# Tối ưu hóa đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở Việt Nam:

## Chiến lược đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030

Tháng 10, 2014

# **Tối ưu hóa đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở Việt Nam:**

Chiến lược đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030

Tháng 10, 2014

## Tóm tắt nội dung chính

- Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt được rất nhiều thành tựu trong phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, HIV/AIDS vẫn là vấn đề sức khỏe quan trọng và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm.
- Hỗ trợ quốc tế cho phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đang giảm nhanh chóng. Nếu Việt Nam không có giải pháp mạnh mẽ và kịp thời để sớm tăng nhanh đầu tư trong nước cho phòng, chống HIV/AIDS thì số người nhiễm HIV mới và số tử vong do AIDS ở Việt Nam sẽ tăng mạnh và nguồn lực cần có để đáp ứng với tình huống đó trong tương lai sẽ rất lớn. Các nhà tài trợ quốc tế cần chuyển giao từng bước, có lộ trình, với tinh thần trách nhiệm cao các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS mà họ đang hỗ trợ sang sử dụng nguồn lực trong nước.
- Việt Nam hướng đến kết thúc dịch AIDS vào năm 2030, điều này có nghĩa là phải giảm số nhiễm mới HIV và số tử vong do AIDS hàng năm xuống đến mức HIV/AIDS không còn là một mối nguy lớn về sức khỏe cho bất cứ một nhóm dân nào.
- Chiến lược đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS được xây dựng nhằm xác định các vấn đề ưu tiên và các giải pháp để nâng cao hiệu quả, hiệu suất và tính bền vững của chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia.
- Các vấn đề ưu tiên:
    1. Mở rộng hơn nữa độ bao phủ của các dịch vụ can thiệp giảm hại toàn diện và dựa vào bằng chứng, tập trung vào các nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV.
    2. Mở rộng xét nghiệm, phát hiện và tăng cường điều trị HIV, đặc biệt là điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao.
    3. Tập trung nguồn lực vào các nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV và các địa bàn trọng điểm về dịch HIV/AIDS.
    4. Bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt là tăng cường đầu tư từ ngân sách nhà nước và vai trò của bảo hiểm y tế.
    5. Tăng cường lồng ghép và phân cấp các mạng lưới cung ứng dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, trong đó có tăng cường năng lực của hệ thống y tế.
    6. Cung ứng đầy đủ và kịp thời các loại thuốc ARV, methadone, hóa chất, sinh phẩm phục vụ phòng, chống HIV/AIDS.
- Thực hiện được các ưu tiên nói trên sẽ đưa Việt Nam đi đúng hướng để "Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030".

# I. Giới thiệu

Công cuộc phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đang đứng trước một bước ngoặt lớn. Trải qua gần 25 năm triển khai phòng, chống HIV/AIDS, Việt Nam đã đạt được các thành tựu quan trọng trong việc khống chế và từng bước giảm mức độ gia tăng số trường hợp nhiễm HIV, giảm số tử vong liên quan đến HIV/AIDS, từng bước mở rộng các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phần lớn các địa bàn trọng điểm HIV/AIDS. Các thành tựu đạt được là do trong thời gian qua có sự quan tâm chỉ đạo, đầu tư của Nhà nước, sự phối hợp hiệu quả đa ngành, huy động được sự tham gia của cộng đồng và các tổ chức xã hội trong hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và đặc biệt là có sự hỗ trợ với tỷ lệ lớn về tài chính và kỹ thuật của các đối tác quốc tế cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

Tuy nhiên, Việt Nam đang đối mặt với những thách thức rất lớn về sự bền vững của chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Các nhà tài trợ đang cắt, giảm nguồn lực đầu tư, nguồn lực trong nước còn hạn chế. Trong khi đó tình hình dịch HIV/AIDS vẫn còn diễn biến phức tạp, lũy tích số trường hợp nhiễm HIV và tử vong liên quan đến HIV/AIDS tiếp tục gia tăng, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV diễn biến phức tạp, khó can thiệp, sự kỳ thị đối với nhiễm HIV vẫn còn lớn, mức độ bao phủ của các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS vẫn còn hạn chế… Việt Nam có thể đánh mất các thành tựu đã đạt được và có nguy cơ dịch HIV/AIDS gia tăng trở lại nếu không tăng nhanh mức đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS trong những năm sắp tới.

Mặc dù gặp rất nhiều khó khăn, nhưng Việt Nam quyết tâm thực hiện được các mục tiêu trong Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030. Đây là những mục tiêu nhất quán với các cam kết toàn cầu về HIV/AIDS của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc đặt ra năm 2011. Việt Nam cũng hưởng ứng mục tiêu mới nhất do UNAIDS đề xuất "Mục tiêu 90-90-90" vào năm 2020 (90% số người nhiễm HIV trong cộng đồng biết tình trạng nhiễm HIV; 90% số người nhiễm HIV được chẩn đoán được điều trị ARV; 90% số người được điều trị ARV có tải lượng vi-rút ổn định ở mức thấp, ít có khả năng lây nhiễm HIV cho người khác); từ đó, hướng tới "Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030"[1].

Đứng trước những thách thức lớn về hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, nhưng với quyết tâm hưởng ứng các mục tiêu toàn cầu,Việt Nam xây dựng Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS nhằm đưa ra các giải pháp tối ưu đáp ứng dịch HIV/AIDS. Chiến lược đầu tư phân tích tình hình dịch HIV/AIDS và khả năng đáp ứng với dịch HIV/AIDS trong các bối cảnh khác nhau, xây dựng các kịch bản đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS và phân tích tác động của những kịch bản này, và cuối cùng đưa ra một số khuyến nghị và hành động ưu tiên để tăng hiệu quả và hiệu suất của chương trình phòng chống HIV/AIDS, hướng tới thực hiện mục tiêu toàn cầu về Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030.

1. Điều này đồng nghĩa với việc giảm số ca nhiễm HIV mới và số người tử vong do AIDS xuống đến mức HIV/AIDS không còn là một nguy cơ lớn cho bất cứ một nhóm dân cư nào.

## II. Phương pháp xây dựng Khung chiến lược đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS

### *Cách tiếp cận về đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS*

Đáp ứng với dịch HIV/AIDS trên phạm vi toàn cầu đã đạt được những bước tiến lớn trong thời gian qua, nhưng cũng đang đứng trước thách thức về giảm sút nguồn lực. Đầu tư hiệu quả hơn, với hiệu suất cao hơn và bền vững hơn cho đáp ứng dịch trên phạm vi toàn cầu vì thế đã trở nên một nhu cầu cấp bách[2]. Năm 2011, các tổ chức trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS toàn cầu[3] đã đề xuất xây dựng "Khung đầu tư" áp dụng cho các quốc gia, coi đây là một giải pháp để giải quyết các thách thức về thiếu hụt nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS.[4] Cách tiếp cận này khuyến khích đầu tư có trọng tâm, hiệu quả và sắp xếp ưu tiên các hoạt động phòng chống HIV/AIDS dựa trên các bằng chứng tốt nhất và các can thiệp có hiệu quả tại mỗi quốc gia. Quan điểm chính của phương pháp này là đầu tư hiệu quả sẽ tạo ra hiệu suất cao hơn, đầu tư hiệu quả, thu lại được lợi ích cả về sức khỏe, xã hội và kinh tế.

Tiêu chí đánh giá đầu tư hiệu quả trong công tác phòng chống HIV/AIDS là số người được dự phòng không bị lây nhiễm HIV, đảm bảo sức khỏe cho người dân, tạo ra sản phẩm cho xã hội và các lợi ích về kinh tế xã hội thu được. Ngoài ra việc mở rộng độ bao phủ của các can thiệp cũng cần phải cải thiện chất lượng và giảm giá thành dịch vụ trong những vòng đầu tư tiếp theo. Sau cùng, cách tiếp cận đầu tư được xây dựng dựa trên các nguyên tắc về quyền con người, sự tham gia và trách nhiệm của các bên liên quan và đảm bảo công bằng công bằng khi tiếp cận các dịch vụ về HIV/AIDS.

### *Xây dựng Chiến lược đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam*

Cách tiếp cận các giải pháp ưu tiên đầu tư có thể tạo ra tác động lớn và giúp xây dựng các chiến lược đầu tư phù hợp trong điều kiện cụ thể của từng quốc gia. Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS giúp sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả hơn về chi phí, với hiệu suất cao hơn. Từ cách tiếp cận về đầu tư, UNAIDS đề xuất bốn bước để xây dựng một chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS:[5]




Hiểu thực trạng và các vấn đề ưu tiên

Xác định giải pháp, chú trọng vào các vấn đề ưu tiên

Mở rộng can thiệp đúng cách và đến mức cần thiết

Duy trì bền vững để tạo tác động

2. Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS). *Đầu tư thông minh*. 2013.
3. Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS); Viện Tương lai (Futures Institute), Trường Y tế công cộng và Trường kinh doanh thuộc Đại học Hoàng gia Luân Đôn; Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét; Liên hiệp quốc tế các tổ chức về điều trị bệnh; Trung tâm nghiên cứu lâm sàng quốc tế, Ban y tế toàn cầu, Đại học Washington; Chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia, Braxin; Văn phòng Điều phối viên AIDS toàn cầu của chương trình PEPFAR; Quỹ Bill & Melinda Gates; UNICEF; Chương trình chăm sóc y tế chiến lược, Bộ Y tế, Nam Phi; Chương trình toàn cầu về HIV/AIDS, Y tế, Dinh dưỡng, và Dân số của Ngân hàng thế giới; Tổ chức y tế thế giới; Viện y học nhiệt đới, Vương quốc Bỉ; Cơ quan phòng, chống dịch bệnh Hoa Kỳ; Hiệp hội phòng chống AIDS quốc tế; Tổ chức sức khỏe gia đình quốc tế; Đại học khu vực Hồ Lớn thuộc Kisumu; Hội đồng phòng chống AIDS quốc gia, Kenya; Trung tâm phát triển toàn cầu; Quỹ Clinton.
4. Schwartländer, Bernhard et al. *Hướng tới cách tiếp cận về đầu tư để đáp ứng hiệu quả hơn với HIV/AIDS*. Tạp chí The Lancet, Tập 377, Số 9782. 2011.
5. UNAIDS. *Đầu tư cho kết quả. Kết quả về con người. Một công cụ đầu tư lấy con người làm trọng tâm để tiến tới kết thúc dịch AIDS*. 2012.

Bốn bước này giúp xác định các nhóm quần thể cần được tiếp cận, các chương trình can thiệp cơ bản cần cho những nhóm này, và những tác nhân về mặt chương trình và xã hội để giúp triển khai thực hiện được các chương trình can thiệp cơ bản.

Sản phẩm của quá trình này là một chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS dựa trên các thực hành tốt của quốc tế và các bằng chứng của quốc gia, nhằm giải quyết một cách hiệu quả và bền vững các vấn đề cấp bách nhất trong đáp ứng với HIV của quốc gia.

Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS) chủ trì xây dựng Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam bắt đầu từ tháng 4/2014. Một Ban điều hành việc xây dựng Chiến lược đầu tư đã được thành lập, gồm đại diện Bộ Y tế, Liên hiệp các hôi khoa học Việt Nam (VUSTA) và các đối tác quốc tế tham gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam. Một Nhóm kỹ thuật quốc gia được thành lập để thu thập các thông tin, bằng chứng cần thiết và tiến hành phân tích trên mô hình phân tích dịch AIDS ở châu Á (AEM) để phục vụ việc xây dựng chiến lược đầu tư, dưới sự chỉ đạo của Ban điều hành (Phụ lục 1). Đại diện các mạng lưới của người nhiễm HIV, mạng lưới của những người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV và các tổ chức xã hội đã tham gia góp ý cho việc xây dựng chiến lược đầu tư. Dự thảo chiến lược đầu tư cũng được tổ chức họp lấy ý kiến đóng góp với các bộ, ngành, địa phương liên quan.

Quá trình xây dựng chiến lược đầu tư khởi đầu bằng việc phân tích các số liệu hiện có của quốc gia và quốc tế về tình hình dịch HIV cũng như đáp ứng với dịch ở Việt Nam, đồng thời thu thập các thực hành tốt của quốc tế về các can thiệp hiệu quả. Các số liệu và bằng chứng này bao gồm Phân tích chi tiêu quốc gia cho phòng chống AIDS (NASA); Điều tra sinh học kết hợp hành vi về HIV/AIDS (IBBS); Giám sát trọng điểm về HIV/AIDS (HSS) và Giám sát trọng điểm HIV có lồng ghép giám sát hành vi (HSS+); Ước tính và dự báo quốc gia về HIV (EPP); số liệu về độ bao phủ của các can thiệp có hiệu quả; thông tin về đánh giá các dự án và chương trình phòng chống HIV/AIDS; và các nghiên cứu liên quan (Phụ lục 2).

Phần lớn các số liệu và bằng chứng nêu trên được sử dụng làm đầu vào cho việc phân tích trên mô hình toán học về dịch AIDS (AEM)[6]. Mô hình AEM sử dụng các dữ liệu hiện có để đưa ra một bức tranh tổng thể về dịch HIV và giúp các nhà lập chính sách ước tính các tác động trong tương lai của các mức độ can thiệp và chính sách dự kiến, cũng như mức độ đầu tư cần thiết cho từng lựa chọn khác nhau. Nhóm kỹ thuật chịu trách nhiệm thu thập các thông tin, số liệu về dịch tễ học, hành vi và chương trình can thiệp cũng như thông tin về các chi phí đơn vị ước tính của các can thiệp hiện có; tổ chức 3 hội thảo chuyên đề để xây dựng, kiểm tra và phân tích một loạt các tình huống đầu tư khác nhau cho phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam (Phụ lục 3).

Bên cạnh việc sử dụng mô hình AEM, Nhóm kỹ thuật cũng tiến hành phân tích các bằng chứng hiện có, thu thập và xử lý các thông tin do các đối tác chia sẻ, trình Ban điều hành quyết định. Lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS chủ trì hai hội thảo tham vấn với các tổ chức xã hội ở miền Bắc và miền Nam để lấy ý kiến của người nhiễm HIV, người tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), cũng như những người làm việc nhiều với cộng đồng thuộc các tổ chức xã hội. Cộng đồng đã nêu ý kiến về các vấn đề ưu tiên trong đáp ứng với dịch HIV trong thời gian tới, đặc biệt là ý kiến về cách thức để đảm bảo người nhiễm HIV và những người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV có thể tiếp cận được tới các dịch vụ về dự phòng và điều trị HIV mà

6. Tìm hiểu thêm thông tin về mô hình AEM tại: Nalyn Siripong, Wiwat Peerapatanapokin, Robert Puckett và Tim Brown. *Đánh giá tác động của chương trình phòng, chống HIV bằng phần mềm Mô hình hóa dịch AIDS (AEM). Hướng dẫn sử dụng bộ công cụ và các bảng tính của AEM*. Chương trình nghiên cứu của Trung tâm Đông - Tây. 21 tháng 8, 2013

họ cần. Nhóm kỹ thuật đã thực hiện phân tích trên AEM về những tác động trong tương lai của các tình huống đầu tư khác nhau để đưa ra khuyến nghị cuối cùng.

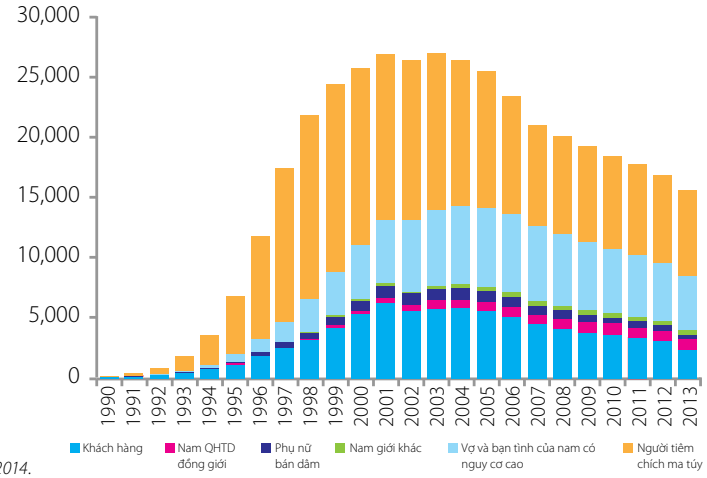
Ban điều hành đã sử dụng những bằng chứng và khuyến nghị của Nhóm kỹ thuật, các cơ quan liên quan, cộng đồng và các tổ chức xã hội để đưa ra quyết định cuối cùng về các ưu tiên và tình huống đầu tư cho Chiến lược đầu tư. Những ưu tiên này tập trung vào các can thiệp sẽ mang lại tác động lớn nhất đối với đáp ứng dịch. Những ưu tiên này cũng tập trung vào các giải pháp nhằm giảm chi phí và tăng hiệu suất cho chương trình phòng chống HIV/AIDS, nhằm bảo đảm sự bền vững của các can thiệp nói trên.

## III. Thực trạng đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở Việt Nam: Thành tựu và thách thức

Phân tích Mô hình dịch AIDS (AEM) cho thấy năm 2013 ước tính Việt Nam có 256.000 người nhiễm HIV[7]. Dịch đang tập trung chủ yếu trong các nhóm nguy cơ cao, gồm: Người tiêm chích ma túy, nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và nhóm phụ nữ bán dâm (Biểu đồ 1). Ngoài ra, cũng có một số đáng kể các ca nhiễm mới đang xảy ra trong các quan hệ bạn tình lâu dài[8]. Đa số các ca nhiễm mới năm 2013 là ở nhóm nam giới tiêm chích ma túy có dùng chung bơm kim tiêm và nam giới có hành vi nguy cơ cao (45%) và vợ/bạn tình thường xuyên của họ (28%) (Biểu đồ 2)[9].

Năm 2013, Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy là 10,3%; trong nhóm phụ nữ bán dâm là 2,6%; và trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới là 3,7%[10]. Những nhóm này chủ yếu tập trung tại các khu đô thị lớn và các tỉnh miền núi phía Bắc. Tỷ lệ nhiễm HIV ở các khu vực có sự khác nhau, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh ước tính lên đến 16%[11] trong khi tỷ lệ này ở các tỉnh khác dưới 2%[12].

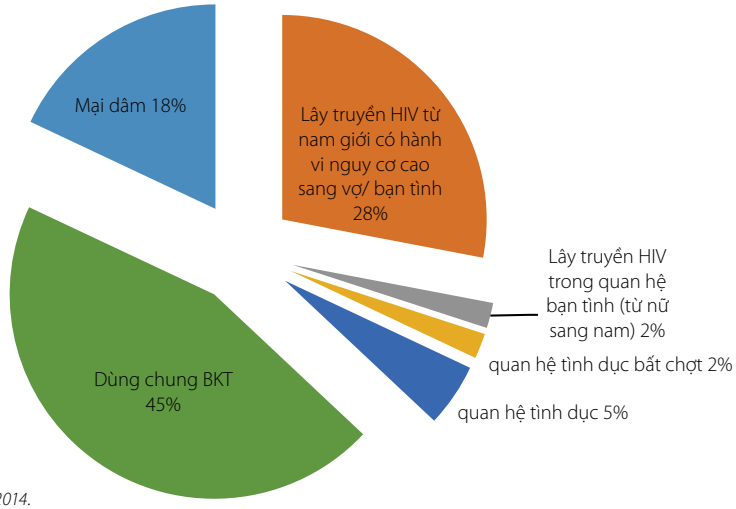
**Biểu đồ 1: Phân bổ số ca nhiễm HIV mới theo nhóm nguy cơ**




*Nguồn: Mô hình AEM ở Việt Nam, 2014.*

7. Nhóm ước tính và dự báo dịch HIV, Bộ Y tế. *Kết quả sơ bộ ước tính và dự báo dịch HIV ở Việt Nam năm 2013*. 2013
8. Thuật ngữ "lây truyền HIV trong các mối quan hệ bạn tình lâu dài" được dùng để chỉ việc lây truyền HIV từ nam giới tiêm chích ma túy, nam giới có quan hệ tình dục đồng giới hoặc nam giới mua dâm sang vợ của họ. (UNAIDS, 2009).
9. Cục phòng chống HIV/AIDS. Mô hình về dịch AIDS ở Việt Nam. 2014.
10. Giám sát trọng điểm về HIV năm 2013. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
11. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
12. Nhóm ước tính và dự báo dịch HIV, Bộ Y tế. *Kết quả sơ bộ ước tính và dự báo dịch HIV ở Việt Nam năm 2013*. 2013. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014

**Biểu đồ 2: Phân bổ số nhiễm mới HIV theo đường lây**




*Nguồn: Mô hình AEM ở Việt Nam, 2014.*

### *Thành tựu*

Việt Nam đã đạt được những thành tựu quan trọng sau gần 25 năm phòng, chống HIV/AIDS. Ủy ban Quốc gia về phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm đã được thành lập, do Phó Thủ tướng Chính phủ làm Trưởng Ban, với sự tham gia của lãnh đạo các bộ, ngành liên quan và các tổ chức quần chúng và xã hội. Ủy ban quốc gia tổ chức các cuộc họp định kỳ dưới sự chủ trì của Phó Thủ tướng Chính phủ để thảo luận và định hướng cho việc ra các quyết sách về phòng chống HIV/AIDS cũng như giám sát việc thực hiện Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS. Chỉ thị 54 của Ban chấp hành trung ương Đảng cộng sản Việt Nam về "Tăng cường lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới" là nền tảng quan trọng về định hướng chính sách cho việc phối hợp liên ngành trong cung cấp các dịch vụ về HIV và bảo vệ các quyền của người nhiễm HIV. Trên cơ sở này, Việt Nam đã xây dựng được Luật phòng chống HIV/AIDS; Chiến lược phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020, tầm nhìn 2030; Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015; và một loạt các nghị định, thông tư và các hướng dẫn kỹ thuật để thực hiện chương trình phòng chống HIV/AIDS. Dưới sự chỉ đạo của Ủy ban quốc gia và với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã chỉ đạo Trung tâm Phòng chống AIDS các tỉnh, thành phố trực thuộc TW, phối hợp với các cơ quan, tổ chức có liên quan triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS từ trung ương đến các địa phương.

Dưới sự lãnh đạo sát sao của Chính phủ, Việt Nam đã đạt được những bước tiến quan trọng trong việc từng bước đẩy lùi dịch HIV/AIDS. Số ca nhiễm mới được báo cáo hằng năm đã giảm nhanh trong giai đoạn từ 2007 đến nay, và giữ ổn định ở mức khoảng 14.000 ca nhiễm mới mỗi năm kể từ 2010[13]. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy đã giảm đáng kể nhờ những hoạt động can thiệp giảm hại[14]. Đến cuối năm 2013, có tới 97,3% số người tiêm chích ma túy được hỏi cho biết họ có sử dụng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích gần nhất. Ngoài ra, chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone (MMT) đã được mở rộng ra 120 điểm tại 38 tỉnh, thành phố và điều trị gần 21.000 người nghiện chích ma túy.

Số ca nhiễm HIV mới trong nhóm phụ nữ bán dâm và khách mua dâm cũng đã giảm đáng kể nhờ bao cao su phát miễn phí và điều trị các bệnh lây truyền

13. Báo cáo trường hợp: Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014
14. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014

qua đường tình dục. Gần 73% số phụ nữ bán dâm được hỏi cho biết họ có nhận được bao cao su phát miễn phí trong tháng qua, và có tới 92% cho biết họ có sử dụng bao cao su với người khách gần nhất[15]. Nghiên cứu đánh giá việc mở rộng các can thiệp dự phòng HIV tại Việt Nam trong giai đoạn 2004-2009 ước tính đã giúp tránh được khoảng 2%-56% (tùy theo mức độ bao phủ chương trình) số ca nhiễm trong nhóm người nghiện chích ma túy và phụ nữ bán dâm thông qua việc phân phát bơm kim tiêm và bao cao su[16]. Các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi và phân phát bao cao su và chất bôi trơn tập trung cho nhóm MSM cũng đã được triển khai trong những năm gần đây. Năm 2013, hơn 66% người trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới được hỏi cho biết họ có dùng bao cao su trong lần gần nhất quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Và 41,2% số người tiêm chích ma túy được hỏi cho biết họ có dùng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất[17].

Dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ngày càng được cải thiện. Năm 2013, độ bao phủ của xét nghiệm HIV cho các bà mẹ mang thai tăng lên đến 49,7%. Có 1.648 trong số 2.981 bà mẹ mang thai được chẩn đoán dương tính với HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, 1.758 trẻ sơ sinh được điều trị thuốc kháng vi-rút (ARV). Độ bao phủ của dịch vụ chẩn đoán xét nghiệm cho trẻ sơ sinh đã tăng lên 68%[18].

Tình hình bệnh tật và tử vong do AIDS cũng đã giảm bớt nhờ việc mở rộng các dịch vụ xét nghiệm, điều trị và chăm sóc cho người nhiễm HIV. Độ bao phủ của chương trình điều trị kháng vi-rút (ARV) đến cuối năm 2013 đã đạt 67,7% trên tổng số người đủ tiêu chuẩn điều trị.[19] [20]

***Thách thức***

Mặc dù đã đạt được những bước tiến quan trọng trong phòng chống HIV/AIDS, dịch HIV/AIDS vẫn còn là một thách thức lớn đối với Việt Nam. HIV/AIDS hiện vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây nên gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, là một vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe cộng đồng. Bệnh AIDS vẫn tiếp tục là một trong những nguyên nhân chính gây nên tử vong sớm ở Việt Nam. Có sự chuyển dịch gia tăng HIV từ khu vực thành thị lên các khu vực vùng sâu, vùng xa. Đây là những khu vực có điều kiện kinh tế-xã hội chậm phát triển, người dân có trình hộ hiểu biết về HIV/AIDS còn hạn chế, khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS.

Độ bao phủ của các can thiệp giảm hại vẫn còn rất thấp so với mức để có thể khống chế dịch HIV/AIDS. Số liệu giám sát trọng điểm HIV có lồng ghép giám sát hành vi năm 2013 cho thấy chương trình bơm kim tiêm sạch mới chỉ bao phủ được 29% cho nhóm người tiêm chích ma túy; độ bao phủ của metha-done mới được khoảng 15% so với nhu cầu; chỉ có 51% số phụ nữ bán dâm và 42% số nam quan hệ tình dục đồng giới được hỏi cho biết họ có nhận được bao cao su phát miễn phí và biết nơi làm xét nghiệm HIV[21].

Đầu tư cho dự phòng còn hạn chế. Phân tích về chi tiêu quốc gia cho phòng, chống AIDS cho thấy trong hai năm 2011-2012, chỉ có 19,8% ngân sách dự

15. Giám sát trọng điểm HIV có lồng ghép giám sát hành vi (HSS+) và Điều tra chỉ số sinh học kết hợp với hành vi về HIV/AIDS (IBBS), 2013. Trong: Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
16. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Đánh giá tác động về dịch tễ học của các chương trình giảm tác hại về HIV ở Việt Nam*. 2011.
17. Giám sát trọng điểm về HIV có lồng ghép giám sát hành vi (HSS+) và Điều tra chỉ số sinh học kết hợp với hành vi về HIV/AIDS (IBBS), 2013. Trong: Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
18. Báo cáo thường kỳ D28 của Cục phòng chống HIV/AIDS. Trong: Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
19. Tiêu chuẩn để khởi đầu điều trị ARV là CD4 <350/mm3.
20. Báo cáo thường kỳ D28 của Cục phòng chống HIV/AIDS. Trong: Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
21. *Giám sát trọng điểm về HIV có lồng ghép giám sát hành vi (HSS+)*. 2013.

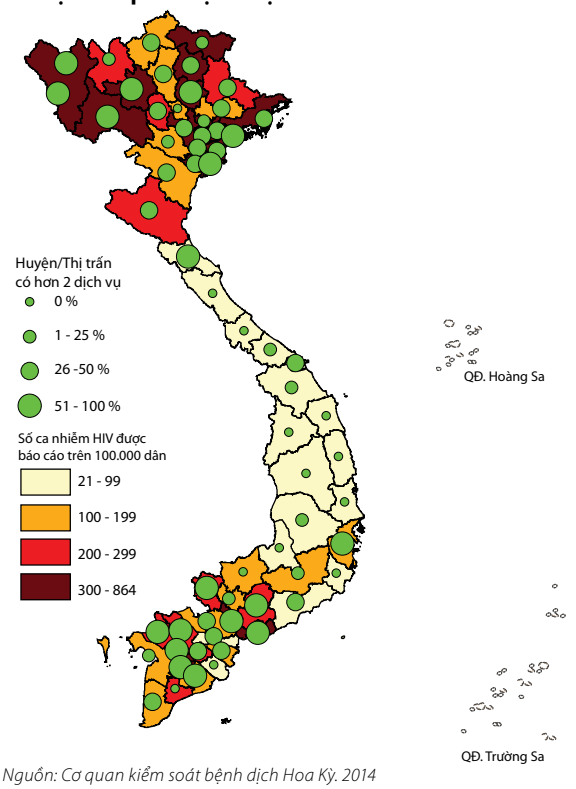
phòng chi cho các can thiệp dự phòng hướng đến nhóm người tiêm chích ma túy, 10,5% chi cho nhóm phụ nữ bán dâm, 1,4% chi cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới[22]; trong khi đó ba nhóm này chiếm tới 54% số ca nhiễm mới năm 2013[23].

Ngoài ra, 28% tổng số ca nhiễm mới hàng năm là trong nhóm các phụ nữ có quan hệ tình dục thường xuyên với những người nam giới nhiễm HIV, đặc biệt là nam giới tiêm chích ma túy, và cả những nam giới có quan hệ tình dục đồng giới và nam giới mua dâm[24]. Số liệu nghiên cứu cho thấy gần 3/4 số ca nhiễm HIV mới là trong nhóm người tiêm chích ma túy có dùng chung bơm kim tiêm, và từ những người này sang vợ/bạn tình thường xuyên của họ. Ước tính gần 54% trong tổng số phụ nữ nhiễm HIV đã bị lây nhiễm chỉ vì các hành vi nguy cơ cao của chồng/bạn tình của họ[25]. Bằng chứng cho thấy việc sử dụng bao cao su không thường xuyên của nam giới tiêm chích ma túy có thể làm gia tăng lây truyền HIV qua quan hệ vợ chồng/bạn tình. Bằng chứng cũng cho thấy tình trạng sử dụng bao cao su trong các cặp vợ chồng/bạn tình đặc biệt thất thường khi người phụ nữ không biết tình trạng nhiễm của họ[26].

Tuy vậy, lây truyền HIV trong các cặp vợ chồng/bạn tình vẫn chưa được đầu tư đúng mức để có các can thiệp dự phòng hiệu quả. Độ bao phủ của các dịch vụ HIV, tỷ lệ nhiễm, số ca nhiễm mới, và kích thước quần thể của các nhóm có nguy cơ lây nhiễm HIV cao cũng rất khác nhau giữa các vùng miền trong cả nước. Biểu đồ 3 cho thấy, các điểm cung cấp dịch vụ (như điều trị ARV tại các cơ sở điều trị ngoại trú, chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao cao su và chương trình methadone) không khớp với phân bố số nhiễm HIV trên 100.000 dân. Điều này đồng nghĩa với việc người dân ở một số vùng trọng điểm chưa tiếp cận được các dịch vụ HIV/AIDS một cách thỏa đáng. Khoảng trống giữa nhu cầu và độ bao phủ dịch vụ đặc biệt lớn tại các tỉnh miền núi phía Bắc nơi có nhiều người tiêm chích ma túy. Tại các địa phương này, không những dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS còn thiếu, mà việc tiếp cận đến các dịch vụ còn thấp do điều kiện giao thông, đi lại rất khó khăn.

Kỳ thị, tự kỳ thị và phân biệt đối xử là một rào cản lớn trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ về HIV/AIDS ở Việt Nam. Đặc biệt, những lo lắng sợ bị tiết lộ thông tin về tình trạng nhiễm vẫn đang là một thách thức lớn. Gần 30% người tham gia Nghiên cứu về chỉ số kỳ thị với HIV năm 2011 cho biết tình trạng nhiễm của họ bị tiết lộ[27].

**Biểu đồ 3: Số ca nhiễm báo cáo trên 100.000 dân và độ bao phủ dịch vụ HIV**




*Nguồn: Cơ quan kiểm soát bệnh dịch Hoa Kỳ. 2014*

22. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Phân tích chi tiêu quốc gia cho phòng chống AIDS năm 2013. 2013.*
23. Mô hình dịch AIDS ở Việt Nam 2014. Người tiêm chích ma túy: 46%, nam quan hệ tình dục đồng giới: 6%, phụ nữ bán dâm: 2%.
24. UNAIDS và UN Women. *Ước tính nguy cơ lây truyền HIV trong các quan hệ bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo các dữ liệu.* 2012.
25. UNAIDS và UN Women. *Ước tính nguy cơ lây truyền HIV trong các quan hệ bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo các dữ liệu.* 2012.
26. UNAIDS và UN Women. *Ước tính nguy cơ lây truyền HIV trong các quan hệ bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo các dữ liệu.* 2012.
27. Mạng lưới quốc gia của người nhiễm HIV (VNP+). *Nghiên cứu chỉ số kỳ thị với HIV.* 2012.

## Lắng nghe tiếng nói của người bị ảnh hưởng bởi HIV:
**Kỳ thị và phân biệt đối xử**

Kỳ thị và phân biệt đối xử là những vấn đề vẫn còn tồn tại dai dẳng đối với người nhiễm HIV và những người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Phần lớn trong số 1.642 người nhiễm HIV tham gia nghiên cứu về chỉ số kỳ thị với HIV năm 2011 cho biết họ lo ngại vì bị kỳ thị và phân biệt đối xử[28].

Tại hội thảo lấy ý kiến đóng góp của cộng đồng và các tổ chức xã hội cho Chiến lược đầu tư, đại diện người nhiễm HIV và những nhóm có nguy cơ cao đã nêu các thách thức mà họ đang gặp phải do kỳ thị và phân biệt đối xử. Không chỉ người nhiễm HIV mà cả những người có hành vi nguy cơ cao cũng đều bị kỳ thị. Nếu một người bị tiết lộ nhiễm HIV thì người ấy có nguy cơ bị gia đình, bạn bè xa lánh và khó khăn trong tìm kiếm cơ hội học hành và làm việc[29].

Nỗi lo lắng bị tiết lộ tình trạng nhiễm HIV và bị kỳ thị phân biệt đối xử là một rào cản lớn cản trở việc tiếp cận tới các dịch vụ về HIV/AIDS, trong đó có các dịch vụ giảm hại, đặc biệt là việc xét nghiệm thường xuyên và khởi đầu điều trị ARV sớm.

Việc lo ngại bị kỳ thị, phân biệt đối xử và bị tiết lộ tình trạng nhiễm ảnh hưởng đến làm xét nghiệm HIV vẫn còn hạn chế (Biểu đồ 4) và người nhiễm HIV tham gia điều trị muộn. Bên cạnh đó, kết nối giữa các gói dịch vụ HIV/AIDS còn hạn chế từ dự phòng đến xét nghiệm, từ xét nghiệm đến khởi đầu điều trị ARV . Mô hình đa bậc về chẩn đoán HIV, chăm sóc và điều trị cho thấy số người nhận dịch vụ giảm dần qua mỗi phân đoạn (Biểu đồ 5). Có nhiều bằng chứng cho thấy điều trị ARV sớm không chỉ giúp người nhiễm HIV duy trì sức khỏe và tiếp tục lao động đóng góp cho xã hội, mà còn giúp giảm tải lượng vi-rút trong máu và nhờ vậy giảm lây truyền HIV sang người khác.[30] [31]

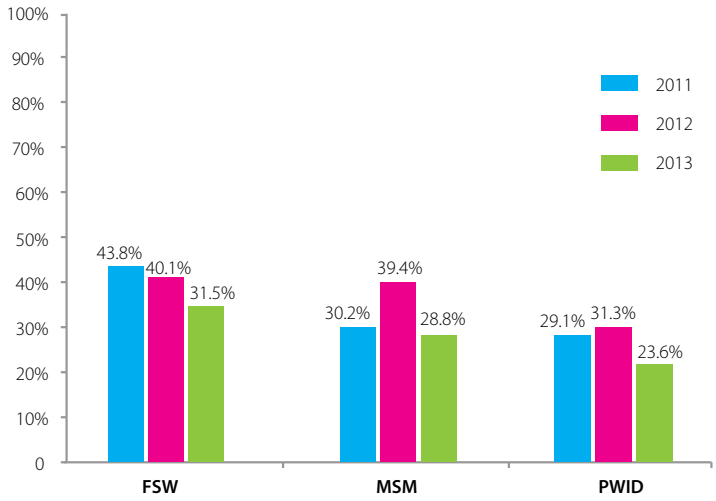
Trong những năm tới, khi số lượng người nhiễm HIV ngày càng tăng, sẽ cần nỗ lực nhiều hơn để đáp ứng nhu cầu tiếp cận điều trị. Biểu đồ 6 cho thấy khoảng cách giữa nhu cầu điều trị và độ bao phủ của chương trình ngày càng lớn, khiến việc tiếp tục mua được các loại thuốc ARV với giá rẻ hơn ngày càng trở nên quan trọng. Các loại thuốc ARV cần cho điều trị hiện chủ yếu dựa vào hỗ trợ của các tổ chức quốc tế nhưng sự hỗ trợ này đang giảm dần và dự kiến sẽ tiếp tục giảm đến khi ngừng hẳn. Tương tự như với thuốc ARV, mua sắm hiệu quả thuốc methadone cũng sẽ ảnh hưởng rất lớn đến việc tiếp tục mở rộng độ bao phủ của chương trình MMT.

Một hạn chế nữa đó là các dịch vụ HIV/AIDS chưa được lồng ghép triệt để vào hệ thống y tế công, cũng như chưa gắn kết chặt chẽ với các dịch vụ y tế khác, ví dụ như với chẩn đoán, điều trị lao, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em... Vì vậy, cơ hội để dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS đến được những người dân cũng bị giảm đi một phần.

Cuối cùng, Việt Nam còn đang đứng trước một thách thức  rất lớn, đó là việc suy giảm nguồn kinh phí do quốc tế hỗ trợ. Nguồn tài trợ nước ngoài hiện chiếm tới khoảng 75% tổng kinh phí cho đáp ứng với HIV của Việt Nam. Suy thoái kinh tế

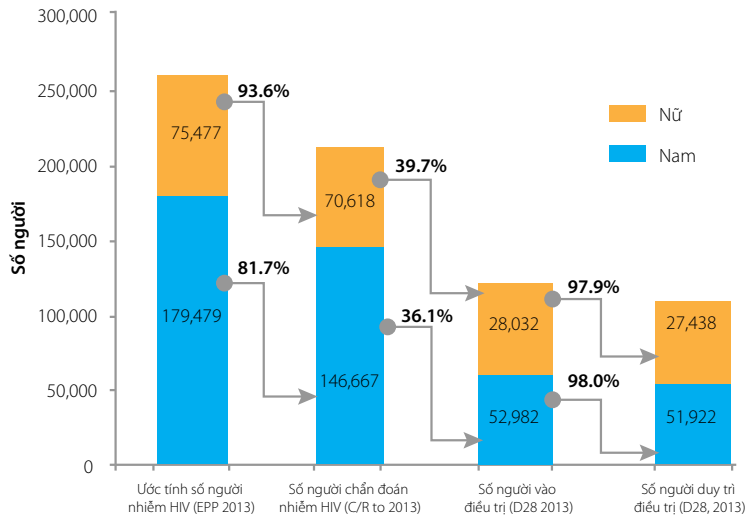
28. Mạng lưới quốc gia của người nhiễm HIV (VNP+). *Nghiên cứu chỉ số kỳ thị với HIV*. 2012.
29. Mạng lưới quốc gia của người nhiễm HIV (VNP+). *Nghiên cứu chỉ số kỳ thị với HIV*. 2012.
30. Tổ chức y tế thế giới (WHO). *Hướng dẫn đầy đủ về sử dụng thuốc kháng vi-rút để điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV: Khuyến nghị về cách tiếp cận y tế công cộng*. 2013.
31. Tổ chức y tế thế giới (WHO). *Điều trị kháng vi-rút để dự phòng lây nhiễm HIV và lao (TASP) - Cập nhật về chương trình*. 2012.

**Biểu đồ 4. Tỷ lệ những người có hành vi nguy cơ cao đi xét nghiệm và nhận kết quả trong năm**



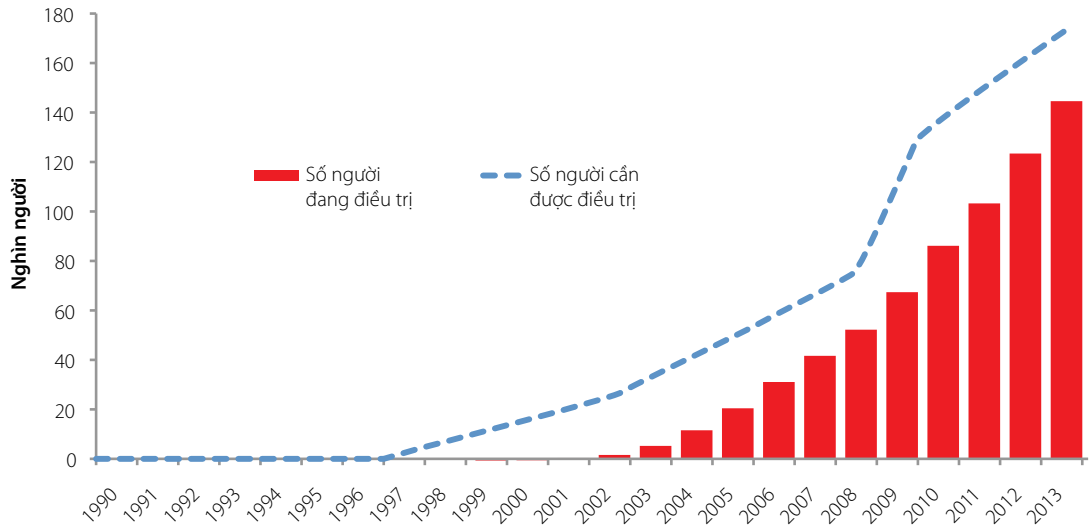

*Nguồn: Cục phòng chống HIV/AIDS*

**Biểu đồ 5. Mô hình đa bậc về chẩn đoán HIV, chăm sóc và điều trị**




*Nguồn: FHI360*

**Biểu đồ 6. Độ bao phủ của chương trình điều trị ARV**

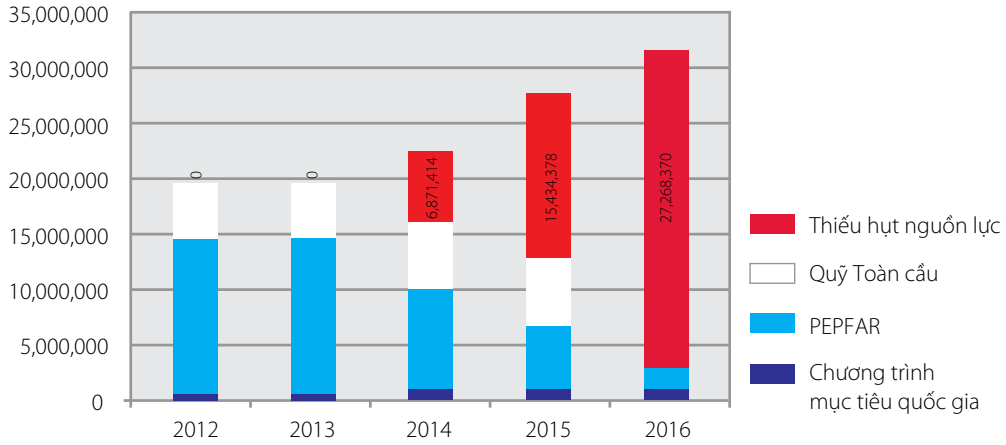



*Nguồn: Phân tích số liệu chương trình điều trị, Cục Phòng chống HIV/AIDS, 2014, Mô hình AEM ở Việt Nam, 2014*

toàn cầu và Việt Nam trở thành một quốc gia có thu nhập ở mức trung bình đã dẫn đến việc những nhà tài trợ lớn đã bắt đầu giảm tài trợ cho phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam. DFID và Ngân hàng thế giới mới đây đã kết thúc chương trình hỗ trợ dự phòng lây nhiễm HIV. PEPFAR và Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét đã thông báo sẽ giảm dần hỗ trợ tài chính cho Việt Nam. Trong tình hình này, năm 2013, Thủ tướng Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt Đề án đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020. Một trong các mục tiêu của Đề án này là phấn đấu đến năm 2015 nguồn lực trong nước đạt 50% tổng kinh phí cho chương trình phòng chống AIDS, và đến năm 2020 đạt 75%. Việt Nam hiện chưa xác định mức đầu tư từ nguồn ngân sách trong nước cho phòng chống HIV/AIDS cho giai đoạn 2016-2020. Trong khi đó kinh phí của Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đã bị cắt giảm đáng kể vào năm 2013 và 2014. Dự kiến khoảng thiếu hụt về tài chính cho phòng chống AIDS ở Việt Nam sẽ ngày càng trở nên nghiêm trọng hơn, từ 6,9 triệu đô-la năm 2014 tăng lên đến 27,3 triệu đô-la vào năm 2016 (Biểu đồ 7). Đây là một thách thức rất lớn đối với việc tiếp tục duy trì bền vững và tăng cường hơn nữa các thành tựu trong phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam trong thời gian tới.

Hiện phần lớn các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS là do các dự án tài trợ hỗ trợ, kể cả nhân lực, mô hình tổ chức hoạt động, thuốc, kinh phí hoạt động và trang thiết bị... Do đó, khi chuyển giao các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS sang sử dụng ngân sách trong nước gặp nhiều khó khăn, chủ yếu là do thiếu hụt kinh phí, thiếu nhân lực được đào tạo... Phần lớn nhân lực phòng, chống HIV/AIDS tham gia dự án trước đây không thuộc biên chế của các cơ sở y tế, trong khi đó, khi chuyển giao dịch vụ phòng chống HIV/AIDS các cơ sở y tế không được tuyển thêm cán bộ, chủ yếu sử dụng cán bộ y tế sẵn có để tiếp nhận triển khai phòng, chống HIV/AIDS. Vì vậy, thách thức về thiếu hụt nhân lực được đào tạo về HIV/AIDS khi tiếp nhận chuyển giao là rất lớn.

**Biểu đồ 7: Các cam kết về nguồn lực cho phòng chống HIV và khoảng thiếu hụt, 2012-2016**




*Nguồn: Cục phòng chống HIV/AIDS*

# IV. Các kịch bản đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam

Nhóm Kỹ thuật quốc gia, gồm các chuyên gia trong nước và quốc tế, đã thực hiện việc phân tích và dự báo trên mô hình AEM để đưa ra một bức tranh về dịch HIV ở Việt Nam, phân tích các tác động trong tương lai của nhiều tình huống đầu tư cho phòng chống AIDS ở các mức độ khác nhau (Phụ lục 3). Ban điều hành đã xem xét và lựa chọn những tình huống đầu tư tối ưu cho Việt Nam, đồng thời ra quyết định định hướng chính sách về chương trình trong Chiến lược đầu tư.

***Phân tích, so sánh các kịch bản đầu tư cho Việt Nam***

Các kịch bản được xây dựng theo ba nhóm, gồm:

1. Kịch bản cơ sở mô phỏng dịch HIV trong tương lai nếu giữ nguyên mức can thiệp và đầu tư như hiện nay. Kịch bản này được dùng để triển khai các kịch bản phụ nhằm đánh giá tác động của các can thiệp giảm hại và điều trị khi đứng riêng rẽ.

2. Kịch bản về thực hiện một được một nửa các mục tiêu trong Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 (CLQG). Kịch bản này mô phỏng dịch trong trường hợp tài chính chỉ đáp ứng để đạt một nửa các mục tiêu đề ra trong CLQG [một nửa = (độ bao phủ chương trình trong kịch bản 1 + độ bao phủ chương trình trong kich bản số 3)/2]. Kịch bản này được dùng để đánh giá tác động của việc hạn chế nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS.

3. Kịch bản về thực hiện được các mục tiêu trong Chiến lược phòng chống HIV/AIDS quốc gia đến năm 2020, tầm nhìn 2030 – mô phỏng việc mở rộng các can thiệp đến mức đạt được mục tiêu trong CLQG và cho biết tổng nhu cầu nguồn lực để mở rộng các can thiệp đạt mục tiêu trong CLQG. Kịch bản này bao gồm việc mở rộng các can thiệp giảm hại đến mức tạo ra tác động trên dịch HIV.

***Dự phòng lây nhiễm HIV và tăng hiệu quả của phòng, chống HIV/AIDS***

Dự phòng lây nhiễm HIV và giảm tử vong do AIDS là tiêu chí quan trọng để đánh giá mức độ thành công của đáp ứng với dịch HIV. Việc phân tích trên công cụ AEM tập trung xem xét các kết quả sẽ thu được với những kịch bản đầu tư khác nhau trong việc giảm lây nhiễm HIV và giảm tử vong do AIDS, cũng như những mức đầu tư cần có.

Bên cạnh việc dự báo những lợi ích về sức khỏe và con người, mô hình AEM cũng tính toán những lợi ích kinh tế sẽ thu được từ đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS. Một năm của một người sống khỏe mạnh và có lao động đóng góp cho xã hội được tính là một DALY. Về góc độ kinh tế, mỗi DALY thu được tương đương với giá trị tổng sản phẩm quốc nội (GDP) trên đầu người trong một năm, ở Việt Nam một DALY hiện tương đương với khoảng 1960 đô-la. Tránh được một ca nhiễm HIV mới ở Việt Nam giúp thu lại trung bình 27 năm sống tích cực với sức lao động tốt, hay gọi cách khác là 27 DALY – tương đương với 52.920 đô-la. Mô hình AEM tính toán mức độ chi phí hiệu quả của từng kịch bản đầu tư dựa trên số DALY sẽ thu được với một khoản đầu tư nhất định và cách thức đầu tư trong kịch bản đó[32]. Đánh giá về chi phí hiệu quả cũng dựa

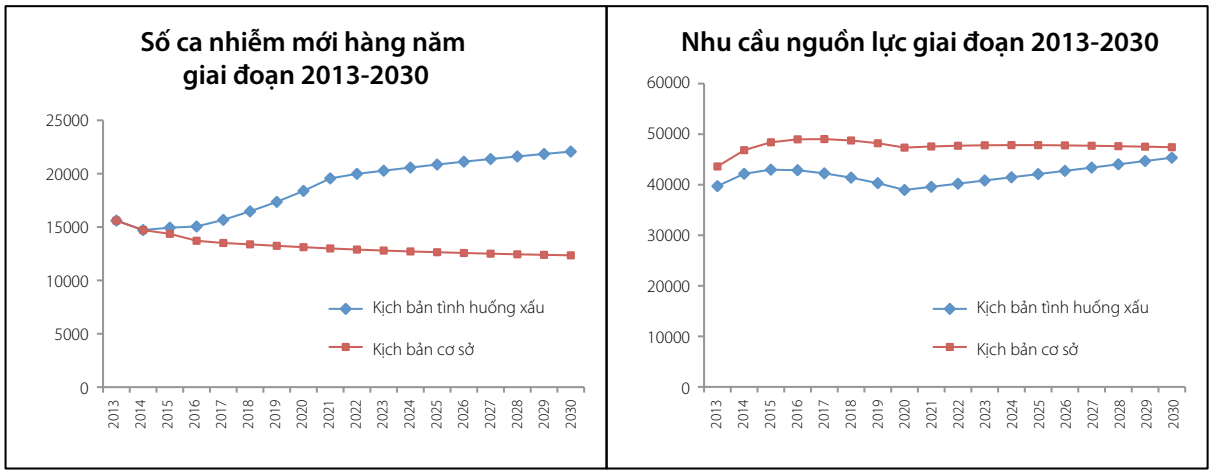
32. Trong phân tích của tài liệu này, số DALY thu được chỉ được tính toán dựa trên số ca nhiễm mới tránh được theo từng tình huống đầu tư. Phân tích này chưa tính đến số ca tử vong cứu được trong những người đã nhiễm HIV. Nâng ngưỡng khởi đầu điều trị ARV lên mức CD4 cao hơn 350 cũng sẽ giúp giảm tử vong. Vì vậy, số DALY ước tính thu được có thể chưa hoàn toàn phản ánh đúng khả năng thực.

trên khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, rằng can thiệp phòng chống HIV được coi là có chi phí rất hiệu quả khi đầu tư cho một DALY thấp hơn giá trị tổng sản phẩm quốc nội tính trên đầu người.[33]

***Kịch bản xấu nhất: Không thể đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS***

Như đã nêu trên, Việt Nam đang đứng trước thách thức về thiếu hụt ngày càng lớn trong nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS do hỗ trợ quốc tế đang giảm dần, trong khi nguồn lực trong nước chưa thể đủ để bù đắp cho những thiếu hụt đó. Kịch bản xấu cho thấy rằng nếu không tiếp tục đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS thì dịch HIV sẽ tăng nhanh chóng, với số ca nhiễm mới hàng năm vọt lên trên 20.000 ca/năm vào năm 2030.

**Biểu đồ 8: So sánh kịch bản cơ sở và kịch bản tình huống xấu: số nhiễm HIV mới và nhu cầu nguồn lực**




***Đâu là lựa chọn đầu tư tốt nhất để vừa cứu được nhiều người, vừa tạo ra nhiều DALY (năm sống khỏe mạnh và lao động đóng góp cho xã hội) và tiết kiệm được nguồn lực cần có cho phòng chống HIV/AIDS?***

Dựa vào các tiêu chí đã nêu ở phía trên, phân tích trên AEM đưa ra 5 kịch bản đầu tư đạt được tương quan tốt nhất giữa giảm tử vong, tạo ra nhiều DALY và tiết kiệm chi phí. Dưới đây là 5 kịch bản đầu tư này xếp theo thứ tự tăng dần về kinh phí đầu tư, hiệu quả và tác động:

**Kịch bản 1:** Duy trì mức bao phủ hiện tại của các can thiệp dự phòng + 80% độ bao phủ Điều trị sớm cho người nhiễm HIV thuộc nhóm nguy cơ cao (tương ứng CD4<1000) và điều trị cho những người nhiễm HIV khác ở mức CD4 < 350. Mức đầu tư cho kịch bản này tương đương kinh phí trung bình 61 triệu đô la Mỹ/năm cho cả giai đoạn 2014-2030, sẽ cho kết quả số ca nhiễm mới HIV vào năm 2020 là 7.700 ca và vào năm 2030 là 4.550 ca. **Kịch bản đầu tư này sẽ cứu được 87.177 người khỏi bị nhiễm HIV và thu được 2.371.000 DALYs, tương đương 4.647.160.000 đô-la trong cả giai đoạn 2014-2030.**

**Kịch bản 2:** Đạt một nửa mục tiêu Chiến lược quốc gia (CLQG) + Điều trị sớm – nghĩa là bổ sung thêm 80% độ bao phủ điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao và điều trị các nhóm khác ở mức CD4 < 350. Mức đầu tư cho kịch bản này tương đương kinh phí trung bình 72 triệu đô la Mỹ/năm của cả giai đoạn 2014-2030, sẽ cho kết quả số ca nhiễm mới HIV vào năm 2020 là 5.550 ca và vào năm 2030 là 2.450 ca. **Kịch bản này sẽ cứu được 118.299 người khỏi bị nhiễm**

33. Theo WHO, chi phí để triển khai can thiệp phòng chống HIV/người nếu thấp hơn GDP/người thì chi phí là vô cùng hiệu quả; nếu chi phí tương đương 1-3 lần GDP/người thì là chi phí có hiệu quả; và chi phí sẽ không hiệu quả nếu lớn hơn 3 lần GDP/người. Xem thêm tại http://www.who.int/choice/costs/CER_levels/en/

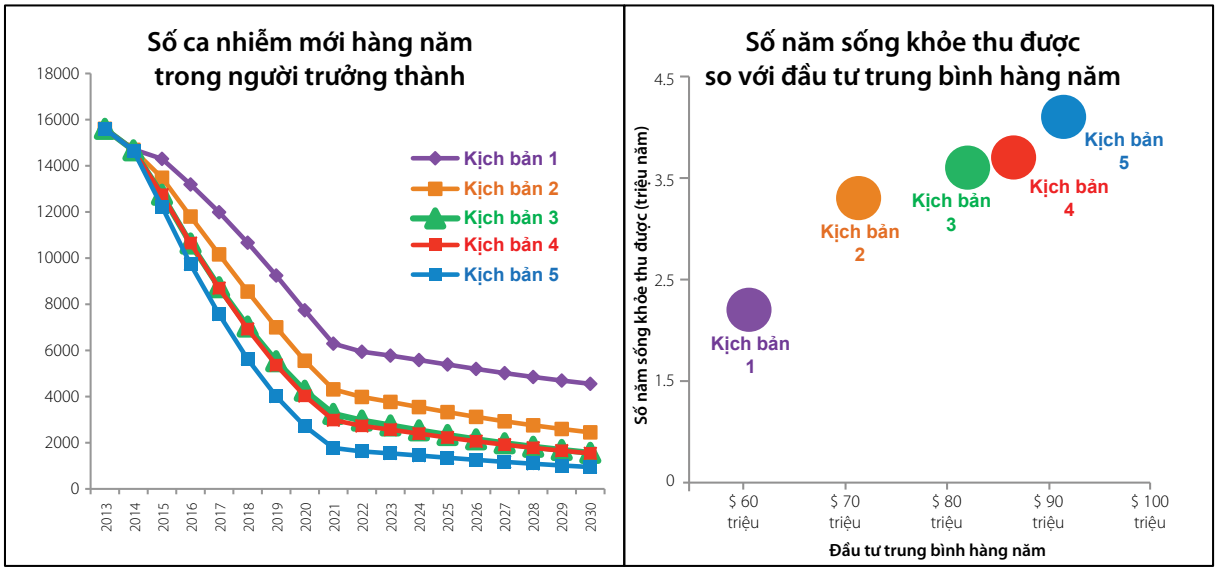
**HIV và thu được 3.218.000 DALYs tương đương 6.307.280.000 đô-la trong cả giai đoạn 2014-2030.**

**Kịch bản 3:** Mục tiêu Chiến lược Quốc gia + Điều trị sớm – nghĩa là bổ sung thêm 80% độ bao phủ điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao vào kịch bản thực hiện được các mục tiêu trong CLQG. Mức đầu tư cho kịch bản này tương đương kinh phí trung bình 83 triệu đô la Mỹ/năm của cả giai đoạn 2014-2030, sẽ cho kết quả số ca nhiễm mới HIV vào năm 2020 là 4.255 ca và vào năm 2030 là 1.560 ca. **Kịch bản này sẽ cứu được 135.665 người khỏi bị nhiễm HIV và thu được 3.690.000 DALYs tương đương 7.232.400.000 đô-la trong cả giai đoạn 2014-2030.**

**Kịch bản 4:** Mục tiêu CLQG + Điều trị sớm + CD4<500 – nghĩa là bổ sung thêm 80% độ bao phủ Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao, và 80% độ bao phủ chương trình điều trị ARV ở mức CD4/500 cho những người nhiễm HIV khác vào kịch bản thực hiện được các mục tiêu trong CLQG. Mức đầu tư kịch bản này tương đương kinh phí trung bình 88 triệu đô la Mỹ/năm của cả giai đoạn (2014-2030), sẽ cho kết quả số ca nhiễm mới HIV vào năm 2020 là 4.030 ca và vào năm 2030 là 1.540 ca. **Kịch bản này sẽ cứu được 137.385 người khỏi bị nhiễm HIV và thu được 3.737.000 DALYs tương đương 7.324.520.000 đô-la trong giai đoạn 2014-2030.**

**Kịch bản 5:** "Kết thúc dịch AIDS" – nghĩa là bổ sung thêm 80% độ bao phủ của chương trình điều trị ARV cho mọi người nhiễm HIV ở mức CD4<1000, bao phủ chương trình bơm kim tiêm đạt 65%, chương trình điều trị methadone đạt 35% cho nhóm nghiện chích ma túy và dự phòng tích cực[34] cho các cặp vợ chồng/bạn tình dị nhiễm vào kịch bản thực hiện được các mục tiêu trong CLQG. Mức đầu tư kịch bản này tương đương kinh phí trung bình 92 triệu đô-la Mỹ/năm của cả giai đoạn (2014-2030), sẽ cho kết quả số ca nhiễm mới HIV vào năm 2020 là 2.720 ca và vào năm 2030 là 950 ca (định nghĩa dưới 1.000 ca nhiễm mới HIV được xem là kết thúc HIV/AIDS). **Kịch bản này sẽ cứu được 152.583 người khỏi bị nhiễm HIV và thu được 4.150.000 DALYs tương đương 8.134.000.000 đô-la trong cả giai đoạn 2014-2030.**

**Biểu đồ 9: So sánh 5 kịch bản vềsố nhiễm mới hàng năm, số DALY thu được và mức đầu tư hang năm**




34. Bao phủ can thiệp phòng chống HIV/AIDS cho 80% vợ/bạn tình của người nhiễm HIV.

Phân tích 5 kịch bản trên đấy cho thấy biện pháp điều trị ARV sớm cho những nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV luôn có hiệu quả cao cả về giảm số ca nhiễm HIV mới và về số DALY thu được. Phân tích cũng cho thấy mở rộng độ bao phủ của các can thiệp giảm hại sẽ tăng thêm hiệu quả cho chương trình phòng chống HIV/AIDS.

***Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030***

Phân tích cho thấy rằng ***kịch bản đầu tư có tác động lớn nhất*** cả về lợi ích về sức khỏe và con người cũng như về chi phí hiệu quả tính theo số DALY thu được, là kịch bản số 5: Kết thúc dịch AIDS. Kết thúc dịch AIDS đồng nghĩa với việc bao phủ chương trình bơm kim tiêm đạt >65% và bao phủ chương trình MMT đạt >35% cho người nghiện chích ma túy, điều trị cho mọi người nhiễm HIV ở mức CD4 <1000 với độ bao phủ chương trình điều trị là >80% và dự phòng tích cực[35] cho các cặp vợ chồng/bạn tình dị nhiễm. Theo kịch bản này, nếu được đầu tư trung bình 92 triệu đô-la mỗi năm thì đến năm 2030 Việt Nam có thể kết thúc được dịch AIDS, tức là giảm số ca nhiễm mới xuống dưới 1000 ca/năm và HIV/AIDS không còn là một mối nguy lớn cho sức khỏe cộng đồng nữa.

## V. Tối ưu hóa đáp ứng với HIV để thực hiện mục tiêu quốc gia

Trước rất nhiều thách thức, để hướng tới mục tiêu kết thúc dịch AIDS vào năm 2030, Việt Nam cần tập trung ưu tiên các can thiệp hiệu quả và tạo ra tác động lớn, theo các bằng chứng sẵn có và thực hành tốt của quốc tế.

Hướng đến Kết thúc AIDS là tầm nhìn lớn, cần phải nâng cao hiệu quả tối đa đáp ứng với dịch HIV/AIDS nhằm trả lời các câu hỏi nên đầu tư vào khu vực nào, cho can thiệp nào, cho ai, và làm như thế nào để tạo được tác động lớn nhất với hiệu quả cao nhất. Những ưu tiên này được xác định dựa trên phân tích các tình huống can thiệp khác nhau bằng công cụ AEM và kết quả của các nghiên cứu khác nhau. Những bằng chứng này cho thấy rõ lợi ích của việc ưu tiên mở rộng cả các can thiệp giảm hại và điều trị ARV trong việc giảm số ca nhiễm HIV mới và giảm tử vong do AIDS tại Việt Nam.

Trong 6 ưu tiên được lựa chọn, 2 ưu tiên đầu tập trung vào các can thiệp cho người nhiễm HIV và các nhóm nguy cơ cao nhằm tăng tính hiệu quả của chương trình phòng, chống AIDS. Ưu tiên thứ ba, thứ năm và thứ sáu hướng tới việc gia tăng hiệu suất của chương trình phòng chống HIV/AIDS. Ưu tiên thứ tư hướng tới sự bền vững về tài chính, kêu gọi nâng cao đầu tư trong nước cho chương trình phòng chống AIDS. Thực hiện sáu ưu tiên này sẽ giúp Việt Nam đạt được nhiều kết quả nhất với các nguồn lực sẵn có của quốc gia và quốc tế cho phòng chống AIDS và đưa Việt Nam đi đúng hướng để có thể kết thúc dịch AIDS vào năm 2030.

### *Ưu tiên 1: Mở rộng hơn nữa mức độ bao phủ của các can thiệp giảm hại toàn diện và dựa trên bằng chứng, tập trung vào các nhóm nguy cơ cao*

***Bơm kim tiêm sạch***

Bảo đảm việc sử dụng bơm kim tiêm sạch trong tất cả các lần tiêm chích là cách duy nhất để dự phòng lây nhiễm HIV cho những người tiêm chích ma túy. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã tuyên bố có rất nhiều bằng chứng về hiệu quả của chương

35. Bao phủ 80% đối với bạn tình lâu dài của người nhiễm HIV

trình bơm kim tiêm sạch (BKT) và không có bằng chứng chứng minh việc sử dụng BKT sạch sẽ làm tăng số lần tiêm chích ở cấp độ cá nhân hay cả phạm vi xã hội rộng hơn. WHO cũng tuyên bố rằng chương trình BKT giúp tăng số người tham gia điều trị nghiện và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.[36] WHO và các tổ chức chuyên môn khác cũng nhấn mạnh rằng có những bằng chứng ở cả các nước phát triển và các nước đang phát triển cho thấy chương trình BKT không tốn nhiều chi phí so với hiệu quả thu được, nếu được thiết kế và thực hiện tốt.[37] [38]

Thực tế nhiều năm qua tại Việt Nam cho thấy việc giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy những năm gần đây một phần lớn là nhờ việc mở rộng chương trình BKT trong những năm 2000-2012. Một nghiên cứu gần đây ước tính chương trình bơm kim tiêm ở Việt Nam đã ngăn được gần 31.000 ca nhiễm HIV và cứu được hơn 16.000 năm sống[39]. Tuy nhiên, do phân phát BKT chưa đồng đều trên cả nước nên một số tỉnh, mặc dù có triển khai phát BKT miễn phí, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy vẫn còn cao. Phỏng vấn người tiêm chích ma túy tại những tỉnh này cho thấy người nghiện chích ma túy vẫn chủ yếu sử dụng BKT mua tại các nhà thuốc hay nơi bán khác.[40] Đại diện người tiêm chích ma túy cho biết người nghiện chích ma túy ở các địa phương thích sử dụng các loại bơm kim tiêm khác nhau, do đó việc phân phát bơm kim tiêm cần tìm hiểu thêm nhu cầu loại bơm kim tiêm ở mỗi tỉnh.

## Lắng nghe tiếng nói của người trong cuộc:

**Chúng tôi cần dụng cụ tiêm chích phù hợp và vào đúng lúc cần dùng để giữ cho mình khỏi bị nhiễm HIV**

Đại diện người tiêm chích ma túy dự cuộc họp đóng góp ý kiến cho Chiến lược đầu tư giải thích rằng hầu hết các BKT phát miễn phí có chất lượng tốt, tuy nhiên có loại không dùng được hết lượng ma túy trong liều dùng. Vì thế, một số người thích loại BKT đầu đỏ ít khoảng chết có bán tại một số nhà thuốc hơn. Những ý kiến này cũng trùng với phát hiện của đánh giá kết thúc dự án DFID/Ngân hàng thế giới, cho thấy các BKT ít khoảng chết làm giảm lượng máu bị hút ngược vào bên trong xy-lanh trước khi tiêm ma túy vào mạch máu, và vì thế giảm nguy cơ lây truyền HIV nếu có hành vi dùng chung BKT.[41]

Thực tế này giải thích thêm phát hiện giữa các điều tra về hành vi và số liệu chương trình. Ví dụ, những người tiêm chích ma túy tham gia thảo luận nhóm trong khuôn khổ đánh giá kết thúc dự án của DFID/Ngân hàng thế giới cho biết họ vẫn tự bỏ tiền mua hơn một nửa số BKT cần dùng dù có BKT phát miễn phí.[42]

Kênh phân phối BKT qua nhà thuốc cũng ảnh hưởng đến việc tiếp cận của những người tiêm chích ma túy do nhà thuốc thường đóng cửa lúc 9 giờ tối. Vì thế nếu tiêm chích ma túy vào đêm khuya hay sáng sớm thì

36. Tổ chức y tế thế giới (WHO). *Hiệu quả của chương trình bơm kim tiêm sạch trong việc giảm HIV/AIDS trong những người tiêm chích ma túy*. 2004.
37. Tổ chức y tế thế giới (WHO). *Hiệu quả của chương trình bơm kim tiêm sạch trong việc giảm HIV/AIDS trong những người tiêm chích ma túy*. 2004.
38. Nguyen, Trang Quynh và cộng sự. *Chương trình trao đổi bơm kim tiêm ở Mỹ: Đánh giá kinh tế cấp quốc gia về gia tăng đầu tư trên lý thuyết*. 2014.
39. Đánh giá một trong những dự án phòng chống HIV lớn nhất của Việt Nam ước tính hoạt động phân phát bơm kim tiêm giúp 30.957 người tránh khỏi bị nhiễm HIV và 872 người khỏi tử vong liên quan đến HIV. Tác động về xã hội của chương trình phân phát bơm kim tiêm hoạt động tại 21 tỉnh thành trọng điểm về dịch và kết thúc năm 2013 này ước tính thu được 16.395 DALYs. Những năm sống khỏe mạnh và có đóng góp cho xã hội này có thể đã bị mất do tình trạng bệnh tật, tàn phế hay tử vong sớm nếu những người TCMT không được nhận bơm kim tiêm từ dự án này.
40. Zhang, Lei và cộng sự. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013.
41. Xem thêm: *Tất cả những điều bạn muốn biết về bơm kim tiêm nhưng sợ không dám hỏi tại* http://harmdeduction.wordpress.com/2010/08/09/all-you-wanted-to-know-about-needles-but-were-afraid-to-ask/ (2010) công bố ngày 11/7/ 2014.
42. Zhang, Lei và cộng sự. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013.



người tiêm chích ma túy có xu hướng dùng chung BKT. Các giáo dục viên đồng đẳng có phát BKT ngoài giờ, nhưng các cán bộ quản lý chương trình cho rằng việc phân phát BKT qua mạng lưới này rất tốn tiền và sẽ khó duy trì nếu không có hỗ trợ quốc tế.

Đại diện cộng đồng và các tổ chức xã hội tham dự cuộc họp đề xuất họ sẵn sàng tham gia phân phối BKT cho những người tiêm chích ma túy. Nếu BKT được cung cấp theo mô hình tiếp thị xã hội, thì khoản lợi nhuận nhỏ thu được từ việc cung cấp dịch vụ phân phối này sẽ giúp duy trì mạng lưới tiếp cận cộng đồng này. Thử nghiệm mô hình tiếp thị xã hội BKT đã thành công trong việc giảm dùng chung BKT tại Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh và Thái Nguyên cho thấy cách tiếp cận này cũng sẽ hiệu quả ở các địa phương khác.[43]

Trong thời gian tới, lắng nghe hơn nữa ý kiến của những người tiêm chích ma túy và những người cung cấp các dịch vụ giảm hại là vô cùng quan trọng để cải thiện chương trình BKT. Một trong những sáng kiến đã được thử nghiệm thành công tại Việt Nam là việc tăng tối đa tiếp cận tới BKT cũng như sự sẵn có của BKT thông qua các kênh phân phối, gồm: mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng; hộp đựng BKT tại các điểm nóng; các quán nước; dùng phiếu nhận BKT tại các nhà thuốc; phân phát BKT tại các cơ sở y tế (phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện, cơ sở khám và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục, cơ sở điều trị HIV ngoại trú và các điểm chăm sóc sức khỏe ban đầu); các điểm vui chơi giải trí.[44 45] Một thử nghiệm mới đây về việc bán BKT có trợ giá tại các nhà thuốc cũng đã cho các kết quả rất đáng khích lệ.[46] Mở rộng các sáng kiến như trên sẽ giúp đảm bảo các vật dụng y tế thiết yếu cho dự phòng lây nhiễm HIV này được cung cấp rộng khắp, với giá hợp lý và bền vững.

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Phân bổ nguồn lực để tiếp tục mở rộng chương trình BKT đạt mục tiêu  bao phủ ít nhất 65% đối tượng đích, đặc biệt là cần tập trung vào các địa phương có nhiều người tiêm chích ma túy.
- Đa dạng hóa các mô hình cung cấp bơm kim tiêm miễn phí, đặc biệt khu vực miền núi, từng bước mở rộng tiếp thị xã hội BKT khu vực thành thị, đảm bảo BKT cung cấp qua kênh tiếp thị xã hội phù hợp với nhu cầu sử dụng của người tiêm chích ma túy và có giá phù hợp với khả năng chi trả của người nghiện chích ma túy.
- Nâng cao vai trò của các tổ chức dựa vào cộng đồng và tổ chức xã hội trong việc phân phối BKT ở đúng nơi và vào đúng lúc mà người tiêm chích ma túy cần.

### *Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone (MMT)*

MMT và các biện pháp điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện sẽ giúp giảm sử dụng ma túy, qua đó giảm dùng chung BKT và giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.

43. PPSI/Vietnam Research & Metrics. 2013. *Điều tra hành vi trong nhóm nam giới tiêm chích ma túy ở ba tỉnh thành phố của Việt Nam*. Báo cáo tóm tắt. 2014.
44. Zhang, Lei và cộng sự. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013.
45. Nguyen, Thi Minh Tam (Cục phòng chống HIV/AIDS). *Kinh nghiệm của Việt Nam trong việc mở rộng tiếp cận tới các dịch vụ giảm hại. Bài trình bày tại ICAAP*. 2013.
46. Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC). *Báo cáo tiến độ hoạt động phòng chống HIV/AIDS*. 2014.

Trên phạm vi toàn cầu, điều trị thay thế giảm trung bình khoảng 54% nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy.[47] MMT có vai trò quan trọng trong việc giảm tiêm chích ma túy, dẫn đến giảm nguy cơ nhiễm HIV. Ngoài ra cũng có bằng chứng cho thấy MMT giúp tăng cường tuân thủ điều trị ART[48 49] đồng thời góp phần rất lớn trong đảm bảo an ninh, trật tự xã hội và phát triển kinh tế - xã hội nói chung.

Nghiên cứu tại Hải Phòng và TP. Hồ Chí Minh cho thấy khi triển khai MMT, việc sử dụng ma túy bất hợp pháp giảm từ 100% khi bắt đầu vào điều trị xuống đến chỉ còn 19-26% sau 6 tháng điều trị. Ngoài việc giúp giảm sử dụng ma túy, chương trình MMT cũng đã mang lại những lợi ích đáng kể về giảm hại. Không một ai trong số những người tham gia điều trị bằng methadone còn tiêm chích ma túy có dùng chung BKT. Tỷ lệ sử dụng bao cao su của những người tham gia điều trị MMT với bạn tình thường xuyên và với gái bán dâm đã tăng lên, nhất là trong nhóm bán dâm.[50] Một nghiên cứu do Tổ chức Y tế thế giới tiến hành tại 2 tỉnh cho thấy nam giới tiêm chích ma túy được điều trị methadone sử dụng dịch vụ chăm sóc và điều trị ART nhiều hơn, cũng như có tỷ lệ duy trì điều trị cao hơn so với những người không điều trị methadone.[51]

Cần tiếp tục duy trì và mở rộng MMT cho cả nam giới và phụ nữ tiêm chích ma túy. Chính phủ đã ban hành Nghị định 96/2012/NĐ-CP, nhưng việc thực thi văn bản pháp lý này cần được đẩy mạnh hơn nữa.

Để tiếp tục mở rộng MMT trong tương lai sau khi không còn các nguồn lực hỗ trợ của quốc tế, mô hình xã hội hóa MMT đã được thí điểm tại một số tỉnh, thành phố, trong đó người tham gia điều trị đóng góp một phần chi phí. Cách tiếp cận xã hội hóa này, cùng với việc mở rộng sản xuất methadone trong nước sẽ giúp mở rộng độ bao phủ của chương trình MMT nhằm thực hiện mục tiêu điều trị methadone cho 80.000 người tiêm chích ma túy vào năm 2015 và duy trì bền vững MMT.

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Các địa phương xây dựng kế hoạch, phân bổ nguồn lực, tích cực triển khai mở rộng MMT đạt chỉ tiêu quốc gia; mở các điểm điều trị methadone tại các tỉnh thành/huyện có nhiều người tiêm chích ma túy; xem xét việc mở rộng điều trị methadone tại các cơ sở do Bộ Công an và Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội quản lý.
- Tập huấn nâng cao năng lực cho các cán bộ liên quan để đẩy mạnh việc thực thi Nghị định số 96/2012/ND-CP.
- Mở rộng mô hình xã hội hóa điều trị methadone ở các địa phương có cung cấp dịch vụ này.
- Xây dựng các cơ chế để huy động sự tham gia của khu vực tư nhân trong việc cung cấp dịch vụ điều trị bằng methadone.

### *Bao cao su*

Bao cao su, khi được sử dụng thường xuyên và đúng cách, là một công cụ thiết yếu để dự phòng lây truyền HIV qua quan hệ tình dục.[52] Trong khuôn khổ dự án DFID/Ngân hàng thế giới, việc phân phát bao cao su miễn phí cho phụ nữ bán dâm ước tính đã cứu được 1.585 người khỏi bị nhiễm HIV và 42 người khỏi tử vong

47. Macarthur, Georgina J. và cộng sự. *Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện và lây truyền HIV trong những người tiêm chích ma túy: đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp*. 2012.
48. Gowing, L. và cộng sự. *Điều trị thay thế bằng đường uống cho những người tiêm chích heroin để dự phòng lây nhiễm HIV (đánh giá tổng kết)* . 2011.
49. Macarthur, Georgina J. và cộng sự. *Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện và lây truyền HIV trong những người tiêm chích ma túy: đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp*. 2012.
50. FHI360. *Đánh giá hiệu quả chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone ở Hải Phòng và tp. Hồ Chí Minh*. Việt Nam. 2014
51. Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC). *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
52. UNAIDS, UNFPA và WHO. *Bao cao su và dự phòng lây nhiễm HIV: Tuyên bố về quan điểm*. 2009.

do AIDS.[53] Số liệu giám sát quốc gia cho thấy có 92% phụ nữ bán dâm sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất.[54]

Tuy vậy, tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và người tiêm chích ma túy vẫn còn thấp. Chỉ có 66,4% MSM cho biết có dùng bao cao su trong lần gần nhất quan hệ tình dục qua đường hậu môn với bạn tình nam[55], và chỉ có 41,2% nam giới tiêm chích ma túy cho biết có dùng bao cao su trong lần gần nhất quan hệ tình dục. Do vậy, phải đảm bảo rằng phụ nữ bán dâm sẽ tiếp tục được phân phát bao cao su, còn người MSM và nam giới tiêm chích ma túy sẽ tiếp cận được nhiều hơn tới bao cao su (việc này cũng góp phần giảm lây truyền HIV trong các cặp vợ chồng/bạn tình). Những phụ nữ bán dâm trên đường phố có những trở ngại riêng trong tiếp cận tới bao cao su, bởi họ nghèo và luôn phụ thuộc vào bao cao su phát miễn phí. Một số bằng chứng cho thấy, tại một số điểm có tới 40% phụ nữ bán dâm trên đường phố đồng thời cũng tiêm chích ma túy, khiến họ càng ít sử dụng bao cao su và có nguy cơ cao hơn về lây nhiễm HIV.[56] [57]

Cách tiếp cận tiếp thị xã hội đa dạng kênh cung cấp là một phương thức bền vững để bảo đảm cung cấp bao cao su rộng khắp cho mọi đối tượng, và cách tiếp cận này đã được thử nghiệm ở Việt Nam. Đây là một hệ thống cung cấp sản phẩm tiêu dùng – cụ thể ở đây là bao cao su và chất bôi trơn – theo tất cả các phân khúc của thị trường, gồm kênh phân phối công cộng, tiếp thị xã hội, và qua các doanh nghiệp. Mục đích của hệ thống này là nhằm đảm bảo với tới được mọi người dân trong xã hội có nhu cầu, trong đó những người nghèo nhất sẽ nhận được bao cao su phát miễn phí, người ít nghèo hơn có thể được mua bao cao su trợ giá, còn những người có khả năng chi trả sẽ tự mua bao cao su.[58] Hệ thống này giúp tăng hiệu suất của chương trình bao cao su, trong đó nguồn quỹ công chỉ dùng để chi trả cho bao cao su phát miễn phí cho những người cần được phát nhất, và nguồn thu từ hoạt động tiếp thị xã hội sẽ được dùng để tái đầu tư cho chương trình bao cao su. Bên cạnh đó, khu vực tư nhân cũng không bị gạt ra bên ngoài hệ thống cung cấp bao cao su và có thể mang lại cho người sử dụng nhiều lựa chọn hơn nếu họ có khả năng chi trả. Khu vực tư nhân cũng có thể đáp ứng tốt hơn khi nhu cầu sử dụng bao cao su tăng lên.[59]

Hoạt động tiếp thị xã hội bao cao su ở Việt Nam đã đạt được một số thành công thông qua Chương trình tổng thể bao cao su tại Việt Nam và Dự án DFID/Ngân hàng thế giới. Ngoài ra, đại diện nhóm phụ nữ bán dâm và MSM tham gia hội thảo cho biết họ chấp nhận mua bao cao su và chất bôi trơn qua kênh tiếp thị xã hội và thậm chí ngay cả khi không có trợ giá, với điều kiện các vật phẩm này có chất lượng tốt và dễ mua khi họ cần dùng. Cách tiếp cận thị trường tổng thể giúp tăng tiếp cận đến bao cao su và chất bôi trơn khi những vật phẩm này luôn có sẵn tại các nhà thuốc và các cửa hàng bán lẻ khác.

53. Zhang, Lei và cộng sự. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013..
54. Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC). *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014
55. Lưu ý rằng số liệu về MSM ở Việt Nam vẫn còn rất hạn chế dù đã có những nghiên cứu quy mô nhỏ được thực hiện trong thời gian gần đây.
56. Zhang, Lei và cộng sự. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013.
57. PSI/Vietnam Research & Metrics. Vietnam (2011). *Điều tra hành vi của phụ nữ bán dâm và phụ nữ bán dâm có tiêm chích ma túy*. Báo cáo tóm tắt. 2012.
58. PSI. *Cách tiếp cận thị trường tổng thể là gì?* http://www.psi.org/total-market-approach công bố ngày 18/7/2014.
59. Pollard, Richard. *Cách tiếp cận thị trường tổng thể: Chương trình bao cao su ở Việt Nam*. Bài trình bày. 2011.

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Có kế hoạch và phân bổ nguồn lực để mở rộng hơn nữa độ bao phủ của bao cao su.
- Triển khai "cách tiếp cận thị trường tổng thể" trong cung cấp bao cao su: Phát miễn phí bao cao su cho phụ nữ bán dâm trên đường phố; bảo đảm rằng bao cao su và chất bôi trơn cung cấp qua kênh tiếp thị xã hội có chất lượng cao và người bán dâm, người tiêm chích ma túy và MSM đều dễ dàng tiếp cận được thông qua các cửa hàng bán lẻ phù hợp.
- Duy trì hoạt động tiếp cận và truyền thông thay đổi hành vi cho phụ nữ bán dâm, người tiêm chích ma túy, nam giới nhiễm HIV và MSM, cũng như bạn tình của họ.
- Ban hành cơ chế kiểm định chất lượng đối với bao cao su dành cho nam giới, bao gồm đối với hệ thống mua sắm bao cao su.

### *Ưu tiên 2: Mở rộng dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV và điều trị ARV, đặc biệt là điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao*

Mở rộng độ bao phủ của điều trị kháng vi-rút (ARV) giúp cho người nhiễm HIV khỏe mạnh, giảm tử vong, đóng góp cho xã hội nhiều hơn, đồng thời cũng là giải pháp rất quan trọng trong dự phòng lây nhiễm HIV. Các bằng chứng quốc tế cho thấy cứ đầu tư 1 USD cho điều trị ARV thì gián tiếp thu lại được đến 3 USD thông qua việc nâng cao sức lao động, ngăn trẻ em phải mồ côi cha mẹ và giảm các chi phí y tế liên quan đến điều trị các bệnh liên quan đến HIV. Đầu tư để mở rộng điều trị ARV là đầu tư có hiệu quả cao về lâu dài.[60] [61] Mở rộng hoạt động xét nghiệm HIV và tăng cường kết nối giữa xét nghiệm với các dịch vụ chăm sóc cho các nhóm nguy cơ cao cũng là giải pháp rất hiệu quả về chi phí đối với những dịch HIV tập trung như dịch ở Việt Nam.[62] Việc phân tích trên mô hình AEM cho thấy mở rộng biện pháp điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao luôn luôn rất hiệu quả về chi phí.

Bằng chứng quốc tế cho thấy tăng độ bao phủ của điều trị ARV sẽ giúp giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm HIV mới.[63] Lợi ích dự phòng từ việc điều trị ARV sẽ đạt tối đa nếu khởi đầu điều trị sớm.[64] [65] Phân tích trên mô hình AEM cho thấy ước tính đến năm 2030 có thể cứu được 152.583 người khỏi bị nhiễm HIV và cứu được 103.996 người khỏi bị tử vong do AIDS nếu mở rộng các can thiệp theo kịch bản đầu tư về "Kết thúc dịch AIDS".[66]

Phân tích trên mô hình AEM và kịch bản "Kết thúc dịch AIDS" hoàn toàn nhất quán với "mục tiêu 90-90-90", do UNAIDS đề xuất, đến năm 2020:

- 90% số người nhiễm HIV được biết tình trạng nhiễm của mình.
- 90% số người được chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị ARV lâu dài.
- 90% số người tham gia điều trị ARV duy trì được tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế.

60. Resch, S. và cộng sự. *Lợi ích kinh tế của đầu tư cho điều trị AIDS tại các nước có thu nhập thấp và trung bình*. 2011
61. Eaton, Jeffrey W. và cộng sự. *Các lợi ích về sức khỏe, chi phí và hiệu quả về chi phí của việc điều trị sớm hơn cho người nhiễm HIV trưởng thành và việc mở rộng độ bao phủ chương trình điều trị: phân tích kết hợp 12 mô hình toán học.* Lancet Global Health 2014; 2: e23–34. 2013
62. Eaton, Jeffrey W. và cộng sự. *Các lợi ích về sức khỏe, chi phí và hiệu quả về chi phí của việc điều trị sớm hơn cho người nhiễm HIV trưởng thành và việc mở rộng độ bao phủ chương trình điều trị: phân tích kết hợp 12 mô hình toán học.* Lancet Global Health 2014; 2: e23–34. 2013
63. UNAIDS. *Sử dụng thuốc kháng vi-rút (ARV) một cách chiến lược để điều trị và dự phòng HIV.* UNAIDS/PCB (33)/13.18, ngày 21/11/ 2013, tr. 9.
64. WHO. *Hướng dẫn cập nhật về việc sử dụng thuốc ARV để điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV: Khuyến nghị về cách tiếp cận theo hướng y tế công cộng*. 2013.
65. WHO. *Điều trị kháng vi-rút để dự phòng (TASP) lây nhiễm HIV và lao* -Cập nhật về chương trình. 2012.
66. So với kịch bản cơ sở (giữ nguyên độ bao phủ hiện tại của các can thiệp dự phòng và điều trị, ước tính đến 2030)

Ở Việt Nam, tỷ lệ xét nghiệm HIV và khởi đầu điều trị ARV sớm trong các nhóm nguy cơ cao hiện còn ở mức thấp (Biểu đồ 4). Để cải thiện tình trạng này, cần mở rộng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV cho các nhóm nguy cơ cao, tăng cường chuyển tiếp, chuyển tuyến từ dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV để đăng ký và điều trị kịp thời, đồng thời cần tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị để đạt được hiệu quả tối đa. Cần từng bước mở rộng xét nghiệm kiểm tra tải lượng vi-rút thường xuyên để phát hiện tình trạng thất bại trong điều trị.

Với những phân tích nêu trên, biện pháp "xét nghiệm và điều trị" (điều trị ngay sau khi có kết quả xét nghiệm HIV+) cần được áp dụng cho các nhóm nguy cơ cao. Để thực hiện được biện pháp này, cần thuyết phục những người trong nhóm nguy cơ cao đi làm xét nghiệm HIV 2 lần mỗi năm, điều trị ngay cho những người xét nghiệm dương tính với HIV bất kể số tế bào CD4 của họ ở mức nào. Những người trong các nhóm nguy cơ cao cần các dịch vụ xét nghiệm HIV tự nguyện, được bảo mật tốt để tránh bị kỳ thị và phân biệt đối xử.[67] Sử dụng công cụ xét nghiệm nhanh tại cộng đồng là một giải pháp để cải thiện tỷ lệ quay lại nhận kết quả.

Triển khai "xét nghiệm và điều trị" là một phần trong một nỗ lực rộng lớn hơn nhằm cải thiện mối liên kết giữa các gói dịch vụ tiếp cận, xét nghiệm, điều trị và duy trì điều trị. Việc này đòi hỏi những người cung cấp dịch vụ xét nghiệm và điều trị phải phối hợp chặt chẽ với các tổ chức cộng đồng của những nhóm nguy cơ cao và nhóm người nhiễm HIV, vì nhiều người trong số họ rất khó tiếp cận do nỗi sợ hãi bị kỳ thị liên quan đến hành vi nguy cơ cao của họ. Thiết lập các cơ chế hỗ trợ đồng đẳng cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV sẽ giúp giảm tỷ lệ mất dấu và tăng tuân thủ điều trị. Cải thiện việc sử dụng dịch vụ xét nghiệm và điều trị bao gồm các yếu tố chính sau:

- Đánh giá hoạt động giáo dục đồng đẳng hiện có (tập huấn và cơ chế khuyến khích)
- Các tổ chức dựa vào cộng đồng và tổ chức xã hội của những người có nguy cơ cao được trao quyền và chủ động hơn trong việc tiếp cận cộng đồng
- Tăng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tại cộng đồng bằng các mô hình lưu động cho các vùng đi lại khó khăn, nhiều nhóm nguy cơ cao. Phối hợp tổ chức cộng đồng triển khai dịch vụ tư vấn HIV dựa vào tổ chức cộng đồng, nhóm tự lực, các câu lạc bộ, giới thiệu, chuyển tiếp triển khai xét nghiệm HIV tại các cơ sở y tế.
- Xây dựng chính sách về tăng tần suất xét nghiệm tải lượng vi-rút

Ngoài ra, với sự gia tăng lây truyền HIV qua quan hệ vợ chồng/bạn tình trong những năm gần đây giữa nam giới nhiễm HIV đặc biệt là nam giới tiêm chích ma túy và vợ/bạn tình của họ, một điều rất quan trọng là phải "dự phòng tích cực"[68]. Thực tế nhiều người tiêm chích ma túy không biết tình trạng nhiễm HIV của mình. Việc mở rộng các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm sẽ giúp những người nhiễm HIV có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc và điều trị vì lợi ích sức khỏe của bản thân họ, đồng thời giúp bảo vệ vợ/bạn tình của những người này khỏi bị lây nhiễm HIV. Hoạt động tiếp cận đồng đẳng hướng tới nam giới tiêm chích ma túy cần được mở rộng để tiếp cận cả tới vợ/bạn tình của họ, giúp những phụ nữ này nhận thức được nguy cơ lây nhiễm HIV của mình, sự cần thiết phải xét nghiệm định kỳ, và lợi ích của các can thiệp giảm hại và điều trị ARV, đồng thời giúp họ tiếp cận các dịch vụ cần thiết.

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Mở rộng điều trị ARV đạt độ bao phủ đến năm 2020 là 80% tổng số người nhiễm HIV[69]
- Tăng cường điều trị sớm, nâng cao chất lượng điều trị, giảm mất dấu.

67. Mạng lưới quốc gia người sống với HIV (VNP+). *Nghiên cứu chỉ số kỳ thị với HIV*. 2012.
68. Hiệp hội quốc tế phòng chống HIV/AIDS. *Dự phòng tích cực: Các chiến lược dự phòng dành cho người sống với HIV/AIDS*. 2003. Tài liệu này kêu gọi cần thiết phải tiến hành các can thiệp dự phòng tích cực trên nguyên tắc tôn trọng quyền của người nhiễm HIV và vợ chồng/bạn tình của họ, bao gồm quyền riêng tư, bảo mật tình trạng nhiễm HIV và đồng thuận; cẩn thận không gây hại cho ai; và không khiến họ có nguy cơ bị kỳ thị và phân biệt đối xử.

- Thực hiện "xét nghiệm và điều trị" cho các nhóm nguy cơ cao thông qua:
  - Cung cấp hướng dẫn mới cho các giáo dục viên đồng đẳng và các tổ chức xã hội về mô hình đa bậc liên quan đến "tiếp cận, xét nghiệm, điều trị và duy trì".
  - Tập huấn cho các cán bộ y tế về bảo mật cho người nhiễm HIV.
  - Thực hiện các biện pháp hành chính đối với các hành vi vi phạm quyền bảo mật theo Nghị định số 176/2013/ND-CP.
- Điều chỉnh hướng dẫn điều trị quốc gia theo hướng tăng số lần kiểm tra tải lượng vi-rút qui định trong năm.
- Cung cấp hướng dẫn và nguồn lực tài chính cho các can thiệp hướng tới nhóm vợ/bạn tình của nam giới tiêm chích ma túy và những nam giới khác trong nhóm nguy cơ cao thông qua:
  - Tiếp cận để tăng giám sát phát hiện và cung cấp dịch vụ xét nghiệm.
  - Tiếp cận, phân phát và thực hiện tiếp thị xã hội để tăng sử dụng bao cao su và BKT.

### *Ưu tiên 3: Tập trung can thiệp cho những nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV ở những địa bàn trọng điểm HIV/AIDS*

Phân tích dịch HIV ở Việt Nam cho thấy các nhóm cần được tiếp cận nhiều nhất là nhóm người tiêm chích ma túy và bạn tình của họ, tiếp đến là nhóm phụ nữ bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Tuy vậy, các nghiên cứu phân tích chi tiêu cho phòng chống AIDS cho thấy một phần không nhỏ nguồn lực đang được phân bổ để tổ chức các chiến dịch thông tin đại chúng mà kinh nghiệm quốc tế đã cho thấy không có nhiều tác động trong bối cảnh dịch HIV tập trung như ở Việt Nam. Vì vậy, cần tập trung nhiều hơn nữa các can thiệp có tác động lớn cho các nhóm nguy cơ cao.

Các nỗ lực tiếp cận các nhóm nguy cơ cao sẽ tập trung chủ yếu ở các vùng có tỷ lệ cao về các hành vi nguy cơ như tiêm chích ma túy, mại dâm và tình dục đồng giới nam, cũng như ở các vùng trọng điểm nhất về dịch. Việc xếp ưu tiên theo vùng miền để tập trung phòng chống dịch căn cứ trên số liệu về dịch tễ học và số liệu chương trình để phân hạng các khu vực địa lý của một quốc gia theo mức độ nghiêm trọng của dịch HIV, từ đó quyết định ưu tiên các biện pháp can thiệp. Ưu tiên theo vùng miền rất quan trọng trong toàn bộ cách tiếp cận về đầu tư bởi nó cho phép tập trung nguồn lực vào những nơi tạo ra nhiều tác động nhất[70 71 72].

Ở Việt Nam, hoạt động phòng chống dịch tại mỗi tỉnh thành được quản lý bởi Trung tâm Phòng, chống AIDS của tỉnh nhằm đáp ứng tốt nhất tình hình dịch và những nhu cầu riêng của từng tỉnh thành. Ngoài ra, cũng đã có một công cụ cho việc phân bổ kinh phí theo các kịch bản dựa trên nhu cầu cho các tỉnh.[73] Một nghiên cứu về chi phí đơn vị ở cấp tỉnh cũng cho thấy việc giảm chi phí theo mức độ tăng của qui mô cung cấp dịch vụ là có thể đạt được nếu tập trung đầu tư vào các tỉnh trọng điểm dịch HIV. Để thực hiện ưu tiên theo vùng miền, ngoài công cụ nói trên còn cần các thông tin chiến lược toàn diện, chính xác và được cung cấp kịp thời hơn, cũng như những phân tích sâu hơn về dịch tễ. Các tiêu chí xếp hạng ưu tiên cũng cần được xây dựng một cách phù hợp, dựa trên kích thước các quần thể, tỷ lệ nhiễm HIV, các hành vi nguy cơ cao, độ bao phủ chương trình và khả năng tiếp cận dịch vụ. Các tiêu chí này cũng cần được linh hoạt điều chỉnh khi cần thiết.

69. Tiêu chuẩn điều trị hiện tại là CD4<350, và trong tương lai là CD4<500 và CD4<1000 khi có đủ nguồn lực
70. Schwartländer, Bernhard và cộng sự. *Hướng tới cách tiếp cận đầu tư tối ưu để đáp ứng hiệu quả với HIV/AIDS*. Tạp chí Lancet, Tập 377, Số 9782. 2011.
71. UNAIDS. *Tài liệu giới thiệu khái niệm Ưu tiên theo vùng miền*. Bản thảo. 2011.
72. UNAIDS. *Đầu tư thông minh*. 2013.
73. UNAIDS và các tổ chức khác. *Phân bổ nguồn lực hợp lý cho phòng chống HIV/AIDS ở cấp tỉnh – Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS*. Bản thảo. 2012.

Sau khi phân tích và xếp ưu tiên vùng miền, sẽ nhất quán phân bổ kinh phí phòng chống dịch theo ưu tiên đã xác định. Những tỉnh có điều kiện kinh tế có thể tự chi trả cho các can thiệp phòng, chống HIV/AIDS từ ngân sách địa phương. Các tỉnh khác nghèo hơn sẽ cần hỗ trợ từ ngân sách trung ương. Các đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS cần tập trung vào các địa bàn ưu tiên (các tỉnh, các huyện, xã, cụm dân cư có tình hình dịch HIV/AIDS cao).

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Triển khai các biện pháp nâng cao chất lượng số liệu, đảm bảo tính chính xác, kịp thời và đa dạng về số liệu.
- Xây dựng bộ tiêu chí để xác định khu vực ưu tiên
- Tiến hành phân tích dịch tễ và xác định các khoảng trống về số liệu
- Tiến hành thu thập bổ sung số liệu để bù đắp khoảng trống
- Xác định các khu vực ưu tiên phù hợp với các chương trình can thiệp hiện có và bổ sung kinh phí khi thấy cần thiết

### *Ưu tiên 4: Bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt là tăng cường đầu tư trong nước và vai trò của bảo hiểm y tế*

#### *Tăng đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS bằng nguồn lực trong nước*

Với một khoảng thiếu hụt lớn và ngày càng tăng trong nguồn lực tài chính, chương trình phòng, chống AIDS cần nhanh chóng chuyển từ cách tiếp cận theo dự án do các nhà tài trợ cung cấp tài chính sang cách tiếp cận theo chương trình, lồng ghép các dịch vụ, đồng thời phân cấp cho các địa phương, chủ yếu dựa vào các nguồn đầu tư trong nước. Cần đảm bảo có đủ kinh phí để các dịch vụ về HIV/AIDS không bị gián đoạn khi không còn hỗ trợ của quốc tế. Bên cạnh đó, một trong những điều kiện của các nhà tài trợ là quốc gia phải tăng đầu tư cho HIV/AIDS từ nguồn trong nước. Nếu cam kết này không được bảo đảm, các nhà tài trợ sẽ cắt giảm kinh phí nhanh hơn so với cam kết. Do đó, việc tăng đầu tư trong nước sẽ góp phần quan trọng trong việc huy động nguồn lực từ cộng đồng quốc tế cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

*Đề án đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020* do Thủ tướng Chính Phủ phê duyệt cam kết đến năm 2015 tăng nguồn lực trong nước chiếm 50% tổng kinh phí của phòng, chống HIV/AIDS và đến năm 2020 là 75%. Các cam kết này cần được Chính phủ thực hiện. Đề án đảm bảo tài chính đã đề xuất một số giải pháp để tăng nguồn lực trong nước cho phòng chống HIV, gồm: tăng ngân sách trung ương; huy động đầu tư từ ngân sách địa phương; lồng ghép các hoạt động phòng chống HIV vào các cơ chế y tế sẵn có như  bảo hiểm y tế; lồng ghép các hoạt động phòng chống HIV vào các chương trình hành động phát triển kinh tế xã hội, đặc biệt là ở cấp tỉnh thành phố; và huy động thêm các nguồn đầu tư khác, như đầu tư từ khu vực tư nhân...

Ngoài ra, mặc dù hỗ trợ quốc tế cho phòng chống HIV ở Việt Nam đã bắt đầu rút dần và một vài nhà tài trợ đã chấm dứt hỗ trợ, nhưng vẫn còn một số nhà tài trợ đang tiếp tục ở lại. Những nhà tài trợ này cần đảm bảo có lộ trình từng bước, theo một kế hoạch thống nhất từ trước để chuyển giao một cách có trách nhiệm các hoạt động đang hỗ trợ sang nguồn lực trong nước. Theo hướng này, các nhà tài trợ nên tiếp tục hỗ trợ tăng cường các dịch vụ và hệ thống thiết yếu để giúp Việt Nam tiếp nhận toàn bộ chương trình phòng, chống HIV/AIDS một cách có hiệu quả sau khi các nhà tài trợ rút hoàn toàn. Các nhà tài trợ đặc biệt cần làm tốt việc chuyển giao

các hệ thống mà họ đang quản lý, như mua sắm và cung ứng thuốc ARV, thuốc methadone và các vật phẩm y tế khác.

**Kế hoạch triển khai chương trình**

- Xây dựng kế hoạch vận động ở các cấp trung ương và địa phương, cũng như huy động sự ủng hộ của các tô chức xã hội và các bộ ngành liên quan, nhằm tiếp tục cam kết về chính trị, phân bổ nguồn lực và hỗ trợ thực hiện chương trình phòng chống HIV/AIDS một cách tối ưu và bền vững
- Quốc hội và Chính Phủ ra quyết định phân bổ ngân sách phù hợp với cam kết trong *Đề án đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020*.
- Thực thi các biện pháp huy động thêm nguồn lực trong nước cho phòng, chống HIV/AIDS như đã được chỉ đạo trong bản Đề án này, đặc biệt là tăng chi NSNN TW, tăng chi ngân sách địa phương, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế cho phòng, chống HIV/AIDS, huy động xã hội hóa, sử dụng hiệu quả nguồn tài chính cho phòng, chống HIV/AIDS.
- Các nhà tài trợ quốc tế cần giãn tiến độ cắt, giảm viện trợ cho phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam; hỗ trợ chuyển giao các hoạt động dự án sang nguồn lực và quản lý của nhà nước.

***Bảo hiểm y tế***

Tài chính cho phòng chống HIV/AIDS sẽ đạt hiệu suất cao hơn và bền vững hơn nếu điều trị ARV được đưa vào hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia và miễn phí cho bệnh nhân. Kinh nghiệm của những nước có thu nhập trung bình cho thấy bảo hiểm y tế xã hội đóng một vai trò quan trọng trong cung cấp tài chính cho các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS[74], đặc biệt là khi bảo hiểm y tế (BHYT) đã bao phủ khá rộng như ở Việt Nam[75]. Sử dụng BHYT để cung cấp tài chính cho HIV sẽ tận dụng được các hệ thống hiện có và tiết kiệm chi phí nhờ tránh chồng chéo trong đầu tư. Cung cấp các dịch vụ HIV qua hệ thống bảo hiểm y tế cũng có thể giúp tăng tỷ lệ tham gia điều trị ARV sớm.

Hiện một số thuốc điều trị ARV phác đồ bậc 1, thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội và xét nghiệm HIV đã được đưa vào danh mục được BHYT chi trả. Một số điều tra cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV có thẻ BHYT còn thấp, khoảng 30%. Nguyên nhân chính có thể là do hiện nay điều trị ARV vẫn còn miễn phí (do các dự án viện trợ cung cấp), nên bệnh nhân chưa quan tâm đến BHYT. Mục tiêu phấn đấu độ bao phủ BHYT trong người nhiễm HIV cũng đạt tương đương trong dân số chung, tức là 80% vào năm 2020. Vì vậy, cần có ước tính chính xác hơn về độ bao phủ BHYT trong người nhiễm HIV, cũng như tình trạng nghèo của người nhiễm HIV, để phục vụ việc lập kế hoạch (Luật bảo hiểm y tế sửa đổi qui định chi trả 100% cho người dân thuộc các hộ nghèo và 95% cho hộ cận nghèo). Ngoài ra, để có thể chi trả các dịch vụ HIV/AIDS qua BHYT, còn một số việc phải làm, như tính toán gói dịch vụ HIV/AIDS để BHYT chi trả, ước tính nhu cầu nguồn lực của BHYT cho HIV/AIDS trong từng năm để cân đối quỹ BHYT, thay đổi về hành chính và khung pháp lý cần thiết và kiện toàn các cơ sở điều trị ARV.

Đại diện người nhiễm HIV tham dự cuộc họp góp ý cho Chiến lược đầu tư nhấn mạnh rằng việc cung cấp điều trị ARV qua BHYT chỉ thành công nếu điều trị vẫn trên cơ sở miễn phí và được tổ chức thực hiện nhằm bảo mật danh tính cho người

74. Oxford Policy Management. *Tăng thêm lựa chọn về nguồn cung cấp tài chính lâu dài cho phòng chống HIV ở Việt Nam*. 2012.
75. Bitran, Ricardo và cộng sự. *Vai trò của bảo hiểm y tế trong cung ứng tài chính bền vững cho chương trình phòng chống HIV/AIDS ở các nước có thu nhập thấp và trung bình*. http://www.heard.org.za/downloads/erg-meeting-7-bitran.pdf. 2010. công bố ngày 31/7/2014.

tham gia điều trị. Cuối cùng, cũng cần phải đảm bảo rằng người nhiễm HIV không có BHYT cũng tiếp cận được đến điều trị ARV và các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

### Lắng nghe tiếng nói của người trong cuộc:
**Cung cấp tài chính cho điều trị ARV qua hệ thống bảo hiểm y tế**

Đại diện người nhiễm HIV tham dự cuộc họp đóng góp ý kiến xây dựng Chiến lược đầu tư cho biết người nhiễm HIV có nhiều lo lắng về việc điều trị ARV theo bảo hiểm y tế. Họ cũng khuyến nghị cần giải quyết những băn khoăn lo lắng đó để có thể thu hút nhiều người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV hơn.

Lo lắng đầu tiên là bảo mật tình trạng nhiễm HIV. Thực tế cho thấy nỗi lo bị kỳ thị và phân biệt đối xử khi bị công khai tình trạng nhiễm HIV có thể khiến người nhiễm HIV không dám tiếp cận và sử dụng các dịch vụ về HIV. Nhiều người nhiễm HIV lo ngại phân cấp điều trị ARV từ các phòng khám ngoại trú tuyến huyện xuống trạm y tế xã theo bảo hiểm y tế sẽ làm tăng nguy cơ họ bị tiết lộ tình trạng nhiễm, từ đó bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Tuy nhiên, thí điểm phân cấp điều trị ARV về tuyến xã ở Cần Thơ và Điện Biên đã có kết quả khả quan.

Tiếp theo, người nhiễm HIV cũng lo lắng rằng điều trị ARV sẽ không còn được miễn phí nữa. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy nếu yêu cầu người điều trị ARV cùng chi trả thì sẽ làm giảm tỷ lệ tham gia điều trị cũng như tuân thủ điều trị, trong khi đó cũng không giúp bù đắp được nhiều chi phí.[76] Người nhiễm HIV cũng mong muốn được điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội miễn phí. Đồng nghiễm viêm gan B và C rất phổ biến trong người nhiễm HIV ở Việt Nam, đặc biệt trong nhóm người nhiễm HIV có tiêm chích ma túy, và chi phí điều trị những loại bệnh này, cũng như một số bệnh nhiễm trùng cơ hội khác, rất cao. Nhiều người nhiễm HIV cho biết họ nghèo nên không thể chi trả được tiền xét nghiệm lao hay tiền đặt cọc để nhập viện điều trị lao, cũng như không đủ tiền mua nhiều loại thuốc điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Những người nhiễm HIV và những người có nguy cơ cao đều lo rằng không phải ai trong số họ cũng mua được thẻ bảo hiểm y tế. Luật bảo hiểm y tế qui định mua thẻ bảo hiểm y tế theo nơi làm việc hay theo hộ gia đình nênnhững người trong những nhóm này không đăng ký thường trú, tạm trú khó mua bảo hiểm y tế.

Người nhiễm HIV cũng lo lắng vì nghe thấy thông tin rằng đưa vào bảo hiểm y tế thì sẽ không có nhiều loại thuốc ARV tốt cho các phác đồ điều trị khác nhau như hiện nay nữa. Đại diện người nhiễm HIV tham gia họp lấy ý kiến đều nói rằng điều trị ARV qua bảo hiểm y tế cũng cần có các loại thuốc kết hợp mà WHO khuyến cáo nên dùng.[77]

### Kế hoạch triển khai chương trình:

- Điều tra độ bao phủ BHYT và khả năng chi trả của người nhiễm HIV để xác định và có kế hoạch lấp đầy khoảng trống trong bao phủ bảo hiểm y tế.
- Hoàn thiện các cơ sở pháp lý, hướng dẫn cần thiết để tiến hành chi trả một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS qua BHYT.
- Kiện toàn các cơ sở điều trị HIV/AIDS, đủ điều kiện để BHYT chi trả các dịch vụ HIV/AIDS theo quy định.
- Tăng cường hoạt động truyền thông để tăng tỷ lệ người nhiễm HIV tham gia BHYT.

76. WHO. Thu phí của người sử dụng dịch vụ tại các điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. 2005.
77. WHO. *Tóm tắt các khuyến nghị mới: hướng dẫn đầy đủ về ARV.* 2013.

### *Ưu tiên 5: Tăng cường lồng ghép và phân cấp mạng lưới cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, bao gồm tăng cường năng lực của hệ thống y tế*

Tăng tối đa hiệu quả của các can thiệp có tác động lớn và tăng đầu tư trong nước cho phòng chống HIV sẽ đưa Việt Nam đi đúng hướng để duy trì bền vững đáp ứng quốc gia với HIV/AIDS. Ngoài ra, các ban ngành liên quan cũng cần vào cuộc để giảm chi phí của các can thiệp phòng chống HIV. Lồng ghép hơn nữa các dịch vụ HIV vào hệ thống y tế công hiện có là rất cần thiết để để giảm chi phí và tăng tính bền vững.

Chương trình phòng, chống HIV/AIDS đang từng bước phân cấp các dịch vụ HIV/AIDS xuống tuyến dưới. Thí điểm Điều trị 2.0 ở Điện Biên và Cần Thơ cho thấy phân cấp xét nghiệm HIV, điều trị ARV và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) không những khả thi mà còn giúp cải thiện các kết quả về sức khỏe và giảm chi phí đi lại cho người bệnh. Ở Điện Biên, những người nhiễm HIV được chẩn đoán xét nghiệm ở tuyến xã khởi đầu điều trị nhanh hơn và ở mức CD4 cao hơn[78]. Những sáng kiến này khi được mở rộng sẽ tiết kiệm chi phí và góp phần tăng tính bền vững của các dịch vụ thông qua: tránh đầu tư trùng lắp vào cơ sở vật chất, nguồn nhân lực và các vật dụng y tế; tận dụng hiệu suất của các chi phí cho hệ thống y tế công; tăng hiệu suất của hệ thống nhờ liên kết các dịch vụ có liên quan với nhau; và cải thiện việc chuyển gửi. Lồng ghép dịch vụ HIV vào hệ thống y tế công cũng mang đến cơ hội tiếp cận được nhiều khách hàng hơn.[79]

Các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS cần được lồng ghép vào hệ thống y tế công. Ngoài ra, cần tăng cường lồng ghép các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, từ dự phòng (bao gồm cả MMT) đến xét nghiệm và điều trị ARV tại một cơ sở, qua đó giúp tăng độ bao phủ dịch vụ, thuận lợi cho người bệnh và tiết kiệm chi phí.

Cần lồng ghép các dịch vụ HIV/AIDS với các các dịch vụ y tế liên quan khác, như chẩn đoán, điều trị bệnh lao, chăm sóc sức khoẻ bà mẹ - trẻ em (với dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con) để tăng tính hiệu quả. Liên kết giữa chương trình phòng chống HIV và chương trình Lao trong những năm gần đây đã được cải thiện. Trong năm 2013, Dự án dự phòng lao quốc gia đã triển khai xét nghiệm HIV đối với bệnh nhân lao. Kết quả là số người đồng nhiễm lao và HIV được điều trị đã tăng 14%. Tuy vậy, độ bao phủ của chương trình điều trị lao trong những người nhiễm HIV mắc lao vẫn còn thấp. Cách tiếp cận theo hộ gia đình, nhằm kết hợp cả dịch vụ HIV và lao cho người lớn và trẻ em tại cùng một điểm có thể giúp tăng độ bao phủ cũng như hiệu suất của chương trình.

Bộ Y tế sẽ thực hiện lồng ghép dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, dịch vụ PLTMC đã bắt đầu được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản. Công tác tư vấn, xét nghiệm cho các bà mẹ mang thai đã được phân cấp xuống các trạm y tế xã và hệ thống chuyển gửi các bà mẹ mang thai được chẩn đoán dương tính với HIV sang chăm sóc, điều trị đã bắt đầu được tăng cường. Một dự án thí điểm về kết nối các dịch vụ HIV và dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, chú trọng đến các nhu cầu của địa phương đã được thực hiện tại bốn tỉnh thành phố. Một dự án thí điểm khác về  kết hợp dự phòng lây truyền HIV, viêm gan B và bệnh giang mai từ mẹ sang con trong hoạt động thăm khám thai sản định kỳ đã thành công trong việc tăng tỷ lệ xét nghiệm lên 98,6%.[80] Những sáng kiến thí điểm này cần được mở rộng để tăng hiệu suất của cả chương trình can thiệp và nguồn lực đầu tư.

Trong thời gian tới, khi tiến hành lồng ghép thì việc tăng cường năng lực hệ thống y tế liên quan đến HIV trở nên quan trọng hơn bao giờ hết. Cần xây dựng chính sách, quy định, các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật mới để đảm bảo hệ thống

78. Cục phòng chống HIV/AIDS, HSPH, UNAIDS, WHO. Báo cáo đánh giá thí điểm Điều trị 2.0 ở Điện Biên và Cần Thơ, Việt Nam, 2013.
79. UNAIDS. *Đầu tư thông minh*. 2013.Kinh nghiệm cho thấy lồng ghép dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV giúp giảm chi phí từ 31% đến 79% so với dịch vụ đứng riêng lẻ, cung cấp dịch vụ HIV ở tuyến cơ sở mang lại lợi ích về tiết kiệm chi phí. VD, ở Ấn Độ, Kenya và Uganda, lồng ghép dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV giúp giảm chi phí từ 31% đến 79% so với dịch vụ đứng riêng lẻ
80. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HVV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.

lồng ghép sẽ vận hành tốt. Bên cạnh đó, cần bảo đảm có đủ cán bộ y tế được đào tạo về phòng, chống HIV/AIDS cũng là một thách thức lớn. Việt Nam hiện rất thiếu đội ngũ cán bộ y tế trong lĩnh vực y tế dự phòng, đặc biệt là ở tuyến cơ sở, vùng sâu, vùng xa và nơi dịch HIV đã tăng mạnh. Nếu chuyển giao giữa các dự án có tài trợ nước ngoài không tốt thì sẽ gây ra tổn thất nguồn nhân lực cho phòng chống HIV/AIDS đã được đào tạo, khiến việc cung cấp dịch vụ có thể bị gián đoạn. Cần đào tạo đầy đủ cho các cán bộ nhân viên y tế tiếp nhận bàn giao các dịch vụ về HIV/AIDS để đảm bảo chất lượng dịch vụ. Hệ thống y tế công cũng phải cải thiện điều kiện làm việc, chế độ phụ cấp và mua sắm các thiết bị y tế.

Tăng cường vai trò của các tổ chức xã hội trong việc cung cấp dịch vụ sẽ là một giải pháp quan trọng để giảm chi phí và tăng tính bền vững. Tuy nhiên, các tổ chức cộng đồng cần được hỗ trợ để phối hợp hiệu quả với cán bộ nhân viên y tế ở các cấp cơ sở, nhằm đảm bảo sự liên tục trong cung cấp các dịch vụ về HIV. Hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của các tổ chức quốc tế rất cần thiết để thực hiện ưu tiên này, đặc biệt là chia sẻ các thực hành tốt trên thế giới.

**Kế hoạch triển khai chương trình:**

- Đưa các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS nhập vào hệ thống y tế công sẵn có.
- Lồng ghép các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, như tư vấn xét nghiệm, MMT và ARV.
- Phân cấp dịch vụ xét nghiệm HIV và điều trị ARV xuống tuyến y tế cơ sở, tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Xây dựng kế hoạch nâng cao năng lực mạng lưới y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở; nâng cao năng lực cán bộ y tế và các tổ chức cộng đồng tham gia cung cấp các dịch vụ về HIV/AIDS.

### *Ưu tiên 6: Đảm bảo cung ứng đầy đủ, kịp thời các loại thuốc ARV, thuốc methadone, hóa chất, sinh phẩm phục vụ phòng, chống HIV/AIDS*

Hiện nay có tới 95% số thuốc ARV cần dùng do quốc tế hỗ trợ và mua qua các kênh mua sắm quốc tế, chỉ có 5% là được mua bằng nguồn kinh phí trong nước qua cơ chế đấu thầu trong nước.[81] Các nhà tài trợ cũng nhập khẩu phần lớn thuốc methadone dùng trong chương trình MMT. Để có thể tiếp tục mở rộng điều trị ARV và MMT sau khi các nhà tài trợ rút đi, Việt Nam cần phải thực hiện mua sắm hiệu quả thuốc ARV, methaone, cũng như các loại sinh phẩm, hoá chất khác bằng nguồn lực trong nước, đồng thời tìm hiểu khả năng sản xuất thuốc trong nước. Hiện Việt Nam đã có kế hoạch nhằm đảm bảo cung ứng trong nước cho thuốc methadone. Thuốc methadone sản xuất trong nước có giá rẻ hơn đáng kể so với nhập khẩu. Tăng sản xuất trong nước sẽ giúp đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của chương trình MMT. Năm 2013, Bộ Y tế đã cho phép 5 công ty trong nước đáp ứng đủ tiêu chuẩn được sản xuất methadone, trong đó có 1 công ty đã bắt đầu sản xuất và cung ứng methadone cho nhu cầu trong nước.

Phân tích cho thấy mua sắm thuốc ARV trong nước ở Việt Nam có mức giá cao hơn so với thuốc cùng loại mua nhập khẩu qua các dự án tài trợ quốc tế (chủ yếu là do mua trong với số lượng ít). Kinh nghiệm quốc tế cũng cho thấy việc xem xét và điều chỉnh hình thức mua sắm (mua sắm tập trung) có thể ngay lập tức giúp tiết kiệm được đáng kể chi phí mua thuốc[82].

Trong thời gian tới, khi các nhà tài trợ rút dần và thuốc ARV được mua bằng nguồn kinh phí trong nước nhiều hơn, Việt Nam cần xây dựng cơ chế để bảo đảm mua được nhiều loại thuốc ARV (bậc 1, bậc 2 và thuốc cho trẻ em) ở mức giá chuẩn của quốc tế. Cơ chế mua sắm tập trung sẽ là công cụ tốt nhất để có giá tốt, đồng thời

81. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HVV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.
82. Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HVV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.

hạn chế tình trạng hết thuốc trong kho và thuốc hết hạn còn tồn kho. Sự ủng hộ của Chính phủ và sự phối hợp của các bộ, ngành liên quan là rất quan trọng để khắc phục những khó khăn về mua sắm quốc tế thuốc ARVs.

Trong tương lai, bên cạnh việc nhập khẩu, Việt Nam cần tìm hiểu khả năng sản xuất thuốc ARV trong nước để đảm bảo cung ứng thuốc lâu dài với giá hợp lý.

**Kế hoạch triển khai chương trình:**

- Hoàn thành đề án đảm bảo cung ứng bền vững các loại thuốc ARV ở Việt Nam, bao gồm các lĩnh vực mua sắm, sản xuất, các hướng dẫn về luật pháp, chính sách và hướng dẫn cho các công ty trong nước.
- Tiếp tục thực thi qui trình sản xuất, quản lý và sử dụng thuốc methadone ở Việt Nam.
- Áp dụng cơ chế mua sắm tập trung để đảm bảo tính bền vững, chất lượng, và giá cả hợp lý cho các loại thuốc ARV, methadone và các sinh phẩm và vật liệu y tế khác phục vụ phòng, chống HIV/AIDS.

## VI. Kết thúc dịch AIDS ở Việt Nam

Các bằng chứng cho thấy rõ dịch HIV/AIDS không thể tự mất đi nếu không có đầu tư, can thiệp. Đầu tư để kết thúc dịch AIDS là việc buộc phải làm. Để phòng, chống HIV/AIDS, càng đầu tư sớm (khi dịch đang ở giai đoạn tập trung vào một số nhóm nguy cơ cao) thì càng đỡ tốn kém, càng dễ can thiệp và càng hiệu quả. Trái lại, càng đầu tư muộn (khi dịch đã lan rộng ra cộng đồng) thì càng tốn kém, càng khó can thiệp và hiệu quả càng thấp.

Nếu chúng ta không đầu tư cho phòng chống HIV, dịch sẽ bùng phát trở lại, gây ra bệnh tật và tử vong cho rất nhiều người và khiến chúng ta phải chi phí ngày càng nhiều tiền hơn. Việt Nam không thể dừng bước vào lúc này. Sớm hay muộn, Việt Nam cũng sẽ phải đầu tư nhiều hơn cho phòng chống HIV/AIDS. Đầu tư  ngay bây giờ sẽ tạo được nhiều tác động tích cực hơn để khống chế dịch.

Các ưu tiên nêu trên đây giúp định hướng đầu tư có trọng tâm nhằm đẩy nhanh việc mở rộng và tăng cường hiệu quả của các can thiệp có tác động lớn. Các ưu tiên này, cùng với các chỉ tiêu trong kịch bản Kết thúc dịch AIDS ở Việt Nam, hợp thành Chiến lược đầu tư cho chương trình phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2030, nhằm giúp những người có nguy cơ cao khỏi bị nhiễm HIV, xét nghiệm và điều trị cho những người nhiễm HIV để giúp họ sống khỏe và tránh lây nhiễm HIVsang người khác, và thực hiện những can thiệp này một cách bền vững dựa trên các nguyên tắc về quyền con người và theo những thực hành tốt trên thế giới.

Việt Nam đang đứng trước nguy cơ thiếu hụt nghiêm trọng nguồn lực đầu tư cho phòng chống AIDS. Khoảng thiếu hụt này sẽ ngày càng lớn nếu Việt Nam không sáng suốt đầu tư ngay từ lúc này, đồng thời thực hiện các biện pháp tăng tính hiệu quả và hiệu suất của chương trình phòng chống HIV/AIDS. Nếu chúng ta không hành động theo hướng đó, dịch HIV sẽ tiếp tục diễn ra ở mức mà trong tương lai Việt Nam sẽ không có đủ tiền để đáp ứng, hoặc tệ hơn, dịch HIV sẽ bùng phát trở thành một cuộc khủng hoảng. Cái giá chúng ta phải trả khi ấy sẽ không chỉ là tiền mà còn là bi kịch về một số lượng lớn dân số Việt Nam bị nhiễm HIV, bệnh tật và rồi tử vong do AIDS.

Chúng ta đang đứng trước nhiều lựa chọn khó khăn, nhưng chúng ta đã sẵn sàng để lựa chọn cho Việt Nam bước đi vững chắc trên con đường hướng tới kết thúc dịch AIDS vào năm 2030.

# PHỤ LỤC I: Danh sách Ban điều hành, Nhóm kỹ thuật quốc gia và Đại biểu các tổ chức xã hội và cộng đồng tham gia đóng góp ý kiến xây dựng Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS

**Ban điều hành**

| | Họ tên | Tổ chức |
|---|---|---|
| 1 | Ts. Nguyễn Hoàng Long | Cục trưởng, Cục phòng chống HIV/AIDS (VAAC) |
| 2 | Gs. Bùi Đức Dương | Phó cục trưởng, Cục phòng chống HIV/AIDS |
| 3 | Ts. Phan Thu Hương | Phó cục trưởng, Cục phòng chống HIV/AIDS |
| 4 | Ts. Kristan Schoultz | Giám đốc quốc gia, UNAIDS Việt Nam |
| 5 | Ts. Masaya Kato | Trưởng nhóm HIV, Tổ chức y tế thế giới (WHO) |
| 6 | Ts. Michelle McConnell | Giám đốc quốc gia, Trung tâm kiểm soát bệnh dịch Hoa Kỳ (CDC) |
| 7 | Bà Laurel Fain | Giám đốc Chương trình y tế, Cơ quan hợp tác phát triển Hoa Kỳ (USAID) |
| 8 | Ông Chris Detwiler | Điều phối viên Chương trình PEPFAR |
| 9 | Ông Dang Ngo | Trưởng đại diện, Sáng kiến tiếp cận các dịch vụ y tế Quỹ Clinton (CHAI) |

**Nhóm kỹ thuật quốc gia**

| | Họ tên | Tổ chức |
|---|---|---|
| 1 | Ths. Võ Hải Sơn | Trưởng phòng Giám sát, Theo dõi & Đánh giá và Xét nghiệm (VAAC) |
| 2 | Ts. Dương Thúy Anh | Trưởng phòng Tài chính và Kế toán (VAAC) |
| 3 | Ts. Đỗ Thị Nhàn | Trưởng phòng Chăm sóc và Điều trị (VAAC) |
| 4 | Ths. Nguyễn Thị Minh Tâm | Trưởng phòng Can thiệp giảm hại (VAAC) |
| 5 | Ths. Đỗ Hữu Thủy | Trưởng phòng Truyền thông và Huy động cộng đồng (VAAC) |
| 6 | Ông  Lê Anh Tuấn | Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (VAAC) |
| 7 | Ths. Nguyễn Khắc Hải | Phòng Giám sát, Theo dõi & Đánh giá và Xét nghiệm (VAAC) |
| 8 | Ths. Nguyễn Văn Lượng | Phòng Giám sát, Theo dõi & Đánh giá và Xét nghiệm (VAAC) |
| 9 | Bà Lê Hồng Thúy | Phòng Tài chính và Kế toán (VAAC) |
| 10 | Bs. Nguyễn Thị Hà | Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (NIHE) |
| 11 | Bs. Dương Công Thành | Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (NIHE) |
| 12 | Ông Patrick J. Nadol | CDC |
| 13 | Bà Dương Thị Hảo | CDC |
| 14 | Bà Nguyễn Thị Minh Thu | CHAI |
| 15 | Ông Michael Cassel | USAID |
| 16 | Bà Nguyễn Thị Cẩm Anh | USAID |
| 17 | Ông Nguyễn Đức Dương | USAID |
| 18 | Bà Nguyễn Thu Vân | FHI360 |
| 19 | Bà Nguyễn Thanh Huyền | FHI360 |
| 20 | Bà Nguyễn Thị Vân | WHO |
| 21 | Ông Trần Vũ Hoàng | Tư vấn của WHO |
| 22 | Ông Chris Fontaine | UNAIDS |
| 23 | Bà Nguyễn Thu Anh | Tư vấn của UNAIDS |
| 24 | Ông Kiều Hữu Hạnh | Tư vấn của UNAIDS |
| 25 | Bà Nguyễn Thị Phương Mai | UNAIDS |
| 26 | Bà Nguyễn Thị Bích Huệ | UNAIDS |

**Danh sách đại biểu các tổ chức xã hội và tổ chức cộng đồng tham gia Họp góp ý xây dựng Chiến lược đầu tư tổ chức tại Hà Nội**

| | Họ tên | Tổ chức |
|---|---|---|
| | **Tổ chức phi chính phủ** | |
| 1 | Đỗ Thị Vân | Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật (VUSTA) |
| 2 | Phạm Nguyên Hà | Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật (VUSTA) |
| 3 | Trịnh Lê Trâm | Trung tâm tư vấn pháp luật và chính sách về HIV/AIDS |
| 4 | Đặng Thùy Hương | Viện nghiên cứu phát triển xã hội (ISDS) |
| 5 | Nguyễn Thị Kim Dung | Trung tâm hỗ trợ sáng kiến phát triển cộng đồng (SCDI) |
| 6 | Đinh Thị Yến | Trung tâm Nghiên cứu Phát triển Y tế Cộng đồng (CCRD) |
| 7 | Trần Kim Huế | Trung tâm Nghiên cứu Phát triển Y tế Cộng đồng (CCRD) |
| 8 | Trần Minh Giới | Trung tâm nâng cao sức khỏe cộng đồng (CHP) |
| 9 | Vũ Phương Thảo | Viện nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) |
| 10 | Phạm Khánh Bình | Viện nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) |
| 11 | Phạm Quỳnh Phương | Viện nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) |
| 12 | Lương Thị Tình | Trung tâm Nghiên cứu Sức khỏe cộng đồng và Phát triển (COHED) |
| 13 | Đặng Văn Khoát | Trung tâm huy động cộng đồng phòng chống HIV/AIDS (VICOMC) |
| 14 | Đỗ Thị Thanh Nhàn | CREA |
| | **Mạng lưới và các tổ chức cộng đồng tại Hà Nội** | |
| 15 | Vũ Bảo Huy | Mạng lưới MSM/TG, Thành viên CCM |
| 16 | Tùng Vũ | Nhóm ước mơ tuổi trẻ |
| 17 | Vũ Thắng | Nhóm Closet |
| 18 | Phạm Thị Minh | Mạng lưới người sử dụng ma túy, thành viên CCM |
| 19 | Nguyễn Văn Thịnh | Nhóm Cát trắng |
| 20 | Nguyễn Thanh Thủy | Nhóm Nơi bình yên |
| 21 | Lại Minh Hồng | Nhóm mặt trời của bé |
| 22 | Đồng Đức Thành | Nhóm mặt trời của bé |
| 23 | Trịnh Thúy Ngần | Hà Nội |
| 24 | Trịnh Thị Hòa | Nhóm Nơi bình yên |
| | **Mạng lưới và các tổ chức cộng đồng ở các tỉnh phía Bắc** | |
| 25 | Lê Thanh Tùng | Nghệ An |
| 26 | Trần Thanh Thắng | Điện Biên |
| 27 | Nguyễn Văn Cương | Hải Dương |
| 28 | Nguyễn Xuân Cường | Thái Nguyên |
| 29 | Nguyễn Thị Hằng | Thái Nguyên |
| 30 | Nguyễn Hải Yến | Thái Nguyên |
| 31 | Cao Hồng Tú | Quảng Ninh |
| 32 | Hoàng Việt Hùng | Bắc Cạn |
| 33 | Quách Thị Mai | Hải Phòng |
| 34 | Hoàng Thị Hương | Hải Phòng |
| 35 | Nguyễn Văn Đỉnh | Hải Phòng |
| 36 | Phạm Thị Huệ | Hải Phòng |
| 37 | Đinh Thi Huyền | Hải Phòng |
| 38 | Thanh Hoàng | Hải Phòng |

**Danh sách đại biểu các tổ chức xã hội và tổ chức cộng đồng tham gia Họp góp ý xây dựng Chiến lược đầu tư tổ chức tại tp. Hồ Chí Minh**

| | Họ tên | Tổ chức |
|---|---|---|
| | **Thành viên CCM** | |
| 1 | Đỗ Thụy An My | Thành viên CCM |
| 2 | Lê Minh Thành | Thành viên CCM |
| 3 | Lê Sơn | Thành viên CCM |
| | **Mạng lưới và các tổ chức cộng đồng phía Nam** | |
| 4 | Vũ Ngọc Thủy Phương | tp. Hồ Chí Minh |
| 5 | Nguyễn Thành Tuấn | tp. Hồ Chí Minh |
| 6 | Ngô Mộng Linh | tp. Hồ Chí Minh |
| 7 | Lâm Thanh Vinh (Lộ Lộ) | tp. Hồ Chí Minh |
| 8 | Đặng Hồng Nhung | Nha Trang |
| 9 | Huỳnh Như Thanh Huyền | tp. Hồ Chí Minh |
| 10 | Nguyễn Anh Phong | tp. Hồ Chí Minh |
| 11 | Trần Thị Thanh Vân | An Giang |
| 12 | Trần Phước Toàn | Đà Nẵng |
| 13 | Nguyễn Thị Duyên | Đắc Lắc |
| 14 | Huỳnh Chí Dũng | Bến Tre |
| 15 | Nguyễn Thái Hùng | Cần Thơ |
| 16 | Thủy | Cần Thơ |
| 17 | Thơm | Cần Thơ |
| 18 | Tất Bửu | tp. Hồ Chí Minh |
| 19 | Phan Thanh Nhan | tp. Hồ Chí Minh |
| 20 | Nguyễn Văn Thiện | Kiên Giang |
| 21 | Lâm Ngọc Thúy | tp. Hồ Chí Minh |
| 22 | Tuấn | tp. Hồ Chí Minh |
| 23 | Luân | tp. Hồ Chí Minh |
| | **Tổ chức phi chính phủ** | |
| 24 | Hàng Thị Xuân Lan | Trung tâm Nâng cao Chất lượng Cuộc sống (LIFE) |
| 25 | Đinh Đức Thiện | Trung tâm nghiên cứu Ứng dụng về Nam giới và Sức khỏe Cộng đồng (CARMAH) |
| 26 | Nguyễn Xuân Hải | Hội phòng chống AIDS tp.  Hồ Chí Minh |

# PHỤ LỤC 2: Các nguồn thông tin và dữ liệu sử dụng trong Chiến lược đầu tư


Abt Associates. *Đánh giá tác động cảu chương trình dự phòng lây nhiễm HIV cho người tiêm chích ma túy ở vùng Tây Bắc Việt Nam*. Các kết quả sơ bộ. Bài trình bày. 2012.

*Tất cả những điều bạn muốn biết về bơm kim tiêm nhưng sợ không dám hỏi*, tại http://harmdeduction.wordpress.com/2010/08/09/all-you-wanted-to-know-about-needles-but-were-afraid-to-ask/ (2010) công bố ngày 11/7/2014.

Dự án Phân tích và Vận động chính sách (A2). *Dịch HIV ở tp. Hồ Chí Minh: Các loại thông tin đầu vào cho kịch bản cơ sở*. 2006.

Attiaa, Suzanna et al. *Lây truyền HIV qua đường tình dục với tải lượng vi-rút và điều trị ARV: tổng kết có hệ thống và phân tích tổng hợp*. 2009.

AVERT (tránh khỏi bị nhiễm HIV và bị tử vong do AIDS). *Lây truyền HIV và điều trị ARV: tài liệu tóm tắt*. 2008.

Bitran, Ricardo et al. *Vai trò của bảo hiểm y tế trong cung ứng tài chính bền vững cho chương trình phòng chống HIV/AIDS ở các nước có thu nhập thấp và trung bình*. http://www.heard.org.za/downloads/erg-meeting-7-bitran.pdf. 2010. công bố ngày 31/7/2014.

Brown, Tim and Peerapatanapokin, Wiwat. *Mô hình dịch AIDS ở châu Á: một mô hình phân tích các lựa chọn khác nhau cho việc quyết sách và thực hiện chương trình phòng chống HIv/AIDS ở châu Á*. 2004.

Castilla, Jesus et al. *Hiệu quả của phương pháp điều trị ARV tác động lớn trong việc giảm lây truyền HIV trong quan hệ tình dục đồng giới*. 2005.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Xét nghiệm sàng lọc để phát hiện các ca nhiễm Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae. Bản tin Báo cáo hàng tuần về bệnh tật và tử vong*. 2002.

Eaton, Jeffrey W. et al. *Các lợi ích về sức khỏe, chi phí và hiệu quả về chi phí của việc điều trị sớm hơn cho người nhiễm HIV trưởng thành và việc mở rộng độ bao phủ chương trình điều trị: phân tích kết hợp 12 mô hình toán học*. Lancet Global Health 2014; 2: e23–34. 2013

Nhóm kỹ thuật ước tính và dự báo, Bộ Y tế. *Kết quả sơ bộ ước tính và dự báo dịch HIV ở Việt Nam năm 2013*. 2013.

Bảng hỏi về phụ nữ bán dâm của Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, 2012

Bảng hỏi về người tiêm chích ma túy của Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, 2012

Gowing, L. et al. *Điều trị thay thế bằng đường uống cho người tiêm chích ma túy để dự phòng lây nhiễm HIV (Báo cáo tổng kết)*. 2011.

Health Policy Advisory Committee on Technology Australia and New Zealand. *Tài liệu cập nhật ngắn gọn về công nghệ: Xét nghiệm phát hiện bệnh Chlamydia trachomatis*. 2011.

He, Na et al. *Điều trị ARVgiảm lây truyền HIV trong các cặp bạn tình dị nhiễm ở vùng nông thôn tỉnh Vân Nam, Trung Quốc*. 2013.

Bảng hỏi về người tiêm chích ma túy của Chương trình phòng chống HIV/AIDS châu Á, 2014

Giám sát trọng điểm về HIV (HSS), 2011

Giám sát trọng điểm về HIV lồng ghép giám sát hành vi (HSS+), 2011, 2012 và 2013

Hosseinipour, Mina et al. *Liệu có thể dùng điều trị ARV để phòng lây nhiễm HIV type 1 qua quan hệ tình dục?* 2002.

Điều tra lồng ghép chỉ số sinh học và hành vi về HIV/AIDS (IBBS), 2005

Điều tra lồng ghép chỉ số sinh học và hành vi về HIV/AIDS (IBBS), 2013

International HIV/AIDS Alliance. *Dự phòng tích cực: Các chiến lược dự phòng dành cho người sống với HIV/AIDS*. 2003.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Các mục tiêu lớn về điều trị: Viết nên chương cuối cùng của dịch AIDS*. 2014.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Tài liệu giới thiệu khái niệm Ưu tiên theo vùng miền*. BẢN THẢO. 2011.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) và các tổ chức khác. *Phân bổ nguồn lực hợp lý cho phòng chống HIV/AIDS ở cấp tỉnh – Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS*. BẢN THẢO. 2012.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Đầu tư cho kết quả. Kết quả về con người. Một công cụ đầu tư lấy con người làm trọng tâm để tiến tới kết thúc dịch AIDS*. 2012.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Đầu tư thông minh*. 2013.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Sử dụng thuốc ARV một cách chiến lược để ddiee-futrij và dự phòng lây nhiễm HIV*. UNAIDS/PCB (33)/13.18, 21/11/2013.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). *Ước tính nguy cơ lây truyền HIV trong các quan hệ bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo các dữ liệu*. 2012.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA) and World Health Organization (WHO). *Bao cao su và dự phòng lây nhiễm HIV: Tuyên bố về quan điểm*. 2009.

Kato, Masaya et al. *Tác động tiềm tàng của việc mở rộng điều trị ARV và thực hiện dự phòng kết hợp ở Việt Nam: Hướng tới triệt tiêu lây nhiễm HIV*. 2013.

Katz, Ingrid T. et al. *Tác động của kỳ thị với HIV đến tuân thủ điều trị: tổng kết, đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp*. 2013.

Macarthur, Georgina J. et al. *Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện và lây nhiễm HIV trong những người tiêm chích ma túy: tổng kết, đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp*. 2012.

Bộ Y tế. *Kết quả vòng 2 Điều tra lồng ghép chỉ số sinh học và hành vi ở Việt Nam (IBBS) năm 2009*. 2011.

Nguyen, Duy Tung et al. *Điều tra giám sát hành vi về HIV/AIDS*. 2000.

Nguyen, Thi Minh Tam (VAAC). *Kinh nghiệm của Việt Nam trong việc mở rộng các dịch vụ giảm hại*. Bài trình bày tại Hội nghị quốc tế khu vực châu Á – Thái Bình Dương về HIV/AIDS ( ICAAP). 2013.

Nguyen, Trang Quynh et al. *Chương trình trao đổi bơm kim tiêm ở Mỹ: Đánh giá kinh tế cấp quốc gia về gia tăng đầu tư trên lý thuyết*. 2014.

Oxford Policy Management. *Tăng thêm lựa chọn về nguồn cung cấp tài chính lâu dài cho phòng chống HIV ở Việt Nam*. 2012.

Partners in Health Research. *Điều tra trong khách mua dâm là nam giới: điều tra cắt ngang để tìm hiểu tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ liên quan trong các khách mua dâm là nam giới ở Hà Nội và tp. Hồ Chí Minh*. 2014.

Pollard, Richard. *Cách tiếp cận thị trường tổng thể: Chương trình bao cao su ở Việt Nam*. Bài trình bày. 2011.

PSI. *Cách tiếp cận thị trường tổng thể là gì?* http://www.psi.org/total-market-approach công bố ngày 18/7/2014.

PSI/Vietnam Research & Metrics. Vietnam (2011). *Điều tra hành vi của phụ nữ bán dâm và phụ nữ bán dâm có tiêm chích ma túy*. Báo cáo tóm tắt. 2012.

PSI/Vietnam Research & Metrics. 2013. *Điều tra hành vi trong nhóm nam giới tiêm chích ma túy ở ba tỉnh thành phố của Việt Nam*. Báo cáo tóm tắt. 2014.

PSI/Vietnam. *Điều tra hành vi trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở 4 tỉnh*. Báo cáo tóm tắt. 2013.

PSI/Vietnam. *Điều tra hành vi của những người tiêm chích ma túy ở Việt Nam*. 2010.

PSI/Vietnam. *Các khách mua dâm là nam giới của phụ nữ bán dâm: những phát hiện chính từ các điều tra về hành vi tiến hành năm 2009 & 2011*. 2012.

Resch, S. et al. *Lợi ích kinh tế của đầu tư cho điều trị AIDS tại các nước có thu nhập thấp và trung bình*. 2011.

Schwartländer, Bernhard et al. *Hướng tới cách tiếp cận về đầu tư để đáp ứng hiệu quả hơn với HIV/AIDS*. Tạp chí The Lancet, Tập 377, Số 9782. 2011.

Bảng hỏi dùng cho Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 (SAVY), 2009

United Nations Development Programme (UNDP) and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Hiểu và hành động để hiện thực hóa các tác nhân chính và các tương quan trong phát triển nhằm đầu tư một cách chiến lược*. 2012.

USAID. *Kết quả điều tra ban đầu trong nhóm bạn tình của người NCMT tại Điện Biên*. Bài trình bày. 2012.

United States Centers for Disease Control (CDC). *Phân tích tình hình dịch*. BẢN THẢO. 2014.

Vermund, Sten H. *Điều trị để dự phòng lây nhiễm HIV ở Trung Quốc*. 2013.

Cục phòng chống HIV/AIDS. Mô hình hóa dịch HIV ở Việt Nam. 2014.

Cục phòng chống HIV/AIDS. *Báo cáo tiến độ phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam*. 2014.

Cục phòng chống HIV/AIDS. 2013 Giám sát trọng điểm về HIV (HSS), Giám sát trọng điểm về HIV lồng ghép giám sát hành vi (HSS+), và Điều tra lồng ghép chỉ số sinh học và hành vi về HIV/AIDS (IBBS), 2013

Cục phòng chống HIV/AIDS. Báo cáo thường kỳ D28.

Cục phòng chống HIV/AIDS. *Phân tích chi tiêu quốc gia cho phòng chống HIV/AIDS 2013*. 2013.

Tổng cục thống kê. *Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ*. 2011.

Tổng cục thống kê. *Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2009-2049*. 2011.

Mạng lưới quốc gia người sống với HIV (VNP+). *Nghiên cứu chỉ số kỳ thị với HIV ở Việt Nam*. 2012.

Wilson, David P. *Điều trị để dự phòngHIV: Thủ nghiệm trên thực tế cho thấy giới hạn của Điều trị ARV để dự phòng lây nhiễm HIV*. 2012.

Điều tra của Ngân hàng thế giới. 2008.

World Health Organization (WHO). *Điều trị ARV để dự phòng (TASP) lây nhiễm HIV và Lao –cập nhật về chương trình*. 2012.

World Health Organization (WHO). *Hướng dẫn đầy đủ về sử dụng thuốc kháng vi-rút để điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV: Khuyến nghị về cách tiếp cận y tế công cộng*. 2013.

World Health Organization (WHO). *Hiệu quả của chương trình bơm kim tiêm sạch trong việc giảm HIV/AIDS trong nhóm người tiêm chích ma túy*. 2004.

World Health Organization (WHO). *Thu phí của người sử dụng dịch vụ tại các điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS*. 2005.

World Health Organization (WHO). *Tóm tắt các khuyến nghị mới: Hướng dẫn đầy đủ về ARV*. 2013.

Zhang, Lei et al. *Đánh giá các hoạt động phòng chống HIV/AIDS do DFID và Ngân hàng thế giới hỗ trợ trong 10 năm từ 2003 đến 2012*. 2013.

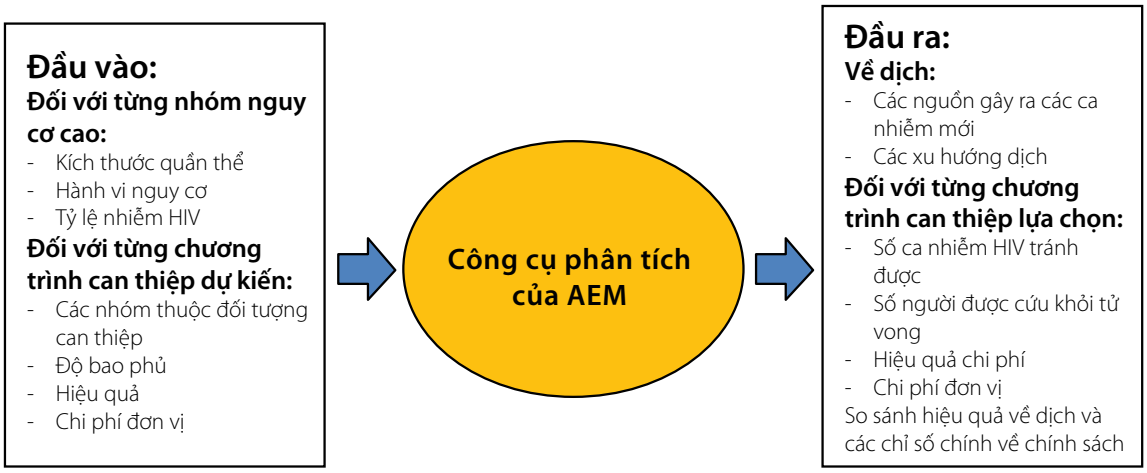
# PHỤ LỤC 3: Tiến trình mô hình hóa dịch AIDS

### Mô hình hóa dịch AIDS (AEM)

AEM phân tích các dữ liệu hiện có để đưa ra một bức tranh tổng thể về dịch HIV và giúp các nhà hoạch định chính sách ước tính các tác động tiềm tàng trong tương lai của các chính sách và mức độ bao phủ chương trình đề xuất, cũng như nhu cầu cần có về nguồn lực. AEM là một tiến trình mô phỏng trên mô hình toán học dịch HIV, các can thiệp và hiệu quả của chi phí dùng cho đáp ứng dịch. AEM liên kết hành vi với việc mô phỏng dịch, ví dụ AEM tính toán số nhiễm HIV mới dựa trên hành vi của các nhóm nguy cơ cao. AEM cũng mô phỏng các thay đổi về dịch dựa trên thay đổi trong hành vi. Cuối cùng, AEM liên kết hợp phần về chi phí với các can thiệp (độ bao phủ nhân với chi phí đơn vị) để ước tính tổng nhu cầu về nguồn lực.

Hai tiểu ban của Nhóm kỹ thuật quốc gia chịu trách nhiệm thu thập và nhập dữ liệu đầu vào, gồm các dữ liệu về dịch tễ học, hành vi, số liệu chương trình và ước tính chi phí đơn vị của các can thiệp hiện thời.

### Tiến trình AEM




Nhóm kỹ thuật tổ chức ba cuộc hội thảo để xây dựng, kiểm tra và phân tích một kịch bản cơ sở và một loạt các kịch bản đầu tư khác nhau cho đáp ứng với dịch HIV ở Việt Nam. Hội thảo đầu tiên (tháng 5/2014) hướng đến xây dựng mô hình kịch bản cơ sở (bao gồm các chi phí đơn vị); hội thảo thứ hai (tháng 6/2014) kiểm tra và điều chỉnh thêm kịch bản cơ sở (bao gồm các chi phí đơn vị) và bắt tay vào xây dựng các kịch bản khác; và, hội thảo thứ ba (tháng 7/2014) xem xét lại và điều chỉnh lần cuối các kịch bản và các chi phí đơn vị.

Bước đầu tiên là Nhóm kỹ thuật xác định các nhóm quần thể để đưa vào mô hình AEM, gồm nhóm người tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ bán dâm (PNBD) và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), chia ra thành nhóm MSM tiếp cận được và nhóm MSM không tiếp cận được. Sau đó, một nhóm khác được bổ sung thêm, đó là nhóm vợ/bạn tình lâu dài của nam giới tiêm chích ma túy nhiễm HIV và những nam giới nhiễm HIV khác.

### Các định nghĩa và giả định

- Người TCMT: nam giới từ 18 tuổi trở lên được biết có tiêm chích ma túy.
- Phụ nữ bán dâm: phụ nữ từ 18 tuổi trở lên được biết có nhận tiền để quan hệ tình dục.
- Nam quan hệ tình dục đồng giới - MSM (tiếp cận được và không tiếp cận được): nam giới từ 15 tuổi trở lên có quan hệ tình dục với nam giới ít nhất một lần trong 12 tháng qua. MSM tiếp cận được là những MSM mà các can thiệp về HIV với tới được.

- Bạn tình nữ lâu dài của nam giới nhiễm HIV. Những phụ nữ này gồm vợ/bạn tình thường xuyên và lâu dài của những nam giới tiêm chích ma túy sống với HIV, nam giới có mua dâm và nam giới là MSM,.

Nhóm kỹ thuật cũng xác định các số liệu cần dùng và các nguồn số liệu hiện có (gồm số liệu về chi phí đơn vị). Tiếp theo là thu thập, kiểm tra và lựa chọn số liệu để đưa vào AEM. Những số liệu này bao gồm số liệu về kích cỡ quần thể (người TCMT, PNBD, MSM) lấy từ nguồn Dự báo và Ước tính (EPP) và dân số nói chung lấy từ nguồn của Tổng cục thống kê. Số liệu về tỷ lệ nhiễm HIV lấy từ nguồn Giám sát trọng điểm về HIV (HSS) trong giai đoạn 1994-2004 và từ nguồn EPP trong giai đoạn 2005-2013. Số liệu về hành vi lấy từ nguồn Giám sát trọng điểm về HIV có lồng ghép giám sát hành vi (HSS+), Điều tra lồng ghép chỉ số sinh học và hành vi (IBBS) và các điều tra được thực hiện trong khuôn khổ hoạt động của Ngân hàng thế giới, Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, và Chương trình phòng chống HIV/AIDS khu vực châu Á của chính phủ Úc (HAARP). Số liệu về điều trị ARV lấy từ nguồn báo cáo điều trị của Cục phòng chống HIV/AIDS.

**Các định nghĩa và giả định**

- Kích cỡ quần thể các nhóm người TCMT, PNBD và MSM sử dụng số ước tính trung bình từ EPP.

Vì vẫn còn nhiều điểm chưa hoàn toàn rõ ràng liên quan đến các số ước tính về kích cỡ quần thể của các nhóm nguy cơ cao ở Việt Nam, Nhóm kỹ thuật đã đưa ra ba mức độ ước tính – thấp, trung bình và cao. Những giả định chính về ước tính kích cỡ quần thể trong EPP 2013 được tóm tắt trong Bảng 1 dưới đây.

***Với mức ước tính thấp, có những giả định sau về kích cỡ quần thể của các nhóm nguy cơ cao:***

- **Người TCMT:** Số báo cáo chính thức của Bộ Công an về số người TCMT được dùng làm số ước tính thấp. Tiếp theo, số liệu này được kiểm tra chéo với số liệu trong các báo cáo D28 và xem xét lại. Bộ Công an ước tính có 85% số người nghiện ma túy là người TCMT. Phụ nữ TCMT được cho là chiếm 5% tổng số người TCMT.
- **PNBD:** Số liệu thống kê về PNBD của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (MOLISA) được dùng làm số ước tính thấp. Số liệu này được xem xét và kiểm tra chéo với số liệu trong các báo cáo D28.
- **Nam giới mua dâm của PNBD:** Không có nghiên cứu nào cho số liệu đáng tin cậy về kích cỡ quần thể của nhóm khách mua dâm là nam giới ở Việt Nam. Theo EPP năm 2007, có 5% nam giới trong độ tuổi 15-49 được cho là khách mua dâm của các PNBD, và đây là số ước tính ở mức thấp.
- **MSM:** Không có nghiên cứu nào ước tính kích cỡ quần thể MSM ở Việt Nam. Các nghiên cứu ở châu Á cho thấy từ 1%-3% nam giới tuổi từ 15 trở lên có quan hệ tình dục đồng giới trong năm vừa qua. Hà Nội và tp. Hồ Chí Minh là hai trung tâm kinh tế, xã hội và văn hóa lớn của Việt Nam, vì vậy quần thể MSM ở hai thành phố này được coi là lớn hơn nhiều so với các tỉnh thành khác. Ước tính ở mức thấp, vì thế, được giả định là 1% số nam giới tuổi từ 15 trở lên ở Hà Nội và tp. Hồ Chí Minh là MSM. Tại các tỉnh thành khác, con số này được ước tính là 0,5%.
- **Nữ giới nói chung:** Kích cỡ quần thể phụ nữ nói chung được tính toán bằng cách lấy tổng số phụ nữ từ 15 tuổi trở lên trừ đi số ước tính thấp về quần thể PNBD.
- **Nam giới nói chung (bao gồm những nam giới từng TCMT hay từng mua dâm của PNBD):** Kích cỡ quần thể nam giới nói chung được tính toán bằng cách lấy tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên trừ đi số ước tính thấp của nam giới TCMT, nam giới mua dâm của PNBD và MSM (cả nhóm tiếp cận được và nhóm không tiếp cận được).

***Với mức ước tính cao, có các giả định sau về kích cỡ quần thể của các nhóm nguy cơ cao:***

- **Người TCMT:** Số ước tính cao được tính toán bằng cách nhân số người TCMT tại từng tỉnh (theo nguồn của Bộ Công an) với một số nhân. Để quyết định được số nhân này là bao nhiêu, Nhóm kỹ thuật đã xem xét số liệu từ các thống kê người TCMT mà Trung tâm phòng chống AIDS của các tỉnh định kỳ tiến hành (và được ghi nhận trong báo cáo D28) cũng như xem xét số liệu của các dự án do Ngân hàng thế giới và DFID hỗ trợ. Số ước tính người TCMT có được từ các nguồn này được so sánh với số liệu của Bộ Công an để quyết định số nhân là bao nhiêu. Giá trị của số nhân được xem xét rất kỹ lưỡng và có sự đồng thuận của cả Nhóm kỹ thuật cũng như một số Trung tâm phòng chống AIDS chính.
- **PNBD:** Số ước tính của MOLISA được nhân ba để cho ra con số ước tính ở mức cao về kích cỡ quần thể PNBD, với hiểu biết chung là trên thực tế số PNBD thường cao hơn nhiều lần so với con số mà MOLISA được biết.
- **Nam giới mua dâm của PNBD:** Ước tính ở mức cao được đặt là 10% của tổng số nam giới trong độ tuổi 15-49.
- **MSM:** Ước tính ở mức cao được đặt là 3% tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên ở Hà Nội và tp. Hồ Chí Minh và 1,5% ở các tỉnh thành khác.
- **Phụ nữ nói chung:** Tương tự như với ước tính thấp, kích cỡ quần thể phụ nữ nói chung được tính toán bằng cách lấy tổng số phụ nữ tuổi từ 15 trở lên trừ đi số ước tính ở mức cao về quần thể PNBD.
- **Nam giới nói chung (gồm nam giới từng TCMT và từng mua dâm của PNBD):** Tương tự như với số ước tính thấp, kích cỡ quần thể nam giới nói chung được tính toán bằng cách lấy tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên trừ đi số ước tính ở mức cao về số nam giới TCMT, sô nam giới mua dâm của PNBD và số MSM .

***Ước tính ở mức trung bình được tính bằng cách chia đôi tổng của ước tính ở mức cao và ước tính ở mức thấp.***

**Bảng 1: Các giả định chính về ước tính kích cỡ quần thể[85]**

| Quần thể | Ước tính thấp | Ước tính cao |
|---|---|---|
| Người TCMT | Số liệu Bộ Công an (MPS) x 0.85[83] | (Số liệu MPS x 0.852) x một số nhân |
| PNBD | Số liệu Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (MOLISA) | Số liệu MOLISA x 3, hoặc ước tính của Ngân hàng thế giới (trong trường hợp con số này cao hơn của MOLISA) |
| Nam giới mua dâm của PNBD | 5% của tổng số nam giới trong độ tuổi 15 – 49 | 10% của tổng số nam giới trong độ tuổi 15 – 49 |
| MSM | Hà Nội và tp Hồ Chí Minh: 1% của tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên<br>Các tỉnh khác: 0,5% của tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên | Hà Nội và tp Hồ Chí Minh: 3% của tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên<br>Các tỉnh khác: 1,5% của tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên |
| Nam giới nói chung | tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên – 95% nam giới TCMT[84] (ước tính thấp) – MSM (ước tính thấp) – nam giới mua dâm của PNBD (ước tính thấp) | tổng số nam giới tuổi từ 15 trở lên – 95% nam giới TCMT (ước tính cao) – MSM (ước tính cao) – nam giới mua dâm của PNBD (ước tính cao) |
| Phụ nữ nói chung | Tổng số nữ giới tuổi từ 15 trở lên – 5% phụ nữ TCMT[85] (ước tính thấp) – PNBD (ước tính thấp) | Tổng số nữ giới tuổi từ 15 trở lên – 5% phụ nữ TCMT[84] (ước tính cao) – PNBD (ước tính cao) |

83. Nhóm công tác EPP đã đưa ra các giả định trên sau khi xem xét kỹ lưỡng và kiểm tra chéo tất cả các nguồn số liệu hiện có về ước tính kích cỡ các quần thể khác nhau, đồng thời tham khảo ý kiến của một số Trung tâm phòng chống AIDS cấp tỉnh. Xin xem thêm: Nhóm công tác EPP, Bộ Y tế. Kết quả sơ bộ về ước tính và dự báo dịch HIV ở Việt Nam năm 2013. 2013.
84. Theo ước tính của Bộ Công an, 85% số người nghiện ma túy có TCMT
85. Giả định phụ nữ TCMT chiếm 5% tổng số người TCMT

- o Kích cỡ quần thể người dân nói chung: sử dụng số liệu từ Spectrum v 5.3 (sau khi đã kiểm tra chéo với bo cáo của Tổng cục thống kê: GSO, 2011. Ước tính dân số Việt Nam giai đoạn 2009 –2049)
- o Tỷ lệ nhiễm HIV

- Người TCMT:
  + 1994 – 2004: HSS
  + 2005 – 2013: kết quả đầu ra của EPP 2013
- PNBD:
  + 1994 – 2004: HSS
  + 2005 – 2006: kết quả đầu ra của EPP 2013
  + 2007 – 2013:

  Kết quả đầu ra của EPP 2013 cho thấy xu hướng tăng lên về tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNBD. Tuy nhiên, xu hướng nhiễm HIV trong nhóm nam giới mua dâm lại có chiều hướng giảm (EPP 2013).

  Nhóm kỹ thuật đã tính toán độ giảm trong tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam giới mua dâm của PNBD như sau:

  = [tỷ lệ nhiễm HIV năm 2006 trong nhóm nam giới mua dâm của PNBD (EPP 2013) – tỷ lệ nhiễm HIV năm 2013 trong nhóm nam giới mua dâm của PNBD (EPP 2013)] / tỷ lệ nhiễm HIV năm 2006 trong nhóm nam giới mua dâm của PNBD (EPP 2013)

  = (1.22% - 1.09%) / 1.22% = 10%

  Nhóm kỹ thuật đã dùng số giảm trong tỷ lệ nhiễm HIV này (10%) để điều chỉnh tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNBD (EPP 2013).

| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Năm | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| 3 | Tỷ lệ nhiễm HIV trong PNBD (EPP, 2013) | 4.92% | 4.97% | 5.02% | 5.08% | 5.17% | 5.20% | 5.25% | 5.34% |
| 4 | Điều chỉnh giảm 10% | 4.92% | 4.85% | 4.78% | 4.71% | 4.64% | 4.57% | 4.50% | 4.43% |
| 5 | Công thức điều chỉnh | =C4 | Nội suy | | | | | | = C4*0.9 |

MSM: sử dụng kết quả đầu ra của EPP 2013 cho riêng nhóm "MSM tiếp cận được". Nhóm kỹ thuật sử dụng EPP file, loại trừ các yếu tố calibration để điều chỉnh tỷ lệ nhiễm cho nhóm MSM không tiếp cận được. Kết quả đầu ra được dùng làm số ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM tiếp cận được.

- Phụ nữ nói chung: kết quả đầu ra của EPP 2013
  Nhóm kỹ thuật sử dụng 5 điểm số liệu gần nhất để đưa vào mô hình.

- o Số liệu về hành vi

Phương pháp:

- Xem xét số liệu từ các nguồn khác nhau theo bảng tổng hợp số liệu
- Xây dựng một bảng với các giá trị theo tỉnh và năm
- Loại trừ các giá trị quá khác biệt (các mẫu số nhỏ, không nằm trong vùng chung khi kiểm tra xu hướng)
- Tính giá trị cực tiểu, trung tuyến và trung bình giữa cực tiểu và trung tuyến
- Tính giá trị trung bình weighted của kích cỡ quần thể
- Xem xét lại các giá trị cực tiểu, trung tuyến và trung bình của hai giá trị này và tính giá trị trung bình. Nhóm kỹ thuật thống nhất quyết định đưa giá trị nào vào bảng tính để xây dựng kịch bản cơ sở.

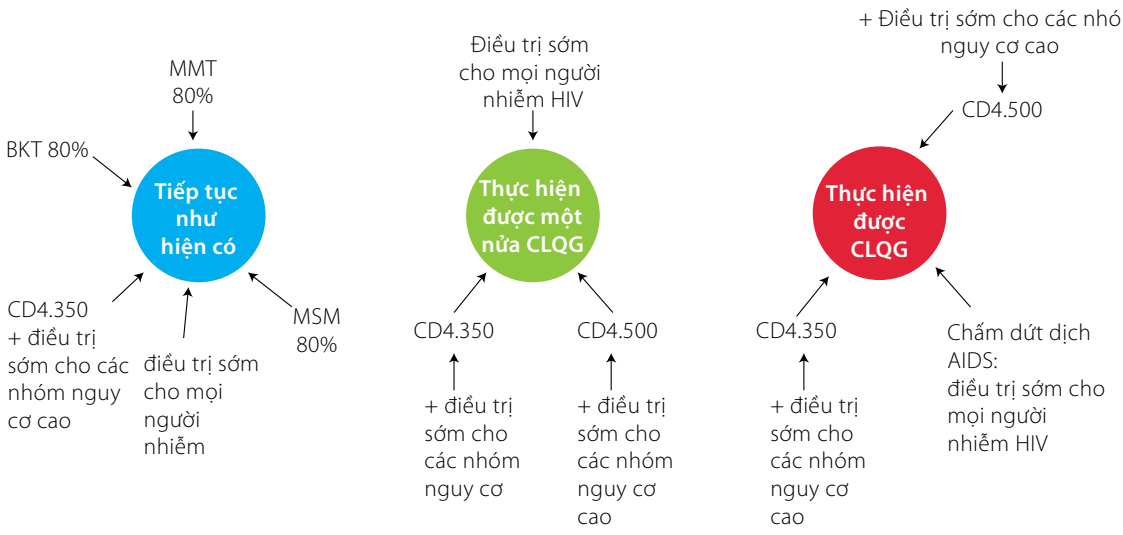
- Điều trị ARV: Sử dụng số liệu chương trình của Phòng Chăm sóc và Điều trị thuộc Cục phòng chống HIV/AIDS để có số người tham gia điều trị từ 2002 đến 2012.

Sau khi nhập số liệu đầu vào, Nhóm kỹ thuật chạy công cụ phân tích trên AEM và tiếp tục điều chỉnh. Nhóm kiểm tra lại đầu ra của mô hình (xem phía dưới) với số liệu từ báo cáo trường hợp, rồi căn cứ vào đó để tiếp tục điều chỉnh và hoàn thiện mô hình cơ sở trên AEM.

**Các định nghĩa và giả định dùng cho đầu ra của mô hình**

- Mô tả dịch trên mô hình dựa trên số liệu về hành vi và số liệu về tỷ lệ nhiễm HIV
- Số nhiễm hiện có, số nhiễm mới, tỷ lệ nam/nữ, và số phần tram người nhiễm HIV đồng thời là người TCMT (trong cả số nhiễm hiện có và số nhiễm mới)

Sau khi mô hình cơ sở đã được kiểm tra lại, Nhóm kỹ thuật tiếp tục xây dựng mô hình cho các kịch bản can thiệp dựa trên kịch bản cơ sở (mức độ bao phủ chương trình hiện có). Sau khi xem xét ý kiến của lãnh đạo Cục phòng chống HIV/AIDS, 3 nhóm kịch bản can thiệp dựa trên những chính sách khác nhau được thảo luận và nhất trí để chạy trên AEM. Sau cùng, các kịch bản can thiệp được phân tích bằng công cụ phân tích tác động của AEM, cho phép so sánh các kịch bản về nguồn lực cần đầu tư cũng như về hiệu quả trong việc giảm các ca nhiễm mới, giảm số tử vong do AIDS và số DALY thu được.[86]




**Nhóm kịch bản số 1**

1. Kịch bản cơ sở
2. Đạt một nửa các mục tiêu trong CLQG
3. Đạt các mục tiêu trong CLQG với điều trị ở mức CD4 350
4. Đạt các mục tiêu trong CLQG với điều trị ở mức CD4 350 + Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao
5. Đạt các mục tiêu trong CLQG với điều trị ở mức CD4 500
6. Đạt các mục tiêu trong CLQG với điều trị ở mức CD4 500 + Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao
7. Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030 (Đạt các mục tiêu trong CLQG + điều trị cho mọi người nhiễm HIV + dự phòng tích cực cho vợ/bạn tình)
8. Kịch bản xấu

86. DALY: một năm sống khỏe mạnh và có lao động đóng góp cho xã hội

**Nhóm kịch bản số 2 – Sử dụng điều trị ARV một cách chiến lược**

1. Kịch bản cơ sở
2. Đạt một nửa mục tiêu về dự phòng trong CLQG + bao phủ 80% điều trị ARV ở mức CD4 350 (Mục tiêu CLQG trong nhóm kịch bản số 1)
3. Đạt một nửa mục tiêu về dự phòng trong CLQG + điều trị ARV ở mức CD4 350 cho mọi người nhiễm HIV + 80% độ bao phủ Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao
4. Đạt một nửa mục tiêu về dự phòng trong CLQG + bao phủ 80% điều trị ARV ở mức CD4 500
5. Đạt một nửa mục tiêu về dự phòng trong CLQG + điều trị ARV ở mức CD4 500 cho mọi người nhiễm HIV + 80% độ bao phủ Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao
6. Đạt một nửa mục tiêu về dự phòng trong CLQG + điều trị cho mọi người nhiễm HIV với độ bao phủ 80%

**Nhóm kịch bản số 3 – ưu tiên can thiệp theo hiệu quả về chi phí**

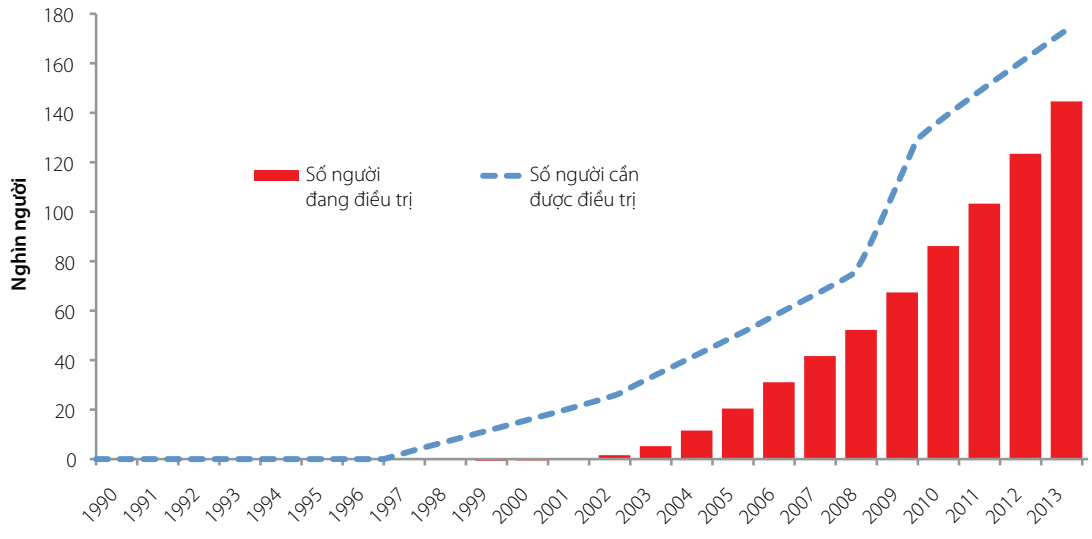
16. Chỉ triển khai chương trình BKT: độ bao phủ 60% và 80%
17. Chỉ triển khai chương trình MMT: độ bao phủ 35% và 80% (Chương trình BKT 20%)
18. Chỉ triển khai can thiệp cho nhóm MSM: độ bao phủ 70% và 80%
19. Chỉ triển khai can thiệp cho nhóm PNBD: 80%
20. Chỉ triển khai can thiệp cho các cặp bạn tình dị nhiễm (tư vấn và xét nghiệm cho cả hai người: độ bao phủ 80% vào năm 2020)
21. Chỉ triển khai điều trị ARV cho mọi người nhiễm HIV, với độ bao phủ 80%
22. Chỉ triển khai điều trị ARV ở mức CD4 350 + Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao
23. Chỉ triển khai điều trị ARV ở mức CD4 500 + Điều trị sớm cho các nhóm nguy cơ cao

***Mô hình cơ sở***

Mô hình cơ sở của AEM được dùng để phân tích các đường lây và ước tính nhu cầu điều trị ARV trong Chiến lược đầu tư. Dưới đây là các biểu đồ chính được xây dựng . Toàn bộ các giá trị đầu ra có trong các bảng tính của AEM

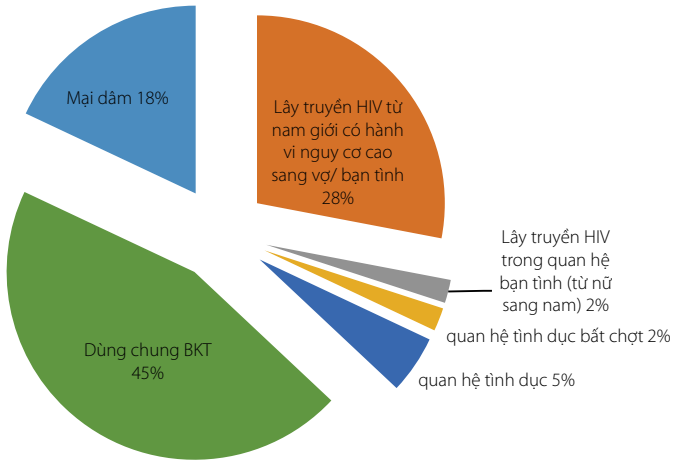
**Số ca nhiễm HIV mới theo đường lây, 2013**

**Độ bao phủ chương trình điều trị ARV so với nhu cầu điều trị, 1990 - 2013**

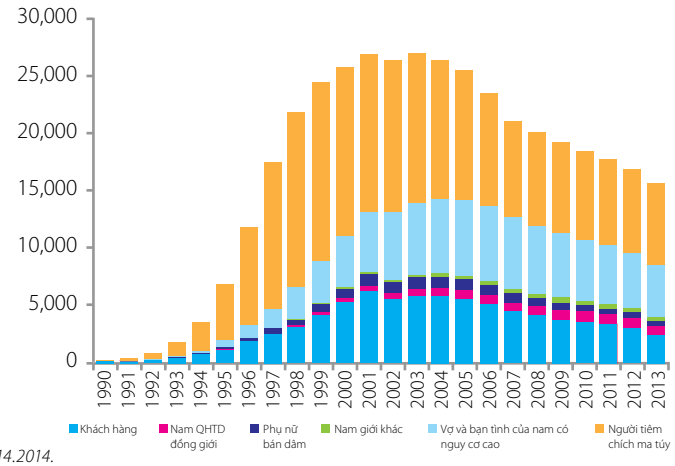



*Nguồn: Phân tích số liệu chương trình điều trị, Cục Phòng chống HIV/AIDS, 2014, Mô hình AEM ở Việt Nam, 2014*

**Tổng số 15.603 ca nhiễm**

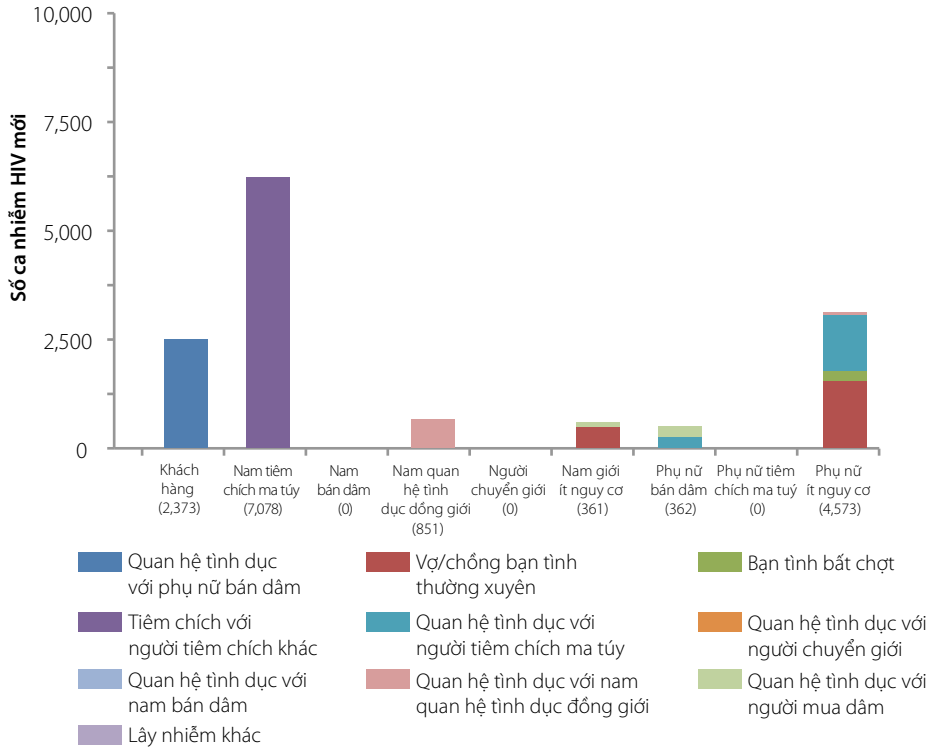



**Số ca nhiễm mới hàng năm phân chia theo nhóm nguy cơ cao, 1990-2013**




*Nguồn: Mô hình AEM ở Việt Nam, 2014.2014.*

**Phân bố các ca nhiễm HIV mới theo nhóm quần thể, 2013**




## Chi phí đơn vị

AEM sử dụng các chi phí đơn vị của từng can thiệp để tính toán hiệu quả chi phí. Việc xây dựng các chi phí đơn vị sử dụng số liệu đầu vào của Chính phủ Việt Nam (chi phí đơn vị quốc gia) và của các nhà tài trợ quốc tế, gồm PEPFAR và Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét. Chi phí đơn vị được tính toán cho các hạng mục sau:

- Bao cao su
- Chất bôi trơn
- Bơm kim tiêm
- Methadone
- Tư vấn xét nghiệm HIV
- Giáo dục đồng đẳng
- Họp nhóm (tiếp cận cộng đồng)
- Điều trị ARV và các bệnh nhiễm trùng cơ hội

Ngoài ra, các chi phí lũy tích cũng được tính toán cho các nhóm can thiệp dành cho các nhóm nguy cơ cao gồm PNBD trên đường phố, PNBD tại cơ sở vui chơi giải trí, nhóm MSM có nguy cơ cao hơn, trao đổi BKT cho người TCMT, MMT cho người TCMT và dự phòng cho vợ/bạn tình của nam giới nhiễm HIV và nam giới TCMT.

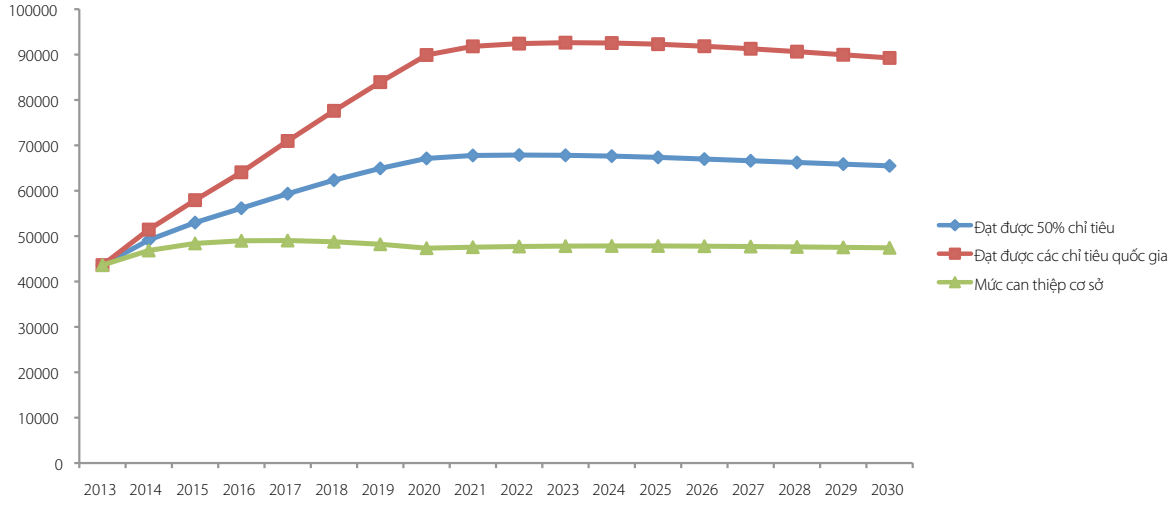
Các chi phí đơn vị được điều chỉnh nhiều lần và kiểm tra lại với các chuyên gia kỹ thuật của cả Chính phủ và các nhà tài trợ quốc tế ở từng hội thảo AEM. Nhu cầu nguồn lực của các kịch bản trong Chiến lược đầu tư được tính toán dựa trên các chi phí đơn vị được đồng thuận tại hội thảo AEM lần thứ ba vào tháng 7/2014:

**Bảng 22: Các chi phí đơn vị dùng cho AEM, tháng 7/ 2014**

| | PNBD đường phố | PNBD Tại cơ sở | MSM có nguy cơ cao hơn | NTCMT (BKT) | Vợ/bạn tình của người nhiễm HIV và NTCMT | NTCMT (OST) | Điều trị ARV và OI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bao cao su | 17.33 | 17.33 | 2.97 | 2.48 | | 2.48 | |
| Chất bôi trơn | | - | 8.17 | | | | |
| BKT | | - | | 36.5 | | | |
| Methadone | | - | | | | 171.68 | |
| VCT | 4.82 | 4.82 | 2.41 | 4.82 | 2.41 | 4.28 | |
| GD đồng đẳng | 14.29 | 14.29 | 14.29 | 14.29 | | | |
| Họp nhóm | 0.95 | 0.95 | 0.95 | 2.86 | | 2.86 | |
| **Chi phí ĐV (US$)** | **37.39** | **37.39** | **28.79** | **60.94** | **2.41** | **181.83** | **285.85** |
| **Tổng chi phí ĐV bao gồm các chi phí ngoài CT (US$)** | **57.52** | **57.52** | **44.29** | **93.75** | **3.71** | **279.74** | **381.13** |

Các chi phí đơn vị được dùng để tính và so sánh nhu cầu nguồn lực của các kịch bản đầu tư khác nhau, ví dụ:

**Tổng nhu cầu nguồn lực, 2013-2030**



**Các hạn chế của mô hình AEM**

Nhóm kỹ thuật chỉ ra một số hạn chế của mô hình hiện tại, để cải thiện trong những lần mô hình hóa dịch AIDS trong tương lai:

1. Phụ nữ TCMT không được tách riêng trong nhóm phụ nữ nói chung (họ được gộp vào nhóm phụ nữ là vợ/bạn tình thường xuyên của nam giới nhiễm HIV và TCMT). Nhóm kỹ thuật đưa ra quyết định này dựa trên thực tế là nhóm phụ nữ TCMT được cho là rất nhỏ, không có nhiều số liệu về nhóm này, và nhiều người trong nhóm này đã bao gồm trong nhóm phụ nữ bán dâm.
2. Có thể có sự trùng lắp trong định nghĩa về những phụ nữ là vợ/bạn tình của nam giới nhiễm HIV và nam giới TCMT.
3. Tính toán số DALYs thu được mới dựa trên số ca nhiễm HIV mới tránh được mà chưa dựa cả trên số tử vong do AIDS tránh được.
4. Ước tính nhu cầu nguồn lực trong AEM sử dụng các chi phí đơn vị bình quân, và điều này có thể không phản ánh được các chi phí đơn vị khác nhau theo các dự án của các nhà tài trợ và mô hình thực hiện khác nhau.
5. Ước tính nhu cầu nguồn lực trong AEM không bao gồm nhu cầu về nguồn lực cần đầu tư cho dự phòng lây truyền mẹ con hay điều trị ARV cho trẻ em.