẽ của Công an và Y tế địa phương.

[16] Trong nghị định xử phạt vi pham hành chính số 04/2008/PL UBTVQH12, sử dụng ma túy và bán dâm là vi phạm hành chính và bị bắt cải tạo tối đa là 2 năm trong các trung tâm Giáo dục lao động xã hội do Bộ Lao động thương Binh xã hội quản lý. Các trung tâm này được gọi tắt là trung tâm 05 (cho nhóm Phụ nữ mại dâm) và trung tâm 06 cho nhóm sử dụng ma túy

2. Môi trường chính sách và pháp lý

Chính phủ Việt Nam ghi nhận HIV/AIDS là một vấn đề quan trọng trong phát triển, mang tính đa ngành và cam kết tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Luật Phòng, chống nhiễm virút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) (Số 64/2006/QH11) (sau đây gọi là Luật HIV) được thông qua năm 2006, bảo vệ quyền của những người sống với HIV. Trong hai năm 2008-2009, nhiều văn bản pháp lý và chính sách được sửa đổi, bổ sung và phê chuẩn tạo ra một khung pháp lý mạnh hơn và nhất quán hơn cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Hai năm qua đã ghi nhận nhiều thay đổi tích cực về môi trường pháp lý liên quan đến triển khai các hoạt động giảm tác hại.

- Sửa đổi và bổ sung một số điều của Bộ Luật Hình sự (Số 37/2009/QH12), trong đó bao gồm việc hủy bỏ Điều 199 về tội sử dụng trái phép chất ma túy. Văn bản sửa đổi thừa nhận sử dụng ma túy là một vấn đề xã hội và xem người sử dụng ma túy là bệnh nhân hơn là tội phạm.
- Sửa đổi Luật Phòng chống ma túy (Số 16/2008/QH12) và Chỉ thị số 32/2008/CT-TTg (11/11/2008) cho phép triển khai các can thiệp giảm thiểu tác hại, như đã được quy định trong Luật HIV[17].
- Trên cơ sở Luật HIV, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 5073/QĐ-BYT phê duyệt đề án triển khai thí điểm điều trị duy trì Methadone tại Hải Phòng và TP. Hồ Chí Minh bắt đầu vào tháng 5/2008

Bên cạnh đó, hàng loạt các quyết định được ban hành góp phần làm tăng cường năng lực và khả năng thực thi pháp luật cho hệ thống phòng, chống HIV/AIDS bao gồm:

- Quyết định số 1107/QĐ-TTg ngày 28/07/2009 về việc phê duyệt Đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giai đoạn 2010-2015.
- Quyết định 28/2008/QĐ-BYT ngày 14/08/2008 về việc ban hành quy chế báo cáo và biểu mẫu báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.
- Quyết định số 14/QĐ-BYT ngày 03/01/2008 về việc ban hành kế hoạch hành động về quản lý và điều phối viện trợ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam giai đoạn 2008-2010 và tầm nhìn 2020.

Hiện nay, Bộ Y tế đang tiếp tục xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật để hướng dẫn việc thực hiện Luật HIV.

Các chính sách và pháp luật ra đời trong giai đoạn này đã tạo điều kiện cho việc thực hiện và đảm bảo quyền của người nhiễm HIV, đặc biệt là các quyền về tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

- Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi số 25/2008/QH12 và các thông tư, nghị định hướng dẫn [18,19,20] việc thực thi Luật đã bổ sung người nhiễm HIV trong nhóm đối tượng được bảo hiểm y tế.

[17] Luật phòng chống HIV định nghĩa hoạt động giảm tác hại bao gồm các hoạt động tuyên truyền, huy động và khuyến khích sử dụng bơm kim tiêm sạch, bao cao su, điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện và các can thiệp giảm tác hại khác

[18] Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/07/2009 Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

[19] Thông tư Liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/08/2009 Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế.

[20] Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/08/2009 Hướng dẫn đăng ký khám bệnh chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Nghị định 76/2008/NĐ-CP về việc thực thi một số điều trong Luật Ân Xá, trong đó những phạm nhân được ân xá đặc biệt bao gồm người nhiễm HIV đã chuyển sang giai đoạn AIDS đang có những nhiễm trùng cơ hội và có tiên lượng xấu, có phiếu xét nghiệm HIV và kết luận của Trung tâm Y tế cấp huyện trở lên[21].

Trong giai đoạn 2 năm vừa qua, công tác dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ em nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV đã được Chính phủ đặc biệt quan tâm, ví dụ như:

- Quyết định số 84/2009/QĐ-TTg về Chương trình hành động Quốc gia về Trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV đến năm 2010 với tầm nhìn 2020 đã đưa ra những mục tiêu và chỉ đạo cụ thể cho ứng phó quốc gia đối với công tác dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ em nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV.
- Chỉ thị số 61/2008/CT-BGDDT về tăng cường phòng, chống HIV/AIDS trong ngành giáo dục do Bộ GD-ĐT ban hành đã yêu cầu các cơ sở giáo dục: tăng cường các ban chỉ đạo HIV/AIDS, nâng cao chất lượng hoạt động giáo dục thường xuyên về dự phòng HIV tập trung vào việc giảm kỳ thị phân biệt đối xử và nâng cao kỹ năng dự phòng HIV trong học sinh, sinh viên; lồng ghép phòng, chống HIV/AIDS vào các chương trình khác; bảo vệ quyền của người nhiễm HIV bao gồm cả trẻ em nhiễm HIV và tăng cường phân bổ nguồn lực cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Sự phát triển nhanh chóng của môi trường chính sách và pháp lý giúp tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho ứng phó quốc gia. Tuy nhiên, một vài lĩnh vực vẫn còn chồng chéo, bất cập về nội dung văn bản hoặc các biện pháp giải quyết như vẫn còn tồn tại sự thiếu nhất quán giữa các biện pháp của ngành công an nhằm kiểm soát việc sử dụng ma tuý và mại dâm với các biện pháp của ngành y tế để tiếp cận các nhóm tham gia vào các hoạt động này.

- Còn có sự thiếu nhất quán giữa Luật HIV, Nghị định số 108/2007/NĐ-CP hỗ trợ các can thiệp giảm hại và Pháp lệnh Phòng chống mại dâm năm 2003. Theo Pháp lệnh này, bất cứ ai hành nghề bán dâm đều là đối tượng bị quản lý tập trung tại các trung tâm 05. Năm 2009, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) đã đứng ra tổ chức một qui trình tham vấn ý kiến để rà soát việc thực hiện Pháp lệnh này, trong đó có sự tham gia của xã hội dân sự bao gồm đại diện của nhóm PNMD. Dự kiến, một văn bản mới về vấn đề mại dâm sẽ được soạn thảo vào cuối năm 2010.
- Trong khi Luật phòng chống ma túy sửa đổi đã cố gắng tạo ra sự nhất quán với Luật HIV, nhưng lại tồn tại những điểm không nhất quán giữa luật sửa đổi với các nghị định. Theo Nghị định số 94/2009/NĐ-CP, sau khi hoàn thành việc cai nghiện bắt buộc trong vòng hai năm tại trung tâm 06, những người sử dụng ma túy sẽ được quản lý sau cai nghiện tối đa là hai năm. Do việc tiếp cận với các dịch vụ HIV trong các trung tâm 06, kể cả dịch vụ điều trị còn hạn chế, vì vậy quy định này gây khó khăn cho người sử dụng ma túy khi tiếp cận với các dịch vụ HIV.
- Trong khi Luật phòng chống ma túy sửa đổi coi sử dụng ma túy không phải là tội phạm, thì Luật xử lý vi phạm hành chính, vẫn quy định sử dụng ma túy là vi phạm hành chính và bị xử phạt hành chính tập trung tối đa là 4 năm. Luật này cũng sẽ là một trong những rào cản đối với việc cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS có hiệu quả.

[21] Quyết định Ân xá do người đứng đầu nhà nước được đưa ra trong một số sự kiện đặc biệt về văn hóa, chính trị và kinh tế

Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ cho phép việc cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV, điều trị và chăm sóc tại các Trung tâm giáo dục lao động xã hội, trại tạm giam và trại giam. Nhưng các can thiệp này chỉ được tiến hành ở một số cơ sở giam giữ trong một thời gian ngắn thí điểm, đồng thời các dịch vụ dự phòng và điều trị vẫn còn rất hạn chế. Hiện nay ARV không được cung cấp tại bất cứ nhà tù nào và chỉ có 14 trung tâm 05/06 cung cấp dịch vụ điều trị ARV ở thời điểm cuối năm 2009 trong khuôn khổ dự án Quỹ toàn cầu vòng 6.

Mặc dù có các luật và quy định pháp lý mạnh mẽ và tiến bộ, việc thực hiện và tuân thủ các quy định này vẫn còn hạn chế do thiếu sự hiểu biết và do các cơ chế thực thi luật. Ví dụ, một số trường hợp trẻ em nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV đã bị từ chối nhập học. Ngày càng có nhiều những dịch vụ hỗ trợ pháp lý bao gồm hệ thống trợ giúp pháp lý cho các trường hợp liên quan đến HIV, các công ty luật cung cấp các dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giảm phí cho những người nhiễm HIV. Bên cạnh đó là các chương trình nâng cao nhận thức cho người nhiễm HIV về quyền của mình. Đến nay đã có 5 trung tâm hỗ trợ pháp lý và một đường dây nóng được thiết lập. Tuy nhiên những trung tâm này cần nâng cao năng lực hơn nữa vì hiện nay kỳ thị phân biệt đối xử vẫn là một rào cản lớn trong tiếp cận các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV.

Theo Nghị định 67/2007/NĐ-CP, trẻ mồ côi do AIDS được hỗ trợ tài chính hàng tháng. Trong quá trình thực thi đã xác định được một số vấn đề trong đó có năng lực yếu kém của các cơ quan bảo hiểm xã hội địa phương, nhận thức hạn chế về Nghị định, hạn chế trong giám sát việc thực thi và kỳ thị phân biệt đối xử ngăn cản những người có nhu cầu đến được với các hỗ trợ này.

Mặc dù không có những chính sách cản trở phụ nữ tiếp cận các dịch vụ, những chính sách hiện nay cũng không khuyến khích họ tiếp cận các dịch vụ này. Cần có một chính sách cụ thể để giải quyết và ưu tiên phụ nữ tiếp cận các can thiệp dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, đặc biệt là đối với đối tượng PNMD có tiêm chích ma túy. Những PNMD sử dụng ma túy và bị nhiễm HIV đã bị gạt ra bên lề và phải đối mặt với kỳ thị kép về HIV, họ gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ việc làm, giáo dục và hỗ trợ xã hội.

Mặc dù Điều 14 của Luật HIV xác định các trách nhiệm của chủ lao động trong việc dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV nhưng chính sách thuế hiện hành chưa có các chính sách ưu tiên về quy định miễn thuế cho các doanh nghiệp tài trợ các hoạt động liên quan đến HIV nên chưa khuyến khích được doanh nghiệp tự chi trả và triển khai hoạt động này.

3. Chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS

Chi tiêu cho HIV/AIDS là một phép đo quan trọng đánh giá sự cam kết và hành động của các quốc gia. Thông tin về chi tiêu cho HIV/AIDS được đánh giá theo nguồn tài trợ và thông qua 8 hạng mục chi chính bao gồm: dự phòng; chăm sóc điều trị; trẻ mồ côi và dễ tổn thương OVC; chi quản lý chương trình; nhân lực; các dịch vụ bảo trợ xã hội không bao gồm trẻ mồ côi và dễ tổn thương; tạo môi trường thuận lợi và nghiên cứu.

Số liệu về chi tiêu cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam được tổng hợp từ các cơ quan tài trợ, các đối tác chính hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS cho giai đoạn 2007, 2008 và 2009. Lần báo cáo này bao gồm cả số liệu chi tiêu năm 2007 vì kỳ báo cáo trước số liệu chi tiêu năm 2007 chưa có.

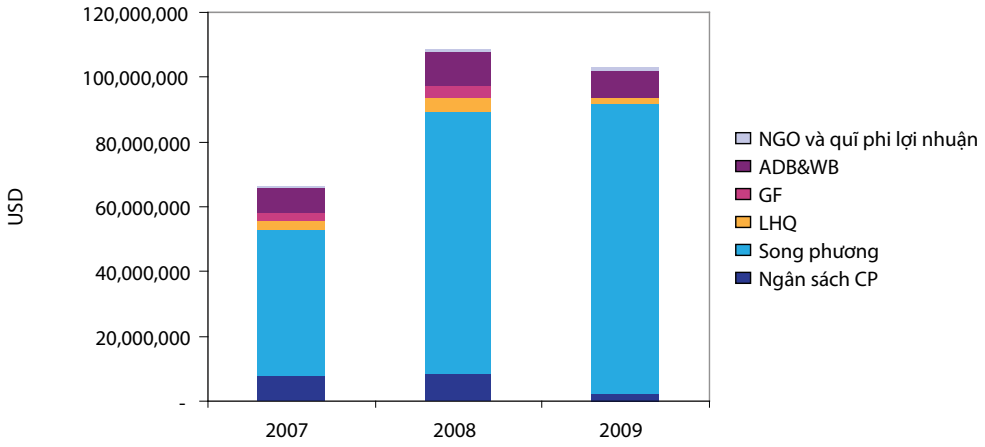
Trong giai đoạn báo cáo, chi tiêu của quốc gia cho HIV/AIDS đã tăng đáng kể. Tổng chi cho HIV/AIDS đã tăng gấp đôi, từ khoảng 50 triệu USD trong năm 2006 lên 109 triệu trong năm 2008. Chi cho HIV/AIDS trong năm 2009 ước tính trên 103 triệu USD. Riêng chi từ ngân sách nhà nước cho HIV/AIDS đã tăng từ 8 triệu USD trong năm 2007 (12% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2007) lên 8,7 triệu USD trong năm 2008 (8% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2008). Phần lớn nguồn vốn cho các chương trình HIV/AIDS vẫn là từ các nhà tài trợ quốc tế. Với sự hỗ trợ tích cực của cộng đồng quốc tế, Việt Nam đã nhanh chóng mở rộng và nâng cao chất lượng các hoạt động dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV trong giai đoạn này.

Trong năm 2007, ít nhất 66,3 triệu USD đã được chi cho HIV/AIDS tại Việt Nam, tương đương 1,5% tổng chi tiêu y tế quốc gia. So với chi ngân sách nhà nước cho y tế, tổng chi cho HIV/AIDS bằng khoảng 6,5%, hay là 0,78 USD cho mỗi đầu người. Các thống kê chưa đầy đủ cho thấy ngân sách nhà nước đã chi cho AIDS khoảng 8 triệu USD, bao gồm 6,3 triệu USD (79%) từ ngân sách trung ương và 1,7 triệu USD (21%) từ ngân sách các tỉnh. Phần lớn tổng chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2007 được phân bổ cho các hạng mục chăm sóc và điều trị (39%) và cho dự phòng (37%).

Tổng chi cho HIV/AIDS năm 2008 đạt 108,7 triệu USD, tăng 64% so với năm 2007. Tổng chi cho HIV/AIDS tương đương với 10.5% chi ngân sách nhà nước cho y tế và bằng 1,8% tổng chi tiêu y tế quốc gia. So với năm 2007, tổng chi cho HIV/AIDS theo đầu người đã tăng 62%, lên mức 1,26 USD. Các thống kê chưa đầy đủ về chi ngân sách nhà nước cho HIV/AIDS cho thấy ngân sách đã chi khoảng 8.7 triệu USD, trong đó có 6.6 triệu USD (76%) từ ngân sách trung ương và 2,1 triệu (24%) từ ngân sách các tỉnh. Tương tự như năm 2007, 39% tổng chi cho HIV/AIDS được dành cho chăm sóc và điều trị và 36% dành cho dự phòng.

Số liệu giải ngân năm 2009 thu được trong báo cáo này còn hạn chế vì số liệu được thu thập tại thời điểm chưa kết thúc năm tài chính của nhiều cơ quan đơn vị, nhưng ước tính khoảng trên 103 triệu USD đã được chi cho HIV/AIDS trong năm 2009. Trong đó các nhà tài trợ quốc tế song phương đóng góp 89,7 triệu USD, các nhà tài trợ đa phương góp 10,4 triệu USD và các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận tài trợ khoảng 0,8 triệu USD. Các khoản giải ngân chưa được báo cáo năm 2009 là từ các tổ chức như DANIDA, DFID, Dự án Quĩ toàn cầu, các cơ quan liên hợp quốc như UNDP, UNESCO, UNODC, WHO cũng như ngân sách quốc gia. Chi tiết xin xem phụ lục 2.

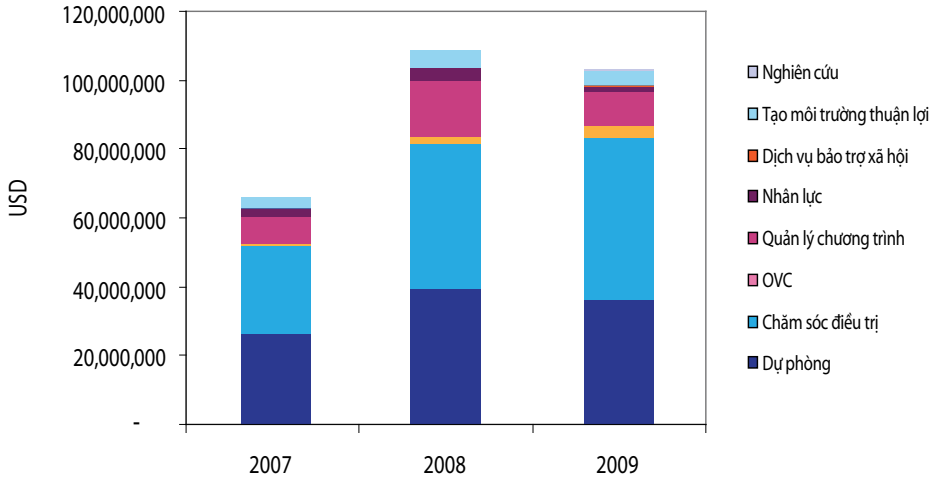
Biểu đồ 5: Nguồn tài trợ chính cho HIV/AIDS tại Việt Nam 2007-2009.



Tổng cộng trong giai đoạn 2007-2008, các nguồn tài trợ quốc tế chiếm tới 90% tổng chi cho HIV/AIDS trong khi ngân sách nhà nước chỉ chiếm khoảng 10%. 72% tổng chi cho HIV/AIDS là từ các khoản tài trợ song phương, trong đó riêng từ chương trình PEPFAR là 63%. Nguồn tài trợ lớn thứ hai là từ các nhà tài trợ đa phương. Trong giai đoạn này, Quỹ Toàn Cầu đóng góp 4%, các cơ quan Liên Hợp Quốc đóng góp 4% và hai ngân hàng phát triển ADB và WB đóng góp 11% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS. Theo số liệu hiện có, các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận chiếm khoảng 1% tổng chi.

Là một trong những nước trọng điểm của chương trình PEPFAR, Việt Nam đã nhận được tài trợ đáng kể từ các cơ quan chính phủ Hoa Kỳ. Trong năm 2007, giải ngân từ PEPFAR là 38,7 triệu USD, chiếm 86% tài trợ song phương và 58% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS ở Việt Nam. Trong năm 2008, tài trợ của PEPFAR tăng gần gấp đôi. Tổng số vốn giải ngân là 71,5 triệu USD, chiếm 89% tài trợ song phương và 66% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS ở Việt Nam.

Biểu đồ 6: Tổng chi cho HIV/AIDS tại Việt Nam 2007- 2009 phân bổ theo hạng mục



Trong 2 năm 2007 và 2008, hai hạng mục chi tiêu chiếm phần lớn trong các khoản chi là dự phòng (37 % tổng chi năm 2007 và khoảng 36% trong năm 2008), chăm sóc và điều

trị (39% tổng chi năm 2007 và 2008).[22] 10 - 15% các nguồn ngân sách được dành cho tăng cường quản lý chương trình trong khi các hạng mục chi tiêu khác chiếm tỷ lệ nhỏ trong nguồn vốn.

Theo Bảng tổng kết các nguồn tài trợ cho Việt Nam giai đoạn 2007 – 2008, khoảng từ 18-20% khoản chi cho dự phòng là cho truyền thông thay đổi hành vi, 13-14% chi cho tư vấn và xét nghiệm tự nguyện và 11% dành cho dự phòng lây truyền từ mẹ sang con; khoảng 50% giải ngân cho hoạt động dự phòng chưa được phân loại theo hạng mục chi tiết. Dịch HIV ở Việt nam vẫn tập trung ở các nhóm quần thể có nguy cơ cao như người tiêm chích ma túy, PNMD và nam tình dục đồng giới vì vậy các biện pháp dự phòng trong các nhóm quần thể này cần phải được đặt lên hàng đầu. Trong khi chưa có nghiên cứu chính thức để ước tính nhu cầu nguồn lực ở Việt Nam, số liệu tổng hợp về chi tiêu cho HIV/AIDS ở Việt Nam trong giai đoạn này cũng vẫn chưa thể xác định được tỷ lệ chi tiêu cho các hoạt động dự phòng ở các nhóm có nguy cơ cao, đặc biệt là chi cho hoạt động giảm tác hại là bao nhiêu. Vì thế, không thể xác định được liệu hoạt động can thiệp cho các nhóm đối tượng nguy cơ cao này đã được đầu tư đầy đủ kinh phí để đạt độ bao phủ mong muốn nhằm thay đổi được hành vi nguy cơ cao và tác động lên tình hình dịch hay chưa.

Ngân sách cho điều trị và chăm sóc tăng đáng kể từ năm 2007 đến 2009 (từ 26 triệu USD năm 2007 tới 47 triệu USD năm 2009) và nhất quán với việc tăng độ bao phủ ART trong giai đoạn báo cáo. Khi hướng dẫn điều trị mới của TCYTTG khuyến khích nên bắt đầu điều trị ARV sớm hơn được đưa vào áp dụng, thì số người cần điều trị ARV sẽ còn tăng. Cùng với việc rút dần các khoản tài trợ của các tổ chức quốc tế khi Việt Nam đạt ngưỡng quốc gia có mức thu nhập trung bình, Chính phủ cần có kế hoạch để đảm bảo tiếp tục duy trì cho những người hiện đang được điều trị và tạo điều kiện tiếp cận điều trị cho những người mới có nhu cầu. Việc nhu cầu điều trị tăng lên cần được xem xét đồng thời với nhu cầu mở rộng các dịch vụ dự phòng, đặc biệt là cho các nhóm có nguy cơ cao.

Đặc điểm quan trọng nhất của tổng chi cho HIV/AIDS của Việt Nam trong giai đoạn này là các khoản chi vẫn dựa phần lớn vào nguồn tài trợ bên ngoài, đặc biệt là của PEPFAR và điều này có những ảnh hưởng đáng kể đến tính bền vững của ứng phó quốc gia trong bối cảnh Việt Nam đang tiến tới ngưỡng các nước có thu nhập trung bình và các nguồn tài trợ sẽ giảm đi.

Xem Phụ lục 2 về Chi tiết Tổng ngân sách chi tiêu cho HIV/AIDS trong năm 2007, 2008 và 2009, mô tả phương pháp, hạn chế và kết quả nghiên cứu.

4. Dự phòng

Trong hai năm qua, các chương trình dự phòng lây nhiễm HIV đã được tăng cường, mở rộng một cách đáng kể, đặc biệt là các hoạt động giảm thiểu tác hại, tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) và dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC). Điều này được thể hiện ở mức độ hiểu biết tốt hơn về dự phòng lây nhiễm HIV ở cả nhóm có nguy cơ cao và cộng đồng dân cư nói chung cũng như gia tăng sự tiếp cận với các chương trình dự phòng và chất lượng dịch vụ được cải tiến.

Thông tin, Giáo dục, Truyền thông và Truyền thông Thay đổi Hành vi

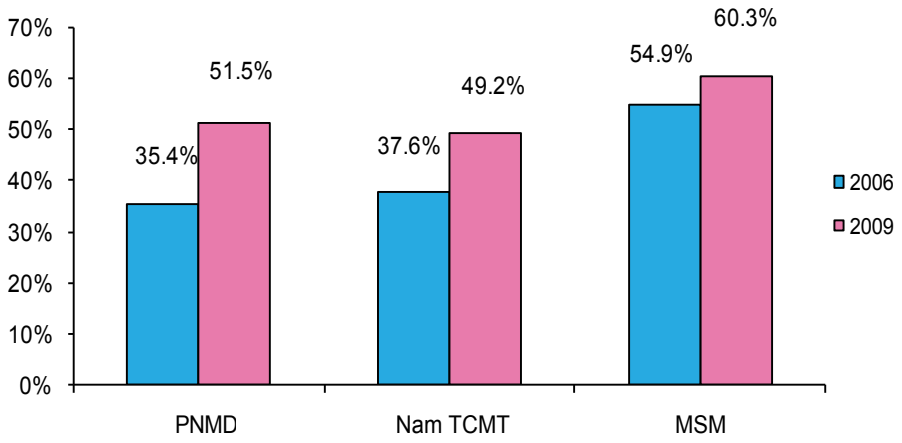
Trong giai đoạn báo cáo này, các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông (IEC) và truyền thông thay đổi hành vi (BCC) đã được triển khai trên toàn quốc với sự tham gia của các bộ, ban, ngành, đoàn thể, bằng nhiều hình thức đa dạng phong phú. Tạp chí,

[22] Tổng chi cho HIV/AIDS năm 2009 chưa đầy đủ nên không nhận định được về phân bổ theo hạng mục

báo in, tờ tin, panô, áp phích, khẩu hiệu và các tờ rơi về HIV/AIDS đã được phân phát cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao cũng như người dân trong cộng đồng. Các hoạt động IEC/BCC được triển khai bao gồm đào tạo tập huấn, giáo dục đồng đẳng cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao, tư vấn trực tiếp và qua đường dây nóng, các cuộc thi hiểu biết về HIV/AIDS, các buổi tọa đàm mang tính chất giáo dục, triển lãm ảnh và các câu chuyện về HIV/AIDS. Bộ Thông tin và Truyền thông đã xây dựng hàng loạt các văn bản hướng dẫn nhằm giúp ngành truyền thông chuẩn bị các chương trình, tin tức và các bài viết thích hợp cho công tác dự phòng lây nhiễm HIV trong năm 2008 và 2009.

Năm 2006, 35,0% PNMD, 37,6% nam TCMT tại 7 tỉnh/thành phố và 54,9% MSM tại 2 thành phố đã xác định đúng cách phòng tránh HIV lây qua đường tình dục và loại bỏ được quan niệm sai lầm cơ bản về lây truyền HIV.[23] Kết quả điều tra 3 năm sau cho thấy 51,5% PNMD (9,9%-80,3%), 49,2% nam TCMT (11,7%-75,1%) ở 10 tỉnh/thành phố và 60,3% MSM (47,7%-77,2%) ở 4 thành phố có thể xác định đúng các cách phòng tránh lây nhiễm HIV qua đường tình dục và có thể loại bỏ được các quan niệm sai lầm về lây truyền HIV.[24] (Chỉ số UNGASS 14)

Biểu đồ 7: Tỷ lệ người xác định đúng các cách phòng tránh lây HIV qua đường tình dục và loại bỏ được quan niệm sai lầm cơ bản về lây truyền HIV (IBBS)



Nguồn: *IBBS 2006 và kết quả sơ bộ IBBS 2009*

Theo số liệu sơ bộ từ điều tra IBBS năm 2009, 47,3% PNMD (19,2% - 77%), 15,4% nam TCMT (1,6% - 55,7%) và 24% MSM (12,8% - 30%) được cung cấp bao cao su/bơm kim tiêm và biết được cần đi đến đâu để làm xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua (Chỉ số UNGASS 9).

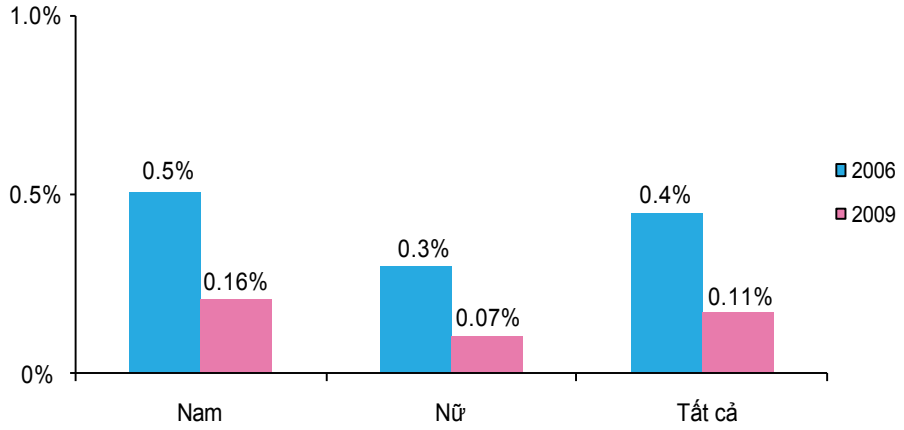
Thanh niên là một trong những nhóm đối tượng được ưu tiên của chương trình IEC/BCC. Kết quả từ nghiên cứu Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên tại Việt Nam từ tuổi 14-25 (SAVY) năm 2009 cho biết có 42,5% thanh thiếu niên ở độ tuổi 15-24 đã xác định đúng các đường lây truyền HIV và ba quan niệm sai lầm về lây truyền HIV (Chỉ số UNGASS 13). Kết quả của điều tra này gần giống với kết quả điều tra VPAIS năm 2005. Chỉ

[23] IBBS 2006 thực hiện tại 7 tỉnh trên nhóm TCMT và GMD; và 2 tỉnh với nhóm MSM

[24] IBBS 2009 thực hiện tại 10 tỉnh trên nhóm TCMT và GMD và 4 tỉnh với nhóm MSM

có 0,11% số thanh thiếu niên được hỏi cho biết có quan hệ tình dục trước tuổi 15 (Chỉ số UNGASS 15). Chỉ có 1,28% cho biết có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong vòng 12 tháng qua. 93% nam giới ở độ tuổi 15- 24 cho biết có sử dụng bao cao su ở lần quan hệ tình dục gần đây nhất với PNMD.[25]

Biểu đồ 8: Tỷ lệ thanh niên 15-24 tuổi quan hệ tình dục trước tuổi 15 (SAVY 2009)



Trong giai đoạn báo cáo này, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã sử dụng nhiều kênh giáo dục nhằm mang tới thanh niên các thông điệp về HIV/AIDS. Trong giai đoạn 2008-2009, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã tổ chức nhiều hoạt động phòng, chống HIV/AIDS như: tuyên truyền thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng, tổ chức hội thảo và tập huấn về giảm kỳ thị, phân biệt đối xử với trẻ em nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV cho các thầy cô giáo, cán bộ quản lý giáo dục, giáo viên, học sinh sinh viên và cha mẹ học sinh. Tuy nhiên, giáo dục kỹ năng sống về phòng, chống HIV/AIDS cho học sinh vẫn còn hạn chế. Theo một điều tra của Bộ Giáo dục và Đào tạo năm 2008, trong số 460 trường học tham gia trả lời các câu hỏi của cuộc điều tra, chỉ có 34,3% trường có tổ chức hoạt động giáo dục kỹ năng sống về phòng, chống HIV/AIDS trong năm học trước (Chỉ số UNGASS 11). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chỉ có 22% số trường học báo cáo có ít nhất một giáo viên được đào tạo một phần về giáo dục kỹ năng sống về phòng, chống HIV/AIDS trong cùng năm. Tuy nhiên, chỉ có 4,7% giáo viên được đào tạo toàn diện về giáo dục kỹ năng sống về phòng, chống HIV/AIDS (bao gồm 5 kỹ năng: giao tiếp, từ chối, ra quyết định, đặt mục tiêu và giải quyết vấn đề) và chỉ có 13,5% giáo viên triển khai giáo dục kỹ năng sống về phòng, chống HIV/AIDS trong năm 2008.

Theo khảo sát về chương trình dạy học hiện có và các bài học kinh nghiệm từ các mô hình giáo dục sức khỏe sinh sản và phòng, chống HIV/AIDS tiêu biểu trên toàn cầu năm 2009, Bộ Giáo dục và Đào tạo đang xây dựng một chương trình giảng dạy mới hướng dẫn lồng ghép giáo dục về sức khỏe sinh sản và dự phòng HIV; hiện tài liệu đang được đưa vào thử nghiệm và cho kết quả đáng khích lệ. Bên cạnh đó, Bộ Giáo dục và Đào tạo cũng xây dựng và thử nghiệm sách "Sự thật về trẻ em và HIV/AIDS" nhằm giúp giáo viên, gia đình và học sinh có hiểu biết tốt hơn về đường lây nhiễm HIV và cách ứng phó với tình trạng kỳ thị liên quan đến HIV tại trường học. Quỹ BBC Trust ghi nhận đáp ứng của ngành giáo dục với HIV ở Việt Nam là mô hình điển hình trên toàn cầu về việc điều phối công tác phòng, chống HIV/AIDS. Nhóm điều phối của Liên hợp quốc về HIV về giáo dục (UNICEF, UNFPA và UNESCO) hiện đang hỗ trợ Bộ Giáo dục và Đào tạo trong những nỗ lực này.

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

Tại tuyến trung ương và khu vực, nhu cầu của trẻ em nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV đã được ghi nhận. Các nhà lãnh đạo cấp cao trong đó có Phó Thủ Tướng Chính Phủ Trương Vĩnh Trọng đã có bài phát biểu về quyền được đi học của trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV. Việc các phương tiện truyền thông đưa tin rộng rãi về việc Phó Thủ Tướng đến thăm các trẻ em sống trong những khu trại giam, trại giáo dưỡng đã thu hút được sự chú ý của công luận về quyền của người nhiễm HIV và tác động tiêu cực của tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử. Tuy nhiên, tình trạng này vẫn còn phổ biến trong cộng đồng, gây trở ngại cho việc trẻ em tiếp cận giáo dục, chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác.

Mặc dù đã có chương trình quốc gia về giáo dục truyền thông (cả IEC và BCC) cũng như chương trình điều trị STI cho nhóm di biến động, nhưng vẫn chưa rõ liệu các chương trình này đã tiếp cận hiệu quả với nhóm đối tượng đích của chương trình hay chưa vì công nhân xa nhà thường phải làm việc ngoài giờ và sinh sống ở những địa điểm không thuận tiện. Ngôn ngữ cũng là rào cản đối với những nhóm dân tộc thiểu số di cư đến khu vực thành thị và không đủ vốn tiếng Việt để giao tiếp. Đã có những dự án nhằm vào nhóm công nhân xa nhà tại các công trình xây dựng các cơ sở hạ tầng như giao thông, cầu đường, nhà máy điện, đập thủy điện và sân bay. Tuy nhiên hầu hết các dự án này vẫn sử dụng các phương tiện truyền thông truyền thống như tranh lớn, biển pano lớn mà không tập trung vào các can thiệp hiệu quả như truyền thông thay đổi hành vi, đặt sẵn bao cao su tại các nơi làm việc cũng như thực hiện chính sách về HIV tại nơi làm việc.

Các chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại

Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS hiện tại và tầm nhìn 2020 của Việt Nam, Luật HIV (2006) và Nghị định 108 (2007) đã tạo hành lang pháp lý quan trọng cho việc tăng cường, mở rộng các can thiệp giảm tác hại toàn diện, bao gồm chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch, chương trình sử dụng bao cao su và chương trình điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện nhằm giảm lây nhiễm HIV liên quan đến các hành vi nguy cơ cao.

Các nhóm đối tượng đích được xác định trong các chính sách quốc gia này bao gồm người tiêm chích ma tuý (TCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD) và khách mua dâm, MSM và các nhóm dân di biến động. Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội ước tính năm 2009 có khoảng 150.000 người sử dụng ma tuý trên toàn quốc (83% trong số này TCMT) và có từ 24.500 đến 29.300 PNMD[26]. Tuy nhiên, số liệu ước tính này có thể thấp hơn con số thực tế. Theo Báo cáo ước tính và dự báo về HIV/AIDS 2007-2012, số người sử dụng ma tuý trên toàn quốc có thể ước tính khoảng 273.579; số PNMD khoảng 87.177; khách hàng của PNMD khoảng 2.878.601và khoảng 481.631 MSM[27]. Số liệu ước tính cao dựa trên nhiều giả thiết[28] cho mỗi nhóm quần thể nguy cơ.

Ước tính kích cỡ các quần thể của người TCMT, MSM và PNMD rất cần thiết để xây dựng các kế hoạch can thiệp, quản lý và theo dõi được tiến độ thực hiện các can thiệp. Ở những nơi có dịch tập trung, thông tin về kích thước quần thể sẽ giúp cho việc vận động triển khai các can thiệp phù hợp và phân bổ nguồn lực tốt hơn. Đầu năm 2010, hoạt động ước tính kích thước quần thể TCMT, PNMD và MSM mới bắt đầu được triển khai tại 7 tỉnh trong khuôn khổ hỗ trợ của PEPFAR.

[26] Báo cáo về cai nghiện phục hồi và phòng chống mại dâm năm 2009 và một số nhiệm vụ trọng tâm năm 2010. Bộ LĐ-TB-XH, 2010

[27] Ước tính và Dự báo HIV/AIDS 2007-2012. Bộ Y tế, 2009

[28] Phương pháp tính hệ số được áp dụng khác nhau tùy từng tỉnh được Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội sử dụng để ước tính kích thước quần thể TCMT; Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội ước tính số PNMD trên thực tế gấp 3 lần số báo cáo; khách hàng của PNMD được giả định là chiếm 10% trong tổng số nam giới trong độ tuổi 15-49; MSM chiếm 3% số nam giới ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh và 1,5% ở các tỉnh/thành phố khác.

Độ bao phủ về mặt địa lý của các chương trình trao đổi bơm kim tiêm và bao cao su đã tăng lên rõ rệt trong giai đoạn báo cáo này. Năm 2008, có 37 trên tổng số 63 tỉnh/thành phố đã triển khai các hoạt động tiếp cận cộng đồng, 60 tỉnh/thành phố tiến hành chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch, trong khi đó có 57 tỉnh/thành phố triển khai phân phát bao cao su miễn phí[29]. Ngoài ra, chương trình Quốc gia thí điểm về điều trị thay thế các chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng Methadone (Điều trị duy trì bằng Methadone) đã được thực hiện tại TP Hồ Chí Minh và Hải Phòng năm 2008 và tại Hà Nội năm 2009.

Bộ Y tế đã điều phối các hoạt động giảm hại cho người TCMT và PNMD thông qua việc hợp tác với đội ngũ đồng đẳng viên và các nhóm tự lực của người nhiễm HIV với sự trợ giúp của công an địa phương. Đến cuối năm 2009, chương trình đã huy động được sự tham gia của 4.585 giáo dục viên đồng đẳng (những người đã từng hoặc vẫn đang sử dụng ma túy hoặc hành nghề mại dâm) và 8.278 cộng tác viên tham gia vào chương trình này.[30] Trong thời gian tới, các đồng đẳng viên này sẽ được cấp 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. Tuy nhiên, Việt Nam chưa có hệ thống để đếm được số lượng khách hàng tiếp cận được với các chương trình can thiệp và tần suất của số lần tiếp cận dịch vụ (như hệ thống thẻ mã hóa đơn nhất -UIC). Vì thế hiện tại số liệu về số người được tiếp cận vẫn chưa chính xác và hay bị tính trùng lặp về số lượt tiếp cận. Trong tương lai Việt Nam cần áp dụng hệ thống này thẻ mã hóa đơn nhất này để nâng cao chất lượng hệ thống giám sát và triển khai can thiệp.

Các can thiệp trên nhóm MSM vẫn chỉ hạn chế trên 6 tỉnh có hỗ trợ của chương trình PEPFAR. Trong giai đoạn báo cáo này, Một số những nỗ lực khác cũng được thực hiện trong vài năm trở lại đây nhằm xây dựng các can thiệp cho nhóm MSM và tăng độ bao phủ của các can thiệp hiện tại. Năm 2008, Bộ Y tế đã tổ chức Hội thảo quốc gia về MSM và HIV; số nhóm công tác về MSM tuyến tỉnh đã tăng từ 4 nhóm vào năm 2007 lên 6 nhóm vào năm 2009 và rất nhiều câu lạc bộ không chính thức của nhóm MSM đã được thành lập ở nhiều tỉnh. Bộ Y tế với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế đang biên soạn Hướng dẫn quốc gia về các can thiệp phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm MSM dựa trên kết quả một đánh giá nhanh cho các nhóm này được tiến hành trong năm 2009.

Các hoạt động đánh giá Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS 2004-2010 đang được tiến hành và việc xây dựng Chiến lược phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn mới sẽ tạo cơ hội để Việt Nam xác định được những thiếu hụt về các ước tính kích cỡ quần thể đích có hành vi nguy cơ cao; xây dựng gói dịch vụ toàn diện cho các quần thể có hành vi nguy cơ cao; lập kế hoạch mở rộng chương trình điều trị duy trì Methadone; và cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS tại các trại giam, trại tạm giam và các trung tâm giáo dục lao động xã hội.

Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su

Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su đã được triển khai tại 2.110 xã/phường của 363 quận/huyện tại 57 tỉnh/thành phố.[31] Riêng trong năm 2009, đã có 24,8 triệu bao cao su đã được phân phát.[32] Nhiều tỉnh/thành phố đã có những nỗ lực nhằm tăng mức độ sẵn có của bao cao su. Ví dụ như Công an tỉnh An Giang đã tham gia tích cực trong chương trình 100% BCS, hợp tác với Hội phòng, chống HIV/AIDS An Giang và Trung tâm

29 Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

30 Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

31 Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

32 Báo cáo hoạt động phòng, chống HIV năm 2009 (báo cáo D28). Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

phòng, chống HIV/AIDS và Lao An Giang. Các can thiệp tập trung vào việc thực hiện Nghị định 108/NĐ-CP nhằm yêu cầu các cơ sở dịch vụ lưu trú, cơ sở dịch vụ giải trí luôn đảm bảo có sẵn bao cao su, hợp tác với các cơ quan cung cấp dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS. Những nỗ lực tương tự cũng đang được triển khai tại Cần Thơ và Thanh Hóa.

Bao cao su chủ yếu được phân phát thông qua các mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng, bao gồm chủ các cơ sở vui chơi, giải trí , những người đã và đang hoạt động mại dâm, chiếm 65% tổng số bao cao su được phân phát. Kết quả sơ bộ của điều tra IBBS năm 2009 tại 10 tỉnh cho thấy 47,3% PNMD (19,2% - 77%) cho biết đã nhận được bao cao su trong 12 tháng qua và biết nơi xét nghiệm HIV[33], tăng hơn so với năm 2006 (30%) (Chỉ số UNGASS 9) [34]. Theo kết quả báo cáo năm 2009 của Dự án phòng, chống HIV/AIDS do WB tài trợ triển khai trên 20 tỉnh thành, tỷ lệ PNMD nhận được bao cao su trong 12 tháng qua là 45%.[35]

Kết quả phân tích sơ bộ điều tra IBBS 2009 về hành vi tình dục của PNMD tại 10 tỉnh điều tra cho thấy tỷ lệ những người có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất ở mức cao tới 77,7% (59,3% - 91,8%) (chỉ số UNGASS 18). Kết quả báo cáo của Dự án Dự phòng phòng chống HIV/AIDS do WB tài trợ năm 2008 tại 20 tỉnh cho thấy có trên 95% PNMD cho biết có sử dụng BCS với bạn tình trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất.

Tuy nhiên, việc sử dụng bao cao su trong nhóm MSM và TCMT vẫn còn ở mức thấp. Chỉ có 66,5% MSM (47,4% - 76,8%) cho biết có sử dụng bao cao su với bạn tình nam trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn gần đây nhất (Chỉ số UNGASS 19). Chỉ có 51,9% người TCMT (26,1% - 93,9%) cho biết có sử dụng bao cao trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất.[36] (Chỉ số UNGASS 21).

Dịch vụ cho bạn tình chính của người TCMT và người nhiễm HIV cũng là những nhu cầu cần thiết. Một điều tra được tiến hành tại Hà Nội trong năm 2008 cho thấy trong số các bạn tình chính của người TCMT đã phát hiện 67% sống với một người nhiễm hoặc không biết về tình trạng HIV, nhưng chỉ có 17% cho biết luôn sử dụng bao cao su. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm quần thể này là 14%.[37] Một điều tra tiến hành trên 2.600 người nhiễm HIV tại 22 tỉnh/thành phố cũng đưa ra kết quả tương tự, với 21% người điều tra trả lời có quan hệ tình dục với bạn tình âm tính với HIV hoặc không biết có nhiễm HIV hay không; 25% cho biết không bao giờ hoặc không thường xuyên sử dụng bao cao su.[38]

Chương trình phân phát bơm kim tiêm

Chương trình phân phát bơm kim tiêm đã được tăng cường, mở rộng nhanh do có sự hỗ trợ mạnh mẽ của hệ thống chính trị từ tất cả các cấp, tăng cường sử dụng hệ thống cung cấp dịch vụ y tế hiện có, cùng với việc huy động rộng rãi sự tham gia của đội ngũ giáo dục viên đồng đẳng và các đối tác. Chương trình phân phát bơm kim tiêm được mở rộng từ 21 tỉnh/thành phố trong năm 2005 ra 42 tỉnh/thành phố vào tháng 6/2007 và 60 tỉnh/thành phố vào năm 2009. Số bơm kim tiêm phân phát tăng một cách đáng

[33] IBBS 2009

[34] IBBS 2006

[35] Báo cáo hoạt động Dự án Dự phòng HIV tại 20 tỉnh/thành phố. Dự án Dự phòng HIV/AIDS do Ngân hàng thế giới tài trợ, 2009.

[36] IBBS 2009

[37] Hammett T, Van N, Kling R, Binh K, Oanh K. Female sexual partners of injection drug users in Vietnam: an at-risk population in urgent need of HIV prevention services. AIDS Care, accepted for publication, 2010

[38] Khuat Thi Hai Oanh (2009). Sexual and Reproductive Health Needs of PLHIV in Vietnam
A SNAPSHOT (Workshop on linkage between RH and HIV services. Hoa Binh, 18-19 November)

kể; 2 triệu vào năm 2006, 11 triệu năm 2007, 22 triệu năm 2008, và 24 triệu năm 2009.[39]

Theo kết quả phân tích sơ bộ điều tra IBBS 2009, chỉ có 15,4% nam TCMT (1,6%- 55,7%) tại 10 tỉnh/thành phố tiếp cận được chương trình dự phòng lây nhiễm HIV, cho dù con số đó vẫn còn thấp, nhưng đã tăng 2,5 lần so với năm 2006 (6%) (Chỉ số UNGASS 9). Trong đó, số nam TCMT nhận được bơm kim tiêm trong 12 tháng qua chiếm 44,8%. Tuy nhiên, tại 20 tỉnh/thành phố triển khai Dự án phòng, chống HIV/AIDS do WB tài trợ, tỷ lệ nam TCMT nhận được bơm kim tiêm trong 12 tháng qua khá cao, 70%. Các kết quả lạc quan đã được ghi nhận qua tỷ lệ cao số nam TCMT sử dụng các dụng cụ tiêm chích tiệt trùng, với sự gia tăng từ 88,8% năm 2006 lên 93,5% năm 2009. Tuy nhiên, theo kết quả sơ bộ từ điều tra IBBS 2009, tỷ lệ nam TCMT nhận được BCS trong 12 tháng qua trong 10 tỉnh điều tra chỉ đạt 21%.[40]

Nhóm Công tác Giảm hại do Ủy ban nhân dân quận/huyện ở một số tỉnh/thành phố thành lập đã bước đầu huy động được sự tham gia phối hợp của ngành y tế, công an, lao động xã hội, hội phụ nữ, đoàn thanh niên tuyến quận/huyện triển khai chương trình phân phát bơm kim tiêm. Các nỗ lực thi hành luật pháp đã chuyển từ việc truy bắt người TCMT sang tập trung bắt các đối tượng buôn, bán ma tuý.[41]

Các mô hình cung cấp dịch vụ của chương trình phân phát bơm kim tiêm đang được đa dạng hóa với hàng loạt các điểm phân phát cố định với sự tham gia của trạm y tế xã phường, các cửa hàng bán lẻ, các nhà thuốc v.v. nhằm đảm bảo cung cấp các dịch vụ cho những người TCMT khó tiếp cận và để đảm bảo tính bền vững của chương trình. Để đảm bảo việc sử dụng liên tục dịch vụ này, cần tạo môi trường thuận lợi để người TCMT và PNMD có thể tiếp cận dịch vụ HIV mà không lo sợ bị bắt giữ.

Chương trình thí điểm quốc gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho người sử dụng ma túy (MMT)

Trong khuôn khổ pháp lý của Luật HIV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP và Quyết định 5073/QĐ-BYT của Bộ Y tế, Đề án "Triển khai thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone" được triển khai tại thành phố Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh vào tháng 5 năm 2008. Phòng điều trị MMT đầu tiên ở Hà Nội được khai trương vào ngày 1 tháng 12 năm 2009.

Tính đến cuối năm 2009, chương trình này tại Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh đã vượt chỉ tiêu ban đầu (1.500 người), cung cấp dịch vụ cho 1.735 người nghiện heroin tại ba quận/huyện tại mỗi thành phố. Theo kết quả sau chín tháng điều trị, tỷ lệ tuân thủ điều trị là 96,5% và khách hàng có những thay đổi hành vi tích cực: chỉ có 12,5% số khách hàng vẫn còn sử dụng heroin, tỷ lệ tội phạm trong nhóm bệnh nhân chỉ còn 3% so với 40% trước điều trị, tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với PNMD là 90% và với bạn tình thường xuyên tăng từ 37% lên 44%. Chất lượng cuộc sống của khách hàng điều trị Methadone được báo cáo là đã cải thiện rõ rệt, tỉ lệ có công ăn việc làm cũng gia tăng từ 41% lên 53%; điểm sức khỏe thể chất tăng từ 68 lên 79 (điểm tối đa là 100); điểm sức khỏe tâm thần tăng từ 56 lên 72 (điểm tối đa là 100).[42]

Việc thực hiện thành công chương trình thí điểm điều trị Methadone tại hai thành phố đầu tiên đã dẫn tới việc Chính phủ quyết định mở rộng chương trình này ra các tỉnh/

[39] Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2009. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[40] IBBS 2009

[41] Dự phòng HIV cho nhóm TCMT và PNMD: Sáng kiến Quốc gia về Giảm tác hại trên quy mô lớn đầu tiên ở Việt Nam. DfiD

[42] Báo cáo về các Chương trình Phòng, Chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

thành phố khác và tới năm 2015, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ cho 80.000 người sử dụng ma tuý[43].

Tuy nhiên việc đáp ứng với nhu cầu dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV trong trại giam và trung tâm 05/06 vẫn đang là thách thức lớn. Hiện tại các cơ sở này còn thiếu các dịch vụ liên quan đến HIV, mặc dù tỷ lệ nhiễm HIV trong các học viên của trung tâm này ước tính khá cao - khoảng 50%, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tù nhân ước tính là 30%[44].

Bên cạnh đó còn có một số lượng lớn người sử dụng ma túy đến hạn được ra khỏi trung tâm 05/06 sau hai năm điều trị tập trung để tái hòa nhập cộng đồng. Do tỷ lệ tái nghiện trên toàn quốc từ 80-90% và việc thiếu các chương trình dự phòng HIV hiệu quả tại các trung tâm 05/06, người tái hòa nhập cộng đồng có nguy cơ tái diễn các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Điều đó có thể dẫn tới sự gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tái hòa nhập cộng đồng và bạn tình của họ.

Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)

Năm 2009, chiến dịch quốc gia về PLTMC đã được Phó Thủ tướng Trương Vĩnh Trọng phát động trên toàn quốc nhằm đẩy mạnh cách tiếp cận toàn diện cho chương trình PLTMC áp dụng chiến lược bốn thành tố trong hoat động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con do Liên Hợp Quốc khởi xướng, bao gồm các hoạt động thông tin – giáo dục – truyền thông và truyền thông thay đổi hành vi cho dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu của thanh niên ở độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ mang thai, các bà mẹ, trẻ em và gia đình của họ. Chiến lược này đã được thể hiện trong Kế hoạch Hành động Quốc gia về Dự phòng LTMC (2006), quy trình thực hiện chương trình PLTMC (2007) và Quyết định số 3003/QĐ-BYT.

Chương trình quốc gia PLTMC đã đạt được những tiến bộ đáng kể và đang được tăng cường mở rộng (từ 107 cơ sở cung cấp các dịch vụ này trong năm 2006 lên 223 cơ sở trong năm 2009), với định hướng tới chương trình PLTMC toàn diện trong những năm qua. Năm 2009, có 96 cơ sở trên toàn quốc cung cấp dịch vụ PLTMC toàn diện và 127 điểm cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) và dịch vụ chuyển tuyến cho các bà mẹ mang thai[45].

Các dịch vụ PLTMC gồm phác đồ điều trị một liều đơn duy nhất Nevirapine trong chương trình Quốc gia và mới đây, phác đồ điều trị dự phòng kết hợp 3 loại thuốc ARV (do PEPFAR tài trợ) đã được cung cấp cho các phụ nữ mang thai dương tính với HIV. Phụ nữ mang thai nhiễm HIV được tư vấn các phương pháp nuôi con bao gồm cả biện pháp nuôi con bằng sữa bột và trẻ được cung cấp sữa miễn phí.

Trong hai năm qua, tỷ lệ những phụ nữ mang thai được làm xét nghiệm HIV trước khi sinh và phụ nữ mang thai nhiễm HIV được cung cấp các thuốc PLTMC tăng đáng kể. Bên cạnh đó, số phụ nữ mang thai được tư vấn trước xét nghiệm HIV tăng gấp đôi (từ 351.625 vào năm 2008 lên 762.323 vào năm 2009). Số phụ nữ được xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm cũng tăng gần gấp đôi (từ 249.278 vào năm 2008 lên 480.814 vào năm 2009)[46]. Tuy nhiên chỉ có khoảng 25% số phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV do phần lớn phụ nữ mang thai sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã/phường là nơi không thực hiện xét nghiệm HIV.

[43] Báo cáo về các Chương trình Phòng, Chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

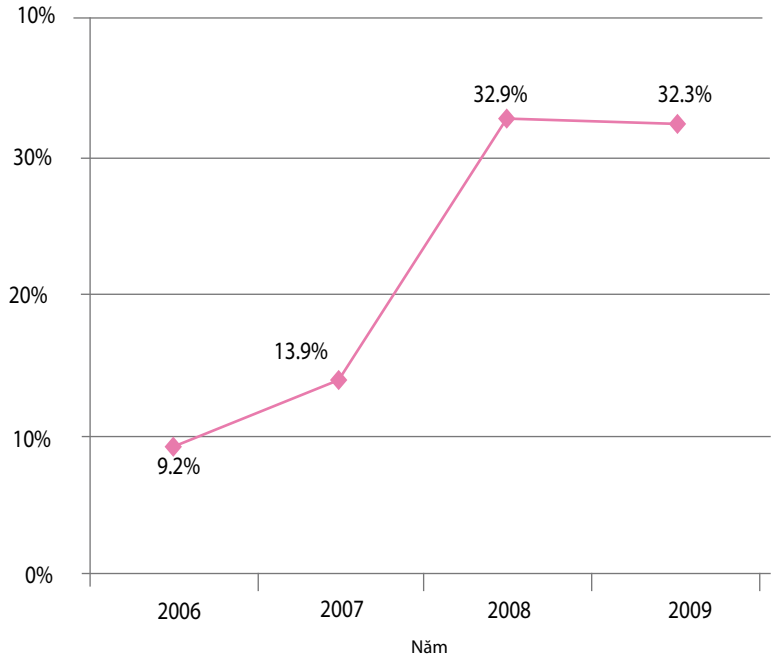
[44] Đề cương Quỹ toàn cầu vòng 9

[45] Báo cáo về các Chương trình Phòng, Chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Bộ Y tế, 2009

[46] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2008, 2009

Đối với hoạt động điều trị ARV PLTMC, số lượng phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị đã tăng lên một cách đáng kể. Năm 2009, 1.372 phụ nữ mang thai nhiễm HIV đã được điều trị dự phòng bằng thuốc ARV để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con, tăng 2.8 lần so với năm 2006[47]. Đến năm 2009, ước tính có 32,3% số phụ nữ mang thai nhiễm HIV đã được điều trị nhằm giảm nguy cơ LTMC[48], con số này tăng khoảng 2,3 lần so với năm 2007 (13,9%) (Chỉ số UNGASS 5)[49].

Biểu đồ 9: Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai có HIV dương tính được điều trị ARV để phòng LTMC



Nguồn: *Báo cáo chương trình D28,Cục phòng chống HIV/AIDS , 2009*

Trong số phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV giảm lây truyền HIV sang con, có 29,4% được điều trị liều duy nhất NVP, 25% điều trị Zidovudine, 24,3% được điều trị dự phòng phác đồ kết hợp 3 loại thuốc ARV và 15,7% phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị phác đồ 3 thuốc ARV cho chính họ[50].

Năm 2009, có 1.511 trẻ em sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được điều trị nhằm giảm nguy cơ LTMC[51].

Để tăng cường hơn nữa sự phối kết hợp có hiệu quả giữa các chương trình phòng, chống HIV/AIDS, nhiễm trùng qua đường dục và sức khoẻ sinh sản, hướng dẫn quốc gia về kết hợp các dịch vụ của các chương trình này đang được triển khai xây dựng. Bên cạnh việc mở rộng độ bao phủ của dịch vụ PLTMC và hưởng ứng lời kêu gọi của UNAIDS về loại bỏ nguy cơ LTMC vào năm 2015, chính phủ đang nỗ lực tăng cường chất lượng và hiệu quả của dịch vụ PLTMC.

[47] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2008, 2009
[48] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2008, 2009
[49] Báo cáo tiếp cận phổ cập ở Việt Nam 2007
[50] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2008, 2009
[51] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS 2008, 2009

Hệ thống Y tế vững chắc của Việt Nam, đặc biệt là mảng y tế công tập trung vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và dự phòng, cùng với mạng lưới chăm sóc sức khỏe rộng khắp cho phụ nữ mang thai đã tạo điều kiện để chương trình PLTMC đạt được hiệu quả cao. Tuy nhiên, số phụ nữ mang thai được phát hiện có kết quả xét nghiệm HIV dương tính trong quá trình chăm sóc thai nghén còn thấp, đặc biệt là ở khu vực miền núi và vùng sâu vùng xa. Bên cạnh đó, nhận thức kém của cộng đồng về PLTMC và kỳ thị phân biệt đối xử vẫn sẽ là rào cản hạn chế phụ nữ tiếp cận với các dịch vụ VCT và PLTMC.

Chương trình Quản lý các Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI)

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân STI đã giảm từ 2,5% năm 2005 xuống 1,7% năm 2009[52]. Năm 2009, có 809.872 ca STI được chẩn đoán và điều trị dựa theo hội chứng tại các cơ sở y tế Nhà nước và tư nhân[53].

Trong giai đoạn báo cáo, nhiều hoạt động khác nhau đã được triển khai nhằm giảm tỉ lệ nhiễm STI cho cả các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao và nhân dân trong cộng đồng. Tuy nhiên, chương trình quản lý các bệnh STI vẫn còn phải đối mặt với nhiều thách thức, đặc biệt là tại tuyến tỉnh và cần đầu tư hơn nữa cho công tác nâng cao năng lực đội ngũ nhân viên y tế. Tình trạng thiếu thuốc điều trị cho bệnh nhân, trang thiết bị và sinh phẩm tại các cơ sở y tế Nhà nước vẫn còn tồn tại. Việc kết nối giữa chương trình HIV và STI cũng như các dịch vụ cho nhóm có nguy cơ cao như nhóm MSM vẫn còn hạn chế.

Tư vấn và Xét nghiệm HIV tự nguyện

Chương trình tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT) đã được mở rộng trong những năm qua. Số lượng các cơ sở VCT và khách hàng đến với VCT đã gia tăng một cách đáng kể, từ 157 cơ sở năm 2005 lên 244 cơ sở năm 2008 và lên tới 256 cơ sở VCT năm 2009.[54] Số lượng người nhận các dịch vụ VCT tăng từ 200.469 người trong năm 2008 lên 346.637 người trong năm 2009.

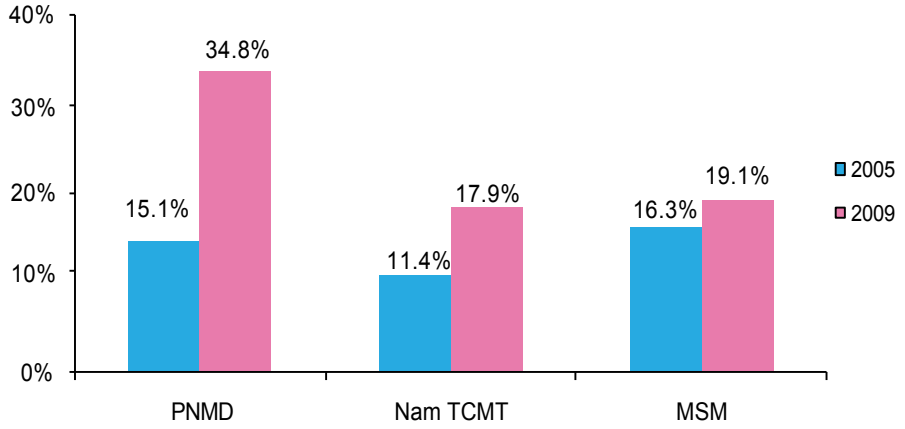
Theo kết quả phân tích sơ bộ điều tra IBBS 2009, tỷ lệ phần trăm các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm cũng đã tăng đáng kể. Kết quả điều tra năm 2009 cho thấy có 17,9% nam TCMT (8% - 39,5%), 34,8% PNMD (9,8%- 83,2%) và 19,1% (9,2% - 79,6%) MSM được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm (chỉ số UNGASS 8)

[52] Kết quả giám sát trọng điểm 2009. . Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[53] Báo cáo D28. . Cục Phòng, chống HIV/AIDS, 2009

[54] Báo cáo về chương trình HIV/AIDS ở Việt Nam. Bộ Y Tế, 2009

Biểu đồ 10: Tỷ lệ phần trăm người được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm



Nguồn: *Kết quả IBBS 2006 và phân tích sơ bộ điều tra IBBS 2009*

Để tăng cường khả năng thu hút khách hàng của các dịch vụ VCT và đảm bảo việc điều trị HIV được bắt đầu đúng thời điểm, Bộ Y tế đang hoàn tất các văn bản hướng dẫn về tư vấn và xét nghiệm HIV tại các cơ sở y tế, tuân thủ các khuyến cáo của thế giới về cung cấp các dịch vụ tư vấn xét nghiệm do người cung cấp dịch vụ đề xuất.

An toàn truyền máu

An toàn truyền máu ở Việt Nam luôn được coi là một trong những nền tảng cơ bản của các can thiệp dự phòng về HIV. Các đơn vị máu hiện nay đã được sàng lọc về HIV viêm gan B và C. Theo báo cáo năm 2009 của tiểu ban huyết học truyền máu về hoạt động của 82 trung tâm truyền máu/phòng xét nghiệm sàng lọc máu, trên toàn quốc đã thu thập được 591.414 đơn vị máu, với 84.648 đơn vị máu từ những người cho máu chuyên nghiệp và 468.790 đơn vị máu từ những người hiến máu tình nguyện. 100% các đơn vị máu đã được sàng lọc HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai và sốt rét. Trong số đó, có 1.522 đơn vị máu có kết quả dương tính khi xét nghiệm nhanh về HIV

5. Điều trị, Chăm sóc và Hỗ trợ

Nhu cầu về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV ở Việt Nam đang ngày càng gia tăng nhanh chóng. Theo ước tính của Bộ Y tế, số lượng người lớn nhiễm HIV cần được điều trị ARV tăng từ 47.516 người vào năm 2007 lên 67.047 người vào năm 2009.[55]

Chương trình Hành động Quốc gia về điều trị đã đề ra mục tiêu 70% người lớn và 100% trẻ em cần được điều trị ARV sẽ nhận được dịch vụ này vào năm 2010. Bên cạnh đó, Kế hoạch hành động quốc gia vì Trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 phê duyệt vào tháng 6/2009 đã chú trọng vào việc tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS cho trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Một loạt các văn bản hướng dẫn quy chuẩn đã được xây dựng, tạo nền móng cho công tác điều phối các sáng kiến khác nhau, đồng thời phục vụ cho việc tăng cường mở rộng có hiệu quả các hoạt động điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Năm 2009, Bộ Y tế đã phê chuẩn tài liệu cập nhật Hướng dẫn Quốc gia về Chẩn đoán và Điều trị HIV dựa trên các hướng

[55] Ước tính và dự báo HIV/AIDS ở Việt Nam 2007-2012. Bộ Y tế, 2009.

dẫn của TCYTTG (WHO). Bộ Y tế hiện cũng đang sửa đổi các hướng dẫn quốc gia để thích ứng với các khuyến cáo mới về điều trị của WHO được công bố vào tháng 11/2009, với mục tiêu tối đa hóa lợi ích của dự phòng và điều trị.

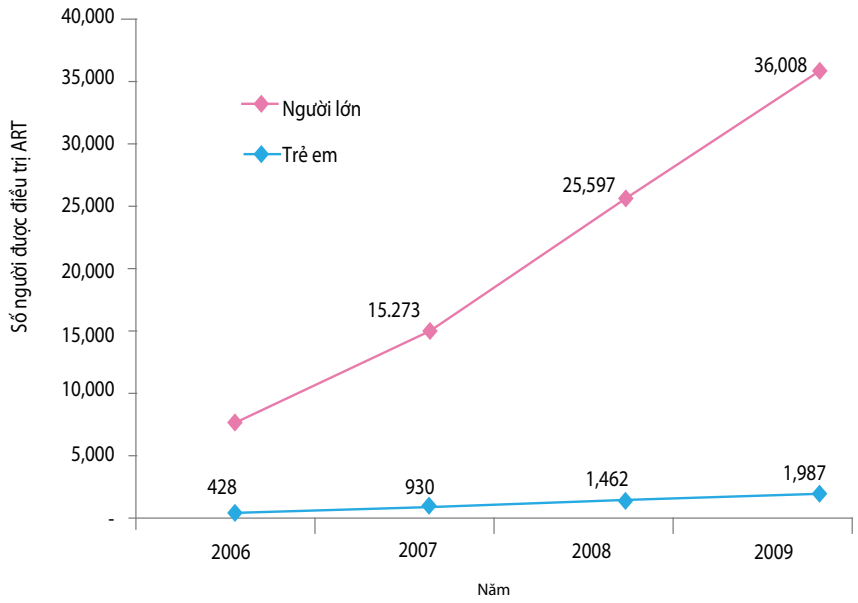
Chiến lược của Việt Nam là tập trung vào việc phát triển các hệ thống cung cấp dịch vụ y tế toàn diện trong điều trị lâm sàng HIV, chăm sóc và hỗ trợ thông qua hệ thống y tế ở tuyến tỉnh/thành phố và tuyến quận/huyện có liên kết với các chương trình chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng và tại gia đình.

Trong vòng hai năm qua, các chương trình điều trị ARV đã được tăng cường và mở rộng nhanh chóng, từ 207 cơ sở năm 2008 tới 288 cơ sở vào năm 2009. Sự gia tăng này rõ rệt nhất tại tuyến tỉnh/thành phố và quận/huyện, bao gồm cả các dịch vụ HIV cho trẻ em. Năm 2009, đã có 14 cơ sở điều trị ARV cấp quốc gia, 125 cơ sở tại tuyến tỉnh/thành phố và 149 cơ sở điều trị ARV tại tuyến quận/huyện. Tính đến năm 2009, có 47 máy đếm tế bào CD4 được cung cấp cho 26 tỉnh/thành phố[56].

Theo đánh giá của mạng lưới người nhiễm HIV, việc mở rộng dịch vụ điều trị ARV là một trong những thành tựu lớn nhất của ***ứng phó*** quốc gia với HIV trong hai năm vừa qua[57]. Tính đến cuối năm 2009, có 36.008 người lớn và 1.987 trẻ em đang được điều trị ARV. Tổng số người điều trị ARV tăng 2,5 lần so với thời điểm cuối quý 3 năm 2007 và tăng 14,2 lần so với cuối năm 2005. Ước tính độ bao phủ của điều trị ARV đã tăng từ 30% vào cuối quý 3 năm 2007 lên 45% năm 2008 và 53,7% vào năm 2009 (chỉ số 4)[58].

Trong 2 năm 2008 – 2009, TP Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng và Quảng Ninh đã gia tăng một cách đáng kể độ bao phủ của dịch vụ điều trị ARV. Riêng chương trình ở TP Hồ Chí Minh đã điều trị được cho 14.530 bệnh nhân, chiếm 38% số bệnh nhân trên toàn quốc.

Biểu đồ 11: Số lượng người lớn và trẻ em điều trị ARV tại Việt Nam từ năm 2006 -2009



Nguồn: *Cục phòng chống HIV/AIDS (2009). Báo cáo định kỳ chương trình điều trị*

[56] Báo cáo chương trình điều trị ARV. Cục phòng chống HIV/AIDS, 2009
[57] UNGASS (2010): NCPI phần B (Phụ lục 3c)
[58] Báo cáo chương trình điều trị ARV. Cục phòng chống HIV/AIDS 2009

Chất lượng điều trị ARV tại Việt Nam đã được cải thiện. Theo điều tra thuần tập do WHO hỗ trợ tại 31 điểm điều trị, 84,4% số người lớn còn sống và đang điều trị ARV trong 12 tháng từ khi bắt đầu điều trị. Tỉ lệ này có tăng đôi chút so với con số 81% vào năm 2007. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ em còn sống và đang điều trị ARV trong 12 tháng từ khi bắt đầu điều trị lại giảm từ 93% vào năm 2007 xuống còn 80,6% vào năm 2009 (chỉ số UNGASS 24).

Ở Việt Nam, trẻ em dưới 6 tuổi bao gồm cả trẻ nhiễm HIV được chăm sóc y tế miễn phí. Trong năm 2009, có 803 trẻ em nhiễm HIV tuổi từ 6 đến 15 đã được Cục Phòng chống HIV/AIDS cấp thẻ bảo hiểm y tế và được chăm sóc, điều trị miễn phí.[59]

Năm 2009 trong khuôn khổ hoạt động của dự án quĩ toàn cầu vòng 6, 14 trung tâm 05/06 đã tiến hành triển khai cung cấp dịch vụ điều trị ARV trong trung tâm cùng với các hoạt động như giáo dục truyền thông và tư vấn xét nghiệm tự nguyện cho trại viên. 18 trung tâm khác cũng nhận được các hỗ trợ kỹ thuật để cung cấp các dịch vụ y tế và tư vấn cho người nhiễm HIV[60]. Hiện tại, chưa có nhà tù nào có cung cấp dịch vụ điều trị ARV và chỉ có một vài cơ sở có điều trị lao.

Các trung tâm 05/06 thường thiếu cả các dịch vụ cơ bản cũng như chăm sóc liên tục cho người sử dụng ma túy liên kết với các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ về HIV tại cộng đồng. Đây là những một trong những yếu tố tiềm tàng làm gián đoạn quá trình điều trị ARV của nhóm tái hòa nhập cộng đồng từ trung tâm 05/06, từ đó có thể dẫn tới tăng nguy cơ kháng thuốc ARV.

Các hoạt động liên kết giữa các chương trình phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống Lao đã được tăng cường, nhưng vẫn gặp nhiều khó khăn. Số liệu ước tính cho thấy chỉ có 27,5% các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao đã được điều trị cả lao và HIV.

Nhóm di biến động vẫn còn gặp khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc và điều trị do đặc tính hay di chuyển, làm việc ngoài giờ và ở những nơi xa xôi hẻo lánh và không có chỗ định cư chính thức. Theo quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ Y tế về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS" không có điều kiện ràng buộc nào về nơi cư trú chính thức của bệnh nhân với việc tiếp cận điều trị. Tuy nhiên thực tế triển khai cho thấy vẫn còn bất cập trong việc áp dụng triển khai điều trị ở một số địa phương do thiếu các hướng dẫn cần thiết khiến cho một số trường hợp người nhiễm HIV phản ánh là họ phải trình thẻ CMND và hộ khẩu trước khi có thể được nhận vào điều trị.

Một trong những thách thức ảnh hưởng đến việc cung cấp các dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV là hạn chế trong việc triển khai quy trình Chăm sóc liên tục (CoC), đặc biệt mức độ cam kết dưới mong đợi của các cơ sở y tế địa phương, sự yếu kém trong việc phối kết hợp giữa các dịch vụ HIV và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác như STI, Lao và Sức khỏe sinh sản, sự tham gia còn hạn chế của những người nhiễm HIV và những nhóm người hưởng lợi khác. Việc mở rộng các dịch vụ điều trị và chăm sóc cần một số lượng lớn nhân viên hợp đồng, hiện được trả lương theo mức lương của các chương trình viện trợ, tình hình này làm nảy sinh vấn đề về tính bền vững, khi các nguồn tài trợ cắt giảm dần. Việc lồng ghép dịch vụ HIV với các dịch vụ chăm sóc y tế hiện có sẽ giúp giải quyết vấn đề này. Bên cạnh đó, thiết lập và củng cố các cơ chế điều phối tại tuyến địa phương nhằm thu hút sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự là việc làm rất thiết yếu.

[59] Số liệu thống kê từ CỤC PC AIDS

[60] Báo cáo công tác cai nghiện phục hồi và phòng chống mại dâm năm 2009 và các nhiệm vụ trong tâm năm 2010. BLDTBXH, 2010

Một số vấn đề tồn tại được đề cập tới trong kỳ báo cáo trước vẫn tiếp tục là thách thức lớn tới việc mở rộng hiệu quả của điều trị như: Theo dõi bệnh nhân và giám sát tình trạng kháng thuốc điều trị HIV phải được thực hiện theo các quy chuẩn quốc gia; biện pháp để đảm bảo chất lượng điều trị ARV tại các cơ sở tư nhân ngoài hệ thống y tế công; cần phải cải thiện và qui chuẩn việc Quản lý chuỗi mua bán và cung ứng các thuốc ARV hiện đang được thực hiện từ các nhà tài trợ khác nhau .

Trong 2 năm 2008-2009, số lượng của các tổ chức tôn giáo và các tổ chức cộng đồng tham gia trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ ngày càng tăng. Ước tính các tổ chức này đã cung cấp 51-75% các dịch vụ chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng.[61]

6. Sự tham gia của xã hội dân sự

Từ thành quả và kinh nghiệm có được từ vòng báo cáo UNGASS trước[62], xã hội dân sự đã có một bước tiến đáng kể trong 2 năm qua ở tất cả các lĩnh vực về tổ chức, năng lực, nguồn lực và sự tham gia.

Ngày càng có nhiều nhóm tự lực của người nhiễm HIV được thành lập. Hiện trên cả nước có tổng số hơn 120 nhóm, các mạng lưới cấp quốc gia và liên minh các tỉnh tiếp tục phát triển. Mạng lưới Quốc gia của những người sống chung với HIV tại Việt Nam (VNP+) được thành lập năm 2008 và đăng ký tư cách pháp nhân năm 2009 có sự tham gia của hơn 70 nhóm và các liên minh của những người nhiễm HIV. Phiên họp toàn thể đầu tiên của mạng lưới đã bầu ra ban chỉ đạo gồm 7 thành viên và lựa chọn một ban đại diện gồm 70 thành viên đại diện cho 70 nhóm và các liên minh. Song song với hoạt động này, hoạt động của các các mạng lưới tương tự như Vì ngày mai tươi sáng (Bright future), Hy vọng (Hope) và Tình bạn Thống nhất (United Friendship) cũng trở nên kiện toàn hơn và chặt chẽ hơn.

Năm 2009 đánh dấu sự thành lập thêm một số nhóm tự lực của những người công khai nhận đang sử dụng ma tuý tại Hà Nội (nhóm Gạch đầu dòng – The bullet point và Cát trắng – White Sand) và tại Hải Phòng (nhóm Vòng tay bè bạn – Friendship Hug). Cũng trong năm 2009, nhóm tự lực đầu tiên của những người mại dâm, nhóm Nơi bình yên cũng đã được thành lập tại Hà Nội. Đây là dấu mốc có ý nghĩa quan trọng đối với cộng đồng người tiêm chích ma túy và hành nghề mại dâm. Sự biến chuyển tích cực của môi trường thuận lợi đã nhận ra tầm quan trọng của các nhóm này đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam.

Trong hai năm qua, các nhóm tình dục đồng giới nam (MSM) đã tăng cả về số lượng và sự đa dạng. Hiện tại đã có các nhóm hoạt động kỹ thuật về MSM tại tuyến tỉnh ở các tỉnh/thành phố như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Đà Nẵng, Khánh Hòa và Cần Thơ. Một số nhóm ở các tỉnh khác như Thanh Hóa, Hải Dương, An Giang, Hậu Giang và Thái Nguyên đã chủ động tìm kiếm hỗ trợ về can thiệp phòng, chống HIV/AIDS và thành lập các câu lạc bộ MSM không chính thức. Một số nhóm đã thành công trong việc thu hút được sự hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế và địa phương cũng như từ các dự án và các cá nhân để triển khai các hoạt động của nhóm.

Ngoài một dự án về dự phòng lây nhiễm HIV cho bạn tình của những người sử dụng ma túy, năm 2009, câu lạc bộ mang tên "Về nhà" đã được thành lập tại một quận của Hà Nội. Các bạn tình của những người nhiễm HIV nhưng chưa nhiễm HIV cũng đã bắt đầu tự tổ chức nhóm sinh hoạt để giúp chính bản thân họ.

[61] UNGASS (2010). NCPI Phần B (Phụ lục 3)

[62] Theo dõi và đánh giá về quyền con người trong công cuộc PC HIV/AIDS, Gruskin, S và Ferguson, L, 2009

Các Câu lạc bộ Đồng cảm dưới sự điều hành của Hội Liên hiệp Phụ nữ hiện đã được tổ chức tại hơn 300 xã/phường trên toàn quốc và đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động nhằm giảm nhẹ các tác động của HIV thông qua hỗ trợ những người nhiễm HIV và gia đình của họ.

Hội phòng chống AIDS đã được thành lập tại một số tỉnh là liên minh giữa các đối tác hoạt động trong lĩnh vực về HIV/AIDS gồm có các cơ quan chính phủ, các tổ chức xã hội dân sự cũng như người nhiễm HIV. Dù vẫn còn non trẻ, các Hội này đang tiến hành các hoạt động vận động chính sách, tập huấn và trong một số trường hợp đã đỡ đầu cho các nhóm tự lực để họ có thể đăng ký hoạt động của nhóm.

Diễn đàn Xã hội Dân sự hợp tác phòng, chống AIDS (VCSPA) hỗ trợ việc thành lập các nhóm cộng đồng mới, như nhóm những người sử dụng ma túy, người hành nghề mại dâm hoặc nhóm các bạn tình của họ; tổ chức các hoạt động như xây dựng khung theo dõi và đánh giá cho xã hội dân sự. VSCPA có khoảng 200 thành viên từ các tổ chức Phi Chính phủ (NGO) trong nước, các nhóm dựa vào cộng đồng (CBO) và các tổ chức tôn giáo (FBO).

Hai năm qua, các tổ chức xã hội dân sự (CSO) bao gồm các tổ chức Phi Chính phủ (NGO), các tổ chức dựa vào cộng đồng (CBO) và các tổ chức tôn giáo (FBO) đã được củng cố và hoạt động chuyên nghiệp hơn. Trong các giai đoạn trước, nhiều tổ chức Phi Chính phủ trong nước còn thiếu hụt về năng lực, nguồn lực thì giờ đây nguồn nhân lực, kinh nghiệm, phạm vi và chất lượng hoạt động của họ không ngừng lớn mạnh. Một số tổ chức Phi Chính phủ trong nước có tới 50 nhân viên chính thức và tuyển dụng hàng trăm cán bộ thực địa. Ngày càng có nhiều tổ chức dựa vào cộng đồng, đặc biệt các nhóm và mạng lưới của những người nhiễm HIV và các nhóm dễ tổn thương có văn phòng làm việc và có đủ khả năng duy trì đội ngũ nhân viên chủ chốt của mình. Nhóm Vì ngày mai tươi sáng của Hải Dương và nhóm Hy vọng tại Bắc Cạn đã tự xây dựng văn phòng của mình với sự hỗ trợ từ chính quyền địa phương và các nhà tài trợ. Các tổ chức dựa vào cộng đồng có điểm mạnh là thuận lợi trong việc tiếp cận các nhóm bị kỳ thị và các nhóm bị gạt ra ngoài lề, đồng thời ứng phó nhanh chóng với các tình huống nảy sinh bất ngờ. Năng lực về kỹ thuật và tổ chức của các tổ chức tôn giáo đã được cải thiện đáng kể, do kết quả của hoạt động đào tạo, tập huấn, các kinh nghiệm và sự cam kết của chính các tổ chức. Duy trì được đội ngũ nhân viên và các thành viên chủ chốt là yếu tố quan trọng nhằm nâng cao năng lực của các tổ chức dựa vào cộng đồng, vì kiến thức và kinh nghiệm của đội ngũ này sẽ trở thành kiến thức và kinh nghiệm của tổ chức.

Trong giai đoạn 2008-2009, các tổ chức xã hội dân sự đã trở thành các đối tác chính trong các hoạt động cung cấp dịch vụ. Nhiều tổ chức phi chính phủ trong nước, tổ chức dựa vào cộng đồng, tổ chức tôn giáo đã ký kết các hợp đồng với các dự án để cung cấp các dịch vụ giảm hại và chăm sóc dựa vào cộng đồng và gia đình. Trong năm 2008, Dự án STRONGER tại 7 tỉnh trọng điểm do chương trình PEPFAR tài trợ (Quảng Ninh, Hải Phòng, Hà Nội, Nghệ An, Cần Thơ, An Giang và TP. Hồ Chí Minh) đã tiếp cận và cung cấp thông tin cho gần 8.000 người thuộc các nhóm đối tượng có nguy cơ cao, cung cấp khoảng 380.000 bao cao su và chăm sóc dựa vào cộng đồng/gia đình cho hơn 6.400 người nhiễm HIV và hơn 800 trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương (OVC). Các đối tác có liên quan tham gia hội thảo đồng thuận với phần B của Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia đã ước tính trong 2 năm 2008-2009 các tổ chức xã hội dân sự đã tham gia đóng góp khoảng 25-50% số các dịch vụ đã được cung cấp cho các nhóm MSM, trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương (OVC), các hoạt động giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, và 51-75% các dịch vụ chăm sóc dựa vào cộng đồng/gia đình.

Phát triển tổ chức và vai trò ngày càng gia tăng của các tổ chức xã hội dân sự trong các hoạt động cung cấp dịch vụ có thể trở thành hiện thực là nhờ sự thành công trong việc huy động nguồn lực, chủ yếu từ các nhà tài trợ quốc tế. Một số tổ chức dựa vào cộng đồng của những người nhiễm HIV đã có được tài trợ từ các nguồn lực quốc tế và khu vực, trong đó có Quỹ Phối hợp (Collaborative Fund) và Staying Alive. Các nhóm thanh niên sử dụng ma túy tại Hà Nội đã nhận được sự tài trợ ban đầu từ Cơ quan Viện trợ phát triển Ireland (Irish Aid). Các nhóm của PNMD, NCMT và nhóm các bạn tình của người sử dụng ma túy cũng đã tiếp cận được kinh phí từ các nhà tài trợ. Nguồn tài trợ lớn từ PEPFAR giúp các tổ chức Phi Chính phủ trong nước triển khai được các nghiên cứu và cung cấp dịch vụ.

Các tổ chức xã hội dân sự cũng đang tham gia tích cực vào quá trình xây dựng chính sách, quản lý điều hành và giám sát các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Các tổ chức phi chính phủ và tổ chức dựa vào cộng đồng của những người nhiễm HIV, người sử dụng ma túy, những người mại dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới đã cung cấp số liệu và tham gia đóng góp ý kiến, nhận xét cho *Nghị định về quản lý sau khi cai nghiện tại trung tâm*, đóng góp ý kiến cho *Pháp lệnh phòng, chống mại dâm* và xây dựng *Hướng dẫn về can thiệp HIV cho nhóm nam tình dục đồng giới*. Năm 2009, một tổ chức phi chính phủ trong nước đã trở thành một thành viên của Nhóm Kỹ thuật Quốc gia về Thông tin Chiến lược và Theo dõi đánh giá.

Năm 2008 đã diễn ra sự thay đổi về cơ cấu tổ chức của Cơ chế Điều phối Quốc gia của Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (CCM) trong đó có thành viên được bầu chọn từ xã hội dân sự và người sống với HIV. Đại diện từ tổ chức mang tên VNP+, mạng lưới của những người sống với HIV tại Việt nam vừa được đăng ký tư cách pháp nhân, cũng được lựa chọn là một thành viên của CCM. Vị trí chủ tịch CCM cũng được chuyển cho một đại diện của xã hội dân sự.

Một trong những dấu mốc quan trọng có liên quan đến sự tham gia của tổ chức xã hội dân sự trong hai năm qua là thành công của Việt Nam với Đề xuất Dự án Vòng 9 Quỹ Toàn Cầu theo cơ chế tài chính song song. Lần đầu tiên một tổ chức xã hội dân sự là Tổ chức nhận tài trợ chính (PR) và 3 tổ chức xã hội dân sự là đơn vị thành viên nhận tài trợ được CCM phê chuẩn để cùng tham gia các đối tác chính phủ xây dựng đề xuất dự án. Đây là những minh chứng cho mối quan hệ đối tác ngày càng phát triển giữa Chính phủ và các tổ chức xã hội dân sự; đồng thời thể hiện vai trò tích cực của các tổ chức xã hội dân sự trong các ứng phó phòng, chống HIV/AIDS quốc gia với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế.

Cũng cần ghi nhận hoạt động của Nhóm hoạt động kỹ thuật về HIV (HIV TWG). Các hoạt động của Nhóm là tạo ra một diễn đàn trao đổi thông tin và các cơ chế điều phối cho tất cả tổ chức hoạt động về phòng, chống HIV/AIDS trong đó có các tổ chức xã hội dân sự. Tới thời điểm của báo cáo này, Nhóm hoạt động kỹ thuật về HIV đã tổ chức được hơn 40 cuộc họp thường kỳ, 9 cuộc họp nhóm chuyên đề tổ chức hai tháng một lần, các cuộc họp ngắn hàng tháng vào giờ nghỉ trưa. Danh mục thư điện tử của Nhóm có tổng số 755 thành viên, đại diện từ rất nhiều ban, ngành, tổ chức khác nhau tham gia như: các tổ chức phi chính phủ trong nước và nước ngoài, các tổ chức Chính phủ, các tổ chức tài trợ và các tổ chức Liên Hợp Quốc. Các chủ đề thảo luận gần đây thường tập trung vào các mô hình điều trị cai nghiện ma túy, huy động sự tham gia của thanh thiếu niên, các kĩ năng về y tế công, chăm sóc sức khỏe cộng đồng và vai trò của các tổ chức xã hội dân sự trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Nhóm hoạt động kỹ thuật về HIV cũng khuyến khích trao đổi, thảo luận các nội dung về phối hợp, hợp tác và vận động

chính sách trong phòng, chống HIV/AIDS có liên quan đến vai trò và đóng góp quan trọng của các tổ chức xã hội dân sự cho công tác này.

Ngoài những thuận lợi kể trên, cần phải kể đến một số thách thức mà xã hội dân sự gặp phải khi tham gia các hoạt động phòng chống HIV. Đầu năm 2009, rút kinh nghiệm từ các hội thoại trong quá trình chuẩn bị báo cáo UNGASS 2008, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã tổ chức các cuộc họp hàng quý với các tổ chức phi chính phủ trong nước nhưng ngoài ý nghĩa của những nỗ lực đối thoại giữa chính phủ với các tổ chức xã hội dân sự, vẫn cần phải có sự tham gia nhiều hơn nữa của các đại diện cho các nhóm nguy cơ cao trong các buổi đối thoại này. Ngoài ra, sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự trong quá trình xây dựng kế hoạch và kinh phí hàng năm của các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS quốc gia vẫn còn hạn chế. Việc đánh giá chiến lược quốc gia hiện tại và việc chuẩn bị xây dựng chiến lược mới sẽ là cơ hội tốt cho xã hội dân sự được tham gia nhiều hơn nữa vào quá trình này.

Trong khi số nhóm tự lực của người nhiễm HIV ngày càng tăng thì cũng có những hỗ trợ nhiều hơn cho các nhóm tự lực của các nhóm nguy cơ cao như PNMD và NCMT để khuyến khích sự tham gia của họ trong các kế hoạch can thiệp cấp tỉnh và quốc gia. Một số nhóm cũng gặp khó khăn khi hợp thức hóa tư cách pháp nhân các hoạt động của nhóm. Để có được tư cách pháp nhân duy trì hoạt động cần có các yêu cầu cụ thể về bằng cấp và chứng minh có một số vốn nhất định. Dự án sáng kiến chính sách y tế (HPI) và UNAIDS đã xây dựng sổ tay các qui trình đăng ký tư cách pháp nhân cho các nhóm và HPI hiện đang hỗ trợ tập huấn nâng cao năng lực cho các nhóm tự lực của người nhiễm HIV và các nhóm quần thể có nguy cơ cao để tìm kiếm cơ hội đăng ký pháp nhân.

Trong giai đoạn báo cáo, kinh phí tài trợ chủ yếu cho việc cung cấp các dịch vụ mà không dành cho các hoạt động nâng cao năng lực tổ chức. Nếu không có các hỗ trợ cho việc xây dựng năng lực tổ chức, sự tham gia của xã hội dân sự sẽ bị động chứ không thể chủ động và có hệ thống cũng như chỉ chú trọng cho việc cung cấp dịch vụ chứ không cho vận động chính sách cũng như giám sát.

Để xã hội dân sự có thể có đóng góp có ý nghĩa hơn, bền vững hơn và có trách nhiệm hơn, họ cần tiếp tục nhận được sự quan tâm và khuyến khích từ các cơ quan chính phủ, sự cam kết mạnh mẽ hơn của các nhà tài trợ và nỗ lực nhiều hơn từ chính xã hội dân sự.

V. BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Trong giai đoạn báo cáo 2008-2009, Việt Nam muốn chia sẻ 4 ví dụ điển hình có thể coi là bài học thành công tiêu biểu như sau:

1. Chương trình thí điểm quốc gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho người sử dụng ma túy (MMT)

Kết quả của việc tập trung vào hoạt động dự phòng đã làm tăng độ bao phủ và sự tiếp cận các dịch vụ dự phòng. Thành công đáng chú ý nhất là việc thực hiện thí điểm chương trình quốc gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho người sử dụng ma túy. Chương trình thí điểm điều trị Methadone thực hiện được nhờ có sự chuyển biến rõ rệt về quan điểm và ủng hộ mạnh mẽ của các nhà lãnh đạo chính trị cao cấp và các nhà lập pháp được thể hiện qua việc phi hình sự hóa sử dụng ma túy trong văn bản sửa đổi Luật phòng, chống ma túy năm 2009.

Chương trình thí điểm được bắt đầu từ tháng 5 năm 2008 với tổng số 6 cơ sở điều trị methadone bao gồm 3 cơ sở tại mỗi thành phố Hải Phòng và Hồ Chí Minh. Đến cuối năm 2009, chương trình đã cung cấp dịch vụ cho 1,735 người sử dụng ma túy. Sau chín tháng điều trị, tỷ lệ tuân thủ điều trị đạt 96,5%.[63] Bệnh nhân cũng có những sự thay đổi tích cực về hành vi: chỉ có 12,5% bệnh nhân vẫn còn sử dụng heroin; 3% có hành vi phạm pháp[64] so với 40% trước điều trị; tỷ lệ bệnh nhân dùng bao cao su khi có quan hệ tình dục với PNMD là rất cao (>90%), và tỷ lệ dùng bao cao su với bạn tình thường xuyên tăng từ 37% đến 44%. Chất lượng cuộc sống của các khách hàng đã có sự cải thiện, kết quả kiểm tra sức khỏe thể chất tăng từ 68 lên 79 điểm (thang điểm 100), sức khỏe tinh thần tăng từ 56 lên 72 điểm (thang điểm 100).[65] Tỷ lệ có công ăn việc làm tăng từ 41% lên 53%.

Thành công của mô hình thí điểm là yếu tố quan trọng để Chính phủ quyết định mở rộng chương trình với mục tiêu đến năm 2015 sẽ cung cấp điều trị duy trì Methadone cho 80.000 người sử dụng ma túy.[66] Đầu tháng 12 năm 2009, thêm một cơ sở điều trị Methadone được mở tại Hà Nội. Dự kiến trong năm 2010, sẽ mở thêm 5 cơ sở điều trị Methadone khác tại Hà Nội. 10 tỉnh khác cũng đang lập kế hoạch mở cơ sở điều trị Methadone trong giai đoạn 2010 - 2011.

2. Một khung Theo dõi - Đánh giá

Khung Theo dõi và Đánh giá quốc gia cho chương trình phòng chống HIV ra đời năm 2007 đã được củng cố trong hai năm vừa qua. Để thống nhất việc báo cáo cho cơ quan chính phủ và các nhà tài trợ, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế đã xây dựng một hệ thống biểu mẫu báo cáo và cơ sở dữ liệu thống nhất cho việc theo dõi thường quy về HIV/AIDS (Quyết định 28/2008/QĐ-BYT qui định về Qui chế báo cáo hoạt động chương trình phòng, chống HIV/AIDS).

Theo Quyết định 28, đầu năm 2008, Cục phòng, chống HIV/AIDS với sự trợ giúp từ các đối tác đã tổ chức nhiều buổi tập huấn về việc triển khai hệ thống báo cáo thường quy HIV/AIDS, quản lý và sử dụng số liệu. Bước đầu đã ghi nhận có những chuyển biến tích

[63] Bộ Y Tế (2010). Báo cáo về đề án triển khai thí điểm chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone.

[64] Các hành vi như trộm cắp và buôn lậu ma túy

[65] Bộ Y Tế (2010). Báo cáo tóm tắt công tác PC HIV/AIDS năm 2009 và định hướng năm 2010

[66] Bộ Y Tế (2010). Báo cáo tóm tắt công tác PC HIV/AIDS năm 2009 và định hướng năm 2010.

cực về chất lượng số liệu trong hệ thống báo cáo mới này.

Rất nhiều sáng kiến và hoạt động liên quan đã được thực hiện, bao gồm hoạt động kiểm tra chéo số liệu (data triangulation), đánh giá Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2004-2010, đánh giá tác động của chương trình can thiệp giảm hại, ước tính chi phí các chương trình can thiệp. Các hoạt động này được thực hiện với sự cộng tác từ các đối tác quốc tế và Nhóm phối hợp của LHQ về HIV là một minh chứng sống động cho sự trưởng thành của Một hệ thống Theo dõi, đánh giá tại Việt Nam.

3. Quỹ Toàn Cầu Vòng 9: Đề xuất dự án đầu tiên của Việt Nam theo cơ chế hai nguồn tài chính song song

Sự thành công của đề xuất dự án đầu tiên của Việt Nam theo cơ chế hai nguồn tài chính song song là kết quả của sự cố gắng từ nhiều đối tác. Gói tài trợ được đề xuất lần này sẽ tăng cường ứng phó đa ngành đối với HIV/AIDS tại Việt Nam vì đề xuất được xây dựng và sẽ được thực hiện dưới sự hợp tác từ phía Bộ Y Tế, Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Công An (hợp phần 1) và nhóm bốn tổ chức xã hội dân sự (hợp phần 2).

Đề xuất dự án Vòng 9 vừa được phê duyệt vào tháng 11 năm 2009 với 101 triệu USD. Với thành công ban đầu này, dự án vòng 9 được kỳ vọng sẽ tăng cường các can thiệp có hiệu quả và giải quyết các vấn đề còn thiếu hụt về các dịch vụ cung cấp cho người TCMT, MSM, bạn tình của người nhiễm HIV và người TCMT, phòng lây truyền mẹ con. Ngoài ra, trong đề xuất cũng thiết kế phần kinh phí mở rộng hơn nữa các hoạt động chăm sóc điều trị như thí điểm cung cấp điều trị trong một số trại giam.

Vai trò của xã hội dân sự ngày càng được nhìn nhận trong việc hỗ trợ ứng phó đa ngành, đặc biệt trong việc đưa dịch vụ tới các nhóm quần thể nguy cơ cao. Qua các buổi đàm thoại mang tính xây dựng, cả hai hợp phần đều nhận thấy được những lợi thế của mỗi bên để bổ sung lẫn nhau và lợi ích của việc hợp tác cung cấp dịch vụ.

4. Mở rộng chăm sóc và điều trị

Với sự hỗ trợ từ phía các đối tác phát triển, điều trị kháng Virút cho người lớn và trẻ em nhiễm HIV đã được tăng lên đáng kể. Theo ước tính, mức độ bao phủ ARV cho người trưởng thành đã tăng từ 30% vào cuối quý 3 năm 2007 lên 45% trong năm 2008 và 53,7% trong năm 2009. So với cuối năm 2005 thì tỷ lệ này đã tăng 14,2 lần.[67] Người nhiễm HIV coi việc mở rộng ARV là một trong những thành tựu lớn nhất của ứng phó quốc gia trong hai năm vừa qua.[68]

Điều trị ARV đã có mặt tại 10 trung tâm Giáo dục Lao động Xã hội trong khuôn khổ dự án Quỹ toàn cầu vòng 6. Với vòng 9 Quỹ toàn cầu bắt đầu thực hiện vào năm 2011 này, điều trị ARV lần đầu tiên sẽ được thực hiện tại một số trại giam.

Trong năm 2009, 96% trẻ em sinh ra từ bà mẹ HIV dương tính đã được nhận điều trị để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con.[69] Trong năm 2009, khoảng trên 800 trẻ em nhiễm HIV cũng đã được phát thẻ bảo hiểm Y tế miễn phí và được chăm sóc. điều trị miễn phí

5. Ngành giáo dục và công tác phòng, chống HIV/AIDS

Trong 2 năm 2008-2009, ngành giáo dục đã củng cố công tác lập kế hoạch, thực hiện

[67] Cục phòng chống AIDS (2009). Báo cáo về chương trình điều trị ARV.

[68] UNGASS (2010). NCPI phần B (phụ lục 3c).

[69] Cục phòng chống AIDS (2009). Báo cáo thường quy D28.

và theo dõi các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS trong toàn ngành. Quỹ BBC Trust gần đây đã ghi nhận việc điều phối công tác phòng, chống HIV/AIDS trong ngành giáo dục Việt Nam là một trong 3 ví dụ thành công điển hình trên toàn cầu về công tác điều phối hoạt động phòng chống HIV

Bộ Giáo dục Đào tạo với sự hỗ trợ và phối hợp của Nhóm điều phối của Liên hợp quốc về HIV về giáo dục đào tạo (do UNICEF, UNFPA và UNESCO khởi xướng) cho đến thời điểm này đã có 2 thành tựu chính trong lĩnh vực này là (1) Xây dựng một chương trình giảng dạy mới hướng dẫn lồng ghép giáo dục về sức khỏe sinh sản và dự phòng HIV và (2) Thiết lập một cơ chế điều phối trung ương liên Vụ về phòng chống HIV/AIDS trong Bộ GDĐT. Chương trình giảng dạy mới được xây dựng sau khi khảo sát về chương trình dạy học hiện có và học hỏi các bài học kinh nghiệm từ các mô hình giáo dục sức khỏe sinh sản và phòng, chống HIV/AIDS điển hình trên toàn cầu năm 2009, mặc dù chỉ mới ở giai đoạn thí điểm giáo viên đã và đang nhận thấy sự thay đổi tích cực trong sinh viên và các sinh viên đã bắt đầu nói chuyện cởi mở hơn về HIV/AIDS.

Ngoài ra, trong giai đoạn báo cáo, các nhà lãnh đạo cấp cao trong đó có Phó Thủ tướng Chính phủ Trương Vĩnh Trọng đã có bài phát biểu về quyền được đi học của trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV. Việc các phương tiện truyền thông đưa tin rộng rãi về việc Phó Thủ tướng đến thăm các trẻ em sống trong những khu trại giam, trại giáo dưỡng đã thu hút được sự chú ý của công luận về quyền của người nhiễm HIV và tác động tiêu cực của tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử.

VI. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN QUỐC GIA

Sự gia tăng đáng kể trong hỗ trợ song phương và đa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS quốc gia từ kỳ báo cáo trước vẫn tiếp tục diễn ra trong năm 2008 và 2009. Về tổng thể, sự trợ giúp của các nhà tài trợ đã tăng từ khoảng 66 triệu USD trong năm 2007 lên trên 100 triệu USD trong năm 2009.

Các đối tác phát triển cung cấp sự trợ giúp về kỹ thuật và tài trợ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam bao gồm:

- Các Chính phủ: Chính phủ Úc (AusAID), Đan Mạch (DANIDA), Pháp, Ireland, Hà Lan, Chính phủ Na Uy (NORAD), Vương Quốc Anh (DFID) và Chính phủ Hoa Kỳ (PEPFAR).
- Các cơ quan Liên Hợp Quốc: Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), Tổ chức Di dân Quốc tế (IOM), Chương trình Phát triển của LHQ (UNDP), Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của LHQ (UNESCO), Quỹ Dân số LHQ (UNFPA), Quỹ Nhi đồng LHQ (UNICEF), Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của LHQ (UNODC), Quỹ Phát triển Phụ nữ của LHQ (UNIFEM), Chương trình Tình nguyện LHQ (UNV), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Chương trình Phối hợp Phòng chống HIV của LHQ (UNAIDS).
- Các tổ chức Đa phương: Ngân hàng Phát triển châu Á (ADB), Quỹ Toàn Cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM) và Ngân hàng Thế giới (WB).
- Các tổ chức và các quỹ tài trợ phi lợi nhuận: Abt Associates/Sáng kiến Y tế (HPI), Quỹ Chăm sóc Sức khỏe AIDS (AHF), CARE, Chemonics, Quỹ Clinton (CHAI), DKT International, Esther, Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế (FHI), Quỹ Ford, Sáng kiến Y tế, Sáng kiến về HIV của Đại học Y Harvard, tổ chức Thầy thuốc Thế giới Pháp (MdM), IntraHealth International, Ủy ban Y tế Hà Lan tại Việt Nam (MCNV), Pact, PATH, Pathfinder, Tổ chức Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI), Save The Children, MSH, World Vision – Tầm nhìn thế giới và Quỹ vì Trẻ em Mồ côi toàn Cầu (WWO).

Được củng cố bởi Chương trình Hành động Accra và thống nhất quan điểm với Tuyên bố Hà Nội về hiệu quả của Viện trợ, các đối tác phát triển tiếp tục nhấn mạnh tầm quan trọng của sự hài hòa và hòa nhập giữa các chiến lược của Chính phủ và các nguồn tài trợ.

Nhóm Điều phối về HIV/AIDS của các Đại sứ/Người đứng đầu tổ chức, một diễn đàn cấp cao được thiết lập bởi các Đại sứ và Người đứng đầu các cơ quan tài trợ song phương và đa phương, các cơ quan LHQ tổ chức họp mặt hàng quý để điều phối và vận động chính sách về các vấn đề có liên quan đến ứng phó với HIV/AIDS đã rất tích cực trong kỳ báo cáo này. Thông qua sự hợp tác với các Bộ, Ban ngành khác nhau, như Văn phòng Chính phủ, Bộ LĐ-TB-XH và Ủy ban Nhân dân các địa phương, đã tăng cường sự đối thoại với Chính phủ về các vấn đề chính ở cấp độ chính sách như quan điểm đa ngành, sử dụng ma túy và HIV và điều trị cai nghiện.

Việt Nam là quốc gia triển khai thí điểm mô hình Cải cách Một Liên hợp quốc (LHQ), Nhóm làm việc phối hợp của LHQ về HIV hỗ trợ công tác phòng, chống HIV/AIDS quốc gia, để đảm bảo từng cơ quan thành viên hỗ trợ có mục đích và hiệu quả với tư cách của Nhóm làm việc phối hợp. Nhóm làm việc phối hợp tổ chức các buổi họp giao ban chương trình phối hợp và giao ban hàng năm với các đối tác thực hiện cấp quốc gia và các tổ chức xã hội dân sự để đảm bảo sự tham gia và cộng tác phù hợp với các nhu cầu của quốc gia.

Trong năm 2007 và 2008, các nguồn lực hỗ trợ từ bên ngoài chiếm khoảng 90% ngân sách quốc gia cho HIV/AIDS. Sự bền vững của công tác phòng, chống HIV/AIDS là một vấn đề quan trọng khi mà Việt Nam tiến đến ngưỡng của quốc gia có thu nhập trung bình và nguồn lực tài trợ có khả năng sẽ giảm xuống.

Kinh nghiệm thực tiễn trong 2 năm vừa qua chỉ ra rằng các đối tác phát triển nên: (1) Vận động chính sách nhiều hơn cho việc tăng cường các nguồn lực trong nước cho công tác phòng, chống HIV/AIDS; (2) Đảm bảo các chương trình của họ phù hợp với các ưu tiên cấp quốc gia và các ưu tiên cấp ngành khác và (3) Hỗ trợ tốt hơn cho hoạt động điều phối và lập kế hoạch mang tính liên ngành.

VII. CÁC THÁCH THỨC CHỦ YẾU VÀ CÁC GIẢI PHÁP

1. Các nỗ lực và thành tựu đạt được nhằm vượt qua các thử thách và giải quyết các khó khăn đề cập trong báo cáo UNGASS vòng 3 (Tháng 1/2008, báo cáo cho giai đoạn 2006-2007):

Các cam kết của các cấp ủy Đảng, các cơ quan dân bầu và của các chính quyền địa phương nhằm đẩy mạnh việc triển khai Chiến lược Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đã mạnh mẽ hơn một cách rõ rệt trong hai năm qua có thể kể đến như: (1) Tăng cường hợp tác giữa các bộ ngành nhằm đảm bảo một ứng phó liên ngành hiệu quả hơn và cùng với đó là cải thiện trong việc cung cấp dịch vụ, thể hiện rõ nét nhất là sự gia tăng nhanh chóng số người tiếp cận được các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS; (2) Việc tập trung vào dự phòng đã mang lại nhiều tiến bộ trong việc mở rộng các hoạt động giảm hại đặc biệt là chương trình trao đổi bơm kim tiêm, chương trình thí điểm quốc gia điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone cho những người sử dụng ma túy; (3) Mở rộng chương trình điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu và (4) Sự tham gia mạnh mẽ hơn và có ý nghĩa hơn của xã hội dân sự trong ứng phó quốc gia.

2. Những thách thức chính nảy sinh trong quá trình thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và Cam kết UNGASS về phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn hai năm 2008 – 2009.

Mặc dù Chính phủ Việt nam đã rất nỗ lực trong triển khai chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn này, song vẫn còn những tồn tại cản trở việc thực hiện các can thiệp phòng, chống HIV/AIDS đang triển khai.

Môi trường Chính sách và Pháp lý - Môi trường Chính sách và Pháp lý đã phát triển nhanh chóng, tạo được một hành lang pháp lý thuận lợi cho ứng phó quốc gia, tuy nhiên ở một vài lĩnh vực vẫn còn tồn tại sự chồng chéo trong nội dung văn bản hoặc biện pháp giải quyết. Mặc dù các điều khoản trong Luật phòng, chống HIV/AIDS cho phép tăng cường hơn nữa sự tiếp cận tới các dịch vụ dự phòng cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao, ở một vài địa phương vẫn chưa thực sự tạo điều kiện cho việc mở rộng các hoạt động can thiệp giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV như chương trình trao đổi bơm kim tiêm (NSP) và chương trình sử dụng bao cao su (CUP). Ngoài ra, mặc dù Luật phòng chống Ma túy đã được sửa đổi nhưng ở một số địa phương vẫn còn thiếu nhất quán giữa các biện pháp của ngành công an nhằm kiểm soát việc sử dụng ma tuý và mại dâm với các biện pháp của ngành y tế để tiếp cận các nhóm tham gia vào các hoạt động này.

Kỳ thị và Phân biệt đối xử - Hai mươi năm sau ngày trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam được báo cáo, người nhiễm HIV vẫn tiếp tục phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử. Giai đoạn báo cáo này đã ghi nhận được một số trường hợp trẻ em không được nhận vào học và một số người bị gia đình và cộng đồng chối bỏ sau khi họ công khai tình trạng nhiễm HIV. Sự thiếu hiểu biết về bệnh tật, các định kiến liên quan đến các hành vi được cho là không được xã hội chấp nhận và sự thiếu hiểu biết về quyền của những người nhiễm HIV là những nguyên nhân chính gây ra các hành vi kỳ thị phân biệt đối xử nói trên.

Các dịch vụ Dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ - Trong khi đã có nhiều tiến bộ trong việc mở rộng các dịch vụ dự phòng, song vẫn cần duy trì các nỗ lực này để đảm

bảo độ bao phủ đầy đủ các dịch vụ cho các nhóm đối tượng có nguy cơ cao. Việc dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục trong nhóm MSM, dự phòng lây lan sang những bạn tình chính của những người nhiễm HIV, những người TCMT, và những phụ nữ TCMT vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu về độ bao phủ của chương trình để đảm bảo hiệu quả dự phòng lây nhiễm HIV. Ngoài ra, việc tiếp cận được các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị ARV tại các trại giam, trại tạm giam, trung tâm giáo dục lao động xã hội vẫn còn hạn chế.

Nguồn nhân lực - Các hạn chế về số lượng và chất lượng nguồn nhân lực đã gây trở ngại cho việc nhân rộng các mô hình, kinh nghiệm hay điển hình ở cả cấp tỉnh và quận/huyện. Các chương trình phòng, chống HIV/AIDS thiếu các điều kiện để khuyến khích, thu hút và giữ chân các nhân viên có năng lực, sự thay đổi nhân sự liên tục cũng tạo ra một vòng luẩn quẩn của sự hạn chế về năng lực chuyên môn. Sự kỳ thị với những người nhiễm HIV cũng làm nản lòng những người làm việc trong lĩnh vực này. Những thách thức này không chỉ giới hạn ở các cán bộ Ngành Y tế mà còn với Cán bộ của một số các Bộ ban ngành khác liên quan đến công tác phòng, chống HIV/AIDS như Bộ Công An và Bộ LĐTB&XH, Bộ Giáo dục - Đào tạo.

Ngân sách bền vững - Việc mở rộng không ngừng các hoạt động dự phòng và điều trị trong 2 năm qua có được là nhờ một phần lớn sự hỗ trợ từ các nhà tài trợ quốc tế. Khi Việt Nam đang tiến đến vị trí của nước có thu nhập trung bình, sự ủng hộ về tài chính từ bên ngoài sẽ giảm đi. Việc duy trì nguồn lực trong nước cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt là duy trì và mở rộng điều trị ARV và điều trị Methadone là một thách thức lớn cần được quan tâm sớm và có giải pháp phù hợp.

3. Các giải pháp cụ thể đưa ra nhằm đảm bảo đạt được các chỉ tiêu trong Tiếp cận Phổ cập và hiện thực hóa các Mục tiêu Thiên niên kỷ

Để đạt được tám Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG), đặc biệt là Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ số 6 có liên quan đến HIV cũng như đạt được Mục tiêu tiếp cận phổ cập đòi hỏi phải có (1) sự tăng cường mở rộng hơn nữa việc tiếp cận đến các dịch vụ về HIV và (2) đầu tư nhiều hơn nữa cho các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ về HIV/AIDS đặc biệt cho các nhóm quần thể có nguy cơ cao[70].

Trong suốt giai đoạn của báo cáo này, nhận thức được các thách thức làm ảnh hưởng đến đáp ứng Quốc gia với HIV/AIDS ngày càng gia tăng, Chính phủ đã quyết định đánh giá Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2004-2010 và tầm nhìn 2020 với mục đích xem xét các can thiệp đang được triển khai. Các kết quả thu được từ đánh giá này sẽ là cơ sở để xây dựng một chiến lược đáp ứng quốc gia cho những năm tới có hiệu quả và bền vững hơn. Một số giải pháp cụ thể mà Việt Nam sẽ triển khai bao gồm:

- Tiếp tục các cam kết chính trị nhằm khuyến khích thay đổi hành vi, phổ biến rộng rãi các thông tin về HIV, nâng cao việc thực thi khung pháp chế hiện hành là những việc được nhìn nhận là hết sức thiết yếu trong giải quyết tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến HIV.
- Đẩy mạnh các biện pháp đảm bảo việc mở rộng tiếp cận dự phòng, điều trị và chăm sóc về HIV/AIDS cho tất cả những người có nhu cầu.
- Trong khuôn khổ các nội dung của đáp ứng quốc gia trong giai đoạn tiếp theo, sẽ bao gồm việc xây dựng gói dịch vụ toàn diện cho các nhóm có nguy cơ cao (TCMT, mại dâm, MSM) cũng như các bạn tình chính của những người TCMT và những người nhiễm HIV.

70 Báo cáo MDG Việt Nam 2009

- Mở rộng chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone và cung cấp các dịch vụ dự phòng HIV tại các trại giam, tạm giam, trường giáo dưỡng…
- Xây dựng năng lực cung cấp các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ tại các trại giam, tạm giam, trường giáo dưỡng… và tăng cường sự kết nối giữa các trại, trường này với các cơ sở y tế và cộng đồng.
- Tăng cường hơn nữa sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự, những người nhiễm HIV vào các chương trình và trong việc xây dựng các chính sách, triển khai, theo dõi và đánh giá các chương trình HIV/AIDS.
- Xây dựng chiến lược phát triển nhân lực nhằm giữ những cán bộ có trình độ và tạo điều kiện phát triển năng lực cho cán bộ ở tất cả các cấp, đặc biệt trong các lĩnh vực cung cấp, quản lý và điều phối công tác phòng, chống HIV/AIDS tại tuyến tỉnh.
- Tăng cường nguồn kinh phí địa phương cho HIV/AIDS và khuyến khích tập trung vào các nguyên nhân gây dịch chính là tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục không an toàn
- Nâng cao năng lực trong lĩnh vực thông tin chiến lược, đẩy mạnh việc sử dụng và phân tích số liệu để có thể theo dõi, lập kế hoạch các chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia một cách có hiệu quả.

VIII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ (TD – ĐG)

Điểm mấu chốt để có ứng phó quốc gia hiệu quả là việc hiểu rõ về tình hình dịch và các đặc điểm của dịch cũng như việc sử dụng thông tin chiến lược để xây dựng các hoạt động có mục đích, hỗ trợ cho việc thực hiện ứng phó quốc gia. Chính vì vậy, trong hai năm vừa qua, rất nhiều hoạt động đã được thực hiện nhằm nối tiếp những nỗ lực kể từ khi Khung Theo dõi và Đánh giá HIV quốc gia ra đời năm 2007. Các hoạt động này tập trung vào việc tăng cường hệ thống TD - ĐG quốc gia, chuẩn hóa cách thực hành TD - ĐG tại cấp trung ương và cấp tỉnh, xây dựng khung đánh giá cho Chiến lược quốc gia hiện hành.

Điều này đã tạo ra động lực cho sự hợp tác từ nhiều cơ quan và nhà tài trợ hoạt động tại Việt Nam, nhằm làm cho hệ thống TD - ĐG của riêng họ được hài hòa hơn nữa với hệ thống TD -ĐG quốc gia. Nhiều nỗ lực đã được thực hiện để thu được thông tin cần thiết từ hệ thống TD - ĐG quốc gia (ít nhất về phần các chỉ số về tác động và kết quả) hơn là việc tạo ra các hệ thống song song. Tuy nhiên, sự thiếu lồng ghép toàn diện của một hệ thống TD - ĐG quốc gia bao gồm cả các số liệu định tính và các số liệu do xã hội dân sự thu thập vẫn còn là một trở ngại cần vượt qua.

Cấu trúc tổ chức với các chức năng TD - ĐG HIV/AIDS, công tác điều phối và phát triển quan hệ đối tác

Cục phòng, chống HIV/AIDS (VAAC) - Phòng giám sát, theo dõi và đánh giá đóng vai trò là cơ quan đứng đầu cấp quốc gia ban hành những hướng dẫn quốc gia và hỗ trợ kỹ thuật về TD - ĐG thông qua Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và ba Viện ở khu vực đến 63 trung tâm phòng, chống HIV/AIDS của 63 tỉnh/thành phố.

Nhóm kỹ thuật quốc gia về TD - ĐG do Cục Phòng, chống HIV/AIDS chủ trì đã tập hợp những cá nhân, đơn vị hoạt động trong lĩnh vực TD - ĐG từ các cơ quan cấp trung ương và cấp tỉnh, các đối tác quốc tế và các cơ quan Liên Hợp Quốc để chia sẻ các nguồn thông tin và kinh nghiệm. Trong những năm vừa qua, Nhóm đã mở rộng điều khoản tham chiếu nhằm phản ánh các hoạt động mà các thành viên của nhóm đã tham gia và thêm "thông tin chiến lược" vào tên của nhóm (Nhóm kỹ thuật quốc gia về Thông tin chiến lược và TD - ĐG). Thêm vào đó, các đại diện từ các tổ chức phi chính phủ trong nước cũng được hoan nghênh ra nhập nhóm, như là một trong những bước khởi đầu để xây dựng năng lực cho xã hội dân sự, cổ vũ họ tham gia tích cực hơn vào công tác TD - ĐG. Trong kỳ báo cáo, với sự hỗ trợ về chuyên môn của Nhóm phối hợp LHQ về HIV, nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về Thông tin chiến lược và TD - ĐG đã tập trung vào việc xây dựng khung đánh giá cho Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS hiện hành, phê chuẩn báo cáo phối hợp quốc gia về ứng phó của ngành y tế với HIV năm 2009, xây dựng đồng thuận về các kết quả của báo cáo Ước tính và Dự báo năm 2007. Để hỗ trợ chuyên môn kịp thời cho các hoạt động đang diễn ra trong khuôn khổ khung đánh giá chiến lược quốc gia, Nhóm kỹ thuật quyết định thành lập ba tiểu nhóm: (1) Đánh giá tác động và Kiểm tra chéo số liệu; (2) Ước tính kích cỡ quần thể; (3) Hệ thống thông tin địa lý (GIS).

Năng lực cán bộ về TD - ĐG HIV/AIDS, giám sát hỗ trợ và kiểm định chất lượng số liệu

Để nâng cao năng lực cho các đơn vị TD - ĐG cấp trung ương và cấp tỉnh, Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các đối tác chuyên môn (PEPFAR, WB, WHO, UNAIDS, FHI, Measure) đã tổ chức rất nhiều lớp tập huấn về việc triển khai Quyết định D28 (Hệ thống báo cáo

thường quy về HIV); quản lý số liệu và sử dụng số liệu cũng như thực hiện các chuyến đi giám sát theo dõi của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương và ba Viện khu vực tới các tỉnh/thành phố.

Các thách thức còn tồn tại:

- Chất lượng và độ chính xác của số liệu, bao gồm số liệu phân chia theo giới tính và độ tuổi.
- Bồi dưỡng năng lực cho các cán bộ TD - ĐG tại các tuyến.
- Năng lực của các tổ chức phi chính phủ trong nước.

Điều tra, giám sát, phổ biến và sử dụng số liệu

Trong giai đoạn 2008-2009, Việt Nam đã có những bước tiến nhằm cải thiện công tác giám sát và xây dựng năng lực quốc gia về phổ biến và sử dụng số liệu. Ví dụ như từ việc chỉnh sửa Hướng dẫn quốc gia về giám sát trọng điểm HIV do PEPFAR/CDC và WHO hỗ trợ, một bộ câu hỏi trắc nghiệm ngắn về "Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm người mới tiêm chích và người mại dâm trẻ tuổi" được bổ sung vào nội dung thu thập số liệu về giám sát trọng điểm huyết thanh HIV năm 2009 và được thử nghiệm tại một số tỉnh.

Vòng hai của Điều tra kết hợp các chỉ số sinh học và hành vi (IBBS) được thực hiện cuối năm 2009, hứa hẹn sẽ cung cấp nhiều thông tin cần thiết về tình hình dịch và các thông tin về hành vi tại một số tỉnh được lựa chọn.

Vào đầu năm 2009, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, PEPFAR/CDC, UNAIDS, FHI và Đại học California tại San Francisco (UCSF) đã tiến hành Hoạt động "Kiểm tra chéo số liệu tại Việt Nam" để tìm kiếm câu trả lời cho câu hỏi về đặc điểm dịch HIV ở Việt Nam hiện nay bằng việc tập hợp và diễn giải số liệu sẵn có từ nhiều nguồn khác nhau. Các kết quả của quá trình này sẽ phục vụ cho việc ra quyết định về chính sách và chương trình. Thêm vào đó, hoạt động này giúp xây dựng năng lực thông qua sự tư vấn trao đổi giữa các cá nhân, thắt chặt mối quan hệ giữa UCSF và nhóm phân tích Việt Nam, đào tạo về việc sử dụng số liệu cho việc lập kế hoạch chương trình cho các đối tác liên quan.

Tại cấp độ địa phương, rất nhiều cơ quan đơn vị cấp tỉnh và cấp huyện (đại diện từ Sở Y tế, Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh/thành phố, Uỷ ban nhân dân, Sở LĐ-TB-XH, Sở Giáo dục đào tạo, Hội Phụ nữ, Sở Công an và các Trung tâm Y tế dự phòng huyện) đều tham gia vào công tác phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương. UNAIDS hợp tác với Cục Phòng, chống HIV/AIDS và Viện Pasteur Nha Trang đã tổ chức một loạt các hội thảo diễn ra trong 2 ngày cho các chính quyền địa phương cấp tỉnh và cấp huyện tại hai tỉnh nhằm giới thiệu về TD-ĐG HIV và việc sử dụng thông tin chiến lược để xây dựng ứng phó hiệu quả.

Ngoài ra, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đang hoàn thành một nghiên cứu chuẩn hóa thử nghiệm xác định số mắc mới phục vụ giám sát, thành phần sống còn cho một hệ thống giám sát toàn diện. Kết quả từ nghiên cứu này sẽ được WHO và CDC sử dụng để xây dựng hướng dẫn về xét nghiệm mắc mới nhiễm HIV-1. Việc sử dụng thử nghiệm đã được chuẩn hóa này trong tương lai sẽ cung cấp các thông tin quan trọng cho tình hình dịch tại Việt Nam và đánh giá tác động của chương trình.

Các thách thức còn tồn tại:

- Kích cỡ của các nhóm quần thể có nguy cơ cao nhiễm HIV vẫn chưa được đánh giá một cách có hệ thống.

- Cần phải hiểu tường tận hơn về các mạng lưới phức tạp của các nhóm có nguy cơ cao, bao gồm các bạn tình thường xuyên và ngẫu nhiên của PNMD, người TCMT và MSM. Điều này sẽ giúp cho việc xây dựng được các gói dịch vụ nhắm vào đúng đối tượng và cải thiện công tác TD - ĐG.
- Quản lý và sử dụng số liệu

Đánh giá HIV/AIDS

Đáp ứng yêu cầu của Cục Phòng, chống HIV/AIDS trong việc hỗ trợ hoạt động đánh giá Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2004-2010, UNAIDS đã hợp tác chặt chẽ với các đối tác khác để hỗ trợ việc xây dựng khung đánh giá tổng thể - thành quả của vô vàn nỗ lực từ nhiều phía, góp phần xây dựng cơ sở cho các bước trong giai đoạn tiếp theo của ứng phó quốc gia. Trong khuôn khổ khung đánh giá này, Cục Phòng, chống HIV/AIDS cùng UNAIDS và WB đã tiến hành đánh giá tác động của Chương trình can thiệp giảm tác hại ở Việt Nam, với các mục tiêu: giải thích hình thái lây nhiễm HIV ở Việt Nam; khảo sát độ bao phủ của các can thiệp giảm tác hại trên toàn quốc và đánh giá các biện pháp can thiệp giảm tác hại đã góp phần làm giảm tình trạng lây nhiễm HIV ở Việt Nam tới mức độ nào.

Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã hợp tác cùng PEPFAR/CDC và WHO tiến hành đánh giá chương trình ART quốc gia với các chỉ số kết quả cụ thể và các chỉ số cảnh báo sớm về kháng thuốc HIV.

Ước tính chi phí:

Trong vài năm trở lại đây với sự hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính của các đối tác phát triển, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã thực hiện một số đánh giá về chi phí (ví dụ như chi phí điều trị ARV, chi phí thực hiện chương trình Methadone, đơn giá của các dịch vụ phòng LTMC) cũng như các ước tính sơ bộ về nhu cầu nguồn lực. Tuy nhiên, hiện tại đang rất cần thêm các phân tích về các khoản chi cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong nước và xây dựng ước tính nhu cầu về nguồn lực. Cục Phòng, chống HIV/AIDS sẽ tiếp tục phối hợp với các đối tác như PEPFAR, HPI, Ngân hàng thế giới và Nhóm phối hợp của Liên hợp quốc về HIV thực hiện các hoạt động trong lĩnh vực này để có thể có các thông tin kịp thời về đơn giá của các gói dịch vụ, cũng như ước tính nhu cầu nguồn lực phục vụ cho việc xây dựng Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn tới.

Hệ thống quản lý thông tin HIV/AIDS, Cơ sở dữ liệu cấp quốc gia và địa phương

Trong hai năm qua, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã hết sức nỗ lực để xây dựng một biểu mẫu báo cáo và cơ sở dữ liệu hợp nhất cho việc theo dõi thường qui (Quyết định 28) và khuyến khích các hoạt động thu thập số liệu của các nhà tài trợ được đưa vào mẫu báo cáo chung. Hơn thế nữa, được sự hỗ trợ kỹ thuật của TCYTTG, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã thử nghiệm công cụ phần mềm máy tính để theo dõi các dịch vụ giảm tác hại tại cấp độ địa phương. Công cụ này tích hợp chức năng nhận dạng các cá nhân có hành vi nguy cơ cao, một trong những phần quan trọng còn thiếu trong hệ thống theo dõi giảm tác hại hiện hành tại Việt Nam.

Tuy vậy, hệ thống TD - ĐG hiện tại vẫn cần nỗ lực nhiều hơn nữa để đạt được một sự lồng ghép hoàn chỉnh của các thành tố khác nhau đang có của hệ thống TD - ĐG quốc gia và đảm bảo được các chuẩn mực quốc gia về thu thập số liệu, cấu trúc hệ thống và sự trao đổi thông tin lẫn nhau trên một nền tảng chung thống nhất cho mọi đối tác.

Các giải pháp

Việc đánh giá Chiến lược Quốc gia sẽ tạo cơ hội đánh giá 12 thành tố của hệ thống TD - ĐG Quốc gia. Kết quả thu được sẽ cung cấp thông tin cho các hoạt động về chất lượng và độ chính xác của số liệu, bồi dưỡng năng lực, lồng ghép số liệu từ các đối tác khác nhau, tổng hợp, phân tích và sử dụng số liệu, cũng như việc bắt đầu tiến hành các cuộc nghiên cứu chuyên sâu. Tiếp theo sau, kế hoạch TD - ĐG quốc gia có dự trù kinh phí cụ thể sẽ được xây dựng cùng với Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn tiếp theo. Nhóm kỹ thuật về thông tin chiến lược và theo dõi đánh giá quốc gia và các tiểu nhóm thành phần sẽ tiếp tục là một diễn đàn định hướng chỉ đạo việc thực hiện các nỗ lực quốc gia trong việc củng cố hơn nữa hệ thống TD - ĐG Quốc gia nhằm đảm bảo cung cấp các số liệu có chất lượng cao phục vụ việc lập kế hoạch, điều phối và thực hiện các đáp ứng quốc gia, đánh giá tính hiệu quả của các can thiệp đang triển khai và xác định các lĩnh vực chương trình cần cải thiện.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1:

QUÁ TRÌNH CHUẨN BỊ, LẤY Ý KIẾN ĐÓNG GÓP CHO BÁO CÁO

1. Tổ chức nào có trách nhiệm điền vào các mẫu chỉ số?

a) Uỷ 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:

GD-ĐT	Có
Y tế	Có
LĐ-TB-XH	Có
Ngoại Giao	Có
Công An	Có
Tư pháp	Có
Quốc phòng	Có
KHĐT	Có

Cơ quan khác:

TƯ Hội LHPNVN	Có
TƯ Đoàn TNCS HCM	Có
Tổng LĐLĐ VN	Có
Hội CTĐ VN	Có
Ban Tuyên Giáo TƯ	Có
Các tổ chức dân sự xã hội	Có
Người nhiễm HIV	Có
Lĩnh vực tư nhân	Có
Các cơ quan LHQ	Có
Các tổ chức tài trợ song phương	Có
Các tổ chức phi chính phủ quốc tế	Có

3. Báo cáo có được thảo luận ở các diễn đàn lớn hay không? Có
   Vào ngày 11/03/2010

4. Các kết quả điều tra có được lưu giữ tập trung không? Có

5. Các số liệu có sẵn để cộng đồng tham khảo? Có

Người chịu trách nhiệm nộp báo cáo và trả lời các câu hỏi liên quan đến báo cáo:

Tên: Nguyễn Thanh Long

Chức danh: Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

Ngày: 31/03/2010

Chữ ký

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

Điện thoại: (+84-4) 37367128

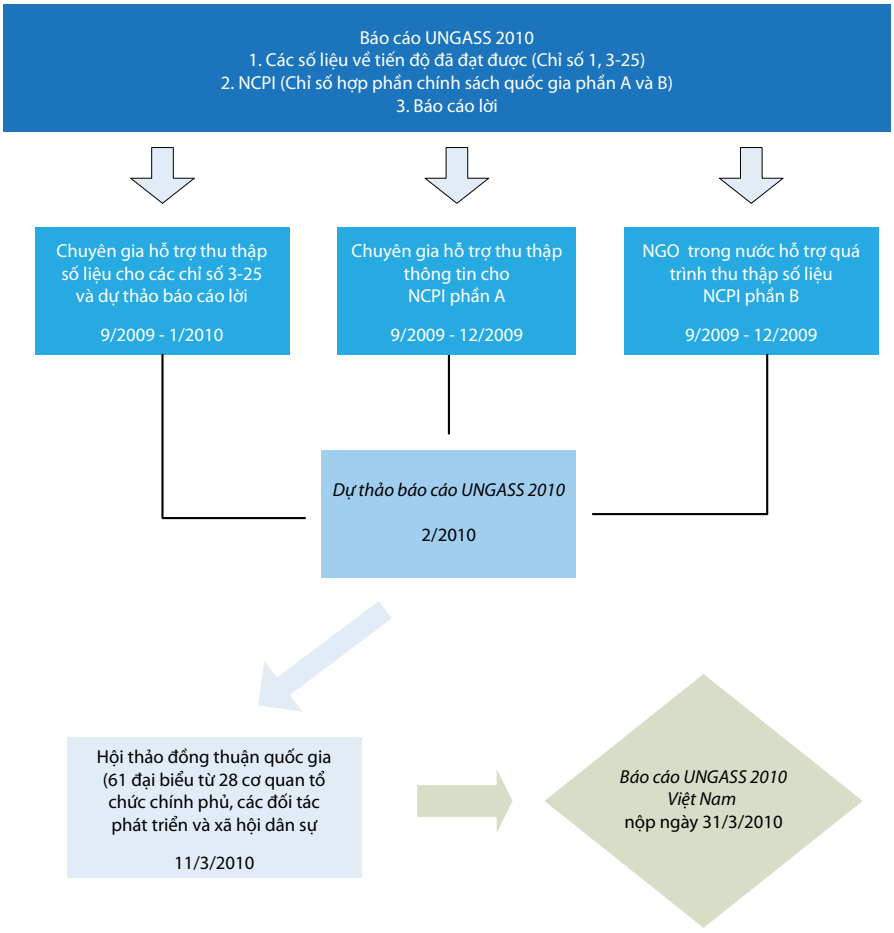
Fax: (+84-4) 38465732

Email: longmoh@vaac.gov.vn

QUÁ TRÌNH CHUẨN BỊ BÁO CÁO UNGASS 2010

Bản báo cáo này được chuẩn bị với sự tham gia rộng rãi từ phía Chính phủ, các đối tác phát triển và xã hội dân sự. Việc lập kế hoạch cho báo cáo bắt đầu vào tháng 7 năm 2009 với một lộ trình được xây dựng nhằm tham vấn ý kiến của nhiều bên liên quan. Tổng số đã có 17 đơn vị thuộc các cơ quan chính phủ, trên 200 tổ chức bao gồm xã hội dân sự (các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế), doanh nghiệp các cơ quan LHQ, cơ quan song phương và đa phương, đã tham gia vào quá trình chuẩn bị báo cáo này. Hình 1 mô tả ba thành tố chính của quá trình làm báo cáo.

Hình 1. Quá trình chuẩn bị báo cáo UNGASS 2010 của Việt Nam

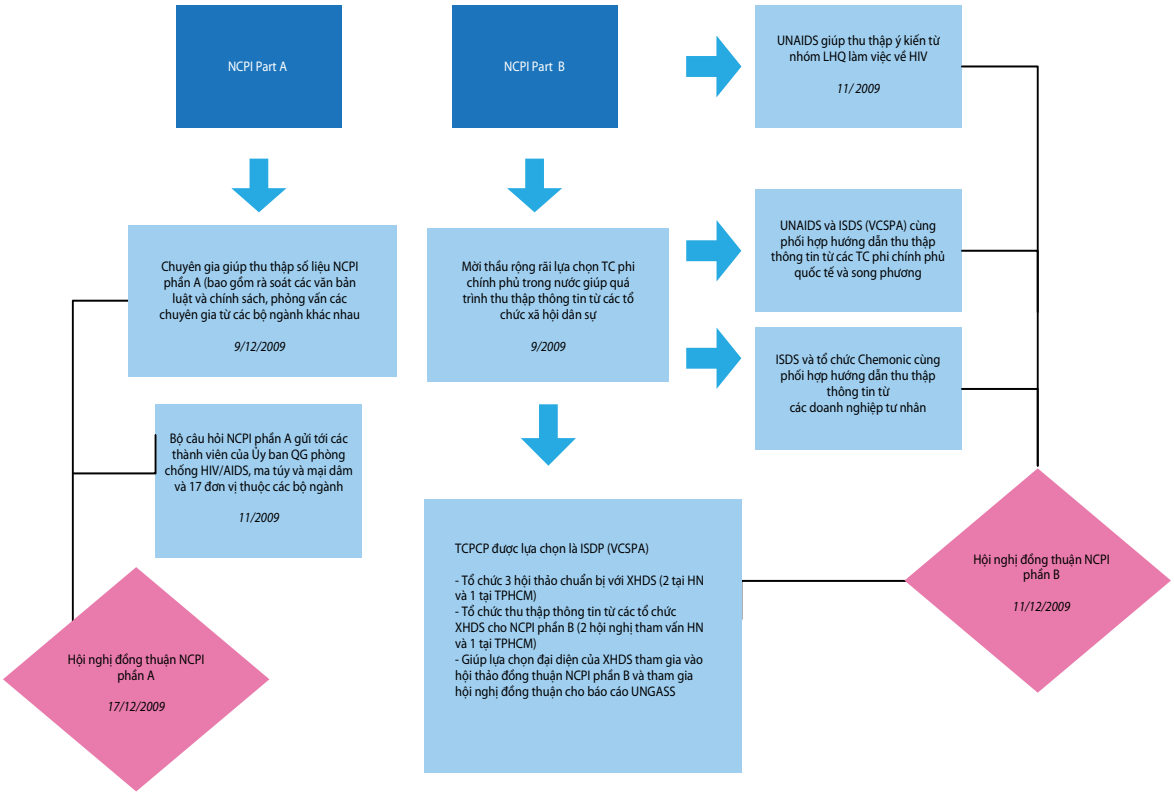


Quá trình chuẩn bị báo cáo UNGASS lần này do Cục Phòng, chống HIV/AIDS làm đầu mối cùng với sự hỗ trợ của UNAIDS Việt Nam một nhóm chuyên gia và một tổ chức phi chính phủ trong nước. Một chuyên gia trong nước phụ trách việc thu thập số liệu cho Chỉ số 3-25 và NCPI phần A. Vì Việt Nam chưa có Tài khoản Y tế Quốc gia (NHA) hoặc đánh giá chi tiêu quốc gia về HIV/AIDS nên một chuyên gia kinh tế y tế đã hỗ trợ Cục Phòng, chống HIV/AIDS thu thập số liệu về chi tiêu cho công tác phòng, chống HIV/AIDS. Dù còn chưa hoàn chỉnh, các số liệu được tập hợp và trình bày trong báo cáo này là số liệu về chi tiêu toàn diện nhất tính đến thời điểm này.

Tháng 11 năm 2009, bộ câu hỏi NCPI phần A được gửi cho các thành viên của Uỷ ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. 17 đơn vị thuộc cơ quan chính phủ đã gửi phản hồi và tham dự hội thảo đồng thuận tổ chức vào 17 tháng 12 năm 2009. Toàn bộ câu hỏi NCPI phần A được gửi ra nhưng các cơ quan chính phủ chỉ cần điền vào các phần nội dung liên quan đến hoạt động của họ có gắn với HIV/AIDS.

Điểm cần lưu ý là quá trình tham vấn và chuẩn bị cho NCPI phần B. Một quá trình tuyển chọn công khai diễn ra trong tháng 9 năm 2009 để chọn ra một tổ chức phi chính phủ trong nước xúc tiến quá trình thu thập số liệu cho NCPI phần B và điều phối sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự trong toàn bộ quá trình thu thập số liệu này. Viện nghiên cứu phát triển xã hội (ISDS), thay mặt Diễn đàn xã hội dân sự phòng chống AIDS (VSCPA) đã được lựa chọn

Hình 2: Tóm tắt quá trình thu thập số liệu cho NCPI phần A và B



ISDS đã tổ chức ba cuộc hội thảo chuẩn bị, hai cuộc tại Hà Nội và một cuộc tại TP Hồ Chí Minh vào tháng 10 và tháng 11 năm 2009. Mục đích của các hội thảo chuẩn bị này là nâng cao nhận thức về quá trình làm báo cáo UNGASS và hướng dẫn về phần câu hỏi, giúp các đại biểu làm quen với nội dung bộ câu hỏi và mục đích của nó.

Tại các hội thảo này, đại biểu được phát một "Tuyển tập tài liệu UNGASS" đã được soạn ra bằng tiếng Việt, bao gồm các tóm tắt của Tuyên bố cam kết, các điểm chính của báo cáo 2008, câu hỏi NCPI phần B, hướng dẫn về các chỉ số và quá trình thu thập NCPI phần B, thông tin về quá trình tham vấn. Bộ tài liệu này được phổ biến tại các hội thảo. Các đại biểu sau đó sẽ trở về nhóm/tổ chức của mình để chia sẻ thông tin và nhận ý kiến đóng góp của các thành viên khác trong nhóm.

Tiếp theo các hội thảo chuẩn bị, vào cuối tháng 11, đầu tháng 12, 3 hội thảo tham vấn (hai cuộc ở Hà Nội và một cuộc ở TP. Hồ Chí Minh) đã được tổ chức để tập hợp các ý kiến từ các tổ chức xã hội dân sự, hoàn thiện phần trả lời cho bộ câu hỏi NCPI phần B. Tổng số có 179 người đại diện cho 179 tổ chức xã hội bao gồm các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo và phi chính phủ từ 34 tỉnh/thành phố đã tham gia vào 6 cuộc hội thảo trên. Đại diện tham dự mỗi cuộc hội thảo được lựa chọn để tham gia nhóm nòng cốt của xã hội dân sự, với tổng số 9 thành viên đến từ các nhóm của người nhiễm HIV, nam tình dục đồng giới (MSM), người hành nghề mại dâm, các tổ chức tôn giáo và doanh nghiệp.

Các hội thảo tham vấn về NCPI phần B được tổ chức riêng cho nhóm các tổ chức phi chính phủ quốc tế, nhóm phối hợp của LHQ về HIV và nhóm cộng đồng các doanh nghiệp trong nước. Tại mỗi hội thảo, các đại biểu đều đạt được sự đồng thuận và đã hoàn thiện được bộ câu hỏi NCPI phần B. Cuối cùng đã có 6 bộ câu hỏi hoàn thiện được trả lời đại diện cho các cơ quan phi chính phủ khác nhau.

Mỗi hội thảo tham vấn lại lựa chọn ra các đại biểu tham dự hội thảo đồng thuận NCPI phần B, tổ chức vào ngày 11 tháng 12 năm 2009 tại Hà Nội. ISDS đã điều hành cuộc thảo luận thẳng thắn, cởi mở, trong đó các đại diện từ các nhóm có nguy cơ cao đã tranh luận rất tự tin với các đối tác phát triển. Cuối cùng 16 đại biểu đã thống nhất câu trả lời cho bộ câu hỏi NCPI phần B, kết hợp được kinh nghiệm của người nhiễm HIV và các nhóm làm việc tại cộng đồng, địa phương với quan điểm của các cơ quan làm việc ở cấp độ chính sách và tài trợ cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Các thành viên của nhóm công tác xã hội dân sự tham gia hội thảo đồng thuận NCPI phần B và đã chọn ra năm đại diện tham dự hội thảo đồng thuận quốc gia. Nhóm cũng đã đóng góp cho phần diễn giải báo cáo và xem xét toàn bộ bản báo cáo.

Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế đã đứng ra chủ trì tổ chức Hội thảo đồng thuận quốc gia ngày 11 tháng 3 năm 2010 tại Hà Nội để trình bày các kết quả và tạo cơ hội cho các đại biểu xem lại và cùng thống nhất bản dự thảo báo cáo. 61 đại biểu từ 28 tổ chức đại diện cho phía chính phủ, các đối tác phát triển và xã hội dân sự đã tham dự hội thảo. Sau đó, bản báo cáo sẽ được nộp lên Uỷ ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm để phê duyệt.

Quá trình làm báo cáo UNGASS 2008 đã huy động được sự tham gia của cả phía chính phủ và dân sự là một điều chưa từng có trong tiền lệ (Gruski và Ferguson 2009; NCPI phần B 2010). Việc chuẩn bị báo cáo lần này dựa vào bài học kinh nghiệm từ lần báo cáo trước. Đây là cơ hội cho các tổ chức xã hội dân sự đánh giá và báo cáo các hoạt động của mình, xem xét việc các hoạt động đó được đặt trong tổng thể công cuộc phòng, chống HIV/AIDS quốc gia như thế nào. Qua quá trình này, ý thức về quyền và trách nhiệm của xã hội dân sự cũng được nâng cao, họ có cơ hội gặp nhau để trao đổi thảo luận, củng cố mối quan hệ. Từ báo cáo UNGASS lần đầu tiên năm 2003, vai trò của xã hội dân sự trong **ứng phó** quốc gia đã tăng lên rõ rệt và được ghi nhận rộng rãi. Báo cáo UNGASS 2010 chính là minh chứng sống động cho thành tựu này.

Danh sách các thành viên tham gia, xem các phụ lục liên quan.

Danh sách các đại biểu tham dự hội nghị đồng thuận quốc gia

báo cáo UNGASS 2010- 11 tháng 3 năm 2010

Stt	Họ và Tên	Đơn vị
I	**Cục Phòng, chống HIV/AIDS**	
1	Nguyễn Thanh Long	Cục trưởng
2	Phan Thị Thu Hương	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
3	Hoàng Đình Cảnh	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
4	Vũ Đức Long	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
5	Võ Hải Sơn	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
6	Nguyễn Đức Huy	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
7	Quách Văn Lượng	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá
8	Bùi Hoàng Đức	Dự án WB
9	Trần Văn Sơn	Phòng Điều trị
10	Nguyễn Hữu Hải	Phòng Điều trị
11	Phạm Đức Mạnh	Phòng can thiệp
12	Nguyễn Đức Long	Phòng Can thiệp
13	Đỗ Hữu Thủy	Phòng Truyền thông
14	Nguyễn Văn Hải	Phòng Truyền thông
15	Nguyễn Đắc Vinh	Phòng NCKH và HTQT
II	**Các Tiểu ban chuyên môn**	
1	Chử Thị Thu Hường	Tiểu ban an toàn truyền máu
2	Nguyễn Duy Hưng	Tiểu ban phòng, chống các bệnh lây truyền qua
3	Đỗ Quan Hà	Tiểu ban dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
4	Đỗ Thịnh Hải	Tiểu ban nhi khoa
5	Nguyễn Trần Hiển	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
6	Nguyễn Anh Tuấn	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
7	Dương Công Thành	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
8	Lê Anh Tuấn	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
III	**Các Vụ Cục liên quan**	
1	Vũ Hồng Ngọc	Cục Khám chữa bệnh - MOH
2	Đỗ Trung Hưng	Vụ Pháp Chế - MOH
3	Trần Thị Xuân Hằng	Vụ Pháp Chế - MOH
4	Trần Quang Hưng	Vụ Hợp tác quốc tế - MOH
IV	**Các Bộ ngành liên quan**	
1	Phan Dương Thu Hương	Vụ Pháp luật hình sự - Hành chính - Bộ Tư Pháp
2	Phạm Đức Thụ	Cục Y tế - Bộ Giao thông vận tải
3	Tạ Thị Thảo	Cục Y tế - Bộ Công An
4	Nguyễn Thị Thu Ba	Cục Y tế - Bộ Công An

5	Vũ Công Thảo	Vụ Khoa giáo văn xã - Văn Phòng Chính Phủ
6	Vũ Quốc Bình	Cục Quân Y - Bộ Quốc phòng
7	Hoàng Chương	Mặt trận Tổ quốc Việt Nam
8	Phạm Song	Tổng hội Y học Việt Nam
V	**Các tổ chức xã hội dân sự**	
1	Đỗ Thị Thanh Nhàn	Đại diện nhóm NGO
2	Thích Thanh Lâm	Đại diện nhóm Tôn giáo
3	Ong Văn Tùng	Đại diện nhóm người nhiễm HIV
4	Phạm Thị Minh	Đại diện nhóm TCMT
5	Lê Tấn Minh	Đại diện nhóm MSM
VI	**Các tổ chức phi CP quốc tế**	
1	Ted. Hammett	Dự án HPI
2	Nguyễn Duy Tùng	Dự án HPI
3	Nguyễn Tuấn Phong	Dự án HPI
4	Vũ Công Nguyên	PHAD
5	Hồ Thị Vân Anh	ODC
VII	**Các tổ chức song phương**	
1	Janet Hayman	PEPFAR
2	Bruce Struminger	CDC
3	Patrick Nadol	CDC
4	Nguyễn Nguyệt Phương	CDC
5	Nisha Gupta	CDC
6	Nguyễn Bùi Đức	CDC
VIII	**Các tổ chức LHQ**	
1	Eamon Murphy	UNAIDS
2	Vladanka Andreeva	UNAIDS
3	Nguyễn Thị Cẩm Anh	UNAIDS
4	Trịnh Thị Thùy Dương	UNAIDS
5	Scott Bamber	UNICEF
6	Nguyễn Ngọc Triệu	UNICEF
7	Nguyễn Thị Minh Thu	WHO
8	Masaya Kato	WHO
IX	**Chuyên gia tư vấn**	
1	Deepa Gajjar	Chuyên gia tư vấn
2	Vũ Ngọc Uyên	Chuyên gia tư vấn

PHỤ LỤC 2:

CHỈ SỐ 1 – TỔNG CHI TIÊU QUỐC GIA CHO PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

1. Quy trình

Số liệu để phân tích chỉ số này được thu thập và tổng hợp từ báo cáo chi tiêu của các đối tác chủ chốt hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS. Cục Phòng, chống HIV/AIDS chịu trách nhiệm điều phối và quản lý hoạt động của chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia đã gửi công văn đề nghị các đối tác chính hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS chia sẻ số liệu báo cáo về chi tiêu thực tế của tổ chức cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2007, 2008 và năm 2009 (nếu có) theo các hạng mục chi và nguồn kinh phí liệt kê theo mẫu yêu cầu. Các tổ chức mà Cục Phòng, chống HIV/AIDS đề nghị cung cấp thông tin bao gồm văn phòng đại diện của các nhà tài trợ, các tổ chức và các quỹ phi lợi nhuận quốc tế có hoạt động hỗ trợ chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam, các chương trình và dự án lớn về HIV/AIDS do Bộ Y tế quản lý, Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh là đơn vị kỹ thuật tuyến dưới của Cục Phòng, chống HIV/AIDS; các cơ quan Bộ ngành Trung ương và các tổ chức xã hội có triển khai hoạt động liên quan đến HIV/AIDS. Bảng thông tin thu thập số liệu về chi tiêu cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được gửi tới các đối tác cùng với hướng dẫn tóm tắt trích từ hướng dẫn của UNAIDS năm 2009.[1] Sau khi gửi yêu cầu qua đường công văn, nhóm kỹ thuật đã có rất nhiều các cuộc gặp mặt trực tiếp cũng như trao đổi liên lạc qua điện thoại và thư điện tử để giải đáp, hướng dẫn kỹ thuật và thu thập thông tin từ phía các đối tác.

Số liệu thu thập được phân loại theo nguồn kinh phí bao gồm nguồn công từ chính phủ, nguồn quốc tế (viện trợ từ các tổ chức đa phương, song phương, các tổ chức và các quỹ phi lợi nhuận quốc tế). Đối với vốn chính phủ được chia làm 2 nguồn là ngân sách trung ương và ngân sách địa phương. Báo cáo giải ngân của các đơn vị là nguồn tham khảo chính cho bảng số liệu về chi tiêu quốc gia cho chương trình HIV/AIDS. (Xem Bảng tính Tổng Các nguồn tài trợ 2007, 2008 và 2009). Đối với số liệu về chi tiêu do tổ chức phi chính phủ và các Quỹ quốc tế triển khai các dự án HIV/AIDS tại Việt Nam cung cấp và số liệu chi tiêu từ địa phương (Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh/thành phố) thì các khoản chi đã được các nhà tài trợ báo cáo sẽ được loại bỏ trong bảng tính quốc gia để tránh trùng lặp thông tin.

2. Chất lượng số liệu

2.1. Báo cáo giải ngân của các nhà tài trợ quốc tế

Tỷ lệ các tổ chức tài trợ cung cấp thông tin là rất cao. Tất cả các nhà tài trợ lớn cho các chương trình HIV/AIDS quốc gia, bao gồm PEPFAR, AusAid, DFID, DANIDA và các cơ quan Liên hợp quốc đều có phản hồi và cung cấp số liệu giải ngân. Chúng tôi cũng nhận được số liệu từ Đại sứ quán Hà Lan và chương trình viện trợ của chính phủ Ai Len, các ban quản lý dự án HIV/AIDS lớn được tài trợ bởi Quỹ toàn cầu, ADB và Ngân hàng Thế giới. Do đó hầu hết số liệu về chi tiêu từ nguồn quốc tế cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS đã được ghi nhận trong báo cáo này.

[1] Đánh giá chi tiêu quốc gia cho HIV/ AIDS- Phân loại và định nghĩa- National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification and Definitions, UNAIDS 2009

Số lượng các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận quốc tế gửi phản hồi theo yêu cầu của Cục phòng, chống HIV/AIDS ít hơn so với các tổ chức phi chính phủ quốc tế đang hoạt động về HIV trên toàn quốc. Lý do chính là theo thoả thuận giữa PEPFAR và đối tác của PEPFAR, văn phòng đại diện PEPFAR chịu trách nhiệm báo cáo toàn bộ chi tiêu từ nguồn PEPFAR bao gồm cả những nguồn do các tổ chức phi chính phủ thực hiện.[2] Điều này sẽ giúp tránh trùng lặp số liệu. Tuy nhiên, do nhiều đối tác của PEPFAR không gửi báo cáo nên chi tiêu từ nguồn riêng của tổ chức (ngoài tiền của PEPFAR tài trợ) đã không được đưa vào. Trên thực tế, không phải tất các các tổ chức đối tác của PEPFAR có khoản kinh phí hoạt động riêng được tài trợ từ tổ chức của họ cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS hoặc nếu có, thì chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ trên tổng chi tiêu cho HIV/AIDS, do đó chúng tôi ước tính số liệu chi tiêu bị thiếu do không báo cáo chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ so với nguồn tài trợ của PEPFAR nên sai sót do việc loại trừ số liệu là không đáng kể so với tổng chi tiêu quốc gia cho chương trình HIV/AIDS.

Tổng chi tiêu do các tổ chức và các quỹ phi lợi nhuận quốc tế báo cáo trong nghiên cứu này bao gồm cả từ nguồn tài chính riêng của AHF, MdM, Pact, CHAI và UNITAID, và một phần của Quỹ Ford hỗ trợ Pathfinder.

Có hai điểm cần lưu ý khi chúng tôi sử dụng số liệu thu thập từ báo cáo của các nhà tài trợ. Trước hết, tất cả các đối tác thực hiện hoạt động phòng, chống HIV/AIDS báo cáo chi tiêu hàng năm của họ từ tháng 1 đến tháng 12 ngoại trừ PEPFAR báo cáo chi tiêu theo năm tài chính từ 01/10 năm nay tới 30/09 năm tiếp theo. Do PEPFAR không có số liệu báo cáo theo quý, chúng tôi phải sử dụng số liệu sẵn có này. Vì vậy số liệu năm 2007 chúng tôi sử dụng số liệu tài chính của PEPFAR từ tháng 10/2006 đến cuối tháng 9/2007; số liệu 2008 được sử dụng từ số liệu PEPFAR giai đoạn tháng 10/2007 đến cuối tháng 9/2008.

Sai sót thứ hai là sự khác biệt giữa số liệu giải ngân của các nhà tài trợ và số liệu chi tiêu thực tế. Số liệu giải ngân của các nhà tài trợ là số liệu tổng hợp và thường không thể phân chia nhỏ theo các nhóm hạng mục chi tiêu theo hướng dẫn . Báo cáo này chủ yếu dựa trên báo cáo giải ngân của các nhà tài trợ, do đó có một tỷ lệ lớn chi tiêu không được phân tách được theo các tiểu hạng mục chi cho HIV/AIDS như trong biểu mẫu yêu cầu (ASC).

2.2. Báo cáo của các cơ quan trong nước hoạt động về HIV/AIDS

- Tỷ lệ phản hồi của cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh không cao. Trong tổng số 63 trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh/thành phố (TTPC AIDS), chỉ có 41 trung tâm (65%) nộp báo cáo số liệu về chi tiêu với mức độ chi tiết cũng như tính nhất quán khác nhau .

- Do số liệu cung cấp bởi Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các TTPC AIDS tuyến tỉnh về chi tiêu từ nguồn quốc tế không đầy đủ, chúng tôi sử dụng báo cáo của các nhà tài trợ là nguồn số liệu chính để tính toán chi tiêu từ nguồn quốc tế, còn số liệu chi tiêu từ ngân sách trong nước được lấy từ Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các TTPC AIDS tuyến tỉnh.

- Chi tiêu từ ngân sách trong nước cho HIV/AIDS trong đánh giá này được chia thành 3 nhóm chính: (1) Chi phí thường xuyên của các đơn vị HIV/AIDS trung ương và tuyến tỉnh (Cục Phòng, chống HIV/AIDS và TTPC AIDS); (2) Đầu tư cơ bản từ kinh phí địa phương tại TTPC AIDS; (3) Chi tiêu của Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV/AIDS (viết tắt là NTP).

[2] PEPFAR không cung cấp danh sách đối tác quốc tế và Việt Nam .

- Nghiên cứu này là nghiên cứu duy nhất từ trước tới nay nhằm thu thập số liệu về chi tiêu thực tế của chương trình Mục tiêu Quốc gia (NTP) cho hoạt động HIV/AIDS năm 2008 và 2009. Dựa trên bản kế hoạch ngân sách của chương trình Quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS do Bộ Tài chính cung cấp, chúng tôi ước tính rằng trên 90% chi tiêu của NTP cho HIV/AIDS năm 2008 đã được Cục Phòng, chống HIV/AIDS và TTPC AIDS báo cáo trong nghiên cứu này. Về số liệu 2009, nghiên cứu chỉ nhận được báo cáo từ 10 TTPC AIDS vì quá trình thu thập số liệu được thực hiện vào tháng 12/2009 là giai đoạn mà bảng cân đối kế toán năm 2009 vẫn đang được thực hiện.
- Trong bảng tổng hợp chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS, chúng tôi gộp các chi tiêu từ chương trình Mục tiêu Quốc gia vào chi tiêu từ nguồn kinh phí trung ương với giả định rằng hầu hết kinh phí cho NTP là từ nguồn kinh phí trung ương.

2.3. Báo cáo từ các tổ chức thực hiện chương trình HIV/AIDS khác

Các tổ chức trong nước có các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS chủ yếu bao gồm 4 Bộ ngành: Y tế, Lao động - Thương binh - Xã hội, Công an và Quốc phòng. Bên cạnh đó, các bộ ngành, các tổ chức quần chúng và các tổ chức Phi chính phủ khác như Mặt trận Tổ quốc, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Liên đoàn lao động, Hội chữ thập đỏ... cũng triển khai các hoạt động dự phòng HIV ở cả 4 cấp đơn vị hành chính – trung ương, tỉnh/thành phố, quận/huyện và xã/phường. Cục phòng, chống HIV/AIDS đã gửi yêu cầu báo cáo số liệu cho chỉ số này tới tất cả các đơn vị liên quan ở các bộ/ngành, tổ chức liên quan trừ Bộ Quốc phòng. Tuy nhiên tỷ lệ phản hồi là rất thấp.

Chỉ có 2 đơn vị trung ương cung cấp số liệu (không bao gồm Cục phòng, chống HIV/AIDS). Một đơn vị là Cục Phòng chống tệ nạn xã hội thuộc Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội cung cấp số liệu về 1 dự án do PEPFAR tài trợ (trong số nhiều dự án do Cục quản lý). Đơn vị còn lại là Đoàn thanh niên báo cáo về tiểu hoạt động của Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV/AIDS ở tuyến trung ương.

2.4. Hạn chế

Nghiên cứu này đã tập hợp được số liệu từ các nguồn tài chính công từ các đơn vị HIV/AIDS chuyên trách thuộc ngành y tế là Cục phòng, chống HIV/AIDS và TTPC AIDS tỉnh. Chi tiêu thực tế của Chính phủ Việt Nam dành cho HIV/AIDS ước tính còn cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu này vì chúng tôi ghi nhận sự thiếu hụt số liệu của các nhóm chi tiêu sau:

- Dịch vụ chăm sóc điều trị liên quan đến AIDS do hệ thống Bệnh viện, Viện không do Cục phòng, chống HIV/AIDS và TTPC AIDS tuyến tỉnh cung cấp. Các Viện này bao gồm bệnh viện trung ương, khu vực, tỉnh/thành phố và quận/huyện; trạm y tế xã; Các Viện Nghiên cứu, hệ thống phân phối thuốc ...
- Dịch vụ, các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS do các ngành khác ngoài ngành Y tế thực hiện (ví dụ như ngành lao động thương binh và xã hội, công an, quốc phòng, giáo dục...).

Một trong những hạn chế quan trọng nữa là kết quả đánh giá này không thu thập được số liệu chi tiêu từ hộ gia đình bệnh nhân và từ nguồn tài chính tư.

3. Kết quả

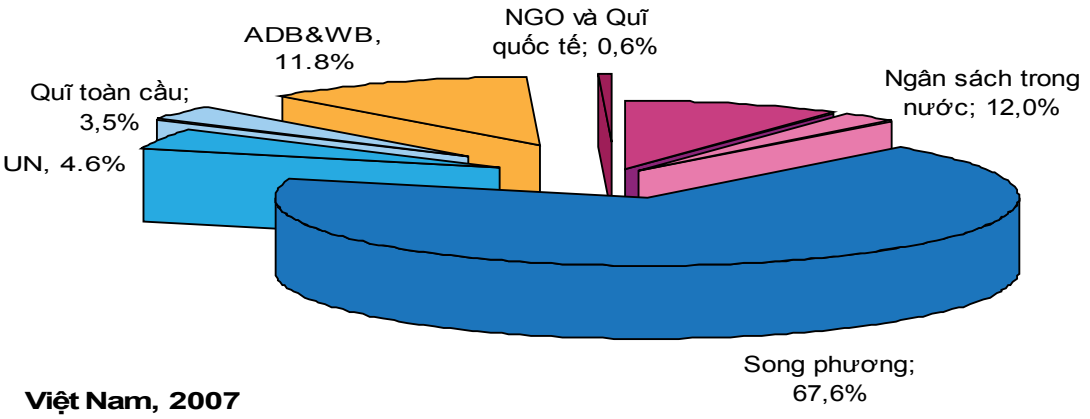
3.1. Chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2007

Trong năm 2007, ít nhất 66,3 triệu USD đã được chi cho HIV ở Việt Nam, chiếm 1,5% tổng chi tiêu quốc gia cho y tế. So với chi tiêu từ nguồn ngân sách nhà nước cho y tế, chi tiêu cho AIDS chiếm khoảng 6,5% hay 0,78USD trên đầu người. Số liệu thống kê chưa đầy đủ về chi tiêu từ ngân sách nhà nước cho AIDS cho thấy kinh phí của chính phủ đóng góp khoảng 8 triệu USD, trong đó 6,3 triệu USD (79%) là từ nguồn kinh phí trung ương và 1,7 triệu USD (21%) là từ nguồn địa phương.

Biểu đồ 1 tóm tắt các nguồn tài chính chính cho HIV/AIDS trong năm 2007 và tỷ lệ kinh phí từ các nguồn tài chính khác nhau trong tổng chi tiêu quốc gia.

Nguồn quốc tế chiếm 88% trong tổng số chi tiêu cho HIV/AIDS trong khi nguồn chính phủ chỉ chiếm 12%.[3] 67.5% tổng chi tiêu cho AIDS được tài trợ với nguồn tài trợ song phương. Nguồn tài trợ lớn thứ 2 đến từ các nhà tài trợ đa phương, cung cấp gần 20% cho tổng chi tiêu. Đặc biệt là Quỹ toàn cầu cung cấp 3,5% tổng kinh phí, các tổ chức liên hợp quốc – 4,6% và 2 ngân hàng phát triển – Ngân hàng phát triển Châu Á và Ngân hàng Thế Giới cung cấp 11,8% trong tổng chi tiêu.

Biểu đồ 1: Nguồn chi tiêu chính cho HIV/AIDS ở Việt Nam, 2007



Việt Nam, 2007

Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Là một trong những nước nhận tài trợ của chương trình PEPFAR, Việt Nam nhận được hỗ trợ đáng kể cho HIV/AIDS từ các cơ quan chính phủ Mỹ, bao gồm USAID, CDC và DOD. Trong năm 2007, kinh phí giải ngân từ nguồn PEPFAR là 38,7 triệu USD, tương ứng với 86% chi tiêu từ nguồn song phương và 58% tổng chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS.

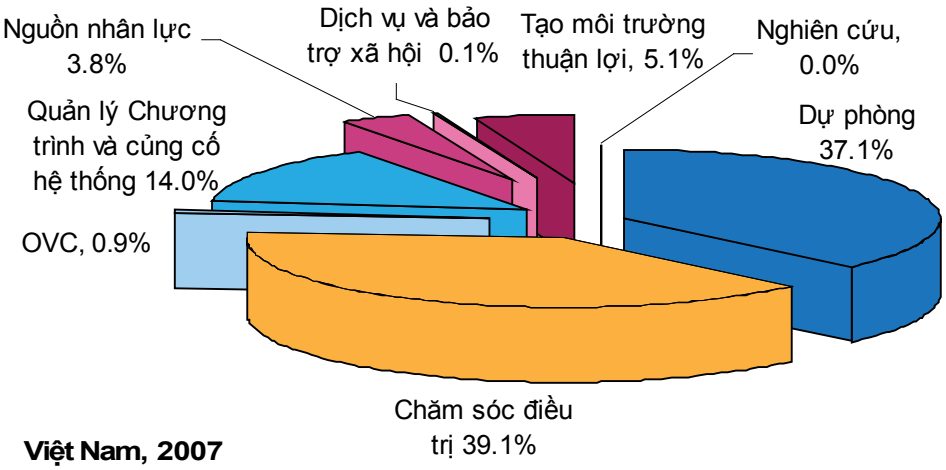
Số liệu thống kê chưa đầy đủ cho thấy chi tiêu cho HIV/AIDS từ các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận quốc tế chiếm 0,6%.

Biểu đồ 2 mô tả phân bổ chi cho HIV/AIDS cho 8 hạng mục chi tiêu chính dành cho HIV/AIDS (ASC). Hai hạng mục có chi tiêu lớn nhất là chăm sóc và điều trị (39%) và dự phòng

[3] Toàn bộ tính toán trong báo cáo dựa trên số liệu chưa đầy đủ của chi tiêu ngân sách quốc gia

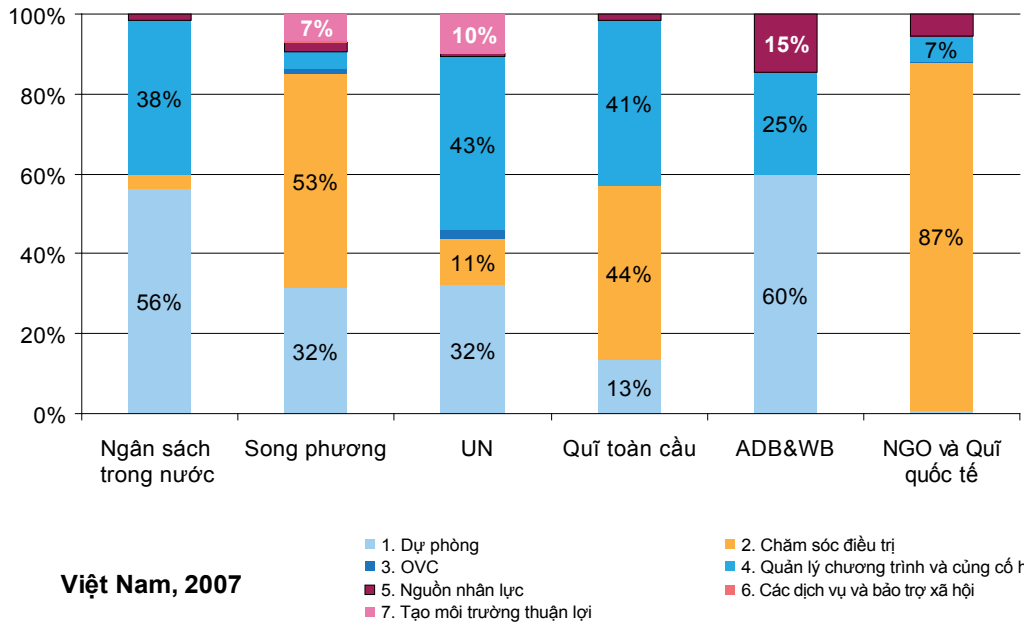
(37%). Nhóm đứng thứ ba là chi hành chính, quản lý chương trình và củng cố hệ thống (14%), các hạng mục còn lại bao gồm chi tiêu dành cho hoạt động tạo môi trường thuận lợi (5%), nguồn nhân lực (3,8%), hỗ trợ trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV (0,9%) và bảo trợ và các dịch vụ xã hội (0,1%). Hầu như không có chi tiêu cho hoạt động nghiên cứu.

Biểu đồ 2: Tổng chi tiêu theo các nhóm hạng mục chi cho HIV/AIDS, 2007



Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Biểu đồ 3: Phân bổ chi tiêu theo nguồn và hạng mục chi, 2007

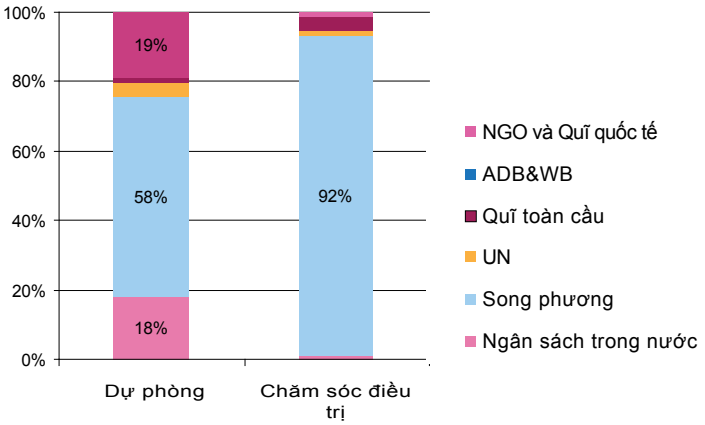


Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Biểu đồ 3 trình bày số liệu chi tiêu theo nguồn tài chính của 7 hạng mục chính (hạng mục nghiên cứu được loại ra vì chi cho nghiên cứu hầu như không có). Việc phân chia cho thấy 94% tổng chi phí quốc gia là dành cho dự phòng (56%) và quản lý chương trình (38%).[4] Các dự án lớn do ADB và WB tài trợ và do Bộ Y tế quản lý cũng cho thấy nguồn phân bổ tương tự, 85% tổng chi tiêu dành cho 2 nhóm trên. Nhóm ưu tiên thứ 3 trong dự án ADB và WB là nguồn nhân lực, chiếm 15% tổng chi tiêu.

Nguồn tài trợ song phương chủ yếu dành cho hoạt động chăm sóc và điều trị (53%) và dự phòng (32%). Hạng mục lớn thứ 3 từ nguồn tài trợ song phương là tạo môi trường thuận lợi, chiếm 7% tổng chi tiêu. So với các nguồn khác, phân bổ chi tiêu của nguồn các tổ chức Liên hợp Quốc đa dạng hơn, với 4 hạng mục lớn là quản lý chương trình và củng cố hệ thống (43% tổng chi tiêu), dự phòng (32%), chăm sóc và điều trị (11%) và tạo môi trường thuận lợi (10%). Nguồn tài trợ của Quỹ toàn cầu được sử dụng chủ yếu cho 3 lĩnh vực: chăm sóc và hỗ trợ (44%), quản lý chương trình và củng cố hệ thống (41%) và dự phòng (13%). Các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận tiêu 87% trên tổng chi tiêu cho hoạt động chăm sóc và điều trị và 7% cho quản lý chương trình.

Biểu đồ 4: Chi tiêu cho dự phòng, chăm sóc và điều trị theo nguồn tài chính, 2007



Việt Nam, 2007

Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Cũng như các quốc gia đang phát triển khác, hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam hiện đang dựa vào hỗ trợ tài chính quốc tế, đặc biệt là nguồn tài trợ song phương. Biểu đồ 4 mô tả mức độ phụ thuộc của hai hạng mục chi lớn nhất: dự phòng và chăm sóc, điều trị. Việc phân chia số liệu cho thấy 92% tổng chi phí cho hoạt động chăm sóc và điều trị trong năm 2007 là từ nguồn hỗ trợ song phương. Kinh phí quốc gia chỉ đóng góp 1% trong tổng chi tiêu. Đối với chương trình dự phòng, kinh phí quốc gia đóng góp 18% của tổng chi tiêu. 58% nguồn lực tài chính đến từ nguồn tài trợ song phương, phần còn lại (26%) là từ nguồn tài trợ đa phương.

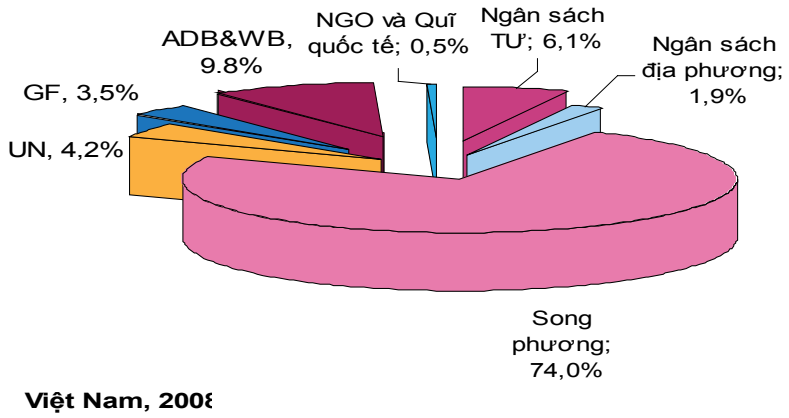
3.2. Chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2008

Tổng chi tiêu cho HIV/AIDS năm 2008 đạt 108,7 triệu USD, tăng 64% so với năm 2007. Chi tiêu cho HIV/AIDS tương ứng với 10,5% tổng chi tiêu từ nguồn chính phủ cho y tế và

4 Như đã đề cập trong phần 2, hạn chế của nghiên cứu này là không có số liệu chi tiêu từ nguồn ngân sách quốc gia cho chăm sóc và điều trị từ các cơ quan của Chính phủ chịu trách nhiệm về hoạt động này, mặc dù Chương trình Mục tiêu Quốc gia có phân bổ khoảng 10% tổng ngân sách HIV cho điều trị và chăm sóc.

1,8% tổng chi tiêu quốc gia cho y tế. So với 2007, chi tiêu cho HIV/AIDS trên đầu người năm 2008 tăng 62%, từ 0,78 USD lên 1,26 USD.

Biểu đồ 5: Nguồn chi tiêu chính cho HIV/AIDS ở Việt Nam, 2008



Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Số liệu thống kê chưa hoàn chỉnh về chi tiêu cho HIV/AIDS từ nguồn chính phủ cho thấy chính phủ đã chi 8,7 triệu USD cho HIV/AIDS, trong đó 6,6 triệu USD (76%) từ nguồn kinh phí trung ương và 2,1 triệu USD (24%) từ nguồn địa phương.

Biểu đồ 5 tóm tắt các nguồn tài chính lớn cho HIV/AIDS năm 2008 và tỷ lệ phần trăm của từng nguồn trong tổng chi tiêu quốc gia. Nguồn quốc tế chiếm 92% trong tổng số chi tiêu cho HIV/AIDS (88% năm 2007).[5] 74% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS được tài trợ với nguồn tài trợ song phương (67,5%, 2007). Nguồn tài trợ lớn thứ 2 đến từ các nhà tài trợ đa phương, cung cấp 17,5% cho tổng chi tiêu. Đặc biệt là Quỹ toàn cầu cung cấp 3,5% tổng kinh phí, các tổ chức Liên hợp quốc – 4,2% và 2 ngân hàng phát triển – Ngân hàng phát triển Châu Á và Ngân hàng Thế Giới cung cấp 9,8% trong tổng chi tiêu.

Chi tiêu của nhà tài trợ lớn nhất cho chương trình HIV/AIDS, PEPFAR đã tăng gần gấp đôi trong năm 2008. Tổng kinh phí giải ngân từ nguồn PEPFAR là 71,5 triệu USD, tương ứng với 89% chi tiêu từ nguồn song phương và 66% tổng chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS.

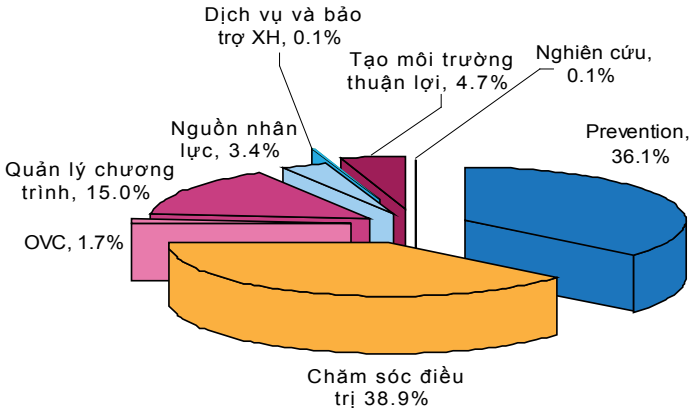
So với 2007, chi tiêu từ nguồn kinh phí quốc gia cho HIV/AIDS năm 2008 tăng 10%,[6] tuy nhiên, tỷ lệ phần trăm trong tổng chi tiêu giảm do sự tăng mạnh của chi tiêu từ nguồn PEPFAR. Chi tiêu từ ngân sách trung ương chiếm 6,1% tổng chi tiêu cho HIV/AIDS và chi tiêu từ nguồn địa phương chiếm 1,9%.

Số liệu thống kê chưa đầy đủ cho thấy chi tiêu của tổ chức và quỹ phi lợi nhuận quốc tế cho HIV/AIDS chiếm 0,5%.

[5] Toàn bộ tính toán trong báo cáo này dựa trên các số liệu chi tiêu quốc gia chưa đầy đủ

[6] Tính toán dựa trên các số liệu chi tiêu quốc gia và từ ngân sách quốc gia cho AIDS chưa đầy đủ

Biểu đồ 6: Tổng chi tiêu theo hạng mục chi, 2008



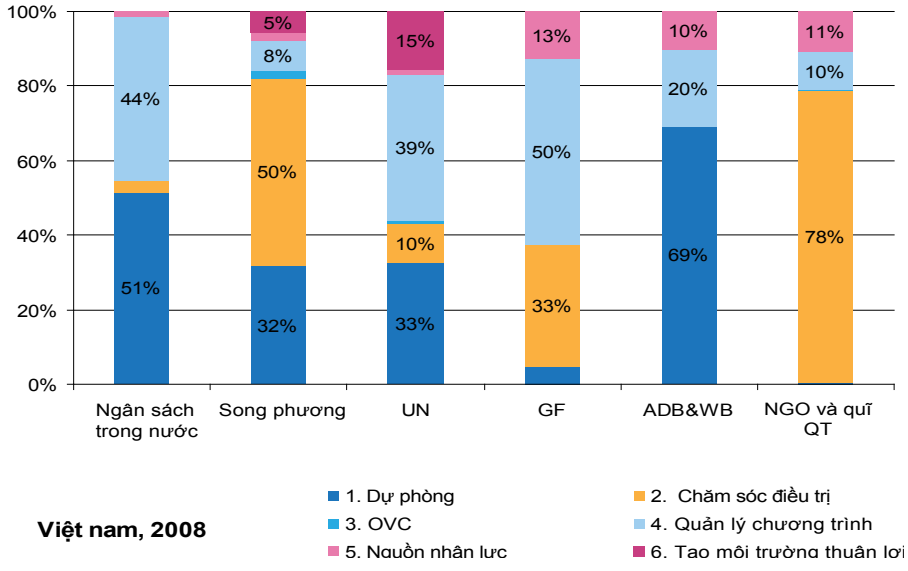
Việt Nam, 2008

Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

Biểu đồ 6 mô tả phân bổ chi tiêu cho HIV/AIDS cho 8 hạng mục chính. Chăm sóc và điều trị chiếm tỷ lệ lớn nhất, 39% tổng chi tiêu. Hạng mục chi lớn tiếp theo là dự phòng chiếm 36% tổng chi tiêu. Hạng mục chi lớn thứ 3 là quản lý chương trình và củng cố hệ thống, 15%. Nhìn chung, 3 hạng mục chi lớn nhất chiếm 90% tổng chi tiêu, giống như phân bổ chi tiêu năm 2007.

Tuy nhiên, trong năm 2008, chi tiêu cho OVC và nghiên cứu tăng đáng kể về số lượng kinh phí cũng như tỷ lệ phần trăm trên tổng chi tiêu. Tỷ lệ phần trăm chi tiêu cho hoạt động OVC tăng 3 lần, từ 0,9% năm 2007 lên 1,7% năm 2008. Tương tự như vậy, chi tiêu cho nghiên cứu tăng hơn 4 lần so với năm 2007.

Biểu đồ 7: Phân bổ chi tiêu theo các nguồn tài chính và hạng mục chi, 2008



Việt nam, 2008

Nguồn: *Bảng tổng hợp chi tiêu cho HIV/AIDS 2007-2009*

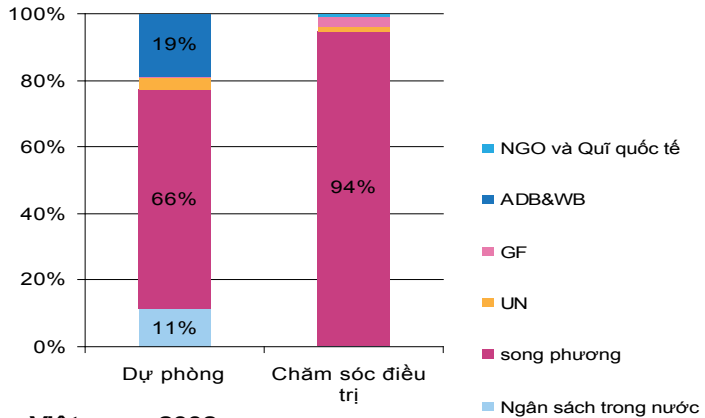
Trong biểu đồ 7, chúng tôi chi tiết tổng chi tiêu theo các nguồn tài chính và 6 hạng mục chính (các dịch vụ xã hội (hạng mục 6) và nghiên cứu (hạng mục 8) không được đưa vào do chiếm tỷ lệ nhỏ không đáng kể). Số liệu chi tiết cho thấy tương tự như năm 2007, 95% tổng chi tiêu quốc gia tập trung vào dự phòng (51%) và quản lý chương trình (44%). Số còn lại (5%) được phân bổ cho chăm sóc và điều trị (3%) và nguồn nhân lực (1.5%). Mô hình chi tiêu của hầu hết các dự án do ADB, WB tài trợ và do Bộ Y tế thực hiện đều có xu hướng tương tự như năm 2007. Tuy nhiên, tỷ lệ phần trăm chi tiêu cho dự phòng tăng lên so với năm 2007, chiếm 69% tổng chi tiêu và tỷ lệ chi tiêu cho chi phí hành chính và quản lý chương trình giảm xuống còn 20% (từ 25% năm 2007). 10% ngân sách của ADB và WB được sử dụng cho nguồn nhân lực.

Tương tự như năm 2007, các nguồn tài trợ song phương chủ yếu dành cho chăm sóc và điều trị (50%) và dự phòng (32%). Tuy nhiên, tỷ lệ phân bổ chi tiêu cho các hạng mục đã thay đổi. Tỷ lệ chi tiêu cho hoạt động quản lý chương trình và củng cố hệ thống đã vượt tỷ lệ chi cho hoạt động tạo môi trường thuận lợi và trở thành hạng mục chi chiếm tỷ lệ chi tiêu lớn thứ ba, chiếm 8% tổng chi tiêu từ nguồn tài trợ song phương. Tỷ lệ chi tiêu cho chương trình OVC trong tổng chi tiêu tăng gấp hai trong khi tỷ lệ dành cho hoạt động tạo môi trường thuận lợi giảm nhẹ so với năm 2007.

Cơ cấu chi tiêu của UN tương tự như năm 2007, với một sự thay đổi nhỏ trong tỷ lệ của các hạng mục. Hạng mục lớn nhất – quản lý chương trình – giảm xuống còn 39% tổng chi tiêu (từ 43% trong năm 2007), trong khi đó, tỷ lệ chi tiêu cho hai hạng mục là dự phòng và tạo môi trường thuận lợi tăng lên tương ứng.

Phân bổ chi tiêu của Quỹ Toàn cầu cũng cho thấy sự thay đổi đáng kể. Tỷ lệ chi tiêu cho hoạt động quản lý chương trình đã vượt tỷ lệ chi tiêu cho hoạt động chăm sóc và điều trị và trở thành hạng mục có tỷ lệ chi tiêu lớn nhất, chiếm 50% tổng chi tiêu. Trong khi đó, tỷ lệ chi tiêu dành cho các hoạt động chăm sóc và điều trị chỉ chiếm 33%, chuyển xuống vị trí thứ hai. Hoạt động dành cho nguồn nhân lực đứng vị trí thứ ba, chiếm 13% tổng chi tiêu. Nguồn tài chính từ các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận chủ yếu dành cho chăm sóc điều trị, chiếm 78% tổng chi tiêu trong năm 2008.

Biểu đồ 8: Chi tiêu cho dự phòng, chăm sóc và điều trị từ các nguồn tài chính, 2008



Việt nam, 2008

Biểu đồ 8 mô tả mức độ phụ thuộc của Việt Nam vào hỗ trợ tài chính quốc tế trong hai hạng mục chi lớn nhất – dự phòng và chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Số liệu chi tiết trong tổng số các hạng mục chỉ ra rằng 94% chi tiêu cho chăm sóc và điều trị trong năm 2008 được tài trợ bởi các nguồn hỗ trợ song phương. Nguồn tài chính này đóng góp 66% tổng ngân sách tài chính dành cho dự phòng. 19% chi tiêu cho dự phòng được tài trợ bởi các

khoản hỗ trợ của ADB và WB. Ngân sách chỉ đóng góp 1% các chi tiêu cho chăm sóc và điều trị và 11% cho dự phòng.

3.3. Các chi tiêu cho HIV/AIDS trong năm 2009

Dựa trên các số liệu cập nhật thu được, có thể ước tính hơn 103 triệu USD đã được chi cho HIV/AIDS trong năm 2009, trong đó các nhà tài trợ song phương quốc tế đóng góp 89,7 triệu USD, các nhà tài trợ đa phương đóng góp 10,4 triệu USD và các tổ chức cũng như các quỹ phi lợi nhuận đóng góp 0,8 triệu USD. Số liệu cập nhật về Tổng chi ngân sách trong nước năm 2009 do cuộc điều tra thu thập được chỉ có 2,2 triệu USD.

Một số nhà tài trợ quốc tế không thể cung cấp số liệu hoặc có cung cấp nhưng không đầy đủ do thời gian thực hiện cuộc điều tra là tháng 12 năm 2009, tại thời điểm này, các báo cáo kế toán vẫn chưa được hoàn tất. Các nhà tài trợ bao gồm DANIDA, DFID, GFATM, UNDP, UNESCO, UNODC, WHO. Cũng vì lý do tương tự, cuộc điều tra chỉ thu thập được số liệu chi tiêu từ 10 PAC và do đó, số liệu tổng chi nguồn trong nước còn rất hạn chế.

Chi tiêu cho HIV/AIDS của PEPFAR trong năm 2009 vẫn tiếp tục tăng lên, với tổng số chi tiêu là 86,75 triệu USD. So với năm 2008, chi tiêu của PEPFAR tăng 21%.

4. Kết luận

đây là lần đầu tiên có một đánh giá khá chi tiết về chi tiêu của các đối tác chính về HIV/AIDS bao gồm các tổ chức tài trợ, các cơ quan và người thực hiện chương trình HIV/AIDS quốc gia nhằm cung cấp số liệu chỉ số 1 – Tổng Chi Quốc gia cho HIV/AIDS. Tuy nhiên, phương pháp điều tra chưa phù hợp để thống kê được toàn bộ số liệu chi tiêu thực tế thông qua hệ thống đa ngành quốc gia về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Chi tiêu của hộ gia đình và khối tư nhân cho HIV/AIDS cũng chưa được ghi nhận.

Bảng tổng hợp Chi tiêu Quốc gia cho HIV/AIDS của Việt Nam cho ba năm 2007, 2008 và 2009 được thể hiện trong các bảng exel đính kèm.

Danh sách các đối tác hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS cung cấp số liệu cho chỉ số 1

Cơ quan tài trợ

Song phương

1. Cơ quan phát triển Úc -AusAid
2. Cơ quan phát triển Quôc tế Đan mạch-DANIDA
3. Bộ phát triển quốc tế của Vương Quốc Anh- DFID
4. Kế hoạch hỗ trợ khẩn cấp về AIDS của tổng thống Mỹ -PEPFAR
5. Đại Sứ quán Hà Lan

Đa phương

1. Ngân hàng phát triển châu Á-ADB
2. Quĩ toàn cầu phòng chống AIDS- Lao- Sốt rét GFATM
3. Chương trình phòng chống AIDS Liên hợp quốc- UNAIDS
4. Chương trình phát triển của Liên hợp quốc- UNDP
5. Tổ chức giáo dục khoa học và văn hóa Liên hợp quốc- UNESCO
6. Quĩ Nhi đồng Liên hợp quốc- UNICEF
7. Tổ chức Y tế thế giới- WHO
8. Ngân hàng Thế giới -WB

Các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận

1. AHF
2. Quĩ Clinton về phòng chống AIDS- CHAI
3. Esther
4. MdM
5. Pact
6. Path
7. Pathfinder

Các cơ quan HIV/AIDS của Chính phủ

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2. Trung tâm PC HIV/AIDS và Lao tỉnh An Giang
3. Trung tâm PC HIV/AIDS Bắc Giang
4. Trung tâm PC HIV/AIDS Bạc Liêu

5. Trung tâm PC HIV/AIDS Bình Phước
6. Trung tâm PC HIV/AIDS Bình Thuận
7. Trung tâm PC HIV/AIDS Bà Rịa Vũng tàu
8. Trung tâm PC HIV/AIDS Cà Mau
9. Trung tâm PC HIV/AIDS Cần Thơ
10. Trung tâm PC HIV/AIDS Cao Bằng
11. Trung tâm PC HIV/AIDS Đà Nẵng
12. Trung tâm PC HIV/AIDS Đồng Nai
13. Trung tâm PC HIV/AIDS Đồng Tháp
14. Trung tâm PC HIV/AIDS Gia Lai
15. Trung tâm PC HIV/AIDS Hà Giang
16. Trung tâm PC HIV/AIDS Hà Nam
17. Trung tâm PC HIV/AIDS Hà Nội
18. Sở Y tế Hải Phòng
19. Trung tâm PC HIV/AIDS Hậu Giang
20. Trung tâm PC HIV/AIDS Hưng Yên
21. Trung tâm PC HIV/AIDS Khánh Hòa
22. Văn phòng thường trực PC HIV/AIDS tỉnh Kon Tum
23. Trung tâm PC HIV/AIDS Lai Châu
24. Trung tâm PC HIV/AIDS Lâm Đồng
25. Trung tâm PC HIV/AIDS Lạng Sơn
26. Trung tâm PC HIV/AIDS Long An
27. Trung tâm PC HIV/AIDS Nghệ An
28. Trung tâm PC HIV/AIDS Ninh Bình
29. Trung tâm PC HIV/AIDS Ninh Thuận
30. Trung tâm PC HIV/AIDS Phú Thọ
31. Trung tâm Y tế dự phòng và PC HIV/AIDS Quảng Nam
32. Trung tâm PC HIV/AIDS Quảng Ninh
33. Trung tâm PC HIV/AIDS Quảng Trị
34. Trung tâm PC HIV/AIDS Sóc Trăng
35. Trung tâm PC HIV/AIDS Sơn La
36. Trung tâm PC HIV/AIDS Tây Ninh
37. Trung tâm PC AIDS Thái Bình
38. Trung tâm PC HIV/AIDS và Da liễu Thái Nguyên

39. Trung tâm PC HIV/AIDS Thừa Thiên Huế
40. Trung tâm PC HIV/AIDS Tiền Giang
41. Văn phòng thường trực PC HIV/AIDS TP Hồ Chí Minh
42. Trung tâm PC HIV/AIDS Trà Vinh
43. Trung tâm PC HIV/AIDS Vĩnh Long
44. Trung tâm PC HIV/AIDS Yên Bái

Các cơ quan triển khai chương trình AIDS

1. Cục Phòng chống Tệ nạn Xã hội – Bộ LĐ-TB-XH
2. Trung ương của Đoàn Thanh Niên Cộng sản Hồ Chí Minh

PHỤ LỤC 3:

CHỈ SỐ KẾT HỢP CHÍNH SÁCH QUỐC GIA

Tên nước: Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam

Tên người phụ trách Ủy Ban AIDS Quốc gia: Trương Vĩnh Trọng

Chữ ký

Địa chỉ:

Trương Vĩnh Trọng
Phó Thủ tướng Chính phủ
Chủ tịch Ủy ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm
Số 1, Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Điện thoại: (+84) 08043389
Fax: (+84) 08044130

Ngày gửi báo cáo: 31/03/2010

Phần A

I. KẾ HOẠCH CHIẾN LƯỢC

1. Nước bạn đã xây dựng chiến lược mang tính đa ngành ứng phó với HIV chưa?
(Chiến lược đa ngành nên bao gồm, nhưng không giới hạn, các ngành được liệt kê trong mục 1.2)

☑ **Có**	Không	Không áp dụng (N/A)

Khoảng thời gian của kế hoạch: *2004 - 2010*

Nếu câu trả lời là KHÔNG hoặc KHÔNG ÁP DỤNG, giải thích.

***Nếu câu trả lời là Có*, trả lời tiếp từ câu 1.1 đến 1.10; *nếu không*, trả lời câu hỏi 2**

1.1. Nước bạn đã có khung chiến lược đa ngành đó bao lâu rồi?

Số năm: ***06 năm***

1.2. Ngành nào đã được bao gồm trong chiến lược/khung hành động đa ngành với ngân sách HIV cụ thể cho hoạt động của họ?

Lĩnh vực tham gia	Chiến lược		Có ngân sách	
Y tế	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Giáo dục	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Lao động	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Giao thông	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Quân đội/ Công an	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Phụ nữ	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Thanh niên	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Khác*: *Tư pháp, Thông tin – Truyền thông, Kế hoạch Đầu tư, Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Tài chính, Công thương, Hội nông dân, Uỷ ban các vấn đề xã hội của Quốc hội, Trung ương đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, Văn phòng chính phủ, Uỷ ban Dân tộc, Hội Cựu chiến binh, Uỷ ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Tổng cục Hải quan*	☑ **Có**	Không	☑ **Có**	Không
Nếu KHÔNG có ngân sách cụ thể cho một số hoặc tất cả những ngành trên, việc phân bổ kinh phí cho các hoạt động HIV của họ được thực hiện như thế nào?				

* Bất cứ lĩnh vực nào sau: Nông nghiệp, Tài chính, Nhân sự, Tư pháp, Khoáng sản và năng lượng, Kế hoạch, Công vụ, Du lịch, Thương mại và Công nghiệp

1.3. Khung Chiến lược có đề cập đến các nhóm đối tượng, hoàn cảnh và các vấn đề liên ngành sau hay không?

Nhóm đối tượng đích			
a.	Phụ nữ và trẻ em gái	a. ☑ **Có**	Không
b.	Nam thanh niên/nữ thanh niên	b. ☑ **Có**	Không
c.	Người tiêm chích ma túy	c. ☑ **Có**	Không
d.	Nam tình dục đồng giới	d. ☑ **Có**	Không
e.	Người hành nghề mại dâm	e. ☑ **Có**	Không
f.	Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương khác	f. ☑ **Có**	Không
g.	Các nhóm dễ bị tổn thương khác*	g. ☑ **Có**	Không
Bối cảnh			
h.	Nơi làm việc	h. ☑ **Có**	Không
i.	Trường học	i. ☑ **Có**	Không
j.	Nhà tù	j. ☑ **Có**	Không
Vấn đề liên ngành			
k.	HIV và nghèo đói	k. ☑ **Có**	Không
l.	Bảo vệ nhân quyền	l. ☑ **Có**	Không
m.	Sự tham gia của người nhiễm HIV	m. ☑ **Có**	Không
n.	Chống kỳ thị, phân biệt đối xử	n. ☑ **Có**	Không
o.	Tăng cường giới và/ hoặc Bình đẳng giới	o. ☑ **Có**	Không

1.4. Các nhóm đích có được xác định thông qua quá trình đánh giá nhu cầu hay không?

☑ **Có**	Không

Nếu CÓ, đánh giá nhu cầu đó được thực hiện năm nào?

Năm: ***2003***

NẾU KHÔNG, giải thích nhóm đối tượng đích được xác định như thế nào?

1.5. Các nhóm đối tượng đích của Chương trình HIV/AIDS quốc gia là nhóm nào?

- Người sử dụng ma tuý
- Phụ nữ hành nghề mại dâm
- Nam quan hệ tình dục đồng giới
- Phụ nữ mang thai
- Thanh niên
- Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị ảnh hưởng do HIV
- Người nhiễm 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

* Các nhóm ngoài người tiêm chích ma túy, nam tình dục đồng giới và người hành nghề mại dâm được xác định tại địa phương là có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn (khách hàng của người hành nghề mại dâm, công nhân nhập cư, người di cư/tị nạn, tù nhân).

1.6. Chiến lược đa ngành có bao gồm kế hoạch hoạt động?

☑ **Có**	Không

1.7. Chiến lược đa ngành hoặc kế hoạch hoạt động có bao gồm:

a.	Các mục tiêu chính thức?	☑ **Có**	Không
b.	Các chỉ tiêu/ mốc báo rõ ràng?	☑ **Có**	Không
c.	Ngân sách chi tiết cho từng chương trình/lĩnh vực?	☑ **Có**	Không
d.	Chỉ rõ nguồn chi ngân sách hỗ trợ thực hiện chương trình?	☑ **Có**	Không
e.	Khung theo dõi và đánh giá?	☑ **Có**	Không

1.8. Nước bạn có đảm bảo "có sự tham dự và tham gia đầy đủ" của các tổ chức xã hội dân sự* trong việc phát triển chiến lược đa ngành không?

Có sự tham gia tích cực	☑ **Có sự tham gia vừa phải**	Không tham gia

NẾU là sự tham gia tích cực, giải thích ngắn gọn việc đó được thực hiện như thế nào:

Nếu KHÔNG tham gia hoặc tham gia VỪA PHẢI, giải thích ngắn gọn:

Các tổ chức dân sự xã hội đã tham gia 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 về bản dự thảo chiến lược. Tuy nhiên, vào năm 2003 khi Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam trong quá trình xây dựng, sự đóng góp của mạng lưới những người nhiễm HIV còn hạn chế do vào thời điểm đó số lượng các nhóm tự lực còn rất ít, chủ yếu tập trung ở khu vực đô thị. Bên cạnh đó, năng lực của các nhóm này trong công tác phòng, chống HIV/AIDS còn hạn chế.

1.9. Chiến lược đa ngành có được đa số các đối tác phát triển bên ngoài (song phương, đa phương) tán thành không?

☑ **Có**	Không

1.10. Các đối tác phát triển quốc tế (song phương, đa phương) có liên kết và hài hoà các chương trình HIV/AIDS của họ với chiến lược đa ngành của nước bạn không?

☑ **Có, tất cả**	Có, một số	Không

N***ếu CÓ,MỘT SỐ hoặc KHÔNG,*** giải thích ngắn gọn lĩnh vực nào không được liên kết và hài hòa và tại sao

* Tổ chức dân sự xã hội bao gồm: mạng lưới người nhiễm HIV, các tổ chức của phụ nữ, thanh niên, tổ chức tôn giáo, các tổ chức dịch vụ AIDS, tổ chức dựa vào cộng đồng, các tổ chức của các nhóm bị ảnh hưởng bởi HIV chủ yếu (Nam tình dục đồng giới, người hành nghề mại dâm, người tiêm chích ma túy, dân di cư, người tị nạn, tù nhân), các tổ chức của người lao động, các tổ chức nhân quyền. Theo mục tiêu của Chỉ số chính sách quốc gia, thành phần tư nhân được xem xét riêng biệt.

2. Nước bạn có lồng ghép vấn đề HIV vào các kế hoạch phát triển chung của quốc gia không? ví dụ như a) Kế hoạch phát triển quốc gia; b) Đánh giá chung Quốc gia/ Khuôn khổ các chương trình trợ giúp phát triển của Liên Hợp Quốc;c) Chiến lược xóa đói giảm nghèo; d) Tiếp cận đa ngành?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

2.1. ***NẾU CÓ***, trong các kế hoạch phát triển nào chính sách hỗ trợ HIV được lồng ghép?

a.	Kế hoạch phát triển quốc gia	☑ **Có**	Không	Không áp dụng
b.	Đánh giá chung Quốc gia/Khuôn khổ các chương trình trợ giúp phát triển của Liên Hợp Quốc	☑ **Có**	Không	Không áp dụng
c.	Chiến lược xóa đói giảm nghèo	☑ **Có**	Không	Không áp dụng
d.	Tiếp cận đa ngành	☑ **Có**	Không	Không áp dụng
e.	Khác: Phòng, chống ma tuý, mại dâm; Bảo vệ trẻ em; Bình đẳng giới, Chương trình Y tế quốc gia	☑ **Có**	Không	Không áp dụng

2.2. ***NẾU CÓ***, lĩnh vực liên quan đến HIV nào dưới đây được bao gồm trong một hoặc các kế hoạch phát triển đó?

Lĩnh vực liên quan đến HIV bao gồm trong (các) kế hoạch phát triển		
Dự phòng HIV	☑ **Có**	Không
Điều trị nhiễm trùng cơ hội	☑ **Có**	Không
Điều trị đặc hiệu ART	☑ **Có**	Không
Chăm sóc và hỗ trợ (bao gồm an sinh xã hội hoặc mô hình khác)	☑ **Có**	Không
Giảm tác động của HIV	☑ **Có**	Không
Giảm bất bình đẳng giới liên quan đến dự phòng/chăm sóc, hỗ trợ, điều trị HIV và AIDS	☑ **Có**	Không
Giảm bất bình đẳng về thu nhập liên quan đến dự phòng/chăm sóc, hỗ trợ, điều trị HIV	☑ **Có**	Không
Giảm kỳ thị, phân biệt đối xử	☑ **Có**	Không
Tăng khả năng kinh tế cho phụ nữ (tiếp cận vốn vay, đất canh tác, đào tạo)	☑ **Có**	Không
Các khía cạnh khác: Chăm sóc và bảo vệ trẻ em; Phòng chống ma tuý, mại dâm	☑ Có	Không

3. Nước bạn có đánh giá tác động của HIV/AIDS lên sự phát triển kinh tế cho các mục đích lập kế hoạch không?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

3.1. ***NẾU CÓ,*** kết quả đánh giá đã giúp ích như thế nào trong việc đưa ra các quyết định phân bố ngân sách?

Thấp					Cao
0	1	2	**3** ☑	4	5

4. Nước bạn có khung chiến lược giải quyết vấn đề HIV trong lực lượng vũ trang (như quân đội, công an, nhân viên trại giam và lực lượng gìn giữ hòa bình…) hay không?

☑ **Có**	Không

4.1. ***NẾU CÓ***, những chương trình nào trong các chương trình dưới đây đã được thực hiện qua giai đoạn thí điểm, tiếp cận được một tỷ lệ đáng kể trong lực lượng vũ trang?

Truyền thông thay đổi hành vi	☑ **Có**	Không
Cung cấp bao cao su	Có	☑ **Không**
Tư vấn và xét nghiệm HIV (*)	☑ **Có**	Không
Dịch vụ cho các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	☑ **Có**	Không
Điều trị ARV	☑ **Có**	Không
Chăm sóc và hỗ trợ	☑ **Có**	Không
Khác: Phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm	☑ **Có**	Không

Nếu xét nghiệm và tư vấn HIV *được cung cấp* cho lực lượng vũ trang, mô tả ngắn gọn phương pháp tiếp cận được thực hiện với xét nghiệm và tư vấn HIV (ví dụ, chỉ rõ xét nghiệm HIV tự nguyện hay bắt buộc v.v):

- Xét nghiệm HIV bắt buộc trong khám tuyển một số nghề đặc biệt liên quan đến an ninh quốc phòng
- Các đối tượng khi bị phơi nhiễm với HIV sẽ được tư vấn xét nghiệm HIV

5. Nước bạn có luật hoặc quy định chống phân biệt đối xử thể hiện sự bảo vệ đối với nhóm có nguy cơ cao hoặc nhóm dễ bị tổn thương?

☑ **Có**	Không

5.1. ***NẾU CÓ,*** là những nhóm nào?

a.	Phụ nữ	☑ **Có**	Không
b.	Thanh niên	☑ **Có**	Không
c.	Người tiêm chích ma túy	☑ **Có**	Không
d.	Nam tình dục đồng giới	☑ **Có**	Không
e.	Người hành nghề mại dâm	☑ **Có**	Không
f.	Tù nhân	☑ **Có**	Không
g.	Nhóm dân di/ biến động	☑ **Có**	Không
h.	Khác: *Trẻ em nhiễm HIV hoặc có bố mẹ nhiễm HIV*	☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, giải thích ngắn gọn các cơ chế hiện có để đảm bảo việc thực thi các luật:

- Luật HIV đã có nhiều điều khoản quy định cụ thể về chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS. Chính phủ có nghị định hướng dẫn thi hành luật; có các chế tài xử lý vi phạm. Tùy tính chất, mức độ vi phạm mà bị xử lý từ phạt vi phạm hành chính đến xử lý hình sự.
- Có văn phòng tư vấn về Luật HIV cho các đối tượng có nhu cầu và phản hồi cho cơ quan có thẩm quyền về việc thực hiện Luật HIV ở địa phương.
- Hiện nay Bộ Y tế đang soạn thảo nghị định hướng dẫn xử phạt hành chính các vi phạm Luật HIV.

Nhận xét ngắn gọn luật đang được thực thi ở mức độ nào:

- Vừa phải, chưa đạt được hiệu quả tối đa

6. Nước bạn có luật, quy định, hoặc chính sách nào gây cản trở cho việc thực hiện có hiệu quả công tác dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho nhóm có nguy cơ cao hơn hoặc các nhóm dễ bị tổn thương không?

Có	☑ **Không**

6.1. ***NẾU CÓ,*** đối với các nhóm nào?

a.	Phụ nữ	Có	Không
b.	Thanh niên	Có	Không
c.	Người tiêm chích ma túy	Có	Không
d.	Nam tình dục đồng giới	Có	Không
e.	Người hành nghề mại dâm	Có	Không
f.	Tù nhân	Có	Không
g.	Nhóm dân di/ biến động	Có	Không
h.	Khác: Trẻ em nhiễm HIV hoặc có bố mẹ nhiễm HIV	Có	Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn nội dung những luật, quy định hoặc chính sách này:

Nhận xét ngắn gọn các luật, quy định, hoặc chính sách này gây cản trở như thế nào:

7. Nước bạn có thực hiện những cam kết tiếp cận phổ cập của Hội nghị HIV/AIDS cấp cao tháng 6/2006?

☑ **Có**	Không

7.1. Chiến lược quốc gia và kinh phí cho HIV/AIDS quốc gia có được điều chỉnh theo cam kết đó?

☑ **Có**	Không

7.2. Ước tính kích thước quần thể các nhóm đích chủ yếu có được cập nhật?

☑ **Có**	Không

7.3. Có những ước tính và dự báo nhu cầu đáng tin cậy về số người lớn và trẻ em cần được điều trị đặc hiệu ART?

☑ **Có**	Không

☑ **Có ước tính và dự báo cần thiết**	Chỉ có ước tính nhu cầu hiện tại	Không

7.4. Độ bao phủ của Chương trình phòng, chống HIV/AIDS có được theo dõi?

☑ **Có**	Không

(a) ***NẾU CÓ,*** độ bao phủ đó có được phân loại theo giới (nam, nữ)?

Có	☑ **Không**

(b) ***NẾU CÓ,*** độ bao phủ đó có được theo dõi theo các nhóm dân cư?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, là nhóm đối tượng nào?

- Người sử dụng ma tuý
- Phụ nữ hành nghề mại dâm
- Tân binh
- Phụ nữ mang thai
- Người dân tộc thiểu số
- Bệnh nhân AIDS
- Người nhiễm HIV
- Nam quan hệ tình dục đồng giới

Mô tả ngắn gọn thông tin được sử dụng thế nào:

- 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) Độ bao phủ có được theo dõi theo vùng địa lý?

☑ **Có**	Không

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

- Cấp tỉnh
- Cấp huyện
- Cấp xã

Mô tả ngắn gọn thông tin được sử dụng thế nào:

- 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 nhiễm HIV cao, sử dụng trong ước tính và dự báo nhu cầu trong tương lai.

7.5. Nước bạn có kế hoạch tăng cường hệ thống y tế, bao gồm cơ sở hạ tầng, nguồn nhân lực và năng lực, hệ thống quản lý để phân phối thuốc?

☑ **Có**	Không

Nhìn chung, anh/chị đánh giá *nỗ lực lập kế hoạch chiến lược* của Chương trình 2009 thế nào?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10

Các tiến bộ đạt được từ 2007 trong lĩnh vực này:

- Các chương trình hành động được lập kế hoạch cụ thể và có ngân sách;
- Kế hoạch được lập dựa trên bằng chứng, có mục tiêu cụ thể, rõ ràng hơn, được lập theo khung biểu mẫu chung;
- 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/AIDS 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 đều được giải ngân hết do kế hoạch lập sát với thực tế;
- 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;
- Đang thực hiện đánh giá Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2004-2010 và triển khai xây dựng Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011 – 2020;
- Nguồn nhân lực và vật lực được tăng cường.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Chất lượng số liệu còn hạn chế và chưa đầy đủ;
- 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;
- Nguồn lực còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu mở rộng độ bao phủ của các chương trình can thiệp.

II. HỖ TRỢ VỀ CHÍNH TRỊ

Hỗ trợ mạnh mẽ về mặt chính trị bao gồm việc các nhà lãnh đạo chính trị của chính phủ thường xuyên phát biểu về các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS,là chủ tọa các cuộc họp quan trọng về HIV/AIDS; việc phân bổ ngân sách quốc gia hỗ trợ chương trình phòng, chống HIV/AIDS; việc sử dụng các tổ chức của chính phủ và các tổ chức dân sự xã hội một cách có hiệu quả để hỗ trợ các chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

1. Các quan chức cấp cao có những bài phát biểu tích cực về HIV/AIDS trước công luận, tại các diễn đàn quan trọng trong nước ít nhất hai lần trong một năm không?

Chủ tịch nước/Thủ tướng	☑ **Có**	Không
Các quan chức cấp cao khác	☑ **Có**	Không
Các quan chức tỉnh, huyện	☑ **Có**	Không

2. Nước bạn có cơ quan chính thức điều phối hoạt động AIDS mang tính quốc gia đa ngành không? (ví dụ như Ủy ban hoặc Hội đồng AIDS Quốc gia hoặc tương đương)?

☑ **Có**	Không

NẾU KHÔNG, giải thích ngắn gọn tại sao và chương trình AIDS được quản lý thế nào:

2.1. ***NẾU CÓ***, Ủy ban được thành lập khi nào?

Năm 1994: Ủy ban Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS

Năm 2000: Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm

2.2. ***NẾU CÓ***, ai là Chủ tịch?

Tên: **Trương Vĩnh Trọng** Chức vụ: **Phó Thủ tướng Chính phủ**

2.3. ***NẾU CÓ***, cơ quan điều phối hoạt động AIDS mang tính quốc gia đa ngành có:

Điều khoản tham chiếu?	☑ **Có**	Không
Có sự tham gia và lãnh đạo tích cực của Chính phủ?	☑ **Có**	Không
Có các thành viên được xác định?	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, bao nhiêu thành viên?	24	
Bao gồm đại diện tổ chức dân sự xã hội?	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, bao nhiêu đại diện?	4	
Có người nhiễm HIV?	Có	☑ **Không**
NẾU CÓ, bao nhiêu đại diện?		
Có đại diện lĩnh vực tư nhân?	Có	☑ **Không**
Có kế hoạch hành động?	☑ **Có**	Không
Có Ban thư ký hoạt động?	☑ **Có**	Không
Có họp ít nhất là hàng quý?	☑ **Có**	Không
Có xem xét quyết định về chính sách định kỳ?	☑ **Có**	Không
Có tích cực thúc đẩy việc ban hành chính sách?	☑ **Có**	Không
Có tạo điều kiện cho các tổ chức xã hội dân sự vận động chínhsách?	☑ **Có**	Không

Tăng cường điều phối viện trợ tránh trùng lặp trong chương trình và báo cáo	☑ **Có**	Không

3. Nước bạn có cơ chế xúc tiến các hoạt động hợp tác giữa chính phủ với khu vực tư nhân và các tổ chức dân sự xã hội trong việc thực hiện các chương trình/chiến lược về HIV/AIDS hay không?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn những kết quả chính đạt được:

- Luật HIV được phổ biến rộng rãi và đi vào cuộc sống tốt hơn, các chính sách pháp luật của nhà nước cũng được tuyên truyền sâu rộng hơn, quyền của người nhiễm HIV được bảo vệ;
- Kêu gọi và tạo điều kiện thuận lợi, hỗ trợ về mặt kỹ thuật, tài chính cho các tổ chức dân sự xã hội tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS. Trong năm 2009, các cơ quan chính phủ đã phối hợp và làm việc tích cực với các tổ chức quốc tế và các tổ chức dân sự xã hội xây dựng đề xuất hỗ trợ tới Quỹ toàn cầu vòng 9. Đề xuất này đã thành công, trong đó dự kiến 16 triệu USD sẽ được dành cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS do các tổ chức dân sự xã hội thực hiện;
- 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;
- Người nhiễm HIV được quản lý, chăm sóc ngày một tốt hơn;
- Huy động được nhiều doanh nghiệp, bao gồm cả các doanh nghiệp tư nhân, tích cực tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS;
- Các tổ chức dân sự xã hội đã tham gia tích cực và hỗ trợ kỹ thuật cho một số dự án viện trợ nước ngoài.

Mô tả ngắn gọn những khó khăn chính:

- Thiếu kinh phí hoạt động;
- Thiếu cơ chế huy động doanh nghiệp thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS;
- Năng lực của các tổ chức dân sự xã hội còn hạn chế.

4. Tỷ lệ phần trăm ngân sách quốc gia dành cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được thực hiện bởi các các tổ chức dân sự xã hội năm trước là bao nhiêu?

Tỷ lệ phần trăm: *Không rõ*

5. Uỷ ban AIDS Quốc gia (hoặc cơ quan tương đương) đã có hình thức hỗ trợ gì cho các tổ chức dân sự xã hội thực hiện các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS?

Thông tin về các nhu cầu và dịch vụ ưu tiên	☑ **Có**	Không
Tài liệu/hướng dẫn kỹ thuật	☑ **Có**	Không
Mua sắm, cung cấp và phân phối thuốc và các vật tư khác	☑ **Có**	Không
Điều phối với các đối tác thực hiện chương trình khác	☑ **Có**	Không
Tăng cường năng lực	☑ **Có**	Không
Khác: Xây dựng chính sách ưu đãi thuế và các chính sách hỗ trợ khác, phân bổ kinh phí hoạt động	☑ **Có**	Không

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

☑ **Có**	Không

6.1. ***NẾU CÓ,*** chính sách và qui định pháp luật đó có được điều chỉnh để phù hợp với chính sách phòng, chống HIV/AIDS?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, đó là chính sách, qui định nào và được điều chỉnh khi nào:

- Luật phòng, chống ma túy. Trước năm 2007, luật phòng chống ma túy quy định nếu bắt được người có tàng trữ, sử dụng bơm kim tiêm trong người là phạm luật; Đến năm 2007 luật phòng chống ma túy và luật HIV đã phối hợp điều chỉnh, đi đến thống nhất;
- Luật hình sự. Năm 2009 Quốc hội đã thông qua sửa đổi Bộ luật hình sự, trong đó bỏ điều 199 về tội sử dụng ma tuý trái phép và điều 20 về đồng phạm tiếp tay cho việc sử dụng ma tuý vì cản trở việc thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS;
- Bảo hiểm Y tế được sửa đổi mở rộng thêm nhóm đối tượng được thanh toán bảo hiểm y tế bao gồm người nhiễm HIV;
- Thông tư 125 và Thông tư liên tịch 147 hướng dẫn chế độ chăm sóc tại trường trại cho người nhiễm HIV;
- Văn bản pháp luật ưu đãi, hỗ trợ các doanh nghiệp tuyển dụng người lao động là người nhiễm HIV và người sau cai nghiện ma tuý (miễn thuế đất, giảm thuế thu nhập doanh nghiệp và các chính sách khác) đang được nghiên cứu và sửa đổi;
- Pháp lệnh mại dâm đang được nghiên cứu và sửa đổi.

Nêu tên và mô tả sự không nhất quán vẫn còn tồn tại giữa các chính sách/ luật và các chính sách phòng, chống AIDS quốc gia:

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về *hỗ trợ chính trị* cho chương trình AIDS 2009?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10** ☑

Các tiến bộ đạt được từ 2007 trong lĩnh vực này:

- Sửa đổi, bổ xung, ban hành mới một số văn bản quy phạm pháp luật phù hợp với Luật HIV;
- Tăng cường giám sát các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của các tỉnh của Uỷ ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma tuý, mại dâm;
- Nâng cao được nhận thức của các nhà quản lý cơ quan, doanh nghiệp giúp họ có ý thức hơn, chủ động tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS;
- Ban hành luật phòng chống ma túy sửa đổi;
- Có sự cam kết và chỉ đạo quyết liệt của Đảng và nhà nước;
- Có sự tham gia tích cực của các tổ chức dân sự xã hội;
- Văn bản chỉ đạo của Đảng, Quốc hội, Chính phủ được ban hành tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai công tác phòng, chống HIV/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;.
- Chính phủ cho phép triển khai chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone cho người sử dụng ma túy.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Vấn đề kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV vẫn còn tồn tại;
- 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;
- Một số văn bản quy phạm pháp luật đang được xây dựng hoặc trong quá trình sửa đổi bổ sung nhưng chưa hoàn thiện.

III. DỰ PHÒNG

1. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC) về HIV cho người dân nói chung hay không?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

1.1. ***NẾU CÓ***, các thông điệp chủ yếu nào được đẩy mạnh rõ rệt?

Đánh dấu thông điệp chủ yếu được đẩy mạnh rõ rệt		
a.	Kiêng quan hệ tình dục	✓
b.	Trì hoãn quan hệ tình dục lần đầu tiên	✓
c.	Chung thuỷ	✓
d.	Giảm số bạn tình	✓
e.	Luôn sử dụng bao cao su	✓
f.	Quan hệ tình dục an toàn	✓
g.	Không quan hệ mại dâm	✓

h.	Không tiêm chích ma tuý	✓
i.	Sử dụng BKT sạch	✓
j.	Chống lại bạo lực đối với phụ nữ	✓
k.	Tham dự và tham gia nhiều hơn của người nhiễm HIV	✓
l.	Tham gia nhiều hơn của nam giới vào chương trình sức khoẻ sinh sản	✓
m.	Nam giới cắt bao quy đầu theo quy trình giám sát y tế	
n.	Biết tình trạng HIV của bạn	✓
o.	Phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con	✓
Khác:*[điền vào]*		

1.2. Trong năm ngoái, nước bạn có chương trình/hoạt động nhằm vận động việc đưa thông tin chính xác về HIV trên các phương tiện thông tin đại chúng không?

☑ **Có**	Không

2. Nước bạn có chính sách hay chiến lược tăng cường giáo dục sức khỏe sinh sản và sức khoẻ tình dục liên quan đến HIV cho thanh niên không?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

2.1. Giáo dục về HIV có nằm trong giáo trình giảng dạy:

Ở các trường tiểu học?	☑ **Có**	Không
Ở các trường trung học?	☑ **Có**	Không
Đào tạo giáo viên?	☑ **Có**	Không

2.2. Chiến lược/giáo trình giảng dạy có cung cấp thông tin giáo dục sức khoẻ sinh sản, sức khỏe tình dục tương tự cho nam thanh niên và nữ thanh niên hay không?

☑ **Có**	Không

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

☑ **Có**	Không

3. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông và can thiệp về y tế dự phòng cho nhóm quần thể có nguy cơ nhất hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☑ **Có**	Không

NẾU KHÔNG, giải thích ngắn gọn:

3.1. **NẾU CÓ**, *nhóm dân cư nào* và *các nhân tố dự phòng HIV nào* mà chính sách/ chiến lược đề cập đến? Đánh dấu các nhóm dân cư và nhân tố có trong chính sách/ chiến lược

	NCMT*	MSM**	PNMD	Khách làng chơi	Tù nhân	Nhóm khác: học viên trung tâm 05/06	Nhóm khác: Dân di biến động, phụ nữ mang thai,
Thông tin về giảm nguy cơ và giáo dục HIV	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Giảm kỳ thị, phân biệt đối xử	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Khuyến khích dùng bao cao su	✓	✓	✓	✓			✓
Tư vấn xét nghiệm HIV	✓	✓	✓	✓			✓
SKSS, bao gồm dự phòng và điều trị STI	✓	✓	✓	✓			✓
Giảm nguy cơ bị tổn thương (VD: tăng thu nhập)	N/A	N/A	✓	N/A	N/A		N/A
Điều trị thay thế	✓	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A
Trao đổi bơm kim tiêm	✓	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực mang tính chính sách hỗ trợ cho công tác dự phòng HIV năm 2009?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10

Các tiến bộ đạt được từ 2007 trong lĩnh vực này:

- Tăng cường chỉ đạo của Đảng và nhà nước, tăng cường kinh phí, tăng cường phối hợp liên ngành
- Nhiều chính sách, hướng dẫn đã được ban hành
- Chương trình thí điểm quốc gia điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone cho người nghiệm ma tuý được triển khai.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- 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;
- 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.

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

☑ **Có**	Không

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

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

- Kết quả giám sát tình hình dịnh tễ của dịch HIV/AIDS;
- Các khảo sát đánh giá, điều tra nhu cầu;
- Báo cáo định kỳ của chương trình;
- Khả năng đáp ứng của ngân sách và nguồn nhân lực;
- Tính khả thi của hoạt động dự phòng.

NẾU KHÔNG, những chương trình dự phòng HIV này được mở rộng như thế nào?

4.1. Dự phòng HIV đã được thực hiện ở mức độ thế nào?

Hợp phần dự phòng HIV	Đại đa số những người có nhu cầu đều tiếp cận		
An toàn truyền máu	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Phòng lây truyền mẹ con	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
TT-GD-TT* về giảm nguy cơ	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
TT-GD-TT* về giảm kỳ thị, PBĐX	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Cung cấp BCS	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Tư vấn xét nghiệm HIV	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Can thiệp giảm tác hại cho nhóm NCMT	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho nhóm nam tình dục đồng giới	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho nhóm mại dâm	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Dịch vụ SKSS bao gồm phòng, điều trị STI	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Giáo dục HIV trong nhà trường cho thanh niên	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chương trình cho thanh niên ngoài nhà trường	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chương trình HIV nơi làm việc	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Khác:	Đồng ý	Không đồng ý	Không áp dụng

Nhìn chung, nước bạn ánh giá như thế nào về các nỗ lực trong việc *thực hiện* các chương trình dự phòng HIV năm 2009?												
2009	Rất kém											Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10	

Các tiến bộ đạt được từ năm 2007 trong lĩnh vực này:

- Mở rộng diện bao phủ cho chương trình BCS, BKT, điều trị thay thế bằng Methadone, đảm bảo tuyệt đối an toàn truyền máu;
- Tỷ lệ người có nguy cơ cao được tiếp cận với các dịch vụ dự phòng tăng;
- Khống chế tốc độ lây lan của dịch: giảm số nhiễm mới;
- Triển khai chiến dịch phòng lây truyền mẹ con quốc gia;
- Tăng tỷ lệ mẹ nhiễm HIV được xét nghiệm HIV trước sinh và uống thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, giảm tỷ lệ trẻ nhiễm HIV từ mẹ;
- Dịch HIV khống chế trong đối tượng có nguy cơ cao, không lan ra cộng đồng;
- Nhận thức phòng chống HIV được nâng cao;
- Giảm kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV;

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Kinh phí và năng lực cán bộ còn thiếu và yếu, chưa đáp ứng được nhu cầu;
- Chưa đánh giá được nguy cơ trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới;
- Nhận thức về HIV trong nhóm đồng bào dân tộc thiểu số còn hạn chế;
- Ngân sách chủ yếu dựa vào viện trợ;
- Độ bao phủ chưa cao.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện HIV? (Chăm sóc toàn diện bao gồm nhưng không giới hạn trong: điều trị, tư vấn xét nghiệm HIV, chăm sóc về tâm lý xã hội, chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng).

☑ **Có**	Không

1.1. ***NẾU CÓ,*** nó có giải quyết những rào cản đối với phụ nữ?

☑ **Có**	Không

1.2. **NẾU CÓ**, nó có giải quyết những rào cản đối với nhóm có nguy cơ cao?

☑ **Có**	Không

2. Nước bạn có xác định các nhu cầu cụ thể của các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, những nhu cầu đó được xác định như thế nào?

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

- Kết quả giám sát tình hình dịnh tễ của dịch HIV;
- Các khảo sát đánh giá, điều tra nhu cầu;
- Báo cáo định kỳ của chương trình;
- Kết quả ước tính dự báo nhiễm HIV/AIDS;
- Khả năng đáp ứng của ngân sách và nguồn nhân lực;
- Tính khả thi của hoạt động can thiệp.

NẾU KHÔNG, các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ được mở rộng như thế nào?

2.1. Các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV sau đây đã được thực hiện ở mức độ nào?

Dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/ AIDS	Đại đa số những người có nhu cầu đều tiếp cận		
Điều trị ART	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chăm sóc dinh dưỡng	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Điều trị HIV/AIDS cho trẻ em	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Quản lý STI	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Hỗ trợ tinh thần người nhiễm và gia đình họ	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chăm sóc tại nhà	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị các nhiễm khuẩn thường gặp liên quan tới nhiễm HIV	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Tư vấn và xét nghiệm HIV cho bệnh nhân lao	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Sàng lọc lao cho người nhiễm HIV	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV	Đồng ý	☑ **Không đồng ý**	Không áp dụng
Kiểm soát lao trong các cơ sở chăm sóc điều trị HIV	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Điều trị dự phòng Cotrimoxazole cho người nhiễm	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Điều trị sau phơi nhiễm (VD - rủi ro nghề nghiệp, người bị hiếp dâm)	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Dịch vụ điều trị HIV ở nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm sắp xếp chỗ làm thay thế)	☑ **Đồng ý**	Không đồng ý	Không áp dụng
Khác:	Đồng ý	Không đồng ý	Không áp dụng

3. Nước bạn có chính sách phát triển/sử dụng thuốc thông thường hay nhập khẩu song song thuốc điều trị HIV/AIDS không?

☑ **Có**	Không

4. Nước bạn có tiếp cận với các hệ thống mua sắm, quản lý cung cấp hàng hoá thiết yếu như thuốc ARV, bao cao su, thuốc thay thế trong khu vực không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, là những mặt hàng nào?

- ARV: Zidovudine (AZT), Stavudine (D4T), Lamivudin (3TC), Nevirapine (NVP), Efavirenz (EFV), Didanosine (DDI)
- Bao cao su
- Methadone
- Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội

Nhìn chung, anh/chị đánh giá như thế nào về công tác *thực hiện* các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV năm 2009?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10

Các tiến bộ đạt được từ 2007 trong lĩnh vực này:

- Độ bao phủ và tỷ lệ tiếp cận tăng nhanh, tăng nhanh số bệnh nhân AIDS được điều trị ARV, nhiễm trùng cơ hội và được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc, điều trị;
- Mở rộng dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ tại tuyến quận/huyện;
- Người nhiễm HIV trong trung tâm cai nghiện được tiếp cận điều trị ARV, có cơ chế chuyển tiếp điều trị sau khi ra trại cho những bệnh nhân này;
- Chất lượng công tác chăm sóc bệnh nhân tăng cường;
- Điều phối và quản lý thuốc hợp lý;
- Thuốc ARV đã bắt đầu được sản xuất trong nước, hứa hẹn đảm bảo tính bền vững trong việc tiếp cận thuốc của bệnh nhân AIDS.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Nguồn lực còn hạn chế;
- Năng lực cán bộ chuyên môn tuyến quận/huyện còn hạn chế.

5. Nước bạn có chính sách hay chiến lược giải quyết các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương (OVC) không?

☑ **Có**	Không	Không áp dụng

5.1. ***NẾU CÓ,*** nước bạn có định nghĩa về trẻ OVC không?

☑ **Có**	Không

5.2. ***NẾU CÓ,*** nước bạn có kế hoạch quốc gia về trẻ OVC không?

☑ **Có**	Không

5.3. ***NẾU CÓ,*** nước bạn có số ước tính trẻ OVC đã nhận được các chương trình can thiệp hiện nay không?

Có	☑ **Không**

NẾU CÓ, bao nhiêu phần trăm trẻ OVC đã được tiếp cận?

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về nỗ lực để đáp ứng những nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ bị tổn thương trong năm 2009?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10

Các tiến bộ đạt được từ 2007 trong lĩnh vực này:

- Số trẻ OVC được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, điều trị tăng;
- Ban hành nghị định 67 hỗ trợ trẻ em nhiễm HIV không nơi nương tựa;
- Ban hành kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến 2010 và tầm nhìn 2020;
- Có chính sách bảo hiểm y tế cho trẻ nhiễm HIV. Trong năm 2009, toàn bộ trẻ nhiễm HIV đã được cấp thẻ bảo hiểm y tế;
- Trẻ OVC dưới 6 tuổi được khám và điều trị miễn phí theo quy định chung về khám và điều trị miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi;
- Số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV tăng.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- 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;
- Thiếu kinh phí và nhân lực.

V. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

1. Nước bạn có một chương trình theo dõi và đánh giá (TD - ĐG) quốc gia không?

☑ **Có**	Đang xây dựng	Không

NẾU KHÔNG, mô tả ngắn gọn các khó khăn:

1.1. ***NẾU CÓ,*** cho các năm: ***2007, 2008, 2009***

☑ **Có**	Không

1.2. ***NẾU CÓ***, kế hoạch TD - ĐG được chấp nhận bởi các đối tác chủ chốt về TD - ĐG?

☑ **Có**	Không

1.3. ***NẾU CÓ***, kế hoạch TD - ĐG có được xây dựng có tham khảo các tổ chức dân sự xã hội, bao gồm người nhiễm HIV?

☑ **Có**	Không

1.4. ***NẾU CÓ***, các đối tác chủ chốt có hài hoà yêu cầu TD - ĐG của họ (bao gồm các chỉ số) với kế hoạch TD - ĐG quốc gia?

Có, tất cả các đối tác	☑ **Có, hầu hết**	Có, một vài	Không

NẾU CÓ, nhưng chỉ một vài đối tác hoặc NẾU KHÔNG, mô tả ngắn gọn vấn đề là gì:

2. Kế hoạch theo dõi và đánh giá (TD - ĐG) có bao gồm?

Chiến lược thu thập số liệu	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, chiến lược có đề cập đến:		
Theo dõi chương trình đều đặn	☑ **Có**	Không
Các giám sát hành vi	☑ **Có**	Không
Giám sát HIV	☑ **Có**	Không
Đánh giá/ nghiên cứu	☑ **Có**	Không
Bộ chỉ số được chuẩn hóa cụ thể	☑ **Có**	Không
Hướng dẫn công cụ thu thập số liệu	☑ **Có**	Không
Chiến lược đánh giá chất lượng và độ chính xác của số liệu (i.e., tính hợp lệ, độ tin cậy)	☑ **Có**	Không
Chiến lược phân tích số liệu	☑ **Có**	Không
Chiến lược phổ biến và sử dụng số liệu	☑ **Có**	Không

3. Kế hoạch theo dõi và đánh giá có ngân sách không?

☑ **Có**	Đang xây dựng	Không

3.1 ***NẾU CÓ***, bao nhiêu phần trăm trong tổng kinh phí cho chương trình HIV/AIDS được dành cho hoạt động TD - ĐG?
Khoảng 10%

3.2 **NẾU CÓ**, toàn bộ ngân sách có được đảm bảo không?

☑ **Có**	Không

NẾU KHÔNG, mô tả ngắn gọn các khó khăn:

3.3 ***NẾU CÓ***, chi tiêu TD - ĐG có đang được theo dõi?

☑ **Có**	Không

4. Các ưu tiên TD - ĐG có được xác định thông qua đánh giá hệ thống TD - ĐG quốc gia không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn đánh giá hệ thống TD - ĐG quốc gia được tiến hành như thế nào và gồm những gì:

Đánh giá hoạt động quốc gia được tiến hành định kỳ, bao gồm:

- Đánh giá kết quả thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS bao gồm hoạt động TD - ĐG;
- Đánh giá nhu cầu đào tạo trong hệ thống TD - ĐG;
- Đánh giá nhanh về hệ thống biểu mẫu báo cáo thường quy trong chương trình phòng, chống HIV/AIDS;
- Đánh giá hoạt động TD - ĐG định kỳ dựa trên nhóm chỉ số riêng cho chương trình TD - ĐG.

Kết quả những đánh giá này giúp cho việc xác định ưu tiên về TD - ĐG.

NẾU KHÔNG, mô tả ngắn gọn các ưu tiên TD - ĐG được xác định như thế nào:

5. Có đơn vị quốc gia chuyên trách về Theo dõi và Đánh giá không?

☑ **Có**	Đang xây dựng	Không

NẾU KHÔNG, những cản trở chính đối với việc thiết lập đơn vị chuyên trách về TD - ĐG là gì?

5.1. ***NẾU CÓ***, Đơn vị TD - ĐG quốc gia đặt ở đâu

Ủy ban AIDS quốc gia hoặc cơ quan tương đương?	Có	☑ **Không**
Bộ Y tế?	☑ **Có**	Không
Nơi khác?	Có	☑ **Không**

5.2. ***NẾU CÓ,*** có bao nhiêu cán bộ làm việc tại đây và họ thuộc loại hình cán bộ nào?

Số cán bộ biên chế: **05**		
Vị trí: Quản lý	Toàn thời gian: 02 cán bộ	Từ năm 2005
Vị trí: Chuyên viên	Toàn thời gian: 03 cán bộ	Từ năm 2005
Số cán bộ hợp đồng: **05**		
Vị trí: Chuyên viên	Toàn thời gian: 05 cán bộ	Từ năm 2006-2009

5.3. ***NẾU CÓ***, có hệ thống đảm bảo các đối tác chủ yếu sẽ gửi số liệu, báo cáo TD - ĐG tới đơn vị TD – ĐG để xem xét đưa vào hệ thống TD - ĐG quốc gia?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn các cơ chế chia sẻ dữ liệu:

Hiện đã có cơ chế đảm bảo các đơn vị hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS đều báo cáo gửi về đơn vị TD – ĐG của Cục Phòng, chống HIV/AIDS thông qua:

- Hệ thống phòng, chống HIV/AIDS 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 HIV/AIDS các tỉnh/thành phố để báo cáo lại Cục Phòng, chống HIV/AIDS;
- Báo cáo tình hình dịch tổng hợp được cập nhật trên Website của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, các báo cáo tổng kết hoạt động chương trình dự án được chia sẻ tại các hội nghị, hội thảo và các cuộc họp nhóm kỹ thuật của đối tác trong nước và quốc tế.

Đâu là những khó khăn chính?

- Một số số liệu chưa được thu thập đầy đủ;
- Báo cáo nộp chưa đúng thời hạn;
- 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 hạn chế.

6. Nước bạn có nhóm công tác TD – ĐG thường xuyên họp để điều phối các hoạt động TD - ĐG?

Không	Có nhưng họ không thường xuyên	☑ **Có, họp thường xuyên**

6.1 Nhóm đó có bao gồm đại diện các tổ chức dân sự xã hội?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả ngắn gọn các đại diện của xã hội dân sự là những ai và đóng vai trò gì?

Đã có đại diện của một số tổ chức Phi chính phủ trong nước và quốc tế tham gia làm thành viên của nhóm kỹ thuật TD – ĐG quốc gia và cùng với các thành viên khác của nhóm tham gia hỗ trợ hệ thống TD – ĐG quốc gia trong hoạt động giám sát, theo dõi và đánh giá HIV/AIDS tại Việt Nam.

7. Có cơ sở dữ liệu quốc gia về các số liệu liên quan đến HIV không?

☑ **Có**	Không

7.1. ***NẾU CÓ,*** mô tả ngắn gọn về cơ sở dữ liệu quốc gia và cơ quan quản lý

- 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 quý trên các bảng theo dõi excel
- Hiện nay Cục Phòng, chống HIV/AIDS đang thí điểm Hệ thống báo cáo trực tuyến

7.2. ***NẾU CÓ***, thông tin đó có bao gồm nội dung, đối tượng đích, độ bao phủ của các dịch vụ HIV và cơ quan thực hiện không?

a. ☑ **Có, tất cả các thông tin trên**

b. Có, nhưng chỉ một vài thông tin trên:

c. Không

7.3. Nước bạn có Hệ Thống thông tin Y tế hoạt động* không?

Cấp quốc gia	☑ **Có**	Không
Cấp dưới quốc gia	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, ở những cấp nào? Tỉnh, huyện, xã		

(các số liệu báo cáo thường xuyên từ các cơ sở y tế được tập hợp ở cấp huyện và chuyển lên cấp quốc gia;số liệu được phân tích và sử dụng ở các cấp khác nhau)*

8. Nước bạn có xuất bản báo cáo theo dõi, đánh giá về HIV ít nhất 1 lần/năm, bao gồm dữ liệu giám sát HIV?

☑ **Có** Không

9. Số liệu theo dõi, đánh giá được sử dụng đến mức độ nào?

					Cao
0	1	2	3	**4** ☑	5

Đưa ra ví dụ cụ thể:

- Các báo cáo, đánh giá đã cung cấp thông tin về độ bao phủ của chương trình can thiệp, nhu cầu và nguồn lực giúp cho việc xây dựng và điều chỉnh chiến lược quốc gia.

Khó khăn chính, nếu có là gì?

- Thiếu số liệu mang tính đại diện quốc gia về kích thước quần thể (đặc biệt là nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới) và số liệu về kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến phòng, chống HIV của cộng đồng dân cư;
- Một số số liệu chưa được thu thập đầy đủ;
- Một số chỉ số chưa được phân tách theo tuổi và giới.

9.2 Cho việc phân bổ nguồn lực?

Thấp					Cao
0	1	2	3	**4** ☑	5

Đưa ra ví dụ cụ thể:

- Tập trung nguồn lực, dự án cho các tỉnh, thành phố có số lượng lớn người nhiễm HIV và người có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV như: Hải Phòng, Quảng Ninh, Kiên Giang, An Giang…

Khó khăn chính, nếu có là gì?

- Không quản lý được chính xác số lượng người sử dụng ma tuý và người hành nghề mại dâm;
- Nhiều tỉnh/thành phố chưa triển khai các nghiên cứu đánh giá tại địa bàn tỉnh để cung cấp thông tin cho việc hoạch định chính sách, xây dựng kế hoạch và đánh giá hoạt động can thiệp, cung cấp thông tin cho việc phân bổ nguồn lực;
- Nguồn lực còn hạn chế.

9.3. Để chương trình tốt hơn?

Thấp					Cao
0	1	2	3	**4** ☑	5

Đưa ra ví dụ cụ thể:

- Xây dựng kế hoạch can thiệp dựa trên bằng chứng;
- Đào tạo nhân lực cho hệ thống TD - ĐG;
- Cung cấp trang thiết bị cần thiết cho hệ thống TD - ĐG.

Khó khăn chính, nếu có là gì?

- Một số số liệu chưa được thu thập đầy đủ;
- Thiếu nguồn lực để thu thập số liệu.

10. Có kế hoạch tăng cường năng lực TD – ĐG ở các cấp quốc gia, dưới quốc gia và cung cấp dịch vụ?

a.☑ **Có, ở tất cả các cấp**

b. Có nhưng chỉ ở vài cấp:

c. Không

10.1. Trong năm qua, đào tạo về TD – ĐG có được tiến hành

Ở cấp quốc gia?	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, số người được đào tạo:	62	*Không rõ*
Ở cấp dưới quốc gia?	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, số người được đào tạo:	166	*Không rõ*
Ở cấp độ cung cấp dịch vụ, bao gồm xã hội dân sự?	☑ **Có**	Không
NẾU CÓ, số người được đào tạo:		*Không rõ*

10.2. Ngoài những hoạt động tập huấn thì những hoạt động nâng cao năng lực khác có được tiến hành không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả các loại hoạt động:

- Giám sát hỗ trợ các hoạt động tại tỉnh
- Chia sẻ kinh nghiệm
- Làm việc nhóm với các chuyên gia, tổ chức quốc tế

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về công tác theo dõi và đánh giá chương trình HIV năm 2009?											
2009	Rất kém										Rất tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	**9** ☑	10

Các tiến bộ đạt được từ 2007 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;
- Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án "Tăng cường năng lực trung tâm phòng chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương" giai đoạn 2009-2015 tại Quyết định số 1107/QĐ-TTg ngày 28/7/2009.

Các thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này:

- Năng lực cán bộ TD - ĐG tại một số nơi còn hạn chế, nhân sự luôn thay đổi làm cho nhu cầu đào tạo lại tăng cao;
- Thiếu kinh phí và nguồn lực cho hoạt động TD - ĐG.

DANH SÁCH CÁC ĐƠN VỊ ĐÓNG GÓP Ý KIẾN CHO NCPI PHẦN A- UNGASS 2010

	Tên đơn vị
1	Phòng Giám sát, theo dõi và đánh giá- Cục Phòng chống HIV/AIDS
2	Phòng Chăm sóc, điều trị HIV/AIDS - Cục Phòng chống HIV/AIDS
3	Phòng Can thiệp và dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS - Cục Phòng, chống HIV/AIDS
4	Phòng Truyền thông và Huy động cộng đồng- Cục Phòng, chống HIV/AIDS
5	Văn phòng Cục – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
6	Vụ Pháp Chế - Bộ Y tế
7	Vụ Hợp tác quốc tế- Bộ Y Tế
8	Vụ Pháp Luật hình sự - Hành chính - Bộ Tư Pháp
9	Cục PCTNXH - Bộ LĐTBXH
10	Vụ Công Tác Học sinh – Sinh viên - Bộ Giáo dục và Đào tạo
11	Cục Y tế - Bộ Giao thông vận tải
12	Cục Y tế - Bộ Công An
13	Vụ Các vấn đề xã hội - Văn phòng Quốc hội
14	Cục Quân y - Bộ Quốc phòng
15	Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam
16	Cục Quản lý nợ và Ttài chính đối ngoại - Bộ Tài Chính
17	Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

PHẦN B

I. NHÂN QUYỀN

1. Nước bạn có các bộ luật và các quy định bảo vệ những người nhiễm HIV để họ không bị phân biệt đối xử không? (bao gồm cả các quy định về không phân biệt đối xử nói chung và những quy định đề cập một cách cụ thể đến HIV, tập trung vào giáo dục, nhà ở, việc làm, y tế...)

☑ **Có**	Không

1.1. ***NẾU CÓ,*** ghi rõ: HIV có được đề cập đến một cách cụ thể hay không và đề cập như thế nào hay chỉ là quy định nói chung về việc không phân biệt đối xử.

- Luật phòng, chống nhiễm virut gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) (gọi tắt là Luật HIV);
- Nghị định 45/2005/NĐ-CP qui định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế;
- Nghị định 108/2007 hướng dẫn thực hiện một số điều của Luật HIV.

2. Nước bạn có các bộ luật và các quy định nói rõ việc bảo vệ các nhóm có nguy cơ cao nhất và các nhóm dễ bị tổn thương khác hay không?

☑ **Có**	Không

2.1. ***NẾU CÓ,*** đối với nhóm nào?

a.	Phụ nữ	☑ **Có**	Không
b.	Thanh niên	☑ **Có**	Không
c.	Người tiêm chích ma tuý	☑ **Có**	Không
d.	Nam quan hệ tình dục đồng giới	☑ **Có**	Không
e.	Người bán dâm	☑ **Có**	Không
f.	Tù nhân	☑ **Có**	Không
g.	Người di cư/di biến động	☑ **Có**	Không
h.	Khác (ghi rõ)		
	- Trẻ em	☑ **Có**	
	- Bạn tình của người nhiễm HIV	☑ **Có**	
	- Bạn tình của người tiêm chích ma túy	☑ **Có**	

NẾU CÓ, *giải thích ngắn gọn hiện đang có những cơ chế nào để đảm bảo các luật đó được thực hiện:*

Chín chương trình hành động quốc gia được thiết kế để thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và Luật HIV.

Nghị định số 45/2005/NĐ_CP qui định về xử phạt hành chính trong lĩnh vực y tế quy định mức phạt cho các vi phạm liên quan đến HIV.

Mô tả vắn tắt nội dung của các luật này

Luật HIV tạo cơ sở cho việc thực hiện quyền của người nhiễm HIV (quyền được học tập, được lao động, được chăm sóc sức khỏe...) Luật cũng ngăn cấm những hành vi kỳ thị phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV, người nghi nhiễm HIV và những người liên quan đến họ.

Qui định tại Nghị định số 108/2007/NĐ_CP mở đường các can thiệp giảm hại – bao gồm việc trao đổi bơm kim tiêm, cung cấp bao cao su và điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện. Các nhóm đối tượng được hưởng lợi từ các chương trình giảm hại theo qui định tại Nghị định này bao gồm người bán dâm và khách hàng của họ, người tiêm chích ma túy, người nhiễm HIV, nam quan hệ tình dục đồng giới, nhóm dân di biến động và bạn tình của các nhóm quần thể kể trên.

Chương trình hành động quốc gia cho trẻ nhiễm và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV năm 2009 xác định những biện pháp cụ thể để bảo vệ trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương (OVC) tập trung vào việc gia tăng tiếp cận và tính sẵn có của các dịch vụ y tế, giáo dục chất lượng cao và các chính sách xã hội cho trẻ OVC.

Nghị định số 67/2007/NĐ-CP quy định việc trợ cấp hàng tháng cho những người trong hoàn cảnh khó khăn đặc biệt, trong đó có trẻ em mồ côi do HIV, bệnh nhân AIDS nặng và bị bỏ rơi.

Quyết định số 38/2008/QĐ-TTg về phòng, chống HIV/AIDS qua biên giới đã tạo ra hành lang thực hiện các hoạt động can thiệp dự phòng HIV qua biên giới, nâng cao nhận thức và chia sẻ kinh nghiệm giữa các nước, kết hợp các hoạt động liên quan đến HIV trong các hoạt động phòng, chống buôn bán vận chuyển ma túy và mại dâm qua biên giới.

Nhận xét vắn tắt về mức độ thực hiện các luật này

Mặc dù các điều khoản bảo vệ trong các luật, nghị định và văn bản pháp lý hiện hành rất có ý nghĩa nhưng vẫn còn những khoảng trống trong việc thực hiện các quy định pháp luật này ở rất nhiều tỉnh/thành phố và tại tuyến quận/huyện, xã/phường do thiếu hiểu biết,nhận thức và không đủ những biện pháp trừng phạt cho việc vi phạm.

Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg qui định về việc cung cấp các dịch vụ cho người nhiễm HIV trong các trại giam và tạm giam nhưng các hoạt động này không được thực hiện trong các trại giam mà chỉ được thí điểm trong một số trung tâm 05/06 trong thời gian thử nghiệm ngắn cũng như các dịch vụ về dự phòng và điều trị vẫn còn rất hạn chế.

Việc thực hiện có hiệu quả Nghị định số 67/2007/NĐ_CP bị hạn chế bởi năng lực yếu kém của các cơ quan đoàn thể địa phương. Nhận thức về nghị định, việc giám sát thực thi nghị định này còn hạn chế và các kỳ thị, phân biệt đối xử đã hạn chế những đối tượng cần trợ cấp tiếp cận được hỗ trợ này.

Luật bình đẳng giới phòng chống bạo lực gia đình không có điều luật bảo vệ bạo lực tình dục và các dạng bạo lực khác đối với chị em phụ nữ lao động tình dục.

3. Nước bạn có luật, qui định hay chính sách nào gây cản trở đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ hiệu quả cho các nhóm có nguy cơ cao nhất và các nhóm dễ bị tổn thương khác hay không?

☑ **Có**	Không

3.1. ***NẾU CÓ,*** cho nhóm nào?

a.	Phụ nữ	Có	☑ **Không**
b.	Thanh niên	Có	☑ **Không**
c.	Người tiêm chích ma túy	☑ **Có**	Không
d.	Nam có quan hệ tình dục với nam	Có	☑ **Không**
e.	Người bán dâm	☑ **Có**	Không
f.	Tù nhân	☑ **Có**	Không
g.	Người di cư/di biến động	☑ **Có**	Không
h.	Khác (ghi rõ)		

NẾU CÓ, mô tả tóm tắt nội dung của luật, qui định, chính sách đó.

Vẫn còn có sự không nhất quán giữa các biện pháp phòng, chống ma túy, mại dâm với các hoạt động y tế công cộng để các nhóm đối tượng trên được tiếp cận với các dịch vụ y tế.

- Việc sửa đổi Luật phòng chống ma túy đã có cải thiện rõ rệt để tương thích với Luật HIV, tuy nhiên vẫn còn có sự không thống nhất giữa bộ luật sửa đổi này và nghị định có liên quan. Trong Nghị định số 94/2009/NĐ-CP người sử dụng ma túy có thể bị giữ lại thêm 2 năm nữa sau khi đã cai nghiện bắt buộc tại trung tâm trong thời gian 2 năm.
- Trong khi Luật phòng chống ma túy chỉnh sửa phi tội phạm hóa việc sử dụng ma túy thì trong luật xử phạt hành chính vẫn coi sử dụng ma túy là vi phạm hành chính và bị phạt giam giữ hành chính tối đa là 4 năm. Do sự hạn chế tiếp cận tới các dịch vụ về HIV trong các trung tâm 06, điều này là rào cản cho người nghiện chích ma túy được tiếp cận tới các dịch vụ này.
- Pháp lệnh phòng chống mại dâm năm 2003 nghiêm cấm tổ chức các dịch vụ mại dâm và "tiếp tay cho mại dâm". Bất cứ ai bán dâm sẽ bị đưa vào các trung tâm 05. Do hạn chế tiếp cận ARV trong các trung tâm này, đây là rào cản cho các trại viên tiếp cận với các dịch vụ dự phòng chăm sóc và hỗ trợ tại trung tâm

Nghị định 96 quy định việc chăm sóc và điều trị trong các cơ sở giáo dưỡng và các trại tạm giam. Tuy nhiên Nghị định 108 cấm điều trị thay thế trong các trung tâm (bao gồm cả các trường giáo dưỡng và cơ sở cai nghiện bắt buộc).

Người sử dụng ma tuý di biến động hiện tại không thể tiếp cận điều trị Methadone như người ở địa phương có triển khai Methadone vì thư giới thiệu của Uỷ ban Nhân dân xã/phường nơi cư trú là một tiêu chí để lựa chọn bệnh nhân vào điều trị Methadone.

Nhận xét vắn tắt về mức độ cản trở

- Luật phòng chống tệ nạn xã hội quy định những hành vi như ma túy và mại dâm là tệ nạn xã hội. Sự phân biệt đối xử từ những sự dán nhãn đó có thể trì hoãn hoặc ngăn cản người sử dụng ma túy tiếp cận với các dịch vụ điều trị cai nghiện, giảm tác hại hoặc các dịch vụ liên quan. Việc sợ bị phát hiện và bắt giữ cũng là một rào cản.
- Tiếp cận tới các dịch vụ dự phòng chăm sóc và điều trị HIV (bao gồm cả tư vấn trước và sau xét nghiệm và các can thiệp giảm tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện) vẫn chưa có mặt trong một số cơ sở trại tạm giam và trung tâm.
- Mang bao cao su trong người có thể bị coi là hành nghề mại dâm, điều này tạo khó khăn cho việc tiếp cận và cung cấp các thông tin và các dịch vụ liên quan đến HIV cho nhóm người bán dâm. Cuối năm 2009, đã có 14 trung tâm 05/06 cung cấp dịch vụ ARV tại trung tâm trong khuôn khổ dự án Quĩ toàn cầu vòng 6. 14 trung tâm này và 1 trung tâm khác cũng có cung cấp các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện và thông tin giáo dục truyền thông tại trung tâm.
- Nhiều ví dụ phản ánh việc người di biến động thường không được đăng ký trong hệ thống hộ khẩu và vì thế ít có khả năng tiếp cận các dịch vụ. Việc ước tính số người nghiện ma túy và người nhiễm HIV cũng như phân bổ kinh phí thường dựa vào số nhân khẩu đăng ký tại khu vực. Do đó người di biến động thường không được đưa vào kế hoạch liên quan đến hoạt động HIV của địa phương.

4. Việc vận động và bảo vệ nhân quyền có được đề cập một cách cụ thể trong chính sách hay chiến lược về HIV nào không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả một cách vắn tắt các quyền con người được đề cập trong chính sách hoặc chiến lược HIV như thế nào.

Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS cung cấp các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị một cách công bằng cho những người nhiễm HIV, người bị ảnh hưởng và người có nguy cơ cao mà không quan tâm họ là ai cũng như những hành vi nguy cơ của họ. Chiến lược quốc gia và Luật HIVcũng có những ưu tiên tiếp cận dịch vụ cho nhóm nguy cơ cao.

Điều 4 của Luật HIV qui định: Người nhiễm HIV có quyền sống trong cộng đồng dân cư; được điều trị, chăm sóc, giáo dục và có việc làm; được giữ kín thông tin liên quan đến HIV/AIDS; có quyền từ chối xét nghiệm và điều trị AIDS cũng như những quyền khác được quy định trong Luật HIV hoặc những luật liên quan.

5. Có cơ chế nào ghi nhận và giải quyết các trường hợp phân biệt đối xử mà người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao và/hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác gặp phải không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả vắn tắt cơ chế đó

Hiện có 5 trung tâm hỗ trợ về pháp lý và một đường dây nóng về tư vấn pháp lý đã được thành lập để hỗ trợ các dịch vụ pháp lý cho người nhiễm HIV bị vi phạm quyền lợi theo các điều khoản của Luật HIV tuy nhiên các dịch vụ mới chỉ dừng lại ở mức độ tư vấn chứ cũng chưa có trường hợp được đưa ra tòa vì vi phạm các quy định trong Luật. Mặc dù ngày càng có nhiều người nhiễm HIV nhận thức được quyền lợi của mình, vẫn còn nhiều người khác chưa biết được quyền và các dịch vụ pháp lý liên quan là gì cũng như rất miễn cưỡng trong việc báo cáo trường hợp bị vi phạm pháp luật liên quan vì lo sợ bị tiết lộ tình trạng của mình.

Trong Nghị định qui định về xử phạt hành chính trong ngành y tế, việc phạt tiền có thể xảy ra khi các điều khoản được qui định trong luật bị vi phạm.

6. Chính phủ, thông qua hỗ trợ tài chính và chính trị, có để những nhóm dân cư dễ bị tổn thương với HIV tham gia vào quá trình xây dựng chính sách và thực hiện chương trình HIV/AIDS của Chính phủ hay không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, mô tả vài ví dụ

Ở cấp độ chính sách: Tính đến thời điểm cuối năm 2009, phần lớn các chính sách liên quan đến HIV/AIDS được xây dựng có sự tham gia góp ý kiến của nhóm người nhiễm. Tuy đây là một tiến bộ rất có ý nghĩa nhưng người nhiễm cũng chưa được tham gia vào ban soạn thảo chính sách và sự tham gia mới chỉ là mức độ vụ việc chứ chưa phải là có tổ chức.

Năm 2009, người sử dụng ma túy được tham gia góp ý về nghị định cai nghiện ma túy tại cộng đồng và đại diện của nhóm mại dâm được mời đến tham gia xem xét sửa đổi pháp lệnh phòng chống mại dâm. Đây là bằng chứng về môi trường pháp lý thuận lợi và sự ghi nhận của chính phủ về vai trò của xã hội dân sự cũng như sự phát triển của các nhóm tự lực của những quần thể có nguy cơ cao. Các nhóm MSM cũng được tham vấn trong quá trình xây dựng *Khung hướng dẫn các can thiệp về HIV cho nhóm MSM*.

Sau cải tổ năm 2008, 40% thành viên CCM hiện nay là các tổ chức Phi chính phủ trong nước và quốc tế, đại diện của nhóm người nhiễm 3 bệnh liên quan và thành phần tư nhân. Thông qua CCM và sự phát triển của đề án Quỹ toàn cầu vòng 9, các nhóm tổ chức xã hội dân sự đại diện cho nhóm quần thể có nguy cơ cao đã đóng góp cho việc lập kế hoạch đáp ứng quốc gia về HIV trong 5 năm tới.

Ở cấp độ thực hiện chương trình

Trong khi vai trò của xã hội dân sự trong việc cung cấp các dịch vụ tại cộng đồng ngày càng tăng đặc biệt là ở lĩnh vực chăm sóc dựa vào cộng đồng, thì phần lớn các hoạt động này lấy kinh phí từ các nhà tài trợ bên ngoài. Ở một số tỉnh, Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS và các cơ quan chính quyền địa phương đã hỗ trợ hoạt động của các nhóm tự lực như cung cấp nơi hội họp, hỗ trợ sinh hoạt phí, tư vấn về HIV, xây dựng và thực hiện các chương trình dự án và cung cấp tài trợ. Hội phòng, chống AIDS Hà Nội dưới sự hỗ trợ của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS thành phố đã hoạt động với tư cách tổ chức bảo trợ cho rất nhiều nhóm tự lực bao gồm cả người nghiện chích ma túy và mại dâm. Tuy nhiên các khoản kinh phí cho nhóm nguy cơ cao này vẫn chưa được đề cập chi tiết trong Chương trình phòng, chống HIV/AIDS Quốc gia hoặc trong bất cứ một tài liệu hướng dẫn nào cho các cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tuyến dưới .

7. Nước bạn có chính sách miễn phí cho các dịch vụ sau không?

a. Các dịch vụ dự phòng HIV	☑ **Có**	Không
b. Điều trị ARV	☑ **Có**	Không
c. Chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV	☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, mô tả một cách vắn tắt các bước đã làm để thực hiện chính sách đó, đồng thời cung cấp thông tin về các hạn chế hoặc cản trở đối với việc tiếp cận dịch vụ của các nhóm khác nhau.

Tư vấn, xét nghiệm HIV miễn phí và giấu tên được khởi xướng bởi Bộ Y tế Việt Nam từ cuối năm 2002 nhằm vào đối tượng có nguy cơ cao như người sử dụng ma túy, người hành nghề mại dâm, MSM và bạn tình của những đối tượng này.

Luật HIV cung cấp những dịch vụ miễn phí cho người bị phơi nhiễm và nhiễm HIV do tai nạn nghề nghiệp, tiếp xúc với các nguy cơ do các can thiệp y tế, trẻ em dưới 6 tuổi và phụ nữ mang thai. Dịch vụ miễn phí bao gồm ART và một số biện pháp dự phòng cũng như hỗ trợ khác.

Hầu hết các dịch vụ HIV/AIDS do Chính phủ và các nhà tài trợ cung cấp là miễn phí .

Nhiều thông tin về HIV và nguy cơ của việc tiêm chích không an toàn được công bố rộng rãi bằng các loại tài liệu truyền thông.

<u>Những rào cản bao gồm:</u>

Những thông tin được đề cập ở trên liên quan đến Luật phòng, chống ma túy;

Các dịch vụ dự phòng trên nhóm nguy cơ cao cần phải được mở rộng vì độ bao phủ hiện vẫn còn hạn chế;

Tính bền vững liên quan đến các tài trợ bên ngoài cắt giảm trong tương lai. Số người cần điều trị ARV trong tương lai cũng như số người đang được điều trị cần phải được tiếp tục duy trì điều trị cho đến cuối đời;

Một số xét nghiệm và phí khám bệnh cần có để có thể tiếp cận điều trị ARV lại không miễn phí;

Những doanh nghiệp tư nhân thiếu kiến thức về các loại dịch vụ, chăm sóc và hỗ trợ sẵn có cũng như địa điểm có thể giới thiệu nhân viên của mình đến các dịch vụ này. Kỳ thị và phân biệt đối xử cũng ngăn cản nhân viên của họ đi xét nghiệm HIV hoặc bộc lộ tình trạng của họ để được tiếp cận các dịch vụ điều trị.

Các hành động có thể thực hiện để cải thiện các dịch vụ bao gồm:

- Tăng cường điều phối tuyến tỉnh để tăng tiếp cận tới các dịch vụ dự phòng và chăm sóc điều trị
- Mở rộng tiếp cận với chương trình điều trị ARV
- Hỗ trợ các tổ chức xã hội dân sự trong việc xây dựng và thực hiện chính sách, đặc biệt các hoạt động cung cấp các hỗ trợ và chăm sóc dựa vào cộng đồng
- Vận động tăng các nguồn lực trong nước và chú trọng phân bổ có mục tiêu chọn lọc của các nguồn lực này

8. Nước bạn có chính sách đảm bảo sự bình đẳng giữa nam và nữ trong việc tiếp cận tới dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV không?

☑ **Có**	Không

8.1. Đặc biệt, nước bạn có chính sách để đảm bảo việc tiếp cận tới dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho phụ nữ ngoài thời gian mang thai và sinh đẻ không?

☑ **Có**	Không

Hiện không có chính sách nào ngăn cản phụ nữ tiếp cận các dịch vụ tuy nhiên những chính sách hiện tại cũng không khuyến khích họ tiếp cận. Cần có một chính sách cụ thể để giải quyết và ưu tiên các nhu cầu của phụ nữ. Không có các dịch vụ chăm sóc điều trị dự phòng nào được thiết kế riêng cho bạn tình của người sử dụng ma túy.

9. Nước bạn có chính sách đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng cho các nhóm có nguy cơ cao nhất và/hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, hãy mô tả một cách vắn tắt nội dung của chính sách này:

Theo Luật HIV, tiếp cận dự phòng chăm sóc và điều trị là công bằng với tất cả mọi người.

9.1. ***NẾU CÓ,*** chính sách này có đưa ra các cách tiếp cận khác nhau để đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng đến các dịch vụ cho các nhóm có nguy cơ cao nhất hoặc các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☑ **Có**	Không

NẾU CÓ, giải thích một cách ngắn gọn các cách tiếp cận khác nhau để đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng đến dịch vụ cho các nhóm khác nhau.

Theo Luật HIV các nhóm quần thể nguy cơ cao được ưu tiên tiếp cận các hoạt động truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS (điều 11) và các can thệp giảm tác hại được thực hiện trong nhóm có nguy cơ cao cần phù hợp với tình trạng kinh tế xã hội của họ (điều 21).

Tuy nhiên Luật HIV không chỉ rõ phương thức tiếp cận cho các nhóm quần thể có nguy cơ cao khác như nữ tiêm chích ma túy, tù nhân và những người trong các trại tạm giam, các nhóm di biến động và MSM.

Tám chương trình hành động quốc gia có hướng dẫn dựa trên nhu cầu của nhóm quần thể có nguy cơ cao chính. Ví dụ như chương trình hành động quốc gia về giảm hại có các hướng dẫn cụ thể cho người tiêm chích ma túy, người bán dâm và người trong các trường trại tạm giam. Nghị định 108 qui định các các dịch vụ giảm hại cho tất cả các nhóm quần thể có nguy cơ cao.

Quyết định số 96/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về hỗ trợ người nhiễm HIV trong nhà tù và trại tạm giam đã cung cấp các chương trình dự phòng, chăm sóc, và điều trị cho người nhiễm HIV tại trại giam và các cơ sở bảo trợ xã hội. Tuy nhiên việc tiếp cận các dịch vụ này (bao gồm cả tư vấn trước và sau xét nghiệm, can thiệp giảm tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện) vẫn chưa có tại các trại giam và tạm giam. Trong khuôn khổ quĩ toàn cầu vòng 6, đã có 14 trung tâm 05/06 cung cấp ARV tại trung tâm và 15 trung tâm có VCT tại chỗ.

Tuy nhiên, Luật HIV không nêu rõ các phương pháp tiếp cận đối với nhóm có nguy cơ cao như nữ sử dụng ma túy, tù nhân, dân di biến động, MSM... Chẳng hạn như việc phân phát bơm kim tiêm chỉ nhắm vào nhóm sử dụng ma túy trong khi dịch bệnh lây truyền của các nhóm xác định còn lại được cho là qua đường tình dục.

10. Nước bạn có chính sách nghiêm cấm xét nghiệm sàng lọc HIV vì mục đích tuyển dụng lao động không? (tuyển dụng, điều động, phân công, thăng chức, cắt hợp đồng)

☑ **Có**	Không

11. Nước bạn có chính sách đảm bảo các đề cương nghiên cứu HIV có liên quan đến đối tượng con người được một ủy ban về các vấn đề đạo đức cấp quốc gia hoặc địa phương rà soát và thông qua không?

☑ **Có**	Không

11.1. Nếu có, ủy ban đạo đức có sự tham gia của đại diện dân sự xã hội, bao gồm người sống với HIV không?

Có	☑ **Không**

NẾU CÓ, hãy mô tả cách tiếp cận và hiệu quả của uỷ ban này:

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

- Có các thể chế độc lập trong nước nhằm 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**

- Có đầu mối tại Bộ Y tế và các bộ khác để giám sát các vấn đề lạm dụng nhân quyền và phân biệt đối xử liên quan đến HIV trong các lĩnh vực như nhà cửa và việc làm

Có	☑ **Không**

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

Có	☑ K**hông**

NẾU CÓ, *ở bất kỳ điểm nào kể trên, hãy mô tả vài ví dụ*

Những cơ quan nhân quyền sau có tồn tại ở Việt Nam:

- Viện nhân quyền Việt Nam (VIHR) tại Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh
- Ủy ban chỉ đạo về nhân quyền thuộc văn phòng chính phủ.

Những văn phòng trợ giúp pháp lý đã được thành lập tại TP. Hồ Chí Minh và Hải Phòng nhằm trợ giúp về những vấn đề liên quan đến pháp lý và quyền của người nhiễm HIV.

Việt Nam đã cam kết với các tiêu chuẩn quốc tế liên quan tới HIV bao gồm Hiệp ước về Quyền Trẻ em, Hiệp ước về Đấu tranh chống phân biệt đối xử với phụ nữ, Hiệp ước quốc tế về quyền lợi kinh tế, xã hội, văn hóa và Hiệp ước xem xét định kỳ toàn cầu và báo cáo thường xuyên. Việt Nam cũng là một thành viên thông qua Tuyên bố cam kết UNGASS về HIV năm 2001 và bản tuyên bố chính trị về HIV năm 2006.

Có chỉ báo về kỳ thị và phân biệt đối xử trong khung giám sát và đánh giá quốc gia về HIV/AIDS.

Tuy nhiên:

Mặc dù có sự tồn tại của các cơ quan, tổ chức nhân quyền tại Việt Nam nhưng các cơ quan, tổ chức này chưa thật sự được độc lập

Mặc dù Việt Nam đã thông qua một số thỏa thuận và hiệp định trong đó bao gồm các chỉ số thực hiện đã được thống nhất, nhưng các chỉ số này không cụ thể cho HIV (cả quốc nội và quốc tế).

13. Trong 2 năm vừa qua, các thành viên của toà án (bao gồm toà án lao động) có được tập huấn hoặc nâng cao nhận thức về các vấn đề liên quan đến HIV và nhân quyền có thể gặp phải trong công việc của họ không?

☑ **Có**	Không

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

- Hệ thống trợ giúp pháp lý cho các trường hợp liên quan đến HIV

☑ **Có**	Không

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

☑ **Có**	Không

- Các chương trình giáo dục, nâng cao nhận thức cho người có HIV về quyền của mình

☑ **Có**	Không

15. 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?

Truyền thông đại chúng	☑ **Có**	Không
Giáo dục trong nhà trường	☑ **Có**	Không
Nhân vật thường xuyên phát biểu, chia sẻ	☑ **Có**	Không
Khác: (ghi rõ) Nơi làm việc Các cơ sở tôn giáo	☑ **Có**	Không

Nhìn chung,nước bạn đánh giá thế nào về các chính sách, điều luật và quy định hiện có vào năm 2009 để bảo vệ nhân quyền liên quan đến HIV?											
2009	Rất kém										Xuất sắc
	0	1	2	3	4	5	6	7	**8** ☑	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

Những chỉnh sửa trong Luật phòng chống ma túy sửa đổi bao gồm khái niệm về giảm hại để thống nhất với Luật HIV là một thành quả rất có ý nghĩa.Việc sửa đổi bộ luật hiện tại có tham chiếu với hoạt động giảm kỳ thị được quy định bởi Luật HIV. Luật sửa đổi cũng phi tội phạm hóa việc sử dụng ma túy, tạo điều kiện thuận lợi hơn cho việc thực hiện các hoạt động giảm tác hại và là một sự chuyển biến lớn khi nghiện ma túy được coi là một vấn đề thuộc phạm trù tâm lý.

Chương trình hành động quốc gia cho trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV được ban hành năm 2009 đã bao trùm các khía cạnh liên quan đến đáp ứng về HIV/AIDS cho trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Kết quả của việc sửa đổi Luật bảo hiểm y tế là việc người nhiễm HIV hiện không còn là đối tượng miễn trừ bảo hiểm y tế nữa.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

Trong quá trình luật mới vừa được công bố và luật hiện hành đang được sửa đổi, việc thực thi hiệu quả các luật này vẫn là một thách thức.

Ngoài việc sửa đổi Luật phòng chống ma túy, các vấn đề sau vẫn còn đáng chú trọng đó là:

Tuy sử dụng ma túy không bị coi là tội phạm, thì người sử dụng ma túy vẫn là đối tượng bị x*ử phạt hành chính tạm giam cho tới 2 năm. Theo* Nghị định số 94/2009/NĐ-CP về quản lý tái hòa nhập cộng đồng trong đó người sử dụng ma túy có thể bị tạm giam giữ thêm trong thời gian dài hơn – sau 1 đến 2 năm điều trị.

Sự thống nhất thấp giữa Luật HIV và những thông tư, nghị định khác, đặc biệt trong lĩnh vực chống kỳ thị và phân biệt đối xử.

Pháp lệnh phòng chống mại dâm hiện đang được xem xét lại nhưng vẫn đang là rào cản cho người bán dâm được tiếp cận với các dịch vụ HIV vì vẫn là đối tượng bị xử phạt tạm giam.

Sự tuân thủ điều luật trong Luật HIV đặc biệt về chống kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn còn thấp.

Luật HIVquy định về trách nhiệm của người chủ lao động trong lĩnh vực dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV, tuy nhiên chính sách thuế hiện nay không có giảm thuế cho những doanh nghiệp có quỹ dành cho các hoạt động HIV.

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về việc thực hiện các chính sách, điều luật và quy định có liên quan đến HIV trong năm 2009?											
2009	Rất kém										Xuất sắc
	0	1	2	3	4	**5** ☑	6	7	8	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

Sự nhận thức về quyền và tính tổ chức của các nhóm có nguy cơ cao được tăng cường. Vì vậy kỳ vọng của các nhóm này đã tăng cao hơn so với trước đây và họ có những nhận xét chính đáng hơn với các ứng phó quốc gia. Từ lần báo cáo trước đến nay, có nhiều thời gian hơn để quan sát tác động của Luật HIV trong thực tế nên kỳ vọng của các đối tác phát triển cũng tăng cao.

Sự phân biệt và đối xử với người nhiễm HIV đã giảm đi trông thấy vì nhiều người nhiễm HIV đã biết và yêu cầu quyền lợi của mình, sự tiếp xúc với người nhiễm HIV cũng như hiểu biết về Luật HIV tăng lên.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

- Việc thực thi pháp luật còn yếu, đặc biệt ở những vùng sâu, vùng xa nơi sự hiểu biết về pháp luật còn rất hạn chế, thiếu các chế tài và biện pháp xử phạt vi phạm luật;
- Sự không nhất quán các biện pháp phòng chống ma túy và mại dâm và các giải pháp y tế cộng đồng vẫn còn tồn tại nên hạn chế việc tiếp cận tới các nhóm quần thể này;
- Sự phân biệt đối xử trong các cơ sở y tế và trường học đối trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng vẫn còn khá phổ biến;
- Mặc dù kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm đã giảm nhưng vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử trong các cơ sở y tế và trường học hiện vẫn đang tồn tại.

II. SỰ THAM GIA CỦA XÃ HỘI DÂN SỰ

1. Xã hội dân sự đã đóng góp ở mức độ nào cho việc đẩy mạnh cam kết chính trị của các nhà lãnh đạo cấp cao và xây dựng chính sách quốc gia?

Thấp					Cao
0	1	2	**3**☑	4	5

Nhận xét và ví dụ

Sự đóng góp của xã hội dân sự đang tăng lên, tuy nhiên vẫn còn tồn tại nhiều thách thức bao gồm hạn chế về năng lực và sự công nhận từ phía chính phủ.

Cơ chế điều phối quốc gia của Quỹ toàn cầu gồm có các đại diện được bầu chọn của những tổ chức Phi chính phủ trong nước và sự tham gia của những người sống chung với HIV. Mạng lưới người sống với HIV tại Việt Nam VNP+ là một thành viên của CCM. Quỹ toàn cầu vòng 9 với cơ chế tài chính song song lần đầu tiên có sự tham gia của tổ chức xã hội dân sự như một đơn vị tiếp nhận viện trợ chính.

Những nhóm quần thể nguy cơ cao, những tổ chức Phi chính phủ trong nước và tổ chức xã hội dân sự đã tham gia đóng góp ý kiến cho những chính sách và văn bản pháp luật, như việc một tổ chức Phi chính phủ trong nước đã vận động để đưa nội dung giảm hại vào trong luật phòng chống ma túy sửa đổi.

Những tổ chức Phi chính phủ trong nước và quốc tế đang làm việc với các nhóm tự lực, các tổ chức cộng đồng (như Hội phụ nữ, Hội phòng, chống AIDS) trong việc hỗ trợ tài chính và kỹ thuật nhằm nâng cao năng lực cho các nhóm tự lực và tham gia đóng góp vào các văn bản pháp lý và kỹ thuật.

Mặc dù vậy, xã hội dân sự vẫn thiếu các chiến lược vận động chính sách có mục tiêu và có sự điều phối.

2. Xã hội dân sự đã tham gia ở mức độ nào vào quá trình xây dựng kế hoạch và ngân sách của Chiến lược Quốc gia hoặc kế hoạch hoạt động phòng, chống HIV/AIDS gần đây nhất (ví dụ như tham gia các buổi họp xây dựng kế hoạch và đóng góp ý kiến cho các bản dự thảo kế hoạch)?

Thấp					Cao
0	1	**2**☑	3	4	5

Nhận xét và ví dụ

Với những nỗ lực trên, tổ chức xã hội dân sự đã đóng góp vào việc lên kế hoạch quốc gia và việc lập kế hoạch tài chính. Ví dụ, qua quá trình xây dựng đề xuất cho Quỹ toàn cầu vòng 9, chúng ta có thể thấy các tổ chức xã hội dân sự đã có những đóng góp trong việc lập kế hoạch quốc gia và phân bổ tài chính.

Tổ chức xã hội dân sự cũng tham gia vào việc xây dựng kế hoạch hành động Quốc gia. Từ 2005 đến nay, xã hội dân sự đã được mời tham dự nhóm Kỹ thuật xem xét và góp ý cho các kế hoạch hành động tuyến tỉnh trong khuôn khổ dự án do Ngân hàng thế giới tài trợ.

Từ năm 2009, Cục phòng, chống HIV/AIDS đã có những cuộc họp hàng quý với những tổ chức Phi chính phủ trong nước về tình hình đại dịch và kế hoạch của Cục phòng, chống HIV/AIDS, ghi nhận những phản hồi của tổ chức Phi chính phủ trong nước. Tuy nhiên, những đề nghị của các tổ chức Phi chính phủ trong nước về phân bổ tài chính cho hoạt động của họ vẫn chưa được đáp ứng. Cho đến nay, sự tham gia trong các cuộc họp này vẫn còn rất hạn chế và hy vọng rằng trong tương lai các cuộc họp này sẽ mở rộng hơn cho nhiều nhóm và mạng lưới của người nhiễm HIV tham gia cũng như đại diện của các nhóm nguy cơ cao.

Sự tham gia tích cực và có ý nghĩa của tổ chức Xã hội dân sự trong kế hoạch chiến lược còn hạn chế, không có tổ chức Xã hội dân sự nào được tham gia vào việc lên kế hoạch phân bổ kinh phí hàng năm. Đánh giá Chiến lược quốc gia hiện tại và xây dựng Chiến lược giai đoạn mới là một cơ hội cho Xã hội dân sự được đóng góp nhiều hơn nữa, đặc biệt ở tuyến tỉnh. Tuy nhiên, kiến thức và kỹ năng của xã hội dân sự cần phải được tăng cường hơn nữa để những đóng góp của họ có ý nghĩa hơn.

3. Việc Xã hội dân sự tham gia cung cấp các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ được đưa vào các văn bản dưới đây ở mức độ nào?

   a. Trong Chiến lược quốc gia?

Thấp					Cao
0	1	**2** ☑	3	4	5

   b. Trong ngân sách quốc gia cho phòng, chống HIV/AIDS

Thấp					Cao
0	**1** ☑	2	3	4	5

   c. Trong báo cáo quốc gia về HIV/AIDS

Thấp					Cao
0	1	**2** ☑	3	4	5

Nhận xét và ví dụ

Trong khi các tổ chức quần chúng như Hội phụ nữ và đoàn thanh niên được xác định là đối tác thực hiện Chương trình phòng, chống HIV/AIDS Quốc gia, những tổ chức khác không được tham gia và không được đề cập đến trong chiến lược quốc gia, ngân sách và kế hoạch, cũng như báo cáo hàng năm.

Việc tham gia của tổ chức xã hội dân sự bao gồm các nhóm tự lực và các tổ chức tôn giáo tại tuyến xã phường và tuyến huyện được báo cáo là đã tăng lên và có hợp tác tốt hơn với chính quyền địa phương.Tuy nhiên điều này chưa được thể hiện trong các báo cáo quốc gia.

Vai trò của xã hội dân sự trong việc thực hiện Quỹ toàn cầu vòng 9 tạo ra cơ hội cho tổ chức dân sự xã hội tham gia vào việc xây dựng và thực hiện Chiến lược Quốc gia giai đoạn tới.

4. Xã hội dân sự tham gia ở mức độ nào vào việc giám sát và đánh giá chương trình HIV?

   a. Xây dựng kế hoạch quốc gia về giám sát và đánh giá

Thấp					Cao
0	1	2	**3** ☑	4	5

   b. Tham gia vào uỷ ban/nhóm điều phối các hoạt động giám sát và đánh giá quốc gia

Thấp					Cao
0	1	**2** ☑	3	4	5

   c. Các hoạt động về giám sát và đánh giá ở cấp địa phương

Thấp					Cao
0	1	**2** ☑	3	4	5

Nhận xét và ví dụ

Những tổ chức phi chính phủ quốc tế có tham gia hoạt động theo dõi đánh giá ở cấp độ quốc gia và cấp tỉnh, tuy nhiên, sự tham gia của các tổ chức phi chính phủ trong nước có sự khác biệt đáng kể tùy từng tỉnh, trong đó TP Hồ Chí Minh và Hà Nội là mạnh mẽ nhất. Có một số báo cáo về chương trình và hoạt động của một số tổ chức xã hội dựa vào cộng đồng.

Xã hội dân sự được tham vấn trong quá trình xây dựng khung đánh giá quốc gia năm 2007. Các tổ chức phi chính phủ quốc tế đã có đại diện tham gia nhóm Kỹ thuật về Thông tin chiến lược và theo dõi – đánh giá quốc gia và cuối năm 2009 một đại diện của tổ chức phi chính phủ trong nước cũng tham gia vào nhóm này. Nhóm kỹ thuật giám sát và đánh giá sẽ xem xét toàn bộ số liệu về UNGASS và Ước tính dự báo.

Hoạt động của xã hội dân sự tỏ ra khá mạnh ở miền Bắc. Tuy nhiên sự tham gia của người nhiễm HIV và nhóm nguy cơ cao vẫn còn thiếu. Ở cấp độ địa phương, các tổ chức xã hội dân sự không tham gia vào hoạt động đánh giá và giám sát.

Chưa có nhiều nỗ lực trong việc nâng cao năng lực của các tổ chức Phi chính phủ trong nước trong đánh giá và giám sát.

5. Mức độ đại diện của Xã hội dân sự trong các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, bao gồm các loại tổ chức khác nhau (ví dụ mạng lưới của người nhiễm HIV, tổ chức của người hành nghề mại dâm, các tổ chức tôn giáo...)?

Thấp					Cao
0	1	2	3	**4** ☑	5

Nhận xét và ví dụ

Đại diện của Xã hội dân sự từ các nhóm khác trừ các nhóm người nhiễm vẫn còn hạn chế nhưng đã có cải thiện rất nhiều trong vòng 2 năm qua.

Hiện nay các nhóm đồng tính nam (MSM) đã được thành lập ở 6 tỉnh, tuy nhiên, sự tham gia của họ ở cấp quốc gia còn rất hạn chế. Các nhóm đại diện của những nhóm người sử dụng ma tuý, lao động tình dục bắt đầu hình thành từ năm 2008 và chủ động hơn trong năm 2009 nhưng những nhóm này vẫn còn rất hạn chế.

Mặc dù có tiến bộ nhưng sự tham gia của nhóm người sử dụng ma tuý, lao động tình dục và các tổ chức tôn giáo trong việc lập chính sách còn hạn chế.

Liên minh các tổ chức xã hội dân sự trong phòng, chống HIV/AIDS (VCSPA) đã được thành lập nhằm bù đắp những thiếu hụt nêu trên thông qua việc đưa tiếng nói của những nhóm người thiệt thòi đến những người lập chính sách, những nhà tài trợ và những đối tác tham gia.

Mạng lưới Quốc gia của những người sống chung với HIV tại Việt Nam (VNP+) được thành lập năm 2008 và đăng ký tư cách pháp nhân năm 2009 có sự tham gia của hơn 70 nhóm và các liên minh của những người nhiễm HIV. Phiên họp toàn thể đầu tiên của mạng lưới đã bầu ra ban chỉ đạo gồm 7 thành viên và lựa chọn một ban đại diện gồm 70 thành viên đại diện cho 70 nhóm và các liên minh.

Năng lực hạn chế của các nhóm đại diện cho quần thể có nguy cơ cao và sự thiếu hụt các hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính sẵn có tiếp tục hạn chế sự tham gia hiệu quả của họ trong các đáp ứng ưu tiên tới các nhóm quần thể này.

6. Xã hội dân sự có thể tiếp cận với các loại hỗ trợ sau đây ở mức độ nào?

   a. Hỗ trợ tài chính thích hợp để thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS

Thấp					Cao
0	1	2	**3** ☑	4	5

   b. Hỗ trợ kỹ thuật đầy đủ để thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS

Thấp					Cao
0	1	2	**3** ☑	4	5

Nhận xét và ví dụ

Cơ hội tiếp cận: Những tổ chức Phi chính phủ trong nước ngày càng có nhiều cơ hội nhận sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính. Các tổ chức xã hội dân sự có khả năng tiếp cận các nguồn tài trợ như các nhóm phụ nhận tài trợ trong khuôn khổ của các dự án PEPFAR hay WB/DFID. Các tổ chức này cũng có khả năng nhận được các nguồn tài trợ trong khuôn khổ dự án Quỹ toàn cầu vòng 9 khi vòng này bắt đầu triển khai vào năm 2010.

Nguồn lực cho các tổ chức dựa vào cộng đồng chủ yếu từ việc tham gia các dự án cung cấp các dịch vụ giảm tác hại cho các nhóm quần thể nguy cơ cao hoặc chăm sóc dựa vào cộng đồng cho người nhiễm và trẻ OVC. Tuy nhiên, những tổ chức cộng đồng vẫn gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận nguồn hỗ trợ tài chính, kỹ thuật trong quá trình hoạt động do thiếu những quy định pháp luật trong việc đăng ký pháp lý.

Mặc dù vậy, thông qua nhiều kênh, nhiều cơ chế khác nhau, cơ hội nhận được sự hỗ trợ tài chính, kỹ thuật cho những tổ chức này đã bắt đầu được thiết lập và phát triển.

Khả năng tiếp nhận: Khả năng tiếp nhận sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của các tổ chức phi chính phủ trong nước và các tổ chức dựa vào cộng đồng còn hạn chế. Tổ chức CARE và Pact đã có nhiều nỗ lực trong việc nâng cao năng lực tổ chức cho các tổ chức phi chính phủ trong nước nhưng còn rất nhiều việc phải làm trong việc năng cao năng lực cho các tổ chức này và các tổ chức dựa vào cộng đồng, nhất là ở những tỉnh không thuộc chương trình trọng điểm của PEPFAR.

Những tổ chức xã hội dân sự đã có cơ hội tiếp cận những nguồn tài trợ và hỗ trợ hiện có của PEPFAR, Ngân hàng thế giới, dự án DFID. Tổ chức xã hội dân sự cũng có cơ hội tiếp cận tài trợ của Quỹ toàn cầu vòng 9 nhưng hiệu quả của nó chưa được nhìn thấy rõ.

Một mặt khác, tất cả những hỗ trợ kỹ thuật và tài chính đều bắt nguồn từ những nhà tài trợ quốc tế, trong 2 năm qua, chỉ có một vài nhóm tự lực của người nhiễm HIV được nhận tài trợ của tổ chức phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương nhưng cũng rất hạn chế và chỉ dành cho những sự kiện nhất định.

Thành phần tư nhân tại Việt Nam hiện đang rất lớn mạnh và chính phủ có thể khuyến khích các doanh nghiệp cung cấp tài chính để hỗ trợ người nhiễm HIV thông qua các chương trình bảo trợ xã hội.

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

Dự phòng cho thanh niên	<25%	**25-50%**☑	51-75%	>75%
Dự phòng cho các nhóm nguy cơ				
- Người tiêm chích ma tuý	**<25%** ☑	25-50%	51-75%	>75%
- Nam quan hệ tình dục đồng giới	<25%	**25-50%** ☑	51-75%	>75%
- Người bán dâm	**<25%** ☑	25-50%	51-75%	>75%
Tư vấn và xét nghiệm	**<25%** ☑	25-50%	51-75%	>75%
Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	<25%	**25-50%**☑	51-75%	>75%
Dịch vụ lâm sàng (nhiễm trùng cơ hội, ARV)	**<25%** ☑	25-50%	51-75%	>75%
Chăm sóc tại nhà	<25%	25-50%	**51-75%**☑	>75%
Chương trình cho trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng	<25%	**25-50%** ☑	51-75%	>75%

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực nhằm tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự trong năm 2009?											
2009	Rất kém										Xuất sắc
	0	1	2	3	4	5	6	7	**8** ☑	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

Từ năm 2007 đến nay, chúng ta đạt được những thành công trong lĩnh vực:

- Đăng ký tư cách pháp nhân của mạng lưới người nhiễm HIV Việt Nam VNP+
- Thành lập và phát triển các mạng lưới như VCSPA, VNP+, hiệp hội của người nhiễm HIV ở cấp tỉnh, những liên minh của các tổ chức xã hội dân sự.
- Sự công nhận và cung cấp nguồn lực cho một số nhóm tự lực của nhiễm HIV của các cơ quan phòng, chống HIVAIDS ở một số tỉnh/thành phố.
- Sự lớn mạnh của các tổ chức dựa vào cộng đồng, năng lực và khả năng hoạt động tốt hơn so với kỳ báo cáo trước.
- Sự công nhận của tổ chức xã hội dân sự của các cơ quan phòng, chống HIV/AIDS thông qua việc điều chỉnh vai trò của phòng truyền thông (thành truyền thông và huy động cộng đồng) và có những cuộc họp định kỳ của các tổ chức phi chính phủ trong nước.
- Thành công của xã hội dân sự trong đề xuất Quỹ toàn cầu vòng 9 theo cơ chế tài chính song song.
- Một số tổ chức phi chính phủ trong nước đã thể hiện, tăng cường khả năng vận động chính sách ở cấp quốc gia, lãnh đạo kỹ thuật cũng như thực hiện.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

- Khuôn khổ pháp lý cũng như sự kỳ thị và phân biệt đối xử hạn chế sự tham gia của người TCMT, người mại dâm và cản trở họ cùng nhóm MSM, tạo lập những tổ chức của riêng họ. Vì thế, sự tham gia của họ còn rất hạn chế.
- Yêu cầu của đăng ký pháp lý cho mạng lưới xã hội dân sự/các tổ chức dựa vào cộng đồng của người nhiễm HIV và những nhóm dễ tổn thương, có nguy cơ cao hạn chế các tổ chức này tiếp cận tới các nguồn kinh phí cũng như sự công nhận tư cách pháp nhân.
- Chưa có sự sẵn sàng của chính phủ trong việc xem xét vai trò các tổ chức xã hội dân sự như một đối tác trong lập kế hoạch và thực hiện.
- Hạn chế về năng lực của các tổ chức xã hội dân sự trong việc phát triển tổ chức, quản lý tài chính và quản lý chương trình, theo dõi đánh giá và cần phải được củng cố.
- Hỗ trợ hiện có mà các tổ chức xã hội dân sự nhận được là từ các nhà tài trợ quốc tế và đây thực sự là vấn đề khi Việt Nam đang tiến tới là nước có thu nhập trung bình và các nhà tài trợ rút dần sự hỗ trợ.

Nhiều tổ chức phi chính phủ quốc tế chưa quan tâm đến việc tạo lập mạng lưới cũng như vận động cho sự phát triển của xã hội dân sự.

III. DỰ PHÒNG

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

☑ **Có**	Không

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

Nhu cầu của chương trình dự phòng cụ thể được xác định thông qua sự đánh giá các số liệu dịch tễ hiện có để xác định nhu cầu, điều phối các nhà tài trợ và xác định các vùng địa lý của các điểm dịch vụ. Ngoài ra, các số liệu chương trình cũng được xem xét để xác định những nhu cầu và chỉnh sửa cần thiết đối với dự án.

NẾU KHÔNG, các chương trình can thiệp 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 cần đều có thể tiếp cận được		
	Đồng ý	Không đồng ý	Không trả lời
An toàn truyền máu	☑		
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế		☑	
Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con		☑	
Thông tin – Giáo dục - Truyền thông về giảm nguy cơ	☑		
Thông tin – Giáo dục - Truyền thông về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	☑		
Đẩy mạnh sử dụng bao cao su	☑		
Tư vấn xét nghiệm HIV	☑		
Can thiệp giảm tác hại cho người tiêm chích ma tuý		☑	
Giảm nguy cơ cho nam có quan hệ tình dục với nam		☑	
Giảm nguy cơ cho người hành nghề mại dâm		☑	
Dịch vụ sức khoẻ sinh sản bao gồm dự phòng và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục		☑	
Giáo dục HIV trong nhà trường cho thanh thiếu niên	☑		
Dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài nhà trường		☑	
Dự phòng HIV ở nơi làm việc		☑	
Khác (ghi rõ)			
+ Dự phòng cho nhóm di biến động		☑	
+ Dự phòng cho bạn tình của người nhiễm HIV		☑	
+ Dự phòng cho bạn tình người sử dụng ma túy		☑	
+ Dự phòng trong các trung tâm 05 – 06		☑	

Nhìn chung, nước bạn đánh giá như thế nào về việc thực hiện các chương trình dự phòng HIV trong năm 2009?										
2009	Rất kém									Xuất sắc
	0	1	2	3	4	5	6	7	**8** ☑	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

Trong giai đoạn báo cáo, các can thiệp dự phòng đã được mở rộng và sự tiếp cận với các chương trình can thiệp dự phòng đã được mở rộng tại tất cả các tỉnh.

Thành tựu có ý nghĩa lớn nhất trong thời gian qua là sự mở rộng nhanh chóng của chương trình bơm kim tiêm và bao cao su, việc thực hiện thí điểm chương trình điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện tại Hải phòng, TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội.

Người nhiễm HIV, NCMT, PNMD, MSM đã tăng cường tham gia cung cấp các dịch vụ như các đồng đẳng viên tới các nhóm quần thể có nguy cơ cao và khó tiếp cận tại các địa bàn.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

Ngoài các tiến bộ đạt được, kỳ vọng của xã hội dân sự và các tổ chức phát triển đã tăng cao, một phần do tiến bộ nhanh chóng đạt được cũng như sự gia tăng của các nguồn lực hiện có.

Các chương trình giảm hại dành cho người sử dụng ma túy còn rất hạn chế cả về mặt địa lý lẫn số lượng bơm kim tiêm và bao cao su được phân phát. Không có chương trình giảm hại nào trong các nhà tù và trại giam cũng như chương trình còn rất hạn chế ở một số trung tâm 05/06. Rất nhiều người sử dụng ma túy không tiếp cận các dịch vụ dự phòng vì sợ bị bắt mặc dù sử dụng ma túy đã được coi là không phạm tội. Dịch vụ dành cho nữ sử dụng ma túy còn rất ít.

Dịch vụ dự phòng dành cho người hành nghề mại dâm còn hạn chế. Hầu hết các chương trình giảm hại đều nhắm vào nhóm hành nghề mại dâm đường phố, bỏ quên những hình thức hành nghề mại dâm khác. Vẫn có khoảng trống trong dịch vụ dành cho người hành nghề mại dâm nam và cung cấp bơm kim tiêm cũng như bao cao su.

Dự phòng cho MSM chưa được đưa vào chương trình quốc gia. Chưa có một chính sách cũng như tài liệu kỹ thuật nào hướng dẫn dự phòng cho MSM. Hệ quả là có rất ít chương trình dành cho MSM, nếu có thì cũng chỉ tập trung tại các tỉnh thuộc chương trình PEPFAR. Dự án dự phòng HIV do WB tài trợ tỏ ra chậm đáp ứng với nhu cầu của nhóm quần thể này. Ngoài ra vẫn còn thiếu những dịch vụ liên quan đến sức khỏe sinh sản đặc thù cho nhóm quần thể này.

Những nhu cầu dự phòng cho bạn tình của người nhiễm HIV và người sử dụng ma túy chưa được xem xét và đưa vào chương trình quốc gia. Việc thực hiện chỉ trong phạm vi rất nhỏ.

Thiếu các ước tính về số lượng người trong các nhóm hành vi nguy cơ có nghĩa là việc ước tính chính xác việc tiếp cận và độ bao phủ của các can thiệp dự phòng tới các nhóm quần thể này vẫn là điều không thể.

Kỳ thị và phân biệt đối xử trong cộng đồng và các cơ sở y tế hiện vẫn đang hạn chế hoặc trì hoãn những người có nhu cầu tiếp cận tới các dịch vụ dự phòng.

IV. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS

1. Nước bạn có xác định các nhu cầu cụ thể cho điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV không?

☑ **Có**	Không

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

Nhu cầu được xác định dựa trên thông tin về dịch tễ sẵn có

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 được thực hiện ở mức độ nào?

Các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Phần lớn những người cần đều có thể tiếp cận được		
	Đồng ý	Không đồng ý	Không trả lời
Điều trị ARV	☑		
Chăm sóc dinh dưỡng		☑	
Điều trị AIDS cho trẻ em		☑	
Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục	☑		
Hỗ trợ tinh thần cho người có HIV và gia đình		☑	
Chăm sóc tại nhà		☑	
Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị các nhiễm trung liên quan đến HIV thường gặp		☑	
Tư vấn và xét nghiệm cho bệnh nhân lao	☑		
Sàng lọc lao cho người có HIV	☑		
Điều trị dự phòng lao cho người có HIV		☑	
Kiểm soát lao trong các cơ sở chăm sóc điều trị HIV	☑		
Điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole cho người có HIV	☑		
Điều trị sau phơi nhiễm (ví dụ: phơi nhiễm do nghề nghiệp, hãm hiếp)		☑	
Dịch vụ điều trị HIV ở nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc		☑	
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm sắp xếp công việc)		☑	
Khác (ghi rõ)			

Nhìn chung, nước bạn đánh giá thế nào về việc thực hiện các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV năm 2009?										
2009	Rất kém									Xuất sắc
	0	1	2	3	4	5	6	**7** ☑	8	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

Trong giai đoạn vừa qua có sự tăng trưởng rất nhanh của dịch vụ điều trị ARV. Đã có sự mở rộng liên tục và hoàn thiện chất lượng của các chương trình điều trị sẵn có để nâng cao về số lượng người cũng như số địa phương được hưởng lợi. Người nhiễm HIV coi việc mở rộng chương trình điều trị ARV là một trong những thành tựu lớn nhất của đáp ứng Quốc gia trong 2 năm vừa qua.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

Thách thức lớn nhất trong lĩnh vực điều trị cũng như lý do chính cho việc đánh giá điểm thấp hơn so với chu kỳ báo cáo trước là tiếp cận điều trị trong các nhà tù và cơ sở lao động giáo dục bắt buộc. Tính đến cuối năm 2009, ARV vẫn chưa có trong các nhà tù và chỉ có ở một số trung tâm Lao động giáo dục bắt buộc. Người nghiện ma túy bị đưa vào các trung tâm Lao động giáo dục bắt buộc thường bị dừng điều trị ARV và làm tăng nguy cơ kháng thuốc. Hệ thống chuyển gửi giữa các trung tâm này với cộng đồng đối với mỗi trại viên được ra trại là rất yếu và cần phải củng cố.

Người nhiễm HIV được tiếp cận với sàng lọc Lao trong các Trung tâm nhưng không được tiếp cận với các biện pháp dự phòng. Một cách cải thiện điều này là tăng cường các phòng y tế trong các trung tâm để tăng chất lượng của các dịch vụ và tăng độ bao phủ của chương trình ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội và các chăm sóc giảm nhẹ. Hệ thống khen thưởng cần phải được thực hiện nhằm khuyến khích và thu hút các nhân viên y tế làm việc trong các trung tâm này.

Một thách thức khác liên quan đến điều trị là sự gia tăng của số người cần điều trị do tiến triển tự nhiên của dịch, do khả năng chẩn đoán bệnh tốt lên và hướng dẫn điều trị mới của TCYTTG. Vì phần lớn các chương trình điều trị hiện vẫn do các nhà tài trợ quốc tế, yếu tố bền vững là vấn đề sẽ nảy sinh khi các nguồn tài trợ quốc tế này giảm đi. Sự gắn kết các chương trình điều trị vào hệ thống y tế hiện hành là một cách để giải quyết vấn đề này.

2. Nước bạn có chính sách hay chiến lược giải quyết các nhu cầu khác liên quan trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương khác (OVC) không?

☑ **Có**	Không	Không trả lời

2.1. ***NẾU CÓ,*** nước bạn có định nghĩa về trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương (OVC) không?

☑ **Có**	Không

2.2. ***NẾU CÓ,*** nước bạn có chương trình hành động quốc gia riêng về trẻ OVC không?

☑ **Có**	Không

2.3. ***NẾU CÓ***, nước bạn có con số ước tính số trẻ OVC mà các can thiệp hiện có đã tiếp cận được không?

Có	☑ **Không**

NẾU CÓ, bao nhiêu phần trăm trẻ OVC đã được tiếp cận? ghi rõ số %:

Nhìn chung, nước bạn đánh giá thế nào về các nỗ lực nhằm đáp ứng các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ OVC trong năm 2009?										
2009	Rất kém									Xuất sắc
0	1	2	3	4	5	6	**7** ☑	8	9	10

Kể từ năm 2007 cho đến nay, những thành tựu đã đạt được trong lĩnh vực này là gì?

- Chương trình hành động quốc gia cho trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV đã bao phủ các khía cạnh liên quan đến trẻ em và HIV/AIDS.
- Việc thực hiện nghị định 67/2007 tạo hỗ trợ về tài chính đối với trẻ mồ côi, trẻ bị ảnh hưởng và trẻ nhiễm HIV.
- Hỗ trợ trẻ OVC bao gồm dinh dưỡng và việc đến trường đang ngày càng tăng.

Những thách thức còn tồn tại trong lĩnh vực này là gì?

- Phân biệt và đối xử đã tạo nên một rào cản cho việc đến trường của trẻ OVC, đặc biệt là những trẻ được xem như mồ côi từ bố mẹ bị AIDS.
- Các mô hình vận hành về việc thực hiện Chương trình hành động quốc gia về trẻ OVC, đặc biệt là các mô hình dựa vào cộng đồng chưa được phát triển hoặc phổ biến đầy đủ.
- Năm 2009 đã có 803 trẻ nhiễm HIV (từ 6 đến 15 tuổi) được Cục Phòng, chống HIV/AIDS cấp bảo hiểm y tế miễn phí. Tuy nhiên đây chưa phải là chính sách quốc gia.

DANH SÁCH CÁC ĐƠN VỊ ĐÓNG GÓP CHO NCPI PHẦN B - UNGASS 2010

Stt	Tên đơn vị
	Các tổ chức xã hội dân sự
1	Hy Vọng – Bắc Kạn
2	Nhóm Hoa Hướng Dương - Cao Bằng
3	Nhóm Sao Đêm - Cao Bằng
4	Tia nắng mới - Điện Biên
5	Hoa Hướng Dương - Điện Biên
6	Nhóm Đồng Cảm xã Thanh Yên - Điện Biên
7	Nhóm Hoa Sim Tím huyện Mường Ăng - Điện Biên
8	Trung tâm Phát triển cộng đồng tỉnh Điện Biên
9	CLB Phương Phương chân trời mới - Hà Giang
10	Trung tâm Sức khỏe Phụ nữ Hà Nội
11	Mặt trời của bé - Hà Nội
12	Ước mơ xanh - Hà Nội
13	LIVE – Hà Nội
14	Trung tâm tư vấn hỗ trợ gia đình trẻ em nghèo nông thôn - Hà Nội
15	CLB Đồng Cảm 2 phường Nhân Chính - Hà Nội
16	CLB Đồng Cảm 1 phường Nhân Chính - Hà Nội
17	CLB Đồng Cảm phường Khương Trung - Hà Nội
18	CLB Đồng Cảm phường Thanh Xuân Trung - Hà Nội
19	CLB Đồng Cảm phường Kim Giang - Hà Nội
20	CLB Đồng Cảm phường Hạ Đình - Hà Nội
21	Khát vọng sống - Hà Nội
22	Thế giới mới - Hà Nội
23	Ước mơ tuổi trẻ - Hà Nội
24	Dự án Lái xe đường dài - Hà Nội
25	CEPHAD - Hà Nội
26	CERAC- Hà Nội
27	VNMTS- Hà Nội
28	Bạn tình Long Biên - Hà Nội
29	VNMTS - Hà Nội
30	Cát Trắng - Hà Nội
31	CLB Bầu trời xanh - Hà Nội
32	Bồ Câu - Hà Nội
33	Sức Mới - Hà Nội
34	Về nhà- Hà Nội
35	Gạch đầu dòng - Hà Nội

36	Nơi Bình Yên - Hà Nội
37	CERAC - Hà Nội
38	CIHP - Hà Nội
39	Bạn tình- Hai Bà Trưng - Hà Nội
40	TT pháp luật y tế - Hà Nội
41	Hội PC AIDS - Hà Nội
42	VNMTS - Hà Tĩnh
43	Vòng tay bè bạn 1 - Hải Phòng
44	Vòng tay bè bạn 2 - Hải Phòng
45	Phụ nữ trẻ phòng chống HIV - Hải Phòng
46	CLB Thuỷ Triều - Hải Phòng
47	Cỏ Ba Lá - Hải Phòng
48	Sức trẻ - Hải Phòng
49	CLB Mẹ &Vợ Phường Hạ Lý - Hải Phòng
50	Nhóm Phụ Nữ Tự Lực An Dương - Hải Phòng
51	Nhóm Phụ Nữ Tự Lực Kiến Thụy - Hải Phòng
52	CLB Gia Đình Trẻ - Hải Phòng
53	Khát Vọng Sống Kiến An - Hải Phòng
54	CLB Mẹ &Vợ phường Nghĩa Xá Quận Lê Chân - Hải Phòng
55	CLB Mẹ &Vợ phường Trại Chuối -Hồng Bàng - Hải Phòng
56	CLB Hương Lúa - Hải Phòng
57	Trương Sơn Xanh - Hải Phòng
58	Hoa Sen 1 - Hải Phòng
59	Hoa Sen 2 - Hải Phòng
60	Tình Biển- Hải Phòng
61	Sóng biển Đồ Sơn - Hải Phòng
62	Sống để yêu - Đồ Sơn - Hải Phòng
63	Đất cảng Hải Phòng
64	Phụ nữ tự lực - Hải Phòng
65	CLB Biển Xanh - Hải Phòng
66	Nhóm Anh - Em- Hải Phòng
67	CLB tình nguyện Hương hồi Xứ Lạng - Lạng sơn
68	Câu lạc bộ Hy vọng Lạng Sơn
69	Hoa Hồi 1 – Lạng Sơn
70	Hoa Hồi 3 Văn Quang - Lạng Sơn
71	CLB Vì ngày mai - Lạng Sơn
72	Chân trời mới - Lào Cai
73	Bồ Câu Trắng - Lào Cai
74	VNMTS Quỳ Hợp - Nghệ An

75	VNMTS - Nghệ An
76	VNMTS - Ninh Bình 2
77	VNMTS Ninh Bình 1
78	Khát Vọng Tình thương - Ninh Bình
79	VNMTS Phú Thọ
80	Hòn gai - Quảng Ninh
81	Nhóm sau cai - Cẩm phả - Quảng Ninh
82	Phụ nữ trẻ - Cẩm phả - Quảng Ninh
83	VNMTS Vân đồn - Quảng Ninh
84	VNMTS Quan Lạn - Quảng Ninh
85	Đất mỏ Quang Hanh - Quảng Ninh
86	Bình minh Hạ Long - Quảng Ninh
87	Vì ngày mai Uông Bí - Quảng Ninh
88	Hoa Bất Tử Vân Đồn - Quảng Ninh
89	VNMTS Đông Triều - Quảng Ninh
90	QNP+ - Quảng Ninh
91	Nhóm Một ngày mới - Thanh Hoá
92	Đại học Hồng Đức - Thanh Hoá
93	CLB Thân Thiện - Thanh Hóa
94	Hướng tới tương lai - Thái Bình
95	Chuông Ban Mai - Thái Bình
96	Hoa Cỏ May - Thái Bình
97	Thắp sáng niềm tin - Thái Bình
98	VNMTS Thái Bình
99	Trà Lý Xanh - Thái Bình
100	VNMTS Kiến Thuỵ - Thái Bình
101	Mạng lưới hy vọng Thái Bình
102	VNMTS Thái Nguyên 1
103	VNMTS Thái Nguyên 2
104	VNMTS Ninh Xá - Bắc Ninh
105	VNMTS Hy Vọng - Bắc Ninh
106	VNMTS Bắc Ninh 1
107	VNMTS Tre xanh - Bắc Ninh
108	Cùng chia sẻ - Hoà Bình
109	Hoa Sen - Hoà Bình
110	Hoà Bình Xanh - Hòa Bình
111	VNMTS Hải Ninh – Hải Dương
112	CLB Hải Dương Xanh - Hải Dương
113	VNMTS Chí Linh - Hải Dương

114	Nhóm Đồng Quê - Hải Dương
115	VNMTS Hải Dương
116	VNMTS Hà Nam
117	Nhóm Bông Điên Điển – An Giang
118	Tình Bạn Long Xuyên - An Giang
119	Nhóm Hy Vọng - An Giang
120	Liên Minh NT&567 tại TPHCM
121	CLB Niềm Tin Đất Mũi Cà Mau
122	Adamzone - Cần Thơ
123	Nhóm Chung Sức - Cần Thơ
124	Nhóm Đồng Hành - TPHCM
125	Cầu vồng - Đà Nẵng
126	Ban Tiếp nhận & điều phối DA hỗ trợ PC HIV/AIDS - Đà Nẵng
127	Nhóm Yêu Thương phục vụ - Đà Nẵng
128	Nhóm Những người bạn - Đà Nẵng
129	Cầu Vồng Tương Lai - Đà Nẵng
130	Nhóm tự lực ước mơ - Đà Nẵng
131	Công Đoàn Hi Vọng - Đà Nẵng
132	CLB Ánh Sao Đêm - Đà Nẵng
133	Nhóm Bạn và Tôi - Đồng Nai
134	Nhóm Mai Hy - Đồng Nai
135	Phòng khám Mai Hoa - Đồng Nai
136	Tình bạn Biên Hòa - Đồng Nai
137	TT Giáo Phận Huế
138	Chương trình phòng chống HIV của Phật giáo tại Huế
139	Nhóm Tay Trong tay - Khánh Hoà
140	Hoa Biển - Nha Trang
141	Muôn sắc mầu - Nha Trang
142	Câu Lạc Bộ CKT Nha Trang - Khánh Hoà
143	Câu Lạc Bộ Ban Mai Xanh - Lâm Đồng
144	Hy vọng Long An
145	CLB Tình thương - Quảng Nam
146	CLB Đồng Cảm - Quảng Nam
147	CLB Ban Mai - Quảng Nam
148	CLB Đồng Cảm - Xã Bình Trị - Quảng Nam
149	Tình Bạn - Sóc Trăng
150	Mầu xanh - TPHCM
151	Mạng Lưới các nhóm tự lực phía Nam - TPHCM
152	SPN+ - TPHCM

153	Nụ cười - TPHCM
154	Tiếng Vọng - TPHCM
155	Nhóm Vươn lên - TPHCM
156	Nhóm Cây Điệp - TPHCM
157	Nhóm Đồng Đội - TPHCM
158	Liên Nhóm Đồng Tâm - TPHCM
159	Nhóm Năng Động - TPHCM
160	Nhóm Nữ Tình Thương - TPHCM
161	Nhóm Online - TPHCM
162	Nhóm Rocker - TPHCM
163	Nhóm Sức Sống - TPHCM
164	Mạng Lưới Tình Thân - TPHCM
165	Nhóm Vui Sống - TPHCM
166	Niềm Tin - TPHCM
167	Nhóm Nắng Mai 2 - TPHCM
168	Nhóm Nắng Mai 1 - TPHCM
169	Tình Bạn 1 - TPHCM
170	Tình Bạn 2 - TPHCM
171	Tình Bạn 3 - TPHCM
172	Tình Bạn 4 - TPHCM
173	Tình Bạn 5 - TPHCM
174	Mạng Lưới Tình Bạn - TPHCM
175	Vì ngày mới 1 - TPHCM
176	Vì ngày mới 2 - TPHCM
177	Caritas Việt Nam - TPHCM
178	Phòng Tư Vấn Hỗ Trợ Cộng Đồng Diệu Giác - TPHCM
179	Liên minh NT & 567 tại TPHCM
	Các doanh nghiệp
1	Trung tâm doanh nghiệp vừa và nhỏ
2	Công ty May Minh Châu
3	Công ty Du lịch Asia
4	Công ty May Đại Việt
5	Vietso Petro Vũng Tàu
6	Công ty TNHH Khải Duyên
7	Phòng Thương mại và Công nghiệp Cần Thơ
8	Công ty TNHH Thủy sản PangGa MeKong
9	Hội đồng doanh nhân nữ
10	Công ty Swedfong
11	Công ty Dệt kim đông xuân

12	Công ty TNHH cơ điện Đại Dương
13	Trung tâm Y tế lao động Bộ giao thông vận tải
14	Công ty Tàu thủy Nam Triệu
15	Mỏ than Hà Tu
16	Hội đồng Giới chủ Hà Tây
17	Hiệp hội làng nghề
18	Công ty CPXL Điên Máy Hà Tây « HEMICO»
19	Hiệp hội vận tải Hà Nội
20	Liên Minh HTX Việt Nam
21	Công ty CP bia HN Kim Bai
22	Tổng công ty thép Việt Nam
23	Tập đoàn Than và Khoáng sản Việt Nam
24	Tập đoàn dầu khí Việt Nam
25	Trung tâm Y tế Môi trường Lao động Bộ Công nghiệp
26	Phòng Thương mại và Công nghiệp Nghệ An
27	Công ty CP Du lịch hợp tác kinh tế Việt Lào
28	Công ty CP vận tải CNTT Nghệ An
29	Hiệp hội doanh nghiệp trẻ Hải Phòng
30	Hiệp hội doanh nghiệp vừa và nhỏ Hải Phòng
31	Dự án Dự phòng HIV nơi làm việc do USAID tài trợ
	Các tổ chức song phương
1	Đại sứ quán Mỹ
2	Đại sứ quán Vương quốc Anh
3	Đại sứ quán Australia
4	Đại sứ quán Hà Lan
5	Đại sứ quán Đan Mạch
	Các tổ chức phi chính phủ quốc tế
1	FHI
2	Abt Associates
3	Care International
4	Catholic Relief Services
5	Adventist Development and Relief Agency
6	Healthright International
7	Pathfinder
8	PEPFAR/Chính phủ Mỹ
9	Pact Việt Nam
	Các tổ chức Liên Hợp Quốc
1	ILO
2	IOM

3	UNFPA
4	UNAIDS
5	UNICEF
6	UNODC
7	WHO

PHỤ LỤC 4:

CÁC CHỈ SỐ CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA, KIẾN THỨC, HÀNH VI VÀ TÁC ĐỘNG

Chỉ số 4. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV ở giai đoạn tiến triển được điều trị bằng thuốc kháng retrovirus (ARV)

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**
  - Báo cáo chương trình điều trị năm 2008 và 2009, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
  - Số liệu ước tính và dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn –2007-2012, Bộ Y tế
- **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 giai đoạn 2007-2012.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người lớn và trẻ em nhiễm 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 nhiễm 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 lớn nhiễm HIV giai đoạn tiến triển được điều trị bằng ARV đã tăng từ 30% năm 2007 lên 45% năm 2008 và 53,7% vào năm 2009.
- Năm 2002 việc điều trị bằng ARV cho trẻ em chưa được áp dụng. Tuy nhiên, số trẻ em nhiễm HIV giai đoạn tiến triển được điều trị bằng ARV đã tăng từ 789 trẻ vào năm 2007 lên 1.462 trẻ vào năm 2008 và 1.987 trẻ vào năm 2009.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu phân tích theo giới.
- Chưa có số liệu ước tính số trẻ em nhiễm HIV giai đoạn tiến triển

Chỉ số 5. 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 chương trình PLTMC năm 2008 và 2009
- **Nhóm đối tượng đích**: Phụ nữ mang thai nhiễm 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 nhiễm 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 nhiễm 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). Tính tới năm 2009, trên cả nước có 157 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ PLTMC.
- Trong năm 2008 và 2009, có lần lượt 32,9% và 32,3% phụ nữ mang thai được điều trị bằng ARV để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con.
- Trong số những đối tượng được nhận thuốc kháng retrovirus để giảm nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con, có:
  - 29,4% chỉ được điều trị bằng NVP liều đơn.
  - 25% được điều trị bằng Zidovudine.
  - 24,3% được điều trị dự phòng kết hợp ba loại ARV.
  - 15,7% được điều trị bằng ARV dành cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn để được điều trị.
- Năm 2009, có 1.511 trẻ em được sinh ra bởi các bà mẹ dương tính với HIV được điều trị để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu về phác đồ điều trị dự phòng LTMC bằng ARV của nhóm 5,6% phụ nữ mang thai dương tính với HIV báo cáo được điều trị.

Chỉ số 6. 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 2009
  - Ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới về số người nhiễm HIV mới nhiễm lao năm 2008 (http://www.who.int/tb/country/en)
- **Nhóm đối tượng đích**: Người nhiễm 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 nhiễm HIV mới mắc lao

3. Kết quả

- Tính đến cuối năm 2009, trên toàn quốc có 1.818 người lớn và 94 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, 77,6% là nam giới.
- Ước tính đến cuối năm 2009 ở Việt Nam có 27,5% 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 nhiễm HIV mới mắc lao trong năm 2009. Chỉ số này được tính toán dựa trên tử số được lấy từ báo cáo 2009 và mẫu số được lấy từ số ước tính năm 2008.

Chỉ số 7. Tỷ lệ phần trăm nữ và nam trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu**: Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và ORC Macro (2006).
- **Quần thể nghiên cứu**: Đối tượng tuổi từ 15-49
- Địa điểm nghiên cứu: Tất cả 64 tỉnh thành của Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu**: Tiến hành một nghiên cứu hộ gia đình cắt ngang trong số 14.157 người lớn 15-49 tuổi, từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi của Điều tra Chỉ số AIDS (AIS). VPAIDS 2005 là mẫu đại diện quốc gia cho toàn bộ dân số của Việt Nam.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi 15–49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm
- **Mẫu số:** Số đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi 15–49

3. Kết quả

- Nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ người trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm là 2,3% (2,1% nữ và 2,6% nam).
- Tỷ lệ cao nhất là ở nhóm người tuổi từ 25-49 (2,7%), sau đó là thanh niên tuổi từ 20-24 (2,5%) và thanh niên độ tuổi từ 15-19 (1%).
- Đối tượng có trình độ văn hoá cao hơn, thu nhập cao hơn, có gia đình, và sống ở vùng thành thị có xu hướng được xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm nhiều hơn là những người có trình độ văn hoá và thu nhập thấp hơn, chưa xây dựng gia đình hoặc ly hôn/ly thân/goá bụa, và sống ở vùng nông thôn.
- Trên toàn quốc, chỉ có 5% số người tuổi từ 15-49 được báo cáo là đã từng được xét nghiệm HIV một lần.
- Tỷ lệ người dân ở các tỉnh thành trọng điểm đã từng xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm cao hơn so với các tỉnh thành không trọng điểm. Ví dụ, ở Hà Nội, khoảng 12% người tuổi từ 15-49 báo cáo là có xét nghiệm HIV một lần và nhận được kết quả trong vòng 12 tháng qua.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu mang tính đại diện cho toàn quốc trong năm 2006 và 2007. Vì vậy chúng tôi phải sử dụng số liệu của năm 2005.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện năm 2005 với 4.536 người có tuổi từ 15-49 ở TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 đã cho thấy rằng có 0,5% số đối tượng có xét nghiệm HIV một lần và nhận kết quả trong vòng 12tháng qua (0,7% nam giới và 0,4% phụ nữ).[1]

[1] Bộ Y tế (Tháng 9/ 2005). Báo cáo về Điều tra Hộ gia đình về tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các chỉ số AIDS tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình.

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với 9.470 phụ nữ tuổi từ 15-49 tại 64 tỉnh thành trong năm 2006 đã cho thấy có 8,3% số đối tượng nói đã từng được xét nghiệm HIV một lần và được thông báo về kết quả xét nghiệm. Tỷ lệ được thấy là cao hơn trong số những người có trình độ văn hoá và thu nhập cao hơn, và sống ở vùng thành thị [2]

[2] Tổng cục Thống kê (2006). Điều tra cụm đa chỉ số ở Việt Nam năm 2006.

Chỉ số 8.1. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả - Người hành nghề mại dâm

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 hành nghề 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

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung bình của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm phụ nữ mại dâm được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Số phụ nữ hành nghề mại dâm trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát năm 2009 cho thấy có 9,8% - 83,2% phụ nữ mại dâm đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả. Tỷ lệ này cao hơn so với năm 2006.
- Không có sự khác biệt đáng kể trong chỉ số này giữa nhóm phụ nữ hành nghề mại dâm có độ tuổi ít hơn 25 (32,4%) và nhiều hơn 25 tuổi (36,2%).

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 giới hành nghề mại dâm.

Chỉ số 8.2. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả – Nam tình dục đồng giới

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 thẻ 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:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 4 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm MSM được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả ở 4 thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Số lượng nam tình dục đồng giới trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy chỉ có 9,2% - 79,6% nam tình dục đồng giới đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả. Tỷ lệ chung (19,1%) cao hơn một chút so với năm 2006 (16,3%).
- Tỷ lệ nam tình dục đồng giới nhiều hơn 25 tuổi được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả (21,8%) cao hơn với nhóm nam tình dục đồng giới nhỏ hơn 25 tuổi (16,4%).

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 8.3. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả – Người tiêm chích ma túy

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**: Người 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 thẻ 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 (IBBS của FHI). 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

- **Tử 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 TCMT được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng vừa qua và đã biết kết quả ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy trong nhóm mẫu.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy 8% - 39,5% số nam giới tiêm chích ma túy đã được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả. Tỷ lệ chung (17,9%) cao hơn gần 1,6 lần so với năm 2006 (11,4%).
- Không có sự khác biệt đáng kể trong chỉ số này giữa nhóm người tiêm chích ma túy có độ tuổi ít hơn 25 (17,6%) và nhiều hơn 25 tuổi (18%).

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 người 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 9.1. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã tiếp cận các chương trình dự phòng HIV – người hành nghề mại dâm

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 hành nghề 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

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung bình của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm 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 ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu).
- **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 dao động từ 19,2% đến 77%.
- Khảo sát IBBS cho thấy 39,9% - 86,3% phụ nữ mại dâm biết phải tới đâu để xét nghiệm HIV, và 38,5% - 90,3% 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 (50,1%) hơn so với số PNMD có độ tuổi ít hơn 25 (42,3%).

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 giới hành nghề mại dâm.

Chỉ số 9.2. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã tiếp cận các chương trình dự phòng HIV – Nam tình dục đồng giới

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 thẻ 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:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 4 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm MSM 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 ở 4 thành phố trong nghiên cứu).
- **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.
- Số MSM ở độ tuổi lớn hơn 25 nhiều khả năng tiếp cận các chương trình dự phòng HIV (30,2%) hơn so với số MSM có độ tuổi ít hơn 25 (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.
- Tỷ lệ này chỉ phản ánh mức bao phủ của các chương trình dự phòng HIV, chứ chưa cho biết chất lượng và tần suất của các chương trình.

Chỉ số 9.3. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao đã tiếp cận các chương trình dự phòng HIV – Người tiêm chích ma túy

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**: Người tiêm chích ma túy (nam trên 18 tuổi, 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 thẻ tham chiếu có hiệu lực được cung cấp bởi 1 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 (IBBS của FHI). 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

- **Tử 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 TCMT 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 ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Tổng số người tiêm chích ma túy được điều tra.

3. Kết quả

- Khảo sát IBBS cho thấy xấp xỉ 26,3% - 92,3% số nam giới tiêm chích ma túy biết phải tới đâu để xét nghiệm HIV, nhưng chỉ có tương ứng 8,1% - 99,6% và 3,8% - 98,3% trong số họ được phát bao cao su và bơm/kim tiêm sạch trong 12 tháng qua. Hơn nữa, chỉ có 1,6 – 55,7% trong số họ được tiếp cận cả ba chương trình dự phòng HIV.
- Số nam giới tiêm chích ma túy ở độ tuổi lớn hơn 25 nhiều khả năng tiếp cận các chương trình dự phòng HIV (17,5%) hơn so với số người tiêm chích ma túy có độ tuổi ít hơn 25 (10,4%).

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 người 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 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 11. Tỷ lệ phần trăm các trường học áp dụng chương trình giảng dạy kỹ năng sống liên quan đến HIV trong năm học vừa qua

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Bộ Giáo dục và Đào tạo (2009). Báo cáo điều tra cơ bản: Khung giám sát và đánh giá quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS. Chỉ số 14: Tỷ lệ trường học có các giáo viên được đào tạo và đã giảng dạy về giáo dục HIV/AIDS dựa trên kỹ năng sống năm 2008
- **Nhóm đối tượng đích:** Trường trung học cơ sở và trung học phổ thông, bao gồm cả trường công, tư và bán công.
- Địa điểm khảo sát: Toàn quốc
- **Phương pháp khảo sát:** Điều tra cắt ngang 469 trường tham gia nghiên cứu trong tổng số 733 trường được mời tham gia.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số trường học triển khai chương trình giáo dục về HIV/AIDS dựa trên các kỹ năng sống trong năm học vừa qua
- **Mẫu số:** Tổng số trường trong mẫu điều tra

3. Kết quả

- Trong số 460 trường trả lời về chương trình giáo dục về HIV/AIDS dựa trên các kỹ năng sống, 34,3% các trường báo cáo rằng trong năm học vừa qua họ đã triển khai chương trình giáo dục này.
- Theo báo cáo của Bộ Giáo dục và Đào tạo, vào năm 2008, có 84,4% trường có ít nhất 1 giáo viên đượcđào tạo về HIV và 22% trường có ít nhất 1 giáo viên được đào tạo về giáo dục HIV/AIDS dựa trên kỹ năng sống. Tuy nhiên, chí có 4,7% giáo viên được đào tạo 1 cách toàn diện về giáo dục HIV/AIDS dựa trên kỹ năng sống tức là được đào tạo về cả 5 kỹ năng: kỹ năng giao tiếp, kỹ năng từ chối, kỹ năng ra quyết định, kỹ năng đặt mục tiêu và kỹ năng đương đầu với vấn đề. Hơn thế nữa, chỉ có 13.5% giáo viên triển khai chương trình giáo dục này trong năm 2008. Giáo viên các trường trung học phổ thông áp dụng chương trình giáo dục HIV/AIDS dựa trên kỹ năng sống nhiều hơn giáo viên các trường trung học cơ sở.

4. Hạn chế của số liệu

- Tỷ lệ đồng ý tham gia nghiên cứu thấp (64%)
- Không có số liệu cho nhóm trường tiểu học

Chỉ số 13. 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 khoẻ mạnh có thể nhiễm HIV hay không?

  4. Muỗi 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 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, và tỷ lệ người nhóm tuổi 20-24 (47%) cao hơn không đáng kể so với 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%).
- Người dân tộc thiểu số ở miền Bắc Việt Nam có kiến thức hạn chế về khả năng lây nhiễm HIV. Năm 2009, ở tỉnh Yên Bái, 31,9% nam giới và 33,8% nữ giới tại các khu vực dự án can thiệp phòng ngừa HIV do Ngân hàng Thế giới (WB) tài trợ đã 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. Tuy nhiên, tại các khu vực không có sự can thiệp ở Lai Châu, tỷ lệ này vẫn còn thấp: 2,8% ở nam giới và 2,4% ở nữ giới.
- Một khảo sát của dự án can thiệp dự phòng HIV do WB tài trợ năm 2009 tại 4 tỉnh cho thấy tỷ lệ thanh niên 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 đã tăng từ 25% ở nam và 21% ở nữ vào năm 2007 lên các con số tương ứng năm 2009 là 45% và 41%.

4. Hạn chế của số liệu

Chỉ số 14.1. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao 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 - Người hành nghề mại dâm.

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:** Phụ nữ hành nghề 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

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung bình của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm phụ nữ mại dâm trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu):

  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 khoẻ mạnh có thể nhiễm HIV hay không?

  4. Muỗi đốt 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:** Số người hành nghề mại dâm trả lời, kể cả "Không biết", cho cả 5 câu hỏi.

3. Kết quả

- Kết quả khảo sát cho thấy 9,9% - 80,3% phụ nữ hành nghề mại dâm 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.
- 72,2%- 100% biết rằng quan hệ tình dục chung thuỷ với chỉ một bạn tình không nhiễm HIV mà người đó lại không có các bạn tình khác có thể giảm nguy cơ lây truyền HIV.
- 83,7%- 99,0% biết rằng sử dụng bao cao su thường xuyên trong mỗi lần quan hệ tình dục phòng ngừa được khả năng lây truyền HIV.
- 18,9%- 97,4% biết rằng một người trông khoẻ mạnh vẫn có thể có HIV.

- 53,1%- 93,1% biết rằng muỗi và các loại côn trùng khác cắn không thể gây nhiễm HIV.
- 74,2%- 98,3% biết rằng không thể lây truyền HIV do ăn chung với người có HIV.

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 số liệu về nam giới hành nghề mại dâm.

Chỉ số 14.2. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao 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 - Nam tình dục đồng giới.

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 thẻ 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:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 4 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm MSM trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi ở 4 thành phố trong nghiên cứu):
- 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 khoẻ mạnh có thể có HIV hay không?
- 4. Muỗi đốt 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:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới đưa ra câu trả lời, kể cả "Không biết", cho tất cả các câu hỏi.

3. Kết quả

- Kết quả cho thấy 47,7% - 77,2% số nam quan hệ tình dục đồng giới 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.
- 86%- 98,6% biết rằng quan hệ tình dục với chỉ một bạn tình chung thuỷ không nhiễm HIV mà người đó không có các bạn tình khác có thể làm giảm nguy cơ lây truyền HIV.
- 92,7%- 98,3% biết rằng sử dụng bao cao su thường xuyên trong mỗi lần quan hệ tình dục có thể ngăn ngừa sự lây truyền HIV.

- 73,5%- 88,9% biết rằng một người trông khoẻ mạnh vẫn có thể có HIV.
- 71%- 88,6% biết rằng muỗi và các loại côn trùng khác cắn không thể làm lây truyền HIV.
- 84,6% - 94,9% biết rằng không thể lây truyền HIV do ăn chung với người có HIV.

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 14.3. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao 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 - Người tiêm chích ma tuý.

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:** Người 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 thẻ 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 (IBBS của FHI). 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

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung bình của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm TCMT trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu):

  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 khoẻ mạnh có thể có HIV hay không?

  4. Muỗi đốt 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:** Số người tiêm chích ma tuý đưa ra câu trả lời, kể cả "Không biết", cho tất cả các câu hỏi.

3. Kết quả

- Kết quả cho thấy 11,7%- 75,1% số nam giới tiêm chích ma tuý 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.
- 61,4%- 100% biết rằng quan hệ tình dục với chỉ một bạn tình chung thuỷ không nhiễm HIV mà người đó không có các bạn tình khác làm giảm nguy cơ lây truyền HIV.
- 60,6%- 98,3% biết rằng sử dụng bao cao su thường xuyên trong mỗi lần quan hệ tình dục có thể ngăn ngừa sự lây truyền HIV.

- 4,9%- 85,4% biết rằng một người trông khoẻ mạnh vẫn có thể có HIV.
- 39,3%- 97,5% biết rằng muỗi và các loại côn trùng khác cắn không thể làm lây truyền HIV.
- 78,7%- 99,7% biết rằng không thể lây truyền HIV do ăn chung với người có HIV.

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 người 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 15. 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%).

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 16. 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 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 15-49 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.

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 17. 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 PNMD 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 PNMD 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 UNGASS. Tử số được sử dụng trong báo cáo này là: "Số thanh niên tuổi từ 15-24 trả lời có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất với người hành nghề mại dâm".
- Mẫu số khác với chỉ dẫn của UNGASS. Mẫu số được sử dụng trong báo cáo này là: "Số thanh niên tuổi từ 15-24 trả lời đã từng quan hệ tình dục với người hành nghề 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 18. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ và nam giới hành nghề mại dâm khẳng định có sử dụng bao cao su với những khách hàng gần đây nhất

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 (IBBS) ở Việt Nam năm 2009. Bộ Y tế Việt Nam (2009).
- **Nhóm đối tượng đích**: Phụ nữ hành nghề 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, áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm.

2. Cách tính

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung bình của 10 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm phụ nữ mại dâm khẳng định có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Số người hành nghề mại dâm bán dâm trong 12 tháng qua.

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 59,3% - 91,8% phụ nữ mại dâm có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất trong 12 tháng qua.
- Chỉ số này không chênh lệch đáng kể 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 tỉnh/thành phố với tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nam giới hành nghề mại dâm.

Chỉ số 19. 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 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 thẻ 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. Người tham gia khảo sát được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Cách tính

- **Tử số:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 4 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm nam giới khẳng định có sử dụng bao cao su lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn với bạn tình nam giới lần gần đây nhất ở 4 thành phố trong nghiên cứu).
- **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 47,4 – 76,8% người được hỏi khẳng định có sử dụng bao cao su trong lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới với bạn tình nam thường xuyên qua đường hậu môn.
- Tỷ lệ này không mấy chênh lệch giữa nhóm đồng tính nam 25 tuổi và trên 25 tuổi (59,8%).

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.
- Không có số liệu về việc sử dụng bao cao su lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn với bạn tình nam giới lần gần đây nhất, vì vậy, số liệu về sử dụng bao cao su lần cuối khi quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn với bạn tình nam thường xuyên được sử dụng đế tính chỉ số này.

Chỉ số 20. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma tuý 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 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:** Người tiêm chích ma túy (nam từ 18 tuổi trở lên, đã TCMT trong tháng trước cuộc khảo sát, đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, và có thẻ 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

- **Tử 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 người tiêm chích ma tuý sử dụng dụng cụ vô trùng lần cuối khi họ tiêm chích ở 10 tỉnh/thành phố trong nghiên cứu)
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma tuý có tiêm chích trong tháng cuối trước khi khảo sát

3. Kết quả

- Khảo sát cho thấy 87% - 98% số nam giới tiêm chích ma tuý khẳng định có sử dụng bơm/kim tiêm vô trùng lần cuối khi họ tiêm chích.
- Tỷ lệ này không chênh lệch nhiều giữa nhóm nam giới tiêm chích dưới 25 tuổi (94%) và trên 25 tuổi (94,9%).

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 người 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 21. Tỷ lệ phần trăm số người tiêm chích ma tuý 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:** Người tiêm chích ma túy (nam từ 18 tuổi trở lên, đã TCMT trong tháng trước cuộc khảo sát, đồng ý xét nghiệm HIV/STI và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, và có thẻ 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

- **Tử 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 người 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 chỉ có 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 người 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 22. Tỷ lệ phần trăm thanh niên trong độ tuổi 15–24 nhiễm HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu**: Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, và ORC Macro (2006).
- **Quần thể nghiên cứu**: Đối tượng tuổi từ 15-49
- Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hải Phòng
- **Phương pháp nghiên cứu**: Tiến hành một điều tra cắt ngang hộ gia đình từ 9-12/2005 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi Điều tra Chỉ số AIDS (AIS) và xét nghiệm HIV.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số thanh niên (15–24) có kết quả xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Số thanh niên (15–24) được xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Kết quả của điều tra cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm thanh niên 15-24 tuổi là 0,3%. Không có trường hợp nào có tuổi từ 15-19 có kết quả xét nghiệm HIV dương tính; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người 20-24 tuổi là 0,8%.
- Tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ 15-49 tuổi là 0,2%, thấp hơn so với nam giới 15-49 tuổi (0,9%).
- Trong nhóm phụ nữ, kết quả xét nghiệm cho thấy chỉ phát hiện được các trường hợp HIV dương tính trong nhóm tuổi 25-34. Trong khi đó ở nhóm nam giới, các trường hợp HIV dương tính nằm trong khoảng tuổi dao động lớn hơn, 20-39 tuổi.
- Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới 15-49 tuổi sống ở vùng thành thị là 2% và ở nam giới 15-49 tuổi độc thân là 1,1%.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ Hải Phòng.
- Không có số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đi khám trước sinh được phân thành theo nhóm tuổi (15-19, 20-24, và 15-24).

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đi khám trước sinh tại 40 tỉnh thành cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này là 0,25% năm 2008 và 0.3% năm 2009. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tân binh là 0,19% năm 2008 và giảm xuống 0,15% năm 2009.
- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người 15-24 tuổi hơi cao hơn – 0,6% (1% tại TP Hồ Chí Minh và 0,4% tại tỉnh Thái Bình). Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam và nữ 15-49 tuổi là 0,7% và 0,4%.

Chỉ số 23.1. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao bị nhiễm HIV - Người hành nghề mại dâm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu**: Giám sát trọng điểm HIV
- **Nhóm đối tượng đích**: Phụ nữ hành nghề mại dâm tại các trung tâm 05 và các cộng đồng
- Địa điểm khảo sát: 40/63 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 cùng với xét nghiệm phương cách II được hoàn thành 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

- Tỷ lệ phụ nữ hành nghề mại dâm nhiễm HIV ở 40 tỉnh năm 2008 là 3,1% và tăng nhẹ lên 3,2% năm 2009. Tỷ lệ này năm 2007 là 3,9%.
- Tỷ lệ phụ nữ hành nghệ mại dâm nhiễm HIV cao nhất là ở Cần Thơ (19%), Hải Phòng (8,5%), Thái Nguyên (7,7%) và Hà Nội (6%).
- IBBS tiến hành ở 10 tỉnh/thành phố năm 2009 cho thấy tỷ lệ phụ nữ hành nghề mại dâm nhiễm HIV là 0,33% - 23%, 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.

Chỉ số 23.2. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao bị nhiễm HIV – nam tình dục đồng giới

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 thẻ 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:** Được tính bằng cách nhân mẫu số với giá trị trung vị của 4 tỷ lệ phần trăm (được ước tính từ dãy số liệu tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới dương tính với HIV ở 4 thành phố trong nghiên cứu).
- **Mẫu số:** Số nam tình dục đồng giới xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia khảo sát nhiễm HIV là 6,7% - 26,1%. Tỷ lệ này cao hơn so với năm 2006.
- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM dưới 25 tuổi thấp hơn nhiều so với tỷ lệ này ở 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 23.3. Tỷ lệ phần trăm nhóm đối tượng nguy cơ cao bị nhiễm HIV – người tiêm chích ma tuý

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu**: Giám sát trọng điểm về HIV
- **Nhóm đối tượng đích**: Những người tiêm chích ma túy tại các trung tâm phục hồi và các cộng đồng
- Địa điểm khảo sát: 40/63 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 cùng với xét nghiệm phương cách II được hoàn thành theo hướng dẫn quốc gia.

2. Cách tính

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma tuý dương tính với HIV
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma tuý xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ người tiêm chích ma tuý nhiễm HIV ở 40 tỉnh năm 2008 là 20,3%, năm 2009 giảm còn 18,4%. Tỷ lệ này năm 2007 là 20,2%.
- Tỷ lệ người tiêm chích ma tuý nhiễm HIV năm 2009 cao nhất là ở thành phố Hồ Chí Minh (55,1%), Cần Thơ (41%), Điện Biên (43%), Thái Nguyên (34%), Quảng Ninh (29%), Gia Lai (33,3%), and Bình Dương (32,4%) và Quảng Ninh(29%).
- IBBS tiến hành ở 10 tỉnh/thành phố năm 2009 cho thấy tỷ lệ nam giới tiêm chích ma tuý 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 24. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em có 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**: Điều tra thuần tập của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009
- **Nhóm đối tượng đích**: Người lớn và trẻ em có HIV hiện đang điều trị ARV
- Địa điểm khảo sát: 27 điểm điều trị người lớn và 4 điểm điều trị trẻ em
- **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 84,4% người lớn và 80,6% trẻ em vẫn sống và điều trị bằng ARV 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị. Tỷ lệ này ở người lớn tăng nhẹ một chút, so với 81% năm 2007 nhưng giảm trong số trẻ em.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu phân tích theo giới.

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA THÔNG TIN
Chịu trách nhiệm xuất bản: Lê Tiến Dũng
Chịu trách nhiệm nội dung: UNAIDS
In xong và nộp lưu chiểu quí III năm 2010
In theo giấy phép xuất bản số: 171-2010/CXB/01/01-01/VHTT, cấp ngày 10/9/2010
Design & Production by Lotus Communications, Hanoi - info@lotushanoi.com.vn