

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM



BÁO CÁO QUỐC GIA LẦN THỨ BA VỀ VIỆC THỰC HIỆN TUYÊN BỐ CAM KẾT VỀ HIV/AIDS

GIAI ĐOẠN BÁO CÁO: 1/2006 – 12/2007

Bản tuyên bố cam kết về HIV/AIDS được thông qua tại khóa họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hội đồng Liên hợp Quốc vào tháng 6 năm 2001, gọi tắt là UNGASS

HÀ NỘI, THÁNG 1 NĂM 2008

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ADB	Ngân hàng phát triển Châu Á
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ART	Liệu pháp điều trị kháng retro-virus
ARV	Thuốc kháng Retro-virus
ASEAN	Khối liên hiệp Đông Nam Á
AusAID	Cơ Quan Hỗ trợ Phát triển Úc
BCC	Truyền thông Thay đổi Hành vi
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CCM	Ban Điều phối của Quỹ Toàn cầu
CDC	Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật – Hoa Kỳ
CTĐ	Hội Chữ thập đỏ
DfID	Bộ Phát triển Quốc tế, Vương quốc Anh
ĐV	Đơn vị
FHI	Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế
GDVĐĐ	Giáo dục viên đồng đẳng
GFATM	Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét
GIPA	Tham gia hơn nửa của người sống với HIV
GS-ĐG	Giám sát Đánh giá
GTZ	Cơ quan Phát triển Kỹ thuật Đức
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
HPI	Tổ chức Sáng kiến Chính sách Sức khỏe
IBBS	Điều tra Giám sát Kết hợp hành vi và chỉ số sinh học về HIV/STI
ILO	Tổ chức Lao động Quốc tế
IOM	Tổ chức Di cư Quốc tế
JICA	Cơ quan Phát triển Quốc tế Nhật bản
KfW	Ngân hàng Tái thiết Đức
KHĐT	Kế hoạch và Đầu tư
KTNVQS	Khám tuyển nghĩa vụ quân sự
KV	Khu vực
LĐLĐVN	Liên đoàn Lao động Việt Nam
LĐTBXH	Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội
LHPN	Liên hiệp Phụ nữ
M&E	Theo dõi và Đánh giá
MDGs	Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ
MDM	Tổ chức Thầy thuốc thế giới
MSM	Nam quan hệ tình dục đồng giới
MTTQ	Mặt trận Tổ quốc

NCPI	Chỉ số Chính sách Kết hợp Quốc gia
NNPTNN	Bộ Nông nghiệp Phát triển Nông thôn
NORAD	Cơ Quan phát triển Quốc tế Na Uy
OVC	Trẻ mồ côi và dễ bị tổn thương
PBDX	Phân biệt đối xử
PC	Phòng chống
PEPFAR	Kế hoạch viện trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ cho phòng chống AIDS
PMTCT	Phòng lây truyền mẹ con
PNMD	Phụ nữ mại dâm
PSI	Tổ chức dịch vụ dân số Quốc tế
SKSS	Sức khỏe sinh sản
SKTD	Sức khỏe tình dục
STI	Các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục
TCCĐ	Tiếp cận cộng đồng
TCMT	Tiêm chích ma túy
TNCS HCM	Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh
TP HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
TT-GD-TT	Thông tin – Giáo dục – Truyền thông
TƯ	Trung ương
UB	Ủy ban
UNAIDS	Chương trình Phòng chống AIDS Liên Hợp Quốc
UNDP	Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc
UNESCO	Tổ chức Văn hóa Giáo dục Liên hợp quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc
UNGASS	Bản tuyên bố cam kết về HIV/AIDS được thông qua tại khóa họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hội đồng Liên hợp Quốc vào tháng 6 năm 2001
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp Quốc
UNODC	Tổ chức chống tội phạm và ma túy Liên hợp quốc
UNV	Tổ chức tự nguyện Liên hợp quốc
USAID	Cơ quan Hỗ trợ phát triển Hoa Kỳ
USD	Đồng Dollar Mỹ
VAAC	Cục Phòng chống HIV và AIDS Việt Nam
VCT	Tư vấn xét nghiệm tự nguyện
VPAIS	Điều tra Dân số và các chỉ số AIDS Việt Nam
VSĐT	Vệ sinh Dịch tễ
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
XH	Xã hội
XN	Xét nghiệm

MỤC LỤC

I. TÓM TẮT TÌNH HÌNH	4
II. TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS.....	7
III. ĐÁP ỨNG QUỐC GIA VỚI HIV/AIDS	12
IV. CÁC KINH NGHIỆM	26
V. NHỮNG THÁCH THỨC CHỦ YẾU VÀ GIẢI PHÁP	28
VI. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN QUỐC GIA	29
VII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ.....	32
PHỤ LỤC	
Phụ lục 1: Quá trình chuẩn bị báo cáo Quốc gia lần thứ ba đánh giá về việc thực hiện cam kết phòng chống HIV/AIDS	40
Phụ lục 2: Chỉ số chính sách kết hợp Quốc gia	41
Phụ lục 3: Tổng hợp ngân sách Quốc gia.....	75
Phụ lục 4: Chương trình Quốc gia, kiến thức, hành vi và tác động	76
Phụ lục 5: Danh sách đại biểu tham dự hội thảo đồng thuận	127

I. TÓM TẮT TÌNH HÌNH

Báo cáo Quốc gia lần thứ ba của Việt Nam về việc thực hiện Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS¹ được Bộ Y tế Việt Nam chuẩn bị và UNAIDS hỗ trợ trong thời gian từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2007. Báo cáo này ghi nhận những tiến bộ đáng kể của Việt Nam trong việc thực hiện cam kết về mở rộng tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho tất cả các đối tượng cần những dịch vụ này.

Báo cáo này được chuẩn bị với sự tham gia rộng rãi của các cơ quan Chính phủ, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế, các tổ chức dân sự xã hội và các cơ quan tài trợ quốc tế. Trong tháng 11 và 12 năm 2007, bản Chỉ số Chính sách Kết hợp quốc gia (NCPI) đã được gửi tới 55 cơ quan, tổ chức, cá nhân và nhóm/mạng lưới các tổ chức dân sự xã hội để tham khảo ý kiến. Hai hội thảo (một tại Hà Nội và một tại thành phố Hồ Chí Minh) đã được tổ chức với sự tham gia của nhiều tổ chức dân sự xã hội và người sống với HIV, với tổng số trên 116 đại biểu từ khắp nơi trên cả nước thảo luận đánh giá những thành tựu đã đạt được và thách thức sắp tới. Hội thảo Đồng thuận Quốc gia đã được tổ chức ngày 9 tháng 1 năm 2008 và 73 đại biểu từ 55 cơ quan, tổ chức trong nước và quốc tế, mạng lưới các tổ chức dân sự xã hội đã tham dự và góp ý cho bản dự thảo báo cáo cuối cùng. (*Xem Phụ lục 5 để biết danh sách đại biểu*).

Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam hiện vẫn chủ yếu tập trung trong các nhóm nguy cơ cao, với tỷ lệ hiện nhiễm cao trong các nhóm tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ bán dâm (PNBD) và khách mua dâm, và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Mối liên hệ qua lại giữa các nhóm nguy cơ cao, bao gồm việc dùng chung dụng cụ tiêm chích và tình dục không an toàn, nhất là trong đối tượng nam thanh niên, tiếp tục là nguyên nhân gia tăng của dịch HIV tại Việt Nam.

Những thành tựu nổi bật phản ánh nỗ lực và cam kết của Việt Nam trong giai đoạn báo cáo 2006-2007 được ghi nhận bao gồm: (1) Hoàn thiện hệ thống văn bản qui phạm Pháp luật về phòng chống HIV/AIDS; (2) củng cố tổ chức và bổ sung nhân sự cho hệ thống phòng chống HIV/AIDS cấp tỉnh, thành phố ở trên 90% các địa phương; (3) Thực hiện chủ trương “Ba thống nhất” với việc ban hành khung theo dõi và đánh giá chương trình; (4) Mở rộng nhanh độ bao phủ của các can thiệp dự phòng lây nhiễm cho nhóm nguy cơ cao; (5) Tăng khả năng tiếp cận với điều trị ARV cho người nhiễm HIV; (6) Tạo điều kiện và hỗ trợ sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội trong hoạt động dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; và (7) Tăng đầu tư ngân sách quốc gia cho dự phòng, chăm sóc HIV bên cạnh việc gia tăng hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế².

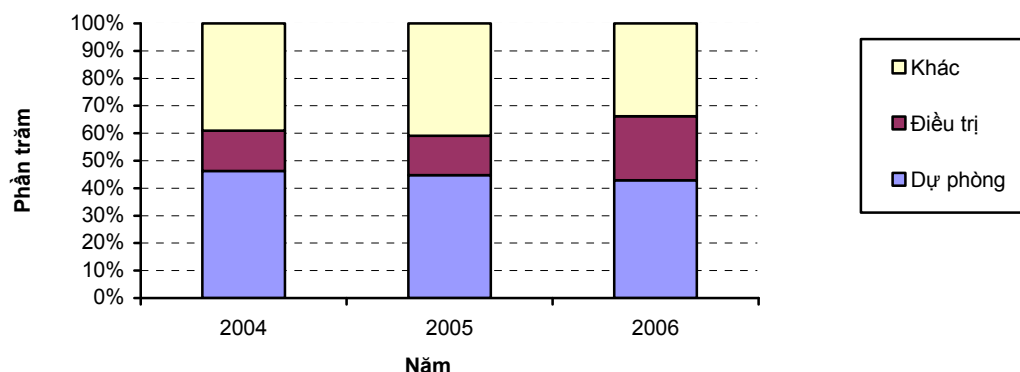
Ngân sách Trung ương phân bổ cho các chương trình phòng chống AIDS trong năm 2006 là 5 triệu USD và tăng lên thành 9,4 triệu USD trong năm 2007. Ngoài ngân sách từ Trung ương phân bổ cho các tỉnh, chính quyền địa phương cũng có trách nhiệm huy động các nguồn lực khác để thực hiện các chương trình phòng chống HIV. Tuy nhiên trong giai đoạn báo cáo này chưa có số liệu về các khoản tài chính huy động tại địa phương này.

Các nhà tài trợ quốc tế đóng đã đóng góp đáng kể cho tổng ngân sách chi cho phòng chống AIDS tại Việt Nam. Ước tính tổng ngân sách chi cho dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam trong năm 2006 là khoảng 56,8 triệu USD, trong đó 5 triệu USD là từ ngân sách trong nước và 51,8 triệu từ cộng đồng quốc tế. Nhìn chung, mặc dù đã

¹ Bản tuyên bố cam kết về HIV/AIDS được thông qua tại khóa họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc vào tháng 6 năm 2001 (UNGASS)

² Chi tiết xin xem ở Phần III và IV

thực hiện nhiều chính sách, chiến lược và hướng dẫn, phần lớn ngân sách chi cho các chương trình phòng chống AIDS vẫn là từ nguồn tài trợ quốc tế.



Biểu đồ 1: Ngân sách trung ương phân bổ cho phòng chống AIDS phân chia theo loại hình, giai đoạn 2004-2006

Các ứng phó của quốc gia liên quan đến chính sách và chương trình dự phòng, chăm sóc và điều trị được phân tích trong phần III và IV. Những chỉ số chính được nêu tại Phụ lục 4 và được tóm tắt trong bảng dưới đây.

Tóm tắt các chỉ số UNGASS

Chỉ số	Nguồn số liệu chủ yếu	Giai đoạn: 2006-2007
Cam kết và Hành động Quốc gia – Ngân sách thực chi		
1. Ngân sách trong nước và quốc tế chi cho AIDS chia theo loại hình và nguồn tài chính	Cục phòng, chống HIV/AIDS Báo cáo của nhiều tổ chức quốc tế Bộ Kế hoạch đầu tư/UNDP	Ngân sách Trung ương do chính phủ cấp: 2005: 19,42 triệu USD 2006: 12,75 triệu USD (chi thực tế đã báo cáo) 47.15 triệu USD (ước tính) 2007: 9,4 triệu USD (kinh phí của chính phủ)
Cam kết và Hành động Quốc gia – Xây dựng chính sách và tình hình thực thi các hoạt động		
2. Chỉ số kết hợp chính sách quốc gia (Trên các lĩnh vực: giới, các chương trình tại nơi làm việc, phân biệt và kỳ thị đối xử, dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ, nhân quyền, tham gia của dân sự xã hội, giám sát và đánh giá)	Kết quả NCPI	Phụ lục 3

Các Chương trình Quốc gia		
3. Tỷ lệ phần trăm các đơn vị máu được hiến tặng đã được sàng lọc HIV theo cách thức đảm bảo chất lượng		<i>Không có số liệu</i>
4. Tỷ lệ phần trăm số người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển được điều trị thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Báo cáo Chương trình Quốc gia 2006-2007. Cục phòng, chống HIV/AIDS	<i>Người lớn:</i> 2006: 18.1% 2007: 30% <i>Trẻ em:</i> 2006: Không có số liệu 2007: 789 trẻ
5. Tỷ lệ phần trăm số phụ nữ có thai HIV dương tính được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng thuốc kháng retro-virus đặc hiệu	Báo cáo Chương trình phòng lây truyền mẹ con của dự án PEPFAR 2006–2007.	Năm 2006: 9,2% Năm 2007: 13,9%
6. Tỷ lệ phần trăm các trường hợp HIV dương tính mới mắc lao đã được điều trị cả lao và HIV		<i>Không có số liệu</i>
7. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	Điều tra Dân số và Các chỉ số AIDS Việt Nam 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện Vệ sinh Dịch tễ, và ORC Macro	Nam: 2,1% Nữ: 2,6% Chung: 2,3%
8. Tỷ lệ phần trăm nhóm có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng vừa qua và được biết kết quả xét nghiệm	Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học về HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).	PNMD: 15,1% MSM: 16,3% TCMT: 11.4%
9. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV	Số liệu cho nhóm MSM: IBBS 2005 – 2006. Số liệu cho nhóm PNMD và TCMT: Báo cáo chương trình dự án DfiD và WB 2007	PNMD: 65,2% MSM: 25,6% TCMT: 43,2%
10. Tỷ lệ phần trăm hộ gia đình có trẻ mồ côi và trẻ dễ bị tổn thương nhận được các hỗ trợ cơ bản từ bên ngoài cho việc chăm sóc trẻ		<i>Không phù hợp với hình thái dịch Việt Nam – Không báo cáo</i>

11. Tỷ lệ phần trăm các trường học áp dụng chương trình giảng dạy kỹ năng sống liên quan đến HIV trong năm học vừa qua		Không có số liệu. Số liệu hiện đang được thu thập và sẽ được báo cáo vào năm 2008.
Kiến thức và Hành vi		
12. Số trẻ mồ côi được đi học trong tổng số trẻ mồ côi và không mồ côi tuổi 10-14		Không có số liệu
13. Tỷ lệ phần trăm thanh niên nam và nữ tuổi 15 – 24 vừa xác định đúng các biện pháp phòng tránh lây truyền HIV qua đường tình dục, vừa phân biệt được các quan niệm sai cơ bản về đường lây truyền	VPAIS 2005	Nam: 50,3% Nữ: 42,3% Chung: 46,2%
14. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm có nguy cơ cao vừa xác định đúng các biện pháp phòng tránh lây truyền HIV qua đường tình dục, vừa phân biệt được các quan niệm sai cơ bản về đường lây truyền HIV	IBBS 2005/06	PNBD: 34,5% MSM: 54,9% TCMT: 37,6%
15. Tỷ lệ phần trăm thanh niên nam và nữ trong độ tuổi 15-24 có quan hệ tình dục trước tuổi 15	VPAIS 2005	Nam: 0,5% Nữ: 0,3% Chung: 0,4%
16. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15-49 có quan hệ tình dục với hơn 1 bạn tình trong 12 tháng qua	VPAIS 2005	Nam: 0,7% Nữ: 0% Chung: 0,3%
17. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15-49 có quan hệ tình dục với hơn 1 bạn tình trong 12 tháng qua báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất*		Không có số liệu
18. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ mại dâm báo cáo có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất	IBBS 2005/06	PNMD: 97,1%
19. Tỷ lệ phần trăm nam giới báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam	IBBS 2005/06	61,3%

20. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất	IBBS 2005/06	36,4%
21. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy báo cáo có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần đây nhất	IBBS 2005/06	88,8%
Tác động		
22. Tỷ lệ phần trăm nam nữ thanh niên trong độ tuổi 15-24 nhiễm HIV*	VPAIS 2005	0,3%
23. Tỷ lệ phần trăm số người trong nhóm nguy cơ cao nhiễm HIV	IBBS 2005/06 Giám sát trọng điểm HIV	PNMD: 4,2% MSM: 9% TCMT: 23,1%
24. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV đang được điều trị đến hết tháng thứ 12 kể từ ngày bắt đầu điều trị thuốc kháng Retro-virus đặc hiệu	Thu thập số liệu thuần tập ART, 2007	Người lớn: 81% Trẻ em: 93,1%
25. Tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV	Ước tính do UNAIDS Geneva thực hiện	

Nguồn số liệu của các chỉ số trên từ nhiều báo cáo chương trình khác nhau, từ các ước tính và dự đoán của Bộ Y tế, từ Giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam tiến hành trong giai đoạn 2005 – 2006, và Điều tra dân số và các chỉ số AIDS Việt Nam 2005 (VPAIS). Phần lớn các số liệu thu được đều không có số liệu theo giới và nhóm tuổi, và do phương pháp lấy mẫu (chỉ một số tỉnh nhất định tham gia vào các điều tra nghiên cứu). Các kết quả ở đây không phản ánh được chính xác tình hình dịch trên toàn quốc.

Hiện không có số liệu cho 6 chỉ số (3, 6, 10, 11, 12 và 17), do vậy các chỉ số này không được báo cáo. Do thay đổi về định nghĩa của chỉ số 3 là chỉ số tập trung đánh giá quy trình chất lượng sàng lọc máu tại các phòng xét nghiệm, nên hiện không có số liệu báo cáo cho chỉ số này. Chúng tôi đã cố gắng thu thập số liệu về chương trình điều trị đồng nhiễm HIV và lao, tuy nhiên, do cách tính chỉ số của chúng tôi khác với hướng dẫn của UNGASS nên không có số liệu để báo cáo theo CRIS. Chỉ số 11 và 17 đã được đưa vào bộ chỉ số của khung giám sát và đánh giá quốc gia và sẽ được công bố trong báo cáo giai đoạn tiếp theo. Chỉ số 10 chỉ áp dụng cho các quốc gia có tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong dân số nói chung cao hơn 5% và do đó không áp dụng cho Việt Nam.

II. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH HIV TẠI VIỆT NAM

Tình hình dịch hiện tại

Dịch HIV ở Việt Nam hiện tại vẫn trong giai đoạn tập trung, với tỉ lệ hiện nhiễm cao nhất được phát hiện trong các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao, đó là những người tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD) và nam tình dục đồng giới (MSM). Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong dân cư nói chung, ước tính khoảng 0,53%. Theo ước tính và dự báo 2005, ước tính có khoảng 293.000 người sống với HIV trong năm 2007.

Tính đến ngày 31/8/2007, số lũy tích được báo cáo là 132.628 các trường hợp nhiễm HIV, 26.828 trường hợp đã chuyển thành bệnh nhân AIDS và 15.007 ca tử vong do AIDS. Tất cả 64 tỉnh, thành phố trên toàn quốc, 96% trong số tổng số 659 quận/huyện và hơn 66% trong tổng số 10.732 xã/phường đã có báo về các trường hợp nhiễm HIV. Trong số các ca nhiễm HIV được báo cáo, 78,9% ở độ tuổi từ 20 -39. Nam giới chiếm 85,2% trong tổng số các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện. Số người trẻ nhiễm HIV ngày càng gia tăng và sự lây truyền qua đường tình dục khác giới bắt đầu xuất hiện nhiều hơn.

Có sự khác biệt lớn về thời gian xuất hiện dịch HIV tại các địa phương của Việt Nam. Dịch HIV xuất hiện đầu tiên ở thành phố Hồ Chí Minh và một số nơi thuộc vùng biển Đông Bắc, trong khi các vùng miền khác của đất nước, dịch mới xuất hiện gần đây. Sự khác biệt này đã đưa đến thực tế là các ca nhiễm HIV tập trung theo vùng địa lý, tại một số tỉnh và các thành phố lớn, nơi có dịch chủ yếu xảy ra trong các nhóm tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm và nam tình dục đồng giới. Quảng Ninh là tỉnh có tỉ lệ hiện nhiễm HIV cao nhất trên 100.000 người, thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) có số trường hợp báo cáo phát hiện nhiễm HIV cao nhất (tính đến ngày 31/7/2006, có 23.321 trường hợp nhiễm, chiếm 17,32% tổng số trường hợp nhiễm HIV báo cáo trên toàn quốc)

Các Trung tâm Lao động, Giáo dục và Điều trị cho những người sử dụng ma túy và mại dâm (do Nhà nước quản lý dành riêng cho người tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm) ngày càng trở nên quan trọng đối với tình hình dịch HIV ở Việt Nam. Ước tính đến cuối năm 2006, có 42.000 người sử dụng ma túy (chiếm khoảng ¼ tổng số người sử dụng ma túy được báo cáo), và 3.234 phụ nữ mại dâm (chiếm 14% tổng số phụ nữ mại dâm được báo cáo) đang sống tại 84 Trung tâm trên toàn quốc.³ Tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong số các học viên (phần lớn là người tiêm chích ma túy) khoảng từ 40 đến 50%, với con số 18.000 đến 22.600 học viên sống với HIV trong các Trung tâm này, chiếm 16–19% số các ca nhiễm HIV được báo cáo tại Việt Nam năm 2006. Đến tháng 6/2007, Bộ LĐTBXH ước tính con số người tiêm chích ma túy trong các Trung tâm Giáo Dục và Điều Trị đã tăng lên đến tới khoảng 60.000 người.

³ Bộ Lao động, Thương Binh, Xã hội, Việt Nam (2006): Niên Giám Thống Kê

Đánh giá hình thái và chiều hướng dịch HIV ở Việt Nam

Bảng 1: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV – Kết quả Giám sát Trọng điểm năm 2001 – 2006

Nhóm đối tượng	Tỷ lệ nhiễm HIV theo năm (%)					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nghiện chích ma túy	29,4	29,4	26,8	28,6	25,5	23,2
Phụ nữ mại dâm	4,7	5,9	4,3	4,4	3,5	4,0
Phụ nữ trước sinh	0,30	0,34	0,24	0,35	0,35	0,37
Nam KTNVQS	0,93	0,65	0,45	0,44	0,31	0,16
Bệnh nhân STI	2,6	2,1	1,5	1,4	2,5	2,2

Do còn nhiều hạn chế, các số liệu báo cáo phát hiện không phản ánh được tình hình chung của dịch cũng như chiều hướng diễn biến của dịch. Để đánh giá hình thái và chiều hướng dịch, các số liệu thu được từ giám sát trọng điểm và điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS) được tiến hành năm 2005/2006 được sử dụng để đưa ra những nhận định về hình thái dịch ở Việt Nam như sau:

- Tỷ lệ nhiễm HIV rất cao ở nhóm người nghiện chích ma túy (NCMT). Tỷ lệ nhiễm trung bình toàn quốc là 28,6% với các tỷ lệ khác nhau ở các tỉnh/ thành phố. Một số tỉnh có tỷ lệ nhiễm trung bình cao như Quảng Ninh 54,5%, TP Hồ Chí Minh 47,6%, Hải Phòng 46,25%, Cần Thơ 45%, Thái Nguyên 40,75% và Điện Biên 36,83%
- Tỷ lệ nhiễm trung bình ở nhóm phụ nữ mại dâm trên toàn quốc là 4,4%, và cũng khác nhau theo địa phương trên toàn quốc (như Cần Thơ, tỷ lệ là 33,86% năm 2006, trong khi tỷ lệ này ở Hà Nội là 14,25%)
- Theo điều tra IBBS, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm mẫu nhỏ (790) thu được ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh lần lượt là 9% và 5%.

Hiện vẫn còn thiếu các số liệu cập nhật về ước tính một cách chính xác tổng số người tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm, nam tình dục đồng giới (MSM) và tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong các nhóm có nguy cơ cao này (kể cả nhóm di biến động).

- Tỷ lệ nhiễm trong nhóm phụ nữ trước sinh và thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự liên tục được quan sát thấy ở mức thấp, 0,37% và 0,16% đối với từng nhóm, theo kết quả điều tra các nghiên cứu giám sát trọng điểm.

2. Có sự đan chéo giữa các hành vi có nguy cơ như sử dụng chung dụng cụ tiêm chích và quan hệ tình dục không an toàn.

- Theo kết quả điều tra giám sát IBBS, tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm trong nhóm NCMT trong thời gian 6 tháng trước điều tra là khá cao, đặc biệt là ở TP Hồ Chí Minh, An Giang, và Đà Nẵng với tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm lần lượt là 36,8%; 33% ; và 29,3%

- Người NCMT cũng có các hành vi tình dục có nguy cơ với nhiều bạn tình khác nhau, trong đó có cả PNMD (ví dụ, tỷ lệ phần trăm số người NCMT báo cáo có quan hệ tình dục với PNMD tại một số tỉnh là An Giang 43%; Cần Thơ 28,7%; và Hà Nội 20,5%). Tỷ lệ quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su giữa người NCMT và PNMD là tương đối cao: 55% ở An Giang và 54,8% ở TP Hồ Chí Minh.
- Nhóm PNMD không thường xuyên sử dụng bao cao su với khách hàng và những bạn tình khác: tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên với khách hàng (bao gồm cả khách thường xuyên và khách lạ trong tháng trước đó tương đối thấp 37%– 62%); Có tỷ lệ khá cao PNMD tiêm chích ma túy: 18,52% ở Cần Thơ và 24,36% ở Hà Nội. Tỷ lệ này hiện đang có xu hướng gia tăng.
- Nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) không sử dụng bao cao su thường xuyên khi quan hệ tình dục với bạn tình qua đường hậu môn, họ cũng quan hệ tình dục với nam mại dâm và cả phụ nữ. Tỷ lệ nhiễm HIV năm 2006 trong nhóm MSM là 9,4% ở Hà Nội và 5,3% ở TP Hồ Chí Minh.

III. CÁC ĐÁP ỨNG CỦA QUỐC GIA

Chính phủ Việt Nam nhận thức một cách rõ ràng tầm quan trọng của công tác phòng chống HIV như một trong những nội dung của công cuộc phát triển đất nước, công việc này đòi hỏi phải huy động sự tham gia tất cả các ban ngành, đoàn thể và các đối tác khác nhau ngoài ngành y tế. Cục Phòng, Chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) trực thuộc Bộ Y tế báo cáo về các vấn đề liên quan đến HIV và tiến độ của công tác này với một ủy ban được tổ chức đa ngành, đó là Ủy ban Quốc gia Phòng, Chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm, do một Phó Thủ tướng làm chủ tịch.

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ quan trọng trong công cuộc phòng chống HIV kể năm 2004, sau khi công bố Chiến lược Quốc gia Phòng, Chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến 2010 và Tầm nhìn 2020 (dưới đây sẽ được gọi là Chiến lược PC HIV) và thành lập Cục Phòng Chống AIDS Việt Nam. Như đã được đề ra trong Chiến lược PC HIV và dưới sự điều phối của Cục Phòng Chống AIDS Việt Nam, chín Chương trình Hành động Quốc gia đã được xây dựng nhằm đưa ra các hướng dẫn chi tiết về việc thực hiện các chương trình phòng, chống HIV, chỉ đạo các ứng phó của quốc gia. Chiến lược PC HIV cũng yêu cầu các cơ quan thành viên của Ủy ban Quốc gia Phòng, Chống AIDS, Ma túy và Mại dâm xây dựng các chương trình hành động của bộ, ban, ngành mình nhằm thực hiện công tác phòng chống AIDS của quốc gia. Khung chính sách quan trọng này đã giúp Việt Nam bắt tay vào việc thực hiện chủ trương “Ba Thống Nhất” (gồm Một cơ quan điều phối công tác phòng chống AIDS của quốc gia, Một chương trình phòng chống AIDS quốc gia và Một hệ thống Theo dõi & Đánh giá), đồng thời từng bước tiến tới hoàn thành các cam kết về Tiếp cận Phổ cập đối với các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

Ngoài ra, các Trung tâm Phòng Chống AIDS tại tuyến tỉnh đang tăng cường số lượng đội ngũ cán bộ chuyên trách phòng chống HIV cho tuyến tỉnh và quận/huyện. Việc lồng ghép các chương trình quốc gia với các chương trình do quốc tế tài trợ hiện đang được chú trọng nhằm tăng cường hơn nữa sự tham gia tích cực của các ban ngành, đoàn thể vào các chương trình hoạt động và cung cấp dịch vụ phòng chống HIV.

Trong báo cáo này, các ứng phó với AIDS của Việt Nam được nhìn nhận ở bốn lĩnh vực chính như sau: (1) Lãnh đạo, Quản lý, (2) Khung chính sách và pháp luật; (3) Dự phòng lây nhiễm HIV; (4) Điều trị, Chăm sóc và Hỗ trợ.

1. Lãnh đạo, Quản lý:

Lãnh đạo

Trong các năm 2006-2007, công tác phòng chống HIV trở thành tâm điểm của chương trình nghị sự cùng với sự tham gia tích cực từ phía những người lãnh đạo cấp cao của Đảng, Quốc hội và Chính phủ.

Những sự kiện quan trọng nổi bật đã diễn ra là:

- Hội nghị về Vai trò Lãnh đạo với công tác phòng chống HIV do Phó Thủ tướng chính phủ Trương Vĩnh Trọng, Phó chủ tịch Quốc hội - bà Tòng Thị Phóng, và Trưởng Ban Tuyên Giáo Trung ương – ông Tô Huy Rứa chủ trì. Hội nghị đã nhấn mạnh đến vai trò của những người lãnh đạo và công tác lãnh đạo, đặc biệt vai trò lãnh đạo của Đảng đối với công cuộc phòng chống AIDS của quốc gia.

- Các cuộc họp đánh giá thường niên của dự án Tăng cường Vai trò lãnh đạo trong Phòng chống HIV của Đảng và Quốc hội.
- Hội thảo Nghị sĩ các nước Đông Dương trao đổi về Luật pháp và Chính sách trong phòng chống HIV/AIDS
- Hội nghị đầu tiên về Theo dõi Đánh giá chương trình phòng, chống HIV của Việt Nam có sự tham gia của các nhà lãnh đạo, những cán bộ chương trình ở các cấp, những cán bộ làm công tác theo dõi đánh giá cũng như các đối tác ở tuyến tỉnh và trung ương và những người sống với HIV. Hội nghị này đã trao đổi và thống nhất về Khung Theo dõi Đánh giá Quốc gia cũng như các hình thức sử dụng số liệu.
- Hội nghị Quốc gia về Giảm thiểu tác hại trong phòng chống HIV, do Phó thủ tướng Chính phủ Trương Vĩnh Trọng chủ trì. Cuộc hội nghị đã tập hợp các nhà lãnh đạo, đội ngũ chuyên môn từ tất cả các tỉnh thành trong cả nước, đại diện các Ban của Đảng và các cơ quan Chính phủ bàn bạc và thống nhất về *cách làm thế nào* để đẩy nhanh chương trình Giảm thiểu tác hại trong phòng chống HIV tại Việt Nam. Hội nghị đã phê chuẩn Chương trình Hành động Quốc gia về Giảm thiểu tác hại trong phòng chống HIV.
- Ban Tuyên giáo Trung ương luôn đi đầu trong việc cổ vũ cho các can thiệp giảm tác hại và giảm kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người sống với HIV

Trong tất cả các sự kiện này, người sống với HIV đã được mời tham gia và phát biểu với các đại biểu tham dự hội nghị. Điều này khẳng định việc lãnh đạo Đảng, Quốc hội và Chính phủ thừa nhận vai trò quan trọng của người sống với HIV trong công cuộc chống trả với dịch.

Đảng ủy và Ủy ban Nhân dân các cấp đã lồng ghép công tác phòng chống HIV vào kế hoạch phát triển của địa phương, đặc biệt trong chiến lược xóa đói giảm nghèo. Cùng với việc thiết lập hệ thống quản lý thông tin nhằm theo dõi việc thực hiện Chỉ thị 54, các cơ quan Đảng đã thực sự thể hiện sự cam kết và nêu cao vai trò lãnh đạo trong các ứng phó của Quốc gia nhằm chống lại HIV.

Đầu tư Kinh phí:

- Chính phủ Việt Nam hỗ trợ các hoạt động và dịch vụ được xây dựng tại các Chương trình Hành động Quốc gia. Kinh phí dành cho phòng chống AIDS năm 2007 là 9,4 triệu USD, tăng 4 triệu USD so với 2006. Ngân sách quốc gia cho các hoạt động phòng chống HIV đã tăng 58% so với số liệu đưa ra trong báo cáo giai đoạn 2004–2005. Do nguồn kinh phí này phải phân bổ cho việc thực hiện các hoạt động phòng chống HIV của 18 bộ, ban ngành, với hệ thống ngành dọc xuống đến tất cả 64 tỉnh/thành phố, nên kinh phí hoạt động cho từng chương trình tương đối hạn chế. Ngoài ra, lãnh đạo tỉnh/ thành và địa phương luôn được yêu cầu tăng cường các nguồn lực cho việc thực hiện các hoạt động và dịch vụ có liên quan đến HIV.
- Tổng số kinh phí dành cho chương trình phòng chống HIV Quốc gia đã gia tăng đáng kể do việc các nguồn hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế ngày càng gia tăng. Hỗ trợ của các nhà tài trợ quốc tế cho các chương trình phòng chống AIDS đã tăng từ 13 triệu USD năm 2005 lên 47,15 triệu USD trong năm 2006. Tại thời điểm chuẩn bị báo cáo, chưa có số liệu giải ngân về nguồn kinh phí này.
- Phần lớn số kinh phí cho các ứng phó phòng chống AIDS của Quốc gia là từ nguồn viện trợ phát triển của các tổ chức quốc tế. Các tổ chức tài trợ chính bao gồm PEPFAR, Quỹ

Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM), Vương quốc Anh (DfID), Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB) và Ngân hàng Thế giới (WB). Đóng góp của các nhà tài trợ đã hỗ trợ Việt Nam rất lớn trong việc mở rộng và tăng cường các hoạt động dự phòng và điều trị HIV trên toàn quốc.

Củng cố cơ sở vật chất chăm sóc y tế và tăng cường nguồn nhân lực:

Cục Phòng, Chống AIDS Việt Nam (VAAC) thành lập năm 2005, tiếp đến việc thiết lập các Trung tâm Phòng, Chống AIDS tuyến tỉnh/thành phố trong các năm 2006 và 2007. Hiện tại, 58 trong tổng số 64 tỉnh/thành phố đã có Trung tâm Phòng Chống AIDS. Trung tâm Phòng Chống AIDS tuyến tỉnh đặt dưới sự quản lý của Sở Y tế, với một số cán bộ chuyên trách và bán chuyên trách. Tính đến cuối năm 2007, có tổng số 943 cán bộ chuyên trách làm việc tại các Trung tâm Phòng Chống AIDS tỉnh/thành phố. Đồng thời, Cục Phòng Chống AIDS Việt Nam đã phân công 4 Viện Vệ sinh Dịch tễ khu vực chịu trách nhiệm hỗ trợ các tỉnh, thành trong khu vực, tăng cường phân cấp quản lý trong việc thực hiện các ứng phó phòng chống AIDS của quốc gia.

Các Trung tâm Phòng Chống AIDS tuyến tỉnh/thành phố hỗ trợ việc thực hiện các hoạt động phòng chống AIDS tại tất cả các tuyến địa phương, và đưa công tác phòng chống HIV vào chương trình nghị sự của chính quyền địa phương.

Tuy nhiên, do mới được thành lập nên hệ thống tổ chức phòng chống AIDS ở tuyến tỉnh, thành phố còn nhiều hạn chế về số lượng và năng lực, địa phương vẫn rất cần được đầu tư về tăng cường năng lực - cả về nhân lực và vật lực, để có thể thực hiện được các kế hoạch hành động mới được ban hành và các văn bản pháp luật khác.

Phối kết hợp Đa ngành:

Chính phủ Việt Nam xác định công tác phòng chống AIDS là công việc trọng tâm của tất cả các bộ, ban ngành và toàn thể xã hội. Chiến lược Quốc gia Phòng Chống HIV đã phân công nhiệm vụ và trách nhiệm cho các Bộ và các ngành, gồm 6 Bộ, Ủy ban Nhân dân các tỉnh/thành phố và các cơ quan truyền thông đại chúng của Nhà nước. Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, một tổ chức chính trị của Đảng Cộng sản Việt Nam và các đoàn thể quần chúng cũng được yêu cầu lãnh đạo và huy động các đoàn thể xã hội tham gia thực hiện công tác phòng chống HIV. Tất cả các Bộ, ban ngành, đoàn thể quần chúng phải lồng ghép các hoạt động phòng chống HIV vào chiến lược, kế hoạch và đầu tư ngân sách để thực hiện các hoạt động này. Tại cấp Bộ, phần lớn các Bộ đã đưa công tác phòng chống HIV vào kế hoạch hoạt động của ngành.

Dưới đây là một số điểm nổi bật về các hoạt động cơ bản đã được các Bộ, ban ngành thực hiện tại Việt Nam:

- Tổng Liên đoàn Lao động đã từng bước thực hiện chương trình phòng chống HIV tại nơi làm việc, nâng cao nhận thức cho chủ lao động và người lao động tại các cơ sở làm việc.
- Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam (LHPN) hỗ trợ việc thành lập các Câu lạc bộ Đồng cảm và triển khai dự án GIPA nhằm tăng cường sự tham gia của người sống với HIV vào các ứng phó của quốc gia. Hội LHPN cũng khuyến khích người cao tuổi tham gia các hoạt động phòng chống HIV. Ngoài ra, Hội còn tổ chức rất nhiều hình thức hoạt động phòng chống HIV cho hội viên trên toàn quốc.
- Mặt trận Tổ quốc đã xây dựng các tiêu chuẩn về gia đình và cộng đồng văn hóa không kỳ thị phân biệt đối xử với người sống với HIV.

Tuy nhiên, vấn đề phân bổ kinh phí và thực hiện kế hoạch hành động của các Bộ vẫn cần được tăng cường hơn nữa. Cho dù đã có các kế hoạch lồng ghép các hoạt động phòng chống HIV, nhưng phần lớn kinh phí thực hiện các hoạt động này lại chỉ duy nhất được phân bổ từ Chương trình Quốc gia. Hãn hữu mới có ngành và chính quyền địa phương có đủ kinh phí để thực hiện các hoạt động đã có trong kế hoạch. (Ví dụ: Bộ Giáo dục và Đào tạo đã xây dựng chương trình hành động quốc gia cho bậc phổ thông trung học, nhưng vẫn chưa có kinh phí để triển khai).

Cho dù đã có cơ quan điều phối đa ngành, nhưng cần có các nỗ lực nhằm củng cố công tác điều phối trong và ngoài Bộ, ngành để có thể hoàn thành được việc lồng ghép các can thiệp phòng chống HIV khác nhau. Mỗi liên kết giữa các dịch vụ HIV với các dịch vụ khác, như Sức khỏe Tình dục và Sinh sản, các Dịch vụ Dân số, cần được tăng cường hơn nữa.

Trong các năm 2006–2007, ghi nhận một số thành công cơ bản về nỗ lực của Chính phủ trong việc hài hòa hóa công tác điều phối với các đối tác quốc tế.

- Hoàn thành và phê duyệt Chương trình Hành động Quốc gia số 9 về Tăng cường Năng lực và Hợp tác Quốc tế trong phòng chống HIV.
- Hoàn thành và phê duyệt Kế hoạch Hành động về Điều phối Quốc gia trong phòng chống HIV, nỗ lực đồng bộ của Cục Phòng Chống AIDS Việt Nam và các đối tác quốc tế nhằm thực hiện “Tuyên bố Hà nội”

Những kế hoạch đầy hứa hẹn này mới chỉ được phê chuẩn gần đây và việc thực thi được các kế hoạch này vẫn còn đang ở phía trước và sẽ đòi hỏi nỗ lực nhiều hơn từ tất cả các đối tác, các bên tham gia.

Tại tuyến tỉnh, công tác điều phối đa ngành trong phòng chống HIV rất khác nhau, tại các địa phương có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao, công việc này được quan tâm hơn. Thành phố Hồ Chí Minh là một ví dụ điển hình về việc Ủy ban Phòng chống AIDS thành phố điều phối công tác phòng chống HIV một cách có hiệu quả, phối kết hợp việc thực hiện Chương trình Quốc gia với các Dự án tài trợ quốc tế khác nhằm tránh sự chồng chéo về kinh phí cũng như độ bao phủ của các can thiệp.

Sự tham gia của các tổ chức Dân sự Xã hội

So sánh với báo cáo trước, báo cáo này có sự đóng góp rất lớn từ phía các Tổ chức Xã hội Dân sự trong các ứng phó phòng chống HIV của quốc gia. Các năm 2006 và 2007 đã chứng kiến những tiến triển mạnh mẽ về sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự vào tất cả các lĩnh vực của công cuộc phòng chống HIV, từ chăm sóc và hỗ trợ, đến truyền thông thay đổi hành vi, từ xét nghiệm tư vấn tự nguyện đến giảm tác hại, từ giảm dần khoảng cách tiến tới tham gia vào các quá trình xây dựng chính sách. So sánh với báo cáo trước, sự tham gia và các đóng góp của xã hội dân sự đã được công nhận và tín nhiệm hơn.

Việc ra đời Diễn đàn Xã hội dân sự Hợp tác phòng chống HIV/AIDS vào cuối năm 2007 đã đánh dấu sự kết hợp chặt chẽ giữa các tổ chức/ các nhóm dân sự xã hội cho công tác phòng và chống HIV. Việc tổ chức thành công hai hội thảo để thu thập ý kiến của xã hội dân sự cho báo cáo này cho thấy vai trò của diễn đàn. Trong hai năm vừa qua, xã hội dân sự đã đóng góp đáng kể vào các ứng phó phòng chống HIV của quốc gia:

- Số lượng các nhóm *tự lực* ngày càng gia tăng (60 nhóm với hơn 4.000 thành viên). Các nhóm tự lực đã tổ chức thành các mạng lưới không chính thức. Thành viên của các nhóm

này đã tham gia một cách tích cực vào quá trình xây dựng chính sách; nâng cao nhận thức thông qua việc cập nhật các chủ chương, chính sách pháp luật mới; hỗ trợ các dịch vụ điều trị ARV tại các cơ sở y tế; chuyển gửi khách hàng giữa các dịch vụ y tế và các dịch vụ xã hội. Cuối cùng nhưng rất quan trọng, đó là các nhóm trở thành lực lượng chính chống lại tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sống với HIV và trẻ nhiễm và chịu ảnh hưởng của HIV.

- Các nhóm tôn giáo khác nhau, như Phật giáo, Thiên Chúa giáo, Tin Lành, Cao Đài vv... ngày càng tham gia vào các hoạt động phòng chống HIV của quốc gia, đặc biệt về chống kỳ thị và phân biệt đối xử, chăm sóc và hỗ trợ về thể lực và tinh thần tại các cơ sở y tế và tại gia đình. Một số cơ sở tôn giáo đã giúp đỡ nơi ăn chốn ở, chăm sóc trẻ nhiễm và chịu ảnh hưởng của HIV. Một số cơ sở tôn giáo đã cung cấp hoạt động về chăm sóc giảm đau và mai táng cho những người sống với HIV. Hội đồng Giám mục Việt Nam đã tiến hành các đào tạo về kỹ năng sống và giáo dục giới tính cho thanh thiếu niên.
- Các tổ chức cộng đồng đã mở rộng trên toàn quốc với số lượng ngày càng tăng thành viên gia đình của những người sống với HIV tham gia tích cực vào các hoạt động của các nhóm. Thành viên của các nhóm cộng đồng đã hoạt động về chăm sóc và hỗ trợ, kể cả tạo công việc cho người sống với HIV, nâng cao hiểu biết về dự phòng HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.
- Các nhóm có hành vi nguy cơ cao (MSM, PNMD, người TCMT) đã tham gia vào các hoạt động giáo dục đồng đẳng; truyền thông thay đổi hành vi; các hoạt động giảm hại; các dịch vụ chuyển gửi; nghiên cứu, điều tra và giám sát dịch; tư vấn và hỗ trợ tinh thần cho những người có nguy cơ lây nhiễm HIV.
- Các tổ chức phi chính phủ địa phương đã tiến hành các nghiên cứu và điều tra, tiến hành các dự án tại cộng đồng, thí điểm mô hình giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, giảm thiểu tác hại, chăm sóc dựa vào cộng đồng, tư vấn, hỗ trợ kinh tế - xã hội cho người sống với HIV. Các tổ chức này cũng hỗ trợ kỹ thuật và chia sẻ các nguồn lực với các nhóm tự lực. Các tổ chức phi chính phủ địa phương tiến hành các công việc về vận động chính sách. Các tổ chức này đã làm cầu nối giữa các tổ chức quốc tế với các đối tượng được hưởng lợi từ chương trình hoạt động của họ.
- Đại diện của các tổ chức xã hội dân sự đã tham gia vào các sự kiện quan trọng của quốc gia như: các cuộc họp, hội nghị cấp quốc gia, đoàn đại biểu tới dự các cuộc họp quốc tế (như tham dự cuộc Họp Cấp Cao 2006, Hội nghị Theo dõi Đánh giá Quốc gia 2007), các diễn đàn khác nhau.

Các tổ chức xã hội dân sự đã chủ động trong việc đi tìm các nguồn lực nhằm nâng cao năng lực để trở thành đối tác bình đẳng trong các hoạt động ứng phó với HIV của Quốc gia. Các tổ chức xã hội dân sự có nhu cầu được nâng cao năng lực hơn nữa để hiểu biết hơn về các chương trình phòng chống HIV nhằm hoạt động có hiệu quả hơn cho công tác dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ, cũng như công việc quản lý

Do có sự tham gia ngay từ đầu vào quá trình chuẩn bị, so sánh với báo cáo giai đoạn trước, các tổ chức xã hội dân sự đã tổ chức và tham gia một cách toàn diện trong quá trình đóng góp về phần nội dung cho báo cáo này. Các tổ chức xã hội dân sự đã nhận được sự cởi mở và công nhận của Chính phủ, đây là một biểu hiện về việc công nhận những đóng góp của xã hội dân sự cho các Ứng phó phòng chống HIV của Quốc gia. Tuy nhiên đây mới chỉ là sự mở đầu,

cần có thêm nhiều hơn nữa sự tham gia, đóng góp của các tổ chức xã hội dân sự trong quá trình thực hiện triển khai các chương trình phòng chống AIDS, cũng như trong quá trình xây dựng chính sách và lập kế hoạch.

Một mạng lưới nữa gồm các tổ chức phi chính phủ quốc gia và quốc tế hoạt động về HIV, do UNAIDS Việt Nam đóng vai trò thư ký, có các cuộc họp thường kỳ và các hội thảo chuyên đề. Trong hai năm qua, mạng lưới này đã tổ chức được 20 cuộc họp, với tổng số 700 thành viên đến từ 54 cơ quan Chính phủ, phi chính phủ và các tổ chức quốc tế đã tham dự các cuộc họp này. Cách tổ chức các cuộc họp này đã tạo ra một diễn đàn trao đổi thông tin và hợp tác giữa các tổ chức có cùng quan tâm về công việc, kinh nghiệm, kế hoạch và các thông tin có liên quan đến ứng phó quốc gia phòng chống AIDS tại Việt Nam.

2. Khung Chính sách và Pháp luật:

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ to lớn về việc xây dựng chính sách và các văn bản pháp luật có liên quan tới công tác phòng, chống HIV. Những văn bản chính sách cơ bản đã được xây dựng và ban hành trong hai năm qua đã thể hiện sự cam kết và nỗ lực của Chính phủ Việt Nam trong các ứng phó phòng chống HIV.

- Bộ luật về phòng, chống HIV/AIDS được Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam thông qua vào ngày 29 tháng 6 năm 2006. Đây là một văn bản quan trọng nhất liên quan đến pháp luật về phòng và chống HIV. Bộ luật đã bảo vệ các quyền của người sống với HIV, chống kỳ thị và phân biệt đối xử, quy định rõ trách nhiệm của Chính phủ và các ban ngành khác của xã hội tham gia thực hiện công tác phòng chống AIDS.
- Nghị định 108/2007/NĐ-CP của Chính phủ ban hành ngày 26/6/2007 hướng dẫn thi hành Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Nghị định 108 tạo hành lang pháp lý quan trọng cho việc thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV, điều trị đặc hiệu HIV, chăm sóc trẻ em nhiễm HIV bị bỏ rơi, người nhiễm HIV không nơi nương tựa.
- Quốc hội và các cơ quan dân cử, thông qua Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội tại tuyến trung ương, cùng các tổ chức Hội đồng Nhân dân có trách nhiệm giám sát việc thực thi Luật phòng chống HIV/AIDS và Nghị định 108.
- Thông tư liên Bộ Tài chính – Bộ Y tế số 147/2007/TTLT/BTC-BYT mới ban hành ngày 12/12/2007 quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010 với nhiều điều chỉnh cơ bản, tạo điều kiện cho việc thực hiện các nội dung hoạt động của Chiến lược Quốc gia.
- Quyết định 29/2007/QĐ-TTg về Quản lý, Chăm sóc và Hỗ trợ, Điều trị và Tư vấn cho người sống với HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, các trung tâm điều trị phục hồi, trại giam, nhà tù và các trung tâm chăm sóc xã hội.
- Quyết định 60/2007/QĐ-TTg; Quyết định 96/2007/QĐ-TTg; Quyết định 67/2007/QĐ-TTg quy định về hỗ trợ đối với người lớn và trẻ em sống với HIV
- Bảy trong tám Chương trình hành động thực hiện Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đã được xây dựng và phê duyệt trong các năm 2006 và 2007, cùng với sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế. Các văn bản này nêu rõ các mục tiêu cụ thể và phương hướng thực hiện các ứng phó quốc gia phòng chống AIDS. Việc hoàn thành các văn bản này trong

hai năm qua đã thể hiện nỗ lực to lớn và cam kết mạnh mẽ của Chính phủ Việt Nam trong việc tăng cường các hoạt động phòng chống HIV. Các Chương trình hành động đã được phê duyệt bao gồm:

Dự phòng:

1. *Dự phòng HIV thông qua Thông tin, Giáo dục và Truyền thông (IEC) và Truyền thông thay đổi hành vi (BCC) – phê duyệt năm 2006*
2. *Dự phòng Giảm thiểu tác hại trong nhóm nguy cơ cao – phê duyệt năm 2007*
6. *Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) – phê duyệt năm 2006*
7. *Quản lý và điều trị các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục – phê duyệt năm 2006*

Điều trị HIV, Chăm sóc và Hỗ trợ

3. *Chăm sóc và Hỗ trợ người sống với HIV & (gộp với Chương trình 5) Tiếp cận Điều trị HIV kể cả ARV – phê duyệt năm 2006*

Quản lý, Giám sát HIV:

4. *Giám sát HIV và Theo dõi & Đánh giá (M&E) – phê duyệt năm 2007.*
9. *Tăng cường năng lực và hợp tác quốc tế – phê duyệt năm 2007*

Hiện tại Chương trình hành động về An toàn Truyền máu đang được xây dựng

- Việt Nam cũng cam kết thực hiện một loạt các thỏa thuận, sáng kiến và tuyên bố của quốc tế, đó là: Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs); Tuyên bố Cam kết về Phòng chống HIV (UNGASS); Tiếp cận Phổ cập; Chủ chương Ba Thống Nhất; Tuyên Bố Hà Nội về việc sử dụng có hiệu quả viện trợ nước ngoài; Tuyên bố các Bộ Trưởng Châu Á-Thái Bình Dương về Lãnh đạo trong Phòng chống HIV/AIDS và Phát Triển; Kêu gọi Hà Nội về Trẻ em và AIDS; Chiến lược khu vực các nước tiểu vùng sông Mê-kông về Di biến động và Giảm nguy lây nhiễm HIV; Tuyên bố ASEAN về Bảo vệ và Tăng cường các Quyền của Công nhân nhập cư;

Chính phủ đã thông qua và hỗ trợ các phong trào và các nỗ lực về phòng chống HIV, như “Kêu gọi về Tăng cường sự tham gia của Người sống với HIV tại Việt Nam” năm 2007 – sáng kiến chung giữa Đảng, Chính phủ và các cơ quan quốc tế và những người sống với HIV đang hoạt động về HIV tại Việt Nam

- Quyết định về tập huấn chuẩn bị cho công nhân đi lao động ở nước ngoài về phòng chống HIV; Quyết định của Chính phủ về Phòng, chống HIV/AIDS qua biên giới đã được phê chuẩn từ 2 năm trước.
- Chỉ thị 54 của Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam năm 2005 là một văn bản có tính pháp quy quan trọng nhằm huy động các hỗ trợ và tham gia của đảng viên, của các cán bộ Nhà nước, chính quyền địa phương vào công cuộc phòng chống AIDS. Cùng với hỗ trợ của UNDP, một hệ thống theo dõi, giám sát việc thực hiện Chỉ thị này đã được thiết lập trên toàn đất nước, dưới sự chỉ đạo của Ban Tuyên Giáo Trung ương.

Giai đoạn 2006–2007 đánh dấu một điểm mốc về việc xây dựng chính sách và pháp luật về phòng chống HIV tại Việt Nam. Những văn bản luật pháp mới được thông qua và ban hành sẽ tạo ra một nền tảng vững chắc cho các ứng phó tích cực hơn, mạnh mẽ hơn trong công tác

phòng chống AIDS của Việt Nam. Đồng thời, để thực hiện có hiệu quả và thành công các văn bản chính sách quan trọng này, Chính phủ Việt Nam sẽ phải vượt rất nhiều thách thức, khó khăn trong những ngày tới đây.

3. Dự phòng

Trong hai năm qua, chương trình dự phòng HIV đã được mở rộng thông qua các hỗ trợ cơ bản từ PEPFAR, Quỹ Toàn cầu (GFATM), Ngân hàng Thế giới (WB), DfiD, ADB, và các tổ chức Liên Hợp Quốc.

3.1. Chương Trình Truyền thông Thay đổi Hành vi (BCC)

Các hoạt động BCC đã được tiến hành với sự tham gia và điều phối của nhiều ban, ngành và các tổ chức xã hội dân sự. Chương trình đã huy động các cơ quan truyền thông đại chúng để sản xuất ra một số lượng lớn các ấn phẩm và các hoạt động BCC đa dạng. Tạp chí, tờ tin, báo in, panô, khẩu hiệu và các tờ rơi về HIV và các phương pháp dự phòng lây nhiễm HIV đã được phân phát không chỉ cho các nhóm có nguy cơ cao, mà còn cho các cộng đồng dân cư. Các hoạt động giáo dục khác nhau đã được tiến hành, như giáo dục đồng đẳng trong các nhóm nguy cơ cao và người sống với HIV, tư vấn, đường dây nóng, các cuộc thi, giáo dục giải trí, triển lãm tranh, ảnh, truyện ngắn vv... Thanh thiếu niên (15–24) là nhóm đối tượng ưu tiên của chương trình truyền thông thay đổi hành vi (BCC). Gần một nửa trong số họ (46%) đã xác định đúng các con đường lây truyền HIV, và có thể chỉ ra một cách chính xác 3 cách hiểu sai cơ bản về lây truyền HIV⁴. Đặc biệt ở thành phố Hồ Chí Minh và Thái Bình, địa phương có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao, 78% số thanh thiếu niên có kiến thức toàn diện về dự phòng lây nhiễm HIV⁵.

Trong năm 2004, 24% số PNMD và 34% số nam tiêm chích ma túy đã xác định đúng các cách phòng tránh lây nhiễm HIV qua con đường tình dục và có thể chỉ ra một cách chính xác về 2 quan niệm sai cơ bản về lây truyền HIV. Sau gần 2 năm, đến năm 2006, 45% số PNMD và 45% số nam tiêm chích ma túy có thể làm được như đã nêu ở trên⁶. Mặc dù kiến thức của các nhóm nguy cơ cao đã được cải thiện phần nào nhưng sự thay đổi này là chưa đáng kể. Chất lượng của các dịch vụ còn hạn chế thể hiện qua tần suất PNMD tiếp cận các dịch vụ dự phòng còn thấp (1,6 lần/1,5 năm)⁷.

Điều tra IBBS 2005-2006 chỉ ra rằng hơn 50% số nam tình dục đồng giới (MSM) ở Hà Nội và Thành phố HCM nhận được một loại hình giáo dục nào đó về HIV. Tuy nhiên, do việc tuyển chọn người tham gia điều tra IBBS chỉ chủ yếu được diễn ra trong các câu lạc bộ của một số dự án can thiệp, nên các con số này có thể không thể hiện đúng mức độ kiến thức của các nhóm MSM trên toàn quốc trên thực tế. Hầu hết những người nam tình dục đồng giới vẫn còn chưa muốn lộ diện, và điều này vẫn là khó khăn tồn tại của nhiều dự án khi cố gắng tiếp cận và cung cấp thông tin cho nhóm này. Hơn nữa, hiện vẫn còn thiếu các tài liệu BCC biên soạn riêng cho nhóm này.

⁴ Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, và ORC Macro (2006).

⁵ Điều tra hộ gia đình về tỷ lệ nhiễm HIV và chỉ số AIDS tại TP HCM và Thái Bình. Bộ Y tế Việt Nam, Viện Vệ sinh dịch tễ (2005).

⁶ Kết quả từ Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).

⁷ Giảm thiểu tác hại

Thay đổi tích cực trong nhận thức của người dân đã giúp giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với người sống với HIV. Tuy nhiên, ở một mức độ nào đó, người sống với HIV vẫn gặp phải những hạn chế trong việc tiếp cận, đặc biệt tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và điều trị cho trẻ em nhiễm và chịu ảnh hưởng của HIV. Tình trạng chịu đựng sự kỳ thị và phân biệt đối xử kép thường gặp ở nhóm những người sống với HIV và có hành vi nguy cơ (người TCMT, PNMD hoặc MSM).

Giáo dục HIV trong nhà trường đã có bước tiến triển cùng với việc đưa nội dung giáo dục sức khỏe sinh sản và giáo dục HIV vào sách giáo khoa phổ thông và giảng dạy tại cấp tiểu học. Tuy nhiên, một trong những phát hiện trong đánh giá chương trình giáo dục sức khỏe sinh sản và HIV năm 2006 (Bộ GD & ĐT cùng Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc) cho biết “thông tin liên quan đến SKSS và HIV trong sách giáo khoa phổ thông bị lựa chọn quá cẩn thận, thiếu vắng một số chủ đề quan trọng”. Các can thiệp bổ sung cho các nhóm vị thành niên có hành vi nguy cơ cao cần được biên soạn.

3.2. Chương Trình Can thiệp Giảm thiểu tác hại

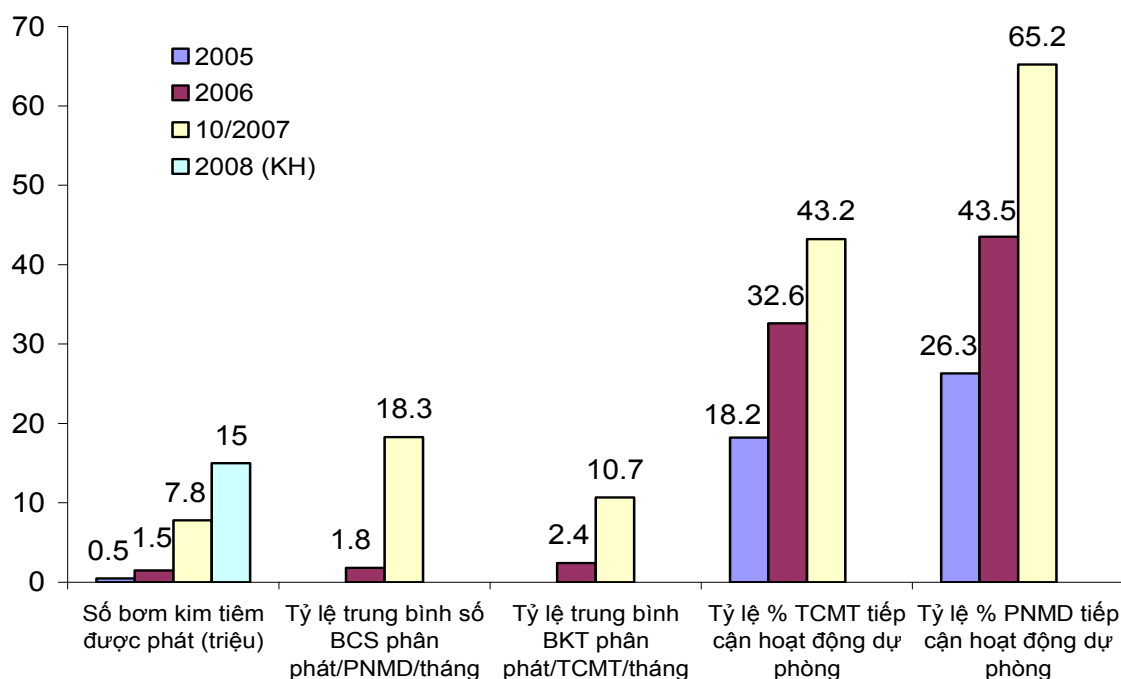
Luật Phòng, Chống HIV/AIDS và Nghị định 108/2007 ND-CP đã tạo ra nền tảng vững chắc cho các hoạt động giảm thiểu tác hại tại Việt Nam. Chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại⁸ được các đối tác quốc tế hỗ trợ một cách mạnh mẽ.

Chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại chủ yếu tập trung vào việc cung cấp thông tin, bao cao su và bơm kim tiêm sạch, chuyển gửi tới dịch vụ TVXNTN dành cho người TCMT, PNMD và các nhóm dân di biến động. Tuy nhiên, các can thiệp cho nhóm dân di biến động và các can thiệp trong các trại cải tạo, giam giữ, nhà tù vẫn còn bị hạn chế.

Điều tra IBBS 2005–2006 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam tình dục đồng giới (MSM) và các can thiệp phòng chống HIV cho nhóm này vẫn còn hạn chế. Gần đây, nhóm nam tình dục đồng giới mới được đưa vào nội dung của các hoạt động giám sát dịch của quốc gia, tuy nhiên chưa được đưa vào nội dung kế hoạch của các nghiên cứu thực hành cũng như là một quần thể cơ bản trong giám sát trọng điểm. Việt Nam vẫn chưa tiến hành việc ước tính cỡ mẫu cho quần thể nam tình dục đồng giới và các nghiên cứu hành vi chỉ được thực hiện trên các cỡ mẫu nhỏ cho nhóm này. Tình trạng thiếu hụt các số liệu quốc gia về nhóm nam tình dục đồng giới càng làm cho công tác lập kế hoạch và thực hiện các chương trình và chiến lược dựa trên những bằng chứng thực tế trở nên khó khăn. Do đó, các dự án dành cho nhóm nam tình dục đồng giới mới chỉ được tiến hành tại 5 trong tổng số 64 tỉnh/ thành phố. Nhu cầu cần thiết đối với nhóm nam tình dục đồng giới là xây dựng được một kế hoạch hành động và các can thiệp phòng chống HIV được tiến hành dựa trên cơ sở các Chương trình Hành động đã được phê duyệt.

Người nhập cư và các nhóm dân di biến động được đề cập đến trong cả Chiến Lược Quốc gia và Luật Phòng Chống HIV, tuy nhiên hiện vẫn chưa có một chiến lược hoặc chương trình cụ thể để bảo đảm khả năng tiếp cận của các nhóm này tới các dịch vụ dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

⁸ Giảm thiểu tác hại là một thuật ngữ nhằm xác định các chính sách, chương trình, dịch vụ và hành động được tiến hành nhằm giảm tác hại về sức khỏe, kinh tế và xã hội cho các nhóm chính được xác định có hành vi nguy cơ cao tại Việt Nam. Các nhóm nguy cơ cao chính bao gồm: người TCMT, PNMD; MSM và các nhóm dân di biến động.



Biểu đồ 2: Kết quả các hoạt động giảm thiểu tác hại tại 33 tỉnh/thành phố thuộc dự án DfID và Ngân hàng Thế giới ⁹

Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su

Các chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su được triển khai tại 314 trên tổng số 639 quận/huyện của 58 tỉnh/ thành phố và các Trung tâm Điều trị, Giáo dục và Hỗ trợ Xã hội cho người TCMT và PNMD tại 12 tỉnh/ thành phố. Tại 33 tỉnh/thành phố có dự án do DfID và WB tài trợ, hiện đang là các dự án lớn nhất hoạt động về giảm thiểu tác hại trong lây truyền HIV tại Việt Nam, 13,7 triệu bao cao su đã được phân phát trong 10 tháng đầu của năm 2007. Bao cao su chủ yếu được phân phát thông qua mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng, chiếm 50% tổng số bao cao su đã được phân phát. Tại các địa bàn của dự án này, độ bao phủ của các hoạt động giảm thiểu tác hại cho PNMD đã tăng từ 26,3% năm 2005 lên 65% trong năm 2007⁸.

Các nghiên cứu về hành vi tình dục của nhóm PNMD đã cho thấy tỷ lệ phần trăm PNMD sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất với khách mua dâm không thường xuyên tăng từ 90% năm 2004¹⁰ lên 97% năm 2006. Tuy nhiên, theo số liệu 2006, tỷ lệ phần trăm PNMD luôn sử dụng bao cao su với khách mua dâm trong tháng vừa qua rất khác nhau, dao động từ 24% ở một tỉnh này, nhưng lên tới 95% ở tỉnh khác. Những số liệu này còn cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV từ các khách hàng mua dâm sang vợ và những người bạn tình của họ. Do vậy cần xây dựng các hoạt động can thiệp cụ thể dành cho các nhóm này.

Tình hình sử dụng bao cao su trong nhóm MSM ở mức thấp, chỉ có 2/3 số MSM cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn với bạn tình có đồng thuận trong tháng qua, và chỉ có 1/3 số người TCMT cho biết có sử dụng bao cao su với người yêu/ vợ trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất¹¹.

⁹ Báo cáo Dự án DFID & WB tháng 10/ 2007

¹⁰ Báo cáo UNGASS lần 2

¹¹ IBBS

Phân phát Bơm kim tiêm

Chương trình phân phát bơm kim tiêm đã được mở rộng từ 21 tỉnh/ thành trong năm 2005¹² lên đến 42 tỉnh/thành phố vào cuối tháng 6/2007¹³. Số bơm kim tiêm được phân phát tại 33 tỉnh thuộc dự án của WB và DfID đã tăng đáng kể. Có tới 43% số người TCMT tại các địa bàn của dự án đã được tiếp cận chương trình dự phòng lây nhiễm HIV. Số lượng bơm kim tiêm trung bình một tháng được phân phát cho một người TCMT tăng từ 2,4 chiếc trong năm 2006 đến 10,7 chiếc năm 2007. Các số liệu năm 2006 đã cho thấy các kết quả khả quan khi tỉ lệ sử dụng dụng cụ tiêm chích đã khử trùng khá cao (88,8%)¹⁴.

Tuy nhiên, tại một số tỉnh/ thành phố có tỉ lệ hiện nhiễm HIV cao, số lượng phường/xã thực hiện chương trình này vẫn còn thấp, chiếm khoảng gần 10%. Bơm kim tiêm được phân phát cũng chỉ đáp ứng được từ 10 –15% nhu cầu của số người TCMT tiếp cận được.

Điều trị thay thế bằng Methadone

Điều trị thay thế bằng Methadone đã được Chính phủ phê chuẩn là một trong những biện pháp giảm hại cơ bản cho người TCMT vào cuối năm 2007. Trong thời gian tới, chương trình này sẽ được thực hiện thí điểm cho khoảng 1.500 người TCMT tại 2 thành phố có tình hình dịch nghiêm trọng trong các nhóm sử dụng ma túy. Các bài học kinh nghiệm rút ra từ chương trình thí điểm này sẽ được sử dụng để mở rộng sang các địa phương khác.

Một số vấn đề khác

Việc đáp ứng nhu cầu về các dịch vụ về dự phòng lây nhiễm HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ tại cơ sở điều trị cai nghiện, cải tạo, giam giữ và nhà tù vẫn còn là một thách thức lớn đối với Việt Nam. Hiện trên toàn quốc có 84 trung tâm chuyên trách về điều trị cai nghiện, hàng năm số lượng học viên tại các trung tâm này từ 60.000 đến 70.000 người¹⁵. Ước tính 80% số học viên này đã có tiền sử tiêm chích ma túy, và ở nhiều trung tâm¹⁶, tỷ lệ hiện nhiễm HIV phát hiện qua xét nghiệm từ 30–60%. Theo số báo cáo hiện có hơn 35.000 người sử dụng ma túy đang bị giam giữ trong các nhà tù¹⁷. Do đó, chỉ tính riêng tại các nhà tù và các trung tâm điều trị cai nghiện đã có khoảng 100.000 người sử dụng ma túy đã được báo cáo. Hiện tại các cơ sở này còn gặp nhiều khó khăn trong việc cung cấp các dịch vụ cơ bản về dự phòng lây nhiễm HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

Điều quan trọng cần lưu ý là trong hai năm tới sẽ có một số lượng lớn những người sử dụng ma túy hết thời hạn cai nghiện, sẽ được trở về hòa nhập cộng đồng. Theo số liệu hiện nay, tỷ lệ tái nghiện phổ biến trên toàn quốc là 80 – 90%¹⁸. Thêm vào đó, các chương trình dự phòng lây nhiễm HIV có hiệu quả trong các cơ sở này còn thiếu. Do đó, nhóm người sau cai có nguy cơ thực hành lại các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV trước đây. Điều này sẽ dẫn đến nguy cơ gia tăng tình trạng lây nhiễm HIV từ những nhóm sau cai ra cộng đồng.

¹² Báo cáo Tiếp cận Phổ cập

¹³ Trang 8, báo cáo Hội nghị Giảm thiểu tác hại

¹⁴ IBBS

¹⁵ CMM Việt Nam, (2007) Đề xuất dự án Quỹ Toàn cầu vòng 7.

¹⁶ UNODC, Bộ LĐTBXH, WHO, và UNAIDS, (2007) Báo cáo Đoàn công tác Dự án I66 Theo dõi và Đánh giá, Hà Nội.

¹⁷ Bộ LĐTBXH (2007). Báo cáo Ủy ban Quốc gia Phòng chống Ma túy, Mại dâm và Phòng chống AIDS Hà nội.

¹⁸ Bộ LĐTBXH, (2007. Báo cáo Ủy ban Quốc gia Phòng chống Ma túy, Mại dâm và Phòng chống AIDS Hà nội.

Hơn nữa, dịch vụ kết nối giữa cung cấp các dịch vụ điều trị, chăm sóc hỗ trợ từ các cơ sở cung cấp dịch vụ trong các trại đến các cơ sở cung cấp dịch vụ tại cộng đồng cho nhóm những người về hòa nhập cộng đồng còn hạn chế. Với tỷ lệ tái nghiện cao trong số những học viên sau cai và nguy cơ bị đưa đi cai nghiện lại, kết hợp với việc thiếu dịch vụ kết nối sẽ làm tăng khả năng ngừng điều trị ARV trong nhóm những người đi cai nghiện trở về. Điều này có thể dẫn đến nguy cơ kháng thuốc ARV trong nhóm này.

3.3. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)

Xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai được coi như một biện pháp hữu hiệu để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tỷ lệ phần trăm những phụ nữ mang thai được báo cáo đã xét nghiệm HIV tại các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản vẫn còn ở mức thấp và có suy giảm nhẹ: trong năm 2004, 22,4% phụ nữ mang thai trong năm trước đó đã làm xét nghiệm HIV¹⁹, đến năm 2006 là 16,5% phụ nữ mang thai trong 2 năm trước đó có xét nghiệm HIV²⁰.

Năm 2006, trong số 506 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản có 107 (21%) cơ sở có cung cấp các gói dịch vụ cơ bản tối thiểu về dự phòng lây truyền mẹ con. Ngoài phác đồ điều trị một liều NVP duy nhất (Nevirapine) trong chương trình quốc gia, phác đồ điều trị dự phòng kết hợp ba loại ARV (do PEPFAR tài trợ) đã được cung cấp cho phụ nữ mang thai có xét nghiệm HIV dương tính. Cùng với điều trị dự phòng bằng ARV, phụ nữ nhiễm HIV được khuyến khích nuôi con bằng sữa thay thế và được cung cấp sữa miễn phí. Năm 2007, hướng dẫn quốc gia về Dự phòng lây truyền mẹ con đã được xây dựng cùng với sự tham gia đóng góp của nhiều cơ quan hoạt động trong lĩnh vực PLTMC và đã được phê duyệt

Trong năm 2006, có 492 phụ nữ mang thai có HIV dương tính đã nhận được điều trị theo phác đồ 3 thuốc ARV kết hợp để dự phòng lây truyền từ mẹ sang con. Chỉ sau một năm, con số này đã tăng lên hơn 50% (tới 744 người)²¹. Một nghiên cứu tại TP HCM đã cho thấy chương trình PLTMC của thành phố có thể làm giảm tỷ lệ lây nhiễm mẹ con xuống còn 5%²².

Cùng với việc phê chuẩn Chương trình hành động Quốc gia về Dự phòng lây truyền mẹ con trong năm 2006, Hướng dẫn thực hiện chương trình này đang trong quá trình xây dựng. Hướng dẫn này sẽ có tác động đến việc thực hiện kế hoạch hành động và hỗ trợ các nỗ lực về điều phối các hoạt động PLTMC trên toàn quốc.

3.4. Tư vấn và Xét nghiệm HIV tự nguyện (TVXNTN)

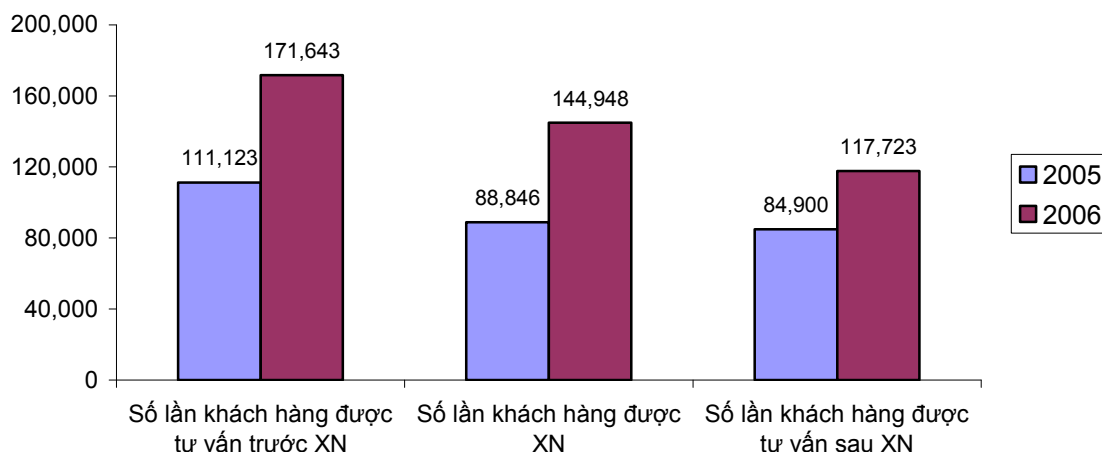
Trong hai năm qua chương trình TVXNTN đã được mở rộng với sự hỗ trợ của dự án Life GAP/CDC, Quỹ Toàn cầu, Ngân hàng Thế giới, và FHI. Hiện đã có các dịch vụ tại tất cả các tỉnh thành trong cả nước. Con số các cơ sở TVXNTN và khách hàng đến TVXNTN đã gia tăng một cách đáng kể từ 157 cơ sở năm 2005 tới 228 cơ sở năm 2006. Tỷ lệ phần trăm các nhóm có hành vi nguy cơ cao đã nhận dịch vụ xét nghiệm HIV cũng tăng từ 12% trong số PNMD năm 2004 lên tới 20% năm 2006, và từ 10,6% trong nhóm TCMT năm 2004 lên 16,5% năm 2006.

¹⁹ Bộ Y tế (2005) Điều tra cơ bản về thực trạng tình hình chăm sóc, tư vấn và hỗ trợ người sống với HIV và các can thiệp dựa vào cộng đồng tại Việt Nam (Điều tra tiến hành tại 20 tỉnh/thành phố)

²⁰ MICS (Điều tra tại 64 tỉnh/thành phố)

²¹ Báo cáo Chương trình PEPFAR, tháng 9 / 2007.

²² Báo cáo về PLTMC của các Trung tâm PC AIDS



Biểu đồ 3: Gia tăng số lượng khách hàng sử dụng các dịch vụ tại cơ sở TVXNTN trên toàn quốc

Chương trình TVXNTN đã đạt được nhiều tiến bộ, tuy nhiên tỷ lệ phần trăm các nhóm nguy cơ cao có xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua vẫn còn ở mức thấp²³: 15% cho nhóm PNMD; 11,4% cho nhóm NTCMT và 16,3% cho nhóm MSM²⁴.

Hơn nữa, những người có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV dường như không muốn biết về tình trạng HIV của mình, vì nghĩ rằng không có các dịch vụ điều trị có hiệu quả dành cho họ. Thực tế cho thấy ngày càng tăng số người tiếp cận các dịch vụ TVXNTN, nhưng phần đông số này lại không phải là những người nhiễm HIV. Ví dụ 75–85% số PNMD ở An Giang, 84% số NTCMT ở Cần thơ, và 90% số MSM ở Hà Nội có nhiễm HIV nhưng không biết về tình trạng nhiễm của mình²⁵.

3.5. An toàn truyền máu

Chương trình an toàn truyền máu đã được thực hiện tốt tại Việt Nam, kết quả là 100% các đơn vị máu và sản phẩm máu đều được sàng lọc HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai và sốt rét. Kể từ 2006, trong tổng số 108 các trung tâm và các phòng xét nghiệm sàng lọc máu có 26 cơ sở đã tham gia chương trình bảo đảm chất lượng, chiếm 24%. Cuối năm 2007, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn mới về An toàn Truyền máu nhằm đảm bảo các tiêu chuẩn cao về an toàn truyền máu. Hiện nay, tất cả các trung tâm và phòng xét nghiệm sàng lọc máu đều được Viện VSDTTW hỗ trợ kỹ thuật để đảm bảo đạt tiêu chuẩn chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Mặc dù liên tục có các nỗ lực về đảm bảo tiêu chuẩn cao nhất về an toàn truyền máu, nhưng Việt Nam vẫn chưa có các số liệu báo cáo cho chỉ số 3 do có sự thay đổi về định nghĩa của chỉ số này trong Hướng dẫn báo cáo UNGASS 2008.

²³ VPAIS 2005

²⁴ IBBS 2005/06

²⁵ IBBS

3.6. Chương trình Quản lý các nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục (STI)

Theo báo cáo của Viện Da liễu Quốc gia, hàng năm có 130.000 ca STI. Nhưng số ước tính có thể lên tới 1 triệu ca/năm. Các hoạt động đa dạng khác nhau đã được tiến hành nhằm giảm tỷ lệ nhiễm STI, như tổ chức các hoạt động giáo dục truyền thông về dự phòng STI cho người dân trong cộng đồng và các nhóm có nguy cơ cao; tăng cường năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế hoạt động trong lĩnh vực quản lý STI, củng cố giám sát trọng điểm STI và mở rộng giám sát trọng điểm ra 20 tỉnh/thành phố; cung cấp trang thiết bị, bộ xét nghiệm và thuốc điều trị STI.

Tuy nhiên, chương trình quản lý STI vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Phần đông số bệnh nhân STI đến điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân. Các cơ sở y tế của Nhà nước thiếu thuốc điều trị cho bệnh nhân, và cần tăng đầu tư nhằm nâng cao năng lực của đội ngũ cán bộ y tế.

Điều tra IBBS 2006 đã cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm STI ở mức cao trong nhóm PNMD và MSM tại một số tỉnh/thành phố. Như 17% PNMD đường phổ tại Hà Nội, và 14% PNMD nhà hàng tại TP HCM nhiễm chlamydia, 9% PNMD đường phổ tại TP HCM mắc giang mai và 11% số MSM tại Hà Nội mắc lậu trực tràng²⁴.

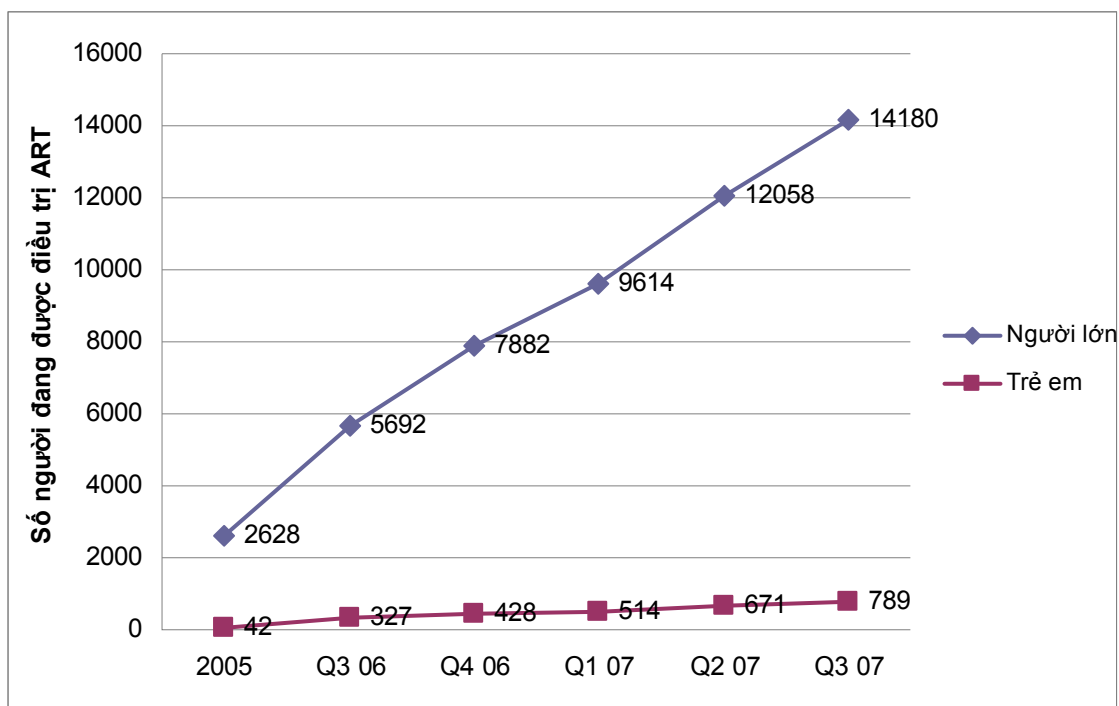
4. Điều trị HIV, chăm sóc và hỗ trợ (Chương trình Hành động số 3 & 5)

Chính phủ cam kết mở rộng các hoạt động điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Chương trình Hành động Quốc gia về Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS đã được phê duyệt vào 2006. Một loạt các hướng dẫn quốc gia về việc thực hiện chương trình này đã được biên soạn nhằm tạo cơ sở cho việc điều phối các sáng kiến khác nhau và mở rộng có hiệu quả các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

Bộ Y tế ước tính số lượng người sống với HIV cần được điều trị ARV sẽ gia tăng từ 42.480 năm 2006 lên 72.970 người vào năm 2010²⁶. Kế hoạch Hành động Quốc gia xác định mục tiêu tới năm 2010, 70% người lớn và 100% trẻ em đủ điều kiện sẽ được điều trị ARV.

Để hoàn thành được mục tiêu này, Bộ Y tế với hỗ trợ từ các nhà tài trợ quốc tế (như PEPFAR và Quỹ Toàn cầu) đã có rất nhiều nỗ lực trong hai năm qua và đạt được thành tựu đáng kể, thể hiện ở các số liệu tại biểu đồ dưới đây. Tới cuối năm 2007, điều trị ARV đã có mặt tại tất cả 64 tỉnh/thành phố. Cuối quý 3 năm 2007, tổng số bệnh nhân điều trị ARV là 14.969 người, tăng 5,7 lần so với cuối năm 2005, trong đó bao gồm 14.180 người lớn và 789 trẻ em. Ước tính khoảng 18.1% số người có nhu cầu điều trị đã nhận được ARV vào cuối năm 2006 và 30% vào cuối quý 3 năm 2007 (Chỉ số 4)

²⁶ Chương trình Hành động Quốc gia về Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS tới năm 2010, Bộ Y tế (Hà Nội 2006).



Biểu đồ 4: Số lượng người lớn và trẻ em được điều trị ARV tại Việt Nam từ 2005 đến quý 3 năm 2007

Một nghiên cứu mới đây cho biết chương trình điều trị ARV tại Việt Nam rất hiệu quả, thể hiện: 81% người lớn và 93,1% trẻ em còn sống sau 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị ARV.

Vì Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm Lao cao, nên việc phối kết hợp các chương trình phòng chống Lao và HIV rất quan trọng. Năm 2007, Cục VAAC và Chương trình Phòng chống Lao Quốc gia đã phối kết hợp trong việc xây dựng Các Hướng dẫn Quốc gia về các hoạt động kết hợp giữa hai chương trình. Theo kết quả điều tra thu thập số liệu thuần tập ART tiến hành năm 2007 từ 8 cơ sở điều trị ARV, ước tính tỷ lệ phần trăm người nhiễm HIV mới mắc lao được điều trị cả lao và HIV trong tổng số bệnh nhân đồng nhiễm lao và HIV trên toàn quốc là 25%. Tuy nhiên, nếu tính tỷ lệ phần trăm số bệnh nhân được điều trị cả ARV và lao tại 8 cơ sở này trên tổng số bệnh nhân đồng nhiễm lao và HIV trên toàn quốc thì chỉ có khoảng 15% bệnh nhân được điều trị cả lao và HIV. Do có nhiều phương pháp tính toán khác nhau cho chỉ số 6 nên số liệu này sẽ không được sử dụng để báo cáo trong CRIS.

Dựa vào những thành tựu to lớn đã đạt được trong những năm qua, Việt Nam có kế hoạch sẽ tiếp tục mở rộng hơn nữa các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Để có thể biến kế hoạch này thành hiện thực, Việt Nam cần giải quyết được các khó khăn, thách thức được đề cập dưới đây:

- Thứ nhất, huy động nhiều hơn nữa các nguồn lực quốc gia và quốc tế, phân bổ các nguồn lực này một cách hợp lý để thực hiện thành công Chương trình Hành động Quốc gia về Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS. Mở rộng độ bao phủ của các can thiệp tới các vùng nông thôn, nơi hiện chưa nhận được các nguồn hỗ trợ quốc tế.
- Thứ hai, tăng cường nỗ lực hơn nữa nhằm khuyến khích tạo một môi trường thuận lợi để các nhóm có hành vi nguy cơ cao tiếp cận được các can thiệp điều trị và chăm sóc HIV, đồng thời duy trì được các dịch vụ này. Hiện tại, Bộ Công An và Bộ LĐTBXH đang quản lý

số lượng lớn học viên là người TCMT và PNMD tại các Trung tâm điều trị, giáo dục và hỗ trợ xã hội, trường giáo dưỡng, trại tạm giam, trại giam và các cơ sở bảo trợ xã hội. Vậy, cần nhanh chóng nâng cao năng lực của đội ngũ nhân viên để cung cấp được các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ tại các cơ sở này. Đồng thời, củng cố mối liên kết giữa các Trung tâm này với cộng đồng nhằm đảm bảo cung cấp điều trị được liên tục, không bị ngắt quãng. Việc phối kết hợp chặt chẽ giữa Bộ Y tế, Bộ Công an và Bộ LĐTBXH và tăng cường nỗ lực nhằm giải quyết tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử là công việc trọng yếu để nâng cao mức độ sử dụng các dịch vụ của các nhóm nguy cơ cao. Điều trị thay thế chất gây nghiện (điều trị duy trì bằng Methadone) được thực hiện trong năm 2008 hy vọng sẽ hỗ trợ người TCMT thực hiện tốt hơn việc tuân thủ điều trị ARV. Việc lồng ghép các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV cần được tiến hành nhằm tối đa hóa các nguồn lực.

- Thứ ba, tập trung nỗ lực vào việc nâng cao chất lượng của các can thiệp. Tiếp tục nâng cao năng lực của đội ngũ cán bộ y tế và điều phối ở tuyến quận/huyện về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện là một việc làm rất quan trọng. Cần tiến hành các hoạt động về theo dõi bệnh nhân và giám sát tình hình kháng thuốc trong điều trị HIV theo Hướng dẫn Quốc gia giúp tạo ra nhiều kênh khác nhau để người dân có thể nhận được dịch vụ điều trị ARV: người bệnh có thể nhận thuốc ARV từ các cơ sở dược của Nhà nước, hoặc tự trả tại các cơ sở y tế tư nhân; người bệnh cũng có thể mua thuốc ARV giá rẻ thông qua các nhóm tự lực. Cần có các biện pháp nhằm đảm bảo chất lượng công tác điều trị ARV tại các cơ sở y tế công. Hiện tại việc mua thuốc và quản lý cung ứng thuốc điều trị ARV đang nhận được hỗ trợ từ các nhà tài trợ khác nhau thông qua các hệ thống song song, trong thời gian tới, cần tiến hành hài hòa hóa công việc này.
- Thứ tư, mặc dù Việt Nam đã có rất nhiều nỗ lực để tăng cường sự tham gia của tổ chức dân sự xã hội vào các chương trình phòng, chống HIV quốc gia, hiện vẫn chưa có các cơ chế hoặc khung pháp lý để các tổ chức cộng đồng có thể đăng ký chính thức hoạt động của họ. Điều này sẽ làm hạn chế việc hỗ trợ tài chính cho các tổ chức xã hội dân sự để cung cấp các dịch vụ chăm sóc trên diện rộng. Tuy nhiên, Luật Phòng, Chống HIV hỗ trợ việc huy động cộng đồng tham gia các hoạt động phòng chống HIV, và mở ra cơ hội cho các tổ chức này mở rộng các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ.

IV. CÁC BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Có rất nhiều các ví dụ điển hình có thể được coi là các bài học kinh nghiệm hay trong giai đoạn 2006-2007 của báo cáo, Việt Nam muốn trao đổi về một số các bài học nổi bật như sau

1. Vai trò lãnh đạo của Đảng, Quốc hội, Chính phủ và các cấp chính quyền địa phương trong công cuộc phòng chống AIDS của quốc gia.
2. Thực hiện nguyên tắc “Ba Thống nhất” và thiết lập khung hệ thống giám sát và đánh giá dịch của quốc gia.
3. Mở rộng nhanh độ bao phủ của các chương trình can thiệp giảm tác hại cho nhóm nguy cơ cao và mở rộng độ bao phủ và tiếp cận điều trị ARV cho người sống với HIV.

1. Vai trò lãnh đạo của Đảng, Quốc hội, Chính phủ và các cấp chính quyền địa phương trong công cuộc phòng chống AIDS của quốc gia

- Các cơ quan Đảng (Ban Tuyên giáo Trung ương, Ban Dân vận Trung ương, Học viện Chính trị Quốc gia, Tỉnh ủy các tỉnh, thành phố) thường xuyên chỉ đạo hệ thống Đảng, Chính quyền các cấp thực hiện Chỉ thị 54/TU của Ban Bí thư Trung ương Đảng, tổ chức các diễn đàn, tập huấn, hội thảo, hướng dẫn triển khai Luật phòng chống HIV/AIDS và các đoàn kiểm tra, đánh giá tại các địa phương.
- Các cơ quan của Dân cử và cơ quan Đảng (Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội, Ban Tuyên giáo Trung ương, Hội đồng Nhân dân các tỉnh, thành phố) chỉ đạo thực hiện việc tham gia mạnh mẽ của các cơ quan Đảng, cơ quan dân cử trong các hoạt động phòng chống AIDS, tổ chức nhiều đoàn khảo sát, đánh giá sự tham gia của các cơ quan dân cử, cơ quan Đảng trong hoạt động phòng chống HIV/AIDS.
- Sự tham gia của các vị Lãnh đạo Nhà nước trong các hoạt động phòng chống HIV/AIDS như Chủ tịch nước, Phó Chủ tịch nước, Chủ nhiệm Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội, Phó Thủ tướng Chính phủ, Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Ủy ban Nhân dân các cấp thường xuyên chỉ đạo việc tổ chức thực hiện và coi hoạt động phòng chống AIDS là một nhiệm vụ trọng tâm trong kế hoạch phát triển kinh tế, văn hóa xã hội của địa phương. Lãnh đạo Ủy ban Nhân dân các cấp thường xuyên xuất hiện trong các hoạt động phòng chống AIDS quan trọng của địa phương.

2. Khuyến khích thực hiện chủ trương “Ba Thống nhất” như một cơ cấu tối ưu nhằm đảm bảo các ứng phó quốc gia phòng chống AIDS có tham gia đa ngành và hiệu quả.

- Được thiết lập theo quyết định 432/QĐ-TTg, Ban Phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam thực hiện vai trò quản lý Nhà nước về HIV/AIDS và hoạt động như là một Ủy ban thường trực phòng chống HIV/AIDS thuộc Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, tệ nạn mại dâm. Thông tư liên tịch 11/TTLT-BNV-BYT giữa Bộ Nội vụ và Bộ Y tế và Quyết định số 25/2005/QĐ-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của hệ thống phòng chống AIDS tuyến tỉnh.

- Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2004 và Chương trình Hành động để thực hiện Chiến lược Quốc gia đã được xây dựng và được Bộ Y tế phê duyệt vào năm 2006 và 2007.
- Nhờ vào việc lấy ý kiến đóng góp rộng rãi của cả các đối tác trong nước và quốc tế, Hệ thống Giám sát và Đánh giá quốc gia với việc sử dụng các chỉ báo của UNGASS làm nền tảng và Chương trình Hành động trong Giám sát và Đánh giá phòng chống HIV đã được xây dựng và chính thức công bố vào tháng 1 năm 2007.

3. Mở rộng nhanh độ bao phủ của các chương trình can thiệp giảm tác hại cho nhóm nguy cơ cao và mở rộng độ bao phủ và tiếp cận điều trị ARV cho người sống với HIV.

- Một trong các chương trình hành động được Chính phủ quan tâm hàng đầu là chương trình can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm nguy cơ cao. Để phát huy hiệu quả các hoạt động của chương trình, nhiều tỉnh, thành phố đã phát huy các sáng kiến trong việc triển khai hoạt động này. Đặc biệt, việc thay đổi thái độ và nhận thức của các cấp chính quyền, địa phương đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc mở rộng địa bàn triển khai các chương trình can thiệp giảm tác hại. Ở nhiều tỉnh, thành phố các sở ban ngành liên quan đã ký cam kết tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho việc triển khai chương trình này.
- Thực hiện Luật phòng chống HIV/AIDS và Nghị định 108 hướng dẫn thi hành luật đã đặc biệt chú trọng đến việc tạo điều kiện thuận lợi để triển khai các chương trình can thiệp giảm tác hại. Phó thủ tướng Trương Vĩnh Trọng đã chủ trì Hội nghị Toàn quốc về Giảm tác hại với sự tham gia của các ngành Công An, Lao động thương binh và xã hội, Y tế và các lãnh đạo địa phương để chỉ đạo triển khai chương trình can thiệp giảm tác hại.
- Sự tham gia hướng dẫn về kỹ thuật và hỗ trợ kinh phí của các tổ chức quốc tế đã làm tăng nhanh độ bao phủ của chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch và khuyến khích sử dụng 100% bao cao su. Hiệu quả của chương trình được các tổ chức quốc tế đánh giá cao, chỉ tính riêng 10 tháng đầu năm 2007, tại 33 tỉnh, thành phố triển khai dự án do DfID và WB tài trợ đã có 65% PNMD và 43% người TCMT được tiếp cận với các chương trình can thiệp giảm tác hại, đã phân phát được 15 triệu bao cao su và 7,5 triệu bơm kim tiêm sạch.
- Chương trình hành động Quốc gia về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS đã được phê duyệt vào năm 2006 và một loạt các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật được ban hành đã tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân HIV/AIDS có nhu cầu được tiếp cận điều trị ARV.
- Số lượng bệnh nhân HIV/AIDS được tiếp cận với thuốc điều trị kháng vi rút HIV đã tăng lên một cách đáng kể. Đến cuối quý III năm 2007, đã có 14.180 người ở tất cả các tỉnh /thành phố đang được điều trị bằng ARV, con số này đã tăng 5,7 lần so với cuối thời điểm năm 2005.

V. HỖ TRỢ TỪ CÁC ĐỐI TÁC PHÁT TRIỂN QUỐC GIA

Trong một vài năm vừa qua đã có sự phát triển quan trọng của các hỗ trợ song phương và đa phương cho chương trình phòng chống HIV/AIDS cấp Quốc gia. Về tổng thể, sự hỗ trợ của quốc tế đã tăng khoảng từ 7-8 triệu USD hàng năm trong giai đoạn 2003-2004 lên đến 50 triệu USD/năm trong năm 2006.

Các tổ chức quốc tế đã hỗ trợ về kỹ thuật và hỗ trợ về ngân sách cho chương trình phòng chống AIDS tại Việt Nam bao gồm:

- Các chính phủ: Hoa Kỳ (USAID, CDC/PEPFAR), Anh Quốc (DfID), Vương quốc Na Uy (NORAD), Chính phủ Úc (AUSAID), Cộng hoà Liên bang Đức (GTZ, KFW), Cộng hoà Pháp, Canada, Vương quốc Thụy Điển, Hà Lan, Nhật Bản (JICA).
- Liên hợp quốc: UNAIDS, UNDP, WHO, UNICEF, UNFPA, UNESCO, UNODC, ILO, IOM, UNV.
- Các tổ chức đa phương: Ngân hàng thế giới (WB), Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB), Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và sốt rét (GFATM).
- Các tổ chức phi chính phủ quốc tế: Tổ chức sức khỏe gia đình Quốc tế (FHI), Quỹ Ford, DKT, Tổ chức dịch vụ dân số quốc tế (PSI), CARE, Future Group/HPI, Pact, MdM, Tổ chức tầm nhìn thế giới, Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Anh...

Thống nhất quan điểm với “Tuyên bố Hà Nội”, các đối tác Phát triển Quốc tế đã cam kết hòa nhập vào các chiến lược của chính phủ và đẩy mạnh các hệ thống của quốc gia. Dưới sự chỉ đạo của Bộ Kế hoạch và Đầu tư (MPI) và Bộ Y tế, nhằm nâng cao công tác quản lý, các cơ quan của Liên hợp quốc, các nhà tài trợ, các tổ chức phi chính phủ quốc tế đã cùng phát triển một kế hoạch hành động điều phối giữa chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ (CAP) cho công tác điều phối và sử dụng các nguồn lực về HIV. Nó đã được đưa ra trong khuôn khổ của “Ba thống nhất”, và phù hợp với các nguyên tắc của “Tuyên bố Hà Nội”.

Trong giai đoạn báo cáo 2006-2007, Việt nam tiếp tục nhận được sự hỗ trợ mạnh mẽ của cộng đồng quốc tế trong lĩnh vực dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cũng như các lĩnh vực khác như: phát triển Kế hoạch Hành động Quốc gia để thực hiện Chiến lược Quốc gia, ban hành các văn bản luật pháp và Luật về phòng chống HIV, cung cấp các đào tạo và xây dựng năng lực cho các cán bộ làm trong công tác phòng chống AIDS ở nhiều cấp khác nhau, các cán bộ dự án làm trong các dự án có sự tài trợ của quốc tế, tại cấp trung ương cũng như địa phương.

Việt Nam đánh giá cao và trân trọng các đóng góp, hỗ trợ của cộng đồng quốc tế đối với hoạt động phòng chống AIDS tại Việt Nam và mong muốn các đối tác quốc tế tiếp tục thực hiện các mục tiêu đề ra của “Cam kết Hà Nội” về hiệu quả viện trợ, theo khuôn khổ của “Ba thống nhất”.

VI. CÁC THÁCH THỨC CHỦ YẾU VÀ CÁC GIẢI PHÁP

1. Những cố gắng và các thành tựu đạt được trong giải quyết các thách thức và các khó khăn được đề cập trong Báo cáo Quốc gia về UNGASS lần thứ 2 (Báo cáo trong tháng 1 năm 2006 cho giai đoạn từ 2004-2005):

- Sự cam kết của các cơ quan Đảng, cơ quan Dân cử và Chính quyền các cấp đã được đẩy mạnh từ giai đoạn báo cáo trước cho đến giai đoạn báo cáo UNGASS lần thứ hai. Trọng

tâm với việc ban hành Luật phòng chống AIDS và các văn bản qui phạm pháp luật, hình thành khung chính sách đầy đủ cho các hoạt động phòng chống AIDS, và sự chỉ đạo mạnh mẽ của các cơ quan Đảng, cơ quan Dân cử và Chính quyền các cấp đối với hoạt động phòng chống AIDS.

- Mở rộng độ bao phủ của chương trình giảm thiểu tác hại hướng tới nhóm quần thể có nguy cơ cao (như nghiện chích ma túy, gái mại dâm) tại 33 tỉnh trọng điểm được hỗ trợ bởi WB, DFID, và PEPFAR.
- Mở rộng độ bao phủ và khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị AIDS có chất lượng với các dịch vụ chuyển tuyến có chất lượng được cải thiện rõ rệt ở các tỉnh, thành phố có tỷ lệ nhiễm HIV cao, bị ảnh hưởng nặng bởi dịch HIV/AIDS.
- Ngân sách Nhà nước đầu tư cho phòng chống AIDS gia tăng đáng kể bên cạnh các hỗ trợ nguồn lực từ cộng đồng quốc tế.

2. Những khó khăn chủ yếu được ghi nhận trong giai đoạn hai năm, 2006-2007 đối với việc thực hiện Chiến lược quốc gia và cam kết UNGASS.

- Mặc dù đã có khung pháp lý đầy đủ cho các hoạt động phòng chống AIDS, tuy nhiên các qui định pháp luật về dự phòng HIV/AIDS vẫn chưa được thực hiện đồng bộ và đầy đủ ở các cấp, các ngành, đặc biệt là các can thiệp giảm tác hại và chương trình khuyến khích 100% bao cao su chưa được triển khai trên diện rộng. Điều trị thay thế bằng methadone mới bắt đầu được chuẩn bị để triển khai ở mức độ thí điểm vào đầu năm 2008.
- Giám sát IBBS năm 2005- 2006 cho thấy độ bao phủ của chương trình giảm tác hại còn hạn chế tại 7 tỉnh tiến hành điều tra với 88% – 97% người TCMT không nhận được bơm kim tiêm miễn phí trong 6 tháng trước đó tại Cần Thơ (88%), Quảng Ninh (88%), Đà Nẵng (97%), Hà Nội (97%). Chỉ có 20%–30% người TCMT nhận được dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện (TVXNTN). Với việc triển khai dự án giảm tác hại do Ngân hàng Thế giới và DfID tài trợ tại 33 tỉnh/ thành phố, mức độ bao phủ sẽ lớn hơn, tuy nhiên vẫn cần chú trọng đến mở rộng độ bao phủ.
- Việc thực hiện các can thiệp về dự phòng, điều trị, chăm sóc trong các cơ sở quản lý tập trung vẫn còn khó khăn. Các dịch vụ về HIV cho những người sống chung với HIV hiện đang trong các trung tâm giáo dục, trường giáo dưỡng, trại giam, trại tạm giam, cơ sở bảo trợ xã hội do Bộ LĐTBXH và Bộ Công An quản lý vẫn còn nhiều hạn chế do cơ sở vật chất còn nghèo nàn và thiếu các cán bộ được đào tạo để đáp ứng các yêu cầu của một số lượng lớn người nhiễm HIV/AIDS đang ở các cơ sở này.
- Các yêu cầu về nguồn nhân lực là một thách thức chính. Tại tất cả các tỉnh đều có nhu cầu về xây dựng năng lực cho các nhân viên hiện đang làm công tác phòng chống HIV và gia tăng số lượng tổng thể các nhân viên hỗ trợ công tác phòng chống AIDS. Do một thực tế là tất cả các Trung tâm Phòng chống AIDS cấp tỉnh đều mới được thành lập, năng lực về quản lý và chương trình vẫn đang còn hạn chế, đã ảnh hưởng đến việc quản lý, thực hiện các chương trình về HIV cũng như là triển khai các dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc có chất lượng cho những người có nhu cầu. Nhiều dịch vụ về HIV còn manh mún và không có sự điều phối rộng do các hoạt động triển khai theo dự án.
- Mặc dù một thực tế là chương trình giảm tác hại và khuyến khích tình dục an toàn hiện đã có cho các nhóm quần thể nguy cơ cao, nhưng Việt Nam vẫn chưa chính thức hoá chiến

lược phòng chống HIV và kế hoạch hành động cụ thể cho các nhóm thuộc nhóm dân số trong độ tuổi thành niên và vị thành niên (như trẻ vị thành niên và trẻ em đường phố).

- So sánh với giai đoạn báo cáo trước, đã có sự cải thiện rõ rệt đối với sự tham gia của các tổ chức Dân sự Xã hội trong các lĩnh vực về dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Tuy nhiên, các cố gắng tiếp theo cần được thực hiện đối với việc thúc đẩy hơn nữa vai trò của các Tổ chức Dân sự Xã hội là các đối tác bình đẳng trong các đáp ứng ở cấp độ quốc gia và sự tham gia của họ vào tất cả các bước thiết kế và thực hiện các hoạt động về HIV.
- Để đạt tới Mục tiêu thứ 6 trong Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về HIV và đáp ứng các chỉ tiêu Tiếp cận Phổ cập cần có sự đầu tư nhiều hơn nữa cho các dịch vụ về dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đối với HIV. Ngân sách của chính phủ dành cho chương trình phòng chống AIDS năm 2007 đã được tăng lên, nhưng cần nâng cao hơn nữa các nguồn lực trong nước cho công tác phòng chống AIDS. Việc phân bổ ngân sách định kỳ, việc duy trì tính kỹ thuật và quản lý toàn diện cũng sẽ trở thành một vấn đề chính một khi Việt Nam trở thành Quốc gia có mức thu nhập trung bình và số lượng các nhà tài trợ song phương giảm xuống, hạn chế hoặc thôi dần các nguồn hỗ trợ phát triển chính phủ.

3. Các hoạt động cần thiết để đạt được các mục tiêu chiến lược Quốc gia và các chỉ số UNGASS

- Triển khai mạnh mẽ và đồng bộ việc đưa các văn bản qui phạm pháp luật có liên quan đến AIDS vào thực tiễn cuộc sống và tổ chức thực hiện ở tất cả các cấp, các ngành. Chú trọng đối với việc thực hiện các can thiệp giảm tác hại, phát triển các văn bản pháp luật qui định về bảo hiểm liên quan đến người có HIV/AIDS và thúc đẩy hơn nữa các hoạt động đã thực hiện về giảm kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.
- Nâng cao hơn nữa sự tiếp cận đến dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho tất cả đối tượng có nhu cầu, bao gồm các học viên/trại viên trong các trung tâm phục hồi, trung tâm giáo dưỡng, các trại tạm giam, trại giam và các trung tâm bảo trợ xã hội, và chính thức hoá các phát triển cuối cùng của kế hoạch hành động.
- Đẩy mạnh hệ thống giám sát HIV/STI cấp quốc gia và thúc đẩy sự sử dụng tốt hơn các số liệu hiện có cho việc phát triển chính sách và đánh giá các kết quả đã đạt được trong công tác phòng chống AIDS, đặc biệt đối với cấp tỉnh.
- Bổ sung đủ số lượng các nhân viên có năng lực và cung cấp các cơ hội phát triển năng lực cho cán bộ nhân viên tại tất cả các cấp, nhất là các trung tâm phòng chống AIDS cấp tỉnh mới được thành lập, trong các lĩnh vực phát triển, cung cấp, quản lý và điều phối công tác phòng chống HIV tại cấp địa phương.
- Nâng cao sự tham gia của các Tổ chức Xã hội Dân sự và những người sống với HIV sự dễ dàng trong tiếp cận các hỗ trợ về tài chính từ cả các cơ quan quốc tế và quốc gia. Các tổ chức Xã hội Dân sự cần được tham gia nhiều hơn nữa trong việc phát triển chương trình và chính sách, thực hiện và giám sát, đánh giá các chương trình về HIV, cũng như là các chủ trì ra quyết định. Đó cũng bao gồm tăng cường sự tham gia của những người sống với HIV/AIDS (GIPA) thông qua việc thiết lập và thúc đẩy các mạng lưới của những người sống với HIV.

- Tiếp tục tăng đầu tư ngân sách Quốc gia và vận động đóng góp từ ngân sách các địa phương, các tổ chức kinh tế, khu vực tư nhân và cộng đồng cho hoạt động phòng chống AIDS. Một khuyến nghị được đưa ra là Chính phủ sẽ tăng ngân sách trung ương cho chương trình phòng chống AIDS lên 16,6 triệu USD trong năm 2008 và 18,8 triệu USD trong năm 2009 để đạt được mục tiêu tổng quát của Kế hoạch Chiến lược Quốc gia vào năm 2010.

VII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

1. Tổng quan về hệ thống theo dõi và đánh giá HIV/AIDS ở Việt Nam hiện nay

Hệ thống giám sát HIV đã được thành lập từ năm 1987, trong khi ca nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên tại Việt Nam trong năm 1990. Để bổ sung cho việc thiết lập hệ thống báo cáo trường hợp nhiễm HIV, trong năm 1994, Giám sát trọng điểm hàng năm về HIV đã được thực hiện tại 8 tỉnh, và được mở rộng ra 40 tỉnh vào năm 2002 với các mẫu nghiên cứu được thu thập từ Gái mại dâm, TCMT, phụ nữ mang thai và các đợt khám tuyển nghĩa vụ quân sự. Với sự hỗ trợ từ các đối tác quốc tế, Bộ Y tế, thông qua FHI, đã thực hiện lần đầu tiên mô hình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV (IBBS) trong năm 2005–2006 tại 7 tỉnh, và IBBS sẽ được thực hiện lại vào năm 2008 và 2010 để nhận biết các xu hướng của các hành vi nguy cơ đối với HIV/STI và các can thiệp cho các nhóm NCMT, Gái mại dâm và Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM).

Xây dựng trên các thành quả hiện có, và phù hợp với áp dụng cấp quốc gia thuộc mô hình “Ba thống nhất”, trong năm 2007 Bộ Y tế đã phê duyệt hệ thống giám sát và đánh giá HIV cấp quốc gia với mục đích:

- Hướng dẫn việc thực hiện giám sát dịch HIV tại Việt Nam;
- Nâng cao tính thực tiễn cho các chính sách có hiệu quả về HIV;
- Thúc đẩy sử dụng có hiệu quả việc giám sát và đánh giá chương trình HIV để cải thiện chất lượng báo cáo và việc thực hiện tại tất cả các cấp;
- Đảm bảo sự minh bạch trong việc sử dụng các nguồn lực;
- Kết hợp chặt chẽ việc thu thập số liệu cần thiết để theo dõi tiến độ đáp ứng các mục tiêu của UNGASS và các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG);
- Hướng dẫn việc thu thập thông tin chiến lược từ các nguồn phức tạp;
- Hỗ trợ phát hiện các thiếu sót trong các thông tin hiện có và thực hiện các bước để thu thập chúng;
- Hướng dẫn cách sử dụng có hiệu quả các số liệu cho việc vận động chính sách

Mô hình tổ chức của Hệ thống Giám sát và Đánh giá HIV/AIDS tại Việt Nam được dựa trên bốn cấp độ hiện có về hệ thống phòng chống HIV trong cả nước:

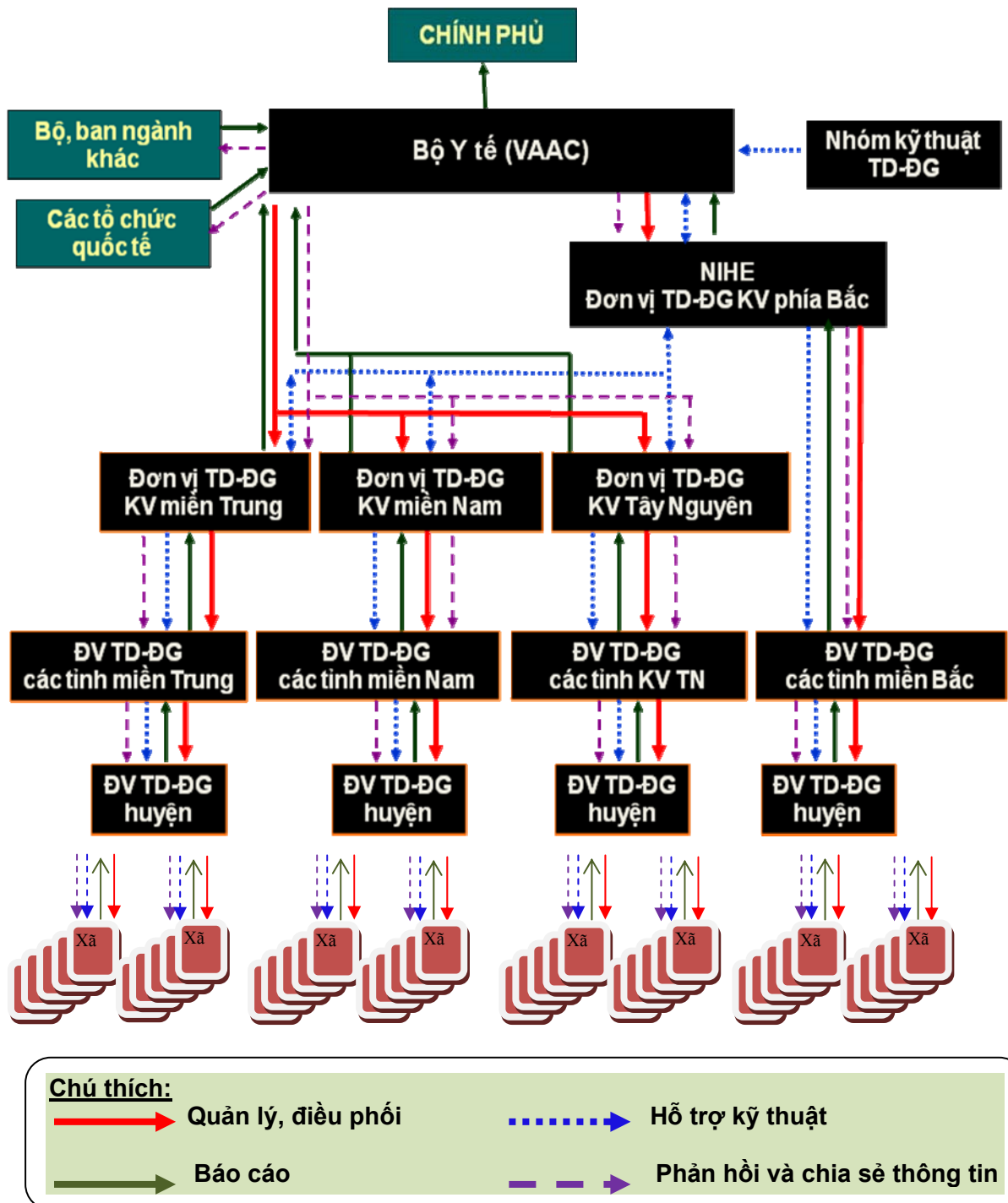
- Cấp Quốc gia: Đơn vị GS-ĐG Quốc gia được đặt tại Bộ Y tế (Phòng Giám sát HIV/AIDS/STI, Cục PC HIV/AIDS Việt Nam-VAAC)
- Cấp khu vực: 4 Đơn vị GS-ĐG khu vực được đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực, gồm:
 - Đơn vị GS-ĐG khu vực miền Bắc đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực miền Bắc (Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương-NIHE) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 29 tỉnh, thành phố khu vực phía Bắc.
 - Đơn vị GS-ĐG khu vực miền Trung đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực miền Trung (Viện Pasteur Nha Trang) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 11 tỉnh, thành phố khu vực miền Trung.

- Đơn vị GS-ĐG khu vực miền Nam đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực miền Nam (Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 20 tỉnh, thành phố khu vực miền Nam.
- Đơn vị GS-ĐG khu vực Tây Nguyên đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực Tây Nguyên (Viện Pasteur Tây Nguyên) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 04 tỉnh, thành phố khu vực Tây Nguyên.

Đội GS-ĐG HIV/AIDS được đặt tại Phòng Giám sát HIV/AIDS/STI của các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS cấp tỉnh báo cáo cho tuyến trung ương. Tất cả các trung tâm y tế dự phòng quận/huyện đều có ít nhất từ 1–2 cán bộ thực hiện công tác GS-ĐG HIV.

Ngoài Phòng GS-ĐG tại VAAC là đơn vị thực hiện việc hỗ trợ chuyên môn trong việc lập kế hoạch, triển khai hệ thống GS-ĐG quốc gia, một Nhóm làm việc chuyên đề GS-ĐG với sự tham gia của các thành viên từ nhiều cơ quan cấp quốc gia và các đối tác quốc tế (đại diện các trường đại học, các chuyên gia của các viện đầu ngành, UNAIDS, WHO, UNICEF, CDC, USAID, FHI và một số đơn vị khác) cùng tham gia cung cấp các dữ liệu và cố vấn cho VAAC để thực hiện tốt hơn các các hoạt động của công tác GS-ĐG.

Sơ đồ 5: Hệ thống theo dõi, đánh giá HIV/AIDS tại Việt Nam



2. Những khó khăn chủ yếu của chương trình theo dõi đánh giá

Bốn khó khăn, hạn chế chủ yếu của Chương trình theo dõi, đánh giá HIV/AIDS Việt Nam được ghi nhận, bao gồm:

- Không có đủ các cán độ được đào tạo tại tất cả các cấp.
- Thiếu hệ thống giám sát có chất lượng đối với việc thu thập và phân tích số liệu định lượng về dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đối với HIV (đặc biệt cho các nhóm quần thể có nguy cơ cao), các số liệu này được thu thập tại cộng đồng và được sử dụng tại cấp tỉnh/quốc gia cho việc giám sát và đưa ra chính sách.
- Hiệu quả sử dụng số liệu chưa cao, trong đó hạn chế lớn nhất là sử dụng số liệu GS-ĐG cho xây dựng chính sách, điều phối và phân bổ nguồn lực. Số liệu giám sát trọng điểm HIV được sử dụng nhiều nhất hiện nay. Số liệu nghiên cứu IBBS chủ yếu được sử dụng ở cấp Trung ương và các tổ chức quốc tế.

Thiếu sự hỗ trợ tài chính, đặc biệt với các hoạt động GS-ĐG tại cấp tỉnh (Các cơ sở vật chất cho GS-ĐG của các Trung tâm Phòng chống AIDS cấp tỉnh không được trang bị, và hiện còn 12/64 tỉnh, thành phố thiếu các trang thiết bị cho phòng xét nghiệm để chẩn đoán xác định với các xét nghiệm HIV).

3. Kế hoạch khắc phục

Các kế hoạch cần thiết để khắc phục những khó khăn hiện nay được nêu cụ thể trong “Chương trình hành động Giám sát và Đánh giá HIV/AIDS”²⁷, trong đó các ưu tiên gồm có:

- Củng cố hệ thống giám sát HIV/AIDS, xây dựng các đơn vị GS-ĐG ở tất cả các tuyến;
- Xây dựng các hướng dẫn quốc gia về chuyên môn kỹ thuật triển khai chương trình GS-ĐG chương trình phòng, chống HIV/AIDS;
- Hoàn thiện hệ thống thu thập số liệu, báo cáo và giám sát HIV, quản lý và thực hiện các chương trình theo dõi, đánh giá HIV/AIDS;
- Cải thiện chất lượng và mức độ bao phủ của hệ thống báo cáo thường lệ tại cấp huyện, tỉnh/thành phố, cấp vùng và quốc gia, và thiết lập cơ sở dữ liệu GS-ĐG cấp quốc gia;
- Phát triển hệ thống sử dụng tốt hơn các số liệu và nâng cao nhận thức đối với tất cả các đối tác tại cấp quốc gia và địa phương về làm thế nào để sử dụng các số liệu hiện có trong việc lập kế hoạch, vận động và phân bổ nguồn lực;
- Xây dựng năng lực chuyên môn cho các cán bộ làm việc về GS-ĐG tại tất cả các cấp trong lĩnh vực thu thập, phân tích số liệu, sử dụng số liệu và kết xuất ra thông tin;
- Cung cấp các trang thiết bị và cơ sở hạ tầng cần thiết;
- Thúc đẩy hợp tác quốc tế để nâng cao chương trình GS-ĐG HIV/AIDS;
- Tăng cường nguồn lực và phân bổ ít nhất là 10% tổng số ngân sách của chương trình phòng chống AIDS (bao gồm cả các nguồn tài trợ bên ngoài) cho các hoạt động GS-ĐG.

²⁷ Ban hành kèm theo Quyết định số 08/2007/QĐ-BYT ngày 19 tháng 01 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế

4. Hỗ trợ kỹ thuật cần thiết cho TD-ĐG

Các hỗ trợ kỹ thuật và tài chính cần thiết để vượt qua những khó khăn được liệt kê ở trên đã được nêu cụ thể trong “Chương trình hành động giám sát và đánh giá HIV/AIDS” như sau:

- Cung cấp các hỗ trợ kỹ thuật để phát triển các hướng dẫn quốc gia về các trình tự kỹ thuật để thực hiện chương trình GS-ĐG HIV/AIDS;
- Hỗ trợ tài chính và kỹ thuật để cung cấp các trang thiết bị cơ bản và hạ tầng;
- Hỗ trợ các khoá đào tạo tổng thể cho các cán bộ làm việc về GS-ĐG;
- Hỗ trợ thiết kế và tổ chức các nghiên cứu cụ thể về HIV, bao gồm thử nghiệm vacxin, tính đối kháng của ARV, hiệu quả của chương trình ARV và các điều tra quốc gia sử dụng khung chỉ số GS-ĐG cấp quốc gia tới năm 2010.

PHỤ LỤC

Quá trình chuẩn bị/ Tham vấn cho báo cáo Quốc gia lần thứ ba đánh giá về giám sát thực hiện tuyên bố cam kết về HIV và AIDS

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

- | | |
|---|-------|
| a) Ủy ban PC AIDS Quốc gia hoặc cơ quan tương đương | Có |
| b) Chương trình PC AIDS Quốc gia | Không |
| c) Tổ chức khác | không |

2. Với đóng góp của:

Các Bộ:

- | | |
|---------------------|----|
| Giáo dục và đào tạo | Có |
| Y tế | Có |
| LĐTBXH | Có |
| Ngoại Giao | Có |
| Công An | Có |
| Tư pháp | Có |
| Quốc phòng | Có |
| KHĐT | Có |

Cơ quan khác

- | | |
|-----------------------------------|----|
| TƯ' Hội LHPNVN | Có |
| TƯ' Đoàn TNCS HCM | Có |
| Tổng LĐLĐ VN | Có |
| Hội CTĐ VN | Có |
| Ban Tuyên Giáo TƯ | Có |
| Các tổ chức dân sự xã hội | Có |
| Người nhiễm HIV | Có |
| Lĩnh vực tư nhân | Có |
| Các cơ quan Liên hợp quốc | Có |
| Các tổ chức tài trợ song phương | Có |
| Các tổ chức phi chính phủ quốc tế | Có |

3. Báo cáo có được thảo luận ở các diễn đàn lớn hay không? Có

Vào ngày 17 & 19/12/2007 và ngày 9/01/2008

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

5. Các số liệu có sẵn để cộng đồng tham khảo? Có

6. Người chịu trách nhiệm nộp báo cáo và trả lời các câu hỏi liên quan đến báo cáo:

Tên:	Dương Quốc Trọng
Chức danh:	Cục Trưởng Cục phòng, chống AIDS
Ngày: 31/1/2008	

Chữ ký:



Địa chỉ: 135/3 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam
Email: duongquoctrongbyt@hn.vnn.vn
Điện thoại: (+84-4) 736.7127

CHỈ SỐ CHÍNH SÁCH KẾT HỢP QUỐC GIA

Tên nước: Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam

Tên người phụ trách Ủy Ban AIDS Quốc gia: Trịnh Quân Huấn

Chữ ký

Địa chỉ:

Trịnh Quân Huấn
Thứ Trưởng Bộ Y tế
Bộ Y tế
138A Giảng Võ, quận Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Điện thoại: (+84-4) 2732227

Fax: (+84-4) 8465732

E-mail: aidsmoh@vaac.gov.vn

Ngày gửi báo cáo: 31/1/2008

BẢNG HỎI VỀ CHỈ SỐ CHÍNH SÁCH KẾT HỢP QUỐC GIA

PHẦN A

I. Kế hoạch chiến lược

1. Nước bạn có xây dựng khung chiến lược/ hành động mang tính đa ngành²⁸ để phòng chống AIDS không?

(Chiến lược đa ngành nên bao gồm, nhưng không giới hạn, các ngành được liệt kê dưới đây)

Có ☒	Khoảng thời gian của kế hoạch: 2004-2010	Không áp dụng	Không
--	--	---------------	-------

Nếu câu trả lời là **không** hoặc **không áp dụng**, giải thích:

Nếu câu trả lời là **Có**, trả lời tiếp từ câu 1.1 đến 1.10; nếu **không**, trả lời câu hỏi 2

1.1. Nước bạn đã có khung chiến lược/ hành động đa ngành đó bao lâu rồi?

Số năm: 03

1.2. Ngành nào đã được bao gồm trong chiến lược/khung hành động đa ngành với ngân sách cụ thể cho hoạt động của họ?

Lĩnh vực tham gia	Chiến lược/khung hành động		Có ngân sách	
Y tế	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Giáo dục	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Lao động	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Giao thông vận tải	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Quân đội	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Công An	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Phụ nữ	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Thanh niên	Có ☒	Không	Có ☒	Không
Tổ chức khác (ghi rõ): Tư pháp, NN PTNT, Du lịch, MTTQ Việt Nam, TLĐLĐ, Hội CTĐ, Hội Nông dân, Các ban Đảng, UB các vấn đề XH của Quốc hội...	Có ☒	Không	Có ☒	Không

²⁸ (Chiến lược đa ngành phải bao gồm, nhưng không giới hạn, các ngành như được liệt kê ở mục 1.2 dưới đây)

Nếu không có ngân sách cụ thể, việc phân bổ kinh phí được thực hiện như thế nào?

1.3. Khung Chiến lược/ hành động có đề cập đến các nhóm đối tượng, hoàn cảnh và các vấn đề liên ngành sau hay không?

Nhóm đối tượng đích a. Phụ nữ và trẻ em gái b. Nam thanh niên/nữ thanh niên c. Các nhóm dễ bị tổn thương ²⁹ d. Trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng	a. Có ☒ không b. Có ☒ không c. Có ☒ không d. Có ☒ không
Bối cảnh e. Nơi làm việc f. Trường học g. Nhà tù	e. Có ☒ không f. Có ☒ không g. Có ☒ không
Vấn đề liên ngành h. HIV, AIDS và đói nghèo i. Bảo vệ nhân quyền j. Sự tham gia của người nhiễm k. Chống kỳ thị, phân biệt đối xử l. Bình đẳng giới	h. Có ☒ không i. Có ☒ không j. Có ☒ không k. Có ☒ không l. Có ☒ không

1.4. Các nhóm đích có được xác định thông qua quá trình đánh giá nhu cầu hay phân tích nhu cầu không?

Có ☒ Không ☐

NẾU CÓ, đánh giá nhu cầu hay phân tích nhu cầu đó được thực hiện năm nào? : 2001-2003

NẾU KHÔNG, các nhóm đích được xác định như thế nào?

²⁹ Các nhóm dễ bị tổn thương được xác định là có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn: NCMT, MSM, PNMD, công nhân nhập cư, người di cư/tị nạn, tù nhân...)

1.5. Các nhóm đối tượng đích của quốc gia là nhóm nào? (ghi rõ)

- Người tiêm chích ma túy (TCMT)
- Phụ nữ mại dâm (PNMD)
- Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM)
- Nhóm dân di biến động
- Người nhiễm HIV
- Bệnh nhân STI
- Phụ nữ mang thai
- Thanh niên

1.6. Chiến lược/khung hành động đa ngành có bao gồm kế hoạch hoạt động

Có ☒	Không
--	-------

1.7. Chiến lược/khung hành động đa ngành hoặc kế hoạch hoạt động có bao gồm?

- a. Các mục đích chính chương trình chính thức
- b. Các chỉ tiêu/ mốc báo rõ ràng
- c. Ngân sách chi tiết cho từng chương trình/lĩnh vực
- d. Chỉ rõ nguồn chi ngân sách
- e. Khung theo dõi và đánh giá

Có ☒	Không
Có ☒	Không
Có ☒	Không
Có ☒	Không
Có ☒	Không

1.8. Nước bạn có đảm bảo “Sự tham dự và tham gia đầy đủ” của các tổ chức dân sự xã hội³⁰ trong quá trình phát triển chiến lược/khung hành động đa ngành không?

Có sự tham gia tích cực	Có, tham gia vừa phải ☒	Không tham gia
-------------------------	---	----------------

Nếu là sự tham gia tích cực, giải thích ngắn gọn việc đó được thực hiện như thế nào:

Nếu không tham gia hoặc tham gia vừa phải, giải thích ngắn gọn:

- Các tổ chức chủ yếu thành lập và hoạt động ở khu vực đô thị, phạm vi hoạt động hẹp, hình thức hoạt động chưa đa dạng

³⁰ Tổ chức dân sự xã hội bao gồm: mạng lưới người nhiễm HIV, các tổ chức của thanh niên, tổ chức mang tính tín ngưỡng, các tổ chức dịch vụ AIDS, tổ chức dựa vào cộng đồng, các tổ chức của các nhóm nhiễm HIV chủ yếu (NCMT, PNMD, MSM, người tị nạn, tù nhân). Các tổ chức của người lao động, tổ chức nhân quyền,.. Theo mục tiêu của Chỉ số chính sách quốc gia, các tổ chức tư nhân được xem xét riêng biệt.

1.9. Chiến lược/khung hành động đa ngành có được đa số các đối tác phát triển (song phương, đa phương) tán thành không?

Có ☒	Không
--	-------

1.10. Các đối tác phát triển (song phương, đa phương) có hài hoà các chương trình HIV và AIDS của họ với chiến lược/khung hành động đa ngành của nước bạn không?

Có, tất cả các đối tác ☒	Có, một số	Không
--	------------	-------

2. Nước bạn có lồng ghép vấn đề HIV và AIDS vào các kế hoạch phát triển chung của quốc gia không? ví dụ như a) Kế hoạch phát triển quốc gia; b) Khuôn khổ các chương trình trợ giúp phát triển của Liên Hợp Quốc; c) Chiến lược xóa đói giảm nghèo; và d) Tiếp cận đa ngành?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

2.1. **NẾU CÓ**, trong kế hoạch phát triển nào chính sách hỗ trợ HIV được lồng ghép

- a) Kế hoạch phát triển quốc gia ☒
- b) Khuôn khổ các chương trình trợ giúp phát triển của Liên Hợp Quốc ☒
- c) Chiến lược xóa đói giảm nghèo ☒
- d) Tiếp cận ngành ☐
- e) Khác: PC tệ nạn ma túy, mại dâm; Bảo vệ chăm sóc trẻ em ☒

2.2. **NẾU CÓ**, chính sách nào dưới đây được bao gồm trong các kế hoạch phát triển đó

Chính sách	Kế hoạch phát triển				
	a)	b)	c)	d)	e)
Dự phòng HIV	☒	☒	☒		☒
Điều trị nhiễm trùng cơ hội	☒	☒			
Điều trị đặc hiệu ART	☒	☒			
Chăm sóc và hỗ trợ (bao gồm an sinh xã hội hoặc mô hình khác)	☒	☒	☒		☒
Giảm tác động của AIDS	☒	☒	☒		☒
Giảm bất bình đẳng giới liên quan đến dự phòng/chăm sóc, hỗ trợ, điều trị HIV và AIDS	☒	☒	☒		☒
Giảm bất bình đẳng về thu nhập liên quan đến dự phòng/chăm sóc, hỗ trợ, điều trị HIV	☒	☒			☒
Giảm kỳ thị, phân biệt đối xử	☒	☒	☒		☒
Tăng khả năng kinh tế cho phụ nữ (tiếp cận vốn vay, đất canh tác, đào tạo)		☒	☒		
Các khía cạnh khác (ghi rõ):					

3. Nước bạn có đánh giá tác động của HIV và AIDS lên sự phát triển kinh tế cho các mục đích lập kế hoạch không?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

3.1. NẾU CÓ, kết quả đánh giá đã giúp ích như thế nào trong việc đưa ra các quyết định phân bổ ngân sách? (Mức độ từ thấp đến cao)

Thấp						Cao
0	1	2	3 ☒	4	5	

4. Nước bạn có khung chiến lược/ hành động trong đó giải quyết vấn đề HIV và AIDS trong lực lượng vũ trang, quân đội, công an, nhân viên trại giam và lực lượng gìn giữ hòa bình... hay không?

Có ☒	Không
--	-------

4.1 NẾU CÓ, những chương trình nào trong các chương trình dưới đây đã được thực hiện qua giai đoạn thí điểm, tiếp cận được một tỷ lệ đáng kể một hoặc nhiều quần thể đích?

Truyền thông thay đổi hành vi	Có ☒	Không
Cung cấp bao cao su	Có ☒	Không
Tư vấn và xét nghiệm HIV (*)	Có ☒	Không
Dịch vụ cho các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục	Có ☒	Không
Điều trị	Có ☒	Không
Chăm sóc và hỗ trợ	Có ☒	Không
Khác (ghi rõ):	Có	Không

* **Cách tiếp cận tư vấn và xét nghiệm HIV là gì?** Xét nghiệm HIV là tự nguyện hay bắt buộc (khi bắt đầu tham gia, gia nhập), giải thích ngắn gọn:

- Xét nghiệm tự nguyện giúp cho người có hành vi nguy cơ biết sự cần thiết, lợi ích của xét nghiệm HIV
- Tư vấn xét nghiệm là tự nguyện, đặc biệt đối với những người có hành vi có nguy cơ cao. Ngoài ra có một số ngành nghề quy định theo Luật phòng chống HIV và AIDS bắt buộc phải làm xét nghiệm HIV trong quá trình tuyển dụng e.g. lực lượng công an, vũ trang

5. Nước bạn có thực hiện cam kết về tiếp cận phổ cập của cuộc họp Liên hợp quốc tháng 6/2006

Có ☒	Không
--	-------

Kế hoạch chiến lược/kế hoạch hoạt động và ngân sách quốc gia có được điều chỉnh phù hợp với cam kết đó?

Có ☒	Không
--	-------

5.2. Ước tính kích thước quần thể các nhóm đích chủ yếu có được cập nhật?

Có ☒	Không
--	-------

5.3. Có những ước tính và dự báo đáng tin cậy về số người lớn và trẻ em cần được điều trị đặc hiệu ART?

Có ước tính và dự báo cần thiết ☒	Chỉ có ước tính	Không
---	-----------------	-------

5.4. Độ bao phủ của Chương trình HIV, AIDS có được theo dõi?

Có ☒	Không
--	-------

(a) **NẾU CÓ**, độ bao phủ đó có được phân loại theo giới?

Có	Không ☒
----	---

(b) **NẾU CÓ**, độ bao phủ đó có được theo dõi theo các nhóm đích?

Có ☒	Không
--	-------

NẾU CÓ, là nhóm đối tượng nào?

- Người tiêm chích ma túy (TCMT)
- Phụ nữ mại dâm (PNMD)
- Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM)
- Bệnh nhân STI
- Phụ nữ có thai
- Thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự

(c) Nếu có, độ bao phủ có được theo dõi theo vùng địa lý?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu có, ở cấp độ nào (tỉnh, huyện, khác)?

- Cấp tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương
- Một số huyện/thị xã ở các tỉnh trọng điểm

5.5. Nước bạn có kế hoạch tăng cường hệ thống y tế, bao gồm cơ sở hạ tầng, nguồn nhân lực và năng lực, hệ thống quản lý và phân phối thuốc?

Có ☒	Không
--	-------

Nhìn chung, bạn đánh giá nỗ lực chiến lược của Chương trình HIV, AIDS năm 2007 và 2005 như thế nào?													
2007		Không đáng kể										Tốt	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	☒	10
2005		Không đáng kể										Tốt	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	☒	9	10
<i>Nhận xét về các tiến bộ đạt được từ 2005</i> - Mạng lưới phòng chống AIDS được kiện toàn từ Trung ương đến địa phương, hệ thống y tế được tăng cường - Tăng số người được tiếp cận dịch vụ dự phòng, dịch vụ điều trị ARV - Tăng cường hợp tác quốc tế													

II. Hỗ trợ về mặt chính trị

Hỗ trợ mạnh mẽ về mặt chính trị bao gồm các cấp lãnh đạo chính trị và của chính phủ thường xuyên nói về AIDS và thường chủ tọa các cuộc họp quan trọng về AIDS, phân bổ ngân sách quốc gia hỗ trợ chương trình phòng chống AIDS, sử dụng có hiệu quả các tổ chức của chính phủ và các tổ chức dân sự xã hội và các quá trình hỗ trợ hiệu quả các chương trình AIDS

1. Những người lãnh đạo/quan chức cấp cao có những bài phát biểu về AIDS trước công luận, tại các diễn đàn quan trọng trong nước ít nhất hai lần trong một năm không?

Chủ tịch nước/Thủ tướng
Các quan chức cấp cao khác
Các quan chức tỉnh, huyện

Có ☒	Không
Có ☒	Không
Có ☒	Không

2. Nước bạn có cơ quan chính thức điều phối/quản lý HIV và AIDS mang tính quốc gia đa ngành không? (ví dụ như Ủy ban hoặc Hội đồng AIDS Quốc gia)

Có ☒	Không
--	-------

Nếu không, hãy giải thích

2.1. NẾU CÓ, Ủy ban được thành lập khi nào? Năm thành lập:

- Năm 1994: Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS
- Năm 2000: UBQG PC AIDS và PC tệ nạn ma túy, mại dâm

2.2. NẾU CÓ, ai là Chủ tịch Ủy ban: Phó Thủ tướng Chính phủ

2.3. NẾU CÓ, Ủy ban có:

Điều khoản tham chiếu	Có ☒	Không
Có sự tham gia và lãnh đạo của Chính phủ?	Có ☒	Không
Có các thành viên được xác định	Có ☒	Không
Bao gồm đại diện tổ chức dân sự xã hội	Có ☒	Không
Nếu có, bao nhiêu phần trăm? (ghi rõ)	15%	
Có người nhiễm HIV?	Có	Không ☒
Có đại diện lĩnh vực tư nhân?	Có	Không ☒
Có kế hoạch hành động	Có ☒	Không
Có Ban thư ký của Ủy ban hoạt động?	Có ☒	Không
Ủy ban có họp ít nhất là hàng quý?	Có ☒	Không
Có xem xét quyết định về chính sách định kỳ?	Có ☒	Không
Có tích cực thúc đẩy việc ban hành chính sách?	Có ☒	Không
Có tạo điều kiện cho các tổ chức dân sự XH vận động c/sách	Có ☒	Không
Tăng cường điều phối viện trợ tránh trùng lặp trong chương trình và báo cáo	Có ☒	Không

3. Nước bạn có cơ quan chuyên trách cấp quốc gia về HIV và AIDS để xúc tiến các hoạt động hợp tác giữa chính phủ với người sống chung với HIV; khu vực tư nhân và các tổ chức dân sự xã hội trong việc thực hiện các chương trình/chiến lược về HIV và AIDS hay không?

Có ☒	Không
--	-------

3.1. **NẾU CÓ**, Cơ quan chuyên trách này có:

Điều khoản tham chiếu	Có ☒	Không
Có các thành viên được xác định	Có ☒	Không
Có kế hoạch hành động	Có ☒	Không
Có Ban thư ký hoạt động	Có ☒	Không
Có hợp định kỳ	Có ☒	Không
Bao lâu họp 1 lần: hàng tuần		

NẾU CÓ, các thành tựu chủ yếu là gì?

- Tham mưu cho các cơ quan chức năng hoạch định chính sách quốc gia phòng chống AIDS (Luật, Chỉ thị 54/CT-TW, Chiến lược Quốc gia)
- Tham mưu cho Chính phủ chỉ đạo, điều phối hoạt động phòng chống AIDS
- Quản lý chỉ đạo, điều hành hoạt động PC AIDS ngày một hiệu quả
- Nâng cao năng lực hệ thống, tổ chức, nhân sự, trang thiết bị PC AIDS
- Giảm kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS

Nếu có, thách thức chủ yếu đối với hoạt động của cơ quan này là gì?

4. Tỷ lệ phần trăm ngân sách quốc gia dành cho HIV, AIDS được thực hiện bởi các các tổ chức dân sự xã hội năm trước là bao nhiêu? < 25%

5. Ủy ban AIDS Quốc gia đã có hình thức hỗ trợ gì cho các đối tác chương trình, đặc biệt là các tổ chức dân sự xã hội?

Thông tin về các nhu cầu và dịch vụ ưu tiên	Có ☒	Không
Tài liệu/hướng dẫn kỹ thuật	Có ☒	Không
Mua sắm, cung cấp và phân phối thuốc	Có ☒	Không
Điều phối với các đối tác thực hiện chương trình khác	Có ☒	Không
Tăng cường năng lực	Có ☒	Không
Khác (ghi rõ)		

6. Nước bạn có xem xét các chính sách là qui định pháp luật để xác định xem có chính sách, qui định nào không phù hợp với chính sách phòng chống AIDS Quốc gia?

Có ☒	Không
--	-------

6.1. NẾU CÓ, chính sách là qui định pháp luật đó có được điều chỉnh để phù hợp với chính sách phòng chống AIDS Quốc gia?

Có ☒	Không
--	-------

6.2. NẾU CÓ, đó là chính sách, qui định nào và được điều chỉnh khi nào?

Chính sách/qui định luật	Năm
Ngành nghề người nhiễm HIV không được làm việc	2006

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về hỗ trợ chính trị cho chương trình HIV và AIDS?												
2007	Không đáng kể										Tốt	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ☒	
2005	Không đáng kể										Tốt	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ☒	10	
<i>Nhận xét về tiến bộ đạt được từ năm 2005:</i> - Hệ thống văn bản qui phạm pháp luật về PC AIDS được hoàn thiện - củng cố và kiện toàn hệ thống PC AIDS - Tăng cường nguồn lực và hợp tác quốc tế												

III. Dự phòng

1. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông về HIV và AIDS cho dân chúng nói chung hay không?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

1.1. Nếu có, các thông điệp chủ yếu nào được vận động

Kiên nhẫn quan hệ tình dục	☒
Trì hoãn quan hệ tình dục lần đầu tiên	
Chung thủy	☒
Giảm số bạn tình	☒
Luôn sử dụng bao cao su	☒
Quan hệ tình dục an toàn hơn	☒
Không quan hệ mại dâm	☒
Không tiêm chích ma túy	☒
Sử dụng BKT sạch	☒
Chống lại bạo lực đối với phụ nữ	☒
Tham dự và tham gia nhiều hơn của người nhiễm HIV	☒
Tham gia nhiều hơn của nam giới vào chương trình sức khỏe sinh sản	☒
Khác (ghi rõ):	

1.2. Trong năm ngoái, nước bạn có chương trình/hoạt động nhằm vận động việc đưa thông tin chính xác về HIV và AIDS trên các phương tiện thông tin đại chúng không?

Có ☒	Không
--	-------

2. Nước bạn có chính sách hay chiến lược tăng cường giáo dục sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục liên quan đến HIV cho thanh niên không?

Có ☒	Không
--	-------

2.1. Giáo dục về HIV có nằm trong giáo trình giảng dạy tại:

Các trường phổ thông cơ sở?	Có ☒	Không
Các trường phổ thông trung học?	Có ☒	Không
Đào tạo giáo viên	Có ☒	Không

2.2 Chiến lược/giáo trình giảng dạy có cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục tương tự cho nam thanh niên và nữ thanh niên hay không?

Có ☒	Không
--	-------

2.3. Nước bạn có chiến lược giáo dục về HIV cho thanh niên ngoài trường học không?

Có ☒	Không
--	-------

3. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông và can thiệp về y tế dự phòng cho nhóm quần thể nguy cơ nhất không?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu không, giải thích ngắn gọn:

3.1. **NẾU CÓ**, nhóm nguy cơ nào và hoạt động dự phòng nào chính sách/chiến lược đã đề cập đến?

	NCMT	MSM	PNMD	KLC	Tù nhân	Khác
Thông tin và giáo dục giảm nguy cơ	☒	☒	☒	☒	☒	
Giảm kỳ thị, phân biệt đối xử	☒	☒	☒			
Cung cấp bao cao su	☒	☒	☒	☒		
Tư vấn xét nghiệm HIV	☒	☒	☒	☒		
SKSS, bao gồm dự phòng và điều trị STI	☒	☒	☒	☒		
Giảm nguy cơ (VD: tăng thu nhập)			☒			
Điều trị thay thế	☒					
Trao đổi bơm kim tiêm	☒					

Nhìn chung, bạn đánh giá thế nào về các nỗ lực mang tính chính sách hỗ trợ cho công tác dự phòng năm 2007 và 2005?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ☒	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7 ☒	8	9	10

Nhận xét về các tiến bộ đã đạt được từ năm 2005:

4. Nước bạn có xác định các tình ưu tiên của chương trình HIV không?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu không, các chương trình HIV được mở rộng như thế nào?

NEU CÓ, các chương trình HIV sau đây đã được thực hiện ở các tỉnh trọng điểm như thế nào?

Các chương trình dự phòng HIV	Hoạt động có ở		
	Tất cả các tỉnh	Hầu hết các tỉnh	Một vài tỉnh
An toàn truyền máu	☒		
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế	☒		
Phòng lây truyền mẹ con		☒	
TT-GD-TT về giảm nguy cơ	☒		
TT-GD-TT về giảm kỳ thị, PBĐX	☒		
Cung cấp BCS		☒	
Tư vấn xét nghiệm HIV	☒		
Can thiệp GTH cho nhóm NCMT		☒	
Chương trình cho các nhóm nguy cơ khác		☒	
Dịch vụ SKSS bao gồm phòng, điều trị STI	☒		
Giáo dục AIDS trong nhà trường cho thanh niên		☒	
Chương trình cho thanh niên ngoài nhà trường			☒
Chương trình HIV nơi làm việc			☒
Khác (ghi rõ)			

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực trong việc thực hiện các chương trình dự phòng HIV?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									☒		
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								☒			

Nhận xét về các tiến bộ đã đạt được từ năm 2005:

IV. Điều trị, Chăm sóc và Hỗ trợ

1. Nước bạn có chính sách hay chiến lược nhằm tăng cường điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện HIV và AIDS? (Chăm sóc toàn diện bao gồm nhưng không giới hạn trong: điều trị, tư vấn xét nghiệm, chăm sóc về tâm lý xã hội, chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng)

Có ☒	Không
--	-------

1.1. **NẾU CÓ**, chính sách/chiến lược đó có quan tâm đầy đủ tới các rào cản của phụ nữ, trẻ em và các nhóm nguy cơ cao?

Có ☒	Không
--	-------

2. Nước bạn có xác định các tình ưu tiên cho điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS không?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

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

NẾU CÓ, các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS sau đây đã được thực hiện ở các tình trọng điểm như thế nào?

Các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Hoạt động có ở		
	Tất cả các tỉnh	Hầu hết các tỉnh	Một vài tỉnh
Điều trị đặc hiệu ART	☒		
Chăm sóc dinh dưỡng			☒
Điều trị AIDS cho trẻ em	☒		
Quản lý STI		☒	
Hỗ trợ tinh thần người nhiễm và gia đình họ		☒	
Chăm sóc tại nhà		☒	
Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị các nhiễm khuẩn thường gặp liên quan tới nhiễm HIV		☒	
Tư vấn và XN cho bệnh nhân lao	☒		
Sàng lọc lao cho người nhiễm HIV		☒	
Điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV		☒	
Kiểm soát lao trong các cơ sở chăm sóc điều trị HIV		☒	
Điều trị dự phòng Cotrimoxazole cho người nhiễm			☒
Điều trị sau phơi nhiễm (VD - rủi ro nghề nghiệp, người bị hiếp dâm)	☒		

Dịch vụ điều trị HIV ở nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc			☒
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm sắp xếp chỗ làm thay thế)			☒
Khác (ghi rõ)			

3. Nước bạn có chính sách phát triển/sử dụng thuốc nhái hay nhập khẩu song song thuốc điều trị HIV không?

Có ☒	Không
--	-------

4. Nước bạn có tiếp cận với các hệ thống cung cấp, mua sắm, quản lý thuốc, hàng hoá thiết yếu, thuốc ARV, thuốc thay thế trong khu vực không?

Có ☒	Không
--	-------

4.1. Nếu có, cho loại hàng hoá nào? (ghi rõ)

- Thuốc ARV

5. Nước bạn có chính sách hay chiến lược giải quyết các nhu cầu thứ yếu liên quan đến HIV và AIDS của trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương (OVC) không?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

5.1. Nếu có, nước bạn có định nghĩa về trẻ OVC không?

Có ☒	Không
--	-------

5.2. Nếu có, nước bạn có chương trình quốc gia về trẻ OVC không?

Có ☒	Không
--	-------

5.3. Nếu có, nước bạn có số ước tính trẻ OVC đã nhận được dịch vụ không?

Có	Không ☒
----	---

Nếu có, bao nhiêu phần trăm trẻ OVC đã được tiếp cận? ghi rõ số %:

Nhìn chung, bạn đánh giá nỗ lực để đáp ứng những nhu cầu của trẻ mồ côi và trẻ bị tổn thương bởi AIDS như thế nào?												
2007	Không đáng kể										Tốt	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ☒	10	
2005	Không đáng kể										Tốt	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10	
Nhận xét về tiến bộ từ 2005:												

V. Theo dõi và Đánh giá

1. Nước bạn có một chương trình theo dõi và đánh giá (M&E) thống nhất mang tính quốc gia không?

Có ☒	Năm: 2007	Đang xây dựng	Không
--	-----------	---------------	-------

1.1. NẾU CÓ, kế hoạch M&E được chấp nhận bởi các đối tác chủ chốt về M&E?

Có ☒	Không
--	-------

1.2. NẾU CÓ, kế hoạch M&E có được xây dựng có tham khảo các tổ chức dân sự xã hội, bao gồm người nhiễm HIV?

Có ☒	Không
--	-------

1.3. NẾU CÓ, các đối tác chủ chốt có hài hoà yêu cầu M&E của họ (bao gồm các chỉ số) với kế hoạch M&E quốc gia?

Có, tất cả các đối tác	Có, hầu hết ☒	Có, một vài	Không
------------------------	---	-------------	-------

2. Kế hoạch theo dõi và đánh giá (M&E) có bao gồm?

Chiến lược thu thập và phân tích số liệu	Có ☒	Không
Giám sát hành vi	Có ☒	Không
Giám sát HIV	Có ☒	Không
Các bộ chỉ số được chuẩn hóa cụ thể	Có ☒	Không
Các công cụ hướng dẫn thu thập số liệu	Có ☒	Không
Chiến lược đánh giá chất lượng và độ chính xác của số liệu	Có ☒	Không
Chiến lược phổ biến và sử dụng số liệu	Có ☒	Không

3. Kế hoạch theo dõi và đánh giá có ngân sách không?

Có ☒	Năm: 2007	Đang xây dựng	Không
--	-----------	---------------	-------

Nếu có, ngân sách có được đảm bảo không?

Có ☒	Không
--	-------

Nhưng chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu

4. Có đơn vị hay phòng ban chuyên trách về Theo dõi và Đánh giá không?

Có ☒	Đang xây dựng	Không
--	---------------	-------

Nếu không, đâu là khó khăn chủ yếu trong việc hình thành đơn vị M&E?

--

4.1. **NẾU CÓ**, Phòng ban này có được đặt ở đâu?

UBQG AIDS	Có	Không
Bộ Y tế	Có ☒	Không
Nơi khác		

4.2. **NẾU CÓ**, có bao nhiêu cán bộ biên chế và hợp đồng làm việc tại đây, là cán bộ làm việc toàn thời gian hay bán thời gian?

Số cán bộ biên chế		
Vị trí: <i>Quản lý</i>	Toàn thời gian: 2 Bán thời gian: 0	Từ khi nào? 2005
Vị trí: kỹ thuật	Toàn thời gian: 3 Bán thời gian: 0	Từ khi nào? 2005
Vị trí	Toàn thời gian/ bán thời gian	Từ khi nào?
Vị trí	Toàn thời gian/ bán thời gian?	Từ khi nào?
Số cán bộ hợp đồng	3	

4.3. Nếu có, có hệ thống đảm bảo các đối tác chủ yếu sẽ gửi số liệu, báo cáo M&E tới đơn vị M&E để xem xét đưa vào báo cáo quốc gia?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu có, hệ thống này có hoạt động? Khó khăn chủ yếu là gì?

Hệ thống hoạt động và vận hành tốt. Tuy nhiên các khó khăn chủ yếu hiện nay là hạn chế về cán bộ kỹ thuật, thiếu nguồn lực và trang thiết bị, ngân sách.

4.4. Nếu có, các tổ chức UN, song phương và các cơ quan khác đã chia sẻ kết quả M&E của họ ở mức độ như thế nào?

Thấp					Cao
0	1	2	3	4 ☒	5

5. Nước bạn có nhóm công tác M&E thường xuyên họp để điều phối các hoạt động M&E?

không	Có, nhưng không họp định kỳ	Có, họp định kỳ ☒
-------	-----------------------------	---

Nếu có, ngày họp gần đây nhất là (ghi rõ): 07/01/2008

5.1. Nhóm đó có bao gồm đại diện các tổ chức dân sự xã hội, bao gồm người nhiễm HIV?

Có	Không ☒
----	---

Nếu có, mô tả vai trò của tổ chức dân sự xã hội và người nhiễm trong nhóm:

6. Đơn vị/cơ quan Theo dõi và Đánh giá có quản lý số liệu quốc gia không?

Có ☒	Không	Không áp dụng
--	-------	---------------

6.1. **NẾU CÓ**, quản lý theo cách nào? (ghi rõ)

- Quản lý số liệu giám sát phát hiện và giám sát trọng điểm với phần mềm HIV info 2.1
- Báo cáo các biểu mẫu theo Quyết định 26- Báo cáo các hoạt động phòng chống HIV/AIDS: tập hợp báo cáo của các địa phương và nhập và quản lý bằng file Excel theo từng Quý.

6.2. **NẾU CÓ**, thông tin đó có bao gồm nội dung, đối tượng đích, độ bao phủ của chương trình và cơ quan thực hiện không?

Có ☒	Không
--	-------

6.3. Nước bạn có hệ thống thông tin y tế hoạt động không?

Cấp quốc gia	Có ☒	Không
Cấp tỉnh, huyện	Có ☒	Không
Nếu có, là cấp nào? <i>Cấp tỉnh</i>		

6.4. Nước bạn có xuất bản báo cáo theo dõi, đánh giá về HIV ít nhất 1 lần/năm, bao gồm dữ liệu giám sát HIV

Có ☒	Không
--	-------

7. **Số liệu theo dõi, đánh giá được sử dụng cho lập kế hoạch và thực hiện chương trình đến mức độ nào?**

Thấp						Cao
0	1	2	3 ☒	4	5	

Ví dụ về việc sử dụng số liệu

- Sử dụng số liệu về bản đồ của nhóm TCMT và PNMD để lập kế hoạch mua bơm kim tiêm, bao cao su phù hợp, tuyển đồng đẳng viên, cộng tác viên để triển khai các hoạt động.
- Số liệu IBBS được sử dụng cho việc lập kế hoạch và thực hiện chương trình can thiệp giảm tác hại ở các tỉnh trọng điểm chương trình PEPFAR

Thách thức chủ yếu của việc sử dụng số liệu là gì?

Chất lượng số liệu chưa được bảo đảm (do thiếu nguồn số liệu, số liệu có nhưng không thống kê/ghi chép đầy đủ, hướng dẫn về việc thu thập số liệu chưa rõ ràng...)

8. Trong năm trước, có lớp tập huấn về M&E

Cấp quốc gia	Có ☒	Không
NẾU CÓ , số người được tập huấn: 30		
Cấp tỉnh, huyện	Có ☒	Không
NẾU CÓ , số người được tập huấn: 515		
Có bao gồm tổ chức dân sự xã hội	Có	Không ☒
NẾU CÓ , số người được tập huấn:		

Nhìn chung, bạn đánh giá những nỗ lực về theo dõi và đánh giá chương trình HIV và AIDS như thế nào?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7 ☒	8	9	10
Nhận xét về tiến bộ từ 2005:											

BẢNG HỎI VỀ CHỈ SỐ CHÍNH SÁCH KẾT HỢP CỦA QUỐC GIA

PHẦN B

I. Nhân quyền

1. Nước bạn có các bộ luật và các quy định bảo vệ những người nhiễm HIV và AIDS để họ không bị phân biệt đối xử không? (không phân biệt đối xử trong việc cung cấp dịch vụ hay những cơ hội giáo dục, nhà ở, việc làm, y tế...)

Có ☒	Không
--	-------

1.1. **NẾU CÓ**, ghi cụ thể

- Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)
- Nghị định 45/2005/NĐ-CP Quy định việc xử phạt các vi phạm hành chính trong lĩnh vực Y tế
- Nghị định 108/2007/NĐ-CP qui định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)

2. Nước bạn có các bộ luật và các quy định không phân biệt đối xử trong đó có qui định cụ thể bảo vệ các nhóm được coi là đặc biệt dễ bị lây nhiễm HIV

Có ☒	Không
--	-------

2.1. **NẾU CÓ**, đối với nhóm nào?

Phụ nữ	Có ☒	Không
Thanh niên	Có ☒	Không
NCMT	Có ☒	Không
MSM	Có ☒	Không
PNMD	Có ☒	Không
Tù nhân	Có ☒	Không
Người nhập cư/di cư	Có ☒	Không
Khác (ghi rõ): Trẻ em	☒	

NẾU CÓ, giải thích ngắn gọn hệ thống nào hiện có để đảm bảo các luật đó được thực hiện

- Cấp Quốc gia: Ủy ban Các vấn đề xã hội của Quốc hội là cơ quan chịu trách nhiệm giám sát việc thi hành luật.
- Cấp tỉnh: Tiểu ban Văn hóa-Xã hội, thuộc Hội đồng Nhân dân tỉnh là cơ quan thi hành, giám sát việc triển khai thực hiện.
- Hệ thống tư pháp (Viện Kiểm sát và Tòa án) thực hiện các biện pháp giám sát và chế tài đối với việc thực hiện Luật và các văn bản hướng dẫn Luật. Tuy nhiên chưa có những cơ chế cụ thể để giám sát việc thực thi các Luật và qui định bảo vệ các nhóm có nguy cơ cao.

NẾU CÓ, mô tả một hệ thống hiện có nhằm đảm bảo các luật có hiệu lực

- Nghị định 108/2007/ND-CP qui định một số điều của Luật phòng chống HIV/AIDS
- Thông tư 29/2007/QĐ-TTg của Bộ LĐTBXH

3. Nước bạn có luật, qui định hay chính sách tạo ra các khó khăn đối với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ hiệu quả cho các nhóm nguy cơ?

Có ☒	Không
--	-------

3.1. Nếu có, cho nhóm nào?

Phụ nữ	Có	Không
Thanh niên	Có	Không
Nghiện chích ma túy	Có ☒	Không
Nam quan hệ tình dục đồng giới	Có	Không
Phụ nữ mại dâm	Có ☒	Không
Tù nhân	Có	Không
Người nhập cư/di cư	Có	Không
Khác (ghi rõ)		

Nếu có, mô tả tóm tắt nội dung của luật, qui định, chính sách đó và làm thế nào chúng tạo ra các rào cản

Mặc dù Luật Phòng chống HIV/AIDS đã có hiệu lực, nhưng những qui định khác được thông qua trước đó có đưa ra những mục trái ngược với luật mới:

- Điều 3, Luật Phòng chống sử dụng ma túy năm 2000: “*chủ mưu, xúi giục, cưỡng bức, chứa chấp, hỗ trợ việc sử dụng trái phép các chất ma túy*”, hoặc “*tàng trữ, vận chuyển, mua bán phương tiện, dụng cụ dùng vào việc sản xuất, sử dụng trái phép các chất ma túy*”

Các hoạt động như phân phát bơm kim tiêm và bao cao su có thể được xem là vi phạm luật. Điều này gây khó khăn cho những người tiêm chích ma túy trong việc tiếp cận với bơm kim tiêm sạch, do lo sợ bị bắt vì phân phát bơm kim tiêm là phạm pháp. Một số người tiêm chích ma túy đang được điều trị ART cũng không tiết lộ tình trạng sử dụng ma túy của họ do vậy cán bộ cung cấp dịch vụ không hỗ trợ tuân thủ điều trị, cũng như không tư vấn dự phòng HIV cho họ. Việc này cũng có thể ảnh hưởng tới việc sử dụng methadone trong việc điều trị nghiện ma túy

- Sắc lệnh về phòng chống mại dâm, 2003: “có hành vi gây nghi ngờ đang hoạt động mại dâm” hoặc “tiếp tay cho hoạt động mại dâm”

Mang theo bao cao su có thể được xem là bằng chứng của hoạt động mại dâm. Việc này gây khó khăn cho việc tiếp cận và cung cấp thông tin về HIV và các dịch vụ liên quan cho nhóm phụ nữ mại dâm.

- Thêm vào đó, những người di cư thường không được đăng ký hộ khẩu và do vậy việc tiếp cận với các dịch vụ cũng bị hạn chế.

- Tại một số cơ sở tạm giam và giáo dục điều trị, hiện chưa được phép tiếp cận với một số dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc (bao gồm cả tư vấn trước và sau xét nghiệm, và các can thiệp giảm tác hại như bao cao su, bơm kim tiêm, và thuốc điều trị gốc opiate thay thế)
- Luật Phòng chống HIV/AIDS có các quy định ưu tiên về điều trị ARV cho một số đối tượng (trong đó có người có HIV tích cực tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS), vô hình chung khiến các đối tượng khác khó có được cơ hội tiếp cận điều trị ARV

4. Việc vận động và bảo vệ nhân quyền có được đề cập đầy đủ trong chính sách hay chiến lược nào không?

Có ☒	Không
--	-------

- Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)

5. Có cơ chế nào ghi nhận, báo cáo và đề cập đến các trường hợp người nhiễm HIV hay người có nguy cơ bị phân biệt đối xử?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu có, mô tả cơ chế đó

- Thành lập các văn phòng tư vấn luật bảo vệ quyền lợi người sống với HIV tại TP. HCM, Hải Phòng

6. Chính phủ, thông qua hỗ trợ tài chính và chính trị, có đề những nhóm dân cư có hành vi có nguy cơ cao tham gia vào quá trình xây dựng và thực hiện chương trình HIV của chính phủ hay không?

Có ☒	Không
--	-------

NẾU CÓ, mô tả vài ví dụ:

- Đã có một số hỗ trợ tài chính cho các nhóm có hành vi có nguy cơ cao nhưng còn ở mức độ hạn chế. Ví dụ: trong Ngày Sáng tạo được tổ chức trong tháng chiến dịch nhân ngày Thế giới Phòng chống AIDS, một số dự án do những người sống với HIV, hoặc những người từng nghiện chích ma túy quản lý và triển khai đã được tài trợ những khoản ngân sách nhỏ.
- Tại một số tỉnh, Trung tâm phòng chống AIDS tỉnh đã hỗ trợ cho sự hình thành và cung cấp một khoản ngân sách gây dựng hoạt động cho các nhóm tự lực. Tuy nhiên, phần lớn các nhóm tự lực và các nhóm có hành vi nguy cơ cao (như nam tình dục đồng giới) chưa nhận được tài trợ từ nguồn ngân sách chương trình phòng chống HIV và AIDS Quốc gia.
- Nhóm người dân có nguy cơ cao hơn đã tham gia vào một số chương trình và dự án, nhưng vẫn chưa hoàn toàn được tham gia xây dựng chương trình. Chiến lược Quốc gia

và Luật Phòng chống HIV và AIDS đều khuyến khích sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội, của cộng đồng và những người sống chung với HIV.

- Ở cấp độ chính sách, đã có hai người sống chung với HIV là thành viên của CCM và của tiểu ban CCM của dự án Quỹ Toàn cầu về HIV. Quá trình đồng thuận về Luật phòng chống HIV và AIDS, về Khung Theo dõi Đánh giá Quốc gia, và về Chương trình Giảm tác hại đều có sự tham gia của những người sống chung với HIV và nhóm những người có nguy cơ cao hơn.

7. Nước bạn có chính sách dịch vụ miễn phí về:

Các dịch vụ dự phòng HIV	Có ☒	Không
Điều trị ARV	Có ☒	Không
Chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV	Có ☒	Không

Nếu có, trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, mô tả các bước để thực hiện chính sách đó

- Mục 2, Điều 39, Chương IV, Luật Phòng chống HIV và AIDS đã nêu rõ : “Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV”
- Trong Chiến lược phòng chống HIV không đề cập đến các dịch vụ miễn phí cho dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ. Tuy nhiên, với sự tham gia ngày càng gia tăng của các hoạt động được tài trợ, tại các tỉnh triển khai các dự án này đều có dịch vụ miễn phí trên cả ba lĩnh vực nói trên. Những hành động được triển khai nhằm cải thiện dịch vụ:
 - o Cấp thực hiện: theo chủ chương ‘Ba thống nhất’, các Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh đã tăng cường phối hợp trong tỉnh nhằm đẩy mạnh tiếp cận về dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ
 - o Điều trị ARV: Đẩy mạnh tiếp cận ARV qua các dự án do PEPFAR, Quỹ Toàn cầu và Esther tài trợ
 - o Chăm sóc và Hỗ trợ: Qua các câu lạc bộ Đồng cảm của Hội Phụ nữ Việt Nam, các nhóm tự lực
- Tăng dần mức đầu tư ngân sách Quốc gia cho phòng chống HIV/AIDS nói chung và các dịch vụ dự phòng HIV, điều trị ARV, chăm sóc hỗ trợ liên quan đến HIV nói riêng.
- Huy động nguồn hỗ trợ quốc tế

8. Nước bạn có chính sách đảm bảo sự bình đẳng giữa nam và nữ trong việc tiếp cận với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ không? Ví dụ đảm bảo cho phụ nữ tiếp cận ngoài bối cảnh mang thai và sinh nở?

Có ☒	Không
--	-------

9. Nước bạn có chính sách đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng cho các nhóm nguy cơ cao nhất với dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ không?

Có ☒	Không
--	-------

9.1. Có sự khác biệt trong tiếp cận với các nhóm nguy cơ khác nhau?

Có ☒	Không
--	-------

NẾU CÓ, mô tả sự khác biệt

Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS): các can thiệp giảm tác hại được triển khai trong các nhóm có hành vi có nguy cơ cao nên phù hợp với các điều kiện kinh tế xã hội.

Các cách tiếp cận khác nhau được áp dụng cho các nhóm đối tượng khác nhau: người tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm, nhóm di biến động, MSM. Các ví dụ bao gồm giáo dục đồng đẳng, các trung tâm, các hoạt động cộng đồng, các phòng khám lưu động...v.v.

- Nhóm tiêm chích ma túy phân phát bơm kim tiêm, và phụ nữ mại dâm cung cấp bao cao su
- Do các hoạt động tình dục đồng giới không được xem là phạm pháp, các hoạt động tiếp cận cộng đồng/ đối tượng, ở khía cạnh nào đó, được triển khai dễ dàng hơn so với nhóm tiêm chích ma túy và phụ nữ mại dâm. Do không lo ngại bị bắt, một vài nhóm MSM tự lực đã được thành lập để trao đổi thông tin và kết nối giữa các nhà cung cấp dịch vụ và những nhóm có nguy cơ khác.

10. Nước bạn có chính sách nghiêm cấm xét nghiệm sàng lọc HIV trong việc tuyển mộ nhân viên (tuyển dụng, điều động, chỉ định, thăng chức, cắt hợp đồng)

Có ☒	Không
--	-------

11. Nước bạn có chính sách đảm bảo các đề cương nghiên cứu nghiên cứu HIV và AIDS có liên quan đến đối tượng con người được một ủy ban về các vấn đề đạo đức (quốc gia/địa phương) rà soát và thông qua không?

Có ☒	Không
--	-------

11.1. Nếu có, ủy ban xét duyệt đạo đức có sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội và những người sống với HIV không?

Có	Không ☒
----	---

NẾU CÓ, mô tả hiệu quả của ủy ban này

- Quyết định 3353/QĐ-BYT do Bộ Y tế ban hành ngày 13/9/2005 thành lập ủy ban xét duyệt đạo đức cho các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên người.
- Các viện nghiên cứu, trường đại học và một số cơ sở địa phương đều có ủy ban xét duyệt đạo đức cho các nghiên cứu y học.
- Tuy nhiên, không có ủy ban nào có sự tham gia của người sống với HIV

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

Có viện nghiên cứu độc lập cấp quốc gia để thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền, trong đó có ủy ban nhân quyền, ủy ban cải cách luật pháp và những người làm công tác thanh tra giám sát chung có xem xét các vấn đề liên quan đến HIV và AIDS trong công việc của họ	Có ☒	Không
Có cơ quan đầu mối đặt tại Bộ Y tế và các Bộ khác để giám sát các vấn đề lạm dụng nhân quyền và kỳ thị liên quan đến HIV trong các lĩnh vực nhà cửa và việc làm	Có	Không ☒
Có các chỉ số hoặc tiêu chuẩn để: a) đánh giá các vấn đề có liên quan trong bối cảnh HIV b) Giảm kỳ thị, PBĐX liên quan đến HIV	Có Có ☒	Không ☒ Không

NẾU CÓ, mô tả vài ví dụ về bất kỳ câu hỏi nào kể trên

- Khung Theo dõi, Đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia có chỉ số đánh giá thái độ của người dân đối với người có HIV, nhằm đo lường sự kỳ thị.
- Trung tâm nghiên cứu nhân quyền thuộc Học viện Chính trị quốc gia thường xuyên tham gia các nghiên cứu, đánh giá và các Hội nghị, hội thảo, diễn đàn về HIV/AIDS

13. Các thành viên của toà án (bao gồm toà án lao động) có được tập huấn, đào tạo về tính nhạy cảm liên quan đến HIV và AIDS, các vấn đề nhân quyền có thể gặp phải trong công việc của họ?

Có ☒	Không
--	-------

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

- Hệ thống trợ giúp pháp lý HIV, AIDS	Có ☒	Không
- Có cơ quan tư nhân hay trung tâm của trường Đại học cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giá rẻ cho người nhiễm HIV	Có ☒	Không
Có các chương trình giáo dục, nâng cao hiểu biết cho người nhiễm về quyền của họ: - Văn phòng trợ giúp Pháp lý - Đường dây nóng tư vấn pháp lý	Có ☒	Không

15. Các chương trình đó có thiết kế để thay đổi thái độ kỳ thị của cộng đồng liên quan đến HIV, AIDS thành thái độ hiểu biết và chấp nhận?

Có ☒	Không
--	-------

Nếu có, là loại chương trình nào?

Truyền thông đại chúng	Có ☒	Không
Giáo dục trong nhà trường	Có ☒	Không
Các cá nhân chia sẻ	Có ☒	Không
Khác (ghi rõ): Chương trình HIV tại nơi làm việc ☒		

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về các chính sách, điều luật và quy định được đặt ra để bảo vệ nhân quyền liên quan đến HIV và AIDS năm 2007 và 2005?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10

Nhận xét về tiến bộ đạt được từ 2005:

- Sự ra đời Luật Phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) (2006), đi kèm Nghị định 108 (2007) là một tiến bộ rõ rệt. Các văn bản này đề cập đến vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người sống với HIV, và cũng nêu rõ quyền lợi và nghĩa vụ của những người sống với HIV. Chúng cũng bao gồm nhiều điều khoản nghiêm cấm các hành vi phân biệt đối xử cụ thể trong lĩnh vực y tế và giáo dục. Sự ra đời của Luật là một bước tiến quan trọng cho Việt nam và Nghị định hướng dẫn thực thi Luật là một văn bản thiết yếu. Đặc biệt, việc mở rộng phạm vi các hoạt động giảm tác hại là một tiến bộ đáng kể.
- Tuy nhiên, vẫn còn có những quan ngại khi những vấn đề sau đây chưa được đưa vào Nghị Định:
 - o Vấn đề liên qua đến việc giữ bí mật kết quả xét nghiệm, đặc biệt trong các trường giáo dục, điều trị, các trại.
 - o Việc bảo vệ nhân viên, tránh bị phân biệt đối xử trong lĩnh vực tuyển dụng, đặc biệt những ngành nghề bắt buộc phải xét nghiệm trong quá trình tuyển dụng, hình thức bảo vệ này không phải là phổ biến trên toàn cầu.
- Một chuyển biến tích cực khác là sự ra đời của Nghị Định 67 về chính sách hỗ trợ cho những người hưởng phúc lợi xã hội, trong đó có việc trợ cấp cho gia đình của trẻ em sống với HIV (2007)

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực thực hiện các chính sách, điều luật và quy định hiện có liên quan đến HIV và AIDS vào thời điểm năm 2007 và 2005?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7 ☒	8	9	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6 ☒	7	8	9	10

Nhận xét về tiến bộ đạt được từ 2005:

- Từ sau khi Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được thông qua, việc phổ biến Luật này và các văn bản pháp luật khác đã bắt đầu được thực hiện, dẫn đến sự chuyển biến trong nhận thức của người dân, những người lập chính sách cũng như những người thực thi pháp luật.
- Mặc dù đạt được nhiều tiến bộ trong lĩnh vực chính sách và luật pháp, vẫn còn những quan ngại do Nghị Định 108 không bao gồm một hướng dẫn hoàn chỉnh về việc thực thi Luật. Cụ thể là không có các hình thức và mức độ xử phạt với những hành vi vi phạm Luật Phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS). Thiếu những hình thức xử phạt những trường hợp vi phạm quyền và luật pháp, cũng như những địa điểm dễ tiếp cận để hỗ trợ cho việc thi hành luật, thì Luật về phòng chống AIDS sẽ không có được những tác động như mong muốn

II. Tham gia của các tổ chức dân sự xã hội

1. Các tổ chức dân sự xã hội đã có những đóng góp gì trong việc đẩy mạnh cam kết chính trị của các nhà lãnh đạo cao nhất và xây dựng chính sách quốc gia?

Thấp			Cao		
0	1	2	3 ☒	4	5

2. Đại diện của các tổ chức dân sự xã hội đã tham gia với mức độ nào trong việc xây dựng kế hoạch và ngân sách của Kế hoạch Chiến lược Quốc gia hoặc kế hoạch hoạt động phòng chống AIDS hiện tại (ví dụ như tham gia các buổi họp xây dựng kế hoạch và đóng góp ý kiến cho các bản dự thảo kế hoạch)?

Thấp			Cao		
0	1	2	3 ☒	4	5

3. Hoạt động dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV được thực hiện bởi các tổ chức dân sự xã hội đã được đề cập đến mức độ nào trong:

a. Trong kế hoạch chiến lược và báo cáo quốc gia?

Thấp			Cao		
0	1	2	3 ☒	4	5

b. Trong ngân sách quốc gia

Thấp			Cao		
0	1	2	3 ☒	4	5

4. Nước bạn có sự tham gia của tổ chức dân sự xã hội trong việc đánh giá quốc gia về việc thực hiện chiến lược?

Có	Không ☒
----	---

Nếu có, đánh giá được thực hiện năm nào (ghi rõ):

5. Tổ chức dân sự xã hội tham gia vào trong nỗ lực phòng chống AIDS có đa dạng?

Thấp			Cao		
0	1	2	3	4 ☒	5

Liệt kê các tổ chức hoạt động có sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội:

- Các nhóm tự lực của người có HIV (hiện có trên 75 nhóm, ở khắp các địa bàn trong cả nước)
- Các nhóm của nam quan hệ tình dục đồng giới (hiện có các nhóm tự lực ở Hà Nội, Hải Phòng, Nha Trang, TP Hồ Chí Minh, và Cần Thơ)
- Các nhóm, tổ chức tôn giáo (các nhóm Phật giáo, Công giáo...)

- Các nhóm tự nguyện trong cộng đồng (Câu lạc bộ Đồng cảm, Câu lạc bộ Mẹ và Vợ, Câu lạc bộ Phụ nữ trẻ, Hội Bảo trợ trẻ em, Nhóm cha mẹ của người có HIV...)
- Các tổ chức phi chính phủ (hàng chục tổ chức phi chính phủ trong nước thường xuyên hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS)
- Các tổ chức đoàn thể như Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Mặt trận Tổ quốc...
- Ban CCM Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS
- Các cơ quan nghiên cứu
- Hội Luật sư

6. Tổ chức dân sự xã hội có thể tiếp cận với mức độ nào với

a. Hỗ trợ tài chính thích hợp để thực hiện các hoạt động HIV, AIDS

Thấp						Cao
0	1	2	3 ☒	4	5	

b. Hỗ trợ kỹ thuật thích hợp để thực hiện các hoạt động HIV, AIDS

Thấp						Cao
0	1	2	3 ☒	4	5	

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về nỗ lực tăng cường sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội trong năm 2007 và 2005?											
2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7 ☒	8	9	10
<i>Nhận xét về tiến bộ từ 2005:</i> - Vai trò của các tổ chức dân sự xã hội đã được nhà nước Việt Nam công nhận trong nhiều chiến lược và kế hoạch khác nhau, trong đó bao gồm cả Chiến lược Phòng chống HIV và AIDS Quốc gia đến năm 2010 với tầm nhìn đến 2020, và Kế hoạch phát triển Kinh tế Xã hội 2006-2010 (SEDP). Luật mới về Phòng chống HIV và AIDS cũng ghi nhận và khuyến khích các hoạt động hỗ trợ của các tổ chức dân sự xã hội. - Sự tham gia của các tổ chức dân sự xã hội trong việc xây dựng chính sách, lập kế hoạch, và trong đánh giá triển khai chương trình hiện vẫn còn hạn chế. Tuy nhiên, nhận thức về vai trò cũng như khả năng của các tổ chức xã hội dân sự (đặc biệt là những người sống chung với HIV và các tổ chức phi chính phủ trong nước) ngày càng tăng, và theo đó là chỗ đứng cho họ tham gia trong các chương trình đáp ứng với HIV. - Hoạt động của các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế không bị cản trở và ngày càng được thừa nhận rộng rãi. Một số tổ chức phi chính phủ đã kết hợp với các cơ quan của Đảng, Quốc hội, chính phủ để thực hiện các can thiệp hoặc vận động chính sách.											

III. Dự phòng

1. Nước bạn có xác định các tính ưu tiên của chương trình dự phòng HIV không?

Có ☒ Không ☐

Nếu không, các chương trình HIV được mở rộng như thế nào?

Nếu có, các chương trình HIV sau đây đã được thực hiện ở các tỉnh trọng điểm như thế nào?

Các chương trình dự phòng HIV	Hoạt động có ở		
	Tất cả các tỉnh	Hầu hết các tỉnh	Một vài tỉnh
An toàn truyền máu	☒		
Dự phòng phổ cập ở cơ sở y tế	☒		
Phòng lây truyền mẹ con		☒	
TT-GD-TT về giảm nguy cơ	☒		
TT-GD-TT về giảm kỳ thị, PBĐX	☒		
Cung cấp BCS	☒		
Tư vấn xét nghiệm HIV	☒		
Can thiệp GTH cho nhóm NCMT		☒	
Giảm nguy cơ cho nhóm MSM			☒
Giảm nguy cơ cho nhóm PNMD		☒	
Chương trình cho các nhóm nguy cơ khác (nhóm di biến động)		☒	
Dịch vụ SKSS bao gồm phòng, điều trị STI		☒	
Giáo dục AIDS trong nhà trường cho thanh niên	☒		
Chương trình cho thanh niên ngoài nhà trường			☒
Chương trình HIV nơi làm việc		☒	
Khác (ghi rõ): Người cao tuổi			

Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về các nỗ lực trong việc thực hiện các chương trình dự phòng HIV?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									☒		
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								☒			

Nhận xét về các tiến bộ đã đạt được từ năm 2005:

So với năm 2005, năm 2007, tất cả các dịch vụ dự phòng đều được thực hiện với quy mô lớn hơn và chất lượng được cải thiện hơn. Đặc biệt, việc tiếp cận và phân phát bơm kim tiêm cho

những người tiêm chích ma túy và bao cao su cho người bán dâm đã bắt đầu được vượt khỏi quy mô thí điểm và bắt đầu được mở rộng

Với sự hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính, Việt Nam có khả năng để mở rộng các can thiệp toàn diện theo cách có mục tiêu và hiệu quả. Ngân sách tài trợ đáng kể đã được sử dụng trong việc triển khai các dịch vụ liên quan đến HIV một cách hiệu quả (mặc dù cần tiếp tục duy trì các nỗ lực hiện có để đáp ứng được nhu cầu về nguồn lực)

Các dịch vụ giảm tác hại trong nhóm có nguy cơ cao (người tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm, MSM) cho đến gần đây, đã phải đối mặt với sự bất cập về pháp lý dẫn đến hạn chế trong việc triển khai và mở rộng độ bao phủ các dịch vụ. Việc Luật Phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được thông qua cùng với sự ra đời của Nghị định 108 trong năm 2007 đã tạo được một khung pháp lý cần thiết cho việc triển khai trọn gói và có hiệu quả các dịch vụ giảm tác hại toàn diện cho nhóm TCMT, PHMD và MSM. Kết quả là đến nay, một loạt các dịch vụ toàn diện liên quan đến HIV trong đó bao gồm các chương trình về bơm kim tiêm, và liệu pháp điều trị thay thế bằng methadone đã có thể được triển khai và mở rộng.

Hoạt động dự phòng HIV qua thông tin giáo dục truyền thông (IEC) và truyền thông thay đổi hành vi (BCC) trong nhóm dân cư nói chung qua các hình thức truyền thông đại chúng, các tài liệu IEC và các can thiệp cho BCC, và qua các chương trình dự án riêng lẻ. Các hoạt động IEC/BCC trên toàn quốc đã thu được kết quả trong việc nâng cao nhận thức về HIV nhưng chưa làm biến chuyển được nhiều các hành vi có nguy cơ.

Chương trình hành động Quốc gia về Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) đã được phê duyệt từ năm 2006. Hướng dẫn triển khai chương trình LTMC và kế hoạch mở rộng chương trình hiện đang được xây dựng.

Tư vấn xét nghiệm tự nguyện là một hoạt động được ưu tiên trong Chiến lược Quốc gia về Phòng chống HIV và AIDS. Bộ Y tế, cùng với sự trợ giúp của PEPFAR, Quỹ Toàn cầu, MSI và Ngân hàng Thế giới đã thiết lập được các cơ sở cung cấp dịch vụ TVXNTN tại 50 trong 64 tỉnh thành của Việt Nam, trong đó ưu tiên những khu vực có tỷ lệ hiện nhiễm cao. Hướng dẫn triển khai chương trình VCT Quốc gia đã được hoàn thành.

Vào tháng 4 năm 2007, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã khởi động “chương trình hành động về giáo dục sức khỏe sinh sản và dự phòng HIV cho học sinh các trường cấp 2 (2007-2010)”. Chương trình này được xây dựng dựa trên khung chính sách trong đó đề cập đến việc giáo dục HIV phù hợp với giới cho nhóm thanh thiếu niên.

Tuy nhiên, cũng cần đề cập đến những khó khăn về mặt nhân lực, cũng như vấn đề kỳ thị và giảm phân biệt đối xử trong hệ thống y tế và tại cộng đồng. Những thách thức thường gặp bao gồm:

- Hầu hết các chương trình hành động Quốc gia chưa xây dựng ngân sách cụ thể, và cũng còn thiếu nhiều hướng dẫn triển khai cụ thể trên nhiều lĩnh vực chuyên môn.
- Nhiều dịch vụ liên quan đến HIV hiện còn rời rạc, thiếu đồng bộ, thiếu sự phối hợp, chủ yếu do cách thức quản lý triển khai các chương trình dự án khác nhau.
- Hiện tại hệ thống giám sát HIV/AIDS cần được củng cố và nâng cao. Cần làm tốt hơn nữa việc sử dụng các số liệu thu thập được cho lập kế hoạch, theo dõi kết quả của các đáp ứng dịch, nhất là tại tuyến tỉnh.

IV. Điều trị, Chăm sóc và Hỗ trợ

1. Nước bạn có xác định các tình ưu tiên cho điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS không?

Có ☒	Không
--	-------

NẾU KHÔNG, các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS được mở rộng như thế nào?

NẾU CÓ, các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS sau đây đã được thực hiện ở các tỉnh trọng điểm như thế nào?

Các chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV	Hoạt động có ở		
	Tất cả các tỉnh	Hầu hết các tỉnh	Một vài tỉnh
Điều trị ARV	☒		
Chăm sóc dinh dưỡng		☒	
Điều trị AIDS cho trẻ em			☒
Quản lý STI		☒	
Hỗ trợ tinh thần người nhiễm và gia đình		☒	
Chăm sóc tại nhà		☒	
Chăm sóc giảm nhẹ và điều trị các nhiễm khuẩn thường gặp ở người nhiễm	☒		
Tư vấn và XN cho bệnh nhân lao		☒	
Sàng lọc lao cho người nhiễm HIV		☒	
Điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV		☒	
Kiểm soát lao trong các cơ sở chăm sóc điều trị HIV		☒	
Điều trị Cotrimoxazole cho người nhiễm		☒	
Điều trị sau phơi nhiễm (VD rủi ro nghề nghiệp, người bị hiếp dâm)	☒		
Dịch vụ điều trị HIV ở nơi làm việc hoặc hệ thống chuyển gửi điều trị qua nơi làm việc		☒	
Chăm sóc và hỗ trợ HIV tại nơi làm việc (bao gồm sắp xếp chỗ làm thay thế)		☒	
Khác (ghi rõ)			

Nhìn chung, bạn đánh giá nỗ lực thực hiện chương trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV, AIDS năm 2007 và 2005 như thế nào?

2007	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ☒	9	10
2005	Không đáng kể										Tốt
	0	1	2	3	4	5	6	7 ☒	8	9	10

Nhận xét về tiến bộ từ 2005:

- Chính phủ đã cam kết mở rộng dịch vụ. Chương trình hành động quốc gia về điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đã được phê duyệt năm 2006, nhấn mạnh vai trò của tuyến huyện là nơi tập trung cho các chăm sóc liên tục, bao gồm cả điều trị ARV, dự phòng LTMC và chuyển tuyến cho các dịch vụ tại cộng đồng. Một chuỗi các hướng dẫn triển khai toàn quốc đã được xây dựng. Những hướng dẫn này đã làm nền móng cho việc phối hợp các hình thức triển khai khác nhau, và cho việc mở rộng công tác điều trị, chăm sóc và hỗ trợ một cách hiệu quả. Việc mở rộng cung cấp dịch vụ chăm sóc ARV và các dịch vụ điều trị đã diễn ra mạnh mẽ trên toàn quốc, đặc biệt tại những tỉnh có tỷ lệ hiện nhiễm cao. Việt Nam đang tiến tới một chương trình quốc gia toàn diện, thay vì cách triển khai theo dự án trên lĩnh vực chăm sóc và điều trị như hiện nay.
- Giai đoạn 2006 – 2007 chứng kiến những tiến bộ vượt bậc trong điều trị, chăm sóc và hỗ trợ. Trước năm 2006, số người được điều trị ARV rất ít, thì đến năm 2007, khoảng 14.180 bệnh nhân AIDS trong cả nước đã được điều trị. Việc điều trị ARV cho trẻ em đang dần dần được mở rộng. Điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con đã bắt đầu được triển khai xuống đến tuyến tỉnh. Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole đã được phổ biến rộng rãi. Việc lồng ghép giữa lao và HIV đang dần dần được thực hiện. Các nhóm tự lực của người có HIV, các nhóm tôn giáo, cũng như các nhóm tự nguyện và cộng đồng xuất hiện ngày một nhiều góp phần chăm sóc tại nhà, chăm sóc tinh thần và hỗ trợ về nhiều mặt cho người có HIV. Một số chính sách về hỗ trợ cho người lớn và trẻ em có HIV đã ra đời như Nghị định 108/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 06 năm 2007 Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), Quyết định 60/2007/QĐ-TTg ngày 07 tháng 5 năm 2007 về việc thành lập quỹ hỗ trợ người nhiễm, Quyết định 96/2007/QĐ – TTg ngày 28 tháng 6 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc quản lý, chăm sóc, tư vấn điều trị cho người nhiễm HIV và phòng lây nhiễm HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh xã hội, trại giam, trại tạm giam, Nghị định 67/2007/NĐ-CP ngày 13 tháng 4 năm 2007 về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội.

2. Ước tính tỷ lệ các chương trình hay dịch vụ HIV dưới đây được thực hiện bởi các tổ chức dân sự xã hội:

Dự phòng cho thanh niên	<25%	25-50% ☒	50-75%	>75%
Dự phòng cho các nhóm nguy cơ				
- NCTM	<25%	25-50% ☒	50-75%	>75%
- MSM	<25%	25-50% ☒	50-75%	>75%
- PNMD	<25%	25-50% ☒	50-75%	>75%
Tư vấn và xét nghiệm	<25% ☒	25-50%	50-75%	>75%
Dịch vụ lâm sàng (NTCH, ARV)	<25% ☒	25-50%	50-75%	>75%
Chăm sóc tại nhà	<25%	25-50%	50-75% ☒	>75%
Chương trình OVC	<25% ☒	25-50%	50-75%	>75%

3. Nước bạn có chính sách hay chiến lược giải quyết các nhu cầu thứ yếu liên quan đến HIV và AIDS của trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương (OVC) không?

Có	Không	Không áp dụng <i>Chương trình hành động về Trẻ em và AIDS đang được xây dựng</i>
----	-------	---

3.1. Nếu có, nước bạn có định nghĩa về trẻ OVC không?

Có ☒	Không
--	-------

3.2. Nếu có, nước bạn có chương trình quốc gia về trẻ OVC không?

Có	Không ☒
----	---

3.3. Nếu có, nước bạn có số ước tính trẻ OVC đã nhận được dịch vụ không?

Có	Không ☒
----	---

Nếu có, bao nhiêu phần trăm trẻ OVC đã được tiếp cận? ghi rõ số %:

TỔNG HỢP NGÂN SÁCH QUỐC GIA

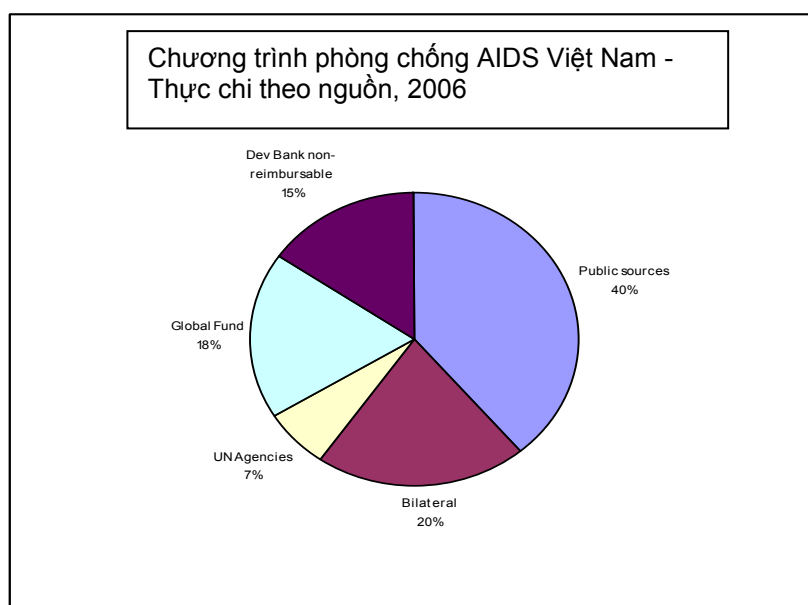
Số liệu báo cáo chi tiêu thực tế cho hoạt động dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam năm 2006 là 12,75 triệu USD bao gồm 4,96 triệu USD ngân sách Quốc gia và 7,78 triệu USD từ các nguồn hỗ trợ quốc tế. Số liệu này so với yêu cầu báo cáo UNGASS còn thiếu nguồn đóng góp ngân sách các địa phương (chính quyền và ban ngành các cấp), ngân sách do người dân tự chi trả cho các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, điều trị HIV/AIDS và một số hỗ trợ quốc tế chưa thu thập được đầy đủ. Trong các nguồn hỗ trợ quốc tế, nếu tính bao gồm nguồn hỗ trợ từ Chương trình PEPFAR, ước tính tổng ngân sách cho hoạt động dự phòng, chăm sóc, điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam năm 2006 là 47,15 triệu USD.

Bảng tổng hợp ngân sách quốc gia năm 2006

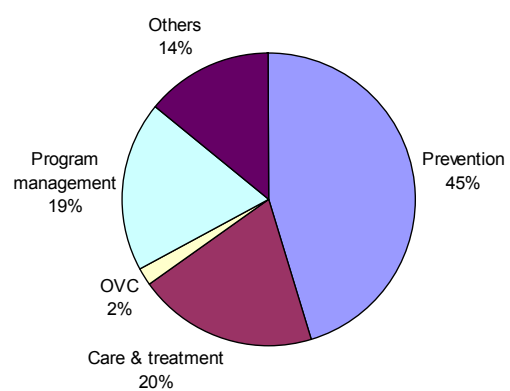
	Ngân sách quốc gia	Hỗ trợ quốc tế	<i>Đơn vị USD</i> Cộng
Theo báo cáo	4.968.302	7.787.456	12.755.758
Theo ước tính	4.968.302	42.187.456	47.155.758

Phân tích số liệu báo cáo chi tiêu thực tế cho dự phòng, chăm sóc, điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam năm 2006 cho thấy

- Ngân sách từ các nguồn hỗ trợ quốc tế chiếm tỷ trọng 60%, trong đó hỗ trợ song phương 20%, các tổ chức Liên Hợp Quốc 7%, Quỹ toàn cầu 18% và Ngân hàng Phát triển (viện trợ không hoàn lại) là 15%
- Chi phí cho lĩnh vực dự phòng chiếm tỷ trọng 45%, 20% cho chăm sóc và điều trị, chăm sóc trẻ nhiễm và ảnh hưởng bởi AIDS 2%, quản lý chương trình bao gồm tăng cường năng lực 19% và các chi khác 12%



Phòng chống AIDS Việt Nam - Thực chi theo chương trình, 2006



CÁC CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA, KIẾN THỨC, HÀNH VI VÀ TÁC ĐỘNG

Chỉ số 4. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển được điều trị bằng thuốc kháng retro virus (ARV)

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**
 - Báo cáo của chương trình
 - Ước tính và dự báo tình hình HIV/AIDS cho giai đoạn 2005 - 2010
- **Quản thể nghiên cứu:** Người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển đang được điều trị ARV
- **Địa điểm nghiên cứu:** Toàn quốc
- **Phương pháp nghiên cứu:**
 - Giá trị của tử số được lấy từ cáo cáo của chương trình
 - Giá trị của mẫu số được tính bằng cách lấy 15% số ước tính người nhiễm HIV trong các năm 2006 và 2007

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển đang được điều trị ARV theo phác đồ điều trị quốc gia đã được phê chuẩn vào cuối giai đoạn báo cáo (cuối tháng 12/2006 và cuối tháng 9/2007).
- **Mẫu số:** Số ước tính người lớn và trẻ em bị nhiễm HIV tiến triển.

3. Kết quả

- Trong những năm qua, chính phủ Việt Nam với sự giúp đỡ của PEPFAR và Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét đã có những cố gắng nỗ lực rất lớn để mở rộng chương trình điều trị ARV. Trong năm 2007, chương trình điều trị ARV đã có ở 64 tỉnh.
- Trong năm 2002, chỉ có 1% người lớn nhiễm HIV tiến triển được điều trị ARV (Báo cáo UNGASS 2001 – 2003). Chương trình điều trị ARV cho trẻ em cũng chưa được triển khai ở Việt Nam vào thời gian đó. Tuy nhiên đến năm 2006, tỷ lệ người lớn được điều trị ARV đã tăng lên tới 18.1% và đã gấp rưỡi con số này (30%) vào năm tiếp theo (2007). Chương trình điều trị ARV cũng đã điều trị được cho 789 trẻ em tính đến tháng 9 năm 2007.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu phân loại theo giới và nhóm tuổi
- Không có con số ước tính trẻ em bị nhiễm HIV tiến triển
- Tỷ lệ này có thể chưa tính đến số lượng người nhiễm HIV tiến triển được điều trị bởi dịch vụ y tế tư nhân hoặc tự mua thuốc. Ví dụ, tính đến năm 2007, đã có 106 người có HIV (số lũy tích) trong mạng lưới tự lực Vì Ngày mai tươi sáng tự tổ chức mua thuốc ARV giá rẻ của công ty Dược phẩm STADA. Do vậy tỷ lệ người được điều trị sẽ bị ước tính thấp; tuy nhiên yếu tố này sẽ không ảnh hưởng lớn đến tỷ lệ người được điều trị.

Chỉ số 4 - Điều trị HIV: Liệu pháp Kháng retro virus (ARV)

Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển được điều trị bằng thuốc kháng retro virus (ARV)

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
<u>Giá trị chỉ số năm 2006</u> Loại và Tên của công cụ thu thập số liệu	- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân/Hệ thống đăng ký		
<u>Giá trị chỉ số năm 2007</u> Loại và Tên của công cụ thu thập số liệu	- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân/Hệ thống đăng ký		
<u>Giá trị chỉ số năm 2006</u> Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		1	2006
	Đến	12	2006
<u>Giá trị chỉ số năm 2007</u> Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		1	2007
	Đến	9	2007
Nhận xét	- Không có số liệu phân loại theo giới - Mẫu số được ước tính bằng 15% số ước tính của người nhiễm HIV		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NĂM 2006

<u>Từ số</u> Số người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển đang được điều trị ARV theo phác đồ điều trị quốc gia đã được phê chuẩn (hoặc tiêu chuẩn của WHO/UNAIDS) vào cuối giai đoạn báo cáo	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
						7615
<u>Mẫu số</u> Số ước tính người lớn và trẻ em bị nhiễm HIV tiến triển	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
						42000
<u>Trị số của chỉ số năm 2006</u> Phần trăm	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
						18.1%

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NĂM 2007

<u>Từ số</u> Số người lớn và trẻ em nhiễm HIV tiến triển đang được điều trị ARV theo phác đồ điều trị quốc gia đã được phê chuẩn (hoặc tiêu chuẩn của WHO/UNAIDS) vào cuối giai đoạn báo cáo	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
	14969			789	14180	
<u>Mẫu số</u> Số ước tính người lớn và trẻ em bị nhiễm HIV tiến triển	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
	49960					
<u>Trị số của chỉ số năm 2007</u> Phần trăm	Tất cả người lớn & trẻ em	Giới		Trị số phân loại		Tuổi
		Nam	Nữ	<15	15+	
	30%					

Chỉ số 5. Tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng retro virus

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Báo cáo của chương trình phòng lây truyền mẹ con của dự án PEPFAR
- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ có thai nhiễm HIV
- **Địa điểm nghiên cứu:** Toàn quốc
- **Phương pháp nghiên cứu:** Thu thập số liệu sẵn có của báo cáo chương trình

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng thuốc kháng retro virus
- **Mẫu số:** Ước tính số phụ nữ có thai nhiễm HIV trong 12 tháng qua (bằng cách nhân số phụ nữ đẻ trong 12 tháng qua với tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai tới chăm sóc thai nghén tại cơ sở sản khoa theo kết quả giám sát trọng điểm HIV tại 40 tỉnh/thành)

3. Kết quả

- Trong những năm qua, chính phủ Việt Nam đã có những nỗ lực lớn trong việc mở rộng chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Cho đến năm 2006, toàn quốc đã có 107 cơ sở y tế cung cấp gói dịch vụ cơ bản về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Trong năm 2002, chỉ có 2.4% phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (Báo cáo UNGASS 2001 – 2003). Tuy nhiên đến năm 2006, tỷ lệ phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng phác đồ điều trị tốt nhất hiện có (phác đồ phối hợp 3 loại thuốc ARV) là 9% năm 2006 và 14% năm 2007. Tuy nhiên, số liệu về số phụ nữ được điều trị bằng SD-NVP trong chương trình quốc gia hiện không đầy đủ. Trong năm 2006, chỉ có 26 bệnh viện sản khoa trong tổng số 41 bệnh viện nhận thuốc của chương trình quốc gia nộp báo cáo; với tổng số phụ nữ được điều trị bằng NVP là 241 người. Do đó, trên thực tế số phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng tất cả các loại phác đồ còn cao hơn rất nhiều.

4. Hạn chế của số liệu

- Không có số liệu của chương trình quốc gia về số phụ nữ nhiễm HIV được điều trị dự phòng bằng ARV. Do đó, tỷ lệ báo cáo bị ước tính thấp.

Chỉ số 5 - Dự phòng lây truyền từ Mẹ sang Con

Tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng retro virus

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
<u>Giá trị chỉ số năm 2006</u> Loại và Tên của công cụ thu thập số liệu	- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân/Hệ thống đăng ký		
<u>Giá trị chỉ số năm 2007</u> Loại và Tên của công cụ thu thập số liệu	- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân/Hệ thống đăng ký		
<u>Giá trị chỉ số năm 2006</u> Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	9	2006
<u>Giá trị chỉ số năm 2007</u> Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2006
	Đến	9	2007
Nhận xét	-		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NĂM 2006

<u>Từ số</u> Số phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị ARV trong 12 tháng qua để giảm thiểu lây truyền mẹ con	492
<u>Mẫu số</u> Ước tính số phụ nữ có thai nhiễm HIV trong 12 tháng vừa qua	5352
<u>Tri số của chỉ số</u> Phần trăm	9,2%

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NĂM 2007

<u>Từ số</u> Số lượng phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị ARV trong 12 tháng qua để giảm thiểu lây truyền mẹ con	744
<u>Mẫu số</u> Số lượng ước tính phụ nữ có thai nhiễm HIV trong 12 tháng vừa qua	5352
<u>Tri số của chỉ số</u> Phần trăm	13,9%

Chỉ số 7. Tỷ lệ phần trăm nữ và nam trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, và ORC Macro (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Đối tượng tuổi từ 15-49
- **Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả 64 tỉnh thành của Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu hộ gia đình cắt ngang trong số 14.157 người lớn 15-49 tuổi, từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi của Điều tra Chỉ số AIDS (AIS). VPAIDS 2005 là mẫu đại diện quốc gia cho toàn bộ dân số của Việt Nam.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm
- **Mẫu số:** Số đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi 15-49

3. Kết quả

- Nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ người trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm là 2,3% (2,1% nữ và 2,6% nam).
- Tỷ lệ cao nhất là ở nhóm người tuổi từ 25-49 (2,7%), sau đó là thanh niên tuổi từ 20-24 (2,5%) và thanh niên độ tuổi từ 15-19 (1%).
- Đối tượng có trình độ văn hoá cao hơn, thu nhập cao hơn, có gia đình, và sống ở vùng thành thị có xu hướng được xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm nhiều hơn là những người có trình độ văn hoá và thu nhập thấp hơn, chưa xây dựng gia đình hoặc ly hôn/ly thân/goá bụa, và sống ở vùng nông thôn.
- Trên toàn quốc, chỉ có 5% số người tuổi từ 15-49 được báo cáo là đã từng được xét nghiệm HIV một lần.
- Tỷ lệ người dân ở các tỉnh thành trọng điểm đã từng xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm cao hơn so với các tỉnh thành không trọng điểm. Ví dụ, ở Hà Nội, khoảng 12% người tuổi từ 15-49 báo cáo là có xét nghiệm HIV một lần và nhận được kết quả trong vòng 12 tháng qua.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu mang tính đại diện cho toàn quốc trong năm 2006 và 2007. Vì vậy chúng tôi phải sử dụng số liệu của năm 2005.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện năm 2005 với 4.536 người có tuổi từ 15-4 ở TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 đã cho thấy rằng có 0,5% số đối tượng có xét nghiệm HIV một lần và nhận kết quả trong vòng 12 tháng qua (0,7% nam giới và 0,4% phụ nữ).³¹

³¹ Bộ Y tế (Tháng 9/ 2005). Báo cáo về Điều tra Hộ gia đình về tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các chỉ số AIDS tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình.

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với 9.470 phụ nữ tuổi từ 15-49 tại 64 tỉnh thành trong năm 2006 đã cho thấy có 8,3% số đối tượng nói đã từng được xét nghiệm HIV một lần và được thông báo về kết quả xét nghiệm. Tỷ lệ được thấy là cao hơn trong số những người có trình độ văn hoá và thu nhập cao hơn, và sống ở vùng thành thị³²

Chỉ số 7 – Xét nghiệm HIV trong quần thể chung

Tỷ lệ phần trăm nữ và nam trong độ tuổi 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Các điều tra dựa vào quần thể: Điều tra Chỉ số AIDS (AIS)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
	Đến	9	2005
		12	2005
Nhận xét	- Số liệu được thu thập từ 64 tỉnh thành và là một mẫu đại diện quốc gia cho toàn thể dân số Việt nam - Tỷ lệ trả lời cho câu hỏi xây dựng chỉ số này là 98,9% - Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với 4.536 người có tuổi từ 15-4 ở TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 đã cho thấy rằng có 0,5% số đối tượng có xét nghiệm HIV một lần và nhận kết quả trong vòng 12 tháng qua (0,7% nam giới và 0,4% phụ nữ)		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	14157		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ: DÙNG GIÁ TRỊ ĐÃ TÍNH TOÁN

<u>Từ số</u>	Tất cả	Trị số phân loại					
Số đối tượng nghiên cứu tuổi từ 15-49 được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nam	Nữ	15-19	20-24	25-49	
	322	149	173	27	50	245	

<u>Mẫu số</u>	Tất cả	Trị số phân loại					
Số đối tượng nghiên cứu tuổi từ 15-49	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nam	Nữ	15-19	20-24	25-49	
	13995	7289	6706	2831	2046	9118	

<u>Trị số của chỉ số</u>	Tất cả	Trị số phân loại					
Phần trăm	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nam	Nữ	15-19	20-24	25-49	
	2,3%	2,1%	2,6%	1,0%	2,5%	2,7%	

³² Tổng cục Thống kê (2006). Điều tra cụm đa chỉ số ở Việt Nam năm 2006.

Chỉ số 8.1. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm – Phụ nữ mại dâm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ hành nghề mại dâm (Là phụ nữ từ 18 tuổi trở lên, có quan hệ tình dục để nhận tiền ít nhất 1 lần trong 1 tháng trước khi nghiên cứu tiến hành, và làm việc trên đường phố hoặc các điểm vui chơi giải trí).
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện tại 7 tỉnh, thành phố bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang. Tại mỗi tỉnh/thành, các huyện được coi là các “điểm nóng” được lựa chọn là các điểm nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ tháng 10/2005 đến tháng 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học (IBBS của FHI). Tại Hà Nội và Hải Phòng, đối tượng được chọn vào mẫu theo phương pháp chọn mẫu cụm. Tại 5 tỉnh/thành còn lại, tất cả phụ nữ hành nghề mại dâm đều được đưa vào mẫu điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số phụ nữ mại dâm được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm
- **Mẫu số:** Số phụ nữ mại dâm được chọn vào mẫu nghiên cứu

3. Kết quả

- Kết quả điều tra trong năm 2006 cho thấy rằng chỉ có 15% số phụ nữ mại dâm được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết được kết quả xét nghiệm.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ này trong nhóm phụ nữ mại dâm tuổi dưới 25 (14,2%) và tuổi trên 25 (15,5%).
- Trong năm 2004, chỉ có 12% số phụ nữ mại dâm đã từng được xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm (Báo cáo của UNGASS 2003-2005). Đến năm 2006, 1/5 số phụ nữ mại dâm nói đã từng được xét nghiệm HIV một lần. Tuy nhiên, chỉ có 8% số đối tượng đã từng có một lần xét nghiệm tự nguyện, biết được kết quả, và được tư vấn sau xét nghiệm (Báo cáo IBBS).
- Hơn nữa, những người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao thường không muốn biết tình trạng HIV của mình vì họ tin rằng họ sẽ khó có thể tiếp cận được với dịch vụ điều trị hiệu quả. Trong khi việc tiếp cận với VCT đang được tăng cường, thì có vẻ như dịch vụ này được sử dụng nhiều nhất bởi những người hành nghề mại dâm không bị nhiễm HIV. Tại An Giang, 75-85% số nữ hành nghề mại dâm bị nhiễm HIV không biết về tình trạng nhiễm HIV của mình.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng về mại dâm ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nam mại dâm
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của phụ nữ mại dâm tại từng tỉnh/thành, vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.

Chỉ số 8.1 – Xét nghiệm HIV trong nhóm có nguy cơ nhất - Phụ nữ mại dâm

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Không có số liệu về nam mại dâm - Số liệu thu thập từ điểm nóng của 7 tỉnh/thành phố ở Việt Nam: Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang nơi các chương trình can thiệp được triển khai		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	3547		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO PHỤ NỮ MẠI DÂM

Từ số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Số đối tượng có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm	HNMD	Giới	Nữ	Nam	Tuổi
					<25 25+
	533	533			156 377

Mẫu số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Số đối tượng có nguy cơ cao nhất được chọn vào mẫu	HNMD	Giới	Nữ	Nam	Tuổi
					<25 25+
	3540	3540			1101 2439

Trị số của chỉ số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Phần trăm	HNMD	Giới	Nữ	Nam	Tuổi
					<25 25+
	15,1%	15,1%			14,2% 15,5%

Chỉ số 8.2. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm – Nam quan hệ tình dục đồng giới

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Nam quan hệ tình dục đồng giới (Là nam giới từ 15 tuổi trở lên, có quan hệ tình dục với nam giới khác ít nhất 1 lần trong 12 tháng qua).
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 2 thành phố (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh). Tại mỗi thành phố, các quận được coi là các “điểm nóng” được lựa chọn làm các địa điểm nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ tháng 10/2005 đến tháng 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học (IBBS của FHI). Những người được phỏng vấn được chọn vào mẫu theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Công thức tính toán

- **Từ số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới được xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua và biết các kết quả xét nghiệm
- **Mẫu số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới được chọn vào mẫu nghiên cứu

3. Kết quả

- Kết quả của điều tra chỉ ra rằng chỉ có 16% số nam quan hệ tình dục đồng giới được xét nghiệm HIV một lần trong vòng 12 tháng qua và biết các kết quả xét nghiệm.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số này đối với nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tuổi dưới 25 (16,1%) và tuổi trên 25 (16,7%).
- Một nghiên cứu khác trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở TP Hồ Chí Minh trong năm 2004 cho thấy rằng 19% số người được phỏng vấn đã từng được xét nghiệm HIV.³³ Hai năm sau, năm 2006, tỷ lệ này thay đổi không đáng kể. Kết quả IBBS chỉ ra rằng chỉ có 22% số nam quan hệ tình dục đồng giới báo cáo đã từng được xét nghiệm HIV một lần. Trong số họ chỉ có khoảng 20% được nhận kết quả xét nghiệm và tư vấn.
- Trong khi việc tiếp cận với VCT đang được tăng cường, thì hình như dịch vụ này được sử dụng nhiều nhất bởi nam quan hệ tình dục đồng giới không bị nhiễm HIV. Ví dụ, 90% số nam quan hệ tình dục đồng giới bị nhiễm HIV ở Hà Nội không biết tình trạng nhiễm HIV của mình.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới trên toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

³³ Bộ Y tế, Tổ chức YTTG (2004). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các yếu tố nguy cơ của lây truyền HIV trong số nam sinh hoạt tình dục đồng giới ở Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Chỉ số 8.2 – Xét nghiệm HIV trong nhóm có nguy cơ nhất – Nam quan hệ tình dục đồng giới

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố điều tra, vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	790		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Từ số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Số người trong nhóm có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	129	76	53

Mẫu số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Số người trong nhóm có nguy cơ cao nhất được chọn vào mẫu	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	790	473	317

Trị số của chỉ số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Phần trăm	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	16,3%	16,1%	16,7%

Chỉ số 8.3. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm – Người tiêm chích ma túy

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy (Là nam 18 tuổi trở lên, có tiêm chích ma túy trong 1 tháng trước khi nghiên cứu tiến hành).
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện tại 7 tỉnh, thành phố bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang. Tại mỗi tỉnh/thành, các huyện được coi là các “điểm nóng” được lựa chọn làm các địa điểm nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hải Phòng, những người được phỏng vấn được chọn vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu cụm. Phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS) được áp dụng để lựa chọn những người được phỏng vấn ở Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Tại Quảng Ninh và An Giang, tất cả người tiêm chích ma túy trong khung chọn mẫu đều được phỏng vấn.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy được chọn vào mẫu nghiên cứu

3. Kết quả

- Kết quả điều tra chỉ ra rằng chỉ có 11% số người tiêm chích ma túy được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm.
- Tỷ lệ người tiêm chích ma túy trên 25 tuổi được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm (13%) cao hơn tỷ lệ này ở nhóm người tuổi dưới 25 (8,1%).
- Trong năm 2004, chỉ có 11% số nam tiêm chích ma túy đã từng được xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm (Báo cáo của UNGASS 2003-2005). Đến năm 2006, 16% số nam tiêm chích ma túy báo cáo đã từng được xét nghiệm HIV. Tuy nhiên chỉ có 9% số người được phỏng vấn đã từng có một lần xét nghiệm HIV tự nguyện, biết kết quả và được nhận tư vấn sau xét nghiệm (Báo cáo IBBS).
- Trong khi việc tiếp cận với VCT đang được tăng cường, thì hình như dịch vụ này được sử dụng chủ yếu bởi những người tiêm chích ma túy không bị nhiễm HIV. Ví dụ, 84% sựyngời tiêm chích ma túy bị nhiễm HIV ở Cần Thơ không biết về tình trạng nhiễm HIV của mình.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy trên toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng về tiêm chích ma túy ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ nghiên chích ma túy

- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của người tiêm chích ma túy tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

Chỉ số 8.3 – Xét nghiệm HIV trong nhóm có nguy cơ cao nhất - Người tiêm chích ma túy

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy trên toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng về tiêm chích ma túy ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao. - Không có số liệu về nữ nghiện chích ma túy - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	2032		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NGƯỜI TIÊM CHÍCH MA TUÝ

Từ số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ cao nhất được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và được biết kết quả xét nghiệm	Giới	Tuổi			
	TCMT	Nữ	Nam	<25	25+
	231		231	55	176

Mẫu số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ cao nhất được phỏng vấn	Giới	Tuổi			
	TCMT	Nữ	Nam	<25	25+
	2032		2032	681	1351

Trị số của chỉ số	Tất cả người	Trị số phân loại			
Phần trăm	Giới	Tuổi			
	TCMT	Nữ	Nam	<25	25+
	11,4%		11,4%	8,1%	13,0%

Chỉ số 9.1. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV – Phụ nữ mại dâm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**

- Ban quản lý dự án Trung ương – Báo cáo hoạt động 10 tháng năm 2007 của Dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam do DfiD tài trợ.
- Ban quản lý dự án Trung ương – Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện hoạt động và kế hoạch năm 2008 của Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ.

- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ mại dâm

- **Địa điểm nghiên cứu:** Địa điểm dự án tại 33 tỉnh/thành

- **Phương pháp nghiên cứu:** Thu thập số liệu của báo cáo chương trình.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số phụ nữ mại dâm được tiếp cận với hoạt động can thiệp nhằm dự phòng lây nhiễm HIV trong dự án, bao gồm biết được thông tin về nơi xét nghiệm HIV và nhận được bao cao su trong 10 tháng qua.
- **Mẫu số:** Tổng số phụ nữ mại dâm ước tính tại địa điểm dự án

3. Kết quả

- Kết quả hoạt động của 2 dự án tiến hành tại 33 tỉnh thành cho thấy tỷ lệ phụ nữ mại dâm được tiếp cận với chương trình dự phòng HIV là 65%. Trung bình 1 tháng 1 phụ nữ mại dâm được phát 18 bao cao su, tăng gấp 10 lần so với năm 2006.
- Điều tra IBBS 2005-2006 cho thấy có khoảng 40% số PNMD biết nơi có thể xét nghiệm HIV, và 60% trong số họ có nhận được BCS trong vòng 6 tháng qua. Tuy nhiên chỉ có 30% trong số họ biết địa điểm xét nghiệm HIV và nhận BCS. Phụ nữ mại dâm trong độ tuổi ngoài 25 thường có khả năng hơn được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV hơn là những người dưới 25 tuổi. Tiêm chích là một trong những yếu tố nguy cơ đối với phụ nữ mại dâm, nhưng chỉ có ít hơn 1/3 số phụ nữ mại dâm có tiêm chích ma túy nhận được BKT trong 6 tháng qua.

4. Hạn chế của số liệu

- Báo cáo của 2 dự án chỉ thu thập thông tin về số phụ nữ mại dâm được tiếp cận với chương trình dự phòng lây nhiễm HIV chứ không thu thập thông tin về số người được tiếp cận với từng chương trình dự phòng.
- Số liệu này không đại diện cho quần thể phụ nữ mại dâm trên toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ 33 tỉnh thành trong dự án DfiD và WB.
- Không có số liệu về nam mại dâm
- Không có số liệu phân chia theo nhóm tuổi
- Chỉ số này chỉ phản ánh độ bao phủ của các chương trình can thiệp chứ không đo lường được chất lượng và tần xuất của các chương trình.

Chỉ số 9.1 – Các nhóm có nguy cơ nhất: Các chương trình dự phòng - Phụ nữ mại dâm

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Báo cáo chương trình của dự án DfID và WB		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	1	2007
	Đến	10	2007
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ 33 tỉnh thành trong dự án DfID và WB - Không có số liệu về nam mại dâm - Không có số liệu phân chia theo nhóm tuổi - Không phù hợp với cách tính chỉ số trong hướng dẫn của UNAIDS		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	111477		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO PHỤ NỮ MẠI DÂM**Từ số**

Số đối tượng được tiếp cận với chương trình dự phòng lây nhiễm HIV, bao gồm được cung cấp thông tin về nơi xét nghiệm HIV và nhận được bao cao su trong 10 tháng qua

Mẫu số

Tổng số các đối tượng được điều tra

Trả lời “có” cho cả 2 câu hỏi	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại		Tuổi	
		Giới		<25	25+
		Nam	Nữ		
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho cả 2 câu hỏi	72653		72653		
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra	111477		111477		
Trị số của chỉ số: Phần trăm	65,2%		65,2%		

„Có” cho câu hỏi 1, Bạn có biết nơi nào mà bạn có thể đến nếu bạn muốn xét nghiệm HIV?	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại		Tuổi	
		Giới		<25	25+
		Nam	Nữ		
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho câu hỏi 1					
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra					
Phần trăm					

„Có” cho câu hỏi 2, Trong vòng 12 tháng qua, bạn đã từng nhận được BCS không? (v.d. qua dịch vụ TCCDD, trung tâm Thuận tiện hay phòng khám về SKTD)	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại		Tuổi	
		Giới		<25	25+
		Nam	Nữ		
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho câu hỏi 2					
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra					
Phần trăm					

Chỉ số 9.2. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV – Nam quan hệ tình dục đồng giới

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Nam quan hệ tình dục đồng giới
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 2 thành phố (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh). Tại mỗi thành phố, các quận được coi là các “điểm nóng” được lựa chọn làm các địa điểm nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ tháng 10/2005 đến tháng 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học (IBBS của FHI). Đối tượng phỏng vấn được chọn vào mẫu nghiên cứu bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới trả lời “có” cho cả 2 câu hỏi
 - Câu hỏi 1: Bạn có biết một nơi trong thành phố mà bạn đang sống mà mọi người có thể đến để có xét nghiệm kín đáo nhằm phát hiện xem liệu họ có bị nhiễm HIV không?
 - Câu hỏi 2: Trong vòng 6 tháng qua, bạn đã từng nhận được BCS miễn phí hay giá rẻ không?
- **Mẫu số:** Tổng số đối tượng được điều tra

3. Kết quả

- Điều tra cho thấy rằng 43% số nam quan hệ tình dục đồng giới biết nơi có thể xét nghiệm HIV, và 48% trong số họ có nhận được BCS trong vòng 6 tháng qua. Tuy nhiên chỉ có ¼ trong số họ biết địa điểm xét nghiệm HIV và nhận BCS.
- Nam quan hệ tình dục đồng giới trong độ tuổi ngoài 25 (53%) có xu hướng được tiếp cận với các chương trình dự phòng HIV hơn là những người dưới 25 tuổi (44%).
- Đã có một nỗ lực lớn trong 2 năm để tăng cường độ bao phủ của chương trình khuyến khích sử dụng BCS. Một số nhóm tự lực của nam quan hệ tình dục đồng giới đã được thành lập và tham gia vào các hoạt động phòng chống HIV. Trong năm 2004, chỉ có 39% số nam quan hệ tình dục đồng giới báo cáo đã từng được nhận BCS,³³ trong khi đó năm 2006, 47% trong số họ đã nhận BCS trong vòng 6 tháng qua.

4. Hạn chế của số liệu

- Điều tra đã hỏi liệu một nam quan hệ tình dục đồng giới có nhận được BCS hay không, nhưng trong vòng 6 tháng qua (chứ không phải 12 tháng qua như trong hướng dẫn của UNGASS)
- Số liệu này không đại diện cho quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

- Nam quan hệ tình dục đồng giới được phỏng vấn tại các trung tâm của các dự án can thiệp, vì vậy con số được trình bày ở trên có thể là ước tính cao.
- Chỉ số này chỉ phản ánh độ bao phủ của các chương trình can thiệp chứ không đo lường được chất lượng và tần xuất của các chương trình là những giá trị quan trọng.

Chỉ số 9.2 – Các nhóm có nguy cơ nhất: Các chương trình Dự phòng – Nam quan hệ tình dục đồng giới

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể. - Điều tra đã hỏi liệu một nam quan hệ tình dục đồng giới có nhận được BCS hay không, nhưng trong vòng 6 tháng qua (chứ không phải 12 tháng qua như trong hướng dẫn của UNGASS)		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	790		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Từ số

Số đối tượng của quần thể có nguy cơ cao nhất trả lời "có" cho cả 2 câu hỏi

1. Bạn có biết nơi nào mà bạn có thể đến nếu bạn muốn xét nghiệm HIV?
2. Trong vòng 12 tháng qua, bạn đã từng nhận được BCS không? (v.d. qua dịch vụ TCCDD, trung tâm thuận tiện hay phòng khám về SKTD)

Mẫu số

Tổng số các đối tượng được điều tra

Trả lời "có" cho cả 2 câu hỏi	Tất cả Nam QHTĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có" cho cả 2 câu hỏi	202	99	103
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra	790	473	317
Trị số của chỉ số: Phần trăm	25,6%	20,9%	32,5%

„Có" cho câu hỏi 1, Bạn có biết nơi nào mà bạn có thể đến nếu bạn muốn xét nghiệm HIV?	Tất cả Nam QHTĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có" cho câu hỏi 1	343	178	165
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra	790	473	317
Phần trăm	43,4%	37,6%	52,1%

„Có" cho câu hỏi 2, Trong vòng 12 tháng qua, bạn đã từng nhận được BCS không? (v.d. qua dịch vụ TCCDD, trung tâm Thuận tiện hay phòng khám về SKTD)	Tất cả Nam QHTĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có" cho câu hỏi 2	375	206	169
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra	790	473	317
Phần trăm	47,5%	43,6%	53,3%

Chỉ số 9.3. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV – Người tiêm chích ma túy

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:**
- Ban quản lý dự án Trung ương – Báo cáo hoạt động 10 tháng năm 2007 của Dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam do DfiD tài trợ.
- Ban quản lý dự án Trung ương – Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện hoạt động và kế hoạch năm 2008 của Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ.
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy
- **Địa điểm nghiên cứu:** Địa điểm dự án tại 33 tỉnh/thành
- **Phương pháp nghiên cứu:** Thu thập số liệu của báo cáo chương trình.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số người tiêm chích ma túy được tiếp cận với hoạt động can thiệp nhằm dự phòng lây nhiễm HIV trong dự án, bao gồm biết được thông tin về nơi xét nghiệm HIV và nhận được bao cao su và bơm kim tiêm trong 10 tháng qua.
- **Mẫu số:** Tổng số người tiêm chích ma túy ước tính tại địa điểm dự án

3. Kết quả

- Kết quả hoạt động của 2 dự án tiến hành tại 33 tỉnh thành cho thấy tỷ lệ người tiêm chích ma túy được tiếp cận với chương trình dự phòng HIV là 43%. Trung bình 1 tháng 1 người tiêm chích ma túy được phát 11 bơm kim tiêm, tăng gấp 4,5 lần so với năm 2006.
- Kết quả của điều tra IBBS cho thấy có khoảng 47% số người tiêm chích ma túy biết nơi có thể được xét nghiệm HIV, nhưng chỉ có 16% và 21% trong số họ đã lần lượt nhận được BCS và BKT trong vòng 6 tháng qua. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số này đối với người tiêm chích ma túy tuổi dưới 25 và tuổi trên 25.

4. Hạn chế của số liệu

- Báo cáo của 2 dự án chỉ thu thập thông tin về số người tiêm chích ma túy được tiếp cận với chương trình dự phòng lây nhiễm HIV chứ không thu thập thông tin về số người được tiếp cận với từng chương trình dự phòng.
- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy trên toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ 33 tỉnh thành trong dự án DfiD và WB.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy
- Không có số liệu phân chia theo nhóm tuổi
- Chỉ số này chỉ phản ánh độ bao phủ của các chương trình can thiệp chứ không đo lường được chất lượng và tần xuất của các chương trình.

Chỉ số 9.3 – Các nhóm có nguy cơ nhất: Các chương trình Dự phòng - Người tiêm chích ma túy

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất tiếp cận được với các chương trình dự phòng HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Công cụ thu thập số liệu	Báo cáo chương trình của dự án DfID và WB		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
	Đến	10	2007
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ 33 tỉnh thành trong dự án DfID và WB - Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy - Không có số liệu phân chia theo nhóm tuổi - Không phù hợp với cách tính chỉ số trong hướng dẫn của UNAIDS		
Cỡ mẫu	139923		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NGƯỜI TIÊM CHÍCH MA TUÝ

Từ số
Số đối tượng được tiếp cận với chương trình dự phòng lây nhiễm HIV, bao gồm được cung cấp thông tin về nơi xét nghiệm HIV và nhận được bao cao su và bơm kim tiêm trong 10 tháng qua

Mẫu số
Tổng số các đối tượng được điều tra

Trả lời “có” cho cả 3 câu hỏi	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho cả 3 câu hỏi	60436	60436			
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra	139923	139923			
Trị số của chỉ số: Phần trăm	43,2%	43,2%			

„Có” cho câu hỏi 1, Bạn có biết nơi nào mà bạn có thể đến nếu bạn muốn xét nghiệm HIV?	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho câu hỏi 1					
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra					
Phần trăm					

„Có” cho câu hỏi 2, Trong vòng 12 tháng qua, bạn đã từng nhận được BCS không? (v.d. qua dịch vụ TCCDD, trung tâm Thuận tiện hay phòng khám về SKTD)	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho câu hỏi 2					
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra					
Phần trăm					

„Có” cho câu hỏi 3, Trong vòng 12 tháng qua, bạn có được phát bơm kim tiêm vô trùng không? (v.d. qua một nhân viên TCCDD, một GDVĐĐ hay từ chương trình TĐBKT)	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
Từ số: Đối tượng phỏng vấn trả lời „có” cho câu hỏi 3					
Mẫu số: Tổng số các đối tượng được điều tra					
Phần trăm					

Chỉ số 13. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên trong độ tuổi 15-24 xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS).
- **Quản thể nghiên cứu:** Đối tượng trong độ tuổi từ 15-24
- **Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả 64 tỉnh, thành của Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một điều tra cắt ngang hộ gia đình từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi Điều tra Chỉ số AIDS (AIS) trong số 4.877 người 15-24 tuổi. VPAIDS 2005 là một mẫu đại diện quốc gia cho toàn bộ dân số của Việt Nam.

2. Công thức tính toán

- **Từ số:** Số đối tượng phỏng vấn trong độ tuổi từ 15-24 trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi
 1. Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu bằng việc quan hệ tình dục chỉ với một bạn tình không lây nhiễm mà người đó không có bạn tình khác?
 2. Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách luôn sử dụng BCS khi quan hệ tình dục không?
 3. Một người trông khoẻ mạnh có thể có HIV không?
 4. Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không?
 5. Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không?
- **Mẫu số:** Số đối tượng trong độ tuổi 15–24

3. Kết quả

- Điều tra cho thấy rằng 46% số người độ tuổi 15-24 xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV.
- Không có sự khác biệt của tỷ lệ này ở nhóm người 15-19 tuổi (45%) và người 20-24 tuổi (48%).
- Tỷ lệ trong nhóm nam giới (50%) cao hơn nhóm nữ giới (42%).
- Tỷ lệ trong nhóm những người có trình độ văn hoá và thu nhập cao, sống ở vùng thành thị là cao hơn so với người có trình độ văn hoá và thu nhập thấp, sống ở khu vực nông thôn.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu cho chỉ số này của năm 2006 và 2007 mang tính đại diện toàn quốc. Vì vậy, chúng tôi sử dụng số liệu của năm 2005.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với các đối tượng tuổi 15-49 tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong cùng năm cho thấy rằng trong số 1.417 đối tượng phỏng vấn tuổi 15-24, có 78% trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi (79% nam và 77% nữ).³¹
- Một điều tra hộ gia đình quốc gia được thực hiện với 3.136 nữ trong độ tuổi 15-24 ở 64 tỉnh/thành năm 2006 cho thấy rằng có 44% đối tượng phỏng vấn trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi. Tỷ lệ này được thấy cao hơn trong những người có trình độ văn hoá và thu nhập cao hơn và sống ở vùng thành thị.³²

Chỉ số 13 – Người trẻ tuổi: Kiến thức hiểu biết về Dự phòng HIV

Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên trong độ tuổi từ 15 đến 24 xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Công cụ thu thập số liệu	Các điều tra dựa vào quần thể: Điều tra Chỉ số AIDS (AIS)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		9	2005
	Đến	12	2005
Nhận xét	- Số liệu được thu thập từ 64 tỉnh/thành, là mẫu đại diện cho toàn thể dân số Việt Nam. - Nhóm phụ 15-24 tuổi được lựa chọn trong mẫu 15-49 tuổi để tính toán chỉ số này.		
Cỡ mẫu	4877		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ: SỬ DỤNG GIÁ TRỊ ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ

Từ số
1. Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu bằng việc quan hệ tình dục chỉ với một bạn tình không lây nhiễm mà người đó không có bạn tình khác?
2. Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách luôn sử dụng BCS khi quan hệ tình dục không?
3. Một người trông khoẻ mạnh có thể có HIV không?
4. Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không?
5. Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không?
Mẫu số: Số đối tượng trong độ tuổi 15-24

Trả lời đúng cho tất cả 5 câu hỏi	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng cả 5 câu hỏi	2253	1209	1044	1280	973
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Trị số của chỉ số: Phần trăm	46,2%	50,3%	42,3%	45,2%	47,6%

Trả lời đúng cho câu hỏi 1, Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ sinh hoạt tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng câu hỏi 1	4027	2030	1997	2269	1758
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Phần trăm	82,6%	84,4%	80,8%	80,1%	85,9%

Trả lời đúng cho câu hỏi 2, Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng câu hỏi 2	4008	2086	1922	2254	1754
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Phần trăm	82,2%	86,7%	77,8%	79,6%	85,7%

Trả lời đúng cho câu hỏi 3, Một người trông khoẻ mạnh có thể có HIV không	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng câu hỏi 3	3634	1870	1764	2074	1560
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Phần trăm	74,5%	77,7%	71,4%	73,3%	76,2%

Trả lời đúng cho câu hỏi 4, Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng câu hỏi 4	3099	1604	1495	1842	1257
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Phần trăm	63,5%	66,7%	60,5%	65,1%	61,4%

Trả lời đúng cho câu hỏi 5, Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không	Tất cả người 15-24	Trị số phân loại			
		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn 15-24 tuổi trả lời đúng câu hỏi 5	3774	1851	1923	2158	1616
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15-24	4877	2406	2471	2831	2046
Phần trăm	77,4%	76,9%	77,8%	76,2%	79,0%

Chỉ số 14.1. Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV – Phụ nữ mại dâm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ mại dâm
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở các “điểm nóng” tại 7 tỉnh/thành bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hà Nội và Hải Phòng, những người được phỏng vấn được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm. Tại 5 tỉnh/thành phố còn lại, tất cả phụ nữ mại dâm đều được đưa vào trong điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số người hành nghề mại dâm trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi
 1. Sinh hoạt tình dục chỉ với một người bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
 2. Sử dụng BCS thường xuyên trong các lần giao hợp âm đạo sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
 3. Theo ý kiến của bạn thì bạn có thể nói rằng ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy không?
 4. Muối và các côn trùng khác cắn sẽ làm lây truyền HIV không?
 5. Người ta có thể bị nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh không?
- **Mẫu số:** Số lượng tất cả các đối tượng phỏng vấn

3. Kết quả

- Kết quả cho thấy rằng có 35% phụ nữ mại dâm xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV. Không có sự khác biệt của chỉ số này trong nhóm phụ nữ mại dâm tuổi dưới 25 và trên 25.
- 82% biết rằng sinh hoạt tình dục với một bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
- 91% biết rằng dùng BCS thường xuyên khi giao hợp âm đạo sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
- 66% biết rằng không thể biết ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy
- 58% biết rằng muối và các côn trùng khác cắn sẽ không làm lây truyền HIV
- 72% biết rằng một người không thể nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh

4. Hạn chế của số liệu

- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và câu hỏi 5.
- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.

- Không có số liệu về nam mại dâm
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của phụ nữ mại dâm tại từng tỉnh/thành vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.

Chỉ số 14.1 – Các quần thể có nguy cơ nhất: Kiến thức hiểu biết về Dự phòng HIV – Người hành nghề mại dâm

Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Không có số liệu về nam mại dâm - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể. - Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và 5.		
Cỡ mẫu	3547		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO PHỤ NỮ MẠI DÂM

Từ số					
1. Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ sinh hoạt tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác?					
2. Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không?					
3. Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không?					
4. Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không?					
5. Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không?					
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn của quần thể có nguy cơ nhất trả lời các câu hỏi, kể cả “không biết”, cho tất cả 5 câu hỏi					

Trả lời đúng cho tất cả 5 câu hỏi	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng cả 5 câu hỏi	1222		1222	376	846
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Trị số của chỉ số: Phần trăm	34,5%		34,5%	34,2%	34,7%

Trả lời đúng cho câu hỏi 1, Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ sinh hoạt tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 1	2887		2887	874	2013
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Phần trăm	81,6%		81,6%	79,4%	82,5%

Trả lời đúng cho câu hỏi 2, Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 2	3231		3231	984	2247
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Phần trăm	91,3%		91,3%	89,4%	92,1%

Trả lời đúng cho câu hỏi 3, Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 3	2344		2344	739	1605
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Phần trăm	66,2%		66,2%	67,1%	65,8%

Trả lời đúng cho câu hỏi 4, Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 4	2044		2044	629	1415
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Phần trăm	57,7%		57,7%	57,1%	58,0%

Trả lời đúng cho câu hỏi 5, Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không	Tất cả người HNMD	Giới		Trị số phân loại	
				Tuổi	
		Nam	Nữ	< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 5	2548		2548	801	1747
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	3540		3540	1101	2439
Phần trăm	72,0%		72,0%	72,8%	71,6%

Chỉ số 14.2. Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV – Nam quan hệ tình dục đồng giới

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Nam quan hệ tình dục đồng giới
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới được thực hiện ở các “điểm nóng” tại 2 thành phố (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh).
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Các đối tượng phỏng vấn được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Công thức tính toán

- **Từ số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi
 1. Quan hệ tình dục chỉ với một người bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
 2. Sử dụng BCS thường xuyên trong các lần giao hợp âm đạo sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
 3. Theo ý kiến của bạn thì bạn có thể nói rằng ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy không?
 4. Muối và các côn trùng khác cắn sẽ làm lây truyền HIV không?
 5. Người ta có thể bị nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh không?
- **Mẫu số:** Số lượng tất cả các đối tượng phỏng vấn

3. Kết quả

- Kết quả cho thấy rằng 55% nam quan hệ tình dục đồng giới xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số này trong số nam quan hệ tình dục đồng giới tuổi dưới 25 và trên 25.
- 91% biết rằng quan hệ tình dục chỉ với một người bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
- 95% biết rằng dùng BCS thường xuyên khi quan hệ tình dục sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
- 82% biết rằng không thể biết ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy
- 71% biết rằng muối và các côn trùng khác cắn sẽ không làm lây truyền HIV
- 84% biết rằng một người không thể nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh

4. Hạn chế của số liệu

- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và câu hỏi 5.
- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.

- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/ vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể, và phương pháp chọn mẫu RDS.

Chỉ số 14.2 – Các quần thể có nguy cơ nhất: Kiến thức hiểu biết về Dự phòng HIV – Nam quan hệ tình dục đồng giới
Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể. - Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và 5		
Cỡ mẫu	790		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Từ số			
1. Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác? 2. Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không? 3. Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không? 4. Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không? 5. Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không?			
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn của quần thể có nguy cơ nhất trả lời các câu hỏi, kể cả “không biết”, cho tất cả 5 câu hỏi			
Trả lời đúng cho tất cả 5 câu hỏi	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng cả 5 câu hỏi	434	257	177
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Trị số của chỉ số: Phần trăm	54,9%	54,3%	55,8%
Trả lời đúng cho câu hỏi 1, Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ sinh hoạt tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 1	718	432	286
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Phần trăm	90,9%	91,3%	90,2%
Trả lời đúng cho câu hỏi 2, Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 2	751	454	297
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Phần trăm	95,1%	96,0%	93,7%
Trả lời đúng cho câu hỏi 3, Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 3	650	394	256
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Phần trăm	82,3%	83,3%	80,8%
Trả lời đúng cho câu hỏi 4, Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 4	562	333	229
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Phần trăm	71,1%	70,4%	72,2%
Trả lời đúng cho câu hỏi 5, Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không	Tất cả nam QHTĐDG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 5	662	402	260
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	790	473	317
Phần trăm	83,8%	85,0%	82,2%

Chỉ số 14.3. Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV – Người tiêm chích ma túy

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở các “điểm nóng” tại 7 tỉnh/thành phố.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hải Phòng, những người được phỏng vấn được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm. Người được phỏng vấn ở Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ được chọn theo phương pháp RDS. Ở Quảng Ninh và An Giang, tất cả người tiêm chích ma túy trong khung mẫu được điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy trả lời đúng tất cả 5 câu hỏi
 1. Quan hệ tình dục chỉ với một người bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
 2. Sử dụng BCS thường xuyên trong các lần giao hợp âm đạo sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
 3. Theo ý kiến của bạn thì bạn có thể nói rằng ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy không?
 4. Muối và các côn trùng khác cắn sẽ làm lây truyền HIV không?
 5. Người ta có thể bị nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh không?
- **Mẫu số:** Số lượng tất cả các đối tượng phỏng vấn

3. Kết quả

- Kết quả cho thấy có 38% người tiêm chích ma túy xác định đúng cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV.
- Người tiêm chích ma túy tuổi trên 25 (42%) dường như có kiến thức tốt hơn những người tuổi dưới 25 (29%).
- 77% biết rằng quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV
- 82% biết rằng dùng BCS thường xuyên khi giao hợp âm đạo sẽ ngăn ngừa lây truyền HIV
- 71% biết rằng không thể biết ai đó bị nhiễm HIV mà chỉ xem xét đáng về bề ngoài của người ấy
- 65% biết rằng muối và các côn trùng khác cắn sẽ không làm lây truyền HIV
- 72% biết rằng một người không thể nhiễm HIV nếu sử dụng chung nhà vệ sinh

4. Hạn chế của số liệu

- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và câu hỏi 5.

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm tại các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể, và phương pháp chọn mẫu RDS.

Chỉ số 14.3 – Các quần thể có nguy cơ nhất: Kiến thức hiểu biết về Dự phòng HIV – Người Nghiên chính ma túy

Tỷ lệ phần trăm các quần thể có nguy cơ nhất xác định đúng các cách dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục và loại bỏ những quan niệm sai lầm cơ bản về đường lây truyền HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy trên toàn quốc vì nó chỉ được thu thập từ các điểm nóng về ma túy ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao. - Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu RDS - Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt ở câu hỏi 1 và 5		
Cỡ mẫu	2032		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NGƯỜI TIÊM CHÍCH MA TUÝ

Từ số					
1. Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có bạn tình khác?					
2. Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không?					
3. Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không?					
4. Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không?					
5. Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không?					
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn của quần thể có nguy cơ nhất trả lời các câu hỏi, kể cả "không biết", cho tất cả 5 câu hỏi					

Trả lời đúng cho tất cả 5 câu hỏi	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng cả 5 câu hỏi	763	763		198	565
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Trị số của chỉ số: Phần trăm	37,6%	37,6%		29,1%	41,8%

Trả lời đúng cho câu hỏi 1, Nguy cơ lây truyền HIV có thể được giảm thiểu nếu chỉ sinh hoạt tình dục với một bạn tình không nhiễm mà người đó không có các bạn tình khác	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 1	1561	1561		468	1093
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Phần trăm	76,8%	76,8%		68,7%	80,9%

Trả lời đúng cho câu hỏi 2, Một người có thể làm giảm nguy cơ bị nhiễm HIV bằng cách sử dụng BCS bất cứ khi nào sinh hoạt tình dục không	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 2	1660	1660		529	1131
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Phần trăm	81,7%	81,7%		77,7%	83,7%

Trả lời đúng cho câu hỏi 3, Một người trông khỏe mạnh có thể có HIV không	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 3	1447	1447		441	1006
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Phần trăm	71,2%	71,2%		64,8%	74,5%

Trả lời đúng cho câu hỏi 4, Người ta có thể bị nhiễm HIV khi bị muỗi đốt không	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 4	1325	1325		409	916
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Phần trăm	65,2%	65,2%		60,1%	67,8%

Trả lời đúng cho câu hỏi 5, Người ta có thể bị nhiễm HIV bằng việc ăn chung với người bị nhiễm HIV không	Tất cả người NCMT	Giới		Trị số phân loại	
		Nam	Nữ	Tuổi < 25	Tuổi 25+
Từ số: Số đối tượng phỏng vấn trả lời đúng câu hỏi 5	1453	1453		473	980
Mẫu số: Số đối tượng phỏng vấn độ	2032	2032		681	1351
Phần trăm	71,5%	71,5%		69,5%	72,5%

Chỉ số 15. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên 15-24 tuổi có quan hệ tình dục trước tuổi 15

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, và ORC Macro (2006).
- **Quản thể nghiên cứu:** Đối tượng tuổi từ 15-49
- **Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả 64 tỉnh, thành của Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một điều tra cắt ngang hộ gia đình từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi Điều tra Chỉ số AIDS (AIS). VPAIDS 2005 là một mẫu đại diện quốc gia cho toàn bộ dân số của Việt Nam.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người được phỏng vấn (độ tuổi từ 15–24) có quan hệ tình dục lần đầu tiên khi chưa được 15 tuổi
- **Mẫu số:** Tất cả số người được phỏng vấn ở độ tuổi từ 15–24

3. Kết quả

- Điều tra cho thấy rằng chỉ có 0,4% số thanh niên độ tuổi 15-24 báo cáo có quan hệ tình dục trước tuổi 15.
- Tỷ lệ này trong nhóm nữ giới (0,5%) cao hơn trong nhóm nam giới (0,3%).
- Không có sự khác biệt của tỷ lệ này ở 2 nhóm tuổi (15-19 và 20-24).

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu cho chỉ số này năm 2006 và 2007 mang tính đại diện toàn quốc. Vì vậy, chúng tôi sử dụng số liệu của năm 2005.
- Vì các chuẩn mực xã hội ở Việt Nam có thể làm hạn chế việc thảo luận các vấn đề liên quan đến tình dục, nên có thể hạn chế người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi điều tra nhạy cảm về các hoạt động tình dục ở độ tuổi còn trẻ. Ngoài ra, phỏng vấn được tiến hành tại hộ gia đình nên sẽ làm hạn chế tính riêng tư của người được phỏng vấn khi trả lời các câu hỏi nhạy cảm và có thể vẫn làm ảnh hưởng đến độ trung thực của câu trả lời.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với các đối tượng tuổi 15-49 tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong cùng năm cho thấy rằng không có đối tượng phỏng vấn nào trong số 1.327 người trong độ tuổi từ 15-24 nói là có sinh hoạt tình dục trước tuổi 15.³¹
- Một điều tra hộ gia đình quốc gia được thực hiện với 9.470 nữ trong độ tuổi 15-49 ở 64 tỉnh/thành phố năm 2006 cho thấy rằng chỉ có 0,7% đối tượng phỏng vấn đã xây dựng gia đình có quan hệ tình dục trước 15. Tỷ lệ này được thấy cao nhất ở những người không đi học, nghèo nhất, sống ở vùng nông thôn, và là người dân tộc thiểu số.³²

Chỉ số 15 – Sinh hoạt tình dục trước tuổi 15

Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên trong độ tuổi từ 15–24 có quan hệ tình dục trước tuổi 15

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Các điều tra dựa vào quần thể: Điều tra Chỉ số AIDS (AIS)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		9	2005
	Đến	12	2005
Nhận xét	- Số liệu được thu thập từ 64 tỉnh/thành, là mẫu đại diện cho toàn thể dân số Việt Nam. - Nhóm phụ 15-24 tuổi được lựa chọn trong mẫu 15-49 tuổi để tính toán chỉ số này. - Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với các đối tượng tuổi 15-49 tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong cùng năm cho thấy rằng không có đối tượng phỏng vấn nào trong số 1.327 người trong độ tuổi từ 15-24 nói là có sinh hoạt tình dục trước tuổi 15		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	4877		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ: DÙNG CÁC GIÁ TRỊ ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ

<u>Từ số</u>	Tất cả người tuổi	Trị số phân loại			
Số người được phỏng vấn (độ tuổi từ 15–24) báo cáo về độ tuổi mà họ sinh hoạt tình dục lần đầu tiên khi chưa được 15 tuổi	15-24	Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
	19	12	7	11	8

<u>Mẫu số</u>	Tất cả người tuổi	Trị số phân loại			
Tất cả số người được phỏng vấn ở độ tuổi từ 15–24	15-24	Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
	4877	2471	2406	2831	2046

<u>Trị số của chỉ số năm 2006</u>	Tất cả người tuổi	Trị số phân loại			
Phần trăm	15-24	Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	15-19	20-24
	0,4%	0,5%	0,3%	0,4%	0,4%

Chỉ số 16. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15–49 có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong 12 tháng qua

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, and ORC Macro (2006).
- **Quản thể nghiên cứu:** Đối tượng độ tuổi 15–49
- **Địa điểm nghiên cứu:** Tất cả 64 tỉnh, thành của Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một điều tra cắt ngang hộ gia đình từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi Điều tra Chỉ số AIDS (AIS).

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số người tuổi 15–49 có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong 12 tháng qua
- **Mẫu số:** Tất cả số người được phỏng vấn ở độ tuổi 15–49

3. Kết quả

- Rất ít người trả lời có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình. Chỉ có 0,3% người tuổi 15–49 nói là có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong 12 tháng qua (0,7% nam và 0% nữ).
- Chỉ có 13% số nam giới chưa từng xây dựng gia đình có sinh hoạt tình dục trong năm trước điều tra nói rằng có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình.
- Phụ nữ nói rằng chỉ có một bạn tình trong suốt đời họ, trong khi nam giới có trung bình 1,4 bạn tình trong cuộc đời, với một chút biến thiên trong nhóm có độ tuổi và trình độ văn hoá khác nhau.
- Chỉ có một quần thể nhỏ có số trung bình bạn tình lớn hơn 2 là những người chưa từng xây dựng gia đình, đã từng xây dựng gia đình trước kia, và nam giới sống ở TP Hồ Chí Minh.

4. Hạn chế của số liệu

- Chưa có số liệu cho chỉ số này của năm 2006 và 2007 mang tính đại diện toàn quốc. Vì vậy, chúng tôi sử dụng số liệu của năm 2005.
- Trong điều tra này, những người trong nhóm có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV thường không ở nhà vào thời điểm tiến hành điều tra nên có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của mẫu.
- Vì các chuẩn mực xã hội ở Việt Nam có thể làm hạn chế việc thảo luận các vấn đề liên quan đến tình dục, nên có thể hạn chế người được phỏng vấn trả lời trung thực các câu hỏi điều tra nhạy cảm về các hoạt động tình dục ở độ tuổi còn trẻ. Ngoài ra, phỏng vấn được tiến hành tại hộ gia đình nên sẽ làm hạn chế tính riêng tư của người được phỏng vấn khi trả lời các câu hỏi nhạy cảm và có thể vẫn làm ảnh hưởng đến độ trung thực của câu trả lời.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với 4.537 đối tượng tuổi từ 15–49 tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong cùng năm cho thấy rằng có 5,7% đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong vòng 12 tháng qua (9,1% nam và 3,2% nữ).³¹

Chỉ số 16 – Sinh hoạt tình dục có nguy cơ cao hơn

Tỷ lệ phần trăm nam và nữ trong độ tuổi 15–49 có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong 12 tháng qua

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Các điều tra dựa vào quần thể: Điều tra Chỉ số AIDS (AIS)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		9	2005
	Đến	12	2005
Nhận xét	- Số liệu được thu thập từ 64 tỉnh/thành, là mẫu đại diện cho toàn thể dân số Việt Nam. - Một điều tra hộ gia đình được thực hiện với 4.537 đối tượng tuổi từ 15-49 tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong cùng năm cho thấy rằng có 5,7% đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục với trên một bạn tình trong vòng 12 tháng qua (9,1% nam và 3,2% nữ).		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	8850		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ:

Từ số	Tất cả	Trị số phân loại					
Số đối tượng phỏng vấn độ tuổi 15–49 có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong vòng 12 tháng qua	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nữ	Nam	15-19	20-24	25-49	
	30	0	30	0	7	23	

Mẫu số	Tất cả	Trị số phân loại					
Số lượng tất cả các đối tượng nghiên cứu tuổi 15–49	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nữ	Nam	15-19	20-24	25-49	
	8850	4721	4129	129	777	7944	

Trị số của chỉ số	Tất cả	Trị số phân loại					
Phần trăm	tuổi 15-49	Giới		Tuổi			
		Nữ	Nam	15-19	20-24	25-49	
	0,3%	0,0%	0,7%	0,0%	0,9%	0,3%	

Chỉ số 18. Tỷ lệ phần trăm nam và nữ mại dâm nói có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ mại dâm
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở các điểm nóng tại 7 tỉnh/thành phố bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hà Nội và Hải Phòng, những người được phỏng vấn được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm. Tại 5 tỉnh/thành phố còn lại, tất cả các phụ nữ mại dâm đều được chọn vào trong điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS với khách hàng bắt chột lần gần đây nhất
- **Mẫu số:** Số đối tượng phỏng vấn nói có hành nghề mại dâm trong tháng qua

3. Kết quả

- Điều tra cho thấy rằng 97% phụ nữ mại dâm nói có dùng BCS với khách hàng bắt chột lần gần đây nhất. Mức độ biến thiên của chỉ số này trong 7 tỉnh/thành phố là từ 93 – 100%.
- Ngoài ra, có 91% phụ nữ mại dâm nói có dùng BCS với khách hàng thường xuyên lần gần đây nhất, nhưng chỉ có 39% nói có dùng BCS với bạn tình không hành nghề mại dâm trong lần quan hệ gần đây nhất.
- Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng BCS thường xuyên của phụ nữ mại dâm lại thấp hơn, dao động từ 69 – 95%; thậm chí ở tỉnh Quảng Ninh, tỷ lệ này chỉ chiếm 40%.
- Trong tất cả 7 tỉnh/thành phố, ở cả 2 nhóm phụ nữ mại dâm trực tiếp và gián tiếp, tỷ lệ sử dụng BCS cao nhất là trong quan hệ tình dục với khách hàng bắt chột, sau đó là khách hàng thường xuyên và bạn tình không trả tiền.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng BCS ở nhóm phụ nữ mại dâm trực tiếp và gián tiếp và nhóm phụ nữ mại dâm tuổi dưới 25 và trên 25.

4. Hạn chế của số liệu

- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt về câu hỏi về việc sử dụng BCS với khách hàng lần trước. Điều tra này không có câu hỏi “Bạn có dùng BCS với khách hàng gần đây nhất trong 12 tháng qua không?” mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi “Bạn có dùng BCS với khách hàng bắt chột gần đây nhất trong tháng qua không?”
- Số liệu này không đại diện cho quần thể phụ nữ mại dâm toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nam mại dâm
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.

Chỉ số 18 - Người hành nghề mại dâm: Sử dụng Bao cao su

Tỷ lệ phần trăm nam và nữ mại dâm nói có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Không có số liệu về nam mại dâm - Điều tra này không có câu hỏi "Bạn có dùng BCS với khách hàng gần đây nhất trong 12 tháng qua không?" mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi "Bạn có dùng BCS với khách hàng bất chợt gần đây nhất trong tháng qua không?" - Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng về mại dâm ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	3547		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

<u>Từ số</u>	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS với khách hàng gần đây nhất trong 12 tháng qua		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	2848		2848	897	1951

<u>Mẫu số</u>	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói có hành nghề mại dâm trong tháng qua		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	2932		2932	928	2004

<u>Trị số của chỉ số</u>	Tất cả người HNMD	Trị số phân loại			
Phần trăm		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	97,1%		97,1%	96,7%	97,4%

Chỉ số 19. Tỷ lệ phần trăm nam giới nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Nam quan hệ tình dục đồng giới
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở “điểm nóng” tại 2 thành phố (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh).
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Đối tượng phỏng vấn được chọn vào mẫu theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần sinh hoạt tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới tự nguyện.
- **Mẫu số:** Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới trong vòng 6 tháng qua.

3. Kết quả

- Nghiên cứu này cho thấy rằng chỉ có 63% số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới tự nguyện. Tỷ lệ sử dụng bao cao su của người được phỏng vấn ở Hà Nội (76%) cao hơn so với người ở TP Hồ Chí Minh (54%).
- Có 65% số đối tượng phỏng vấn nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất khi họ bán dâm cho khách làng chơi nam, và 50% nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với mại dâm nam.
- Chỉ có 34% số đối tượng phỏng vấn nói có sử dụng BCS thường xuyên với các bạn tình nam giới tự nguyện trong tháng vừa qua.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tuổi dưới 25 và trên 25.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể tại từng tỉnh/thành vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).
- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt về câu hỏi về việc sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua hậu môn với bạn tình nam giới. Điều tra này không có câu hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn trong vòng 6 tháng qua không?” mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới tự nguyện không?”

Chỉ số 19 – Nam quan hệ tình dục đồng giới: Sử dụng bao cao su

Tỷ lệ phần trăm nam giới nói có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
		10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố. - Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt về việc sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua hậu môn với bạn tình nam giới. Điều tra này không có câu hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn trong vòng 6 tháng qua không?” mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới tự nguyện không?”		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	790		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

Từ số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần sinh hoạt tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	269	154	115

Mẫu số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với một bạn tình nam giới trong vòng 6 tháng qua	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	439	251	188

Trị số của chỉ số	Tất cả Nam	Trị số phân loại	
Phần trăm	QHTDĐG	Tuổi	
		< 25	25+
	61,3%	61,4%	61,2%

Chỉ số 20. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở các “điểm nóng” tại 7 tỉnh/thành phố bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hải Phòng, đối tượng phỏng vấn được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm. Phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS) được áp dụng cho các đối tượng phỏng vấn ở Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, và Cần Thơ. Tại Quảng Ninh và An Giang, tất cả người tiêm chích ma túy trong khung chọn mẫu đều được đưa vào trong điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với vợ hoặc người yêu
- **Mẫu số:** Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục trong 12 tháng qua.

3. Kết quả

- Điều tra này cho thấy rằng khoảng 35% số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với vợ hoặc người yêu. Chỉ số này dao động từ 32 – 47% ở 7 tỉnh/thành phố.
- Tỷ lệ người tiêm chích ma túy nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình bất chợt là 34%. Tuy nhiên ở Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh, tỷ lệ này là 0%.
- Khoảng 2/3 số đối tượng phỏng vấn nói có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với phụ nữ mại dâm (dao động từ 47 – 91%).
- Tỷ lệ người tiêm chích ma túy nói có sử dụng BCS thường xuyên trong 12 tháng qua là rất thấp: 16 – 36% với vợ hoặc người yêu, 45 – 81% với phụ nữ mại dâm, và 14 – 62% với bạn tình bất chợt. Tỷ lệ thấp nhất là ở nhóm người tiêm chích ma túy ở Hà Nội, An Giang, và Cần Thơ.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số này ở nhóm người tiêm chích ma túy tuổi dưới 25 và trên 25.

4. Hạn chế của số liệu

- Chỉ số này không phù hợp với yêu cầu của UNAIDS do có sự khác biệt về câu hỏi về sử dụng BCS với khách hàng trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất. Điều tra này không có câu hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất trong 6 tháng qua không?” mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với vợ hoặc người yêu trong 12 tháng qua không?”
- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.

- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể và theo phương pháp chọn mẫu RDS.

Chỉ số 20 – Người tiêm chích ma túy: Sử dụng bao cao su

Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy nói có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	- Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)	Từ	Tháng	Năm
	Đến	10	2005
Nhận xét	- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy - Điều tra này không có câu hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất trong 6 tháng qua không?” mà thay vào đó, đối tượng phỏng vấn được hỏi “Bạn có dùng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với vợ hoặc người yêu trong 12 tháng qua không?” - Số liệu được thu thập từ các điểm nóng ở 7 tỉnh/thành phố lớn của Việt Nam bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang, là nơi có các chương trình can thiệp được triển khai.		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	2032		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

<u>Từ số</u>	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	348	348		114	234

<u>Mẫu số</u>	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói rằng có quan hệ tình dục trong 12 tháng qua		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	957	957		300	657

<u>Trị số của chỉ số</u>	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Phần trăm		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	36,4%	36,4%		38,0%	35,6%

Chỉ số 21. Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy nói có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần đây nhất

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở các “điểm nóng” tại 7 tỉnh/thành phố bao gồm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và An Giang.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Tại Hải Phòng, đối tượng phỏng vấn được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm. Phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS) được áp dụng cho các đối tượng phỏng vấn ở Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, và Cần Thơ. Tại Quảng Ninh và An Giang, tất cả người tiêm chích ma túy trong khung chọn mẫu đều được đưa vào trong điều tra.

2. Công thức tính toán

- **Tỷ số:** Số đối tượng phỏng vấn nói có sử dụng dụng cụ tiêm chích tiệt trùng trong lần tiêm chích ma túy gần đây nhất.
- **Mẫu số:** Số đối tượng phỏng vấn nói có tiêm chích trong tháng trước

3. Kết quả

- Điều tra cho thấy rằng có 88.8% người tiêm chích ma túy nói có sử dụng BKT tiệt trùng trong lần tiêm chích ma túy gần đây nhất.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số này ở nhóm người tiêm chích ma túy tuổi dưới 25 và trên 25.
- Tỷ lệ dùng chung BKT có xu hướng giảm xuống so với các năm trước nhưng vẫn còn ở mức khá cao. Có từ 12 đến 33% người tiêm chích ma túy nói có dùng chung BKT trong vòng 6 tháng qua. Tỷ lệ là cao nhất ở các tỉnh miền Trung và miền Nam.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể người tiêm chích ma túy toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

Chỉ số 21 - Người tiêm chích ma túy - Thực hành tiêm chích an toàn

Tỷ lệ phần trăm người tiêm chích ma túy nói có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích gần đây nhất

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng về ma túy ở các tỉnh/thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao - Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy - Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu RDS		
Cỡ mẫu của đối tượng phỏng vấn trong điều tra	2032		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

Từ số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói có sử dụng dụng cụ tiêm chích vô trùng trong lần tiêm chích ma túy gần đây nhất		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
	1797	1797		582	1215

Mẫu số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số đối tượng phỏng vấn nói có tiêm chích trong tháng trước		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
	2024	2024		678	1346

Trị số của chỉ số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Phần trăm		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<25	25+
	88,8%	88,8%		85,8%	90,3%

Chỉ số 22. Tỷ lệ phần trăm thanh niên trong độ tuổi 15–24 nhiễm HIV

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Điều tra Dân số và Chỉ số AIDS của Việt Nam năm 2005 (VPAIS). Tổng cục Thống kê, Viện VSDT Trung ương, and ORC Macro (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Đối tượng tuổi từ 15-49
- **Địa điểm nghiên cứu:** TP Hải Phòng
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một điều tra cắt ngang hộ gia đình từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2005 bằng cách sử dụng bộ câu hỏi Điều tra Chỉ số AIDS (AIS) và xét nghiệm HIV.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số thanh niên (15–24) có kết quả xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Số thanh niên (15–24) được xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Kết quả của điều tra cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm thanh niên 15-24 tuổi là 0,3%. Không có trường hợp nào có tuổi từ 15-19 có kết quả xét nghiệm HIV dương tính; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người 20-24 tuổi là 0,8%.
- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ 15-49 tuổi là 0,2%, thấp hơn so với nhóm nam giới 15-49 tuổi (0,9%).
- Trong nhóm phụ nữ, kết quả xét nghiệm cho thấy chỉ phát hiện được các trường hợp HIV dương tính trong nhóm tuổi 25-34. Trong khi đó ở nhóm nam giới, các trường hợp HIV dương tính nằm trong khoảng tuổi dao động lớn hơn, 20-39 tuổi.
- Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới 15-49 tuổi sống ở vùng thành thị là 2% và ở nam giới 15-49 tuổi độc thân là 1,1%.

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ một thành phố (Hải Phòng).
- Không có số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đi khám trước sinh được phân thành theo nhóm tuổi (15-19, 20-24, và 15-24).

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đi khám trước sinh tại 40 tỉnh thành cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này (tất cả các độ tuổi) là 0,37% vào năm 2005 và không tăng vào năm 2006 (0,38%). Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tân binh là 0,31% vào năm 2005 và giảm xuống một nửa vào năm 2006 (0,16%).
- Một điều tra hộ gia đình được thực hiện tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người 15-24 tuổi hơi cao hơn – 0,6% (1% tại TP Hồ Chí Minh và 0,4% tại tỉnh Thái Bình). Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam và nữ 15-49 tuổi là 0,7% và 0,4%.³¹

Chỉ số 22 - Giảm tỷ lệ nhiễm HIV – Thanh niên**Tỷ lệ phần trăm thanh niên trong độ tuổi 15–24 nhiễm HIV**

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Các điều tra dựa vào quần thể: Điều tra Chỉ số AIDS (AIS)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	9	2005
	Đến	12	2005
Nhận xét	- Điều tra được tiến hành trong số người độ tuổi 15-49 chỉ ở Thành phố Hải Phòng. Trong nhóm này, nhóm phụ gồm người ở độ tuổi 15-24 (cỡ mẫu = 577) được lựa chọn để tính toán chỉ số này. - Không có số liệu giám sát trọng điểm HIV trong nhóm phụ nữ có thai đi khám trước sinh được phân thành theo nhóm tuổi. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này (tất cả mọi lứa tuổi) là 0,38% trong năm 2006. - Một điều tra hộ gia đình được thực hiện tại TP Hồ Chí Minh và tỉnh Thái Bình trong năm 2005 cho thấy rằng tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người 15-24 tuổi là hơi cao hơn – 0,6%		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

<u>Từ số</u> Số phụ nữ có thai khám trước sinh (tuổi từ 15–24) có kết quả xét nghiệm HIV dương tính	Tất cả độ tuổi 15-24	Trị số phân loại Tuổi	
		15-19	20-24
	2	0	2

<u>Mẫu số</u> Số phụ nữ có thai khám trước sinh (tuổi từ 15–24) được xét nghiệm HIV	Tất cả độ tuổi 15-24	Trị số phân loại Tuổi	
		15-19	20-24
	577	324	253

<u>Trị số của chỉ số</u> Phần trăm	Tất cả độ tuổi 15-24	Trị số phân loại Tuổi	
		15-19	20-24
	0,3%	0,0%	0,8%

Chỉ số 23.1. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất nhiễm HIV – Phụ nữ mại dâm

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Giám sát trọng điểm HIV
- **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ mại dâm ở các Trung tâm 05 và trong cộng đồng
- **Địa điểm nghiên cứu:** 40 tỉnh/thành trong số 64 tỉnh/thành ở Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Giám sát trọng điểm HIV được Bộ Y tế tiến hành mỗi năm một lần từ tháng 5 đến tháng 8. Xét nghiệm HIV được thực hiện theo phương thức xét nghiệm II theo hướng dẫn quốc gia.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số phụ nữ mại dâm có kết quả xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Số phụ nữ mại dâm được xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm tại 40 tỉnh/thành trong năm 2005 là 3,5% và hơi tăng trong năm 2006 - 4,2%.
- Đặc biệt, phụ nữ mại dâm ở Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Thanh Hoá, và Đồng Nai có tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn 10%.

4. Hạn chế của số liệu

- Các kết quả từ giám sát trọng điểm phản ánh xu hướng lây nhiễm HIV ở các địa bàn trọng điểm nhưng không đại diện cho quần thể nghiên cứu trên toàn quốc. Ngoài ra, hầu hết các địa bàn trọng điểm là ở các vùng thành thị nên số liệu có thể không mang tính đại diện cho vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa và vùng miền núi.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Điều tra IBBS được thực hiện ở 7 tỉnh/thành phố trong các năm 2005 – 2006 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV là 8,6%. Tỷ lệ này cao nhất ở Hà Nội (16,6%), sau đó đến Cần Thơ (11,7%), Quảng Ninh, TP Hồ Chí Minh, và An Giang (khoảng 8%), và Hải Phòng (6%). Chỉ có 0,8% phụ nữ mại dâm ở Đà Nẵng là có kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

Chỉ số 23.1 - Nhóm có nguy cơ nhất: Giảm tỷ lệ nhiễm HIV - Phụ nữ mại dâm

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất nhiễm HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Giám sát trọng điểm HIV		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	5	2006
	Đến	8	2006
Nhận xét	- Không có số liệu về nam mại dâm - Không có số liệu được phân loại theo nhóm tuổi (<25, 25+) - Xét nghiệm HIV được thực hiện theo phương thức xét nghiệm II theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam - Điều tra được thực hiện tại 40 tỉnh thành trong số 64 tỉnh thành của Việt Nam - Người được phỏng vấn về giám sát trọng điểm được tuyển lựa một nửa từ cộng đồng và một nửa từ các trung tâm giáo dục dạy nghề 05 - Số liệu từ điều tra IBBS thực hiện những năm 2005-2006 ở các điểm nóng của 7 tỉnh/thành phố lớn là nơi có các chương trình can thiệp được triển khai cho thấy rằng tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm là 8,6%.		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO PHỤ NỮ MẠI DÂM

Từ số	Tất cả	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ nhất có kết quả xét nghiệm HIV dương tính	người HNMD	Giới	Nam	Nữ	Tuổi <25 25+
	454			454	

Mẫu số	Tất cả	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ nhất được xét nghiệm HIV	người HNMD	Giới	Nam	Nữ	Tuổi <25 25+
	10808			10808	

Trị số của chỉ số	Tất cả	Trị số phân loại			
Phần trăm	người HNMD	Giới	Nam	Nữ	Tuổi <25 25+
	4,2%			4,2%	

Chỉ số 23.2. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất nhiễm HIV – Nam quan hệ tình dục đồng giới

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Kết quả từ Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 – 2006. Bộ Y tế Việt Nam (2006).
- **Quần thể nghiên cứu:** Nam quan hệ tình dục đồng giới
- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu IBBS được thực hiện ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở 2 thành phố (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh). Tại mỗi thành phố, các quận được coi là các “điểm nóng” được lựa chọn làm các địa điểm nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành một nghiên cứu cắt ngang từ 10/2005 đến 7/2006 bằng cách sử dụng Bộ câu hỏi về Điều tra giám sát kết hợp Hành vi và các chỉ số Sinh học. Đối tượng phỏng vấn được chọn vào mẫu bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới có kết quả xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Số nam quan hệ tình dục đồng giới được xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới là 9%
- Sau khi điều chỉnh cho phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS), tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng ở Hà Nội là 9,4%, và ở TP Hồ Chí Minh là 5,3%.
- Trong số nam quan hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV, có tới 60% không sử dụng bao cao su thường xuyên với bạn tình nam giới trong 1 tháng qua. Không sử dụng bao cao su thường xuyên có thể là yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HIV cho nhóm này cũng như bạn tình nam, nữ của họ.
- Ngoài ra, ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới có tiêm chích ma túy, tiêm chích ma túy có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ lây nhiễm. Tỷ lệ nhiễm HIV (chưa hiệu chỉnh) trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới đã từng tiêm chích ma túy là 31%, cao gấp 4 lần tỷ lệ này trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới không tiêm chích (7,3%).

4. Hạn chế của số liệu

- Số liệu này không đại diện cho quần thể toàn quốc vì nó được thu thập chỉ từ các điểm nóng ở 2 thành phố có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo kích thước quần thể của nam quan hệ tình dục đồng giới tại từng tỉnh/thành phố vì hiện không có số liệu về kích thước quần thể.
- Số liệu này không được hiệu chỉnh theo phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS).

Chỉ số 23.2 - Nhóm có nguy cơ nhất: Giảm tỷ lệ nhiễm HIV – Nam quan hệ tình dục đồng giới

Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ nhất nhiễm HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Điều tra Giám sát hành vi - Phương pháp của T/chức SKGĐQT (FHI)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	10	2005
	Đến	7	2006
Nhận xét	- Số liệu được thu thập từ 2 thành phố lớn nhất ở Việt Nam: Hà Nội và TP Hồ Chí Minh là nơi có các chương trình can thiệp được triển khai		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

<u>Từ số</u> Số người trong nhóm có nguy cơ nhất có kết quả xét nghiệm HIV dương tính	Tất cả Nam QHTDĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
	71	32	39

<u>Mẫu số</u> Số người trong nhóm có nguy cơ nhất được xét nghiệm HIV	Tất cả Nam QHTDĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
	790	473	317

<u>Trị số của chỉ số</u> Phần trăm	Tất cả Nam QHTDĐG	Trị số phân loại Tuổi	
		< 25	25+
	9,0%	6,8%	12,3%

Chỉ số 23.3. Tỷ lệ phần trăm người trong nhóm có nguy cơ cao nhất nhiễm HIV – Người tiêm chích ma túy

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Giám sát trọng điểm HIV
- **Quần thể nghiên cứu:** Người tiêm chích ma túy ở các Trung tâm 06 và trong cộng đồng
- **Địa điểm nghiên cứu:** 40 tỉnh/thành trong số 64 tỉnh/thành ở Việt Nam
- **Phương pháp nghiên cứu:** Giám sát trọng điểm HIV được Bộ Y tế tiến hành mỗi năm một lần từ tháng 5 đến tháng 8. Xét nghiệm HIV được thực hiện theo phương thức xét nghiệm II theo hướng dẫn quốc gia.

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người tiêm chích ma túy có kết quả xét nghiệm HIV dương tính
- **Mẫu số:** Số người tiêm chích ma túy được xét nghiệm HIV

3. Kết quả

- Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy tại 40 tỉnh/thành trong năm 2005 là 25,5% và trong năm 2006 là 23,1%.
- Đặc biệt trong nhóm tiêm chích ma túy tại TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Hải Phòng, Thái Nguyên, và Quảng Ninh, tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn 40%.

4. Hạn chế của số liệu

- Các kết quả từ giám sát trọng điểm phản ánh xu hướng lây nhiễm HIV ở các địa bàn trọng điểm nhưng chúng không đại diện cho quần thể nghiên cứu trên toàn quốc. Ngoài ra, hầu hết các địa bàn trọng điểm là ở các vùng thành thị nên số liệu có thể không mang tính đại diện cho vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa và vùng miền núi.

5. Các điều tra đặc biệt khác cung cấp số liệu cho chỉ số

- Điều tra IBBS được thực hiện ở 7 tỉnh/thành phố trong các năm 2005 – 2006 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy là 33,7%. Ở Hải Phòng và Quảng Ninh hơn một nửa số đối tượng phỏng vấn bị nhiễm HIV (lần lượt là 66% và 59%). Tỷ lệ nhiễm HIV ở TP Hồ Chí Minh, Cần Thơ, và Hà Nội lần lượt là 34%, 37%, và 24%. Tỷ lệ nhiễm HIV thấp nhất là ở nhóm tiêm chích ma túy Đà Nẵng (2%) và An Giang (13%).

Chỉ số 23.3 – Nhóm có nguy cơ nhất: Giảm tỷ lệ nhiễm HIV – Người tiêm chích ma túy

Tỷ lệ người trong nhóm có nguy cơ nhất nhiễm HIV

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Giám sát trọng điểm HIV		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	5	2006
	Đến	8	2006
Nhận xét	- Không có số liệu về nữ tiêm chích ma túy - Không có số liệu được phân loại theo nhóm tuổi (<25, 25+) - Xét nghiệm HIV được thực hiện theo phương thức xét nghiệm II theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam - Điều tra được thực hiện tại 40 tỉnh thành trong số 64 tỉnh thành của Việt Nam - Người được phỏng vấn về giám sát trọng điểm được lựa chọn một nửa từ cộng đồng và một nửa từ các trung tâm 06 - Số liệu từ điều tra IBBS thực hiện những năm 2005-2006 ở các điểm nóng của 7 tỉnh/thành phố lớn là nơi có các chương trình can thiệp được triển khai cho thấy rằng tỷ lệ hiện mắc trong nhóm này 33,7%.		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ CHO NGƯỜI TIÊM CHÍCH MA TUÝ

Từ số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ nhất có kết quả xét nghiệm HIV dương tính		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	3519	3519			

Mẫu số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Số người trong nhóm có nguy cơ nhất được xét nghiệm HIV		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	15209	15209			

Trị số của chỉ số	Tất cả người NCMT	Trị số phân loại			
Phần trăm		Giới	Tuổi		
		Nam	Nữ	<25	25+
	23,1%	23,1%			

Chỉ số 24. Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV đang được điều trị bằng thuốc kháng retro virus đến hết tháng thứ 12

1. Phương pháp thu thập số liệu

- **Nguồn số liệu:** Nghiên cứu đặc biệt - Thu thập số liệu thuần tập ART (Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam)
- **Quần thể nghiên cứu:** Người lớn và trẻ em mắc HIV tiến triển bắt đầu được điều trị ART trong 9 tháng, từ tháng 1-9/2006.
- **Địa điểm nghiên cứu:** Số liệu được thu thập từ 17 cơ sở đại diện cho cơ sở y tế cung cấp dịch vụ điều trị ARV cho người lớn và 4 cơ sở điều trị ARV cho trẻ em. Các địa điểm nghiên cứu được lựa chọn theo tỷ lệ tương xứng với số lượng bệnh nhân điều trị ARV, có tính đến khu vực địa lý (Bắc/Trung/Nam), số lượng các liệu ARV được phân phối theo nguồn tài trợ (60% của PEPFAR, 30% của Quỹ Toàn cầu, 10% của Trung ương), các tuyến của cơ sở y tế (Trung ương/Tỉnh/Huyện), và khu vực thành thị/nông thôn.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Nhóm thu thập số liệu đi điều tra các cơ sở điều trị ART được chọn, và thu thập số liệu từ sổ đăng ký điều trị ART (hoặc từ nguồn khác: sổ liệu gốc, hồ sơ bệnh án), sử dụng biểu mẫu phân tích số liệu thuần tập ART (theo Hướng dẫn theo dõi bệnh nhân của Tổ chức Y tế thế giới).

2. Công thức tính toán

- **Tử số:** Số người lớn và trẻ em vẫn còn sống và đang được điều trị ARV ở thời điểm 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị
- **Mẫu số:** Tổng số người lớn và trẻ em bắt đầu điều trị ARV trong vòng 12 tháng trước khi bắt đầu thời kỳ báo cáo kể cả những người đã chết, đã dừng điều trị ARV, và những người bỏ cuộc không theo dõi tiếp sau được.

3. Kết quả

- Tại 17 cơ sở điều trị ART cho người lớn và 4 cơ sở điều trị trẻ em trong mẫu nghiên cứu, chỉ có 15 cơ sở điều trị cho người lớn và 3 cơ sở điều trị trẻ em có số liệu phù hợp, các cơ sở khác không sử dụng hệ thống biểu mẫu chuẩn.
- **Người lớn:** Nhóm thuần tập những người điều trị ARV ở tháng thứ 12 tại 15 cơ sở điều trị ARV cho người lớn (mẫu số) là 1.684, và số người sống sót và đang tiếp tục điều trị ARV sau 12 tháng (tử số) là 1.364. Do đó, tỷ lệ sống sót của người lớn sau 12 tháng điều trị ARV là 81%.
- **Trẻ em:** Nhóm thuần tập những trẻ điều trị ARV ở tháng thứ 12 tại 3 cơ sở điều trị ARV cho trẻ em (mẫu số) là 175, và số trẻ sống sót và đang tiếp tục điều trị ARV sau 12 tháng (tử số) là 163. Do đó, tỷ lệ sống sót của trẻ em sau 12 tháng điều trị ARV là 93,1%.

4. Hạn chế của số liệu

- Cơ sở điều trị ARV được chọn một cách đại diện cho nghiên cứu thuần tập này bằng cách chọn các cơ sở điều trị ARV có các đặc điểm khác nhau. Tuy nhiên, phương pháp chọn mẫu không phải là phương pháp ngẫu nhiên, một số cơ sở điều trị ARV không có số liệu phù hợp. Do đó, số liệu không hoàn toàn đại diện cho toàn quốc.
- Không có số liệu được phân chia theo giới

Chỉ số 24 - Điều trị HIV: Sống sót sau 12 tháng điều trị bằng liệu pháp kháng retro virus

Tỷ lệ phần trăm người lớn và trẻ em nhiễm HIV đang được điều trị bằng thuốc kháng retro virus đến hết tháng thứ 12

Tính phù hợp của Chỉ số	Chỉ số phù hợp với quốc gia sở tại - Số liệu đã được nhập		
Loại và tên của công cụ thu thập số liệu	Công cụ khác (nói rõ): Thu thập số liệu ART thuần tập (nghiên cứu đặc biệt tại các cơ sở y tế)		
Thời kỳ thu thập số liệu (tháng/năm) = (T/NNNN)		Tháng	Năm
	Từ	1	2006
	Đến	6	2006
Nhận xét	- Để tính tử số, số liệu được thu thập từ 15 cơ sở điều trị cho người lớn và 3 cơ sở điều trị trẻ em được chọn trong nghiên cứu thuần tập để đảm bảo tính đại diện cao nhất có thể - Không có số liệu phân loại theo giới		

TRỊ SỐ CỦA CHỈ SỐ

<u>Tử số</u>	Tất cả	Trị số phân loại			
Số người lớn và trẻ em vẫn còn sống và đang được điều trị ARV ở thời điểm 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<15	15+
	1527			163	1364

<u>Mẫu số</u>	Tất cả	Trị số phân loại			
Tổng số người lớn và trẻ em bắt đầu điều trị ARV trong vòng 12 tháng trước khi bắt đầu thời kỳ báo cáo kể cả những người đã chết, đã dừng điều trị ARV, và những người bỏ cuộc không theo dõi tiếp sau được		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<15	15+
	1859			175	1684

<u>Trị số của chỉ số</u>	Tất cả	Trị số phân loại			
Phần trăm		Giới		Tuổi	
		Nam	Nữ	<15	15+
	82,1%			93,1%	81%

Danh sách dự Hội thảo đồng thuận
Báo cáo UNGASS 2007 - Ngày 9 tháng 1 năm 2008

Stt	Họ và Tên	Đơn vị
II	Bộ Y tế	
1	Trần Quang Hưng	Bộ Y tế - Vụ Hợp tác quốc tế
2	Nguyễn Thu An	Bộ Y tế - Vụ Kế hoạch tài chính
3	Nguyễn Văn Quang	Bộ Y tế - Vụ Pháp Chế
4	Đỗ Trung Hưng	Bộ Y tế - Vụ Pháp Chế
5	Trần Thị Xuân Hằng	Bộ Y tế - Vụ Pháp Chế
I	Các Bộ ngành liên quan	
1	Nguyễn Thanh Hà	Bộ Tư pháp - Vụ Pháp Luật hình sự Hành chính
2	Lê Văn Thành	Bộ LĐTBXH - Cục PCTNXH
3	Nguyễn Thị Hoài Linh	TW Hội LHPN - TT Hỗ Trợ Phụ nữ PC AIDS
4	Bùi Ngọc Thanh	TW Đoàn TN - TT GD - DS - MT
5	Đặng Hoà Ái	Tổng LĐ LĐ VN - TT PC AIDS và PC TNXH
6	Bùi Thị Thanh Phượng	Hội PC AIDS Việt Nam
7	Ninh Thị Bình	Bộ Ngoại Giao
8	Phạm Thị Thu Ba	Bộ Giáo dục đào tạo - Vụ Công Tác HS - SV
9	Nguyễn Thị Minh Thu	Bộ Giao thông vận tải - Sở Y tế
10	Nguyễn Văn Lộc	Bộ Công An - Cục Y tế
III	Cục Phòng chống HIV/AIDS	
1	Ts. Dương Quốc Trọng	Cục trưởng
2	Ts. Nguyễn Thanh Long	Phó Cục trưởng
3	Ths. Nguyễn Văn Kính	Phó Cục trưởng
4	Ths. Chu Quốc Ân	Phó Cục trưởng
5	Đặng Đôn Tuấn	Văn phòng Cục
6	Hà Văn Hạ	Văn phòng Cục
7	Nguyễn Tuấn Anh	Văn phòng Cục
8	Lê Thanh Hồng	Văn phòng Cục
9	Lê Anh Tuấn	Phòng Kế hoạch - Tài chính
10	Dương Thuý Anh	Phòng Kế hoạch - Tài chính

11	Trần Thị Thu Thủy	Phòng Kế hoạch - Tài chính
12	Vũ Văn Chiểu	Phòng Kế hoạch - Tài chính
13	Phạm Hồng Thuý	Phòng Kế hoạch - Tài chính
14	Tạ Thị Liên Hương	Phòng Kế hoạch - Tài chính
15	Nguyễn Phước Hà	Phòng Kế hoạch - Tài chính
16	Võ Thị Xuân	Phòng Kế hoạch - Tài chính
17	Nguyễn Đức Long	Phòng Kế hoạch - Tài chính
18	Nguyễn Đắc Vinh	Phòng NCKH - HTQT
19	Trần Bích Trà	Phòng TT - GD -TT
20	Mai Xuân Phương	Phòng TT - GD -TT
21	Nguyễn Thị Huỳnh	Phòng Can thiệp - GTTH
22	Nguyễn Thị Minh Tâm	Phòng Can thiệp - GTTH
23	Nguyễn Thị Hường	Phòng Điều trị
24	Vũ Đức Cảnh	Phòng Điều trị
25	Phạm Đức Mạnh	Phòng Giám sát
26	Phan Thị Thu Hương	Phòng Giám sát
27	Võ Hải Sơn	Phòng Giám sát
28	Hoàng Đình Cảnh	Phòng Giám sát
29	Nguyễn Việt Nga	Phòng Giám sát
30	Nguyễn Đức Huy	Phòng Giám sát
31	Lê Tổng Giang	Phòng Giám sát
32	Bùi Thu Trang	Phòng Giám sát
33	Phan Thanh Tình	Văn phòng dự án Life Gap
IV	Các Tiểu ban chuyên môn	
1	Nguyễn Anh Tuấn	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
2	Nguyễn Quốc Trung	Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
V	Các Tổ chức quốc tế	
1	B.Crumpton	DFID
2	Kerry Groves	AUSAID
3	Nguyễn Thu Hằng	AUSAID
4	Nguyễn Duy Tùng	FHI
5	Luiso Brumana	UNICEF
6	Jason Eleigh	UNODC
7	Akiko Takai	UNFPA
8	Masami Fujita	WHO

9	Masaya Kato	WHO
10	Eamon Murphy	UNAIDS
11	Vladanka Andreeva	UNAIDS
12	Ludo Bok	UNAIDS
13	Chu Hồng Anh	UNAIDS
14	Nguyễn Đức Dương	USAID
15	Hoàng Tố Linh	IOM
16	Nguyễn Ngọc Oanh	IOM
VI	Các tổ chức dân sự xã hội	
1	Khuất Thị Hải Oanh	ISDS
2	Huỳnh Thư Thanh Huyền	ISDS
3	Nguyễn Văn Dũng	ISDS
13	Thích Thanh Huân	Hội Phật Giáo Việt nam
14	Nguyễn Thị Bích Huyền	Hội đồng giám mục Việt Nam