

**BÁO CÁO  
Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2014  
và kế hoạch trọng tâm năm 2015****I. TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS**

Từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1990 tính đến năm 2014, toàn quốc hiện có 226.819 trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV (trong đó số bệnh nhân chuyển sang giai đoạn AIDS là 71.050) và tính từ đầu vụ dịch HIV/AIDS đến nay có 71.332 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. Tuy nhiên theo số liệu ước tính và dự báo dịch HIV/AIDS năm 2014 có khoảng 256.500 người hiện nhiễm HIV trong cộng đồng. Do đó ước tính còn 38.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng chưa được phát hiện nhiễm HIV. Hết năm 2014, tỷ lệ người nhiễm HIV trên 100.000 dân của cả nước là 253, miền Đông nam bộ vẫn là khu vực có tỷ lệ người nhiễm cao nhất (421), tiếp đến là khu vực Miền núi phía bắc (364), Đồng bằng bắc bộ (246), miền Tây nam bộ (200), Bắc trung bộ (137), Tây Nguyên (79), Duyên hải miền trung (70).

Trong năm 2014, cả nước đã xét nghiệm phát hiện được 11.680 trường hợp nhiễm HIV, phát hiện 6.183 trường hợp bệnh nhân chuyển AIDS và 2.146 trường hợp người nhiễm HIV tử vong. Mặc dù số nhiễm HIV phát hiện mới có xu hướng giảm, nhưng tổng số người đang nhiễm HIV ngày càng gia tăng. So với cùng kỳ năm 2013 số người nhiễm HIV phát hiện mới giảm 19%, số bệnh nhân mới chuyển sang giai đoạn AIDS giảm 28%, tử vong giảm 36%. Tuy nhiên, vẫn có 19 tỉnh có số người nhiễm HIV mới được phát hiện tăng hơn so với cùng kỳ năm 2013, tỉnh có người nhiễm HIV tăng cao nhất là Hải Phòng tăng 67 trường hợp, tiếp đến Lai Châu (42 trường hợp), Sóc Trăng (31 trường hợp), Tuyên Quang (26 trường hợp), Hải Dương (18 trường hợp), Tiền Giang (16 trường hợp), Yên Bái (15 trường hợp), Lạng Sơn (11 trường hợp), còn các tỉnh khác đều tăng dưới 10 trường hợp.

10 tỉnh có số trường hợp xét nghiệm mới phát hiện dương tính cao nhất chiếm 46% số trường hợp phát hiện trong năm 2014. 10 tỉnh gồm TP. Hồ Chí Minh 1.759 trường hợp, Hà Nội 676 trường hợp, Sơn La 509 trường hợp, Nghệ An 382 trường hợp, Lai Châu 372, Đồng Nai 371 trường hợp, Cần Thơ 336

trường hợp, Yên Bái 325 trường hợp, Đồng Tháp 325 trường hợp, Phú Thọ 320 trường hợp.

Về địa bàn phân bố dịch: tính đến năm 2014, toàn quốc đã phát hiện người nhiễm HIV tại 80,3% số xã, phường, thị trấn và 98,9% số quận, huyện đã báo cáo có người nhiễm HIV ở 63/63 tỉnh/thành phố (các huyện không có người nhiễm HIV chủ yếu là các huyện đảo ít dân).

Hình thái lây truyền HIV/AIDS: Tỷ lệ người nhiễm HIV là nữ giới ngày càng tăng, từ 24,2% năm 2007 đến năm 2014 là 33,4%. Tỷ lệ người nhiễm lây truyền HIV qua đường tình dục ngày càng chiếm tỷ lệ cao hơn so với lây truyền qua đường máu: trong năm 2014, tỷ lệ người nhiễm lây truyền qua đường tình dục chiếm tới 47,9%, đường máu chiếm 37,5%, lây truyền HIV từ mẹ sang con chiếm 3%, có 12% tỷ lệ người nhiễm HIV không rõ đường lây truyền. Người nhiễm HIV được phát hiện vẫn tập trung chủ yếu trong nhóm tuổi từ 20 đến 39 tuổi. Tỷ lệ người nhiễm HIV được phát hiện trong nhóm 30-39 tuổi có xu hướng tăng lên (năm 2014, tỷ lệ này chiếm 44%). Trong khi đó tỷ lệ người nhiễm phát hiện trong nhóm 20-29 tuổi đang có xu hướng giảm (chiếm 30,8% trong năm 2014).

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 và chiếm 33,8% trong tổng số người nhiễm HIV phát hiện mới trong năm 2014 đã phản ánh sự lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình.

Theo kết quả giám sát trọng điểm HIV năm 2014, tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT chung của cả nước là 10,5%, tỉ lệ này đặc biệt cao ở các tỉnh Thái Nguyên (29%), Cần Thơ (22,7%), Điện Biên (24%), Quảng Ninh (21,3%) và Thành phố Hà Nội (19,3%). Đối với nhóm phụ nữ bán dâm tỉ lệ này là 2,5%. Tuy nhiên tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD tương đối cao trên 8%, tại Hà Nội là 17.5% và Cần Thơ là 8.67%. 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%. Năm 2014 thực hiện giám sát trọng điểm HIV nhóm MSM ở 6 tỉnh thì tỉ lệ nhiễm trung bình là 6.7%. 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 4 tỉnh thực hiện giám sát trọng điểm năm 2014 kết hợp giám sát hành vi, trung bình tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM có tiêm chích ma túy là 6%. Với số lượng người nghiện chích 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. KẾT QUẢ CÔNG TÁC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

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

a) Công tác xây dựng văn bản: Trong năm 2014, Bộ Y tế đã xây dựng, trình hoặc ban hành theo thẩm quyền 11 văn bản pháp luật và hướng dẫn chuyên môn về phòng, chống HIV/AIDS, cụ thể là:

- Chỉ thị 32/2014/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ về đẩy mạnh điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Quyết định 1008/QĐ-TTg ngày 20/6/2014 của TTgCP về việc giao chỉ tiêu điều trị Methadone năm 2014 và 2015

- Quyết định 570/QĐ-TTg ngày 22/04/2014 của TTgCP về việc Phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS giai đoạn 2014-2020.

- Thông tư 35/2014/TT-BYT ngày 13/11/2014 của Bộ Y tế quy định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Thông tư liên tịch 38/2014/TTLT-BYT-BTC của Bộ Y tế và Bộ Tài chính về việc ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Thông tư 19/2014/TT-BYT ngày 02/6/2014 của Bộ Y tế quy định quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc.

- Thông tư Liên tịch 25/2014/TTLT-BYT-BTC quy định quản lý và sử dụng nguồn ngân sách nhà nước hỗ trợ khám, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Nghị quyết số 74/NQ-CP ngày 04/10/2014 phiên họp thường kỳ Chính phủ tháng 9/2014 trong đó có đưa ra biện pháp đổi mới cai nghiện và mở rộng điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

- Quyết định 471/QĐ-BYT ngày 11/02/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú.

- Quyết định số 519/QĐ-BYT ngày 17/12/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại khu vực miền núi.

- Quyết định số 5198/QĐ-BYT ngày 17/12/2014 về việc Lồng ghép việc theo dõi điều trị HIV/AIDS tại trạm y tế xã phường, tăng cường kết nối từ chẩn đoán với điều trị, sử dụng hệ thống y tế thôn bản trong quản lý ca bệnh.

#### b) Công tác chỉ đạo:

- Bộ Y tế ban hành văn bản hướng dẫn, chỉ đạo tổ chức tháng hành động quốc gia dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên toàn quốc. Tổ chức Đoàn công tác kiểm tra hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy mại dâm tại tỉnh, thành phố, tham gia các đoàn công tác của Chính phủ kiểm tra công tác phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm tại các tỉnh.

- Tổ chức tháng hành động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Tháng chiến dịch quốc gia phòng, chống HIV/AIDS. Tổ chức Hội nghị Khoa học Quốc gia lần thứ V về HIV/AIDS;

- Tổ chức các hội nghị công tác phòng, chống HIV/AIDS các tỉnh thành phố lớn, Hội nghị tăng cường công tác tư vấn xét nghiệm HIV điều trị cho khu vực phía Bắc và phía Nam.

- Tổ chức nhiều đoàn công tác với các tổ chức quốc tế làm việc với tỉnh để thảo luận kế hoạch cắt giảm kinh phí, kế hoạch chuyển giao phòng, chống HIV/AIDS.

- Tổ chức phiên họp để huy động các tổ chức quốc tế quan tâm, đầu tư cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Hội nghị Quốc tế ở Malaysia, tổ chức hội nghị vệ tinh tại Hội nghị quốc tế về HIV/AIDS khu vực Châu Á Thái Bình Dương

#### 3. 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.

Trong năm 2014, hoạt động truyền thông đã truyền thông cho hơn 12 nghìn lượt người bao gồm các nhóm nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới và các nhóm đối tượng khác như người có H, thành viên người nhiễm, người di biến động, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và thanh thiếu niên.

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.

#### 4. 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. Chương trình phân phát, thu gom bơm kim tiêm trong năm 2014 đã tiếp cận được trên 190 nghìn người nghiện chích ma túy với hơn 4 triệu lượt người nghiện chích ma túy được tiếp cận, tổng số lượng bơm kim tiêm được phát miễn phí trên 20 triệu chiếc (giảm 25% so với cùng kỳ năm 2013). Như vậy, trung

bình mỗi người nghiện chích ma túy nhận được 9 chiếc bơm kim tiêm/tháng. Trong số đó, số lượng bơm kim tiêm do TTVĐĐ phát chiếm tới 78.4% tổng số BKT được phát ra.

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 truyền 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. Từ năm 2013, các nhà tài trợ cắt giảm mạnh kinh phí chi trả thù lao cho nhóm tuyên 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.

Trong năm 2014, chương trình điều trị Methadone được triển khai tại 41 tỉnh, thành phố với 134 cơ sở điều trị methadone và điều trị cho 25.223 bệnh nhân trong đó 18.840 bệnh nhân duy trì và 6.383 bệnh nhân dò liều. So với cuối năm 2013, số tỉnh triển khai Methadone tăng thêm 11 tỉnh, tăng 54 cơ sở điều trị Methadone, số bệnh nhân được điều trị Methadone tăng thêm 9.681 người. Số lượng bệnh nhân hiện đang điều trị đạt 81.7% chỉ tiêu đề ra năm 2014 và 31.1% 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 19/63 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 trong năm 2013 và 10 triệu chiếc trong năm 2014 (giảm 27.6% so với cùng kỳ năm 2013). Trong năm 2014, TTVĐĐ là kênh phân phát bao cao su chủ yếu (chiếm 67%). Việc 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 nhưng giảm xuống còn 50% trong năm 2014. 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 2,52% 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, tuy nhiên năm 2014 số phòng tư vấn xét nghiệm truyền thống do chương trình dự án cắt giảm chỉ còn 270 phòng, như các mô hình tư vấn xét nghiệm lưu động được mở rộng, tư vấn xét nghiệm do nhân viên y tế đề xuất ngày càng mở rộng. Trong năm 2014 cả nước triển khai tư vấn và xét nghiệm HIV cho 662.605 lượt người, trong đó có 15.783 trường hợp HIV dương tính với tỷ lệ dương tính 2.5%. Theo kết quả HSS+2014, tỉ lệ người có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm là 38,4% ở nhóm PNBD, 23,6% ở nhóm nam NCMT và 28,8% ở nhóm MSM. Kết quả này tăng so với kết quả HSS+2013.

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 332 điểm cơ sở điều trị ARV trong đó có 56 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 31/12/2014, có 93.298 bệnh nhân đang điều trị ARV (88.740 bệnh nhân người lớn và 4.558 trẻ em), vượt 0,3% so với mức kế hoạch đề ra năm 2014; Số bệnh nhân điều trị ARV hiện nay chiếm khoảng 41,4% 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 64,7% trong năm 2014. Trong năm 2014, trong tổng số ước tính 1.498 phụ nữ mang thai được chẩn đoán dương tính với HIV, có 1.733 bà mẹ và 1.864 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 57.1%. 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 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.

### III. KINH PHÍ NĂM 2014

Tổng kinh phí hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong năm 2013 từ chương trình mục tiêu quốc gia và các dự án là 1.376 tỷ đồng, trong khi ngân sách cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2014 giảm mạnh còn 862 tỷ đồng, trong đó ngân sách từ chương trình mục tiêu quốc gia còn 83 tỷ đồng. Bảng so sách ngân sách dưới đây cho thấy kinh phí cho hoạt động can thiệp giảm tác hại giảm mạnh, sẽ tác động đến tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam.

**Bảng 1. Bảng so sánh ngân sách đầu tư theo các đề án năm 2013 và 2014**

TT	Nguồn vốn	Năm 2013	Năm 2014	% cắt giảm
1	Truyền thông			
	Chương trình MTQG	43.183	17.369	60%
	Viện trợ nước ngoài	20.000		100%
2	Giám sát-Can thiệp			
	Chương trình MTQG	83.010	38.780	53%
	Viện trợ nước ngoài	430.000	135.000	69%
3	Điều trị-PMCT			
	Chương trình MTQG	81.057	26.851	67%
	Viện trợ nước ngoài	295.000	315.000	-7%
4	Đầu tư phát triển	140.000	65.000	54%
5	Thuốc nhiễm trùng cơ hội, ARV, sinh phẩm PEPFAR	283.773	263.000	7%
	<b>Tổng cộng (triệu đồng)</b>	<b>1.376.023</b>	<b>862.000</b>	<b>37%</b>

**Bảng 2. Kinh phí năm 2014 theo các nguồn đầu tư qua Bộ Y tế**

STT	Nguồn vốn	Kinh phí
1	Chương trình mục tiêu quốc gia	83,0
2	Vốn đầu tư phát triển	65,0
3	Dự án QTC	101,8
4	Dự án VAAC-US.CDC	77,6
5	Dự án ADB	3,6
6	Thuốc ARV, Methadone, sinh phẩm TTB (QTC, ADB)	268,0
7	Thuốc OI, ARV, sinh phẩm PEPFAR	263,0
	Tổng	862,0

## IV. KHÓ KHĂN VÀ THÁCH THỨC

### 1. Tình hình dịch HIV/AIDS

Dịch HIV/AIDS đã xảy ra ở tất cả tỉnh, thành phố với 99,8% số quận/huyện và trên 80,3% số xã/phường. Có những xã, thôn bản có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư 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.

### 2. Các yếu tố nguy cơ diễn biến phức tạp

Một số hành vi nguy cơ liên quan đến HIV/AIDS đang có những thay đổi theo hướng phức tạp và khó kiểm soát, can thiệp. Lây truyền HIV qua quan hệ tình dục đang có xu hướng gia tăng, cảnh báo sự lây lan của dịch trong cộng đồng dân cư, bao gồm cả những nhóm người được coi là có hành vi nguy cơ thấp. Gia tăng sử dụng ma túy tổng hợp trong các nguy cơ cao gồm gái mại dâm và người quan hệ tình dục đồng giới nam dẫn đến tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong các nhóm này và bạn tình của họ.

### 3. Công tác chỉ đạo:

Sự quan tâm đầu tư, chỉ đạo cho công tác phòng, chống HIV/AIDS của một số chính quyền địa phương còn hạn chế, nhiều hoạt động chuyên môn kỹ thuật không tiếp tục duy trì sau khi dự án ngừng hoạt động và cắt giảm.

### 4. Các lĩnh vực chuyên môn cụ thể:

#### a) Công tác thông tin giáo dục truyền thông:

Mức độ hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư còn thấp chỉ ở mức 47%, đặc biệt khu vực miền núi, dân tộc thiểu số chỉ mức 11%. Thời lượng truyền thông phòng, chống HIV/AIDS trên các kênh thông tin đại chúng ngày càng có xu hướng giảm, truyền thông trực tiếp qua nhóm tuyên truyền viên giảm mạnh do giảm đội ngũ tuyên truyền viên đồng đẳng.

#### b) Công tác can thiệp giảm tác hại

Tính bền vững của hoạt động can thiệp giảm hại là thách thức lớn hiện nay sau khi dự án cắt giảm, thiếu đội ngũ nhân viên tiếp cận cộng đồng triển khai hoạt động phân phát các vật dụng giảm hại tại cộng đồng, số huyện triển khai phân phát bơm kim tiêm, bao cao su giảm mạnh năm 2014, các khu vực trọng điểm tiêm chích ma túy vùng sâu, vùng xa người nghiện chích mủy không thể tiếp cận được bơm kim tiêm sạch do các vùng này có rất ít nhà thuốc tư nhân và đóng cửa sớm, trong khi người nghiện chích ma túy thường tiêm chích nhiều vào buổi tối. Tỷ lệ duy trì điều trị Methadone còn hạn chế do người nghiện sống xa địa điểm methadone, phải duy trì điều trị hằng ngày, đi làm ăn xa..., việc mở các điểm điều trị mới Methadone gặp nhiều khó khăn do thiếu nhân lực, khó khăn tiếp cận dịch vụ điều trị Methadone ở các khu vực vùng sâu vùng xa.

Đầu tư cho các hoạt động can thiệp giảm hại trong nhóm MSM rất hạn chế, chủ yếu phụ thuộc vào các địa bàn dự án PEPFAR và Quỹ toàn cầu. Chương trình tiếp thụ xã hội bao cao su không duy trì được sau khi dự án do ngân hàng thế giới và bộ phát triển vương quốc Anh tài trợ. Chưa có các biện pháp tối ưu can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm bạn tình của người nghiện chích ma túy.

#### c) Tư vấn xét nghiệm HIV

Tỷ lệ nhóm người nguy cơ cao được xét nghiệm hằng năm còn thấp, chỉ bao phủ khoảng 30%. Hạn chế trong việc triển khai xét nghiệm các cặp bạn tình nhóm nguy cơ cao, nhiều người nhiễm HIV biết tình trạng nhiễm HIV của họ ở giai đoạn muộn. Thời gian trả kết quả ở khu vực vùng xa trung tâm thường là muộn do, khó khăn trong việc chuyển mẫu. Dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện ở nhiều khu vực dịch HIV cao còn hạn chế. Kết nối giữa tư vấn xét nghiệm HIV và điều trị còn nhiều hạn chế. Việc đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV, sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đã cản trở việc mở rộng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV, vô hình làm cho xét nghiệm HIV không được xem như các xét nghiệm thông thường khác, trách nhiệm về độ chính xác xét nghiệm đối với người quản lý và người làm kỹ thuật là rất lớn được quy định trong luật, dư luận xã hội, trong khi chất lượng xét nghiệm phụ thuộc nhiều yếu tố khách quan như chất lượng sinh phẩm, bảo quản và vận chuyển sinh phẩm xét nghiệm HIV, yếu tố kháng thể người bệnh, mẫu bệnh phẩm, vận chuyển mẫu. Đặc biệt việc mở rộng dịch vụ xét nghiệm đòi hỏi đầu tư cho việc kiểm soát chất lượng xét nghiệm ngày càng lớn hơn.

#### d) Công tác điều trị:

Việc đảm bảo duy trì điều trị ARV gặp rất nhiều khó khăn khi các nhà tài trợ cắt giảm về địa bàn hỗ trợ, nguy cơ bệnh nhân không có thuốc điều trị khi

không có dự án, trong khi đầu tư nội địa cho khoảng 5% bệnh nhân điều trị hiện nay đã chiếm 20% nguồn kinh phí chương trình mục tiêu quốc gia.

Các rào cản về tài chính, xã hội, địa lý đang ảnh hưởng đến mở rộng điều trị ARV, đặc biệt khu vực vùng sâu, vùng xa, tỷ lệ bệnh nhân điều trị muộn còn cao, trên 30% bệnh nhân bắt đầu điều trị khi tế bào CD4 dưới 100. Khó khăn trong triển khai điều trị toàn diện cho bệnh nhân đồng nhiễm Lao, viêm gan. Hạn chế việc sử dụng xét nghiệm đo tải lượng virus trong theo dõi điều trị.

Giá thành thuốc điều trị bậc 2 rất cao, thị trường cung ứng còn rất hạn chế so với thuốc ARV bậc 1. Việc mua sắm thuốc trong nước cho tất cả loại thuốc ARV khó thực hiện, giá thành trong nước còn cao so với các dự án mua từ các nguồn chung quốc tế.

e) Công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được phát hiện và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chỉ mới đạt 57%, nhiều phụ nữ mang thai nhiễm HIV khu vực vùng sâu vùng xa được chẩn đoán nhiễm HIV muộn, tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử nên vẫn còn mất máu sau khi xét nghiệm HIV dương tính ở phụ nữ mang thai. Thiếu nguồn lực, do đó không triển khai đồng bộ được chương trình lây truyền HIV từ mẹ sang con, như thiếu sữa uống thay thế, mất máu sau sinh.

g) Công tác giám sát dịch, theo dõi và đánh giá

Thiếu số liệu ước tính quần thể nguy cơ cao, do đó hạn chế trong ước tính tình hình dịch HIV/AIDS và xây dựng kế hoạch can thiệp hằng năm. Thiếu nhân lực và đầu tư cho công tác giám sát dịch HIV/AIDS đã ảnh hưởng đến chất lượng thông tin về dịch tễ học HIV/AIDS. Chất lượng số liệu chương trình còn nhiều hạn chế, phụ thuộc nhiều cán bộ chương trình cung cấp, không có kinh phí, nguồn lực để giám sát chất lượng số liệu. Nhân lực cho công tác giám sát, theo dõi và đánh giá thay đổi thường xuyên. Chưa huy động được các báo cáo từ các tổ chức cộng đồng.

## **5. Nguồn lực ngày càng giảm, nguy cơ thực hiện các cam kết quốc tế phòng, chống HIV/AIDS ngày càng trở nên khó khăn**

Trong những năm gần đây, kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm mạnh. Nhiều nhà tài trợ đã dừng viện trợ cho phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam. Một số nhà tài trợ khác cũng đang giảm nhanh quy mô sẽ dừng viện trợ trong thời gian ngắn sắp tới (Quỹ Toàn cầu viện trợ đến hết 2017, PEPFAR viện trợ đến hết 2018). Nguồn Chương trình Mục tiêu quốc gia cho phòng chống HIV/AIDS cũng cắt giảm, không ổn định: từ 245 tỷ năm 2013, cắt 2/3, xuống còn 83 tỷ năm 2014 và năm 2015 được bố trí 120 tỷ, tăng không đáng kể.

Trong khi nguồn lực suy giảm thì các chỉ tiêu phòng, chống HIV/AIDS vẫn cần duy trì tăng cao (điều trị Methadone tăng từ 17.000 bệnh nhân lên 80.000 bệnh vào năm 2015 và tiếp tục tăng qua các năm). Nhu cầu điều trị ARV đến năm 2020 đạt 90% người nhiễm HIV được phát hiện.

## **V. KẾ HOẠCH CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS NĂM 2015**

### **1. Mục tiêu chung**

Mục tiêu năm 2015 là tiếp tục khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3%; mở rộng điều trị Methadone cho 80.000 bệnh nhân; điều trị ARV cho 105.000 người nhiễm HIV; phấn đấu hoàn thành các chỉ tiêu của CTMTQG HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015; hưởng ứng mục tiêu 90-90-90 của UNAIDS.

### **2. Các chỉ tiêu năm 2015**

2.1. Dự án Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS.

- 40% cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS của địa phương bao gồm các Ban, ngành, đoàn thể được đào tạo về truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.
- 50% cơ quan thông tin đại chúng địa phương đăng-phát thông tin về phòng, chống HIV/AIDS hàng tháng.
- 50% xã tổ chức hoạt động truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.
- 20% doanh nghiệp (nhỏ và vừa trở lên) tổ chức hoạt động phòng, chống HIV/AIDS

2.2. Dự án Giám sát dịch HIV và can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV

- Thực hiện 88.000 mẫu giám sát trọng điểm HIV.
- Thực hiện 189.000 mẫu giám sát phát hiện.
- Thực hiện 31.000 mẫu giám sát trọng điểm STI.
- 50% đối tượng có hành vi nguy cơ cao được xét nghiệm HIV.
- 20% các huyện được giám sát đảm bảo chất lượng số liệu báo cáo.
- 50% đối tượng nguy cơ cao được làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV.
- 80 % người NCMT sử dụng BKT sạch.
- 80 % người bán dâm sử dụng BCS trong quan hệ tình dục.
- 81.000 người được điều trị Methadone.

2.3. Dự án Hỗ trợ điều trị HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

- 100.200 người lớn và 4.800 trẻ em được điều trị ARV.
- 45% PNMT được xét nghiệm HIV.
- 40% người nhiễm HIV mắc lao được điều trị đồng thời Lao và ARV.
- 90% PNMT nhiễm HIV được điều trị dự PMTCT

2.4. Dự án Tăng cường năng lực các Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS. Tăng thêm 7/63 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS hoàn thành trụ sở và đưa vào sử dụng.

### **3. Các nhiệm vụ trọng tâm năm 2015:**

3.1. Tiếp tục hoàn thiện văn quy phạm pháp luật và các văn bản, hướng dẫn chuyên môn liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS.

3.2. Tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS; tiếp tục huy động 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; kết hợp chặt chẽ hoạt động phòng, chống HIV/AIDS với các hoạt động phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm.

3.3. Mở rộng triển khai các can thiệp giảm hại có hiệu quả, bao gồm phân phát và tiếp thị xã hội BKT, BCS; mở rộng điều trị Methadone theo chỉ tiêu được giao; tập trung can thiệp toàn diện vào các địa bàn trọng điểm và các nhóm nguy cơ cao về lây nhiễm HIV/AIDS.

3.4. Mở rộng và đa dạng hóa mô hình tư vấn và xét nghiệm HIV để tăng cường phát hiện HIV mới; triển khai xét nghiệm lưu động để phát hiện HIV ở khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào DTTS; 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.

3.5. Mở rộng điều trị ARV tại cộng đồng và trong trại giam, thực hiện điều trị ARV không phụ thuộc CD4 cho một số nhóm đối tượng đặc biệt. Cải thiện chất lượng chăm sóc điều trị HIV/AIDS. Phân cấp, lồng ghép điều trị HIV vào hệ thống y tế và triển khai mô hình mới về tăng tiếp cận điều trị HIV/AIDS bền vững.

3.6. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát; tổ chức đánh giá Chiến lược quốc gia và CTTMQG phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015; xây dựng mô hình giám sát dịch HIV/AIDS chủ động, phát hiện sớm các khu vực có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Triển khai ước tính và dự báo dịch giai đoạn 2015-2020.

3.7. Ổn định, củng cố và kiện toàn mạng lưới tổ chức phòng, chống HIV/AIDS các tuyến; lồng ghép các dịch vụ tư vấn, xét nghiệm, điều trị ARV, điều trị Methadone tạo thuận lợi cho người bệnh và tăng hiệu quả đầu tư; phân

cấp và lồng ghép các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS với các cơ sở y tế phù hợp. Từng bước phân cấp điều trị ARV về tuyến xã, phường.

3.8. Đẩy mạnh triển khai Đề án đảm bảo tài chính bền vững cho phòng, chống HIV/AIDS và đôn đốc các địa phương thực hiện Quyết định 1899/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ; xây dựng Đề án và cơ chế tài chính phù hợp cho phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2016-2020; huy động Quỹ BHYT chi trả cho điều trị ARV; huy động sự đóng góp một phần của xã hội cho điều trị Methadone; huy động ủng hộ quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV; tiếp tục huy động và sử dụng hiệu quả nguồn viện trợ quốc tế.

3.9. Tiếp tục đẩy mạnh hợp tác quốc tế; nâng cao năng lực nghiên cứu khoa học về phòng, chống HIV/AIDS; tổ chức Hội nghị khoa học quốc gia về HIV/AIDS lần thứ VI.

3.10. Tăng cường năng lực đội ngũ cán bộ lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS các tuyến. Xây dựng Kế hoạch tăng cường công tác phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2016-2020. Thiết lập hệ thống cung ứng thuốc, sinh phẩm y tế cho phòng, chống HIV/AIDS toàn quốc.

**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**