|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Số:676 /BC-BYT | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Hà Nội, ngày29 tháng 4 năm 2020* |

**BÁO CÁO**

**Tổng kết 13 năm thi hành Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)**

Kính gửi: Thủ tướng Chính phủ

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khoẻ con người và tương lai nòi giống của dân tộc, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của đất nước. Tính đến 31/10/2019, toàn quốc có 211.981 người nhiễm HIV đang còn sống với HIV được báo cáo và có trên 103.426 người nhiễm HIV đã tử vong. Cho đến nay, qua các số liệu giám sát cho thấy dịch HIV/AIDS đã xuất hiện ở 100% tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là tỉnh), 98% số huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện) và trên 78% số xã, phường, thị trấn (sau đây gọi tắt là xã) trong toàn quốc đã có báo cáo về người nhiễm HIV/AIDS.

Xác định rõ HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khoẻ con người và tương lai nòi giống của dân tộc, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của đất nước, ngay từ năm 2004, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 và tiếp đó ngày 29 tháng 06 năm 2006, Quốc hội đã ban hành Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) *(sau đây gọi tắt là Luật phòng, chống HIV/AIDS)*. Sau 13 năm thực hiện, việc đánh giá thực trạng, các mặt tích cực, tồn tại của hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, phát hiện các tình huống nảy sinh trong quá trình quản lý của các cơ quan y tế có thẩm quyền để phân tích, xác định những nguyên nhân của tồn tại và tìm ra các giải pháp hữu hiệu nhằm quản lý có hiệu lực, hiệu quả hơn các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên các khía cạnh xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS là rất cần thiết. Việc đánh giá này cũng nhằm thực hiện đúng các quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015.

**Phần I**

**MỤC TIÊU, ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI, NỘI DUNG**

**VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**I. MỤC TIÊU**

**1. Mục tiêu chung:**

Đánh giá 13 năm thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS nhằm tìm ra những bất cập, tồn tại và nguyên nhân của các bất cập, tồn tại để đề xuất các giải pháp khắc phục góp phần nâng cao hiệu quả, hiệu lực của hoạt động quản lý nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS. Đồng thời, tạo cơ sở thực tiễn cho việc đề xuất sửa đổi, bổ sung Luật phòng, chống HIV/AIDS.

**2. Mục tiêu cụ thể**

2.1. Đánh giá việc xây dựng và ban hành các văn bản hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS.

2.2. Đánh giá những bất cập, tồn tại và nguyên nhân của các tồn tại trong triển khai và nội dung các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS.

2.3. Đề xuất các giải pháp hoàn thiện pháp luật nhằm giải quyết các bất cập, tồn tại đối với Luật phòng, chống HIV/AIDS.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ**

**1. Đối tượng, thời gian và địa điểm khảo sát:**

***1.1. Đối tượng khảo sát:***

Do nguồn lực hạn chế, đánh giá này chủ yếu khảo sát việc triển khai Luật phòng, chống HIV/AIDS trên nhóm đối tượng sau:

a) Lãnh đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố;

b) Lãnh đạo Sở Lao động, Thương binh và Xã hội

c) Công an tỉnh, thành phố

d) Lãnh đạo Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS các tỉnh, thành phố;

đ) Lãnh đạo Bệnh viện tuyến tỉnh, huyện và Trung tâm y tế tuyến huyện thuộc các tỉnh, thành phố;

***1.2. Tiêu chí lựa chọn đối tượng khảo sát:***

Chọn lãnh đạo hoặc cán bộ phụ trách công tác phòng, chống HIV/AIDS, bao gồm:

***1.3. Địa điểm khảo sát:***

Lựa chọn 04 tỉnh đại diện cho các vùng kinh tế - xã hội gồm: Cần Thơ, Nghệ An, Hải Phòng, Sơn La,.. Trong đó: Cần Thơ đại diện cho khu vực đồng bằng Nam Bộ; Hải Phòng đại diện cho khu vực đồng bằng Bắc Bộ; Nghệ An đại diện cho khu vực Trung Bộ và Sơn La đại diện cho khu vực miền núi phía Bắc.

***1.4. Thời gian khảo sát:***

Từ tháng 6/2016 đến tháng 9/2016.

**2. Phương pháp đánh giá**

*2.1. Bảng hỏi:* Phương pháp sử dụng bảng hỏi được thực hiện với các nhóm đối tượng, bao gồm: phỏng vấn sâu 05 Đại diện Lãnh đạo Sở Y tế, Sở Công an, Sở Lao động thương binh và xã hội, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS; phỏng vấn thường: 30 Lãnh đạo, cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS của Sở Y tế, Sở Công an, Sở Lao động thương binh và xã hội, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS, Trung tâm Y tế quận, huyện

*2.2. Thu thập số liệu thứ cấp:*

***\* Phương pháp chọn mẫu:***

Xuất phát từ mục đích của nghiên cứu là đánh giá việc tổ chức thực hiện các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS và khó khăn về nguồn lực nên nghiên cứu này chỉ sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính trên nhóm đối tượng chịu trách nhiệm thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS đồng thời kết hợp với việc thực hiện thu thập số liệu thứ cấp để chứng minh cho các nhận định của nghiên cứu định tính. Vì vậy, nghiên cứu đã sử dụng phương pháp chọn mẫu là phương pháp lựa chọn có chủ đích các đối tượng nghiên cứu dựa trên tiêu chí chọn đối tượng nghiên cứu.

***\*Thu thập số liệu thứ cấp***

- Báo cáo về công tác phòng, chống HIV/AIDS qua các năm, các nghiên cứu liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS.

- Các văn bản Luật và hướng dẫn triển khai Luật Phòng, chống HIV/AIDS đã được các địa phương triển khai ban hành...

**III. NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ**

**1. Đánh giá hệ thống hóa các văn bản chi tiết thi hành luật phòng, chống HIV/AIDS:**

***1.1. Tại Trung ương:***

Thực hiện việc phân tích, đánh giá về các ưu điểm, nhược điểm trên cơ sở các tiêu chí sau:

- Tiêu chí về tính kịp thời đầy đủ của việc ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện nội dung về truyền thông và huy động cộng đồng trong Luật phòng, chống HIV/AIDS.

- Tiêu chí về tính thống nhất, đồng bộ của văn bản.

- Tiêu chí về tính phù hợp, khả thi của văn bản.

***1.2. Tại địa phương:***

Tập hợp và phân tích các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn do địa phương ban hành nhằm thực hiện thực hiện Luật phòng, chống HIV/AIDS.

**2. Đánh giá kết quả triển khai và thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS**

***2.1. Kết quả phổ biến pháp luật về truyền thông và huy động cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS***

a) Đánh giá kết quả đạt được của việc triển khai phổ biến luật, cách thức triển khai, đối tượng, những thay đổi, tác động của Luật phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản hướng dẫn tới các đối tượng chịu điều chỉnh bởi Luật.

b) Đánh giá các bất cập trong việc triển khai tuyên truyền phổ biến Luật phòng, chống HIV/AIDS.

***2.2. Đánh giá việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS***

a) Đánh giá những kết quả đạt trong việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS;

b) Đánh giá những khó khăn, bất cập trong việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS.

**3. Đánh giá về điều kiện bảo đảm thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS**

**4. Công tác kiểm tra, thanh tra việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS.**

**Phần II**

**ĐÁNH GIÁ VĂN BẢN QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**I. HỆ THỐNG HÓA CÁC VĂN BẢN CHI TIẾT THI HÀNH LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

Qua tập hợp hóa các văn bản do các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2007 đến nay, có 55 văn bản pháp luật đã được ban hành và hiện đang còn hiệu lực điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS (Phụ lục 1) trong đó có 46 văn bản hướng dẫn chi tiết thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS.

Luật phòng, chống HIV/AIDS được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, kỳ họp thứ 9 thông qua ngày 29 tháng 6 năm 2006 và có hiệu lực ngày 01 tháng 01 năm 2007. Luật phòng, chống HIV/AIDS gồm 6 chương và 50 điều quy định về hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS bao gồm: các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS, việc chăm sóc, điều trị, hỗ trợ người nhiễm HIV và các điều kiện bảo đảm thực hiện biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

Luật phòng, chống HIV/AIDS là văn bản pháp lý cao nhất thể chế hóa quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước về quản lý hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Để quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS các cơ quan đã ban hành 60 văn bản quy phạm pháp luật, tuy nhiên, hiện này còn 46 văn bản quy phạm pháp luật còn hiệu lực được ban hành trong giai đoạn 2007-2019, cụ thể: Chính phủ đã ban hành 04 Nghị định, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành 08 Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, 14 Thông tư liên tịch và 19 Thông tư và 01 Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y tế. Bên cạnh đó, còn 09 văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS không được ban hành trong giai đoạn trên nhưng vẫn đang còn hiệu lực thi hành.

Ở cấp địa phương, hầu hết các tỉnh đều không ban hành văn bản QPPL về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS mà chủ yếu chỉ đạo, điều hành công tác được dựa trên hệ thống các văn bản QPPL về phòng, chống HIV/AIDS của Trung ương. Một số tỉnh đã xây dựng văn bản chỉ đạo công tác triển khai Luật phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản có liên quan, như: Hội đồng nhân dân Thành phố Hải Phòng ban hành Nghị quyết số 15-NQ/HĐND ngày 07/12/2007 của Hội đồng nhân dân thành phố về đẩy mạnh công tác phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010, định hướng đến năm 2020 và việc triển khai thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Ủy ban nhân dân thành phố Cần Thơ ban hành Quyết định số 1381/QĐ-UBND ngày 06/6/2011 phê duyệt kế hoạch Phòng chống HIV/AIDS.

**1. Tính kịp thời đầy đủ của việc ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS**

Việc ban hành các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật phòng, chống HIV/AIDS đã được thực hiện kịp thời, cơ bản đáp ứng yêu cầu của công tác phòng, chống HIV/AIDS, cụ thể:

**Bảng 1. Tổng hợp các văn bản ban hành qua các năm**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Năm ban hành** | **Tổng cộng** | **Tỷ lệ %** |
|  | 2007 | 11 | 23.8% |
|  | 2008 | 5 | 10,8% |
|  | 2009 | 2 | 4,4% |
|  | 2010 | 4 | 8,8% |
|  | 2011 | 2 | 4,4% |
|  | 2012 | 4 | 8,8% |
|  | 2013 | 5 | 10,8% |
|  | 2014 | 4 | 8,8% |
|  | 2015 | 7 | 15% |
|  | 2016 | 2 | 4,4% |
|  | **Cộng** | **46** | **100** |

Như vậy, số lượng văn bản ban hành nhiều nhất vào năm 2007 khi Luật phòng, chống HIV/AIDS bắt đầu có hiệu lực điều đó cho thấy văn bản này đã được Chính phủ và các bộ, ngành quan tâm tổ chức triển khai. Những năm tiếp theo tỷ lệ ban hành văn bản tương đối ổn định nhằm tiếp tục giải quyết các vấn đề còn bất cập hoặc chưa được quy định. Trong giai đoạn 2013 đến nay, tỷ lệ ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn Luật phòng, chống HIV/AIDS lại tăng lên là do sau quá trình triển khai các văn bản đã ban hành trước đó, nhiều văn bản được sửa đổi bổ sung thay thế để bảo đảm phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và thực tiễn công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Nhìn chung, công tác ban hành văn bản hướng dẫn Luật phòng, chống HIV/AIDS tương đối kịp thời và đầy đủ, đến nay chỉ còn một văn bản chưa ban hành là Thông tư liên tịch của Bộ Y tế, Bộ Công an, Bộ Tư pháp, Viện kiểm sát nhân dân tối cao, Tòa án nhân dân tối cao quy định cụ thể điều kiện công nhận người bị bệnh AIDS giai đoạn cuối quy định tại các khoản 1,2 và 3 Điều 42 Luật phòng, chống HIV/AIDS. Qua nghiên cứu cho thấy trên thực tế về chuyên môn y tế thì không có bệnh AIDS giai đoạn cuối mà chỉ thực hiện việc phân loại giai đoạn lâm sàng của bệnh AIDS. Chính vì vậy không thể xây dựng được văn bản trên do không cơ sở y tế nào có thể xác định được người bị AIDS giai đoạn cuối.

Bên cạnh đó, mặc dù Luật không có quy định giao cho các Bộ, ngành hướng dẫn nhưng để đáp ứng yêu cầu của hoạt động quản lý nhà nước về truyền thông và huy động cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt là trong việc phối hợp liên ngành để tổ chức thực hiện Luật, liên bộ đã ban hành một số văn bản như Thông tư liên tịch số 20/2010/TTLT-BTTTT-BYT ngày 20/08/2010 về việc hướng dẫn việc ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS, Thông tư liên tịch số 29/2013/TTLT-BVHTTDL-BYT-BCA-BLĐTBXH ngày 30/9/2013 hướng dẫn việc thực hiện biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bằng bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú.

Ngoài ra, tính kịp thời trong ban hành văn bản còn thể hiện ở việc ban hành văn bản thay thế khi có sự thay đổi về chính sách pháp luật, cụ thể: theo quy định Khoản 2 Điều 7 Luật đầu tư thì điều kiện đầu tư kinh doanh đối với ngành, nghề quy định tại khoản 2 Điều này được quy định tại các luật, pháp lệnh, nghị định và điều ước quốc tế mà Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên. Bộ, cơ quan ngang bộ, Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp, cơ quan, tổ chức, cá nhân khác không được ban hành quy định về điều kiện đầu tư kinh doanh. Trong khi, một số Thông tư hướng dẫn Luật phòng, chống HIV/AIDS lại quy định các điều kiện kinh doanh như đối với dịch vụ xét nghiệm HIV tại Thông tư số 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV và Thông tư số 42/2013/TT-BYT sửa đổi bổ sung một số điều của Thông tư số 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV và điều kiện đối với cơ sở điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại Thông tư số 12/2015/TT-BYT hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Nghị định số 2012/N%C%90-CP&area=&type=&match=False&vc=True&lan=["96/2012/NĐ-CP](file:///C:/Users/Ninh/Downloads/%2296/2012/NĐ-CP) ngày 15 tháng 11 năm 2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (sau đây viết tắt là Nghị định số 96/2012/NĐ-CP). Do đó, để bảo đảm tính thống nhất của hệ thống pháp luật, Bộ Y tế đã kịp thời xây dựng và trình Chính phủ ban hành 02 Nghị định liên quan đến điều kiện kinh doanh dịch vụ xét nghiệm và dịch vụ điều trị các chất dạng thuốc phiện theo đúng tiến độ của Luật đầu tư, Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Thủ tướng chính phủ quy định về Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thay thế cho Nghị Định số 96/2012/NĐ-CP và Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Thủ tướng chính phủ Quy định về điều kiện xét nghiệm HIV.

Tuy nhiên, việc xây dựng văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế các văn bản quy phạm pháp luật được ban hành trước khi có Luật để bảo đảm tính phù hợp với văn bản cấp trên mới ban hành và yêu cầu thực tiễn chưa thực sự kịp thời. Ví dụ: Hoạt động quản lý, chăm sóc, điều trị, tư vấn người bị tạm giam, phạm nhân, trại viên trước khi Luật phòng, chống HIV/AIDS ra đời được thực hiện theo quy định của Thông tư liên tịch số 05/2003/TTLT/BCA - BTC - BYT ngày 24/02/2003 của Bộ Công an - Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn quản lý, chăm sóc, điều trị, tư vấn người bị tạm giam, phạm nhân, trại viên, học sinh bị nhiễm HIV/AIDS trong nhà tạm giữ, trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng do Bộ Công an quản lý; Thông tư liên tịch số 100/2003/TTLT-BQP - BTC - BYT ngày 22/8/2003 của Bộ Quốc phòng - Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn quản lý, chăm sóc, điều trị, tư vấn người bị tạm giam, phạm nhân, trại viên, học sinh bị nhiễm HIV/AIDS trong nhà tạm giữ, trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng do Bộ Quốc phòng quản lý. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có văn bản thay thế mặc dù trên cơ sở các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg 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, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam từ ngày 28/6/2007. Ngoài ra, các văn bản quy định về chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp tại Điều 46 và chế độ đối với người trực tiếp làm xét nghiệm HIV, quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội và cơ sở y tế của Nhà nước, trường giáo dưỡng, cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh trại giam, trại tạm giam tại Điều 47 còn chậm ban hành các văn bản thay thế các văn bản đã được ban hành trước khi Luật phòng, chống HIV/AIDS được ban hành.

Tính chưa kịp thời trong việc ban hành các văn bản còn thể hiện ở việc nhiều quan hệ xã hội mới phát sinh hoặc Luật đã quy định nhưng chưa rõ ràng gây ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động truyền thông và huy động cộng đồng chưa được hướng dẫn kịp thời. Ví dụ: Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định *"Cơ quan, tổ chức có hoạt động đưa người Việt Nam đi lao động, học tập ở nước ngoài có trách nhiệm tổ chức tuyên truyền, giáo dục về phòng, chống HIV/AIDS đối với người lao động, người đi học"* (Khoản 4 Điều 16) nhưng cho đến nay vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể về nội dung truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS đối với người đi lao động, học tập tại nước ngoài.

**2. Tính thống nhất đồng bộ của văn bản**

Văn bản hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS được ban hành với nhiều hình thức và cấp có thẩm quyền ban hành khác nhau. Tuy nhiên, tính nhất quán, đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật là khá cao. Các văn bản hướng dẫn đều không trái luật và các văn bản chỉ đạo định hướng. Tuy nhiên, vẫn còn tình trạng văn bản về cùng một vấn đề nhưng lại có quy định khác nhau như vấn đề người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp. Theo quy định tại Quyết định số 120/2008/QĐ-TTg thì đối tượng được áp dụng là:

*“Cán bộ, công chức, viên chức, người đang làm việc trong lực lượng vũ trang, người có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật về lao động đang làm việc trong:*

*a. Cơ sở y tế;*

*b. Cơ sở chữa bệnh được thành lập theo quy định tại Điều 26 của Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính ngày 02 tháng 7 năm 2002;*

*c. Cơ sở cai nghiện ma tuý được thành lập theo quy định của Nghị định số 2004/N%C%90-CP&area=&type=&match=False&vc=True&lan=*[*"135/2004/NĐ-CP*](file:///C:/Users/Ninh/Downloads/%22135/2004/NĐ-CP)*ngày 10 tháng 6 năm 2004 của Chính phủ về việc quy định chế độ áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, tổ chức hoạt động của cơ sở chữa bệnh theo Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính và chế độ áp dụng đối với người chưa thành niên, người tự nguyện vào cơ sở chữa bệnh và Nghị định số 2003/N%C%90-CP&area=&type=&match=False&vc=True&lan=*[*"147/2003/NĐ-CP*](file:///C:/Users/Ninh/Downloads/%22147/2003/NĐ-CP)*ngày 01 tháng 12 năm 2003 của Chính phủ về điều kiện, thủ tục cấp giấy phép và quản lý hoạt động của các cơ sở cai nghiện ma tuý tự nguyện;*

*d. Cơ sở chỉnh hình - phục hồi chức năng thuộc ngành Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý;*

*đ. Cơ sở bảo trợ xã hội.*

*2. Cán bộ, chiến sỹ thuộc các lực lượng vũ trang nhân dân, người có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật về lao động đang làm việc trong trại giam, trại tạm giam, nhà tạm giữ, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng thuộc Bộ Công an quản lý hoặc đang làm việc trong trại giam, trại tạm giam thuộc Bộ Quốc phòng quản lý.*

*3. Cán bộ, chiến sỹ thuộc các lực lượng vũ trang nhân dân khi đang thi hành công vụ theo sự phân công của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị.*

*4. Thành viên tổ công tác cai nghiện quy định tại Điều 11 và Tổ trưởng tổ dân cư theo quy định tại Điều 12 của Nghị định số 56/2002/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2002 của Chính phủ về tổ chức cai nghiện tại gia đình và cộng đồng.*

*5. Cán bộ, công chức chuyên trách phòng chống tệ nạn xã hội cấp trung ương, tỉnh, huyện khi đang thi hành công vụ theo sự phân công của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị.*

*6. Học sinh thực tập tại các cơ sở y tế (bao gồm cả các cơ sở y tế ngoài công lập).”*

Tuy nhiên, theo quy định tại Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg ngày 16 tháng 12 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ quy định chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp lại chỉ quy định chế độ đối với các đối tượng:

*“1. Cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong các cơ sở y tế dân y và lực lượng vũ trang, cơ sở chữa bệnh được thành lập theo quy định tại Điều 26 của Pháp lệnh Xử lý vi phạm hành chính, hoặc cơ sở cai nghiện ma túy;*

*2. Cán bộ, chiến sĩ thuộc các lực lượng vũ trang nhân dân làm việc tại trại giam, trại tạm giam, nhà tạm giữ, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng hoặc trong khi thi hành công vụ theo sự phân công của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị;*

*3. Cán bộ, công chức là thành viên tổ công tác cai nghiện quy định tại Điều 13 của Nghị định số 2002/N%C%90-CP&area=&type=&match=False&vc=True&lan=*[*"56/2002/NĐ-CP*](file:///C:/Users/Ninh/Downloads/%2256/2002/NĐ-CP)*ngày 15 tháng 5 năm 2002 của Chính phủ về tổ chức cai nghiện tại gia đình và cộng đồng;*

*4. Cán bộ, công chức chuyên trách phòng, chống tệ nạn xã hội;*

*5. Học sinh thực tập tại các cơ sở y tế do Nhà nước quản lý và người có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật về lao động được quy định tại khoản 1 và khoản 2 của Điều này.”*

Như vậy, một số đối tượng tại cơ sở chỉnh hình - phục hồi chức năng thuộc ngành Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý; cơ sở bảo trợ xã hội chưa được quy định chế độ.

Bên cạnh đó, Khoản 3 Điều 38 về trách nhiệm điều trị người nhiễm HIV của Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định *"Người nhiễm HIV mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh khác liên quan đến HIV/AIDS thuộc chuyên khoa nào được cứu chữa tại chuyên khoa đó hoặc tại chuyên khoa riêng và được đối xử bình đẳng như những người bệnh khác"*. Tuy nhiên, Khoản 1 Điều 4 về chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV tại các cơ sở của Quyết định số 96/2007/QĐ- TTg ngày 28/6/2007 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, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam lại quy định *"Người nhiễm HIV mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh khác liên quan đến HIV/AIDS được điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại khu điều trị của cơ sở. Trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm phải điều trị tại khu hoặc phòng riêng"* và nếu vận dụng quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm (trong đó quy định HIV là một bệnh truyền nhiễm) thì có thể nhận thấy sự thiếu thống nhất giữa các văn bản nêu trên.

Bên cạnh đó, tại Khoản 1 Điều 38 Luật phòng, chống HIV/AIDS giao Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về điều kiện của cơ sở y tế điều trị thuốc kháng HIV (đã được hướng dẫn bằng Thông tư số 09/2011/TT-BYT Ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV) tuy nhiên theo quy định của Khoản 2 Điều 7 Luật Đầu tư thì nội dung về điều kiện không được ban hành dưới hình thức thông tư nhưng hiện nay Luật Đầu tư không quy định đây là ngành, nghề kinh doanh có điều kiện. Vì vậy, tạo nên sự không phù hợp giữa các văn bản pháp luật.

**3. Tính phù hợp, khả thi của văn bản**

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về truyền thông và huy động cộng đồng gồm Luật Phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản dưới luật đã tạo cơ sở pháp lý quan trọng để nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước trong lĩnh vực này. Tuy nhiên, thực tế cho thấy đối với một số vấn đề cụ thể, hiệu lực quản lý nhà nước và tính tuân thủ quy định chưa được như mong muốn bắt nguồn từ những hạn chế nhất định về tính phù hợp và khả thi của văn bản ban hành. Các vấn đề cụ thể như:

a) Đối với vấn đề thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS: Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg 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, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam có quy định về thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS nhưng không cụ thể về hình thức và tần xuất thực hiện hoạt động này đối với từng hình thức tổ chức nên đã dẫn đến tình trạng các cơ sở này gặp rất nhiều khó khăn trong quá trình tổ chức thực hiện, mà cụ thể là: đối với các trại giam lớn gồm nhiều phân trại thì không thể tổ chức hoạt động truyền thông theo hình thức tập trung của toàn trại giam mà phải tổ chức truyền thông cho từng phân trại nhưng do thiếu các quy định cụ thể nên khi lập kế hoạch kinh phí các đơn vị gặp rất nhiều khó khăn và cũng không đủ lực lượng để tổ chức thực hiện. Đối với các trại tạm giam thì lại không thể thực hiện việc truyền thông trực tiếp do theo quy định của Quy chế tạm giam, tạm giữ thì các đối tượng này bắt buộc phải cách ly để phục vụ cho hoạt động điều tra. Bên cạnh đó, nếu áp dụng hình thức truyền thông qua hệ thống loa phóng thanh thì trên thực tế là hiệu quả không cao do đặc thù của đối tượng truyền thông tại các cơ sở là các đối tượng có hành vi vi phạm pháp luật. Mặt khác, do thiếu quy định về cơ chế phối hợp giữa ngành y tế và ngành công an cũng như ngành quốc phòng nên chưa tận dụng hết được khả năng hỗ trợ trong việc thực hiện truyền thông của các đơn vị thuộc ngành y tế.

- Thông tư liên tịch số 20/2010/TTLT-BTTTT-BYT ngày 20/08/2010 về việc hướng dẫn việc ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS quy định các thông điệp truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được thực hiện miễn phí. Tuy nhiên, hiện nay hầu hết các cơ quan truyền thông đều hoạt động theo cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm về mọi hoạt động của mình nên nếu thực hiện truyền thông miễn phí thì sẽ tốn một khoản kinh phí không nhỏ và điều này ảnh hưởng rất lớn đến khả năng cân đối tài chính của các cơ sở truyền thông.

b) Đối với vấn đề can thiệp giảm tác hại:

- Pháp luật về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV quy định việc hạn chế mở rộng điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (Khoản 1 Điều 10 Nghị định số 108/2007/NĐ-CP: không áp dụng điều trị thay thế trong các cơ sở trại giam, trại tạm giam do ngành công an và quốc phòng quản lý, trong các cơ sở chữa bệnh do ngành lao động, thương binh và xã hội quản lý). Trong khi đó, căn cứ nhu cầu triển khai điều trị thay thế của các tỉnh, thành phố trọng điểm về ma túy và HIV/AIDS, nhu cầu điều trị của những người nghiện ma túy, căn cứ mục tiêu điều trị cho 80.000 người nghiện ma túy vào năm 2015 đã được quy định tại Quyết định số 5146/QĐ-BYT ngày 27 tháng 12 năm 2010 do Bộ Y tế ký ban hành theo ủy quyền của Chính phủ, việc hạn chế mở rộng điều trị thay thế tại Nghị định số 108 vừa không phù hợp với thực tế triển khai điều trị thay thế vừa hạn chế sự tham gia của các ngành, đặc biệt là ngành lao động, thương binh và xã hội, ngành công an và quốc phòng trong việc cung cấp dịch vụ điều trị thay thế cho các đối tượng có nhu cầu. Do đó, Nghị định số 96/2012/NĐ-CP ngày 15/11/2012 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế đã ra đời bảo đảm phù hợp với các điều kiện thực tế triển khai hoạt động điều trị thay thế tại các địa phương trên cả nước.

Điều 21 Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định*“Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV được triển khai trong các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao thông qua các chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội”* và Nghị định số 108/2007/NĐ-CP không còn phù hợp với thực tiễn với các quy định pháp luật hiện nay, gây khó khăn cho việc mở rộng phạm vi các biện pháp trên. Đặc biệt trong bối cảnh cần tăng cường xã hội hóa hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

c) Đối với vấn đề về chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV:

Việc quy định *“Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí”* tại Điều 35 của luật còn chưa bảo đảm tính khả thi và phù hợp với điều kiện của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong khi hiện nay cơ chế tự chủ đang được triển khai rộng rãi.

Bên cạnh đó, việc thực hiện bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV còn chưa thực sự phù hợp với đối tượng người nhiễm HIV, cụ thể: Điều 23 của Luật bảo hiểm y tế quy định về các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế bao gồm khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác và khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra. Tuy nhiên, theo các điều tra về dịch tễ học HIV/AIDS ở Việt Nam thì hầu hết người nhiễm HIV hiện nay thuộc nhóm đối tượng nghiện ma túy hoặc bán dâm. Chính vì vậy, quy định tại khoản 11 và 12 Điều 23 Luật bảo hiểm y tế hiện đã tạo ra rào cản đối với người nhiễm HIV trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế bảo hiểm y tế bởi các cơ quan có liên quan đến việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh có sự nhầm lẫn khi đồng nhất việc điều trị các bệnh mà người nhiễm HIV mắc phải với việc điều trị cai nghiện ma túy hoặc coi các bệnh mà người nhiễm HIV mắc phải là hậu quả của hành vi sử dụng trái phép chất ma túy hoặc là hậu quả của việc bán dâm. Đến nay, thì quy định tại Khoản 12 Luật bảo hiểm y tế đã bãi bỏ.

d) Đối với vấn đề về chế độ đối với quân nhân, công nhân viên quốc phòng trực tiếp làm công tác quản lý, giáo dục, chăm sóc, khám chữa bệnh hoặc đấu tranh với những đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS: Các quy định này được ban hành từ năm 2003 tuy nhiên đến nay chế độ đối với các quân nhân, công nhân viên quốc phòng đã không còn phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội hiện nay.

Nhìn chung, các văn bản QPPL về phòng, chống HIV/AIDS đã tạo nên một cơ sở pháp lý quan trọng cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, cơ bản bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp và phù hợp, khắc phục tình trạng được những tồn tại của hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS trước đây, tạo điều kiện thuận lợi cho người nhiễm HIV được tiếp cận các dịch vụ y tế và xã hội tốt hơn, giảm sự kỳ thị phân biệt đối xử, nâng cao nhận thức của toàn xã hội về HIV. Bên cạnh những ưu điểm trên thì các văn bản pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS vẫn còn những bất cập xuất phát từ bản thân các văn bản và từ toàn bộ hệ thống pháp luật và từ thực tiễn đời sống kinh tế - xã hội và thực tiễn công tác phòng, chống HIV/AIDS. Do đó, việc sửa đổi, bổ sung Luật phòng, chống HIV/AIDS là hết sức cần thiết.

**PHẦN III.**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRIỂN KHAI VÀ THI HÀNH PHÁP LUẬT**

**PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**I. ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG PHỔ BIẾN PHÁP LUẬT VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**1. Kết quả đã đạt được:**

***1.1. Hoạt động phổ biến pháp luật phòng, chống HIV/AIDS đã được tiến hành kịp thời với các hình thức đa dạng, phong phú.***

Ngay sau Luật phòng, chống HIV/AIDS được ban hành, các cơ quan quản lý nhà nước về y tế các cấp đã tổ chức tuyên truyền, phổ biến và hướng dẫn việc triển khai Luật Phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản hướng dẫn.

Tại Trung ương, Bộ Y tế đã tổ chức hội nghị toàn ngành phổ biến, hướng dẫn nội dung và kế hoạch tổ chức thực hiện Luật và các văn bản có hướng dẫn Luật đến các đối tượng bao gồm: cơ quan quản lý nhà nước liên quan đến y tế ở Trung ương và địa phương, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế.

Tại địa phương, sau khi được Bộ Y tế phổ biến hướng dẫn cũng như trên cơ sở các hướng dẫn về phổ biến, giáo dục pháp luật, Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là tỉnh) đã tham mưu cho Ủy ban nhân dân tỉnh để ban hành hoặc đề xuất với cấp có thẩm quyền ban hành các kế hoạch, chỉ thị triển khai Luật phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS, đồng thời đã tổ chức nhiều hội nghị phổ biến cho đối tượng là các cán bộ, nhân viên của ngành y tế cũng như các bộ, ngành có liên quan khác như công an, lao động - thương binh và xã hội, ... Bên cạnh đó, trên cơ sở kế hoạch triển khai Luật Phòng, chống HIV/AIDS của địa phương, các sở, ban, ngành cũng đã thực hiện việc phổ biến, hướng dẫn thực hiện pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS cho các tổ chức, cá nhân thuộc thẩm quyền quản lý.

Bên cạnh việc tổ chức các hội nghị phổ biến hoặc tập huấn văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS liên quan đến truyền thông và huy động cộng đồng cho các cán bộ, công chức, viên chức, hoạt động phổ biến, giáo dục các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS mới ban hành còn được thực hiện thông qua hình thức sao gửi văn bản.

Ngoài ra việc phổ biến pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS còn được thực hiện trên các kênh truyền thông đại chúng của tỉnh như Đài phát thanh, truyền hình và báo in của tỉnh.

Một số tỉnh đã tổ chức các cuộc thi tìm hiểu về Luật phòng, chống HIV/AIDS, tọa đàm về Luật phòng, chống HIV/AIDS.

Qua khảo sát, cho thấy các đối tượng tham gia khảo sát đã được tiếp cận Luật và các văn bản hướng dẫn qua rất nhiều hình thức khác nhau. Trong đó hình thức hội nghị phổ biến pháp luật và qua đường hành chính do cấp trên gửi vẫn là hai hình thức phổ biến nhất.

**Bảng 2. Các hình thức phổ biến pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Hình thức** | **Tỷ lệ%** |
| 1 | Truyền thanh | 36 |
| 2 | Báo | 43 |
| 3 | Truyền hình | 40 |
| 4 | Hội nghị phổ biến pháp luật | 100 |
| 5 | Qua đường hành chính do cấp trên gửi | 96 |
| 6 | Tự tìm hiểu | 90 |
| 7 | Các nguồn thông tin khác | 40 |

Đồng thời, qua cuộc khảo sát đã cho thấy hình thức “hội nghị phổ biến pháp luật” được đánh giá là hình thức hiệu quả nhất vì thông qua hội nghị các vướng mắc hay các nội dung chưa rõ được giải thích và hướng dẫn cụ thể thì việc triển khai thực hiện văn bản trong thực tế được diễn ra thuận tiện hơn.

Với việc triển khai tích cực của các cơ quan từ trung ương đến địa phương đối với Luật phòng, chống HIV/AIDS và các văn bản hướng dẫn Luật thì đạt được những kết quả tích cực, cụ thể 100% cán bộ được hỏi đều đánh giá công tác phổ biến pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS hiện nay đã được kịp thời và đầy đủ và 96% cán bộ được hỏi đã có thói quen áp dụng các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS vào công việc khi thực hiện nhiệm vụ được giao liên quan đến chuyên môn, nghiệp vụ về phòng, chống HIV/AIDS. Đồng thời, cán bộ theo khảo sát đã cho thấy mức độ hiểu biết pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS ở các mức độ khá, tốt là tương đối cao, cụ thể:

**Bảng 3. Mức độ hiểu biết pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **MỨC ĐỘ** | **TỶ LỆ(%)** |
| 1 | Rất tốt | 13 |
| 2 | Tốt | 36 |
| 3 | Khá | 44 |
| 4 | Trung Bình | 5 |
| 5 | Yếu, kém | 2 |
|  | **Tổng cộng** | 100 |

***1.2. Các hoạt động triển khai pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS đã đi vào nề nếp theo kế hoạch, chương trình cụ thể với nhiều hình thức, biện pháp thực hiện phù hợp với từng nhóm đối tượng được phổ biến, giáo dục pháp luật và điều kiện của địa bàn thực hiện.***

Nhiều hoạt động phổ biến, giáo dục pháp luật đã được triển khai đồng bộ và mạnh mẽ trên nhiều địa bàn, nhân dân ngày càng có điều kiện tìm hiểu pháp luật. Bên cạnh đó, các địa phương cũng đã linh hoạt lồng ghép hoạt động phổ biến, giáo dục pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS trong nhiều chương trình, hoạt động nhằm tiết kiệm kinh phí, nhân lực và cơ sở vật chất mà vẫn đạt kết quả.

**2. Những khó khăn, bất cập trong phổ biến pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS**

2.1. Hiện nay, văn bản pháp luật được ban hành ngày càng nhiều, với nội dung đa dạng, phức tạp, điều chỉnh nhiều loại quan hệ của đời sống xã hội. Công tác phổ biến, giáo dục pháp luật phòng, chống HIV/AIDS ở nhiều nơi vẫn còn mang tính phong trào, chưa đi sâu vào những nội dung pháp luật mà người dân cần. Việc lựa chọn nội dung còn nặng về ý kiến chủ quan của cơ quan, tổ chức làm công tác phổ biến giáo dục pháp luật mà chưa thực sự xuất phát từ nguyện vọng của người dân.

2.2. Hình thức triển khai pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS mặc dù đã được áp dụng khá đa dạng, phong phú, song nhìn chung hiệu quả còn chưa cao, có một số hình thức chưa phù hợp với đối tượng tuyên truyền, phổ biến và tình hình thực tiễn. Ngoài ra, hình thức triển khai văn bản liên quan đến truyền thông chủ yếu áp dụng đối với các văn bản có hình thức ban hành là luật, nghị định và quyết định của Thủ tướng Chính phủ còn các văn bản khác thì chỉ được sao gửi đến các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các đơn vị trực thuộc Bộ chứ ít khi có không hướng dẫn triển khai cụ thể nên về đến các cơ quan, đơn vị trên, lãnh đạo lại gửi cho các bộ phận liên quan, còn các bộ phận khác lại không biết hoặc lãnh đạo cơ quan, đơn vị chỉ thông báo trong các buổi giao ban hàng tuần và hội nghị sơ kết, tổng kết 06 tháng, cuối năm nên hiệu quả không cao.

**II. ĐÁNH GIÁ VIỆC THI HÀNH PHÁP LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

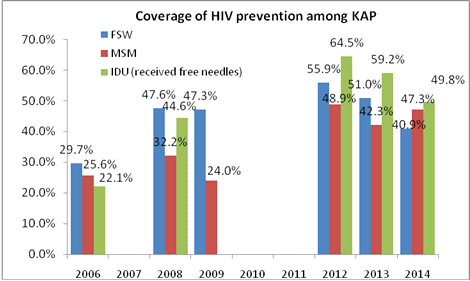
**1. Kết quả đạt được trong việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS**

***1.1. Các quy định về chính sách của Nhà nước về đã tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được triển khai đồng bộ, hiệu quả***

Điều 6 Luật phòng, chống HIV/AIDS đã quy định chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS, trong đó thể hiện một quan điểm rõ ràng là phòng, chống HIV/AIDS không chỉ là nhiệm vụ của một ngành, một lĩnh vực mà cần có sự tham gia của tất cả các ngành, các lĩnh vực và của toàn xã hội. Đồng thời, nhà nước tạo mọi điều kiện để các tổ chức, cá nhân tham gia vào công tác này. Chính vì vậy, hoạt động phòng, chống HIV/AIDS từ khi có Luật đã triển khai mạnh mẽ với sự tham gia của tất cả các lực lượng trong xã hội, các tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ... Chính bởi việc xuất phát từ một quan điểm cởi mở như vậy mà các hoạt động chuyên môn, xã hội về phòng, chống HIV/AIDS đã được triển khai tích cực đồng bộ là đạt được những kết quả đáng ghi nhận.

***1.2. Quyền lợi của người nhiễm HIV đã cơ bản được bảo đảm***

Trên cơ sở các quyền của người nhiễm HIV được ghi nhận tại Điều 4 của Luật phòng, chống HIV/AIDS, người nhiễm HIV đã được tiếp cận các dịch vụ về phòng, chống HIV thuận lợi hơn, trong đó đặc biệt là các đối tượng nguy cơ cao.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ PNBD và MSM nhận được BCS trong 12 tháng qua và biết nơi xét nghiệm HIV; Tỷ lệ người TCMT nhận được BKT sạch miễn phí

Việc phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV và gia đình của họ đã có cải thiện, người nhiễm HIV đã được tuyển dụng, làm việc như những lao động bình thường, con cái của người nhiễm HIV được đến trường. Đây là một trong những bước tiến lớn trong bảo đảm quyền lợi của người nhiễm HIV

***1.3. Hoạt động truyền thông cơ bản đã đáp ứng được mục đích và yêu cầu của thông tin, giáo dục truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS và góp phần trong việc thay đổi nhận thức và hành vi của cộng đồng đối với HIV/AIDS***

Trên cơ sở quy định của pháp luật liên quan đến truyền thông phòng, chống HIV/AIDS, hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS đã bảo đảm đúng mục đích và yêu cầu của pháp luật, bảo đảm về tính chính xác, rõ ràng, đơn giản, thiết thực.

a) Nội dung truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS đã tuân thủ theo quy định tại Điều 10 Luật phòng, chống HIV/AIDS đồng thời cũng bảo đảm không phân biệt đối xử, không làm ảnh hưởng đến bình đẳng giới đã được thực hiện nghiêm túc, không còn việc đưa thông tin, hình ảnh tiêu cực về người nhiễm HIV, đặc biệt không có các hình ảnh, pano, áp phích đưa hình ảnh người nhiễm HIV gắn với các tệ nạn xã hội hoặc các hình ảnh phản cảm.

b) Hình thức truyền thông đã được thực hiện đa dạng, bảo đảm về số lượng và chất lượng, bao gồm:

- Truyền thông trực tiếp: Hoạt động truyền thông trực tiếp được thực hiện thông qua tổ chức các hội thảo, hội nghị, tập hoặc có thể được lồng ghép với các hoạt động tư vấn, xét nghiệm tự nguyện, tư vấn cho phụ nữ mang thai hoặc các hoạt động do các cộng tác viên hoặc tuyên truyền viên đồng đẳng cho nhóm nguy cơ cao hoặc truyền thông trực tiếp lồng ghép vào các chiến dịch truyền thông trên địa bàn hoặc hoạt động truyền thông định kỳ thông qua các câu lạc bộ đồng đẳng, những người đồng cảm, ban ngành đoàn thể.

- Truyền thông gián tiếp: Thông qua tài liệu, tờ rơi, tờ gấp, tranh ảnh, pano, áp phích, tranh cổ động, lồng ghép trong hoạt động văn hóa, văn nghệ, sinh hoạt của tổ chức và các đoàn thể, câu lạc bộ, tủ sách pháp luật, thông qua chương trình giáo dục pháp luật trong các cơ sở giáo dục của hệ thống giáo dục quốc dân. Bên cạnh đó, truyền thông thông qua phương tiện thông tin đại chúng đã các địa phương coi trọng hơn, trong đó nhiều địa phương đã nghiêm túc thực hiện quy định của Thông tư liên tịch số 20/2010/TTLT-BTTTT-BYT ngày 20/08/2010 về việc hướng dẫn việc ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS. Các phóng sự, tọa đàm, trao đổi được thực hiện dưới nhiều hình thức, phong phú về nội dung với nội dung mang tính giáo dục, hướng dẫn thay đổi hành vi ngày một nhiều hơn trên các báo viết, báo điện tử. Câu lạc bộ báo chí về công tác phòng chống HIV/AIDS tiếp tục phát huy hiệu quả. Các thông tin hiện nay hướng tới giáo dục chống kỳ thị phân biệt đối xử, thay đổi hành vi hơn so với trước đây. Một số địa phương bên cạnh việc phát các chương trình truyền thông do Trung ương xây dựng, đã chủ động xây dựng các phóng sự, tiểu phẩm của địa phương mình cũng như xây dựng các chuyên mục trên báo của tỉnh và phát hành bản tin HIV/AIDS. Ngoài ra, việc sử dụng hệ thống loa phát thanh của xã, phương đã phát huy hiệu quả trong đưa truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS đến với người dân.

Các hình thức truyền thông cũng được sử dụng một các linh hoạt như bên cạnh các hoạt động chuyên đề thì truyền thông phòng, chống HIV/AIDS đã được lồng ghép trong các chương trình khác quan đến chăm sóc sức khỏe hoặc xây dựng các tiểu phẩm, phim ngắn có đề cập đến HIV/AIDS hoặc là một nội dung trong hoạt động phổ biến, giáo dục pháp luật hoặc tổ chức các hội thi về HIV/AIDS, trong đó có nội dung về Luật phòng chống HIV/AIDS hoặc triển khai Phong trào “Toàn dân tham gia phòng chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư”.. từ đó, tạo ra sự thu hút đối với người xem, người nghe cũng như tránh được sự nhàm chán khi tiếp cận các thông tin về phòng, chống HIV/AIDS.

Theo đó, công tác truyền thông đã đạt được kết quả đáng kể cụ thể: Năm 2010 (Tính đến 30/6/2010), cả nước đã thực hiện truyền thông trực tiếp về thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cho 5.937.102 lượt người. Năm 2011, cả nước thực hiện tuyền thông trực tiếp về thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cho 7.421.841 lượt người, tăng 25% so với cùng kỳ năm 2010, trong đó số lượt tiếp cận dịch vụ truyền thông trực tiếp trong nhóm người nghiện chích ma túy tăng đáng kể so với cùng kỳ năm 2010. Năm 2012, hoạt động truyền thông trực tiếp về thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS đã triển khai cho trên 15.000.000 lượt người. Hoạt động truyền thông tiếp cận nhiều nhất cho nhóm nghiện chích ma túy với tổng số trên 3.642.000 lượt người (chiếm tỷ lệ 24% lượt người được tiếp cận hoạt động truyền thông). Hoạt động truyền thông thay đổi hành vi cũng đã chú trọng tới nhóm người bán dâm, tiếp viên nhà hàng với số lượt tiếp cận trên 1.275.000 lượt. Số lượt người nhiễm HIV và người thân của họ tiếp cận dịch vụ truyền thông trực tiếp thay đổi hành vi trong năm gần 700.000 lượt người chỉ chiếm 4,6% số lượt người được truyền thông trực tiếp thay đổi hành vi. Trong 09 tháng đầu năm 2013 có 10.625.822 lượt người được truyền thông trực tiếp thay đổi hành vi, trong đó có 3.047.349 lượt đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao là nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, quan hệ tình dục đồng giới nam người nhiễm HIV. Trong năm 2014, hoạt động truyền thông đã truyền thông cho hơn 12 nghìn lượt người bao gồm các nhóm nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới và các nhóm đối tượng khác như người có HIV, thành viên người nhiễm, người di biến động, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và thành thiếu niên. Năm 2015 có 10 triệu lượt người thuộc đối tượng đích của chương trình được truyền thông phòng, chống HIV/AIDS (tăng gần 3 triệu lượt so với cùng kỳ năm trước).

c) Đối tượng truyền thông: Hoạt động truyền thông đã tập trung vào các đối tượng theo quy định Điều 11 Luật phòng, chống HIV/AIDS với quan điểm bảo đảm mọi người dân đều có quyền tiếp cận thông tin về phòng, chống HIV/AIDS. Đặc biệt, để nâng cao hiệu quả của hoạt động truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS cũng như thu hút sự tham gia của nhiều người dân hơn, Bộ Y tế, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch và Uỷ ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc cùng thực hiện Kế hoạch hành động chung mang tên "Toàn dân tham gia phòng, chống HIV trong cộng đồng" tiếp cận tới khoảng 17 triệu người. Tại địa phương, nhiều tỉnh đã thực hiện triển khai lồng ghép Chương trình “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư” với Chương trình "Toàn dân xây dựng nông thôn mới" từ đó đã huy động được sự tham gia của xã hội cùng chia sẻ, giúp đỡ, hỗ trợ người nhiễm HIV hòa nhập cộng đồng, tránh sự kỳ thị, phân biệt với người nhiễm HIV, như tại Cần Thơ:

***Bảng 4. Kết quả triển khai phong trào “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư” thành phố Cần Thơ****[[1]](#footnote-1)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Số lượng theo năm** | | | | |
| **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
| 1 | Số huyện, thị đã triển khai phong trào/tổng số huyện, thị | 9/9 | 9/9 | 9/9 | 9/9 | 9/9 |
| 2 | Số xã, phường tham gia triển khai phong trào/tổng số xã, phường | 18/85 | 85/85 | 85/85 | 85/85 | 85/85 |
| 3 | Số nhóm nòng cốt được thành lập | 19 | 89 | 86 | 85 | 85 |
| 4 | Tổng số thành viên nhóm nòng cốt | 90 | 303 | 333 | 330 | 298 |
| 5 | Số lần tổ chức HN, triển khai tập huấn cho CB YT, VH, MTTQ, các tổ chức đoàn thể ở xã và nhóm nòng cốt tại khu dân cư | 39 | 105 | 107 | 54 | 9 |
| 6 | Số lượt người tham gia | 773 | 2.029 | 2.221 | 968 | 340 |
| 7 | Số buổi truyền thông về HIV trên hệ thống truyền thanh xã (buổi) | 1.296 | 1.618 | 1.669 | 3.240 | 1.335 |
| 8 | Số bản tin, pano ở khu dân cư | 233 | 660 | 347 | 164 | 170 |
| 9 | Số buổi truyền thông lưu động: (họp tổ dân phố, họp Chi bộ, thảo luận nhóm) | 1.372 | 3.436 | 7.863 | 6.800 | 680 |
| 10 | Số băng roll, khẩu hiệu | 4.844 | 5.129 | 1.803 | 311 | 580 |
| 11 | Số tờ rơi, tờ gấp | 20.970 | 30.320 | 48.982 | 1.620 | 750 |
| 12 | Số tài liệu khác cấp phát | 7.974 | 12.147 | 20.235 | 137 | 2 |
| 13 | Số lượt tiếp cận truyền thông trực tiếp | 144.519 | 171.287 | 243.336 | 131.372 | 133.090 |
| 14 | Số lần đến từng hộ gia đình để tuyên truyền vận động người dân tham gia | 4.577 | 14.469 | 18.885 | 12.620 | 11.505 |

Bên cạnh đó, tùy thuộc vào từng đối tượng nội dung truyền thông đã được điều chỉnh bảo đảm phù hợp với từng đối tượng, trình độ, lứa tuổi, giới tính, truyền thống, văn hóa bản sắc dân tộc, tôn giáo, đạo đức xã hội, tín ngưỡng và phong tục tập quán, nhiều địa phương đã chủ động xây dựng nội dung truyền thông cho một số đối tượng đặc thù như đồng bào dân tộc ít người, cư dân vùng biên giới, ngư dân, người lao động trong các doanh nghiệp, người đang chấp hành hình phạt tù, người đang bị áp dụng biện pháp đưa vào trường giáo dưỡng, cơ sở giáo dục bắt buộc, cơ sở cai nghiện bắt buộc... Trong đó, việc truyền thông đối với dân di biến động đã được một số địa phương thực hiện tại cửa khẩu biên giới đối với đối tượng là lái xe, người lao động tại cửa khẩu và nhân viên các ngành nghề dễ bị lợi dụng.

Công tác truyền thông cho đồng bào dân tộc thiểu số cũng đã được chú trọng về hình thức và nội dung bảo đảm phù hợp với đặc thù của đồng bào dân tộc là dân trí thấp và tỷ lệ không biết tiếng kinh còn cao như truyền thông qua loa đài tại tuyến xã, thông qua cuộc họp thôn bản, tại các phiên chợ, phân phát tờ rơi, sách nhỏ về HIV bằng ngôn ngữ địa phương cho đối tượng có nguy cơ cao là người dân tộc thiểu số, thành lập các đội truyền thông lưu động để thực hiện định kỳ truyền thông cho người dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu vùng xa thông qua nhiều hoạt động như chiếu phim.

Truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS nhân các sự kiện cũng là một thế mạnh các địa phương. Hình thức này thường áp dụng trong dịp diễn ra các ngày hội, ngày lễ hoặc các sự kiện lớn và hầu hết các tỉnh được điều tra đều tập trung tổ chức truyền thông nhân Tháng cao điểm dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, Ngày Thế giới phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt từ năm 2008, đã tổ chức Tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và theo báo cáo của các tỉnh, thành phố, hoạt động này đã thu hút được hàng triệu người tham gia.

Hiệu quả của việc thực hiện pháp luật về truyền thông phòng, chống HIV/AIDS được thể hiện trong việc thay đổi nhận thức của cộng đồng đối với HIV/AIDS. Sau hơn 20 năm khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tại Việt Nam, người dân đã có những hiểu biết cơ bản về phòng, chống HIV/AIDS. Kết quả của MICS4 2010-2011 cho thấy 51,5% phụ nữ trong độ tuổi 15-24 đã xácđịnh chính xác các đường lây nhiễm HIV và loại bỏ chính xác quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV (xem biểu đồ)[[2]](#footnote-2).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ hiểu biết cơ bản về phòng chống HIV/AIDS

Xuất phát từ những chuyển biến lớn trong nhận thức nên những hành vi kỳ thị phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV và người bị ảnh hưởng bởi HIV đã giảm đáng kể.

Ngoài ra, đã có một sự thay đổi quan trọng trong nhận thức về phòng, chống HIV/AIDS là việc người dân không còn coi người nhiễm HIV luôn với các tệ nạn xã hội. Đây chính là kết quả của việc thay đổi nội dung truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS không còn việc đưa thông tin, hình ảnh tiêu cực về người nhiễm HIV như không có các hình ảnh, pano, áp phích đưa hình ảnh người nhiễm HIV gắn với các tệ nạn xã hội hoặc các hình ảnh phản cảm.

Đối với ngành y tế, nhận thức của cán bộ, nhân viên y tế cũng đã có chuyển biến lớn. Việc phân biệt đối xử trong khám bệnh, chữa bệnh đã giảm đáng kể. Việc xét nghiệm HIV đối với người bệnh không còn tràn lan như trước đây, công tác tư vấn đã dần đi vào nền nếp, việc thông báo kết quả HIV đã được tuân thủ bảo đảm quyền lợi của người nhiễm HIV.

Kết quả của hoạt động truyền thông còn được thể hiện qua việc thay đổi hành vi đặc biệt trong nhóm nguy cơ cao. Đối với việc thay đổi hành vi của nhóm nghiện chích ma túy, tỷ lệ người nghiện chích ma túy thường xuyên sử dụng bơm kiêm tiêm sạch trong 1 tháng qua luôn đạt tỷ lệ rất cao qua các giai đoạn đánh giá từ năm 2008 trở lại đây (trên 80%) trừ một số tỉnh thành phố như Thành phố Hồ Chí Minh (68,7%), Kiên Giang, Bà Rịa Vũng Tàu… Đối với thay đổi hành vi trong nhóm phụ nữ mại dâm, số phụ nữ mại dâm nói rằng có sử dụng bao cao su với khách hàng trong lần quan hệ tình dục gần nhất rất cao (85,2%), tỷ lệ phụ nữ mại dâm có sử dụng bao cao su khi có quan hệ tình dục với khách lạ trong 1 tháng qua đạt 68,5%.

Như vậy, kết quả của hoạt động truyền thông góp phần cải thiện nhận thức của người dân, giúp họ hiểu rõ hơn về HIV, từ đó có thái độ tích cục, đồng cảm hơn với người nhiễm HIV. Người nhiễm HIV cũng nhận được sự quan tâm, hỗ trợ nhiều hơn của cộng đồng và các cơ quan, đoàn thể.

***1.4. Hoạt động phòng, chống HIV/AIDS đã huy động được sự tham gia của toàn thể cộng đồng xã hội từ bản thân người nhiễm HIV, gia đình, cơ quan, trường học, các tổ chức xã hội, tạo nên sức mạnh cộng đồng trong phòng, chống căn bệnh thế kỷ này,*** cụ thể:

- Các nhóm có hành vi nguy cơ cao (MSM, phụ nữ bán dâm, người tiêm chích ma túy) đã tham gia tích cực 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. Đặc biệt, hoạt động truyền thông có sự tham gia của người nhiễm HIV có tác động tích cực đến giảm kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV trong cộng đồng và có hiệu quả cao trong hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi cho nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao.

- Việc huy động cộng đồng tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại nơi làm việc đã bắt đầu phát huy hiệu quả. Để việc triển khai phòng, chống HIV/AIDS tại nơi làm việc được thuận lợi, Bộ Y tế đã ban hành “Hướng dẫn triển khai thực hiện phòng, chống HIV/AIDS tại nơi làm việc” tại Quyết định số 4744/QĐ-BYT ngày 08/12/2010. Theo đó, các cơ quan, tổ chức trong đó có một bộ phận các doanh nghiệp đã tổ chức tuyên truyền, giáo dục các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS, chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV. Do đó, các hiện tượng chấm dứt hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc hoặc gây khó khăn trong quá trình làm việc của người lao động vì lý do người lao động nhiễm HIV đã giảm đáng kể, việc yêu cầu xét nghiệm HIV hoặc xuất trình kết quả xét nghiệm HIV đối với dự tuyển lao động, từ chối tuyển dụng vì lý do người dự tuyển lao động nhiễm HIV không còn được thực hiện tràn lan. Một số doanh nghiệp đã chủ động tuyển dụng người nhiễm HIV vào làm việc do doanh nghiệp sử dụng lao động là người nhiễm HIV được miễn thuế thu thập theo quy định tại Nghị định số 124/2008/NĐ-CP ngày 11/12/2008 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp (đã được thay thế bởi Nghị định số 218/2013/NĐ-CP). Đây cũng là một chế độ ưu đãi đối với doanh nghiệp nhằm thu hút và gia tăng việc làm cho người lao động nhiễm HIV.

Công tác phòng, chống HIV/AIDS trong các nhóm người di biến động đã được triển khai thực hiện trên nhiều địa bàn. Trên cơ sở Điều 16 Luật phòng, chống HIV/AIDS, Nghị định số 108/2007/NĐ-CP, Quyết định số 38/QĐ-TTg ngày 08/01/2008 của Thủ tướng Chính phủ quy định việc phối hợp trong phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS qua đường biên giới, hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong các nhóm người di biến động đã được thực hiện đa dạng về hình thức và phong phú về nội dung. Việc thực hiện biện pháp can thiệp giảm tác hại tại cơ sở kinh doanh dịch lưu trú, bến bãi đậu xe, đậu tàu, thuyền, cơ sở kinh doanh du lịch hoặc dịch vụ văn hóa, xã hội khác đã được triển khai. Đặc biệt, việc triển khai biện pháp can thiệp giảm tác hại bằng bao cao su tại các cơ sở kinh doanh lưu trú đã được thực hiện rộng rãi với cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng hơn được quy định tại Thông tư liên tịch số 29/2013/TTLT-BVHTTDL-BYT-BCA-BLĐTB&XH. Trong đó, chương trình 100% sử dụng bao cao su trong dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS với sự tài trợ từ Kế hoạch Cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống AIDS (PEPFAR), do Dự án Sáng kiến Chính sách Y tế (USAID/HPI) thực hiện tại một số tỉnh như thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Nghệ An, Lào Cai… đã góp phần quan trọng trong việc thực hiện phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm người di biến động. Ngoài ra, việc thực hiện phòng, chống HIV/AIDS tại cửa khẩu cũng đã các địa phương quan tâm triển khai với một số hình thức như: Xây dựng kế hoạch phối hợp trong phòng, chống HIV/AIDS tại khu vực có chung đường biên giới; Tổ chức các buổi họp định kỳ hoặc trao đổi thông tin, chia sẻ kinh nghiệm giữa các Bộ, ngành, Ủy ban nhân dân các cấp của Việt Nam với các cơ quan tương ứng của nước có chung đường biên giới để kiểm điểm, rút kinh nghiệm đối với các hoạt động phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS qua đường biên giới…

- Các tổ chức xã hội đã đóng góp đáng kể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS khi được được tạo hành lang pháp lý theo quy định tại Điều 19 và Điều 20 Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Theo đó, số lượng các nhóm tự lực ngày càng gia tăng từ 60 nhóm với hơn 4.000 thành viên lên 200 nhóm vào năm 2011. 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. Đặc biệt, các nhóm tự lực đã trở thành lực lượng quan trọng 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 tổ chức cộng đồng đã mở rộng trên toàn quốc với số lượng ngày càng tăng, trong đó có sự tham gia tích cực của thành viên gia đình của những người sống với HIV 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; 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 phi chính phủ địa phương tiến hành các công việc về vận động chính sách. Các tổ chức này bên cạnh việc hỗ trợ kỹ thuật và chia sẻ các nguồn lực với các nhóm tự lực cũng đã thực hiện rất tốt hoạt động làm cầu nối giữa các tổ chức quốc tế với các đối tượng được hưởng lợi từ chương trình hoạt động của họ.

- 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/AIDS 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 chính trị, xã hội, nghề nghiệp và đoàn thể quần chúng đóng một vai trò ngày càng tích cực hơn trong ứng phó quốc gia với HIV, đặc biệt là trong các lĩnh vực vận động chính sách, hoạch định chính sách, xây dựng năng lực và cung cấp dịch vụ. Bước tiến này phản ánh việc các nhóm tự lực và mạng lưới những người sống với HIV và các nhóm quần thể chính có nguy cơ cao lây nhiễm HIV ngày càng mở rộng và lớn mạnh hơn.

Nhìn chung, hoạt động huy động cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS đã có sự tham gia của các Bộ, ngành, đoàn thể, Trung ương và các địa phương với việc triển khai tuyên truyền dưới nhiều hình thức phong phú, đa dạng, tăng cường công tác thông tin, tuyên truyền nâng cao nhận thức nhằm thay đổi hành vi, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS, giảm tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS.

***1.5. Công tác can thiệp giảm tác hại***

Các quy định của Luật, Nghị định số 108/2007/NĐ-CP và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật, Nghị định đã tạo ra hành lang pháp lý khá thuận lợi cho việc tổ chức các can thiệp bằng BCS. Điều này thể hiện rõ qua việc độ bao phủ của chương trình cung cấp bao cao su tăng đều qua các năm. Năm 2016 chương trình đã phân phát bao cao su cho gần 35.000 người nghiện chích ma túy, 43.600 phụ nữ bán dâm, 13.000 nam quan hệ tình dực đồng giới và 24.000 vợ, bạn tình của người nhiễm HIV hoặc nguy cơ cao, số bao cao su phân phát miễn phí khoảng 6.299.000 chiếc, số bao cao su bán qua hoạt động tiếp thị xã hội đạt 9.670.000 chiếc.

Việc triển khai cung cấp BCS được thực hiện qua nhiều mô hình đa dạng nhằm làm tăng tính sẵn có cũng như khả năng tiếp cận với BCS cho các đối tượng có hành vi nguy cơ cao. Các mô hình chính đã được xây dựng và triển khai bao gồm: Mô hình phân phát BCS thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng; mô hình hộp cung cấp BCS cố định; mô hình cung cấp BCS tại các nhà nghỉ, khách sạn, cơ sở dịch vụ giải trí, Phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện hoặc lồng ghép tại câu lạc bộ/điểm giáo dục sức khỏe... trong đó, mô hình phân phát BCS thông qua NVTCCĐ và cung cấp BCS tại các nhà nghỉ, khách sạn, cơ sở dịch vụ giải trí là hai mô hình được đánh giá là có hiệu quả nhất.

Cũng tương tự như chương trình BCS, các quy định của Luật, Nghị định số 108/2007/NĐ-CP và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật, Nghị định đã tạo ra hành lang pháp lý khá thuận lợi cho việc tổ chức các can thiệp bằng BKT. Điều này thể hiện rõ qua việc độ bao phủ của chương trình cung cấp BKT tăng đều qua các năm.

***Bảng 5. Độ bao phủ của chương trình BKT***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Năm** | **Số quận/huyện triển khai**  **chương trình (n=85)** | **Số xã/phường/thị trấn triển khai chương trình (n=1388)** |
| 2007 | 55 | 791 |
| 2008 | 59 | 815 |
| 2009 | 68 | 912 |
| 2010 | 70 | 1023 |
| 2011 | 83 | 1176 |
| 2012 | 83 | 1302 |

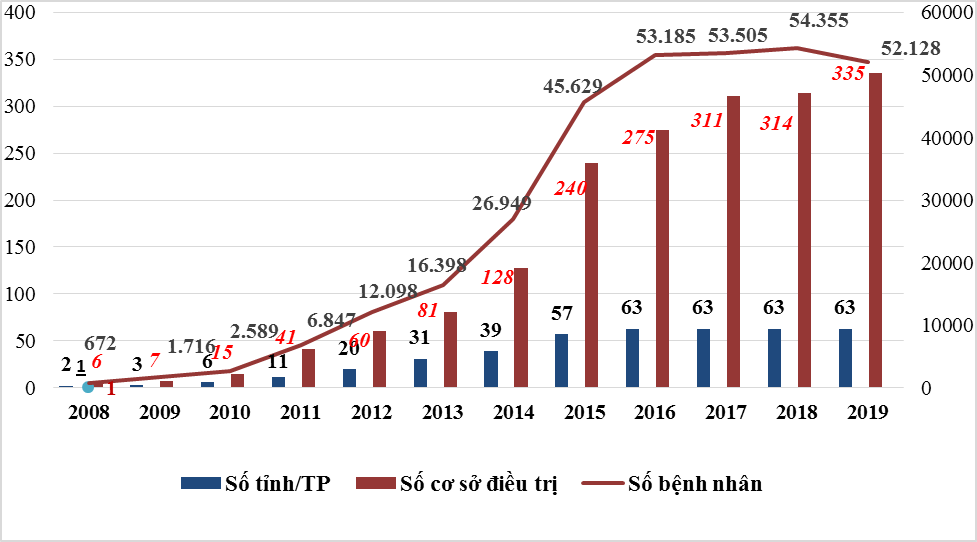
*(Nguồn: Tổng hợp số liệu báo cáo hoạt động hằng năm của các tỉnh được khảo sát)*

Việc triển khai hoạt động can thiệp bằng BKT đã được thực hiện bằng nhiều hình thức khá đa dạng thông qua nhiều mô hình khác nhau nhằm tăng tính sẵn có và tính dễ tiếp cận của BKT cho đối tượng nghiện chích ma túy. Các mô hình chính đã được xây dựng và triển khai bao gồm: Mô hình phân phát BKT thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng; mô hình hộp cung cấp BKT cố định; mô hình điểm phân phát BKT cố định; mô hình điểm phân phát thứ cấp qua nhà thuốc, hiệu thuốc, trạm y tế, Phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện hoặc lồng ghép tại câu lạc bộ/điểm giáo dục sức khỏe...

Tại các tỉnh được khảo sát, mô hình phát BKT được áp dụng phổ biến nhất là thông qua mạng lưới nhân viên tiếp cận cộng đồng, hộp cung cấp BKT

Phát BKT qua mạng lưới nhân viên tiếp cận cộng đồng là kênh phát BKT chính ở hầu hết các tỉnh được khảo sát với tỷ lệ chiếm đến 90% số BKT được phát ra. Yếu tố chính quyết định sự thành công của mô hình này là do có khả năng tiếp cận đối tượng tốt. Bên cạnh việc phát BKT, nhân viên tiếp cận cộng đồng còn có nhiệm vụ tìm kiếm, tiếp cận đối tượng nghiện chích mới trên địa bàn để thực hiện việc cung cấp BKT, tài liệu truyền thông và thực hiện việc truyền thông giáo dục sức khoẻ trực tiếp cho người nghiện chích ma túy đồng thời tư vấn chuyển gửi đối tượng đến các dịch vụ hỗ trợ như tư vấn xét nghiệm tự nguyện, khám điều trị STI, phòng khám ngoại trú... Ngoài việc phát BKT trực tiếp cho người nghiện chích ma túy tại các tụ điểm tiêm chích, nhân viên tiếp cận cộng đồng còn quy ước với người NCMT về những điểm, hộp BKT bí mật đặt tại nhà NVTCCĐ, tụ điểm tiêm chích, quán nước, cửa hàng tạp hoá... để tăng khả năng tiếp cận BKT sạch cho người NCMT. Mô hình này hiện nay đã nhận được sự ủng hộ của chính quyền, ban ngành, đoàn thể và cộng đồng mà minh chứng rõ ràng nhất đó là việc toàn bộ các nhân viên tiếp cận cộng đồng đã được cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng.

Trên cơ sở Luật và Nghị định số 96/2012/NĐ-CP (được thay thế bởi Nghị định 90/2016/NĐ-CP) biện pháp can thiệp bằng điều trị các dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế đã được triển khai rộng khắp và trở thành một trong các biện pháp can thiệp mang tính hiệu quả cao cho cả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống ma túy. Với một cơ sở pháp lý rõ ràng và cởi mở, nên biện pháp can thiệp trên đã được triển khai tương đối thuận lợi, cụ thể: Tính đến 31/12/2019, hoạt động điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone đã được triển khai tại 63/63 tỉnh, thành phố trên toàn quốc, với 335 cơ sở điều trị và điều trị cho 52.128 bệnh nhân, đạt 65% chỉ tiêu Thủ tướng Chính phủ giao tại Quyết định 1008/QĐ-TTg.



***Biểu đồ 3. Tăng trưởng bệnh nhân qua các năm (tính đến 31/12/2019)***

Bệnh nhân do ngành y tế điều trị chiếm tỷ trọng chủ yếu, chiếm 93,4% trong tổng số bệnh nhân được điều trị Methadone, ngành LĐTBXH quản lý chiếm 6,6% và do ngành Công an quản lý (tại Trại giam Phú Sơn 4) chiếm 0,008%.

***Bảng 6: Tổng hợp tình hình bệnh nhân Methadone theo ngành***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Ngành/lĩnh vực | Số cơ sở điều trị | Số bệnh nhân | Tỷ lệ  (%) |
| 1 | Ngành y tế | 303 | 48.666 | 93.4% |
| 2 | Ngành Công an | 01 | 4 | 0.008% |
| 3 | Ngành LĐTBXH | 31 | 3.458 | 6.6% |
|  | **Tổng** | **335** | **52.128** | **100** |

***1.6. Công tác giám sát HIV/AIDS và tư vấn, xét nghiệm HIV đã góp phần xác định và theo dõi chính xác dịch HIV/AIDS***

Công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS được thực hiện nhằm mục đích xác định tỷ lệ nhiễm HIV và phân bố nhiễm HIV trong các nhóm dân cư, theo dõi chiều hướng tỷ lệ nhiễm HIV theo thời gian, xác định nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao, xác định sự thay đổi các hình thái lây truyền HIV và dự báo tình hình nhiễm HIV. Đến năm 2016, có 40 tỉnh/thành phố triển khai giám sát trọng điểm hàng năm và 63/63 tỉnh thực hiện giám sát phát hiện HIV. Một số tỉnh đã triển khai giám sát trọng điểm kết hợp với giám sát hành vi và giám sát STI. Song song là hệ thống báo cáo ca bệnh để thu thập báo cáo các trường hợp nhiễm HIV trên toàn quốc. Phần mềm HIV Info 2.1 được cập nhật thành phiên bản HIV Info 3.0 giúp các cán bộ TD-ĐG báo cáo chính xác hơn về các trường hợp HIV ở địa phương. Các hoạt động theo dõi, đánh giá được triển khai định kỳ.

Với ban hành các quy định về quy trình giám sát và phương pháp giám sát góp phần nâng cao chất lượng của công tác giám sát, từ đó bảo đảm xác định chính xác tình hình dịch HIV/AIDS. Qua đó, số liệu về tình hình dịch HIV luôn được cập nhật liên tục và bảo đảm tính tin cậy không chỉ được sử dụng trong công tác chuyên môn phòng, chống HIV/AIDS mà còn là cơ sở thực tiễn quan trọng cho công tác hoạch định chính sách.

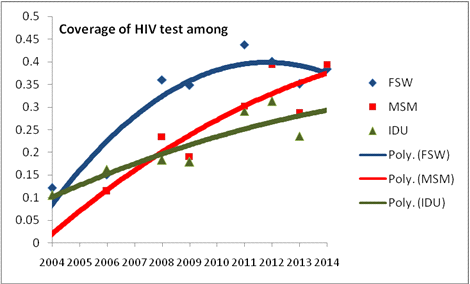
Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện của Việt Nam đã được mở rộng trong những năm gần đây, với số lượng điểm VCT và khách hàng VCT tăng từ 157 điểm năm 2005 lên 244 điểm trong năm 2008, 256 điểm trong năm 2009, 317 điểm trong năm 2011, 485 điểm trong năm 2013 và giảm xuống còn 270 điểm trong năm 2014. Trong năm 2014, các điểm VCT hoạt động thiếu hiệu quả với số khách hàng thấp đã bị đóng cửa nhưng các mô hình tư vấn xét nghiệm lưu động và tư vấn xét nghiệm do nhân viên y tế đề xuất ngày càng mở rộng. Số người nhận được các dịch vụ VCT trong năm 2014 là 662.605, tăng nhẹ so với năm 2013 là 569.061 người. Các nỗ lực nhằm tăng diện bao phủ và hiệu suất của dịch vụ xét nghiệm HIV đã làm tăng số người biết được tình trạng nhiễm HIV của mình.

Về việc triển khai công tác xét nghiệm HIV: Đến nay, hệ thống phòng xét nghiệm HIV trên toàn quốc đã có hơn 1.250 phòng xét nghiệm sàng lọc HIV ở tất cả 100% cấp huyện trên toàn quốc, 138 phòng xét nghiệm khẳng định HIV tại 63 tỉnh/thành phố, trong đó có 02 phòng xét nghiệm tham chiếu quốc gia đặt tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Nhằm tăng độ bao phủ dịch vụ, các hoạt động xét nghiệm HIV đã được triển khai dưới nhiều hình thức khác nhau từ xét nghiệm cố định đến lưu động, xét nghiệm tại cơ sở y tế đến tại cộng đồng và tự xét nghiệm. Xét nghiệm HIV tại Việt Nam được thực hiện theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới (WHO), bao gồm 3 chiến lược: (1) sàng lọc HIV, (2) giám sát dịch và (3) chẩn đoán các trường hợp nhiễm HIV.

Xét nghiệm sàng lọc HIV bao phủ đến tuyến quận, huyện và hiện tại đã được triển khai tại tuyến xã. Trung bình hằng năm trên toàn quốc thực hiện 2 triệu mẫu xét nghiệm. Hệ thống tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện hằng năm phát hiện khoảng 15.000 -20.000 lượt HIV dương tính. Công tác quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm cũng đã được quan tâm triển khai và thực hiện ở tất cả các cơ sở xét nghiệm chuyên sâu, Công tác quản lý, đánh giá chất lượng sinh phẩm xét nghiệm đã và đang được chuẩn hóa đồng bộ từ việc xây dựng ngân hàng mẫu, đánh giá sinh phẩm trước thị trường, xây dựng phương cách xét nghiệm HIV.

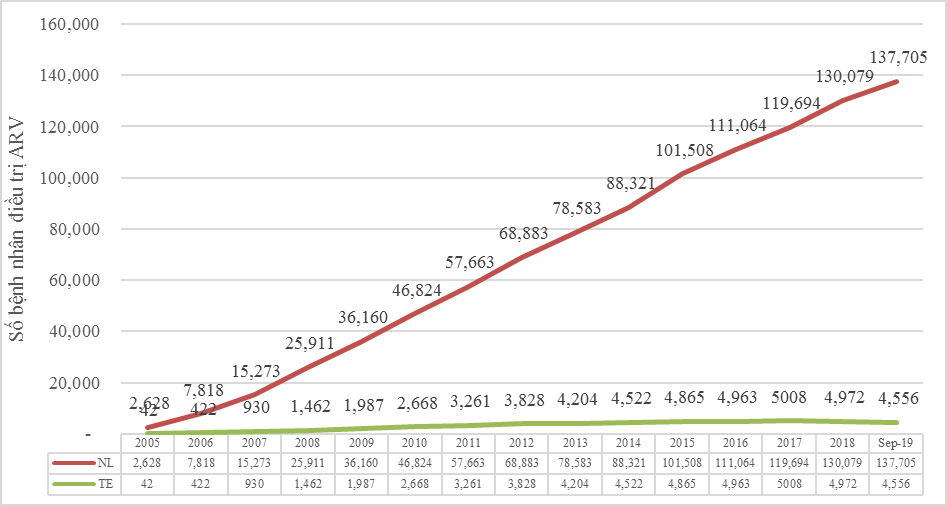
Năm 2014, Bộ Y tế đã phê duyệt phương cách xét nghiệm HIV mới, theo đó áp dụng 3 xét nghiệm nhanh để chẩn đoán sơ bộ nhiễm HIV và cho kết quả trong cùng ngày. Phương cách này sẽ được triển khại tại các tuyến cung cấp dịch vụ. Kết quả xét nghiệm HIV sẽ được khẳng định tại phòng xét nghiệm tuyến quận huyện. Để tăng cường tính tiếp cận, xét nghiệm HIV được giới thiệu qua nhiều cách thức như: cán bộ y tế đề xuất, người sử dụng dịch vụ tự đề xuất, và xét nghiệm di động. Các tổ chức xã hội cũng được huy động tham gia giới thiệu người có nguy cơ cao tới các dịch vụ xét nghiệm HIV.

Theo các nghiên cứu được triển khai từ năm 2004-2014, tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả xét nghiệm tăng từ 10% trong năm 2004 lên 30-40% trong năm 2014.

***Biểu đồ 4: Độ bao phủ xét nghiệm HIV trong nhóm nguy cơ cao***

***1.7. Công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS được triển khai rộng khắp và tạo điều kiện cho người nhiễm HIV được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe***

Điều trị ARV được triển khai tại tất cả 63 tỉnh/thành phố với 349 cơ sở điều trị, 562 trạm y tế triển khai cấp phát thuốc ARV, triển khai điều trị trong trại giam và trung tâm giáo dục chữa bệnh và lao động xã hội bảo đảm tiếp cận tốt hơn cho người nhiễm HIV. Tính đến tháng 9/2019 có 137.705 người nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc kháng HIV, trong đó có 4.556 trẻ em đang điều trị, tăng 1,9 lần so với năm 2012 và tăng gấp 50 lần so với khi bắt đầu triển khai mở rộng điều trị ARV vào năm 2005. Trong số này có hơn 5.800 bệnh nhân đang điều trị phác đồ bậc 2 chiếm gần 5% tổng số bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc ARV.



*Biểu đồ 5. Số bệnh nhân điều trị ARV qua các năm*

Hiện nay công tác chăm sóc và điều trị đã triển khai kiện toàn các phòng khám ngoại trú trên toàn quốc để có thể thực hiện chi trả qua hệ thống bảo hiểm y tế. Ngoài ra, tiêu chuẩn điều trị ARV đã mở rộng, điều trị ngay cho tất cả các đối tượng nguy cơ cao, phụ nữ mang thai, bệnh nhân lao, cặp bạn tình nhiễm HIV...

Việc gia tăng số người được điều trị ARV trong thời gian qua đã làm giảm đáng kể số tử vong do AIDS hằng năm, trong những năm 2009 số ca nhiễm HIV báo cáo tử vong hằng năm khoảng 7.000 đến 8.000 ca, đến nay số ca tử vong báo cáo khoảng 2000 -3000 ca tử vong mỗi năm.

Công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng được triển khai trên địa bàn toàn quốc với những định hướng mới đối với các can thiệp về phòng lây truyền từ mẹ sang con như sau: (1) Tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai sớm, (2) Thuốc kháng HIV cho phòng lây truyền từ mẹ sang con sớm từ tuần thai thứ 14 (thay cho từ tuần thai thứ 28 trước đây). Số cơ sở cung cấp các dịch vụ cơ bản tối thiếu về dự phòng lây truyền mẹ con tăng từ 107 năm 2006 lên 226 điểm năm 2016: 02 điểm tuyến TW, 92 điểm tuyến tỉnh, còn lại là tuyến huyện 132 huyện chiếm khoảng 25% số huyện trong toàn quốc. Tính đến 30/9/2012, cả nước đã xét nghiệm HIV cho 855.439 PNMT được tư vấn và xét nghiệm HIV (chiếm 50,3% trong số PNMT đến khám thai); trong đó, 512.216 xét nghiệm trong thời gian mang thai (chiếm 60 %), 348.369 xét nghiệm lúc chuyển dạ (chiếm 40,7 %). Trong tổng số phụ nữ mang thai tới tư vấn và xét nghiệm có 1.275 lượt PNMT nhiễm HIV (0,15 %). Có 872 trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, trong đó có 613 trẻ được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole trong vòng 2 tháng sau sinh (70,3%). Năm 2015, số phụ nữ mang thai được xét nghiệm trên 1.129.000 triệu người và phát hiện nhiễm HIV cho gần 1239 phụ nữ mang thai nhiễm HIV, khoảng 60% phụ nữ mang thai nhiễm HIV được xét nghiệm trong thời kỳ mang thai, 40% phụ nữ mang thai phát hiện trong thời kỳ chuyển dạ, trong khi năm 2006 chỉ có 16,5% phụ nữ mang thai trong 02 năm trước đó có xét nghiệm HIV.

Việc có được các quy trình chuẩn cũng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Kết quả đánh giá hiệu quả điều trị do Cục Phòng, chống HIV/AIDS thực hiện trong các năm 2008, 2009 cho thấy chương trình điều trị ARV tại Việt Nam đã đáp ứng được mục tiêu do Tổ chức Y tế thế giới đề ra (80% bệnh nhân còn sống sau 12 tháng điều trị).

Một vấn đề nữa cũng được đánh giá là thành công đó là việc với sự ra đời của Nghị định số 108/2007/NĐ-CP, Việt Nam đã thống nhất điều phối tất cả các nguồn thuốc kháng HIV điều trị cho người nhiễm HIV. Bên cạnh đó, các cơ sở y tế điều trị HIV/AIDS đã thực hiện báo cáo hàng tháng về tình hình sử dụng thuốc về cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS các tỉnh và về Cục Phòng, chống HIV/AIDS.

Hệ thống bệnh án và các sổ sách điều trị cho người bệnh AIDS trên toàn quốc đã được chuẩn hóa theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới. Việc chuẩn hóa bệnh án và các sổ sách này đã tạo điều kiện cho việc theo dõi và đánh giá các hoạt động dự phòng và giám sát HIV/AIDS trong đó có các hoạt động chăm sóc và điều trị được thực hiện một cách có hiệu quả.

**2. Hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS đã xuất hiện một số tồn tại, bất cập ảnh hưởng trực tiếp đến việc tổ chức triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS**

***2.1. Thứ nhất,*** chưa có các quy định trách nhiệm cung cấp thông tin cá nhân của người nhiễm HIV, quy định đối tượng được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV và việc quy định các nhóm đối tượng được thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính chưa đảm bảo được điều kiện thực hiện kiểm soát bệnh truyền nhiễm nhóm B như quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và điều kiện thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các luật liên quan khác của người nhiễm HIV.

Thực tiễn cho thấy rằng, có đến 15% người nhiễm HIV trong số người nhiễm đang tham gia điều trị ARV miễn phí từ nguồn viện trợ khi chuyển sang điều trị ARV sử dụng bảo hiểm y tế có thông tin cá nhân không giống với thông tin cá nhân thực tế để thực hiện thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế. Ngoài ra, trong quá trình thực hiện cam kết thực hiện mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 của Liên Hợp quốc để hướng đến chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, Bộ Y tế đã rà soát lại các danh sách người nhiễm HIV/AIDS đã được tổng hợp để xem xét những người chưa điều trị ARV tại 6 tỉnh dự án do PEPFAR tài trợ, sau đó tiến hành thí điểm rà soát tại tuyến xã phường để tư vấn hỗ trợ người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV để đạt mục tiêu 90% người nhiễm HIV đã biết tình trạng HIV được điều trị ARV vào năm 2020, tuy nhiên kết quả rà soát cho thấy 70% số người nhiễm HIV theo danh sách được thu thập chưa điều trị ARV không có thực theo thông tin, địa chỉ được khai báo, trong đó nhiều người chưa bao giờ đi xét nghiệm HIV lại có trong danh sách người nhiễm HIV thu thập được, do bị người khác sử dụng tên của mình khi đi làm xét nghiệm HIV. Do đó việc khai báo thông tin cá nhân không chính xác, ảnh hưởng rất lớn trong việc xác định đối tượng, địa bàn trọng điểm về HIV/AIDS, khó khăn trong việc đưa ra các quyết định chính xác trong việc triển khai các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

Theo quy định tại điểm b, khoản 1, Điều 3 của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS thuộc bệnh truyền nhiễm nhóm B là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, có khả năng lây truyền nhanh và có thể gây tử vong, tuy nhiên cũng theo quy định tại khoản 1, điều 1 của Luật này, HIV/AIDS không thuộc phạm vi điều chỉnh của Luật này, trong khi Luật Phòng, chống HIV/AIDS không quy định trách nhiệm của người nhiễm HIV đối với khai báo thông tin chính xác về tên, tuổi, địa chỉ nơi cư trú, hành vi lây nhiễm HIV để có thông tin tổng hợp, theo dõi diễn biến dịch HIV theo quy định về Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Điều 24 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Ngoài ra, Điều 30 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS quy định các đối tượng được thông báo kết quả HIV dương tính không đề cập đến các cán bộ làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS, trong khi đó Luật Phòng, chống HIV/AIDS cũng không có quy định những đối tượng được tiếp cận thông tin về người nhiễm HIV, do đó ảnh hưởng đến việc thống kê, theo dõi, diễn biến dịch HIV, xác định các đối tượng, giới tính, địa bàn có nguy cơ lây nhiễm HIV cao theo quy định tại Điều 24 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Vì vậy, với quy định hiện nay của Luật Phòng, chống HIV/AIDS không đủ căn cứ pháp lý để quy định thực hiện việc theo dõi và kiểm soát dịch HIV/AIDS theo thông lệ quốc tế, quy trình chuyên môn về giám sát dịch bệnh nói chung, bệnh HIV/AIDS nói riêng. Bên cạnh đó, Luật Phòng, chống HIV/AIDS không quy định những người nào có quyền được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV, cũng gây lúng túng trong quá trình thực thi các vấn đề liên quan đến quy định với mọi người dân nói chung, trong đó có người nhiễm HIV, phần nào ảnh hưởng gián tiếp việc cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, tạo điều kiện cho cả người cung cấp và người sử dụng các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS hiểu theo nhiều cách khác nhau về các quy định hiện nay về đảm bảo bí mật thông tin người nhiễm HIV, từ đó dẫn đến khó khăn trong triển khai hoạt động giám sát dịch HIV/AIDS, chăm sóc điều trị cho người nhiễm HIV.

***2.2. Thứ hai, sự thiếu đồng bộ, thống nhất giữa hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS với hệ thống pháp luật về xử lý vi phạm hành chính và phòng, chống ma túy***, cụ thể như sau:

- Theo quy định của pháp luật về phòng, chống ma túy thì một người nghiện ma túy sẽ được áp dụng biện pháp cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình và cộng đồng nếu tự nguyện khai báo và đăng ký. Trường hợp không tự nguyện khai báo và đăng ký cai nghiện tự nguyện tại gia đình và cộng đồng thì sẽ bị áp dụng biện pháp bắt buộc cai nghiện tại cộng đồng[[3]](#footnote-3).

- Theo quy định của Luật Xử lý vi phạm Hành chính, người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên có nơi cư trú ổn định, thì thời hiệu là 03 tháng, kể từ ngày đối tượng có hành vi sử dụng ma túy bị phát hiện[[4]](#footnote-4), trong đó bao gồm cả người nghiện ma túy đang tham gia chương trình cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc tham gia chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định của pháp luật mà bị phát hiện sử dụng trái phép chất ma túy thì cũng bị áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn. Việc áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn đối với đối tượng này được tiến hành đồng thời với việc cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

Tiếp theo đó, nếu người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên, có nơi cư trú ổn định, trong thời hạn 02 năm kể từ ngày chấp hành xong quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy hoặc trong thời hạn 01 năm kể từ ngày hết thời hiệu thi hành quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy mà vẫn còn nghiện thì sẽ bị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc[[5]](#footnote-5).

Và đan xen trong quá trình quản lý một người nghiện ma túy như đã nêu trên thì pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS quy định về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại Nghị định số 90/2016/NĐ-CP quy định như sau:

1. Người nghiện chất dạng thuốc phiện được quyền lựa chọn tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định tại Nghị định này hoặc tự nguyện cai nghiện tại gia đình và cộng đồng theo quy định tại Nghị định số [94/2010/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=94/2010/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 09 tháng 9 năm 2010 của Chính phủ quy định về tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng.

2. Không lập hồ sơ đề nghị áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện nếu không vi phạm các quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính mà tự nguyện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện; không lập hồ sơ đề nghị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc đối với người đang tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

3. Không áp dụng quy định tại khoản 2 Điều này đối với người bị chấm dứt điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện thuộc một trong các trường hợp sau:

a) Không tuân thủ quy trình chuyên môn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện từ 02 lần trở lên trong vòng 06 tháng;

b) Có xét nghiệm dương tính với các chất dạng thuốc phiện liên tiếp từ 02 lần trở lên (trừ thuốc điều trị thay thế) trong vòng 12 tháng sau khi đã đạt liều điều trị duy trì;

c) Có xét nghiệm dương tính với các chất ma túy khác ngoài các chất dạng thuốc phiện;

d) Có hành vi xâm hại tài sản của cá nhân, tổ chức; tài sản, sức khỏe, danh dự, nhân phẩm của công dân, của người nước ngoài; vi phạm trật tự, an toàn xã hội.

Tuy nhiên, do các quy định về cai nghiện tại cơ sở cai nghiện bắt buộc được ban hành sau và hoàn toàn không đề cập đến việc loại trừ các trường hợp theo quy định của pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS nên gây tâm lý lo ngại cho người đang tham gia điều trị thay thế là sẽ có thể bị áp dụng biện pháp bắt buộc cai nghiện tại cơ sở cai nghiện bắt buộc **và trên thực tế cũng đã có trường hợp người nghiện đang tham gia điều trị thay thế bị áp dụng biện pháp này.**

Bên cạnh đó, các quy định này cũng không phù hợp với thực tế của việc điều trị nghiện ma túy mà cụ thể là trong quá trình thực hiện dò liều điều trị cho người nghiện ma túy thì không thể tránh khỏi việc người đó có thể sử dụng thêm ma túy do việc sử dụng thuốc thay thế tại điểm này chưa đáp ứng đủ nhu cầu thuốc của người nghiện. Tuy nhiên do pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS cũng không có quy định cụ thể về vấn đề này nên nếu phát hiện người đang tham gia điều trị bằng thuốc thay thế có sử dụng ma túy thì cơ sở điều trị bằng thuốc thay thế lại bắt buộc phải thông báo với các cơ quan chức năng và nếu không thông báo thì sẽ bị coi là có hành vi vi phạm pháp luật; nếu thông báo thì người nghiện sẽ bị lập hồ sơ và quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn. Một vấn đề nữa là nếu theo quy định về áp dụng biện pháp cai nghiện bắt buộc (sau 02 năm kể từ khi ngày chấp hành xong quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy mà vẫn sử dụng ma túy) thì sẽ có một số lượng lớn người bệnh đang tham gia chương trình điều trị thay thế sẽ bị áp dụng biện pháp này do về bản chất thì việc điều trị thay thế vẫn sử dụng các thuốc có nguồn gốc ma túy.

Ngoài các tồn tại, bất cập như đã nêu trên thì giữa hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS với hệ thống pháp luật về phòng, chống ma túy cũng còn sự thiếu thống nhất liên quan đến các biện pháp can thiệp giảm tác hại, cụ thể như sau:

Luật Phòng, chống HIV/AIDS đã quy định "các biện phápcan thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm tuyên truyền, vận động, khuyến khích sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV" và khoản 1 Điều 21 quy định "Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV được triển khai trong các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao thông qua các chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội".

Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống ma túy năm 2000, trong đó bổ sung thêm Điều 34a về biện pháp can thiệp giảm tác hại của nghiện ma tuý, cụ thể như sau:

"**Điều 34a**

1. Biện pháp can thiệp giảm tác hại của nghiện ma tuý là biện pháp làm giảm hậu quả tác hại liên quan đến hành vi sử dụng ma túy của người nghiện gây ra cho bản thân, gia đình và cộng đồng.

2. Biện pháp can thiệp giảm tác hại của nghiện ma túy được triển khai trong nhóm người nghiện ma túy thông qua chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội.

3. Chính phủ quy định cụ thể các biện pháp can thiệp giảm tác hại của nghiện ma túy và tổ chức thực hiện các biện pháp này.".

Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể nội dung của các biện pháp giảm tác hại của nghiện ma túy là gì và việc tổ chức thực hiện các biện pháp này như thế nào. Điều này dẫn đến tình trạng các nhân viên tiếp cận cộng đồng có tâm lý e ngại khi thực hiện hoạt động cung cấp bơm kim tiêm cho người nghiện chích ma túy do sợ bị coi là có hành vi tiếp tay cho việc sử dụng trái phép chất ma túy.

***2.3. Thứ ba, một số quy định của pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS không bảo đảm tính khả thi trong thực tiễn****,*cụ thể như sau:

- Theo quy định tại khoản 3, Điều 27 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 16 tuổi chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha mẹ hoặc người giám hộ của người đó. Tuy nhiên trong thực tế tình hình dịch HIV/AIDS hiện nay, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người quan hệ tình dục đồng giới nam đang có xu hướng gia tăng nhanh, tuổi trung bình nhiễm mới HIV là 23 tuổi, trong đó có không ít các em dưới 16 tuổi, trong thực tiễn khi làm xét nghiệm HIV cho trẻ em dưới 16 tuổi có nguy cơ lây nhiễm HIV yêu cầu có sự đồng ý của bố mẹ là rất khó thực hiện, bởi vì nguyên nhân làm lây nhiễm HIV là do quan hệ tình dục đồng giới, nguyên nhân này không dễ để bố mẹ chấp nhận, do đó các em lo sợ bố mẹ biết có quan hệ tình dục đồng giới, lo sợ bị đánh, nên dám tiết lộ với bố mẹ để đưa đến cơ sở y tế để làm xét nghiệm HIV. Vì vậy, các em sẽ không được làm xét nghiệm HIV sớm vì quy định có sự đồng ý xét nghiệm HIV của bố mẹ hoặc người giám hộ theo quy định của pháp luật.

- Theo quy định tại Điều 35 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí, tuy nhiên hiện nay các nhà tài trợ đang cắt giảm hỗ trợ sinh phẩm và chương trình mục tiêu không đủ kinh phí để làm xét nghiệm miễn phí cho gần 2 triệu phụ nữ mang thai mỗi năm. Ngoài ra khi quy định phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV miễn phí, tức là nhà nước đảm bảo nguồn lực cho xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, do đó Quỹ Bảo hiểm Y tế sẽ không chi trả cho những phụ nữ mang thai tham gia bảo hiểm y tế khi làm xét nghiệm HIV, đồng thời theo quy định tại khoản 14 Điều 1 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi bổ sung đã bỏ điểm b khoản 1 Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế do đó quỹ bảo hiểm y tế sẽ không chi trả cho xét nghiệm sàng lọc phát hiện HIV cho phụ nữ mang thai. Hơn nữa phía người dân hiểu khi mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV sẽ không phải trả tiền xét nghiệm, nên các cơ sở y tế cũng không thể thu phí làm xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai. Vì vậy quy định nhân văn này cần phải chỉ rõ hơn về nguồn lực để thực thi xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, sớm triển khai dự phòng lây nhiễm HIV cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

- Quy định tại khoản 7, Điều 12 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS quy định thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS quy định các thông điệp truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được thực hiện miễn phí. Tuy nhiên, hiện nay hầu hết các cơ quan truyền thông đều hoạt động theo cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm về mọi hoạt động của mình nên nếu thực hiện truyền thông miễn phí thì sẽ tốn một khoản kinh phí không nhỏ và điều này ảnh hưởng rất lớn đến khả năng cân đối tài chính của các cơ sở truyền thông.

- Quy định tại Điều 42 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS đối vớiÁp dụng pháp luật hình sự, tố tụng hình sự, xử lý vi phạm hành chính đối với người bị xử lý hình sự, hành chính mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối, trong đó quy định tạm đình chỉ điều tra, miễn chấp hành hình phạt đối với người bị AIDS giai đoạn cuối, tuy nhiên trong thực tiễn nhiễm HIV được chia làm 4 giai đoạn, trong đó giai đoạn 4 là giai đoạn chuyển sang bệnh AIDS, và một người nhiễm HIV có thể chuyển từ giai đoạn 4 về giai đoạn 1, 2, 3 tùy thuộc vào việc tuân thủ điều trị ARV. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, đã chế tạo được nhiều loại thuốc tốt điều trị HIV/AIDS, mặc dù chưa có thuốc điều trị loại bỏ triệt để virus HIV trong máu, nhưng có thể duy trì tải lượng vi rus HIV máu ở mức rất thấp, không ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của người nhiễm HIV. Do đó không quy định được AIDS giai đoạn cuối.

***2.4. Thứ tư, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nội dung của các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV đã có sự thay đổi nhưng chưa có cơ chế pháp lý để tổ chức triển khai,*** cụ thể như sau:

- Hiện nay ngoài các biện pháp can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV truyền thống như cung cấp bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất ma túy bằng thuốc thay thế, các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV đã có nhiều thay đổi như sử dụng thuốc kháng virus HIV để điều trị dự phòng trước khi nhiễm HIV, điều trị ARV ngay cho người nhiễm HIV khi làm giảm lượng virus trong máu đến ngưỡng không lây truyền HIV cho người khác khi quan hệ tình dục. Các kỹ thuật xét nghiệm HIV cũng được phát triển đơn giản hơn nhiều so với trước đây, như làm xét nghiệm nhanh bằng lấy máu đầu ngón tay cho kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV trong vòng 20 phút, hoặc sử dụng sinh phẩm tự xét nghiệm bằng dịch miệng, mọi người dân có thể tự làm xét nghiệm HIV cho mình.

- Với sự phát triển khoa học kỹ thuật về thuốc, vật tư, sinh phẩm cho công tác phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn hiện nay, một số quy định từ năm 2006 chắc sẽ không còn phù hợp, cần có điều chỉnh như việc quy định xét nghiệm sàng lọc HIV tại cộng đồng, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV, có các chính sách tạo điều kiện triển khai xét nghiệm sớm HIV và điều trị ngay sau khi được phát hiện nhiễm HIV, cho phép người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao tham gia nhiều hơn vào quá trình cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với bối cảnh tình hình dịch HIV/AIDS và sự tiến bộ khoa học kỹ thuật.

**III. ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM THI HÀNH PHÁP LUẬT VỀ TRYỀN THÔNG VÀ HUY ĐỘNG CỘNG ĐỒNG**

**1. Kết quả đạt được**

***a) Hệ thống phòng, chống HIV/AIDS đã được kiện toàn từ trung ương đến địa phương và được đầu tư, trang bị cơ bản về cơ sở vật chất, trang thiết bị để bảo đảm hoạt động.***

Hệ thống phòng chống HIV/AIDS là một hệ thống với sự tham gia đa ban ngành, do Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm chỉ đạo và do Bộ Y tế là cơ quan thường trực giúp Chính phủ, Ủy ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm triển khai thực hiện hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Ủy ban bao gồm 28 thành viên là các bộ ngành liên quan tham gia chỉ đạo và giám sát các hoạt động theo ngành dọc.

Với nhiệm vụ thư ký thường trực, Bộ Y tế giao cho Cục Phòng chống HIV/AIDS là cơ quan đầu mối điều phối và giám sát việc triển khai các hoạt động phòng, chống HIV trên toàn quốc. Cục Phòng chống HIV/AIDS có 1 văn phòng, 3 phòng ban và 1 đơn vị sự nghiệp. Hỗ trợ cho Cục phòng, chống HIV/AIDS là bốn viện khu vực chịu trách nhiệm điều phối, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho việc triển khai các hoạt động phòng, chống HIV tại các tỉnh/thành phố trong khu vực phụ trách. Cụ thể là:

* Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (Ban Chỉ đạo khu vực miền bắc): các Trung tâm phòng chống AIDS và Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại 29 tỉnh/thành phố phía bắc.
* Viện Pasteur Nha Trang (Ban Chỉ đạo khu vực miền trung): các Trung tâm phòng chống AIDS hoặc Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại 11 tỉnh/thành phố khu vực miền trung.
* Viện Pasteur TP Hồ Chí Minh (Ban Chỉ đạo khu vực miền nam): các Trung tâm phòng chống AIDS hoặc Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại 20 tỉnh/thành phố miền nam.
* Viện Pasteur Tây Nguyên (Ban Chỉ đạo khu vực Tây Nguyên): 4 Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại các tỉnh/thành phố khu vực Tây Nguyên.

Ở cấp tỉnh có Ban chỉ đạo phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm các cấp trực tiếp chỉ đạo, triển khai thực hiện các nhiệm vụ, giải pháp và đề án thực hiện Chiến lược phòng chống HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh, thành phố; xây dựng và xác lập các mục tiêu phòng, chống HIV/AIDS trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh, thành phố; tập trung chỉ đạo các cơ quan, tổ chức ở địa phương phối hợp chặt chẽ triển khai thường xuyên, đồng bộ và có hiệu quả các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; tổ chức tốt việc chăm sóc, điều trị hỗ trợ người nhiễm HIV.

Tại mỗi tỉnh có Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS/Trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh có chức năng chỉ đạo, tổ chức thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn, kỹ thuật về phòng chống HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh. Hiện nay đã có 57/63 tỉnh, thành phố đã sát nhập thành lập Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS thành Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh thuộc Sở Y tế, chỉ còn lại tỉnh Tây Ninh, Bình Dương, Cần Thơ, Phú Yên, Hải Phòng và Bà Rịa – Vũng Tàu vẫn giữ mô hình Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh.

Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS/Trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh chịu sự chỉ đạo, quản lý toàn diện và trực tiếp về tổ chức, hoạt động và nguồn lực của Sở Y tế tỉnh; và chịu sự chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn, thanh tra về chuyên môn, nghiệp vụ của Bộ Y tế. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS/Trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh là thư ký thường trực của Ban chỉ đạo phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm tỉnh. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS/Trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến tỉnh cũng cung cấp các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS tại địa bàn.

Ở tuyến quận/huyện, hoạt động phòng chống HIV/AIDS do Trung tâm Y tế dự phòng triển khai, thực hiện trong khuôn khổ các hoạt động dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Ở tuyến xã/phường, trạm y tế xã tham gia vào các hoạt động cộng đồng, truyền thông về HIV/AIDS, cung cấp các dịch vụ chăm sóc hỗ trợ tại nhà và tại cộng đồng. Một số xã/phường tham gia thí điểm Điều trị 2.0 cũng bắt đầu cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV và điều trị ART tại xã/phường để giúp người nhiễm HIV tiếp cận sớm với chương trình điều trị.

Theo số liệu không chính thức của Vụ Kế hoạch tài chính – Bộ Kế hoạch Đầu tư, tổng số vốn cấp cho xây dựng các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2007-2010 khoảng 338 tỷ đồng, chiếm tỷ lệ khoảng 21% theo Quyết định số 1107/QĐ-TTg, ngày 28/7/2009 về việc phê duyệt Đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giai đoạn từ 2010-2015.

Hệ thống trang thiết bị hỗ trợ kỹ thuật phục vụ cho công tác chuyên môn, nghiệp vụ tại tuyến tỉnh, thành phố như sau: Trong 61 Trung tâm có 43 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh có phòng xét nghiệm được trang bị dàn Elisa để phục vụ cho công tác xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV (+) theo yêu cầu tối thiểu của Bộ Y tế về tiêu chuẩn trang thiết bị của phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định các trường hợp HIV (+) trên địa bàn tỉnh. Nhưng chỉ có 19 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố có phòng xét nghiệm được phép khẳng định các trường hợp HIV (+); Về các trang thiết bị hỗ trợ cho công tác chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS chỉ có 9/61 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh có trang bị thiết bị, dụng cụ cho công tác này; Chỉ có 5/61 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh có máy đếm tế bào CD4 để phục vụ cho công tác chẩn đoán, theo dõi hiệu quả điều trị thuốc ARV.

***b) Nguồn kinh phí cho phòng, chống HIV/AIDS đã được quan tâm và đáp ứng cơ bản các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS***

Trong giai đoạn 2007-2016, các địa phương cũng đã có sự quan tâm đầu tư cho công tác phòng chống HIV/AIDS của tỉnh, năm 2001 ngân sách địa phương là 5.5 tỷ đồng, năm 2004 là 10.1 tỷ đồng. Giai đoạn từ 2005 đến 2010, tổng ngân sách Nhà nước đầu tư thông qua Dự án Phòng chống HIV/AIDS thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia Phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS là 720 tỷ đồng, gấp gần 3 lần ngân sách đầu tư trong giai đoạn 2001-2004. Ngân sách địa phương đầu tư cho chương trình trong giai đoạn 2005 đến 2009 (chưa có số liệu tổng hợp năm 2010) là 217 tỷ đồng, gấp 7 lần ngân sách địa phương dành cho chương trình trong giai đoạn 2001-2004.

Bên cạnh nguồn ngân sách nhà nước, Việt Nam đã nhận được sự hỗ trợ rất lớn về chuyên môn, kỹ thuật và tài chính của Chính phủ các nước, các tổ chức quốc tế đa phương, các tổ chức phi chính phủ. Nguồn ngân sách quốc tế đã đóng góp rất lớn trong nguồn ngân sách phòng, chống HIV/AIDS, phần lớn nguồn ngân sách này tập trung cho công tác điều trị và can thiệp giảm hại, do đó đóng góp đáng kể về độ bao phủ chương trình hiện nay. Trung bình ngân sách quốc tế chiếm 70.4% tổng ngân sách đầu tư cho chương trình phòng chống HIV/AIDS trong giai đoạn 2001-2010 (trung bình ngân sách quốc tế chiếm 18.9% tổng ngân sách đầu tư trong giai đoạn 1990-2000).

**Bảng 7. Ngân sách phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2001-2010**

*Đơn vị tính: tỷ đồng*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Năm** | **Trung ương** | **Địa phương** | **Viện trợ quốc tế** | **Tổng NS đầu tư** | **% NS viện trợ so với tổng NS đầu tư** |
| 2006 | 82 | 12.9 | 329.6 | 424.5 | 77.64 |
| 2007 | 150 | 13.3 | 367.3 | 530.6 | 69.22 |
| 2008 | 114 | 80.7 | 542.5 | 737.2 | 73.59 |
| 2009 | 134 | 96.7 | 534.0 | 764.7 | 69.83 |
| 2010 | 160 | - | 488 | 648.3 | 75.32 |
| **Tổng** | **980** | **248** | **2,933** | **4,161** |  |

**Nguồn: Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế**

Bằng việc đầu tư bằng nguồn ngân sách và viện trợ quốc tế, kinh phí dành cho phòng, chống HIV/AIDS đã đáp ứng được một phần nhu cầu của các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt trong giai đoạn 2007-2010.

**Bảng 8. So sách nhu cầu và đáp ứng ngân sách (%)**

*Đơn vị: triệu đồng*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Năm** | **Ngân sách Nhà nước cấp** | **Ngân sách địa phương** | **Viện trợ quốc tế** | **Tổng kinh phí được đầu tư** | **Nhu cầu kinh phí thực tế** | **% Kinh phí đáp ứng so với nhu cầu tổng hợp** |
| 2007 | 150,000 | **13,267** | 367,258 | 530,525 | 876,112 | 61 |
| 2008 | 114,000 | **80,718** | 542,468 | 737,186 | 1,085,883 | 68 |
| 2009 | 134,000 | **96,732** | 534,020 | 764,752 | 1,342,626 | 57 |
| **Tổng** | **560,000** | **217,247** | **1,940,305** | **2,717,552** | **4,527,013** | **60** |

**Nguồn: Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế**

Trong bối cảnh viện trợ quốc tế bị cắt giảm, ngày 16/10/2013 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1899/QĐ-TTg về việc phê duyệt Đề án “Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020” trong đó Thủ tướng Chính phủ đã giao rất nhiều văn bản quy phạm pháp luật cho các Bộ, ngành nhằm khẩn trương huy động các nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS và các hướng dẫn về việc sử dụng được các nguồn lực huy động được một cách hiệu quả và tiết kiệm. Kế hoạch thực hiện Đề án "Bảo đảm tài chính cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020" số 967/KH-BYT được Bộ Y tế phê duyệt ngày 10 tháng 12 năm 2013 (sau đây viết tắt là Kế hoạch 967). Kế hoạch 967 đã giao trách nhiệm của cho các vụ, cục trong Bộ Y tế thực hiện các nhiệm vụ nhằm cụ thể hóa các nhóm giải pháp đã được đề cập trong đề án bảo đảm tài chính trong đó có tổ chức các hoạt động hội nghị, hội thảo nhằm vận động các nguồn tài trợ mới, chủ trì và phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan xây dựng các văn bản hướng dẫn nhằm tạo cơ chế cho việc huy động nguồn lực cho chương trình, xây dựng lộ trình và kế hoạch huy động các nguồn viện trợ mới, xây dựng kế hoạch thực hiện các nhóm giải pháp quản lý chương trình, quản lý và sử dụng có hiệu quả nguồn kinh phí huy động được. Cũng trong năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn số 999/HD-BYT ngày 18/12/2013 về triển khai thực hiện Đề án "Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, giai đoạn 2013-2020" tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Hướng dẫn này nhằm phổ biến vai trò và vị trí tầm quan trọng của Đề án đối với công cuộc phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, cụ thể hóa trách nhiệm của Ủy ban nhân dân và các ngành các cấp tại địa phương trong việc xây dựng Kế hoạch thực hiện bảo đảm tài chính cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại các tỉnh/thành phố giai đoạn 2014-2020.

***c) Công tác hợp tác quốc tế trong phòng, chống HIV/AIDS đã góp phần quan trọng trong đặt được các thành tựu về phòng, chống HIV/AIDS***

Các đối tác phát triển cung cấp sự trợ giúp về kỹ thuật và tài trợ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam bao gồm:

- Các Chính phủ: Chính phủ Úc (AusAID), Đan Mạch (DANIDA), Pháp, Ireland, Hà Lan, Thủy Điển (SIDA), Chính phủ Pháp, Chính phủ Na Uy (NORAD), Vương Quốc Anh (DFID) và Chính phủ Hoa Kỳ (PEPFAR), Chính phủ Nhật Bản (JICA), Luxambourg, Canada (CIDA).

- Các cơ quan Liên Hợp Quốc: Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), Tổ chức Di dân Quốc tế (IOM), Chương trình Phát triển của LHQ (UNDP), Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của LHQ (UNESCO), Quỹ Dân số LHQ (UNFPA), Quỹ Nhi đồng LHQ (UNICEF), Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm của LHQ (UNODC), Quỹ Phát triển Phụ nữ của LHQ (UNIFEM), Chương trình Tình nguyện LHQ (UNV), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Chương trình Phối hợp Phòng chống HIV của LHQ (UNAIDS).

- Các tổ chức Đa phương: Ngân hàng Phát triển châu Á (ADB), Quỹ Toàn Cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM) và Ngân hàng Thế giới (WB).

- Các tổ chức và các quỹ tài trợ phi lợi nhuận: Abt Associates/Sáng kiến Y tế (HPI), Quỹ Chăm sóc Sức khỏe AIDS (AHF), CARE, Chemonics, Quỹ Clinton (CHAI), DKT International, Esther, Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế (FHI), Quỹ Ford, Sáng kiến Y tế, Sáng kiến về HIV của Đại học Y Harvard, tổ chức Thầy thuốc Thế giới Pháp (MdM), IntraHealth International, Ủy ban Y tế Hà Lan tại Việt Nam (MCNV), Pact, PATH, Pathfinder, Tổ chức Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI), Save The Children, MSH, World Vision – Tầm nhìn thế giới và Quỹ vì Trẻ em Mồ côi toàn Cầu (WWO).

Theo kết quả tổng hợp và phân tích trong phần ngân sách, ngân sách viện trợ quốc tế cho chương trình phòng chống HIV/AIDS chỉ chiếm khoảng 10%-30% trong giai đoạn 1995 đến 2000. Tuy nhiên từ năm 2001, tỷ lệ ngân sách từ nguồn quốc tế chiếm trên 50% ngân sách cho chương trình và đặc biệt từ 2006 ( năm ban hành Luật) đến nay, tỷ lệ này luôn chiếm trên 60% tổng ngân sách cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS hàng năm.

Song song với việc huy động sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, thực hiện các tuyên bố đã cam kết và tăng cường hợp tác đa phương, song phương chính là phương châm hành động và định hướng của Chính phủ Việt Nam trong thời gian tới. Chính phủ Việt Nam đã cam kết thực hiện các cam kết khu vực và quốc tế về HIV/AIDS như “Tuyên bố cấp Bộ trưởng năm 2001 tại Australia về HIV/AIDS và phát triển (APLF)”, “Vientiane Action Program 2004-2005”, ”Bali Concord”, “Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG)”. Phái đoàn cấp cao của Chính phủ đã tham gia thảo luận tại các hội thảo và hội nghị quốc tế về HIV/AIDS. Cuối tháng 11/2005, Việt Nam đã tổ chức Hội nghị Á-Âu (ASEM) về phòng, chống HIV/AIDS với sự tham gia của 21 thành viên của ASEM. Chính phủ Việt Nam thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các báo cáo thường niên về việc thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS.

***d) Nguồn nhân lực thực hiện phòng, chống HIV/AIDS đã được củng cố và tăng cường năng lực***

Nhân lực là thành tố hết sức quan trọng để mở rộng và tăng cường chất lượng các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên toàn quốc, thu hút đầu tư quốc tế và tạo niềm tin để thu hút bệnh nhân HIV/AIDS đến với các dịch vụ, điển hình là tốc độ phát triển nhảy vọt về số bệnh nhân AIDS được điều trị ARV và độ bao phủ hoạt động can thiệp giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV ở nước ta trong những năm gần đây.

Tại trung ương: Kể từ khi thành lập Cục Phòng, chống HIV/AIDS, số cán bộ được tuyển dụng và ký hợp đồng dài hạn làm việc tại Cục Phòng, chống HIV/AIDS không ngừng phát triển, tính đến nay đã có 60 cán bộ được tuyển dụng, phần lớn cán bộ biên chế có trình độ trên đại học.

Tại địa phương: Số lượng cán bộ tham gia vào công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương tăng nhanh qua các năm, trung bình mỗi năm có thêm 1.000 cán bộ tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương. Tính đến hết năm 2009 trên toàn quốc có 19.150 cán bộ tham gia hoạt động phòng, chống HIV tại địa phương, trong đó 23,7% cán bộ có trình độ đại học hoặc trên đại học, 56% cán bộ có trình độ cao đẳng và trung cấp, 20,2% là có trình độ phổ thông.

**Bảng 9. Nhân lực của hệ thống phòng, chống HIV/AIDS qua các năm**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Trình độ học vấn** | **Số lượng nhân lực hàng năm (bao gồm cả cán bộ kiêm nhiệm)** | | | | | |
| **2004** | **2005** | **2006** | **2007** | **2008** | **2009** |
| 1 | Trên đại học | 118 | 138 | 205 | 278 | 399 | 477 |
| 2 | Đại học | 1.527 | 1.879 | 2.340 | 2827 | 3.248 | 4.081 |
| 3 | Cao đẳng, trung cấp | 5.993 | 6.260 | 6.921 | 7.846 | 8.754 | 10.721 |
| 4 | Dưới cao đẳng, trung cấp | 2.371 | 2.444 | 3.023 | 3.210 | 3.562 | 3.871 |
|  | **Tổng** | 10.009 | 10.721 | 12.489 | 14.161 | 15.963 | 19.150 |

Nguồn: Báo cáo hoạt động PC HIV/AIDS (D26, D28), Bộ Y tế

Đối với cơ cấu cán bộ của các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, theo đánh giá nhanh năm 2009 cho thấy trong số 1.295 cán bộ đang công tác tại các đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, trong đó: 1.074 cán bộ biên chế (chiếm 82,9 %) và 221 cán bộ hợp đồng (chiếm 17,1 %). Về trình độ chuyên môn: Đại học trở lên có 708 cán bộ (chiếm 54,6 %), cao đẳng 23 cán bộ (1,8 %) và trung cấp, sơ cấp có 564 cán bộ (43,6 %). Về phân bố ngành nghề đào tạo, đối với trình độ đại học trở lên có 371 bác sĩ (chiếm 28,6%), cử nhân kinh tế  122 người (9,4%), cử nhân YTCC 44 người (3,4%), cử nhân sinh học 40 người (3,1%), cử nhân chuyên ngành xã hội 31 người (2,4%), dược sĩ 13 người (1%), cử nhân xét nghiệm 11 người (0,8 %), cử nhân điều dưỡng 2 người (0,2%). Về học vị: trong số 178 người có trình độ sau đại học chiếm tỷ lệ 25,3% trên tổng số cán bộ có trình độ đại học.

Đánh giá: tính tại thời điểm khảo sát tổng số cán bộ hiện đang làm công tác phòng, chống HIV/AIDS tại tuyến tỉnh/thành phố là 1295 người và trung bình 1 trung tâm là 20 cán bộ. Theo Thông tư số 08/2008/TTLT-BYT-BNV, số cán bộ trung bình 01 Trung tâm là 35 người/1 trung tâm, tổng số là 2205 người. Như vậy số cán bộ chưa tuyển dụng được là 910 người. Cán bộ có trình độ học vấn cao tập trung chủ yếu ở các thành phố và các tỉnh đồng bằng. Trong tổng số cán bộ, số lượng cán bộ có trình độ trung học chiếm tỷ lệ lớn và tập trung chủ yếu ở các tỉnh miền núi. Số Cử nhân xét nghiệm còn thiếu, cả nước hiện chỉ có 11 người, chiếm 0,8%. Số Dược sĩ đại học còn thiếu, cả nước hiện có 13 người, chiếm 1%. Số cán bộ được đào tạo về lĩnh vực tư vấn phòng, chống HIV/AIDS còn thiếu. Như vậy để đảm bảo nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn mới chúng ta cần phải có chiến lược đào tạo dài hạn chuyên ngành về phòng, chống HIV/AIDS tại các trường đại học y dược trong cả nước, đặc biệt có chính sách ưu tiên đào tạo cán bộ cho các tỉnh miền núi.

Đối với đội ngũ cán bộ tại tuyến huyện: trong tổng số 1.095 cán bộ cấp huyện được báo cáo mỗi huyện chỉ phân công 01 cán bộ tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS, trong đó có 642 cán bộ chuyên trách và 453 cán bộ làm kiêm nhiệm. Tuy nhiên về cơ bản cán bộ được giao chuyên trách về HIV/AIDS những vẫn phải kiêm nhiệm thêm nhiều chương trình y tế quốc gia khác.

**Bảng 10. Số lượt cán bộ được đào tạo qua các năm**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Khu vực** | **Số lượt cán bộ được đào tạo** | | | | | |
| **2004** | **2005** | **2006** | **2007** | **2008** | **2009** |
| Miền núi phía Bắc | 3902 | 8318 | 14593 | 16532 | 18254 | 16248 |
| Đồng bằng Bắc Bộ | 8350 | 11378 | 15914 | 20888 | 20570 | 18641 |
| Bắc Trung Bộ | 12094 | 5378 | 13279 | 11065 | 5680 | 6329 |
| Duyên hải miền Trung | 600 | 931 | 939 | 1273 | 2187 | 1899 |
| Tây nguyên | 413 | 359 | 363 | 397 | 523 | 854 |
| Miền Đông Nam Bộ | 586 | 909 | 2215 | 2670 | 8663 | 13968 |
| ĐB sông Cửu Long | 1826 | 3588 | 2886 | 8041 | 11550 | 5188 |
| **Tổng số** | **27,771** | **30,861** | **50,189** | **60,866** | **67,427** | **63,127** |

Nguồn: Báo cáo hoạt động PC HIV/AIDS (D26, D28), Bộ Y tế

Từ năm 1995, HIV/AIDS đã được một số trường đại học đưa vào giảng dạy theo hình thức lồng ghép ở một số bộ môn: vi sinh, dịch tễ, truyền nhiễm, sản, nội khoa, y tế công cộng. Tháng 10/2009 qua báo cáo khảo sát của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, số tiết đào tạo về HIV/AIDS tại các trường đại học và cao đẳng y hiện nay như sau:

Hệ Bác sĩ Đa khoa: Đại học Y Hà Nội: 22 tiết, Đại học Y dược Thái Nguyên: 12 tiết, Huế 11 tiết, Cần thơ 4 tiết và Y Thái Bình 14 tiết.

Hệ Trung cấp và Cao đẳng Y tế: (Khảo sát tại Trung cấp Y tế Đồng Tháp và Cao Đẳng Y tế Hà Đông trong tháng 12 năm 2008):

Y sĩ đa khoa học 2 năm: Tổng số tiết học các môn là 2.311 tiết có 2 tiết liên quan đến HIV/AIDS ở môn truyền nhiễm.

Điều dưỡng đa khoa: Tổng số tiết học các môn là 2.566 tiết có 04 tiết liên quan đến HIV/AIDS ở môn điều dưỡng truyền nhiễm.

Hộ sinh Trung học: Tổng số tiết học các môn là 2.601 tiết chỉ có 2 tiết liên quan đến HIV/AIDS ở môn truyễn nhiễm.

Tuy nhiên kết quả khảo sát cũng cho thấy: thời lượng đào tạo về HIV/AIDS vẫn chưa đủ; chưa có tài liệu đào tạo thống nhất từ Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế; giáo viên trong các trường chưa được đào tạo, tập huấn, cập nhật về HIV/AIDS đặc biệt là kiến thức pháp luật về HIV/AIDS.

Chế độ đối với người làm công tác phòng, chống HIv/AIDS cũng đã được quan tâm. Theo đó, công chức, viên chức thường xuyên, trực tiếp làm xét nghiệm, khám, điều trị, chăm sóc người bệnh HIV/AIDS được hưởng mức phụ cấp ưu đãi nghế 70%. Đây là mức phụ ưu đãi nghề cao nhất mà công chức, viên chức ngành y tế được hưởng, điều đó cho thấy công chức, viên chức làm công tác phòng, chống HIV/AIDs đã được quan tậm và chú trọng thu hút.

Sự ổn định và tăng cường về hệ thống tổ chức phòng, chống HIV/AIDS từ trung ương đến địa phương và việc nâng cao năng lực cho cán bộ phòng, chống HIV/AIDS đã góp phần tăng hiệu quả hoạt động của các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

**2. Khó khăn, vướng mắc trong quá trình thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS về điều kiện bảo đảm thực hiện phòng, chống HIV/AIDS:**

**2.1. Thứ nhất**, kinh phí đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu từ nguồn ngân sách trung ương và các hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, giai đoạn 2011-2016 ngân sách đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS giảm dần cả ngân sách trung ương và hỗ trợ từ quốc tế, những năm gần đây ngân sách địa phương có gia tăng, nhưng số gia tăng không đáng kể so với kinh phí cắt giảm. Ngân sách trung ương đầu tư cả giai đoạn 2011-2020 là 2.210 tỷ đồng, trong năm cao nhất 2012 là 405 tỷ đồng và năm thấp nhất 2016 90 tỷ đồng, ngân sách trung ương hiện nay giảm gần ¾ so với 2012. Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Quyết định số 1899/QĐ-TT yêu cầu các tỉnh, thành phố chủ động bố trí ngân sách địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS, 100% các tỉnh, thành phố đã phân bổ ngân sách địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS thông qua kế hoạch đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2014-2020. 62/63 tỉnh, thành phố đã phê duyệt kế hoạch đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Tổng kinh phí đề xuất theo nhu cầu của các tỉnh, thành phố trong giai 2014-2020 là 9.933 tỷ đồng. Tổng kinh phí được cam kết từ tất cả các nguồn 6.174 tỷ đồng (62%). Nhưng thực tế, kinh phí các địa phương phân bổ giai đoạn 2014-2020 là 1.580 tỷ đồng. Kinh phí hỗ trợ quốc tế để mua thuốc, sinh phẩm và vật dụng can thiệp giảm hại chiếm tỷ trọng lớn, chiếm 80-90% tổng kinh phí đầu tư thuốc, sinh phẩm và vật dụng can thiệp, do dó đó việc giảm kinh phí tác động rất lớn đến vật dụng thiết yếu trong phòng, chống HIV/AIDS. Nguồn viện trợ nước ngoài chủ yếu từ Chính phủ các nước, các tổ chức đa phương, tổ chức phi chính phủ nước ngoài. Các nguồn viện trợ chủ yếu cho phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam trong những năm qua là từ PEPFAR, Quỹ Toàn cầu, WB, ADB, DFID…

**2.2. Thứ hai,** nguồn bảo hiểm y tế hiện chi trả cho phòng, chống HIV/AIDS chưa nhiều, chủ yếu là thanh toán một số dịch vụ điều trị nội trú như điều trị nhiễm trùng cơ hội. Tỷ lệ người nhiễm HIV có thẻ bảo hiểm y tế đạt 40% (năm 2015) tuy nhiên tỷ lệ này chưa phải là con số thống kê thực tế do người nhiễm HIV chưa sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để tiếp cận dịch vụ điều trị vì các dịch vụ này đang được các chương trình, dự án cấp miễn phí. Việc huy động nguồn quỹ bảo hiểm y tế còn nhiều khó khăn đặc biệt là các cơ sở điều trị HIV/AIDS chưa đủ điều kiện ký hợp đồng với các cơ quan bảo hiểm, cơ chế mua sắm thuốc ARV cần phải xin cơ chế đặc thù để đảm bảo mua sắm thuốc ARV tập trung và thanh toán tập trung nhằm tận dụng tối đa hiệu quả nguồn lực.

**2.3. Thứ ba,** nguồn đóng góp của người sử dụng dịch vụ, người nhiễm HIV là rất khó khăn, vì chủ yếu người nhiễm HIV là những người nghèo, không có khả năng chi trả.

**2.4. Thứ tư,** việc Việt Nam đã trở thành nước có thu nhập trung bình trong bối cảnh kinh tế trên toàn cầu gặp khó khăn chung sẽ góp phần làm giảm hơn nữa nguồn kinh phí cho chương trình phòng chống HIV/AIDS. Nhiều nhà tài trợ đã dừng viện trợ cho phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam. Mặc dù đã có những cam kết của Chính phủ trong việc đầu tư kinh phí cho chương trình phòng chống HIV/AIDS, tuy nhiên vấn đề đầu tư bền vững vẫn là một thách thức lớn trong khi đáp ứng với dịch HIV vẫn dựa trên nguồn tài trợ quốc tế là chính. Nếu kinh phí quốc gia không tăng để lấp bù những khoảng trống này, những thành tựu đạt được trước đây sẽ khó có thể duy trì.

**IV. CÔNG TÁC KIỂM TRA, THANH TRA VIỆC THI HÀNH PHÁP LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**1. Về công tác kiểm tra:**

1.1. Hằng năm, Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dẫm đã tổ chức các đoàn giám sát liên ngành đi kiểm tra, giám sát việc thi hành luật Phòng, chống HIV/AIDS, Luật phòng, chống ma túy và Pháp lệnh phòng, chống mại dâm và các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, phòng chống ma túy và mại dâm tại các tỉnh, thành phố. Đặc biệt, từ năm 2013, Ủy ban Quốc gia yêu cầu Bộ Y tế, Bộ Công An, Bộ Lao động, thương binh và xã hội và một số Bộ, ngành nhành viên như: Bộ Thông tin và truyền thông, Bộ Tư lệnh Bộ đội biên phòng, Bộ Tư lệnh cảnh sát biển, Tổng cục Hải quan, Tổng liên đoàn lao động Việt nam, Văn phòng Chính phủ... xây dựng kế hoạch và tổ chức triển khai các Đoàn kiểm tra liên ngành hoạt động phòng, chống AIDS, ma túy, mại dâm tại các tỉnh, thành phố trọng điểm về tình hình dịch HIV/AIDS. Kết quả nhiều văn bản quy phạp phát luật được ban hành kịp thời đã tháo gỡ được những khó khăn vướng mắc trong quá trình thi hành.

1.2. Quốc hội và các Ủy ban của Quốc hội thường xuyên tổ chức đoàn công tác liên ngành đi kiểm tra giám sát việc thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS, Luật phòng, chống ma túy và Pháp lệnh phòng, chống mại dâm tại nhiều tỉnh, thành phố để tháo gỡ những khó khăn, vướng mắc tại địa phương.

1.3. Bộ Y tế tổ chức công tác kiểm tra việc thi hành pháp luật phòng, chống HIV/AIDS thường xuyên, liên tục. Hằng năm Cục phòng, chống HIV/AIDS và Vụ Pháp chế - Bộ Y tế đều tiến hành các công tác kiểm tra chung về việc thi hành pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS hoặc kiểm tra theo chuyên đề nhằm nắm bắt tình hình triển khai các văn bản pháp luật đồng thời nắm bắt kịp thời các khó khăn vướng mắc các đơn vị gặp phải trong quá trình triển khai thi hành pháp luật từ đó có những đề xuất sửa đổi, bổ sung, thay thế hoặc ban hành văn bản mới cho phù hợp.

**2. Về công tác thanh tra**

Căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ của các cơ quan từ trung ương đến địa phương tiến hành kiểm tra, thanh tra. Cơ sở pháp lý cho hoạt động thanh tra đã được Chính phủ ban hành từ rất sớm (Nghị định 69/2011/NĐ-CP và hiện nay là Nghị định số 176/2013/NĐ-CP). Đội ngũ thanh tra từ trung ương đến địa phương đã được tập huấn các quy định liên quan đến xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS.

Mặc dù hoạt động thanh tra đã có cơ sở pháp lý để tiến hành xử lý vi phạm hành chính là Nghị định 176/2013/NĐ-CP, tuy nhiên do lực lượng thanh tra y tế còn mỏng từ Trung ương đến địa phương nên việc phát hiện hành vi và tiến hành xử lý vi phạm còn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, do thiếu các hướng dẫn cụ thể để xác định hành vi vi phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS nên hiện nay việc xử phạt vi phạm hành chính đối với các hành vi vi phạm chủ yếu là cảnh cáo, nhắc nhở.

Ngoài ra, đến nay Bộ Y tế chưa tổ chức đợt thanh tra chuyên đề nào về thông tin, giáo dục, truyền thông và huy động cộng đồng về phòng, chống HIV/AIDS.

**Phần IV**

**KIẾN NGHỊ VÀ GIẢI PHÁP**

## 1. Phương hướng nhằm hoàn thiện hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS

1.1. Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS; ban hành chính sách, chế độ hỗ trợ việc chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV, quan tâm thích đáng đến quyền lợi của người tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và nhằm hướng tới mục tiêu 90-90-90: 90% số người nhiễm HIV được biết tình trạng nhiễm HIV của mình, 90% số người chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị ARV liên tục, 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi-rút ở mức thấp và ổn định mà Việt Nam đã cam kết và để tiến tới đạt mục tiêu kết thúc dịch bệnh AIDS vào năm 2030 như Liên hợp quốc đề ra.

1.2. Đổi mới, đa dạng hóa và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là đến các đối tượng có hành vi nguy cơ cao, nhằm xây dựng nhận thức đúng về nguy cơ và biện pháp phòng, chống HIV/AIDS, gắn dự phòng và điều trị HIV/AIDS với xây dựng gia đình văn hóa, làng, bản văn hóa, cơ quan, đơn vị văn hóa; xây dựng lối sống lành mạnh, phù hợp với chuẩn mực đạo đức xã hội.

1.3. Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS từ Trung ương đến địa phương.

1.4. Nâng cao hiệu quả phối hợp liên ngành trong phòng, chống HIV/AIDS. Tăng cường lồng ghép phòng, chống HIV/AIDS trong các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông, chăm sóc và điều trị nhằm tiết kiệm nguồn nhân lực và vật lực.

1.5. Tăng mức đầu tư của Nhà nước, tích cực huy động sự đóng góp của toàn xã hội, mở rộng hợp tác nhằm tranh thủ tối đa sự hỗ trợ của cộng đồng quốc tế cho nhiệm vụ phòng, chống HIV/AIDS. Đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa công tác phòng, chống HIV/AIDS.

## 2. Đề xuất

Sau 13 năm triển khai thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS đã góp phần tạo cơ sở pháp lý vững chắc cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nhằm kiểm soát sự lây lan của dịch bệnh và bảo đảm quyền lợi của người nhiễm HIV. Tuy nhiên, bên cạnh những thành tựu trên, Luật phòng, chống HIV/AIDS đã bộc lộ những hạn chế, bất cập đã được phân tích tại các phần trên do đó, cần được được sửa đổi, bổ sung để bảo đảm phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và diễn biễn dịch bệnh HIV/AIDS. Trên cơ sở lý luận và thực tiễn thi hành Luật phòng, chống HIv/AIDs, chúng tôi đề ra những kiến nghị xây dựng Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi như sau:

#### 2.1. Các yêu cầu của Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi

#### Thứ nhất, Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi ra đời phải bám sát chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước ta về đổi mới về nhận thức, biện pháp phòng, chống HIV/AIDS và mục tiêu 90-90-90 mà Việt Nam cam kết.

#### Thứ hai, Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi được xây dựng phải vừa bảo đảm đáp ứng tính khả thi và vừa bảo đảm tính đồng bộ của hệ thống pháp luật, thống nhất, trong đó các quy định về các biện pháp dự phòng cần phải được ưu tiên chú trọng.

#### Thứ ba, Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi phải bảo đảm quyền con người của người nhiễm HIV theo tinh thần của Hiến pháp năm 2013, trong đó, bảo đảm việc đối xử, chăm sóc và điều trị với người nhiễm HIV như những người bệnh khác.

#### Thứ tư, Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi phải bảo đảm các điều kiện để thực hiện công tác này do phòng, chống HIV/AIDS vẫn là một trong các hoạt động khó có khả năng thu hút đầu tư, xã hội hóa nên nguồn lực nhà nước dành cho hoạt động này vẫn là nguồn lực chính. Trong đó, vấn đề nguồn nhân lực và ưu đãi cho các cán bộ khi tham gia vào công tác này cũng như vấn đề đào tạo và chương trình đào tạo đối với đội ngũ cán bộ này cần được xác định.

2.2. Đề xuất các kiến nghị xây dựng Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi:

Từ những vướng mắc, bất cập của Luật phòng, chống HIV/AIDS, đề nghị ban hành Luật phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi các vấn đề:

* + 1. **Sửa đổi, bổ sung các nội dung:**

#### Về giải thích từ ngữ (Điều 2):

- Bổ sung Khoản 16 *“Dự phòng trước phơi nhiễm với HIV bằng thuốc kháng HIV (Pre exposure prophylaxis – PrEP) là việc sử dụng thuốc kháng HIV cho người có hành vi nguy cơ cao để phòng ngừa, giảm nguy cơ nhiễm HIV”* để phù hợp tình hình triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS hiện nay và phù hợp với nội dung sửa đổi tại khoản 1 Điều 21và sửa đổi Điều 36 Luật này.

***b) Về quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV (Điều 4):***

Cần bổ sung các đối tượng mà người nhiễm HIV có trách nhiệm thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính và tại Điểm d *“Cung cấp số thẻ căn cước công dân hoặc số chứng minh thư nhân dân và địa chỉ nơi cư trú chính xác cho cơ quan có chức năng phòng, chống HIV/AIDS”* Khoản 2 Điều 4 như nhân viên y tế tiến hành khám, chữa bệnh để nhằm phục vụ cho công tác khám bệnh, chữa bệnh cho người nhiễm HIV, vừa bảo đảm cho người nhiễm HIV được hưởng các quyền lợi đối với người nhiễm HIV như bảo hiểm y tế.

Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 4 như sau:

***“Điều 4. Quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV***

*2. Người nhiễm HIV có các nghĩa vụ sau đây:*

*a) Thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm HIV sang người khác;*

*b) Thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính của mình cho vợ, chồng; người có quan hệ tình dục đang chung sống với người nhiễm HIV hoặc cho người chuẩn bị kết hôn với mình biết theo quy định của pháp luật;*

*c) Thực hiện các quy định của pháp luật về điều trị bằng thuốc kháng HIV;*

*d) Cung cấp số thẻ căn cước công dân hoặc số chứng minh thư nhân dân và địa chỉ nơi cư trú chính xác cho cơ quan có chức năng phòng, chống HIV/AIDS;*

*đ) Thực hiện các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS khác theo quy định của luật này."*

c) ***Về đối tượng tiếp cận thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS (Điều 11):***

Cần bổ sung thêm các đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV, người dễ bị tổn thương được truyền thông, bao gồm: người chuyển đổi giới tính nữ; vợ, bạn tình của người có hành vi nguy cơ cao; nhóm người có tỷ lệ mắc HIV cao hơn người bình thường. Trong thời gian qua nhóm vợ, bạn tình người tiêm chích ma túy có tỷ lệ nhiễm HIV có nơi lên đến 5%. Vì vậy bổ sung Điểm đ Khoản 2 *“Người chuyển đổi giới tính nữ”* và bổ sung, sửa lại Điểm e Khoản 2 “*e. Vợ, chồng hoặc người có quan hệ tình dục với người nhiễm HIV và với các đối tượng quy định tại điểm b,c,d và đ khoản này”* và bổ sung, sửa lại khoản k *“Phạm nhân, người bị tạm giữ, tạm giam, trại viên cơ sở giáo dục bắt buộc, học sinh trường giáo dưỡng”* và sắp xếp đối tượng theo thứ tự ưu tiên về hành vi nguy cơ từ cao đến thấp hơn*.*

***d) Về Trách nhiệm thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS (Điều 12):***

Bộ Văn Hóa, Thông tin: đã tách thành 2 Bộ (Bộ Thông tin - Truyền thông và Bộ Văn hóa - Thể Thao và Du Lịch), vì vậy sửa đổi, bổ sung Khoản 3 và Khoản 7 cho phù hợp với chức năng nhiệm vụ được giao của các Bộ, Ban, Ngành đoàn thể, cụ thể như sau:

*“3. Bộ Thông tin và Truyền thông, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch theo chức năng nhiệm vụ được giao có trách nhiệm chỉ đạo các cơ quan thông tin đại chúng, các thiết chế văn hóa ở cơ sở thường xuyên tổ chức thông tin, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS.”*

*“7. Các cơ quan thông tin đại chúng có trách nhiệm ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo hình, báo điện tử theo quy định của Bộ Thông tin và Truyền thông. Việc thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS không thu phí*, *trừ trường hợp thực hiện theo hợp đồng với chương trình, dự án về phòng, chống HIV/AIDS hoặc do tổ chức, cá nhân trong nước, nước ngoài tài trợ.”*

***đ) Về Phòng, chống HIV/AIDS trong cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam (Điều 18):***

Hiện nay *“cơ sở giáo dục”* đã chuyển thành *“cơ sở cai nghiện bắt buộc”* và *“cơ sở chữa bệnh”* thành *“cơ sở cai nghiện bắt buộc”*, bổ sung thêm hoạt động xét nghiệm trong cơ sở quản lý vì vậy bổ sung thêm cụm từ *“bắt buộc”* vào các cơ sở quản lý và bổ sung hoạt động *“xét nghiệm”* và *“can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV”* tại Điều này vì nội dung này chưa được đề cập đến tại Luật phòng, chống HIV/AIDS nên cần thiết phải bổ sung để tạo cơ sở cho việc triển khai đối với các hoạt động trên trong thực tiễn.

***e) Về người nhiễm HIV tham gia phòng, chống HIV/AIDS (Điều 20):***

Hiện nay người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao đã đóng góp và cung cấp nhiều dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS có chất lượng và hiệu quả góp phần giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trong các nhóm nguy cơ cao cũng như từ người nhiễm HIV ra cộng đồng thông qua các hoạt động sinh hoạt nhóm, câu lạc bộ... Do đó cần tạo hành lang pháp lý như: (i) quy định danh mục các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS mà người họ có đủ khả năng thực hiện; (ii) Quy định trách nhiệm của cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh hướng dẫn, kiểm tra, giám sát hoạt động của người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao tham gia cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS; (iii) Việc hướng dẫn tổ chức thực hiện các quy định tại Khoản 3 Điều này được giao cho Bộ Y tế. Vì vậy Điều 20 được sửa đổi như sau:

***“Điều 20. Người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao tham gia phòng, chống HIV/AIDS***

*1. Người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao có quyền tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.*

*2. Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao thành lập các nhóm giáo dục viên đồng đẳng, câu lạc bộ và các hình thức sinh hoạt khác theo quy định của pháp luật.*

*3. Người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao, nhóm giáo dục đồng đẳng, câu lạc bộ và các hình thức tổ chức sinh hoạt khác của người nhiễm HIV, người có nguy cơ cao được thực hiện các hoạt động sau đây:*

*a) Tuyên truyền và thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV;*

*b) Tư vấn, giới thiệu, cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV tại cộng đồng, sinh phẩm tự xét nghiệm HIV cho người có nguy cơ cao tại cộng đồng theo quy định của Chính phủ;*

*c) Tư vấn, giới thiệu, chuyển gửi người nhiễm HIV đến cơ sở y tế tham gia điều trị HIV/AIDS.*

*d) Giới thiệu, tư vấn sử dụng và tuân thủ điều trị, chuyển gửi người nguy cơ cao tham gia điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV.*

*đ) Hỗ trợ, chăm sóc người nhiễm HIV;*

*g) Tham gia ý kiến trong quá trình xây dựng chính sách, pháp luật liên quan đến HIV/AIDS;*

*h) Các hoạt động khác về phòng, chống HIV/AIDS theo quy định của pháp luật.*

*4. Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện Khoản 3 Điều này”*

***g) Về các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (Điều 21):***

Để đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của tất cả đối tượng khác nhau trong dự phòng lây nhiễm HIV và trong bối cảnh phát triển không ngừng của khoa học kỹ thuật như hiện nay, nội dung của các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV đã có thay đổi nhưng chưa có cơ chế pháp lý để tổ chức triển khai. Đồng thời để đảm bảo sự đồng bộ, thống nhất giữa hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS với hệ thống pháp luật về xử lý vi phạm hành chính và phòng, chống ma túy, Bộ Y tế dự kiến bổ sung thêm đối tượng và biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV là hết sức cần thiết.

Vì vậy Sửa đổi, bổ sung Điều 21 như sau:

***"Điều 21. Đối tượng và các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV***

*1. Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV:*

*a) Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bao cao su;*

*b) Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bơm kim tiêm sạch;*

*c) Dự phòng trước phơi nhiễm với HIV bằng thuốc kháng HIV;*

*d) Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;*

*đ) Các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác.*

*2. Đối tượng can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV được quy định tại điểm a, b, c, d, đ, e, g, h, và k khoản 2 Điều 11 Luật này.*

*3. Đối tượng đang tham gia điều trị nghiện quy định tại điểm d khoản 1 Điều này không bị lập hồ sơ đề nghị áp dụng các biện pháp xử lý hành chính, trừ trường hợp vi phạm các quy định tại Luật Xử lý vi phạm hành chínhvà Bộ luật Hình sự.*

*4. Đối tượng đang tham gia điều trị nghiện quy định tại điểm d khoản 1 Điều này và người nghiện ma túy bị áp dụng các biện pháp xử lý vi phạm hành chính theo quy định của Luật Xử lý Vi phạm Hành Chính hoặc bị chấp hành án phạt tù theo quy định Bộ luật Hình sự được điều trị nghiện các chât dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.*

*5. Chính phủ quy định việc tổ chức thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.”*

***h) Về xét nghiệm HIV tự nguyện (Điều 27):***

Qua thực tiễn triển khai hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV cho thấy hiện nay nhóm MSM trẻ tuổi có nguy cơ lây nhiễm HIV cao, tuy nhiên gặp phải sự khó khăn khi tìm kiếm sự đồng thuận và thấu hiểu của gia đình về vấn đề giới dẫn đến kỳ thị và bạo lực.Trong khi, khoản 2 và khoản 3 Điều 27 Luật phòng, chống HIV/AIDS hiện hành quy định *“Người tự nguyện xét nghiệm HIV phải từ đủ 16 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự”* và *“Việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 16 tuổi, người mất năng lực hành vi dân sự chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người đó”* gây khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV tự nguyện của nhóm MSM trẻ đặc biệt là những người dưới 16 tuổi do cần sự giám hộ của gia đình.

Mặt khác, Luật phòng, chống HIV/AIDS của một số nước trong khu vực và trên thế giới đã có sự điều chỉnh độ tuổi xét nghiệm HIV tự nguyện đối với nhóm thanh thiếu niên như Philippin ...

Và tại khoản 4 Điều 21 Bộ luật Dân sự năm 2015 quy định *“Người từ đủ mười lăm tuổi đến chưa đủ mười tám tuổi tự mình xác lập, thực hiện giao dịch dân sự...”.*Vì vậy Điều 27 bổ sung, sửa đổi như sau:

*“Điều 27. Xét nghiệm HIV tự nguyện*

*1. Việc xét nghiệm HIV được thực hiện trên cơ sở tự nguyện của người được xét nghiệm.*

*2. Người tự nguyện xét nghiệm HIV phải từ đủ 15 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự.*

*3. Việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 15 tuổi, người mất năng lực hành vi dân sự chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người đó.”*

***i) Về cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính (Điều 29):***

Việc giao cho Bộ Y tế công nhận các phòng xét nghiệm đủ điều kiện khẳng định HIV dương tính trên toàn quốc sẽ gặp nhiều khó khăn khi mở rộng các phòng xét nghiệm khẳng định tại tuyến huyện. Ngoài ra các công nghệ về xét nghiệm khẳng định HIV dương tính ngày càng đơn giản, dễ thực hiện và để đồng nhất với các quy định của Luật đầu tư, liên quan đến điều kiện kinh doanh đều do Chính phủ quy định tại Nghị Định số 75/2017/NĐ-CP. Vì vậy để thuận lợi cho việc mở rộng phòng xét nghiệm khẳng định, cần phân cấp cho địa phương thực hiện và sửa đổi bổ sung Điều 29 như sau:

*“Điều 29. Cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính*

*1. Chỉ cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính mới được quyền khẳng định các trường hợp HIV dương tính và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả đó.*

*2. Chính phủ quy định cụ thể thẩm quyền, điều kiện, thủ tục và trình tự công nhận cơ sở xét nghiệm HIV được phép xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.”*

***k) Về Thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính và tiếp cập thông tin người nhiễm HIV (Điều 30):***

- Bổ sung điểm d Khoản 1 ***“d. Người đứng đầu, người được giao nhiệm vụ giám sát dịch HIV/AIDS.”*** để thực hiện công tác giám sát dịch HIV/AIDS, chăm sóc hỗ trợ tại cộng đồng, ảnh hưởng đến công tác giám sát, kiểm soát dịch HIV theo các biện pháp kiểm soát dịch. Do đó cần bổ sung thêm đối tượng được thông báo kết quả nhiễm HIV để triển khai chương trình hiệu quả.

- Sửa đổi, bổ sung Điểm đ Khoản 1 như sau: “đ) Người đứng đầu, cán bộ phụ trách y tế, nhân viên y tế được giao nhiệm vụ trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV tại *cơ sở cai nghiện bắt buộc*, cơ sở giáo dục *bắt buộc*, trường giáo dưỡng, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam;”

- Việc điều trị ARV được chuyển giao cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh, người nhiễm HIV tham gia vào quy trình khám chữa bệnh chung của bệnh viện, do đó một số người tại phòng khám, tài chính, dược, bảo hiểm y tế, bác sĩ khoa phòng khác khi chuyển khám bệnh khác, người quản lý công nghệ thông tin sẽ biết thông tin người nhiễm HIV, do đó để đảm tính khả thi thực hiện công tác khám bệnh chữa bệnh cần mở rộng người được phép biết trình trạng nhiễm HIV của người nhiễm HIV. Đồng thời trong luật không quy định người tham gia giám sát dịch HIV/AIDS được biết thông báo thông tin người nhiễm HIV là không phù hợp với quy định tại Điều 24, ảnh hưởng đến công tác giám sát, kiểm soát dịch HIV theo các biện pháp kiểm soát dịch. Ngoài ra để hỗ trợ người nhiễm HIV tại cộng đồng tham gia điều trị ARV, người làm chuyên trách HIV tuyến xã cần phải được biết thông tin để tiếp cận và tư vấn, động viên tham gia điều trị. Do đó cần bổ sung thêm đối tượng được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV để triển khai chương trình hiệu quả. Vì vậy bổ sung thêm Khoản 2, 3 và 4 như sau:

*“2. Người được tiếp cận thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người nhiễm gồm: Người đứng đầu, người giám định, thanh toán, quản lý thông tin của cơ quan bảo hiểm y tế nơi bệnh nhân nhiễm HIV thanh toán bảo hiểm y tế và những người quy định tại điểm b, c, d, đ, e và g khoản 1 của Điều này.*

*3. Những người quy định tại khoản 1 và 2 Điều này có trách nhiệm giữ bí mật thông tin người nhiễm HIV, trừ trường hợp quy định tại điểm a khoản 1 Điều này.*

*4. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể trách nhiệm, trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.”*

1. ***Về phòng, chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con (Điều 35):***

- Hiện nay, việc phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí là không khả thi, vì không đủ nguồn lực, chi phí cho xét nghiệm miễn cho phụ nữ mang thai hằng năm là 120 tỷ đồng. Ngoài ra nếu quy định như hiện hành, các cơ sở y tế thu tiền khi phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm là không đúng với quy định của luật, vì có 2 giải pháp: Nhà nước đảm bảo cung ứng đủ nguồn lực để triển khai xét nghiệm miễn phí cho phụ nữ mang thai. Hoặc điều chỉnh phụ nữ mang thai tham gia bảo hiểm y tế khi xét nghiệm HIV được BHYT chi trả

- Đồng thời làm rõ nội dung khoản 3 vì một số đơn vị hiểu nhầm rằng chỉ phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai mới được tư vấn lây truyền HIV từ mẹ sang con (hành động mang thai trước hành động nhiễm HIV)

Vì vậy, sửa đổi, bổ sung Khoản 1 và 3 Điều 35 như sau:

***“Điều 35. Phòng, chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con***

*1. Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí hoặc được quỹ bảo hiểm y tế chi trả đối với người có thẻ bảo hiểm y tế.*

*3. Phụ nữ nhiễm HIV được tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS trong thời kỳ mang thai và cho con bú.”*

***m) Về Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV (Điều 36):***

- Thực tiễn trong điều trị dự phòng phơi nhiễm với HIV không chỉ điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV mà còn tồn tại và đang thực hiện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV nhằm ngăn ngừa lây nhiễm HIV từ bạn tình và bạn tiêm chích chung không an toàn dành riêng cho một số nhóm đối tượng được tiếp cận với các dịch vụ này. Do vậy, cần quy định các đối tượng ưu tiên điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV.

- Thực tiễn trong chăm sóc điều trị người bệnh xảy ra các tại nạn rủi ro của kỹ thuật y tế như truyền máu, chạy thận nhân tạo... có thể dẫn đến phơi nhiễm với HIV cho người bệnh. Vì vậy cần bổ sung chính sách cho các nhóm đối tượng này.

Vì vậy, sửa đổi, bổ sung Điều 36 như sau:

***“Điều 36. Điều trị dự phòng phơi nhiễm với HIV***

*1. Người có nguy cơ phơi nhiễm với HIV, người phơi nhiễm với HIV được tư vấn, điều trị dự phòng trước và sau phơi nhiễm với HIV. Ưu tiên tiếp cận tư vấn, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV cho các đối tượng được quy định tại điểm b, c, d, đ, e và g khoản 2 Điều 11 Luật này.*

*2. Người phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, do rủi ro của kỹ thuật y tế được tư vấn, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV và được hưởng các chế độ theo quy định tại Điều 46 của Luật này.*

*3. Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn xác định phơi nhiễm với HIV; điều trị dự phòng trước và sau phơi nhiễm với HIV.”*

***n) Về tiếp cận thuốc kháng HIV (Điều 39):***

Hiện nay người người tham gia bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh được bảo hiểm chi trả. Do đó những bệnh nhân HIV có bảo hiểm y tế, sẽ được chi trả qua thẻ bảo hiểm y tế. Một số trường hợp không thể có thẻ bảo hiểm y tế sẽ đề xuất nhà nước hỗ trợ điều trị ARV như phạm nhân. Đề xuất thêm những người nhiễm HIV không có thẻ bảo hiểm y tế, nhưng tham gia tích cực hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được nhà nước hỗ trợ, đối tượng này thường không nhiều. Ngoài ra vẫn duy trì các chính sách luật phòng, chống HIV/ADS đã ban hành. Vì vậy Sửa đổi, bổ sung Khoản 2 Điều 39 như sau:

***“Điều 39. Tiếp cận thuốc kháng HIV***

*2. Các đối tượng được cấp miễn phí thuốc kháng HIV:*

*a) Người phơi nhiễm với HIV, nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp;*

*b) Người phơi nhiễm với HIV, nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế;*

*c) Phụ nữ và trẻ em có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định tại khoản 5 Điều 35 của Luật này;*

*d) Trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV;*

*đ) Người nhiễm HIV trong trạm giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng”*

***o) Về Nguồn lực phòng chống HIV/AIDS (Điều 43):***

Nguồn lực phòng, chống HIV/AIDS cắt giảm gồm cả ngân sách nhà nước và quốc tế. Mặc dù Chính phủ đã cam kết đầu tư kinh phí cho chương trình phòng chống HIV/AIDS, tuy nhiên vấn đề đầu tư bền vững vẫn là một thách thức lớn trong việc đáp ứng đối phó với dịch bệnh AIDS. Nếu kinh phí quốc gia không tăng để lấp bù những khoảng trống này, những thành tựu đạt được trước đây sẽ khó có thể duy trì.

Vì vậy cần đảm bảo nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS thông qua các nguồn ngân sách cụ thể như trong dự thảo Luật nhằm thực hiện Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 hội nghị khóa 6 BCH trung ương khóa 12 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới nhằm mục tiêu nhằm mục tiêu chấm dứt dịch bệnh AIDS tại Việt Nam.

Sửa đổi bổ sung khoản 3 Điều 43 như sau:

***“Điều 43. Nguồn lực cho phòng, chống HIV/AIDS***

*1. Nguồn lực bảo đảm cho phòng, chống HIV/AIDS*

*a) Ngân sách nhà nước cấp theo quy định của pháp luật;*

*b) Quỹ bảo hiểm y tế;*

*c) Kinh phí chi trả của người sử dụng dịch vụ;*

*d) Nguồn tài trợ, viện trợ, cho biếu, tặng của tổ chức, cá nhân trong nước và ngoài nước;*

*đ) Các nguồn tài chính khác theo quy định của pháp luật.*

*2. Hàng năm, Nhà nước dành một khoản ngân sách để bảo đảm thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nhằm mục tiêu chấm dứt dịch bệnh AIDS tại Việt Nam.”*

***p) Về Chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp(Điều 46);***

Bỏ từ “ bị” ra khỏi nội dung Luật để phù hợp với thực tiễn và khái niệm/định nghĩa trong ngôn ngữ văn bản quy phạm pháp luật. Sửa đổi, bổ sung Điều 46 như sau:

***“Điều 46. Chế độ đối với người phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp***

*1. Người phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp được hưởng các chế độ theo quy định của pháp luật.*

*2. Người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp được khám, chữa các bệnh nhiễm trùng cơ hội và được cấp thuốc kháng HIV miễn phí.*

*3. Thủ tướng Chính phủ quy định điều kiện để xác định người phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.”*

***q) Bỏ Điều 42 Áp dụng pháp luật hình sự, tố tụng hình sự, xử lý vi phạm hành chính đối với người bị xử lý hình sự, hành chính mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối*** vì:

- Người nhiễm HIV chỉ phân làm 4 giai đoạn, không có phân loại giai đoạn cuối, vì khi bệnh nhân ở giai đoạn 4 sử dụng thuốc ARV lại khỏe mạnh bình thường và trở lại giai đoạn 1,2,3.

- Do đó tính thực tiễn của điều luật này là không xẩy ra.

- Tuy nhiên có các trường hợp nhiễm HIV không còn khả năng chữa trị được bằng thuốc ARV, nhưng những trường hợp này đã nằm nhóm bệnh hiểm nghèo trong quy định

Trên đây là báo cáo kết quả 13 năm việc thực hiện Luật phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế kính gửi Chính phủ xem xét.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận***:  - Như trên;  - Các Phó Thủ tướng Chính phủ;  - VPCP;  - VP Quốc hội;  - Bộ Tư pháp;  - Lưu: VT,AIDS, PC. | **KT. BỘ TRƯỞNG**  **THỨ TRƯỞNG**  **(Đã ký)**  **[da**  **Đỗ Xuân Tuyên** |

**Phụ lục 1.**

**DANH MỤC**

**VĂN BẢN VỀ PHÒNG, CHỐNG NHIỄM VI RÚT GÂY RA HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI Ở NGƯỜI (HIV/AIDS)**

| **TT** | **Tên văn bản, cơ quan ban hành** |
| --- | --- |
|  | Luật số 64/2006/QH11Ngày 29/6/2006 của Quốc hội quy định Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người |
|  | Nghị định số 108/2007/NĐ-CP Ngày 26/6/2007 của Chính phủ 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) |
|  | Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế. |
|  | Nghị định số 75/2016/NĐ-CP Ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV |
|  | Nghị định số 90/2016/NĐ-CP Ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
|  | Quyết định số 22/2003/QĐ-TTg ngày 30/01/2003 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ lực lượng Công an nhân dân trực tiếp làm công tác quản lý, giáo dục, chăm sóc, khám chữa bệnh và đấu tranh với đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS |
|  | Quyết định số 215/2003/QĐ-TTg Ngày 24/10/2003 của Thủ tướng Chính phủ chế độ đối với quân nhân, công nhân viên quốc phòng trực tiếp quản lý, giáo dục, chăm sóc, khám chữa bệnh hoặc đấu tranh với những đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS |
|  | Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg Ngày 16/12/2003 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV/AIDS do tại nạn rủi ro nghề nghiệp |
|  | Quyết định số 313/2005/QĐ-TTg Ngày 02/12/2005 của Thủ tướng Chính phủ Về một số chế độ đối với người nhiễm HIV/AIDS và những người trực tiếp quản lý, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV trong các cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước |
|  | Quyết định số 08/2007/QĐ-BYT Ngày 19/01/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế Về việc phê duyệt Chương trình hành động giám sát HIV/AIDS theo dõi, đánh giá chương trình |
|  | Quyết định số 50/2007/QĐ-TTg Ngày 12/4/2007 của Thủ tướng Chính phủ Về việc kiện toàn Uỷ ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm |
|  | Quyết định số 60/2007/QĐ-TTg Ngày 07/5/2007 của Thủ tướng Chính phủ Về việc thành lập Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS |
|  | Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg Ngày 28/6/2007 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, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam. |
|  | Quyết định số 120/2008/QĐ-TTg Ngày 29/8/2008 của Thủ tướng Chính phủ Quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, người bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp |
|  | Quyết định số 173/2008/QĐ-TTg Ngày 25/12/2008 của Thủ tướng Chính phủ [Ban hành Quy định áp dụng các biện pháp cần thiết đáp ứng yêu cầu về thuốc kháng HIV trong trường hợp khẩn cấp](http://luatvietnam.vn/VL/662/Quyet-dinh-1732008QDTTg-cua-Thu-tuong-Chinh-phu-ve-viec-ban-hanh-Quy-dinh-ap-dung-cac-bien-phap-can-/F3F17CEC-8E20-4E70-8A11-00407BF69B91/default.aspx) |
|  | Quyết định số 84/2009/QĐ-TTg Ngày 04/6/2009 của Thủ tướng Chính phủ Phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS từ năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 |
|  | Quyết định số 29/2014/QĐ-TTg ngày 26/4/2014 của Thủ tướng Chính phủ về tín dụng đối với hộ gia đình và người nhiễm HIV, người sau cai nghiện ma túy, người điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, người bán dâm hoàn lương |
|  | Quyết định số 43/2015/QĐ-TTg ngày 16/9/2015 của Thủ tướng Chính phủ quy định chế độ bồi dưỡng đối với cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân trực tiếp làm công tác quản lý, giáo dục, khám chữa bệnh với đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS |
|  | Chỉ thị số 61/2008/CT-BGDĐT ngày 12/11/2008 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo về tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS trong ngành giáo dục |
|  | Thông tư số 101/2007/TT-BTC ngày 20/8/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn quản lý và sử dụng Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS |
|  | Thông tư số 125/2007/TT-BTC ngày 29/10/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện công tác 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, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam |
|  | Thông tư số 60/2008/TT-BTC ngày 04/7/2008 của Bộ Tài chính hướng dẫn việc lập dự toán, quản lý và sử dụng kinh phí bảo đảm hoạt động của Ủy ban quốc gia và Ban chỉ đạo phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm ở các cấp |
|  | Thông tư số 12/2009/TT-BYT Ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế [Bãi bỏ Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT ngày 07/03/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS”](http://www.luatvietnam.vn/default.aspx?tabid=662&id=25104D73-69B1-4225-94CE-B22EAE7163CA) |
|  | Thông tư số 01/2010/TT-BYT Ngày 06/01/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định trách nhiệm, trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính |
|  | Thông tư số 40/2010/TT-BYT Ngày 05/11/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn chuyên môn thẩm định hồ sơ đề nghị cấp giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV, giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp |
|  | Thông tư số 09/2011/TT-BYT Ngày 26/01/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV. |
|  | Thông tư số 33/2011/TT-BYT Ngày 26/8/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. |
|  | Thông tư số 06/2012/TT-BYT Ngày 20/4/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định về điều kiện thành lập và nội dung hoạt động đối với tổ chức tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS |
|  | Thông tư số 09/2012/TT-BYT Ngày 24/5/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục |
|  | Thông tư sô 15/2013/TT-BYT Ngày 24/5/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV |
|  | Thông tư số 42/2013/TT-BYT Ngày 29/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Sửa đổi, bổ sung Thông tư số 15/2013/TT-BYT ngày 24/5/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn bảo đảm chất lượng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm HIV |
|  | Thông tư số 32/2013/TT-BYT Ngày 17/10/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV |
|  | Thông tư 154/2013/TT-BTC ngày 01/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí thẩm định cấp giấy phép hoạt động và lệ phí cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
|  | Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27/02/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế |
|  | Thông tư số 03/2015/TT-BYT ngày 16/3/2015 của Bộ Y tế về việc quy định chế độ báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS |
|  | Thông tư số 02/2015/TT-BYT ngày 04/3/2015 [Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương](http://luatvietnam.vn/VL/662/Thong-tu-022015TTBYT-cua-Bo-Y-te-ve-viec-quy-dinh-chuc-nang-nhiem-vu-quyen-han-va-co-cau-to-chuc-cua/209881D6-2A86-4836-B854-73685682D383/default.aspx) |
|  | Thông tư số 15/2015/TT-BYT ngày 26/6/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV và người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS |
|  | Thông tư 12/2015/TT-BYT ngày 28/5/2015 của Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Nghị định số 96/2012/NĐ-CP quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
|  | Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25/6/2015 của Bộ Y tế quản lý thuốc Methadone |
|  | Thông tư liên bộ 02/TTLB ngày 17/3/1993 Bộ Văn hóa thể thao, Bộ Giáo dục đào tạo, Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định việc giáo dục truyền thông trong phòng chống nhiễm HIV/AIDS. |
|  | Thông tư liên tịch số 03/2004/TTLT-BCA-BTC-BNV-BLĐTB&XH ngày 04/02/2004 của Bộ Công an, Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện Quyết định số 22/2003/QĐ-TTg về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ, lực lượng Công an nhân dân trực tiếp làm công tác quản lý, giáo dục, chăm sóc, khám chữa bệnh và đấu tranh với đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS. |
|  | Thông tư liên tịch số 27/2004/TTLT-BQP-BTC ngày 24/10/2004 của Bộ Quốc phòng, Bộ Tài chính Ngày 04/3/2004 [Hướng dẫn thực hiện Quyết định 215/2003/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với quân nhân, công nhân viên quốc phòng trực tiếp làm công tác quản lý, giáo dục, chăm sóc, khám bệnh hoặc đấu tranh với những đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS](http://luatvietnam.vn/VL/662/Thong-tu-lien-tich-272004TTLTBQPBTC-cua-Bo-Quoc-phong-va-Bo-Tai-chinh-ve-viec-huong-dan-thuc-hien-Qu/6EB2D19A-7B88-4127-BCC3-A96FDB7026D7/default.aspx) |
|  | Thông tư liên tịch số 10/2005/TTLT-BYT-BTC Ngày 30/3/2005 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính Hướng dẫn thực hiện chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp quy định tại Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg ngày 16/12/2003 của Thủ tướng Chính phủ |
|  | Thông tư liên tịch số 32/2005/TTLT-BLĐTBXH-BYT Ngày 09/11/2005 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế Hướng dẫn phòng, chống lao, HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động xã hội |
|  | Thông tư liên tịch số 12/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 19/11/2007 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn cơ chế quản lý tài chính đối với thuốc và thiết bị y tế thuộc Chương trình viện trợ khẩn cấp của tổng thống Hoa Kỳ (PEPFAR) cho phòng, chống HIV/AIDS |
|  | Thông tư liên tịch số 03/2010/TTLT-BYT-BCA Ngày 20/01/2010 của Bộ Y tế và Bộ Công an Quy định việc cấp, phát, quản lý và sử dụng Thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng tham gia thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV |
|  | Thông tư liên tịch sô 20/2010/TTLT-BTTTT-BYT Ngày 20/08/2010 của Bộ Thông tin và Truyền thông, Bộ Y tế Hướng dẫn thực hiện khoản 7 Điều 12 của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) về [hướng dẫn việc ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS](http://luatvietnam.vn/VL/662/Thong-tu-lien-tich-202010TTLTBTTTTBYT-cua-Bo-Thong-tin-va-Truyen-thong-va-Bo-Y-te-ve-viec-huong-dan-/C64D48F9-503B-4A5D-8155-DEC3C470E901/default.aspx) |
|  | Thông tư liên tịch số 127/2010/TTLT-BTC-BYT ngày 24/08/2010 của Bộ Tài chính, Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư Liên tịch số 88/2005/TTLT-BTC-BYT ngày 11/10/2005 của Liên Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn cơ chế quản lý tài chính và một số định mức chi tiêu của dự án "Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam" do Ngân hàng Thế giới viện trợ không hoàn lại |
|  | Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT ngày 8/10/2012 của Bộ Tài chính, Bộ Y tế q[uy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012 - 2015](http://luatvietnam.vn/VL/662/Thong-tu-lien-tich-1632012TTLTBTCBYT-cua-Bo-Tai-chinh-Bo-Y-te-ve-viec-quy-dinh-quan-ly-va-su-dung-ki/764CC3B3-ED86-42E4-B727-90447CABE754/default.aspx) |
|  | Thông tư liên tịch số 29/2013/TTLT-BYT-BVHTTDL-BCA-BLĐTBXH Ngày 30/9/2013 của Bộ Y tế, bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Bộ Công an, Bộ Lao động, Thương binh và xã hội Hướng dẫn thực hiện biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bằng bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú |
|  | Thông tư liên tịch số 25/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 16/7/2014 của liên Bộ Y tế và Bộ Tài chính quy định quản lý và sử dụng nguồn ngân sách nhà nước hỗ trợ khám, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. |
|  | Thông tư liên tịch số 25/2013/TTLT-BYT-BTC ngày 04/9/2013 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định chế độ quản lý tài chính đối với việc thực hiện hoạt động tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai, phòng, chống HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục |
|  | Thông tư số 35/2014/TT-BYT ngày 13/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
|  | Thông tư liên tịch số 38/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 14/11/2014 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế |
|  | Thông tư liên tịch số 02/2015/TTLT-BCA-BQP-BYT ngày 22/01/2015 của liên Bộ Công an, Bộ Quốc phòng, Bộ Y tế hướng dẫn công tác quản lý, chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV và dự phòng lây nhiễm HIV tại trại giam, trại tạm giam, nhà tạm giữ, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng. |

**Phụ lục 2.**

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 và 2015 của Bộ Y tế.

2. Báo cáo UNGASS lần 4, lần 5 của Việt Nam.

3. Điều tra đánh giá các chỉ số mục tiêu (MICS4). Tổng cục Thống kê, 2010 và 2011.

4. Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên tại Việt Nam từ 14-25 tuổi (SAVY). Tổng cục Thống kê, 2009.

5. Quyền lao động của người nhiễm HIV/AIDS và quyền của người sử dụng lao động ở Việt Nam hiện nay – PGS.TS Nguyễn Chí Dũng.

6. Đánh giá cuối kỳ dự án phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

7. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013

1. *Số liệu báo cáo của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS thành phố Cần Thơ* [↑](#footnote-ref-1)
2. Điều tra đánh giá các chỉ số mục tiêu (MICS4). Tổng cục Thống kê, 2010 và 2011. Không có khảo sát nào gần đây đưa ra các con số tương tự cho nam giới ở cùng độ tuổi [↑](#footnote-ref-2)
3. Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng. [↑](#footnote-ref-3)
4. Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 30 tháng 9 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn [↑](#footnote-ref-4)
5. Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc [↑](#footnote-ref-5)