

BÁO CÁO
Công tác phòng, chống HIV/AIDS đến 30/9/2014**I. TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS**

Từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1990 tính đến ngày 30/9/2014, toàn quốc hiện có 224.223 trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV (trong đó số bệnh nhân chuyển sang giai đoạn AIDS là 69.617) và tính từ đầu vụ dịch HIV/AIDS đến nay có 70.734 trường hợp người nhiễm HIV/AIDS tử vong. Số người nhiễm HIV phát hiện mới có xu hướng giảm trong 7 năm gần đây, tuy nhiên vẫn ở mức cao khoảng 12.000-14.000 ca mỗi năm. Mặc dù số nhiễm HIV phát hiện mới có xu hướng giảm, nhưng tổng số người đang nhiễm HIV ngày càng gia tăng. Hiện đã có 80,3% số xã, phường, thị trấn và 98,9% số quận, huyện đã báo cáo có người nhiễm HIV. Dịch HIV ở Việt Nam bao gồm nhiều hình thái dịch khác nhau trên toàn quốc và vẫn đang tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cao: người nghiện chích ma túy (NCMT), nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và phụ nữ bán dâm (PNBD). Trong thời gian gần đây, bạn tình của người nghiện chích ma túy được coi là quần thể có nguy cơ cao mới, được bổ sung vào các can thiệp dự phòng. Việc gia tăng các trường hợp phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo, chiếm đến 32,5% các ca nhiễm mới trong năm 2013, phản ánh sự lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình.

Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT giảm dần trong giai đoạn từ năm 2004 đến 2013, lần đầu tiên xuống dưới 11% trong năm 2013 kể từ năm 1997. Tuy tỉ lệ hiện nhiễm trong nhóm NCMT đang giảm dần ở một số tỉnh, nhưng ở hầu hết các tỉnh thực hiện giám sát, dịch HIV/AIDS vẫn đang cao ở mức đáng báo động. Theo kết quả giám sát trọng điểm HIV năm 2013, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT đặc biệt cao ở các tỉnh Thái Nguyên (34%), Lai Châu (27,7%), Hà Nội (24%), Quảng Ninh (22,4%) và Thành phố Hồ Chí Minh (18,2%). Đối với nhóm phụ nữ bán dâm tỉ lệ này là 2,6%. Tuy nhiên tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD tương đối cao trên 10%, tại Hà Nội, Hải Phòng, Cần Thơ, và Thành phố Hồ Chí Minh. Bằng chứng cũng cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD đường phố cao hơn so với PNBD nhà hàng, và ước tính có khoảng 3-8% PNBD tiêm chích ma túy. Trong số PNBD tiêm chích ma túy, tỉ lệ hiện nhiễm HIV là 25-30%.

Trong những năm gần đây, dịch HIV trong nhóm MSM ngày càng được ghi nhận rõ hơn. Số lượng các nghiên cứu và giám sát về hành vi trong nhóm MSM ngày càng tăng. Số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm MSM năm 2013 (ở 8 tỉnh), cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm trung bình là 3,7%. Quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ là con đường lây truyền HIV chính trong nhóm MSM. Bên cạnh đó, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM tiêm chích ma túy khá cao. Tại 8 tỉnh thực hiện giám sát trọng điểm năm 2013, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM có tiêm chích ma túy là 6% và nhóm MSM không tiêm chích ma túy là 1,8%. Với số lượng người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm ở các khu vực khác nhau, nên nguy cơ lây nhiễm phụ thuộc nhiều vào tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm này và số lượng nhiễm HIV ở mỗi khu vực.

II. TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH HIV/AIDS

1. Tác động về sức khỏe:

Virus HIV làm suy giảm hệ miễn dịch của cơ thể, gây ra Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người, lâu ngày dẫn đến suy kiệt và tử vong.

Việc triển khai chương trình phòng, chống HIV/AIDS ngăn ngừa nhiễm mới HIV, điều trị ARV cho người nhiễm HIV giúp tăng sức đề kháng cơ thể, tránh mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, giảm virus HIV trong máu và giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác.

2. Tác động về xã hội

Chương trình phòng, chống HIV/AIDS tác động đảm bảo an sinh xã hội, giảm kỳ thị phân biệt đối xử, đảm bảo sức khỏe cho người bệnh để tiếp tục cống hiến sức lao động cho gia đình và xã hội. Chương trình điều trị Methadone đã chứng minh hiệu quả về trật tự an toàn xã hội, giảm tội phạm, mang lại hạnh phúc cho gia đình người nghiện chích ma túy.

3. Tác động về kinh tế:

Phần lớn người nhiễm HIV tại Việt Nam trong độ lao động tuổi 20-60 chiếm gần 90% số trường hợp nhiễm HIV được phát hiện tại Việt Nam, những người nhiễm HIV này trong độ tuổi lao động, trụ cột chính của gia đình, do đó khi bị nhiễm HIV, suy giảm sức khỏe, không lao động được, giảm thu nhập cho gia đình và xã hội. Do đó việc triển khai chương trình phòng, chống HIV/AIDS sẽ làm tăng sức lao động, giảm đói nghèo. Việc điều trị methadone không chỉ dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm người nghiện chích ma túy, mà còn mang lại kinh tế.

III. KẾT QUẢ CÔNG TÁC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

1. Công tác xây dựng văn bản và chỉ đạo:

Công tác xây dựng văn bản quy phạm pháp luật và hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật luôn được quan tâm chỉ đạo trong thời gian qua của các nhà lãnh đạo, Luật phòng, chống HIV/AIDS được Quốc hội thông qua năm 2006, Chỉ Thị 54-CT/TW được Ban Bí thư ban hành năm 2005, Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS qua các giai đoạn, các chỉ thị của Thủ tướng liên quan đến công tác phòng, chống HIV/AIDS, ngoài ra có hơn 200 văn bản quy phạm pháp luật và hướng dẫn chuyên môn về HIV/AIDS được Chính phủ, các bộ ngành ban hành trong thời gian qua.

Hàng năm Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy mại dâm cùng với các bộ, ngành tổ chức các hội nghị, hội thảo để đánh giá, tổng kết và chỉ đạo về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy mại dâm. Ngoài ra, định kỳ các đồng chí lãnh đạo Ủy ban và các thành viên tổ chức các đoàn công tác kiểm tra, giám sát triển khai hoạt động tại các địa phương.

2. Công tác thông tin giáo dục truyền thông

Công tác thông tin giáo dục truyền thông về HIV/AIDS được xem như là vaccin trong dự phòng lây nhiễm HIV hiện nay, các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông được triển khai đa dạng thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, hoặc truyền thông trực tiếp qua mítting, thi tuyên truyền về HIV, hoặc thông qua các nhóm tuyên truyền viên đồng đảng đi triển khai các hoạt động can thiệp giảm tác hại. Nội dung hoạt động thông tin giáo dục truyền thông đa dạng, tuyên truyền về kiến thức HIV/AIDS, các chính sách của Nhà nước về HIV/AIDS, giảm kỳ thị phân biệt đối xử.

Kết quả hoạt động truyền thông đã cải thiện đáng kể về tình trạng phân biệt đối xử, kiến thức của người dân hiểu về HIV/AIDS biết ngày càng tăng lên, mức độ hiểu biết về HIV/AIDS khác nhau theo khu vực địa lý. Theo các nghiên cứu gần đây về HIV/AIDS cho thấy tỷ lệ người dân hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS đạt ở mức gần 50%. Người dân tham gia các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ngày càng gia tăng.

Hạn chế của công tác thông tin giáo dục truyền thông về HIV/AIDS chưa đủ mức hấp dẫn để thu hút người dân quan tâm chú ý và nâng cao hơn nữa về nhận thức đầy đủ về HIV/AIDS. Ngoài ra chưa xây dựng chương trình truyền thông phù hợp cho các lứa tuổi khác nhau và các khu vực địa lý khác nhau. Bên cạnh đó sự hạn chế về kinh phí, nên các hoạt động truyền thông chỉ dừng lại ở

mức triển khai theo các tháng chiến dịch, không xây dựng được các chương trình đặc biệt để truyền thông quảng bá rộng rãi trong cộng đồng dân cư.

3. Công tác can thiệp giảm tác hại

a) Chương trình phân phát bơm kim tiêm:

Việc thường xuyên sử dụng bơm kim tiêm sạch là biện pháp tốt nhất dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy. Ở Việt Nam lây nhiễm HIV chủ yếu lây nhiễm HIV qua sử dụng chung bơm kim tiêm, do đó việc triển khai mạnh các hoạt động phân phát bơm kim tiêm miễn phí tại các địa bàn trọng điểm về ma túy và tình hình nhiễm HIV cao đã tác động lớn đến làm giảm HIV tại Việt Nam, chương trình đã giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy từ 29% năm 2001 xuống còn 10,6% năm 2013, tỷ lệ sử dụng chung bơm kim tiêm trong nhóm nghiện chích ma túy giảm từ 27,8% năm 2001 xuống còn 14,1% vào năm 2013. Theo ước tính số ca nhiễm mới HIV trong nhóm nghiện chích ma túy từ khoảng 14.000 ca năm 2001 xuống còn 7.000 ca năm 2013.

Hoạt động triển khai phân phát bơm kim tiêm sạch và thu lại bơm kim tiêm bẩn đã trải qua trên 10 năm triển khai tại Việt Nam, trong những năm gần đây, trung bình mỗi năm phân phát trên 30 triệu chiếc bơm kim tiêm sạch cho nhóm nghiện chích ma túy.

Hạn chế của chương trình này là cần phải dựa vào nhóm tuyên truyền viên đồng đảng nhóm nghiện chích ma túy mới có thể phân phát đến tận tay người nghiện chích ma túy, nhưng nhóm này thường thay đổi thường xuyên do đó liên tục phải đào tạo cho người mới, ngoài ra hoạt động tiêm chích ma túy thường xảy ra nhiều vào ban đêm, nên việc tiếp cận các đối tượng này gặp nhiều khó khăn. Trong hai năm gần đây, các nhà tài trợ cắt giảm mạnh kinh phí chi trả thù lao cho nhóm tuyên truyền viên đồng đảng, trong khi định mức trong nước chi trả cho nhóm này thấp hoặc không có, do đó việc triển khai phân phát bơm kim tiêm miễn phí cho nhóm tiêm chích ma túy giảm mạnh. Việc triển khai các hộp bơm kim tiêm cố định chưa phát huy hiệu quả, chỉ phù hợp với một số khu vực. Mô hình tiếp thị xã hội bơm kim tiêm qua các nhà thuốc không đáp ứng nhiều, do các nhà thuốc này đóng cửa sớm, hơn nữa không phải địa bàn nào cũng có nhà thuốc.

b) Chương trình điều trị Methadone

Chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone đã được thử nghiệm tại Việt Nam từ năm 2008 và đã đạt được các kết quả tích cực. Kết quả nghiên cứu “Đánh giá Triển khai thí điểm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone tại Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh năm 2011” cho thấy, điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone mang lại hiệu quả tích cực như giảm phạm tội (từ 49% xuống 2%), giảm trầm

cảm từ 80% xuống 15% sau 12 tháng điều trị, giảm tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục sử dụng ma túy (từ 16% xuống 11%), tăng sử dụng bao cao su với bạn tình thường xuyên và phụ nữ bán dâm tương ứng 44% và 100%, chi phí hiệu quả.

Tính đến ngày 30/9/2014, chương trình điều trị Methadone được triển khai tại 38 tỉnh, thành phố với 120 cơ sở điều trị methadone và điều trị cho 21.317 bệnh nhân trong đó 15.503 bệnh nhân duy trì điều trị và 5.814 bệnh nhân đang dò liều. So với cuối năm 2013, số tỉnh triển khai Methadone tăng thêm 8 tỉnh, tăng 40 cơ sở điều trị Methadone, số bệnh nhân được điều trị Methadone tăng thêm 5.775 người. Số lượng bệnh nhân hiện đang điều trị đạt 69% chỉ tiêu đề ra năm 2014 và 26.2% so với chỉ tiêu đề ra năm 2015 theo QĐ số 1008/QĐ – TTg ngày 20 tháng 6 năm 2014 về việc giao chỉ tiêu bệnh nhân được điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone năm 2014 và 2015.

Trong những năm qua, các hoạt động triển khai điều trị Methadone phụ thuộc nhiều vào tài trợ quốc tế. Khi nguồn tài trợ cho các chương trình HIV bị suy giảm, Việt Nam phải tìm các biện pháp mới nhằm huy động tài chính cho hoạt động: Xã hội hóa là việc làm cần thiết giúp tạo cơ hội cho những người nghiện ma túy nhận được các dịch vụ điều trị có chất lượng với chi phí thấp nhất. Lồng ghép cơ sở điều trị Methadone với cơ sở điều trị ART cũng là chiến lược đúng đắn góp phần tăng cường hiệu quả điều trị. Ngoài ra, việc cấp phép sản xuất và cung ứng thuốc Methadone cho các doanh nghiệp Việt Nam sẽ góp phần hạ giá thành thuốc.

c) Chương trình phân phát bao cao su:

Quan hệ tình dục không an toàn với người nhiễm HIV là nguyên nhân chính làm lây truyền HIV trên toàn cầu, ở Việt Nam tỷ lệ người nhiễm HIV bị lây truyền qua đường ngày càng chiếm tỷ lệ lớn trong số người nhiễm HIV hằng năm, vì vậy việc triển khai phân phát bao cao su nhằm mục đích tăng tỷ lệ quan hệ tình dục an toàn trong các nhóm nguy cơ cao góp phần giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV tại Việt Nam. Hoạt động phân phát bao cao su được triển khai dưới nhiều hình thức: thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng, nhà thuốc, các cơ sở y tế, cơ sở dịch vụ giải trí, cơ sở chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội, trường giáo dưỡng, trại giam, trại tạm giam. Song song với việc phân phát miễn phí, mô hình tiếp thị xã hội đã được mở rộng.

Năm 2012, hoạt động cung cấp bao cao su được triển khai tại 57/63 tỉnh, thành phố. Tuy nhiên, địa bàn triển khai năm 2013 và 2014 giảm xuống còn 39/63 tỉnh, thành phố do dự án Ngân hàng thế giới tài trợ kết thúc. Cùng với giảm địa bàn triển khai, số lượng bao cao su được phân phát miễn phí giảm từ 14 triệu chiếc trong năm 2012 xuống còn 13.8 triệu chiếc. 6 tháng đầu năm 2014 phân phát được 4.8 triệu chiếc (giảm 31% so với cùng kỳ năm 2013). Việc gia

tăng phân phát bao cao su trong những năm gần đây đã tác động đến hành vi sử dụng bao cao su thường xuyên trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 64% năm 2001 lên 80,9% năm 2013. Số ca nhiễm mới HIV ở nhóm phụ nữ bán dâm từ khoảng 1000 ca mỗi năm trong những năm 2001-2005 xuống còn khoảng 400 ca trong những năm gần đây, đồng thời tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm duy trì mức 2,6% trong những năm gần đây.

Do kinh phí cắt giảm mạnh, nên các hoạt động phân phát bao cao su miễn phí đã giảm mạnh, chuyển dần từ phân phát miễn phí sang chương trình tiếp thị xã hội bao cao su. Tuy nhiên hoạt động tiếp thị bao cao su vẫn ở mức hạn chế, nên các khu vực vùng sâu, vùng xa gặp nhiều khó khăn tiếp cận bao cao su.

4. Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

Việc triển khai hoạt động tư vấn và xét nghiệm HIV cho các nhóm nguy cơ lây nhiễm HIV cao nhằm phát hiện sớm tình trạng nhiễm HIV trong nhóm này, giúp họ tham gia điều trị ARV sớm, sẽ tác động làm giảm lây truyền HIV.

Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng trong những năm gần đây, với số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 244 điểm trong năm 2008, 256 điểm trong năm 2009 và 317 điểm trong năm 2011 và 485 điểm trong năm 2013. Số người nhận được các dịch vụ VCT trong năm 2013 là 569.061 người, giảm nhiều so với năm 2011 (851.470 người), trong đó có 517.329 người đã xét nghiệm HIV. Theo kết quả HSS+ và IBBS 2013, tỉ lệ người có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm là 35,1% ở nhóm PNBD, 23,6% ở nhóm nam NCMT và 28,8% ở nhóm MSM. Kết quả này giảm nhẹ so với kết quả HSS+ 2011.

Mặc dù, dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV mở rộng nhanh trong thời gian vừa qua, nhưng tỷ lệ nhóm nguy cơ cao được tiếp cận dịch vụ này còn thấp, đã ảnh hưởng đến phát hiện sớm HIV trong nhóm nguy cơ cao. Ngoài ra xu hướng dịch HIV thay đổi, việc gia tăng người nhiễm HIV tại các khu vực vùng sâu vùng xa, nơi các dịch vụ y tế hạn chế, người dân đi lại khó khăn, nên triển khai xét nghiệm HIV cho người dân cho khu vực này còn nhiều hạn chế.

5. Công tác chăm sóc và điều trị ARV

a) Công tác điều trị ARV

Điều trị ARV có tác dụng giảm tải lượng vi rút HIV trong máu, giảm suy giảm miễn dịch. Nhiều người bệnh bị AIDS giai đoạn cuối sau khi được điều trị ARV lại khỏe mạnh và tiếp tục lao động bình thường. Ngoài ra điều trị HIV là biện pháp hữu hiệu trong dự phòng lây nhiễm HIV hiện nay.

Việt Nam bắt đầu triển khai mở rộng điều trị ARV từ năm 2006, cho đến nay có 318 điểm cơ sở điều trị ARV đặt tại cơ sở y tế, 47 điểm điều trị ARV tại các trại giam và trung tâm giáo dục chữa bệnh và lao động xã hội. Hiện nay, chương trình phòng, chống HIV/AIDS đang triển khai mở rộng các điểm cấp phát thuốc tại xã phường, đảm bảo tiếp cận tốt hơn cho người nhiễm HIV. Tính đến 30/9/2014, có 88.800 bệnh nhân đang điều trị ARV (84.375 bệnh nhân người lớn và 4.425 trẻ em); Số bệnh nhân điều trị ARV hiện nay chiếm khoảng 36% số nhiễm HIV có trong cộng đồng. Việc gia tăng số người được điều trị ARV trong thời gian qua đã làm giảm đáng kể số tử vong do AIDS hằng năm, trong những năm 2009 số ca nhiễm HIV báo cáo tử vong hằng năm khoảng 7.000- 8.000 ca, đến nay số ca tử vong báo cáo khoảng 2000-3000 ca tử vong mỗi năm.

Tuy nhiên, do tình trạng phân biệt đối xử còn phổ biến, bệnh nhân đăng ký điều trị muộn, bệnh nhân sống xa khu vực điều trị, nhiều bệnh nhân là người nghiện chích ma túy nên di biến động thường xuyên đã ảnh hưởng đến chất lượng điều trị ARV. Ngoài ra do tỷ bệnh nhân HIV mắc lao cao nên liên quan nhiều đến tình trạng tử vong của bệnh nhân AIDS. Ngoài ra kinh phí cắt giảm đã tác động đến các việc đảm bảo duy trì các xét nghiệm thường quy cho bệnh nhân, các hoạt động hỗ trợ cộng đồng không còn duy trì, nên tác động đến các hoạt động hỗ trợ tuân thủ điều trị của bệnh nhân, cũng như giới thiệu bệnh nhân mới tham gia điều trị.

b) Chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Việc xét nghiệm phát hiện phụ nữ mang thai ở giai đoạn sớm và triển khai điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ con sẽ làm giảm tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con xuống dưới 5%, nhiều địa phương trong thời gian qua như TP. Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Thái Nguyên không có trẻ nhiễm HIV sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được triển khai đồng bộ trong nhiều năm qua, tháng 6 hằng năm đều triển khai tháng chiến dịch lây truyền HIV từ mẹ sang con, nhiều huyện trọng điểm về HIV được triển khai xét nghiệm sàng lọc HIV cho phụ nữ mang thai tại tuyến xã phường. Do đó xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai đã tăng từ 36,7% năm 2011 lên 49,7% trong năm 2013. Trong năm 2013, trong tổng số ước tính 2.981 phụ nữ mang thai được chẩn đoán dương tính với HIV, có 1.664 bà mẹ và 1.770 trẻ sơ sinh đã được điều trị dự phòng bằng ARV. Ước tính tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt 57%. Số trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV đã giảm đáng kể trong những năm vừa qua.

6. Công tác giám sát dịch HIV/AIDS, theo dõi và đánh giá

Việc triển khai hệ thống giám sát, theo dõi và đánh giá nhằm cung cấp các thông tin chiến lược cho xây dựng chính sách và lập kế hoạch hằng năm. Tại Việt Nam hệ thống giám sát dịch HIV/AIDS đã hình thành từ năm 1987, 3 năm sau Việt Nam phát hiện ca nhiễm HIV đầu tiên, đến năm 1994 bắt đầu triển khai hệ thống giám sát trọng điểm HIV hằng năm thực hiện lấy mẫu định kỳ trong các nhóm nguy cơ cao để đánh giá tỷ lệ hiện nhiễm HIV và hành vi nguy cơ trong các nhóm này, bên cạnh đó hệ thống giám sát trọng điểm theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai để đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV tại cộng đồng. Hiện nay có 40 tỉnh được triển khai giám sát trọng điểm hằng năm. Song song với triển khai giám sát trọng điểm, hệ thống giám sát phát hiện HIV để thu thập báo cáo các trường hợp nhiễm HIV trên toàn quốc, hệ thống này đã triển khai phần mềm quản lý ca nhiễm HIV cho tất cả trung tâm phòng, chống HIV/AIDS và khoảng 50% số huyện đã triển khai ứng dụng. Các hoạt động theo dõi và đánh giá được triển khai định kỳ hằng quý, thường xuyên tổ chức các đoàn giám sát đảm bảo chất lượng số liệu, tập huấn nâng cao năng lực cho hệ thống trong việc thu thập số liệu.

Tuy nhiên việc đảm bảo chất lượng số liệu là thách thức lớn đối với công tác giám sát, theo dõi và đánh giá, đặc biệt các số liệu thu thập tại cộng đồng. Các hoạt động giám sát, theo dõi, đánh giá chủ yếu dựa vào các cán bộ kiêm nhiệm tại các tuyến, dẫn đến nhân lực thường thay đổi, kinh phí cho hoạt động này rất hạn chế, nên các số liệu thu thập tại cộng đồng thường chất lượng hạn chế hơn.

IV. NHU CẦU KINH PHÍ GIAI ĐOẠN 2015-2020

Đơn vị tính: tỷ đồng

TT	Nguồn kinh phí	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015-2020
I	<i>Nhu cầu kinh phí</i>	1,509	1,669	1,829	2,036	2,226	2,457	11,727
II	<i>Khả năng vốn hiện có</i>	1,433	1,497	1,582	1,216	1,364	1,542	8,633
III	<i>Kinh phí thiếu hụt</i>	77	173	248	821	861	916	3,094

V. NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP

1. Cơ hội

Tại Hội nghị AIDS toàn cầu tháng 7/2014, Cơ quan điều phối Liên hợp quốc về HIV/AIDS đã kêu gọi các quốc gia thực hiện mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 và hướng tới kết thúc AIDS vào năm 2030. Vào tháng 25/10/2014

Việt Nam đã cùng với các tổ chức quốc tế đã khởi động để thực hiện mục tiêu 90-90-90 và hướng tới kết thúc AIDS tại Việt Nam vào năm 2030. Chiến lược đầu tư phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 đã chỉ ra Việt Nam có thể kết thúc AIDS vào năm 2030 nếu đầu tư cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS hằng năm khoảng 92 triệu đô la Mỹ từ nay cho đến năm 2030.

2. Khó khăn và Thách thức:

a) Mức độ giảm của dịch HIV/AIDS chưa nhiều và không ổn định:

Mặc dù số người nhiễm HIV, số mắc và số tử vong do HIV/AIDS đã giảm, nhưng mức độ giảm chưa nhiều, giảm chưa bền vững và số người mới được phát hiện nhiễm HIV hiện vẫn còn ở mức cao. HIV vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong. Dịch HIV/AIDS đã xảy ra rộng khắp, ở tất cả các địa bàn, 100% số tỉnh, 98% số quận/huyện và 78% số xã/phương. Có những xã, thôn bản có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao gấp trên 10 lần so với trung bình toàn quốc, đặc biệt là ở các địa bàn miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, nơi người dân còn có hiểu biết hạn chế và dịch vụ cũng như nguồn lực chưa đáp ứng được nhu cầu. Mô hình dịch và các hành vi nguy cơ thay đổi theo hướng phức tạp và khó can thiệp

b) Mặc dù có nhiều cố gắng song độ bao phủ của chương trình vẫn còn hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu:

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

c) Kỳ thị và phân biệt đối xử:

Kỳ thị và phân biệt đối xử tiếp tục là một trở ngại ngăn các nhóm quần thể có nguy cơ chính sử dụng các dịch vụ HIV. Do các ca nhiễm mới ở phụ nữ và trẻ em gái ngày càng gia tăng, cần có sự quan tâm đặc biệt tới các nhu cầu đặc thù của họ. Những người sử dụng ma túy nằm trong nhóm dễ bị lây nhiễm HIV

nhất, tuy nhiên việc sử dụng ma túy lại bị coi là bất hợp pháp. Điều này tạo rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ HIV thiết yếu, khiến HIV bị coi là “tệ nạn xã hội” và dẫn tới tiếp tục tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người nhiễm HIV.

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

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

3. Nhiệm vụ và giải pháp

a) Tổ chức thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS tới mọi đối tượng, trong đó phải kết hợp giữa tuyên truyền các chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS với tuyên truyền về tác hại, hậu quả và các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

b) Tiếp tục duy trì và mở rộng các hoạt động can thiệp giảm tác hại cho các nhóm nguy cơ cao, đẩy mạnh triển khai các gói dịch vụ toàn diện cho nhóm nguy cơ cao, tập trung triển khai ở các khu vực trọng điểm nguy cơ cao về dịch HIV. Chú trọng nhóm nghiện chích ma túy và vợ, bạn tình của nhóm nghiện chích ma túy, đặc biệt đẩy nhanh mức độ bao phủ chương trình methadone, triển khai các điểm cấp phát thuốc methadone vệ tinh.

c) Đa dạng hóa mô hình tư vấn và xét nghiệm HIV, chú trọng mở rộng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV ở các khu vực có dịch HIV cao. Lồng ghép tư vấn và xét nghiệm HIV vào dịch vụ điều trị Methadone, điều trị ARV và các

dịch vụ y tế khác. Triển khai các hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV lưu động tại khu vực vùng sâu, vùng xa, nơi có dịch HIV cao. Sử dụng các kỹ thuật xét nghiệm nhanh, rút ngắn thời gian trả kết quả xét nghiệm HIV, tăng cường chất lượng chuyển gửi những người có kết quả xét nghiệm HIV dương tính đăng ký dịch vụ chăm sóc và điều trị ARV.

d) Tăng cường các biện pháp xét nghiệm phát hiện sớm phụ nữ mang thai nhiễm HIV, triển khai theo dõi và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng các phác đồ tối ưu, theo dõi xét nghiệm sớm cho trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, điều trị dự phòng cho con.

e) Mở rộng điều trị ARV cho nhóm nguy cơ cao nhiễm HIV không cần quan tâm đến tiêu chuẩn CD4. Điều trị sớm là biện pháp dự phòng, áp dụng mô hình điều trị không quan tâm đến tiêu chuẩn CD4 cho khu vực miền núi, nơi điều kiện tiếp cận dịch vụ xét nghiệm CD4 khó khăn và dịch HIV đang có xu hướng gia tăng, phân cấp điều trị ARV, triển khai cấp phát thuốc tại xã phường.

f) Xây dựng mô hình giám sát dịch HIV/AIDS chủ động, phát hiện sớm các khu vực có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Nâng cao năng lực hệ thống giám sát dịch HIV/AIDS, đảm bảo chất lượng số liệu và tính sẵn có số liệu quần thể nguy cơ cao. Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong việc làm giảm tải cho cán bộ y tế, xây dựng và triển khai phần mềm quản lý thông tin về can thiệp, dự phòng và chăm sóc điều trị tại các điểm cung cấp dịch vụ với việc quản lý từng bệnh nhân, hỗ trợ thống kê báo cáo với nhiều chỉ số theo yêu cầu của các nhà tài trợ khác nhau.

g) Huy động mọi nguồn lực và sự tham gia của các cơ quan, tổ chức, đơn vị, mỗi người dân và cộng đồng vào các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

h) Kết hợp chặt chẽ hoạt động phòng, chống HIV/AIDS với các hoạt động phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm.

k) Thực hiện các cam kết và tổ chức thực hiện có hiệu quả các hoạt động hợp tác quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS.

VII. KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác chỉ đạo, giám sát của Trung ương đối với địa phương trong công tác phòng, chống HIV/AIDS. Xác định đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS là đầu tư phát triển kinh tế xã hội.

2. Tăng tỷ trọng đầu tư phòng, chống HIV/AIDS từ ngân sách trung ương và ngân sách địa phương cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Nhà nước cần đầu tư đảm bảo tối thiểu cung ứng đủ thuốc cho điều trị ARV và điều trị Methadone.

3. Tăng chính sách hỗ trợ cho cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS.

4. Sửa đổi bổ sung định mức chi cho phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với tình hình mới. Có cơ chế đặc thù cho khu vực miền núi, nơi dịch HIV/AIDS đang gia tăng, địa bàn đi lại khó khăn, chi phí triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS cao.

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính phủ (để tổng hợp);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, AIDS.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

(Đã ký)

Nguyễn Thanh Long