CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

BÁO CÁO QUỐC GIA VỀ TIẾN ĐỘ CHƯƠNG TRÌNH AIDS TOÀN CẦU 2014

THỰC HIỆN CAM KẾT CHÍNH TRỊ 2011 VỀ HIV/AIDS



Giai đoạn báo cáo: Tháng 1/2012 - 12/2013

Hà Nội, tháng 3 năm 2014

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

BÁO CÁO QUỐC GIA VỀ TIẾN ĐỘ CHƯƠNG TRÌNH AIDS TOÀN CẦU 2014

THỰC HIỆN CAM KẾT CHÍNH TRỊ 2011 VỀ HIV/AIDS



Giai đoạn báo cáo: Tháng 1/2012 - 12/2013

Hà Nội, tháng 3 năm 2014

LỜI NÓI ĐẦU

Vào tháng 6 năm 2011, đoàn đại biểu Việt Nam đã tham dự Hội nghị cấp cao về HIV/AIDS tại New York. Tại hội nghị, Việt Nam khẳng định quyết tâm trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS và cam kết thực hiện những mục tiêu mới thông qua việc ký kết *Tuyên bố Chính trị năm 2011 về HIV/AIDS: Tăng cường nỗ lực để loại trừ HIV/AIDS.* Việt Nam rất coi trọng cam kết này và bảo đảm rằng bản báo cáo quốc gia về tiến trình thực hiện cam kết mang tính toàn diện và phản ánh chính xác tình hình thực tế của ứng phó với HIV tại Việt Nam.

Báo cáo lần này, tiếp theo năm kỳ báo cáo cho các giai đoạn 2002 - 2003; 2004 2005; 2006 -2007; 2008-2009; 2010-2011, đã nhận được nhiều ý kiến đóng góp, 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.

Việt Nam tiếp tục có sự tiến bộ vượt bậc như đã từng thể hiện qua các kỳ báo cáo trước. Những thành tựu phản ánh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2012-2013 bao gồm: (1) Không đưa người bán dâm vào các trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội, thay đổi chính sách liên quan đến việc quản lý người bán dâm; xây dựng thành công đề án Đổi mới công tác cai nghiện ma túy đến năm 2020 (2) Mở rộng điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (MMT); (3) Mở rộng tiếp cận với điều trị thuốc ARV và cải thiện chất lượng điều trị HIV, đặc biệt đã thí điểm thành công sáng kiến *Tiếp cận Điều trị 2.0,* (4) Tăng cường kết nối giữa các dịch vụ về HIV với các dịch vụ về Lao, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, sức khỏe tình dục và sinh sản; (5) Sự lớn mạnh của các tổ chức xã hội và các tổ chức cộng đồng trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS. Công tác điều phối đa ngành, môi trường chính sách liên quan đến HIV dần được hoàn thiện và củng cố, những bước tiến mạnh mẽ hơn trong việc hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS, các can thiệp cho người bán dâm và người quan hệ tình dục đồng giới nam cũng là những thành tựu quan trọng trong giai đoạn vừa qua.

Việt Nam đang đối mặt với những thách thức rất lớn về sự bền vững của chương trình phòng, chống HIV/AIDS khi các nhà tài trợ bắt đầu giảm nguồn lực đầu tư, nguồn lực trong nước không đủ để thay thế các nguồn lực quốc tế cắt giảm, trong khi tình hình dịch HIV/AIDS vẫn còn diễn biến phức tạp, hình thái lây truyền HIV thay đổi, dịch HIV/AIDS đã giảm nhưng vẫn ở mức cao, chưa bảo đảm bền vững và dịch có sự gia tăng nhanh ở các khu vực miền núi, mức độ bao phủ chương trình còn ở mức hạn chế, nhu cầu đầu tư cho phòng, chống dịch HIV/AIDS trong tình hình mới lớn hơn giai đoạn trước đây. Trên đây chỉ là một số điểm chính về thành tựu của công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2012- 2013 cũng như những thách thức cần được giải quyết trong những năm tiếp theo. Việt Nam cam kết, sẽ tiếp tục giữ vững những tiến bộ xuất sắc đã đạt được và chỉ đạo công tác điều phối hiệu quả giữa các bộ ngành của Chính phủ cũng như tiếp tục được hợp tác với các đối tác quốc tế và tổ chức xã hội để tiếp nối những thành công.

Cuối cùng, thay mặt Chính phủ, Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS, phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm đánh giá cao và ghi nhận sự đóng góp của các Bộ, Ngành, các tổ chức Quốc tế đang hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS cùng các tổ chức xã hội đã tích cực tham gia và đóng góp những ý kiến quý báu trong quá trình thu thập số liệu cho đến lúc hoàn thành báo cáo; cũng như đã đóng góp quan trọng vào ứng phó quốc gia với HIV. Với sự đồng tâm hiệp lực, chúng ta đang tiến dần tới tiếp cận phổ cập về dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV.

Hà Nội, ngày 31 tháng 3 năm 2014

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

CHỦ TỊCH



Nguyễn Xuân Phúc
Phó Thủ tướng Chính phủ

MỤC LỤC

I - TÓM TẮT NỘI DUNG BÁO CÁO **1**

II - TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM **7**

III - ỨNG PHÓ QUỐC GIA **14**
1. Công tác quản lý, chỉ đạo 14
2. Môi trường chính sách, pháp lý 15
3. Phối hợp đa ngành trong công tác phòng chống HIV 19
4. Dự phòng lây nhiễm HIV 21
5. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ 29
6. Sự tham gia của các tổ chức xã hội 33

IV - MÔ HÌNH THỰC HÀNH TỐT **37**
1. Đổi mới công tác cai nghiện ma túy, không đưa người bán dâm vào trung tâm chữa bệnh, giáo dục lao động xã hội và thay đổi chính sách đối với phụ nữ bán dâm 37
2. Cải thiện việc cung cấp và chất lượng điều trị HIV, đặc biệt là việc thí điểm thành công sáng kiến điều trị 2.0 38
3. Tăng cường mối liên kết giữa các dịch vụ về HIV và sức khỏe bà mẹ và trẻ em và sứ khỏe tình dục và sinh sản 39
4. Xây dựng và củng cố các tổ chức xã hội và cộng đồng thông qua Dự án Quỹ toàn cầu hợp phần VUSTA 40

V - NHỮNG THÁCH THỨC CHÍNH VÀ GIẢI PHÁP KHẮC PHỤC **42**
1. Những nỗ lực và thành tựu đạt được nhằm vượt qua thử thách và giải quyết khó khăn đã đề cập trong Báo cáo GARP 2014 (Báo cáo Tháng 1/2014 cho giai đoạn từ năm 2012 đến 2013) 42
2. Những thách thức chính trong quá trình thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và các cam kết UNGASS giai đoạn 2012-2013 42
3. Các biện pháp khắc phục cụ thể 44

VI - HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN **46**

VII - THEO DÕI VÀ ĐÁNH GiÁ **48**
1. Khái quát hệ thống theo dõi và đánh giá hiện hành 48
2. Các thách thức của việc thực hiện một hệ thống TD-ĐG toàn diện 52
3. Các hoạt động đã được lên kế hoạch để khắc phục các thách thức 52

VIII - PHỤ LỤC **54**
Phụ lục 1. Quy trình tư vấn/chuẩn bị Báo cáo Tiến độ Quốc gia (CPR) về việc Tiếp tục triển khai Tuyên bố Cam kết về Phòng chống HIV/AIDS 54
Phụ lục 2. Các cam kết Quốc gia và công cụ chính sách (NCPI) 2014 60
Phụ lục 3. Phương pháp tính chỉ số tổng hợp từ nguồn HSS+ và IBBS 2013 133

DANH MỤC VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT VÀ TIẾNG ANH

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ART	Liệu pháp Điều trị kháng vi rút
ARV	Thuốc kháng vi rút
AusAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Úc
BCC	Truyền thông thay đổi hành vi
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CBO	Tổ chức dựa vào cộng đồng
CCM	Cơ chế điều phối quốc gia
CDC	Trung tâm kiểm soát bệnh tật, Hoa Kỳ
CUP	Chương trình sử dụng Bao cao su
DFID	Bộ Hợp tác Quốc tế, Anh
FHI360	Tổ chức Sức khỏe gia đình quốc tế
GDĐĐ	Giáo dục đồng đẳng
GD-ĐT	Giáo dục và đào tạo
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
HSS	Giám sát trọng điểm HIV
HSS+	Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi
IBBS	Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học
IEC	Thông tin, giáo dục và truyền thông
INGO	Tổ chức phi chính phủ quốc tế
IPT	Lây truyền qua bạn tình
KHHGĐ	Kế hoạch hóa gia đình
LĐ-TB-XH	Bộ Lao động, Thương Binh và Xã hội
LHQ	Liên hợp quốc
LTMC	Lây truyền từ mẹ sang con
M&E	Theo dõi và đánh giá
MDG	Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ
MMT	Liệu pháp duy trì Methadone
MSM	Nam giới quan hệ tình dục với nam giới
NCMT	Người nghiện chích ma túy
NCPI	Chỉ số Cam kết Chính sách quốc gia

NGO	Tổ chức phi chính phủ
NSP	Chương trình Bơm kim tiêm
OI	Nhiễm trùng cơ hội
OPC	Phòng khám ngoại trú
OVC	Trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng khác
PAC	Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh
PEPFAR	Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp phòng chống AIDS của tổng thống
PLTMC	Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con
PNBD	Phụ nữ bán dâm dâm
PNMD	Phụ nữ mại dâm
PNMT	Phụ nữ mang thai
POA	Chương trình hành động
QHTD	Quan hệ tình dục
QTC	Quỹ Toàn cầu Phòng chống AIDS, Bệnh Lao và Sốt rét
STI	Nhiễm trùng qua đường tình dục
TasP	Điều trị để dự phòng
TB	Bệnh lao
TD& ĐG	Theo dõi và đánh giá
TPHCM	Thành phố Hồ Chí minh
UBQG	Ủy ban quốc gia
UN Women	Cơ quan Phụ nữ Liên Hợp Quốc
UN	Liên hợp quốc
UNAIDS	Chương trình chung của Liên hợp quốc về HIV/AIDS
UNDP	Chương trình phát triển Liên hợp quốc
UNFPA	Quỹ Dân Số Liên Hợp quốc
UNGASS	Phiên họp đặc biệt của LHQ về HIV và AIDS
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
UNODC	Tổ chức Phòng chống Ma túy và tội phạm Liên Hợp Quốc
UNV	Tình nguyện viên Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
VAAC	Cục Phòng chống HIV/AIDS
VCSPA	Diễn đàn đối tác xã hội dân sự về phòng chống AIDS Việt Nam
VCT	Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện
VNMSM-TG	Mạng lưới MSM và chuyển giới Việt Nam
VNP+	Mạng lưới quốc gia những người có HIV tại Việt Nam
VNPUD	Mạng lưới những người sử dụng ma túy Việt Nam
VNSW	Mạng lưới những người lao động tình dục Việt Nam

VPAIS	Điều tra các chỉ tiêu dân số và AIDS
VUSTA	Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật Việt Nam
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

I - TÓM TẮT NỘI DUNG BÁO CÁO

Báo cáo Tiến độ AIDS toàn cầu của Việt Nam được thực hiện 2 năm một lần nhằm đánh giá tiến trình đạt được những Tuyên bố chính trị về HIV/AIDS được đưa ra ở kỳ họp cấp cao của Đại hội đồng Liên hợp Quốc (LHQ) về AIDS ở New York tháng 6 năm 2011. Báo cáo giai đoạn 2012 2013 ghi nhận những thành tựu và nỗ lực đáng kể của Việt Nam trong việc tăng cường tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV.

Đóng góp cho báo cáo này có sự tham gia rộng rãi của cơ quan bộ, ban ngành của Chính phủ, các đối tác phát triển cũng như các tổ chức xã hội. Tháng 2 năm 2014, Bảng hỏi cho Chỉ số chính sách phức hợp quốc gia (NCPI) phần A đã được gửi cho các thành viên của Uỷ ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Tệ nạn Ma túy và Mại dâm (là đơn vị điều phối chương trình HIV/AIDS quốc gia của Việt Nam) và các Bộ, ban ngành, tổ chức liên quan. Đồng thời hơn 40 tổ chức xã hội bao gồm các nhóm tự lực, tổ chức tôn giáo, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế, các nhà tài trợ song phương và đa phương, và các tổ chức Liên Hợp Quốc đã được mời tham gia trả lời bộ câu hỏi NCPI phần B. Trong giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 2/2014, bốn hội thảo tham vấn (1 hội thảo với các cơ quan của chính phủ, 2 hội thảo với các tổ chức dân sự xã hội, 1 hội thảo với các tổ chức phi chính phủ quốc tế và các tổ chức Liên Hợp Quốc) đã được tổ chức để hoàn thành bộ câu hỏi NCPI phần A và B.

Hội nghị đồng thuận quốc gia góp ý kiến cho toàn bộ Báo cáo Tiến độ AIDS Toàn cầu của Việt Nam cũng được tổ chức vào ngày 20/3/2014 với sự tham gia của 52 đại biểu đại diện cho 34 đơn vị từ các bộ, ban ngành, đoàn thể, các đối tác phát triển, cũng như các tổ chức xã hội, trình bày kết quả của báo cáo và tạo cơ hội cho các đại biểu xem xét, thảo luận và thống nhất kết quả và khuyến nghị đưa ra trong báo cáo này.

Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam bao gồm nhiều hình thái dịch khác nhau trên cả nước và vẫn tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây truyền HIV cao: nhóm người nghiện chích ma túy (NCMT)[1], nam tình dục đồng giới (MSM) và phụ nữ bán dâm (PNBD). Bên cạnh đó, các quần thể này cùng lúc có nhiều hành vi nguy cơ như quan hệ tình dục không an toàn và sử dụng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy; MSM và PNBD tiêm chích ma túy có tỉ lệ hiện nhiễm HIV cao hơn các đối tượng không tiêm chích ma túy. Theo kết quả Giám sát trọng điểm HIV năm 2013 tại 41 tỉnh, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trung bình ở người NCMT, PNBD và MSM (ở 8 tỉnh) tương ứng là 10,3%, 2,6% và 3,7%; số liệu IBBS II (2009) tại 11 tỉnh/thành phố dao động từ 1,0% (Đà Nẵng) đến 56% (Quảng Ninh) trong nhóm NCMT, và từ 0,3% trong nhóm PNBD nhà hàng đến 23% trong nhóm PNBD đường phố. Số liệu IBBS II cũng đo lường tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm quần thể MSM tại 4 thành phố. Tỉ lệ hiện nhiễm dao động từ 4,9% trong nhóm MSM không mại dâm cho đến 19,8% trong nhóm MSM mại dâm. Theo báo cáo giám sát phát hiện, tỷ lệ các

[1]Các nghiên cứu về nhóm nghiện chích ở Việt Nam chỉ thu thập số liệu ở nhóm nam giới.

trường hợp nhiễm HIV là nữ giới trong tổng số các ca nhiễm báo cáo tăng đều qua các năm, hiện chiếm 32,5% các ca nhiễm mới. Điều này cho thấy sự lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang phụ nữ đang gia tăng. Tuy nhiên, tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và các nhóm khác trong quần thể dân cư chung là thấp và không có dấu hiệu tăng. Hầu hết những phụ nữ nhiễm HIV cho biết họ bị nhiễm HIV từ các bạn tình thường xuyên NCMT hoặc các bạn tình thường xuyên đã từng mua dâm. Những số liệu này cho thấy cần tập trung nỗ lực phòng, chống HIV để làm giảm lây nhiễm từ nhóm người NCMT và bạn tình thường xuyên, nam tình dục đồng giới, nhóm mại dâm và khách hàng sang các quần thể khác. Ước tính đến cuối năm 2014 Việt Nam có khoảng 256.000 người nhiễm HIV. Trong giai đoạn 2009 2013, có khoảng 14.000 ca nhiễm mới được phát hiện mỗi năm.

Những thành tựu phản ánh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2012-2013 bao gồm: (1) Xây dựng thành công đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy đến năm 2020 và không đưa phụ nữ bán dâm vào trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội bắt buộc ; (2) Mở rộng điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (MMT); (3) Mở rộng tiếp cận với điều trị thuốc ARV và cải thiện chất lượng điều trị HIV, đặc biệt đã thí điểm thành công sáng kiến Tiếp cận Điều trị 2.0, (4) Tăng cường kết nối giữa các dịch vụ về HIV với các dịch vụ về Lao, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, sức khỏe tình dục và sinh sản, và (5) Sự lớn mạnh của các tổ chức xã hội và các tổ chức cộng đồng trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS.

Bên cạnh đó, báo cáo cũng đưa ra các thách thức chính, bao gồm: (1) Việt Nam đã từng bước đạt được 3 giảm nhưng dịch HIV giảm chưa sâu và chưa ổn định. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhiều vùng miền còn cao; thậm chí gia tăng ở một số tỉnh. Mô hình dịch và các hành vi nguy cơ có thay đổi theo hướng phức tạp và khó can thiệp. HIV vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong; (2) Việc truyền thông văn bản pháp lý tới cộng đồng chưa đầy đủ, việc triển khai thực hiện các văn bản pháp lý chưa kịp thời; (3) Mặc dù có nhiều cố gắng song độ bao phủ của chương trình vẫn còn hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu; (4) Kỳ thị và phân biệt đối xử tiếp tục là một trở ngại ngăn các nhóm quần thể có nguy cơ chính sử dụng các dịch vụ HIV/AIDS; (5) Hệ thống phòng chống HIV/AIDS dựa nhiều vào nguồn viện trợ và chưa hòa nhập vào hệ thống y tế nói chung. Nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị và phòng xét nghiệm còn thiếu; (6) Kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm nghiêm trọng, cả nguồn kinh phí từ ngân sách và nguồn tài trợ nước ngoài.

Trong bối cảnh đó, báo cáo đưa ra những khuyến nghị về những thay đổi chương trình và chính sách cần thiết để đạt được các mục tiêu. Cụ thể là: (1) Tiếp tục nâng cao nhận thức của người dân và lãnh đạo các cấp về tầm quan trọng để xác định phòng, chống HIV/AIDS là một nhiệm vụ quan trọng, lâu dài, cần có sự phối hợp liên ngành; (2) Đổi mới hệ thống phòng, chống HIV/AIDS theo hướng lồng ghép vào hệ thống y tế sẵn có và phân cấp xuống tuyến y tế cơ sở; (3) Mở rộng độ bao phủ và nâng cao chất lượng dịch vụ, tiếp tục triển khai chương trình BKT, BCS, đặc biệt là chương trình MMT; (4) Đa dạng hóa các nguồn tài chính cho phòng chống HIV/AIDS theo hướng chuyển phòng chống HIV/ AIDS dựa vào viện trợ chuyển sang dựa vào ngân sách nhà nước và bảo hiểm y tế.

Phần II của báo cáo này tóm tắt tổng quan về tình hình dịch HIV tại Việt Nam. Phần III phân tích các ứng phó quốc gia về chính sách và các chương trình liên quan đến dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Phần IV nêu bật các bài học kinh nghiệm về thực hành tốt nhất của quốc gia. Phần V đưa ra những thách thức chính mà Việt Nam phải đương đầu và các giải pháp nhằm giải quyết các thách thức này. Phần VI tóm tắt các hỗ trợ chính từ các đối tác phát triển và phần VII đưa ra các nhận định về hệ thống theo dõi và đánh giá của Việt Nam. Các phụ lục cung cấp thêm thông tin về quá trình chuẩn bị báo cáo (Phụ lục 1), phần trả lời bộ câu hỏi Chỉ số hợp phần Chính sách Quốc gia (Phụ lục 2), Đánh giá chi tiêu AIDS quốc gia (Phụ lục 3).

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

Chỉ số	Nguồn số liệu chính	Kết quả năm 2012-2013
Chỉ tiêu 1. Giảm 50% lây truyền HIV qua đường tình dục vào năm 2015		
Người hành nghề mại dâm		
1.7. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 55.9% 2013: 51.0%[3]
1.8. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng BCS với khách hàng gần đây nhất.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 83.3% 2013: 92%[2]
1.9. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 40.1% 2013: 35.1%[2]
1.10. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm nhiễm HIV.	Giám sát trọng điểm	2012: 2.7% 2013: 2.6%
MSM		
1.11. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 48.9% 2013: 42.3%[2]
1.12. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới cho biết có sử dụng BCS lần cuối khi họ QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam giới.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 66.6% 2013: 66.4%[2]
1.13. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm.	HSS+ & IBBS 2013	2012: 39.4% 2013: 28.8%[2]
1.14. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới nhiễm HIV.	Giám sát trọng điểm	2013: 3.7%

[2] Xem phụ lục 3 về nguồn và phương pháp tính chỉ số này

Chỉ tiêu 2. Giảm 50% lây truyền HIV ở những người NCMT vào 2015		
2.1. Số BKT được phân phát trung bình cho 1 người NCMT trong 1 năm qua chương trình BKT	Báo cáo thường quy Cục PC AIDS D28	2012: 180 2013: 98
2.2. Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	HSS+ & IBBS 2013	2012: 48.9% 2013: 41.2%[2]
2.3. Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần nhất	HSS+ & IBBS 2013	2012: 96.4% 2013: 97.3%[2]
2.4. Tỷ lệ phần trăm người NCMT đã xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	HSS+ & IBBS 2013	2012: 31.3% 2013: 23.6%[2]
2.5. Tỷ lệ phần trăm người NCMT nhiễm HIV	Giám sát trọng điểm	2012: 11.6% 2013: 10.3%
Chỉ tiêu 3. Xóa bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con vào năm 2015 và giảm vững chắc số ca tử vong liên quan đến AIDS ở mẹ		
3.1. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai dương tính với HIV được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con	Báo cáo thường quy Cục PC AIDS D28	2012: 47.4% 2013: 56.5%
3.2. Tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được xét nghiệm vi rút học phát hiện HIV trong vòng 2 tháng sau khi sinh	Báo cáo thường quy Cục PC AIDS D28	2012: 24.1% 2013: 43.1%
3.3. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con (chạy mô hình)	Mô hình	2012: 18% 2013: 19.7%
Chỉ tiêu 4. 15 triệu người nhiễm HIV được điều trị kháng virus vào năm 2015		
4.1. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em đủ tiêu chuẩn đang được điều trị bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu trong tổng số người lớn và trẻ em nhiễm HIV	Báo cáo thường quy Cục PC AIDS D28	2012: Độ bao phủ trên tổng số người đủ tiêu chuẩn điều trị Người lớn: 58,9% Trẻ em: 86,3% Chung: 59,9% 2013: Độ bao phủ trên tổng số người đủ tiêu chuẩn điều trị Người lớn: 67,1% Trẻ em: 79,2% Chung: 67,6%

		2013: Độ bao phủ trên tổng số người nhiễm HIV Người lớn: 31,8% Trẻ em: 57,9%[3] Chung: 32,5%
4.2. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV đang được điều trị đến tháng thứ 12 kể từ ngày bắt đầu điều trị thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Thu thập số liệu hàng năm của điều tra thuần tập điều trị ARV và chỉ số cảnh báo sớm hiện tượng kháng thuốc điều trị HIV	2012: 82.6% 2013: 84.6%
Chỉ tiêu 5. Giảm 50% ca tử vong do lao ở người có HIV vào năm 2015		
5.1. Tỷ lệ phần trăm ước tính các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao được điều trị cả HIV và lao	Báo cáo thường quy VAAC D28	2012: 15.9% 2013: 29.2%
Chỉ tiêu 6. Đạt mức chi tiêu hàng năm toàn cầu (22-24 tỷ USD) ở các nước thu nhập thấp và trung bình		
6.1. Chi tiêu cho AIDS trong nước và quốc tế theo các hạng mục và các nguồn tài chính (Tổng nguồn lực quốc gia)	NASA	2011: 99,8 triệu US$ (chưa bao gồm 31.1 triệu US$ là khoản tiêng chưa xác định được đơn vị cấp tiền và người cung cấp dịch vụ) 2012: 95,4 triệu US$ (chưa bao gồm 40.6 triệu US$ là khoản tiêng chưa xác định được đơn vị cấp tiền và người cung cấp dịch vụ)[4]

[3] Định nghĩa chỉ số 4.1 đã thay đổi trong năm 2013, theo đó độ bảo phủ được tính trên số người nhiễm HIV toàn quốc chứ không phải số người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị như định nghĩa chỉ số năm 2012. Theo định nghĩa năm 2012, độ bao phủ dịch vụ điều trị là 67,6% (67,1% ở người lớn và 79,2% ở trẻ em).

[4] Xem chi tiết ở phụ lục 4

Chỉ tiêu 7. Các nhân tố tạo điều kiện và hiệp trợ với lĩnh vực phát triển		
7.1. Các cam kết quốc gia và các công cụ chính sách	Kết quả NCPI	*Xem Phụ lục 2*
7.2. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ tuổi 15 - 49 đã kết hôn hoặc đã có bạn tình nam giới đã từng bị bạo lực thể chất hoặc tình dục bởi bạn tình nam giới trong 12 tháng qua	Kết quả NCPI	*Không có số liệu*
7.3. Tỷ lệ phần trăm trẻ mồ côi và không mồ côi tuổi 1014 được đi học	Kết quả NCPI	*Không áp dụng*
7.4. Tỷ lệ phần trăm các hộ nghèo nhất được hỗ trợ kinh tế từ bên ngoài trong vòng 3 tháng qua	Kết quả NCPI	*Không có số liệu*

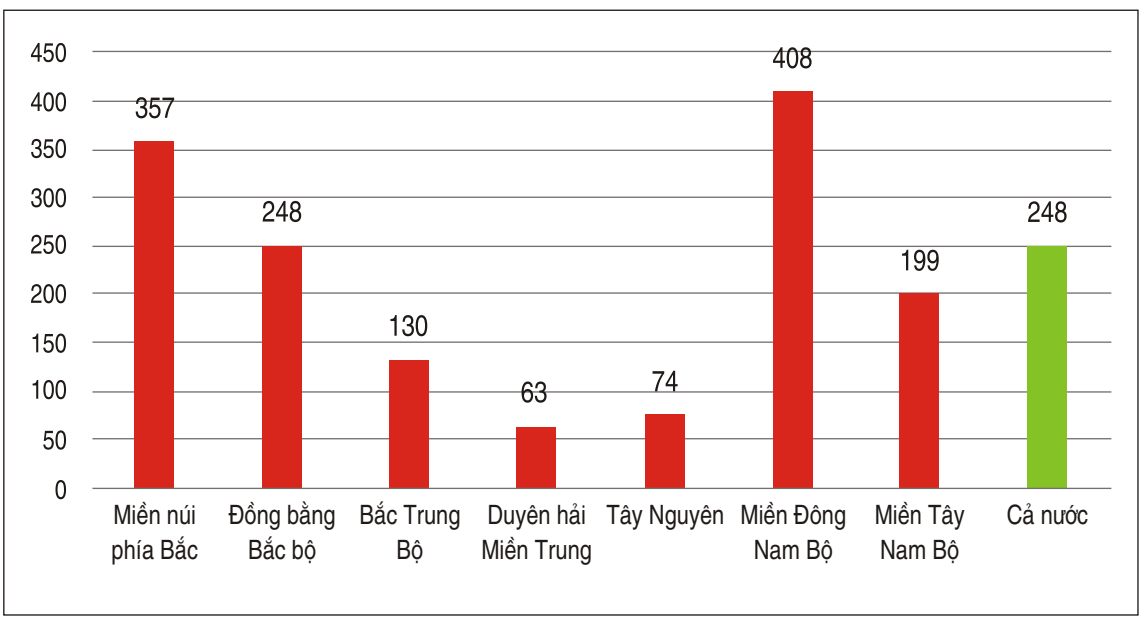
Số liệu cho các chỉ số này được thu thập từ các nguồn khác nhau, bao gồm Giám sát trọng điểm HIV 2013, Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi được thực hiện trong năm 2013, Ước tính và Dự báo về HIV/AIDS do Nhóm công tác kỹ thuật Quốc gia về Ước tính và Dự báo thực hiện năm 2013, và các báo cáo chương trình các năm 2012 và 2013. Trong nhiều trường hợp, chỉ số báo cáo không có số liệu phân chia theo giới. Hơn nữa, số liệu cho các chỉ số về người bán dâm chỉ thu thập ở nhóm phụ nữ và số liệu cho các chỉ số về người NCMT chỉ cho thu thập ở nhóm nam giới. Ngoài ra, do phương pháp lấy mẫu điều tra của các cuộc khảo sát chỉ chọn một số tỉnh nhất định tham gia nghiên cứu nên kết quả sử dụng trong báo cáo này không phản ánh được chính xác tình hình dịch trên toàn quốc.

Việt Nam không báo cáo số liệu cho các chỉ số 1.1-1.6 và 7.2-7.4. Nhóm chỉ số 1.1 - 1.6 chỉ áp dụng cho nước có dịch HIV phổ biến và do đó không phù hợp với Việt Nam là một nước có dịch HIV ở giai đoạn tập trung. Việt Nam không báo cáo các chỉ số 7.2, 7.3 và 7.4 vì những chỉ số này không nằm trong Khung theo dõi và đánh giá quốc gia.

II - TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM

Theo kết quả ước tính dự báo, tính đến năm 2014 có khoảng 256.000 người nhiễm HIV ở Việt Nam. Ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư trong năm 2014 là 0,26%[5]. Số ca nhiễm HIV mới phát hiện báo cáo về Bộ Y tế giảm nhanh chóng trong giai đoạn 2007 - 2009 và ổn định ở mức khoảng 14.000 ca mỗi năm trong giai đoạn 2010 - 2013. Số báo cáo các trường hợp AIDS và tử vong liên quan đến AIDS cũng tương đối ổn định kể từ năm 2009. Những con số báo cáo này phù hợp với việc giảm tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong các nhóm quần thể chính có nguy cơ lây nhiễm cao trong những năm gần đây. Số ca nhiễm mới đã giảm, tuy nhiên rất khó để đạt được mục tiêu giảm 50% các ca lây nhiễm HIV vào năm 2015 như đã nêu trong Tuyên bố Chính trị về HIV/AIDS của Đại Hội Đồng Liên Hợp Quốc năm 2011.

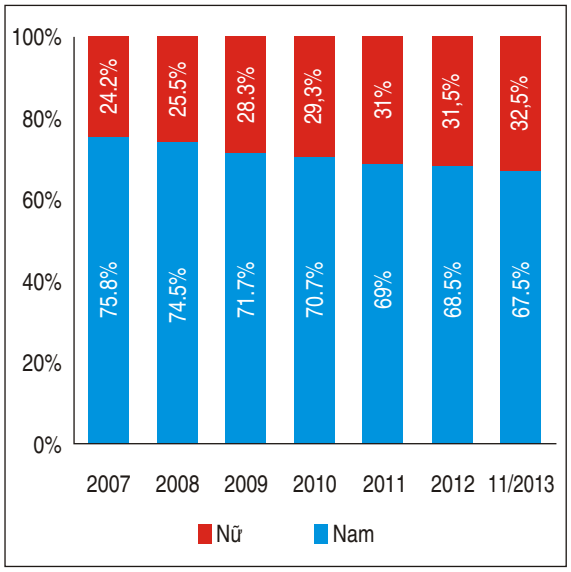
Theo kết quả phân tích số người nhiễm HIV theo địa bàn địa lý cho thấy, số người nhiễm HIV chủ yếu tập trung các tỉnh miền bắc và các tỉnh vùng đồng bằng sông cửu long và miền đông nam bộ, khu vực có số người nhiễm HIV cao là các tỉnh miền núi tây bắc và các huyện miền núi Nghệ An và Thanh Hóa. Hai thành phố lớn Hà Nội và Hồ Chí Minh diễn biến dịch phức tạp, khó kiểm soát.[6]



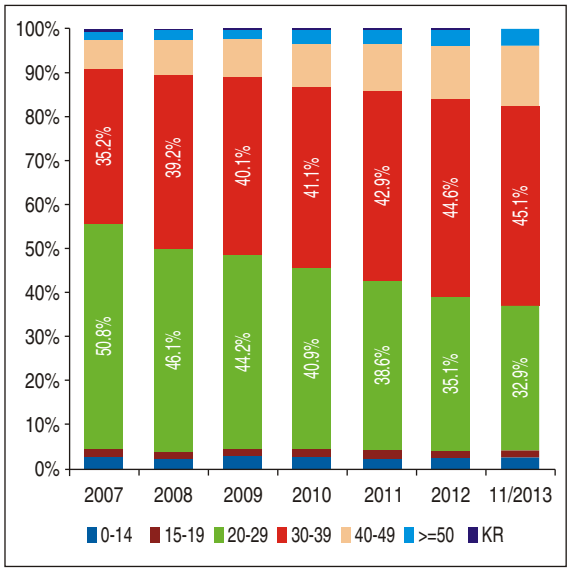
Biểu đồ 1: *So sánh tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân của cả nước và các khu vực*

[5]Ước tính và Dự báo Sơ bộ về HIV/AIDS tại Việt Nam 2013. Nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về Ước tính và Dự báo HIV, Bộ Y tế, 2013.
[6]Bộ Y tế (2014). Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2013 và định hướng kế hoạch năm 2014.

Có thể thấy tỷ lệ người nhiễm HIV là nữ giới trong số người được xét nghiệm phát hiện HIV có tốc độ gia tăng ngày càng nhanh. Số người nhiễm HIV báo cáo năm 2013 vẫn chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 20-39 tuổi chiếm 79% số người nhiễm HIV.[6]



Biểu đồ 2: *Phân bố người nhiễm HIV theo giới qua các năm*

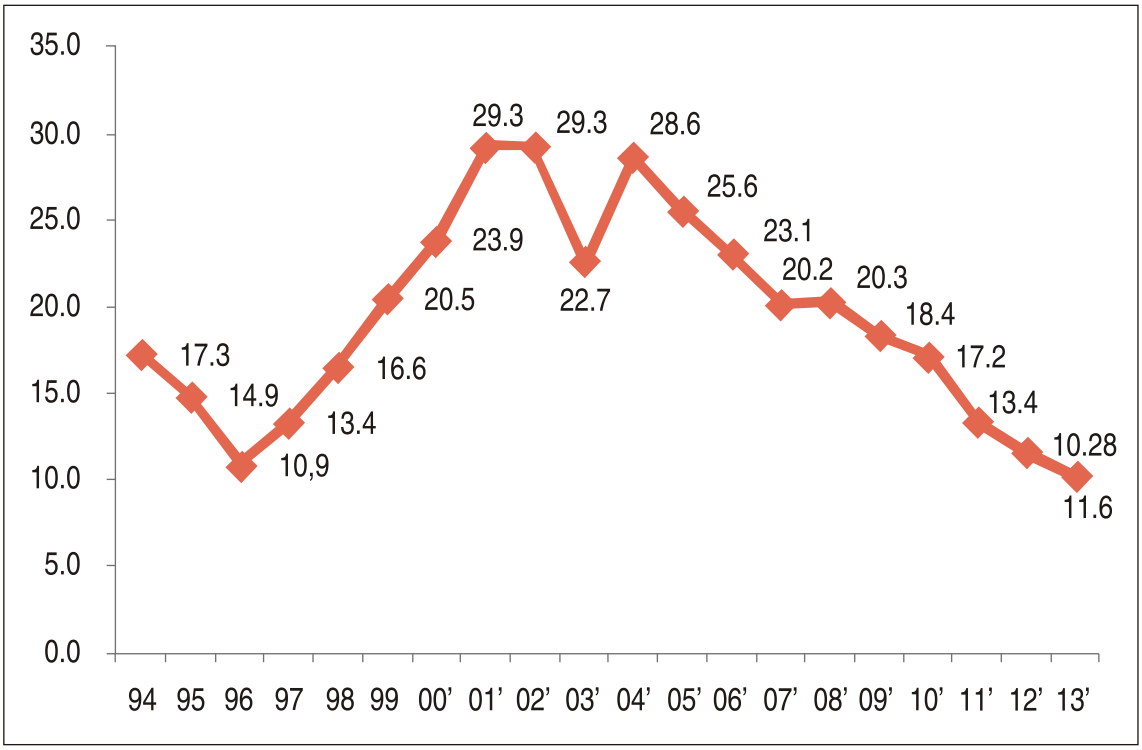


Biểu đồ 3: *Phân bố người nhiễm HIV theo nhóm tuổi qua các năm*

Dịch HIV ở Việt Nam bao gồm nhiều hình thái dịch khác nhau trên toàn quốc và vẫn đang tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cao: người nghiện chích ma túy (NCMT), nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và phụ nữ bán dâm (PNBD).

Mô hình ước tính dự báo HIV sử dụng số liệu giám sát và các nghiên cứu trong nhiều năm cho thấy đến năm 2015, tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở người NCMT có xu hướng giảm từ 30,4% năm 2005 xuống 22% vào năm 2013; xu hướng tăng nhẹ trong nhóm PNBD từ 4,9% trong 2005 đến 5,3% vào 2013; và sự gia tăng tỉ lệ nhiễm HIV đáng lo ngại ở nhóm MSM từ 1,7% vào 2005 lên 2,4% vào năm 2013.[5]

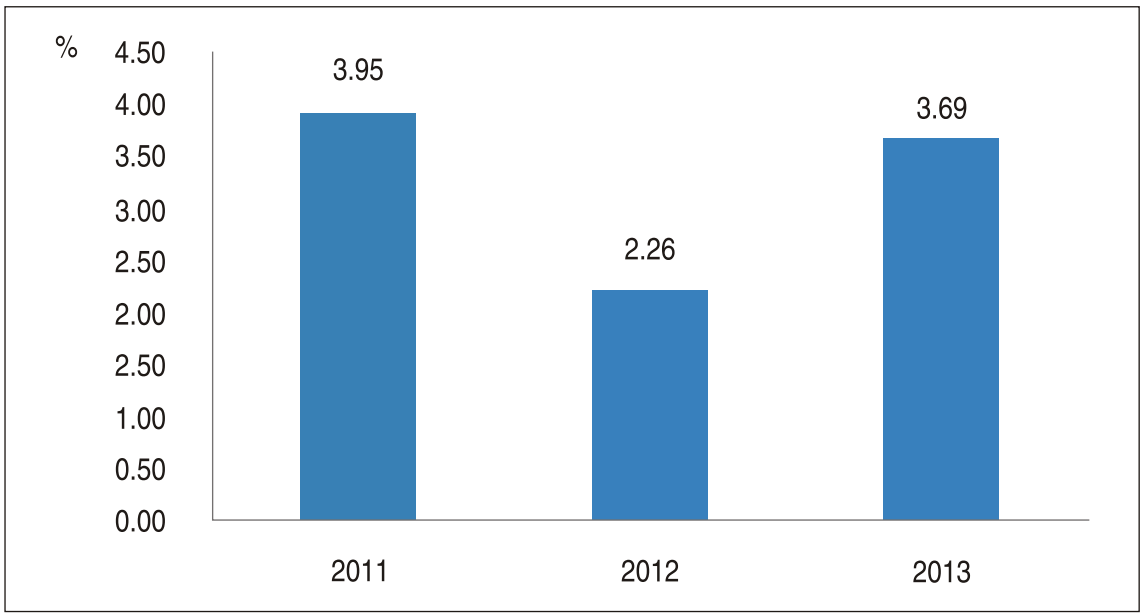
Dùng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ tiêm chích khác là phương thức lây truyền HIV quan trọng nhất ở Việt Nam. Theo kết quả Giám sát kết hợp hành vi và chỉ số sinh học HIV/STI 2009 (IBBS) Vòng II và Giám sát trọng điểm HIV hàng năm (HSS), ước tính có tới 40% trong khoảng 271.000 người NCMT (dao động từ 100.000 đến 335.000)5 đang nhiễm HIV. Tất cả các tỉnh/thành phố trên toàn quốc đều báo cáo có người NCMT, nhưng ước tính khoảng 80% người sử dụng ma túy sống tại 22 trong số 63 tỉnh thành của Việt Nam. Các nỗ lực cung cấp dụng cụ tiêm chích đã được khử trùng, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone, điều trị ARV cũng như các dịch vụ khác cho người NCMT trong thời gian gần đây đã mang lại những tác động nhất định. Theo số liệu HSS, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT giảm dần trong giai đoạn từ năm 2004 đến 2013, lần đầu tiên xuống dưới 11% trong năm 2013 kể từ năm 1997 (Biểu đồ 4). Tuy tỉ lệ hiện nhiễm trong nhóm NCMT đang giảm dần ở một số tỉnh, ở hầu hết các tỉnh thực hiện giám sát, dịch HIV/AIDS vẫn đang cao ở mức đáng báo động. Theo HSS 2013, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT đặc biệt cao ở các tỉnh Thái Nguyên (34%), Lai Châu (27,7%), Hà Nội (24%), Quảng Ninh (22,4%), và TP Hồ Chí Minh (18,2%).



Biểu đồ 4: *Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam giới NCMT 1994-2013 (Nguồn: HSS)*

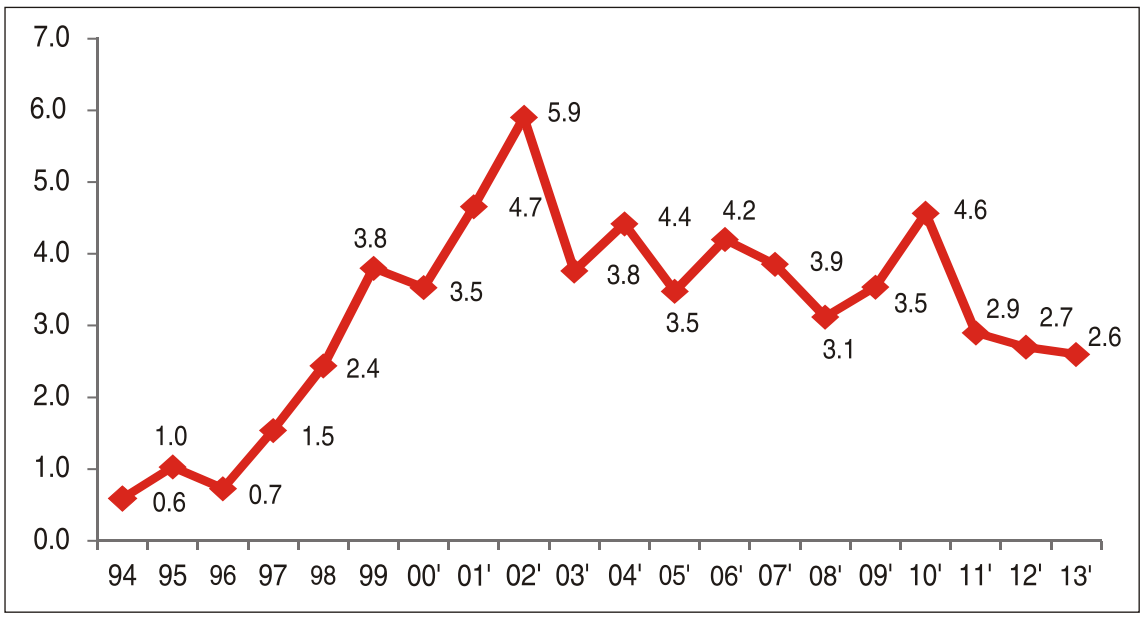
Trong những năm gần đây, dịch HIV trong nhóm MSM ngày càng được ghi nhận rõ hơn. Số lượng các nghiên cứu và giám sát về hành vi trong nhóm MSM ngày càng tăng. Số liệu HSS trong nhóm MSM năm 2013 (ở 8 tỉnh), cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm trung bình là 3,7%[7]. Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM ở các thành phố lớn có xu hướng cao hơn. Số liệu hiện có cho thấy dịch đang gia tăng tại thành phố Hà Nội và TP Hồ Chí Minh; tỉ lệ hiện nhiễm HIV ước tính lên tới khoảng 16% tại đây. Quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ là con đường lây truyền HIV chính trong nhóm MSM. Bên cạnh đó, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM tiêm chích ma túy khá cao và không thể bỏ qua. Tại các tỉnh thực hiện HSS+[8] (8 tỉnh; năm 2013) tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM có tiêm chích ma túy là 6% và nhóm MSM không tiêm chích ma túy là 1,8%. Điều tra IBBS II (4 tỉnh) cho thấy có sự chênh lệch tương tự về tỉ lệ hiện nhiễm HIV giữa nhóm tiêm chích và không tiêm chích. MSM tiêm chích ma túy chiếm 7,2% trong quần thể MSM được khảo sát, hầu hết ở TPHCM và Hà Nội. Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong MSM là hơn 10% tại 3 trong số 4 tỉnh được khảo sát (TPHCM, Hà Nội và Hải Phòng), và lên đến 20% trong nhóm MSM không mại dâm tại Hà Nội. Ước tính có khoảng 191.000 đến 573.000 MSM[9]. Tuy nhiên số liệu về MSM tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Mức độ dịch trong nhóm này sẽ trở nên rõ ràng hơn nếu có thêm 1-2 vòng khảo sát nữa với khu vực địa lý rộng hơn.

[7] Điều tra giám sát trọng điểm 2013. VAAC, 2013.
[8] HSS+: các điểm điều tra trọng điểm cùng với các cuộc khảo sát hành vi bổ sung cho tỉ lệ nhiễm.
[9] VAAC 2013. Ước tính và dự báo sơ bộ về HIV ở Việt Nam.



Biểu đồ 5: *Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nam giới quan hệ tình dục đồng giới 2011-2013 (Nguồn: HSS)*

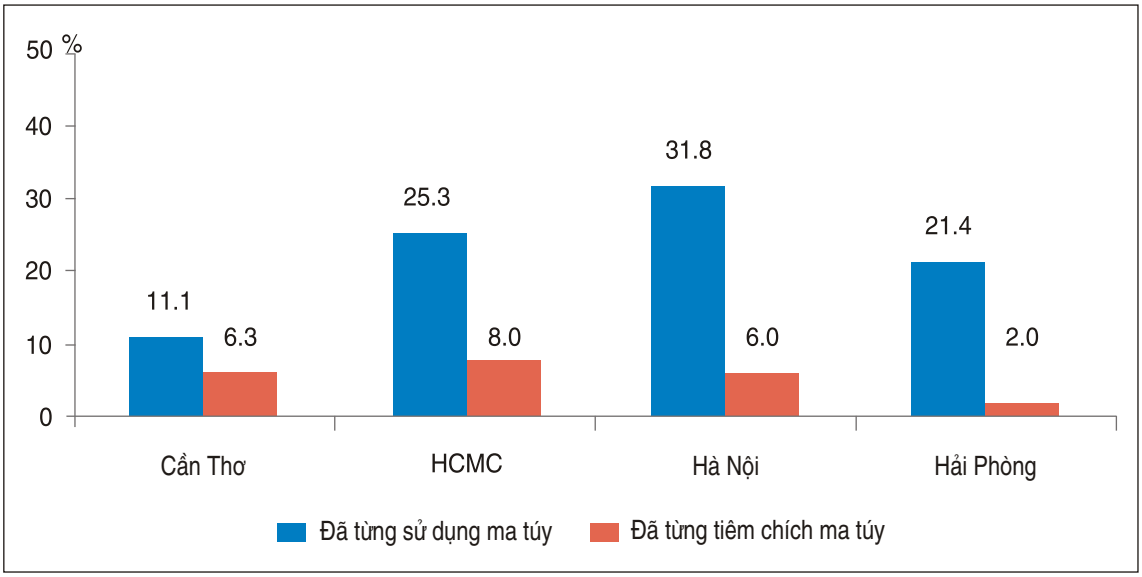
Ước tính có 72.000 PNBD (dao động từ 36.000 đến 108.000) tại Việt Nam. Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm (PNBD) có xu hướng giảm dần trên quy mô toàn quốc kể từ năm 2002. Theo kết quả HSS 2013, tỉ lệ này còn 2,6%, là tỉ lệ thấp nhất kể từ năm 1998 (Biểu đồ 6)[10]. Tuy nhiên tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD tương đối cao, trên 10%, tại Hà Nội, Hải, Phòng, Cần Thơ, và TP HCM. Bằng chứng cũng cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD đường phố cao hơn so với PNBD nhà hàng, và ước tính có khoảng 3-8% PNBD tiêm chích ma túy. Trong số PNBD tiêm chích ma túy, tỉ lệ hiện nhiễm HIV là 25-30%.



Biểu đồ 6: *Tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ bán dâm 1994-2013 (Nguồn: HSS)*

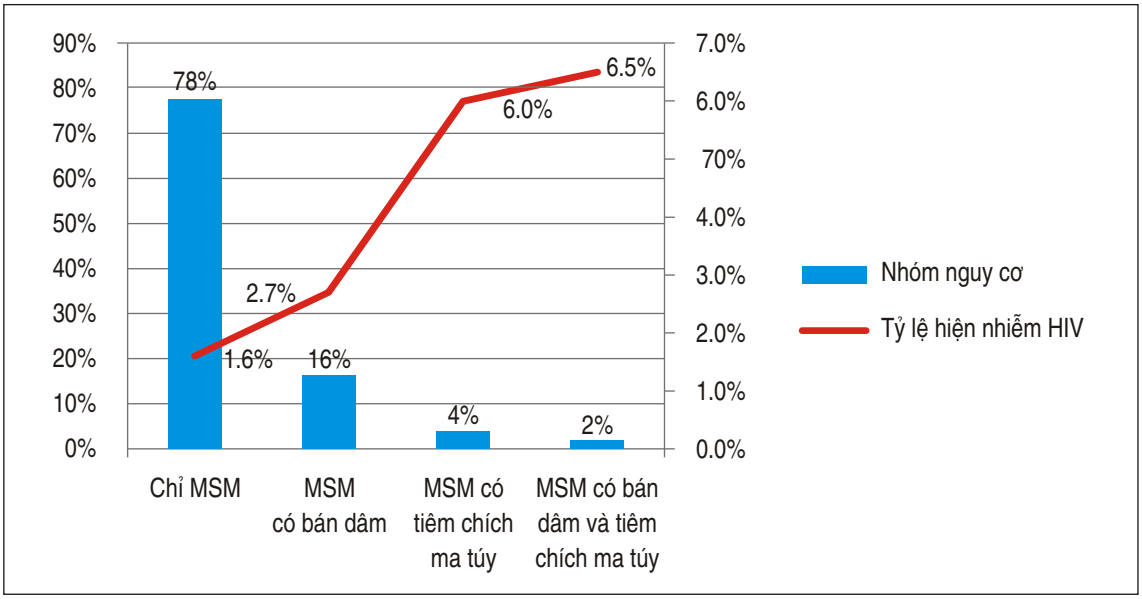
[10] Điều tra giám sát trọng điểm 2013. Cục phòng chống HIV/AIDS, 2013.

Nguy cơ lây nhiễm HIV ở PNBD và MSM gia tăng khi các nhóm này có nhiều hành vi nguy cơ cao cùng lúc. Số liệu IBBS 2009 cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở PNBD hoặc MSM tiêm chích ma túy cao hơn đáng kể so với nhóm không tiêm chích. Biểu đồ 4 cho thấy tỉ lệ phần trăm MSM cho biết có sử dụng ma túy trong năm 2009.



Biểu đồ 7: *Tỉ lệ phần trăm MSM đã từng sử dụng ma túy và đã từng tiêm chích ma túy - IBBS II*

Theo HSS+ 2013, 18,3% MSM tham gia khảo sát đã bán dâm và 6% cho biết có tiêm chích ma túy[11]. Biểu đồ 8 cho thấy rõ rằng tiêm chích ma túy và QHTD qua đường hậu môn không có biện pháp bảo vệ là những nguy cơ hiệp đồng dẫn tới việc gia tăng nguy cơ nhiễm HIV ở MSM. Nhìn chung, tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm MSM có tiêm chích ma túy và QHTD qua đường hậu môn cao hơn so với nhóm MSM chỉ tiêm chích hoặc chỉ QHTD qua đường hậu môn.



Biểu đồ 8: *Nhiều hành vi nguy cơ trong nhóm MSM, 2013 (Nguồn: HSS+)*

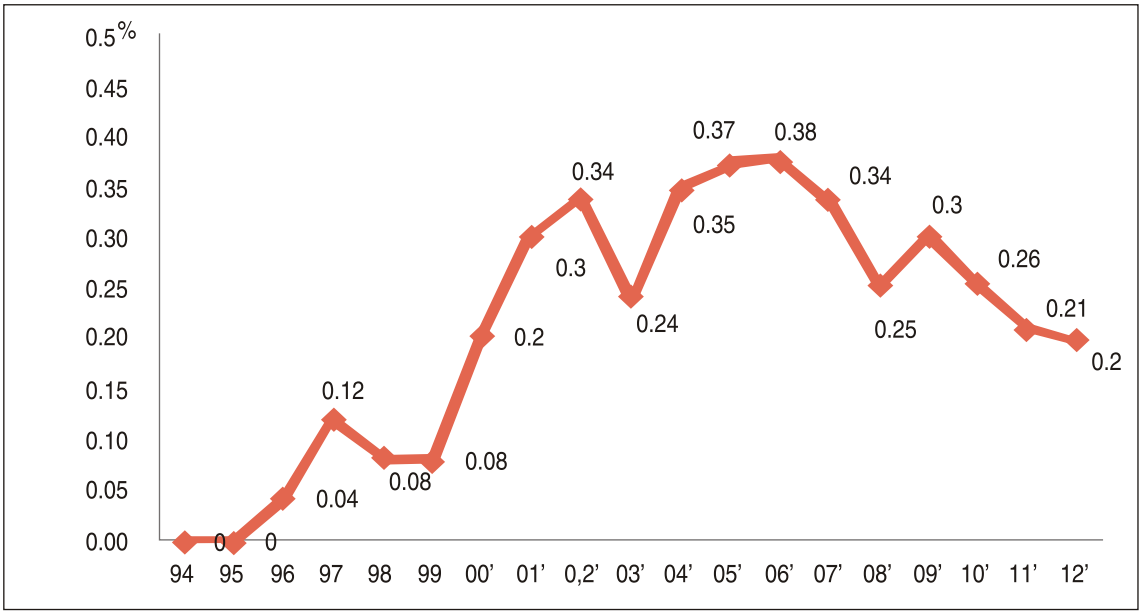
[11] HSS+ 2013. VAAC, 2013.

Ở tất cả các tỉnh được khảo sát, tỉ lệ hiện nhiễm HIV ở PNBD có tiêm chích ma túy cao hơn những PNBD không tiêm chích ma túy. Trong khi đó, tỉ lệ hiện nhiễm ở PNBD có tiêm chích ma túy tương đương hoặc cao hơn tỉ lệ hiện nhiễm ở nam giới NCMT trong cùng tỉnh. Trong năm 2013, 1,7% trong số 4.284 PNBD tại 21 tỉnh/thành phố cho biết đã từng tiêm chích ma túy; và tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong số này là 7%[12]. Tiêm chích ma túy là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn tới việc lan truyền HIV trong nhóm PNBD và cần được xem xét trong các chương trình phòng chống HIV/AIDS cho PNBD.

Kích cỡ và phân bố các nhóm quần thể chính cũng khác biệt trong cả nước. Người NCMT tập trung tại TP HCM, Hà Nội, đồng bằng Sông Hồng và khu vực Tây Bắc; số PNBD cao nhất ở TP HCM, khu vực Đồng Bằng Sông Cửu Long, và Tây Nam Bộ; và nhóm MSM "công khai" dễ tiếp cận nhất ở các thành phố lớn là TP HCM và Hà Nội. Ước tính kích thước quần thể hiện dựa vào ước tính của chính phủ, sử dụng các giả định do các nhóm kỹ thuật đề xuất. Với sự hỗ trợ của trung ương và các đối tác, các tỉnh hiện đang triển khai hoạt động ước tính kích thước quần thể nhằm cung cấp những số liệu chính xác.

Trong thời gian gần đây, bạn tình của các nhóm trên được coi là quần thể có nguy cơ cao mới, được bổ sung vào các can thiệp dự phòng. Việc gia tăng các trường hợp phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo, chiếm đến 32,5% các ca nhiễm mới trong năm 2013, phản ánh sự lây truyền HIV có lẽ là chậm nhưng ổn định từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình. Tuy nhiên, việc mở rộng các dịch vụ phòng lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC) và tăng diện bao phủ xét nghiệm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai đã góp phần làm tăng khả năng phát hiện các ca nhiễm qua xét nghiệm; do đó làm gia tăng số phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo, chứ không phải do lây truyền gia tăng. Theo kết quả Giám sát trọng điểm HIV 2013 (HSS), tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai đến khám tại các phòng khám sản khoa giảm ổn định. Tỉ lệ hiện nhiễm trung bình trên toàn quốc luôn ở dưới mức 0,4% và đã giảm trong mười năm qua. Tỉ lệ hiện nhiễm trung bình trong nhóm này, theo HSS 2013, là 0,2% (Biểu đồ 9). Không có dấu hiệu nào cho thấy dịch HIV ở Việt Nam là dịch phổ cập trên cả nước. Tuy nhiên cá biệt tại một số tỉnh, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm bạn tình, vợ của nam NMTC tương đối cao. Kết quả HSS 2013 tại Điện Biên cho thấy tỷ lệ này là 5,5%.

[12] HSS+ 2013. VAAC, 2013.
[13] Report on Intimate Partner Transmission. UNAIDS/UNWomen, 2012.
[14] Unpublished data. WHO/Thai Nguyen PAC.



Biểu đồ 9: *Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai 1994 - 2013*

Các phân tích sử dụng số liệu xét nghiệm HIV ở tầm quốc gia chỉ ra rằng 54% phụ nữ nhiễm HIV cho biết họ chỉ có thể lây nhiễm HIV từ chồng/bạn tình lâu dài có hành vi nguy cơ cao.[13] Một nghiên cứu nhỏ đang tiến hành ở Thái Nguyên phát hiện được rằng gần 70% thai phụ nhiễm HIV cho biết chồng họ nhiễm HIV.[14]

Một số kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ mới về lây truyền HIV trong nhóm người sử dụng ma túy tổng hợp trong thanh niên, nhóm quan hệ tình dục đồng giới nam, phụ nữ bán dâm liên quan đến việc hậu sử dụng ma túy tổng hợp tăng quan hệ tình dục bầy đàn, quan hệ tình dục không an toàn.

[13]Báo cáo của UNAIDS/UNWomen về Lây truyền qua bạn tình 2012
[14]Số liệu chưa công bố. WHO/Trung tâm AIDS Thái Nguyên

III - ỨNG PHÓ QUỐC GIA

1. Công tác quản lý, chỉ đạo

Dưới sự điều hành của Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc, các thành viên của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm đã họp định kỳ để cùng rà soát lại hiện trạng của công tác phòng chống HIV và xây dựng cam kết tiến bộ hơn nữa. Phó Thủ tướng cùng các thành viên đã đi kiểm tra hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, phòng, chống tệ nạn, ma túy mại dâm tại một số địa phương, chủ trì phát động Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS, tham dự và phát biểu chỉ đạo tại Hội nghị Khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ V vào cuối năm 2013. Đặc biệt là vào tháng 9/2013, Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc cùng mốt số thành viên của Ủy ban Phòng chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm đã tham dự hội thảo "Tăng cường sự tham gia và hoạt động hiệu quả của các tổ chức xã hội trong việc thực hiện Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS" do Liên Hiệp các Tổ chức Khoa học và Kỹ thuật (VUSTA) tổ chức.Vào ngày 10/1/2014 Phó Thủ tướng chủ trì hội nghị trực tuyến toàn quốc tổng kết năm 2013 và nhiệm vụ kế hoạch năm 2014 về công tác phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm quốc gia, hội nghị có sự tham gia của tất cả các đồng chí lãnh đạo cấp bộ, ban ngành và lãnh đạo ủy ban nhân dân tỉnh của 63 tỉnh thành phố, các đồng chí lãnh đạo các tổ chức quốc tế tại Việt Nam, tại hội nghị này Phó Thủ tướng đã kết luận:

"...thời gian tới, các bộ, ngành trung ương khẩn trương ban hành chương trình, kế hoạch cụ thể về phòng chống ma túy, mại dâm theo Nghị quyết 01 của Chính phủ; tiếp tục nghiên cứu đề xuất xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật trong công tác phòng, chống AIDS, tệ nạn ma túy, mại dâm; đẩy mạnh hơn nữa công tác tuyên truyền, nâng cao nhận thức, phổ biến chính sách pháp luật về công tác phòng chống mại dâm; đẩy mạnh chương trình điều trị Methadone, sản xuất, cung ứng, quản lý thuốc; kiên quyết xử lý nghiêm các trường hợp bao che, bảo kê ma túy, mại dâm; xây dựng chế tài xử lý vi phạm; tiếp tục tăng cường phối hợp, tập trung lực lượng, phương tiện, nâng cao hiệu quả tấn công, trấn áp tội phạm, triệt xóa các đường dây tổ chức mua bán, vận chuyển ma túy trên các tuyến, địa bàn trọng điểm; tăng cường hợp tác quốc tế, học tập kinh nghiệm các mô hình tốt, thực hiện đầy đủ cam kết quốc tế, đặc biệt lồng ghép các chương trình quốc tế trong nước, tranh thủ sự hỗ trợ của quốc tế đối với Việt Nam; đổi mới công tác cai nghiện ma túy theo hướng tự nguyện; tập trung hợp tác đấu tranh chống mua bán, vận chuyển ma túy qua biên giới và tuyên truyền phòng chống ma túy ở khu vực biên giới.

...Chủ đề công tác của năm 2014 là "Phòng chống ma túy, mại dâm, HIV/AIDS hướng về cộng đồng, dựa vào cộng đồng, với phương châm phòng ngừa là chính"[15]

[15]Công văn số 34/TB-VPCP ngày 23/1/2014 của Văn Phòng Chính phủ về Thông báo kết luận của Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc tại Hội nghị tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS, ma túy, mại dâm năm 2013 và triển khai nhiệm vụ năm 2014

Trích đoạn Kết luận của Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc đã cho thấy Chính phủ xác định các khó khăn tồn tại hiện nay của công tác phòng, chống HIV/AIDS, đồng thời Phó Thủ tướng đã nêu rõ nhiệm vụ công tác năm 2014 đảm bảo tính toàn diện từ công tác chỉ đạo, hoàn thiện các văn bản pháp lý, kiện toàn hệ thống tổ chức, huy động các nguồn lực mới và triển khai đồng bộ các hoạt động chuyên môn kỹ thuật.

Tuy nhiên, cho dù có những dấu hiệu đáng mừng cho thấy các cam kết quốc gia đối với việc tài trợ và quản lý các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS, vẫn có những quan ngại sâu sắc về tính bền vững. Ứng phó với HIV của Việt Nam hiện vẫn đang dựa nhiều vào hỗ trợ quốc tế, trong khi quốc gia đã ở vị trí là nước có thu nhập trung bình, cùng với cuộc khủng hoảng tài chính toàn cầu là những yếu tố khiến các nguồn tài trợ quốc tế cho đối phó với HIV/AIDS cắt giảm. Các nhà tài trợ đã có kế hoạch kết thúc hoặc sẽ giảm đáng kể nguồn tài trợ hiện có (như trong trường hợp của PEPFAR). Nếu nguồn ngân sách quốc gia chi cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS không tăng lên để bù đắp sự thiếu hụt này, thì các kết quả quan trọng đã đạt được trong dự phòng điều trị và chăm sóc HIV sẽ có nguy cơ bị mất. Đồng thời nếu không có các biện pháp duy trì các kết quả can thiệp đã đạt được, Việt Nam đứng trước nguy cơ xuất hiện bùng phát dịch HIV trở lại, đặc biệt là việc bùng phát dịch HIV kháng thuốc.

2. Môi trường chính sách, pháp lý

Chính phủ Việt Nam xác định phòng, chống HIV/AIDS phải được coi là một nhiệm vụ quan trọng, lâu dài, cần có sự phối hợp liên ngành và Chính phủ cam kết tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện các hoạt động phòng chống HIV/AIDS.

Năm 2013, Quốc hội mới thông qua bản sửa đổi Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam có hiệu lực từ ngày 01/1/2014. Bản Hiến pháp này sửa đổi và thay thế bản Hiến pháp nước Cộng hòa XHCN Việt Nam năm 1992. Bản hiến pháp này có chương về quyền và nghĩa vụ của công dân và có điều khoản quy định rằng mọi công dân đều có quyền không bị phân biệt đối xử, được chăm sóc sức khỏe, bất khả xâm phạm về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bảo hiểm y tế toàn dân, bảo đảm an sinh xã hội, được bình đẳng trong sử dụng các dịch vụ y tế, được làm việc... Quốc hội cũng yêu cầu các bộ ngành liên quan rà soát các văn bản để thể chế hóa các quyền này.

Bên cạnh đó, trong chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2013 của Quốc Hội có một số văn bản liên quan đến công tác phòng chống HIV, ví dụ như Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo Hiểm Y Tế, Luật Bảo hiểm Xã hội (sửa đổi). Một thành công quan trọng trong giai đoạn này là việc thông qua Luật Xử lý Vi phạm Hành chính chấm dứt việc đưa người bán dâm vào các trung tâm giáo dục-lao động-xã hội và đóng cửa các trung tâm này và đảm bảo thủ tục tố tụng và quyền mời đại diện pháp lý của những người sử dụng ma túy. Cùng với việc ban hành Luật này, các Nghị định hướng dẫn việc thực hiện cũng được ban hành kịp thời (Nghị định 111/2013/NĐ-CP ngày 30/9/2013 quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn; Nghị định 81/2013/NĐ-CP ngày 19/7/2013 quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Xử lý vi phạm hành chính; Nghị định số 221/2013/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc...).

Trong năm 2013, Quốc Hội đã xem xét Luật Hôn Nhân và Gia Đình và thảo luận đến vấn đề hôn nhân đồng giới. UNAIDS đã hỗ trợ một nghiên cứu năm 2013 về tình hình sống chung của các cặp đồng tính ở Việt Nam, những mong muốn của họ, sự kỳ thị và phân biệt đối xử mà họ đang phải chịu đựng và hậu quả của việc không được sống chung hợp pháp. Đây là một nỗ lực nằm thúc đẩy quyền bình đẳng của những người đồng tính, lưỡng tính và chuyển giới, trong đó có quyền được chăm sóc y tế. Nghiên cứu tìm kiếm sự tham gia tích cực của các nhà hoạch định chính sách bằng việc thành lập một nhóm tư vấn bao gồm đại diện của Bộ Tư Pháp, Văn Phòng Quốc Hội, Văn Phòng Chính Phủ, Bộ Văn Hóa, Thể Thao và Du Lịch. Nghiên cứu đã đưa ra những khuyến nghị về việc hợp pháp hóa hôn nhân đồng giới, rà soát lại những luật có liên quan để đảm bảo quyền bình đẳng của những người đồng tính, lưỡng tính và chuyển giới và việc tích cực giảm kỳ thị và phân biệt đối xử chống lại họ trong mọi hoàn cảnh. Bản dự thảo sửa đổi Luật Hôn Nhân và Gia Đình dự kiến sẽ được hoàn chỉnh và được Quốc Hội phê duyệt vào năm 2014.

Đáng chú ý là bản Chiến lược Quốc gia về Phòng chống HIV/AIDS đến 2020 tầm nhìn 2030 đã được phê duyệt vào ngày 25/5/2012. Bản chiến lược mới được soạn thảo với sự tham vấn các Bộ, các tổ chức xã hội, các cơ quan LHQ và các đối tác quốc tế, và bao gồm những mục tiêu tham vọng phù hợp với Tuyên Bố Chính Trị về HIV/AIDS: "Tăng cường thêm các nỗ lực nhằm xóa bỏ HIV/AIDS" đã được chấp nhận tại phiên họp đặc biệt của Đại Hội Đồng LHQ tháng 6/2011. Quyết định số 4548/QĐ-UBQG50 của Chủ tịch Ủy Ban Quốc Gia Phòng chống HIV/AIDS ngày 20/11/2012 phê duyệt 4 Đề án của Chiến lược Quốc Gia Phòng chống HIV/AIDS đến 2020 tầm nhìn đến 2030.

Chương trình Mục tiêu Quốc gia về HIV/AIDS 2011-2015 cũng đã được Chính phủ phê duyệt vào tháng 8/2012, đảm bảo cam kết tăng thêm ngân sách cho các hoạt động phòng chống HIV, Đảng sơ kết Chỉ thị 54 về Phòng chống HIV/AIDS và ban hành Thông Báo số 27-TB/TW về việc đổi mới cam kết của Đảng tiếp tục lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS ở cấp trung ương và địa phương. Thông tư Liên tịch 163/2012/TTLT-BTC-BYT của Bộ Tài Chính và Bộ Y tế quy định việc quản lý và sử dụng kinh phí cho Chương trình Mục tiêu Quốc gia về phòng chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2012- 2015.

Trong 2 năm qua cũng đã có những thay đổi tích cực trong môi trường pháp lý có liên quan đến việc thực hiện các hoạt động giảm hại. Nghị định số 96/2012/NĐ-CP ngày 15/11/2012 của Chính phủ quy định điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, Thông tư 12/2013/TT-BYT ngày 12/04/2013 Hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Nghị định 96/2012/NĐ-CP ngày 15/11/2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. Hướng dẫn khung giá dịch vụ MMT theo một số điều trong Nghị Định 96/2012/ND-CP, Thông tư số 154/2013/TT-BTC quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí thẩm định cấp giấy phép hoạt động và lệ phí cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế đã được phê duyệt vào tháng 11/2013. Một số ưu điểm trong nội dung Nghị định này được liệt kê sau đây:

- Không chỉ giới hạn ở methadone mà áp dụng cho tất cả các loại thuốc và được gọi là "thuốc hỗ trợ điều trị nghiện thuốc phiện".

- Đơn giản hóa thủ tục hành chính: bệnh nhân trực tiếp đến phòng khám đăng ký. Các văn bản hành chính cần thiết được đơn giản hóa chỉ còn: (1) một đơn đăng ký được UBND xã xác nhận: bệnh nhân không ở trong danh sách sẽ bị gửi đi cai nghiện bắt buộc theo Nghị Định 94 và xác nhận địa chỉ cư trú của bệnh nhân; và (2) bản sao công chứng Chứng Minh thư, hoặc sổ hộ khẩu, hoặc giấy khai sinh. Thời gian từ khi nhận được đơn đăng ký điều trị của bệnh nhân đến khi tiến hành điều trị được giới hạn trong vòng 15 ngày.

- Việc mở rộng MMT tới các cơ sở giam giữ như trại giam và các cơ sở y tế tư nhân; trách nhiệm đầu tư và triển khai của Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố; chính sách cho người bệnh tham gia điều trị và những người cung cấp dịch vụ điều trị trong hệ thống y tế công.

Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1899/QĐ-TTg ngày 16/10/2013 về việc phê duyệt Đề án "Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020" trong đó Thủ tướng Chính phủ đã giao rất nhiều văn bản quy phạm pháp luật cho các Bộ, ngành nhằm khẩn trương huy động các nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS và các hướng dẫn về việc sử dụng được các nguồn lực huy động được một cách hiệu quả và tiết kiệm. Kế hoạch thực hiện Đề án "Bảo đảm tài chính cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020" số 967/KH-BYT được Bộ Y tế phê duyệt ngày 10 tháng 12 năm 2013 (sau đây viết tắt là Kế hoạch 967). Kế hoạch 967 đã giao trách nhiệm của cho các vụ, cục trong Bộ Y tế thực hiện các nhiệm vụ nhằm cụ thể hóa các nhóm giải pháp đã được đề cập trong đề án bảo đảm tài chính trong đó có tổ chức các hoạt động hội nghị, hội thảo nhằm vận động các nguồn tài trợ mới, chủ trì và phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan xây dựng các văn bản hướng dẫn nhằm tạo cơ chế cho việc huy động nguồn lực cho chương trình, xây dựng lộ trình và kế hoạch huy động các nguồn viện trợ mới, xây dựng kế hoạch thực hiện các nhóm giải pháp quản lý chương trình, quản lý và sử dụng có hiệu quả nguồn kinh phí huy động được. Cũng trong năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn số 999/HD-BYT ngày 18/12/2013 về triển khai thực hiện Đề án " Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, giai đoạn 2013-2020" tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Hướng dẫn này nhằm phổ biến vai trò và vị trí tầm quan trọng của Đề án đối với công cuộc phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, cụ thể hóa trách nhiệm của Ủy ban nhân dân và các ngành các cấp tại địa phương trong việc xây dựng Kế hoạch thực hiện bảo đảm tài chính cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại các tỉnh/thành phố giai đoạn 2014-2020.

Bên cạnh đó, đã có nhiều tiến bộ về khung chính sách và pháp lý cho các hoạt động chăm sóc và điều trị nhằm đơn giản hóa các thủ tục điều trị ARV, hỗ trợ việc tiếp cận điều trị sớm, mở rộng các hoạt động điều trị, cho phép phạm nhân nhiễm HIV đã chuyển giai đoạn AIDS đang có nhiễm trùng cơ hội được tạm đình chỉ chấp hành án phạt tù… thông qua các văn bản chính sách sau:

- Thông tư 32/2013/TT-BYT ngày 17/10/2013 hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV. Thông tư này cho phép đơn giản các thủ tục điều trị ARV, hỗ trợ việc tiếp cận sớm với điều trị HIV/AIDS.

- Thông tư liên tịch 03/2013/TTLT-BCA-TANDTC-VKSNDTC-BQP-BYT ngày 15/5/2013 hướng dẫn thi hành quy định về tạm đình chỉ chấp hành án phạt tù đối với phạm nhân.

- Quyết định số 4817/QĐ-BYT ngày 28/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C

- Quyết định số 153/QĐ-AIDS ngày 27/6/2013 của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS về Hướng dẫn tư vấn cho trẻ em nhiễm HIV
  Thông tư 06/2012/TT-BYT ngày 20/4/2012 của Bộ Y tế về việc quy định về điều kiện thành lập và nội dung hoạt động đối với tổ chức tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS.

Sự phối hợp giữa các chương trình HIV và Lao đã được củng cố nhằm tăng cường dự phòng lao ở người nhiễm HIV, chẩn đoán sớm và điều trị lao thông qua việc ban hành:

- Thông tư 02/2013/TT-BYT ngày 15/01/2013 quy định về việc phối hợp giữa các cơ sở y tế trong quản lý bệnh lao.

- Quyết định số 2495/QĐ - BYT ngày 18/7/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn phát hiện tích cực bệnh lao và điều trị dự phòng mắc lao bằng Isoniazid (INH) ở người nhiễm HIV.

- Quyết định số 2496/QĐ - BYT ngày 18/7/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế phối hợp giữa Chương trình mục tiêu quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS và Dự án phòng, chống bệnh Lao thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế.

- Quyết định số 2497/QĐ - BYT ngày 18/7/2012 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc phê duyệt khung kế hoạch phối hợp giữa Chương trình mục tiêu Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS và Dự án Phòng, chống bệnh Lao thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế, giai đoạn 2012 - 2015.

Ngoài ra, có nhiều nỗ lực mở rộng và nâng cao chất lượng hoạt động dự phòng HIV, đặc biệt là các hoạt động giảm hại. Một số văn bản chính sách đã được phê duyệt trong hai năm qua, như:

- Chỉ thị số 16/CT-TTg ngày 22/5/2012 của Thủ tướng Chính phủ về việc tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS.

- Quyết định số 3281/QĐ - BYT ngày 11/9/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành "Bảng kiểm tra trung tâm phòng, chống HIV/AIDS".

- Quyết định số 4994/QĐ-BYT ngày 14/12/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn triển khai phòng, chống HIV/AIDS tuyến xã phường.

- Thông tư liên tịch 25/2013/TTLT-BYT-BTC ngày 4/9/2013 quy định chế độ quản lý tài chính đối với việc thực hiện hoạt động tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai, phòng, chống HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Thông tư liên tịch 29/2013/TTLT-BYT-BVHTTDL-BCA-BLĐTBXH ngày 30/9/2013 hướng dẫn thực hiện biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bằng bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú

Ngoài những Đề án đã được trình lên Chính phủ và Thủ tướng, Cục phòng chống HIV/AIDS đã làm việc với các cơ quan đầu mối xây dựng và trình những văn bản pháp lý và hướng dẫn kỹ thuật quan trọng, bao gồm:

- Thông tư 09/2012/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

- Thông tư 28/2012/TT-BYT ngày 04/12/2012 quy định "Danh mục bệnh mà người mắc bệnh đó không được lấy mô, bộ phận cơ thể để ghép cho người bệnh".

- Thông tư 29/2012/TT-BYT ngày 04/12/2012 về thủ tục cấp mới, cấp lại giấy chứng nhận phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học.

- Thông tư 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV.

3. Phối hợp đa ngành trong công tác phòng chống HIV

Dưới sự chỉ đạo của Ủy Ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm, sự phối hợp giữa các bộ, ban ngành đã được đẩy mạnh để đảm bảo ứng phó đa ngành mạnh mẽ hơn, tăng cường độ bao phủ và chất lượng cung cấp các dịch vụ về HIV/AIDS. Các bộ và ngành đã cùng phối hợp với các tổ chức xã hội, các tổ chức quốc tế trong hoạt động cung cấp dịch vụ này. Thành công lớn nhất trong giai đoạn qua là việc gia tăng nhanh chóng độ số lượng người tiếp cận được với các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV. Ngoài ra, HIV đã được lồng ghép vào trong các chính sách và quyết định quan trọng của nhiều bộ ngành và các chính sách, quyết định này đã được thực hiện (bao gồm Chiến lược Phát triển Kinh tế Xã hội 10 năm 2011-2020 của Việt Nam và Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 2011-2015).

Trong giai đoạn qua, Bộ Y tế (Cục phòng chống AIDS) đã tổ chức các buổi họp định kỳ với các cơ quan thường trực phòng chống HIV của các bộ, ngành, cũng như những buổi giao ban định kỳ với báo chí để phổ biến các nội dung tuyên truyền về phòng, chống HIV thông qua các cơ quan thông tin đại chúng, Họp mặt định kỳ với các Tổ chức phi chính phủ Việt Nam hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS để chia sẻ thông tin và định hướng hoạt động chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Định kỳ hằng năm, dưới sự chỉ đạo của Ủy Ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm, lãnh đạo các bộ ngành đã tổ chức các chuyến đi giám sát hàng năm các hoạt động phòng chống AIDS, ma túy và mại dâm tại các tỉnh và thành phố. Các đoàn do các đồng chí lãnh đạo bộ, ngành dẫn đầu và thành viên là các lãnh đạo cấp vụ của các bộ, ngành có liên quan. Ngoài ra, các bộ/ ngành phối hợp chặt chẽ trong việc xây dựng các văn bản pháp luật và các hướng dẫn chuyên môn, và trong việc tổ chức các diễn đàn về phòng chống HIV.

Với sự hỗ trợ từ các cơ quan LHQ, các Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Y tế, Bộ Công An đã phối hợp đẩy mạnh công tác phòng chống HIV cho phụ nữ bán dâm và nam tình dục đồng giới, bao gồm xây dựng hệ thống thông tin, nghiên cứu cung cấp bằng chứng ở cấp quốc gia và địa phương, và lồng ghép phương pháp tiếp cận giảm hại vào các chương trình phòng chống mại dâm. Ngoài ra, ứng phó về phòng chống HIV trong hoạt động phòng chống mại dâm đã được củng cố thông qua đối thoại và ban hành các thay đổi về chính sách, tăng cường hiểu biết về các chính sách hiện hành về hoạt động mại dâm theo Luật mới về Xử lý vi phạm hành chính. Luật về Xử lý vi phạm hành chính đã được thông qua là một thành công quan trọng, theo đó sẽ không đưa người bán dâm tập trung tại các trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội. Luật mới cũng yêu cầu việc đưa người sử dụng ma túy tập trung bắt buộc tại các trung tâm 06 phải theo đúng thủ tục tố tụng và người sử dụng ma túy được phép có đại diện pháp lý.

Trong năm 2013, Bộ Công An, phối hợp với Bộ Y tế, Dự án Quỹ toàn cầu, Dự án phòng chống HIV ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương, các cơ quan Liên Hợp Quốc, đã tiến hành các hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông/ truyền thông thay đổi hành vi (IEC/BCC), nâng cao năng lực cho cán bộ và phạm nhân về dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV; điều trị ARV cho 1.080 phạm nhân và điều trị nhiễm trùng cơ hội và nhiễm khuẩn qua đường tình dục cho 1.189 phạm nhân tại 20 trại giam. Trong giai đoạn này, Bộ LĐ-TB-XH tổ chức các hội thảo đào tạo nâng cao năng lực cho các cán bộ của các trung tâm 06, và tiến hành các hoạt động nâng cao kiến thức về HIV trong lĩnh vực tư vấn, xét nghiệm HIV, chăm sóc và điều trị ARV.

Bộ Quốc Phòng, Ủy Ban Dân tộc, và Bộ Y tế đã tăng cường hợp tác trong chương trình phòng chống HIV cho đồng bào dân tộc thiểu số thông qua việc phối hợp triển khai các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi ở một số địa phương. Với sự hỗ trợ từ PEPFAR, các hoạt động tư vấn, xét nghiệm và điều trị ARV đã được cung cấp tại các cơ sở quân y trong khi điều trị ARV đã được cung cấp cho những người dân sống gần các cơ sở này.

Ủy ban Văn hóa, Giáo dục Thanh niên, Thiếu niên và Nhi đồng (CCEYAC) của Quốc Hội, Bộ Nội Vụ, Đoàn Thanh niên, và các tổ chức địa phương khác, với sự hỗ trợ từ UNFPA và các đối tác LHQ, đã tổ chức các diễn đàn thảo luận chính sách để bàn về các ưu tiên của thanh niên sau năm 2015 (trong đó có những ưu tiên về sức khỏe sinh sản tình dục và phòng chống HIV) và làm thế nào để lồng ghép các ưu tiên này vào Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội quốc gia. Nhờ đó, một cơ chế điều phối liên ngành quốc gia về các vấn đề liên quan đến thanh niên đã được thiết lập.

Nhiều bộ/ngành đã phối hợp với các tổ chức xã hội triển khai các chiến dịch thông tin, giáo dục và truyền thông (TT-GD-TT) liên quan đến HIV. Bộ Thông tin và Truyền thông đóng vai trò chỉ đạo công tác phối hợp này nhằm tăng cường tuyên truyền về phòng chống HIV trên các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt là trong tháng hành động về phòng chống AIDS. Bộ Quốc phòng đã tăng cường các hoạt động TT-GD-TT về phòng chống HIV cho quân nhân, đặc biệt là những tân binh. Trong khi đó, Bộ Xây Dựng và Bộ Giao Thông Vận Tại đã tiến hành các hoạt động IEC/BCC nhằm tăng cường nhận thức về HIV trong dân di cư, công nhân xây dựng và công nhân làm việc ở vùng sâu vùng xa, lái xe. Đồng thời, Ủy Ban Dân tộc hợp tác với Bộ Y tế xây dựng và thực hiện chương trình phòng chống HIV cho đồng bào thiểu số.

Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành và chỉ đạo toàn ngành triển khai thực hiện Kế hoạch hành động về phòng, chống HIV/AIDS của ngành giáo dục giai đoạn 2012-2020 ban hành kèm theo Quyết định 5330/QĐ-BGDĐT ngày 29/11/2012 của Bộ trưởng Bộ GD&ĐT. Bộ GD&ĐT phối hợp với Bộ Y tế triển khai thực hiện các đề án Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030; xây dựng và ban hành Khung giám sát đánh giá của ngành giáo dục về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS, tiến hành nghiên cứu "Phòng chống HIV tại các cơ sở giáo dục công ở khu vực Tây Bắc trong năm 2013". Hoạt động giáo dục về HIV/AIDS cho học sinh đã được lồng ghép vào các chương trình đào tạo hiện có của nhà trường bao gồm giáo dục về HIV trong chương trình giáo dục kỹ năng sống cho học sinh lớp 5, lớp 8 và lớp 10 ở một số trường. Bộ GD&ĐT đã xây dựng Điều khoản Tham chiếu liên quan đến việc điều phối liên vụ và liên ngành của Bộ trong công tác giám sát thực hiện Luật HIV/AIDS trong đó có việc xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử. Công tác này cũng được bổ sung bằng việc xây dựng năng lực ở cả cấp quốc gia và địa phương, kết quả là tăng cường năng lực trong việc tạo ra chất lượng và môi trường học tập thân thiện cho trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV / AIDS.

Các cơ quan địa phương, các tổ chức chính trị, các tổ chức xã hội và cộng đồng đã ủng hộ tích cực trong công tác phòng chống HIV/AIDS. Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức thành viên của Mặt trận triển khai, thực hiện phong trào "Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư" và Dự án "Sáng kiến lãnh đạo Phật giáo tham gia phòng, chống HIV/AIDS, tư vấn và chăm sóc cho những người bị nhiễm/ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại cộng đồng" gắn với cuộc vận động "Toàn dân đoàn kết xây dựng đời sống văn hóa ở khu dân cư. Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông thay đổi hành vi thông qua mạng lưới cấp hội và các hoạt động thường quy của hội. Các hoạt động này bao gồm những buổi truyền thông trực tiếp nâng cao kiến thức, chống kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, nhân rộng thêm các câu lạc bộ Đồng cảm. Đoàn Thanh Niên tiến hành các buổi tập huấn về phòng chống HIV cho gần 200 cán bộ đoàn. Hàng năm, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam đều ban hành văn bản chỉ đạo, hướng dẫn các cấp Công đoàn trong cả nước thường xuyên quan tâm và triển khai công tác tuyên truyền phòng, chống AIDS trong đông đảo đội ngũ công nhân, lao động. Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam nâng cao kiến thức cho cán bộ công đoàn của các tỉnh, chỉ đạo triển khai các hoạt động tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS cho 14.000 công nhân lao động, sản xuất tờ rơi, sổ tay cho các doanh nghiệp, cung cấp tài liệu truyền thông về HIV như băng hình, sổ tay tuyên truyền, tờ rơi, sách mỏng cho các địa phương, tổ chức tập huấn cho lao động ngoài quốc doanh về công tác phòng, chống HIV/AIDS. Đặc biệt, nhân Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2013, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam đã chỉ đạo Công đoàn Công thương Việt Nam tổ chức lễ phát động hưởng ứng Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2013 trong Công nhân, viên chức, lao động ngay tại đơn vị có sử dụng 02 công nhân lao động nhiễm HIV nhằm tuyên truyền và xóa bỏ đi sự kì thị, phân biệt đối xử với những người mắc phải căn bệnh thế kỷ. Hội nông dân phối hợp với các Trung tâm Y tế Dự phòng và Trung tâm Kế hoạch hóa gia đình tiến hành các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi thông qua mạng lưới của Hội. Hội Kế hoạch hóa gia đình tiến hành các hoạt động truyền thông về phòng chống HIV và cung cấp BCS cho sinh viên và người dân trong cộng đồng.

4. Dự phòng lây nhiễm HIV

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

Các hoạt động Thông tin, Giáo dục và Truyền thông (IEC) và Truyền thông thay đổi hành vi (BCC) được thực hiện với sự phối hợp đa ngành bằng nhiều hình thức ở tất cả các cấp trong toàn quốc. Tạp chí, chương trình truyền hình, báo chí, bản tin, áp phích, biểu ngữ, tờ rơi và các chiến dịch nâng cao nhận thức về HIV đã được cung cấp cho các quần thể chính có nguy cơ cao cũng như người dân nói chung. Các hoạt động IEC/BCC bao gồm đào tạo, giáo dục đồng đẳng cho các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao, tư vấn, thiết lập đường dây nóng, tổ chức các cuộc thi chạy, chương trình giáo dục giải trí, viết chuyện và tổ chức triển lãm ảnh.

Bộ Công An, Bộ Quốc phòng, Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Xây Dựng, Bộ GD&ĐT, Bộ GTVT, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Bộ Tư Pháp, Ủy Ban Trung Ương Mặt Trận Tổ Quốc và các tổ chức quần chúng đã tiến hành các hoạt động IEC/BCC để tiếp cận với dân di biến động, dân di cư, thanh niên và thiếu niên, phạm nhân cung cấp các thông điệp và dịch vụ phòng chống HIV.

Bộ GD&ĐT và Đoàn Thanh niên Cộng sản HCM tổ chức cuộc triển lãm kéo dài 6 tháng về tình dục lành mạnh với sự tham gia thiết kế và triển khai thực hiện của thanh niên và trẻ vị thành niên đã giúp tăng cường năng lực cho nhóm này. Trong năm 2013, Bộ GD&ĐT đã chỉ đạo triển khai hoạt động này, trong đó có tổ chức nghiên cứu và hội thảo công bố kết quả trong năm 2012, lập bản đồ và xây dựng nội dung triển lãm, chủ trì phiên khai mạc và các phiên đối thoại. Trong khi giáo dục về tình dục vẫn là một chủ đề mới và nhạy cảm ở Việt Nam, sự hỗ trợ và chỉ đạo từ Bộ GD&ĐT đã giúp thể chế hóa và tăng tính bền vững cho các hoạt động này, đồng thời tăng cường sự ủng hộ và hợp tác của các cơ quan ban nhàng liên quan như y tế, thanh thiếu niên và của các bậc phụ huynh và cộng đồng ở phạm vi rộng hơn.

Các chương trình giảm hại

Chiến lược quốc gia mới của Việt Nam về Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định 108/2007/NĐ-CP ngày 26/6/2007 của Chính phủ về việc Hướng dẫn Luật phòng, chống HIV/AIDS đều ủng hộ việc nhân rộng các biện pháp can thiệp giảm hại toàn diện để giảm nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm người dễ bị lây nhiễm HIV. Các biện pháp này bao gồm Chương trình bơm kim tiêm (NSP), Chương trình bao cao su và chương trình điều trị duy trì nghiện các chất dạng thuốc phiện.

Theo Ước tính và Dự báo HIV 2013, đến cuối năm 2013 cả nước có khoảng 271.000 người sử dụng ma túy (khoảng 85% trong số này tiêm chích ma túy), 72.000 phụ nữ bán dâm và 382.000 MSM.[16]

Trong giai đoạn báo cáo, độ bao phủ địa lý của các chương trình NSP, 100% bao cao su và dự phòng HIV cho nhóm MSM đã được mở rộng. Trong năm 2013, 57 trong số 63 tỉnh thành đã tiến hành các hoạt động

[16] Ước tính và Dự báo Sơ bộ về HIV/AIDS tại Việt Nam 2013. Nhóm công tác kỹ thuật quốc gia về Ước tính và Dự báo HIV, Bộ Y tế, 2013.

tiếp cận cộng đồng với người NCMT, MSM và PNBD, 60 tỉnh thành thực hiện chương trình NSP ở một số mức độ khác nhau và tất cả các tỉnh thành đều phát BCS miễn phí.

Bộ Y tế, Sở y tế và các trung tâm y tế quận/huyện đã phối hợp với các cán bộ chính quyền và công an, các đồng đẳng viên, nhóm hỗ trợ người nhiễm HIV nhằm cung cấp các dịch vụ giảm hại cho người NCMT, người bán dâm và MSM. Theo Cục PC AIDS, đến cuối năm 2013, đã có 2.654 đồng đẳng viên NCMT (người sử dụng ma túy trước đây và hiện nay), 1.643 đồng đẳng viên là phụ nữ bán dâm (người bán dâm trước đây, hiện nay và các chủ cơ sở vui chơi giải trí), 368 đồng đẳng viên MSM (nam giới hiện đang có quan hệ tình dục với nam) và 9.484 cộng tác viên tuyến huyện (chủ yếu là cán bộ y tế) tham gia vào chương trình phòng chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, do việc cắt giảm kinh phí, số các đồng đẳng viên đã bị giảm so với năm 2011 (3.875 đồng đẳng viên NCMT, 2.278 đồng đẳng viên PNBD, 11.782 cộng tác viên tuyến huyện) trừ nhóm đồng đẳng viên MSM (145).

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

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

Triển khai Chương trình Quốc gia về Bao cao su giai đoạn 2011-2020, đặc biệt chú trọng vào nhóm người có nguy cơ lây cao lây nhiễm HIV. Chương trình này giúp tạo lập một khung điều phối hiệu quả hơn, tạo ra mối liên kết vững chắc hơn giữa các chương trình phòng, chống HIV, sức khỏe tình dục và sức khoẻ sinh sản, đồng thời mở rộng các phương pháp tiếp thị xã hội. Tất cả cách làm này đều rất quan trọng, vì các nguồn tài trợ cho bao cao su tại Việt Nam đang bị cắt giảm. Trong năm 2012, chương trình bao cao su đã được mở rộng từ 57 đến tất cả 63 tỉnh/thành phố trên toàn quốc, đồng thời mở rộng cả ở tuyến quận/huyện và xã phường. Đến cuối năm 2013 có 439 quận/huyện đã triển khai chương trình bao cao su. Đến năm cuối năm 2013, gần 14 triệu BCS đã được phân phát, chủ yếu thông qua kênh các đồng đẳng viên. Ngoài ra chương trình tiếp thị xã hội BCS cũng có những thành công. Theo báo cáo đến năm 2012, chương trình đã bán được 32 triệu BCS.

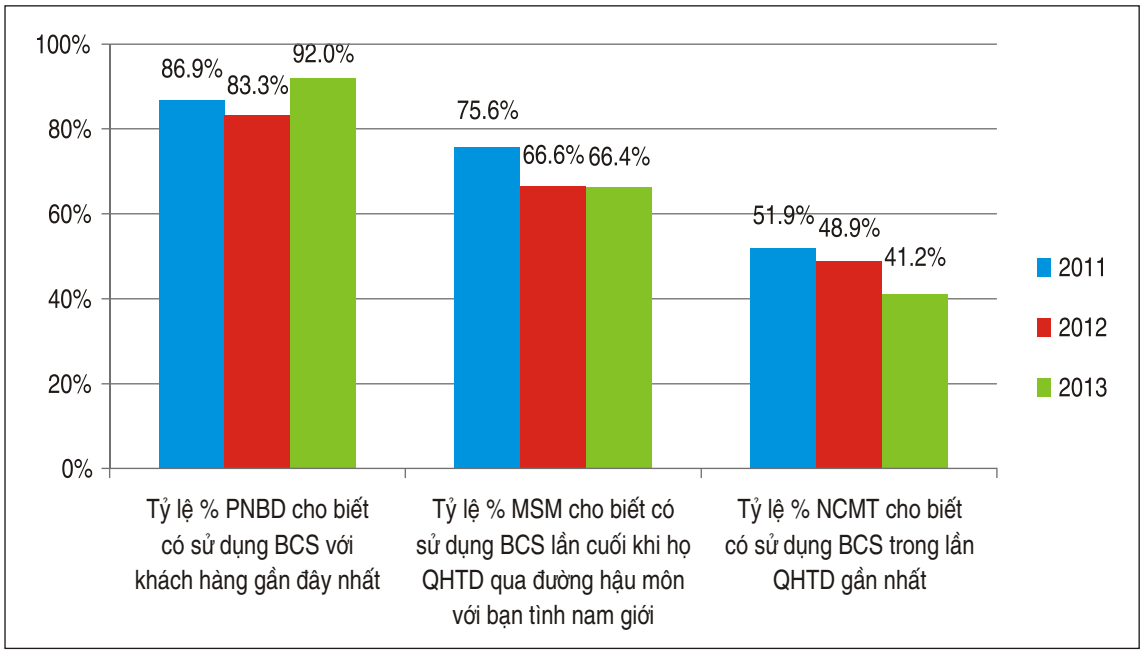
Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch đã xây dựng kế hoạch hành động cho giai đoạn 2010 - 2012 nhằm thực hiện chương trình BCS Phòng chống HIV và STI tại các cơ sở du lịch và khách sạn. Bộ hiện đã phối hợp với các cơ quan liên quan xây dựng Thông tư 29/2013/TTLT-BYT-BVHTTDL-BCA-BLĐTBXH ngày 30/9/2013 hướng dẫn thực hiện biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bằng bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú.

[17] Báo cáo D28. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Bộ Y tế, 2013.

Ngoài ra, cùng với các đối tác phát triển và các cơ quan LHQ, Ban chỉ đạo chương trình toàn diện về BCS quốc gia đã họp và xem xét Kế hoạch Hành động Chương trình Quốc gia về BCS nhằm giải quyết những nhu cầu chưa được đáp ứng về BCS nam cho công tác kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) và phòng chống HIV. Đặc biệt trong năm 2013, Ban chỉ đạo quốc gia đã xem xét những bằng chứng về chất lượng kém của BCS nam trên thị trường tự do và phê duyệt hành động tiếp theo trong năm 2014-2015 nhằm cải thiện ngay lập tức cơ chế quốc gia đảm bảo chất lượng BCS nhập khẩu và phân phối trên thị trường với mục tiêu đảm bảo tính hiệu quả các chương trình KHHGĐ và phòng chống HIV.

Số liệu HSS+ và IBBS 2013 từ 26 tỉnh chỉ ra rằng 72.9% người bán dâm cho biết đã nhận được bao cao su miễn phí trong vòng 1 tháng qua. Theo số liệu HSS + và IBBS 2013, 92% người bán dâm sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất của họ.

Tuy nhiên, sử dụng bao cao su trong nhóm MSM và NCMT vẫn còn tương đối thấp. Theo HSS+ và IBBS 2013, chỉ có 66,4% nam giới cho biết có sử dụng BCS trong lần QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam gần đây nhất, và 41,2% người NCMT cho biết sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất (Biểu đồ 10).



Biểu đồ 10: *Sử dụng BCS ở nhóm có nguy cơ cao (Nguồn: HSS+ và IBBS)*

Việc không PNBD vào các trung tâm chữa bệnh - giáo dục - lao động xã hội bắt buộc nhưng chưa có chính sách nào để quản lý được PNBD tại cộng đồng.

Các chương trình BKT

Độ bao phủ của Chương trình BKT (NSP) đã tăng lên. Số trung bình BKT cấp cho người NCMT đã tăng từ 140 BKT/người NCMT trong 2011 lên 180 trong 2012, tuy nhiên giảm xuống còn 98 trong 2013.17 Việc cấp phát miễn phí BKT giảm nhẹ từ 30 triệu trong năm 2012 xuống còn 26.7 triệu trong năm 2013. Có các

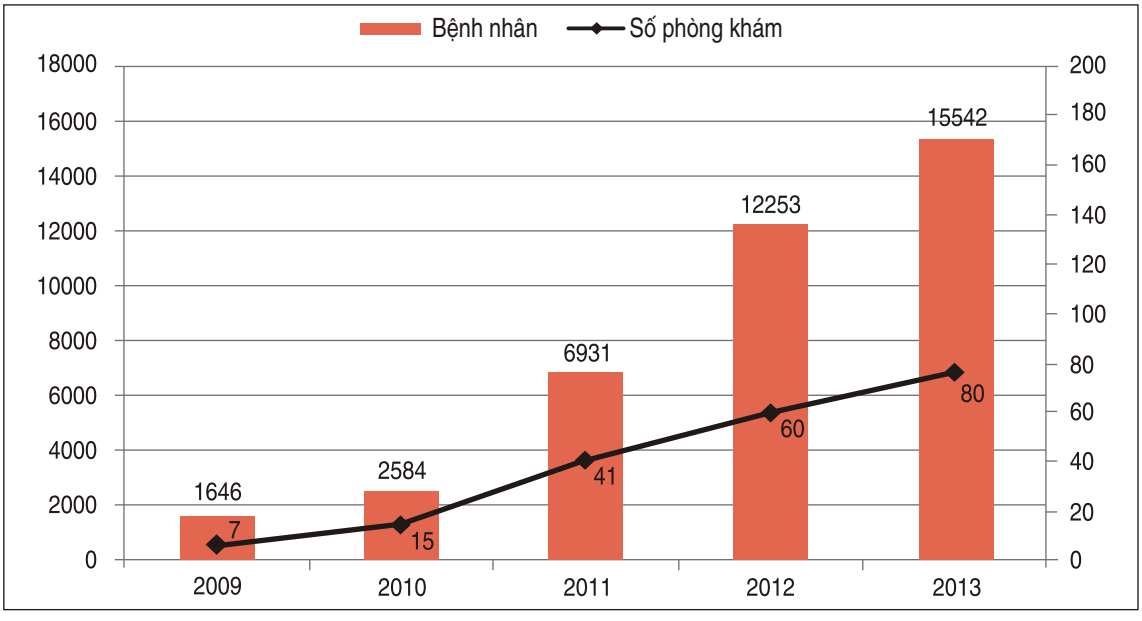
kế hoạch mở rộng Chương trình BKT, với các BKT mới được phát miễn phí thông qua các ĐĐV, các điểm tư vấn xét nghiệm tự nguyện, các phòng khám ngoại trú và các hộp cố định và với mức trợ giá thông qua các nhà thuốc tham gia các sáng kiến thí điểm tiếp thị xã hội. Ngoài ra, chương trình đã được mở rộng thêm ra các huyện theo dự án QTC (31 huyện trong năm 2013).

Theo kết quả HSS+ và IBBS 2013, tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết sử dụng dụng cụ tiêm chích đã được khử trùng trong lần tiêm chích gần nhất tăng nhẹ ở mức 95,3% năm 2011, 96,4% năm 2012, và 97,3% năm 2013.

Chương trình điều trị duy trì nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone

Chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone đã được thử nghiệm tại Việt Nam từ năm 2008 và đã đạt được các kết quả tích cực. Chính phủ Việt Nam đã chỉ đạo duy trì và mở rộng chương trình MMT sau khi giai đoạn thử nghiệm thành công. Đây là biện pháp quan trọng trong các can thiệp giảm hại cho người nghiện ma túy, đặc biệt trong việc phòng ngừa lây nhiễm HIV từ người nghiện ma túy ra cộng đồng.

Nghị định 96/2012/NĐ-CP về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế được phê duyệt nhằm giảm thiểu thủ tục hành chính và tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ MMT. Kết quả là các dịch vụ MMT được mở rộng từ 41 điểm (6.931 bệnh nhân) năm 2011 lên 60 điểm (12.253 bệnh nhân) năm 2012, và 80 điểm (15.542 bệnh nhân) năm 2013 trong tổng số 30 tỉnh (Biểu đồ 11).[17]



Biểu đồ 11: *Số phòng khám và bệnh nhân MMT trong 2009 - 2013*

MMT đã cho thấy tác động đáng kể trong việc giảm các hành vi vi phạm pháp luật ở người nghiện ma túy phạm tội (từ 49% xuống 2%) sau 12 tháng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân MMT tiếp tục sử dụng ma túy giảm từ 16% xuống 11%; trong số những người NCMT, không ai trong số họ cho biết có dùng chung BKT. Sử dụng

BCS ở các bệnh nhân MMT với các bạn tình thường xuyên và người bán dâm tăng lên tương ứng là 44% và 100%. Trầm cảm cũng giảm từ 80% xuống 15% sau 12 tháng điều trị.[6]

Trong năm 2013, Cục PC AIDS phối hợp với WHO triển khai nghiên cứu cung cấp bằng chứng về lợi ích của việc lồng ghép MMT, xét nghiệm HIV và điều trị ARV. Nghiên cứu được tiến hành tại Hà Nội và Cần Thơ cho thấy nam giới nhiễm HIV được điều trị MMT đăng ký chương trình chăm sóc, điều trị ARV nhiều hơn, và có tỉ lệ duy trì điều trị cao hơn so với nam giới không được điều trị MMT. Kết quả nghiên cứu cho thấy chiến lược mở rộng MMT và lồng ghép cung cấp dịch vụ MMT và ART của Cục PC AIDS là chiến lược đúng đắn.

Một cuộc hội thảo tham vấn về việc giới thiệu phương pháp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại các trại giam va tạm giam diễn ra trong năm 2013 với sự hỗ trợ của UNODC. Đây là hoạt động phối hợp giữa Bộ Công An và Bộ Y tế với kết quả đầu ra cuối cùng là một thông báo dự án thí điểm sẽ được thực hiện trong năm 2014-15 tại ba vùng ở Việt Nam.

Trong những năm qua, các hoạt động MMT phụ thuộc nhiều vào tài trợ quốc tế. Khi nguồn tài trợ cho các chương trình HIV bị suy giảm, Việt Nam phải tìm các biện pháp mới nhằm huy động tài chính cho các hoạt động dự phòng quan trọng như điều trị Methadone. Mô hình chia sẻ chi phí giữa ngành y tế địa phương và bệnh nhân là một biện pháp giúp cho chương trình điều trị cai nghiện bền vững và dựa vào cộng đồng. Việc xã hội hóa Methadone đã được thí điểm ở Hải Phòng từ tháng 7/2011 và Lào Cai từ tháng 10/2013, theo đó chi phí điều trị được chi trả bởi người nghiện ma túy và nguồn kinh phí của nhà nước. Mô hình đồng chi trả tạo cơ hội cho những người nghiện ma túy nhận được các dịch vụ điều trị có chất lượng với chi phí thấp nhất.

Thêm vào đó, chính phủ đã có những nỗ lực đáng kể nhằm duy trì chương trình MMT. Bộ Y tế gần đây đã cho phép đợt một 05 doanh nghiệp đủ điều kiện tham gia vào việc sản xuất và cung ứng thuốc methadone trong nước, Bổ sung Methadone và tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc Methadone trong Dược điển Việt Nam. Bộ Y tế đã thông qua chương trình đào tạo về MMT và giao cho năm trường Đại học Y và Viện/Bệnh viện trung ương có trách nhiệm đào tạo nguồn lực cho chương trình. Theo phân cấp của BYT có 3 đơn vị đầu mối chỉ đạo tuyến về điều trị nghiện chất cho các địa phương là Viện Sức khỏe tâm thần Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tâm thần TW 1, Bệnh viện Tâm thần TW 2.

Tuy nhiên, việc mở rộng độ bao phủ chương trình MMT vẫn chưa đủ để đáp ứng nhu cầu điều trị của người NCMT. Độ bao phủ của chương trình còn thấp, đặc biệt ở các tỉnh trọng điểm như Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Thanh Hóa, và Nghệ An. Những thách thức lớn cho chương trình là nguồn tài chính và nhân lực hạn chế để duy trì và mở rộng chương trình MMT.

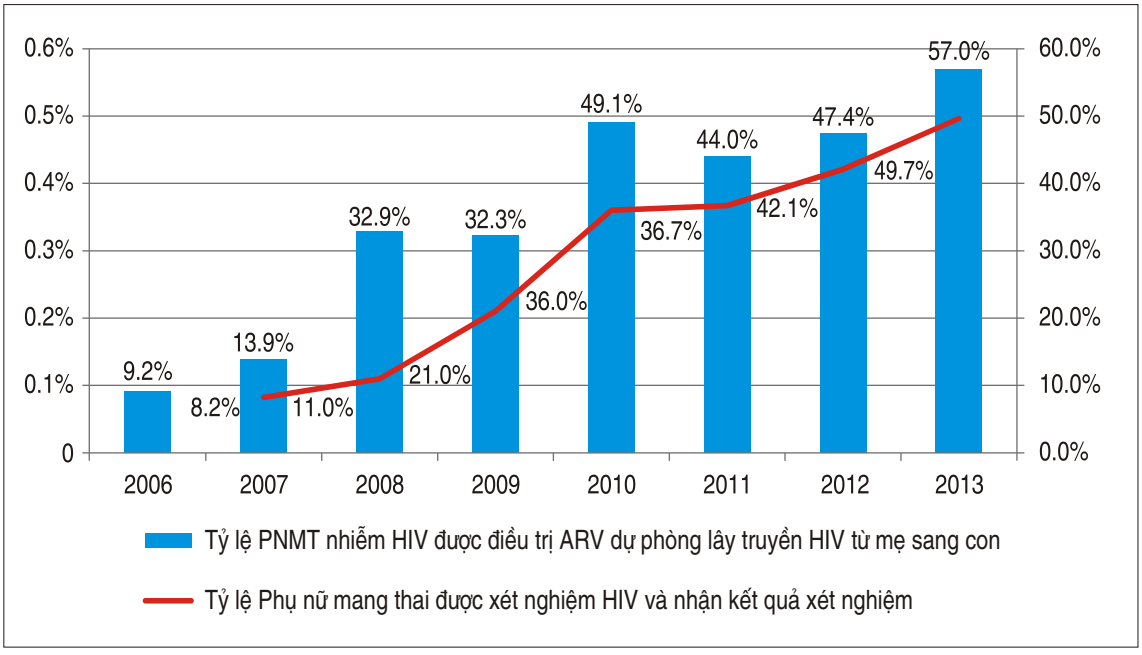
An toàn truyền máu

Truyền máu an toàn tại Việt Nam luôn là một trong những nền tảng của các can thiệp y tế dự phòng HIV. Bộ Y tế đã có nhiều nỗ lực trong việc sàng lọc HIV và viêm gan B và C với từng đơn vị máu.

Theo báo cáo 2013 của Ủy Ban Truyền Máu Quốc gia, trong hoạt động của 82 trung tâm máu/ phòng thí nghiệm sàng lọc máu, có hơn 720,000 đơn vị máu thu được trên cả nước, trong đó có 390.000 đơn vị máu từ những người tự nguyện hiến máu. Trên 97% các đơn vị máu đã được sàng lọc HIV. Trong số này có 391 đơn vị máu có kết quả xét nghiệm dương tính bằng xét nghiệm nhanh HIV.[17]

Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)

Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng kể trong công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bao phủ xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai đã tăng từ 36,7% năm 2011 lên 49,7% trong năm 2013. Thuốc điều trị kháng virus ARV cho công tác PLTMC cũng được cải thiện. Trong năm 2013, trong tổng số ước tính 2.981 phụ nữ mang thai được chẩn đoán dương tính với HIV, có 1.664 bà mẹ và 1.770 trẻ sơ sinh đã được điều trị dự phòng bằng ARV. Công tác chẩn đoán trẻ mới sinh ra bằng xét nghiệm virus đã được mở rộng. Trong năm 2013, 1.985[18] trẻ sơ sinh đã được chẩn đoán sớm ngay khi sinh và được chuyển gửi đến các dịch vụ chăm sóc nhi, cho thấy mức độ tăng đáng kể độ bao phủ của dịch vụ này, từ 26% trong năm 2011 lên 68% trong năm 2013 (Biểu đồ 12).[17]



Biểu đồ 12: *Bao phủ xét nghiệm HIV và điều trị ARV cho phụ nữ mang thai theo năm*

Dịch vụ Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cơ bản đã được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản.Việc tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai đã được mở rộng đến các trạm y tế xã. Các mẫu xét nghiệm của phụ nữ mang thai được lấy tại trạm y tế xã trong những lần khám thai. Ở các xã thí điểm Sáng kiến Tiếp cận Điều trị 2.0, phụ nữ mang thai được tư vấn sàng lọc HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong vòng 30 phút nếu kết quả là âm tính. Tính khả thi của công tác xét nghiệm HIV tại các trạm y

[18] Bao gồm cả trẻ sinh ra trong năm 2012 và được xét nghiệm trong năm 2013.

tế xã nơi phụ nữ mang thai đến khám chăm sóc thai sản sẽ góp phần làm tăng độ bao phủ của việc sàng lọc HIV cho phụ nữ mang thai. Việc kết nối phụ nữ dương tính với HIV đến các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cũng được tăng cường nhằm giảm thiểu việc mất dấu bệnh nhân.

Chương trình dân số và sức khỏe sinh sản 2011-2020 đã đề cập tới yêu cầu kết nối chương trình sức khỏe sinh sản và HIV. Bộ Y tế đang xây dựng kế hoạch lồng ghép toàn diện chương trình PLTMC vào hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em vào năm 2015. Hơn nữa, chương trình hành động quốc gia về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh giai đoạn 2011-2015 đã nhấn mạnh yêu cầu lồng ghép hoạt động chăm sóc sức khỏe và mẹ và dịch vụ PLTMC tại các điểm cung cấp dịch vụ tại các tuyến. Công tác cung cấp xét nghiệm về HIV, HBV và bệnh giang mai đã được khuyến nghị đưa vào gói chăm sóc thai sản trong hướng dẫn quốc gia về dịch vụ sức khỏe sinh sản (Quyết định số 4620/QĐ-BYT). Tuy nhiên, điều này vẫn chưa được thực hiện do sự thiếu hụt nguồn lực. Một mô hình toàn diện về PLTMC về HIV, HBV và bệnh giang mai đã được thí điểm tại huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên. 98,6% trong số 3.498 phụ nữ mang thai đã được xét nghiệm HIV, HBV và giang mai như là một phần của chăm sóc thai sản thông thường. Tỷ lệ nhiễm HIV, HBV và giang mai tương ứng là 0,17%, 8% và 0,03%. Việc cung cấp xét nghiệm HIV, HBV và giang mai đã được phụ nữ mang thai chấp nhận. Tiếp theo những khuyến nghị tổng hợp của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2013 về điều trị ARV sớm cho phụ nữ mang thai (Lựa chọn B+), Bộ Y tế đã quyết định thí điểm Lựa chọn B+ tại 6 tỉnh để đánh giá mô hình cung cấp dịch vụ này cho việc mở rộng tiếp theo.

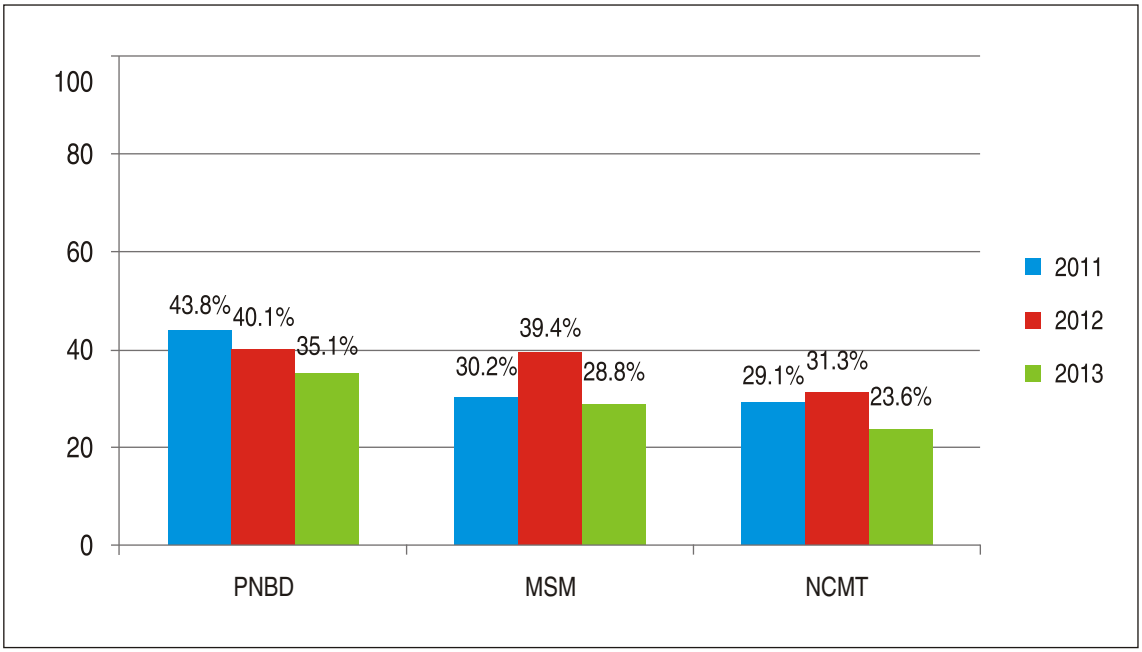
Mặc dù có những tiến bộ về chương trình PLTMC, Việt Nam đang gặp nhiều thách thức. Các nguồn tài trợ bên ngoài cho HIV đang sụt giảm đáng kể trong khi ngân sách nhà nước cho chương trình HIV cũng đang cắt giảm. Nguồn kinh phí cho xét nghiệm HIV ở phụ nữ mang thai đang gặp nhiều thách thức lớn. Các nhà tài trợ đang cắt giảm việc hỗ trợ xét nghiệm này, bảo hiểm y tế chưa thực hiện việc chi trả xét nghiệm HIV cho PNMT. Điều này đã và sẽ dẫn đến hạn chế đáng kể độ bao phủ của dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV ở PNMT. Và điều đó sẽ hạn chế lớn đến quy mô can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nạn dịch HIV ở Việt Nam do nam nghiện chích ma túy thúc đẩy, hầu hết phụ nữ mang thai nhiễm HIV từ những bạn tình/ người chồng nghiện chích ma túy. Chính vì vậy việc giảm các trường hợp lây nhiễm mới trong các nhóm quần thể chính sẽ góp phần giảm lây nhiễm mới ở phụ nữ mang thai. Ngoài ra, việc mở rộng điều trị ARV cho các quần thể chính, đặc biệt cho người NCMT sẽ tối ưu hóa lợi ích của điều trị ARV trong việc giảm lây truyền HIV và góp phần giảm lây nhiễm HIV ở nữ bạn tình của những người NCMT. Mặc dù việc chẩn đoán muộn trong khi sinh đã cải thiện, đó vẫn là một tác nhân lớn của việc lây truyền từ mẹ sang con. Cải thiện chẩn đoán sớm và điều trị ARV cho phụ nứ mang thai được xem là những ưu tiên trong việc giảm nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh tại Việt Nam.

Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng trong những năm gần đây, với số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 244 điểm trong năm 2008, 256 điểm trong năm 2009 và 317 điểm trong năm 2011 và 485 điểm trong năm 2013. Các điểm VCT hoạt động thiếu hiệu quả với số khách hàng thấp đã bị đóng cửa.

Số người nhận được các dịch vụ VCT trong năm 2013 là 569.061 người, giảm nhiều so với năm 2011 (851.470 người), trong đó có 517.329 người đã xét nghiệm HIV. Tuy nhiên, có sự khác nhau về số lượng khách hàng tại các điểm đặt VCT khác nhau: các địa điểm VCT tại TP Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Dương và Thanh Hóa thu hút số lượng lớn khách hàng, trong khi những điểm ở Bình Định và Gia Lai chỉ xét nghiệm khoảng chục khách mỗi tuần.[17]

Theo kết quả HSS+ và IBBS 2013, tỷ lệ người có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết qua xét nghiệm là 35,1% ở nhóm PNBD, 23,6% ở nhóm nam NCMT và 28,8% ở nhóm MSM. Kết quả này giảm nhẹ so với kết quả HSS+ 2011. (Biểu đồ 13)



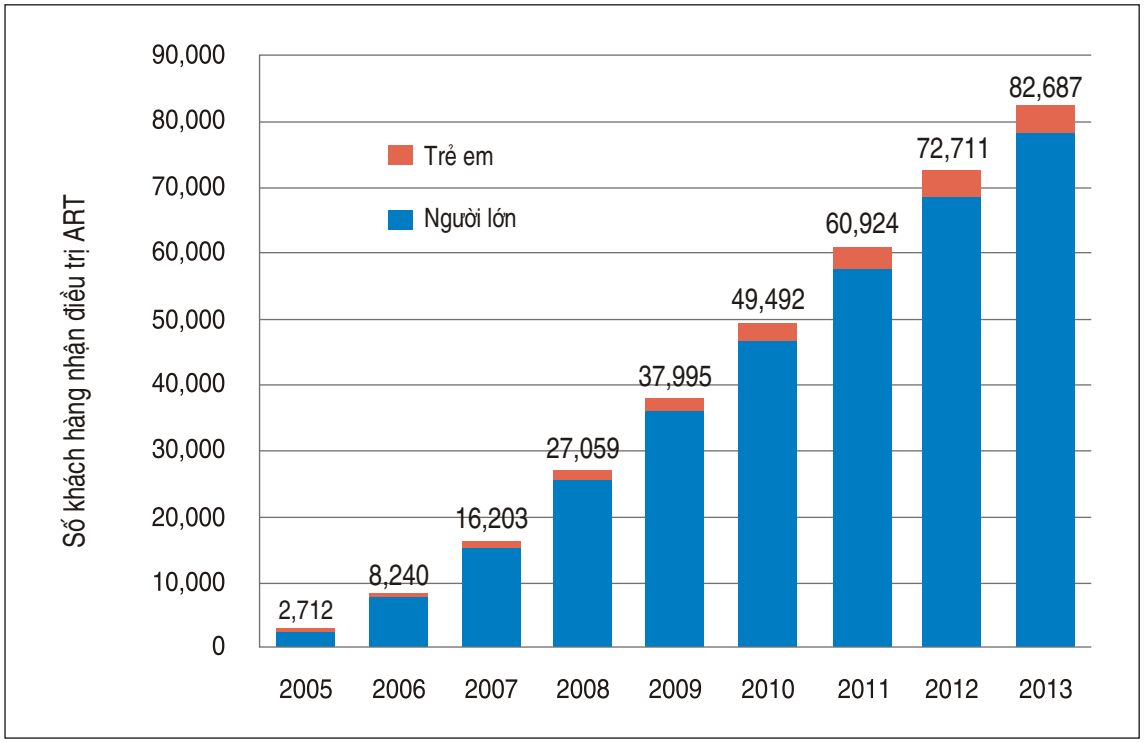
Biểu đồ 13: *Tỷ lệ PNBD, NCMT, MSM xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm (Nguồn: HSS+ và IBBS)*

Phương thức xét nghiệm sử dụng ba xét nghiệm nhanh đã được thực hiện tại 21 trạm y tế xã với hỗ trợ kỹ thuật và tài chính từ WHO. Đối chiếu kết quả xét nghiệm sử dụng phương thức xét nghiệm này và phương thức áp dụng tại các phòng xét nghiệm kiểm chứng cho thấy không có sự khác biệt. Điều này khẳng định các cán bộ y tế xã cũng có thể thực hiện các xét nghiệm nhanh khẳng định tình trạng HIV; do đó có thể đơn giản hóa quy trình xét nghiệm HIV. Cục PC AIDS sẽ xây dựng và thẩm định quy định phương thức xét nghiệm HIV quốc gia trong năm 2014.

5. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ

Giai đoạn báo cáo này đã ghi nhận việc mở rộng không ngừng chương trình điều trị ARV tại Việt Nam. Tính đến cuối năm 2013, có 82.687 người (78.483 người lớn và 4.204 trẻ em) đang điều trị bằng ARV tại Việt Nam (Biểu đồ 14). Con số này đã tăng lên 31 lần so với số người được điều trị vào năm 2005, và tăng 43% trong 2 năm qua. Độ bao phủ của chương trình ART trong số những người đủ tiêu chuẩn điều trị cũng tăng

lên 67.6% vào năm 2013 khi áp dụng tiêu chuẩn điều trị theo hướng dẫn quốc gia (CD4 < 350 tế bào/mm3 ở người lớn). Đến cuối năm 2013 có 364 phòng khám HIV ngoại trú cung cấp dịch vụ ART, trong đó 56 phòng khám cung cấp dịch vụ tại các cơ sở khép kín.[17]



Biểu đồ 14: *Số người đang điều trị ART tại Việt Nam từ năm 2005 đến 2013*

Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế đã đóng vai trò lãnh đạo mạng mẽ trong việc lập kế hoạch, quản lý và điều phối việc mở rộng dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV. Nhiều văn bản pháp quy được xây dựng và chỉnh sửa, như hướng dẫn mới về quản lý người được điều trị ART (Thông tư 32), hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tải lượng vi rút (Quyết định 1921), và hàng loạt các văn bản đẩy mạnh hợp tác giữa chương trình Lao và HIV (Quyết định 2594, 2496, 2497 QĐ- BYT ngày 18/7/2012). Tỷ lệ duy trì sau 12 tháng bắt đầu điều trị ARV duy trì trong năm 2013 là 84,6%, ở mức độ ổn định trong các năm qua và đáp ứng mục tiêu của Tổ chức y tế thế giới (trên 80%). Công tác đảm bảo nguồn cung ứng thuốc ARV đã được duy trì liên tục, đảm bảo không để tình trạng người bệnh bị gián đoạn điều trị ARV do thiếu thuốc.

Các tổ chức quốc tế tiếp tục cung cấp hỗ trợ tài chính và kỹ thuật đáng kể cho việc mở rộng điều trị và chăm sóc HIV, với nguồn kinh phí chủ yếu là từ Chính phủ Mỹ thông qua Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp phòng chống AIDS của tổng thống Mỹ (PEPFAR) và Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, lao và sốt rét (GFATM).

Tuy nhiên, chương trình vẫn đối mặt với nhiều thách thức. Yêu cầu mở rộng chương trình càng trở nên cấp thiết khi mục tiêu quốc gia đề ra là độ bao phủ của chương trình điều trị đến hết năm 2015 phải đạt được 70%, tương ứng với 105.000 người được điều trị (theo tiêu chuẩn CD4 < 350 tế bào/mm3). Theo số liệu được thực hiện tại 68 phòng khám ngoại trú người lớn trong năm 2013, tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV với CD4 dưới 100 tế bào chiếm 36,1%, từ 100 250 tế bào/mm3 chiếm 24% (Báo cáo tổng kết HIVQUAL

2013). Có thể thấy mặc dù bệnh nhân đến tiếp cận điều trị sớm hơn trước đây (51% có CD4 dưới 100 tế bào/mm3 vào năm 2011) nhưng tình trạng tiếp cận điều trị muộn vẫn là vấn đề lớn. Do đó cần tiếp tục nỗ lực thúc đẩy việc tham gia điều trị ART sớm hơn. Mặt khác, 94% người đang điều trị ART là từ nguồn hỗ trợ bên ngoài.[19] Vì Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình, nguồn tài trợ bên ngoài, bao gồm cả tài trợ cho điều trị và chăm sóc HIV bắt đầu sụt giảm. Bên cạnh đó, nguồn kinh phí từ Chính phủ đối với Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng chống HIV cũng bị giảm mạnh trong năm 2014 mạnh, càng làm tăng thêm gánh nặng về việc thiếu hụt nguồn tài chính đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS nói chung và công tác mở rộng điều trị ARV nói riêng. Trong bối cảnh cắt giảm kinh phí, việc mở rộng tiếp cận điều trị mà không ảnh hưởng đné chất lượng dịch vụ và kết quả điều trị và rất cấp thiết. Ngoài ra, dịch vụ chăm sóc điều trị HIV chưa được lồng ghép hoàn toàn vào hệ thống y tế, và việc chuyển giao sang mô hình cung cấp dịch vụ lồng ghép hơn đang được nghiên cứu.

Để giải quyết các thách thức này, Cục Phòng chống AIDS và các đối tác đã có nỗ lực và thành tựu đáng ghi nhận. Để đảm bảo chương trình bền vững lâu dài, Thủ tướng đã phê duyệt đề án "Đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020", nhằm đa dạng hóa nguồn lực tài chính cho chương trình HIV, bao gồm các nguồn từ bảo hiểm y tế, phối hợp công tư. Cục Phòng chống AIDS cũng đã hoàn thành phân tích chi phí của chương trình và công bố kết quả, cung cấp bằng chứng dựa trên chi phí và ước tính nhu cầu nguồn lực.[20] Hiện Cục đang xây dựng kế hoạch đảm bảo cung ứng thuốc ARV chất lượng, liên tục và giá thành hợp lý cho giai đoạn sau năm 2015.

Từ tháng 7/2012, Cục Phòng chống AIDS đã triển khai thí điểm Điều trị 2.0 do UNAIDS/WHO khởi xướng tại 21 xã/phường tại TP Cần Thơ và tỉnh Điện Biên. Mục đích của thí điểm này là mở rộng tiếp cận sớm hơn với ART, đồng thời thúc đẩy điều trị HIV bền vững thong qua việc lồng ghép các dịch vụ liên quan vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Kết quả thí điểm cho thấy có nhu cầu tư vấn xét nghiệm HIV tại tuyến xã phường, và các tổ chức xã hội, tổ chức cộng đồng có vai trò hỗ trợ lớn giúp những người có nguy cơ cao có nhận thức tốt hơn về lợi ích của việc xét nghiệm và điều trị sớm, giúp họ có nhu cầu xét nghiệm và từ đó giới thiệu họ tới dịch vụ xét nghiệm. Tại thời điểm bắt đầu điều trị ART, những người được chẩn đoán tại xã/phường tại Điện Biên có kết quả đếm CD4 cao hơn những người được chẩn đoán tại cơ sở y tế tuyến quận/huyện, cho thấy họ được tiếp cận điều trị sớm hơn.

Với ngày càng nhiều các bằng chứng cho thấy điều trị ART có thể dự phòng lây truyền HIV một cách hiệu quả, nhiều sáng kiến đã được triển khai nhằm nâng cao lợi ích dự phòng của điều trị ART song song với liệu ích điều trị. Cục Phòng chống AIDS, WHO và CDC đã tiến hành một nghiên cứu mô hình toán học, sử dụng số liệu của Cần Thơ, để đánh giá chiến lược hiệu quả để mở rộng chương trình điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phối hợp việc đề nghị nhóm quần thể chính tham gia tư vấn xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị ART ngay lập tức sẽ làm giảm đáng kể các trường hợp lây nhiễm HIV mới và chết do AIDS. Cục Phòng chống AIDS và các đối tác đã bắt đầu triển khai nghiên cứu đánh giá tính khả thi và mức độ chấp nhận khi cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV, và cung cấp ART ngay lập tức để điều trị và dự phòng

[19] Tính đến cuối năm 2013, 72611 người lớn và 4204 trẻ em nhận ARV từ các nhà tài trợ bên ngoài.

[20] Duong AT et al. Costing analysis of national HIV treatment and care programme in Vietnam. J Acquir Immune Defic Syndr 2014;65:e1e7.

cho các cặp đôi khác biệt tình trạng nhiễm HIV tại 2 tỉnh (Điện Biên và Cần Thơ). Đến cuối năm 2013, 126 người là bạn tình nhiễm HIV đã điều trị ART, không dựa vào tiêu chuẩn CD4. Kết quả sơ bộ cho thấy sau 3 tháng điều trị đầu tiên, 78% trong số này có số lượng vi rút không phát hiện được. Như vậy, việc điều trị ART sớm có thể giúp giảm lây nhiễm HIV trong các cặp đôi khác biệt tình trạng nhiễm HIV tại Việt Nam.

Cục Phòng chống AIDS và Dự án Phòng chống Lao quốc gia đã phối hợp xây dưng các văn bản pháp lý nhằm thúc đẩy hợp tác giữa 2 chương trình ở cấp tỉnh, bao gồm: chỉnh sửa và áp dụng gói 12 chính sách theo khuyến nghị của WHO, hướng dẫn quốc gia về phát hiện tích cực bệnh lao dựa trên 4 triệu chứng lâm sàng và điều trị dự phòng mắc lao bằng Isoniazid (INH) ở người nhiễm HIV. Nhưng hướng dẫn này đã được triển khai và mở rộng với sự hỗ trợ của PEPFAR và Dự án Quỹ toàn cầu. Năm 2013 sau một năm ra đời các quyết định 2594/ QĐ- BYT, 2496/ QĐ- BYT, 2497/QĐ- BYT ngày 18/7/2012 về lao/HIV và Dự án phòng chống lao quốc gia đã mở rộng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất ở nhóm bệnh nhân lao nên số bệnh nhân lao/ HIV được điều trị ARV đã tăng lên gần 14% tuy nhiên số liệu cập nhật báo cáo chưa đầy đủ và kịp thời.

Tổ chức xã hội đã có đóng góp quan trọng trong việc mở rộng dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ, và vai trò quan trọng của tổ chức xã hội trong ứng phó HIV bền vững đang ngày càng được công nhận. Các nhóm tự lực của người nhiễm HIV nhiều năm nay đã tư vấn về tuân thủ điều trị và chăm sóc tại nhà cho những người nhiễm HIV khác. Ví dụ như mạng lưới Hoa Hướng Dương gồm 14 nhóm hỗ trợ đồng đẳng đã cung cấp dịch vụ cho gần 2.700 người ở bảy tỉnh (Hà Nội, Quảng Ninh, Cao Bằng, Thái Nguyên, Hà Giang, Điện Biên, Yên Bái). Mỗi nhóm hỗ trợ việc cung cấp điều trị , chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ nhiễm HIV, trẻ sơ sinh và gia đình của họ theo gói dịch vụ dựa trên bốn hướng tiếp cận của WHO về PLTMC. Các dịch vụ liên quan bao gồm: thông báo cho người nhiễm HIV về tầm quan trọng của việc chăm sóc, chuyển gửi họ với các dịch vụ y tế bao gồm xét nghiệm HIV, khám phụ khoa và điều trị ARV và đi cùng với họ đến bệnh viện nếu họ không muốn đi một mình.[21] Những thành công của mạng lưới Hoa Hướng Dương và các nhóm người nhiễm HIV khác đã khuyến khích Sáng kiến điều trị 2.0 huy động cộng đồng các nhóm quần thể chính tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV tại các trạm y tế xã. Các đồng đẳng viên người nhiễm HIV và người NCMT và thành viên các nhóm tự lực đã được đào tạo cùng với nhân viên y tế thôn bản để chia sẻ với những đồng đẳng của họ thông tin về các lợi ích về dự phòng của việc chẩn đoán và điều trị sớm; chuyển gửi những người thuộc nhóm quần thể chính đến xét nghiệm HIV ở cấp xã, và sau đó hỗ trợ những người nhiễm HIV được chẩn đoán sớm đến đăng ký các dịch vụ chăm sóc và điều trị.

Bên cạnh đó cũng có nhiều nỗ lực nhằm đảm bảo và cải thiện chất lượng dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Với sự hỗ trợ của CDC và các đối tác khác, Cục Phòng chống AIDS đã áp dụng và mở rộng hệ thống tăng cường chất lượng, áp dụng phương pháp HIVQUAL. Tính đến cuối năm 2013, 68 phòng khám ngoại trú HIV tại 13 tỉnh đã áp dụng phương pháp HIVQUAL, trong đó nhóm cán bộ giám sát phòng khám ngoại trú đã theo dõi 1 bộ chỉ số, thảo luận và triển khai hoạt động tăng cường chất lượng. Dự kiến hoạt động này tiếp tục mở rộng cho các cơ sở điều trị HIV/AIDS người lớn và trẻ em. Giám sát cũng phát hiện ra nhiều bệnh nhân mất dấu trong quá trình nhận dịch vụ chăm sóc liên tục. Cục Phòng chống AIDS cùng USAID, FHI360, WHO và các đối tác khác đã khuyến khích các tỉnh thực hiện phân tích "Chuỗi chăm sóc

[21]Ủy ban Y tế Hà Lan - Việt Nam. Hướng về ánh sang mặt trời: Đánh giá Chương trình Phòng chống HIV của Ủy ban Y tế Hà lan Việt Nam ở miền Bắc Việt Nam, June 2012.

HIV" để tìm ra các vướng mắc trong quá trình cung cấp dịch vụ, từ chẩn đoán HIV, kết nối với dịch vụ chăm sóc, điều trị ART, cho tới theo dõi lâu dài, và đưa ra khuyến nghị về y tế công cộng nhằm tăng cường việc duy trì tham gia vào chuỗi dịch vụ chăm sóc.

Việt Nam đã thực hiện các hoạt động dự phòng và giám sát HIV kháng thuốc từ cuối năm 2008. Các hoạt động bao gồm: thu thập và phân tích các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc; điều tra ngưỡng HIV kháng thuốc trong công đồng (HIV kháng thuốc do lây truyền) và điều tra HIV kháng thuốc mắc phải trên quần thể bệnh nhân đang điều trị ARV sau 12 tháng và sau 24 tháng. Kết quả ban đầu tại 4 cơ sở điều trị ARV cho thấy tỷ lệ HIV kháng thuốc trên quần thể bệnh nhân đang điều trị sau 12 tháng ở mức thấp (2,9%). Cục Phòng, chống HIV/AIDS đang thực hiện đánh giá về tình trạng HIV kháng thuốc trên bệnh nhân điều trị ARV sau 36 tháng. Kết quả điều tra HIV kháng thuốc do lây truyền cho thấy mức độ lây truyền của HIV kháng thuốc tại Việt Nam ở mức độ thấp, tuy nhiên có một số loại thuốc đã ở mức trung bình. Số lượng các phòng khám ngoại trú tham gia giám sát Bộ chỉ số cảnh báo sớm hiện tượng kháng thuốc điều trị HIV tăng hàng năm, 91 phòng vào năm 2013, nhằm phát hiện các yếu tố tăng nguy cơ kháng thuốc điều trị HIV ở từng phòng khám. Để theo dõi phản ứng có hại của ARV, Cục Phòng chống AIDS phối hợp với Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc đã triển khai giám sát thuần tập các biến cố tại 6 phòng khám ngoại trú. Với sự hỗ trợ của WHO, sáng kiến "báo cáo tự nguyện có chủ đích" đã được thử nghiệm ở 3 tỉnh. Kết quả thử nghiệm cho thấy số lượng và chất lượng báo cáo cải thiện đáng kể so với phương pháp báo cáo tự nguyện thông thường.

Tuy nhiên trong những năm gần đây, kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm nghiêm trọng. Trong khi đó, chỉ tiêu điều trị ARV tăng từ 84.000 lên 105.000 bệnh nhân. Việc suy giảm nguồn lực sẽ dẫn đến nguy cơ thiếu hụt cung cấp ARV cho bệnh nhân HIV, dẫn tới nguy cơ bùng phát trở lại dịch HIV và nguy cơ kháng thuốc lan rộng và các phác đồ điều trị phải thay đổi liên tục mà không có hiệu quả.

6. Sự tham gia của các tổ chức xã hội

Mở rộng và củng cố mạng lưới tổ chức xã hội

Một sự cải thiện đáng kể trong giai đoạn 2012 là việc thành lập các mạng lưới VNSW của những người lao động tình dục năm 2012 và VN MSM-TG của nam giới có quan hệ tình dục đồng giới năm 2013 cũng như việc mở rộng các mạng lưới VNP+ và VNPUD hiện có. Mạng lưới những người sử dụng ma túy (VNPUD) được thành lập năm 2012, khởi đầu với 20 nhóm thành viên. Cùng trong năm này, Mạng lưới VNSW (những người bán dâm) được thành lập với 10 nhóm thành viên. Đến cuối năm 2013 VNPUD đã có 56 nhóm thành viên và VNSW có 12 nhóm thành viên. Mạng lưới MSM-TG (những người đồng tính và chuyển giới LGBT/MSM) được khởi động vào tháng 7/2013, khi thành lập đã có 91 nhóm đăng ký trên cả nước. Ngoài ra, có các tổ chức tín ngưỡng trong nước tham gia vào mạng lưới các tổ chức tín ngưỡng hoạt động phòng chống HIV/AIDS khu vực Châu Á Thái Bình Dương.

Số các tổ chức xã hội có tư cách pháp nhân cũng gia tăng, và có một lượng nhỏ nhưng ngày càng tăng các tổ chức NGO trong nước thể hiện năng lực ngày càng tăng về vận động chính sách, lãnh đạo kỹ thuật và thực hiện dự án ở quy mô quốc gia. Những mạng lưới này đã xây dựng mối liên kết và phối hợp ở cấp trung

ương và địa phương với các cơ quan chính phủ có liên quan như Cục Phòng Chống AIDS, hợp phần dự án của Bộ Y tế, Ủy ban Phòng chống HIV/AIDS tỉnh, Sở Y tế, Sở LĐ-TB-XH, Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật tỉnh, Đoàn Thanh niên, Hội phụ nữ, v.v

Chính phủ ngày càng công nhận đóng góp của các tổ chức xã hội đối với công tác phòng chống HIV/AIDS của quốc gia.

Các cơ quan chính phủ ngày càng thừa nhận vai trò của các tổ chức xã hội trong ứng phó với HIV/AIDS và các tổ chức xã hội đã có tiếng nói mạnh mẽ hơn. Các đại diện của Chính phủ đã tham dự các hội thảo của một số tổ chức xã hội và ghi nhận đóng góp của các tổ chức xã hội trong công tác phòng chống HIV/AIDS. Ví dụ như trong tháng 9/2013, Liên Hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA) phối hợp với Ủy ban Phòng chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm và Bộ Y tế đã tổ chức hội thảo "Tăng cường sự tham gia và hoạt động hiệu quả của các tổ chức xã hội trong việc thực hiện Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS". Phó thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc và các lãnh đạo Đảng, Quốc Hội, và Mặt trận Tổ Quốc đã đến tham dự hội thảo. Phát biểu tại hội thảo Phó thủ tướng nói Chính Phủ sẽ quan tâm gỡ bỏ khó khăn và tạo môi trường thuận lợi cho hoạt động của các tổ chức xã hội. Như vậy, hiện nay VUSTA đã có được một vị thế tốt hơn để nói lên tiếng nói từ thực tiễn cuộc sống với bằng chứng của các tổ chức xã hội. Một ví dụ khác là tại buổi khởi động các mạng lưới VNSW và VNMSM-TG, đại diện của Cục Phòng chống Tệ nạn xã hội của Bộ LĐ TB- XH và Cục Phòng, chống AIDS đã đến tham dự và phát biểu ủng hộ việc thành lập những mạng lưới này. Các đại diện của các tổ chức xã hội đã được các cơ quan nhà nước mời tham gia xây dựng các văn bản chính sách và pháp luật như được nêu trong phần tiếp theo đây.

Sự tham gia vận động chính sách và xây dựng các văn bản chính sách pháp luật

Sự tham gia và đại diện của các tổ chức xã hội trong công tác phòng chống HIV/AIDS đã tạo ra tiếng nói của cộng đồng, đóng góp vào việc vận động, xây dựng và sửa đổi các văn bản chính sách và pháp luật quan trọng như: (i) Luật xử lý vi phạm hành chính, và (ii) các văn bản hướng dẫn thi hành luật này, các nghị định về việc đưa người nghiện ma túy vào các cơ sở cai nghiện bắt buộc trong đó quy định phải có các hồ sơ tòa án và những quy trình thực hiện cụ thể, (iii) Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 tầm nhìn 2030 và bốn đề án thực hiện, (iv) Nghị định 110/2013/NĐ-CP ngày 24/9/2013 với quy định sửa đổi không xử phạt hôn nhân đồng giới, (v) Nghị định 136/2013/NĐ-CP có hiệu lực từ 01/01/2014 thay thế Nghị định số 67/2007/NĐ-CP và 13/2010/NĐ-CP đã có những thay đổi tích cực tăng trợ cấp cho trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS và những người chăm sóc các em và đảm bảo bí mật cho trẻ em và người nhiễm HIV.

Các đại diện của các tổ chức xã hội đã tham gia đoàn đại biểu Việt Nam tham dự Hội nghị Quốc tế về HIV/AIDS khu vực Châu Á Thái Bình Dương lần thứ 11 năm 2013. Ngoài ra, VUSTA, tổ chức bảo trợ cho các NGO và các tổ chức xã hội góp phần ứng phó với HIV/AIDS, đã có diễn văn khai mạc tại một phiên họp toàn thể của Hội nghị Khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ V tháng 12/2013 và Hội nghị cũng đã có một cuộc hội thảo vệ tinh về tổ chức xã hội, thu hút sự chú ý rộng rãi của các tổ chức hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Hội nghị hàng năm về sự tham gia của các tổ chức xã hội trong ứng phó HIV/AIDS quốc gia đã được tổ chức năm 2013 với sự tham gia của hơn 100 đại diện các nhóm dựa vào cộng đồng của những

người nhiễm HIV và những người có hành vi nguy cơ lây nhiễm cao. Hội nghị đã xây dựng kế hoạch chiến lược về sự tham gia của các tổ chức xã hội phòng chống HIV/AIDS với phương pháp tiếp cận có sự tham gia.

Mạng lưới VNP+ tiếp tục đóng vai trò trong vận động chính sách, tiến hành nghiên cứu cung cấp bằng chứng nâng cao các chương trình can thiệp, cũng như vận động mạnh mẽ cho các điều khoản liên quan đến ARV trong Hiệp định Tự do Thương mại và thực hiện các hoạt động Phản đối trước khi cấp bằng để chống lại việc áp dụng bằng sáng chế đối với thuốc ARV thế hệ thứ 2 do Abbott sản xuất.

Diễn đàn xã hội dân sự hợp tác phòng chống AIDS (VCSPA), một diễn đàn qui tụ hơn 200 mạng lưới, tổ chức xã hội đã góp phần xây dựng các mạng lưới VNPUD, VNSWW và VNMSM-TG cũng như thực hiện nhiều hoạt động vận động chính sách. Trong năm 2013, một cải thiện đáng kể về sự tham gia của mạng lưới VNMSM-TG và các nhóm LGBT là một số các hoạt động chính sách, ví dụ như VietPride hoặc chiến dịch của ISEE/ICS và quá trình tham vấn, đã được tổ chức nhằm kêu gọi sự ủng hộ với hôn nhân đồng giới và không kỳ thị và phân biệt đối xử với cộng đồng này. Tuy nhiên, Dự thảo Luật Hôn Nhân Gia Đình vẫn chưa công nhận hôn nhân đồng giới và cần thêm nhiều thời gian và nỗ lực để đạt được các kết quả thực tiễn; từ tháng 11/2013, không còn qui định hôn nhân đồng giới bị xử phạt vi phạm hành chính.

Cung cấp dịch vụ

Mối liên kết giữa các dịch vụ về HIV/AIDS với nhau và với các dịch vụ y tế và phi y tế khác đã được củng cố nhằm cung cấp các dịch vụ toàn diện đến người hưởng lợi, đặc biệt là thông qua sự tham gia của các tổ chức xã hội. Các tổ chức xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện các can thiệp dự phòng ở cấp cộng đồng, như thông tin, giáo dục, truyền thông/ truyền thông thay đổi hành vi; giáo dục đồng đẳng; tư vấn, xét nghiệm tự nguyện; phân phát bao cao su và BKT; tư vấn hỗ trợ pháp lý. Ví dụ, trong dự án Quỹ toàn cầu thành phần VUSTA và các tổ chức xã hội đã tiếp cận hơn 24.000 người ở 10 tỉnh trong năm 2013, cung cấp thông tin và dịch vụ dự phòng HIV. Tổ chức xã hội đóng vai trong quan trọng trong việc chuyển gửi khách hàng đến phòng khám ngoại trú và hỗ trợ tuân thủ điều trị, cung cấp chăm sóc tại nhà và hỗ trợ xã hội, tâm lý và kinh tế cho người nhiễm HIV và gia đình của họ. Các tổ chức cộng đồng, các nhóm tự lực, mạng lưới của những người nhiễm HIV đã góp phần to lớn đến việc giảm kỳ thị, phân biệt đối xử qua việc nâng cao tiếng nói tại các hội thảo, diễn đàn và hội nghị; phong trào tự lực, tự chủ, tự tin; nghiên cứu về kỳ thị và phân biệt đối xử, giám sát chống kỳ thị và phân biệt đối xử tại các cơ sở y tế, trong cộng đồng và trên các phương tiện truyền thông, xây dựng và thực hiện mô hình chống kỳ thị và phân biệt đối xử tại cộng đồng.

Nghiên cứu, Theo dõi và Đánh giá

Đại diện của các tổ chức xã hội đã đóng góp tích cực trong việc sửa đổi Khung TD-ĐG Quốc gia trong năm 2012. Khung TD-ĐG mới hiện đã đưa các tổ chức xã hội vào hệ thống TD-ĐG và báo cáo quốc gia. Các đại diện tổ chức xã hội đã tham gia tích cực vào việc chuẩn bị báo cáo đánh giá tiến trình, và các báo cáo UNGASS 2012, 2013.

Các tổ chức xã hội đã tiến hành một số nghiên cứu và đánh giá; như Nghiên cứu về chỉ số đánh giá mức độ kỳ thị với NCH ở Việt Nam do VNP+ tiến hành, đánh gia chương trình công dân thành phố của mạng lưới VNP+, nghiên cứu Phụ Nữ sử dụng ma túy của SCDI, nghiên cứu Mạng lưới người sử dụng ma túy của VNP+, đánh giá Tiếp cận điều trị của VNP+, nghiên cứu lạm dụng rượu, kỳ thị và phân biệt đối xử, các hành vi nguy cơ trong MSM của CCRD, v.v.

Trong năm 2012-2013, Bộ Y tế đã phối hợp với UNAIDS tiến hành hai khóa tập huấn về TD-ĐG cho thành viên của các nhóm tự lực của những người nhiễm HIV và những người có nguy cơ nhiễm HIV cao. VNP+ cũng thực hiện một số hoạt động nâng cao năng lực cho thành viên của mạng lưới này.

Huy động nguồn lực

Mặc dù có những hạn chế về kinh phí từ ngân sách nhà nước cho các tổ chức xã hội, các tổ chức xã hội và các tổ chức cộng đồng đã thực hiện thành công các hoạt động ở cấp cộng đồng và xây dựng được những đề xuất dự án tốt thu hút sự chú ý và tài trợ của các nhà tài trợ và các NGO quốc tế. Năm 2013, VUSTA và các tổ chức NGO và tổ chức xã hội trong nước đã nộp và nhận được tài trợ vòng 2 của QTC vòng 9 . Một số NGO địa phương cũng đã được tài trợ trực tiếp từ các nhà tài trợ như AusAID, USAID, Irish AID, v.v.

Những thách thức chính

Thủ tục phê duyệt cho việc thành lập tổ chức xã hội tốn thời gian và phức tạp gây ra nhiều khó khăn cho các tổ chức xã hội trong việc có được tư cách pháp nhân. Điều này gây ra những khó khăn trong việc thực hiện hoạt động và gây quỹ.

Năng lực của các tổ chức cộng đồng còn hạn chế, cơ cấu tổ chức và nguồn nhân lực chưa bên vững.

Nguồn lực tài chính cho điều hành hoạt động của các tổ chức xã hội vẫn còn hạn chế và chưa bền vững, trong khi các tổ chức xã hội đang còn trong giai đoạn phát triển và trong khi nguồn tài trợ đang bị cắt giảm.

Mối liên kết giữa nhà nước và các tổ chức xã hội vẫn còn hạn chế. Vẫn chưa có hướng dẫn rõ ràng về quản lý giữa nhà nước và các tổ chức xã hội và chưa có cơ chế cấp kinh phí từ nhà nước cho các tổ chức xã hội. Thiếu cơ chế điều tiết để nâng cao sự tham gia và đóng góp của các tổ chức xã hội trong phát triển kinh tế xã hội.

IV - MÔ HÌNH THỰC HÀNH TỐT

1. Đổi mới công tác cai nghiện ma túy, không đưa người bán dâm vào trung tâm chữa bệnh, giáo dục lao động xã hội và thay đổi chính sách đối với phụ nữ bán dâm

Trong những năm qua, đã có nhiều cố gắng rà soát chính sách và chuyển đổi dần từ cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang phương pháp giảm hại dựa vào cộng đồng. Một trong những thành công chủ yếu là việc phê duyệt Luật Xử lý Vi phạm Hành chính ngày 20/6/2012. Luật đã chấm dứt việc đưa người bán dâm vào các trung tâm giáo dục-lao động-xã hội bắt buộc (có hiệu lực từ tháng 7/2013), đưa ra các thủ tục tố tụng cho việc điều trị cai nghiện bắt buộc đối với người nghiện ma túy và đưa ra các cải cách tích cực cho hệ thống tư pháp (có hiệu lực từ tháng 1/1/2014).

Nghị định 81/2013/NĐ-CP hướng dẫn việc thực thi Luật Xử lý Vi phạm hành chính được xây dựng góp phần tăng cường việc cai nghiện tại cộng đồng, Nghị định 221/2013/NĐ-CP quy định không đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc người đang tham gia các chương trình cai nghiện ma túy tại cộng đồng, người đang tham gia điều trị MMT theo Nghị định 96/2012/NĐ-CP.

Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy trên cơ sở mở rộng chăm sóc và điều trị tự nguyện, dựa vào cộng đồng đã được phê duyệt ngày 27/12/2013 (Quyết định 2596/QĐ-TTg), theo đó 80 trong tổng số 107 trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội sẽ được chuyển đổi sang mô hình cai nghiện tự nguyện, thân thiện và có thể điều trị MMT vào năm 2014, trong năm 2013 Bộ Lao động Thương binh và Xã hội đã hỗ trợ chuyển đổi 04 trung tâm chữa bệnh giáo dục lao động xã hội sang thành cơ sở điều trị tự nguyện. Việc chuyển đổi mô hình này sẽ giúp người NCMT có cơ hội tiếp cận tốt hơn tới các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị nghiện và HIV/AIDS. Bộ LĐ-TB-XH đã xây dựng dự thảo Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về hỗ trợ tín dụng, vay vốn cho người đã cai nghiện ma túy, bệnh nhân MMT, người nhiễm HIV và người bán dâm. Các cơ quan LHQ, tổ chức PCP quốc tế và trong nước, các tổ chức xã hội và các nhóm người nhiễm HIV, người sử dụng ma túy, người bán dâm và MSM đã tích cực tham gia vào quá trình rà soát, sửa đổi và xây dựng những văn bản pháp luật và chính sách này.

Với việc thay đổi chính sách không đưa phụ nữ bán dâm đi giáo dục, chữa bệnh tại các trung tâm chữa bệnh - giáo dục - lao động xã hội, Bộ LĐ-TB-XH, phối hợp với Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, v.v đã thực hiện mô hình thí điểm hỗ trợ dựa vào cộng đồng cho phụ nữ bán dâm, bao gồm giảm hại, trao quyền kinh tế, các dịch vụ xã hội và kinh tế. Một số tỉnh thành như TP HCM, Khánh Hòa và An Giang đã cấp kinh phí cho đề án vay vốn cũng như hỗ trợ kinh phí đào tạo nghề.

Về sáng kiến đổi mới cai nghiện dựa vào cộng đồng, có 4 tỉnh đã xây dựng và thực hiện mô hình này, 23 tỉnh khác có sự hỗ trợ của Bộ LĐ-TB-XH đang xây dựng mô hình "Điểm tư vấn, chăm sóc và hỗ trợ cai nghiện ma túy dựa vào cộng đồng". Số người sử dụng ma túy trong chương trình cai nghiện dựa vào cộng đồng và dựa vào gia đình chiếm 23% tổng số các ca cai nghiện. Quản lý sau cai nghiện dựa vào cộng đồng cũng đã được thực hiện với 8.986 người, chiếm 61,4% tổng số các ca sau cai nghiện. Số người sử dụng ma túy được hỗ trợ vay vốn và tạo việc làm trong năm 2013 là 5.398, tăng 30% so với năm 2012.

2. Cải thiện việc cung cấp và chất lượng điều trị HIV, đặc biệt là việc thí điểm thành công sáng kiến điều trị 2.0

Mặc dù Việt Nam đã có sự mở rộng đáng kể điều trị ARV, vẫn còn nhiều thách thức quan trọng cần được giải quyết. Việc chẩn đoán HIV thường diễn ra ở giai đoạn muộn của việc nhiễm HIV dẫn đến việc bắt đầu điều trị muộn. Những yếu tố này góp phần làm tăng tử vong ở người nhiễm HIV và hạn chế lợi ích dự phòng của điều trị ARV. Kỳ thị và phân biệt đối xử hiện nay cùng với luật trừng phạt và giam giữ hành chính đối với việc sử dụng ma túy đã gây trở ngại cho việc tiếp cận chẩn đoán HIV và các dịch vụ khác của các nhóm quần thể chính, như người NCMT. Ngoài ra, những năm gần đây đã chứng kiến sự sụt giảm viện trợ phát triển nước ngoài cho Việt Nam, trong đó có cả viện trợ cho ứng phó với HIV.

Trước những thách thức trên, Cục Phòng chống HIV/AIDS thuộc Bộ Y tế đã sớm thông qua Sáng kiến Tiếp cận "Điều trị 2.0" của WHO-UNAIDS, nhằm khởi đầu giai đoạn tiếp theo mở rộng điều trị HIV và đạt được tiếp cận phổ cập bền vững đến điều trị thông qua tập trung vào năm lĩnh vực chính: 1) tối ưu hóa phác đồ điều trị thuốc; 2) cung cấp chẩn đoán tại chỗ; 3) giảm chi phí; 4) điều chỉnh hệ thống cung cấp dịch vụ và 5) huy động cộng đồng. Hai tỉnh được lựa chọn thí điểm Sáng kiến Điều trị 2.0 là Điện Biên và Cần Thơ. Thí điểm được tiến hành ở 21 xã trong 2 tỉnh. Việc xét nghiệm và tư vấn HIV đã được phân cấp cho các trạm y tế xã, nơi các cán bộ y tế xã thực hiện các xét nghiệm sàng lọc HIV nhanh. Các cán bộ y tế thôn bản và thành viên các nhóm tự lực của người nhiễm HIV được huy động để đưa những người thuộc các nhóm quần thể chính[22] đến các điểm xét nghiệm tuyến xã và bắt đầu điều trị ở tuyến huyện. Thuốc kháng virus ít độc hơn và chỉ uống 1 viên 1 ngày được cung cấp tại các điểm thí điểm. Sau khi bắt đầu điều trị ở tuyến huyện, bệnh nhân HIV dương tính được chuyển về trạm y tế xã để theo dõi thường xuyên. Và một nghiên cứu chi phí đã được tiến hành để xác định chi phí mở rộng thí điểm.

Sau một năm thực hiện, đã đạt được những kết quả sau:

- *Nhu cầu rõ rệt về việc xét nghiệm HIV ở tuyến xã:* Trung bình mỗi tháng tỉnh Điện Biên có 20 người tiếp cận xét nghiệm HIV tại mỗi xã. Tại TP Cần Thơ, trung bình có 30 người xét nghiệm mỗi tháng tại mỗi xã.

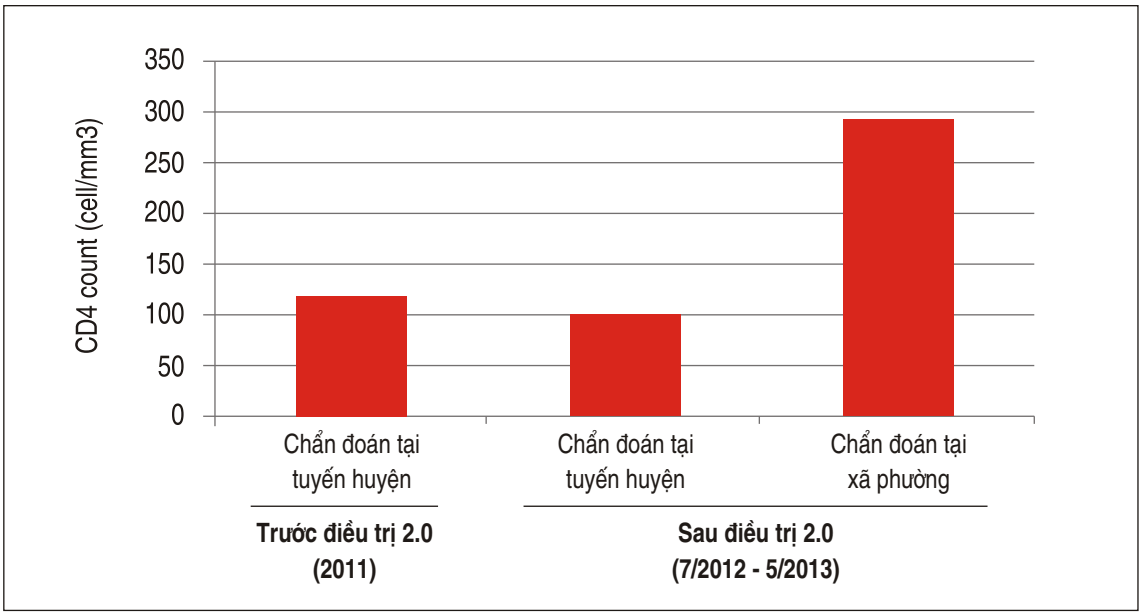
- *Huy động cộng đồng mạnh mẽ hơn:* Số chuyển gửi xét nghiệm HIV thành công do các thành viên cộng đồng thực hiện đã tăng lên, từ 159 ca trong giai đoạn ban đầu năm 2011 lên 929 ca trong thời gian thí điểm.

- *Chẩn đoán và bắt đầu điều trị sớm hơn:* Số người được chẩn đoán ở tuyến xã tại tỉnh Điện Biên có số lượng tế bào CD4 trung bình cao hơn khi bắt đầu được chăm sóc và bắt đầu được điều trị ARV, điều này cho thấy họ đã được chẩn đoán sớm hơn sau khi nhiễm (Biểu đồ XX).

[22] Các nhóm quần thể chính được hướng tới trong thí điểm này là người nghiện chích ma túy và bạn tình của họ. Những phụ nữ mang thai cũng là mục tiêu cho các xét nghiệm sàng lọc HIV.

- *Kết nối nhanh hơn với chăm sóc:* Trước Điều trị 2.0 số lượng trung bình ngày từ khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV đến khi xác định đủ điều kiện điều trị và bắt đầu điều trị ở Điện Biên là hơn 150 ngày. Trong khi thực hiện thí điểm, thời gian này được giảm xuống còn trung bình là 28 ngày đối với bệnh nhân được chẩn đoán ở tuyến xã. Tại Cần Thơ, sự cắt giảm thời gian này là từ trên 34 ngày xuống 20 ngày.

Trong năm đầu tiên thực hiện Sáng kiến cũng có những thách thức. Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV vẫn là những trở ngại mạnh mẽ đối với việc sử dụng dịch vụ, và một số bệnh nhân cho biết các cán bộ y tế xã không bảo vệ quyền giữ kín thông tin của bệnh nhân. Bên cạnh đó cần có nỗ lực lớn trong việc thực hiện các hoạt động đào tạo tại chỗ đối với các cán bộ y tế tuyến xã. Công tác theo dõi quản lý ca bệnh từ chẩn đoán đến điều trị cũng cần phải được xây dựng nhằm đảm bảo tình trạng mất dấu và hỗ trợ duy trì điều trị lâu dài.



Biểu đồ 15: *Lượng CD4 trung bình khi bắt đầu điều trị ARV tại các huyện thực hiện thí điểm 2.0 - Tỉnh Điện Biên*

Tuy gặp những thách thức nói trên, việc thí điểm Điều trị 2.0 đã phân cấp thành công dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV đến tuyến xã và điều này đem lại các kết quả sức khỏe được cải thiện, đặc biệt với những người sống xa các phòng khám HIV tuyến huyện. Các phỏng vấn với bệnh nhân cho thấy xét nghiệm HIV ở các trạm y tế xã tiện lợi và tiết kiệm thời gian, và họ cho biết các cán bộ y tế xã có thái độ thân thiện. Tương tự, các bệnh nhân cho biết việc quản lý điều trị của họ ở tuyến xã đem lại các chi phí đi lại thấp hơn và chi phí cơ hội thấp hơn, ví dụ như chi phí nghỉ làm để đi khám và nhận lô thuốc mới.

Chính phủ Việt Nam sẽ mở rộng sáng kiến vào năm 2014, tập trung nhiều hơn vào khu vực miền núi và vùng sâu vùng xa có gánh nặng HIV ở mức trung bình đến cao, cũng như những điều chỉnh khác để đáp ứng với những thách thức đã nêu trên. WHO và UNAIDS sẽ tiếp tục hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho sáng kiến này.

3. Tăng cường mối liên kết giữa các dịch vụ về HIV và sức khỏe bà mẹ và trẻ em và sứ khỏe tình dục và sinh sản

Do sự suy giảm tài trợ quốc tế cho chương trình HIV tại Việt Nam kể từ khi nước ta trở thành nước có thu nhập trung bình vào năm 2010, việc củng cố sự liên kết giữa các chương trình can thiệp HIV/AIDS, bao gồm tư vấn xét nghiệm tự nguyện và PLTMC với các chương trình chăm sóc sức khỏe có liên quan khác như chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, KHHGĐ, sức khỏe sinh sản và tình dục trở nên rất quan trọng cho việc duy trì cung cấp hàng hóa và dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS. Tuy nhiên hệ thống y tế công cộng của Việt Nam có cơ cấu tổ chức theo chiều dọc, bao gồm cả mạng lưới chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, HIV / AIDS, sức khỏe sinh sản và tình dục và KHHGĐ. Vì vậy, sự tương tác và trao đổi giữa các mạng lưới, trong đó có việc cung cấp dịch vụ, hệ thống chuyển gửi và theo dõi bệnh nhân, cũng hạn chế. Khu vực y tế tư nhân vẫn chưa được chính thức công nhận là một phần của hệ thống y tế.

Sau khi ra đời hướng dẫn khu vực "Khung hoạt động liên kết các dịch vụ HIV/STI với các dịch vụ sức khỏe sinh sản, sức khỏe vị thành niên, bà mẹ mang thai, trẻ sơ sinh và trẻ em của khu vực Châu Á Thái Bình Dương", đã có nhiều nỗ lực lớn nhằm thúc đẩy việc liên kết HIV và sức khỏe tình dục và sinh sản. Năm 2012, các mô hình liên kết phòng chống HIV với sức khỏe tình dục, sinh sản đã được thực hiện ở những nơi có tỷ lệ HIV thấp như tỉnh Tiền Giang và Ninh thuận. Các mối liên kết giữa những chính sách, chương trình và dịch vụ về sức khỏe sinh sản, tình dục và phòng chống HIV đã được tăng cường ở những tỉnh này. Các bài học kinh nghiệm của các mô hình thí điểm này đã cung cấp thong tin cho Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em và Cục Phòng chống HIV/AIDS soạn thảo Hướng dẫn Quốc gia về tăng cường công tác sức khỏe tình dục sinh sản và phòng chống HIV/AIDS trong hệ thống y tế hiện có.

Trong năm 2012 với sự hỗ trợ của UNFPA, Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em đã mở rộng và thử nghiệm mô hình kết nối sức khỏe tình dục sinh sản/phòng chống HIV tại những nơi có tỷ lệ nhiễm HIV cao là các tỉnh Quảng Ninh và Điện Biên. Một đánh giá nhu cầu tăng cường công tác phòng chống HIV/ sức khỏe tình dục, sinh sản đã được tiến hành năm 2012. Dựa trên kết quả của đánh giá, các mô hình can thiệp đã được thiết kế cho phù hợp với nhu cầu về sức khỏe sinh sản/ phòng chống HIV, bao gồm nguồn nhân lực, cơ sở hạ tầng và năng lực. Trong năm 2013, Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em và các vụ có liên quan khác của Bộ Y tế tiếp tục thực hiện các mô hình phòng chống HIV/ sức khỏe sinh sản và tình dục ở hai tỉnh này.

4. Xây dựng và củng cố các tổ chức xã hội và cộng đồng thông qua Dự án Quỹ toàn cầu hợp phần VUSTA

Sự tham gia và đóng góp có hiệu quả của các tổ chức xã hội và cộng đồng đã được ghi nhận trong *"Báo cáo Tiến độ phòng chống AIDS Việt Nam năm 2012, giai đoạn báo cáo tháng 1/2010 đến tháng 12/2011".* Thành tựu phản ảnh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2010-2011 bao gồm *"Sự tham gia rộng rãi và mạnh mẽ hơn của các tổ chức xã hội dân sự trong ứng pho quốc gia".*

Trong Báo cáo *Tiến độ phòng chống AIDS Việt Nam năm 2014* giai đoạn 2012-2013 này, "Sự tham gia rộng rãi và mạnh mẽ hơn của các tổ chức xã hội dân sự trong ứng phó quốc gia" đã thêm nhiều bằng chứng

để rõ nét là một mô hình thực hành tốt. Đặc điểm của mô hình tốt "Xây dựng và củng cố các tổ chức xã hội và cộng đồng thông qua Dự án Quỹ Toàn cầu hợp phần VUSTA" là góp phần thực hiện các ứng phó quốc gia:

Trong công tác quản lý chỉ đạo, VUSTA với một số tổ chức phi chính phủ đã đi kiểm tra hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại 10 tỉnh, thành phố, thúc đẩy nhiều hoạt động trong Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS, tham gia Hội nghị Khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ V, "Đặc biệt là vào tháng 9/2013, Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc cùng mốt số thành viên của Ủy ban Phòng chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm đã tham dự hội thảo "Tăng cường sự tham gia và hoạt động hiệu quả của các tổ chức xã hội trong việc thực hiện Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS" do VUSTA tổ chức".

Trong Môi trường, chính sách pháp lý, VUSTA đã thu hút ý kiến của các tổ chức xã hội vào việc thông qua Luật Xử lý vi phạm hành chính chấm dứt việc đưa người bán dâm vào các trung tâm giáo dục-lao động-xã hội và đóng cửa các trung tâm này và đảm bảo thủ tục tố tụng và quyền mời đại diện pháp lý của những người sử dụng ma túy. VUSTA

Trong Phối hợp đa ngành trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, VUSTA đã kết nối các tổ chức xã hội và cộng đồng với các cơ quan quản lý nhà nước có liên quan từ cấp trung ương đến địa phương và nâng cao chất lượng cung ứng các dịch vụ dự phòng, giảm tác hại, chăm sóc tại nhà, hỗ trợ sinh kế của các tổ chức xã hội và cộng đồng cho người nhiễm HIV và những người có hành vi nguy cơ cao.

Trong dự phòng lây nhiễm HIV, các tổ chức xã hội đã làm tốt công tác dự phòng, giáo dục đồng đẳng, truyền thông thay đổi hành vi, tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, hỗ trợ sinh kế, tổ chức các cuộc thi, triển lãm ảnh. Đặc biệt các tổ chức xã hội và cộng đồng có vai trò chính trong công tác giảm tác hại với 4665 đồng đẳng viên. Các tổ chức này không thể thiếu trong vận động sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, vận động điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone.

Trong điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, việc điều trị với ARV chỉ có kết quả thực sự khi chính các nhóm cộng đồng vận động tuân thủ điều tri với ẢRV và chăm sóc tại nhà, chăm sóc giai đoạn cuối và tang lễ.

Trong củng cố và phát triển tổ chức, đã có thêm 76 nhóm tự lực hình thành, được đào tạo, tập huấn; cải thiện được cả đời sống tinh thần và thể chất của hàng trăm người nhiễm HIV, các trẻ OVC và gia đình chịu ảnh hưởng bởi HIV. VUSTA và các tổ chức xã hội đã kết hợp có hiệu quả mục tiêu cung cấp các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ điều trị và sinh kế với mục tiêu nâng cao năng lực thực hiện các dịch vụ trên. Như vậy *vai trò của cộng đồng đã được phát huy; công tác phòng, chống AIDS được thực hiện có hiệu quả* khi chính *cộng đồng biết, cộng đồng bàn, cộng đồng làm, cộng đồng đánh giá và cộng đồng hưởng,* khi tiếng nói từ thực tiễn cuộc sống và bằng chứng đến được những nhà lãnh đạo và lập chính sách và *sự kết nối giữ các tổ chức xã hội và giữa họ với các đối tác* ngày càng phát huy hiệu quả.

V - NHỮNG THÁCH THỨC CHÍNH VÀ GIẢI PHÁP KHẮC PHỤC

1. Những nỗ lực và thành tựu đạt được nhằm vượt qua thử thách và giải quyết khó khăn đã đề cập trong Báo cáo GARP 2014 (Báo cáo Tháng 1/2014 cho giai đoạn từ năm 2012 đến 2013)

Trong suốt 2 năm qua, Đảng, các cơ quan dân cử và chính quyền địa phương đã tăng cường hơn nữa những cam kết đối với chương trình phòng, chống HIV/AIDS và đẩy mạnh việc triển khai xây dựng Chiến lược Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 tầm nhìn năm 2030 thông qua: (1) Tăng cường hợp tác giữa các bộ ngành nhằm đảm bảo sự ứng phó liên ngành; (2) Đổi mới công tác cai nghiện, thay đổi các chinh sách liên quan đến người bán dâm, trong đó không đưa người bán dâm vào các trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội; (3) Tiếp tục tập trung cho công tác dự phòng đã giúp mở rộng các hoạt động giảm hại, đặc biệt là Chương trình Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone (MMT) cho người sử dụng ma túy và các can thiệp cho nhóm MSM; (4) Cải thiện việc cung cấp và chất lượng điều trị, đặc biệt là việc thử nghiệm thành công các sáng kiến Điều trị 2.0 và Điều trị để Dự phòng; và (5) Tăng cường mối liên kết giữa các dịch vụ về HIV và sức khỏe bà mẹ trẻ em, sức khỏe tình dục/ sinh sản.

2. Những thách thức chính trong quá trình thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và các cam kết UNGASS giai đoạn 2012-2013

Việc rà soát lại quá trình thực hiện đã giúp xác định được những thách thức chính đối với việc thực hiện các can thiệp phòng chống HIV/AIDS.

Mức độ giảm của dịch HIV chưa sâu và chưa ổn định: Mặc dù số người nhiễm HIV, số mắc và số tử vong do HIV/AIDS đã giảm, nhưng mức độ giảm chưa nhiều, giảm chưa bền vững và số người mới được phát hiện nhiễm HIV hiện vẫn còn ở mức cao. HIV vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong. Năm 2013 là 11.567 người, trung bình mỗi tháng phát hiện được gần 1.200 người nhiễm HIV. Dịch HIV/AIDS đã xảy ra rộng khắp, ở tất cả các địa bàn, 100% số tỉnh, 98% số quận/huyện và 78% số xã/phương. Có những xã, thôn bản có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao gấp trên 10 lần so với trung bình toàn quốc, đặc biệt là ở các địa bàn miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, nơi người dân còn có hiểu biết hạn chế và dịch vụ cũng như nguồn lực chưa đáp ứng được nhu cầu. Một số địa phương tỷ lệ HIV/AIDS đã ở mức dịch toàn thể. Mô hình dịch và các hành vi nguy cơ thay đổi theo hướng phức tạp và khó can thiệp. Lây truyền HIV qua quan hệ tình dục đang có xu hướng gia tăng, cảnh báo sự lây lan của dịch trong cộng đồng dân cư, bao gồm cả những nhóm người được coi là có hành vi nguy cơ thấp. Bên cạnh đó, những nhóm nguy cơ cao gồm gái mại dâm, tiêm chích ma túy và tình dục đồng giới nam hiện nay vẫn rất khó quản lý và can thiệp.

Môi trường chính sách và khung pháp lý: Việc triển khai thực hiện các văn bản pháp lý chưa kịp thời. Việc truyền thông văn bản pháp lý tới cộng đồng chưa đầy đủ nên hiểu biết về các luật có liên quan và cơ chế thực thi luật còn hạn chế; các biện pháp xử phạt vi phạm pháp luật còn chưa được thực thi đầy đủ. Việc phê duyệt Luật xử lý vi phạm hành chính, chấm dứt việc đưa người bán dâm vào các trung tâm giáo dục-lao động-xã hội, dẫn tới đóng cửa các trung tâm này và đảm bảo quyền thủ tục tố tụng và đại diện pháp lý cho người sử dụng ma túy là một thành công quan trọng. Tuy nhiên, đến nay việc thực thi luật này vẫn còn hạn chế và tác động thực tế của những thay đổi về mặt pháp lý này vẫn chưa thật rõ ràng. Vẫn còn những hiểu biết hạn chế về Nghị định 173/2013/NĐ-CP (về biện pháp xử phạt hành chính với việc phân biệt đối xử chống lại người nhiễm HIV) của người dân ở cấp xã, hoặc trong các cơ sở y tế và doanh nghiệp…, và vì vậy Nghị định này vẫn chưa được thực hiện có hiệu quả.

Mặc dù có nhiều cố gắng song độ bao phủ của chương trình vẫn còn hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu: Việc sử dụng và khả năng tiếp cận các dịch vụ HIV trong các nhóm quần thể có nguy cơ cao vẫn còn hạn chế. Độ bao phủ của chương trình BCS và BKT giảm mạnh dẫn tới nguy cơ gia tăng trở lại nhiễm HIV trong nhóm quần thể có hành vi nguy cơ cao là hiện hữu. Việc mở rộng các dịch vụ MMT vẫn chưa đủ đáp ứng nhu cầu của người NCMT cần điều trị. Kế hoạch triển khai mở rộng Methadone để đạt 80.000 người vào năm 2015 đang hết sức khó khăn, hiện tại mới đạt được gần 20%. Độ bao phủ điều trị cho các bệnh nhân HIV nhiễm Lao vẫn thấp do những hiểu biết hạn chế của họ về phát hiện và điều trị Lao. Hơn nữa, còn thiếu sự hỗ trợ về mặt xã hội và kinh tế cho người nhiễm HIV. Các nhóm quần thể nguy cơ cao vẫn phải chịu sự kỳ thị, phân biệt đối xử và con thiếu dịch vụ pháp lý bảo vệ quyền của những nhóm này. Đến nay, vấn đề lây truyền HIV qua bạn tình cũng vẫn chưa nhận được sự quan tâm thích đáng.

Kỳ thị và phân biệt đối xử: Kỳ thị và phân biệt đối xử tiếp tục là một trở ngại ngăn các nhóm quần thể có nguy cơ chính sử dụng các dịch vụ HIV. Do các ca nhiễm mới ở phụ nữ và trẻ em gái ngày càng gia tăng, cần có sự quan tâm đặc biệt tới các nhu cầu đặc thù của họ. Những người sử dụng ma túy nằm trong nhóm dễ bị lây nhiễm HIV nhất, tuy nhiên việc sử dụng ma túy lại bị coi là bất hợp pháp. Điều này tạo rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ HIV thiết yếu, khiến HIV bị coi là "tệ nạn xã hội" và dẫn tới tiếp tục tình trjng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người nhiễm HIV. Giai đoạn báo cáo năm 2012-2013 vẫn tiếp tục ghi nhận những trường hợp trẻ em sống với HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV vẫn bị từ chối nhận vào học, người lao động nhiễm HIV bị cho thôi việc, kỳ thị với các MSM, người sử dụng ma túy trong các trại giam giữ không được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV.

Những trở ngại từ hệ thống y tế: Hệ thống phòng chống HIV/AIDS dựa nhiều vào nguồn viện trợ và còn một số bộ phận chưa hòa nhập và lồng ghép vào hệ thống y tế như công tác điều trị ARV, Methadone, gây khó khăn cho việc triển khai và thanh toán qua bảo hiểm y tế. Nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị và phòng xét nghiệm còn thiếu. Năng lực cán bộ địa phương trong việc quản lý và thực hiện chương trình còn hạn chế là do thiếu cán bộ ở mọi cấp trong hệ thống phòng chống HIV và đặc biệt gây khó khăn cho việc mở rộng các chương trình điều trị và giảm tác hại. Khó khăn không chỉ đến từ việc tuyển dụng nhân sự kinh nghiệm mà bản thân những cán bộ hiện hữu cũng muốn chuyển sang nơi khác do những áp lực từ công việc cũng như đãi ngộ thấp. Năng lực quản lý hậu cần/chuỗi cung ứng tại các trạm y tế/cấp phường xã còn hạn chế. Các tổ chức cộng đồng đã được hỗ trợ và củng cố và hiện đang đóng một vai trò ngày càng tích cực trong việc xây dựng chính sách và thực hiện chương trình. Tuy nhiên, các tổ chức này vẫn phải đối mặt với sự thiếu hụt nguồn nhân lực và tài chính, là những cản trở họ phát huy hết tiềm năng của mình.

Nguồn lực để phát triển bền vững các chương trình còn hạn chế:

Trong những năm gần đây, kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm nghiêm trọng. Nhiều nhà tài trợ đã dừng viện trợ cho phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam. Một số nhà tài trợ khác cũng sẽ dừng trong thời gian ngắn sắp tới (Quỹ Toàn cầu viện trợ đến hết 2015, PEPFAR viện trợ đến hết 2018, nhưng quy mô viện trợ sẽ giảm nhanh trong các năm sắp tới). Thiếu hụt kinh phí cho can thiệp giảm tác hại, tiếp cận cộng đồng, và tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện chưa có nguồn bù đắp khi dự án WB kết thúc và dự án HAARP cắt giảm sớm hơn kế hoạch. Nguồn Chương trình MTQG cho phòng chống HIV/AIDS cũng cắt giảm nghiêm trọng do suy thoái kinh tế chung, từ 245 tỷ năm 2013, cắt 2/3, xuống còn 83 tỷ năm 2014. Trong khi đó, chỉ tiêu phòng chống HIV/AIDS được giao ngày càng tăng cao (điều trị ARV tăng từ 84.000 lên 105.000 bệnh nhân, điều trị Methdone tăng từ 16.000 lên 80.000 người…). Việc suy giảm nguồn lực sẽ dẫn đến nguy cơ thiếu hụt các dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở, thiếu hụt cung cấp ARV cho bệnh nhân HIV, làm bùng phát trở lại dịch HIV... Bên cạnh đó nguy cơ kháng thuốc sẽ ngày càng lan rộng và các phác đồ điều trị phải thay đổi liên tục mà không có hiệu quả.

Cục Phòng chống HIV/AIDS ước tính để đạt được các mục tiêu trong bản Chiến Lược Quốc Gia Phòng Chống HIV/AIDS, sẽ cần thêm 800 triệu USD (trung bình 100 triệu USD/ năm) để bù đắp sự thiếu hụt nguồn lực ước tính cho giai đoạn 2013-2020.

3. Các biện pháp khắc phục cụ thể

Trong bối cảnh nguồn lực đang bị thu hẹp, cần sử dụng kinh phí hợp lý để mang lại hiệu quả tối đa nhằm ứng phó với dịch HIV/AIDS. Báo cáo này đưa ra những khuyến nghị về những thay đổi chương trình và chính sách cần thiết để đạt được các mục tiêu.

Về mặt cải cách và điều chỉnh chính sách, cần nâng cao nhận thức cho cán bộ công an, cán bộ cung cấp dịch vụ và người dân nói chung nhằm đảm bảo sự tuân thủ luật pháp, thực thi các chính sách liên quan và tạo môi trường thuận lợi hỗ trợ các nhóm quần thể dễ tổn thương. Cần xây dựng các hướng dẫn phù hợp về việc thực thi Luật Xử lý Vi phạm Hành chính nhằm đảm bảo việc tiếp cận các thủ tục pháp lý phù hợp và các hướng dẫn lồng ghép dịch vụ HIV/AIDS vào các dịch vụ y tế. Cần xây dựng bổ sung các quy định và chính sách hỗ trợ trong lĩnh vực bảo trợ xã hội, hỗ trợ và chăm sóc người nhiễm HIV và trẻ nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV.

Tiếp tục đẩy mạnh công tác thông tin giáo dục truyền thông nhằm nâng cao nhận thức và trách nhiệm ứng phó với đại dịch; phân tích những hậu quả của việc bùng phát dịch HIV/AIDS trở lại; hiệu quả của đầu tư cho chương trình HIV/AIDS trong việc đảm bảo an sinh xã hội, xóa đói giảm nghèo và phát triển đất nước. Xây dựng và triển khai các mô hình truyền thông và can thiệp phù hợp cho khu vực miền núi, biên giới, đồng bào dân tộc, một số nhóm đối tượng đặc biệt và các điểm nóng.

Đối với việc thiết kế chương trình cho các nhóm quần thể có nguy cơ cao và bạn tình của họ, cần tiếp tục triển khai chương trình BKT và BCS. Hơn nữa, cần triển khai sâu rộng đề án đổi mới công tác cai nghiện để mở rộng chăm sóc và điều trị tự nguyện và dựa vào cộng đồng. Mở rộng chăm sóc và điều trị cai nghiện ma túy toàn diện và dựa vào cộng đồng. Đặc biệt là tăng độ bao phủ của dịch vụ MMT bằng cách nhanh chóng

mở rộng dịch vụ, xã hội hóa, sản xuất và cung ứng methadone trong nước và nâng cao năng lực cho hệ thống y tế để đáp ứng với việc mở rộng dịch vụ này. Việc xét nghiệm HIV cần được đơn giản hóa, thông qua mở rộng và đa dạng hóa các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm giúp người dân dễ tiếp cận các dịch vụ và nhận kết quả xét nghiệm trong thời gian sớm nhất. Đối với các bà mẹ nhiễm HIV và con của họ, cần phải mở rộng và cải thiện các dịch vụ xét nghiệm HIV và điều trị sau sinh, và lồng ghép PLTMC với chương trình sức khỏe bà mẹ trẻ em. Cần mở rộng và hiện đại hóa dịch vụ điều trị ARV nhằm đảm bảo tính khả thi, liên tục và có thể tiếp cận được. Tiếp tục tiến hành các can thiệp khuyến khích tiếp cận sớm với điều trị ARV nhằm giảm tối đa tử vong do AIDS và lây truyền HIV. Mở rộng điều trị ARV trong các trại giảm. Đảm bảo việc cung ứng thuốc kịp thời. Công tác huy động cộng đồng nhằm tăng cường hiểu biết về điều trị, hỗ trợ cho phát hiện sớm và bắt đầu điều trị, và hỗ trợ duy trì điều trị, là vô cùng cần thiết. Các dịch vụ hỗ trợ pháp lý và xã hội cần phải được mở rộng nhằm xóa bỏ sự bất bình đẳng, kỳ thị và phân biệt đối xử trên cơ sở giới, tình trạng nhiễm HIV hoặc thuộc nhóm quần thể có nguy cơ cao. Huy động sự tham gia mạnh mẽ của các tổ chức chính trị xã hội và tổ chức dân sự xã hội.

Đổi mới hệ thống phòng, chống HIV/AIDS theo hướng lồng ghép vào hệ thống y tế sẵn có, phát huy hiệu quả và tính bền vững chương trình; phân cấp các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS cho các tuyến. Bổ sung chức năng nhiệm vụ cho trung tâm phòng, chống HIV/AIDS cấp tỉnh, thành phố đa dạng hóa chức năng, vừa thực hiện chức năng quản lý, điều phối vừa có chức năng khám chữa bệnh chuyên khoa liên quan đến HIV/AIDS để có thể sử dụng chi trả thông qua bảo hiểm y tế, bên cạnh đó trung tâm y tế tuyến huyện cũng được sửa đổi bổ sung chức năng khám chữa bệnh để người dân có thể sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để dụng dịch vụ. Tiếp tục tăng cường năng lực đội ngũ cán bộ phòng chống HIV/AIDS để giữ được nhân viên có trình độ; nâng cao năng lực cho cán bộ các cấp, đặc biệt là trong việc triển khai, quản lý và điều phối công tác phòng chống HIV cấp tỉnh.

Để giải quyết các thiếu hụt về tài chính, cần xác định lại các ưu tiên và điều phối để nâng cao hiệu quả để đầu tư cho HIV, đa dạng hóa các nguồn tài chính cho phòng chống HIV/AIDS theo hướng chuyển dịch các hoạt động phòng chống HIV/AIDS dựa vào viện trợ sang dựa vào ngân sách nhà nước, thanh toán điều trị qua bảo hiểm y tế, đóng góp tử các doanh nghiệp và xã hội hóa để người dân đóng góp 1 phần nhỏ chi phí. Cần chú ý tăng cường các nguồn kinh phí trong nước, tận dụng hiệu quả việc phân bổ và thực hiện kinh phí, lồng ghép với các dịch vụ HIV và tăng cường ưu tiên theo khu vực địa lý và theo chủ đề; sử dụng có hiệu quả các mô hình cung cấp dịch vụ thay thế, thiết kế và thực hiện các gói chi phí hiệu quả các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị liên tục; đồng bộ hóa việc phân bổ và quản lý vốn ODA và chuyển giao trơn tru, tránh làm ngừng trệ các dịch vụ.

Bên cạnh các khuyến nghị về chương trình như đã đề cập ở trên, Việt Nam cần có được sự cam kết chính trị lớn hơn nữa cho công tác phòng chống HIV, tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội vào việc xây dựng chính sách, lập kế hoạch, và cung cấp dịch vụ, và xây dựng sự kết nối chặt chẽ hơn nữa giữa phòng chống HIV/AIDS với các hệ thống y tế, kinh tế và xã hội nhằm đảm bảo một ứng phó khả thi, tổng thể và toàn diện với dịch HIV và đạt được các mục tiêu đã đặt ra.

VI - HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN

Nhờ những bước tiến về kinh tế trong những năm vừa qua, Việt Nam đã trở thành quốc gia có mức thu nhập trung bình thấp. Nhưng cũng chính bởi vậy, các nhà tài trợ cũng bắt đầu thu hẹp tài trợ và chú trọng vào tính tự chủ quốc gia và dịch chuyển dần các chương trình tài trợ của mình sang cho quốc gia quản lý. Các đối tác phát triển cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và ngân sách hoạt động cho công tác phòng chống HIV quốc gia tại Việt Nam gồm có:

- Đối tác song phương: Australia (AusAID), Đan Mạch (DANIDA), Pháp, Ireland, Luxembourg, Anh (DFID) và Hoa Kỳ (PEPFAR).

- Các tổ chức thuộc Liên hợp Quốc: ILO, IOM, UNAIDS, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNODC, UNV và WHO.

- Các tổ chức đa phương: Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB), Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (Global Fund) và Ngân hàng Thế giới (WB).

- Các tổ chức, dự án và hiệp hội phi chính phủ Quốc tế: Abt Associates/Health Policy Initiative (HPI), AIDS Health Care Foundation (AHF), CARE, Clinton Health Access Initiative (CHAI, Clinton Foundation), Family Health International (FHI360), Harvard Medical School AIDS Initiative in Viet Nam (HAIVN), Management Science for Health (MSH), Medical Committee of the Netherlands in Viet Nam (MCNV), Pact, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Pathfinder, Population Services International(PSI), Save the Children, World Vision, Worldwide Orphans và nhiều tổ chức khác.

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

Nhóm hợp tác chung Liên hợp quốc về phòng chống HIV (sau đây goi là Nhóm hợp tác chung) điều phối các hoạt động của Liên hợp quốc nhằm hỗ trợ công tác phòng chống HIV quốc gia, đảm bảo mỗi tổ chức trong Liên hợp quốc sẽ đại diện cho Nhóm hợp tác chung thực hiện hỗ trợ hiệu quả và đúng mục tiêu. Nhóm hợp tác chung tổ chức các chương trình hợp tác chung cũng như các cuộc họp tổng kết với các đối tác và tổ chức xã hội đang triển khai chương trình tại quốc gia nhằm đảm bảo sự hợp tác và tham gia này phù hợp với nhu cầu của quốc gia. Tiến hành hỗ trợ kỹ thuật và vận động chính sách tác động đến việc xây dựng và thông qua luật mới về xử phạt vi phạm hành chính, chấm dứt việc đưa người bán dâm vào trung tâm giáo dục-lao động-xã hội bắt buộc, xây dựng các thủ tục tòa án cho việc điều trị bắt buộc người nghiện ma túy và giới thiệu những cải cách tích cực đối với hệ thống tư pháp vị thành niên. Hỗ trợ cho việc xây dựng một Pháp lệnh và một số Nghị định hướng dẫn việc thực thi luật mới này. LHQ cũng hỗ trợ quá trình đổi mới điều trị cai nghiện ma túy trên cơ sở mở rộng điều trị và chăm sóc tự nguyện, dựa vào cộng đồng.

Các tổ chức xã hội và các nhóm người nhiễm HIV, người nghiện ma túy, người bán dâm và MSM được hỗ trợ để tham gia tích cực hơn vào việc rà soát, sửa đổi, và xây dựng luật pháp và chính sách có ảnh hưởng đến cuộc sống của họ.

PEPFAR đã và đang là tổ chức hỗ trợ HIV lớn nhất cho Việt Nam. Chiến lược của PEPFAR nhằm hỗ trợ Việt Nam xây dựng chương trình kiểm soát HIV/AIDS một cách bền vững và toàn diện trên phạm vi toàn quốc dựa trên Chiến lược Quốc gia của Chính phủ Việt Nam, tập trung vào công tác dự phòng, chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân HIV. Chiến lược cũng hỗ trợ cho các ban ngành có liên quan nhằm đạt được mục tiêu này, trong đó có chính phủ Việt Nam (như Bộ Y tế và các Bộ khác có chức năng nhiệm vụ liên quan tới vấn đề HIV), các tổ chức phi chính phủ địa phương và tổ chức phi chính phủ quốc tế và các tổ chức xã hội.

Trong năm 2012-2013, Ngân hàng thế giới đã tài trợ 35 triệu đô la cho Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam. Mục tiêu cụ thể của dự án này là hỗ trợ các chương trình nhằm ngăn chặn lây truyền HIV/AIDS trong các quần thể dễ tổn thương (người nhiễm HIV, người NCMT, người bán dâm và khách hàng, và các bạn tình của họ) và từ các nhóm quần thể dễ tổn thương ra nhóm dân số chung. Mối quan tâm chính đối với kết quả phát triển là tính bền vững với mức độ thực hiện chương trình cao như hiện nay. Cục Phòng chống HIV/AIDS với sự hỗ trợ của Dự án đã xây dựng một tổ công tác chuyển tiếp, với đại diện của UNAIDS và các đối tác phát triển chủ chốt khác để xây dựng một kế hoạch cho các phương thức và hoạt động cung cấp dịch vụ HIV/AIDS trong tương lai, trong bối cảnh nguồn tài trợ cắt giảm. Các hỗ trợ kỹ thuật đang được thực hiện cho việc xây dựng các mô hình can thiệp giảm hại sáng kiến và hiệu quả. Ví dụ như các hướng dẫn về điều trị methadone ở tuyến xã và được bệnh nhân trả tiền và một dự thảo về xét nghiệm HIV nhanh tại tuyến xã đã được hoàn thành vào tháng 31/12/2013.

Trong năm 2011-2012, Dự án Quỹ toàn cầu đã tài trợ 35,8 triệu đô la tập trung hỗ trợ cho các can thiệp có tác động mạnh và ảnh hưởng lớn tới dịch HIV tại các tỉnh/huyện có tình hình dịch cao và trung bình, Tăng cường kết nối dịch vụ dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS để tăng hiệu quả các chương trình và hỗ trợ các tổ chức xã hội cung cấp các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV tại cộng đồng. Dự án được triển khai trên 53 tỉnh/thành phố trên toàn quốc.

Hiện nay tài trợ từ bên ngoài vẫn chiếm đa số các nguồn lực hỗ trợ công tác phòng chống HIV tại Việt Nam. Một số nhà tài trợ chính sẽ cắt giảm tài trợ và/hoặc rút tài trợ khỏi Việt Nam: Chương trình của WB/DFID sẽ chấm dứt vào cuối năm 2013, PEPFAR đã công bố cắt giảm đáng kể ngân sách tài trợ cho năm 2012 và cảnh báo rằng nguồn tài trợ sẽ tiếp tục giảm trong các năm tới. Với sự cắt giảm đáng kể các nguồn lực quốc tế đã cam kết, rất cần thiết phải tăng nguồn tài chính trong nước để đảm bảo giữ được những kết quả đã đạt được thời gian vừa qua của công tác phòng chống HIV/AIDS không bị đảo ngược. Một ứng phó HIV mang tính bền vững cũng đòi hỏi sự tập trung cho giai đoạn chuyển giao và hỗ trợ cải thiện hoạt động điều phối đa ngành.

VII - THEO DÕI VÀ ĐÁNH GiÁ

1. Khái quát hệ thống theo dõi và đánh giá hiện hành

Cơ cấu tổ chức

Hệ thống Theo dõi và Đánh giá (TD-ĐG) là một thành tố rất quan trọng trong mô hình "Ba Thống nhất" và là căn cứ để thúc đẩy các hoạt động phòng chống HIV/AIDS triển khai mạnh mẽ, toàn diện và hiệu quả. Hệ thống TD-ĐG được xây dựng với mục tiêu là đưa ra những hỗ trợ thích hợp và kịp thời trong việc triển khai các can thiệp phòng chống HIV/AIDS cấp quốc gia, khu vực và tỉnh, thành phố một cách hiệu quả.

Kể từ khi Chiến lược Quốc gia được thông qua vào tháng 5 năm 2012, Bộ Y tế đã nỗ lực xây dựng hệ thống TD-ĐG tại Việt Nam, thông qua việc kết hợp hài hoà giữa các chương trình TD-ĐG hiện thời vào trong một hệ thống TD-ĐG Quốc gia duy nhất. Hệ thống TD-ĐG Quốc gia được xây dựng bao gồm 4 cấp dựa trên nền tảng hệ thống tổ chức phòng chống HIV/AIDS 4 cấp hiện có tại Việt Nam.

- *Cấp quốc gia:* Đơn vị TD-ĐG quốc gia được đặt tại Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam (Phòng Giám sát HIV/AIDS/STI).

- *Cấp khu vực:* Bốn đơn vị TD-ĐG khu vực được đặt tại Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực, bao gồm:

  1. Đơn vị TD-ĐG khu vực miền Bắc đặt tại Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực miền Bắc (Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 28 tỉnh, thành phố khu vực phía Bắc.

  2. Đơn vị TD-ĐG khu vực miền Trung đặt tại Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực miền Trung (Viện Pasteur Nha Trang) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 11 tỉnh, thành phố khu vực miền Trung.

  3. Đơn vị TD-ĐG khu vực miền Nam đặt tại Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực miền Nam (Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 20 tỉnh, thành phố khu vực miền Nam.

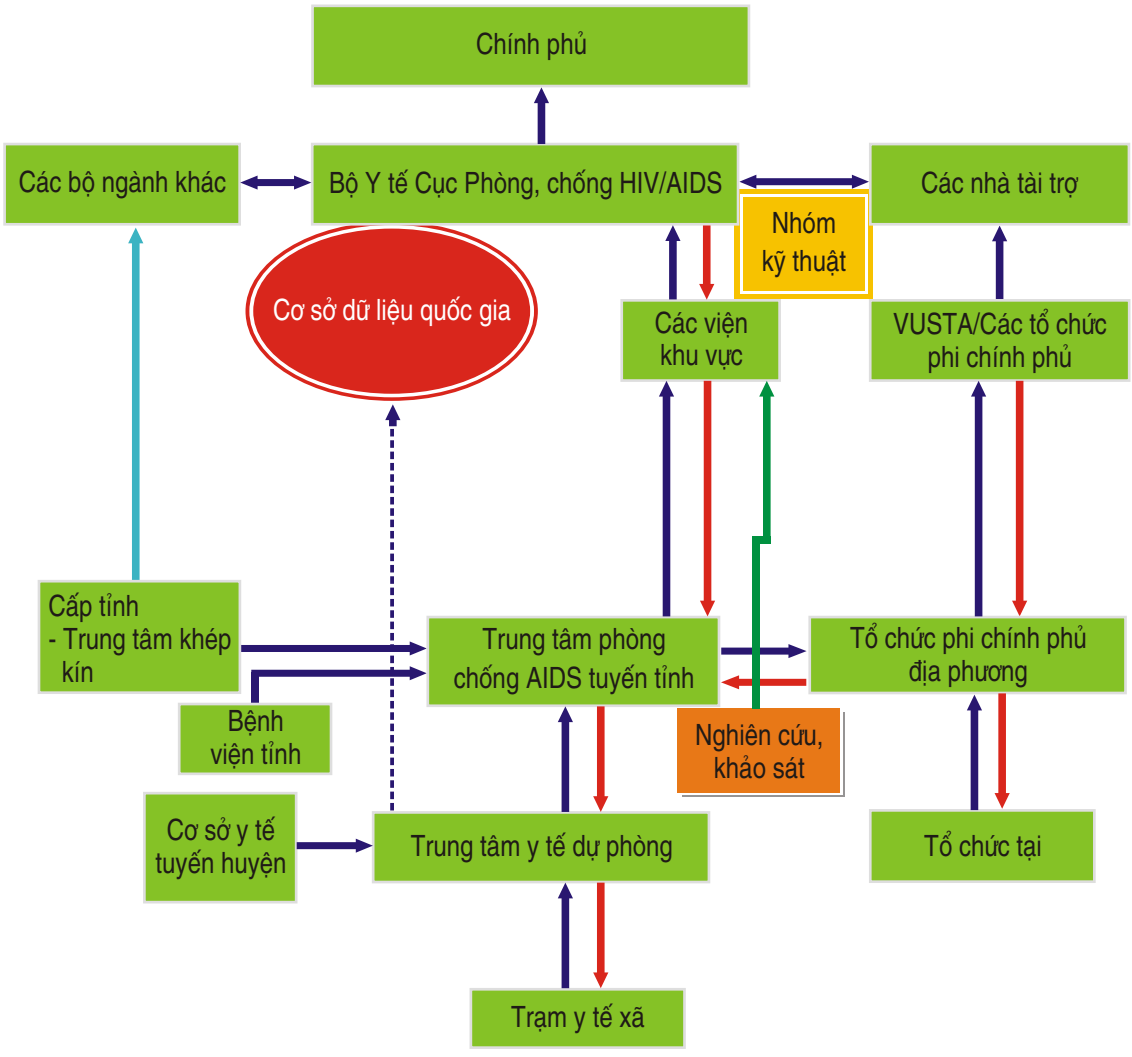
  4. Đơn vị TD-ĐG khu vực Tây Nguyên đặt tại Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực Tây Nguyên (Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 4 tỉnh, thành phố khu vực Tây Nguyên.

- *Cấp tỉnh, thành phố:* Đơn vị TD-ĐG tuyến tỉnh được đặt tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố (Phòng giám sát HIV/AIDS/STI).

- *Cấp quận, huyện:* Đơn vị TD-ĐG tuyến quận, huyện được đặt tại Trung tâm Y tế dự phòng quận, huyện với ít nhất một đến hai cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm.

Bên cạnh đó, Nhóm Kỹ thuật về Quốc gia về TD-ĐG sẽ được thành lập với sự điều phối của Cục Phòng, chống HIV/AIDS và sự tham gia của các đơn vị TD-ĐG Quốc gia, đơn vị TD-ĐG khu vực, các trường đại học và các chuyên gia từ một số tổ chức quốc tế (UNAIDS, WHO, CDC, USAID, FHI) để cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho các hoạt động theo dõi và đánh giá.

Cục Phòng chống HIV/AIDS và nhóm kỹ thuật về thông tin chiến lược, theo dõi và đánh giá đã tiến hành đánh giá Khung TD-ĐG Quốc gia, và tính phù hợp với chiến lược quốc gia mới cũng như các cách tiếp cận mới trên thế giới; từ đó xây dựng Kế hoạch TD-ĐG Quốc gia mới đến 2020. Kế hoạch này đang chờ phê chuẩn và sau khi được phê duyệt, bản kế hoạch sẽ được in và công bố. Sơ đồ 1 dưới đây mô tả hệ thống TD-ĐG tại Việt Nam:



Biểu đồ 16: *Sơ đồ hệ thống Theo dõi - Đánh giá ở Việt Nam*

Năng lực nhân sự cho hệ thống TD-ĐG

Trong năm 2012 và 2013, hệ thống đã tuyển dụng thêm cán bộ TD-ĐG và cán bộ công nghệ thông tin. Cục Phòng chống HIV/AIDS và các Viện khu vực đã tiến hành đào tạo lại cho các cán bộ tuyến tỉnh về báo cáo thường quy, quản lý số liệu và sử dụng HIV Info 3.0 trong công tác báo cáo trường hợp, và sử dụng Epi Info trong HSS+. Năng lực của Cục Phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm PC AIDS tuyến tỉnh và các tổ chức xã hội đã được nâng cao trong lĩnh vực tạo ra và sử dụng các thông tin chiến lược và củng cố hệ thống giám sát trong cả nước, đặc biệt liên quan đến việc sử dụng Gói Ước tính và Dự báo và xây dựng các số liệu tài chính. Ngoài ra, các đối tác phát triển tiếp tục tiến hành xây dựng năng lực trong lĩnh vực này. Cục Phòng chống HIV/AIDS đã phối hợp với UNAIDS tiến hành hai khóa đào tạo về TD-ĐG cơ bản cho các tổ chức xã hội.

Ở những tỉnh có nhiều nguồn tài trợ, kế hoạch hoạt động tỉnh thường được xây dựng riêng cho từng phần dự án tài trợ. Vẫn chưa có nhiều tỉnh có năng lực xây dựng Kế hoạch HIV toàn diện bao gồm kế hoạch tổng thể tất cả các hoạt động dự phòng điều trị và chăm sóc của cả tỉnh (do cả nguồn kinh phí tài trợ quốc tế và quốc gia).

Hệ thống giám sát

Trong năm 2012, Thông tư 09/2012/TT-BYT đã được ban hành để hướng dẫn thực thi hoạt động giám sát dịch tễ HIV và giám sát các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD). Hệ thống giám sát bao gồm 5 cấu phần: giám sát phát hiện, HSS/HSS (+), giám sát STD, ước tính kích thước các nhóm quần thể chính và giám sát kết hợp hành vi và chỉ số sinh học.

Giám sát phát hiện HIV/AIDS được tiến hành ở tất cả 63 tỉnh thành trên cả nước gần 20 năm. Hệ thống đã phát triển và được mở rộng theo thời gian cùng với việc gia tăng số lượng các điểm tư vấn xét nghiệm tự nguyện và xét nghiệm theo đề nghị của cán bộ y tế, trong đó có cả các điểm khám lao và chăm sóc thai nghén. PEPFAR và WB gần đây đã hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho công tác cải thiện hệ thống giám sát phát hiện, trong đó có việc xây dựng hệ thống quản lý thông tin "HIVinfo" và đào tạo cán bộ. Hiện Cục đang xây dựng kế hoạch đánh giá một cách có hệ thống hoạt động giám sát phát hiện. Việc tăng cường chất lượng và sử dụng số liệu giám sát phát hiện HIV/AIDS được coi là 1 lĩnh vực cần ưu tiên.

Giám sát trọng điểm HIV tại Việt Nam đã được thực hiện từ năm 1994, cung cấp số liệu giám sát trọng điểm thường quy trong nhóm những người NCMT, bán dâm, phụ nữ mang thai ở thành phố và nông thôn, nam giới bị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh nhân Lao và những người khám tuyển nghĩa vụ quân sự ở 41 tỉnh thành. HSS (+) được bắt đầu thực hiện ở 7 tỉnh vào năm 2010 và mở rộng ra 12 tỉnh vào năm 2011, và 22 tỉnh năm 2013. HSS (+) tương tự giống như HSS nhưng có thêm một số câu hỏi hành vi. Các kết quả của việc thí điểm HSS (+) cho thấy phương pháp này có thể dùng để theo dõi các xu hướng hành vi và ước tính các trường hợp nhiễm mới (bằng việc xem xét tỷ lệ nhiễm ở những người mới bắt đầu các hành vi nguy cơ).

Kể từ năm 2012, công tác lồng ghép giám sát HIV với giám sát các bệnh nhiễm khuẩn qua được tình dục đã được bắt đầu ở một số tỉnh nhằm nâng cao hiệu quả kỹ thuật của giám sát HIV/STI và sử dụng số liệu của giám sát STI. Trong năm 2013, giám sát STI đã được lồng ghép với HSS ở 10 tỉnh.

Cấu phần thứ tư là ước tính kích thước của các nhóm quần thể chính. Những ước tính cấp quốc gia chủ yếu sử dụng các phương pháp gián tiếp với các kỹ thuật như "tính tỷ lệ phần trăm dựa trên nhóm quần thể" kết hợp với "con số người bán dâm và NCMT được quản lý". Ở cấp tỉnh, hầu hết sử dụng kết hợp số liệu lập bản đồ của việc xây dựng khung chọn mẫu cho HSS và số liệu của Sở LĐ-TB-XH, và Sở Công An để ước tính số PNBD và người NCMT. Các bài tập ước tính kích cỡ trực tiếp sử dụng các phương dựa vào khảo sát (ví dụ phương pháp bắt thả và/ hoặc phương pháp cấp số nhân) đã được thực hiện ở một số tỉnh cho một số nhóm quần thể, điều này rất có ích cho những địa phương này, nhưng vẫn chưa được triển khai ở cấp quốc gia.

Cấu phần thứ năm là giám sát kết hợp hành vi và chỉ số sinh học. Đã có 3 vòng khảo sát IBBS được thực hiện (vào các năm 2006, 2009, 2013) ở các tỉnh với sự tài trợ của PEPFAR và cũng có một số khảo sát IBBS (có khi chỉ là những vòng đơn lẻ) được thực hiện ở các tỉnh với sự tài trợ của NHTG và QTC.

Trong năm 2012, nhóm công tác kỹ thuật TD-ĐG đã đóng vai trò tích cực hơn trong việc cố gắng điều phối các quyết định về việc thu thập những số liệu nào, ở đâu. Kết quả là Viện Vệ sinh Dịch Tế Trung ương và Cục Phòng chống HIV/AIDS chỉ đạo trong việc đưa ra những ưu tiên về thu thập số liệu nào ở đâu; một phương pháp đánh giá tình hình nhanh được sử dụng giúp mô tả cường độ rủi ro, đánh giá tiềm năng dịch, và xác định xem liệu có cần thiết thực hiện giám sát. Một đánh giá về hệ thống giám sát đã được tiến hành vào 9/2013, đưa ra những khuyến nghị cho việc cải thiện hệ thống giám sát.

Hệ thống quản lý thông tin HIV

Trong năm 2012, Cục Phòng chống HIV/AIDS đã tiến hành đánh giá việc thực hiện Quyết định 28/2008/QD-BYT về biểu mẫu báo cáo và cơ sở dữ liệu cho việc theo dõi thường quy và khuyến khích các nhà tài trợ lồng ghép hoạt động thu thập số liệu ở 7 tỉnh. Trên cơ sở kết quả đánh giá và Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS mới được xây dựng, Cục Phòng chống HIV/AIDS đã sửa đổi biểu mẫu báo cáo thường quy. Biểu mẫu báo cáo bao gồm thu thập các số liệu về:

- Nguồn nhân lực cho các chương trình HIV/AIDS;
- Thực hiện các chương trình IEC/BCC, can thiệp giảm hại, chăm sóc và điều trị, tư vấn xét nghiệm tự nguyện, PLTMC, an toàn truyền máu;
- Nâng cao năng lực;
- Những thách thức và khuyến nghị từ địa phương.

Ngoài ra, phần mềm HIV Info 2.1 được cập nhật thành phiên bản HIV Info 3.0 giúp các cán bộ TD-ĐG báo cáo chính xác hơn về các trường hợp HIV ở địa phương.

Ước tính và dự báo

Năm 2012 và 2013, nhóm công tác kỹ thuật về ước tính và dự báo đã tiến hành vòng Ước tính và Dự báo 2013, cung cấp số liệu cho báo cáo GARP 2013. Báo cáo Ước tính và dự báo đang được xây dựng.

2. Các thách thức của việc thực hiện một hệ thống TD-ĐG toàn diện

- Vẫn còn tồn tại nhiều hệ thống TD-ĐG trong hệ thống phòng chống HIV/AIDS để phục vụ các nhu cầu riêng rẽ và cụ thể của mỗi nhà tài trợ và thiếu sự điều phối giữa các đơn vị trong việc thu thập và chia sẻ dữ liệu.

- Chất lượng báo cáo D28 vẫn còn hạn chế, do kỹ năng hạn chế của các cán bộ thu thập và tổng hợp số liệu ở tuyến huyện và tỉnh. Báo cáo đã bị chậm trễ do sự quá tải công việc và thiếu nhân sự

- Còn có những thách thức trong việc triển khai giám sát HSS và HSS+ hiện nay, như đề cương chưa rõ ràng, hệ thống triển khai chưa linh hoạt, việc lựa chọn địa bàn nghiên cứu và nhóm quần thể chưa có tính hệ thống, và những lo ngại về tần suất thu thập số liệu, nhân viên bị quá tải, nguồn kinh phí từ nhà nước và các nhà tài trợ đang sụt giảm, những khó khăn trong việc vận động nguồn lực từ chính quyền tỉnh và tuyến huyện, sự hỗ trợ chưa hợp lý cho công tác đào tạo và giám sát, và gia tăng sai số và từ chối phỏng vấn do những yếu tố như a) không đủ nguồn lực cho công tác lập bản đồ và thù lao cho các ĐĐV, b) mức thù lao thấp cho người trả lời phỏng vấn, và c)số người được chuyển gửi đến các phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện tăng, những người này biết về tình trạng HIV của họ và vì thế ít có khả năng tham gia vào điều tra giám sát.

- Mặc dù có công tác lập bản đồ định kỳ (và đôi khi là các đánh giá nhanh), việc ước tính kích thước quần thể vẫn chưa phải là một cấu phần thường quy trong hệ thống giám sát và không có các phương pháp luận chuẩn cho việc ước tính này.

- Có sự thiếu hụt về số lượng các cán bộ và thiết bị từ tuyến trung ương đến tuyến tỉnh và đa số các cán bộ chưa được đào tạo về lĩnh vực đặc thù này. Hơn nữa, do việc luân chuyển thường xuyên những cán bộ chịu trách nhiệm giám sát công tác TD-ĐG ở tuyến tỉnh, nhiều cán bộ đã được đào tạo được bổ nhiệm vào các phòng ban khác, còn những cán bộ mới và chưa được đào tạo lại được giao thực hiện công tác TD-ĐG

- Kinh phí đang bị cắt giảm do Việt Nam đang chuyển đổi thành nước thu nhập thấp và việc xây dựng mô hình cung cấp dịch vụ bền vững đang bị hạn chế nghiêm trọng bởi chi phí của các nhà tài trợ khác nhau và định mức của chương trình.

- Thiếu sự quan tâm và hỗ trợ của các lãnh đạo các cấp. Có những nhận thức sai lầm về tính phù hợp và tầm quan trọng của công tác TD-ĐG, coi đó chỉ là một công cụ báo cáo chứ không phải là công cụ lập kế hoạch.

3. Các hoạt động đã được lên kế hoạch để khắc phục các thách thức

- Tăng cường năng lực cho hệ thống TD-ĐG. Cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và tài chính cho hệ thống TD-ĐG ở tuyến tỉnh và huyện.

- Hài hòa và đồng bộ hóa các bộ chỉ số, các công cụ thu thập số liệu giữa các nhà tài trợ khác nhau, hướng tới một hệ thống TD-ĐG cho các chương trình quốc gia và các dự án của tất cả các nhà tài trợ.

- Thiết kế lại hệ thống HSS/HSS+ cho các nhóm quần thể PNBD, người NCMT, MSM và các quần thể khác, nhưng giảm số địa điểm và giảm tần suất. Sử dụng phương pháp tiếp cận dựa vào tiêu chí để lựa chọn những tỉnh trọng điểm đủ để cung cấp thông tin cho chương trình cấp quốc gia về chiều hướng chung của dịch.

VIII - PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1. QUY TRÌNH TƯ VẤN/CHUẨN BỊ BÁO CÁO TIẾN ĐỘ QUỐC GIA (CPR) VỀ VIỆC TIẾP TỤC TRIỂN KHAI TUYÊN BỐ CAM KẾT VỀ PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

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

a) Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia hoặc cơ quan tương đương	Có
b) Chương trình phòng chống AIDS quốc gia	Không
c) Tổ chức khác	Không

2. Với đóng góp của:

Các bộ:	
Bộ Giáo dục và Đào tạo	Có
Bộ Y tế	Có
Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội	Có
Bộ Ngoại giao	Có
Bộ Công An	Có
Bộ Tư pháp	Có
Bộ Quốc phòng	Có
Bộ Kế hoạch Đầu tư	Có
Bộ Tài Chính	Có
Bộ Giao thông Vận tải	Có
Các cơ quan khác:	
Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật Việt Nam	Có
Hội Phụ nữ	Có
Đoàn Thanh niên	Có
Tổng liên đoàn lao động Việt Nam	Có
Hội chữ thập đỏ	Có
Ban Tuyên giáo Trung ương	Có
Quốc hội Ủy ban các vấn đề xã hội	Có
Các tổ chức xã hội	Có
Người nhiễm HIV	Có
Khu vực Tư nhân	Có

Các cơ quan Liên hợp quốc	Có
Các nhà tài trợ song và đa phương	Có
Các Tổ chức Phi chính phủ địa phương	Có

3. Báo cáo có được thảo luận tại các diễn đàn lớn? Có
Vào ngày 20/03/2011

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

5. Các dữ liệu này có sẵn để cộng đồng tham khảo không? Có

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

Tên: TS. Nguyễn Hoàng Long

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

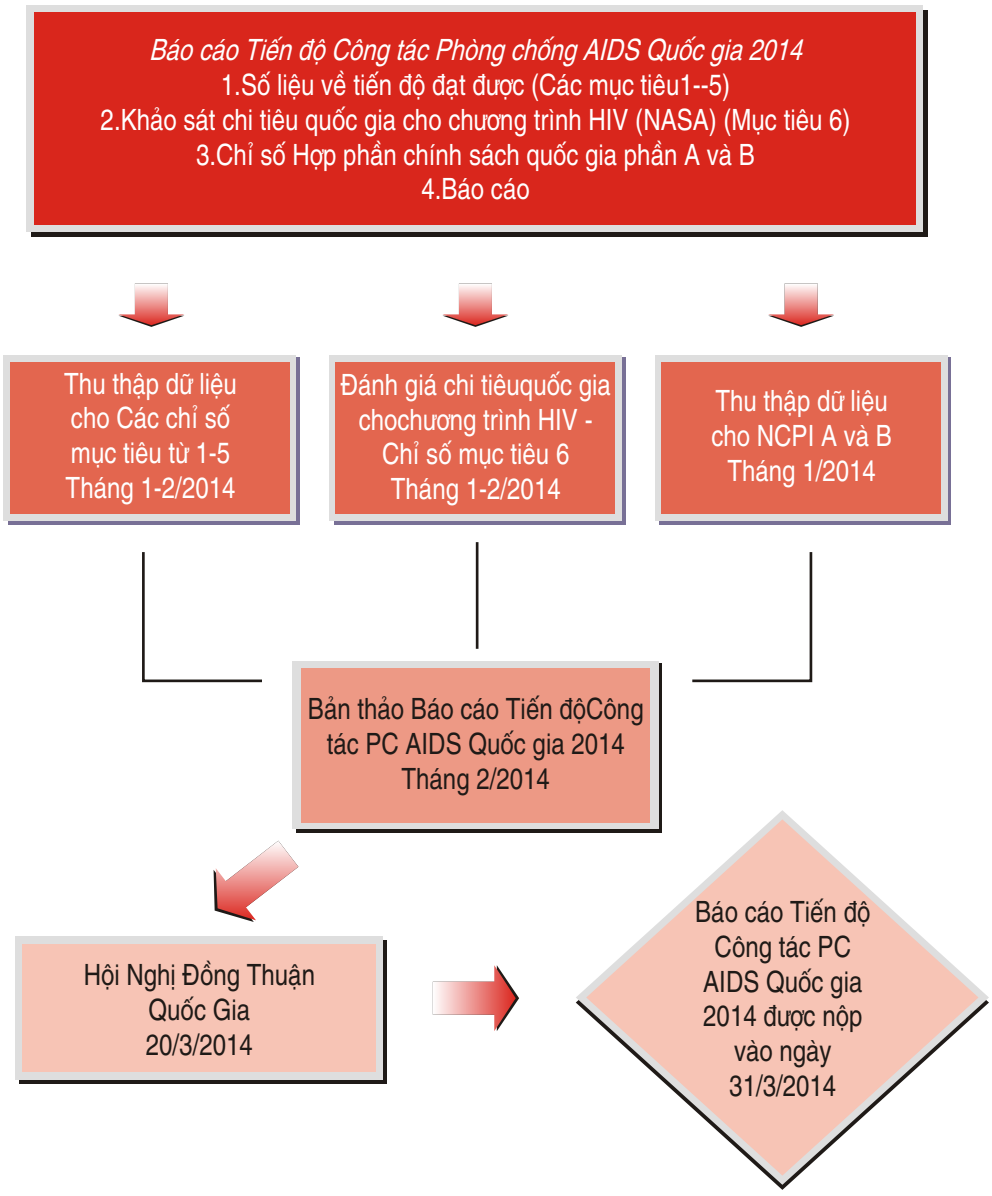
Ngày: 31/03/2014

Chữ ký:

Địa chỉ: 135/3 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội
E-mail: longmoh@yahoo.com
Điện thoại: +84.4.38465731; Fax: +84.4.38465732
Điện thoại di động: +84.913503255

QUY TRÌNH CHUẨN BỊ

Báo cáo này được chuẩn bị với sự tham gia rộng rãi của các cơ quan Chính phủ, các đối tác phát triển và các tổ chức xã hội. Việc lập kế hoạch báo cáo được thực hiện từ tháng 1/2014 với một lộ trình được xây dựng nhằm tham vấn ý kiến của nhiều bên liên quan. Tổng số 17 cơ quan Chính phủ, hơn 40 tổ chức xã hội (các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế), các doanh nghiệp, các nhà tài trợ song phương, đa phương và các tổ chức Liên hợp quốc đã tham gia vào quá trình chuẩn bị báo cáo này. Sơ đồ 2 mô tả các hoạt động chính trong quy trình chuẩn bị báo cáo tổng thể.



Sơ đồ 2: *Sơ đồ quy trình báo cáo GARP Việt Nam 2014*

Có một số chuyên gia đã tham gia hỗ trợ nhóm soạn thảo, được chỉ đạo bởi Cục Phòng chống HIV/AIDS và UNAIDS Việt Nam. Các chuyên gia trong nước đã hỗ trợ việc thu thập số liệu cho các chỉ số mục tiêu 1.1 - 7.2 và Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia (NCPI). Riêng Chỉ số của Mục tiêu 6 (6.1 Chi tiêu trong nước và quốc tế cho chương trình AIDS theo các hạng mục và nguồn kinh phí), một chuyên gia trong nước đã được tuyển để thu thập và xử lý các dữ liệu theo phương pháp NASA. Các kết quả bao gồm những dữ liệu về chi tiêu cho HIV/AIDS quốc gia được thống kê theo các quy chuẩn NASA (nguồn tài chính (FS), tác nhân tài chính (FA), các nhà cung cấp dịch vụ (PS), nhóm hưởng lợi (BP) và hạng mục chi tiêu cho AIDS (ASC)). Quá trình thu thập dữ liệu bắt đầu từ tháng 1/2014 và kết thúc vào cuối tháng 2/2014. Mặc dù chưa hoàn thành, các số liệu thu thập được và đề cập trong báo cáo này là những số liệu toàn diện nhất có được cho đến thời điểm này.

Vào tháng 2/2014, bảng câu hỏi điều tra Chỉ số NCPI phần A đã được gửi tới các thành viên của Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm. 14 cơ quan Chính phủ đã tham gia trả lời.

Một phần quan trọng trong quá trình báo cáo là quy trình tư vấn và thu thập dữ liệu cho bản câu hỏi điều tra Chỉ số NCPI Phần B. UNAIDS điều phối và tổ chức sự tham gia của các tổ chức xã hội trong toàn bộ quy trình. UNAIDS đã tổ chức 2 cuộc hội thảo tham vấn, một tại Hà Nội và một tại Tp. Hồ Chí Minh vào tháng 1/2014 để thu thập thông tin từ các tổ chức xã hội, thảo luận và hợp nhất bản câu hỏi điều tra Chỉ số NCPI Phần B. Đại diện của các nhóm tự lực, các tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ trong nước và doanh nghiệp đã đóng góp tích cự cho nội dung NCPI Phần B. Các đại biểu tham dự mỗi cuộc hội thảo tham vấn đã bầu chọn ra 3 người đại diện cho các tổ chức xã hội, gồm những người nhiễm HIV, người nghiện chích ma túy, nam tình dục đồng giới, người bán dâm, và đại diện các tổ chức tôn giáo để mang tiếng nói đại diện đến cuộc hội thảo đồng thuận. Sự tham gia sâu rộng của các tổ chức xã hội là minh chứng cho việc liên tục củng cố vai trò của các tổ chức xã hội trong công tác phòng chống HIV/AIDS quốc gia.

Nhóm hợp tác chung của Liên hợp quốc về HIV và các cơ quan song phương đã tham dự các cuộc họp tư vấn riêng rẽ về Chỉ số NCPI Phần B. Tại mỗi cuộc họp, các thành viên tham gia đã đưa ra ý kiến góp ý, đạt được sự đồng thuận và hoàn thiện bản câu hỏi điều tra Chỉ số NCPI Phần B.

Các ý kiến đóng góp cho NCPI phần B sau đó đã được biên soạn thành một tài liệu, kết hợp những trải nghiệm của những người nhiễm HIV làm việc ở tuyến địa phương với quan điểm của những đối tác làm việc ở cấp hoạch định chính sách và tài trợ cho công tác phòng chống HIV/AIDS.

Bước cuối cùng trong quy trình hoàn thiện báo cáo là Hội nghị Đồng thuận Quốc gia về Báo cáo Tiến Độ Quốc gia do Cục Phòng, chống HIV/AIDS chủ trì tại Hà Nội vào ngày 14/3/2014. Mục đích của cuộc họp này là trình bày kết quả báo cáo và tạo cơ hội cho các thành viên tham gia hội nghị xem lại và cùng thống nhất bản dự thảo báo cáo. Tổng số 52 thành viên từ 34 tổ chức đại diện cho Chính phủ, các đối tác phát triển và các tổ chức xã hội đã tham dự hội nghị. Các đại diện cho các tổ chức xã hội được lựa chọn từ các nhóm công tác chuyên trách, các nhóm này bầu ra năm người đại diện cho họ tham dự hội nghị. Các đại

biểu cũng đã góp ý cho bản dự thảo báo cáo, và xem xét bản báo cáo tổng thể. Bản báo cáo sửa đổi, dựa trên các ý kiến đóng góp từ hội nghị, sau đó được Bộ Y tế thông qua để nộp lên Ủy ban Quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm xin phê duyệt.

Danh sách đầy đủ những người tham dự dưới đây.

	TÊN ĐẠI BIỂU	TÊN TỔ CHỨC
Cơ quan chính phủ		
1	Nguyễn Hoàng Long	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2	Phan Thị Thu Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
3	Hoàng Đình Cảnh	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
4	Võ Hải Sơn	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
5	Đỗ Thị Nhàn	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
6	Nguyễn Thị Minh Tâm	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
7	Đỗ Hữu Thủy	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
8	Bùi Hoàng Đức	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
9	Nguyễn Việt Nga	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
10	Phạm Tuấn Dũng	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
11	Quách Văn Lượng	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
12	Hà Thị Minh Nguyệt	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
13	Nguyễn Khắc Hải	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
14	Trần Văn Thắng	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
15	Phạm Hồng Thúy	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
16	Đoàn Thùy Linh	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
17	Vũ Văn Chiểu	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
18	Nguyễn Hoàng Mai	Vụ các vấn đề xã hội
19	Phạm Thành Lâm	Cục Y tế - Bộ Giao thông vận tải
20	Vũ Mạnh Tiên	Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam
21	Phạm Thị Lan Anh	Cục Y tế Bộ Công An
22	Nguyễn Đình Vạn	Cục Y tế - Bộ Công An
23	Đặng Anh Tuấn	Bộ tài chính
24	Bùi Xuân Long	Bộ Công An
25	Lê Văn Tuấn	Bộ Giáo dục đào tạo
26	Nguyễn Thanh Hằng	Bộ Tư pháp
27	Nguyễn Thanh Hảo	Trung ương Đoàn
28	Nguyễn Thị Tuyết Mai	Trung ương Hội phụ nữ Việt Nam
29	Lê Thu Hà	Ủy ban dân tộc

30	Hà Trường Giang	Vụ Pháp chế, Bộ Y tế
31	Trịnh Thị Ngọc Linh	Vụ Hợp tác quốc tế, Bộ Y tế
32	Nguyễn Thị Hồng Lụa	Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe TW
Tổ chức quốc tế		
33	Alanka Malviya	UNAIDS
34	Nguyễn Minh Lộc	UNAIDS
35	Patrick Nadol	CDC
36	Ngô Kiều Lan	UNODC
37	Frederique Bourque	UN Women
38	Nguyễn Cường Quốc	FHI360
39	Nguyễn Thị Minh Thu	Clinton
40	Nguyễn Minh Nghĩa	VAAC - CDC
41	Estefanvia Guallar	UN Women
42	Nguyễn Thị Thúy Vân	WHO
43	Masaya Kato	WHO
Tổ chức xã hội		
44	Đỗ Thị Vân	VUSTA
45	Trịnh Thị Lê Trâm	Trung tâm tư vấn y tế pháp luật
46	Đặng Văn Khoát	CREAES
47	Phạm Hoài Thanh	SCDI
48	Nguyễn Anh Phong	VNP+
49	Thích Đồng Nguyện	Phòng Tham vấn pháp bảo
50	Hoàng Thị Thu Hương	VNSW
51	Nguyễn Hoàng Liêm	VN Glink VL

PHỤ LỤC 2: CÁC CAM KẾT QUỐC GIA VÀ CÔNG CỤ CHÍNH SÁCH (NCPI) 2014

QUỐC GIA: VIỆT NAM

Tên của người lãnh đạo chỉ đạo thực hiện nội dung báo cáo NCPI và giải đáp các vấn đề liên quan đến NCPI:

GS.TS. Nguyễn Thanh Long
Chức danh: Thứ trưởng, Bộ Y tế
Chữ ký:

Địa chỉ: Bộ Y tế 138A Giảng Võ, Hà Nội, Việt Nam
Tel: +84 462732273
Fax: +84 438464051

Ngày nộp báo cáo: 31.03.2014

Danh sách các đơn vị cung cấp thông tin cho chỉ số NCPI
NCPI PHẦN A

Tổ chức	Tên	Phần đã cung cấp thông tin					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Hoàng Long	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Phan Thị Thu Hương	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Hoàng Đình Cảnh	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Võ Hải Sơn	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Đỗ Thị Nhàn	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Thị Minh Tâm	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Đỗ Hữu Thủy	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Dương Thúy Anh	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Bùi Hoàng Đức	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Việt Nga	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Phạm Tuấn Dũng	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Quách Văn Lượng	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Hà Thị Minh Nguyệt	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Khắc Hải	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Trần Văn Thắng	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Phạm Hồng Thúy	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Đoàn Thùy Linh	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Vũ Văn Chiểu	X	X	X	X	X	X
Vụ các vấn đề xã hội	Nguyễn Hoàng Mai	X	X	X	X	X	X
Cục Y tế - Bộ Giao thông vận tải	Phạm Thành Lâm	X	X	X	X	X	X
Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam	Vũ Mạnh Tiên	X	X	X	X	X	X
Cục Y tế Bộ Công An	Phạm Thị Lan Anh	X	X	X	X	X	X
Cục Y tế - Bộ Công An	Nguyễn Đình Vạn	X	X	X	X	X	X
Bộ tài chính	Đặng Anh Tuấn	X	X	X	X	X	X
Bộ Công An	Bùi Xuân Long	X	X	X	X	X	X
Bộ Giáo dục đào tạo	Lê Văn Tuấn	X	X	X	X	X	X
Bộ Tư pháp	Nguyễn Thanh Hằng	X	X	X	X	X	X
Trung ương Đoàn	Nguyễn Thanh Hảo	X	X	X	X	X	X
Trung ương Hội phụ nữ Việt Nam	Nguyễn Thị Tuyết Mai	X	X	X	X	X	X
Ủy ban dân tộc	Lê Thu Hà	X	X	X	X	X	X
Vụ Pháp chế, Bộ Y tế	Hà Trường Giang	X	X	X	X	X	X
Vụ Hợp tác quốc tế, Bộ Y tế	Trịnh Thị Ngọc Linh	X	X	X	X	X	X
Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe TW	Nguyễn Thị Hồng Lụa	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Văn Hùng	X	X	X	X	X	X
Cục PC AIDS, Bộ Y tế	Nguyễn Đức Long	X	X	X	X	X	X

NCPI PHẦN B

Tổ chức	Tên	Phần đã cung cấp thông tin					
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V	B.VI
CREAES	Đặng Văn Khoát	X	X	X	X	X	X
Nhóm Kỹ thuật MSM Hải Dương	Nguyễn Công Dương	X	X	X	X	X	X
Nhóm Tình biển Hải Phòng	Quách Thị Mai	X	X	X	X	X	X
Kid's Sun Group	Nguyễn Thị Thanh Thảo	X	X	X	X	X	X
SCDI	Khuất Thị Hải Oanh	X	X	X	X	X	X
VNSW	Hoàng Thị Thu Hương	X	X	X	X	X	X
VNPUD	Phạm Thi Minh	X	X	X	X	X	X
Mạng lưới Vì ngày mai tươi sáng	Triệu Thị Thu Hiền	X	X	X	X	X	X
Mạng lưới Hoa hướng dương	Vũ Thị Phương Lan	X	X	X	X	X	X
MSM-TG VN	Vũ Bảo Huy	X	X	X	X	X	X
CCRD	Phạm Thái Hằng	X	X	X	X	X	X
CCRD	Trần Mai Hà	X	X	X	X	X	X
CCLPHH	Trịnh Thị Lê Trâm	X	X	X	X	X	X
ACP+	Nguyễn Văn Cương	X	X	X	X	X	X
Nhóm Cát trắng	Nguyễn Thị Vân Hà	X	X	X	X	X	X
Nhóm Hy vọng An Giang	Trần Thị Thanh Vân	X	X	X	X	X	X
Phòng tham vấn truyền thông hỗ trợ cộng đồng Pháp Bảo	Thích Đồng Nguyện	X	X	X	X	X	X
Phòng tư vấn Pháp Bảo	Le Hong Hao	X	X	X	X	X	X
Nhóm G-Link Vĩnh Long	Nguyễn Hoàng Liêm	X	X	X	X	X	X
Nhóm Alo Ban Mê	Nguyễn Thị Duyên	X	X	X	X	X	X
VNP+	Nguyễn Anh Phong	X	X	X	X	X	X
VNP+	Lam Ngoc Thuy	X	X	X	X	X	X
VNP+	Ha Thuy Xuan Hoang	X	X	X	X	X	X
CARMAH	Lê Quốc Bảo	X	X	X	X	X	X
CRCRH	Nguyễn Thị Trường Xuân	X	X	X	X	X	X
UNICEF	Jargalmaa Radnaabazar	X	X	X	X	X	X
UNWOMEN	Frederique Bourque	X	X	X	X	X	X
UNAIDS	Alankar Malviya	X	X	X	X	X	X
UNAIDS	Christopher Fontaine	X	X	X	X	X	X

CÁC CAM KẾT QUỐC GIA VÀ CÔNG CỤ CHÍNH SÁCH (NCPI)
PHẦN A
[Được dùng cho các cơ quan chính phủ]

I. KẾ HOẠCH CHIẾN LƯỢC

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

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

☑ Có	Không

NẾU CÓ, chiến lược cho giai đoạn nào *[viết vào đây]:*

2011 - 2020

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

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

Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoan 2011 2020, với tầm nhìn năm 2030 đã được xây dựng phù hợp với cam kết mới của của UNAIDS hướng tới chiến lược ba không.

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

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

Đối tượng MSM cũng được chú ý hơn, MSM đã được đề cập đến trong chiến lược quốc gia là 1 trong những nhóm tổn thương cần được ưu tiên. Đã có kế hoạch mở rộng chương trình MSM

Chương trình điều trị: Chiến lược mới bao gồm 1 chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện hơn, bao gồm chương trình thử nghiệm điều trị 2.0

Chương trình hành động: gộp chương trình hành động thành 4 cấu phần: Dự phòng lây nhiễm HIV; Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị toàn diện; Giám sát theo dõi và đánh giá chương trình; Tăng cường năng lực hệ thống để đảm bảo tính bền vững của chương trình.

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

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

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

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

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

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

LĨNH VỰC	CÓ NẰM TRONG CHIẾN LƯỢC		NGÂN SÁCH RIÊNG	
Giáo dục	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Y tế	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Lao động	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Quân đội/Công an	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Giao thông	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Phụ nữ	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Thanh niên	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Khác [liệt kê vào đây]:	Có	Không	Có	Không
Tài chính	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Kế hoạch đầu tư	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Văn hóa, du lịch, thể thao	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Thông tin, truyền thông	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Tư pháp	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Mặt trận tổ quốc	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Hội nông dân	☑ Có	Không	☑ Có	Không
Ủy ban dân tộc	☑ Có	Không	☑ Có	Không

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

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

CÁC NHÓM ĐÍCH CHÍNH VÀ CÁC NHÓM DỄ TỔN THƯƠNG KHÁC		
Cặp vợ chồng khác nhau về tình trạng nhiễm HIV	☑ Có	Không
Người già	Có	☑ Không
Nam tình dục đồng giới	☑ Có	Không
Người nhập cư/nhóm dân số di biến động	☑ Có	Không
Trẻ mồ côi/trẻ dễ bị tổn thương khác	☑ Có	Không
Người khuyết tật	Có	☑ Không
Người tiêm chích ma túy	☑ Có	Không
Người bán dâm	☑ Có	Không
Người chuyển giới	Có	☑ Không
Phụ nữ và trẻ em gái	☑ Có	Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	☑ Có	Không
Các nhóm đối tượng dễ tổn thương khác[23]	☑ Có	Không
CÁC BỐI CẢNH CAN THIỆP		
Trại giam	☑ Có	Không
Trường học	☑ Có	Không
Nơi làm việc	☑ Có	Không
CÁC VẤN ĐỀ MANG TÍNH XUYÊN SUỐT		
Giải quyết sự kỳ thị và phân biệt đối xử	☑ Có	Không
Trao quyền về giới và/hoặc bình đẳng giới	☑ Có	Không
HIV và đói nghèo	☑ Có	Không
Bảo vệ Quyền con Người	☑ Có	Không
Sự tham gia của những người sống với HIV	☑ Có	Không

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

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

1.4. Những nhóm đích chính và nhóm dễ tổn thương nào được xác định cho các chương trình phòng chống HIV trong Quốc gia của bạn?

Người nhiễm HIV	☑ Có	Không
Nam tình dục đồng giới	☑ Có	Không
Người nhập cư/nhóm dân số di biến động	Có	☑ Không
Trẻ mồ côi/trẻ dễ bị tổn thương khác	☑ Có	Không
Người khuyết tật	Có	☑ Không
Người tiêm chích ma túy	☑ Có	Không
Tù nhân	Có	☑ Không
Người bán dâm	☑ Có	Không
Người chuyển giới	Có	☑ Không
Phụ nữ và trẻ em gái	☑ Có	Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	Có	☑ Không
Các nhóm đối tượng dễ tổn thương khác[24]	Có	☑ Không

1.5. Quốc gia có chiến lược nhằm giải quyết các vấn đề liên quan đến HIV trong lực lượng vũ trang không? (quân đội, công an, lược lượng gìn giữ hòa bình, cán bộ trại giam,…)

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

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

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

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

Tham gia tích cực ☑	Tham gia vừa phải	Không tham gia

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

Các bản dự thảo của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn năm 20930 được đăng tải lấy ý kiến rộng rãi trên Website của Cục Phòng, chống AIDS, của Bộ Y tế, cổng thông tin điện tử của Chính phủ.

Ngoài các cuộc họp nhóm kỹ thuật chung, 2 cuộc họp riêng đã được tổ chức cho các tổ chức tổ chức xã hội đóng góp ý kiến.

- Cuộc họp thứ nhất lấy ý kiến của các tổ chức xã hội về các khái niệm chính và nội dung của chiến lược.
- Cuộc họp thứ 2 lấy ý kiến đóng góp cho bản dự thảo Chiến Lược do Liên hiệp các hội khoa học kỹ thuật Việt nam (VUSTA).

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

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

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

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

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

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

2. Nước bạn đã lồng ghép vấn đề về HIV vào trong các kế hoạch phát triển chung của Quốc gia của bạn ví dụ như trong: (b); Chiến lược Giảm Nghèo; và (d)?

Đánh giá chung về Quốc gia /Khung hỗ trợ phát triển của LHQ	☑ Có	Không	Không áp dụng
Kế hoạch Phát triển Quốc gia của bạn	☑ Có	Không	Không áp dụng
Chiến lược xóa đói giảm nghèo	☑ Có	Không	Không áp dụng
Kế hoạch chiến lược về bảo trợ xã hội của quốc gia	☑ Có	Không	Không áp dụng
Phương pháp tiếp cận theo ngành	☑ Có	Không	Không áp dụng
Khác (liệt kê): Chương trình quốc gia về phòng, chống ma tuý, mại dâm; Chương trình quốc gia bảo vệ trẻ em 2011 - 2015; Chương trình quốc gia bình đẳng giới 2011 2020, Chương trình Y tế quốc gia.	☑ Có	Không	Không áp dụng

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

NỘI DUNG LIÊN QUAN ĐẾN HIV CÓ BAO GỒM TRONG (CÁC) KẾ HOẠCH			
Xóa bỏ các quy định luật pháp nhằm trừng phạt	☑ Có	Không	Không áp dụng
Giảm nhẹ tác động của HIV	☑ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự bất bình đẳng giới có liên quan đến dự phòng/điều trị, chăm sóc và/hoặc hỗ trợ về HIV	☑ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự bất bình đẳng về thu nhập có liên quan đến dự phòng/điều trị, chăm sóc và/hoặc hỗ trợ về HIV	☑ Có	Không	Không áp dụng
Giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử	☑ Có	Không	Không áp dụng

Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ (bao gồm cả an sinh xã hội hoặc các đề án khác)	☑ Có	Không	Không áp dụng
Trao quyền về kinh tế cho phụ nữ (như tiếp cận đến vay tín dụng, tiếp cận đến đất đai, đào tạo)	☑ Có	Không	Không áp dụng
Khác *[liệt kê dưới đây]:* Chăm sóc và bảo vệ trẻ em; Phòng chống ma tuý, mại dâm	☑ Có	Không	Không áp dụng

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

Có	☑ Không	Không áp dụng

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

THẤP					CAO
0	1	2	3	☑ 4	5

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

☑ Có	Không

Nếu có, xin cung cấp thông tin về kế hoạch này đã có tác động như thế nào đến hạ tầng y tế, nguồn nhân lực, năng lực nhân sự, và các hệ thống hậu cầu để cung cấp thuốc điều trị có liên quan đến HIV:
Chính phủ đã phê duyệt Đề án 1107/QĐ-TTg ngày 28/7/2009 phê duyệt đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015. Hằng năm Chính phủ cấp kinh phí xây dựng cơ bản cho các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS, mua trang thiết bị phục vụ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

5. Các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ HIV có được lồng ghép với các dịch vụ y tế khác không?

Lĩnh vực	Nhiều	Ít	Không
Tư vấn xét nghiệm HIV và sức khỏe sinh sản/tình dục		☑	
Tư vấn xét nghiệm HIV và lao	☑		
Tư vấn xét nghiệm HIV và chăm sóc bệnh nhân ngoại trú	☑		

Tư vấn xét nghiệm HIV và các bệnh mạn tính không lây		☑	
ART và lao	☑		
ART và chăm sóc bệnh nhân ngoại trú		☑	
ART và các bệnh mạn tính không lây			☑
Phòng lây truyền mẹ con và chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em	☑		
Nhận xét khác về vấn đề lồng ghép: HIV testing is widely available but standard counseling is not a common practice in non-HIV services.			

6. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn sẽ đánh giá các nỗ lực lập kế hoạch chiến lược trong các chương trình phòng chống HIV trong năm 2013 ở mức độ nào?

Rất kém										**Rất tốt**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	☑ 9	10

***Tính từ 2011,* những thành tựu quan trọng đã đạt được nào trong lĩnh vực này:**

- Kiềm chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng xuống dưới 0,3%
- Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2020 đang được hoàn thiện. Kế hoạch được lập dựa trên bằng chứng; có mục tiêu cụ thể, rõ ràng hơn; và được xây dựng với sự tham gia của các tổ chức chính phủ đa ban ngành, các ban ngành đoàn thể, các tổ chức UN, các tổ chức phi chính phủ quốc tế và tổ chức xã hội được lập theo khung biểu mẫu chung, và có sự tham gia đa ban ngành, đoàn thể và các tổ chức xã hội.
- Chính phủ phê duyệt Chương trình Quốc gia Phòng chống HIV.AIDS giai đoạn 2012-2015 với kinh phí trung ương và địa phương được phân bổ cụ thể để có thể thực hiện được chương trình. Việc phân bổ này góp phần làm giảm thiếu hụt tài chính cho chương trình. Kế hoạch hoạt động năm được các bộ ngành, các cấp địa phương gửi về cục Phòng chống HIV/AIDS theo đúng quy định. Kinh phí cho các hoạt động được giải ngân theo đúng kế hoạch.
- Khung theo dõi đánh giá chương trình HIV được xây dựng lại cho phù hợp với Chiến lược Quốc gia mới. Từ năm 2012, chương trình giám sát trọng điểm HIV sẽ bổ sung MSM vào nhóm quần thể đích.

- Bộ Tài chính phê duyệt quy định mới về đinh mức chi cho chương trình phòng chống HIV/AIDS, bao gồm cả định mức chi cho hoạt động giáo dục đồng đẳng do đồng đẳng viên thực hiện.
- Tỷ lệ thuốc ARV hết hạn thấp do việc lập kế hoạch, điều phối và sử dụng thuốc hợp lý,
- Phê duyệt Nghị định về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện trong đó mở ra cơ hội cho việc điều trị bằng các loại thuốc khác ngoài Methadone, đơn giản hóa quy trình hành chính, đưa ra quy định mở rộng chương trình điều trị.
- Luật xử lý vi phạm hành chính phê duyệt vào năm 2012, và có hiệu lực từ 7/2013 chấm dứt việc đưa phụ nữ bán dâm vào các trung tâm GD-LĐ-XH bắt buộc. Luật tạo hành lang pháp lý cho việc chuyển đổi cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang can thiệp giảm thiểu tác hại dựa vào cộng đồng.
- Bộ Y tế, Bộ Văn hóa Thể thao Du lịch, Mặt trận tổ quốc ban hành Thông tư nhằm tăng cường chương trình dự phòng HIV toàn dân cho giai đoạn 2012-2020.
- Bộ Y tế và Bộ Quốc phòng ban hành Thông tư về triển khai phòng chống HIV/AIDS ở khu vực biên giới giai đoạn 2012-2015, ưu tiên cho nhóm dân tộc thiểu số.
- Năng lực cán bộ lập kế hoạch ở hầu hết các tỉnh được tăng cường.
- Nguồn nhân lực và vật lực được tăng cường.

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

- Rất khó dự kiến kinh phí cam kết sử dụng cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong những năm tới.Kinh phí cho chương trình phòng chống HIV/AIDS năm 2014 bị cắt giảm nhiều. Nguồn lực còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu mở rộng độ bao phủ của các chương trình can thiệp.
- Năng lực quản lý và lập kế hoạch của cán bộ phòng chống HIV/AIDS tuyến tỉnh ở một số nơi còn hạn chế do thiếu cán bộ chuyên trách hoặc nếu có thì cán bộ còn mới và chưa được đào tạo bài bản.
- Nhận thức của người dân và 1 số cấp chính quyền còn hạn chế.
- Chất lượng số liệu còn hạn chế và chưa đầy đủ.

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

Sự hỗ trợ mạnh mẽ về chính trị bao gồm: các nhà lãnh đạo chính phủ và lãnh đạo chính trị thường xuyên nói về vấn đề HIV/AIDS và thể hiện vai trò lãnh đạo theo nhiều các cách thức khác nhau: như phân bổ các khoản ngân sách Quốc gia của bạn hỗ trợ cho các các chương trình phòng chống HIV; và sử dụng hiệu quả các cơ quan chính phủ và các tổ chức xã hội để hỗ trợ cho các chương trình phòng chống HIV.

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

Các Bộ trưởng trong Chính phủ	☑ Có	Không
Các quan chức cấp cao khác tại tuyến tỉnh/thành phố	☑ Có	Không

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

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

☑ Có	Không

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

Trong 2 năm vừa qua, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm cũng như các Bộ/ngành thành viên đã ban hành các chỉ thị, kết luận, đặc biệt là trong các Hội nghị kiểm điểm công tác phòng chống HIV yêu cầu các bộ/ngành xây dựng kế hoạch phòng chống HIV phù hợp với tình hình mới, bố trí kinh phí để thực hiện chương trình, hoàn thiện các văn bản pháp luật có liên quan, tăng phối hợp liên ngành để triển khai chương trình can thiệp toàn diện, đẩy mạnh hợp tác quốc tế.

Trong cuộc gặp mặt với các nhà tài trợ Quốc tế, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia Nguyễn Xuân Phúc đã khẳng định can kết trong việc tiếp tục cải thiện cơ cấu tổ chức chính trị cho phòng, chống HIV và mang đến các điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

Tháng 6/2011, các nhà lãnh đạo cấp cao của Việt Nam đã tham gia Hội nghị cấp cao LHQ về phòng chống HIV/AIDS tại New York và cam kết thực hiện Tuyên bố Chính trị: "Tăng cường nỗ lực chung để loại bỏ HIV/AIDS", trong đó khẳng định các nước cam kết đẩy mạnh nỗ lực quốc gia và tăng cường hợp tác quốc tế nhằm thực hiện thành công MDG, theo đó hạn chế và từng bước tiến tới chấm dứt lây nhiễm HIV/AIDS vào năm 2015, với mục tiêu tăng cường cam kết chính trị quốc gia và sự tham gia của các nhà lãnh đạo nhằm đáp ứng toàn diện ở cấp độ cộng đồng, địa phương, quốc gia, vùng và quốc tế để làm dừng và đảo ngược dịch bệnh HIV và giảm nhẹ tác động của nó.

Tại Hội nghị phòng chống HIV/AIDS toàn quốc, Phó thủ tướng khẳng định sự cam kết của Đảng và Nhà nước luôn dành sự quan tâm đặc biệt trong công cuộc phòng chống HIV/AIDS. Phó Thủ tướng nhấn mạnh rằng lãnh đạo các cấp ủy Đảng, chính quyền đoàn thể từ trung ương đến địa phương, các tổ chức xã hội cần tiếp tục nâng cao nhận thức về phòng chống HIV/AIDS, chỉ đạo xây dựng triển khai chương trình hành động của địa phương trên cơ sở chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Các địa phương cần tăng cường huy động, đầu tư các nguồn lực các công tác phòng chống HIV/AIDS, nhất là những năm tới nguồn lực hỗ trợ quốc tế giảm và ngân sách trung ương còn khó khăn; tiếp tục nâng cao kiến thức phòng chống HIV/AIDS cho người dân, giảm sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Ngành Y tế và các ban, ngành, đoàn thể từ Trung ương đến địa phương tiếp tục tăng cường cung cấp dịch vụ để đáp ứng nhu cầu cấp thiết bảo đảm quyền được tiếp cận dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, dự phòng và điều trị lây nhiễm HIV/AIDS.

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

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

2.1. NẾU CÓ:

NẾU CÓ, thì cơ quan Quốc gia điều phối đa ngành về HIV có:		
Các điều khoản tham chiếu về hoạt động của UB?	☑ Có	Không
Vai trò lãnh đạo và tham gia tích cực của Chính phủ?	☑ Có	Không

Vị trí chủ tịch chính thức?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, *tên và chức danh của ông/bà đó là gì?* Phó thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc		
Một danh sách thành viên được xác định?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, có bao nhiêu thành viên?	28 thành viên	
Bao gồm cả các đại diện của tổ chức xã hội?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, *có bao nhiêu đại diện?:*	7 (mặt trận tổ quốc, Đoàn thành niên, Phụ nữ, Hội nông dân, Hội cựu Chiến binh, Ủy ban dân tộc, VUSTA)	
Bao gồm những người sống với HIV?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, *có bao nhiêu người?*		
Bao gồm cả khu vực tư nhân?	☑ Có	Không
Tăng cường sự phối hợp với nhà tài trợ nhằm tránh việc tài trợ song song và chồng chéo trong việc thực hiện và báo cáo chương trình?	☑ Có	Không

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

NẾU CÓ, **mô tả ngắn gọn về các thành tựu chính đã đạt được:**
– Chính phủ đã ban hành quy chế nhằm chỉ đạo và phối hợp đa ngành trong công tác phòng, chống HIV/AIDS; khuyến khích tổ chức, cá nhân tham gia hoạt động phòng chống HIV/AIDS; đầu tư kinh phí cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Các địa phương cũng có quy chế phối hợp liên ngành.

- Sự tham gia của các tổ chức xã hội vào hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ngày càng nhiều và hiệu quả. Các tổ chức dân sự xã hội đã được các cơ quan chính phủ mời tham gia xây dựng các chính sách, chiến lược phòng chống HIV trong giai đoạn mới, cũng như đóng góp cho việc xây dựng các chính sách và tham gia thực hiện và hỗ trợ kỹ thuật cho các dự án.

- Một số hoạt động liên quan đến phòng, chống HIV, ví dụ như chăm sóc, hỗ trợ và điều trị, đã được chuyển giao trách nhiệm cho các tổ chức phi chính phủ địa phương.

- Các tổ chức dân sự xã hội dưới sự điều phối của VUSTA đã tích cực tham gia thực hiện dự án Quỹ toàn cầu được cấp kinh phí từ vòng 9 giai đoạn 2.

- Người có HIV được nhận các dịch vụ chăm sóc và điều trị tốt hơn.

- Các doanh nghiệp và cá nhân được huy động tích cực tham gia gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS

- Ban điều phối Quốc gia về Quĩ toàn cầu tại VN gọi tắt là CCM có đại diện của các tổ chức dân sự xã hội và khối tư nhân tham gia.

Các thách thức/khó khăn còn tồn tại:

- Hiện nay nhiều tổ chức xã hội tham gia vào công cuộc phòng, chống HIV/AIDS vẫn mang tính tự phát mà thiếu sự hỗ trợ, hướng dẫn và điều phối để các tổ chức này tham gia một cách hệ thống để có thể huy động và khai thác tối đa tiềm năng nguồn lực từ cộng đồng.

- Hiện nay chưa có cơ chế điều phối hoạt động của các TCXH một cách thường quy và có hệ thống để hoạt động của các TCXH có thể lồng ghép vào các chương trình y tế và an sinh xã hội sẵn có của Quốc gia. Ở cấp Trung ương, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã tổ chức một số hoạt động gặp mặt hàng quí với các TCXH. Tuy nhiên hoạt động này chỉ tập trung vào chia sẻ thông tin, định hướng mang tính chiến lược và cập nhật hoạt động của các tổ chức, chưa gắn với các vấn đề trọng tâm của Chiến lược quốc gia như nguồn lực cho cộng đồng, nâng cao năng lực, tạo môi trường thuận lợi cho các TCXH và nhóm người có hành vi nguy cơ cao.

- Việc tổ chức thực hiện trao đổi thông tin trong xây dựng chính sách đôi khi còn mang tính hình thức hoặc phần phản hồi ý kiến từ cơ quan quản lý còn chưa đầy đủ, chưa thường xuyên và thiếu chặt chẽ.

- Thiếu kinh phí hoạt động.

- Nhiều tổ chức xã hội như các nhóm dựa vào cộng đồng (nhóm tự lực của người nhiễm HIV) vẫn chưa ý thức được tầm quan trọng của việc đăng ký tư cách pháp nhân nên đã bị hạn chế nhiều cơ hội tham gia vào các diễn đàn chính sách và tiếp cận với các nguồn lực nhà nước hoặc của các tổ chức quốc tế.

- Năng lực của các tổ chức dân sự xã hội còn hạn chế.

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

Không có số liệu

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

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

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

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

- Quốc Hội đã thông qua Chương trình Mục tiêu Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015 có kèm theo ngân sách. Việc này giúp công tác điều phối phòng, chống HIV/AIDS của quốc gia được tốt hơn giữa các bộ ngành và các bên liên quan, cũng như xác định rõ mức kinh phí được đảm bảo, ít nhất đến đến hết năm 2015.

- Luật xử lý vi phạm hành chính phê duyệt vào năm 2012, và có hiệu lực từ 7/2013 sẽ chấm dứt việc đưa phụ nữ bán dâm vào các trung tâm GD-LĐ-XH bắt buộc. Luật quy định việc đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc sẽ phải do Tòa án nhân dân cấp huyện xét xử và quyết định. Người bị áp dụng điều luật này có quyền được biết về những chứng cứ chống lại họ và có quyền mời người đại diện pháp lý; thẩm phán là người quyết định cuối cùng. Luật tạo hành lang pháp lý cho việc chuyển đổi cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang can thiệp giảm thiểu tác hại dựa vào cộng đồng.

- Nghị định 96/2012/NĐ-CP về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone (MMT) được phê duyệt vào tháng 11/2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị Methadone.

- Quyết định của Bộ Y tế ban hành vào cuối năm 2012 nhằm chuyển giao từng bước việc quản lý chương trình PLTMC từ Cục phòng chống AIDS sang Vụ Sức khoẻ Bà mẹ - Trẻ em. Việc chuyển giao này sẽ giúp phụ nữ mang thai tiếp cận dễ dàng hơn với các dịch vụ HIV được lồng ghép với các dịch vụ chăm sóc thai sản sẵn có tại cộng đồng. Việc thực thi quyết định này sẽ giúp chương trình PLTMC bền vững hơn.

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

- Nghị địnhvề thủ tục tòa án áp dụng biện pháp đưa người NCMT vào cơ sở cai nghiện bắt buộc vẫn chưa được hoàn thành. Đề án đổi mới trung tâm cai nghiện bắt buộc thành cơ sở điều trị thân thiện, tự nguyện tại cộng đồng và dựa vào bằng chứng hiện vẫn đang xây dựng và chờ phê duyệt. Do đó, Luật xử lý vi phạm hành chính mới ban hành chưa được thực thi. Sợ bị phân biệt đối xử và bị áp dụng biện pháp trừng phạt vẫn tiếp tục cản trở nhiều người NCMT tiếp cận dịch vụ dự phòng, chẩn đoán và chăm sóc HIV.

- Đề án đổi mới công tác cai nghiện nhằm chuyển đổi các cơ sở cai nghiện bắt buộc thành các trung tâm điều trị ma túy tự nguyện và dựa vào bằng chứng cần được phê duyệt và sớm triển khai để giúp người NCMT có thể lựa chọn các phương pháp điều trị tốt hơn.

- Xây dựng các văn bản pháp quy tạo hành lang pháp ly cho việc thực thi Luật xử lý vi phạm hành chính, bao gồm Pháp lệnh về thủ tục tòa án áp dụng biện pháp đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc.

7. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt" bạn sẽ đánh giá như thế nào về sự hỗ trợ chính trị cho các chương trình phòng chống HIV trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	☑ 9	10

***Tính từ 2011,* đã đạt được những thành tựu quan trọng nào trong lĩnh vực này:**

- Sửa đổi, bổ xung, ban hành mới một số văn bản quy phạm pháp luật phù hợp với luật phòng chống AIDS, 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.
- 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 ma tuý, mại dâm.
- Có sự cam kết và chỉ đạo quyết liệt cả Đảng và nhà nước;
- Tạo điều kiện và có sự tham gia tích cực của các tổ chức dân sự XH.

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

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

III. QUYỀN CON NGƯỜI

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

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

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

☑ Có	Không

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

Nhận xét ngắn gọn về mức độ thực hiện các bộ luật này:
– Sự thực thi các bộ luật này ở mức trung bình khá.

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

☑ Có	Không

NẾU CÓ, **thì đối với các nhóm đích và nhóm dễ tổn thương nào**		
Những người sống với HIV	☑ Có	Không
Người già	Có	☑ Không
Nam tình dục đồng giới	☑ Có	Không
Người nhập cư/Nhóm di biến động	☑ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ tổn thương khác	Có	☑ Không
Người khuyết tật	Có	☑ Không
Người tiêm chích ma túy	☑ Có	Không
Phạm nhân	☑ Có	Không
Người bán dâm	Có	☑ Không
Người chuyển giới	☑ Có	Không
Phụ nữ và Trẻ em gái	Có	☑ Không
Nữ thanh niên/nam thanh niên	Có	☑ Không
Các nhóm dễ tổn thương khác[25] *[xin liệt kê dưới đây]:*	Có	☑ Không

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

Mô tả ngắn gọn về nội dung của các bộ luật, quy định hoặc chính sách này:
Chưa có các quy định tạo điều kiện cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế đối với nhóm chuyển giới, dân di biến động. Mặc dù Luật xử lý vi phạm hành chính phê duyệt vào năm 2012, và có hiệu lực từ 7/2013 sẽ chấm dứt việc đưa phụ nữ bán dâm vào các trung tâm GD-LĐ-XH bắt buộc. Việc đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc sẽ phải do Tòa án nhân dân cấp huyện xét xử và quyết định. Tuy nhiên các nghịd dịnh hướng dẫn vẫn đang được xây dựng và chưa được đưa vào thực hiện. Sắc lệnh 67 yêu cầu tiết lộ thông tin cho bộ phận bảo trợ xã hội và người dân chỉ được tiếp cận với các dịch vụ xã hội và quyền lợi chỉ khi họ tiết lộ tình trạng nhiễm của mình. Kỳ thị và phân biệt đối xử khiến cho người có HIV không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình và do đó không nhận được những hỗ trợ xã hội. Còn rất nhiều khó khăn trong việc thực hiện sắc lệnh 13/2010/NĐ-CP do các thủ tục hành chính và các thay đổi trong định nghĩa “nghèo”.
Nhận xét ngắn gọn về việc các luật, quy định, hoặc chính sách này gây ra các rào cản ra sao:
Đã nêu ở mục trên

IV. DỰ PHÒNG

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

☑ Có	Không

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

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

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

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

2.2. Chiến lược có bao gồm

a. các thành tố sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục phù hợp về tuổi	☑ Có	Không
b. các thành tố sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục phù hợp có sự nhạy cảm về giới	☑ Có	Không
2.3. Nước bạn đã có chiến lược giáo dục về HIV cho thanh thiếu niên ngoài trường học chưa?	☑ Có	Không
3. Nước bạn có một chính sách hoặc chiến lược để thúc đẩy thông tin, giáo dục, truyền thông và các biện pháp y tế dự phòng khác cho các nhóm đích chính hoặc các nhóm dễ tổn thương khác không?	☑ Có	Không

Giải thích ngắn gọn về các cơ chế nào được sử dụng để đảm bảo các chính sách này được thực hiện:
- Luật phòng, chống HIV/AIDS có bao gồm 1 chương về về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi và giảm hại như là đóng góp kỹ thuật cho phòng, chống HIV. - Nghị định số 108/2007/NĐ-CP quy định chi tiết thực hiện các chương trình giảm hại cho dự phòng HIV. - Chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi bao gồm trong Chiên lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2011 2020, với tầm nhìn năm 2030. - Quy chế phối hợp liên ngành, phân công rõ trách nhiệm các Bộ, ngành trong việc thực hiện Chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi.

- Chiến lược quốc gia cũng bao gồm kế hoạch tăng cường chỉ đạo từ các cấp ủy đảng, ban ngành và các tổ chức ở các cấp khác nhau, cũng như là tăng cường sự tham gia của cộng đồng, liên quan đến việc thực hiện chương trình hành động quốc gia về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi

- Việc xây dựng Kế hoạch hành động về phòng, chống HIV/AIDS của ngành giáo dục giai đoạn 2012-2020 cũng thể hiện cam kết quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS trong khung cảnh diễn biến phức tạp của dịch HIV và nguồn tài trợ quốc tế giảm.

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

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

	Người tiêm chích ma túy (IDU)[26]	Nam tình dục đồng giới (MSM)[27]	Người bán dâm	Khách hàng của người bán dâm	Phạm nhân	Các nhóm đích khác[28] NCH, dân di biến động, bạn tình của các nhóm trên, bệnh nhân STI, phụ nữ mang thai, thanh niên
Khuyến khích sử dụng bao cao su.	☑	☑	☑	☑		☑
Liệu pháp thay thế chất gây nghiện	☑					
Tư vấn và Xét nghiệm HIV	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Trao đổi bơm kim tiêm	☑					
Sức khỏe sinh sản, bao gồm cả dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.	☑	☑	☑	☑		☑
Giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử.	☑	☑	☑	☑	☑	☑

[26]IDU = Người tiêm chích ma túy

[27]MSM=nam tình dục đồng giới

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

Thông tin có trọng tâm về giảm thiểu nguy cơ và giáo dục về HIV	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Giảm tính dễ tổn thương với HIV (như hoạt động tạo thu nhập)	☑		☑			☑

3.2. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt") bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực chính sách để hỗ trợ cho dự phòng HIV trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

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

- Tăng cường chỉ đạo của Đảng và nhà nước, tăng cường kinh phí, tăng cường phối hợp liên ngành
- Có sự đồng thuận cao trong XH, và trong thực hiện các chương trình dự phòng bởi các cơ quan liên ngành trong các hoạt động liên ngành
- HIV được lồng ghép vào kế hoạch phát triển chung của quốc gia
- Luật xử lý vi phạm hành chính phê duyệt vào năm 2012, và có hiệu lực từ tháng 7 năm 2013 tạo hành lang pháp lý cho việc chuyển đổi cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang can thiệp giảm thiểu tác hại dựa vào cộng đồng.
- Nghị định 96/2012/NĐ-CP về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone (MMT) được phê duyệt vào tháng 11/2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị Methadone. Chương trình điều trị thay thế bằng Methadone cho người nghiệm ma tuý được xã hội hóa và mở rộng
- Công tác phòng, chống HIV/AIDS đang dần được tích hợp, lồng ghép vào các môn học chính khóa và hoạt động ngoại khóa trong các cơ sở giáo dục.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Một số địa phương chưa chú trọng công tác dự phòng; Kinh phí hạn hẹp nên hạn chế nhiều đối với khả năng mở rộng quy mô can thiệp.
- Vẫn còn kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và nam quan hệ tình dục đồng giới. Cần nâng cao nhận thức của các nhà quản lý, các nhà xây dựng chính sách đối với 1 số vấn đề nhạy cảm như tình dục đồng giới nam để có chính sách về can thiệp, giảm tác hại cho nhóm này.

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

☑ Có	Không

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

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

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

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

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

Đa số những người có nhu cầu được tiếp cận đến…	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
An toàn truyền máu	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Khuyến khích sử dụng bao cao su	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Hỗ trợ kinh tế, ví dụ: hỗ trợ tiền	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Giảm tác hại cho những người tiêm chích ma túy	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài trường học	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV tại nơi làm việc	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng

Tư vấn và Xét nghiệm HIV	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Thông tin, Giáo dục, Truyền thông về giảm nguy cơ lây nhiễm[29]	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Thông tin, Giáo dục, Truyền thông về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dự phòng lây nhiễm cho những người nhiễm HIV	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản bao gồm cả dịch vụ dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho bạn tình của những người thuộc nhóm đích chính	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhóm nam tình dục đồng giới	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhóm người bán dâm	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giảm bạo lực giới	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giáo dục về HIV trong trường học cho thanh thiếu niên	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dự phòng để điều trị	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dự phòng phổ quát trong các cơ sở y tế	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Khác *[liệt kê tại đây]:*	1	2	3	4	Không áp dụng

5. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt) bạn sẽ đánh giá như thế nào về những nỗ lực trong việc triển khai các chương trình dự phòng HIV trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

[29] IEC = thông tin, giáo dục, truyền thông

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

- Các hoạt động truyền thông được tăng cường, với sự tham gia của các Bộ, ngành, đoàn thể chính trị và tổ chức xã hội.
- Đã khống chế được số người nhiễm HIV mới, không tăng nhiều như những năm trước. Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong dân cư dưới 0,3%.
- Tăng cường các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm bạn tình thông qua truyền thông thay đổi hành vi và thí điểm "Điều trị để Dự phòng" ở các cặp đôi không cùng nhiễm HIV.
- Giám sát trọng điểm đã bổ sung nhóm MSM vào nhóm quần thể nghiên cứu để theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm HIV.
- Triển khai Chương trình Quốc gia về Bao cao su giai đoạn 2011-2020, đặc biệt chú trọng vào nhóm người có nguy cơ lây cao lây nhiễm HIV và tạo lập một khung điều phối hiệu quả hơn, tạo ra mối liên kết vững chắc hơn giữa các chương trình phòng, chống HIV, sức khỏe tình dục và sức khoẻ sinh sản, đồng thời mở rộng các phương pháp tiếp thị xã hội. Tất cả cách làm này đều rất quan trọng, vì các nguồn tài trợ cho bao cao su tại Việt Nam đang bị cắt giảm.
- Bộ Văn Hóa, Thể Thao và Du lịch triển khai hoạt động kế hoạch chương trình Bao cao su dự phòng lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại các cơ sở dịch vụ lưu trú du lịch trong giao đoạn 2010-2012, sau giai đoạn này Bộ Văn Hóa, Thể Thao và Du Lịch phối hợp các cơ quan liên quan xây dựng Thông tư liên tịch về quy định về đặt bao cao su trong tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ giải trí và lưu trú.
- Các dịch vụ về dự phòng liên tục được mở rộng, đặc biệt là chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone, giáo dục SKSS và SKTD liên quan đến HIV cho thanh niên
- Giảm kỳ thị phân biệt đối xử

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Độ bao phủ của các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm, người tiêm chích ma túy và Nam tình dục đồng giới (MSM) vẫn còn hạn chế, đặc biệt đối với phụ nữ là bạn tình lâu dài của những người đàn ông có nguy cơ cao lây nhiễm HIV (nam tiêm chích ma túy và nam tình dục với cả hai giới).
- Mặc dù chương trình MMT được mở rộng nhưng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người NCMT. Mục tiêu 80.000 người NCMT được điều trị MMT vào cuối năm 2015 sẽ rất khó đạt được.
- Kiến thức, thực hành của người dân về phòng chống HIV còn hạn chế
- Thiếu kinh phí, cán bộ chuyên sâu
- Độ bao phủ các dịch vụ dự phòng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu
- Các dự án dự phòng chủ yếu dựa vào ngân sách từ các nhà tài trợ nước ngoài.

V. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC VÀ HỖ TrỢ

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

☑ Có	Không

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

Các thành tố:

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

Thành tố được ưu tiên:

- Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
- Lao
- Chăm sóc điều trị cho trẻ em
- Bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV

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

Mở rộng và triển khai dịch vụ chăm sóc điều trị HIV/AIDS ở tất cả các cấp, từ TƯ đến địa phương.

- Cấp trung ương có các phòng khám ngoại trú (PKNT) tuyến TƯ thuốc các bệnh viện TƯ
- Tỉnh có các PKNT tuyến tỉnh thuộc bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh
- Huyện có các PKNT tuyến huyện thuộc bệnh viện đa khoa huyện, trung tâm y tế dự phòng, trung tâm phòng chống AIDS

- Xã/phường có hệ thống y tế thôn bản và trạm y tế xã quản lý số người nhiễm HIV đang được theo dõi, điều trị. Một số nơi có nhóm chăm sóc tại nhà đã được thiết lập tại tuyến này.

- Mở rộng thí điểm sáng kiến Điều trị 2.0 được triển khai nhằm xác định và chẩn đoán tốt hơn cho người nhiễm HIV và nhanh chóng đưa vào điều trị sớm nhất có thể. Sáng kiến này đem lại hiệu quả điều trị cao hơn với việc huy động sự tham gia của các tổ chức tổ chức xã hội.

- Bắt đầu thí điểm điều trị bằng viên ARV tổng hợp (1 viên/ngày) tại tuyến tỉnh nhằm tăng cường tuân thủ điều trị. Đây là một phần của sáng kiến Điều trị 2.0. Số lượng bệnh nhân điều trị d4t giảm dần.

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

Đa số những người có nhu cầu được tiếp cận đến…	**Rất không đồng ý**	**Không Đồng ý**	**Đồng ý**	**Rất đồng ý**	**Không áp dụng**
Liệu pháp kháng virus	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp kháng virus cho bệnh nhân lao	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole cho những người sống với HIV	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Chẩn đoán nhiễm HIV sớm ở trẻ sơ sinh	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Hỗ trợ kinh tế	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV tại nơi làm việc (bao gồm cả việc bố trí sắp xếp lại công việc thay thế)	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Tư vấn và Xét nghiệm HIV cho những người nhiễm lao	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Dịch vụ điều trị HIV tại nơi làm việc hoặc hệ thống giới thiệu chuyển tiếp điều trị thông qua nơi làm việc	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Chăm sóc dinh dưỡng	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Điều trị AIDS cho trẻ em	1	2	☑ 3	☑ 4	Không áp dụng
Chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ em và người lớn	1	2	☑ 3	☑ 4	Không áp dụng

Cung cấp liệu pháp kháng virus cho sản phụ sau khi sinh nở	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp phơi nhiễm với HIV không do nghề nghiệp (ví dụ trường hợp cưỡng hiếp tình dục)	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp phơi nhiễm HIV nghề nghiệp	1	2		☑ 4	Không áp dụng
Hỗ trợ về tâm lý xã hội cho những người sống với HIV và gia đình họ	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Quản lý nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Phòng chống nhiễm lao tại các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng nhiễm lao cho những người sống với HIV	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Sàng lọc nhiễm lao cho những người nhiễm HIV	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Điều trị các nhiễm khuẩn thông thường có liên quan đến HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Khác *[liệt kê tại đây]:*	1	2	3	4	☑ Không áp dụng

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

☑ Có	Không

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

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

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

***NẾU CÓ,* đối với các loại hàng hóa nào?**

- ARV : thông qua SCMS và VPP
- Methadone: thông qua SCMS

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

5. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt) bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực trong việc triển khai các chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV trong năm 2013?

Rất kém										**Rất tốt**
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

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

- Mở rộng nhanh tiếp cận điều trị ARV, đã thành lập 364 PKNT, 82.687 bệnh nhân được tiếp cận ARV (trong đó 78.483 người lớn và 4.204trẻ em). Chương trình điều trị cũng đang bắt đầu được mở rộng trong các trại giam, trung tâm 06. Tính đến tháng 12/2013, có 23 trại giam và 33 trung tâm 06 đang triển khai điều trị ARV cho người nhiễm HIV.
- Quản lý và điều phối thuốc ARV nhằm đảm bảo cung cấp thuốc liên tục cho bệnh nhân
- Quản lý và điều phối xét nghiệm, trang thiết bị trong điều trị HIV/AIDS như xét nghiệm tải lượng vi rút chuẩn đoán sớm ở trẻ sơ sinh

- Kết quả thí điểm sáng kiến điều trị 2.0 do WHO và UNAIDS khởi xướng cho thấy dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV, quản lý theo dõi và cung cấp thuốc ARV tại trạm y tế xã phường đã được thực hiện tại 2 tỉnh Cần Thơ và Điện Biên. Kết quả của mô hình thí điểm 2.0 cho thấy việc phân cấp, lồng ghép tư vấn xét nghiệm HIV, quản lý, theo dõi và cung cấp thuốc ARV cho điều trị HIV/AIDS là khả thi và phù hợp tại các khu vực miền núi và xa khu trung tâm. Việc tư vấn xét nghiệm bạn tình và điều trị sớm cho người nhiễm có bạn tình không nhiễm là khả thi.

- Phòng lây truyền mẹ con: trong số 1.045.005 phụ nữ mang thai làm xét nghiệm HIV và nhận được kết quả xét nghiệm có 0,14% dương tính với HIV, 57% phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, 1.770 trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV, gần 40% trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole.

- Chăm sóc và điều trị cho trẻ em: thiết lập hệ thống PKNT tại 54 trên 63 tỉnh thành, 4.204 trẻ được tiếp cận ARV.

- Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ mang thai được xét nghiệm trong vòng 2 tháng sau sinh để phát hiện tình trạng nhiễm HIV tăng từ 26% trong năm 2011 lên 68% vào năm 2013.

- Xây dựng Hướng dẫn về phát hiện lao tích cực và điều trị dự phòng lao bằng INH cho người nhiễm HIV và Quyết định của Bộ Y tế về quy định và kế hoạch hợp tác giữa Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS và chương trình phòng chống Lao.

Những thách thức nào còn tồn tại:

- Mức độ bao phủ và chất lượng điều trị ARV còn hạn chế. Sáng kiến "Điều trị 2.0" và "Điều trị để Dự phòng" vẫn đang ở giai đoạn thí điểm, nên chỉ có một số lượng hạn chế bệnh nhân được hưởng lợi. Thiếu sự liên kết và chuyển gửi giữa các hệ thống điều trị ARV tại cộng đồng và các cơ sở trại giam và cơ sở điều trị cai nghiện để đảm bảo điều trị liên tục khi bệnh nhân phải chuyển từ nơi này đến nơi khác.

- Bài toán về thuốc ARV trong điều kiện cắt giảm kinh phí viện trợ. Năng lực quốc gia trong việc thu mua thuốc ARV có chất lượng hiện vẫn còn hạn chế.

- Chưa xây dựng được hệ thống quản lý, báo cáo số liệu bằng hệ thống điện tử

- Dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa bao phủ rộng. Tốc độ cải thiện theo thời gian vẫn còn chậm do kinh phí hạn chế, khu vực miền núi đi lại khó khăn, dịch vụ y tế không sẵn có, kỳ thị và phân biệt đối xử HIV/AIDS. Tình trạng chậm chễ đi xét nghiệm HIV chậm trễ của các thai phụ còn phổ biến, do đó việc tiếp cận các phác đồ điều trị PLTMC tối ưu cho các thai phụ dương tính HIV bị hạn chế. Tình trạng này dẫn đến tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con vẫn ở mức cao.

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

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

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

☑ Yes	No

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

☑ Yes	No

7. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất Kém" và 10 là "Rất tốt") bạn sẽ đánh giá như thế nào về các nỗ lực nhằm đáp ứng các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ em mồ côi và trẻ dễ tổn thương khác trong năm 2013?

Rất kém										**Rất tốt**
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

***Từ năm 2011,* những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**
- Các dịch vụ chăm sóc điều trị không ngừng mở rộng. Số trẻ OVC được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, điều trị tăng, - Số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV tăng.
Những thách thức nào còn tồn tại:
- Độ bảo phủ của các dịch vụ chăm sóc hỗ trợ cho trẻ em còn hạn chế - Kinh phí để duy trì các hoạt động chăm sóc và điều trị ARV khi nguồn lực quốc tế cắt giảm đang là một thách thức lớn. - Còn kỳ thị PBDX với trẻ nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng, có trẻ không được đi học khi đến tuổi,

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

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

☑ Có	Không	Không áp dụng

Mô tả ngắn gọn về bất cứ thách thức/khó khăn nào trong việc xây dựng và thực hiện:
Gặp nhiều khó khăn trong việc đạt đồng thuận về các chỉ số đo lường, công cụ TD&DG và đạt được cam kết chia sẻ và đồng thuận số liệu giữa các bộ, tổ chức và các dự án.

1.1. NẾU CÓ, chu kỳ thời gian của kế hoạch [viết vào ô này]: 5 năm

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

☑ Có, tất cả các đối tác	Có một số đối tác	Không có	Không áp dụng

Mô tả ngắn gọn về các vấn đề gặp phải:
Yêu cầu của chính phủ và các nhà tài trợ và định nghĩa của từng chỉ số là rất khác nhau và luôn thay đổi.

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

***NẾU CÓ,* những thông điệp chính nào được thúc đẩy một cách rõ ràng?**		
Một chiến lược về thu thập số liệu	☑ Có	Không
NẾU CÓ, chiến lược này có đề cập đến:		
Các cuộc điều tra về hành vi	☑ Có	Không
Các cuộc nghiên cứu/đánh giá	☑ Có	Không
Giám sát vấn đề kháng thuốc điều trị HIV	Có	☑ Không
Giám sát HIV	☑ Có	Không
Giám sát chương trình thường quy	☑ Có	Không
Một chiến lược phân tích số liệu	☑ Có	Không
Một chiến lược về phổ biến và sử dụng số liệu	☑ Có	Không

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

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

☑ Có	Đang được phát triển	Không

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

Không có số liệu

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

☑ Có	Đang xây dựng	Không

Mô tả ngắn gọn về bất cứ trở ngại nào có thể có:
Thiếu cán bộ, các cán bộ đang công tác thiếu năng lực

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

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

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

VỊ TRÍ [điền vị trí chức danh vào các ô trống dưới đây]	Fulltime	Part time	Since when?
Cán bộ chính thức 12 nhân viên			
2	X		2005
2	X		2007
1	X		2008
5	X		2010
2	X		2011

	Toàn thời gian	Bán thời gian	Từ khi nào?
Nhân viên tạm thời *[điền thêm vào theo số lượng cần thiết]*			

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

☑ Có	Không

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

Cơ chế chia sẻ dữ liệu thông qua:

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

Các thách thức chính trong lĩnh vực này là gì:

- Đơn vị TD&ĐG quốc gia chưa có khả năng hòa hợp hệ thống TD&ĐG của các dự án được tài trợ song hành với hệ thống TD&ĐG quốc gia.
- Một số số liệu chưa được thu thập đầy đủ như yêu cầu
- Báo cáo nộp chưa đúng thời hạn, vấn đề trùng lắp số liệu báo cáo giữa các dự án vẫn còn tồn tạiThiếu 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.

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

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

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

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

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

Có một Hệ thống Thông tin Y tế hữu dụng?

Tại cấp quốc gia	☑ Có	Không
Tại cấp tỉnh/thành phố	☑ Có	Không
NẾU CÓ, tại (những) cấp nào? *[hãy điền vào đây]* Quốc gia, tỉnh, huyện, xã	☑ Có	Không

7.1. Nước bạn có số liệu ước tính tin cậy về nhu cầu điều trị ARV của người lớn và trẻ em hiện tại và tương lai không?

☑ Ước tính nhu cầu hiện tại và tương lai	Chỉ ước tính được nhu cầu hiện tại	Không

7.2. Giám sát độ bao phủ của chương trình HIV không?

☑ Có	Không

a. Nếu có, độ bao phủ có được phân chia theo giới không?

☑ Có	Không

b. Nếu có, độ bao phủ có được phân chia theo nhóm quần thể không?

☑ Có	Không

***NẾU CÓ,* đối với các nhóm đích nào?**
- Người sử dụng ma tuý - Phụ nữ hành nghề mại dâm - Phụ nữ có thai - Bệnh nhân AIDS - Người nhiễm HIV - Nam quan hệ tình dục đồng giới
Giải thích vắn tắt cách thức mà thông tin này được sử dụng:
- Thông tin được nhập vào các phần mềm ước tính dự báo, được nhóm chuyên gia quốc tế và trong nước phân tích và thống nhất sử dụng trong việc xây dựng chính sách, lập kế hoạch can thiệp. - Các thông tin cũng được sử dụng để đánh giá hiệu quả, xác định các trở ngại trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp, cũng như xác định các vấn đề ưu tiên cho can thiệp. - Thông tin được sử dụng để xây dựng các chỉ tiêu cho chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia. - Thông tin được sử dụng để cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách và điều phối nguồn lực.

(c) Mức độ bao phủ của chương trình được theo dõi theo khu vực địa lý?	☑ Có	Không

***NẾU CÓ,* theo cấp độ nào (tỉnh, huyện, khác)?**
- Cấp tỉnh - Cấp huyện - Cấp xã
Giải thích vắn tắt cách thức mà thông tin này được sử dụng:
- Thông tin được sử dụng để xây dựng chính sách, lập kế hoạch, điều phối các nguồn lực để tập trung cho các địa phương có số người nhiễm HIV cao, sử dụng trong ước tính và dự báo nhu cầu trong tương lai.

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

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

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

Cung cấp sơ lược các ví dụ về cách thức sử dụng số liệu TD&ĐG, và các khó khăn/thách thức chính, nếu có:
- Xây dựng kế hoạch hằng năm, kiến nghị đề xuất cải thiện các chương trinh can thiệp - Kiến nghị đề xuất chính phủ trong việc tăng cường ngân sách, đưa vào chương trình chỉ đạo Chính phủ. - Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS cấp tỉnh chưa quan tâm đầy đủ đến số liệu, hơn nữa ngân sách hạn hẹp đồng nghĩa với việc các cơ quan này không thể sử dụng số liệu để nâng cao chất lượng chương trình

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

Tại tuyến trung ương (Quốc gia)?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, số lượng người được đào tạo : 10		
Tại tuyến tỉnh/thành phố?	☑ Có	Không
NẾU CÓ, số lượng người được đào tạo 154		
Tại tuyến cung cấp dịch vụ, bao gồm cả các tổ chức xã hội?	☑ Yes	No
NẾU CÓ, số lượng người được đào tạo ? Không có số liệu		

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

***NẾU CÓ,* mô tả về các loại hình hoạt động này**
Giám sát hỗ trợ tăng cường cho tuyến tỉnh, hỗ trợ trong việc đánh giá chất lượng số liệu

11. Về tổng thể, trên một thang điểm từ 0 đến 10 (trong đó 0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt) bạn sẽ đánh giá như thế nào về công tác Theo dõi và Đánh giá liên quan đến HIV trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	☑ 9	10

***Từ năm 2011,* những thành quả chính nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**
- Xây dựng được bức tranh tổng thể về tình hình HIV trên cả nước, đánh giá được hiệu quả các chính sách, chiến lược. - Nhận định được tình hình nhiễm HIV, có phân tích theo vùng sinh thái và đối tượng nguy cơ cao. - Tổ chức thành công Hội nghị AIDS toàn quốc nhằm thu thập và chia sẻ các bài học kinh nghiệm về triển khai chương trình phòng chống HIV/AIDS.
Những thách thức nào còn tồn tại:
- Năng lực cán bộ TD&ĐG tại một số nơi còn hạn chế, luân chuyển cán bộ thường xuyên làm cho nhu cầu đào tạo lại tăng cao. - Thiếu kinh phí và nguồn lực cho hoạt động TD&ĐG.

CAM KẾT QUỐC GIA VÀ CÔNG CỤ CHÍNH SÁCH (NCPI)
PHẦN B

[được trả lời bởi đại diện từ các tổ chức xã hội, các tổ chức song phương và các tổ chức LHQ]

I. SỰ THAM GIA CỦA XÃ HỘI[30]

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

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Cách lĩnh vực cần cải tiến:

Một trong những tiến bộ đáng kể trong lĩnh vực tham gia của các tổ chức xã hội vào nỗ lực phòng chống HIV là sự mở rộng của mạng lưới VNP+ và VNPUD, và việc thành lập mạng lưới mạng VNSW và VNMSM-TG. Trong buổi lễ ra mắt mạng lưới này, đại diện của Bộ Lao động Thương binh Xã hội đã tham gia phát biểu ủng hộ.

Vào tháng 9/2013, Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA) phối hợp với Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm và Bộ Y tế tổ chức Hội thảo "Tăng cường sự tham gia và hiệu quả hoạt động của các tổ chức xã hội trong việc thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS". Tham dự hội thảo có đồng chí Nguyễn Xuân Phúc, Ủy viên Bộ Chính trị, Phó Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩaViệt Nam và Lãnh đạo các cơ quan Đảng, Quốc hội, Mặt trận Tổ quốc, và hơn 100 đại diện các nhóm dựa vào cộng đồng của người nhiễm HIV và những người có nguy cơ lây nhiễm cao. Phát biểu chỉ đạo hội thảo: Phó Thủ tướng khẳng định, Chính phủ sẽ quan tâm trong việc tháo gỡ các khó khăn, tạo điều kiện về cơ chế chính sách và xác định các tổ chức xã hội là những đối tác quan trọng đồng hành cùng Chính phủ trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS.

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

Các tổ chức xã hội đã tham gia đóng góp ý kiến cho bản dự thảo Hiến pháp sửa đổi. Đại diện của các tổ chức xã hội đã tham gia đoàn Việt Nam tham dự Hội nghị HIV/AIDS Khu vực Châu Á Thái Bình Dương năm 2013. Đại diện của các tổ chức xã hội có bài phát biểu khai mạc trong phiên toàn thể của Hội nghị Khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ 5 vào 12/2013. Cũng trong Hội nghị này, một hội thảo vệ tinh chuyên đề về tổ chức xã hội đã được tổ chức, thu hút sự quan tâm đông đảo của cộng đồng các tổ chức hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS. VNP+ tiếp tục thực hiện vai trò vận động chính sách, thực hiện các nghiên cứu cung cấp bằng chứng để cải thiện chương trình can thiệp, cũng như vận động mạnh mẽ các điều khoản liên quan đến thuốc ARV được nêu ra Hiệp định thương mại tự do.

VUSTA đã trở thành một thành viên chính thức của Ủy ban quốc gia phòng chống HIV/AIDS. VUSTA đã đưa tiếng nói của các tổ chức xã hội và cộng đồng tới các cơ quan Nhà nước. Đặc biệt, Dự án Quỹ Toàn cầu thành phần VUSTA không những đã thiết lập và mở rộng gói dịch vụ thiết yếu về can thiệp dự phòng HIV, giảm hại nhằm làm giảm tỉ lệ lây nhiễm HIV trong các nhóm chịu thiệt thòi mà còn tạo môi trường thuận lợi cho sự tham gia và tăng cường năng lực cho các tổ chức xã hội tại 10 tỉnh của dự án.

Những thách thức:

Như đã ghi nhận trong báo cáo GARP 2012, phần lớn tổ chức xã hội không đáp ứng các quy định đăng ký tư cách pháp nhân, năng lực hạn chế và thiếu ngân sách từ phía chính phủ là những thách thức còn tồn tại đối với các tổ chức xã hội ở Việt Nam, và những tổ chức xã hội nào có hoạt động thì lại thường phụ thuộc vào nguồn tài chính cuả các nhà tài trợ quốc tế.

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

THẤP					CAO
0	1	☑ 2	3	4	5

Comments and examples

Lập kế hoạch:

Trong giai đoạn báo cáo này, các tổ chức xã hội tiếp tục tham gia trong công tác lập kế hoạch cho chương trình phòng chống HIV/AIDS cấp quốc gia. VUSTA có cơ hội được tham gia vào công tác lập kế hoạch và nhận được nguồn phân bổ ngân sách quốc gia.

Việc tham gia vào công tác lập kế hoạch chỉ được thực hiện tốt ở một số tỉnh/thành phố. Những kế hoạch cấp tỉnh này cũng là nguồn đóng góp cho những kế hoạch quốc gia, vì vậy có thể nói rằng việc đóng góp vào công tác lập kế hoạch ở cấp quốc gia có phần hạn chế.

Kế hoạch ngân sách:

Cũng như báo cáo vòng trước, các tổ chức xã hội chưa được tham gia vào quy trình xây dựng kế hoạch ngân sách quốc gia và địa phương. Tuy nhiên sự tham gia của các tổ chức xã hội trong công tác xây dựng kế hoạch ngân sách của Vòng 9 của Global Fund đã có hiệu quả hơn những năm trước đây.

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

a.Chiến lược quốc gia phòng chống HIV?

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

b.Ngân sách quốc gia cho HIV?

THẤP					CAO
0	☑ 1	2	3	4	5

c. Các báo cáo quốc gia về HIV?

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Mặc dù có sự gia tăng trong mức độ đối thoại của các tổ chức xã hội, song trên thực tế các tổ chức này vẫn chưa được tham gia một cách có hiệu quả vào các hoạt động lập chiến lược, lập kế hoạch ngân sách và các báo cáo.

Chiến lược:

Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2011- 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 được xây dựng vào năm 2011 và được phê duyệt vào tháng 5 năm 2012. Như đã đề cập trong kỳ báo cáo

trước, bản chiến lược này đã bao gồm vai trò của các tổ chức xã hội trong việc cung cấp các dịch vụ, tuy nhiên mới được đề cập một cách chung chung, ví dụ như "điều trị và chăm sóc dựa vào cộng đồng". Một số tổ chức quần chúng, như Hội Phụ nữ và VUSTA, được xác định là đối tác thực hiện. Các tổ chức xã hội đã được nêu cụ thể hơn.

Kế hoạch ngân sách:

Trong giai đoạn 2012-2013, ngân sách nhà nước dành cho chương trình HIV/AIDS đã tăng lên đáng kể, nhưng chỉ có khoản phân bổ trực tiếp rất nhỏ dành cho các tổ chức xã hội. Đa số ngân sách cho tổ chức xã hội được tài trợ bởi các tổ chức quốc tế. Mặc dù chính phủ có thừa nhận vai trò của tổ chức xã hội, song vẫn chưa có cơ chế rót ngân sách cho các tổ chức xã hội.

Báo cáo:

Các báo cáo của Chính phủ đã đề cập tới các hoạt động của tổ chức xã hội. Đặc biệt là Hội nghị Khoa học về HIV/AIDS quốc gia năm nay có phiên họp vệ tinh về tổ chức xã hội nhằm trao đổi về những thành tựu, thách thức cũng như đề ra các giải pháp nâng cao vị trí của các tổ chức xã hội trong thời gian tới.

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

a. Xây dựng kế hoạch TD-ĐG quốc gia?

THẤP					CAO
0	1	☑ 2	3	4	5

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

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

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

THẤP					CAO
0	1	☑ 2	3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Trong giai đoạn báo cáo này, VUSTA đã được tham gia là thành viên của Ban cố vấn và giám sát quốc gia, đại diện cho các tổ chức xã hội tham gia các hoạt động TD-ĐG chương trình HIV/AIDS quốc gia.

Trong năm 2012-2013, hai khóa tập huấn về TD-ĐG do Bộ Y tế phối hợp với UNAIDS đã được tổ chức để nâng cao năng lực cho các tổ chức tự lực của người nhiễm HIV và các nhóm có hành vi nguy cơ cao. Khung giám sát và đánh giá cũng đã bổ sung thành phần tổ chức xã hội, tuy nhiên việc áp dụng vẫn còn hạn chế.

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

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

Sự tham gia của các tổ chức xã hội vào Nhóm kỹ thuật theo dõi và đánh giá quốc gia còn nhiều hạn chế. Nhóm kỹ thuật rất hoan nghênh sự tham gia của các tổ chức xã hội, song do sự hạn chế về năng lực kỹ thuật trong lĩnh vực giám sát và đánh giá khiến họ khó có thể tham gia nhiều. Vì thế, cần củng cố năng lực của họ và đảm bảo rằng các tổ chức xã hội ý thức được vai trò của mình và những đóng góp họ có thể mang lại cho các hoạt động TD- ĐG quốc gia.

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

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

THẤP					CAO
0	1	2	3	☑ 4	5

Nhận xét và ví dụ:

Sự có mặt và đại diện của mạng lưới có vai trò trong phòng chống HIV/AIDS, đưa ra tiếng nói riêng của cộng đồng, góp phần cùng chính phủ sửa đổi các văn bản pháp quy như

- Luật Xử phạt vi phạm hành chính và văn bản hướng dẫn thi hành, nghị định về đưa người nghiện ma túy vào cơ sở bắt buộc phải có hồ sơ đưa tòa án, có tiến trình thi hành án cụ thể.
- Nghị định 110/2013/NĐ-CP ngày 24/09/2013 sửa đổi không quy định xử phạt hôn nhân đồng tính nữa.
- Vai trò của các tổ chức xã hội rất lớn trong việc vận động cho quyền tình dục và quyền được chăm sóc sức khỏe.

Sự đại diện của người nhiễm HIV đã và đang được cải thiện vững chắc. Mạng lưới quốc gia VNP+ và VNPUD đang ngày một có tiếng nói và tầm ảnh hưởng nhất định. Mạng lưới VNMSM-TG và VNSW được thành lập mới trong giai đoạn này đã tích cực tham gia vào công cuộc phòng chống HIV. Trong 2 năm 2012-2013, các nhóm LGBT/MSM đã tổ chức các buổi lễ, sự kiện kêu gọi ủng hộ hôn nhân đồng giới, kêu gọi xã hội không kỳ thị phân biệt với cộng đồng này. Tuy nhiên dự thảo Luật hôn nhân vẫn chưa công nhân hôn nhân đồng giới, do đó cần có thêm thời gian để tiếp tục vận động. Tuy nhiên tiếng nói của họ còn nhiều hạn chế.

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

Trong hai năm tới, cần mở rộng và nâng cao năng lực cho các mạng lưới VNPUD, VNSW, VNMSM-TG để họ đóng góp nhiều hơn nữa vào mục tiêu 3 KHÔNG toàn cầu.

6. Các tổ chức xã hội có thể tiếp cận ở mức độ nào (với thang điểm từ 0 "Thấp" đến 5 "Cao") với:

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

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

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

THẤP					CAO
0	1	2	☑ 3	4	5

Nhận xét và ví dụ:

Hỗ trợ tài chính:

Đa số nguồn ngân sách đến từ các nhà tài trợ, chủ yếu là PEPFAR, Qũy toàn cầu. Tuy nhiên, ngân sách từ nhà tài trợ quốc tế đang giảm rõ rệt và vì vậy, việc các tổ chức xã hội tiếp cận với các nguồn quỹ càng trở nên khó khăn hơn. Đã xuất hiện việc một số nhóm tự lực tại cộng đồng chấm dứt hoạt động và các địa phương chưa có ngân sách để tiếp tục sử dụng nguồn lực cộng đồng đã được các dự án viện trợ đào tạo này.

Như ở kỳ báo cáo trước, vẫn không có sự phân bổ các nguồn ngân sách chính phủ cho các tổ chức xã hội vì luật ngân sách không cho phép điều này.

Khu vực tư nhân mới chỉ tham gia rất ít, và cần có thêm những nỗ lực trong việc khuyến khích khu vực tư nhân cung cấp kinh phí và các nguồn lực khác.

Hỗ trợ kỹ thuật:

Hỗ trợ kỹ thuật cho việc nâng cao năng lực tổ chức là rất hạn chế do nguồn kinh phí cho các hoạt động này ngày càng giảm.

7. Khoảng bao nhiêu phần trăm các chương trình/dịch vụ dưới đây là do Các tổ chức xã hội thực hiện?

Dự phòng cho các nhóm đích chính				
Người sống với HIV	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Nam quan hệ tình dục đồng giới	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Người tiêm chích ma túy	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Người mại dâm	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Người chuyển giới	<25%	☑ 25-50%	51-75%	>75%
Chăm sóc giảm nhẹ	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Xét nghiệm và tư vấn	☑ <25%	25-50%	51-75%	>75%
Biết quyền của mình/Hỗ trợ pháp lý	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Các dịch vụ lâm sàng (ART/OI)*	☑ <25%	25-50%	51-75%	>75%

Chăm sóc tại nhà	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%
Các chương trình OVC**	<25%	25-50%	☑ 51-75%	>75%

*ART = Liệu pháp kháng vi-rút; OI=Nhiễm trùng cơ hội
**OVC = Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương

8. Nhìn chung, với thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực nhằm tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

***Since 2011,* what have been key achievements in this area:**

- Các cơ quan chính phủ đã có sự thừa nhận rõ ràng hơn đối với các tổ chức xã hội trong lĩnh vực ứng phó với HIV. Đại diện chính phủ tham gia một số hội thảo của các tổ chức xã hội và ghi nhận sự đóng góp của các tổ chức xã hội trong công tác phòng chống HIV/AIDS.
- Các tổ chức xã hội cũng có tiếng nói mạnh mẽ hơn, thể hiện qua việc góp phần sửa đổi một số chính sách hỗ trợ trẻ OVC (Nghị định 136/2013/NĐ-CP có hiệu lực từ 01/01/2014 thay thế Nghị định 67/2007/NĐ-CP và 13/2010/NĐ-CP) thay đổi tích cực, tăng mức trợ cấp cho trẻ và bổ sung mức trợ cấp cho người chăm sóc trẻ. Sửa đổi yêu cầu thông báo rộng rãi về trẻ nhiễm HIV được nhận trợ cấp sang việc bảo mật thông tin trong Hội đồng xét duyệt mà không cần công bố nữa.
- Có sự mở rộng các mạng lưới và độ bao phủ, đặc biệt là mạng lưới VNMSM-TG và VNSW. VNP+ và VNPUD đang được củng cố và phát triển. Năng lực và mức độ kết nối của các nhóm này đã được cải thiện.
- Dự án Quỹ toàn cầu thành phần VUSTA đã góp phần nâng cao năng lực và vai trò của các tổ chức xã hội dân sự khi giai đoạn 2 bắt đầu được triển khai.
- Thêm một số tổ chức xã hội có tư cách pháp nhân, và một số lượng nhỏ các tổ chức phi chính phủ địa phương cho thấy sự gia tăng về năng lực trong lĩnh vực xúc tiến chính sách quốc gia, lãnh đạo chuyên môn và thực hiện.
- Sự thừa nhận và/hoặc sự phân bổ nguồn lực mà các cơ quan quản lý và cơ quan hữu trách trong lĩnh vực phòng chống AIDS dành cho các nhóm tự lực ở một số tỉnh.
- Những nỗ lực to lớn để tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội và cộng đồng quốc tế.

- Đại diện các tổ chức xã hội tham gia Hội nghị HIV/AIDS khu vực Châu Á Thái Bình Dương và Hội nghị phòng chống HIV/AIDS quốc gia 2013.
- Các tổ chức tôn giáo tham gia mạng lưới các tổ chức tôn giáo khu vực châu Á Thái Bình Dương trong lĩnh vực phòng chống AIDS

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

- Mặc dù có những tiến bộ nhất định, song vẫn chưa có sự thay đổi đáng kể so với giai đoạn báo cáo trước, và những thách thức cũng như hạn chế vẫn còn tồn tại và các tổ chức xã hội vẫn không thể tham gia một cách đầy đủ:
- Các tổ chức xã hội chỉ tham gia được 1 phần trong việc cung cấp dịch vụ, ví dụ: tư vấn và chuyển gửi cho khách hàng VCT, tư vấn tuân thủ điều trị ARV…
- Vẫn không có sự phân bổ ngân sách mà chính phủ dành cho các tổ chức xã hội, và chính phủ vẫn chưa nhìn nhận các tổ chức xã hội là một đối tác trong việc lập kế hoạch, lên ngân sách hoặc thực hiện các hoạt động trong lĩnh vực HIV.
- Khung pháp lý hiện hành chưa có quy định cụ thể trong việc đăng ký tư cách pháp nhân phù hợp cho các nhóm người này là những rào cản quan trọng đối với sự tham gia của các tổ chức xã hội.
- Năng lực của các tổ chức xã hội trong lĩnh vực phát triển tổ chức, quản lý tài chính và quản lý chương trình, cũng như trong lĩnh vực theo dõi và đánh giá còn nhiều hạn chế, cần phải được nâng cao.
- Đa số sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật dành cho các tổ chức xã hội đến từ các nhà tài trợ quốc tế mà nguồn kinh phí này hiện đang giảm.

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

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

☑ Có	Không

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

Trong năm 2012- 2013, các tổ chức xã hội đã tham gia vào việc đóng góp ý kiến và xây dựng:

- Luật Xử phạt vi phạm hành chính thay đổi, theo đó Luật quy định việc đưa người nghiện ma túy vào cơ sở cai nghiện bắt buộc sẽ phải do Tòa án nhân dân cấp huyện xét xử và quyết định. Người bị áp dụng điều luật này có quyền được biết về những chứng cứ chống lại họ và có quyền mời người đại diện pháp lý; thẩm phán là người quyết định cuối cùng. Luật cũng chấm dứt việc đưa phụ nữ bán dâm vào các trung tâm GD-LĐ-XH bắt buộc. Luật tạo hành lang pháp lý cho việc chuyển đổi cách tiếp cận mang tính trừng phạt sang can thiệp giảm thiểu tác hại dựa vào cộng đồng.
- Nghị định 96/2012/NĐ-CP về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone (MMT) được phê duyệt vào tháng 11/2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị Methadone.
- Chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, theo đó chính phủ sẽ tăng cường việc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, bổ sung thuốc ARV trong danh mục bảo hiểm y tế, huy động và nâng cao năng lực cho các tổ chức cộng đồng.
- Nghị định 136/2013/NĐ-CP về bảo trợ xã hội
- Dự thảo Luật hôn nhân và gia đình
- Khung theo dõi đánh giá quốc gia chương trình phòng, chống HIV/AIDS

Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều cơ hội dành cho việc đối thoại, trao đổi công khai với những cơ quan chính phủ hữu quan, các nhà chức trách vẫn chưa thực sự quan tâm, tạo cơ hội cho tổ chức xã hội đóng góp các ý kiến một cách thường xuyên của những người nhiễm HIV và các nhóm dễ bị tổn thương. Sự tham gia của người nhiễm HIV vào các quy trình tư vấn trong việc xây dựng chiến lược và chính sách còn hạn chế, thường chỉ thể hiện ở cấp tỉnh và cấp huyện.

III. NHÂN QUYỀN

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

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

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

☑ Có	Không

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

Năm 2013, Quốc hội mới thông qua bản Hiến pháp có hiệu lực từ ngày 01/1/2014. Bản Hiến pháp này sửa đổi và thay thế bản Hiến pháp nước Cộng hòa XHCN Việt Nam năm 1992, Bản hiến pháp này có chương về quyền và nghĩa vụ của công dân và có điều khoản quy định rằng mọi công dân đều có quyền bình đẳng mà không có sự phân biệt đối xử.

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

- Nghị định 108/2008/NĐ-CP: cho phép thực hiện các hoạt động can thiệp giảm tác hại bao gồm cung cấp bơm kim tiêm, bao cao su và điều trị thay thế nghiện thuốc phiện. Các nhóm quần thể sau đây là đối tượng thụ hưởng can thiệp theo Nghị định: người hoạt động mại dâm và khách hàng, người sử dụng ma túy, người sống với HIV, người đồng tính, dân di cư và di biến động, bạn tình của tất cả những quần thể này.

- Luật về người khuyết tật số 51/2010/QH12 - Điều 14: cấm các hoạt động trong đó có hoạt động kỳ thị và phân biệt đối xử chống lại người khuyết tật

- Bộ Luật lao động 10/2012/QH13, tất cả mọi người đều có quyền được làm việc, được chọn lựa một công việc, nghề nghiệp và khóa đào tạo nghề mà không bị phân biệt đối xử về giới tính, chủng tộc, địa vị xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo.

- Luật Phòng chống bạo lực gia đình số 02/2007/QH12 cấm các hành động bạo lực gia đình dưới mọi hình thức, bảo vệ và hỗ trợ cho các nạn nhân.

- Điều 4, Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em số 25/2004/QH11, quy định trẻ em được bảo vệ, chăm sóc, giáo dục và được hưởng các quyền theo luật, bất kể giới tính, tính hợp pháp, được nhận nuôi hay không, chủng tộc, tín ngưỡng, tôn giáo, địa vị xã hội, hoặc ý kiến của cha mẹ hoặc người giám hộ.

- Nghị định 176/2013/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, trong đó quy định các biện pháp xử phạt hành chính những người phân biệt đối xử với người nhiễm HIV hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV tại trường học, nơi làm việc và các cơ sở y tế.

- Luật Bình đẳng giới số 73/2006/QH11 -điều 10 - ngày 29/11/2006 của kỳ họp thứ 10 Quốc hội khóa 11: nghiêm cấm các hoạt động bao gồm việc phân biệt đối xử liên quan đến giới tính trong mọi hoàn cảnh.

- Theo Luật bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của người dân ngày 11/7/1989, người dân có quyền được chăm sóc sức khỏe khi đau ốm. Trong trường hợp khẩn cấp, người dân được quyền tìm đến bất cứ một cơ sở y tế nào và mọi cơ sở y tế đều phải tiếp nhận bệnh nhân và điều trị cho bệnh nhân trong mọi trường hợp. Nghị định 96/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về những quy định đối với quyền của tù nhân được điều trị HIV.

- Trong các quy định của các bộ Luật có các điều về chống phân biệt kỳ thị đối với một số quần thể vẫn còn một số kẽ hở cần ghi nhận. Có những quy định về việc phòng chống HIV dành cho công nhân di biến động làm việc tại các doanh nghiệp, tuy nhiên chưa có quy định về việc chống phân biệt đối xử và bảo vệ nhóm người lao động di biến động tự do. Hơn nữa, người chuyển giới là một thuật ngữ không được nêu trong bất kỳ quy định nào, và không hề có bất kỳ chính sách nào liên quan đến việc bảo vệ người chuyển giới.

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

Quy theo quy định sau khi các bộ luật được ban hành, sau 6 tháng các quy định của luật có hiệu lực, một số điều của luật cần phải ban hành hướng dẫn chi thiết để thực thi sẽ được quy định cụ thể cấp và cơ quan ban hành, do đó các cơ quan được giao xây dựng hướng dẫn văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn các điều khoản của Luật phải triển khai xây dựng sau khi Luật được ban hành, hình thức và quy trình thực hiện đảm bảo theo quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật được Quốc hội thông qua ngày 03/6/2004. Ngoài ra Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật cũng quy định áp dụng các văn bản quy phạm pháp luật tại điều 83 như sau:

1. Văn bản quy phạm pháp luật được áp dụng từ thời điểm bắt đầu có hiệu lực.

Văn bản quy phạm pháp luật được áp dụng đối với hành vi xảy ra tại thời điểm mà văn bản đó đang có hiệu lực. Trong trường hợp văn bản có hiệu lực trở về trước thì áp dụng theo quy định đó.

2. Trong trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật có quy định khác nhau về cùng một vấn đề thì áp dụng văn bản có hiệu lực pháp lý cao hơn.

3. Trong trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật do cùng một cơ quan ban hành mà có quy định khác nhau về cùng một vấn đề thì áp dụng quy định của văn bản được ban hành sau.

4. Trong trường hợp văn bản quy phạm pháp luật mới không quy định trách nhiệm pháp lý hoặc quy định trách nhiệm pháp lý nhẹ hơn đối với hành vi xảy ra trước ngày văn bản có hiệu lực thì áp dụng văn bản mới.

Tuy nhiên trong quá trình xây dựng các Văn bản dưới luật thường chậm trễ trong việc ban hành nghị định, thông tư thường phải mất từ 6 tháng tới 1 năm. Ngoài ra một số điều quy định đôi khi rất khó thực hiện, ví dụ Nghị 176/2013/NĐ-CP về xử lý vi phạm hành chính, trong đó người có hành vi phân biệt đối xử với người nhiễm HIV sẽ bị phạt tiền, tuy nhiên tính khả thi tổ chức thực hiện được các quy định không cao. Nghị định 108/2008/NĐ-CP đề cập đếncác biện pháp can thiệp dành cho nam tình dục đồng giới và các biện pháp giảm tác hại cho người TCMT, như việc phân phát bơm kim tiêm. Tuy nhiên, việc thực thi Nghị định này đã bị hạn chế ở một số tỉnh hay một số ngành và mức độ biến động tùy thuộc vào cấp độ ngân sách. Có tình trạng nhận thức hạn chế về Nghị định 176/2013/NĐ-CP (về xử phạt hành chính với người phân biệt đối xử người nhiễm HIV) trong dân, cấp xã phường, hoặc, cơ sở y tế và doanh nghiệp, khiến nghị định không được thực hiện hiệu quả.

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

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

Nhận xét ngắn gọn về mức độ thực thi của luật:
Về cơ bản các điều khoản của luật đều được thực thi bởi các cơ quan nhà nước, mọi người dân đều phải tuân thủ và thực hiện theo hiến pháp và pháp luật, tuy nhiên có sự chậm trễ trong việc ban hành nghị định và phổ biến luật cho các cơ quan thực thi luật và công chúng. Nhận thức chung của các cơ quan thực thi luật về những luật liên quan và cơ chế thực thi luật còn hạn chế do người thực thi luật chưa nhận thức đầy đủ các văn bản dưới luật có lien quan. Những cơ chế tổng thể cho việc giám sát thực thi luật còn hạn chế với phần lớn vấn đề liên quan đến việc thừa nhận luật còn chưa được nghiêm túc, và cơ chế tổng thế giám sát việc thực thi luật còn hạn chế.

2. Nước bạn có luật, quy định, hay chính sách nào gây cản trở[31] đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ hiệu quả cho các nhóm quần thể chính và các nhóm dễ bị tổn thương khác không?

☑ Có	Không

2.1. NẾU CÓ, cho nhóm nào?

CÁC NHÓM ĐÍCH CHÍNH và CÁC NHÓM DỄ BỊ TỔN THƯƠNG		
Người sống với HIV	Có	☑ Không
Người quan hệ tình dục đồng giới nam	Có	☑ Không
Người di cư/nhóm dân di biến động	☑ Có	Không
Trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương	Có	☑ Không
Người khuyết tật	Có	☑ Không
Người tiêm chích ma túy	☑ Có	Không
Phạm nhân	☑ Có	Không
Người bán dâm	☑ Có	Không
Người chuyển giới	Có	☑ Không

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

Phụ nữ và trẻ em gái	Có	☑ Không
Nam/nữ thanh niên	Có	☑ Không
Các nhóm dễ bị tổn thương khác[32] [nêu rõ]:	Có	☑ Không
Tại các cơ sở cai nghiện, NCMT sống tập chung nên khó tiếp cận điều trị		

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

- Vì việc thường trú tại một quận/huyện nào đó có trung tâm điều trị là một trong những tiêu chí để được xét vào diện hưởng chương trình điều trị duy trì thí điểm quốc gia bằng methadone, nên những người di cư và không có hộ khẩu thường trú thường khó được tiếp cận với những dịch vụ này.

Nhận xét vắt tắt về mức độ cản trở:

- Theo Luật phòng chống tệ nạn xã hội, hoạt động mại dâm và sử dụng ma túy được xếp vào diện tệ nạn xã hội. Sự kỳ thị và phân biệt đi kèm theo đó gây với cản trở người sử dụng ma túy và hoạt động mại dâm trong việc tiếp cận với dịch vụ điều trị ma túy, giảm nhẹ tác hại và các dịch vụ xã hội khác. Việc lo sợ bị giam giữ cũng là một trở ngại.
- Việc tiếp cận với dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc (đặc biệt là các biện pháp can thiệp giảm nhẹ tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và việc điều trị thay thế ma túy) vẫn còn hạn chế trong các trại giam.
- Người di cư và các quần thể biến động tiếp tục gặp khó khăn trong việc tiếp cận với dịch vụ điều trị và chăm sóc do đặc điểm biến động của họ, số giờ làm việc dài, địa điểm làm việc và việc thiếu giấy tờ thường trú chính thức. Mặc dù đây không phải là chính sách chính thức, song đã có những báo cáo của người nhiễm HIV về việc phải xuất trình chứng minh nhân dân và sổ hộ khẩu trước khi được tiếp cận với dịch vụ điều trị và nhiều người nhiễm HIV vẫn lầm tưởng đây là một chính sách chính thức.

  Ngoài ra, ngân sách và các dịch vụ cấp tỉnh/thành phố được hoạch định theo hướng sử dụng cơ chế sổ hộ khẩu. Vì vậy, người di cư và các nhóm quần thể biến động thường không được đưa vào các kế hoạch về HIV của địa phương và/hoặc có thể cần phải trả thêm nhiều tiền để được hưởng dịch vụ.

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

☑ Có	Không

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

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

Trong năm 2013, Nghị định 167/2013/NĐ-CP được ban hành qui định việc xử phạt vi phạm hành chính, bao gồm các vi phạm liên quan đến bạo lực gia đình.

Như đã báo cáo trong giai đoạn trước:

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

Luật chống buôn người trái phép 66/2011/QH12 và những quy định về ngăn ngừa hoạt động buôn người xuyên biên giới nhấn mạnh đến việc bảo vệ những phụ nữ nhiễm HIV.

Ngày 12/11/2013, Nghị định 167/2013/NĐ-CP được ban hành qui định việc xử phạt vi phạm hành chính, trong đó có các điều 49, 50, 51 và 52 xử phạt các hành vi xâm hại sức khỏe; hành hạ, ngược đãi; xúc phạm danh dự, nhân phẩm; cô lập, xua đuổi hoặc gây áp lực với thành viên trong gia đình.

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

☑ Có	Không

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

Như đã báo cáo trong kỳ trước, Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030 đã đề cập rõ ràng rằng quyền con người cần được bảo đảm; cần đấu tranh loại bỏ tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử; trách nhiệm của gia đình và xã hội trong việc chăm sóc người sống với HIV cần tăng lên; cần đảm bảo bình đẳng trong điều trị và chăm sóc người sống với HIV; đảm bảo bình đẳng giới; chăm sóc trẻ em và các nhóm dễ bị tổn thương cũng như các nhóm dân tộc thiểu số và người sống tại các vùng xa xôi hẻo lánh. Theo điều 4 của Luật phòng chống HIV, người sống với HIV có quyền sống trong cộng đồng và xã hội, được điều trị y tế, chăm sóc, học hành và làm việc; được giữ bí mật tình trạng HIV; được từ chối xét nghiệm y tế và điều trị cho bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối và các quyền khác quy định trong Luật phòng chống HIV và các luật có liên quan khác.

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

☑ Có	Không

***NẾU CÓ,* hãy mô tả vắn tắt cơ chế này:**
Như đã báo cáo trong kỳ trước: - Nghị định 07/2007/NĐ-CP có hướng dẫn về thực thi luật hỗ trợ pháp lý, điều 3 nhấn mạnh rằng người nhiễm HIV có đủ điều kiện được hưởng dịch vụ hỗ trợ pháp lý miễn phí. - Theo Nghị định 176/2013/NĐ-CP về các biện pháp xử phạt hành chính đối với việc vi phạm trong lĩnh vực y tế, các hình phạt có thể được áp dụng nếu có sự vi phạm đối với những quy định trong Luật phòng chống HIV/AIDS. - Trung tâm hỗ trợ pháp lý của Sở tư pháp cũng thực hiện dịch vụ hỗ trợ pháp lý miễn phí cho người nhiễm HIV.

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

	Cung cấp miễn phí cho toàn dân		**Cung cấp miễn phí cho một số người trong nước**		**Có cung cấp nhưng phải trả phí**	
Điều trị kháng vi-rút	Có	Không	☑ Có	Không	Có	Không
Các dịch vụ dự phòng HIV[33]	Có	Không	☑ Có	Không	Có	Không
Can thiệp về chăm sóc và hỗ trợ HIV	Có	Không	☑ Có	Không	Có	Không

Tùy từng trường hợp áp dụng, nhóm dân nào được xác định cần được ưu tiên và cho dịch vụ nào?
Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định rằng nhà nước cần cung cấp ARV miễn phí cho những đối tượng sau: "người bị phơi nhiễm hoặc nhiễm HIV do nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do điều trị y tế, phụ nữ mang thai nhiễm HIV và trẻ em nhiễm HIV dưới 6 tuổi sẽ được nhà nước cung cấp thuốc ARV miễn phí". Luật cũng nói rằng ARV của chính phủ và nhà tài trợ cần được ưu tiên cung cấp cho những người này khi họ cùng điều trị với những người nhiễm HIV khác. Điều này có nghĩa rằng một số người nhiễm HIV vẫn phải trả cho chi phí điều trị khi không có nguồn kinh phí hỗ trợ.

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

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

Hiện đang có bàn thảo về việc tự sản xuất ARV trong nước, chi trả qua bảo hiểm y tế để giải quyết tình trạng thiếu hụt tài chính trong tương lai.

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

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

☑ Có	Không

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

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

Chiến lược Quốc gia về quan điểm chỉ đạo của Chính phủ quy định rõ đảm bảo công bằng trong công tác phòng, chống HIV/AIDS.

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

☑ Có	Không

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

Theo Luật phòng chống HIV/AIDS, các nhóm có hành vi nguy cơ cao được ưu tiên xét duyệt trong việc tiếp cận với dịch vụ thông tin, giáo dục và truyền thông (IEC) về phòng chống HIV (Điều 11); và các biện pháp can thiệp giảm nhẹ tác hại (Điều 21). Tuy nhiên, Luật phòng chống HIV/AIDS không quy định rõ các biện pháp tiếp cận mục tiêu dành cho những quần thể chính có nguy cơ cao hơn: nam tình dục đồng giới, nữ tiêm chích ma túy, tù nhân, những người bị giam giữ hành chính, người di cư và dân cư di biến động.

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

Quyết định 96/2007/CP ngày 28/6/2007 về việc quản lý, chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV và phòng lây nhiễm HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, tại giam, trại tạm giam được tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc trong những môi trường này. Tuy nhiên, việc tiếp cận với các dịch vụ dự phòng HIV, điều trị và chăm sóc (đặc biệt là các biện pháp giảm nhẹ tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm và điều trị thay thế ma túy) về cơ bản là không có trong các trại giam. Dịch vụ ART tại các trại giam đang được từng bước cải thiện.

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

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

☑ Có	Không

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

As reported previously, the Law on HIV and Decree 108 contain provisions that HIV tests are not required for recruitment, with the exception of the recruitment of pilots and a number of special careers in national security and defence (under Article 20 of Decree 108). However, in practice there are instances where HIV screening does occur.

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

a. Có các thể chế độc lập của quốc gia cho việc thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền, bao gồm Uỷ ban nhân quyền, Uỷ ban cải cách pháp luật, các tổ chức theo dõi, giám sát và những người làm công tác giám sát mà có xem xét các vấn đề liên quan đến HIV trong công việc của họ	Có	☑ Không
b. Có các chỉ số hoặc dấu mốc để đánh giá việc tuân thủ các chuẩn mực về nhân quyền trong lĩnh vực HIV	Có	☑ Không

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

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

a. Chương trình giáo dục, nâng cao nhận thức cho người sống với HIV và các nhóm quần thể chính về quyền lợi của họ (liên quan đến HIV)?[34]	☑ Có	Không
b. Chương trình cho các thành viên của tòa án và cơ quan hành pháp[35] ***về HIV và nhân quyền mà họ có thể gặp phải trong quá trình tác nghiệp?***	☑ Có	Không

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

a. Hệ thống hỗ trợ pháp lý cho các trường hợp liên quan đến HIV	☑ Có	Không
b. hãng luật tư nhân hay trung tâm của các trường đại học cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giá rẻ cho người sống với HIV	☑ Có	Không
13. Có các chương trình đã triển khai nhằm giảm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV không?	☑ Có	Không

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

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

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

14. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá thế nào về các chính sách, điều luật và quy định đang triển khai để thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền liên quan đến HIV trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

***Từ năm 2011,* có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**

Có một số luật và chính sách mới được thông qua về các vấn đề quyền con người liên quan đến HIV và các điều luật hiện hành đang được bổ sung và sửa đổi, bao gồm: Luật Xử phạt vi phạm hành chính, Nghị định 96/2012/NĐ-CP về Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone (MMT), Chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng chống HIV/AIDS, Nghị định 136/2013/NĐ-CP về bảo trợ xã hội, Khung theo dõi đánh giá quốc gia chương trình phòng, chống HIV/AIDS, Nghị định 110/2013/NĐ-CP ngày 24/09/2013.

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

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

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

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

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

Nghị định 45/2010/ND-CP ngày 21/4/2010 về việc thành lập hội đang cản trở việc thành lập hội của các nhóm dễ bị tổn thương, vì một nhóm không thể đăng ký thành lập với cùng tên và với lĩnh vực hoạt động chính trùng với của Hội đã được thành lập từ trước. Vì Hội HIV/AIDS đã được thành lập nên không một nhóm tự lực nào của người nhiễm HIV có thể đăng ký thành lập.

15. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chính sách, điều luật và quy định về quyền con người trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	☑ 6	7	8	9	10

***Từ năm 2011,* có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**

Luật Xử phạt vi phạm hành chính được ban hành và áp dụng, theo đó người lao động tình dục không còn bị đưa đi cải tạo bắt buộc. Khách hàng điều trị MMT được tiếp cận tốt hơn, khi Nghị định 96/2012/NĐ-CP được ban hành và áp dụng. Các tổ chức xã hội đã có nhận thức cao hơn về luật nói chung và quyền con người nói riêng so với giai đoạn báo cáo trước đây. Các nỗ lực nhằm giảm tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử trong các trường học và hệ thống y tế đã được cải thiện.

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

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

IV. DỰ PHÒNG

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

☑ Có	Không

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

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

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

***NẾU CÓ,* nhu cầu cụ thể là gì?**

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

Các hoạt động dự phòng HIV	Phần lớn những người có nhu cầu đều có thể tiếp cận…				
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
An toàn truyền máu	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Đẩy mạnh việc sử dụng bao cao su	1	2	3	☑ 4	Không áp dụng
Giảm tác hại cho người tiêm chích ma túy	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV cho thanh thiếu niên ngoài nhà trường	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Dự phòng HIV tại nơi làm việc	☑ 1	2	3	4	Không áp dụng
Tư vấn và xét nghiệm HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
IEC[36] về giảm nguy cơ	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
IEC về giảm kỳ thị và phân biệt đối xử	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
	1			4	Không áp dụng
Dự phòng cho người sống với HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng

[39] IEC: information, education, communication

Dịch vụ sức khỏe sinh sản bao gồm dự phòng và điều trị các nhiễm khuẩn qua đường tình dục	1	☑ 2	3	☑ 4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho bạn tình của bất cứ nhóm nào trong ba nhóm đích chính	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho nam tình dục đồng giới	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giảm nguy cơ cho người hoạt động mại dâm	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Giáo dục về HIV trong nhà trường cho thanh thiếu niên	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Khác *[nêu rõ]:* Dự phòng cho nhóm di biến động	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng

2. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chương trình dự phòng trong năm 2013?

Rất kém										**Rất tốt**
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

***Từ năm 2011,* có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**

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

- Các chương trình dự phòng dành cho nhóm có nguy cơ cao, đặc biệt là cho nhóm nam tình dục đồng giới đã được đưa vào *Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn tới năm 2030.*
- Bộ Công an, Bộ Quốc phòng, Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Xây dựng, Bộ Giáo dục Đào tạo, Bộ Giao thông, Bộ VH-TT-DL, Bộ Nông nghiệp và PTNT, Bộ Tư pháp, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức xã hội đã triển khai tích cực các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi dự phòng HIV cho các nhóm có nguy cơ cao, nhóm di biến động, người dân tộc thiểu số, người di cư, thanh thiếu niên, phạm nhân.
- Mở rộng độ bao phủ các chương trình phân phát trao đổi bơm kim tiêm, 100% bao cao su và dự phòng HIV cho nhóm MSM. Trong năm 2013 49 tỉnh thành triển khai hoạt động tiếp cận cộng đồng cho nhóm NCMT và PNBD, 60 tỉnh triển khai chương trình phân phát trao đổi bơm kim tiêm và tất cả các tỉnh thành đã triển khai chương trình phân phát bao cao su.

- Thông tư 29/2013/TTLT-BYT-BVHTTDL-BCA-BLĐTBXH hướng dẫn thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bằng bao cao su tại cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú.

- Bộ VH-TT-DL đã xây dựng kế hoạch hành động cho chương trình bao cao su dự phòng HIV và STI trong các cơ sở du lịch và khách sạn giai đoạn 2010-2012. Bộ sẽ phối hợp với các cơ quan liên quan xây dựng thông tư về việc cung cấp bao cao su tại các cơs ở giải trí và khách sạn.

- Các chương trình điều trị bằng methadone đã được mở rộng đến 30 tỉnh/thành phố trong cả nước với 80 điểm điều trị cho 15.542 bệnh nhân. Đã có 5 công ty được Bộ Y tế cấp phép sản xuất Methadone.

- Hai năm trở lại đây dự án QTC có can thiệp nhiều hơn cho nhóm bạn tình ma túy, các cặp đôi khác nhau về tình trạng nhiễm HIV và bạn tình MSM.

- Mạng lưới người nhiễm HIV, người tiêm chích ma túy, người lao động tình dục và nam tình dục đồng giới đã được công nhận và các mạng lưới này được huy động tham gia tích cực hơn vào công tác ứng phó HIV.

- Tỷ lệ mới nhiễm trong nhóm đối tượng người tiêm chích ma túy đã giảm liên tục và tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm đối tượng hoạt động mại dâm được giữ ở mức thấp. Điều này cho thấy một mức độ thành công nhất định trong các chương trình dự phòng.

- Việc tiếp cận với bao cao su dễ dàng hơn, khách hàng đã chủ động mua bao cao su. Tuy nhiên bao cao su phát miễn phí ngày càng giảm và dần thay thế bởi bao su bán trợ giá thông qua chương trình tiếp cận xã hội về bao cao su.

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

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

- Mặc dù các mô hình mở rộng (dự phòng cho 3 nhóm đối tượng chính, PLTMC…) nhưng chất lượng giảm do cắt giảm kinh phí. Chất lượng tư vấn sau xét nghiệm còn kém.

- Mặc dù đã có sự mở rộng hoạt động giảm tác hại và nhận thức tăng lên về việc những người sử dụng ma túy cũng cần được chăm sóc y tế, các dịch vụ vẫn rất hạn chế và người TCMT không dám tiếp cận dịch vụ vì sợ bị đưa vào tập trung trong các trung tâm 06. Nhiều phòng điều trị MMT bị quá tải do nhu cầu điều trị cao hơn khả năng đáp ứng. Rất khó để đạt được chỉ tiêu điều trị MMT cho 80.000 bệnh nhân vào năm 2015. Xuất hiện xu hướng mới trong nhóm NCMT: sử dụng ma túy tổng hợp và quan hệ tình dục bầy đàn dẫn tới tăng nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục.

- Mặc dù đã có tiến bộ trong công tác ứng phó dành cho nhóm MSM, song tỷ lệ mới nhiễm trong nhóm này lại rất đáng lo ngại. Thách thức còn tồn tại ở việc tiếp cận các dịch vụ dự phòng, đặc biệt là với các MSM sống tại khu vực nông thôn.
- Dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tại các tỉnh khác nhau về độ sẵn có và chất lượng, dịch vụ này có rất ít ở các khu vực nông thôn. Nói chung, dịch vụ tư vấn thường có chất lượng thấp.
- Chưa quan tâm đúng mức với nhóm thanh thiếu niên ngoài nhà trường là nhóm dễ có hành vi nguy cơ cao
- PLTMC ở phụ nữ dân tộc thiểu số còn hạn chế do hiểu biết của phụ nữ dân tộc thiểu số hạn chế.
- Không quản lý và theo dõi được công tác dự phòng trong nhóm di biến động.

Công tác truyên thông giáo dục cho việc giảm nguy cơ hầu hết mang định hướng dự án, chỉ nhằm vào một số nhóm nguy cơ cao nhất chứ không hướng tới tất cả mọi đối tượng có nhu cầu

- Vẫn thiếu sự lồng ghép các dịch vụ sức khỏe sinh sản/ nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và dịch vụ về HIV.
- Có sự khác biệt đáng kể trong cả nước về các chương trình dự phòng HIV; các tỉnh được nhiều tài trợ hơn có chất lượng dịch vụ tốt hơn.
- Có tình trạng phụ thuộc đáng kể vào hỗ trợ của các nhà tài trợ quốc tế, như vậy tính bền vững của các hoạt động dự phòng HIV là một vấn đề đáng lưu tâm.

V. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC, HỖ TrỢ

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

☑ Có	Không

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

Sự hỗ trợ dành cho nhóm người nhiễm HIV bao gồm: hỗ trợ tâm lý, hỗ trợ pháp lý và xã hội, hỗ trợ đăng ký OPC, các hoạt động giảm tình trạng kỳ thị và phân biệt, phát triển kinh tế: cho vay vốn, tạo việc làm; họp nhóm về nâng cao năng lực; hỗ trợ dinh dưỡng, đặc biệt dành cho trẻ em, chăm sóc tại nhà, hỗ trợ giáo dục, chương trình cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV, chăm sóc giảm nhẹ tác động, sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, điều trị lao, điều trị ngăn ngừa nhiễm trùng cơ hội, lây nhiễm qua đường tình dục và các hình thức lây nhiễm khác của người nhiễm HIV. Có các văn bản hướng dẫn cấp quốc gia về việc điều trị sớm Viêm gan B và lây truyền từ mẹ sang con.

***Nếu không,* các dịch vụ điều trị, chăm sóc, và hỗ trợ HIV được mở rộng như thế nào?**

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

Dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Phần lớn những người có nhu cầu đều có thể tiếp cận…				
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không áp dụng
Liệu pháp kháng vi-rút	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
ART cho bệnh nhân Lao	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Điều trị dự phòng Cotrimoxazole cho người sống với HIV	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Chẩn đoán sớm cho trẻ sơ sinh	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm việc sắp xếp công việc thay thế)	1			4	Không áp dụng
Tư vấn và xét nghiệm HIV cho người nhiễm Lao	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Dịch vụ điều trị HIV tại nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc	1			4	Không áp dụng
Chăm sóc dinh dưỡng	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Điều trị AIDS cho trẻ em	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Cung cấp ART cho phụ nữ sau sinh	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng

Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm cho những trường hợp phơi nhiễm không phải vì lý do công việc (VD: bị hãm hiếp)	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm vì lý do công việc	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Hỗ trợ tâm lý cho người sống với HIV và gia đình họ	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Quản lý nhiễm khuẩn qua đường tình dục	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Kiểm soát nhiễm khuẩn Lao trong các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Liệu pháp dự phòng Lao cho người sống với HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Sàng lọc Lao cho người sống với HIV	1	2	☑ 3	4	Không áp dụng
Điều trị các nhiễm khuẩn thường gặp liên quan đến HIV	1	☑ 2	3	4	Không áp dụng
Khác *[nêu rõ]:* Chăm sóc tại nhà	☑ 1	2	3	4	Không áp dụng

1.2. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực thực hiện các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV trong năm 2013?

Rất kém										**Rất tốt**
0	1	2	3	4	5	6	☑ 7	8	9	10

***Từ năm 2011,* có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:**
Mở rộng diện cung cấp các dịch vụ (như điều trị ARV, PMTCT, tầm soát lao, xét nghiệm HIV sớm cho trẻ sơ sinh, tạo sinh kế và dự phòng lây nhiễm qua đường tình dục), đặc biệt là chẩn đoán nhiễm HIV sớm ở trẻ sơ sinh. Các dịch vụ được cung cấp cũng toàn diện hơn. Chương trình điều trị cũng đang bắt đầu được mở rộng trong các trại giam, trung tâm 06. Bảo hiểm y tế đã bao phủ người nhiễm HIV. Hướng dẫn phòng lây truyền mẹ con đã bao gồm phác đồ điều trị từ tuần 14. Dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đã được mở rộng với việc tăng số lượng các nhóm hỗ trợ của các tổ chức xã hội, trong khi đồng thời nâng cao năng lực và kiến thức của các tổ chức xã hội trong việc cung cấp các dịch vụ này. Cũng đã có các bước tiến hành nhằm thúc đẩy hoạt động liên bộ và liên ngành nhằm bảo đảm sự hợp tác và khả năng ứng phó có phối hợp.

Phương pháp điều trị 2.0 được áp dụng thí điểm ở 2 tỉnh/thành phố và cũng giúp làm tăng số lượng những người có khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị và chăm sóc, và việc sàng lọc và điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV cũng được áp dụng ở hầu hết các tỉnh.

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

Mặc dù có những tiến bộ đáng kể, song vẫn còn tồn tại một số thách thức liên quan đến công tác điều trị:

- Các nhà tài trợ đang rút dần, nguồn lực cho chương trình HIV/AIDS bị thiếu hụt trầm trọng và là thách thức lớn. Do kinh phí cắt giảm nên người nhiễm HIV khó tiếp cận với dịch vụ điều trị và điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội. Người nhiễm HIV cũng không nhận được các chăm sóc dinh dưỡng là hỗ trợ từ các dự án được tài trợ nay đã đóng cửa.

- Nhiều bà mẹ sau sinh không tiếp cận được điều trị tiếp tục ARV cho bản thân. Ở vùng sâu vùng xa phụ nữ mang thai nhiễm HIV khó tiếp cận chương trình dự phòng, nhận thức còn kém.

- Thí điểm Tiếp cận Điều trị 2.0: một số ý kiến cho rằng việc triển khai điều trị tại tuyến xã phường làm cho người nhiễm HIV sợ bị lộ thông tin khi điều trị tại cơ sở, là rào cản nếu thí điểm này mở rộng. Nhiều bệnh nhân sợ bị kỳ thị nên không đến điều trị hoặc đi tỉnh khác, trừ khi tình trạng nhiễm HIV đã bị lộ và mọi người xung quanh đã biết.

- Hướng dẫn điều trị viêm gan C đã được ban hành, tuy nhiên thuốc điều trị chưa được đưa vào danh mục bảo hiểm y tế.

- Diện bao phủ dịch vụ hỗ trợ sinh kế vẫn còn hạn chế.

- Vẫn tồn tại tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử, đặc biệt là từ phía nhân viên và các dịch vụ y tế. Việc kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là những thách thức đối với việc tiếp cận điều trị ART khi mà nhiều bệnh nhân từ chối được điều trị do lo sợ bị tiết lộ thông tin không mong muốn. Ngoài ra, một số người nhiễm HIV không muốn bắt đầu tham gia điều trị ART vì họ quá nghèo, không thể trang trải các khoản phí đi lại để điều trị hàng tháng, và thủ tục liên quan đến điều trị ART được coi là quá phức tạp.

- Các dịch vụ điều trị lao cho người nhiễm HIV vẫn không bảo đảm, ở hầu hết các tỉnh, chế độ điều trị ART vẫn không thay đổi trong khi các bệnh nhân đang được điều trị lao và nhiều bệnh nhân lao phổi không thể tiếp cận được với dịch vụ điều trị ART đủ sớm. Tại một số tỉnh, không có thuốc điều trị ARV bậc 2 hoặc thuốc trị viêm gan B/C.

- Việc điều trị dự phòng sau phơi nhiễm chỉ được thực hiện trong một số ngành nghề như quân đội, nhân viên y tế, và trong trường hợp cưỡng bức tình dục thì không có dịch vụ điều trị. Việc xét nghiệm sớm đối với trẻ sơ sinh không được thực hiện ở một số tỉnh có dự án, ở một số tỉnh khác thì chỉ có một số trẻ sơ sinh được xét nghiệm hoặc không thể biết được kết quả xét nghiệm.

- Việc điều trị trong các trung tâm 06 và các trại giam còn hạn chế. Người nhiễm HIV phải chuyển thuốc từ bên ngoài vào và điều này khiến họ mất rất nhiều tiền hoặc giai đoạn điều trị bị ngắt quãng, làm tăng nguy cơ kháng thuốc.
- Vai trò của các tổ chức xã hội trong việc điều trị, chăm sóc và hỗ trợ không được thừa nhận đầy đủ. Những rào cản mà các tổ chức xã hội gặp phải trong quá trình hoạt động, như khó khăn trong việc đăng ký hợp pháp, cũng khiến cho việc cung cấp dịch vụ của các tổ chức xã hội trở nên khó khăn.
- Các vấn đề về tính bền vững vẫn tồn tại do ngân sách quốc tế giảm đi. Ngoài ra, khi Việt Nam ký kết Hiệp định thương mại châu Á- Thái Bình Dương (APTA), đồng nghĩa với việc thuốc ARV sẽ không có sẵn nữa vì luật sở hữu trí tuệ, các bệnh nhân sẽ gặp khó khăn hơn trong việc tiếp cận dịch vụ điều trị do giá cả tăng lên.

Việc nâng cao chất lượng các dịch vụ đòi hỏi phải có một giải pháp toàn diện bao gồm đào tạo chuyên môn để nâng cao chất lượng của lực lượng lao động, giữ chân các chuyên gia về y tế đang làm việc trong lĩnh vực HIV, cải cách thể chế để quản lý tốt hơn như phân bổ lại phòng khám ngoại trú đến các bệnh viện.

2. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nào để giải quyết các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương khác hay không?	☑ Có	Không
2.1. NẾU CÓ, nước bạn có định nghĩa về trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương không?	☑ Có	
2.2. NẾU CÓ, nước bạn có kế hoạch hành động quốc gia riêng cho trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương không?	☑ Có	

3. Nhìn chung, xét theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 là "Rất kém" và 10 là "Rất tốt"), bạn đánh giá thế nào về nỗ lực giải quyết các nhu cầu liên quan đến HIV của trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương trong năm 2013?

Rất kém										Rất tốt
0	1	2	3	4	5	6	7	☑ 8	9	10

Từ năm 2011, có những thành tựu nổi bật nào đã đạt được trong lĩnh vực này:

- Số lượng con sơ sinh bị nhiễm của các bà mẹ dương tính được giảm đáng kể cho việc mở rộng dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và việc tiến hành xét nghiệm sớm đối với con sơ sinh của các bà mẹ nhiễm HIV hiện đã được mở rộng.
- Hỗ trợ dinh dưỡng cho con sơ sinh của các bà mẹ nhiễm HIV được duy trì tốt. Nhiều trẻ được hưởng trợ cấp theo quy định của Nghị định 67.
- Khả năng tiếp cận và diện bao hàm của dịch vụ điều trị ART dành cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV đạt mức cao.
- Có sự cộng tác tốt hơn giữa chính phủ và tổ chức xã hội trong việc cung cấp dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV và mở rộng số lượng các tổ chức xã hội cung cấp những dịch vụ này. Tiếp tục có sự cam kết của chính phủ với Chương trình hành động quốc gia về trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV bất chấp có sự suy giảm liên tục trong nguồn ngân sách tài trợ quốc tế dành cho trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV.

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

- Vẫn còn tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử, tạo ra một rào cản đối với việc đến trường của nhiều trẻ em.
- Việc không được cung cấp thông tin về trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV, điều làm cho công tác hoạch định và đánh giá các chương trình trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV trở nên khó khăn.
- Hiện nay các trẻ bị nhiễm HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV không có nơi nương tựa vẫn ít được các gia đình nhân nuôi dưỡng, do đó các cháu thường được nuôi dưỡng trong các trung tâm bảo trợ xã hội của nhà nước.
- Chương trình hành động quốc gia về trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV không có nguồn tài trợ từ cộng đồng quốc tế. Một số gia đình ngăn trở việc điều trị cho con cái mình do hiểu biết nông cạn.

PHỤ LỤC 3. PHƯƠNG PHÁP TÍNH CHỈ SỐ TỔNG HỢP TỪ NGUỒN HSS+ VÀ IBBS 2013

Nguồn số liệu:

1. Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam năm 2013

2. Điều tra giám sát lồng ghép hành vi vào giám sát trọng điểm (HSS+) ở Việt Nam năm 2013

Địa điểm nghiên cứu và cỡ mẫu:

Nghiên cứu	Số tỉnh triển khai nghiên cứu	Cỡ mẫu
IBBS		
- PWID	8	3550
- FSW	6	3097
- MSM	3	1241
HSS+		
- PWID	22	4846
- FSW	20	4284
- MSM	8	1249

Cách tổng hợp từng chỉ số:

- Tính chỉ số cho từng tỉnh, theo từng nhóm tuổi, theo định nghĩa chỉ số của GARP. Tham khảo định nghĩa chỉ số tại đây

  http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf

- Tính giá trị trung vị của các điểm số liệu của các tỉnh/thành phố tham gia nghiên cứu IBBS và HSS+. Ví dụ, chỉ số của nhóm NCMT là giá trị trung vị của 30 điểm số liệu của 30 tỉnh/thành phố triển khai IBBS và HSS. Chỉ số của nhóm PNBD là giá trị trung vị của 26 điểm số liệu của 26 tỉnh/thành phố. Chỉ số của nhóm MSM là giá trị trung vị của 11 điểm số liệu của 11 tỉnh/thành phố.

- Giá trị trung vị này chính là chỉ số tổng hợp sử dụng trong báo cáo GARP.

Kết quả trước và sau tổng hợp:

Chỉ số	Chỉ số GARP (giá trị trung vị)	Chỉ số tính từ nguồn HSS+	Chỉ số tính từ nguồn IBBS
1.7. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV	51.0%	54.5%	50.1%
1.8. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng BCS với khách hàng gần đây nhất	92.0%	87.0%	93.9%

1.9. Tỷ lệ phần trăm người bán dâm đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	35.1%	36.5%	35.9%
1.11. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV		52.4%	
1.12. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới cho biết có sử dụng BCS lần cuối khi họ QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam giới	66.4%	64.0%	66.4%
1.13. Tỷ lệ phần trăm nam tình dục đồng giới đã xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	28.8%	29.9%	26.5%
2.2. Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	41.2%	48.2%	37.2%
2.3. Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần nhất	97.3%	97.4%	93.7%
2.4. Tỷ lệ phần trăm người NCMT đã xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	23.6%	26.4%	24.8%

Hạn chế

- Số liệu này không đại diện cho toàn quốc, vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng tại một số tỉnh/thành phố (NCMT: 30 tỉnh, PNBD: 26 tỉnh, MSM: 11 tỉnh) trong tổng số 63 tỉnh/thành trên toàn quốc.
- Không có dữ liệu về nam giới hành nghề mại dâm, nữ tiêm chích ma túy.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước của từng nhóm quần thể nghiên cứu.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh cho phương pháp lấy mẫu RDS cho một số điểm nghiên cứu sử dụng phương pháp này
- Nghiên cứu HSS+ năm 2013 mở rộng ra một số tỉnh ít được đầu tư của dự án và có độ bao phủ của chương trình can thiệp thấp. Đây là nguyên nhân giải thích cho việc giảm giá trị chỉ số so với các năm trước.

PHỤ LỤC 4. BẢNG TỔNG KINH PHÍ QUỐC GIA 2014

Thông tin chung

Quốc gia: Việt Nam

Người chịu trách nhiệm:

Name: TS. Nguyễn Hoàng Long Title: Cục trưởng Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam

Địa chỉ: 135/3 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội * Email: longmoh@yahoo.com

Điện thoại: +84 - 4 - 38465731 * Fax: +84 4 - 38465732

Chu kỳ báo cáo 2011: Năm dương lịch __X_____ hay Năm tài chính _____

Chu kỳ báo cáo 2012: Năm dương lịch __X____ hay Năm tài chính _____

Chu kỳ báo cáo 2013: Năm dương lịch _____ hay Năm tài chính _____

Đối với báo cáo theo năm tài chính, thời gian bắt đầu là……thời gian kết thúc là……..

Đơn vị tiền tệ: VNĐ

Tỷ giá trung bình chuyển đổi sang USD trong chu kỳ báo cáo: 2011: 20.353 / 2012: 20.827

Phương pháp: Đánh giá chi tiêu quốc gia cho AIDS báo cáo đính kèm

Chi tiêu không đưa vào báo cáo:

+ Chi tiêu hộ gia đình chưa được ước tính (khoảng 16 triệu USD năm 2010)

+ Chi tiêu công của khu vực lao động thương binh xã hội (tại trại mồ côi, nhà bảo trợ xã hội, trung tâm xã hội) chưa được ước tính (khoảng 1.5 triệu USD năm 2010)

2011: US$ 130.934.204

2012: US$ 136.113.097

2013: NA

Hỗ trợ ngân sách: Kinh phí từ nguồn hỗ trợ quốc tế (ví dụ: song phương) có bao gồm trong kinh phí trung ương, địa phương hoặc hạng mục chi tiêu quốc gia không?

2011: không / 2012: không

ĐÁNH GIÁ CHI TIÊU QUỐC GIA CHO HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS CỦA VIỆT NAM 2013

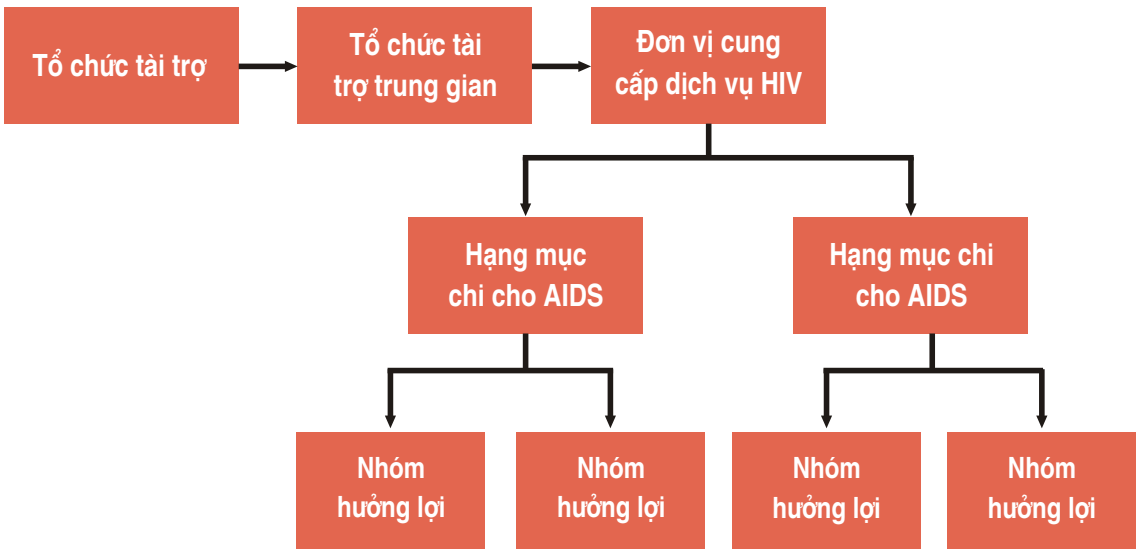
Chỉ số 6.1: Chi tiêu về AIDS trong nước và quốc tế theo hạng mục và theo nguồn tài chính giai đoạn 2011-2012

1. Phương pháp luận

Báo cáo này sử dụng số liệu Đánh giá chi tiêu quốc gia cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam (NASA) đã được thực hiện vào năm 2013. Phần số liệu có thể kiểm chứng của cơ sở dữ liệu NASA được tách riêng theo hướng dẫn của Cục phòng chống AIDS để cung cấp thông tin về Chỉ số 6.1: Chi tiêu cho AIDS từ các nguồn trong nước và quốc tế giai đoạn 2011-2012, phân loại theo hạng mục chi và theo nguồn tài chính.

NASA sử dụng một phương pháp luận toàn diện và có hệ thống do UNAIDS cung cấp nhằm xác định dòng tiền dành cho công tác phòng chống HIV/AIDS đã đi tới những địa chỉ nào. Công cụ này theo dõi chi tiêu thực tế (chi tiêu công, tư nhân và quốc tế) trong ngành y tế cũng như trong các lĩnh vực phi y tế (giảm nhẹ tác động xã hội, giáo dục, lao động và tư pháp) có tham gia vào ứng phó quốc gia về HIV và AIDS.[37]

NASA ghi nhận các dòng tiền và các khoản chi tiêu cho AIDS từ nguồn (tổ chức tài trợ) qua các trung gian tài chính (tổ chức tài trợ trung gian) đến các nhà cung cấp dịch vụ khác nhau, và phân loại chi tiêu theo các can thiệp và hoạt động liên quan đến phòng chống HIV (các hạng mục chi tiêu cho AIDS) và các đối tượng hưởng lợi. Sơ đồ 1 minh họa các yếu tố của một dòng tiền mà NASA 2013 ghi nhận.



Sơ đồ 1: *Giao dịch theo định nghĩa của NASA áp dụng cho Đánh giá chi tiêu 2013*

[37] Đánh giá Chi tiêu về AIDS cấp Quốc gia: một cuốn sách về phương pháp, định nghĩa và đo lường các dòng tài chính và chi tiêu về HIV ở cấp quốc gia. UNAIDS, 2006

NASA chấp nhận việc sử dụng các phương pháp ước lượng để ước tính các chi phí thực tế dựa trên những phương pháp tính phí và tiêu chuẩn đã được quốc tế công nhận. Trong NASA 2013, chi phí nhân sự phòng chống HIV/AIDS trong hệ thống y tế của chính phủ đã được ước tính theo cách này.

Biểu mẫu thu thập số liệu

Biểu mẫu thu thập số liệu được xây dựng dựa theo Hướng dẫn NASA của UNAIDS và các yêu cầu cụ thể của NASA 2013. Biểu mẫu này được điều chỉnh và đơn giản hóa để đảm bảo những người được hỏi có thể tự điền vào, bằng cách xác định tổ chức tài trợ, tổ chức tài trợ trung gian, đơn vị cung cấp dịch vụ, hạng mục chi tiêu cho AIDS và quần thể đối tượng hưởng lợi. Ngoài ra, một Biểu mẫu thu thập số liệu dành cho các nguồn tài chính công được xây dựng để hướng dẫn các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh, Cục Phòng chống HIV/AIDS và các đối tác Việt Nam khác báo cáo về chi tiêu công.

Biểu mẫu thu thập số liệu được gửi đến tất cả các tổ chức tài trợ và tổ chức tài trợ trung gian, và các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS các tỉnh là những đơn vị chính thực hiện chương trình tại 63 tỉnh. Các trường hợp ngoại lệ không điền biểu mẫu thu thập số liệu là các đối tác chính của PEPFAR, bao gồm USAID, CDC, Bộ Quốc Phòng Hoa Kỳ, Tổ chức Gia đình Quốc tế (FHI), Abt Associates, SCMS và HAIVN. PEPFAR đã báo cáo đại diện cho các đối tác này.

Số tổ chức trả lời yêu cầu thu thập số liệu trong năm 2013 tăng lên đáng kể so với các lần NASA trước do tỷ lệ trả lời từ các tổ chức công cộng cao hơn. Đặc biệt, lần này 100% các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS chịu trách nhiệm thực hiện Chương trình Mục tiêu Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đã báo cáo cho NASA. Bảng 1 dưới đây tóm tắt những tổ chức đã đóng góp số liệu cho bản báo cáo này.

Bảng 1. Các tổ chức trả lời Đánh giá Chi tiêu Quốc gia về Phòng chống HIV/AIDS 2013

Loại hình tổ chức	Số tổ chức
Các tổ chức công cộng	72
Các tổ chức song phương	6
Các tổ chức đa phương	8
Các tổ chức NGO và quỹ Quốc tế	8
Tổng cộng	**94**

Quá trình xác minh số liệu

Sau khi gửi Biểu mẫu thu thập số liệu, việc hướng dẫn các vấn đề kỹ thuật, xác minh số liệu báo cáo và phân loại chi tiêu được thực hiện chủ yếu qua điện thoại, email và gửi thư. Đồng thời cũng có các chuyến công tác đến các văn phòng dự án do Bộ Y tế quản lý.

Báo cáo NASA 2013 đã ghi nhận những ý kiến đóng góp từ hai cuộc hội thảo xác minh số liệu được tổ chức tại Điện Biên và Cần Thơ.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu mà các đối tác cung cấp được nhập vào bảng excel và xử lý bằng phần mềm Stata.

Các giả thuyết và hạn chế của NASA 2013

NASA 2013 có một số lượng lớn chi tiêu chưa được phân loại do PEPFAR báo cáo. Năm nay Văn phòng Điều phối PEPFAR cung cấp số liệu về chi tiêu của PEPFAR cho toàn bộ các đối tác nhận tiền của PEPFAR, sử dụng kết quả Đánh giá Chi tiêu nội bộ của PEPFAR (EA). Tuy nhiên, số liệu EA chưa đạt tiêu chí để sử dụng cho NASA vì số liệu này chỉ có thông tin cho 2 (trong tổng số 6) lĩnh vực theo yêu cầu phân loại hạng mục của NASA: nguồn tài chính (chính phủ Mỹ) và hạng mục chi tiêu cho AIDS (ASC). Hơn thế nữa, số liệu ASC do PEPFAR báo cáo tương đối chung chung và không bao gồm các hoạt động do cơ quan chính phủ và các tổ chức phi chính phủ nhận kinh phí PEPFAR để thực hiện. Nhóm kỹ thuật NASA đã sử dụng thông tin từ các đơn vị cung cấp dịch vụ của PEPFAR và ước tính từ dưới lên (bottom-up), cấu trúc lại các hoạt động chuyển tiền từ PEPFAR, tuy nhiên, vẫn không kiểm chứng được đơn vị cung cấp kinh phí và đơn vị cung cấp dịch vụ cho một số khoản tiền.

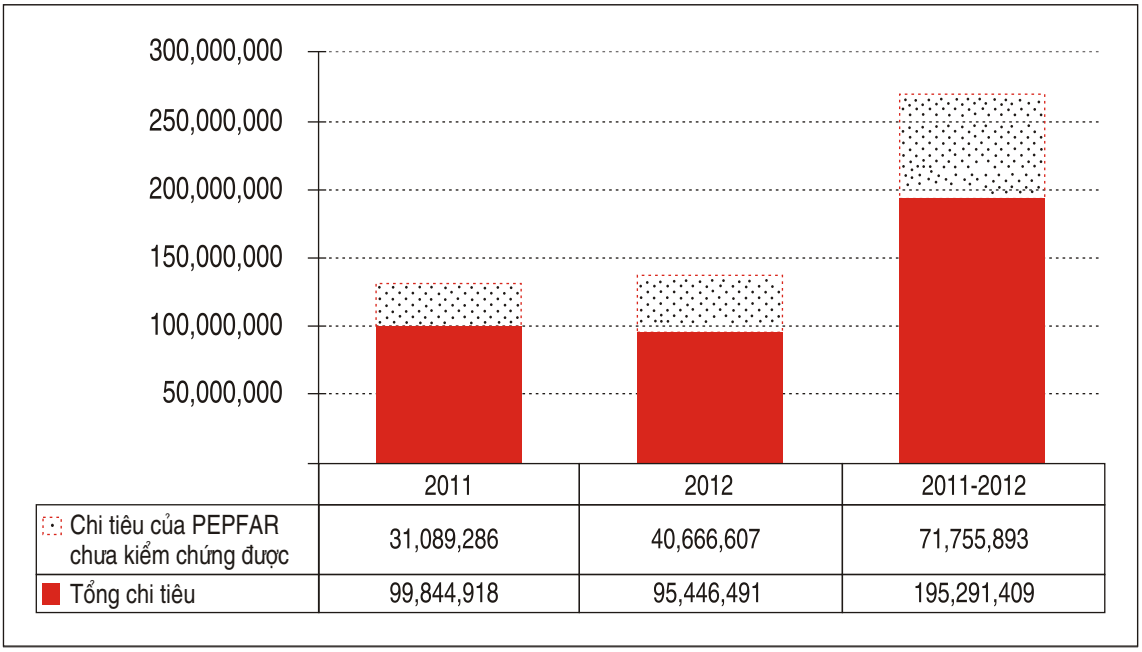
Vì một phần chi tiêu của PEPFAR không xác định có thực sự được thực hiện ở cấp các tổ chức tài trợ trung gian và các đơn vị cung cấp dịch vụ trong nước hay không. Do đó Cục phòng chống AIDS quyết định không đưa khoản chi phí này vào báo cáo chi tiêu quốc gia cho AIDS của báo cáo GARP.

NASA 2013 bỏ qua chi tiêu của các hộ gia đình cho HIV/AIDS, đã từng được ước tính vào khoảng 16 triệu USD mỗi năm trong giai đoạn 2008 2010. Các chi tiêu về HIV/AIDS của ngành lao động (ước tính khoảng 1,5 triệu USD mỗi năm) cũng không được tính.

Tất cả các tổ chức trả lời đều dùng năm tài chính là năm dương lịch, ngoại trừ PEPFAR. Các đối tác của PEPFAR báo cáo chi tiêu theo năm tài chính của PEPFAR, bắt đầu từ 1/10 của năm trước và kết thúc vào 30/9 của năm báo cáo.

2. Tổng quan về chi tiêu cho phòng chống HIV/AIDS năm 2011-12

Vào giai đoạn 2011-2012 có 267 triệu USD từ các nguồn ngân sách nhà nước và nguồn quốc tế chi cho ứng phó với AIDS. Chi tiêu cho AIDS bằng 0,09% GDP, còn chi phí cho AIDS trên đầu người là 1,51 USD/ người. Biểu đồ 2 biểu diễn tổng chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS trong năm 2011-2012. Biểu đồ này bao gồm phần biểu đồ chấm biểu diễn chi tiêu cho AIDS chưa kiểm chứng được các thông tin chi tiết như đã nêu trên.



Biểu đồ 2: *Tổng chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS năm 2011-2012*

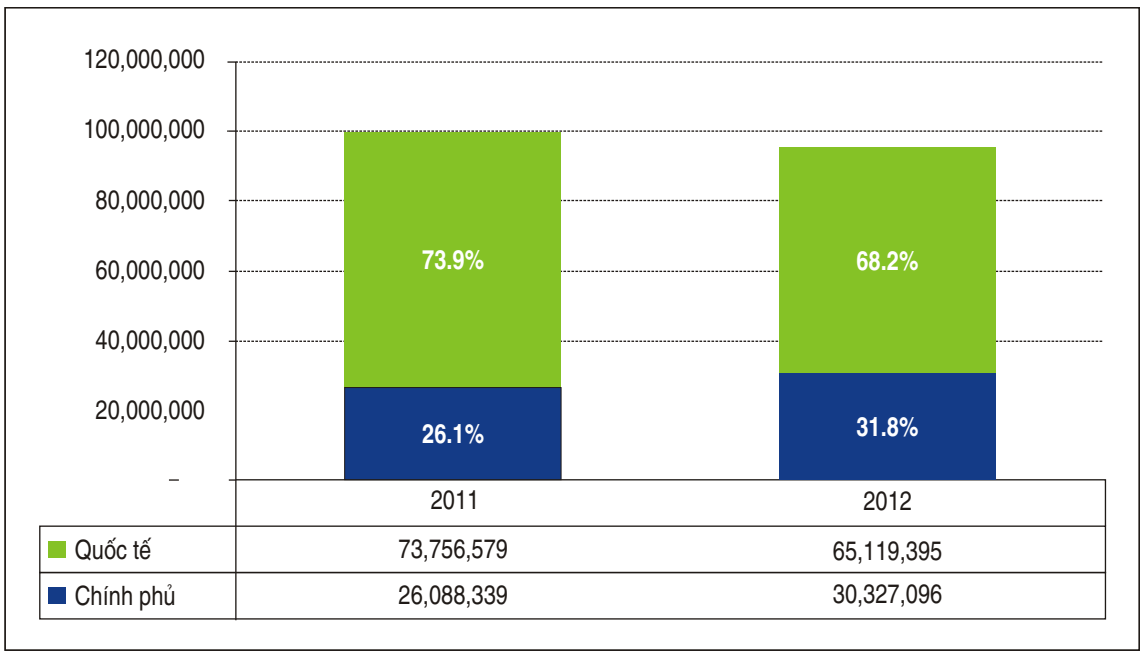
Chi tiêu cho AIDS theo nguồn tài trợ

NASA 2013 ghi nhận các nguồn lực từ ngân sách nhà nước và hỗ trợ quốc tế, và bỏ qua chi tiêu của hộ gia đình cho AIDS. Tổng chi tiêu và tỷ trọng của từng nguồn tài chính được minh họa trong Bảng 2 và Biểu đồ 3

Bảng 2. Tóm tắt chi tiêu cho AIDS ở Việt Nam theo nguồn tài trợ, 2011-12 (US$)

Nguồn	2011	2012	2012-12	%
Ngân sách nhà nước	**26,088,339**	**30,327,096**	**56,415,435**	**28.9%**
Ngân sách trung ương	16,974,002	19,140,627	36,114,629	18.5%
Ngân sách tỉnh	9,114,337	11,186,469	20,300,806	10.4%
Nguồn quốc tế	**73,756,579**	**65,119,395**	**138,875,974**	**71.1%**
Tài trợ song phương	**51,186,232**	**42,821,545**	**94,007,777**	**48.1%**
Chính phủ Australia	3,019,655	3,022,209	6,041,864	3.1%
Chính phủ Pháp	394,294	399,195	793,489	0.4%
Chính phủ Ireland	143,205	137,496	280,701	0.1%
Chính phủ Nhật Bản	223,715		223,715	0.1%
Chính phủ Luxembourg	162,561		162,561	0.1%
Chính phủ Hà Lan	984,412	443,531	1,427,943	0.7%
Chính phủ Na Uy	323,553	111,739	435,292	0.2%
Chính phủ Thụy Điển	45,001	109,040	154,041	0.1%
Chính phủ Anh	12,461,936	9,644,785	22,106,721	11.3%

Chính phủ Hoa Kỳ[38]	33,261,727	28,917,091	62,178,817	31.8%
Các Chính phủ khác (Canada, Colombia, Đức)	166,173	36,459	202,632	0.1%
Tài trợ đa phương	**21,913,769**	**21,580,840**	**43,494,609**	**22.3%**
Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB)	3,672,407	183,926	3,856,333	2.0%
Quỹ Toàn cầu dành cho phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM)	16,346,834	19,495,015	35,841,849	18.4%
Các cơ quan LHQ	1,894,528	1,901,899	3,796,427	1.9%
Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế	**576,578**	**667,010**	**1,243,588**	**0.6%**
Quỹ Bill và Melinda Gates	16,279	86,668	102,947	0.1%
Caritas Internationalis/Catholic Relief Services	50,000	50,000	100,000	0.1%
Quỹ Clinton	50,245	217,889	268,134	0.1%
Các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận khác (Norwegian Church Aid, UNITAD)	460,053	312,453	268,134	0.4%
Các tổ chức vị lợi nhuận quốc tế	**80,000**	**50,000**	**130,000**	**0.1%**
Johnson & Johnson	80,000	50,000	130,000	0.1%
Tổng số	**99,844,918**	**95,446,491**	**195,291,409**	**100.0%**



Biểu đồ 3: *Chi tiêu quốc gia cho AIDS phân theo nguồn chính phủ và nguồn quốc tế, 2011-12* [39]

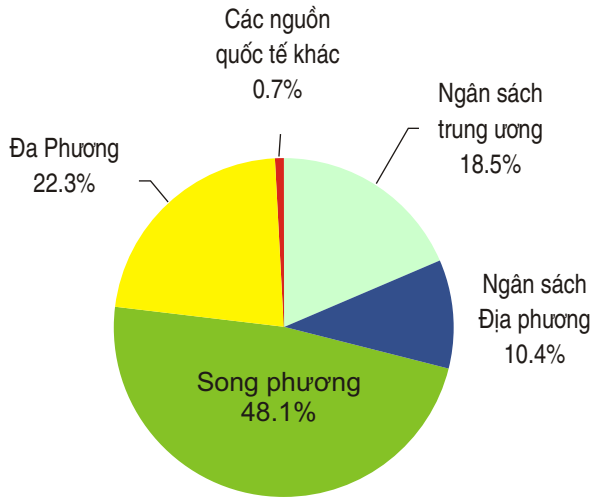
[38] Theo báo cáo Văn phòng điều phối PEPFAR, 64,4 triệu USD đã chi trong năm 2011 và 69,6 triệu USD đã chi trong năm 2012. Tuy nhiên, chỉ những chi tiêu xác minh được sẽ được đưa vào báo cáo chi tiêu quốc gia.

[39] Tổng chi tiêu quốc tế chỉ bao gồm nguồn số liệu xác minh được

Các nhà tài trợ quốc tế đã cung cấp 138,9 triệu USD trong giai đoạn 2011-12, chiếm 71,1% chi tiêu quốc gia. Trong số đó, 67,7% là từ các tổ chức song phương và 31,3% từ các nguồn đa phương.

Riêng PEPFAR đóng góp 62,2 triệu USD, chiếm 31,8% chi tiêu quốc gia và 65% tổng tài trợ song phương trong giai đoạn 2011-12. Các tổ chức phi lợi nhuận quốc tế đóng góp 0,7% tổng chi tiêu quốc gia cho AIDS trong giai đoạn này.

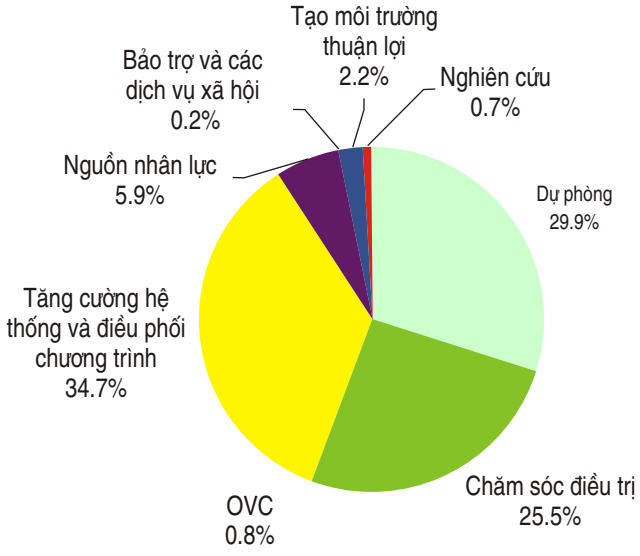
Nguồn ngân sách, bao gồm ngân sách trung ương và ngân sách tỉnh, cung cấp 56,4 triệu USD trong giai đoạn 2011-12. Biểu đồ 4 minh họa tỷ trọng tương ứng của mỗi nguồn tài chính trong tổng chi tiêu quốc gia.



Biểu đồ 4: *Tỷ trọng các nguồn tài trợ trong tổng chi tiêu quốc gia cho AIDS, 2011-12*

Chi tiêu cho AIDS theo hạng mục chi

NASA phân loại các khoản chi tiêu cho AIDS theo 8 lĩnh vực chương trình chính (Hạng mục chi tiêu cho AIDS) Phân bổ chi tiêu cho AIDS theo các hạng mục này được tóm tắt trong Biểu đồ 5.

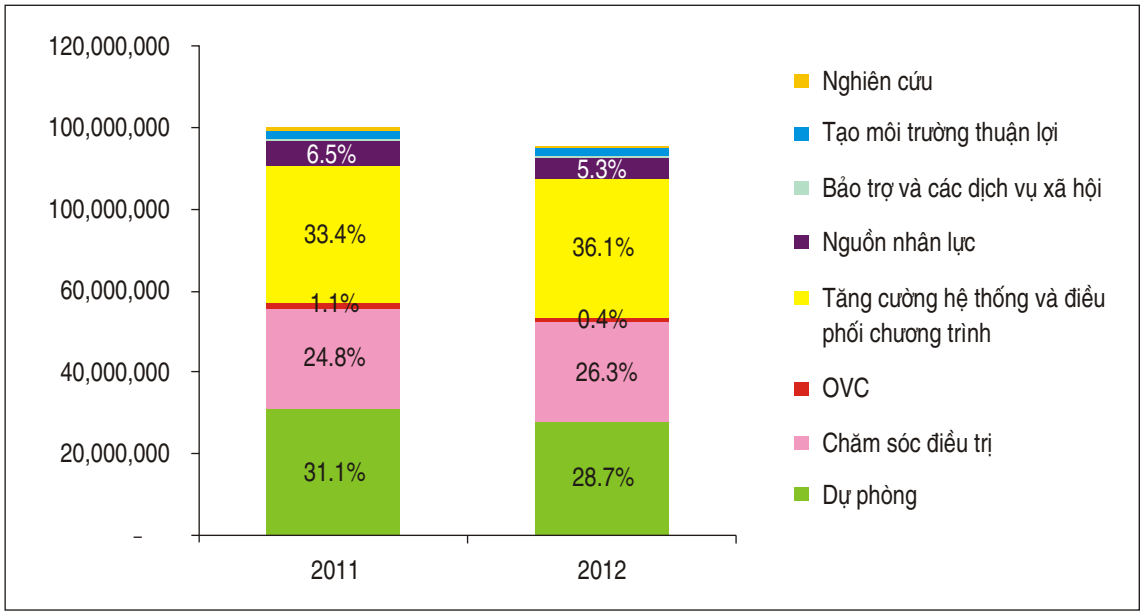


Biểu đồ 5: *Tỷ trọng các hạng mục chi tiêu cho AIDS trong tổng chi tiêu, 2011-12*

Ba lĩnh vực chương trình nhận được nhiều nguồn lực nhất là: tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (34,7%); dự phòng (29,9%); và chăm sóc và điều trị (25,5%). Chi tiêu cho nhân sự chiếm 5,9% tổng chi tiêu quốc gia, các hoạt động nhằm tạo môi trường thuận lợi 2,2%, trẻ mồ côi và bị ảnh hưởng (OVC) 0,8%, nghiên cứu 0,7%, và bảo trợ xã hội và các dịch vụ xã hội chỉ 0,2%.

Nguồn lực dành cho tăng cường hệ thống và điều phối chương trình đã tăng từ 33,3 triệu USD trong năm 2011 lên 34,5 triệu USD vào năm 2012, khiến cho tỷ trọng của lĩnh vực chương trình này tăng từ 33,4% lên 36,1%. Chi tiêu cho chăm sóc và điều trị cũng tăng nhẹ cả về số lượng lẫn tỷ trọng - từ 24,7 triệu USD (24,8%) năm 2011 lên 25,1 triệu USD (26,3%) năm 2012. Tuy nhiên, chi cho dự phòng đã giảm từ 31 triệu USD (31,1%) xuống 27,4 triệu USD (28,7%) trong cùng giai đoạn này.

Chi tiêu cho lĩnh vực tạo môi trường thuận lợi không đổi (khoảng 2,1 triệu USD), Tuy nhiên những lĩnh vực chương trình còn lại đều bị giảm chi tiêu, thể hiện rõ cả trên số lượng và tỉ trọng. Biểu đồ 6 tóm tắt phân bổ chi tiêu cho 8 lĩnh vực chương trình hàng năm.



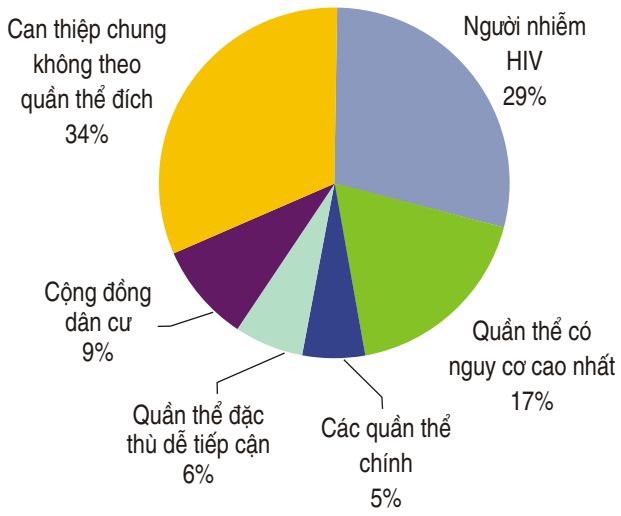
Biểu đồ 6: *Phân bổ chi tiêu hàng năm theo hạng mục chi tiêu cho AIDS, 2011-12*

Chi tiêu cho AIDS theo nhóm quần thể hưởng lợi

Phương pháp luận của NASA phân loại các đối tượng hưởng lợi thành 6 nhóm quần thể chính là: người nhiễm HIV; nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất; các nhóm quần thể chính; nhóm quần thể đặc thù "dễ tiếp cận"; cộng đồng dân cư; và các can thiệp chung không theo quần thể đích. Biểu đồ 7 và Bảng 3 dưới đây trình bày chi tiết phân bổ chi tiêu AIDS theo các nhóm quần thể hưởng lợi trong các năm 2011-2012.

29% chi tiêu cho AIDS trong giai đoạn 2011-12 đã đem lại lợi ích cho những người nhiễm HIV. Các hoạt động nhằm vào nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất (bao gồm người NCMT, PNBD, và MSM) nhận được 17% tổng chi tiêu cho AIDS. Các nhóm quần thể chính khác, bao gồm OVC, trẻ sinh ra hoặc sắp sinh của

phụ nữ nhiễm HIV, dân tộc thiểu số và tù nhân, được nhận 5% trong tổng số các nguồn lực. Hoạt động nhắm vào các quần thể "dễ tiếp cận" bao gồm chủ yếu là các cán bộ y tế nhận được 6% tổng chi tiêu. 9% tổng chi tiêu trong năm 2011-12 dành cho cộng đồng dân cư chung hưởng lợi, trong khi 34% tổng chi tiêu hỗ trợ các hoạt động không theo quần thể đích, bao gồm các hoạt động quản lý chương trình và hành chính, chi phí giao dịch, theo dõi và giám sát, đầu tư vào cơ sở hạ tầng và thiết bị.



Biểu đồ 7: *Phân bổ chi tiêu AIDS theo sáu nhóm hưởng lợi, 2011-12*

Bảng 3 Phân bổ chi tiêu AIDS theo sáu nhóm hưởng lợi, 2011-12

Các nhóm quần thể hưởng	2011	2012	Total 2011-12	%
Người nhiễm HIV	27,870,936	28,610,946	56,481,882	29%
Quần thể có nguy cơ cao	18,645,215	15,429,352	34,074,567	17%
Các quần thể chính	6,398,634	4,250,108	10,648,742	5%
Quần thể "dễ tiếp cận"	6,393,906	5,371,055	11,764,961	6%
Cộng đồng dân cư chung	8,823,710	8,958,025	17,781,735	9%
Các can thiệp không theo quần thể đích	31,712,518	32,827,003	64,539,521	33%
Total	**99,844,918**	**95,446,490**	**195,291,408**	**100%**

3. Chi tiêu cho AIDS trong năm 2011

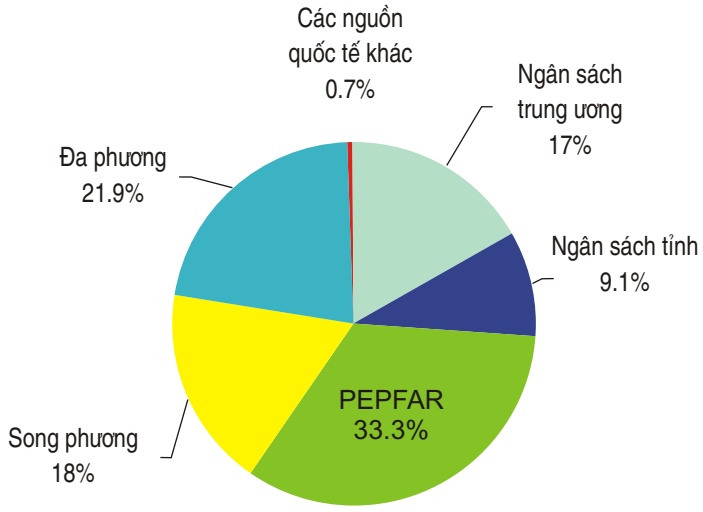
Trong năm 2011, có 99,8 triệu USD được chi cho ứng phó HIV quốc gia. Chi tiêu cho AIDS chiếm 0,07% GDP, trung bình chi tiêu cho AIDS trên đầu người là 1,14USD/ người.

Chính phủ, bao gồm cả ngân sách trung ương và địa phương, đã đóng góp 26 triệu USD cho ứng phó HIV. Trong số này 17 triệu USD (65%) là từ ngân sách trung ương thông qua Chương trình Mục tiêu Quốc gia về HIV (10,2 triệu USD) và Chương trình xây dựng trụ sở cho các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh (6,8 triệu USD). 9,1 triệu USD (35%) là từ ngân sách địa phương (tỉnh) chủ yếu dành hỗ trợ chi phí quản lý của các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh.

Trong năm 2011, tổng chi phí mà Chính phủ dành cho HIV/AIDS chiếm 1,2% tổng chi tiêu của Chính phủ cho y tế.

Kinh phí từ nguồn quốc tế chiếm 73,9% tổng chi tiêu cho AIDS, trong khi các nguồn trong nước chỉ chiếm 26,1% còn lại. Trong số các chi tiêu về AIDS ghi nhận được, 51,3% được tài trợ thông qua các khoản tài trợ song phương và 21,9% từ các nguồn đa phương.

PEPFAR là nhà tài trợ song phương lớn nhất, cung cấp 33,3% nguồn lực cho chi tiêu AIDS quốc gia, hoặc 33,3 triệu USD. Chính phủ Vương quốc Anh chia sẻ 12,5% tổng chi phí, góp 12,5 triệu USD. Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét đã tài trợ 16,4% chi tiêu quốc gia về AIDS. Chi tiết phân bố chi tiêu cho AIDS theo nguồn tài trợ được tóm tắt trong Biểu đồ 8.

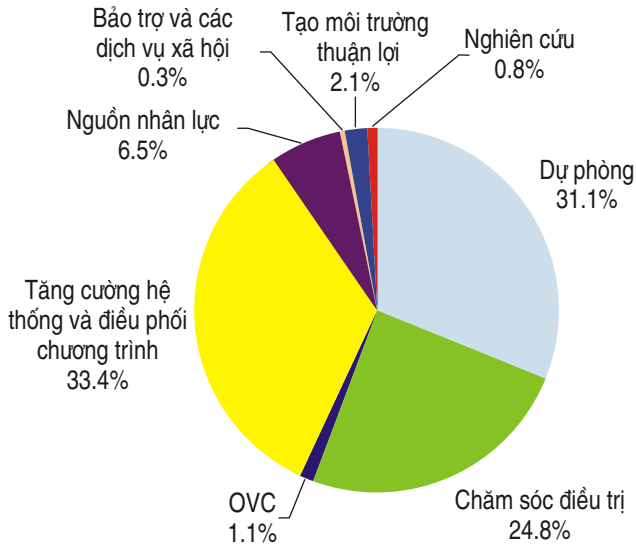


Biểu đồ 8: *Tóm tắt chi tiêu cho AIDS ở Việt Nam theo nguồn tài trợ, 2011*

Biểu đồ 9 mô tả chi tiêu cho AIDS theo tám hạng mục chi tiêu lớn (ASC) trong năm 2011. Phần lớn nguồn lực được sử dụng cho tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (33,4% trên tổng số nguồn lực), dự phòng (31,1%), chăm sóc và điều trị (24,8%).

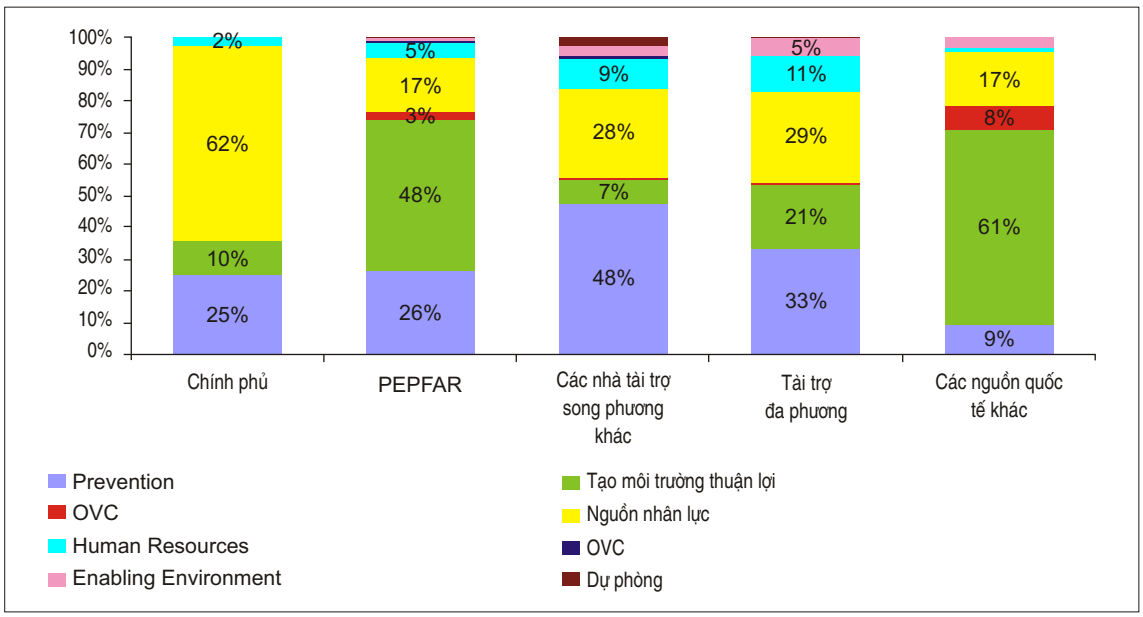
Trong năm 2011, 31 triệu USD đã được chi cho công tác dự phòng và 24,7 triệu USD cho điều trị và chăm sóc. Tăng cường hệ thống và điều phối chương trình nhận được 33,3 triệu USD.

Tổng cộng có 6,5% tổng kinh phí được chi cho nguồn nhân lực và 2,1% cho các hoạt động tạo môi trường thuận lợi. Hoạt động hỗ trợ trẻ OVC nhận được 1.1% tổng kinh phí trong năm 2011, trong khi đó chi phí cho nghiên cứu nhận được dưới 1% (lần lượt là 0,8% và 0,3%).



Biểu đồ 9: *Tổng chi tiêu cho AIDS theo các hạng mục chi tiêu, 2011*

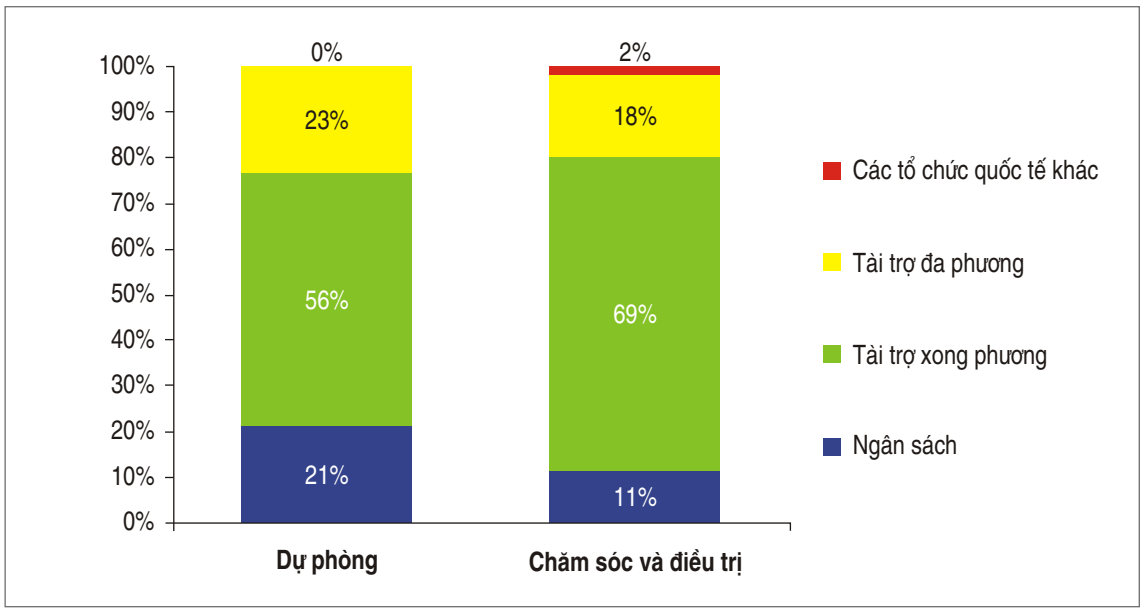
Đi sâu vào chi tiết cách chi tiêu của từng nguồn tài trợ theo các hạng mục hoạt động AIDS (Biểu đồ 10) cho thấy chi của Chính phủ tập trung vào tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (chiếm 62% tổng chi). 35% kinh phí từ ngân sách được dùng để hỗ trợ công tác dự phòng, chăm sóc và điều trị. PEPFAR[40] chi cho chăm sóc và điều trị (48%) và dự phòng (26%). Các nguồn song phương khác tập trung nhiều hơn vào dự phòng (48%), trong khi cũng đầu tư vào tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (28%). Chi từ các nguồn đa phương cân bằng giữa dự phòng (33%), tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (29%), chăm sóc và điều trị (21%), và nguồn nhân lực (11%). Các nguồn quốc tế khác (chủ yếu là các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận) dành kinh phí của họ cho chăm sóc và điều trị (61%), dự phòng (9%), trẻ OVC (8%), và điều phối chương trình (17%).



Biểu đồ 10: *Phân bổ chi tiêu theo nguồn và hạng mục chi, 2011*

[40]Phân tích này chỉ sử dụng số liệu chi tiêu kiểm chứng được tại cấp đơn vị cung cấp dịch vụ

Biểu đồ 11 minh họa đóng góp của các nguồn tài chính khác nhau cho các hạng mục chi tiêu dự phòng, điều trị và chăm sóc. Cả dự phòng, điều trị và chăm sóc đều được tài trợ nhiều từ các nguồn quốc tế, chiếm đến 79% tổng nguồn lực cho dự phòng và 89% tổng nguồn lực cho điều trị và chăm sóc. Ngân sách Chính phủ chi trả 21% chi phí dự phòng, và 11% chi phí điều trị và chăm sóc.



Biểu đồ 11: *Chi cho dự phòng, điều trị và chăm sóc theo các nguồn tài chính khác nhau, 2011*

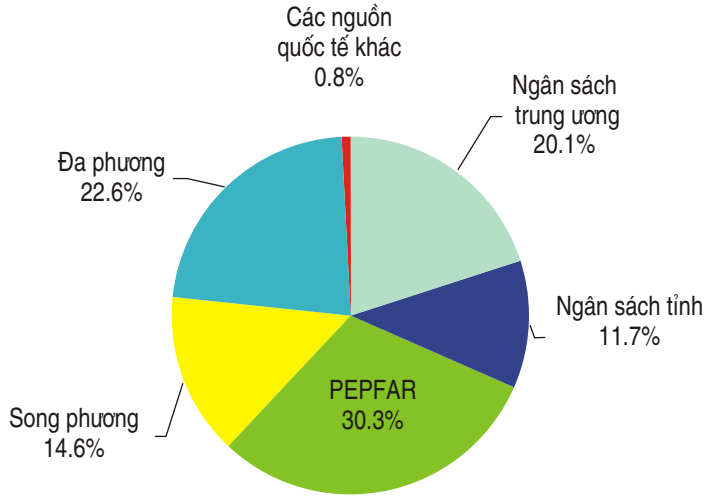
1. Chi tiêu cho AIDS trong năm 2012

NASA ghi nhận sự giảm chi cho AIDS trong năm 2012 so với năm 2011. Có tổng cộng 95,4 triệu USD đã được chi cho ứng phó với AIDS trong năm 2012, thấp hơn 4,4% so với chi năm 2011. Chi cho AIDS chiếm 0,06% GDP (giảm từ 0,07% trong năm 2011). Chi cho AIDS tính theo trên đầu người vào năm 2012 ở mức 1,08 USD.

Trong năm 2012, chính phủ đã chi 30,3 triệu USD cho ứng phó với AIDS, tăng 16,2% so với năm 2011. Trong tổng chi tiêu của chính phủ, 19,1 triệu USD (63% tổng chi của chính phủ) là từ ngân sách trung ương, trong khi 11,2 triệu USD (37%) là từ ngân sách tỉnh. Chi của ngân sách trung ương được chuyển qua Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV (12,4 triệu USD, bằng 41% tổng chi của chính phủ cho AIDS) và Chương trình xây dựng trụ sở các Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh (6,7 triệu USD, tương đương 22% tổng chi)

Viện trợ quốc tế vẫn là nguồn tài chính chủ yếu cho ứng phó với AIDS, chiếm 68,2% tổng chi tiêu quốc gia cho AIDS, trong khi ngân sách nhà nước chi trả cho 31,8% còn lại. Trong số tổng chi tiêu cho AIDS đã ghi nhận, đóng góp của các nhà tài trợ song phương chiếm 44,9% và của các tổ chức đa phương 22,6%.

PEPFAR cung cấp 28,9 triệu USD, chiếm 30,3% chi tiêu quốc gia cho AIDS. Chính phủ Vương quốc Anh đóng góp 9,6 triệu USD, chiếm 10,1% tổng chi tiêu,. Nguồn tài trợ từ Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét tăng cả về số lượng và tỷ trọng, đạt 19,5 triệu USD trong năm 2012 (tăng từ 16,3 triệu USD năm 2011), chiếm 20,4% chi tiêu quốc gia cho AIDS (tăng từ 16,4% năm 2011). Hình 12 minh họa tỷ trọng tương đối của các nguồn chính trong chi tiêu AIDS quốc gia.

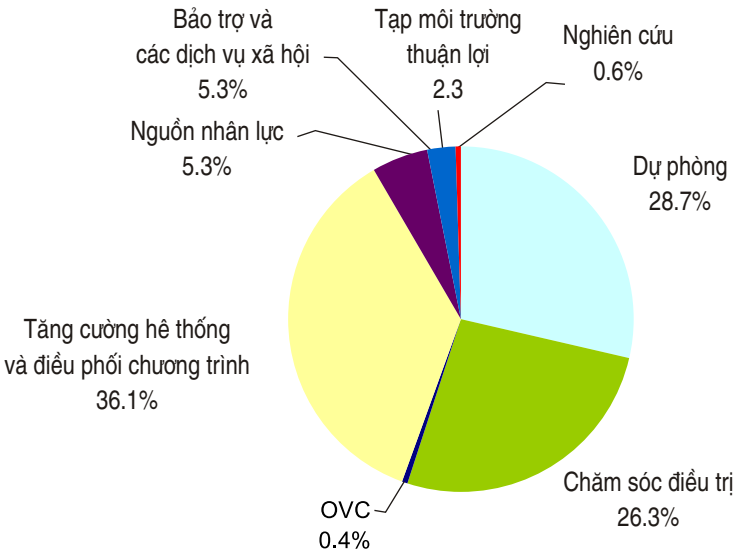


Biểu đồ 12: *Tóm tắt chi tiêu cho AIDS của Việt Nam theo nguồn tài trợ, 2012*

Phân bố chi tiêu theo các hạng mục chi tiêu về AIDS năm 2012 được tóm tắt trong Biểu đồ 13. Tăng cường hệ thống và điều phối chương trình vẫn là lĩnh vực chương trình lớn nhất, thu hút 36,1% tổng nguồn lực. Hai hạng mục chi tiêu về AIDS lớn khác là dự phòng nhận được 28,7% và chăm sóc và điều trị nhận được 26,3% tổng chi tiêu.

Về giá trị tuyệt đối, hạng mục tăng cường hệ thống và điều phối chương trình nhận được 34,5 triệu USD, tăng 3,4% so với năm 2011. Có 27,4 triệu USD đã được chi cho dự phòng và 25,1 triệu USD cho điều trị và chăm sóc. So với chi tiêu năm 2011, chi cho dự phòng giảm 21% trong khi chi cho chăm sóc và điều trị tăng 2%.

Trong năm 2012, tổng cộng 5,3% chi tiêu được dành cho nguồn nhân lực và 2,3% cho các hoạt động tạo môi trường thuận lợi. Hoạt động nghiên cứu nhận được 0,6% tổng chi tiêu, trong khi trẻ OVC chỉ nhận được 0,4% (giảm so với năm 2011 là 1,1%). Chỉ có 0,2% chi tiêu cho AIDS được dành cho bảo trợ xã hội và các dịch vụ xã hội.

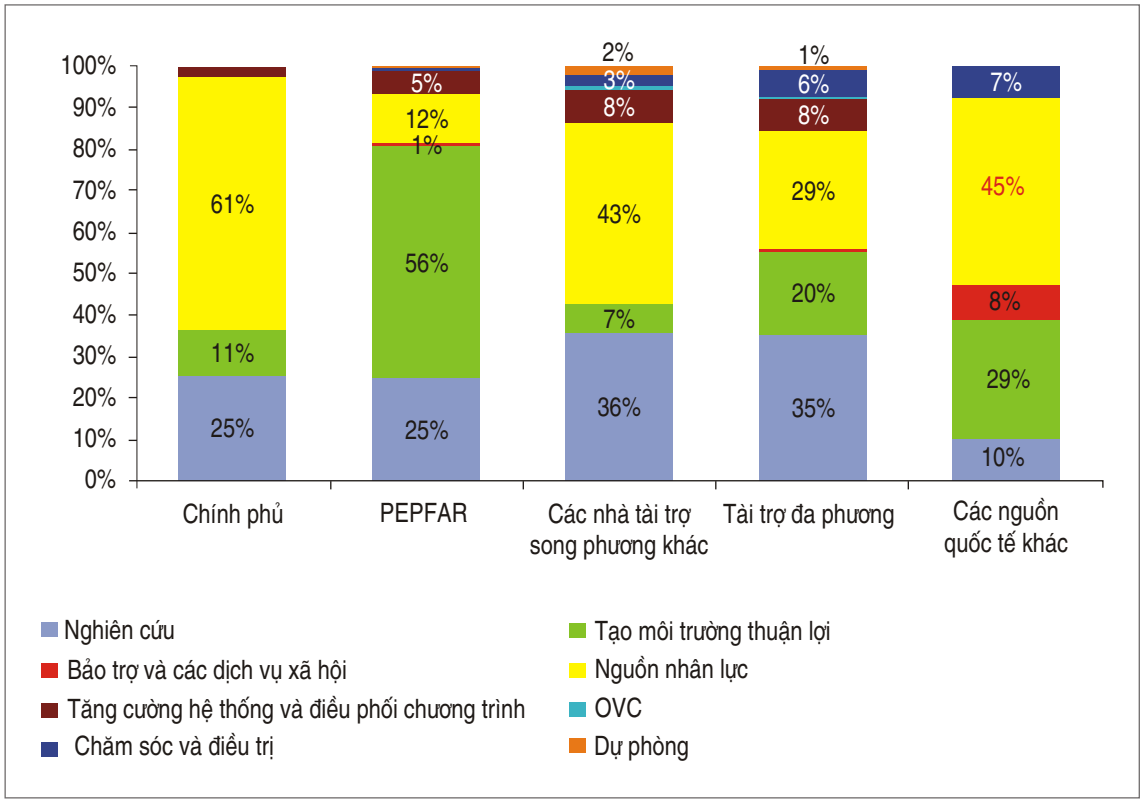


Biểu đồ 13: *Tổng chi tiêu cho AIDS phân theo các hạng mục chi tiêu , 2012*

Biểu đồ 14 mô tả phân bố chi tiêu năm 2012 theo nguồn tài chính và theo hạng mục chi tiêu cho AIDS. Mô hình chi tiêu của chính phủ, PEPFAR và các nguồn đa phương vẫn như năm 2011, trong khi có những thay đổi đáng kể trong cơ cấu chi tiêu của các tổ chức song phương khác và các nguồn quốc tế khác.

Giống như trong năm 2011, một phần lớn chi tiêu của chính phủ trong năm 2012 tập trung vào lĩnh vực tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (61%). Có 36% chi ngân sách được dùng để hỗ trợ công tác dự phòng, chăm sóc và điều trị. PEPFAR[41] dành 56% nguồn lực cho công tác chăm sóc và điều trị, 25% cho dự phòng. Chi từ các nguồn đa phương vẫn cân bằng giữa dự phòng (35%), tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (29%), chăm sóc và điều trị (20%).

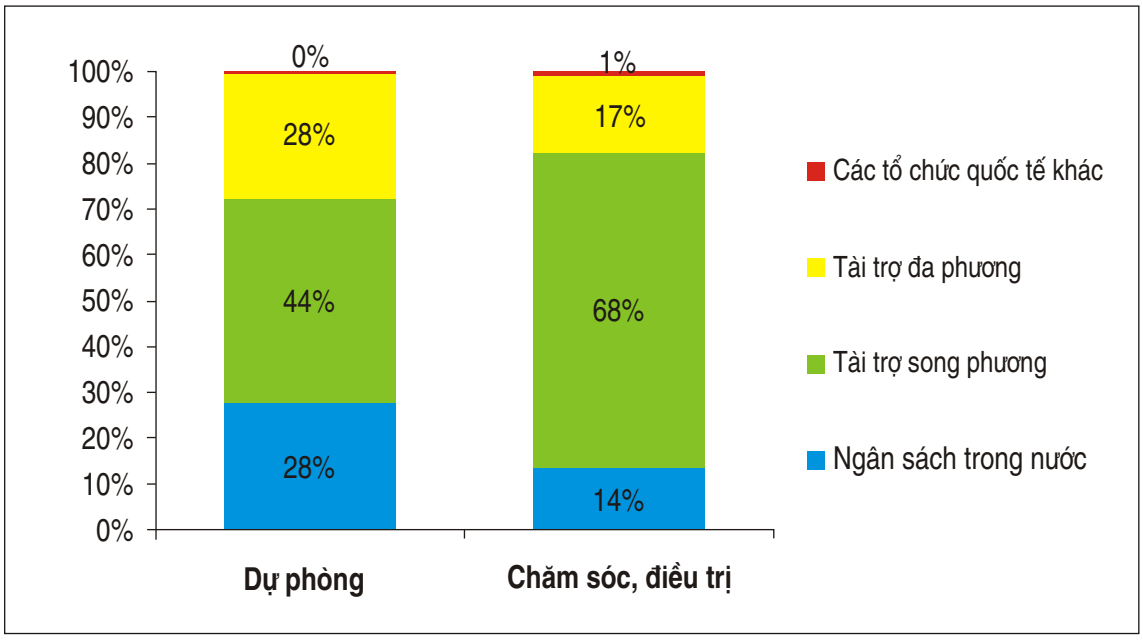
Trong năm 2012, các tổ chức song phương khác đã tập trung nhiều nguồn lực hơn vào lĩnh vực tăng cường hệ thống và điều phối chương trình (43% tổng chi, so với 28% trong năm 2011), trong khi giảm chi tiêu cho dự phòng (36%, giảm từ 48% năm 2011). Các nguồn quốc tế khác (chủ yếu là các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận) cũng mở rộng chi cho việc tăng cường hệ thống và điều phối chương trình lên đến 45% (tăng từ 17% năm 2011), đồng thời cắt giảm chi tiêu cho chăm sóc và điều trị xuống 29% (từ 61% trong năm 2011).



Biểu đồ 14: *Phân bổ chi tiêu theo nguồn tài chính và hạng mục chi tiêu về AIDS, 2012*

[41]Phân tích này chỉ sử dụng số liệu chi tiêu kiểm chứng được tại cấp đơn vị cung cấp dịch vụ

Biểu đồ 15 minh họa chi tiết tỷ trọng của các nguồn tài chính khác nhau trong việc tài trợ cho hai lĩnh vực dự phòng và chăm sóc và điều trị. Viện trợ quốc tế vẫn là nguồn tài chính chủ yếu cho cả dự phòng, và điều trị và chăm sóc, nhưng tỷ trọng của các nguồn quốc tế đã giảm một chút so với năm 2011. Các tổ chức quốc tế cung cấp 72% tổng nguồn lực cho dự phòng (giảm từ 79% trong năm 2011) và 86% tổng nguồn lực cho điều trị và chăm sóc (giảm từ 89% trong năm 2011). Ngân sách của Chính phủ chi trả 28% chi phí dự phòng và 14% chi phí điều trị và chăm sóc.



Biểu đồ 15: *Chi tiêu cho dự phòng và chăm sóc và điều trị phân theo các nguồn tài chính, 2012*

DANH SÁCH CÁC ĐỐI TÁC ĐÓNG GÓP SỐ LIỆU CHO CUỘC KHẢO SÁT

Các tổ chức song phương

1. Cơ quan phát triển quốc tế Australia (AusAid)
2. Cơ quan phát triển quốc tế Canada (CIDA)
3. Mạng lưới Điều trị đoàn kết trong bệnh viện (Esther)
4. Irish Aid
5. Kế hoạch cứu trợ AIDS khẩn cấp của Tổng thống (PEPFAR)
6. Cơ quan phát triển quốc tế Thụy Điển (Sida)

Các tổ chức đa phương

1. Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB)
2. Tổ chức Liên hợp quốc về phụ nữ và công bằng giới (UN Women)
3. Tổ chức Giáo dục và KHoa Học và Văn hóa, Liên Hợp Quốc (UNESCO)
4. Quĩ dân số liên hợp quốc (UNFPA)
5. Quĩ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF)
6. Quĩ phòng chống ma túy và tội phạm liên hợp quốc (UNODC)
7. Chương trình phối hợp phòng chống AIDS Liên hợp Quốc (UNAIDS)
8. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

Các tổ chức và quỹ phi lợi nhuận quốc tế

1. Care International
2. Clinton Health Access Initiative (CHAI)
3. Catholic Relief Services (CRS)
4. Medical Committee Netherlands-Vietnam (MCNV)
5. Nordic Assistance to Vietnam (NAV)
6. Pact
7. Pathfinder
8. Population Service International (PSI)

Các cơ quan nhà nước

1. Ban quản lý dự án trung ương Dự án Phòng chống HIV cho Thanh niên do ADB tài trợ (BYT)
2. Ban quản lý dự án trung ương Dự án Life-Gap (BYT)
3. Ban quản lý dự án trung ương Dự án Quĩ toàn cầu (BYT)
4. Ban quản lý dự án trung ương Dự án HIV/AIDS do WB/DFID tài trợ (BYT)
5. Ban quản lý dự án trung ương Dự án HIV/AIDS vùng Châu Á (HAARP), (BYT)
6. Cục phòng chống tệ nạn xã hội Bộ LĐTBXH
7. Ủy ban AIDS TP HCM
8. Trường Y tế công cộng Hà Nội, BYT
9. Viện Pasteur Nha Trang, BYT
10. Cục phòng chống HIV/ AIDS (VAAC)
11. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS An Giang
12. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bà Rịa Vũng Tàu
13. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bắc Kạn
14. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bắc Giang
15. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bạc Liêu
16. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bắc Ninh
17. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bến Tre
18. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bình Định
19. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bình Dương
20. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bình Phước
21. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Bình Thuận
22. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Cà Mau
23. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Cần Thơ
24. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Cao Bằng
25. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Đà Nẵng
26. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Đắc Lắc
27. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Đắc Nông
28. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Điện Biên
29. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Đồng Nai
30. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Đồng Tháp

31. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Giang
32. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Nam
33. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Nội
34. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Tĩnh
35. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hải Dương
36. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng
37. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hậu Giang
38. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hòa Bình
39. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hưng Yên
40. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Khánh Hòa
41. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Kiên Giang
42. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Kon Tum
43. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Lai Châu
44. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Lâm Đồng
45. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Lạng Sơn
46. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Lào Cai
47. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Long An
48. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Nam Định
49. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Nghệ An
50. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Ninh Bình
51. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Ninh Thuận
52. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Phú Thọ
53. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Phú Yên
54. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Quảng Bình
55. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Quảng Nam
56. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Quảng Ngãi
57. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Quảng Ninh
58. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Quảng Trị
59. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Sóc Trăng
60. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Sơn La

61. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Tây Ninh
62. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Thái Bình
63. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Thái Nguyên
64. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Thanh Hóa
65. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Thừa Thiên Huế
66. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Tiền Giang
67. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Trà Vinh
68. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Tuyên Quang
69. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Vĩnh Long
70. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Vĩnh Phuc
71. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Yên Bái

CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS VIỆT NAM
135/3 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam
Tel: (84-4) 3 736 7128 * Fax: (84-4) 3 846 5732
E-mail: aidsmoh@vaac.gov.vn
www.vaac.gov.vn

Hỗ trợ bởi
UNAIDS