



 **UNAIDS**



Một báo cáo đánh giá về chương trình Dự phòng HIV ở Việt Nam

Tháng 1 năm 2019

Mục lục

Mục lục	i
Danh sách các Bảng & Biểu đồ	ii
Danh sách các từ viết tắt	iii
Lời cảm ơn	iv
1. Tóm tắt báo cáo	6
2. Giới thiệu	8
3. Các mục tiêu của báo cáo	8
4. Phương pháp và các hạn chế	8
5. Tình hình dịch hiện tại	10
Dịch tễ học về HIV tại Việt Nam	10
Tập trung về địa lý	12
Các khoảng trống về địa lý	13
Các cách biệt và các vấn đề về giới tính	14
Chiến lược quốc gia	14
Tài chính cho HIV	15
6. Những thành tựu đã đạt được và phân tích về các khoảng trống	16
Phân tích các tác động thông qua Mô hình Dịch châu Á (AEM)	16
Thành tựu đã đạt được theo các mục tiêu quốc gia và khoảng trống đã xác định được	19
Nhiễm HIV mới	19
Kiến thức về HIV	20
Các nhóm quần thể chính: Nam quan hệ tình dục với nam (MSM)	21
Các nhóm quần thể chính: Người Tiêm chích Ma túy (TCMT)	24
Các nhóm quần thể chính: Phụ nữ bán dâm	26
Các nhóm quần thể khác: Những người bị bỏ lại phía sau	27
Tóm tắt các khoảng trống trong tiếp cận, bất bình đẳng, nút thắt, rào cản và khoảng trống về dữ liệu	29
Nhìn về phía trước	31
Kết thúc dịch AIDS: Ước tính và dự báo AEM	31
7. Kết luận	32
8. Phụ lục	33
Phụ lục 1: Thông tin về các quần thể chính	33
1.1 Nam quan hệ tình dục với nam (MSM)	33
1.2 Người tiêm chích ma túy (TCMT)	34
1.3 Phụ nữ bán dâm (PNBD)	35
Phụ lục 2: Kết quả đạt được so với các chỉ tiêu quốc gia và Fast track	36
Phụ lục 3: Danh sách các tỉnh có gánh nặng bệnh tật về HIV ở mức thấp, trung bình và cao	38
Phụ lục 4: Các giả định về độ bao phủ của chương trình cho các kịch bản theo mô hình ước tính AEM	39
9. Tài liệu tham khảo	40

Danh sách các Bảng & Biểu đồ

Hình 1: Phân bố địa lý ca nhiễm HIV trong các quần thể chính ở Việt Nam. Nguồn: HSS 2017. VAAC.	10
Hình 2: Phân bố các ca nhiễm mới theo nhóm quần thể tại Việt Nam. Nguồn: AEM 2018	11
Hình 3: Phân bố địa lý người sống chung với HIV tại Việt Nam. Nguồn: HSS 2017, VAAC	12
Hình 4: Các tỉnh nhận được hỗ trợ của Quỹ Toàn cầu/PEPFAR cho chương trình dự phòng HIV so với các tỉnh có thay đổi về số ca nhiễm HIV mới được báo cáo. Nguồn: VAAC (ước tính số người SCVH và báo cáo giám sát phát hiện) và phân tích của UNAIDS	13
Hình 5: Mô hình đa bậc HIV theo giới. Nguồn: VAAC 2015.	14
Hình 6: Tổng đầu tư vào HIV ở Việt Nam (2015-2017) theo nguồn tài trợ. Nguồn: NHA	15
Hình 8: Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng ở Việt nam (không bao gồm chương trình LTMC) 2015-2017 theo nguồn tài trợ. Nguồn: NASA	15
Hình 7: Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng ở Việt nam (không bao gồm chương trình LTMC) 2015-2017 theo nguồn tài trợ. Nguồn: NHA	16
Hình 8: Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng ở Việt nam (không bao gồm chương trình LTMC) 2015-2017 theo nguồn tài trợ. Nguồn: NASA	16
Hình 9: Ước tính số ca tử vong hàng năm liên quan đến AIDS, 4 kịch bản. Nguồn: AEM 2018.	17
Hình 10: Thay đổi số ca nhiễm HIV mới trong các quần thể chính ở Việt Nam từ năm 2010, so với mục tiêu đến năm 2020 và mục tiêu Fast track 2030	19
Hình 11: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia chính cho quần thể MSM, Việt Nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017	20
Hình 12: Sử dụng bao cao su trong nhóm quần thể chính ở Việt Nam, 1995-2007. Nguồn: GAM	22
Hình 13: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia cho quần thể TCMT, Việt nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017 và số liệu chương trình (độ bao phủ chương trình điều trị TT CDTP)	24
Hình 14: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia cho quần thể PNBD, Việt Nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017	26

Danh sách các từ viết tắt

AEM	Mô hình Dịch Châu Á
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ARV	Điều trị bằng thuốc kháng vi rút HIV
ATS	người sử dụng thuốc kích thích loại amphetamine
CBT	Xét nghiệm và tư vấn HIV dựa vào cộng đồng
CDC	Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ
CDTP	Chất dạng thuốc phiện
DALYs	Số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật
FHI360	Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế
HMU	Trường Đại học Y Hà Nội
HSS	Giám sát trọng điểm HIV
HSS+	Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi
IBBS	Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STIs
INGO	Tổ chức Phi chính phủ Quốc tế
MSM	Nam quan hệ tình dục với nam
NGO	Tổ chức Phi chính phủ trong nước
PATH	Chương trình Kỹ thuật Thích hợp trong Y tế
PEPFAR	Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Mỹ về phòng, chống AIDS
PNBD	Phụ nữ bán dâm
PNCG	Phụ nữ chuyển giới
PEP	Dự phòng sau phơi nhiễm HIV
PrEP	Dự phòng trước phơi nhiễm HIV
PSI	Tổ chức Dịch vụ Dân số Quốc tế
QTC	Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét
SCDI	Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng
STIs	Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục
TCMT	Tiêm chích ma túy
TWG	Nhóm Công tác Kỹ thuật
UNAIDS	Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNFPA	Quỹ Dân Số Liên Hợp Quốc
UNODC	Cơ Quan Phòng Chống Ma Túy Và Tội Phạm Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Mỹ tại Việt Nam
VAAC	Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam
VUSTA	Liên hiệp các hội khoa học và Kỹ thuật Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế Giới

Lời cảm ơn

Bản báo cáo đánh giá này được Cục Phòng, Chống HIV/AIDS và UNAIDS Việt Nam phối hợp thực hiện trong đó có sự đóng góp các thông tin đầu vào của các bên liên quan.

Lời cảm ơn đặc biệt xin được dành cho Nhóm Công tác Kỹ thuật Quốc gia về Thông tin Chiến lược làm về ước tính và dự báo dịch HIV/AIDS (Nhóm Công tác Kỹ thuật) do Cục Phòng, Chống HIV/AIDS chủ trì. Bản báo cáo này sử dụng rất nhiều dữ liệu và kết quả phân tích mà Nhóm Công tác Kỹ thuật đã tạo ra trong vài năm vừa qua. Các dữ liệu và các kết quả phân tích này giúp chúng ta hiểu và giám sát tình hình dịch tốt hơn, trong đó có số liệu báo cáo giám sát AIDS toàn cầu, số liệu giám sát trọng điểm (HSS), kết quả phân tích tác động và các kịch bản.

Cám ơn đại diện của các đơn vị, tổ chức sau đã cung cấp thông tin và đóng góp ý kiến thông qua các cuộc phỏng vấn được thực hiện trước hội thảo tham vấn: Cục Phòng, Chống HIV/AIDS (VAAC), Dự án thành phần VUSTA Quỹ Toàn cầu, Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (US CDC), Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID), Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng (SCDI), Trung tâm Life, Viện nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE), Tổ chức Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI), Dự án thúc đẩy tăng trưởng thị trường (Dự án USAID/PATH Healthy Markets), Trung tâm Hỗ trợ cộng đồng Hải Đăng (LightHouse), Tổ Chức Hợp Tác Vì Sự Phát Triển Y Tế Việt Nam (HAIVN), Trường đại học Y Hà Nội (HMU), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên Hợp Quốc (UNODC). Khoảng 40 đại diện của 16 tổ chức từ Chính phủ, Trung tâm kiểm soát dịch bệnh, các tổ chức xã hội, mạng lưới cộng đồng, tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế, các đối tác song phương và đa phương đã tham gia và cung cấp thông tin đầu vào trong buổi hội thảo tham vấn phân tích khoảng trống về dự phòng do VAAC và UNAIDS đồng chủ trì vào ngày 12 tháng 10 năm 2018 tại Hà Nội. Lời cảm ơn đặc biệt cũng được dành cho các tổ chức đã tham gia trình bày về các phân tích và thực hành tốt của họ tại hội thảo tham vấn, đặc biệt là HMU, PSI và SCDI.

Các kết quả phân tích dữ liệu khác dùng làm cơ sở để thảo luận tại hội thảo tham vấn và sử dụng trong báo cáo này được ông Ali Safarnejad, Cố vấn Thông tin Chiến lược của UNAIDS cung cấp, cùng với một số dữ liệu được bà Nguyễn Thiên Nga, Chuyên gia tư vấn về Thông tin Chiến lược của UNAIDS bổ sung. Cả hai cũng là đầu mối chính kết nối với các chuyên gia và chuyên gia tư vấn. Hai chuyên gia tư vấn khác đã đóng góp vào bản báo cáo này dưới sự hướng dẫn của UNAIDS là bà Sarah-Jane Clarke (viết dự thảo báo cáo cuối cùng) và ông Jamie Uhrig (thực hiện một số cuộc phỏng vấn với đại diện các bên liên quan chính và đồng thời thực hiện hướng dẫn thảo luận trong hội thảo tham vấn).

Cuối cùng là lời chân thành cảm ơn sự rà soát lần cuối và những góp ý có giá trị của ban lãnh đạo và cán bộ của Cục Phòng, Chống HIV/AIDS bao gồm Phòng Dự phòng lây nhiễm HIV và Phòng Giám sát và Xét nghiệm HIV.

Nhìn chung, bản đánh giá về hoạt động dự phòng HIV ở Việt Nam có thể thực hiện được là nhờ vào sự hợp tác chặt chẽ giữa VAAC, các bên liên quan khác và UNAIDS. Hy vọng rằng đánh giá này sẽ góp phần cung cấp thêm các thông tin về các nỗ lực và đầu tư trong các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV, bên cạnh các hoạt động điều trị, chăm sóc và tạo môi trường thuận lợi, giúp Việt Nam đạt được các mục tiêu quốc gia và đạt mục tiêu kết thúc dịch AIDS vào năm 2030.

Hội thảo tham vấn về khoảng trống trong dự phòng và bản báo cáo này đã được tổ chức và thực hiện thông qua hỗ trợ tài chính của UNAIDS.

Dưới đây là danh sách những người đóng góp chính cho đánh giá này (trong đó, thành viên của Nhóm Công tác Kỹ thuật Quốc gia về Thông tin Chiến lược làm về ước tính và dự báo dịch HIV/AIDS được đánh dấu *)

Cục Phòng, Chống HIV/AIDS*: Hoàng Đình Cảnh, Nguyễn Thị Minh Tâm, Đỗ Hữu Thủy, Võ Hải Sơn*, Bùi Hoàng Đức*, Lê Thị Cẩm Tú*, Đặng Thị Lor*, Phan Thị Khánh Ly*, Lê Mạnh Hùng*

Trung tâm Phòng, Chống HIV/AIDS Hà Nội/Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội: Lã Thị Lan, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Phương Hoa, Nguyễn Hà Thanh

Trung tâm Phòng, Chống HIV/AIDS TP Hồ Chí Minh/Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP Hồ Chí Minh: Văn Hùng, Lương Quốc Bình

Dự án thành phần VUSTA - Dự án quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS (VUSTA): Lê Việt, Nguyễn Phạm Hà

Trường đại học Y Hà Nội: Lê Minh Giang

Kế hoạch Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về Phòng, Chống HIV/AIDS (PEPFAR)/Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (US CDC)*: John Blanford, Ramona Bhatia, Abu Abdul-Quader*, Nguyễn Đình Quân*

Kế hoạch Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về Phòng, Chống HIV/AIDS (PEPFAR)/Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID)*: Mursaleena Islam, Ngô Minh Trang, Đặng Vũ Trung*

Mạng lưới người sống với HIV Việt Nam (VNP+): Đỗ Đăng Đông, Phạm Huyền Trang

Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế (FHI 360)/Viet Nam*: Nguyễn Thu Vân*

Trung tâm Hỗ trợ cộng đồng Hải Đăng (LightHouse): Đoàn Thanh Tùng, Lục Quách Bình Dương, Phùng Bá Thanh

Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng (SCDI): Khuất Thị Hải Oanh

Dự án Chuỗi cung ứng y tế toàn cầu-Quản lý đấu thầu và cung ứng của USAID (GHSC-PSM): Nguyễn Thị Thủy Nguyên

Tổ Chức Hợp Tác Vì Sự Phát Triển Y Tế Việt Nam (HAIVN): Võ Thị Tuyết Nhung

VPCP: Vũ Công Thảo

Dự án thúc đẩy tăng trưởng thị trường (Dự án USAID/PATH Healthy Markets): Vũ Ngọc Bảo, Trần Thị Thắm

Tổ Chức Sáng Kiến Tiếp Cận Dịch Vụ Y Tế (CHAI): Trịnh Thị Thúy Hạnh

Tổ chức Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI): Louise Norman, Đinh Thùy Vân

Trung tâm Đông – Tây, Hawaii, Mỹ (East-West Center, USA)*: Wiwat Peerapatanapokin*

Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc (UNFPA): Phan Thị Lê Mai

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Nguyễn Thị Thúy Vân

Cơ quan Phụ nữ Liên Hợp Quốc (UNWOMEN): Trần Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Phương Mai

Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của Liên Hợp Quốc (UNODC): Nguyễn Thanh Cường

Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS)*: Ali Safarnejad*, Nguyễn Thiên Nga*, Nguyễn Thị Bích Huệ, Marie-Odile Emond, and Quinten Lataire

1. Tóm tắt báo cáo

Việt Nam đã chứng tỏ tiếp tục duy trì cam kết đáp ứng các Mục tiêu Fast-Track 90-90-90 đầy tham vọng vào năm 2020 và tiến tới chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 để nó không còn là mối đe dọa tới sức khỏe cộng đồng, và là một trong các Mục tiêu Phát triển Bền vững. Để đạt được những mục tiêu này và để kiểm soát được dịch bệnh, rất cần phải tiếp tục tập trung vào việc giảm các ca nhiễm mới. Dự phòng vẫn là một cấu phần thiết yếu trong chương trình phòng, chống HIV quốc gia của Việt Nam. Bằng chứng và những nỗ lực ở Việt Nam và trên toàn cầu đã cho thấy rằng: **dự phòng HIV giúp cứu sống con người và tiết kiệm tiền bạc. Đó là những khoản đầu tư đúng đắn, có hiệu quả về chi phí và nhân đạo.** Các bước đi mạnh mẽ đã được thực hiện để khai thác lợi ích của điều trị là dự phòng; tuy nhiên, vẫn cần phải tìm kiếm các biện pháp can thiệp dự phòng truyền thống và cả các biện pháp đổi mới, sáng tạo để đối phó với dịch đang phát triển và các hành vi thay đổi nhanh chóng.

Các trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam vào năm 1990. Các ước tính theo mô hình dịch cho thấy tỷ lệ mới nhiễm HIV đạt đỉnh vào đầu những năm 2000 và từ đó đã giảm dần.

Ở khoảng nửa chặng đường tiến tới mục tiêu quốc gia năm 2020, tức là giảm 80% ca nhiễm HIV mới vào năm 2020 so với số ca nhiễm mới ước tính năm 2010, về mặt tổng thể đã thấy đạt được những tiến bộ đáng kể. Ước tính đã giảm được 65% số ca nhiễm mới ở Việt Nam trong khoảng thời gian từ năm 2010 đến 2018. Tuy nhiên, kết quả đạt được không đồng đều và vẫn còn tiềm ẩn nhiều rủi ro.

Nhiễm HIV vẫn tập trung ở ba nhóm quần thể chính được xác định bởi mức độ các hành vi đặt họ vào tình trạng có nguy cơ cao lây truyền HIV, đó là nam quan hệ tình dục với nam (MSM), người tiêm chích ma túy (TCMT) và phụ nữ bán dâm (PNBD) và bạn tình của họ. Có sự khác biệt đáng kể về mặt địa lý đối với tỷ lệ hiện nhiễm giữa tất cả các quần thể chính (Hình 1). Mặc dù dữ liệu hiện tại có phần hạn chế, nhưng cũng cho thấy rằng phụ nữ chuyển giới (PHCG) và người sử dụng các loại ma túy tổng hợp (ATS), lái xe đường dài, quần thể di biến động và phạm nhân cũng có thể có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn và/hoặc tiếp cận các dịch vụ dự phòng và điều trị còn hạn chế.

Tiêm chích ma túy vẫn là phương thức lây truyền HIV hàng đầu tại Việt Nam, mặc dù tốc độ lây truyền trong nhóm MSM đang tiến gần đến mức tương đương. Mô hình ước tính dịch cho thấy ước tính 25% các ca nhiễm mới đã xảy ra trong nhóm nam TCMT năm 2017. Với quy mô quần thể tương đương với quần thể TCMT và số ca nhiễm mới hàng năm của quần thể này tăng lên (21% năm 2017 so với 7% năm 2010 [1]), **MSM là quần thể ưu tiên** trong ứng phó về HIV của Việt Nam để hướng tới chấm dứt dịch AIDS. Ngoài ba quần thể chính và bạn tình của họ, còn có một số quần thể khác có nguy cơ lây nhiễm HIV cao và những người này có thể chưa được tiếp cận một cách hiệu quả với các dịch vụ dự phòng HIV. Những quần thể này bao gồm phụ nữ chuyển giới và những người sử dụng chất kích thích dạng amphetamine (ATS). Có sự phân bố địa lý đa dạng của cả quần thể chính và tỷ lệ nhiễm HIV.

Ứng phó về HIV của Việt Nam vẫn phụ thuộc nhiều vào các nguồn tài trợ bên ngoài, đặc biệt là PEPFAR và Quỹ toàn cầu phòng, chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM, *sau đây gọi tắt là Quỹ Toàn cầu*), cả hai đều tập trung đầu tư vào điều trị và các dịch vụ liên quan. **Có thể các tỉnh ưu tiên triển khai điều trị không phải là các tỉnh ưu tiên triển khai các hoạt động dự phòng.** Ngoài ra, nguồn tài trợ bên ngoài có khả năng giảm nhanh chóng từ năm 2020. Nếu việc tăng ngân sách quốc gia và địa phương cho ứng phó về HIV, bao gồm cả các biện pháp can thiệp dự phòng, không được huy động thì **những thành tựu ấn tượng đã đạt được trong thập kỷ qua có nguy cơ bị mất.**

Tác động chính của ứng phó quốc gia về HIV đã được nghiên cứu thông qua mô hình hóa sử dụng phần mềm Mô hình Dịch Châu Á (AEM). Các phát hiện cho thấy nếu không có ứng phó quốc gia về HIV, sẽ có nhiều hơn hai lần số người có thể phải sống chung với HIV và số ca nhiễm mới mỗi năm có thể sẽ tiếp tục tăng đều. **Mở rộng quy mô chương trình dự phòng và điều trị đã góp phần ngăn chặn được hơn 400.000 ca nhiễm HIV trong giai đoạn 2001-2017.**

Chiến lược quốc gia (2012-2020) nhằm giảm 80% các ca nhiễm HIV mới vào năm 2020 và mục tiêu Fast Track là giảm 90% ca nhiễm mới vào năm 2030 so với số ca nhiễm mới ước tính của năm 2010. Hiện tại, chỉ có nhóm phụ nữ bán dâm (PNDB) là có các ca nhiễm mới (ước tính) giảm đủ để đạt được cả hai mục

tiêu vào năm 2020 và năm 2030. **Số ca nhiễm mới trong nhóm MSM đang gia tăng nhanh chóng.** Nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu đã đề ra là chấm dứt AIDS vào năm 2030, thì **cần phải thực hiện các biện pháp can thiệp dự phòng hiệu quả để MSM ở mọi lứa tuổi tiếp cận được.** Ngoài ra, rất cần đổi mới chiến lược để cải thiện mức độ bao phủ và tăng cường xét nghiệm HIV cho tất cả các nhóm quần thể chính nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu Fast-Track 90% người nhiễm HIV biết tình trạng của họ vào năm 2020, đồng thời tối đa hóa lợi ích của việc điều trị là dự phòng.

Mô hình ước tính được thực hiện cuối năm 2018, sử dụng phần mềm Mô hình dịch Châu Á (AEM) đã nghiên cứu và đưa ra ba kịch bản có thể đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS. Các kịch bản này được so sánh dựa trên các tiêu chí về ca nhiễm mới và tử vong mới, số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật (DALYs) tiết kiệm được, tổng chi phí và lợi tức đầu tư. Kịch bản 1 (Fast-Track) là con đường nhanh nhất để đạt được kết thúc dịch AIDS và mang lại số DALYs cao nhất, nhưng nó đầy tham vọng và có chi phí cao nhất. Kịch bản 2 (Fast-Track mục tiêu Điều trị và đặt trọng tâm vào đẩy mạnh can thiệp dự phòng cho nhóm MSM) có tỷ lệ lợi ích chi phí cao nhất, nhưng nó sẽ yêu cầu tăng tốc độ bao phủ điều trị (theo mục tiêu Fast-Track). **Kịch bản 3 (Quy mô điều trị tăng theo tỷ lệ phù hợp với các năm trước đồng thời tập trung đẩy mạnh can thiệp dự phòng cho nhóm MSM) là kịch bản rất có thể đạt được, có tính khả thi nhất và đạt được 95% kết quả của Kịch bản 2.**

Nếu không tiếp tục đầu tư và mở rộng các hoạt động dự phòng HIV, Việt Nam sẽ không thể đạt được mục tiêu đã đề ra là kết thúc dịch AIDS vào năm 2030. Mặc dù đầu tư tiếp tục và mở rộng là cần thiết để duy trì can thiệp dự phòng HIV cho tất cả các quần thể chính, nhưng cũng cần phải đặc biệt nỗ lực triển khai khẩn cấp các dịch vụ dự phòng hiệu quả, dựa trên bằng chứng, và được thiết kế phù hợp cho các nhóm MSM ở mọi lứa tuổi, bao gồm cả các chiến lược đổi mới để cải thiện tỷ lệ sử dụng bao cao su.

Để có hiệu quả, việc mở rộng chương trình dự phòng cần phải được cấp kinh phí đầy đủ. Có khả năng Việt Nam sẽ thấy sự sụt giảm đáng kể nguồn tài trợ bên ngoài cho ứng phó về HIV sau năm 2020: các nguồn tài trợ mới cần được xác định cho chương trình dự phòng. Điều này sẽ bao gồm việc huy động tăng ngân sách địa phương và quốc gia, cũng như tìm hiểu các cơ hội hợp tác công tư và thu hút các nhà từ thiện quốc gia/hoặc quốc tế. Việc giới thiệu các phương thức đa dạng để cung cấp dịch vụ hiệu quả, như hợp đồng xã hội/đầu tư công thông qua các tổ chức dựa vào cộng đồng cho các dịch vụ dự phòng và do cộng đồng thực hiện là một cấu phần thiết yếu cho phép mở rộng chương trình dự phòng.

Hy vọng rằng đánh giá này sẽ góp phần thúc đẩy và đưa ra các gợi ý nhằm đem lại sức sống mới và tối ưu hóa các hoạt động dự phòng như là một phần trong nỗ lực của Việt Nam để theo dõi tiến độ đạt mục tiêu, đồng thời giám sát các khoảng trống mới về mặt chương trình cũng như địa lý, để không ai bị bỏ lại phía sau và đạt được các mục tiêu quốc gia đến năm 2020 và 2030.

2. Giới thiệu

Việt Nam đã chứng tỏ tiếp tục duy trì cam kết đáp ứng các Mục tiêu Fast-Track 90-90-90 đầy tham vọng vào năm 2020 và tiến tới chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 để nó không còn là mối đe dọa tới sức khỏe cộng đồng, và là một trong các Mục tiêu Phát triển Bền vững. Để đạt được những mục tiêu này và để kiểm soát được dịch bệnh, rất cần phải tiếp tục tập trung vào việc giảm các ca mới nhiễm. Dự phòng vẫn là một cấu phần thiết yếu trong chương trình phòng, chống HIV quốc gia của Việt Nam. Kiểm soát dịch bệnh và cam kết quốc gia về cung cấp điều trị chất lượng cao với giá cả phù hợp cho tất cả những ai có nhu cầu sẽ chỉ đạt được thông qua việc giảm các ca mới nhiễm. Như đã được chứng minh từ chính những nỗ lực ở Việt Nam cũng như trên toàn cầu: **dự phòng giúp cứu sống con người và tiết kiệm tiền bạc**. Các biện pháp mạnh đã được thực hiện để khai thác lợi ích của điều trị là dự phòng; tuy nhiên, vẫn cần phải tìm kiếm các biện pháp can thiệp dự phòng truyền thống và cả các biện pháp đổi mới, sáng tạo để đối phó với dịch đang phát triển và các hành vi thay đổi nhanh chóng.

Việt Nam đã đi được hơn nửa quãng đường tới các mục tiêu năm 2020, vì thế đây là thời điểm để đánh giá những thành tựu đã đạt được và nhìn nhận lại các thách thức trong những năm vừa qua để biết chương trình dự phòng quốc gia đang ở đâu; và cũng để xác định những khoảng trống mới hay khoảng trống hiện có về con người, địa điểm và các can thiệp. Cục Phòng, Chống HIV/AIDS (VAAC) Việt Nam có kế hoạch xây dựng một chiến lược HIV mới đến năm 2030. Vì thế, đây là cơ hội để tổng hợp các bằng chứng đã có được thông qua các chương trình và các nguồn dữ liệu khác nhau trong thập kỷ qua và để xác định các chiến lược nhằm duy trì các sáng kiến dự phòng HIV có hiệu quả, hướng tới chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 tại Việt Nam.

3. Các mục tiêu của báo cáo

Các mục tiêu của báo cáo này là:

1. Trình bày tổng hợp các dữ liệu về chương trình dự phòng HIV tại Việt Nam cho đến nay;
2. Xác định các khoảng trống hiện có trong chương trình dự phòng HIV ở Việt Nam;
3. Tóm lược các ý kiến chính từ buổi hội thảo tham vấn phân tích khoảng trống trong công tác dự phòng do VAAC và UNAIDS phối hợp tổ chức (tháng 10 năm 2018) và đề xuất các khuyến nghị về cách giải quyết các khoảng trống này; và
4. Xác định các khoảng trống về dữ liệu và kiến thức cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai.

4. Phương pháp và các hạn chế

Báo cáo này đã được thực hiện thông qua thu thập các thông tin, dữ liệu hiện có cũng như các thông tin đã được tạo ra từ hoạt động chạy mô hình ước tính và dự báo dịch “Mô hình Dịch Châu Á (AEM)” vào ngày 27-31 tháng 8 năm 2018; thông tin từ bản cập nhật Chiến lược đầu tư cho Phòng chống HIV của Việt Nam (Investment Case) diễn ra tại Hà Nội từ ngày 1 đến ngày 5 tháng 10 năm 2018; thông tin từ hội thảo Tham vấn Phân tích Khoảng trống trong Dự phòng lây nhiễm HIV do VAAC và UNAIDS phối hợp tổ chức tại Hà Nội vào ngày 12 tháng 10 năm 2018; và các cuộc phỏng vấn những người cung cấp thông tin chính và bản báo cáo tóm tắt tư vấn vào tháng 10 và tháng 11 năm 2018.

Đây là bản báo cáo đầu tiên của loại hình này. Trong những năm gần đây chưa có một đánh giá toàn diện nào về công tác dự phòng lây nhiễm HIV ở Việt Nam, trong khi đó bệnh dịch thì biến đổi cũng như ứng phó quốc gia về HIV đã phát triển đáng kể trong 10 năm qua. Do đó, việc thu thập thông tin khá phức tạp, đặc biệt là do dữ liệu về dự phòng không được các bên triển khai cung cấp một cách có hệ thống, nên không được thu thập và báo cáo một cách tập trung và được phân tích thường xuyên. Vì vậy, nguồn thông tin chính cho báo cáo đánh giá này là từ các khảo sát chính thức hiện có, dữ liệu và các phân tích đã được đồng thuận từ Nhóm công tác kỹ thuật về Thông tin Chiến lược, cũng như các thông tin có sẵn được thu thập từ những người cung cấp thông tin chính và kết quả thảo luận có được từ buổi hội thảo tham vấn đã đề cập ở trên. Về phạm vi chương trình, báo cáo này có mục đích

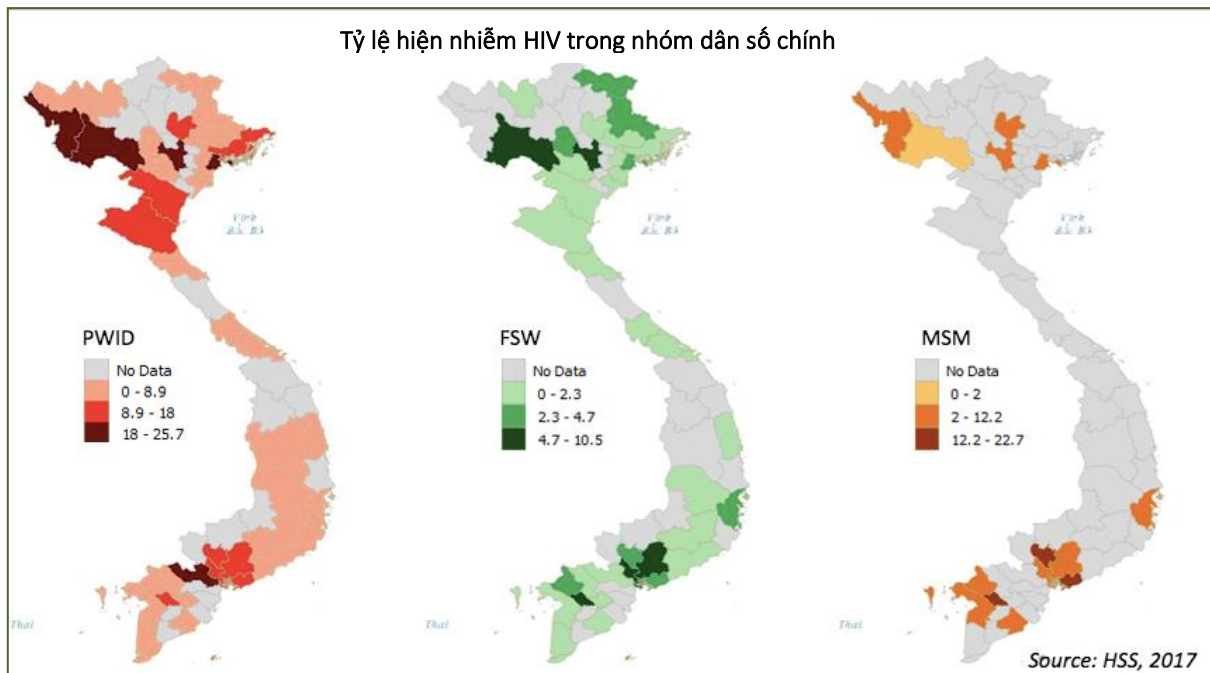
cung cấp một “bức tranh tổng quan” về hiện trạng của chương trình dự phòng HIV; tuy nhiên báo cáo không nhằm mục phân tích một cách toàn diện và chi tiết, vì để thực hiện được điều đó đòi hỏi phải có nhiều nguồn lực, thời gian cũng như có nhiều thông tin, dữ liệu hơn. Cũng cần lưu ý rằng vào thời điểm làm báo cáo này, một số mảng trong chương trình dự phòng và là trụ cột chính của chương trình ứng phó quốc gia về HIV cũng đang được rà soát, đánh giá và phân tích chuyên sâu hơn và được viết riêng thông qua các hoạt động khác, do đó không được lặp lại trong báo cáo này: ví dụ như chương trình tiến tới loại trừ lây truyền HIV, viêm gan B và giang mai từ mẹ sang con, và báo cáo đánh giá 10 năm triển khai chương trình điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng Methadone vào năm 2018. Thông tin về các mảng mới nổi khác đã có nhưng vẫn còn rất hạn chế về dữ liệu và phân tích (ví dụ: sử dụng ma túy tổng hợp, người chuyển giới, tù nhân, người di cư) được đề cập ngắn gọn trong báo cáo này. Bản thân hoạt động đánh giá này diễn ra trong thời gian rất ngắn, chỉ kéo dài trong vài tuần với nguồn lực hạn chế (do UNAIDS tài trợ), do đó bị giới hạn về thời gian và phạm vi chương trình. Tuy vậy, báo cáo này nhấn mạnh các thông điệp chính, các cơ hội quan trọng, cũng như các khoảng trống trong chương trình dự phòng và khoảng trống về dữ liệu. Các can thiệp dự phòng được thực hiện thông qua các chương trình của Chính phủ, các tổ chức phi chính phủ (trong nước và quốc tế) và các tổ chức dựa vào cộng đồng với nguồn tài trợ trong nước và quốc tế. Các can thiệp này thường tập trung vào một hoặc một số quần thể chính, hoặc khu vực địa lý cụ thể. Vì lý do đó, phần khoảng trống và các khuyến nghị trong phần chính của báo cáo được phân chia theo các quần thể nguy cơ cao, còn phần nội dung tóm tắt về các khoảng trống liên quan đến tiếp cận, bất bình đẳng, rào cản, cũng như các khoảng trống dữ liệu được trình bày ở đoạn cuối của báo cáo, ở trước phần Nhìn về Tương lai. Các kịch bản cho tương lai và Ước tính nhu cầu nguồn lực đã sử dụng chi phí đơn vị (Unit cost) được Dự án Quản trị và Tài chính Y tế cập nhật dựa vào Investment Case của Việt Nam năm 2014 (là nguồn thông tin về chi phí đơn vị có sẵn duy nhất vào thời điểm làm báo cáo) nhưng cũng chỉ có chi phí trực tiếp. Điều này cho phép so sánh các kịch bản khác nhau ngay cả khi nó không cung cấp thông tin đầy đủ về toàn bộ chi phí của chương trình quốc gia. Phần phân tích tình hình tài chính của chương trình cũng nằm ngoài phạm vi của báo cáo này.

Mặc dù có những hạn chế liệt kê ở trên, hy vọng rằng bản phân tích đánh giá này có thể cung cấp thông tin để tiếp tục vận động chính sách, phân tích, hành động và đầu tư hơn nữa cho công tác dự phòng HIV để nó tiếp tục là một thành phần thiết yếu trong ứng phó về HIV của Việt Nam tiến tới hoàn thành các mục tiêu quốc gia và đạt được cam kết chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030.

1. Tình hình dịch hiện tại

Dịch tễ học về HIV tại Việt Nam

Các trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam vào năm 1990. Các ước tính theo mô hình dịch cho thấy tỷ lệ mới nhiễm HIV đạt đỉnh vào đầu những năm 2000 và từ đó đã giảm dần. Trong năm 2017, ước tính có khoảng 230 000 người nhiễm HIV, với ước tính khoảng 6 000 đến 7 000 ca nhiễm mới trong nhóm người lớn trên 15 tuổi và khoảng 5 000 đến 9 000 ca tử vong liên quan đến AIDS [1]. Số ca nhiễm mới và tử vong liên quan đến AIDS tương tự nhau, cho thấy số người sống chung với HIV sẽ vẫn còn khoảng 230 000 vào năm 2018. Số báo cáo các trường hợp mới phát hiện đạt đỉnh hơn 30 000 ca vào năm 2007 và đã giảm dần kể từ đó, với 9 920¹ trường hợp mới được phát hiện và báo cáo năm 2017. Các ca ước tính nhiễm mới ở Việt Nam đã giảm 65% trong khoảng thời gian từ 2010 đến 2018. Tuy nhiên, kết quả đạt được không đồng đều và vẫn còn tiềm ẩn rủi ro. Các ca nhiễm HIV vẫn tập trung ở ba nhóm quần thể chính được xác định bởi các hành vi đặt họ vào tình trạng có nguy cơ cao lây truyền HIV, đó là nam quan hệ tình dục với nam (MSM), người tiêm chích ma túy (TCMT) và phụ nữ bán dâm (PNBD) và bạn tình của họ. Có sự khác biệt đáng kể về mặt địa lý đối với tỷ lệ hiện nhiễm giữa tất cả các quần thể chính (Hình 1). Mặc dù dữ liệu hiện tại có phần hạn chế, phụ nữ chuyển giới (PHCG) và người sử dụng các loại ma túy tổng hợp (ATS) cũng có thể có nguy cơ nhiễm HIV cao.

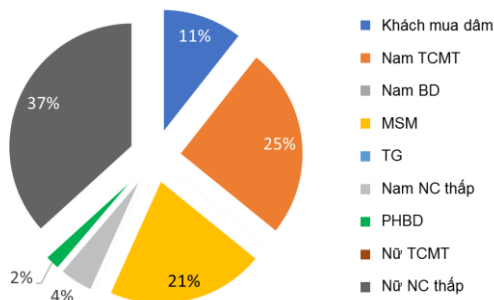


Hình 1: Phân bố địa lý ca nhiễm HIV trong các quần thể chính ở Việt Nam. Nguồn: HSS 2017. VAAC.

Nam quan hệ tình dục với nam (MSM) Ước tính có khoảng 200 000 MSM [1] ở Việt Nam, trong đó 45% được coi là có thể tiếp cận được. Dữ liệu Giám sát trọng điểm HIV (HSS) trong nhóm MSM năm 2017 (9 tỉnh) ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình là 12,2%. Dữ liệu có sẵn cho thấy dịch đang gia tăng ở một số trung tâm đô thị, bao gồm Cần Thơ (tỷ lệ hiện nhiễm 22,7%) và TP Hồ Chí Minh (tỷ lệ hiện nhiễm 17%). Khoảng 1,5% MSM được khảo sát đã báo cáo có tiêm chích trong tháng vừa qua; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này được ước tính là 25,6% [2]. Hiện tại, giám sát trọng điểm HIV trong nhóm MSM chỉ được tiến hành ở một số tỉnh và kết quả không mang tính đại diện trên toàn quốc. Tuy nhiên, người ta đã nhận thấy mức độ nguy cơ khác nhau giữa các nhóm MSM và chương trình can thiệp hiện tại ưu tiên MSM có nguy cơ cao (nam giới có quan hệ tình dục với nam giới qua đường hậu môn không được bảo vệ).

¹ Nguồn: số liệu giám sát phát hiện từ Phòng Giám sát, VAAC

Phân bố các ca mới nhiễm HIV năm 2017



Với quy mô quần thể tương đương với quần thể TCMT và số ca nhiễm mới hàng năm của quần thể này tăng lên (21% năm 2017 [Hình 32] so với 7% năm 2010 [1]), **MSM là quần thể ưu tiên** trong ứng phó về HIV của Việt Nam để hướng tới chấm dứt dịch AIDS. Kinh nghiệm từ các quốc gia khác cho thấy nếu dịch bệnh không được kiểm soát trong nhóm MSM ở các thành phố đô thị thì có khả năng dẫn đến tỷ lệ hiện nhiễm HIV tăng rất cao trong quần thể này, ví dụ như Bangkok với tỷ lệ hiện nhiễm lên tới 28,6% và Kuala Lumpur là 22%.

Hình 2: Phân bố các ca nhiễm mới theo nhóm quần thể tại Việt Nam. Nguồn: AEM

Người Tiêm chích ma túy (TCMT) Tiêm chích ma túy hiện vẫn là phương thức lây truyền HIV hàng đầu tại Việt Nam, mặc dù tốc độ lây truyền trong nhóm MSM đang tiến gần đến mức tương đương. Mô hình ước tính dịch cho thấy 25% các ca nhiễm mới ước tính đã xảy ra trong nhóm nam TCMT năm 2017 (Hình 2). Dữ liệu từ giám sát trọng điểm HIV năm 2017 ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT ở 20 tỉnh làm giám sát dao động từ 2,7% ở Đà Nẵng đến 25,7% ở Điện Biên [3]. Hiện ước tính có khoảng 189 400 người tiêm chích ma túy trên toàn quốc [1] trong đó 54% quần thể TCMT sống ở 11 trên 63 tỉnh/thành phố. Trong khi tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT đang giảm ở tất cả các tỉnh làm giám sát trọng điểm [4], dịch vẫn ở mức báo động cao ở một số địa phương, ở mức khoảng 15% hiện nhiễm tại 8 tỉnh² [2].

Phụ nữ bán dâm (PNBD) Ước tính có khoảng 85 500 PNBD [1] sống ở Việt Nam. Trong khi tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD bắt đầu giảm trên toàn quốc từ năm 2002, tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm PNBD khác biệt theo tỉnh và vượt 5% trong nhóm PNBD ở TP Hồ Chí Minh (6,3%), Cần Thơ (6,0%), và Đồng Nai (5,7%) [3]. Khách hàng của PNBD đóng góp 11% số ca nhiễm mới trong năm 2017 (Hình 2). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV duy trì thấp liên tục và tỷ lệ sử dụng bao cao su cao trong nhóm PNBD đã góp phần vào xu hướng giảm các ca ước tính nhiễm mới cho nhóm này.

Phụ nữ Chuyển giới (PNCG) Phụ nữ chuyển giới chỉ mới bắt đầu được điều tra như là một quần thể tách riêng khỏi nhóm MSM. Những phát hiện ban đầu, phù hợp với bằng chứng toàn cầu, cho thấy đây là một quần thể có nguy cơ cao và tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm còn thấp. Một cuộc khảo sát được thực hiện trên 205 PNCG tại TP Hồ Chí Minh năm 2015 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm khoảng 18% (n = 37), và trong đó chỉ có một người nhiễm HIV biết về tình trạng nhiễm của họ [5].

Người sử dụng Ma Túy Tổng hợp (ATS) [6] Việc sử dụng ATS đang gia tăng ở các quốc gia Đông Nam Á, bao gồm cả Việt Nam và có vẻ phổ biến trong nhóm TCMT, MSM và, ở mức độ thấp hơn trong nhóm PNBD, đặc biệt là ở các thành phố lớn như Hà Nội, TP Hồ Chí Minh và Đà Nẵng. Có một số bằng chứng cho thấy việc sử dụng ATS làm gia tăng các hành vi nguy cơ lây truyền HIV ở Việt Nam và cần được theo dõi thêm về tác động của nó đối với dịch HIV [7]. Một nghiên cứu thực hiện năm 2016 cho thấy khoảng 30% MSM tham gia nghiên cứu ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh đã từng sử dụng ATS [8] và các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng việc sử dụng ATS có liên quan đến hành vi tiêm chích và tình dục có nguy cơ [9]. Các nghiên cứu khác cho thấy mối liên quan giữa sử dụng methamphetamine với hoạt động tình dục có nguy cơ cao và trì hoãn việc bắt đầu điều trị bằng methadone [10]. Những phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó chỉ ra rằng việc sử dụng các chất ma túy tổng hợp này có liên quan đến sự gia tăng đáng kể các hành vi đặt họ vào tình trạng có nguy cơ cao lây nhiễm HIV [11]. Có một số bằng chứng cho thấy sử dụng ATS làm chậm thời điểm bắt đầu uống thuốc và giảm tuân thủ điều trị ARV [12], [13], can thiệp vào việc ức chế tải lượng virus trong huyết tương [11] và có tác động tiêu cực đáng kể đến chức năng miễn dịch. Một nghiên cứu gần đây cho thấy sử dụng methamphetamine kích

² Bình Dương (16,0%); Thanh Hóa (16,0%); Quảng Ninh (16,0%); Thái Nguyên (18,0%); Hà Nội (20,7%); Sơn La (21,3%); Hải Phòng (22,3%); Điện Biên (25,7%).

hoạt sản xuất cytokine ở niêm mạc trực tràng [14]. Cytokine làm tăng khối lượng hoạt động của các tế bào trong hệ thống miễn dịch, gợi ý rằng MSM sử dụng methamphetamine dễ bị nhiễm HIV hơn. Cũng nghiên cứu đó cho thấy rằng những người nhiễm HIV đang điều trị ARV và sử dụng methamphetamine sẽ ít có khả năng đạt được mức ức chế tải lượng virus hơn so với những người điều trị ARV nhưng không sử dụng methamphetamine.

Bạn tình của các nhóm quần thể chính Mô hình ước tính gợi ý rằng trong năm 2017, ước tính có khoảng 39% tổng các ca mới nhiễm HIV ở Việt Nam xảy ra trong nhóm phụ nữ sống chung với HIV (bao gồm “phụ nữ có nguy cơ thấp” và phụ nữ bán dâm) (Hình 2). Nhóm “phụ nữ có nguy cơ thấp” bao gồm bạn tình của các nhóm quần thể chính và những người đã từng bán dâm. Kết quả đối chiếu dữ liệu của UNAIDS và UN WOMEN cũng gợi ý rằng hầu hết phụ nữ nhiễm HIV báo cáo rằng họ bị lây nhiễm bởi bạn tình thường xuyên của mình, những người có tiêm chích ma túy hoặc là khách hàng của người bán dâm [15].

Lây truyền từ mẹ sang con Ước tính có khoảng 2 700 phụ nữ mang thai nhiễm HIV (trong khoảng: 2 300 – 3 200) và ít hơn 500 ở trẻ sơ sinh mới nhiễm HIV năm 2017 [16]. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con đã giảm theo thời gian nhưng vẫn cao so với các quốc gia khác trong khu vực. Trong năm 2017, ước tính 77% phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con hoặc điều trị ARV [17]. Số liệu của chương trình chỉ ra rằng trong số trẻ bị phơi nhiễm HIV được chẩn đoán sớm (EID) tỷ lệ lây truyền là khoảng 7-8%. Tỷ lệ này không bao gồm trẻ sơ sinh phơi nhiễm HIV không nhận được chẩn đoán sớm hoặc phụ nữ nhiễm HIV không biết tình trạng nhiễm HIV của mình.

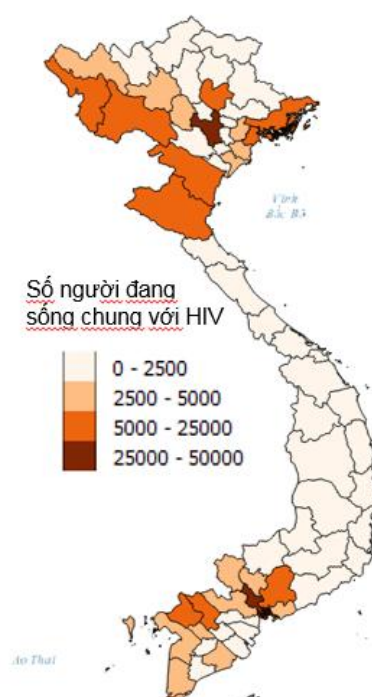
Đây là một năm then chốt đối với trẻ em sống chung với HIV ở Việt Nam: trong thập kỷ qua, số trẻ em bị nhiễm ước tính gia tăng hàng năm. Tuy nhiên, đến năm 2018 con số này dự kiến sẽ bắt đầu giảm do dịch vụ điều trị lây truyền HIV từ mẹ sang con sẵn có và mở rộng, cũng như số lượng phụ nữ mang thai nhiễm HIV giảm từ 3 000 trong năm 2007 xuống còn 2 700 vào năm 2017.

Tập trung về địa lý

Dịch HIV ở Việt Nam tập trung về mặt địa lý (Hình 3). Dựa trên các ước tính của AEM, các tỉnh được xếp hạng theo số lượng người nhiễm HIV, số lượng người nhiễm HIV không được chẩn đoán và số người nhiễm HIV không được điều trị ARV, sau đó được phân loại thành các tỉnh có gánh nặng bệnh tật cao, trung bình và thấp (Phụ lục 3). Trong năm 2016, tám tỉnh có gánh nặng bệnh tật cao và 24 tỉnh có gánh nặng bệnh tật trung bình chiếm 50% và 29% nhu cầu ART ước tính toàn quốc.

Hai thành phố lớn nhất là Hà Nội và TP Hồ Chí Minh có dịch HIV lớn nhất cả nước, và người sống chung với HIV cũng tập trung ở các tỉnh miền núi phía bắc và tây bắc, bao gồm Điện Biên và Sơn La; các huyện miền núi của Nghệ An và Thanh Hóa phía tây nam (đồng bằng sông Cửu Long); và phía đông nam (Hình 3);. Quy mô và phân bố của các quần thể chính cũng khác nhau trên cả nước; tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong các quần thể chính cũng rất đa dạng về địa lý (Hình 1).

Cho đến nay, hầu hết tất cả các hoạt động dự phòng đều dựa vào các dự án và phần lớn được hỗ trợ thông qua nguồn tài trợ bên ngoài, đặc biệt là Quỹ toàn cầu và PEPFAR. Các hoạt động dự phòng tập trung ở các tỉnh có gánh nặng bệnh tật HIV cao và trung bình và ở các tỉnh có quần thể chính cao. Tuy nhiên, có một số tỉnh, với số lượng các ca nhiễm HIV được báo cáo gia tăng vẫn chưa nhận được tài trợ bên ngoài cho chương trình dự phòng (Hình 4). Về nguyên tắc, tất cả các tỉnh sẽ nhận được một số kinh phí để ứng phó với HIV, thông qua ngân sách quốc gia hoặc địa phương, như được nêu rõ trong Quyết định số 1899 (2013) phê duyệt “Đề án Bảo đảm tài chính cho giai đoạn 2013-2020”. Một số tỉnh, như Cao Bằng, đã xây dựng các kế hoạch cụ thể với sự phân bổ kinh phí rõ ràng cho các hoạt

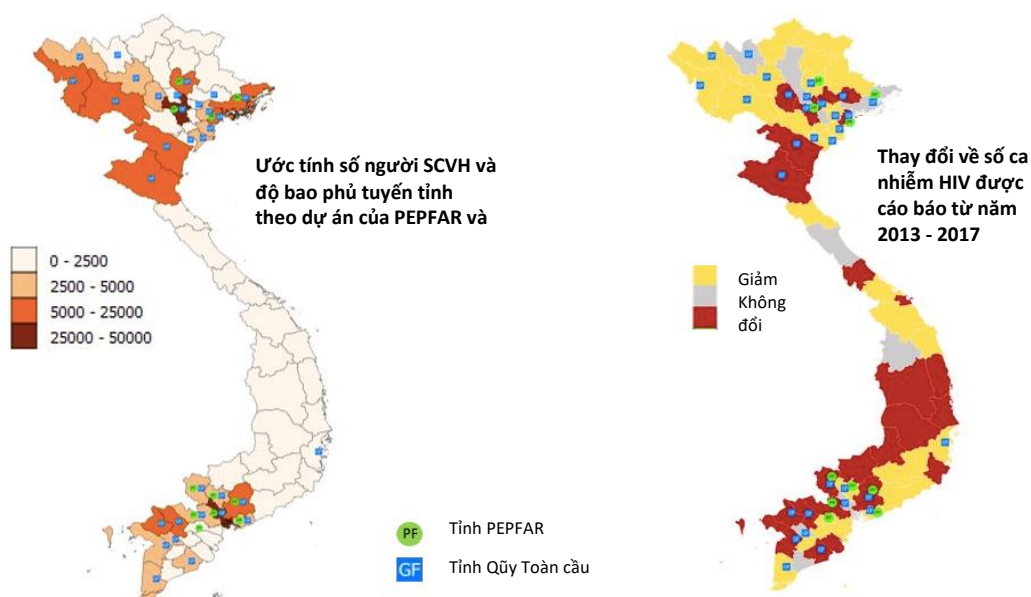


Hình 3: Phân bố địa lý người sống chung với HIV tại Việt Nam. Nguồn: HSS 2017,

động được tài trợ thông qua ngân sách địa phương và quốc gia. Vì không có sẵn thông tin về kế hoạch của tất cả các tỉnh và việc triển khai thực hiện các kế hoạch này, nên nội dung đó nằm ngoài phạm vi của báo cáo này.

Các khoảng trống về địa lý

Quỹ toàn cầu và PEPFAR cùng nhau hỗ trợ cho 32 tỉnh/thành phố, chiếm 80% nhu cầu điều trị trên toàn quốc. Nếu đạt được 100% độ bao phủ điều trị ở tất cả các tỉnh đó, Việt Nam sẽ gần như đạt được mục tiêu 90 thứ 2. Tuy nhiên, dữ liệu về nơi có các ca nhiễm mới vẫn còn hạn chế. Các chương trình dự phòng của VUSTA thuộc Dự án Quỹ Toàn cầu hiện đang có mặt tại các địa điểm dự án ở 11 trong số 32 tỉnh được Quỹ Toàn cầu hỗ trợ. **Có thể các tỉnh ưu tiên cho chương trình điều trị không phải là các tỉnh ưu tiên về dự phòng.**



Hình 4: Các tỉnh nhận được hỗ trợ của Quỹ Toàn cầu/PEPFAR cho chương trình dự phòng HIV so với các tỉnh có thay đổi về số ca nhiễm HIV mới được báo cáo. Nguồn: VAAC (ước tính số người SCVH và báo cáo giám sát phát hiện) và phân tích của UNAIDS

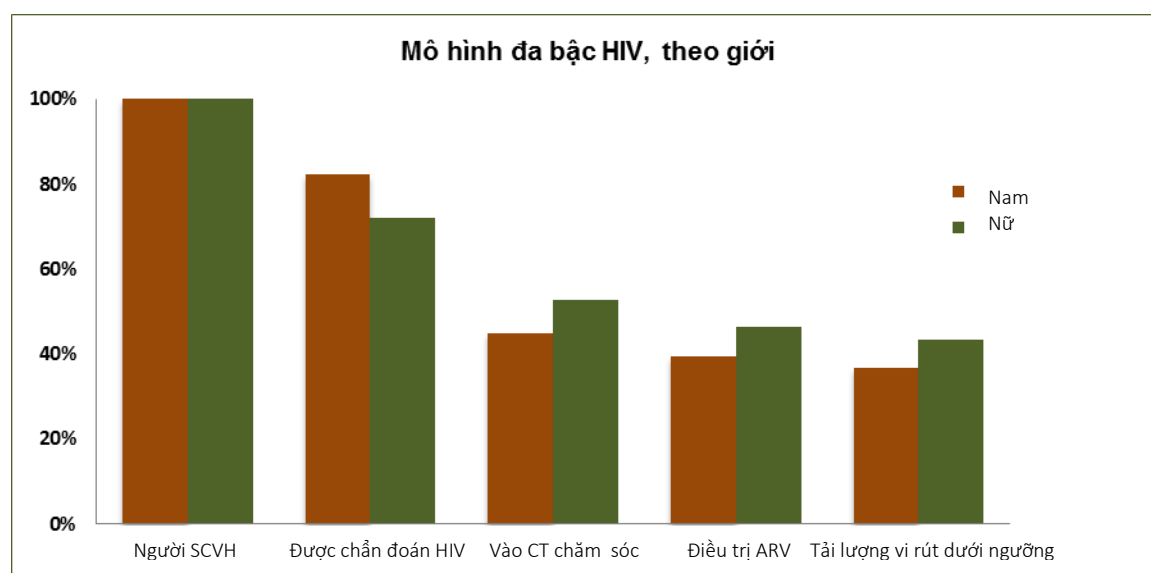
Một số tỉnh đã cho thấy sự gia tăng đáng kể về cả số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo và ước tính. Đắk Lắk đã tăng 1 129 (237%) ca nhiễm được báo cáo trong giai đoạn 2013-2017, đưa tỉnh này vào danh sách 10 tỉnh đứng đầu về số lượng và tỷ lệ phần trăm người nhiễm HIV. Theo ước tính của mô hình sử dụng phần mềm Spectrum và Ước tính và Dự báo HIV (EPP), mức tăng này chỉ là danh nghĩa, ở mức tăng thêm 487 ca hoặc tăng 23%, tuy nhiên theo cách tính này, tỉnh Đắk Lắk vẫn nằm trong 20 tỉnh hàng đầu. Tương tự, Bình Phước cũng chứng kiến số ca mắc HIV được báo cáo tăng 200% (n = 1 048), Đắk Nông đã ghi nhận mức tăng đáng báo động 554% các trường hợp được báo cáo (n = 493) với mức tăng cao tương tự ở Gia Lai (414%; n = 571), mặc dù ước tính cho thấy giảm 20%. Các trường hợp được báo cáo đã tăng thêm 174% (n = 665) tại Trà Vinh. Không có tỉnh nào trong số các tỉnh này được hỗ trợ thông qua Quỹ toàn cầu hoặc PEPFAR và, ở những nơi có sẵn dữ liệu, tất cả đều cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị thấp (22% -26%). Do đó, điều quan trọng là phải đảm bảo rằng tất cả các tỉnh cần tiếp tục duy trì sự chủ động, nhận thức rõ về sự biến đổi của dịch và các nguy cơ và có hành động cần thiết để ứng phó với sự hướng dẫn và hỗ trợ từ cấp trung ương.

Các cách biệt và các vấn đề về giới tính

Nam giới tiếp tục mang gánh nặng bệnh tật về HIV nhiều hơn so với phụ nữ ở Việt Nam, với gần 2 nam giới nhiễm HIV cho mỗi phụ nữ nhiễm HIV vào năm 2017. Tuy nhiên, trong khi số ca nhiễm HIV mới đã giảm trong những năm qua, tỷ lệ tất cả phụ nữ nhiễm HIV (“phụ nữ có nguy cơ thấp” và phụ nữ bán dân) trong tổng số các trường hợp ước tính mới nhiễm HIV đã tăng đều, từ 33% năm 2007 lên 39% vào năm 2017 [1]. Điều này chỉ ra rằng phụ nữ có thể bị bỏ lại phía sau từ những lợi ích của những nỗ lực dự phòng gần đây. Sự gia tăng quan sát được về tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV trong số tất cả các trường hợp ước tính mới nhiễm là tương đương với sự gia tăng lây truyền HIV quan sát được ở nhóm MSM; tỷ lệ nhiễm HIV theo giới tính có thể thay đổi một lần nữa nếu tỷ lệ hiện nhiễm HIV tiếp tục tăng trong nhóm MSM.

Trong năm 2017, lây truyền HIV giữa các bạn tình của các nhóm quần thể chính vẫn là một quan ngại. Các nghiên cứu cho thấy hơn một nửa số phụ nữ nhiễm HIV đã báo cáo rằng khả năng họ bị phơi nhiễm HIV duy nhất có thể là thông qua các bạn tình nam có hành vi nguy cơ cao [15].

Phụ nữ sống chung với HIV ít có khả năng được chẩn đoán. Lý do cho điều này là không rõ ràng và có khả năng liên quan đến sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm. Tuy nhiên, khi được chẩn đoán, phụ nữ có nhiều khả năng đăng ký điều trị và chăm sóc HIV và đạt được sự ức chế virus (Hình 5). Báo cáo Đánh giá về Giới của Việt Nam về Ứng phó với HIV, Giới, HIV và Theo dõi Đánh giá thực hiện năm 2016 đã nhấn mạnh rằng vấn đề về giới chưa được quan tâm đầy đủ trong hầu hết các ứng phó về HIV và trong Khung Theo dõi và Đánh giá chương trình HIV. Chiến lược quốc gia về HIV năm 2011-2020 và Luật phòng chống HIV/AIDS (2006) chưa giải quyết thỏa đáng các tác động đa dạng về giới của dịch HIV, cũng như chưa giải quyết tác động không cân xứng của HIV đối với phụ nữ và trẻ em gái. Một khoảng trống quan trọng cần đề cập đó là xu hướng xem phụ nữ và trẻ em gái là đồng nhất, điều này dẫn đến sự tập trung quá nhiều hiện nay vào phụ nữ mang thai và bỏ qua những phụ nữ khác.



Hình 5: Mô hình đa bậc HIV theo giới. Nguồn: VAAC 2015.

Chiến lược quốc gia

Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020, với tầm nhìn đến năm 2030 (Chiến lược) là cơ sở để triển khai ứng phó về HIV ở Việt Nam. Chiến lược này được hỗ trợ thông qua kế hoạch hoạt động và khung ngân sách liên quan. Mục tiêu đã nêu rõ là để *khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3% vào năm 2020, giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội*. Chiến lược đưa ra một loạt các mục tiêu cụ thể cần phải đạt để đạt được mục tiêu chính bao gồm: tăng tỷ lệ người lớn trưởng thành có khả năng đạt được kiến thức toàn diện về HIV; giảm kỳ thị và phân biệt

đối xử; giảm lây truyền HIV thông qua con đường tiêm chích hoặc tình dục; loại bỏ lây truyền từ mẹ sang con; và tăng khả năng tiếp cận và điều trị ARV.

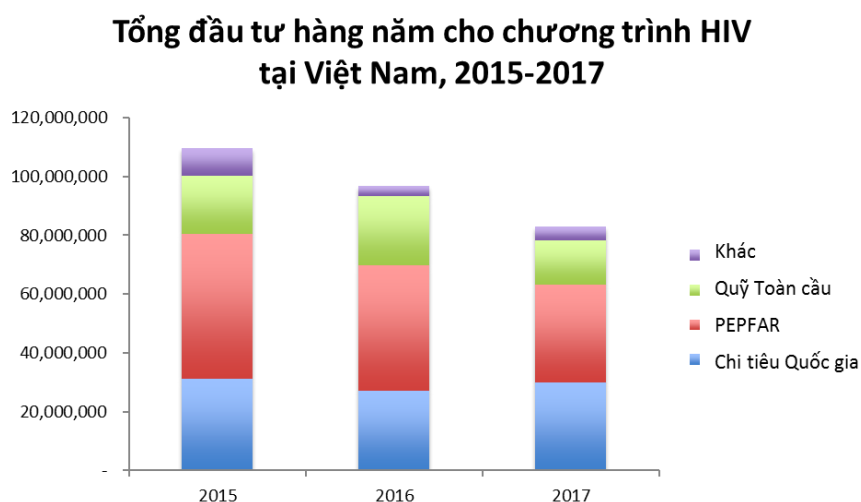
Cam kết chính trị vẫn được duy trì mạnh mẽ, làm nền tảng cho một ứng phó mạnh mẽ và dựa trên bằng chứng đối với dịch HIV ở Việt Nam, trong đó có chương trình dự phòng.

Việc xây dựng chiến lược quốc gia mới về HIV (2021-2030) là một cơ hội tuyệt vời để đảm bảo tầm nhìn chiến lược được cập nhật, chia sẻ giữa tất cả các bên liên quan về dự phòng HIV và tối đa hóa hiệu suất và hiệu quả đầu tư. Hy vọng rằng điều này có thể dẫn đến việc chia sẻ những phát hiện từ tất cả các khảo sát và dự án quan trọng để giảm bớt cách tiếp cận phân mảnh, đồng thời tối ưu hóa việc chia sẻ chéo các bài học kinh nghiệm và nguồn lực kỹ thuật, tài chính và tài chính sẵn có để tạo ra một kết quả tốt hơn. Thật vậy, các chiến lược mới và sáng tạo phải được xác định khẩn cấp và đưa ra để nhằm mục tiêu tốt hơn và kết nối nhiều người có nguy cơ lây truyền hoặc nhiễm HIV cao nhất, với các biện pháp can thiệp dự phòng dựa trên bằng chứng hiệu quả ở quy mô đủ lớn và cường độ đủ mạnh, đặc biệt là tập trung vào quần thể MSM. Với những kinh nghiệm mà Việt Nam đã có, cùng với việc xây dựng thêm các lựa chọn hiệu quả và đa dạng các loại hình xét nghiệm tại chỗ dựa vào cộng đồng, đồng thời có kết nối hiệu quả với điều trị HIV, có thể giúp làm tăng tỷ lệ người nhiễm HIV biết tình trạng của họ và điều trị ARV. Hỗ trợ cộng đồng cho những người sống chung với HIV (các nhóm tự lực) đã được chứng minh rất hữu ích trong quá khứ và cần tìm tòi thêm những cách thức sáng tạo để duy trì cộng đồng này để đưa thêm người mới đến các dịch vụ HIV.

Tài chính cho HIV

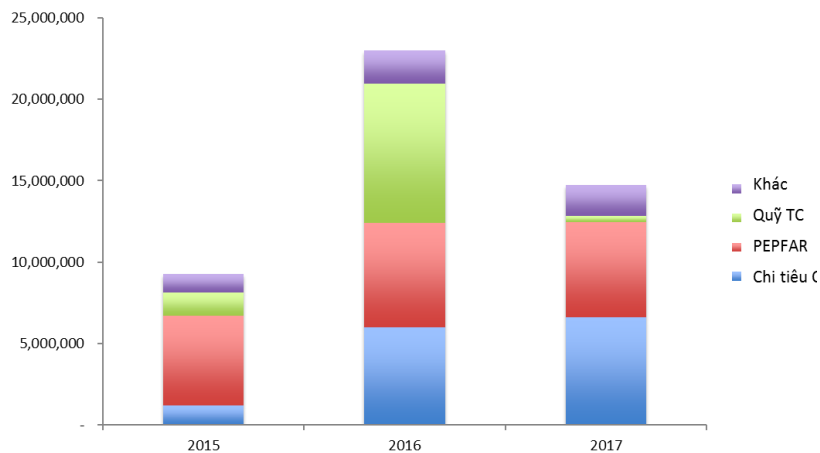
Mặc dù Chính phủ Việt Nam đã tăng kinh phí cho HIV theo thời gian và vẫn cam kết mạnh mẽ cho sự bền vững, nhưng ứng phó với HIV ở Việt Nam vẫn phụ thuộc rất nhiều vào tài trợ bên ngoài, và các nhà tài trợ bên ngoài vẫn đáp ứng gần 2/3 tổng đầu tư của Việt Nam vào năm 2017 (Hình 6) và 55% tiền đầu tư của Việt Nam trong chương trình dự phòng (không bao gồm Dự phòng Lây truyền từ Mẹ sang con) (Hình 7: Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng ở Việt nam (không bao gồm chương trình LTMC) 2015-2017 theo nguồn tài trợ. Nguồn: NHA

Hình 7). Việt Nam tiếp tục tăng trưởng về kinh tế và đã đạt được mức thu nhập trung bình thấp vào khoảng năm 2013. Kể từ đó, đã có sự sụt giảm tài trợ bên ngoài cho tất cả các lĩnh vực, bao gồm cả HIV và y tế nói chung.



Hình 6: Tổng đầu tư vào HIV ở Việt Nam (2015-2017) theo nguồn tài trợ. Nguồn: NHA

Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng HIV (không bao gồm LTMC) ở Việt Nam, 2015-2017)



Hình 7: Tổng đầu tư hàng năm cho chương trình dự phòng ở Việt nam (không bao gồm chương trình LTMC) 2015-2017 theo nguồn tài trợ.

Nguồn: NHA

Tổng đầu tư hàng năm cho ứng phó với HIV giảm 12% đến 15% mỗi năm trong giai đoạn 2015-2017. Tổng đầu tư vào phòng chống HIV đã giảm hơn 1/3 từ năm 2016 đến 2017. Những đợt giảm này có thể sẽ tăng tốc sau năm 2020. Một quá trình chuyển đổi lớn đang diễn ra, và vào năm 2019 lần đầu tiên điều trị HIV được Bảo hiểm Y tế tài trợ sẽ chi trả cho khoảng 48 000 người sống chung với HIV (thay thế cho tài trợ của PEPFAR). Một kế hoạch chuyển đổi cũng đã được thống nhất để chuyển tiếp tài trợ điều trị HIV sang Bảo hiểm y tế vào năm 2020 và những

năm tiếp theo. Mặc dù quá trình chuyển đổi đang diễn ra này là chìa khóa để đảm bảo tính bền vững về tài chính cho điều trị HIV, nhưng không có sự chuyển đổi nào từ nguồn tài trợ bên ngoài được lập kế hoạch cho dự phòng HIV và cơ chế của Bảo hiểm y tế hiện tại không cho phép chi trả bảo hiểm cho các dịch vụ dự phòng. Nếu việc tăng ngân sách quốc gia và địa phương cho ứng phó với HIV không được đầu tư cho các can thiệp dự phòng bền vững, thì **những thành tựu ấn tượng đã đạt được trong thập kỷ vừa qua (Phần 6) sẽ có nguy cơ bị mất**. Vì vậy, có thể cần phải tìm kiếm sự kết hợp giữa nguồn tài trợ mới và có thể là các mô hình cung cấp dịch vụ bao gồm mở rộng quan hệ đối tác công-tư non trẻ, doanh nghiệp xã hội, hợp đồng xã hội và có sự tham gia của các cá nhân và tổ chức từ thiện trong nước.

Ngoài HIV còn có một nỗ lực lớn hơn cho y tế dự phòng. Nghị quyết 20 về Chăm sóc sức khỏe của Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam được thông qua năm 2017, trong đó cam kết 30% ngân sách chăm sóc sức khỏe sẽ được phân bổ cho công tác dự phòng vào năm 2025 và cam kết chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030. Bộ Y tế hiện đang xây dựng Luật dự phòng và kiểm soát bệnh tật, có thể cung cấp một cơ chế đầu tư lớn hơn vào ARV để tối đa hóa lợi ích của việc điều trị là dự phòng. Luật Bảo hiểm y tế cũng dự kiến sẽ được sửa đổi trong những năm tới. Ngoài ra, nguồn ngân sách nhà nước sẽ tiếp tục đầu tư cho chương trình điều trị lệ thuộc chất dạng thuốc phiện (CDTP) và một phần các vật dụng dự phòng khác (như bơm kim tiêm, bao cao su, chất bôi trơn). Các dịch vụ phục hồi chức năng, hỗ trợ tâm lý xã hội và các dịch vụ hỗ trợ xã hội khác cũng đang dần được tích hợp để đảm bảo tính bền vững (Đề án 2596 về đổi mới công tác cai nghiện ma túy và các khoản vay do Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cung cấp). Mặc dù điều này đầy hứa hẹn, nhưng vẫn cần phải có một cách tiếp cận toàn diện để đảm bảo tính bền vững cho tất cả các can thiệp dự phòng trọng tâm, trong đó có các can thiệp giảm tác hại và chương trình bao cao su hiệu quả hơn, nếu Việt Nam muốn kết thúc dịch AIDS để nó không còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng vào năm 2030.

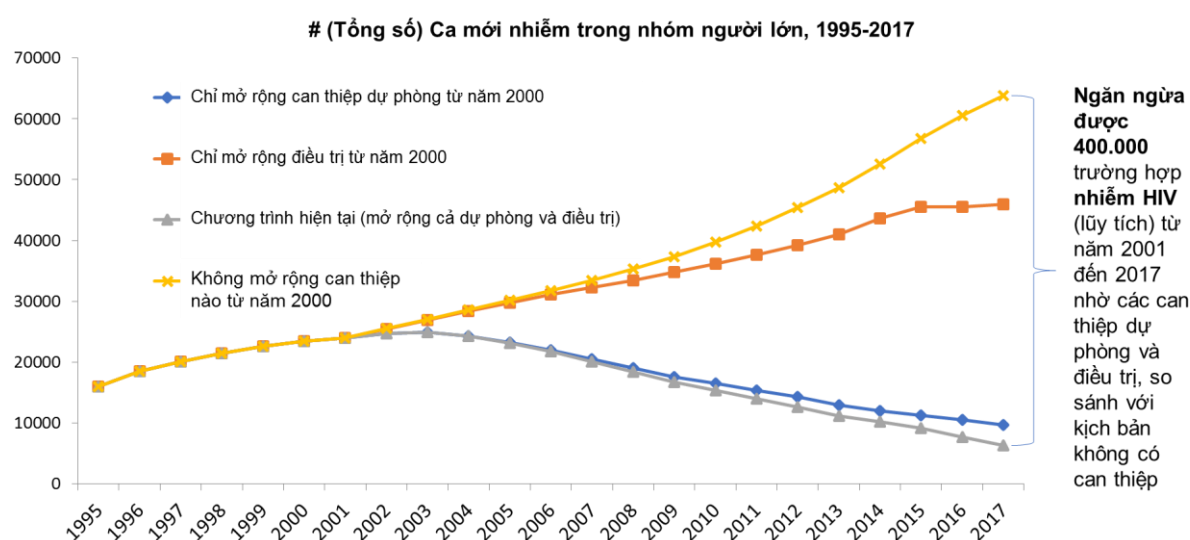
2. Những thành tựu đã đạt được và phân tích về các khoảng trống

Phân tích các tác động thông qua Mô hình Dịch châu Á (AEM)

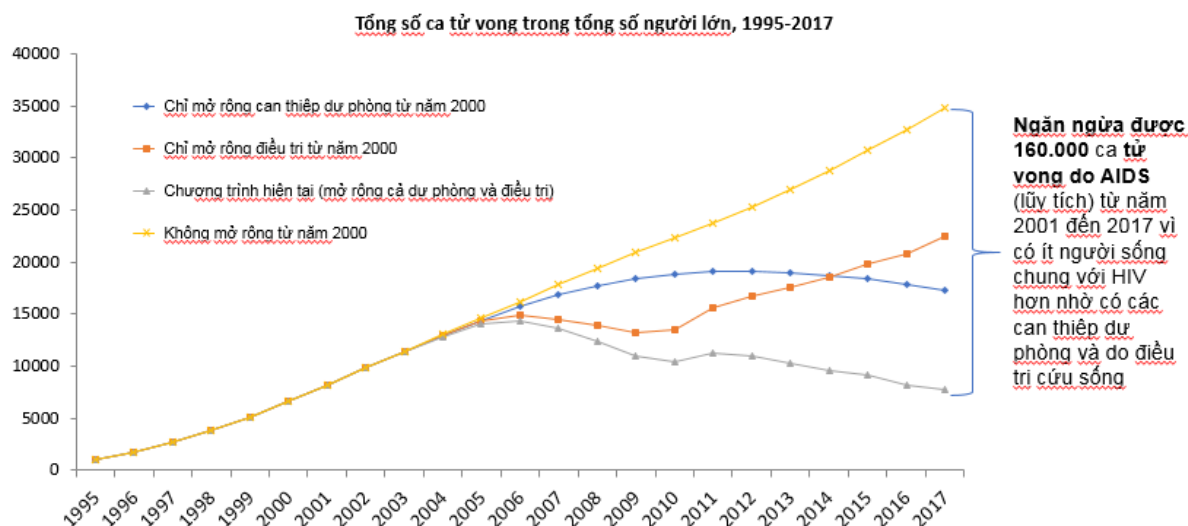
Để hiểu rõ hơn về những thành tựu của chương trình HIV ở Việt Nam, Mô hình Dịch HIV Châu Á (AEM) đã được sử dụng để xem xét 4 kịch bản nhằm ước tính tác động của các ứng phó trong quá khứ. Cụ thể, các kịch bản đó là:

1. **Kịch bản “Can thiệp hiện tại”**: trong đó tái tạo các chiều hướng tỷ lệ hiện nhiễm quan sát được trong các quần thể chính cho đến nay, trong đó có các tác động của tất cả các chương trình đã được triển khai;
2. **Kịch bản “Không có ứng phó quốc gia nào”**: cho thấy hệ quả của việc không mở rộng các chương trình và các hành vi được duy trì như năm 2000;
3. **Kịch bản “Từ năm 2000 chỉ mở rộng chương trình điều trị”**: duy trì mức độ can thiệp dự phòng và các hành vi như năm 2000; và
4. **Kịch bản “Từ năm 2000 chỉ mở rộng chương trình dự phòng”**: duy trì độ bao phủ điều trị như năm 2000.

Số ca nhiễm mới hàng năm và tử vong hàng năm trong nhóm người sống chung với HIV theo 4 kịch bản đã mô tả ở trên được trình bày trong Hình 8 và Hình 9 dưới đây.



Hình 8: Số ca nhiễm mới hàng năm ở Việt Nam, 4 kịch bản. Nguồn: AEM 2018.



Hình 9: Ước tính số ca tử vong hàng năm liên quan đến AIDS, 4 kịch bản. Nguồn: AEM 2018.

Nếu không có chương trình phòng, chống HIV quốc gia, sẽ có nhiều hơn hai lần số người có thể phải sống chung với HIV và số ca nhiễm mới mỗi năm có thể sẽ tiếp tục tăng đều. Thay vào đó, các ca nhiễm mới đạt đỉnh vào khoảng 25 000 ca vào năm 2003 và sau đó bắt đầu giảm dần vào năm 2005, ngay sau khi chương trình phòng, chống HIV quốc gia tăng tốc. Người ta ước tính rằng chương trình phòng, chống HIV quốc gia đã ngăn chặn được hơn 400 000 ca nhiễm HIV từ năm 2001 đến 2017. Trong đó 125 000

ca là do sự mở rộng của chương trình vào giữa những năm 2000. Ước tính có 160 000 ca (lũy tích) tử vong liên quan đến AIDS đã được ngăn chặn trong giai đoạn này. Nhìn chung, việc tăng quy mô ứng phó quốc gia cho phép tiết kiệm được (ước tính) khoảng 8 triệu DALYS (số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật) từ năm 2001 đến 2017.

Việc mở rộng chương trình dự phòng đã đóng góp vào việc ngăn chặn được trên **400.000** trường hợp nhiễm HIV từ năm 2001 đến năm 2017

Những thành công tương tự đã được nhìn thấy ở khía cạnh điều trị và tình trạng hiện tại của mô hình đa bậc về xét nghiệm, điều trị và ức chế tải lượng virus của Việt Nam được thể hiện trong Hình 5. Kể từ khi mở rộng chương trình điều trị ARV năm 2004, số ca tử vong hàng năm trong nhóm người sống chung với HIV đã chững lại và ổn định ở khoảng 7 000 ca mỗi năm. Số ca tử vong giảm nhanh khi có nguồn đầu tư lớn từ giữa những năm 2000. Nguồn đầu tư này cho phép các

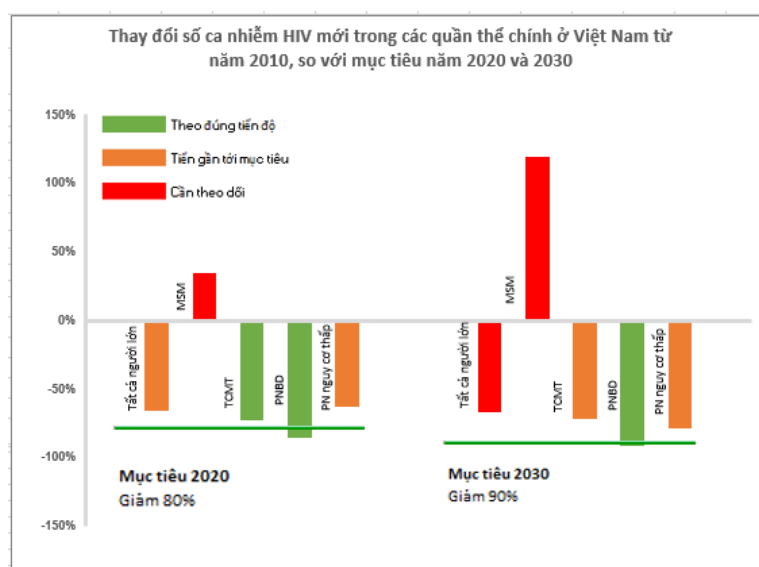
chương trình điều trị mở rộng để bao phủ hơn 130 000 người như hiện nay.

Thành tựu đã đạt được theo các mục tiêu quốc gia và khoảng trống đã xác định được

Nhiễm HIV mới

Chiến lược quốc gia có mục tiêu giảm 80% các ca nhiễm HIV mới vào năm 2020 và mục tiêu Fast track 90% vào năm 2030 so với số ca nhiễm mới ước tính trong năm 2010. Hiện tại, chỉ có số giảm ca nhiễm mới (ước tính) trong nhóm phụ nữ bán dâm là đang ở ngưỡng đạt được cả hai Mục tiêu năm 2020 và 2030. **Số ca nhiễm mới (ước tính) ở nhóm nam quan hệ tình dục với nam (MSM) đang gia tăng nhanh chóng** (Hình 10). Điều này cho thấy có một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trong nhóm quần thể này và có khả năng cản trở nỗ lực chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030. Theo ghi nhận của VAAC trong hội thảo Tham vấn về Phân tích Khoảng trống trong Dự phòng quốc gia được tổ chức tại Hà Nội vào tháng 11 năm 2018, mô hình toàn cầu gợi ý rằng ngay cả việc đạt được các mục tiêu Fast-Track 90-90-90 của UNAIDS vào năm 2020 thì cũng sẽ chỉ đạt được một nửa mức giảm cần thiết để chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030.

Gần 11% người tham gia vào một nghiên cứu được Đại học Y Hà Nội³ thực hiện vào năm 2017 trong nhóm MSM ở Hà Nội đã được xét nghiệm và có kết quả HIV dương tính và hơn 1/3 trong số đó (35.7%) được xác định là đã bị nhiễm trong vòng 6 tháng trước đó. Tuổi trung bình của những người mới nhiễm đó là 23 tuổi.

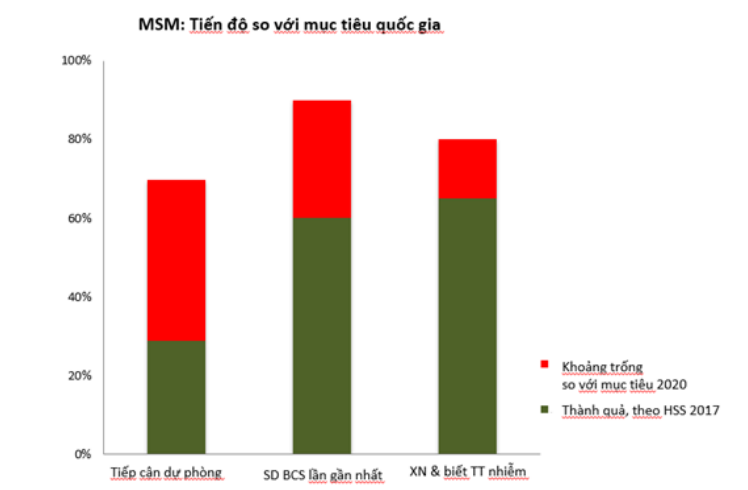


Hình 10: Thay đổi số ca nhiễm HIV mới trong các quần thể chính ở Việt Nam từ năm 2010, so với mục tiêu đến năm 2020 và mục tiêu Fast track 2030

Có bằng chứng cho thấy những người đàn ông lớn tuổi quan hệ tình dục với nam giới đến làm xét nghiệm muộn, được chẩn đoán muộn, tiếp cận chăm sóc HIV muộn hơn và ít có khả năng tiếp cận các dịch vụ dự phòng hơn so với nhóm MSM trẻ. Nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu đã đề ra là chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030, thì **các biện pháp can thiệp dự phòng hiệu quả cần phải được MSM ở mọi lứa tuổi tiếp cận**. Ngoài ra, cần đổi mới các chiến lược để cải thiện độ bao phủ và tăng cường xét nghiệm HIV trong tất cả các nhóm quần thể chính, nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu Fast-Track 90% người nhiễm HIV biết tình trạng của họ vào năm 2020 và tối đa hóa lợi ích của việc điều trị là dự phòng. Một báo cáo gần đây [18] về hoạt động xét nghiệm và tư vấn HIV dựa vào cộng đồng cho thấy phương thức mới này có hiệu quả trong việc tiếp cận những người làm xét nghiệm lần đầu trong nhóm có nguy cơ

³ Dữ liệu chưa được công bố (vào thời điểm dự thảo báo cáo này), từ một bản tóm tắt được trình bày tại Hội nghị quốc tế về Retrovirus và Nhiễm trùng cơ hội năm 2019

cao ở cả thành thị và đặc biệt là khu vực nông thôn. Xét nghiệm và tư vấn HIV dựa vào cộng đồng cũng có vẻ hiệu quả hơn so với tư vấn và xét nghiệm HIV tại cơ sở y tế trong việc tiếp cận những người có nguy cơ nhiễm HIV cao nhất, bằng chứng là tỷ lệ dương tính cao hơn [18].



Hình 11: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia chính cho quần thể MSM, Việt Nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017

Nhiều tiến bộ đã đạt được trong việc làm giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nhờ sự gia tăng độ bao phủ các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ khoảng 9% năm 2006 lên khoảng 81% vào năm 2018 (ước tính của UNAIDS) và tiếp cận tốt hơn với điều trị ARV, số ước tính phụ nữ mang thai nhiễm HIV hàng năm đã giảm xuống dưới 2 400 vào năm 2018. Tổng số trẻ em nhiễm HIV dưới 5 000 và nhiễm mới hàng năm ở trẻ em dưới 500 ca. Các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được tích hợp trong hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em giúp phụ nữ và trẻ em tiếp cận các dịch vụ này tại cùng một địa điểm dễ dàng hơn nhiều, nhưng cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chương trình quốc gia (HIV và chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em). Để tạo điều kiện thuận lợi cho chương trình này, vào năm 2018 chính phủ đã thông qua Kế hoạch hành động quốc gia đầy tham vọng tiến tới loại trừ HIV, viêm gan B và giang mai lây truyền từ mẹ sang con giai đoạn 2018-2030 phù hợp với *Khung hành động Khu vực về loại trừ HIV, viêm gan B và giang mai lây truyền từ mẹ sang con ở châu Á và Thái Bình Dương 2018-2030*.

Kiến thức về HIV

Trong cuộc khảo sát quốc gia năm 2016 về sức khỏe sinh sản và tình dục ở thanh thiếu niên và thanh niên Việt Nam từ 10 đến 24 tuổi, chỉ có 26,8% số người được hỏi thể hiện có kiến thức chính xác về HIV. Lấy từng chỉ số riêng lẻ, hơn một nửa số người tham gia trả lời từng tuyên bố đơn lẻ, ba phần tư số người tham gia trả lời đúng các tuyên bố liên quan đến việc chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không bị nhiễm bệnh; sử dụng bao cao su trong mỗi lần quan hệ tình dục để dự phòng HIV; và một người có vẻ ngoài khỏe mạnh có thể nhiễm HIV. Mục tiêu quốc gia về kiến thức toàn diện về HIV/AIDS được nêu trong Chiến lược quốc gia (Quyết định 608/QĐ-TTg) là tăng tỷ lệ dân số trong độ tuổi 15-49 có hiểu biết toàn diện về HIV/AIDS lên 50% vào năm 2015 và 80% vào năm 2020.

Kiến thức toàn diện thay đổi đáng kể theo giới tính, trong đó nam giới có tỷ lệ hiểu biết chính xác về HIV cao hơn nữ giới (28,8% so với 24,8%). Nơi cư trú, tuổi tác, dân tộc và tình trạng di cư cũng ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức về HIV, trong đó nhiều người Kinh và người di cư tham gia khảo sát thể hiện có kiến thức toàn diện hơn so với người không phải là người Kinh và người không di cư. Những người từ 19 đến 24 tuổi thể hiện kiến thức toàn diện về HIV tốt hơn so với những người được hỏi trẻ tuổi hơn và điều này đúng với cả nam và nữ. Tình trạng hôn nhân không có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ hiểu biết toàn diện về HIV.

Các nhóm quần thể chính: Nam quan hệ tình dục với nam (MSM)

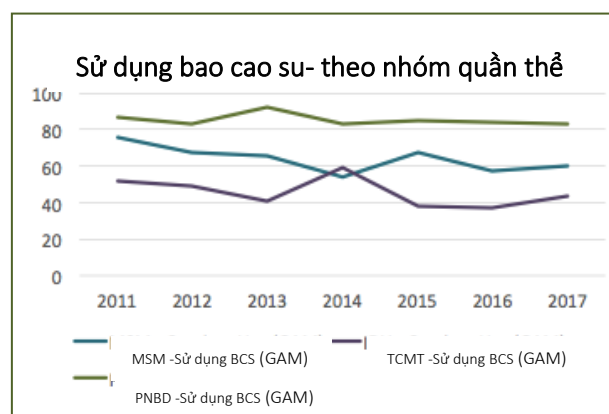
Tiếp cận cộng đồng và kết nối tới các dịch vụ Để kết thúc dịch AIDS vào năm 2030, rõ ràng các chiến lược đổi mới để kết nối nhóm MSM với các dịch vụ dự phòng, xét nghiệm và điều trị phải được coi là một vấn đề cấp bách. Tỷ lệ MSM tiếp cận với chương trình dự phòng chỉ đạt 28,7% vào năm 2017, rất thấp so với chỉ tiêu quốc gia cần đạt 70% vào năm 2020. Tham vấn cộng đồng cho thấy MSM là một quần thể di biến động và có bằng chứng cho thấy một số lượng lớn MSM có kết nối với nhau qua phương tiện truyền thông xã hội (ứng dụng), ít nhất là ở khu vực thành thị. Có khả năng nhiều MSM ở khu vực nông thôn ẩn mình và không thể tiếp cận được, mặc dù có rất ít nghiên cứu được thực hiện trong nhóm này cho đến thời điểm này. Tuy nhiên, hiệu quả của phương tiện truyền thông xã hội như một công cụ để liên kết mọi người với các dịch vụ, để thúc đẩy thay đổi hành vi hoặc thậm chí tuyển dụng những người tham gia tiềm năng cho các nghiên cứu là chưa rõ ràng. Một thử nghiệm về dự phòng ở Hà Nội đã ký hợp đồng với hai ứng dụng hẹn hò cho những người đồng tính nam và các MSM khác (Jack'D và Blued) để gửi lời mời tham gia thử nghiệm cho các thành viên của các ứng dụng đó tại Hà Nội. Trong khoảng thời gian 3 ngày, 2 000 thành viên của các ứng dụng hẹn hò đã nhấp chuột vào biểu ngữ có thư mời, nhưng chỉ có 50 người hoàn thành bảng câu hỏi. Trong đó, 16 người đủ điều kiện tham gia và chỉ có ba người thực sự đồng ý tham gia. Ngược lại, PATH (tổ chức Phi chính phủ quốc tế) báo cáo rằng họ tuyển dụng khoảng 60% khách hàng PrEP thông qua kết nối truyền thông xã hội. Năng lực của phương tiện truyền thông xã hội trong việc tạo điều kiện tiếp cận cộng đồng, chia sẻ kiến thức, kết nối với các dịch vụ HIV, giám sát việc kết nối và tham gia các dịch vụ vẫn chưa được hiểu rõ. Có thể sẽ cần phải phát triển một loạt các can thiệp và phương pháp tiếp cận để sử dụng công cụ có tiềm năng mạnh mẽ này để đạt hiệu quả cao nhất. Tiếp cận trực tiếp với các cá nhân hoặc nhóm tại các điểm nóng như quán bar và câu lạc bộ đêm thân thiện với MSM sẽ tiếp tục đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận quần thể này.

VAAC hiện đang xây dựng các hướng dẫn mới toàn diện về dự phòng cho quần thể MSM. Dự kiến hướng dẫn này sẽ được hoàn thiện và phê duyệt vào giữa năm 2019. Hướng dẫn này sẽ cung cấp thông tin chi tiết về nội dung và cung cấp dịch vụ bao gồm:

- Truyền thông thay đổi hành vi
- Tư vấn và xét nghiệm HIV
- Cung ứng các vật phẩm can thiệp
- Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP)
- Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP)
- Khám và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs)
- Điều trị bằng thuốc kháng HIV, các nhiễm trùng cơ hội và dự phòng lao
- Chuyển gửi đến các dịch vụ y tế liên quan khác

Một danh sách mở rộng các dịch vụ cũng được nêu chi tiết cho nhóm MSM có nhiều nguy cơ: như nhóm có bán dâm và/hoặc có sử dụng ma túy. Hướng dẫn cũng trích dẫn tham khảo các văn bản pháp luật liên quan, cung cấp một khung pháp lý rõ ràng cho các nội dung can thiệp.

Chương trình bao cao su và STI Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm MSM là 60% năm 2017 và có vẻ không thay đổi kể từ năm 2010 (Hình12: Sử dụng bao cao su trong nhóm quần thể chính ở Việt Nam, 1995-2007. Nguồn: GAM



Hình12: Sử dụng bao cao su trong nhóm quần thể chính ở Việt Nam, 1995-2007. Nguồn: GAM

Hình12) mặc dù có sự gia tăng về kiến thức HIV và dự phòng trong nhóm này. Điều này phù hợp với tỷ lệ mắc STI cao và ngày càng tăng trong quần thể MSM. Trong một nghiên cứu năm 2017 được trường Đại học Y Hà Nội thực hiện trong nhóm MSM sống tại Hà Nội, gần 19% số người tham gia đã có kết quả xét

nghiệm dương tính với giang mai. Trong một nghiên cứu về PrEP liên quan đến MSM tại TP HCM (dự án VinaPrEP), 16 trong số 201 (8%) người tham gia báo cáo bị nhiễm giang mai trước khi xét nghiệm. Sau khi được dự án làm xét nghiệm, tỷ lệ hiện nhiễm thực tế là 20,7%. Các dữ liệu này cho thấy có khoảng cách đáng kể trong chẩn đoán và biết về tình trạng nhiễm của mình. Trong hội thảo Tham vấn Phân tích Khoảng trống trong Dự phòng (Hội thảo Tham vấn) có nhiều bên liên quan tham gia được tổ chức tại Hà Nội vào tháng 10 năm 2018, chi phí xét nghiệm và điều trị STI cao đã được đề cập đến như là một rào cản đáng kể đối với tiếp cận dịch vụ này; đồng thời việc thiếu một hướng dẫn thiết thực cho công tác giám sát, dự phòng và điều trị STI được xác định là một khoảng trống nên được giải quyết.

Trong quá trình tham vấn, VAAC lưu ý rằng việc thực hiện chương trình bao cao su đã diễn ra trong một thời gian dài và tỷ lệ sử dụng bao cao su vẫn còn khá thấp. **Những thông điệp thay đổi hành vi mới và hiệu quả cần được xây dựng xung quanh việc sử dụng bao cao su trong nhóm MSM nếu Việt Nam muốn giải quyết một cách có ý nghĩa sự gia tăng nhanh chóng các ca nhiễm mới trong quần thể này.**

Để chương trình bao cao su duy trì và tăng hiệu quả, cũng cần phải thực hiện các bước để cải thiện chất lượng bao cao su trên thị trường. Cho đến gần đây, thị trường bao cao su đã không được kiểm soát, không có tiêu chuẩn bắt buộc về chất lượng, dẫn đến việc có rất nhiều bao cao su chất lượng thấp và giả. Một đánh giá về chất lượng bao cao su do Crown Agents thực hiện năm 2014 đã phát hiện tỷ lệ thất bại là 29% tại Hà Nội và 23,5% tại TP Hồ Chí Minh khi được thử nghiệm theo quy chuẩn ISO và thông số kỹ thuật của WHO/UNFPA 2010 cho bao cao su nam. Vào tháng 9 năm 2017, Chính phủ đã giải quyết tình trạng này bằng việc ra Thông tư 31 nhằm thắt chặt các quy trình kiểm soát chất lượng bắt buộc đối với các sản phẩm bao cao su để đảm bảo đáp ứng các tiêu chuẩn ISO 4074: 2002 (tương ứng với tiêu chuẩn 6342: 2007) và hướng dẫn của WHO 2003.

Dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) Đánh giá kỹ thuật gần đây về một nghiên cứu triển khai PrEP được thực hiện trong nhóm MSM ở TP Hồ Chí Minh, dự án VinaPrEP, đã chứng minh rằng PrEP an toàn, những khách hàng sử dụng nó rất hài lòng, và có thể thực hiện được, đồng thời cũng lưu ý rằng nhu cầu về PrEP rất cao trong nhóm MSM chưa được đáp ứng. Sự sẵn có của PrEP vẫn còn hạn chế dù gần đây đã triển khai kế hoạch quốc gia để mở rộng quy mô PrEP (với chỉ tiêu 7 300 người sử dụng PrEP vào năm 2020, do PEPFAR tài trợ). Như một đại diện của VAAC đã lưu ý trong hội thảo tham vấn: PrEP có hiệu quả ở cấp độ cá nhân và cho nhóm bạn tình, nhưng việc tăng tốc độ mở rộng và mở rộng độ bao phủ đến giới hạn để có tác động tới việc giảm ca nhiễm mới ở cấp quốc gia thì sẽ phải mất một khoảng thời gian khá dài.

Trong hội thảo tham vấn, một vài đại biểu tham gia cũng bày tỏ một số lo ngại về tác động có thể có đối với tỷ lệ mắc STI khi giới thiệu chương trình PrEP vào một cộng đồng đang có tỷ lệ sử dụng bao cao su thấp, do PrEP chỉ bảo vệ khỏi lây nhiễm HIV. Tuy nhiên, một số đại biểu khác thì nhìn thấy cơ hội cung cấp PrEP như một điểm khởi đầu để sàng lọc, dự phòng và điều trị STI, vì người sử dụng PrEP cần đến các phòng khám theo lịch tái khám định kỳ (hàng quý) để nhận thuốc, và điều này đã quan sát được ở một mức độ nào đó trong dự án thí điểm PrEP đã triển khai ở TP Hồ Chí Minh. Vì vậy, PrEP có tiềm năng trở thành một công cụ dự phòng quan trọng khi kết hợp với chương trình bao cao su toàn diện và mở rộng xét nghiệm và điều trị STI. Một đại diện của trường Đại học Y Hà Nội đã đề xuất chạy thêm mô hình ước tính, đặc biệt là đánh giá hiệu quả của việc tăng độ bao phủ điều trị trong nhóm MSM đến ngưỡng tối đa, tăng sử dụng bao cao su một cách thực tế lên 60-70% và sau đó xác định cần bao nhiêu MSM sử dụng PrEP để giảm tỷ lệ nhiễm mới dưới 0,5%. Do chi phí PrEP cao (cao hơn chi phí điều trị ARV hàng năm/người), các quyết định về gói can thiệp trong tương lai sẽ phụ thuộc phần lớn vào nguồn tài chính có sẵn cho chương trình dự phòng ở Việt Nam, điều vẫn chưa rõ ràng vào thời điểm này. Ngay cả khi một số người trong các quần thể chính có nguy cơ nhiễm HIV có thể có khả năng và sẵn sàng trả tiền cho PrEP, nhưng như thế cũng sẽ không đủ và không đáp ứng được mọi nhu cầu. Ngoài ra, cho dù quy mô PrEP tăng lên, có bằng chứng rõ ràng là tỷ lệ nhiễm STI cao trong nhóm MSM và xét nghiệm và điều trị STI cần được tăng cường, kết hợp với việc cải thiện tỷ lệ sử dụng bao cao su.

Xét nghiệm HIV Trong năm 2017, 65% MSM được khảo sát đã được làm xét nghiệm HIV và biết tình trạng của họ [3]. Nếu có thể duy trì được việc tăng độ bao phủ và tăng cường xét nghiệm HIV, Việt Nam sẽ đạt được mục tiêu quốc gia là 80% MSM biết tình trạng HIV của họ vào năm 2020, mặc dù vẫn sẽ không đạt được mục tiêu Fast-Track là 90%.

Các nguy cơ kép Hơn 20% MSM tham gia vào nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội đề cập ở trên đã báo cáo sử dụng các loại ma túy tổng hợp (ATS) trong ba tháng qua, 90% trong số đó báo cáo sử dụng ở mức độ nguy cơ từ trung bình đến cao, cần phải can thiệp. Trong hội thảo tham vấn, các đại biểu tham gia tin rằng một tỷ lệ lớn MSM bán dâm cũng sử dụng ma túy. Theo một đại biểu tham gia hội thảo, trong một nghiên cứu nhỏ tại Đại học California Los Angeles (UCLA) về việc sử dụng methamphetamine (đá) trong nhóm MSM, những người đã sử dụng “đá” bị viêm trực tràng, và nghiên cứu cho thấy sử dụng methamphetamine kích hoạt sản xuất cytokine ở niêm mạc trực tràng [14]. Cytokine làm tăng khối lượng hoạt động của các tế bào hệ thống miễn dịch. Điều này cho thấy rằng MSM sử dụng methamphetamine dễ bị nhiễm HIV hơn và nếu được điều trị HIV thì sẽ ít khả năng đạt được mức ức chế tải lượng virus hơn so với những người điều trị ARV nhưng không sử dụng methamphetamine.

Mặc dù Việt Nam có nhiều kinh nghiệm trong việc quản lý sử dụng chất dạng thuốc phiện, nhưng có rất ít hoặc không có kinh nghiệm trong việc quản lý ATS hoặc sử dụng chất gây nghiện khác, và những người tham dự hội thảo tham vấn xác nhận rằng cần có thêm nghiên cứu để phát triển một mô hình can thiệp phù hợp nhằm giải quyết vấn đề này.

Tất cả các bằng chứng cho thấy nhu cầu cấp thiết về tăng cường các hoạt động dự phòng, bao gồm các chính sách, các can thiệp và đầu tư cho quần thể MSM vì điều này là rất quan trọng để kiểm soát được dịch hoặc thậm chí không để cho những lợi ích đã đạt được bị bù trừ cho sự gia tăng các ca nhiễm mới. Bằng chứng từ các quốc gia châu Á khác, nơi dịch bệnh đang bùng phát trở lại, đặc biệt là trong nhóm MSM, cho thấy rõ ràng hành động chậm trễ có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng. Do đó, điều quan trọng đối với Việt Nam là tìm tòi sáng tạo các phương thức mới để tiếp cận được MSM ẩn hoặc chưa được tiếp cận ở tất cả các tỉnh, đặc biệt là đối với nhóm MSM có nguy cơ cao hơn, đồng thời đảm bảo gói dự phòng toàn diện với các phương pháp tích hợp (ví dụ xét nghiệm nhanh đối với HIV, giang mai và viêm gan B và C, bao cao su, PrEP, thay đổi hành vi, hệ thống điều trị và hỗ trợ) và chuyển gửi tới các dịch vụ giảm tác hại và điều trị khác khi cần thiết. Tiếp tục giám sát kịp thời quần thể MSM, phân tích các trường hợp mới nhiễm và độ bao phủ của chương trình ở cả cấp quốc gia và mở rộng nhiều tỉnh nữa ở cấp địa phương cũng là điều cần thiết để nắm được mục tiêu chương trình tốt hơn và giám sát kịp thời. Điều này có thể sẽ định hình tương lai dịch ở Việt Nam.

Các nhóm quần thể chính: Người Tiêm chích Ma túy (TCMT)

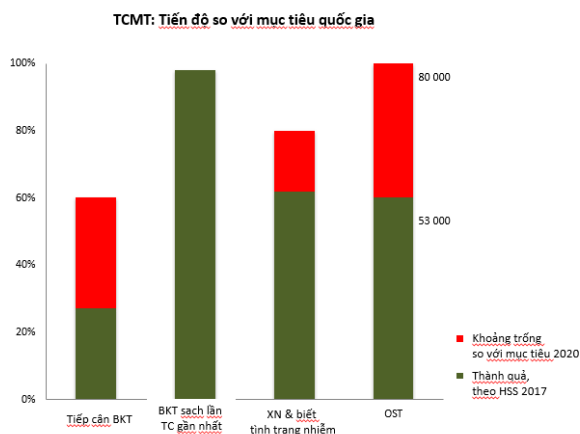
Tiếp cận cộng đồng và kết nối tới các dịch vụ

Tiếp cận chương trình dự phòng bị giới hạn ở các tỉnh được hỗ trợ bởi các nhà tài trợ bên ngoài, đặc biệt là Quỹ toàn cầu và PEPFAR (Error! Reference source not found.4). Điều này dẫn đến thiếu cân bằng về độ bao phủ của các dịch vụ dự phòng trong nhóm người tiêm chích ma túy (TCMT). Có khả năng tình trạng này sẽ trở nên trầm trọng hơn nếu và khi nguồn tài trợ bên ngoài bị giảm sau năm 2020. Ngoài ra, quá trình đô thị hóa gia tăng đã làm giảm khoảng không gian mở trong các thành phố để nhóm TCMT gặp gỡ và tụ họp, đẩy họ ra ngoại ô thành phố hoặc, trong trường hợp có chiến dịch truy quét của công an, ra các tỉnh lân cận. Việc này tạo ra một rào cản đối với các dịch vụ tiếp cận hiện tại không thể hoạt động bên ngoài khu vực dự án được chỉ định của họ.

Không giống như cộng đồng MSM, không có ứng dụng mạng xã hội nào cho nhóm TCMT, điều này hạn chế việc tiếp cận truyền thông sức khỏe đến cộng đồng. SCDI nhận thấy cơ hội phát triển ứng dụng chơi game để tiếp cận những người trẻ tuổi bằng việc gửi tin nhắn thông qua ứng dụng về những nguy cơ của việc sử dụng ma túy và tiêm chích ma túy. Mặc dù điều này có thể cần thiết cho một số nhóm quần thể chính cụ thể, sử dụng các nền tảng trò chơi phổ biến hiện có để mang lại thông điệp sức khỏe cộng đồng cho quần thể rộng hơn cũng có thể được xem xét. PSI hiện đang tìm cách hợp tác với các cửa hàng cầm đồ tạo ra một nền tảng hiệu quả để giới thiệu tin nhắn về giảm tác hại và chuyển gửi đến các nhà cung cấp bán lẻ bơm kim tiêm có khoảng chết thấp (LDSS).

Chương trình bơm kim tiêm: Số lượng bơm kim tiêm được phân phát miễn phí đã tăng từ 2 triệu trong năm 2006 lên 39 triệu vào năm 2012. Trung bình 25 triệu bơm kim tiêm được phân phát mỗi năm từ năm 2012 đến năm 2016 và 28 triệu bơm kim tiêm được phân phát vào năm 2016 [19]. Bên cạnh việc nhận bơm kim tiêm sạch và bao cao su từ chương trình dự phòng lây nhiễm HIV, người tiêm chích ma túy có thể tiếp cận các vật dụng dự phòng này ở các hiệu thuốc, quán trà/tạp hóa nhỏ. Tuy nhiên, các quán này chỉ có sẵn ở các thành phố hoặc thị trấn và có thời gian mở bán hạn chế. Do đó, người dân ở miền núi và nông thôn rất khó tiếp cận với các vật dụng dự phòng lây nhiễm HIV này [19]. Trong năm 2017, chỉ có 27% những người TCMT báo cáo có thể tiếp cận với bơm kim tiêm sạch miễn phí, không đủ để đạt được mục tiêu 60% độ bao phủ vào năm 2020 (Hình 13). Tuy nhiên, 98% người TCMT đã báo cáo sử dụng dụng cụ tiêm an toàn ở lần tiêm gần nhất của họ, do đó vượt quá mục tiêu 90% vào năm 2020. Điều này cho thấy rằng nhiều người TCMT đang tiếp cận bơm kim tiêm sạch thông qua tiếp thị xã hội hoặc tự mua.

Bơm kim tiêm khoảng chết thấp (LDSS) đã chứng minh tính hiệu quả trong việc giảm lây truyền HIV và viêm gan B và C. Kể từ năm 2012, LDSS đã trở nên phổ biến rộng rãi hơn ở Việt Nam, với hơn 1 nghìn cửa hàng ở miền Bắc. PSI đã và đang thực hiện một chương trình tiếp thị xã hội và truyền thông thay đổi hành vi để thúc đẩy việc sử dụng LDSS. Nghiên cứu của họ cho thấy rằng việc sử dụng LDSS tăng lên trong nhóm TCMT có tiếp xúc với tiếp thị xã hội và việc thúc đẩy các lợi ích phi sức khỏe của LDSS (ví dụ như giảm mất thuốc) có liên quan tích cực với việc sử dụng LDSS. Năm 2017, PSI đã hỗ trợ bán gần 5 triệu LDSS. Con số này chiếm ít hơn 10% nhu cầu ước tính của 60 triệu bơm kim tiêm mỗi năm tại các tỉnh dự án của họ. Với nguồn tài trợ hạn chế cho LDSS, chương trình của PSI đang bắt đầu đối mặt với các vấn đề về nguồn cung. Điều này càng trở nên trầm trọng bởi thực tế chỉ có một nhà sản xuất tại Việt Nam sản xuất LDSS, loại có thể tháo rời kim tiêm. Người TCMT ở Việt Nam đã bày tỏ sự ưa thích loại LDSS này bởi vì, nếu kim tiêm bị tắc, họ có thể tháo bỏ kim tiêm và lắp một cái đầu kim mới mà không lãng phí thuốc trong ống bơm. Quỹ toàn cầu đã mua một số lượng lớn LDSS để phân phát tại các tỉnh



Hình 13: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia cho quần thể TCMT, Việt nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017 và số liệu chương trình (độ bao phủ chương trình điều trị TT CDTP)

trong chương trình của Quỹ nhưng hầu hết là loại bơm có kim tiêm không thể tháo rời, dẫn đến một khoảng trống chưa đáp ứng được hết nhu cầu về loại có thể tháo rời kim tiêm. Mặc dù trước đó đã có những phản hồi tích cực về loại LDSS mới trong đợt đánh giá nhanh về sản phẩm trước khi thay đổi nhà cung cấp, những vấn đề liên tục xảy ra sau đó do chất lượng ma túy thấp dẫn đến tắc kim tiêm đã làm giảm nhu cầu về loại LDSS mới này.

Điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện Có khoảng 53 000 người TCMT đã đăng ký điều trị thay thế chất dạng thuốc phiện (CDTP)/điều trị MMT, tương đương với 66% của mục tiêu 80 000 người điều trị MMT của Việt Nam vào năm 2020. VAAC đã thực hiện đánh giá 10 năm triển khai chương trình điều trị thay thế CDTP. Các phát hiện cho thấy chương trình đã rất thành công và điều quan trọng là cần có những cải tiến hơn nữa về tiếp cận và đưa ra các tùy chọn linh hoạt cho khách hàng mới, đồng thời duy trì số khách hàng hiện tại trong chương trình điều trị thay thế CDTP để có thể đạt được mục tiêu tham vọng 80 000 người TCMT đăng ký điều trị thay thế CDTP. Bằng chứng từ cả Việt Nam và toàn cầu đều minh chứng điều trị thay thế CDTP là một biện pháp can thiệp hiệu quả để điều trị lệ thuộc CDTP. Chương trình này nên được tiếp tục với các phác đồ điều trị đa dạng để tối đa hóa lợi ích của điều trị thay thế CDTP cho nhóm TCMT. Theo một nghiên cứu của SCDI trong nhóm những người sử dụng ma túy từ 16 đến 24 tuổi, chỉ 10% trong số 3 400 người được hỏi báo cáo về việc tiêm chích ma túy và họ báo cáo tiêm heroin nhiều nhất. Các biện pháp can thiệp nhằm vào người TCMT trẻ để hiểu được lợi ích của điều trị thay thế CDTP và các nguy cơ của việc tiêm chích ma túy cần được phát triển để hỗ trợ cho nhóm này. Điều trị thay thế CDTP không phù hợp với người sử dụng ATS và ngày càng có nhiều nhu cầu về can thiệp dựa trên bằng chứng cho người dùng ATS có vấn đề. Ngoài ra còn có bằng chứng có tính đơn lẻ rằng việc sử dụng ATS đã được sử dụng như một tiêu chí để buộc ngừng điều trị thay thế CDTP đối với một số bệnh nhân.

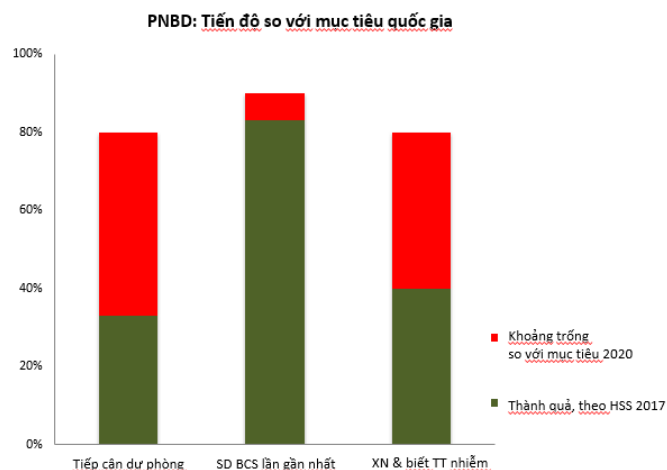
Xét nghiệm HIV Trong năm 2017 có 61,5% số người TCMT tham gia giám sát báo cáo đã làm xét nghiệm HIV trong 12 tháng vừa qua và biết tình trạng nhiễm của họ [3]. Nếu có thể duy trì được việc tăng độ bao phủ và tăng cường xét nghiệm HIV, Việt Nam sẽ đạt được mục tiêu quốc gia là 80% người TCMT biết tình trạng HIV của họ vào năm 2020, mặc dù sẽ không đạt được mục tiêu Fast-Track là 90%. Xét nghiệm trong nhóm TCMT được triển khai qua một số mô hình khác nhau như nhân viên tiếp cận cộng đồng, nhân viên y tế thôn bản và tại các cơ sở y tế nhưng hiện không có số liệu để đo lường độ bao phủ của các loại hình dịch vụ xét nghiệm đó.

Dựa trên những thành tựu quan trọng trong việc giảm các ca nhiễm HIV trong quần thể TCMT và sự sẵn có của các dịch vụ giảm tác hại với các lợi ích liên quan đến HIV cũng như lợi ích về sức khỏe và xã hội khác, cần phải thúc đẩy hơn nữa và mở rộng các biện pháp sáng tạo thành công về tiếp cận và truyền thông cho cộng đồng người TCMT/SDMT, mở rộng và duy trì tiếp cận bơm kim tiêm, đa dạng hóa chương trình điều trị thay thế CDTP với các tùy chọn linh hoạt phù hợp cho người bệnh như các khuyến nghị trong báo cáo đánh giá 10 năm triển khai chương trình điều trị thay thế CDTP. Do việc sử dụng ATS ngày càng tăng, hướng dẫn mới của VAAC cho các can thiệp dựa trên bằng chứng cho việc sử dụng ATS là rất kịp thời để bổ sung cho các can thiệp của chương trình điều trị thay thế CDTP và cần được triển khai ngay lập tức. Những bài học từ các thực hành tốt trong khu vực và các can thiệp thí điểm đang diễn ra cũng tiếp tục có vai trò quan trọng.

Các nhóm quần thể chính: Phụ nữ bán dâm

Tiếp cận cộng đồng và liên kết tới các dịch vụ

Trong quá trình tham vấn tại hội thảo, đại diện của UNFPA lưu ý rằng trong khi Việt Nam đã đạt được một số thành công với phụ nữ bán dâm lớn tuổi, phụ nữ bán dâm trẻ tuổi hiện chưa được tiếp cận với các biện pháp can thiệp dự phòng hiệu quả. Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội (Bộ LĐ-TB-XH) làm việc với những phụ nữ trẻ làm việc trong ngành giải trí/dịch vụ và tiệm massage để cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản và khám phụ khoa và sử dụng các dịch vụ này để giảm bớt sự kỳ thị. Các dịch vụ này cũng có thể tạo ra một điểm đầu vào cho các nhân viên tiếp cận cộng đồng, giúp tiếp cận những người phụ nữ bán dâm trẻ hơn để cung cấp các can thiệp dự phòng HIV.



Hình 14: Tiến độ so với mục tiêu quốc gia cho quần thể PNBD, Việt Nam 2017. Nguồn: HSS+ 2017

Chương trình bao cao su và các nhiễm trùng

lây truyền qua đường tình dục (STIs) Sau khi thí điểm thành công vào năm 2000, Việt Nam đã thực hiện Chương trình 100% sử dụng bao cao su nhằm tăng cường việc sử dụng bao cao su trong nhóm phụ nữ bán dâm (PNBD). Chương trình này sau đó được tiếp sức bởi chương trình bao cao su do Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch phê duyệt nhằm tới các cơ sở du lịch, với mục tiêu cung cấp bao cao su miễn phí cho 80% khách sạn và nhà nghỉ trên toàn quốc vào năm 2015 [19]. Trong giai đoạn 2011-2016, trung bình mỗi năm có 13 triệu bao cao su được phân phát miễn phí cho nhóm quần thể chính có nguy cơ cao nhiễm HIV. Số bao cao su miễn phí được phát lên tới 25 triệu bao trong năm 2012 và hơn 12 triệu bao trong năm 2016. Chương trình tiếp thị xã hội bao cao su cũng được thực hiện thành công với trung bình 15,6 triệu bao cao su được bán trợ giá trong giai đoạn 2011-2016 và cao nhất là 32 triệu bao được bán trong năm 2012, sau đó giảm xuống 9,3 triệu bao cao su trong năm 2016 [19]. Tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ dự phòng rất thấp trong nhóm PNBD với chỉ 33% báo cáo có thể tiếp cận các dịch vụ này so với mục tiêu là 80% vào năm 2020 (Hình 14). Tuy nhiên, 83% báo cáo có sử dụng bao cao su ở lần quan hệ tình dục gần nhất, gợi ý rằng, cũng giống như nhóm MSM, phụ nữ bán dâm đang tiếp cận bao cao su thông qua các kênh khác, chẳng hạn như kênh tiếp thị xã hội hoặc kênh tư nhân. Hiện tại không có dữ liệu về tỷ lệ nhiễm STIs trong nhóm PNBD, không có giám sát trọng điểm STIs và chương trình STIs toàn diện cho nhóm quần thể này.

Xét nghiệm HIV Trong năm 2017, chỉ có 39,6% PNBD được khảo sát đã được làm xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua hoặc biết tình trạng nhiễm của họ [3]. Xét nghiệm HIV trong nhóm PNBD được triển khai qua một số mô hình khác nhau bao gồm thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng, nhân viên y tế thôn bản và tại các cơ sở y tế nhưng hiện không có số liệu để đo lường độ bao phủ của các dịch vụ xét nghiệm đó. Sẽ cần phải thực hiện các cách tiếp cận mới để tăng nhu cầu và tiếp cận với dịch vụ xét nghiệm HIV trong nhóm này nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu quốc gia là 80% PNBD biết tình trạng HIV của họ vào năm 2020.

Thông tin hiện có một cách hạn chế về quần thể PNBD chỉ ra những khoảng trống quan trọng về dự phòng cho PNBD. Trong những năm tới, cần tìm kiếm cơ hội để đảm bảo tiếp cận tốt hơn nhằm thúc đẩy và thu hút PNBD đến với các lựa chọn xét nghiệm HIV khác nhau, quảng bá thông tin về các loại bao cao su có chất lượng và trao quyền để họ đàm phán việc sử dụng bao cao su, đảm bảo tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ dự phòng và điều trị STIs, cũng như tích hợp gói dự phòng HIV vào các dịch vụ sức khỏe sinh sản hiện được cung cấp cho phụ nữ làm việc trong ngành giải trí/dịch vụ và tại các tiệm mát xa.

Các nhóm quần thể khác: Những người bị bỏ lại phía sau

Phụ nữ chuyển giới Có bằng chứng cả từ Việt Nam và trên toàn cầu rằng phụ nữ chuyển giới có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn và nhu cầu của họ khác với quần thể MSM mà họ thường được gộp chung vào. Điều này đã được ghi nhận tại Hội thảo Tham vấn, trong đó thông tin về một cuộc khảo sát của Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) được chia sẻ cho thấy trong số những người được khảo sát, phụ nữ chuyển giới có quyền lực thấp nhất trong việc đàm phán sử dụng bao cao su với bạn tình. Trong hội thảo tham vấn, một đại biểu từ VNP+ cho biết họ nhận thấy có sự mất dấu đáng kể từ bước xét nghiệm tới bước điều trị sau khi nhóm này biết kết quả xét nghiệm của mình.

Phụ nữ chuyển giới vẫn phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử cao. Điều này tạo ra một rào cản đối với tìm kiếm và tiếp cận việc làm. Trong hội thảo tham vấn, các đại biểu tham gia đã và đang làm việc với phụ nữ chuyển giới cho rằng một tỷ lệ cao những phụ nữ này phải đối mặt với các vấn đề về sức khỏe tâm thần do sự kỳ thị và phân biệt đối xử mà họ gặp phải và họ cũng gặp rào cản đối với tìm kiếm việc làm. Do đó, nhiều phụ nữ chuyển giới đã bán máu để trang trải chi phí cho liệu pháp hormone và phẫu thuật. Ngoài ra, các đại biểu tham gia hội thảo cũng cho rằng cộng đồng này lo lắng nếu điều trị ARV khi đang sử dụng liệu pháp hoóc môn thì sẽ cần phải tăng liều hoóc môn cao hơn, và vì thế, nếu buộc phải chọn, do hạn chế về tài chính, họ sẽ chỉ chọn dùng liệu pháp hormone.

Tư vấn về sức khỏe tâm thần, tư vấn về cảm xúc và liệu pháp hormone đã được đề xuất là điểm khởi đầu có thể để thúc đẩy chia sẻ kiến thức và tiếp cận các dịch vụ HIV. Vì vậy, những dịch vụ này nên được sử dụng để thúc đẩy việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ khác. Có một số bằng chứng cho thấy phụ nữ chuyển giới rất tích cực trên mạng và trên mạng xã hội và các kênh thông tin này có thể được sử dụng để tiếp cận với họ như chia sẻ bằng tin nhắn về dự phòng HIV, thông tin về tương tác thuốc ARV/hormone và các thông tin y tế công cộng khác. Ngoài ra, nó cung cấp một nền tảng để phát triển mạng lưới hỗ trợ ngang hàng cho cộng đồng này.

Cho đến nay, không có gói dịch vụ HIV được xác định cho phụ nữ chuyển giới. Để phục vụ tốt hơn cho cộng đồng này, một gói can thiệp hiệu quả cần được xây dựng đi kèm với các hướng dẫn thực hiện rõ ràng và có nguồn kinh phí để thực hiện trên quy mô lớn. Ngoài ra, các đại biểu tham gia hội thảo tham vấn lưu ý rằng cần phải có sự liên kết thể chế tốt hơn và sự phối hợp và chia sẻ thông tin tốt hơn giữa VAAC, Bộ LĐTBXH và VUSTA, những người đang cung cấp dịch vụ cho cộng đồng người chuyển giới, cũng như các tổ chức Phi chính phủ quốc tế làm việc với cộng đồng này.

Lái xe tải đường dài Theo các đại biểu tham gia hội thảo, những người lái xe đường dài đã được xác định là một nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao vì họ là khách hàng thường xuyên của PNBD và nhiều người trong số họ có sử dụng ma túy. Cho đến nay, có rất ít sự can thiệp cho quần thể này mặc dù đại diện của tổ chức PSI chia sẻ sẽ tiến hành một sự kiện vào tháng 10 năm 2018 tại Nhà ga phía Nam Hà Nội cho 300 lái xe đường dài để cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV; và họ hiện đang chờ kết quả của can thiệp này. Trong quá trình tham vấn, đại diện của SCDI khuyến nghị nên có sự phối kết hợp với VUSTA để có tác động lớn hơn, vì dự án này bao trùm nhiều tỉnh hơn. Đại diện nhóm Hải đăng đề nghị có thêm liên kết với nhiều nhóm dựa vào cộng đồng có thể làm việc bên ngoài các tỉnh dự án.

Quần thể di biến động Việt Nam tiếp tục có mức độ di cư từ nông thôn ra thành thị cao. Người di biến động chiếm 20,7% dân số trưởng thành ở TP Hồ Chí Minh (tuổi từ 15-59) và 16,3% dân số trưởng thành ở Hà Nội. Khu vực đông nam của Việt Nam có tỷ lệ người di biến động cao nhất trong khu vực, ở mức 29,3% dân số trưởng thành. Hầu hết người di biến động (79%) được sinh ra ở khu vực nông thôn và những người từ các hộ gia đình có số lượng lớn thành viên trong độ tuổi lao động có nhiều khả năng di biến động [20]. Người Kinh và người Hoa di biến động nhiều hơn các dân tộc khác. Hầu hết các dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu vùng xa và miền núi xa các khu vực đô thị, điều này hạn chế cơ hội di cư của họ do thiếu thông tin và chi phí di cư cao [21]. Người di biến động chủ yếu (61,7%) di chuyển một mình. Sự cô lập xã hội khiến họ gặp khó khăn trong việc kết bạn mới và khiến những người di biến động nữ gặp nguy cơ bạo lực và lạm dụng tình dục hơn⁴. Những người di biến động ít tham gia các hoạt động xã

⁴ Anderson và đồng nghiệp. 2017; De Luca 2017; Nhóm Ngân hàng Thế giới và Học viện Khoa học Xã hội Việt Nam 2016; Oxfam tại Việt Nam 2015

hội và cộng đồng do phải làm quen với môi trường mới hoặc nhu cầu phải làm ca đêm [22]. Cô đơn và bị loại ra ngoài xã hội có thể khiến người di biến động, đặc biệt là những người trẻ tuổi hơn uống rượu, cờ bạc, tham gia vào các hoạt động tội phạm nhỏ và mại dâm⁵.

Người di biến động trong nước có bảo hiểm y tế với tỷ lệ tương đương với người không di biến động (67-70%). Khi bị bệnh, phần lớn người di biến động đến bệnh viện và phòng khám nhà nước. Một cuộc khảo sát quốc gia về di biến động trong nước năm 2015 [23] cho thấy 63% người di biến động được khảo sát đã tự trả tiền cho lần điều trị gần nhất của họ và 50% được tiếp cận với bảo hiểm y tế để trang trải chi phí [23]. Gần 90% người di biến động nhận thức được tình dục không an toàn là nguyên nhân của việc mắc các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Có sự khác biệt trong khu vực về tỷ lệ kiến thức và tỷ lệ này thấp hơn nhiều ở phía đông nam. Người di biến động nữ ít sử dụng biện pháp tránh thai hơn người không di cư (37,7% so với 58,6%) [23], mặc dù họ có nhiều khả năng sử dụng bao cao su (30,8% cho người di biến động so với 23,2% cho người không di biến động). Sự khác biệt về sử dụng bao cao su giữa nhóm di biến động và nhóm không di biến động nhiều nhất là ở Tây Nguyên và đồng bằng sông Hồng (chênh lệch 5 điểm phần trăm trở lên), trong đó Tây Nguyên cũng ghi nhận tỷ lệ sử dụng bao cao su thấp nhất, ở mức 2,1% trong nhóm phụ nữ di biến động. Việc sử dụng bao cao su thấp có thể là do tỷ lệ người di biến động bị tách khỏi bạn tình cao hơn hoặc chưa kết hôn: trong Cuộc khảo sát quốc gia về di biến động trong nước (2015) do UNFPA/GSO thực hiện, khoảng 43% người không di biến động và 61% người di biến động nói lý do do họ không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào là do họ chưa có bạn đời hoặc chưa có chồng. Mức độ sử dụng biện pháp tránh thai thấp hơn trong nhóm người di biến động chủ yếu là do sự khác biệt về tuổi tác và tình trạng hôn nhân của hai nhóm.

Mức độ hiểu biết về STIs (lậu, giang mai và viêm gan B) là tương đồng giữa nhóm di biến động và không di biến động và nhìn chung tỷ lệ mắc bệnh cao tới 83%. Có một số điểm khác biệt ở cấp khu vực, từ 70% ở khu vực phía Nam đến hơn 90% ở khu vực phía Bắc. Tỷ lệ kiến thức thấp nhất ở vùng Tây Nguyên, với khoảng 70% người di biến động và 65% người không di biến động có kiến thức chính xác về STIs và cách bảo vệ bản thân khỏi bị nhiễm trùng. Nhiều sinh viên từ các tỉnh nông thôn đến các thành phố lớn để theo học đại học và cũng để tìm kiếm cơ hội làm việc; thường đến từ các tỉnh có ít hoạt động hoặc không có chương trình phòng chống HIV. Chỉ riêng tại TP Hồ Chí Minh có khoảng 70 đến 80 trường đại học, mỗi trường có thể lên tới 50 000 sinh viên. Với nguồn lực hạn chế, họ không thể tiếp cận tất cả những sinh viên này để cung cấp thông tin giáo dục và truyền thông về dự phòng HIV khi các sinh viên đến thành phố học tập và làm việc. Trung tâm Phòng chống AIDS TP Hồ Chí Minh (nay là Trung tâm kiểm soát dịch bệnh - CDC) khuyến nghị tất cả các tỉnh nên cung cấp thông tin về HIV cho học sinh trung học trước khi họ đăng ký vào trường đại học. Có một số bằng chứng cho thấy việc tiếp cận những người trẻ tuổi bằng cách gửi tin nhắn về HIV là rất khó khăn và việc thiết kế các tin nhắn về phòng chống HIV lồng ghép trong nội dung giáo dục sức khỏe tình dục toàn diện có thể hiệu quả hơn⁶.

Phạm nhân Ước tính có khoảng 189 000 - 200 000 phạm nhân ở Việt Nam, mặc dù trên thực tế con số này có thể còn cao hơn. Có ít dữ liệu đáng tin cậy có sẵn, nhưng tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể này được chính phủ báo cáo ít nhất là 4,2%. Năm 2017, Bộ Công an đã báo cáo có 8 400 phạm nhân sống chung với HIV, trong đó 3 300 đến 4 500 (39% -54%) đang được điều trị. Điều trị HIV chỉ có sẵn trong một số trại giam và các dịch vụ phòng chống HIV không có sẵn. Không có dữ liệu từ các trung tâm khác, chẳng hạn như trung tâm cai nghiện ma túy bắt buộc (trung tâm "06") cho người sử dụng ma túy (bao gồm cả TCMT). Trên toàn cầu đã ghi nhận rằng những người ở các cơ sở khép kín có nguy cơ lây truyền HIV và các bệnh khác cao hơn (ví dụ: lao, viêm gan C và B). Tuy nhiên, không dễ để cung cấp bất kỳ loại dịch vụ nào, bao gồm cả dịch vụ phòng chống HIV, trong các môi trường này. Điều này đặt ra những nguy cơ sức khỏe cộng đồng đáng kể và hạn chế cơ hội đạt được mục tiêu quốc gia của Việt Nam.

⁵ Anderson và đồng nghiệp. 2017; De Luca 2017; Nhóm Ngân hàng Thế giới và Học viện Khoa học Xã hội Việt Nam 2016; Oxfam tại Việt Nam 2016

⁶ Khuyến nghị từ đại diện của CBO Hải Đăng trong buổi tham vấn phân tích khoảng trống trong dự phòng, Hà Nội 2018.

Bạn tình của các quần thể chính PEPFAR thúc đẩy các dịch vụ cho các bạn tình của các nhóm quần thể chính, vì nhóm này có tỷ lệ nhiễm HIV đôi khi còn cao hơn tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm quần thể chính (ví dụ: 7-8% tại Hà Nội, 12% tại TP Hồ Chí Minh⁷). Can thiệp và tư vấn cho các quần thể chính song song với các bạn tình của họ ngày càng trở nên quan trọng hơn trong việc ngăn ngừa nhiễm HIV mới. Tuy nhiên, tiếp cận các nhóm này khá khó khăn. Về lý thuyết, có thể dùng phương pháp theo dõi liên lạc (contact-tracing) để xác định bạn tình. Trên thực tế, việc thực hiện là một thách thức, vì nhóm này có số lượng lớn, họ cũng không kết nối với nhau theo cách các quần thể chính kết nối, và các bạn tình của họ thường không muốn bị phát hiện. Một lựa chọn khác là sử dụng các cụm dân cư và thực hiện các hoạt động tiếp cận quy mô lớn để giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử, nhưng biện pháp này tốn kém hơn và tạo ra năng suất thấp hơn. Trong quá trình tham vấn, các đại biểu tham gia hội thảo đề nghị tiến hành các nghiên cứu bổ sung về các bạn tình của các nhóm quần thể chính. Ngoài ra, phân tích cụm nhiễm bệnh ở Phú Thọ⁸ có thể cung cấp một số hiểu biết về gánh nặng bệnh tật, phương thức lây truyền và cách làm cho xét nghiệm và tư vấn dễ tiếp cận hơn với nhóm bạn tình.

Các dữ liệu đã thu thập được và nội dung tham vấn về phân tích khoảng trống cho thấy rằng cũng cần chú ý đầu tư về dự phòng cho các nhóm ngoài 3 quần thể chính đề cập ở trên. Ngày càng có nhiều bằng chứng rõ ràng cho thấy người chuyển giới có nguy cơ nhiễm HIV cao và phải đối mặt với nhiều thách thức về sức khỏe và xã hội, trong đó có kỳ thị và phân biệt đối xử. Để đảm bảo gói can thiệp tiếp cận và dự phòng cho họ, lý tưởng nhất là các biện pháp tích hợp cho các nhu cầu cụ thể của họ (ví dụ như liệu pháp hormone) đã trở nên cấp thiết. Do có số lượng ca nhiễm cao trong nhóm bạn tình của các nhóm quần thể chính, việc tiếp tục trao quyền cho nhóm phụ nữ có nguy cơ nhiễm HIV thấp, những người trẻ tuổi và phụ nữ chuyển giới sử dụng/đàm phán tốt hơn việc sử dụng bao cao su và tiếp cận tư vấn và xét nghiệm HIV sẽ cứu sống con người và tiết kiệm được chi phí. Những người sống trong môi trường khép kín cũng phải đối mặt với nguy cơ cao về HIV và các vấn đề sức khỏe khác. Nhóm này không nên bị bỏ lại phía sau và nên có quyền tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV và STIs, các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV và điều trị ARV. Sự hợp tác liên tục giữa Bộ Y tế và Bộ Giáo dục trong việc giới thiệu nội dung giáo dục về sức khỏe tình dục toàn diện ở các trường trung học cũng là chìa khóa, và các hoạt động dự phòng, tiếp cận cộng đồng và các chiến dịch tư vấn xét nghiệm HIV của TP Hồ Chí Minh tại một số trường đại học là một thực hành tốt cần mở rộng. Tuyển dụng nhân viên tiếp cận cộng đồng tiếp cận những người có nguy cơ nhiễm HIV thường là cách làm hiệu quả. Cuối cùng, phân tích cho thấy có sự hạn chế về dữ liệu: do đó, cần tiếp tục có các nghiên cứu có trọng tâm về các quần thể khác đã được xác định là có nguy cơ nhiễm HIV cao, và phải lấp đầy các khoảng trống trong việc tiếp cận các dịch vụ, để đảm bảo xây dựng chương trình dự phòng hiệu quả.

Tóm tắt các khoảng trống trong tiếp cận, bất bình đẳng, nút thắt, rào cản và khoảng trống về dữ liệu

Các khoảng trống được xác định trong tiếp cận và bất bình đẳng:

- Hạn chế về sự sẵn có các xét nghiệm nhanh và xét nghiệm kép / ba trong một cho HIV, giang mai và viêm gan B và C, bao gồm cả xét nghiệm do nhân viên không chuyên thực hiện tại cộng đồng và chuyển gửi có hiệu quả tới điều trị.
- Quần thể MSM ẩn hoặc chưa được tiếp cận không biết hoặc không được kết nối với các dịch vụ HIV, và thiếu chiến lược tiếp cận rõ ràng và gói các can thiệp dự phòng về HIV và STIs cho MSM
- Dự phòng và điều trị STIs thấp (ví dụ như trong quần thể MSM, PNBD) và thiếu các biện pháp tích hợp (ví dụ: PrEP, thay đổi hành vi, bao cao su và xét nghiệm và điều trị STIs)
- Mức độ bao phủ chương trình điều trị thay thế CDTP cao nhưng vẫn chưa đạt mục tiêu quốc gia, ngày càng khó thu hút khách hàng mới cũng như chưa có biện pháp làm giảm số người bệnh đang điều trị bị mất dấu; các tùy chọn linh hoạt mới có thể sẽ hữu ích trong việc cải thiện các vấn đề này.

⁷Tuyên bố của đại diện USAID trong buổi tham vấn phân tích khoảng trống trong dự phòng, Hà Nội 2018

⁸<https://vietnamnews.vn/society/463667/health-ministry-investigates-hiv-incident-in-phu-tho.html#heUQxriRzS1elaUm.97>

- Hạn chế trong việc tiếp cận bơm kim tiêm miễn phí. Cần tiếp tục duy trì các chương trình tiếp thị xã hội và thị trường tư nhân để những người có nhu cầu có thể tiếp cận với bơm kim tiêm sạch.
- Khả năng tiếp cận/thu hút PNBD đến dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV thấp (bao gồm tự XN và XN do nhân viên không chuyên thực hiện), thiếu gói dự phòng HIV tích hợp vào các dịch vụ sức khỏe sinh sản hiện đang được cung cấp cho phụ nữ làm việc trong ngành giải trí/dịch vụ và tại các tiệm massage.
- Thiếu thông tin và các dịch vụ dự phòng toàn diện cho người SDMT, bao gồm cả người sử dụng ATS
- Thiếu hướng dẫn về tiếp cận và gói can thiệp dự phòng cho người chuyển giới để giải quyết các nhu cầu cụ thể của họ (ví dụ: liệu pháp hormone)
- Những người trong môi trường khép kín được tiếp cận một cách hạn chế các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện và không được tiếp cận chương trình điều trị thay thế CDTP và bơm kim tiêm sạch.
- Thiếu hướng dẫn về hỗ trợ cộng đồng cho các nhóm tự lực hiện đang tồn tại để họ duy trì và có thể tiếp tục đóng vai trò đưa người mới đến các dịch vụ HIV

Các rào cản và các nút thắt đã được xác định:

- Cần có hướng dẫn rõ ràng về một gói dịch vụ dự phòng tối thiểu ở các tỉnh không được hưởng lợi từ sự hỗ trợ của các dự án lớn, đồng thời giám sát việc triển khai thực hiện
- Các vấn đề còn lại liên quan đến việc đảm bảo chất lượng bao cao su (ví dụ: cần có “con dấu chất lượng” dành cho các nhà sản xuất tuân thủ các tiêu chuẩn đã xác định)
- Sử dụng bao cao su trong nhóm MSM thấp và nhóm phụ nữ có nguy cơ nhiễm HIV thấp, người trẻ tuổi và phụ nữ chuyển giới thiếu năng lực đàm phán về việc sử dụng bao cao su
- Thiếu nhà cung cấp đáng tin cậy và có chi phí hiệu quả có khả năng cung cấp bơm kim tiêm có khoảng chết thấp (LDSS) và có thể tháo rời kim tiêm để đảm bảo cả việc sử dụng và đầu tư hiệu quả vào các vật dụng dự phòng
- Các vấn đề mới nổi liên quan đến sử dụng ATS và khung pháp lý mâu thuẫn dẫn đến việc một số người SDMT bị ra khỏi chương trình điều trị thay thế CDTP
- Vẫn còn kỳ thị và phân biệt đối xử, kể cả trong các cơ sở y tế
- Thiếu nội dung giáo dục sức khỏe tình dục toàn diện ở các trường trung học và các hoạt động tiếp cận dự phòng cho sinh viên đại học.
- Chi phí chẩn đoán và điều trị STIs chưa được chi trả theo Bảo hiểm y tế.

Khoảng trống đã được xác định về dữ liệu

Do sự phức tạp và đa dạng của dịch vụ đòi hỏi phải có phân tích chi tiết hơn cho việc xây dựng chương trình một cách trọng tâm, phạm vi giám sát và phân tích dữ liệu chương trình hạn chế (ví dụ về tần suất, vùng địa lý) vẫn là một thách thức. Tiếp tục giám sát HIV và STIs, thường xuyên rà soát dữ liệu chương trình và nghiên cứu có trọng tâm về các quần thể khác, và đặc biệt là cần đảm bảo tiếp cận mục tiêu tốt cho các nhóm quần thể chính và bạn tình có nguy cơ nhiễm HIV cao của họ. Nhìn chung, kết quả điều tra, dữ liệu dự án và phân tích trường hợp nhiễm mới vẫn bị phân mảnh theo dự án, không kịp thời có sẵn từ các tỉnh không có hỗ trợ dự án hoặc không được chia sẻ rộng rãi. Vì vậy, khó có thể phân tích tổng thể để kịp thời có các hướng dẫn về dự phòng HIV. Việc chia sẻ chéo các bài học kinh nghiệm và phân bổ các nguồn lực kỹ thuật, nhân lực và tài chính sẵn có có thể được tối ưu hóa. Trong giới hạn của báo cáo đánh giá này, một số khoảng trống về dữ liệu cụ thể đã được xác định, trong đó có dữ liệu về nhóm nữ có TCMT. Cần có các dữ liệu này để cung cấp thêm thông tin cho các can thiệp trọng tâm có đáp ứng về giới. Cũng cần có phân tích về các nghiên cứu trên thế giới liên quan đến tương tác giữa thuốc điều trị ARV và hormone để hướng dẫn cho cộng đồng Chuyển giới.

Nhìn về phía trước

Kết thúc dịch AIDS: Ước tính và dự báo AEM

“Chấm dứt dịch AIDS để nó không còn là mối đe dọa tới sức khỏe cộng đồng”, được hiểu là giảm 90% các ca nhiễm HIV mới vào năm 2030 so với số liệu năm 2010 [24]. Trong năm 2010, ước tính có khoảng 15 000 ca nhiễm mới hàng năm ở Việt Nam. Dựa trên những số liệu này, *Kết thúc dịch AIDS* ở Việt Nam được hiểu là có ít hơn 1 500 ca nhiễm mới mỗi năm vào năm 2030. Sử dụng cách hiểu này làm cơ sở để đặt vấn đề và sử dụng các quan sát về tình trạng dịch HIV hiện nay ở Việt Nam, vào cuối năm 2018 Nhóm Công tác Kỹ thuật Quốc gia về Thông tin Chiến lược làm về ước tính và dự báo dịch HIV/AIDS do VAAC chủ trì đã thảo luận và sử dụng phần mềm AEM để mô hình hóa một số kịch bản kết thúc dịch AIDS. Các ước tính về nhu cầu nguồn lực được xây dựng bằng cách sử dụng chi phí đơn vị (Unit cost) được Dự án Quản trị và Tài chính Y tế xây dựng dựa vào Investment Case của Việt Nam năm 2014⁹ (chỉ có sẵn thông tin về chi phí đơn vị tại thời điểm đó) và chỉ có dữ liệu về chi phí trực tiếp của chương trình. Điều này cho phép so sánh các kịch bản khác nhau ngay cả khi nó không cung cấp thông tin đầy đủ về toàn bộ chi phí của chương trình quốc gia. Các đoạn dưới đây tóm tắt các yếu tố chính của các kịch bản và kết quả dự kiến của các kịch bản đó. Chi tiết đầy đủ về các giả định làm cơ sở cho các kịch bản này được trình bày ở Phụ lục 4.

Kịch bản 0 (Kịch bản cơ sở) Đây là kịch bản như hiện trạng: nó giả định việc tiếp tục có tỷ lệ bao phủ như hiện tại về điều trị, dự phòng và giảm tác hại. Khoản đầu tư trung bình cho kịch bản này là 49 triệu USD mỗi năm trong giai đoạn 2018 đến 2030. **Khoản đầu tư này sẽ không giúp đạt được mục tiêu Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030.** Với kịch bản này, ước tính có khoảng 5 000 ca nhiễm mới vào năm 2030.

Kịch bản 1 (Fast-Track) Kịch bản này nhằm đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS, cũng như mục tiêu điều trị Fast-Track, tức là 81% được điều trị vào năm 2020 (mục tiêu thứ hai của 90-90-90) và 90% độ bao phủ về dự phòng cho các nhóm TCMT, PNBD và MSM. Khoản đầu tư trung bình cho kịch bản này là 65 triệu USD mỗi năm trong giai đoạn 2018 đến 2030. **Khoản đầu tư này sẽ giúp đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS sớm hơn năm 2030.** Với kịch bản này, ước tính sẽ có khoảng 1 000 ca nhiễm mới vào năm 2030. Hơn nữa, ước tính sẽ ngăn ngừa được 38 000 ca nhiễm HIV trong giai đoạn 2018-2030 so với kịch bản cơ sở, đồng thời tiết kiệm được 692 000 DALYs hoặc tương đương 1 556 triệu USD về kinh tế.

Kịch bản 2 (Fast-Track chương trình điều trị và tập trung vào can thiệp dự phòng cho nhóm MSM) Kịch bản này nhằm đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS, cũng như mục tiêu điều trị Fast-Track, tức là 81% được điều trị vào năm 2020 (mục tiêu thứ hai của 90-90-90) và 90% độ bao phủ về dự phòng cho MSM. Khoản đầu tư trung bình cho kịch bản này là 59 triệu USD mỗi năm trong giai đoạn 2018 đến 2030.

Khoản đầu tư này sẽ đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS vào năm 2030. Với kịch bản này, ước tính sẽ có khoảng 1 435 ca nhiễm mới vào năm 2030. Ngoài ra, ước tính sẽ ngăn ngừa được 32 000 ca nhiễm HIV trong giai đoạn 2018-2030 so với kịch bản cơ sở, đồng thời tiết kiệm được 625 000 DALYs hoặc tương đương 1 456 triệu USD về kinh tế.

Kịch bản 3 (Chương trình Điều trị tăng trưởng theo tốc độ hiện tại và tập trung vào can thiệp dự phòng cho nhóm MSM: kịch bản có tính thực tế) Kịch bản này nhằm đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS, quy mô điều trị tăng trưởng với tỷ lệ phù hợp với các năm trước đó, đồng thời tập trung vào việc tăng cường độ bao phủ về dự phòng cho quần thể MSM. Kịch bản này có tính thực tế, dựa trên độ bao phủ khá thấp hiện nay. Khoản đầu tư trung bình cho kịch bản này là 59 triệu USD mỗi năm

Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030 sẽ chỉ đạt được bằng cách tiếp tục nỗ lực cung cấp chương trình dự phòng có mục tiêu, dựa trên bằng chứng

⁹ Ministry of Health, Optimizing Viet Nam's HIV Response: an Investment Case, October 2014: <http://unaids.org.vn/en/optimizing-viet-nams-hiv-response-investment-case/>

trong giai đoạn 2018 đến 2030. **Khoản đầu tư này sẽ đạt được mục tiêu kết thúc AIDS vào năm 2030.** Với kịch bản này, ước tính sẽ có 1 498 ca nhiễm mới vào năm 2030. Ngoài ra, ước tính sẽ ngăn ngừa được 30 000 ca nhiễm HIV mới trong thời gian từ 2018-2030 so với kịch bản cơ sở, đồng thời tiết kiệm được 594 000 DALY hoặc tương đương 1 382 triệu USD về kinh tế.

Ba kịch bản kết thúc dịch AIDS (1, 2 và 3) được so sánh dựa trên các tiêu chí về ca nhiễm mới và số ca tử vong ngăn ngừa được, số DALYs tiết kiệm được, tổng chi phí và lợi tức đầu tư. Kịch bản 1 (Fast-Track) là con đường nhanh nhất để đạt được mục tiêu kết thúc dịch AIDS và đạt được các DALY cao nhất, nhưng nó đầy tham vọng và có chi phí cao nhất. Kịch bản 2 (Điều trị theo mục tiêu Fast-Track và tập trung vào quần thể MSM) có tỷ lệ lợi ích chi phí cao nhất, nhưng nó sẽ yêu cầu tăng tốc độ bao phủ điều trị nhanh. Kịch bản 3 rất có thể đạt được dựa trên tính thực tế của nó và đạt được 95% mục tiêu của Kịch bản 2.

Những kịch bản trên dựa vào một tập hợp các giả thuyết, vì thế sẽ tốt hơn khi các kịch bản này được chia sẻ rộng rãi để các bên liên quan tham gia thảo luận sâu hơn trong quá trình xây dựng chiến lược quốc gia về HIV tiếp theo.

3. Kết luận

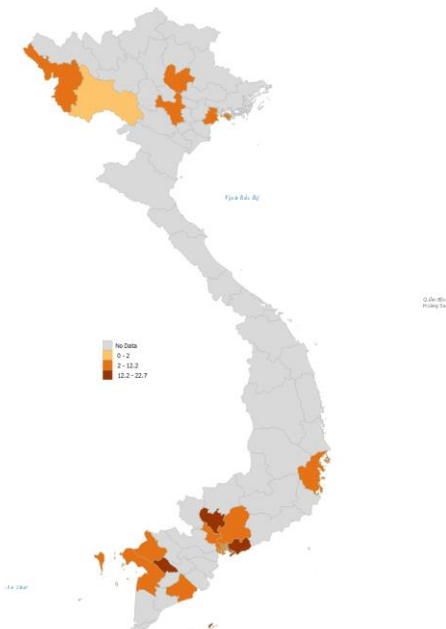
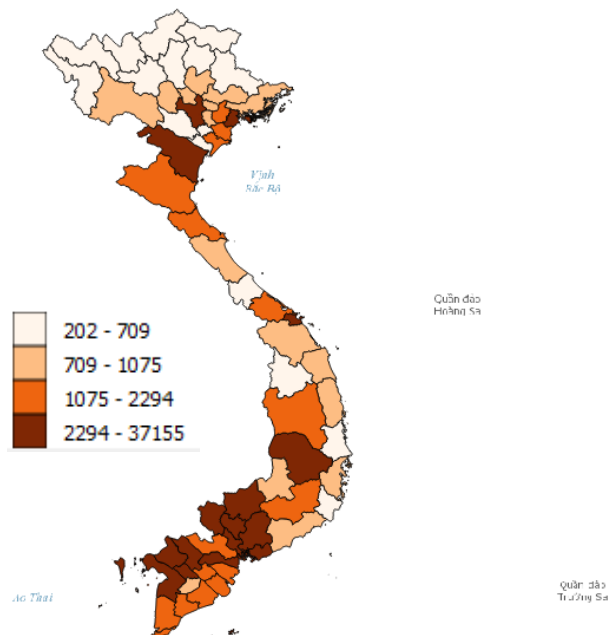
Bằng chứng từ Việt Nam và trên toàn cầu cho thấy dự phòng HIV cứu sống con người: đó là một khoản đầu tư đúng đắn, hiệu quả và có tính nhân đạo. Nếu không tiếp tục đầu tư và mở rộng các hoạt động dự phòng HIV, Việt Nam sẽ không thể đạt được mục tiêu đã đề ra là kết thúc dịch AIDS vào năm 2030. Khi tiếp tục và mở rộng đầu tư nên đặc biệt tập trung vào việc thực hiện các dịch vụ dự phòng hiệu quả, dựa trên bằng chứng và có các can thiệp xây dựng riêng phù hợp cho từng tiểu nhóm MSM ở các lứa tuổi, trong đó có các chiến lược đổi mới để cải thiện tỷ lệ sử dụng bao cao su.

Để có hiệu quả, việc mở rộng chương trình dự phòng cần phải được cấp đầy đủ kinh phí. Có khả năng Việt Nam sẽ phải đối mặt với sự sụt giảm đáng kể về nguồn tài trợ bên ngoài cho các chương trình can thiệp về HIV sau năm 2020. Vì thế, các nguồn tài trợ mới cần được xác định để xây dựng chương trình dự phòng, trong đó có huy động việc tăng ngân sách địa phương và quốc gia, cũng như tìm hiểu các cơ hội hợp tác công tư và thu hút các nhà từ thiện trong nước hoặc quốc tế. Việc giới thiệu/hợp nhất các mô hình để cung cấp dịch vụ dự phòng hiệu quả và tài chính bền vững, ví dụ như hợp đồng xã hội/đầu tư công thông qua các tổ chức dựa vào cộng đồng cho các dịch vụ dự phòng do cộng đồng thực hiện, hỗ trợ cho các cơ sở y tế công, là rất cần thiết để cung cấp chương trình dự phòng, nếu Việt Nam cần đạt được mục tiêu quốc gia và không để ai bị bỏ lại phía sau.

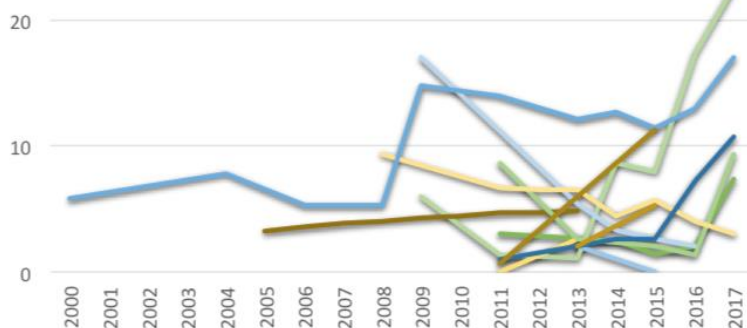
4. Phụ lục

Phụ lục 1: Thông tin về các quần thể chính

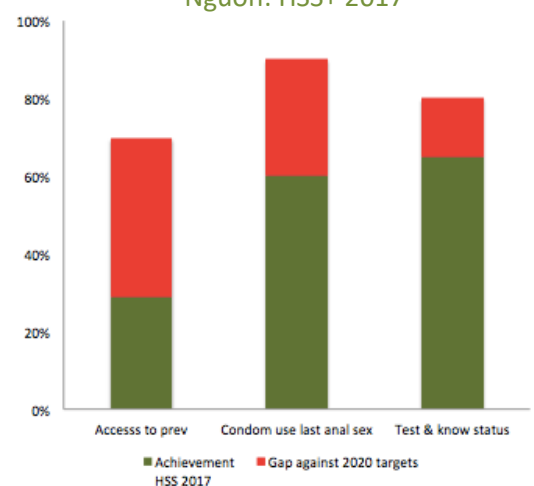
1.1 Nam quan hệ tình dục với nam (MSM)



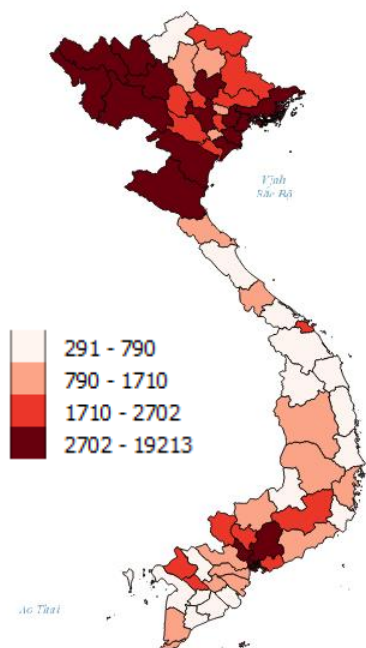
Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM, Việt Nam, 2000-2017. Nguồn: AEM 2018



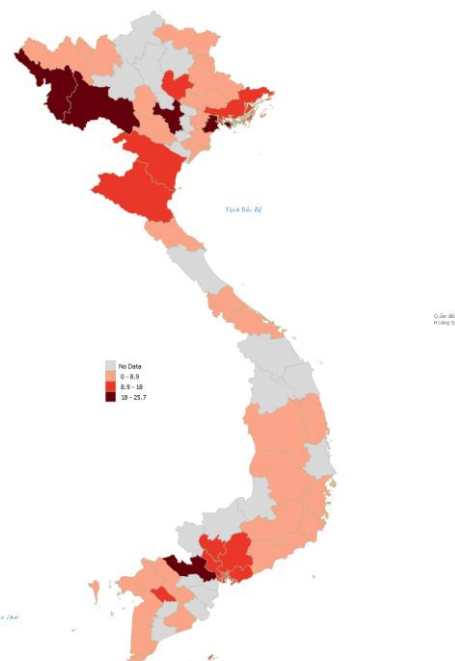
MSM: so sánh kết quả đạt được với chỉ tiêu quốc gia.
Nguồn: HSS+ 2017



1.2 Người tiêm chích ma túy (TCMT)

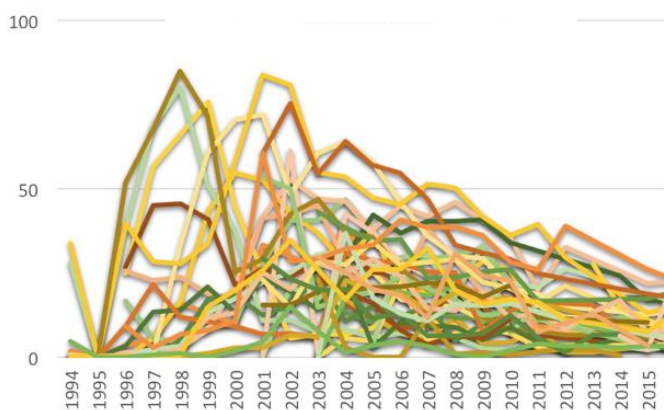


Ước tính phân bố quần thể TCMT theo địa bàn, Việt Nam 2018.

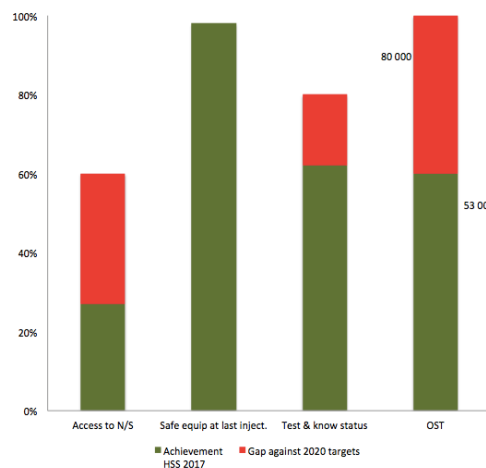


Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT theo tỉnh, Việt Nam 2018. Nguồn: HSS+ 2017

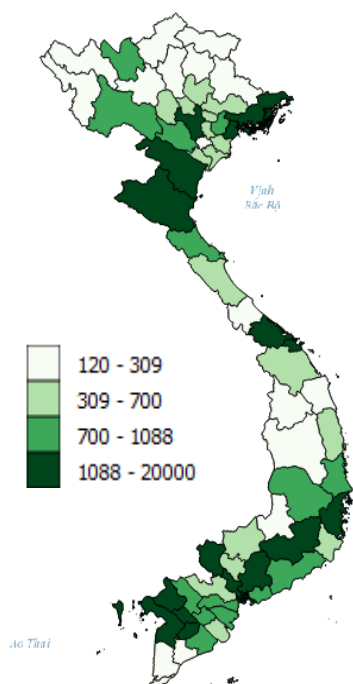
Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT, Việt Nam, 2000-2017. Nguồn: AEM 2018



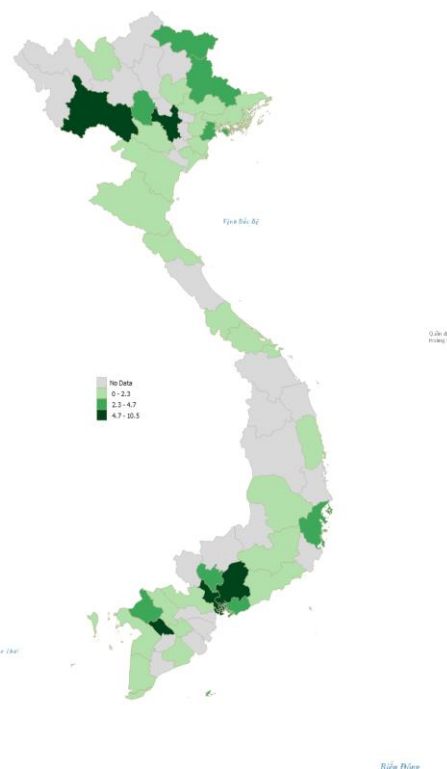
TCMT: so sánh kết quả đạt được với chỉ tiêu quốc gia. Nguồn: HSS+ và chương trình MMT



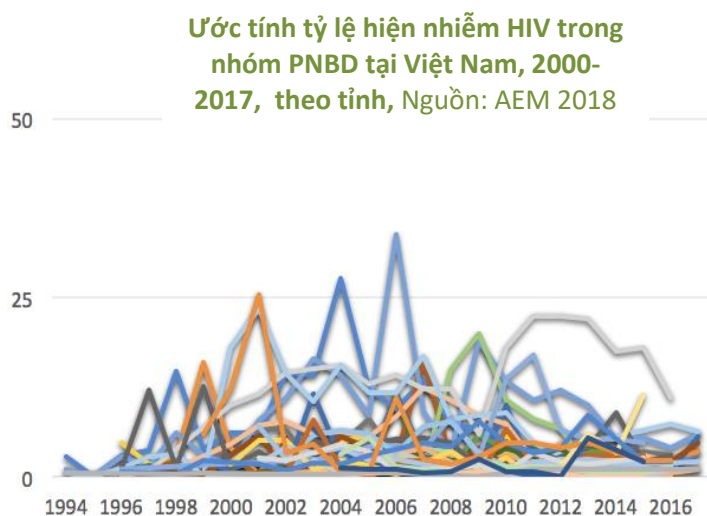
1.3 Phụ nữ bán dâm (PNBD)



Ước tính phân bố quần thể PNBD theo địa lý, Việt Nam 2018.

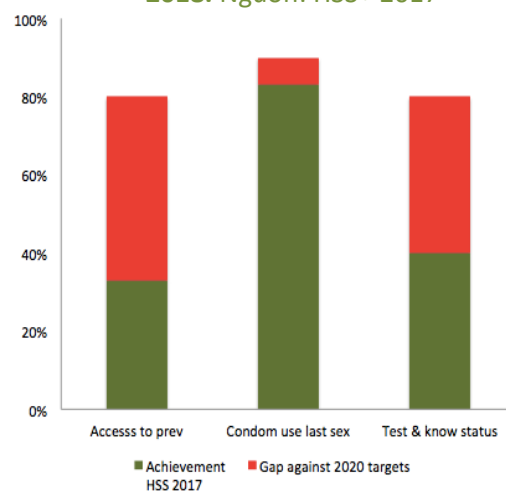


Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD theo tỉnh, Việt Nam 2018. Nguồn: HSS+ 2017

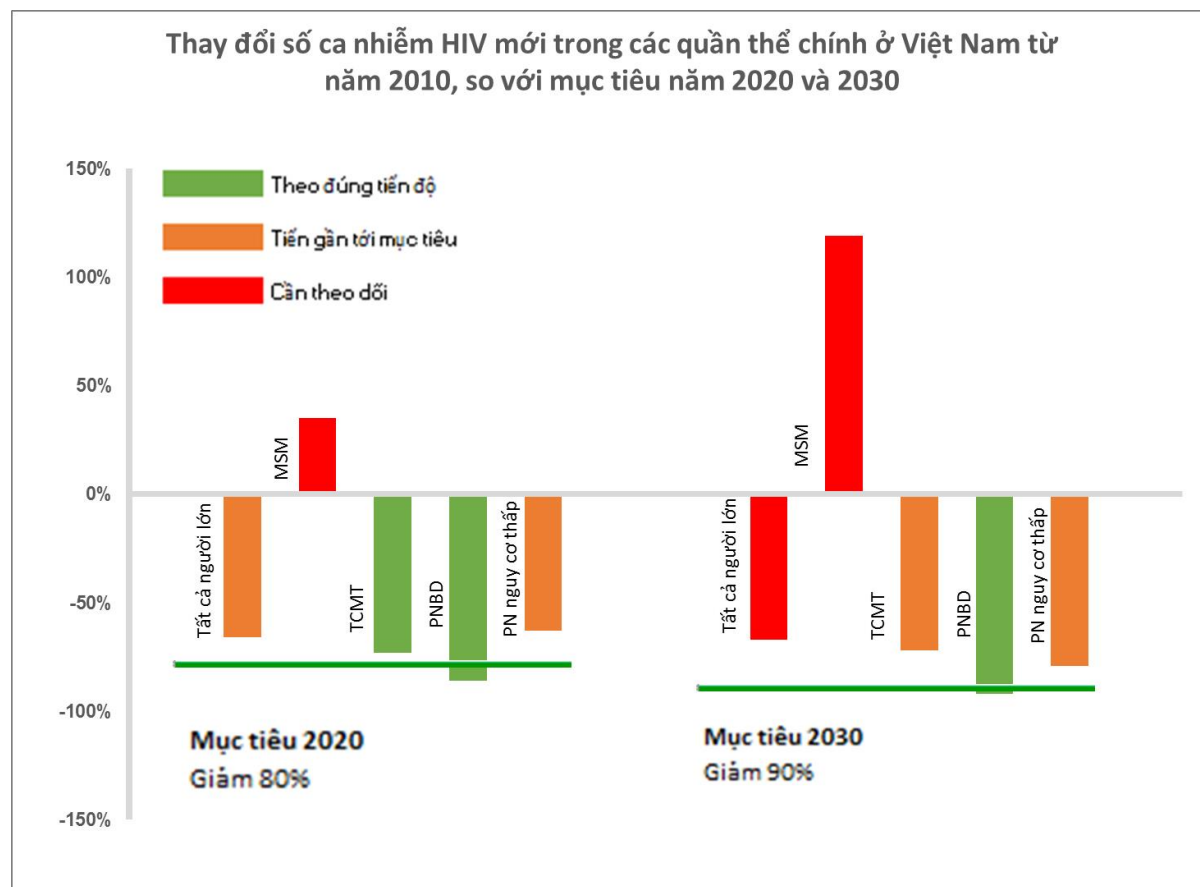


Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD tại Việt Nam, 2000-2017, theo tỉnh, Nguồn: AEM 2018

PNBD: so sánh kết quả đạt được với chỉ tiêu quốc gia. Việt Nam 2018. Nguồn: HSS+ 2017



Phụ lục 2: Kết quả đạt được so với các chỉ tiêu quốc gia và Fast track



Nguồn: AEM 2018

		Mục tiêu quốc gia năm 2015	Mục tiêu quốc gia năm 2020	tiêu Fast Track năm 2030	Kết quả đạt được năm HSS+2017
Tất cả người lớn	Giảm ca nhiễm HIV mới (so với 2010)		80%	90%	65%
	Tiếp cận BKT miễn phí				27%
TCMT	Sử dụng BKT sạch lần tiêm chích gần nhất		90%	90%	98%
	Xét nghiệm và biết tình trạng nhiễm	50%	80%	80%	62%
	Điều trị thay thế CDTP	80	80	80	53.000*
	Giảm ca nhiễm HIV mới (so với 2010)	50%	80%	80%	66%
PNBD	Tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV	60%	80%	80%	33%
	Sử dụng BCS ở lần quan hệ tình dục gần nhất	90%	90%	90%	83%
	Xét nghiệm và biết tình trạng nhiễm	50%	80%	80%	40%
	Tỷ lệ hiện nhiễm	3%	3%	3%	3,7%
MSM	Tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV	60%	70%	70%	28,7%
	Sử dụng BCS ở lần quan hệ tình dục gần nhất	80%	90%	90%	60%
	Xét nghiệm và biết tình trạng nhiễm	50%	80%	80%	65%
	Tỷ lệ hiện nhiễm	10%	10%	10%	12,2%

* Số liệu từ chương trình



	Giả định đạt được năm 2017 trong iCase - Kịch bản 5	Báo cáo GAM, Ước tính dự báo từ mô hình Spectrum hoặc AEM 2017
Độ bao phủ BKT - TCMT	50.00%	26,9%
Độ bao phủ MMT - TCMT	22,0%	23,0%
Độ bao phủ dự phòng - MSM	64,0%	28,7%
Độ bao phủ dự phòng - PNBD	68,0%	32,8%
Độ bao phủ dự phòng - NCH	67,0%	Không có số liệu
Độ bao phủ ARV - Tất cả	57,2%	50% {44-57}
Độ bao phủ ARV - TCMT	47,4%	53,4%
Độ bao phủ ARV - MSM (TB MSM1/MSM2)	47,7%	17,7%
Độ bao phủ ARV - PNBD	59,6%	27,6%
Độ bao phủ ARV - Khách hàng của PNBD	53,8%	Không có số liệu
Độ bao phủ ARV - Nam giới nguy cơ thấp	49,4%	48.00%
Độ bao phủ ARV - Phụ nữ nguy cơ thấp	62,7%	52,4%

Phụ lục 3: Danh sách các tỉnh có gánh nặng bệnh tật về HIV ở mức thấp, trung bình và cao

Ước tính gánh nặng bệnh tật về tỷ lệ hiện nhiễm HIV Việt Nam 2018		
Thấp	Trung bình	Cao
Bắc Cạn	Nghệ An	TP Hồ Chí Minh
Bạc Liêu	Yên Bái	Hà Nội
Bến Tre	An Giang	Sơn La
Bình Định	Điện Biên	Thanh Hóa
Bình Phước	Cần Thơ	Quảng Ninh
Bình Thuận	Kiên Giang	Đồng Nai
Cao Bằng	Nam Định	Thái Nguyên
Đà Nẵng	Đồng Tháp	Hải Phòng
Đắk Lắk	Bình Dương	
Đắk Nông	Sóc Trăng	
Gia Lai	Tây Ninh	
Hà Giang	Thái Bình	
Hà Nam	Phú Thọ	
Hà Tĩnh	Cà Mau	
Hậu Giang	Hải Dương	
Hòa Bình	Lai Châu	
Hưng Yên	Long An	
Kon Tum	Bà Rịa-Vũng Tàu	
Lâm Đồng	Lào Cai	
Lạng Sơn	Ninh Bình	
Ninh Thuận	Bắc Ninh	
Phú Yên	Bắc Giang	
Quảng Bình	Khánh Hòa	
Quảng Nam	Vĩnh Phúc	
Quảng Ngãi		
Quảng Trị		
Thừa Thiên – Huế		
Tiền Giang		
Trà Vinh		
Tuyên Quang		
Vĩnh Long		

Phụ lục 4: Các giả định về độ bao phủ của chương trình cho các kịch bản theo mô hình ước tính AEM

		Kịch bản 0	Kịch bản 1	Kịch bản 2	Kịch bản 3
		Dữ liệu ban đầu	Fast Track	Điều trị Fast Track/Tập trung dự phòng vào MSM	Điều trị/Tập trung dự phòng vào MSM: Thực tế/khả thi
Độ bao phủ điều trị	2020	60%	81%	81%	75%
	2030	90%	90%	90%	90%
Độ bao phủ dự phòng (2030)	NSP	29%	37%	29%	29%
	OST	28%	53%	28%	28%
	FSW	74%	90%	74%	74%
	MSM	56%	90%	90%	71%

5. Tài liệu tham khảo

- [1] Viet Nam AEM Technical Working Group, “Inputs and Results of the AEM Modelling Exercise,” 2018.
- [2] Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control, “Results from HIV Sentinel Surveillance plus Behavioural Component (HSS+),” 2016.
- [3] Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control, “Results from HIV Sentinel Surveillance plus Behavioural Component (HSS+),” 2017.
- [4] National Institute of Hygiene and Epidemiology, “HIV/STI Integrated Biological and Behavioural Surveillance (IBBS) in Vietnam: Results from Round III 2013 and Trends across Three Rounds (2005-2009-2013) of Surveys,” 2014.
- [5] Colby D et al, “HIV and Syphilis Prevalence Among Transgender Women in Ho Chi Minh City, Viet Nam,” *AIDS Behav.*, no. 20 (Suppl 3), pp. 379-385, December 2016.
- [6] Center for Research and Training on HIV/AIDS, Hanoi Medical University, “ATS use and HIV risk behaviours among Key Populations in Viet Nam,” 2016.
- [7] UNODC, “ATS in Vietnam an assessment of availability, use and health effects.,” 2012.
- [8] Vu Thi Thu Nga et al, “Amphetamine-type stimulant use among men who have sex with men (MSM) in Vietnam: Results from a socio-ecological, community-based study,” *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 158, pp. 110-117, January 2016.
- [9] Duong Cong Thanh et al, “Men who have sex with men in Vietnam: An update on HIV epidemic and risk behavior,” *Vietnam Journal of Preventive Medicine*, no. 27 (12), pp. 5 - 10, 2017.
- [10] Laurent Michel et al, “Intravenous heroin use in Haiphong, Vietnam: Need for comprehensive care including methamphetamine use-related interventions,” vol. 179, pp. 198-204, October 2017.
- [11] Strathdee SA et al, “Towards combination HIV prevention for injection drug users: addressing addictophobia, apathy and inattention,” pp. 320-5, 2012.
- [12] Dombrowski JC et al, “Barriers to HIV Care and Treatment Among Participants in a Public Health HIV Care Relinkage Program,” *AIDS Patient Care STDS*, no. 29(5), pp. 279-87, May 2015.
- [13] McGowan CC et al, “Drug use and receipt of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons in two U.S. clinic cohorts,” p. e18462, 2011.
- [14] Fulcher JA et al, “Recent Methamphetamine Use is Associated with Increased Rectal Mucosal Inflammatory Cytokines Regardless of HIV-1 Serostatus,” *J Acquir Immune Defic Syndr*, no. 78(1), pp. 19-123, May 2018.

- [15] UNAIDS and UNWOMEN, Viet Nam, “Measuring Intimate Partner Transmission of HIV in Viet Nam, A data triangulation exercise,” 2012.
- [16] Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control, “Results of HIV modelling exercise (Spectrum),” 2018.
- [17] Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control, “2018,” Inputs to the Global AIDS Monitoring tool (GAM).
- [18] Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control, “ Rapid Assessment of the Implementation of Community-Based HIV Testing and Counselling (VAAC with support from UNAIDS),” 2017.
- [19] Ministry of Health, “Report on the policy impact assessment for the HIV/AIDS law project,” 2019.
- [20] UNESCO, IOM, UN-Habitat, “Overview of Internal Migration in Viet Nam”.
- [21] Coxhead I A et al, “Migration in Vietnam : new evidence from recent surveys. Vietnam development economics discussion paper; no. 2. Washington, D.C. : World Bank Group,” 2015.
- [22] General Office of Statistics (GSO), Viet Nam, “Household Living Standard Survey, 2016,” 2016.
- [23] General Office of Statistics (GSO) Viet Nam, “The 2015 National Internal Migration Survey: Major Findings,” 2015.
- [24] UNAIDS, “ Miles to Go: Global AIDS Update,” 2018.